14
SPRING
2007

ARABPSYNET e.JOURNAL
مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

الملف : الجنسانية و الذهنية العربية... مقاربة سيكولوجية

اضطرابات السلوك الجنسي في البيئة العربية	خليل فاضل	5
الاضطرابات النّفسجنسيّة	ك.كريبولت ج.التركي	13
الانحراف الجنسي... إعادة قراءة مصطلح قديم	يحيى الرخاوي	22
المتلازمات الجنسية ... من خلل الوظيفة إلى اضطرابات الرغبة	عبد الرحمان ابراهيم	26
خلل الوظيفة الانتصابية: الاكتئاب وصورة الذات	سهام بلعارف	30
تطور الهوية الجنسية	أسامة عرفة	45
الجنسانية في العلاقات الزوجية	كلتوم بلميهوب	49
خلل الوظيفة النفسجنسية و علاجها	عبد الرحمان ابراهيم	55
أثر علاقة الآباء بالأبناء في النزوع إلى تغيير الجنس	هدى كشرود	59
الجنسانية في الممارسة الطبية العامة	عبد الرحمان ابراهيم	63
ASSESSMENT AND TREATMENT OF PARAPHILIAS	W. LOZA ,Y. FERNANDEZ	69
AR . PERSPECTIVE: WOMEN, WORK PLACE, & SEXUAL HARASSMENT	Nooman GHARAIBEH	73
قراءات في الملف...		77

ك. بلميهوب - ع. ابراهيم -ع. بو حديبة - ه. بوزيدي

أبحاث و مقالات — PAPERS & ARTICLES

الإنسان... عن الفطرة والنمو	يحيى الرخاوي	88
الصراع العربي الإسرائيلي أين يقف فرويد؟	قدري حفني	97
السيكولوجيا ورهانات التعريب في التعليم العالي	الغالي أحرشاو	106
ماهو توطين علم النفس؟	عمر هارون الخليفة	111
المثاقفة: دراسة في المفهوم و التداعيات	ابن احمد قويدر	119
نحو مقاربة تعددية وديناميية لنظريات الذهن	هشام خباش	126
EFFECT OF DOMESTIC VIOLENCE ON PALESTINIAN WOMEN MH	Abdelaziz THABET	137
قياس الخبرة الشخصية للمعتمدين على العقاقير النفسية	علي كاظم الشمري	145
مقالات موجزة ... قراءات : ق.حفني - ع.حب الله - ف.الجابري- ق.ج.صالح ع.ك. الشمري- هـ.محمد علي - م.ح.جابر - ر.ف.الجنابتي- ط. ن. القيسي		150

مراجعة كتب / BOOKS REVIEW

الاستقرار الزواجي-	164
الحب والأسرة عبر العصور-	168
فحص الحالة العقلية الحاضرة-	170

مراجعة مجلات / JOURNALS

الثقافة النفسية المتخصصة -م.17،ع.68	174
مجلة الطفولة العربية - م.8،ع.30	181

انطباعات / APPRECIATIONS

أطباء نفسانيون و أساتذة علم النفس -	185

مؤتمرات / CONGRESS

مصر- 188 سويسرا-	189
لبنان- 195 دبي-	200
أجندة المؤتمرات: ربيع 2007-	207

مستجدات الطبنفسي / PSY NEW PAPERS

SCZ, PMDD,WD,WMH, AD -	215
AS,GP,ADHD, ECT, OCD,SP -	223

مصطلحات نفسية / PSY TERMINOLOGIES

Eng.« C » / تـ / Fr. « C » - جمال التركي -	236

CONTENT

الفهرس 14

VOLUME 4- N° 14, SPRING 2007 - DOWNLOAD APNEJ-14 : http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

EDITED BY CISEN COMPUTER COMPANY ALL RIGHTS RESERVED - COPYRIGHT (C) 2007 -APNjournal@arabpsynet.com

Arabpsynet e.Journal
Electronic Arab Psy Review Quartly Edition

Subscription For Arabpsynet Services Pack
Registration for 2007

APN Services Pack

■ APN Pack N°1

- Protected Links & APN Mailing List

- SUBSCRIPTION Fees : Free for Psychiatrists & Psychologists After Send CV Via Cv Form:

- Registration Bulletin: www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

■ APN Pack N°2

- Protected Links
- APN Mailing List
- Subscription for "APN e.Journal"
- Subscription for APN e.Books
- Subscription for 4 Letters to ePsydict (epsydict Arabi Edition; English Edition & French Edition)

- SUBSCRIPTION Fees : 50 Euro Or equivalent (Internaional/arab currencies & Tunisian currency)

- Registration Bulletin:
www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm

ARAB COUNTRIES CURRENCIES

RYAL SAOUDIEN = 250 SAR / RYAL OF QATAR = 245 QAR
DINAR KOWEÏTIEN = 20 KWD / DIRHAM OF UAE = 245 AED

TUNISIAN CURRENCY

DINAR TUNISIEN = 85 DN

INTERNATIONAL CURRENCIES

DOLLARS OF USA = 70 USD / JAPANESE YEN = 7700 JPY
CANADIAN DOLLAR = 75 CAD / SWISS FRANC = 80 CHF
POUND STERLING = 35 GBP / DANISH CROWN = 375 DKK
NORWEGIAN CROWN = 410 NOK / SWEDISH CROWN = 450 SEK

Modality of Payment

- Money should be sent only by bank check to the order of CISEN COMPUTER.
- Send Check & this form by postal address to Doctor Jamel TURKY Secretary .

*Postal Address:
Doctor Jamel TURKY Secretary
28 Habib Maazoun Street-TAPARURA
Building Block "B" N°3 3000
SFAX - TUNISIA

Journal Correspondence

E.mail : APNJournal@arabpsynet.com

P.mail : Taparura building - Bloc «B» N° 3
3000 Sfax - TUNISIA

مجلـة شبكـة العلـوم النفسيـة العربيـة
مجلـة فصليـة طبنفسيـة و علمنفسيـة محكّمـة

الإشتـــراك في خدمـــات الشبكـــة
إشتراكـــات سنـــة 2007
مجموعـــة سلـــة خدمـــات الشبكـــة

■ خدمـات السلـة 1

- اشتراك في قائمة المراسلات + تصفح الارتباطات المحمية

– رسـوم الإشتـراك: مجانا للأطباء وأساتذة علم النفس + إرسال السيرة الذاتية حسب النموذج التالي/www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

■ خدمـات السلـة 2

- اشتراك في قائمة المراسلات
- تصفح الارتباطات المحمية
- اشتراك سنوي في إصدارات المجلة الإلكترونية
- اشتراك سنوي في إصدارات الكتاب الإلكتروني
- اشتراك سنوي في إصدارات المعجم الإلكتروني (مصطلحات نفسية للأربع أحرف من المعجم بمعدل مصطلح حرف واحد كل ثلاثة أشهر من المعاجم العربية، الفرنسية و الإنكليزية.)

– رسـوم الإشتـراك: 50 أورو أو ما يعادلها بالعملة الصعبة (العملـة الصعبـة الدوليـة- العربيـة والعمـلة التونسيـة)

– قسيمـة الإشتـراك:
www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm

العمـلات العربيـة

الريال السعودي = 250 ر.س / الريال القطري = 245 ر.ق
الدينار الإماراتي = 20 د.إ / الدينار الكويتي = 245 د.ك

العملـة التونسيـة

الدينار التونسي = 85 د.ت

العمـلات العالميـة

الدولار الأمريكي = 70 د.أ / الين الياباني = 7700 ي.ي
الدولار الكندي = 75 د.ك / الفرنك السويسري = 80 ف.س
الجينيه الإسترليني = 35 ج.إ / الكورون النمساوي = 375 ك.ن
الكورون النورفاجي = 410 ك.ن / الكورون السويدي = 450 ك.س

وسيـلة الدفـع

– الإشتراك بواسطة حوالة بنكية (شيك مصرفي) قابلة للصرف بأحد العملات الصعبة (المذكورة) لحساب مؤسسة "سيزن كمبيوتر" .

يرسل الشيك المصرفي بالبريد الورقي مضمون الوصول على عنوان "سكرتيرية الدكتور جمال التركي"* مصحوبا بنسخة مصورة من هذه القاتورة

*العنوان البريدي:
"سكرتيرية الدكتور جمال التركي"
28 نهج الحبيب المعزون
عمارة تبرورة مدرج ب عدد 3 3000
صفاقس – تونس

مراسـلات المجلـة

بريد إلكتروني : APNJournal@arabpsynet.com
بريد ورقي: عمارة تبرورة- عدد 3
3000 صفاقس- تونس

ARABPSYNET E.JOURNAL

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW QUARTLY EDITION

TOWARDS AN INTER-ARAB PSY ACADEMIC COLLABORATION

EDITED BY CISEN COMPUTER COMPANY

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

مجلة فصلية طبنفسية و علمنفسية محكّمة

نحو تعاون أكاديمي طبنفسي و علمنفسي عربي

إصدار مؤسسة سيزن كمبيوتر

EDITOR IN CHIEF Dr. JAMEL TURKY (TUNISIA)

HONOROUR PRESIDENT Pr. YAHIA RAKHAWI (EGYPT)

ADVISER & VICE PRESIDENT Pr. MD NABOULSI (LEBANON)

SCIENTIFIC BOARD :

PSYCHIATRY :

Pr. KUTAIBA DJLABI (IRAQ)
Pr. TARAK OKASHA (EGYPT)
Dr. RITA KHAYAT (MOROCCO)
Dr. WALID SARHAN (JORDAN)
Pr. ZINE OMARA (UAE)
Pr. ADIB ESSALI (SYRIA)
Dr. HASSEN MALEH (KSA)
Dr. KHALIL FADHEL (EGYPT)
Pr. A. IBRAHIM (SYRIA / LEBANON)

PSYCHOLOGY :

Pr. KADRI HEFNY (EGYPT)
Pr. ABD. IBRAHIM (KSA)
Dr. BECHIR MAAMRIA (ALGERIA)
Dr. NABIL SOFIANE (YEMEN)
Dr. MUSSAED NAJJAR (KUWAIT)
Dr. ADNENE FARAH (JORDAN)
Pr. SAMER RUDWAN (SYRIA/OMAN)
Dr. SAWSSAN DJALABI (IRAQ)
Pr. OMAR KHALIFA (JAPAN/ SUDAN)

CORRESPONDENTS :

Dr. BASSAM AOUIL (POLANDE/SYRIA)
Dr. SUMAN JARALLAH (ALGÉRIE)
Dr. RIDHA ABOUSARI (KSA)
Dr. WAEL ABOUHENDI (EGYPT)
Dr. JAMEL ALKHATIB (JORDAN)
Dr. SABAH SALIBA (LEBANON)
Dr. RADWAN KARAM (USA)
Dr. FARES K. NADHMI (IRAQ)

JOURNAL SECRETARY :

IMEN FEKI & SALWA WERTENI

رئيس التحرير د. جمال التركي (تونس)

الرئيس الشرفي أ.د. يحيى الرخاوي (مصر)

المستشار و نائب الرئيس أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

الهيئة العلمية :

الطب النفسي :

أ.د. قتيبة جلبي (العراق)
أ.د. طارق عكاشة (مصر)
د. غيثاء الخياط (المغرب)
د. وليد سرحان (الأردن)
أ.د. الزين عمارة (الإمارات)
أ.د. أديب العسالي (سوريا)
د. حسان المالح (السعودية)
د. خليل فاضل خليل (مصر)
أ. د. عبد الرحمان إبراهيم (سوريا/لبنان)

علم النفس :

أ.د. قدري حفني (مصر)
أ.د. عبد الستار إبراهيم (السعودية)
د. بشير معمرية (الجزائر)
د. نبيل سفيان (اليمن)
د. مساعد النجار (الكويت)
د. عدنان فرح (الأردن)
أ.د. سامر رضوان (سوريا/عمان)
د. سوسن شاكر الجلبي (العراق)
أ. د. عمر هارون الخليفة (اليابان/السودان)

مراسلون :

د. بسام عويل (بولندا/سوريا)
د. سليمان جار الله (الجزائر)
د. رضا أبو سريع (السعودية)
د. وائل أبو هندي (مصر)
د. جمال الخطيب (الأردن)
د. صباح صليبا (لبنان)
د. رضوان كرم (الولايات المتحدة)
د. فارس كمال نظمي (العراق)

سكرتيرية التحرير :

إيمان الفقي و سلوى الورتاني

العـــدد 14 ربيـــــع 2007

الملـــف :	الجنسانيـــة و الذهنيـــة العربيـــة... مقاربـــة سيكولوجيـــة	5
اضطرابـــات السلـــوك الجنســـي في البيئـــة العربيـــة	خليـــل فاضـــل	5
الاضطرابـــات النّفسجنسيّـــة	ك.كريبولت ج. التركي	13
الانحـــراف الجنســـي... إعـــادة قـــراءة مصطلـــح قديـــم	يحيـــى الرخـــاوي	22
المتلازمـــات الجنسيـــة ... من خلـــل الوظيفـــة إلى اضطرابـــات الرغبـــة	عبد الرحمان ابراهيم	26
خلـــل الوظيفـــة الانتصابيـــة: الاكتئـــاب وصـــورة الـــذات	سهـــام بلعـــارف	30
تطـــور الهويـــة الجنســـية	أسامـــة عرفـــة	45
الجنســـانيـــة فـــي العلاقـــات الزوجيـــة	كلتـــوم بلميهـــوب	49
خلـــل الوظيفـــة النفـــسجنســـية و علاجهـــا	عبد الرحمان ابراهيم	55
أثـــر علاقـــة الآبـــاء بالأبنـــاء في النـــزوع إلى تغييـــر الجنـــس	هـــدى كشـــرود	59
الجنسانيـــة في الممارســـة الطبيـــة العامـــة	عبد الرحمان ابراهيم	63
ASSESSMENT AND TREATMENT OF PARAPHILIAS	W.Loza, Y.Fernandez	69
AR . PERSPECTIVE: WOMEN, WORK PLACE, & SEXUAL HARASSMENT	Nooman GHRAIBEH	73

قـــراءات فـــي الملـــف ...		77
▪ الجنـــدر في وثائـــق الأمـــم المتحـــدة		77
▪ الفيتشيـــة... نحـــو قـــراءة نفستحليليـــة	عبد الرحمان ابراهيم	78
▪ الجنسانيـــة في الاســـلام... مقتطفـــات من كتـــاب	عبد الوهاب بوحديبة	81
▪ الاتصـــال الزواجـــي	كلتـــوم بلميهـــوب	83
▪ L'IMPACT DU VIOL DANS LA SOCIÉTÉ MUSULMANE	Houda BOUZIDI	85

أبحـــاث و مقـــالات/ PAPERS & ARTICLES		88
الإنســـان ... عن الفطـــرة والنـــمـــو	يحيـــى الرخـــاوي	88
الصـــراع العربـــي الإسرائيلـــي أيـــن يقـــف فرويـــد؟1	قـــدري حفنـــي	97
السيكـــولوجيـــا ورهانـــات التعريـــب في التعليـــم العالـــي	الغالـــي أحرشـــاو	106
مـــاهـــو توطيـــن علـــم النفـــس؟	عمـــر هارون الخليف	111
المثاقفـــة: دراســـة في المفهـــوم و التداعيـــات	ا بـــن احمد قويـــدر	119
نحـــو مقاربـــة تعدديـــة وديناميـــة لنظريـــات الذهـــن	هشـــام خبـــاش	126
EFFECT OF DOMESTIC VIOLENCE ON PALESTINIAN WOMEN MH: PILOT STUDY	Thabet,Abdelaziz	137
قيـــاس الخبـــرة الشخصيـــة للمعتمديـــن على العقاقيـــر النفسيـــة	علي كاظـــم الشمـــري	145

مقـــالات موجـــزة ... قـــراءات		150
▪ علمـــاء النفـــس و الانشغـــال بالسياســـة	قـــدري حفنـــي	150
▪ صـــدام حسيـــن و الجعـــد بن درهـــم*	قـــدري حفنـــي	151
▪ قـــراءة نفسيـــة لإعـــدام صـــدام	فؤاد فريـــح الجابـــري	152
▪ دراســـة نفسيـــة تحليليـــة لجـــورج بـــوش	عدنـــان حـــب اللـــه	154
▪ اســـلام وفوبيـــا	قاســـم حسيـــن صـــالح	156
▪ خطـــر المخـــدرات فـــي العـــراق	علي كاظـــم الشمـــري	157
▪ الأتجـــاه: قـــراءة سيكولوجيـــة	هشـــام محمـــد علـــي	158
▪ إدمـــان الطفـــل على الألعـــاب النارية بالعـــراق	علي كاظـــم الشمـــري	160
▪ العلاقـــة بين الابـــداع والمـــرض النفسي في الفـــن	ميســـاء حسام جابر	161
▪ قلـــق المستقبـــل لـــدى المـــرأة العراقيـــة	رنـــا فاضـــل الجنابتي	162
▪ فاعليـــة النمذجـــة في تعديـــل الأحكـــام الخلقية	طالب ناصـــر القيسي	163

164 مراجعـــــــة كتـــــــب / BOOKS REVIEW

164 الاستقـــــــــــرار الزواجـــــــــــي - كلثـــوم بلميهـــوب

168 الحـــــــــــب والأســـــــــرة عبـــر العصـــــــــور - نـزار عيون السود

170 فحـــــــــص الحالـــــــــة العقليـــــــــة الحاضـــــــرة - عبد الرحمن ابـراهيم

174 مراجعـــــــة مجـــــلات / JOURNALS REVIEW

174 الثقافـــــــــــة النفسيـــــــــــة المتخصصـــــــــــة - م 17 العـــدد 68

181 مجلـــــــــــة الطفولـــــــــــة العربيـــــــــــة - م 8 العـــــدد 30

185 انطبـــــاعـــــــــات / APPRECIATIONS

185 أطبـــــــــــاء نفسانيـــــون و أساتـــذة علـــم النفـــــــس

188 مؤتمـــــــرات نفسيـــــــة / PSY CONGRESS

188 كيفيـــــة مواجهـــة الصدمـــة عند الأطفـــال والمراهقيـــن والتجمعـــات - مصـــــــــــــر

189 الملتقـــــــــى الخامـــــــــس فرنكوبســـــــــي - نـوشتـال- سويســرا

195 ملتقـــــــــى التحليـــــــــل النفســـــــــي - لـبنان، بيـــــروت

198 الجريمـــــــة والإجـــــرام فـــــي المجتمـــــع الجزائـــــري - الجزائـــــــــــر

200 المؤتمـــــــــر الدولـــــــي الأول للصحـــــــة النفسيـــــــة - دبـــــــــــي

202 التربيـــــــة الخاصـــــة بيـــــن الواقـــــع والمأمـــــول - بنهـــا، مصـــــــر

204 المؤتمـــــر الإقليمـــــي لرابطـــــة الأخصائييـــن النفسييـــن المصرية((رانم)) - مصـــــــــــــر

207 أجنـــــــــــدة المؤتمـــــــــــرات - ربيـــــــع 2007

209 مستجـــدات الطـب النفسـي / NEW PAPERS OF PSYCHIATY

215 SCHIZOPHRENIA, PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER, WOMEN DEPRESSION,

219 WOMEN MENTAL HEALTH , ALZHEIMER DESEASES, SLEEP DISORDERS,

223 ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER ,PSYCHO-ONCOLOGY, GERIATRIC PSYCHIATRY

225 ELECTROCONVULSIVE THERAPY, PSYCHOTROPIC DRUGS, BEHAVIOR THERAPY – PSYCHOTHERAPY

228 OBSESSIVE-COMPULSIVE DESORDER, PHOBIA & SOCIAL PHOBIA, CHICD PSYCHIATRY,

236 مصطلحـــــات نفسيـــــة / PSY TERMINOLOGIES

236 المعجـــــم الإلكترونـــــي للعلـــــوم النفسيـــــة العربيـــــة "ت" (الإصدار العربي)

240 "C" E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES (English Edition)

244 "C" E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES (Edition Francais)

المجلـــــة الإلكترونيـــــة لشبكـــة العلـــوم النفسيـــة

دعـــوة للمشاركـــة فـي محـــاور الأعـــداد القادمـــة

صيف 2007: "مظـــاهر الإكتئـــاب فـــي المجتمـــع العربـــي " - آخر أجل 07-06-30

خريف 2007: " صـــورة المستقبـــل في الذهنيـــة العربيـــة" - آخر أجل 07-09-30

شتاء 2008: "السيكولوجيـــا من منظـــور عربـــي" - آخر أجل 07-12-31

المشرف: أ.د. الغالي أحروشاو - فـــاس، المغـــرب

a-rhali@caramail.com - aharchaou_rhali@yahoo.fr

ندعوا زملائنا الكرام مشاركتنا إعداد ملفات هذه المحاور.

دمتم ذخرا للعلم و المعرفة

اضطرابـــــات السلـــــوك الجنســـــي في البيئـــــة العربيـــــة

(بانوراما عامة وحالات خاصة)

د. خليـــــل فاضـــــل الطـــــب النفســـــي – القاهـــــرة، مصـــــر

www.drfadel.net - kmfadel@gmail.com

تكاد اضطرابات السلوك الجنسي في البيئة العربية أن تتمحور حول ارتباطها بالمحرمات (التابو)، بالدين (الإسلامي غالباً)، وكذلك بالموروث الشعبي من ناحية أخرى بالجهل الجنسي الشديد، وارتباط الاضطرابات بالغيبيات كالرَبط والشعوذة ، وهذا الذي يجعل لها مذاقها الخاص وخصوصيتها الإكلينيكية، سواء كان ذلك في الشكوى أو الأعراض، وهي لا تخرج عامة عن إطار الإضطرابات الجنسية المعروفة والمُصنّفة عالمياً، نحددها هنا باضطرابات الانتصاب عند الرجل (E.D Erectile Dysfunction) ، التشنج المهبلي عند المرأة Vaginismusوكذلك العادة السرية Masturbation لدي الجنسين.

1- اكتئاب ما بعد الجنـــس غيـــر المرغـــوب

تتشابك تلك الإضطرابات مع أمور أخري مثل (العجز العضوي الجنسي لدى الرجل Organic Impotence)، الوسواس القهري الذي يحدث في شكل إفراط إدماني على العادة السرية (خاصة لدى الذكور)، مفهوم النجاسة والذنب، ارتباط الطاعة الزوجية وغضب الله بضرورة إرضاء الزوج في الفراش، (حتي لو لم تكن لدى الزوجة أي رغبة)، مما يولد إحساساً قاسياً يظهر في صورة (بكاء، عدم اسـتجابة، إحساس عام بالضيق)، عادة ما يصطلح عليه (باكتئاب ما بعد الجنس غير المرغوب فيه Post Unwanted Sex dysphoria).

وفي بعض النساء يظهر في صورة تزييف مشاعر المتعة والسعادة، وبالوصول إلى الرعشة الجنسية Orgasm ، بمعنى التصنع رغبة في إرضاء الزوج وإيهامه بأن كل شيئ على ما يرام، أو لدفعه لكي ينهي العملية الجنسية بسرعة (يخلص)؛ فيريح ويستريح، وهو ما عبرت عنه نساء عدة في الصياح قائلات (ياليلة عدّى)، بدلاً من أن يكون هذا اللقاء لمتعة الطرفين، يصبح متعة لأحدهما (غالباً الرجل فقط)، وعذاباً للطرف الآخر (غالباً المرأة فقط).

وليس اكتئاب ما بعد الجنس غير المرغوب فيه مقصوراً على المرأة، اعتقاداً بأن الرجل هو الذي يملك العضو التناسلي، ويملك مفتاح انتصابه من ارتخائه، بصرف النظر عن أن ذلك أو ذاك يتم شعورياً أو لا شعورياً؛ فإن كافة الأمور بيد الرجل، لكن يبدو أن الأمر على العكس، حيث أن كثيراً من الرجال قد أصبحوا (يؤدون)، كالمؤدي الفاشل في فرح متدني، أو كالمغني لكلمات متقاطعة على عزف نشاز لمستمعين من الصم، وكأنه يحيي حفلاً للطرش.

ولنا في هذا المثال شرحاً إكلينيكياً يجسد أبعاد المشكلة، في إطار فصفصات علاجية لزوج" في منتصف الثلاثينات متزوج منذ حوالي ست سنوات وله من الأولاد إثنان، بينه وبين زوجته مشكلات وقضايا، ومرتين طلاق بكل ما يحمل ذلك من ذكريات مؤلمة، قرر ألاّ ينام معها إلاّ في الضرورة القصوى (لَما يكون على آخره يعني)، حسب تعبيره، (أي أنها اصبحت مجرد أداة ووعاء لتفريغ شهوته الجنسية مثلها مثل أي امرأة يلقاها في عرض الطريق أو على ناصية الشارع)، لكنها في إحدى ليالي الشتاء الباردة تدفأت به، احتكت بجسده ودَغَته إليها، لم يكن يرغب فيها إطلاقاً، لكنه وكما أكد (فاجأتني، وأنا لست مدرباً ولا مؤهلاً على التعامل مع مثل تلك المواقف، لكن المفاجأة أن ذكري انتصب، وقمت بالعملية الجنسية بنجاح آلي، لم استمتع وفضلت أربع أيام متضايق، مقريف، ومش طايق لا نفسي ولا الدنيا)".

هنا أصيب الرجل، باكتئاب ما بعد الجنس غير المرغوب فيه، أو غير المحبب، وهكذا تخلص من الأزمة بشكل فسيولوجي بحت، اضطره فيه الموقف لعدم رفض امرأته من باب (إنه راجل)، وطالما (طلبته)، فلا بد وأن يقوم بالواجب، كأي ميكانيكي سيارات يتعامل مع سيارة ظمأى للزيت؛ فأتاها وهو ماكينة جنس Sex Machine ،بلا حِس ولا صوت، بلا طعم أو مزاج، قائلاً (ياااه ، ده أنا استغربت نفسي كمان لإني لقيتني باقذف)، ولما شرح له المعالج (المؤلف)، أن المتعة الحقيقة تكون في (الارتواء) لا في (الإشباع)، وأن الفارق بينهما كبير، كما أن السعادة هي التي تأتي بعد (القذف)؛ بمعني الراحة والاسترخاء وانسياب العقل والبدن، تفّهم الرجل وفاجأ معالجه (المؤلف) بتصريح مهم للغاية يجب التوقف عنده (تحليلياً نفسياً ومعرفياً)..." أنا عايش على أمل إني اتجوز تاني، أحقق ذاتي الجنسية مع امرأة يكون بيني وبينها كيمياء وتناغم وانسجام حقيقي، ست ما أقومش معاها بالجنس كأداء واجب، ولا أضطر لعمل ذلك تحت ضغط إحراج الذكورة ومحاولة إثباتها، امرأة تفهمني وأفهمها، أنظر إلى عينيها فأدرك أعماق مسامها الجنسية المفتوحة، أعرف كيف أتعامل مع جسدها بفن، أرويها وتروي أكون صلباً ورقيقاً في آن واحد، وتكون ريانة وامرأة من نار في نفس الوقت)".

كان هذا الرجل مجرد أداة، بالضبط كحالة (المتعالج) الأول، ماكينة، مؤدي، حاول (إسعاد زوجته) بإطالة مدة اللقاء الذي كان بارداً خالياً من الحميمية؛ فأضجرها، لم يحس بها ولم يشعر بأنها جافة من داخلها (نفسياً وتناسلياً)، كانت (فاصلة) عن واقع ذلك الفراش الثلجي، و بانتهاء (القذف) انتهى كل شيئ، كل واحد يروح لحاله، يستحم، ينام، يلعب فيديو جيم، يقزقز لب، أي حاجة.

قالت الست أيضاً في معرض حديثها أن له كثيراً – أن لم يكن دائماً – طقوساً غير محببة، كثيراً ما تكون منفرة،مثل أن ينام معها وهو مرتدياً ملابسه، ثم يخلع سرواله في آخر لحظة، يداعبها فقط في غير السرير

يصمت صمت القبور فجأة، ويستمر صمته ذلك دهراً، يتفادى القبلات والأحضان.

هكذا تبدو المسألة من الطرفين تحصيل حاصل، تبين بعد ذلك أن المرأة كانت تستجيب للأمر الواقع في الماضي، وأنها أيضاً لا تريد الآن التمرد عليه، ولا تريد تنبيهه الى (الضروريات والمشهيات)، لأنها تعتقد يقيناً أنه (لن يتغير)، وصلت الأمور هنا إلى حد النصل وحافة السكين، فقطعت كيمياء المخ العصبية لديها؛ فسلبتها (مفرحات النفوس ومثيرات الرغبة)، سلبتها الإثارة والاستثارة التلقائية، العفوية الانسيابية، أعطتها الجمود والتحجر، التوتر والبلادة ، وبالتالي جفت ينابيعها؛ فدفنت رغبتها ومنعتها من تحقيق أي ارتواء، ولا حتى الرغبة في اللقاء (من أساسه ومن أصله).

كانت تلك المرأة تخفي عرضاً هاماً جداً ألا وهو (التقيؤ)، كانت تتقيأ واقعها (تستفرغه)، (تلفظه) وتتخلص منه ثم تغرقه في لجة الصرف الصحي مع باقي الفضلات.

نعود تعميماً إلى حالة مستشرية لبعض الرجال العرب، نتيجة للظروف الراهنة، ثورة الاتصالات، الانشغال الشديد، الولع بالفضائيات والانترنت، بدأ الرجال يستبدلون زوجاتهم بخيالات وصور حقيقية، كما أن كثرة ساعات العمل بما يتضمنه من مجاورة ومصادقة وحميمية، قد يتطور إلى أشكال مختلفة، هذا بجانب الإرهاق النفسي والبدني، عمليات الهدر والإذلال اليومية، التي تؤدي إلى استنزاف الطاقة النفسية الجنسية وتبديدها، يلجأ الكثير من الشباب والرجال العرب إلى استخدام المنشطات الجنسية بكافة أنواعها وصورها، الصيني والسوري والهندي وغيره من الصيدلي ومن عند العطار، لكن أحياناً، إن لم يكن كثيراً تلك المنشطات لا تعمل كما قال أحد الرجال ذوي التاريخ الجنسي السابق المشرف مع طليقته التي خلعته لكُرهها له، لبخله وسلوكياته الغريبة "(يا دكتور ... الفياجرا دي لا تعمل إذا كان الفيوز (Fuse) الخاص بالرغبة والشهوة واللهفة الجنسية غير موجود في قلب الدماغ". وهي تلك الشكوى شبه العامة التي يحملها رجال في سن الشباب وفي مقتبل العمر، كما هؤلاء في منتصف العمر اللاذين يترددون على عيادات الذكورة، والعيادات النفسية الجنسية، بحثاً عن الحلّ الذي لن يكون في الحبة الزرقاء (الفياجرا)، أو عين الكتكوت (الاسم الرمزي لأقراص الأنافرانيل Anafranil المستخدمة في علاج الوسواس القهري والاكتئاب)، تلك الحبة تطيل العملية الجنسية وتعطل سرعة القذف لكن لا تعالجه، وحسبما قال أحدهم: "(طيب والفياجرا دي بتشتغل على ضخ الدم في القضيب، افرض بقى إن الواحد معندوش دم يعمل إيه، يجيبوا منين، بكده الفياجرا مش هتشتغل ".

قال زوج آخر، "(إحنا علاقتنا الزوجية الجنسية مش بتحصل بشكل متكرر، ببساطة لأن أنا مش موجود في البيت بشكل كافي، وكمان موجود في الحياة بالصدفة، أهوه عايش وبس". الجنس الصحيح والجيد بين الأزواج يعتمد على الوعي ودرجة التوافق، الأسعار النار، التلوث والازدحام زادوا قوي، الخصوصية معدومة، (كثير من الأزواج يخافون الجنس، والعضو يفقد انتصابه بسبب إن عيل أو إثنين أو حتى ثلاثة، هيدخلوا عليهم الأوضة فجأة ويعملوا فضيحة، وبابا بيضرب ماما، وماما بتعمل أصوات غريبة، وهيبيبيه..، شفنا بابا وماما عريانين، وما إلى ذلك من هرج ومرج ، قد يؤدى في بعض الأحيان، لدى بعض الأولاد الذين شاهدوا اللقاء الجنسي بين والديهم إلى صدمة خفيفة، يختلف أثرها باختلاف بنية الطفل النفسية ودرجة صلابته، لذلك يقولون أن المزلاج (الترباس) هو أهم أداة للجنس الناجح، لأنه يوفر الأمان والحرية والانطلاق داخل غرفة النوم.

ينتج الإشباع الجنسي عن منظومة صحية متكاملة، تضم في إطارها كل أبعاد حياتنا اليومية، وليست محصورة على الإطلاق في المنطقة التناسلية، كما أنها ليست مرتبطة بمهارات ممارسة الحب. ومثلما المرض أو اضطرابات الصحة العامة، يكون (الجنس المعطّل) نتيجة فشل المنظومة الزوجية، عبارة ممكن أن نسمعها همساً أو جهاراً، ربما تضح بها الصدور، وتنزعج لمفرداتها القلوب (العطل الجنسي).

" (يعني يا عم الحاج إزاي يعني تتخيل إني أنام، مُجهد، تَعبان، قَرفان، مِزنوق مادياً، باشتغل ليل ونهار، بألف القاهرة الكبرى زي التور ما بيلفالساقية)" ، هكذا قال سواق تاكسي قاهري، بعدئذ تبدأ رحلة السباب للحكومة والبلد والدنيا والناس والظروف، يمسك بجرنال المعارضة أو حتى صحيفة قومية ويتغم، لو كان عنده رغبة 10% ، أو حتى شهوة أو نظرة عابرة تحمل إشارة أو أمنية، تموت مع أول خبر عن حال البلد وكوارثها، وعلى الرغم من إنه على قد حاله، لكنه أيضاً كان عنده تلفزيون أنيق ألوان بخصائص كثيرة بالقسط وبالريموت، كان يستخدم الريموت زي ما يكون ماسك مسدس بيضرب بيه نشرات الأخبار بالنار، بيطخ بقوة وغلّ الكذب والقَشْر والإدعاءات والإعلانات ، وممكن كمان يخللي الحسناوات اللى على كل شكل ولون في الفضائيات المختلفة وقت أطول. عجبه قوى إعلان مصلحة الضرائب، بحلق وحملق، فكر وتدبر، طيب بيحسبوا ضرائب عربية الكشري إزاي؟!..وهل ممكن يدخل تكاليف الفياجرا في مصاريف الحياة؟ في الإقرار الضريبي يعني باعتباره ضرورة معيشية ؟!

أما الست حرمه كعب الغزال، فلقد جلست وحيدة على ترابيزة السفرة. أمامها الأطباق الفارغة إلاّ من بقايا الطعام، تستعد لمبارة غسيل صحون، لم تتحرك من مقعدها، ظلت محدقة في الفراغ، سرحانة، طبق واحد كان نصف مليان هو طبقها، فالمسكينة لم يعد لها نفس لا للأكل ولا للجنس، لا للتلفزيون ولا لحاجة خالص، اشتغلت مليون شغلانة عشان تدعم الأسرة، مشرفة باص لمدرسة لغات، جرسونة في محل أنيق، وغيره.

فجأة تخرج عن صمتها القاسي لتحكم ما بين أولادها الثلاثة، ثلاثة صبيان عجب، شقاوة وموبايلات وبنات وأيضاً احتمال مخدرات، أما الدروس الخصوصية فهى شأن آخر، في نفس الوقت، وهى تدير ذلك الصراع العائلي المرير بين الأبناء، الذي ربما يصل إلى حد القتال، كان زوجها يحكى لها عن مشاكله في العمل، وعن يومه العجيب الغريب، بعدئذ تخيلت الزوجة المهجورة كالمقطورة في قطار الصعيد القشاش، الذي لم يلحق بالقطار الأصلي منتظرا تحميل البضاعة، تخيلت أن زوجها العزيز يسألها عن حالها وصحتها، قالت في صوت منكسر خفيض (شكراً، ألف شكر، دراعي اللى اتملح، وضهري اللي انكسر اتحسنوا سِنه ع العلاج، الحمد لله). بدت كالشبح، زوجة للا أحد وأم لمجهولين، التفتت إلى الحائط وكأنها تكلم نفسها، سمعها زوجها ولم يلتفت، كان مشغولاً بقراءة الجريدة ومتابعة قناة اخبارية في آن واحد. سألها في برود: انتي قلتي حاجة يا حبيبتي؟ (طبعاً كان يعلم جيداً أنها قالت حاجة)، كان قد تعلم أنه إذا سألها (انتي بتقولى حاجة!)؛ فمعنى ذلك أنه لن ينصت إلى إجابتها، ردت الزوجة المطحونة (لأ.. لأ أبداً)، كانت الإجابة التي توقعها وتعودتها من الأولاد (مع السلامة يا ماما). أحد الأولاد قالها وصفَق الباب خلفه ومضى ؟! تخشن صوته وبان البلوغ عليه في صورة شارب أخضر وبعض العضلات، مما جعلها تدور وتبحث عن الطفل المفقود فيه في دهشة واستغراب. لحقته عند الباب وهو يخطف السلام، جِرْي، انت رايح فين ياولد؟ واخد في وشك كده لا قولوا لي ولا عِدولي .. لم تسمع إجابة فلقد مرق كالسهم وأخذ السلام خطف. لم تلحق سرعته، ولم تتمكن من معرفة أي شيئ، زمان كانت بتقدر تويخه وتؤنبه وتحاسبه، على قلة ذوقه وقلة أدبه وعدم تربيته، وكان – في بعض الأحيان – يعتذر.

جلست على كرسيها مهدودة الحيل، عقدت ذراعيها على صدرها وأسندت رأسها على ساعديها، ثم بدأت في النحيب، بكت، ثم نامت، سحبها النوم وسرقها كمداً وحزناً ..... وفجأة انتفضت مخضوضة مفزوعة على يدين باردتين تعبثان ببلوزتها كل يد تعصر صدراً وصوت يقول (هيه.. إيه رأيك ندخل جوه، العيال كلهم بره؟!)، أحست به قوياً منتصباً، استغربت قليلاً وتساءلت بينها وبين نفسها عن سبب استثارته. ردتّ في حياء مصطنع (بلاش دلوقتي، أنا لازم أنضف السفرة)، كانت تساوم وتتمنع. قال (ما هو ده اللى توقعته، معندناش تلقائية في حياتنا الجنسية، دايماً مقفولة؟ مش مسترخية، مش سايبة نفسك ...) كان الزوج غاضبا بالفعل، محبطاً للغاية، وكان يعرف أنه سيكون تعباناً قوي إذا ذهب الليل وطلع الفجر ولم يقل العصفور صوصو، أما الزوجة فمن ناحيتها فلقد كانت تعلم جيداً أن معنى إنها تسيب نفسها، أن تستجيب لاحتياجاته فقط، عندما (يهيج) ويبقي له مزاج فقط؟ عمر ما احتياجاته دى جاءت كرد فعل واستجابة لها هى؟ فهمته كويس؟ كان يريد أن (يخلّص)، أن ينهى شهوته بأي شكل، داعبته، حضنته، كانت تعلم المسألة لن تستغرق وقتاً طويلاً وفعلاً في دقيقة ونصف كان قد انتهي من كل شيئ، هرول إلى الحمام ليغتسل! هرول مهمهما (كويس العيال ماجوش فجأة دول الثلاثة معاهم مفاتيح!!)، نظرت إلى السفرة التي تحتاج إلى ترويق، لمحت عليها نصل السكين القاطعة لامعاً، ابتسمت لنفسها ولم تدر لم ركزت على السكين بعد ذلك المشهد المأساوي، الذي انتهي باغتسال الزوج وغسيل الأطباق، عاد إليها يجفف وجهه ورأسه وقال (شفتي بقي، ممكن الأمور تخلص بسرعة إزاي، يعني ممكن تسيبي نفسك! شفتي بقي أنا قصدي إيه؟).....

نظر إليها ممشطاً شعره، خرج ذاهباً إلى القهوة يضرب حجر معسل ويلعب دور طاولة. صفق الباب وراءه. نظرت إلى الأرض، إلى (الريموت كونترول)، وتساءلت عما إذا كان ذلك الريموت يصلح لتغيير الأزواج كما هو نافع في تغيير القنوات؟!! ضحكت ضحكة الممثل حسن فايق، وتلتها نفس الزغطة المشهورة .

تخيلات كم من الناس يحدث لهم ذلك المشهد، مع بعض الاختلافات حسب الموقع، المكان، الناس... مشهد جنسي واضح، يفضح الفعل الجنسي الزوجي الفاشل، الذي لا يحله عين الكتكوت ولا الحبة الزرقاء. المشهد المقايل في العيادات النفسية أو تلك للذكورة، يشكو الزوج من أن زوجته باردة، جداً، مشغولة على الدوام، لا تصل للرعشة Orgasm، والزوجة بعد تردد تقول أن زوجها عامل زي دكر البط (يدوب يقرب منها ثم يقذف سريعاً)، وأنها بالفعل تحس بحالة (اللاجنس)، ورغم استشارة الكثيرات وسماع البرامج الجريئة، لكن (مفيش فايدة). حاولا تعلم طرق جديدة وأوضاعاً جديدة، شاهدوا أفلاماً تعليمية جنسية، وأخرى بورنو، رش الزوج سبراي يعطل القذف، فعطل الانتصاب، انتظر مفاجأة أو معجزة، لكنها لم تحدث، لم ينتبه أحد إلى أن الحلّ ليس ضخ الدم في عروق القضيب ولا الحوض، ولا في الحبة الزرقاء ولا البمبي، ولا الصفرا، لكن في حلّ لاضطراب المنظومة الزوجية كلها، حلّ مشكلة التدفق الإنسانى العاطفي الوجداني الحياتي بين الزوجين، وبين باقي العالم ككل، المشكلة في الدماغ، لابد وأن يكون هناك تدفق إذن فالأمر ليس له دعوة بإنتاج وتصنيع الفياجرا في مصر أو سوريا أو السعودية وتوفرها بثمن رخيص لكن بالبني آدم ؟!!!

أرخص شيئ في بيئتنا العربية .!

2- خفـوت الرغبـة الجنسيـــة/ Hypoactive Sexual Disire

نأتي إلى ما يصطلح عليه علمياً بخفوت الرغبة الجنسـ ـ ـية HSD Hypoactive Sexual Disorder، ذلك الذي يحدث للرجل على الرغم من استثارته في مواقف غير الفراش أو داخل غرفة النوم، فنجده يتهيج في الطريق العام لمرأى مؤخرة امرأة تلبس الجينز الضيق، أو عندما يشاهد أخرى في سيارتها تبدو كنجمات هوليوود في أناقتها، نظارتها السوداء، سيارتها، وعطرها الفواح. أو أن تكون الاستثارة فقط دون أي حافز لرجل يجلس على كرسيه في مكتبة بمفرده أمام الكومبيوتر المحمول Laptop، وهو يعمل مستغرقاً في عمليات حسابية معقدة للغاية. قالت امرأة حديثة الزواج (سنة أو أكثر)، في معرض حديثها لامرأة أخرى متزوجة في نفس السنة: "(تـتصوري، إنـه مـهما لـبست لـبس مُغري، وتـزيـنّت على سنجة عشرة، وحطيت بـارفـان مـاحـلش، لا يـهـتم، ولا كـإنـه هـنـا، وعـنـدمـا يـرانـي، لا يحدث لـه أدنى انـتصاب.)"، أشاحت المرأة الأخرى بوجهها وهي تكتم ضحكتها صائحة في همهمة غاضبة: "(الحال من بعضه يا اختي، مش فـاهمة رجالة إيه بتوع الأيام دي؟! قال إيه في سن الشباب، منتصف العشرينات، المفروض يكسروا الحجر.. أنا مش فاهمة.. فعلاً مش فاهمة!!)".

هذه هي الحقيقة المرة على مستوى العالم الغربي حيث يعد خفوت الرغبة الجنسية (H S D) أو (Hypoactive Sexual Desire) أكثر الاضطرابات الجنسية شيوعاً ، وفي كثير من الدراسات تصل النسبة إلى أكثر من (25%) من الشباب، لدرجة أنه صار أمرا كالوباء، يغزو البيوت، يمس الرجال، يخيف النساء ويهدد الأسر.

تقول سالي (وهذا ليس اسمها الحقيقي) ... "(وكـإن الـدنـيـا قـد أعطتني كل شيئ، المال والجمال تزوجت حديثاً وعندي ولد، زوجي رجل أعمال ناجح، وسيم وجذاب، تخطفه عيون البنات هنا وهناك، وتكاد تأكله نظرات النسوة في المجتمعات التي نرتادها، قررنا الذهاب إلى شرم الشيخ لقضاء عطلة في فندق راق جداً، تناولنا العشاء في (رستوران) فاخر مذاق طعامه لا يوصف، لكن ـ وللأسف ـ شاب العلاقة بيننا اضطراب ما ، ضرب في منطقة غاية في الحساسية)."

استرسلت سالي قائلة"(توقف زوجي الشاب، حبيبي المليئ بالحيوية عن الاهتمام بي، ولم تعد لديه أي رغبة جنسية فيّ، ولم يبد عليه أي مظهر طفيف يَدّل على اهتمامه الجسدي بي، وهكذا تمادى الحال بنا لدرجة ـ أنه ـ ولشهور أصبح لا يلمسني، لدرجة أنه أصبح يخاف أن يمسك بيدي أو يقبلني، ولما واجهته، قال بصراحة ـ أصل الحكاية ممكن تتطور تتطور!!!، هو احنا سنرتكب إثم أم أنه يخشى اللقاء الحميم ويخافه، أعتقد أنه يخاف الاقتراب منّي، يخاف الحميمية، ومن ثمّ يهرب من الأمر كله!) " ... قالت كل هذا وانهمرت باكية في عيادة التحليل النفسي الجنسي، انخرطت في بكاء عميق، غطت وجهها بيديها... ثم صمتت.

مما لاشك فيه أن هذا موضوع ملئ بالتوتر والخوف والخزي، موضوع خفوت الرغبة الجنسية أو الـ (H S D)، فها هي الزوجة (غالباً) تبذل كل جهدها، تظهر في أبهى حلّة وأحسن صورة، أما الزوج (فغالباً) ولا على باله، هنا لابد وأن ترتبك العلاقة، تنزعج الزوجة طبعاً، وقد تحس أن ثمة عيب فيها (ربما فقدت سحرها وجاذبيتها)، (هنا قد تلجأ إلى جراحات التجميل ، بشكل عشوائي أو الإفراط في استخدام الكريمات والعطور، أو اتباع نظام غذائي مرهق لضبط وزنها، وكأنها في رحلة شاقة من أجل أن تصبح (موديل)، مقارنة نفسها بهيفاء ونانسي ومادونا وجينيفر لوبيز).

من الطبيعي في هذه الحالة أن يراود الزوجة الشك في أن زوجها يرغب غيرها، (رغم أن هذا مستبعد لأنه يبدو مهموماً، وفاقداً للرغبة الجنسية تماماً). بالطبع في حالة فتور الزوجة الجنسية قد لا يظهر الأمر جلياً لأنها (تزيف النشوة) و(تتصنع المتعة).

إذا أُهمل هذا الأمر، فإنه ـ قد يؤدي ـ للأسف ـ إلى تدمير ـ الزواج تماماً ونسف أساسياته (مثال على ذلك لزوجين تزوجا بشكل الصالونات، وكان بينهما إلى حد ما انسجام رغم فارق السن حيث كبر الزوج عن الزوجة ب (12) سنة، لكنه في ليلة الدخلة لم يفكر في تقبيلها، خلع بذلة الفرح، لبس البيجامة، أعطاها ظهره ثم غطّ في نوم عميق، أما هي فلقد كانت بين الدهشة والذهول ، وبعد (11 يوم) استطاع فض بكارتها، لكنه حرص على القذف خارج المهبل، لأنه كان لا يود الحمل، لأنه كان في أعماقه خائفاً من الزواج ومسئولياته أو متوقعاً الفشل، وكما أقرت الزوجة – بعد ذلك- استمرت العلاقة الجنسية بينهما كيفما اتفق كل أسبوعين، ثلاثة، ولمدة ستة أشهر فقط سادتها المشاحنات والمشاجرات وعدم الاحترام المتبادل الأمر الذي انتهى بالطلاق).

لقد أصبح الشرق الآن مختلفا غير عن ذي قبل، أصبح يضج بالمشهيات البصرية ذات المدلول الجنسي الواضح الفاضح والصريح، تطورت نسبة الاعتناء بالمظهر لدى الفتيات ، وأصبح الرجال يرون بنات زي الشريات يتفنن في لفت النظر (جسداً ومكياجاً)، كانوا دائماً يقولون أن الرجال إذا اجتمعوا فلن يكون لهم حديث إلاّ الجنس والسياسة والمال، الآن يدور حديثهم الجنسي عن الخفوت والعجز (وكل واحد يحط همه على الثاني، ومن سمع بلوة غيره تهون عليه بلوته، ولم يعد هناك خجل أو تغطيه، وصار الحديث عن الحبوب الزرقاء وعن سبل التعويض، عادياً كقزقزة اللب وشرب الشاي).. هكذا أصبح الأمر بين شباب اليوم ـ تحديداً ـ بشأن الجنس ومتعته مجرد (تحصيل حاصل)، واجب، ونسمع عن خطوبة فلان وفلان حتى يستطيع الخروج معها حتى لو صاحبهما أخوها الصغير، وممكن ـ أيضاً كتب الكتاب من أجل التصاق جسدي أو جنسي سطحي تفادياً (للحرام) وإضفاء مشروعية على (الخلوة والقبلة) وفي تصريح لشاب كاتب كتابه منذ سنة قال "(بصراحة الظاهر أن أنا اتدبست، كان مفروضاً أتأنى ، هو أنا بس كنت عايز أبوس وأحضن براحتي، لكن حتى أبوها بيبقى مستخبي ثم يظهر فجأة زاعقاً ناهراً إيانا قائلاً ـ أنا مش فاتح بيتي مبوسة"، يصبح الزواج في مثل تلك الحالات (اشتراك) Package ، بيعة على رأسها (الجنس) الذي يشتاق إليه الرجل ـ جداً ـ وهو خاطب أو كاتب كتابه، لكن لما يختلي بزوجته يصبح الأمر واجباً شاقاً فتخفت الرغبة وتموت الأمنية).

انتفض علماء وأطباء النفس والذكورة في العالم باحثين عن الأسباب، ومفتشين عن الحلول! (بشرت البحوث الخاصة في مجال العلاج النفسي الجنسي بنتائج طيبة للغاية، إذا ما التزم الزوجان)، لكن المزعج في الأمر أن كثيراً ممن يعانون من خفوت الرغبة الجنسية، لا يرون أن هناك مشكلة حقاً وربما تزوجوا لإشباع الرغبة الجنسية فقط (دون إدراك أن الزواج حياة كاملة ومشاركة وحميمية في كافة الأمور)، هنا يبدأ الشجار في كل وكافة الأمور، التافهة والعظيمة، يحتدم الصراع على صغائر الأشياء قبل كبائرها، يبدأ الرجل مثلا في رؤية امرأته التي كانت خطيبته (عادية)، مثل أي امرأة، وتراه هي رجلاً مهملاً أشعث الشعر، كسولاً، غير مهتم بمظهره، تكمن تحت السطح هنا أمور وأمور أهمها الخفوت الجنسي، فإذا خفتت الرغبة لدى طرف، تآكلت حواف الطرف الآخر، إذا تمهلنا وفحصنا حاله (ماري) (وهذا ليس اسمها الحقيقي)، في الأربعينات من عمرها، سعيدة في زواجها، فجأة ومنذ ستة أشهر اختفت رغبتها الجنسية تماماً، قالت دون خجل [لا أدرى ما الذي حصل.. صحيت من النوم فجأة، لقيت شهيتي الجنسية مش موجودة، (بَحّ)، زي ما يكون حوّلت الـــ (Switch) الزرار (Off)، لا أنكر أنني وزوجي مازلنا نمارس الجنس مرة كل بضعة أسابيع، لكنه ـ للأسف ـ جنس غير متوهج (زي الطبيخ البايت وأحياناً زي الطبيخ الحمضان). قبل كدة كنت باستمتع بالعلاقة، لكن على ما يبدو أن جزءاً حيوياً منها قد فقد جزءاً من تكويني زي ما يكون شلت الـــ (Fuse)].

بالطبع فإن عموم الناس في حياتهم اليومية لا تعم عليهم شهوة جنسية متأججة دوما لأن هناك مشاكل ومشاغل: الأولاد ودورسهم الخصوصية، انقطاع المياه، التعب والإرهاق بسبب وبدون، الإجهاد العصبي، اللهاث وراء لقمة العيش ليل نهار، حتى نزلات البرد المتكررة والرشح شبه المستمر والحساسية المزعجة، كل هذا وذاك له دور كاف لدفع الرغبة الجنسية بعيداً.. لكن المسألة ليست قاتمة إلى هذا الحد، فبضع كلمات رومانسية، أفكار مثيرة، وخيالات ذات طابع مهيج قد تقود إلى استعادة الحياة الجنسية الطبيعية بين الزوجين، المثير للفزع ـ أنه رغم كل شيئ ـ قد لا تعود الرغبة، وكأنها قد ركبت على عربة ومضت في الاتجاه المعاكس؟! ونجد في هؤلاء المصابين بالخفوت (H S D)، لا رغبة ولا مثيرات ولا اهتمام..

يبرز هنا سؤال مهم! متى يكون الجنس قليلاً؟ وما معنى ذلك؟ فإذا اشتكى أحد الطرفين من أنه لا يشبع حاجته من الجنس، فإن ذلك قد يعني أن شهيته الجنسية مفتوحة زيادة، ومن ثم فإن الطرف الآخر غير قادر على إشباعها تماماً. يدلل الخبراء على أنه لا قانون للحد الأدنى للممارسة الجنسية، بمعنى أن المسألة تختلف وتتوفق حسب الظروف، شرط ألاّ تطول أو تتعدم!!

في دراسة بريطانية نشرها (جورنال العلاج الجنسي والزواجي) تأكد أن (24%) من الأزواج في العينة المفحوصة ، لم يمارسوا الجنس في الثلاثة أشهر السابقة للدراسة، وفي دراسة أخرى شهيرة بعنوان (الجنس في أمريكا) ، تبين أن ثلث الأزواج مارسوا الجنس ـ فقط ـ بضع مرات سنوياً، ولنا ـ بالطبع ـ أن نحدد أن تلك الدراسات تركز وتؤكد على (الممارسة)، لا على (الرغبة) مما لا يحمل دلالة على أن أحد الزوجين قد يعاني من خفوت الرغبة الجنسية (H-S-D).

ومع ظهور الفياجرا والجيل الذي تلاها، ظن البعض أن المشكلة ستحل بحبة صغيرة، لكن أن المسألة أعقد من ذلك بكثير؛ فحبة الفياجرا مثلاً تضخ بالدم في القضيب لينتصب، لكنها لا تنبه المخ ليمتلئ بالرغبة، أي أنها ليست بذات فائدة إذا كانت المسائل (فوق) في (المخ) في (النفس) مغلقة أو نائمة في العسل.. مما يدل على أن هؤلاء الناس يحتاجون إلى معالجة نفسية جنسية حقيقية تفتش عن الأسرار والكوامن، عن الصراعات والخفايا، تحلّها، توجهها، تنظمها وترشدها ، إذن فليس هناك (علاج شافي نهائي) بمعنى (أكل حباية كله يبقى تمام)، يحتاج الأمر إلى شحن البطاريات، شحذ الهمة النفسية، بث العشق بمعناه الوجداني بمعنى أن يسعى كل رجل لاكتشاف جسد امرأته من جديد، وأن تسعى كل امرأة لأن تمارس الحب (لا الجنس) وأن تترك أداء الواجب بعيداً ، تنتبه للكلمة الحلوة العذبة، واللمسة التي تثير الحواس وتؤججها. أي الأمر يحتاج إلى (وجود حياة) لا إلى الكيمياء..فقط!

ينبغي هنا إلى أن ننبه أن كثيراً من العقاقير المضادة للإكتئاب تؤثر سلباً على الرغبة الجنسية خاصة تلك التي تعمل على مادة (السيروتونين) والمعروفة باسم (SSRI'S)، كذلك فإن اضطرابات الغدة النخامية، قد تؤدي إلى خفوت الرغبة الجنسية، كما تؤكد بعض الأبحاث أن انخفاض نسبة الهرمون الذكري (التيستيرون) في النساء تعد سبباً وراء ضعف شهيتهن الجنسية، وفي ختام الأمر نستطيع القول بأن هناك ما يسمى (فقدان الرغبة ـ أساساً)، بمعنى أن هناك خفوت الرغبة الجنسية الذي يعد أكثر الأمور صعوبة، هذه الحالات تعالج بنجاح، لكن مفتاح هذا النجاح يكون ـ غالباً ـ في يد معالج نفسي جنسي متمكن، وتكمن الصعوبة غالباً في إقناع الرجل بأن هناك مشكلة... لا لشيئ إلاّ لأنه لا يرى هذه المشكلة ولا يريد ألا يذكره أحد بها.

نصف العرب يعاني من اضطرابات جنسية... والمعدل المطلوب للممارسة الجنسية الزوجية أربع مرات شهرياً! (هكذا قالوا وقرروا) ...

فجرت نتائج مؤتمر عربي للإضطرابات الجنسية عقد في القاهرة على مدى ثلاثة أيام ، مفاجآت عدة. إذ شارك فيه خبراء وأطباء عرب ونظمته "الجمعية العربية لجراحي لجهاز التناسلي" ، خاضوا في كل ما يتعلق بالعلاقة بين الرجل والمرأة ، ولأنه حياء في العلم ؛ فإن خصوصيات هذه العلاقة طرحت على طاولة النقاش من دون مواربة أو خجل. ثم صدم كل من تابعوا الجلسة الختامية حين اكتشفوا عبر التوصيات النهائية حقيقة أن (50%) من العرب يعانون من اضطرابات جنسية (مع التحفظ على عينات البحث ومناهجه وطرق تطبيقه).

3 – الاضطرابـــــات الجنسيـــــــة والذهنيـــــة العربيـــــة

بين هذا وذاك تتقاطع كل تلك الأشياء أو بعضها مع (جنوح) للمثليين الجنسين الفيتشيين Fetishists، أو لهؤلاء الذين يتمنون إذلال المرأة وهيمنتها الجسدية والجنسية بكل قواها F.D(Female Domination) ، أو للمرأة التي تحلم بأوضاع جنسية صاخبة غير معتادة دلتها عليها فطرتها، أو عرفتها من بعض أحاديث صاحباتها (كذباً كانت أم صدقاً)؟ ونموذج الأنثى التقليدية التي لم تعلمها أمها أي شيئ وصمت آذانها عن كل شيئ، ففوجئت في ليلة الدخله برجل غزير شعر الصدر، كبير العضو يقف عارياً أمامها عاريز حفه، شعرت بأنه سيفترسها، فاومته مما أدي إلى تهتك ونزيف في المنطقة التناسلية والبطن، إجراء عملية جراحية للتصحيح، أكد كل هذا لديها على مفهوم أن (الرجل بشع ومؤذي) ... أحست بأن الموضوع كله قذر، اعتداء ونزيف يجب تجنبه بأي شكل وبأي ثمن وإن أدي الأمر إلى الطلاق. سلوك الاضطراب الجنسي قد يظهر أحياناً في البيئة العربية في هؤلاء الرجال اللذين يعانون من (شذوذ كامن Latent homosexuality)، فلا يرغبون نساءهم ولا يأتونهن إلاّ بعد تنبيه الرغبة لديهن من خلال رجال آخرين يعجبن بهن، ولا مانع أن يزغت الشهوة من أعين هؤلاء الغرباء، وإن استحال الأمر لقسوته دينياً واجتماعياً، فلا مانع من استعارة مشاهد تؤدي إلى هذا المعني وتعمقه عبر نوادي الانترنت الفجة والكثيفة.

وهكذا يمتد الأمر أيضاً إلى أمور أخري (طبيعية) في (الخليج)، كتعدد الزوجات، وشبه استحالتها أو تجريمها قانوناً في (تونس) مثلاً، إلى تقبلها رغم تدني الحالة المعيشية في (مصر)،أو القيام بها من باب الوجاهة والمتعة فمثلا (زوجة في المهندسين وواحدة في مدينة نصر، والثالثة اسكندرانية والأخيرة شابة لم تتعد الـ 18 سنة) ، يحدث ذلك لدى رجال الأعمال خاصة الجدد منهم، أو محدثي النعمة (النوفو ريتش Novo Rich)، أو تلك التي ضاق بها الحال أو مر عليها العمر فاضطرت إلى أن تكون (زوجة ثانية)، غالباً ما تكون في السر، وأحياناً ما يحكم عليها بعدم الخلفة، أو يتفق معها أو مع أهلها على ذلك مسبقاً، مما يؤدي لاحقاً إلى حالة من الاكتئاب الخانق يصل إلى حده الجسيم يستدعي له علاجاً طبياً نفسياً يجمع ما بين العقار النفسي والحوار المعرفي.

من الناحية الإكلينيكية نجد أن (القذف السريع) كظاهرة (كونية) ، ليس مجرد عرض جنسي للتوتر ينتشر أكثر في البيئة العربية، ويكاد تكون القاسم المشترك الأعظم للحالات السابق ذكرها وغيرها.

1.3 - دراســـــة لحالـــــة مميـــــزة (جامعـــة شاملـــــة)

تضمن دراستنا هذه حالة مهمة جامعة شاملة ، تكاد تجسد المفهوم النفسي الجنسي الثقافي الشعبي الحضاري للذهنية العربية للعلاقة العصية عن الفهم (كثيراً) في الزيجات العربية.

"إحنا متجوزين من حوالي ستة أشهر، لا تمكنني زوجتي من الدخول إليها، تمنع الإيلاج منعاً تاماً، تتألم ويصيبها تشنج عضلي في الفخدين وفي عضلات الحوض، يعني عندها (Vaginismus)" ومن خلال الجلسات الاستكشافية الأولى تبين أن الزوج صاحب الخبرة الجنسية العالية جداً (حسب قوله) والذي خاض تجربة المخدرات حتى آخر مدي يمكن تصوره ، الفحل الجنسي المشهود له كان متعباً جداً ليلة الدخلة، مجهداً، مصاباً بالتهاب في الجهاز التنفسي، أدى إلى تناولة مضاداً حيوياً، فلم يتمكن من الدخول بزوجته لتعبه وإنهاكه (وهي التي كانت لم تزل عذراء على الرغم من سفرها إلى معظم بلدان العالم الغربي واحتكاكها بالثقافات المنفتحة جنسياً (بالطبع هنا نحن لا نقصد من سرد تاريخ الزوج الجنسي، أن نتهكم من فشله في البدايات) ، لكننا نرصد وبدقة نشير إلى أن هناك بوناً شاسعاً بين ماضيه المتفجر بالتجارب الناجحة إيلاجاً وتحقيقاً للذات الجنسية (خارج إطار الزواج) وفشله الذريع داخل عقر المؤسسة الزوجية. اتضح فيما بعد (من الزوجة) أنه يفقد انتصابه لدي الاقتراب منها، وعلى الرغم من أنها بالفعل كانت تعاني من حالة التشنج المهبلي Vaginismus، إلاّ أن اضطرابها هذا تقوى بفعل (فشله)، وأصبح سداً يصد أية محاولات. استدعي ذلك فيما بعد علاجه بمفرده بعد علاج الزوجة لوحدها، وكذلك علاج الزوجين جنسياً ونفسياً سويا ، أعتمد المؤلف (المعالج) في ذلك على طرق الكشف، الفضح، المواجهة، التفسير، التأويل، الدخول الى عمق الحيل النفسية الدفاعية، فضحها، فض أختامها ومسح الغبار عن كل مكونات الأنا في لوعتها، تشوشها، حيرتها وغرقها في لجة البحث والعجز) .

كان الزوجان (مع بعضهما) يمثلان حالة باثولوجية (مرضية) مركبة للغاية، لكنها في نفس الوقت تكاد تفسر الواقع العربي، بكل إسقاطاته الجنسية المحبطة والفاشلة، بل والمقاومة للعلاج بكل أساليبه.

كان الزوج طاووساً مفتوناً بعقله، استسلم فجأة للمعالج والعلاج (مزعم أخاك لا بطل)، أعطي عقار الصدق Pentothal لتيسير عملية البوح والفضفضة، كانت أمه مغلوبه وكان أبوه شديداً، بدد المال والأحوال وانضم إليه أخوه في الأعمال (البيزينس) الخاص بهما، بقي الزوج مع أمه وسافر إلى أبيه لينهي طلاقه من أمه (ليحررها سجنه وسيطرته وعذابه – حسب تعبير الزوج الابن الذي كان يشبه أبيه إلى حد بعيد، وبالتحديد شكل أنفه، مما استدعاه الى التفكير في تغييرها جراحياً، لكن الأخطر من ذلك لم يكن الشكل، وإنما استدماج INTROJECTION الأب داخله، تحديدا استدماج ضعفه الشخصي ووهنه الإنساني الظاهر شدة وصرامة ، غطاه مريضنا بالمبالغة، التهويل الإدعاء،التكبر، الاستعلاء، شحذ كل دفاعاته دون أن يدري في مواجهة العلاج على الرغم من أنه لم يسع إلاّ للشفاء (تخلصا من الأزمة) وكانت العملية النفسية الدفاعية عبارة عن (تكوين عكسي).

كانت في تاريخ الزوج العاطفي بنت غربية أسلمت وسلمت له نفسها، فلم يعاشرها زوجياً فحسب، لكنه أيضاً أغرقها في لجة المخدرات، ولأنها كانت تملك براءة غير عادية فلقد أحس بالذنب الشديد، سافر الى أهلها في الشمال طالباً الصفح والمغفرة من شيخ (الطريقة)، لكن ثمة إحساس متضخم بالذنب كامن ككرة اللهب في جوفه دائما وخاصة عند التطرق إلي موضوعها، أو عندما تكون هناك سيرة لامرأة ربما أحبها، (وهو رغم إدعاءاته الكثيرة لا يعرف كيف يحب لأن أنانيته المفرطة وعشقة العجيب لذاته جعله متورماً يغشي البصر عن أي حقائق قد تتجلي أمامه) ... هنا كان بالفعل يشبه أبيه، البنت التي أفسدها، أو كما يقول المصريون (شتمها في شارع وصالحها في حارة): حولها من فتاة بريئة الى مسخ مدمن، مهتّك احتاج إلى كثير من الوقت لكي يتعافي، يتأهل وينهض من عثرته، رغم (السيكوباثية) التي لا تظهر على هذا الرجل مباشرة، إلاّ أنها كانت في صلب تكوينه ومعاملاته، ومع ذلك - وخلافاً لما هو متعارف عليه علمياً - فإن إحساسه بالذنب ذلك، كون نواة لفشلة الزوجي أو بالأحرى الجنسي، وكأنها لعنة الإفساد ظلت تطارده (على الأقل على المستوى اللاشعوري، الذى ظهر في صورة عجز جنسي، فقدان الانتصاب ،وسرعة القذف) وحسب نظرية الأعضاء الضعيفة لألكسندر، فلقد اختارت الموبقات في حياته نقطة ضعفه، ضربت في وظائف أعضائه التناسلية (فكانت كعب أخيل الذى رماه أعداؤه بسهم قتله على الفور ، وهو البطل

صاحب الجسد المحصن ككل)، هي نفسها النظرية النفسجسدية The Psychosomatic Theory، بمعني أن الجسد ممثلا في (الوظيفة الجنسية) اختلّ وتعطل، وفي نفس الحين (تشريحياً) هذه الأعضاء سليمة ، بل أن صاحبنا ما فتىء يجربها مع (بائعات هوي ونجح معهن بشكل ميكانيكي جسدي كامل بحت ، مثل الحيوانات عندما تمارس الجنس بالضبط)، مما يدلّ على أن (اضطراب الانتصاب وسرعة القذف ، مرتبطان فقط بزوجته).

نركز هنا على تناقض آخر في علاقة هذا الرجل بنفسه، تدينه العميق (شكلاً) فنجده في حلقات ذكر (يتمايل مع آخرين لساعات)،يواظـب علـى جلسات الدين (المودرن) إن صح التعبير، تلك التي تجمع الرجال مثله من ذوي الأعمال المتعددي الجنسيات، في صالات مكيفه وروائـح باريـسية، بخور عمانية (دنيا تانية تمارس فيها الشعائر الدينية)، بحثاً عـن الراحـة والخلاص، أو عن توحد مع آخر مثله (للكاتب هنا تجربة حضور جلسات، حلقات، ومحاضرات دينية أقامها رجل أعمال شهير أفلس ويعـيش علـى سمعة ثرائه السابقة، يدعو إليها إمام مسجد وخطيب مفوه بملابس إفرنجية كاملة ورابطة العنق لامعة، ولا بأس من عشاء يشمر فيه الكـل سـاعده ليهبره من اللحوم ومن كل ما لذ وطاب، أو يحتسي الجعة من غير كحول، والبعض يغرفون الأرز بأيديهم تيمناً العادات الخليجية)، ثم يذهبون فرادى وجماعات إلى تلك الصالة الرحبة الخافتـة الـضوء ، يكملـون المأدبـة بالحلويات الشرقية المتنوعة، يمسحون أنوفهم وأفواههم بالمناديل الورقيـة المعطرة، ولا بأس من بعض (التمر).

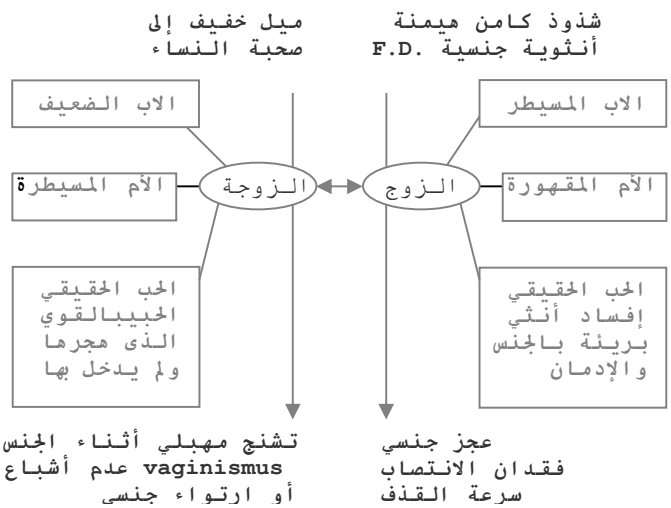
في خلال ذلك وبعده تستمر البسمله و التسبيح ، ربما بتحريك حركـة الشفاه فقط، مع افراط في حركة اليد والأنامل بحبات السبحة.

كان سؤال الكاتب للخطيب الواعظ وهو يلتهم آخر قطعة لحم (ملبسة) كاد أن يختنق بها: (إلاّ تفتكـر يـا شـيخ إن الاكتئـاب ضـعف إيمان، تأنيّ الشيخ في الرد، ربما لأنه كان يحاول معرفة كنُه العلاقة بين ذلك الطبيب النفسي ضيف الشرف (الذي دعاه صاحب المال والمكان والزمان)..." رد رداً مقتضباً يمكنّه من إدراك الأمور، المهم أنه وافق على مضض على أن الاكتئاب مرض نفسي، يتسبب فيه اضطراب كيمياء المخ العصبية ، لم يكـن هذا هو مقصدي من ذكر تلك التجربة، لكن القصد كان إيضاح نوعية مرتادي تلك الجلسات، فلقد كانوا رجال أعمال محترفون على كل شكل ولون، أغلبهم سقط وهوى، أفلس ثم نهض، أو بلغة سوق المال (سوى أوضاعه)، أو انكسر ولم يكشف بعد، تُبقية مع البعض هالة وصورة وبعض الأصول المادية (غالباً عقارات أو سيارات أو بقايا مصانع)... كان صاحبنا (الزوج) من مرتادي مثل تلك الجلسات، يخفي فيها ألمه وذنبه، حيرته ولوعته وبحثه المر عن الحقيقة، توتره الإنساني، الجسدي، الزوجي، الجنسي، الحاجة الماسة إلـى (الـشفاء)، (الآن) وبأي ثمن (لغة السوق مرة أخري). لكن المسألة كانت أبعد بكثير مـن ذلك، بشقيها النفسي والجنسي لدي كل من الزوجين.

كشفت جلسات التحليل النفسي للزوجة، عن حبها الأول والوحيد كان يبلغ من العمر 18 سنة وكانت وقتها هي 17 سنة، كان عشقاً لدرجة الهوس، لـم يشأ أن يأخذ بكارتها دون أن يتزوجها، ولم يشأ أن يتزوجها (لأنه لـم يـزل صغيراً، وعايز يتفرج على الدنيا ويعرف بنـات وسـتات، ويخـوض كـل التجارب ثم يقرر – منطق؟!)، وهي لا يمكنها الانتظار بعد أن يخلص دورته ليعود أو لا يعود، كانت حتى لحظة الزواج تتذكره، لكنها تعاملت مع الأمـر (بعقلها)، رأت في زوجها (إنساناً) لطيف المعشر، يحبها، وتحمل له مـشاعر تؤهل للزواج، لكن تلك المشاعر لا يمكنها أن ترقى إلـى حالـة الحـب أو العشق، إطلاقاً) لهذا ، فعند أول (فشل) بعد الدخلة وما تلاها، (بعد أن تخلص الزوج من توتر وإجهاد الفرح)، لم تتمكن من قبول الأعذار، وأدركت علـى الفور ، أنه ليس رجلها،رغم إصراره على المحاولة والاستمرار،واستمرارها في التشنج وإغلاق الفخذين والألم المبرح عند تحريـك أي مـن عـضلات الحوض، بل إنها بدأت تفقد احترامها له، تنفر منه، ولا تسمح له بتقبيلها فـي فمها إطلاقاً، لكنها إنسانياً، (ربما كالأصدقاء، كانت ترحب به، وأحياناً كانت تستقبله بالأحضان كرفيق، وزاد من ضيقها جداً في فترة ما بعـد الـزواج مكوثه في البيت لعدم بدئه أي عمل جديد).

بدأ الزوج جلسات نفسية تحليلية مكثفة أستخدم فيها المعـالج (المؤلـف) (مصل الحقيقة Serum Truth) وهو إمـا عقـار البنتوثـال Barbiturates (المخدر)، أو أي من قمجموعة المهدئاتBenzodiazepines فيما يصطلح عليه بالـ ABREACTION، أو جلسات التفريغ النفسي التى كانت تـصل مدتها إلى (ساعتين مستمرتين أحياناً)، كشفت عن تناقض وجـداني شـديد تجاه الأبambivalence ، وحالة من السخط والرفض لـسطوته وعبثـه وقهره لأمه الجميلة، لكن ذلك الشعور لم يكن كرهاً، كان مزجا معذبا بين الحب والرفض Love Hate، تمنى (الزوج) أن تكون أمه قوية (مهيمنة) لا صلبة (مقاومة)، وهكذا تمني امرأته كما سيتضح فيما بعد.

كشفت جلسات (التفريغ) النفسي أيـضاً عـن شـذوذ كـامن Latent Homosexuality كان الزوج – عادة – لا يتذكر ما قاله من تلـك الأمـور؛ فأصبحت ذاكرته بعد الجلسات اختياريـة elective وكـان النـسيان Post Hypnotic Amnesia مخصصاً فقط للأمور المخجلـة والكامنـة جـداً فـي العمق.اضطر الزوج (كما يدعي) لأن يذهب الى أحد تلك الأمكنة التى تـوفر التدليكmassage ، من قبل نسوة (غالباً عاهرات)، كانت فيها إحداهن تقـوم بمداعبته وممارسة الجنس الفمي Oral Sex معه وتدليك قضيبه بيدها حتـي يقذف، (ممارسة العادة السرية عن طريق الآخر المؤجر)، قال أنه جد سـعيد بالتجربة وطلب من (الفواد) في عاب الليل تلك، أن يأتي له بامرأة (جامـدة)، قصد الزوج هنا أن تكون (حلوة طاغية الأنوثة)، بينما فهـم الفـواد أو علّـه استشعر (بخبرته في المجال الجنسي التجاري مع كافة أنواع المرتـادين مـن الرجال) ان هذا الرجل يريـد امـرأة (جامـدة) بمعنـي (مهيمنـة Female Dominant)، تسيطر عليه جنسياً وتُذله، أحضر له امرأة قوية النفس والجسد ، دخلت عليه وذلّته، عاملته كخادم، طلبت منه أن يحمل عنها فنجال القهـوة الصغير جداً لأنه يتعبها في حمله، وأن يظل واقفاً بجوارها حتي تأخـذ منـه رشفة رشفة، ثم بعد انتهائها منه أمرته أن يضعه بعيداً .... فعل كل ذلك، ثـم بدأت المرأة طقوساً معروفة في هذا المجال حيث شدته من شـعره وعنفتـه، كانت في منتهي القسوة مما أثاره جنسياً بشدة، ومما أدي أيضاً إلى انتـصابه بقوة بالغة، ولدى عملية القذف دون (إيلاج) (لأن ذلك أمر غير مسموح به في مثل تلك النشاطات التدليكية الترفيهية كما هو الحال في الغرب تماماً)، كـان صاحبنا مستمتعاً إلى أقصي الحدود، منتشياً للغاية، كله وهج وانتعاش واشباع. فسر له المعالج (المؤلف) أن ذلك يلخص بما لا يدع مجالاً للـشك أن ميولـه الجنسية، هي تلك للهيمنة الأنثوية الجنسية، وأن الأمر ليس كذلك مع أمرأتـه التى بدورها كانت تريد رجلاً مهيمناً قوياً نفسياً وجنسياً.



* شكل يوضح العلاقة المتوترة بين الزوجين بكافة أبعادها وديناميكيتها الجنسية والحياتية

إذن فنحن أمام حالة زوجية مركبة، كل مـن الـزوجين معتّـل نفـسياً وجنسياً، وبالتالي فأن الزواج نفسه أصبح مختلاً معتلاً ومـضطرباً للغايـة، تنخره صراعات وتناقضات ، تبادل للأدوار ما بـين الجـاني والـضحية، المذنب و البريئ، كانت الزوجة أحياناً تتلذذ بمشاكسته جنـسياً فـيظن أنهـا تريده، فيأتيها بقوة ثم يفقد انتصابة فلا يولج عضوه فيصاب بالإحباط والفشل والفنوط، أما الزوجة فتيأس وتبكي، كان كثيراً مـا يلجـأ إلـى المنـشطات المتداولة مثل الـ Cialis والفياجرا، لكن المسألة كانـت محـض انتـصاب صناعي وقذف سريع، لا مشاعر ولا عاطفة، لا حب ولا زواج هي ترقـد كأنثي معطلة، ينام هو بجوارها ذكر (غير قادر) هي تتمنى رجلاً لا يكـون مثل أبيها، وهو يريد أنثي غير أمه (أنثي مهيمنة) تشده وتضربه.

لجأت إلى صحبة النساء بغيـة الاقتـراب مـنهن، (خاصـة أولئـك السحاقيات Lesbians) دون أن تكون لها ميول جنسية مثلية، ربما لأنهـا (قرفت) من الرجال، وودت لو تدفأت ببنات جنسها، دون تهديد ذكوري أو محاولات إيلاج فاشلة يصحبها قذف سريع.

وهكذا كان كل طرف يرسل للآخر رسائل مضللة، وإشارات مختلفـة تُفهم على عكس مضمونها، مما أدى إلـى تـشوش ولخبطـة وفوضـى Confusion، كان الحبيب الأول منافساً بل مصارعاً بكل جبروت للزوج، بكل العشق والوله، وكما كانت تردد الزوجة دائماً (بكل الـ Passion)، غالباً أنه كان رجلها الذى تركها (كما ذكرنا سالفا، الفارس النبيل، قـيس الهائم)،وكما يضحك العوام من مثل تلك المواقف ملخصين الأمر الجنـسي بين الزوجين حيث كان الذكور منهم والإناث يتبادلون رسالة قصيرة على تليفوناتهم المحمولة تقول (قال عنتر بن شداد : "لقد ذكرتك والرماح نواهل مني، وبيض الهند تقطر من دمي، فَوددت تَقْبيل الـسيوفَ لأنهـا لمعـت كبارق ثغرك المبتسم" فقالت عبلة: "والنبي يا عنتر مارس الجـنس صـح وادخل بي وانت ساكت") أو علّها تمنت الرجل الكارتوني الوسيم، الرجـل المفترض Virtual، الموجود دائماً كذكرى غير محققة، خيال جـامح لـم تكتمل فصوله، عالم أرجواني زاهي مضي عن عالمها فـي غفلـة عـين واختفى للأبد ، (وربما إذا ظهر، فلن يكون ذلك الذي تمنته)، لكنـه ظـلّ حاضراً بكل قوة في كل ذرة من كيانها،في حين لم يستطيع الزوج طـرد شبحه أو إبعاد لقوة تلك الذكرى،فظلتّ صلبة كالفولاذ تصد كل محـاولات اختراق الزوج الفاشلة، بل ذكرى تتمكن منها ومنه ولا تسمح للزوج بـأن يتقوى، بل عززت ضعفه وفشله على المستوي الجنسي البحـت، وعلـى مستوي مشاعر الحب العنيفة التى أحست بها تجاه (الحبيب الأول)، تلـك التي كتمتها ولم تستطع أن تحولها (فمثل تلك الأشياء لا تنقل ولا تـستعار ولا تُبدل من رجل إلى رجل).

2.3 - تفسيـــــر وتحليـــــل للحالـــــة

نلحظ أن ثمة أسباب مباشرة أعقبت الزواج في تلك الحالـة اعتمـدت على فلسفة اللحظة، على مبدأ(هنا والآن)، تلك المسببات كانت كافية لتدمير الاستجابة الجنسية لدي الطرفين في نفس اللحظة التي كان فيها الزوجـان يديان الالتحام داخل السلوك الجنسي.

علماً بأن هذا السلوك يتكون من سلسلة مركبة من الاستجابات الذاتيـة العضوية، التي لا يمكن أن يكتب لها النجاح إلاّ أذا كان الشخص هادئـاً، مستقراً ومطمئناً، وشريطة أن تُترك العملية لتلقائيتها، عفويتها، وانسيابها، بمعني ألاّ تعطلها وألاّ تعوقها أية عملية أخرى كالمراقبة أو الرصد علـى مستوي العقل الواعي، بمعني أدق أن تُترك لكي تأخـذ فرصـتها للتمتـع بجنس رائع وطبيعي، أي أن يترك الزوجان نفسهما تماماً للنشوة والشهوة والعشق الجسدي، للذة بكل أبعادها (دون أدنى تفكير في أي شيئ آخـر)، أي أن (يسلم) كل منهما مفاتيحه، فلا يتحكم أحدهما فـي أي شـيئ، وأن (ينفصل) إلى حد ما عما حوله.

يأتي العطل الجنسي (كما في هذه الحالة) ، من بيئة معادية للجنس، وتاريخ قاسٍ يطلّ بوجهه من ثنايا الذاكرة . تكمن هنا أهمية أن يكون الزوجان حران من العقَد، ومن الذكريات السابقة والتجارب الماضية، وكأنهما سيولدان من جديد، كأنهما آدم وحواء.

ولنا في هذه الحالة ثلاث تفسيرات ورؤى :

1. **ديناميكـــــي فرويـــــدى** ، يعتمد على المسألة الأوديبية في ارتباط الزوج بأمه(أوديب)، وارتباط الزوجة بابيها (إلكترا) ويتضمن ذلك عمليتي الوعي واللا وعي.
2. **تعليمـــــي** ، بمعني أن الخوف من الفشل، يولـد الفـشل ، والفشل المتكرر يزيد من الطين بلّه، يغلق السكك ويـسد الفـرص، مؤديا إلى الإحباط واليأس بل وعدم القدرة علـى الأمـل فـي أي علاج.
3. **نفســـــي جســـــدي Psychosomatic** حـسب نظريـة "الأعضاء الضعيفة" لألكسندر(التي ذكرناها سابقا) أي أن هـشاشة أحد الزوجين أو كل منهما، تضرب فـي عمـق الجهـاز النفـسي الجنسي، فتعطل مراكز المخ تغلق الفخدين محدثةً الألم عند الجماع لدى المرأة Vaginismus، ومرسلة إشاراتها المُعطّلة إلى الدم فـلا يتدفق في القضيب، فيفقد أنتصابه أو لا ينتصب إطلاقاً وإذا لجأ أحد الزوجين إلى العقاقير، يتحول الفعل إلى شكل غريب، أجدب، عديم الطعم والرائحة، وكما تقول بطلة فـيلم (دنيـا لجوسـلين صـعب) صارخة في وجه الجدة التى قامت بختان حفيدتها خوفاً عليها مـن الغواية الجنسية بعد البلوغ، (إنتي طفيتيها .. بقت زى الطبيخ البارد مهما اتحطّ على النار الواقعة، زي الأكل العادم مهما كانـت كميـة الملح فيه).أي جنس بلا معني، بلا حب، بلا حميمية، بلا روح، بلا عِشْق، مجرد أداء حيواني كثيراً ما يكون مقززاً.

4 - التشنـــــج المهبلـــــي ومنـــــع الإيـــــلاج Vaginismus

- كل شيئ في تشريح المرأة طبيعي لكن عندما يحـاول الرجـل اختراقها بذكره المنتصب، تتشنج عضلات الحوض والمهبـل جـداً ، بحيث يصبح الإيلاج مستحيلاً، وكذلك عند الفحـص المهبلـي (علـى الرغم من أن بعض السيدات يكن طبيعيات مع طبيب النـساء خـلال فحصه لهن ، أو ادخاله موسعات Dilatators في حين تظـل المـشكلة قائمة مع الزوج) .

- يحدث نتيجة تشنج لا إرادي في العضلات المحيطة بفتحة تناسل المرأة، خاصة تلك المحيطة بالمهبل، والتى بين المهبل وفتحة الـشرج (أي منطقة الحوض بصفة عامة) .

- بالإضافة إلى التشنج الأولي داخل المهبل، فإن الزوجة غالباً ما تعاني من خوف مرضي (فوبيا) من الجماع والإيلاج، هـذا التجنـب الخائف المرضي يجعل كل محاولات الجنس الزوجية مستحيلة ، مؤدياً إلى الإحباط والألم النفسي والجسدي. مما يتسبب في رد فعل ثـانوي (فوبيا)، للجنس عامة تسبق عملية التشنج Vaginismus.

- قد يكون مرتبطاً بحالة عامة من (الانغلاق) الجنـسي النفـسي للرعشة والنشوة : Orgasmic Inhibition ممل يمنع الوصـول إلـى المتعة الكاملة بالعلاج أو بدونه تستجيب كثير من النسوة جنـسياً وقـد يصلن للنشوة Orgasm بمداعبة البظر، كمـا ويـستمتعن بالاتـصال الجسدى والملاطفة (أحضان وقبلات ، لمس وضغط وكافة الممارسات مع الوجه، الفم، النهدين) لكن دون إيلاج (أي دون أن يـدخل العـضو إلى داخلهن).

- يجب تفريق الحالة عما سواها من تجنب للجنس (خوف مرضي Phobia)، كما يجب استبعاد أي حالة عضوية قد تتسبب في هذا.

1.4 - ردود الفعل لحالة التشنج المهبلي
Reaction to Vaginismus

- يكون فيها الجماع بالإيلاج الكامل مستحيلا.
- لا يمكن للزوج تقبل الوضع تحت أي ظرف خاصة العربي، فهو لا يفهم ولا يحاول أن يستوعب أنها حالة مرضية نفسية جنسية (لا هو ولا أهله، بالتحديد أمه، ويعتقد الجميع أن البنت بتتدلع وأحسن لها الطلاق).
- يكون الأثر النفسي على الزوجين سيئا للغاية.
- تكون المرأة المركز والمحور ومحطة التركيز ويكون عليها المسئولية (على الرغم من أنها قد تخاف من احتمال الشفاء).
- على الرغم من المرأة تغلق نفسها تماماً (بالضبة والمفتاح) ، إلاّ أنها تكون خائفة، ذليلة، محبطة مع كل محاولة. كما أن كثرة محاولات الجنس الفاشلة تؤدي إلى مشاعر عدم السواء (خاصة في النساء الصغيرات السن).
- كل محاولات الاختراق ، تؤدي إلى توتر شديد، ضيق وغضب ، مما قد يؤدي إلى حالة (خطرة) من العنف عند الزوج.
- رد فعل الرجل للحالة يختلف من حالة إلى حالة ، حسب بيئته المحيطة، ثقافته العامة والخاصة، خبرته الجنسية قبل الزواج، مدي تعليمه. كما تعتمد على درجة تحمله النفسي والجنسي ، عادة ما يبكون محبطاً وغالباً ما يصاب بعجز جنسي ثانوي (أي عدم قدرة على الانتصاب أو فقدان لدي محاولة الدخول إلى زوجته).

2.4 - العِلّـــــــــلْ

التشنج المهبلي Vaginismus رد فعل شرطي يحدث غالباً نتيجة (ألم وخوف) معاً، يرتبطان بمحاولات أو (تخيل محاولات) الاختراق المهبلي.

3.4 - الأسبـــــــاب عضويـــــــة

أي اضطراب صحي (باثولوجي) في أعضاء منطقة الحوض، كالالتهابات، أو التليفات، الأورام، البواسير، وغيرها . في الماضي كان العلاج الطبي العضوي أو الجراحي بإزالة الأسباب مع توسيع المهبل جراحياً هو الأمثل، لكن ثبت أن التوسيع الجراحي يتم بشكل آلي مؤلم ولا يصحبه تأهيل أو علاج نفسي مما يؤدي إلى عدم جدوله .

4.4 - الأسبـــــاب النفـــسيـــة (الـــصياغة التحليليـــة العميقـــة (الديناميكية)

- من المفترض رؤية الـ Vaginismus التشنج المهبلي على أنه (هستيرية تحولية) تعبير رمزي عن صراع نفسي داخلي معين ، لكن هنا التفسير لا يرحب به الكثير من العلماء ، ويرون أن المسألة هي صراع بين المرأة والرجل (من يخترق منْ، منْ يركب على منْ، منْ يقدر على الفعل ومن يتلقي) معني فلسفي يدور حول حسد الأنثى وحقدها على الذكر، لامتلاكه العضو المغرور الصلب ، هي هنا ترغب لا شعوريا في أن (تخصي) الرجل ، بمنعه من الدخول إليها، ومن ثم يصاب بالارتخاء، فيفقد تفوقه عليها، في العلاج العملي لا نتبنى تلك الآراء النظرية لكن نحاول جاهدين البحث عن (حبيب سابق خان ولم يف بوعده، عن تحرش جنسي من رمز والدي في الصغر - مثلاً)، بمعني آخر أن نبحث ونحلل، ونشرح ونوضح أي احتمالات لرفض الرجال وبغضهم وأسباب ذلك منذ الطفولة. على المعالج إحداث حالة من (الاستبصار و الوعي) بكل ما يدور، بالمختبئ والكامن والمرفوض، بالمثير للذعر و الانزعاج من الرجل بصفة عامة ومن الزوج بصفة خاصة.

- هذا بجانب العوامل الاجتماعية النفسية الأخرى مثل (اغتصاب، أو محاولة الاغتصاب) أحاسيس الذنب، التصورات الجنسية السلبية العميقة المدفونة في أعماق الأنا .

- ونري هنا ضرورة تبني مفهوم شامل للعلاج بمعني كشف كل الأوراق، الأسباب، المعاني، الملابسات حتى أدق الأشياء كالشكل، الرائحة، طريقة الزوج، سلوكه في الفراش، الزوجة ونظرتها إلى جسدها وإلى نفسها وإلى الأخريات.

وهكذا يحدث الـ Vaginismus التشنج المهبلي في ظروف سلبية ترتبط بالخوف المتخيل والحقيقي من إيلاج الذكر لعضوه داخل مهبل الأنثى، أسبابه شتي ومتنوعة، وليس بالضرورة أن تكون كل الإناث اللاتي تعانين منه عصابيات لكن بعضهن يكون مضطرباً جداً ، كما يكون زواجهن متأرجحاً ما بين الجيد والسيئ للغاية.

مشاهـــد من على كرســـي الطبيـــب النفـــسي

د. خليـــل فاضـــل

موقـــع الدكتـــور خليـــل فاضل

www.drfadel.net

الإضطـــراب الجنســـي:
الأبعـــاد النفسيـــة لدى الرجـــل والمـرأة

أ.د. خليـــل فاضـــل

شـــادي عبـــد الموجـــود..

د. خليـــل فاضـــل

الاضطرابـــــــات النّفسجنسيّـــــــة

(مقاربـــة تصنيفيـــة حديثـــة)

أ.د. كلـــود كريبـــولـــت التحليـــل الجنســـي – كنـــدا sexoanalyse@videotron.ca

ترجمـــة د.جمـــال التركـــي الطـــب النفســـي– تونـــس turky.jamel@gnet.tn

ملحـــق يعرض الأستاذ كلود كريبولت مؤسّس مدرسة التّحليل الجنسي (التّحليلجنسي la sexoanalyse) في هـذا البحـث التّصنيف الحديث للاضطرابات النّفسجنسيّة متمثّلا في الاضطرابات الجنسويّة ، الاضطرابات الجنسيّة ، الاضطرابات الشّبقيّة مضاف إليهما أنماطا حديثة تتعلّق بالاضطرابات البيجنسيّة و اضطرابات الحياة العاطفيّة. ذلك أن إدراج هذه الأنماط في هذا التّصنيف يهدف إلى التّوصّل إلى تحديد دقيق لمختلف التّشخيصات الفارقة في علمجنس السّريري .

الكلمات الأساسيّة : الاضطرابات الجنسويّة، الجنوسيّة، الجنسيّة الغيريّة الكاذبة ، الجناس، الخلل البيجنسي، رهاب المغاير، الإدمان الجنسي.

Resumé: Une classification des troubles psychosexuels
Dans cet article, l'auteur propose une classification des troubles psychosexuels. Aux différentes anomalies de la genralité et de la fonction érotique viennent s'ajouter les dysphories intersexuelles et les désordres de la vie amoureuse. De nouvelles catégories nosographiques sont suggérées afin de raffiner le diagnostic différentiel en sexologie clinique.

Mots clés : Troubles de la genralité – Homosexualité et pseudo-hétérosexualité – Sexoses – Dysphories intersexuelles – Hétérophobie – Intoxications sexuelles.

Summary : Classification of psychosexual disorders :
In this article, the author suggests a classification of psychosexual disorders. Interseuxal dysphorias and love life disorders are also included with various anomalies of genderality and of the erotic function. New nosographic categories are suggested to improve differential diagnosis in clinical sexology.

Key words : *Gender disorders – Homosexuality and pseudo-heterosexuality – Sexosis – Intersexual dysphoria – Heterophobia – Sexual addiction.*

جدول تصنيف الاضطرابات النّفسجنسيّة
Tableau de classification des troubles psychosexuels

I-Troubles de la genralité	I- الاضطرابات الجنسويّة
1.Transsexualisme	1.التّحوّلية الجنسيّة
1.1 Transsexualisme primaire	1.1 التّحوّلية الجنسيّة الأوّليّة
1.2 Transsexualisme secondaire	1.2 التّحوّلية الجنسيّة الثّانويّة
2.Travestisme anérogène(non fétichiste)	2. التّزيّي اللاشبقي (اللاّأثري)
3.Gynémimétisme	3. التّشبّهيّة الأنثويّة
4.Andromimétisme	4. التّشبّهيّة الذّكوريّة
5.Hypomasculinité	5. عوز الذّكورة
6.Hypoféminité	6. عوز الأنوثة
7.Transgenrophobie	7. رهاب التّحوّل الجنسوي
II-Troubles de la sexualité	**II-الاضطرابات الجنسيّة**
1.Désordres de l'orientation sexuelle	1 . اضطرابات الميول الجنسيّة
1.1Homosexualité	1.1 الجنوسيّة (الجنسيّة المثليّة)
Exclusive / prédominante / résiduelle	مطلقة/مسيطرة/ متبقّية،
Fantasmatique / agie	هوامية/ فاعلة،
Egodystonique/ égosyntonique	متوافقة مع الذّات / متنافرة مع الذّات
1.2 Pseudo-hétérosexualité	1.2 - الجنسيّة الغيريّة الكاذبة
1.3 -Transhomophobie	1.3 - رهاب التّحوّل الجنوسي
2. Erotisations atypiques (paraphilies)	2. الشّبقيّات اللاّنموذجيّة
Fantasmatique / agie,	هواميّة/فاعلة،
Habituelle / occasionnelle	مسترسلة/ظرفيّة،

Monomorphe / polymorphe, Egodystonique/ égosyntonique Délictuelle /non-Délictuelle	أحاديّة الشّكل/متعدّدة الأشكال ، متنافرة مع الذّات/متوافقة مع الذّات جنحيّة/لا جنحيّة
2.1 - Fétichisme	2.1 - الأثريّة
2.2 -Travestisme érogène (fétichiste)	2.2 - التّزيّي الشّبقي (الأثري)
2.3 -Exhibitionnisme	2.3 - الاستعرائيّة الشّبقيّة
2.4 -Pédophilie	2.4 - شبقيّة الطّفل
2.5 -Voyeurisme	2.5 - شبقيّة التّلصّص
2.6 -Zoophilie	2.6 - شبقيّة الحيوان
2.7 -Inceste	2.7 - شبقيّة المحارم
2.8 - Frotteurisme	2.8 - شبقيّة الاحتكاك
2.9 -Analisme	2.9 - شبقيّة شرجيّة
2.10 -Contrainte sexuelle	2.10 - شبقيّة المضايقة الجنسيّة
2.11 -Masochisme sexuel	2.11 - المازوشية الجنسيّة
2.12- Autres Erotisations atypiques	2.12 - اضطرابات شبقيّة لا نموذجيّة أخرى
3. Erotisations perverses	3. الشّبقيّات المنحرفة
3.1 Sadisme sexuel et ses dérivés	3.1 - السّاديّة الجنسيّة و مشتقّاتها
4.Erotisation antifusionnelle prépondérante	4. الشّبقيّة اللاّتحاميّة السّائدة
5.Intoxications sexuelles	5. الإدمانات الجنسيّة
5.1Obsession sexuelle	5.1 الوسوسة الجنسيّة
5.2Hypersexualisation hyposélective	5.2 فرط الجنسيّة اللاّإنتقائي هوس الشّبق الأنثوي/هوس الشّبق الذّكوري
nymphomanie / satyriasis	
5.3 -Masturbation compulsive	5.3 الاستمناء القسري (الاستحواذي)
5.4 -Séduction sexuelle incoercible	5.4 الإغراء الجنسي اللاّمنحبس
6. Sexoses (névroses sexuelles)	6. الجناسات (العصابات الجنسيّة)
Sexoses primaire / Sexoses secondaire	الجناسات الأوّليّة/الجناسات الثّانويّة
6.1Troubles du désir sexuel	6.1 اضطرابات الرّغبة الجنسيّة
6.1.1Aversion sexuelle	6.1.1 النّفور الجنسي
Phobique / non phobique	رهابي/ لارهابي
6.1.2Manque de désir sexuel	6.1.2 ضحالة الرّغبة الجنسيّة
6.2 Imaginaire érotique hypo-actif	6.2 ضحالة المخيّال الشّبقي
6.3 Troubles de l'excitation sexuelle	6.3 اضطراب الاستثارة الجنسيّة
Généralisé-relationnel -sélectif.	المعمّم، العلائقي، الانتقائي
6.3.1 Frigidité	6.3.1 البرود الجنسي الأنثوي
6.3.2 Impuissance érectile	6.3.2 عجز الانتصاب النّفساني
6.3.3 Pseudo-excitation sexuelle.	6.3.3 الاستثارة الجنسيّة الكاذبة
6.4 Troubles orgastiques	6.4 الاضطرابات الايغافيّة (الإنعاضيّة)
Généralisé - relationnel - sélectif	المعمّمة - العلائقيّة - الانتقائيّة
6.4.1 Anorgasmie	6.4.1 اللاّإيغاقيّة
6.4.2 Pseudo-orgasmie	6.4.2 الإيغافيّة الكاذبة
6.4.3 Dysorgasmie	6.4.3 خلل الإيغافيّة
orgasme retardé / orgasme prématuré	الإيغاف المتأخّر / الإيغاف الباسر
6.5 Sexoses coïtales	6.5 الجناسات الإيلاجيّة
6.5.1 Hypo-érotisme coïtal	6.5.1 عوز الشّبقيّة الإيلاجيّة
6.5.2 Vaginisme.	6.5.2 التّشنّج المهبلي
6.5.3 Impuissance coïtale.	6.5.3 العجز الإيلاجي
6.5.4 Anorgasmie coïtale.	6.5.4 اللاّشبقيّة الإيلاجيّة
6.5.5 Dysorgasmie coïtale.	6.5.5 خلل الشّبقيّة الإيلاجيّة
orgasme prématuré / orgasme retardé	الشّبق الباسر/ الشّبق المتأخّر
6.5.6 Coïtalgie psychogène.	6.5.6 ألم الإيلاج النّفساني
III – Dysphories intersexuelles	**III الاضطرابات البيجنسيّة**
1 .Hétérophobie.	1. الرّهاب الغيري
1.1Hétérophobie affective.	1.2 الرّهاب الغيري العاطفي
1.2 Hétérophobie génitale .	1.2 الرّهاب الغيري التّناسلي
2. Misogynie / misoandrie .	2. بغض النّساء / بغض الرّجال
IV – Désordres de la vie amoureuse	**IV اضطرابات الحياة العاطفيّة**
1.Inaptitude à l'investissement amoureux	1. عجز التّوظيف العشقي
2.Elations amoureuses à répétition. (addiction amoureuse).	2. الزّهو العشقي المتكرّر (الإدمان العشقي)
3 .Erotomanie(Syndrome de Clérambault)	3. هوس العشق (تناذر كليرمبولت)
4.Jalousie sexuelle morbide.	4. الغيرة الجنسيّة المرضيّة

يشمل الاضطراب النّفسجنسي في التّصنيف الحديث لعلم الجنس السريري " Sexologie clinique " مختلف الانحرافات الجنسية و الجنسوية كما يشمل أيضا اضطرابات العلاقة مع الجنس الآخر(خلل التّواصل البيجنسي) و اضطرابات الحياة العاطفية متمثّلة في عجز التّوظيف العشقي ، الإدمان الجنسي و هذيان الغيرة.

1 . الاضطرابـــات الجنسويـّـة : Troubles de la genralité

1.1 التّحوّليـة الجنسيـّة : "Le transsexualisme"

تمثّل التّحولية الجنسية "transsexualisme" الاضطراب الجنسوي الأكثر جسامة من حيث أنّه يحدث شرخا عميقا و أساسيا بين النّفس و الجسد ، إن المتحول الجنسي "le transsexuel "يتملّكه إحساس دائم و قناعة راسخة (غير هذيانية) بانتمائه إلى الجنس المخالف دون وجود أي اضطرابات خلقية تكوينية، بذلك تكون هويته الجنسوية (هوية انتمائه الجنسي) في تناقض صارخ مع جنسه الحيوي (البيولوجي) ، و تصبح أغلى أمنياته و رغباته تحقيق التّواصل و التّوافق مع حقيقة مشاعره الغيرية بالقيام بعملية التّحول المظهري الجسدي (جراحيا).

يكون عدم التّوافق الجنسوي تاما و شاملا في حالات التّحولية الجنسية إلى حد النّفور من حقيقة الجنس الحيوي (البيولوجي) ومن شكل الجسد الظّاهري مع سيطرة رغبة استحوائية ملحة لمشاركة الجنس المخالف حقيقة جنسه.

1.1.1 التّحوّليّـــة الجنسيّـــة الأوّليّـــة: " Transsexualisme primaire "

تكون التّحولية الجنسية أولية عندما تعود نشأة الصراع بين الانتماء الجنسي الحيوي و الانتماء الجنسي النّفسي إلى الطّفولة الأولى.

2.1.1 التّحوّليّـــة الجنسيّـــة الثّانويّـــة : " Transsexualisme secondaire "

يمر الشّخص في مرحلة أولى بفترة تجاذب للهوية الجنسوية تضاف إليها في مرحلة ثانية رغبة ملحة في التّحول الجنسي و تغيير الجسد إلى شكل الجنس المخالف ، تستحوذ هذه الرغبة على تفكير الشّخص فتتملّك كلّ مجال وعيه و إدراكه ، مشكّلة حالة وسواسية استحوائية مع ما يصحبها من معانات وجدانية و ألم نفسي.

2.1 التّزيّـــي اللاّشبقـــي (اللاّأثري) Travestisme anérogène (non fétichiste)

إذا كان التّماهي مع الجنس الآخر تاما و نهائيا في حالات التّحولية الجنسية فهو جزئيا في الاضطرابات الجنسوية الأخرى المتميزة بتقليد الجنس الآخر بنسب متفاوتة، قد يشمل هذا التّقليد أحيانا الهيئة و المظهر و أحيانا أخرى السلوكات و التّصرفات، دون رغبة حقيقية و قصد صريح في تغير الهيئة الجسدية إلى الجنس المخالف . شأن حالات التّزيي اللاّشبقي (اللاّأثري) حيث يتعمد الشّخص (غالبا من جنس الذّكور) إخفاء أعضائه التّناسلية و تمويه صفاته الجنسية الثّانوية و التّزيي بلباس الجنس المخالف لتحقيق رغبة ذاتية، فالمتزيي اللاّأثري لا يكتفي باللّباس المغاير و استعمال أدوات التّجميل النّسائية ، إنّما يحاول تقليد المرأة في حركاتها، في تعبير وجهها، في طريقة مشيها و في نغمات صوتها.

في بعض حالات التّزيي اللاّشبقي نجد نزعة (معلنة أحيانا و مخفية أخرى) في محاكاة الجنس المخالف سواء في الملبس أو المظهر الجسماني أو التّعبير الجسدي دون رغبة في التّحول الجنسي "Conversion sexuelle". كما نلاحظ أحيانا أن بعض حالات التّزيي " travestisme" قد تتحول إلى التّحولية الجنسية الثّانوية " transsexualisme secondaire " على إثر ارتكاسات اكتئابية .

يكون التّنذّر و التّزيي بلباس الجنس المخالف أكثر فجاجة في حالات التّزيي الأثري "travestisme fétichiste" (من أنماط الشّبقيات اللاّنموذجية) إلى درجة المظهر الكاريكاتوري أحيانا.

3.1 التّشبّهيـــة الذّكوريّـة / التّشبّهيّـــة الأنثويّـــة : "Andromimétisme/Gynécomimétisme "

قد يأتي بعض الأشخاص تصرفات و سلوكات تنتمي للجنس المخالف دون رغبة للتّزيي ، شأن "الرجل المتخنّث" " homme efféminé "بالنّسبة للذّكور و المرأة المسترجلة "femme masculine " بالنّسبة للإناث. إن مصطلح التّشبهية الأنثوية (تقليد المرأة للرجل) و التّشبهية الذّكورية (تقليد الرجل للمرأة) أصبح أكثر دقّة و أقل ارتباكا، ولا نقصد بهذا تبادل الأدوار بين الجنسين (أصبح شائعا في المجتمعات الحديثة لتداخل الوظائف الخاصة بكلّ جنس فيما بينها) الذي لا يعتبر في حد ذاته معيارا صادقا لتقييم نسبة التّشبه بالجنس الآخر.

إن محاكاة التّعبير الجسدي للجنس الآخر تعد أفضل المؤشّرات الدالّة على الاضطراب الجنسوي الخفي. كما أن نزعة التّشبه بالجنس الآخر بوسائل أخرى (خلاف التّزيي) يمكن إدراجها ضمن اضطرابات التّشبهية سواء عندما تكون مبالغة في الشّدة أو عندما تكون شكلا من أشكال الدفاع النّفسي تجاه إحساس عدم الموائمة مع حقيقة الجنس الحيوي.

4.1 عـــوز الذّكـــورة / عـــوز الأنوثـــــة : «hypomasculinité / hypoféminініté »

يمكن أن نستشفّ وجود اضطرابا خفيا يتعلّق بهوية الانتماء الجنسوي عندما نلاحظ نسبة معينة في محاكاة الجنس الآخر على مستوى التّعبير الجسدي وهذا ما نعبر عنه بـ" بعوز الجنسوية"، الذي يتّسم به أشخاصا ليست لديهم أي رغبة في التّشبه بالجنس الآخر، من أبرز مظاهر عوز الجنسوية : عوز الذّكورة " **hypomasculinité** " بالنّسبة للرجل و عوز الأنوثة **"hypoféminініté** "بالنّسبة للمرأة.

إن الرجل الذي يعاني من عوز الذّكورة يتملّكه إحساس مفاده أنّه ليس مكتمل الرجولة و ليس بإمكانه تحمل تبعات و متطلّبات الرجولة الذّكورية، كما يعجز في التّعبير عن العدوانية القضيبية الذّكورية " **Agressivité phallique masculine** " ، شأن المرأة المنخفضة الأنوثة التي تكون عادة في وضعية حرجة عندما تجابه الأدوار المتعلّقة بجنسها ،خاصة عندما يتعلّق الأمر بوظيفة الأمومة وبمرغوبيتها الجنسية.

5.1 رهـــاب التّحـــوّل الجنســـوي "Transgenrophobie "

إن رغبة التّشبه بالجنس الآخر" Andromimétisme / Gynécomimétisme" يقابلها خوف فقد الخصائص الجنسوية و التّحول إلى الجنس المخالف ، متمثّلة أساسا في رهاب التّحول الجنسوي "Transgenrophobie " ، الذي يعبر عن خشية فقد الهوية الجنسوية و أن يكون الشّخص مجبرا لمشاركة الجنس المخالف تصرفاته و سلوكاته ، إن الخوف المفرط من فقد الخصائص الجنسوية يعد أكثر مشاهدة عند الذّكور منه عند الإناث.

تأخذ الجنسوية مظهرا مرضيا عندما تسيطر الصفات المشتركة مع الجنس المخالف بصفة كلّية على الإنسان ، شأن التّحولية الجنسية ، التّزيي اللاّشبقي ، التّشبهية الأنثوية/ التّشبهية الذّكورية أو عندما ينخفض مستوى الإحساس بالانتماء إلى نفس الجنس شأن عوز الذّكورة/عوز الأنوثة.

يكون تشخيص التّشبهية الأنثوية / التّشبهية الذّكورية محتملا عندما تقتصر محاكاة الجنس الآخر على التّعبير الجسدي وعلي تقليد بعض السلوكات و الأدوار.

إن عوز الجنسوية المصحوب بميول محاكاة الجنس الآخر يلاحظ

بصفة دائمة وبدرجات متفاوتة في حالات التّحولية الجنسية ، التّزيي اللاّشبقي، التّشبهية الذّكورية / الأنثوية . أما بالنّسبة لحالات عوز الذّكورة / عوز الأنوثة فإنّه لا يصاحبها رغبة محاكاة الجنس الآخر. في حين أن رهاب التّحول الجنسوي المتميز بخشية فقد الخصائص الجنسوية و التّحول إلى الجنس الآخر فهو لا يعدو أن يكون مجرد عرض سطحي يخفي هشاشة الهوية الجنسوية (ممثّلا النّوع المتبقّي في هذا التّصنيف).

2. الاضطرابـــات الجنسيّـــة : Troubles de la sexualité

إن جلّ تصنيفات الاضطرابات النّفسجنسية تحوي في ذاتها مفهوم السواء، و بقدر ما تعتمد هذه السوائية على الأخلاقيات و القيم أو على السواء الحيوي (البيولوجي) "normalité biologique " بقدر ما تكون حدودها واضحة بينة ، خلافا لهذا فإنّنا بقدر ما نبتعد من الحيوي و الثّقافي بقدر ما تتوسع حدود السوائية "La normalité " إلى درجة تداخل مع اللاّسوائية " L' anormalité " . و في هذا الإطار نستحضر المفهوم الضيق للسوائية الجنسية لكلّ من كرافت إيبنغ (Krafft. Ebing/1882) و رناي قيبون (René- Gayon/1948) ففي حين يختزل أن الأول السوائية في العلاقة الإيلاجية "Relation coïtale" نجد الثّاني يدافع عن الممارسات الجنسية الشّرعية و يحصر الشّذوذ (اللاّسوائية الجنسية) في الممارسات المنافية للحياء، و يبين هذا و ذاك نجد موقف وسط يعتمد "المعايير النّشأوية" "critères ontogénétique" لتحديد مفهوم السوائية .

إن الأخذ بعين الاعتبار القيم و النّولبات المتداولة داخل المجتمعات يدعوا أحيانا إلى تعريف اللاّمتعارف "la non conformité" على أنّه اللاّسوي " l'anormalité ".و هذا ما دفعني إلى أن أصنّف ضمن حالات اللاّسوائية الجنسية : لضطرابات الميول الجنسية " Trouble de l'orientation sexuelle "إضافة إلى الشّبقيات اللاّنموذجية "Erotisations atypiques"، الشّبقيات الشّاذّة (المنحرفة) "érotisations perverses" ، عدم استدماج الشّبقية الإلتحامية أو الشّبقية اللاّالتحامية السائدة " Erotisation antifusionnelle prépondérante "، الإدمانات الجنسية "les addictions sexuelles" و الجناسات (العصابات الجنسية) " Les sexoses".

1.2 اضطرابـــات المـــــيول الجنسيّـــــة : Trouble de l'orientation sexuelle

تتمثّل اضطرابات الميول الجنسية في : الجنوسية (الجنسية المثلية) " Homosexualité"، الجنسية الغيرية الكاذبة"Pseudo-hétérosexualité " و رهاب التّحول الجنوسي "Transhomophobie "

1.1.2 الجنوسيّة (الجنسية المثلية) "l'homosexualité "

رغم حذف الجنوسية كاضطراب جنسي من التّصنيفات الحديثة للاضطرابات النّفسجنسية إلا أنّني اعتبرها "اضطرابا و تندرج ضمن دائرة اللاّسوائية الجنسية عندما تكون متنافرة مع الذّات " Egodystonique " لكونها تشكّل إحدى مظاهر القطيعة في سيرورة " التّفردية الجنسية ".

إن الجنوسية يمكنها أن تكون مطلقة ، مسيطرة أو متبقّية ، هوامية أو/ و فاعلة ، متنافرة مع الذّات "Egodystonique " أو متوافقة مع الذّات " Egosyntonique".

2.1.2 الجنسيّـــة الغيريّـــة الكاذبـــــة : « Pseudo- hétérosexualité »

تكون الممارسات الجنسية في حالات الجنسية الغيرية الكاذبة فاقدة لقيمتها الشّبقية و التّهيج الجنسي لا يعدوا أن يكون مجرد استثارة فسلجية خالصة « Excitation physiologique pure » ناتجة عن إثارة حيوية (بيولوجية) ، قد تكون مدعومة أحيانا بهوامات جنوسية " Fantasmes homosexuels" و أحيانا أخرى بمنعكسات عصبية آلية بحتة. إن مثل هذا السلوك قد نجده عند الجنوسي المتنافر مع ذاته الذي يسعى إلى طمس جنوسيته من خلال تكوين جنسية غيرية سطحية (ظاهرية) " hétérosexualité de surface " . في هذا السياق أعرض حالة أحد الجنوسيين (تسيطر عليه هوامات و أحلام جنوسية بحتة) كان قد تزوج على أمل التّخلّص من نزعة انجذابه الجنوسي ، يصف استثاراته الجنسية و استجاباته الفسلجية على أنّها مجرد منعكسات آلية لامتعية لاشبقية " Réflexes mécanique anorgasmique anahedonique "خالية من اللّذّة فاقدة لأي دعم هوامي جنسي غيري .رغم أنّه يتوصل بيسر إلى إحداث الانتصاب و دفق المني علاقته الجنسية .

يعتبر تشخيص الجنسية الغيرية الكاذبة يسيرا عندما تصاحب التّصرفات الجنسية الغيرية "conduites hétérosexuelle" هوامات جنوسية بحتة .

3.1.2 رهـاب التّحـوّل الجنوســي :" Transhomophobie"

يصنّف خوف التّحول إلى الجنوسية "رهاب الجنوسية" ضمن اضطرابات الميول الجنسية الذي قد يأخذ أحيانا أبعادا متضخّمة إلى درجة حدوث حالات هلع عند البعض، لكن هذا الخوف الشّديد من التّحول إلى الجنسية المثلية نجده أقلّ حدة و انتشارا عند الإناث منه عند الذّكور، ذلك أن الأثر السلبي للجنوسية" L'homosexualisation" على الهوية الجنسوية الأنثوية "identité du genre féminine " يعد أقلّ وطأة منه على الهوية الجنسوية الذّكورية "identité du genre masculine " (إن الرغبة اللاّشعورية أبلغ أثرا في خلخلة التّوازي الجنسوي).

2.2 الشّبقيّـــات اللاّنموذجيّـــــة : « Erotisation atypique »

رغم أن القوانين التي تخضع لها الشّبقية مازال يلفّها الغموض، إلاّ أن الاتّفاق يبقى حاصلا في تعدد أنماط الشّبق الجنسي، ومن صواب القول أن مصادر النّزوة الشّبقية " الأيروس" و أشكالها التّعبيرية لا تنظب مطلقا ، بداية من أبسط مظاهر الشّبقية المتعارف عليها إلى أكثرها غرابة و شذوذا، وفي هذا الإطار، نشير إلى تعدد التّسميات المتعلّقة بالتّصرفات الجنسية اللاّسوية ، من انحراف جنسي إلى شذوذ جنسي، زيغان جنسي، عهر جنسي

يشكّل التّصرف الجنسي جنحـة" délit " أو جريمـة جنسيـة " crime sexuel"عندما يندرج تحت طائلة القانون و مجموع هذه التّصرفات المتمثّلة في الممارسات الشّبقية التي تتعارض مع المألوف و المتعارف عليه اجتماعيا أو المتحمل و المسكوت عنه في العرف الاجتماعي نعبر عنه في علمنفسجنسي بـ" الشّبقيات اللاّنموذجية" " érotisations atypique ".فهي تحتلّ مكانة متميزة في التّصنيف السريري للاضطرابات النفسجنسية لأنّها تعكس خللا في النّشوئية الجنسية " L'ontogenèse sexuelle "، و قد عرضنا في جدول التّصنيف أهم أنماط الشّبقيات اللاّنموذجية المتمثّلة أساسا في : الأثرية الشّبقية، التّزيي الشّبقي (الأثري)، الاستعرائية الشّبقية، تعشّق الصبيان الشّبقي، تعشّق الحيوان الشّبقي، شبقية المحارم، الشّبقية الشّرجية، شبقية المضايقة الجنسية (شبقية التّحرش الجنسي)، الماسوشية الجنسية و أنماط شبقية أخرى غير مفصلة.

3.2 الشّبقيّـــات المنحرفـــة (الشـــاذّة): " Erotisations perverses"

عندما يتم الإشباق نتيجة رغبة الإيذاء و المضايقة أو إزعاج الشّريك و تحقيره و الحطّ من شأنه و عندما يستمد طاقته و مصدره من الأذى المحدث للغير سوار كان معنويا أو ماديا فإنّه يدخل حتما ضمن دائرة الشّذوذ (ستولر 1978) . إن مفهوم الشّبقيات الشّاذّة يعود بنا إلى مجموعة التّصرفات الجنسية التي تكون فيها رغبة إيقاع الأذى بالآخر معبرة سواء بصفة مباشرة (شأن السادية الجنسية) أو بطريقة مقنّعة (شأن بعض حالات التّطلّع الجنسي الشّبقي، الاستعرائية الشّبقية والتّزيي الشّبقي). إن الجنوسية و الشّبقيات اللاّنموذجية لا يمثّلوا انحرافا شبقيا في حد ذاتهم و لكنّهم يتحولوا إلي شذوذ عندما تكون لذّة إيقاع الألم و إيذاء الآخر المصدر

الأساسي للإشباق (كذلك الشّأن بالنّسبة للجنسية الغيرية)

4.2 الشبقيّـــــة اللاّالتحاميّـــــة السّائـــــــدة :
" Erotisation antifusionnelle prépondérante "

لا يمكن اختزال الحياة الجنسية في مجرد العملية الجنسية أو الفعل العشقي " l'acte d'amour "، فمن خلال التّبادل الجنسي تكون المشاعر الإنسانية معبرة عن ذاتها بجميع تناقضاتها و مفارقاتها و ازدواجيتها، فالمشاعر الجنسية النّقية الخالية من البغض و الكره (المثالية) تدخل في إطار الأسطورة والخرافة أكثر من كونها تعبيرا صادقا عن حقيقتها.

إن سيرورة النّضج الجنسي لا تتحقّق إلاّ بقدر ما يمتلك الإنسان من طاقة لإدماج المكونات الإلتحامية و اللاّإلتحامية للإشباق (كريبوات 1991)، يحدث (على المستوى السريري)" الإضطراب الشّبقي الإلتحامي" عندما يحصل عجزا في التّوصل إلى الإشباق " Erotisme " سواء ضمن إطاره الإلتحامي العاطفي و العشقي " لاشبقية التحامية " أو عندما لا يتوصل إلي الإشباق إلاّ بتجريد الموضوع الجنسي (الشريك) من خصائصه الإنسانية " Déshumanisé "و مميزاته العاطفية و الشّخصية " Dépersonnalisé " محدثا ما نعبر عنه بـ"الشبقية اللاّإلتحامية" ، حيث يصبح الشّريك الجنسي مجرد أداة للولوج إلى المتعة فاقدا كينونته الذّاتية، فهو ليس أكثر من وسيلة للتّهيج و الإثارة الجنسية (على خلاف حالات الشّذوذ الانحرافي الشّبقي حيث تحتلّ ذات الموضوع مكانة متميزة في العملية الشّبقية) . إن المنحرف الجنسي (السادي) يحقّق الإشباق بتفتيت الموضوع الجنسي و تحطيمه إلاّ أنّه في حالات الشّبقية اللاّإلتحامية لا يتمكّن الشّخص من الولوج إلى المتعة الشّبقية الإيغافية إلاّ بتجريد الموضوع الجنسي من مشاعره و عواطفه "désentimentalise".

5.2 الإدمانـــــات الجنسيّـــة:
"Les addictions sexuelles"

إن اعتلال التّصرفات الجنسية تنكشف بصفة أكثر جلاء و وضوحا عندما تأخذ الرغبة الجنسية شكلا وسواسيا وعندما يكون الإنسان خاضعا بصفة استحواذية مطلقة لكل ما هو جنسي، عندها تتمثّل النّزوة الشّبقية أو "الأيروس" " Eros "في صورة شيطان ساحر، هيئة الشّيطان الذي يأسر الإنسان في فلكه بسحره ملغيا حرية تصرفه الجنسي إلى درجة عبوديته وأسره للرغبة الجنسية القاهرة، شأنه في هذا شأن المدمن الفاقد لإرادته تجاه موضوع إدمانه. إن هذا السلوك الإدماني للجنسي يأخذ أشكالا متعددة متمثّلة أساسا في : الوساوس الجنسية " obsessions sexuelle" ، فرط الجنسية اللاّإنتقائي " hypersexualité hyposelective "، الاستمناء الاستحواذي " masturbation compulsive "و الإغراء الجنسي اللاّمنحبس " séduction sexuelle incoercible" .

1.5.2 الوسوســـة الجنسيّـــة :
"l'obsession sexuelle"

يمكن اعتبار الوسوسة الجنسية حالة إدمان ذهني عندما تستحوذ على كامل مجال الوعي والإدراك بأفكار و صور جنسية لا يستطيع المرء التّخلّص منها بمجهود إرادي، و ما إن يصبح المرء أسير هذه الأفكار اللاّإرادية (الوساوس الجنسية) حتّى يجد نفسه خاضعا بصفة مطلقة لسيطرة هوامات و أحلام جنسية متسلّطة عليه قسرا. إن الاستحواذ الفكري للجنسي سواء كان مؤقّتا أو دائما تصاحبه معانات نفسية قاسية و ألم معنوي شديد (خاصة عندما تكون الأفكار الجنسية الوسواسية صراعية المنشأ " conflictuogène") و قد يستطيع الشّخص التّخلّص مؤقّتا من استحواذية الأفكار الجنسية سواء من خلال إتيان الفعل الجنسي بصفة قسرية متكررة أو من خلال لجوءه إلى وسائل دفاعية مختلفة أهمها الاحتماء بالدين و الانخراط في طقوس دينية متشددة.

2.5.2 فـــــــرط الجنسيّـــــة اللاّإنتقـــــائـــــي :
" Hypersexualisation hyposelective "

كما أن الجنس بإمكانه أن يستحوذ على الذّهن و الفكر، بإمكانه ألاّ يكون خاضعا للمراقبة و التّحكّم الذّاتي مؤديا إلى تصرفات متميزة سواء بالإفراط في الممارسات الجنسية الغيرية بصفة عشوائية لاإنتقائية " conduite allosexuelle non sélective" أو إلى عمليات استمنائية متكررة بصفة قسرية استحواذية "Masturbation compulsive".

إن المظاهر السريرية لهوس الشّبق الأنثوي / الذّكوري " satyriasis / nymphomanie " تتميز عادة بالاستحواذية " La compulsivité"، بالنّهامة " L'avidité"، باللاّإشباع " L' insatiabilité" و باللاانتقائيّة " L'absence de sélectivité".

إن حالات الهوس الشّبقي الأنثوي النّقية " nymphomanie pure" تعد نادرة المشاهدة في الممارسة السريرية النّفسجنسية فهي و إن وجدت تكون عادة مصحوبة باضطرابات نفسمرضية جسيمة، إلاّ أنّها تبدوا متواجدة في الهوامات الذّكورية " fantasmatiques masculine" أو الهوامات الأنثوية " fantasmatiques féminine" أكثر منها في حقيقة الواقع .

إن مصطلح فرط الجنسية اللاّإنتقائي يشير إلى السلوكات الجنسية الغيرية الاستحواذية (القسرية) التي تنعدم فيها إنتقائية اختيار الشّريك الجنسي ، تكون هذه الظّاهرة ظرفية ومرحلية عند المرأة و قد ترتبط أحيانا بحالة انهيار نرجسي " Déflation narcissique " أو بقلق الهجر "Anxiété d'abandon " أو بوضعية استجداء القضيب " quête phallique " . أمّا عند الرجل فإن فرط الجنسية اللاّإنتقائي يعد أكثر انتشارا نظرا لاستعماله بعض التصرفات الجنسية لأغراض دفاعية نفسية. إن المشاعية الجنسية " la promiscuité " في حالات الجنوسية الذّكورية l'homosexualité masculine تعد مثالا لهذا .

3.5.2 الاستمنـــــاء القســـــــري (الاستحواذي)
" Masturbation compulsive "

يعد الاستمناء الاستحواذي المظهر الأكثر انتشارا للإدمان الجنسي " addiction sexuelle "، فهو بمثابة وسيلة قسرية مؤقّتة لتفريغ شحنة جنسية ترزح تحت وطأة الأفكار الوسواسية ، قد يأخذ أحيانا شكل وسيلة دفاعية لمقاومة حالة قلق شديد تسيطر علي الإنسان. وأحيانا أخري تفرض عملية الاستمناء الاستحواذي نفسها بقوة عندما لا يكون للشّخص أي اختيار لتفريغ طاقته الجنسية و في هذه الحالة يكون الفعل الاستمنائي المتكرر" l'acte masturbatoire répétitif"من الشّدة و القسوة إلى درجة حدوث جروح و كدمات " Lésion irritative "بالعضو الجنسي .

4.5.2 الإغـــــــــراء الجنســـي اللاّمنحبـــس :
Séduction sexuelle incoercible

إن المرغوبية الجنسية " désirabilité sexuelle " و الرغبة في إحداث حالة ولهان و عشق و افتتان جنسي عند الآخر تدخل ضمن إطار الإدمانات الجنسية عندما يستعمل الشّخص كافّة وسائل الإغراء و الغواية المتاحة له لجذب اهتمام الآخر (حتى يقع أسير حبه و غرامه) ذلك رغبة في تعزيز نرجسيته الذّاتية و ما إن يستجيب الطّرف المقابل لسلطة إغراءاته و غواياته و يقع في غرامه حتّى يفقد قيمته كـ"موضوع مرغوب" و يتحول إلى "موضوع لامرغوب".

غالبا ما يكون هذا السلوك أنثويا وخاصة عند المرأة الهستيرية حيث يعد نمطيا و نموذجيا ، فهي تستعمل الإغراء الجنسي بشكل استحواذي لتحقيق سلطتها على الرجل و السيطرة عليه للتحكّم فيه. يقابل هذا الإغراء الجنسي الأنثوي اللاّمنحبس عند الذّكور ما نعبر عنه بـ "الدونجيونية" Donjuanisme"، حيث أن الدونجيون لا يهتم كثيرا بالممارسة الجنسية الإيلاجية (الجماعية) " l'activité sexuelle manifeste" – على خلاف المصاب بهوس الشّبق الأنثوي (الساتير الجنسي) " le satyre sexuel " - فهو يبحث أولا و قبل كل شيء على الغزو العشقي

"conquête amoureuse" و السيطرة بصفة قسرية على الآخر و ما إن يحقّق مبتغاه حتى يفقد الموضوع (الشّريك الجنسي) أهميته و يهجره، مواصلا سعيه من جديد، بلهفة و اندفاع لامنحبس للإيفاع بشريك آخر و للبحث عن ضحية أخري تقع في شراك حبه تعزيزا لنرجسيته. إن الذّكور الذين تم شحنهم في طفولتهم (من طرف أمهاتهم) بنرجسية مفرطة "surnacissisé"هم أكثر عرضة لـ"الدونجيونية".

6.2 الجناسات (العصابات الجنسيّة) :
" Les sexoses (les névroses sexuelles) "

تشمل اضطرابات "خلل الوظيفة الجنسية" " dysfonctions sexuelles Les " أو "الجناسات" " Les sexoses " (كريبولت وبيرو 1976)في هذا التّصنيف : اضطرابات الرغبة و المخيلة الشّبقية" imaginaire érotique " ، عوز التّهيج الجنسي و الإيغاف " déficience de l'excitation et de l'orgasme"و اضطرابات الإيلاج (الجماع) "anomalie coïtale" . قد جرت العادة على عرض خلل الوظيفة الجنسي الذّكوري و الأنثوي متفرقا كلّ على حدة، إلاّ أن القراءة المتزامنة تبين بصفة جلية التّناشكلية الجنسية " dimorphisme sexuel"لهذين الإضطرابين.

1.6.2 اضطرابـــــات الرّغبـــــة الجنسيّـــــة:
"Troubles du désir sexuel "

هل الشّبق الجنسي طاقة متجددة لا تنضب أم هل ينضب يوما ما في غياب الرغبة الجنسية" Erotisme sexuel"؟.إن الرغبة الجنسية باعتبارها مكونا نفسيا داخليا يتميز به الإنسان تتجاوز في بعدها "الواقع الآني" الخاضع للغريزة و النّزوة.

سنحاول بعد عرض الاضطرابات الكيفية للرغبة عرض الاضطرابات الكمية لها مع التّركيز على ضحالة الرغبة " Déficience du désir" التي قد تتحول عند فقدها أو قصورها إلى نفيض الرغبة " anti-désire " شأن حالات النّفور الجنسي " Aversion sexuelle " الرهابي أو اللاّرهابي.

يتم تشخيص النّفور الجنسي الرهابي عندما يحدث الجنس حالة خواف ورعب بصفة دائمة ، ملحة و لاعقلانية، مترتّبة عنه استجابة تجنّبيـة. فقد تنتشر الوضعية الرهابية "l'attitude phobique " لتشمل كلّ ما يتعلّق بالسلوك الجنسي ، إلي درجة يكون استباق الفعل الجنسي كافيا لإحداث حالة قلق حاد فعند مجابهة منبه رهابي جنسي تنتاب الشّخص حالة خواف تؤدي إلى هلع حقيقي "Etat de panique" (افتراض وجود بنية عصابية للشّخصية في مثل هذه الحالات يعد شديد الإحتمال).

تكون الرهابات الجنسية شاملة معممة أحيانا ونوعية جزئية أحيانا أخري شأن رهاب الأعضاء التّناسلية، رهاب الحيوان المنوي، رهاب الإفرازات المهبلية، رهاب الاتّصالات الفمتناسلية، رهاب الإيلاج.

في حالات النّفور الجنسي اللاّرهابي يحدث الجنس (سواء بصفته الشّاملة أو الجزئية) حالة تقزز و اشمئزاز دون شعور بالخوف أو الرعب.و تعتبر ضحالة الرغبة الجنسية " l'appauvrissement du désir sexuel" أكثر أشكال اضطرابات الرغبة انتشارا في المعايدة النّفسجنسية " Consultation psychosexologique "، خاصة عند المرأة ذلك أن الرجل أكثر ميلا إلى إخفاء ضحالة رغبته الجنسية خاصة إذا كانت كفاءاته الجنسية الفسلجية سليمة مثل الانتصـاب " l'érection " و القـذف "l'éjaculation ".

يتم تشخيص "عوز الرغبة الجنسية المعمم "عندما تنعدم الرغبة الجنسية الغيرية بصفة تامة. في حين أن عوز الرغبة الجنسية قد يأخذ شكلا انتقائيا عندما تنحصر الرغبة الجنسية (على مستوي المخيلة والصور الذّهنية) علي شريك واحد.

إن العلاقة بين الرغبة الجنسية و الهوامات الجنسية تعد علاقة تفاعلية فالرغبة تكون أحيانا المحرك الأساسي لنشوء أو إثراء المخيلة الجنسية و الصور الهوامية و أحيانا أخري تكون الهوامات الجنسية هي المحرك الأساسي لتشكّل الرغبة الجنسية، فهي مستحثّة من خلال المخيلة و الصور الذّهنية الجنسية، لكن تتعطّل أحيانا وظيفة الهوامات الجنسية المتمثّلة في استثارة الرغبة وإثرائها لتتحول بدورها إلي "مكون شبقي" كافية بذاتها لإحداث "الشّبق الجنسي" فيتحول "الخيالي" أو "الهوامي" إلى منطقـة شبقيـة نفسـ داخلية " Zone érogène intrapsychique". خلافا لهذا فإن العجز أو الإخفاق في تصور الهوامات المشبقة "Fantasmes érotique " يعد مسؤولا عن ضحالة الرغبة الجنسية و اضمحلال الوظيفة الجنسية الفسلجية (كريبولت و دازيني 1987) و مؤشّرا على عوز التّفكير العملياتي "Pensée opératoire" في استيعاب المشاعر و العواطف الجنسية وعقلنتها. ونظرا لكثرة الحالات التي يكون فيها المخيالي "l'imaginaire " ضحلا في كلّ ما يتعلّق بالجنسي" Le sexuel" فإنّي أرجح فرضية وجود عملية دفاعية لا شعورية لكبت الهوامات الجنسية وأستبعد فرضية "التّفكير العملياتي" العاجز عن عقلنة العواطف والأحاسيس الجنسية.

2.6.2 ضحالـــــة المخيّال الشّبقـــــيّ :
l'imaginaire érotique hypo-actif

يمكن اعتبار ضحالة المخيال الشّبقي اضطرابا نفسجنسيا مستقلا بذاته نظرا لأن عوز الرغبة الجنسية يتوازى مع ضحالة الصور الذّهنية و الهوامات الجنسية الشّبقية . إلاّ أن بعض الأشخاص نجدهم يحتفضون برغبات جنسية نشطة مستحثّة بأنماط متنوعة من الاستثارة الحسية والحواسية (بصرية، لمسية،كلامية، شمية ...) رغم أنّهم يتميزون بضحالة الهوامات الجنسية " Fantasmatique sexuelle "

3.6.2 اضطـــــراب الاستثـــــارة الجنسيّـــــة :
" Troubles de l'excitation sexuelle "

إذا اعتبرنا أن الرغبة الجنسية و المخيال الجنسي ينتميان إلى "المجال النّفسداخلي" "le champ intrapsychique" وأن الاستثارة الجنسية تنتمي إلى " المجال النّفسفسلجي" "Le champ psychophysiologique" حيث يكون الجسد مجال تعبير التّهيج الجنسي المتمثّل أساسا في انتصاب العضو الذّكري " érection pénienne " عند الرجل والابتلال المهبلي " lubrification vaginale " عند المرأة ، تعد هذه التّفاعلات الجسمية أهم المؤشّرات النّوعية للاستجابة الجنسية حتّى و لو كانت مجرد منعكسات تّناسلية لامتعيـة " Réflexes anahédonique "، خالية من أية قيمة شبقية.

لقد صنّف كلاسيكيا كلّ من ضعف الانتصاب عند الرجل و البرود الجنسي عند المرأة بصفة متفرقة ، حيث تم تشخيصهما علي أنّهما اضطرابين منفصلين و مستقلّين عن بعضهما . إلاّ أن تعريفهما في التّصنيفات النّفسجنسية التّقليدية يبقي مرتبكا و مزدوجا ، فهو يعني أحيانا الخدار الجنسي "Anesthésie sexuelle" و أحيانا أخرى فقد القدرة الشّبقية " Incapacité d'érotisation" أو العجز الإيغافي (الإنعاضي) " Anorgasmie ".

في هذا السياق نشير إلى أن المرأة الباردة جنسيا (كذلك الرجل العاجز جنسيا) تكون عرضة لوصمة التّفرقة و التّحقير" stigmatisée " كأنّها حاملة لمرض معد شأنها شأن المرأة التي تعاني من الهوس الشّبقي "Nymphomane"، و من المفارقات أن نجد هذا في المجتمعات التي تهمش الوظيفة المتعيـة للجنس "La fonction hédonique" على حساب الوظيفة التّناسلية.

مازال يصنّف العجز الجنسي الذّكوري و بصفة أخص عجز الانتصاب، كتشخيص مستقل بذاته في التّصنيفات السريرية التّقليدية لكونه يمثّل أهم مؤشّر لتقييم تدنّي الاستثارة الجنسية " Déficit de l'excitation sexuelle" ، لكنّي لا أعتبره كافيا بمفرده لأن يكون مؤشّرا على تدهور الاستثارة الجنسية " Défaillance de l'excitation sexuelle " ، خاصة عندما يكون عجز الانتصاب ذو منشأ نفساني (قد يكون كافيا لوحده للدلالة على تدهور التّهيج الجنسي في حالات العجز العضوي).

في هذا الإطار نشير إلى أنّه قد تمت مراجعة كلّ من البرود الجنسي " Frigidité" و عجز الانتصاب" Impuissance " منذ صدور " الدليل الإحصائي و التّشخيصي الثّالث المراجع " للجمعية الأمريكية للطّب النّفسي و تم إدراجهما ضمن اضطرابات الاستثارة الجنسية عند المرأة و اضطرابات الانتصاب عند الرجل (على أن تحدد إن كانت ذو منشأ عضوي).

- البـــــرود الجنســـتي الأنثـــــوي " La frigidité "

إن مصطلح العجز الجنسي " L'impuissance sexuelle" يتمثّل عند المرأة بـ "عجز الإبتلال المهبلي " و عند الرجل بـ"عجز الانتصاب" " Impuissance érectile " و نظرا لـ"التّناشكلية الجنسية" " Dimorphisme sexuel" فإنّي أعتبر أن مصطلح البرود الجنسي الأنثوي " Frigidité " الذي أعرفه بـ "عدم قدرة التّهيج الجنسي" لم يفقد بعد قيمته العلمية ومازال صالحا للاستعمال في علمنفسجنسي.

يكون "البرود الجنسي معمما" عندما تعجز جميع المنبهات (سواء كانت هوامية، استمنائية أو جنسية غيرية) على إثارة التّهيج الجنسي، و عندما لا تتوصل المرأة إلى الاستثارة الجنسية إلاّ بممارسات استمنائية و تعجز عن ذلك في إطار علاقة جنسية غيرية. أمّا "البرود الجنسي العلائقي" فيكون انتقائيا إذا كان باستطاعة المرأة الإستجابة للاستثارة الجنسية مع أشخاص دون آخرين (شأن الزوج مثلا عند انعدام توافق المشاعر و تنافر الطّباع). قد نجد أنماطا أخرى من البرود الجنسي الأنثوي تكون أسبابها سواء عضوية بحتة أو نفسانية بحتة أو مختلطة عضوية-نفسانية .إن تحديد منشأ البرود الجنسي (نفسي/عضوي/نفسعضوي) منذ بداية الفحص أمر في غاية الأهمية للتّوصل إلى تشخيص سليم.

- عجـــــــز الانتصـــــــاب النّفسانـــــــي : " Impuissance érectile psychogène "

إن عجز الانتصاب النّفساني بالنّسبة للرجل يعكس اضطراب الاستثارة الجنسية ، شأنه شأن البرود الجنسي الأنثوي قد يكون معمما، علائقيا أو انتقائيا.

- الاستثـــارة الجنسيّة الكاذبة : "Pseudo-excitation sexuelle "

من خلال التّقييم السريري يبدو أنّه من الأهمية الأخذ بعين الاعتبار الأحاسيس والمشاعر الذّاتية "les sensations subjectives " المتزامنة مع الإستجابة التّناسلية، إذ يتم تشخيص "الاستثارة الجنسية الكاذبة" عند انعدام مشاعر الإحساس باللّذّة الجنسية مع وجود استجابة تناسلية فسلجية سليمة (انتصاب لامتعي " érection anahédonique " و ابتلال مهبلي لامتعي "lubrification vaginale anahédonique ").

4.6.2 الاضطرابـــــات الإيغافيّـــــة (الإنعاظيّـــــة) : " Troubles orgastiques "

عندما يصل التّهيج الجنسي إلى مستوى الاستثارة القصوى يتحقّق الإيغاف (الإنعاظ) ممثّلا ذروة الحالة الشّبقية . تصنّف الاضطرابات الإيغافية إلى اللاّإيغافية (اللاّإنعاظية) "Anorgasmie"، الإيغافية الكاذبة ": Pseudo-orgasme "و خلل الإيغافية : "Dysorgasmie "

- اللاّإيغافيّـــــة (اللاّإنعاظيّـــــة) : "Anorgasmie"

تحدث اللاّإيغافية عند انعدام الإيغاف فتكون أولية " Anorgasmie primaire" عند غيبة الإيغاف بصفة مطلقة في كامل مراحل الحياة الجنسية، و ثانوية " Anorgasmie secondaire" عند غيبة الإيغاف في مرحلة معينة من الحياة الجنسية.

- الإيغافيّـــــة الكاذبـــــة ": Pseudo-orgasmie "

إن الإيغافية الكاذبة تعد أكثر الإظطرابات النّفسجنسية انتشارا و أكثرها جهلا في المعايدة النّفسجنسية و ذلك لأن المظاهر الفسلجية للإيغاف (التّقلّصات المهبلية " contractions vaginales “ ، دفق المني "Ejaculation ") تكون موجودة و لكنّها غير مصحوبة بـ"إحساس المتعة الشّبقي"و في هذا الإطار يتم إدراج "استجابة التّهيج الجنسي" المحدثة باستثارات فسلجية جزئية.

- خلـــــل الإيغافيّـــــة : "Dysorgasmie "

تتميز العلاقة الجنسية السوية بتزامن الإيغاف مع الإستثارة الجنسية القصوى، لكن قد يختل هذا التّزامن أحيانا و يحدث الإيغاف سواء بصفة مبكّرة أو متأخّرة، محدثا "خلل الإيغافية"، فعندما يسبق الإيغاف حالة الاستثارة القصوى يحدث "الإيغاف المبتسر أو المبكّر" " orgasme prématuré ou précoce " وهو أكثر مشاهدة عند الرجل (يقابله في التّصنيف المعتمد على الاستجابات الفسلجية "الدفق المبتسر أو المبكّر" " éjaculation prématuré ou précoce " .و عندما يتحقّق الإيغاف بعد الإستثارة الجنسية القصوى وخارج نطاق التّحكّم الإرادي يحدث "الإيغاف المتأخّر" " Orgasme retardé ".

5.6.2 الجناسات الإيلاجيّة (العصابات الجنسيّة الإيلاجيّة) : " Sexoses coïtales "

اهتمت التّصنيفات النّفسجنسية الحديثة بخلل الوظيفة الجنسية ، سواء كان الخلل شاملا لكل مظاهر النّشاط الجنسي أو منحصرا في العلاقة الإيلاجية ، و من أجل تصنيفا أكثر وضوحا نرى ضرورة جمع الاضطرابات التّالية ضمن مجموعة الجناسات الإيلاجية : عوز الشّبقية الجماعية ، تشنّج المهبل، عجز الإيلاج (عجز الجماع) و أنماط أخرى من الجناسات الإيلاجية.

- عوز الشّبقيّة الإيلاجيّة (الجماعيّة):" Hypo-érotisme coïtal "

يتميز عوز الشّبقية الإيلاجية (الجماعية) بقصور توظيف العلاقة الفضيبمهبلية " Relation pénovaginal " سواء على مستوى المخيلة (الصور الذّهنية) أو على مستوى الواقع.

- تشنّـــج المهبـــل "Le vaginisme"و عجـز الإيـــلاج (الجماع) "L'impuissance coïtale":

إن عجز الإيلاج (عجز الجماع)" Impuissance coïtale " و تشنّج المهبل " Vaginisme " يمثّلان أكثر الجناسات الإيلاجية يسرا في تحديدهم ، نظرا لأعراضهم الفسلجية الواضحة و المتمثّلة في غياب الانتصاب بالنّسبة للرجل و تشنّج انعكاسي لا إرادي للعضلات المحيطة بالمهبل بالنّسبة للمرأة.

- أنمـــــاط أخـــرى من الجناســـات الإيلاجيّـــــة :

إن ألم الإيلاج النّفساني "Coïtalgie psychogène (dysparéunie)" إضافة إلى اللاّإيغافية وإلى خلل الإيغافية الإيلاجي (الإيغاف المبتسر أو المتأخّر) تكملان الجدول التّصنيفي للجناسات الإيلاجية.

3. الاضطرابـات البيجنسيّـة : " Les dysphories intersexuelles"

يهتم علم النّفس الجنسي (كعلم مختص بدراسة السلوك الجنسي) بنوعية العلاقة مع الجنس الآخر و بالتّفاعلات البيجنسية ، فالجنس المخالف قد يكون محبوبا "aimé " ، متأمثلا " idéalisé "، مبغوضا " haï "، محتقرا " méprisé "، مخشيا " redouté "و متجنّبا" évité ". كما أن بعض الصفات الخلقية (سواء كانت متقبلة أو منكرة) قد تكون دافعا للرغبة الجنسية ، للاشتهاء، للغيرة، للكره و للخشية (بعض هذه التّفاعلات العلائقية البيجنسية تشاهد في إطار السوائية الجنسية).

إن المواقف السلبية تجاه الجنس الآخر سواء كانت كرها و بغضا " haine " أو خشية و توجسا " méfiance " تندرج ضمن إطار الاعتلالات النّفسجنسية " psychopathie sexualis " التي نعبر عنها بـ "الاضطرابات البيجنسية" وذلك للإشارة إلي الاضطرابات العلائقية مع الجنس الآخر.

1.3 الرّهـــــــاب الغيـــــــري :" Hétérophobie "

يحدث الرهاب الغيري عندما يسيطر الخوف من الجنس الآخر بصفة مبالغة تصل أحيانا إلى بغض النّساء" misogynie" عند الرجل وإلى بغض الرجال " misandrie " عند المرأة . إن فك رموز هذا الاضطراب ليس بالأمر اليسير ذلك أن مشاعر الخشية و البغض يمكن أحيانا طمسها و إخفاءها ظاهريا بـ"مواقف اللاّمبالاة " attitudes d'indifférence " أو بالتّمويه ، ولكنّها تبرز بصفة جلية في الأحلام و بعض السلوكات اللاّواعية. إن الخشية من إقامة علاقة حميمية نفسـعاطفية مع الجنس الآخر تعتبر المظهر الأكثر جلاء و وضوحا للرهاب الغيري وفي هذا الصدد نشير إلى أن بعض الأزواج " les couples " لم تعرف علاقتهم مشاركة وجدانية حقيقية لوجود كراهية متبادلة غير معلّنة، فالمشاعر الداخلية تبقى مخفية، مطموسة، لامعبرة و غير قابلة للنّفاذ (لانفوذية)، فكلّ من الرجل و المرأة (لخوفهم وخشيتهم من الارتباط العاطفي و الوجداني) يكتفون بعلاقة سطحية ضحلة لا تتعدي فيها اهتماماتهم المشتركة أكثر من متابعة مجريات الحياة العادية "les banalités de la vie courante "، في حين أن أزواجا آخرين لا يستطيعون إقامة علاقة دائمة لخوفهم وخشيتهم من استحواذ الآخر عليهم و فقدهم خصائص هويتهم الشّخصية.

إن الرهاب الغيري العاطفي " Hétérophobie affective " تصاحبه أحيانا خشية و خوف من الحميمية التّناسلية " intimité sexuelle " فيتحول إلى رهاب غيري تناسلي" Hétérophobie génitale "متمحورا حول العلاقة الإيلاجية " la relation coïtale ". إن خشية الجنس الآخر تؤدي إلى تصرفات تجنّبيـة " conduite d'évitement " و تحدث أحيانا استجابات عدائية (خاصة عند الرجل)، شأن المغتصب الغيري الذي يظهر نزعته الرهابية تجاه المرأة " gynephobie " من خلال سلوكه العدواني التّحطيمي.

إن المبالغة في كراهية الجنس الآخر تعود جذوره عادة إلى الصورة الذّهنية الوالدية الأولى" imago parentale "، فالرجل قد يبغض المرأة إذا لم يتمكّن من استدماج " introjecter " الموضوع الأمومي بشكل كاف حتّى يكون موضوعا حسنا أو إذا احتفظ بقطيعة بدائية " clivage archaïque " بين الأم الطيبة" la bonne mère " و الأم السيئة " la mauvaise mère "، متجاهلا صفات أمه السيئة ليسقطها لاحقا على جميع النّساء. كما نلاحظ عند المصاب بالرهاب الغيري مع بغض المرأة " hétérophobe misogyne " ما يسمى بـ "فجوة الأم" " creux de mère " بصفة جلية واضحة ، فكأنّه يحمل النّساء جميعا مسؤولية "إحباطه الأولي" " frustration initiale ". إن" بغض النّساء" بالنّسبة للجنوسي يعتمد أساسا احتفاضه على الأم كموضوع "كلّه حسن" " objet tout bon " و من ثم تكون كافّة النّساء سيئات "كلّهن سيئات" " toutes mauvaises "(ما عدا أمه).

إن الصفات الأنثوية قد تكون أحيانا مصدرا حسد الرجل للمرأة شأن قدرتها على الإغراء والغواية أو وظيفتها الأمومية ، إذ تستحوذ عليه رغبة امتلاك هذه الصفات دون ميلا للتّماهي الأنثوي أو للتّحول الجنسي الأنثوي .

إن بغض الرجال " la miso-andrie "يحدث نتيجة عدم استدماج المرأة الموضوع الأبوي كـ"موضوعا حسنا" و ذلك سواء لغياب الأب أو لأنّه قد همش و حقّر و جرد من نرجسيته من طرف أم مسيطرة ، إن كره الرجال غالبا ما يتوازى عند الأنثى مع رغبة امتلاك الصفات الذّكورية.

قد تكون بعض حالات "بغض الرجال" مقنّعة عند المرأة وتبرز بشكل مموه ، و لنا أن نذكر في هذا الصدد تحامل بعض النّساء المحسوبات من أنصار الدفاع عن حقوق المرأة بشكل مفرط على الرجال ، مبررين هذا السلوك بالاضطهاد التي تعرضت له المرأة عبر تاريخها من طرف الرجل ! و لكن إذا سلّمنا جدلا بصحة هذه الفرضية ،كيف نفسر أن فئة قليلة فقط من النّساء تحركت بهذا القدر الكبير من العنف تجاه الرجل؟ إجابة عن هذا نكتفي بالتّذكير أن خلف الظّاهرة الاجتماعية تكمن دوما السيرة الذّاتية و تاريخ الشّخصية!

4. اضطرابات الحياة العاطفيّة : Désordres de la vieamoureuse

1.4 عجـــــز التّوظيـــــف العشقـــــي :

" Inaptitude à l'investissement amoureux "

إن فضل عاطفة الحب على الإبداع في جميع مجالاته لا يضاهيه فضل أية عاطفة أخري (خاصة في عصرنا الراهن). إن الحب في حاجة أن يتغنّى به أن يحكى عنه، أن يصرح به و أن تنظّم الأشعار من أجله، إن كلمة الحب قد تحمل على أكثر من معنى، ولكن جلّ معانيها تكاد تتّفق إلى كونها تمثّل"رابطة قوية تجمع شخص بآخر إلى درجة الاندماج العاطفي-الجنسي الشّامل" ، فالعاشق المتيم، المفتون بحبيبته، يقحمها في مخيلته و يضفي عليها الصفات المثالية "l'idéalise" إلى درجة تصبح بالنّسبة له ضرورة عاطفية على مستوي الواقع و الأم المثالية المجنّسة " la mère sexualisée "على المستوى الرمزي. لكن هذا "الحب-العشق" "Amour-passion " قد يكون أفلاطونيا بحتا، ممثّلا حالة العشق الغرامي اللاّجنسي" désexualisée " الذي يعتبر حالة نكوصية و شكلا مكررا للعلاقة البدائية مع الأب أو الأم.

2.4 الزّهوّ العشقي المتكرّر: " Elations amoureuses à répétition"

إذا تميز السلوك الجنسي بالانغماس في الزهو العشقي بشكل متكرر لامنحبس يكون مؤشّرا عارضي" symptomatique " لاضطرابات وجودية عميقة في الشّخصية. فعندما تأخذ حالة " العشق-الغرام " شكل الإدمان (إدمان العشق "addiction amoureuse") تصبح "الوضعية العشقية" " L'état amoureux" في مرتبة أهم من "الموضوع المعشوق" " L'objet amour".

3.4 هـــــوس العشـــــق (تناذر كليرمبولت) :

" Erotomanie (Syndrome de Clérambault)"

في حالات العشق يتقلّص الواقع و يستحوذ "الكائن المحبوب" " L'être aimé" على كامل الوعي ، فالمحب يعتبر المحبوب علّة وجوده و لا يستطيع إدراك معنى للوجود خارج نطاق المعشوق فكلّ مبتغاه أن يقاسمه المحبوب حقيقة مشاعره وأحاسيسه . إن الغرام العشقي يتطور نحو الانطفاء سواء في غياب المتعة الشّبقية أو الإفراط اللاّمتناهي في المتعة الشّبقية.

تتجاوز أحيانا حالة العشق-الغرام حدود السواء و تأخذ شكلا هذيانيا. شأن "الهوس العشقي" في حالات "الذّهان الغرامي" " psychose passionnelle " (أكثر انتشارا عند المرأة)، حيث تسيطر على الشّخص قناعة هذيانية مفادها أن شخصا ذائع الصيت و ذو شهرة قد وقع في غرامه، وتتطور الحالة العشقية حسب مراحل (كليرمبولت "1942") تكون أولها "مرحلة الأمل"، يعتقد فيها الهذياني أن المحبوب يبادله نفس المشاعر فيسعى إلى التّواصل معه بجميع الوسائل مؤولا جفوته و عزوفه عنه كأدلّة تعزز موضوعه العشقي فهو تارة يتدلّل عليه و أخرى يتجنّب الواشين والعذّال إلخ...، وآخر هذه المراحل "مرحلة الخيبة" فبعد سنوات من محاولات الوصال الفاشلة يحول الهذياني العاشق مشاعر الحب إلى مشاعر بغض و يصبح يشكّل خطرا على المحبوب/المكروه .

أحيانا يبقي الهذيان العشقي كامنا و سرا من الأسرار الخاصة للهذياني ، ساعيا إلى عدم البوح به رغم قناعته الهذيانية الراسخة بها لأسباب واهية، فتارة خوفا على مكانة المحبوب و أخرى أن الظّرف مازال غير مناسب للإعلان إلى غير ذلك من هذه الأسباب .

4.4 الغيـــــرة الجنسيّـــــة المرضيّـــــة :

" La jalousie sexuelle morbide "

تدخل "الغيرة الجنسية المرضية" في إطار إمراضيات الحياة العاطفية سواء كانت هذيانية أم لا، فـ"الغيور الهذياني" " le jaloux délirant "(غالبا ما يكون رجلا) يشك دائما في إخلاص شريكته له فكلّ

تصرف تأتيه هو دليل خيانتها الواضحة الذي لا لبس فيه ولا يبقى له إلا اعترافها الصريح أو القبض على الشّريك الخائن حتى يعلن على رؤوس الملأ خيانتها ! وبما أن الشّريك الخائن أذكي من أن يقع في فخّ الهذياني الغيور، لا يبقى أمامه من حلّ سوى افتكاك اعترافها تحت التّهديد ، مسلّطا عليها أقصى أشكال العنف البدني لتعترف بخيانتها !

على المستوى الذّهاني يكون "هذيان الغيرة" ستارا يخفي جنوسية كامنة (فرويد 1922)، أمّا على المستوى العصابي فتكون الغيرة المرضية نتيجة إحساس الشّخص أنّه ليس أهلا لإخلاص شريكه الجنسي .فهو و إن كان يشك بصفة مستمرة في إخلاص الآخر ، لكنّه أكثر وعيا و إدراكا من الغيور الذّهاني بحقيقة قصوره النرجسي.

ARABPSYNET DICTIONARIES

ARABIC EDITION

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm

EPSYDICT C – COMPLETE EDITION (CD)

Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French

تـنـزيـل الـنـسـخـة الـتـقـيـيـمـيـة مـن الإصـدار الـكـامـل

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

تكريـــم الدكتـــور جمـال التركـــي

يسر "الجمعية الدولية للمترجمين العرب" إبلاغكم اختيار "الدكتور جمال التركي – تونس" ضمن قائمة المكرمين من الأعلام والعلماء والمبدعين لسنة 2005، تقديرا لأعماله العلمية في تأصيل اللغة العربية و تحديثها على مستوى الاختصاص و لتأسيسه "المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية". وذلك احتفاء بـ "الذكرى السنوية الثانية" للانطلاقة الميمونة للجمعية. ونحن إذ نهنئكم بتكريم المبدعين للمبدعين، فإننا نهنئ أنفسنا بهذه الطاقات العربية الفذة التي نكن لها كل اعتزاز وتقدير،،، تحية وتهنئة وكل الاحترام.

عن "الجمعية الدولية للمترجمين العرب"

الأستاذة راوية سامي

الكتـاب الذهبـي لأسـاتـذة علـم النـفـس

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsGoldBook.asp

شـــــارك بـرأيـــــك

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

الكتـاب الذهبـي للأطبـاء النـفـسانيـيـن

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsPsyGoldBook.asp

شـــــارك بـرأيـــــك

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

الانحـــــــــراف الجنســـــي... إعـــــادة قـــراءة مصطلـــــــح قديـــــم

أ.د. يحيـــى الرخـــــاوي – الطـــــب النفســـــي – القاهـــــــرة، مصـــــر
yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

لم يعد تعبير "الانحراف الجنسي" يستعمل هكذا في اللغة العلمية، وخاصة في التقسيمات الأحدث للاضطرابات النفسية (مثلا في التقسيم العالمي العاشر 1990 ICD10 أو التقسيم الأمريكي الرابع DSM IV لا يوجد شيء اسمه الانحرافات الجنسية)، ومع ذلك ما زال هذا التعبير هو المستعمل عند كثير من الأطباء النفسيين وخاصة عندنا هنا في مصر (وفي البلاد العربية في الأغلب)، والأهم من ذلك أنه هو المستعمل عند العامة عادة ليشيروا به إلى انحراف ما نحو ما "ليس كذلك" (دون أن يحددوا ما هو "كذلك " لأنهم لم يحددوا أصلا ما هو "ذلك".)

ويبدو أن تعبير **الانحراف** هو المشكل الأساسي في قراءتنا هذه، لذلك يجدر بنا أن نتذكر ابتداء كيف أن تعبير "انحراف " كان ومازال مشكلا ليس فقط في الاضطرابات الجنسية، ولكنه مشكل بصفة عامة بالنسبة للاضطرابات النفسية جميعا، لأنه ما إن يذكر لفظ "انحراف" حتى يقفز تساؤل يقول: **"انحراف عن ماذا؟ "** ثم بعد ذلك تلحقه تساؤلات أخرى: **"انحراف في أي اتجاه:** إلى أعلى أم أدنى؟ أم إلى غير ذلك؟ " ، وأخيرا **"انحراف بأي قدر** إلى أي مدى؟"

فمازالت إشكالة تحديد ماهية السواء النفسي قائمة لم تحل حلا نهائيا، فنحن لا نكاد نعرف حدود ما يسمى بالصحة النفسية، ولن ندخل الآن في نقاش حول الحد الفاصل بين السواء والمرض، وإنما سنكتفي بالتذكرة بأن تعريف الصحة بمفهوم "السواء الإحصائي" قد رفضه أغلب المشتغلين بالقضية، والمقصود بقياس الصحة النفسية بما هو "السواء الإحصائي"هو أن يعتبر الصحيح نفسيا هو الذي يماثل سلوكه سلوك أغلب الناس (أو على الأقل: يقترب كثيرا من ذلك)، فمثل هذا التعريف يكاد يعتبر الأشخاص المتميزين مثل العباقرة، والثوار، والمبدعين، مرضى حيث أنهم كلهم- تقريبا- يخترقون سلوك السواد الغالب ويختلفون مع ما يألفه معظم الناس، حتى يقودونهم إلى التغيير والتطور الإيجابي.

وعلى الرغم من تواضع المفهوم الإحصائي للسواء فإننا يمكن أن نصل إلى درجة تقريبية مساعدة لمثل هذا **"النمط النموذجي"**، مما يمكن أن يسمى **"عادي"** أو **" في حدود الطبيعي"** أو "في حدود المقبول ". (في ثقافة/ مجتمع بذاته) فلنأخذ مثلا نمطيا يصلح للوطن المصري، فالأرجح أن الشخص العادي في مصر: "هو الشخص الذي يعمل، أو يذهب إلى العمل، وله أسرة، ويخرج مع الأصدقاء أحيانا، ويشاهد التليفزيون عادة، وقد يقرأ صحيفة يومية (إن كان يفك الخط !!)

فإذا جئنا للسلوك الجنسي، فإننا حتى نتكلم عن الانحرافات الجنسية لابد أن نحدد ما هو النموذج السوي للممارسة الجنسية، بحيث يمكن أن نعتبر أي ممارسة أخرى انحرافا (عن هذا السواء)، وهنا تواجهنا صعوبة تطبيق النموذج الإحصائي، أكثر مما هو الحال في تحديد نموذج السواء النفسي عامة، فالحق يقال: **إنه لا يوجد نموذج واحد متفق عليه يحدد طبيعة وحدود السواء الجنسي، فثمة بعد أخلاقي، وآخر ديني، وآخر تناسلي، وآخر بيولوجي،** وهكذا.

وكما أن الأديان تختلف في تحديد الممارسة السليمة (المشروعة، الحلال) للجنس، فإن النظريات النفسية أيضا تختلف اختلافا ليس يسيرا.

ثم إن التاريخ يحكي لنا أشكالا وألوانا من الممارسة الجنسية كانت سائدة يوما ما، ومازالت كذلك في بعض المجتمعات (البدائية أو الخاصة) ثم أصبحت نادرة (أو شاذة). أما ما طرأ على الممارسة الجنسية في العصر الحاضر، وخاصة ما أعلن منه في الدول المتقدمة فإنه زاد، وتنوع، حتى فاق كل ما تركه لنا التاريخ من أشكال وألوان ومادام تحديد ما هو ا"عادى" في الجنس بهذه الصعوبة، **فينبغي أن نحذر ونحن نطلق تعبير انحرافات جنسية على أي سلوك لا يروق لنا، أو لم نتعود عليه، أو لا نستطيع أن نعلنه.**

ومن الناحية العلمية البحتة، فقد تمت التفرقة الواضحة بين الاضطرابات الجنسية التي يمكن أن توصف ب ا"الإعاقة"، أو "عدم الكفاءة" عند الرجل (مثل اضطرابات الانتصاب عند الرجل impotence، أو اضطرابات صعوبة الاستثارة عند المرأة- والتي كانت تسمى برودا جنسيا frigidity) وبين تلك التي توصف بأنها "انحراف"، بمعنى توفر الكفاءة، مع غرابة أو شذوذ أو عدم ألفة موضوع الجنس أو وسائله أو مثيراته أو أسلوبه.

وكل هذا هو ما نريد فتح ملفه في هذه القراءة المحدودة.. ولكن دعونا نبدأ من:

1. البدايـــــــــــة

ظلت الممارسة الجنسية عند أغلب الحيوانات تمارس بهدف التناسل وحفظ النوع أساسا، فأنثى الحيوان لا تسمح باقتراب الذكر منها إلا لفترة قصيرة جدا (أحيانا ساعات، وأحيانا أياما حتى يتيقن التلقيح)، ذلك أن أنثى الحيوان تتقبل الذكر- فقط- وهي مهيأة تماما (بالتبييض) للحمل بمجرد التلقيح، وما إن يتحقق هذا الغرض (الحمل) حتى ترفض الأنثى الذكر طول العام، أو طول الوقت.

ومازال بعض غلاة الكاثوليك- مثلا- لا يسمحون بالجنس، أو يسامحون في الجنس، للبشر، إلا لهذا الغرض أساسا (أو فقط)- غرض التناسل.

لكن الوظيفة الجنسية قد تطورت عند الإنسان بشكل تخطى هذه المحدودية البيولوجية (التكاثر) فأصبح الجنس يمارس لذاته، أو لما يصاحبه ويعنيه.

ومنذ أن أعاد فرويد للجنس موقعه المحوري في السلوك الإنساني عاد الانتباه إلى دور آخر للوظيفة الجنسية، وبقدر ما بالغ فرويد في تأويلاته للسلوك البشرى، وخاصة السلوك الجنسي عند الرضيع والطفل الصغير، فإنه قد أسيء فهمه إساءة بالغة حين قصروا تفسيراته على مفهوم الممارسة الجنسية الحسية، مع أن سيجموند فرويد وسع من مفهوم الطاقة المرتبطة بالجنس لتشمل كل "**الطاقة الحيوية الجاذبة البناءة التواصلية**". والتي أسماها "الليبيدو"Libido.

ومن نافلة القول أن ننبه أن فرويد لم يختلق هذا التوسع لما أسماه جنسا، وهو لم يكن صاحب دعوة لتوظيف الجنس في مجال أوسع من التناسل، وإنما هو اكتشف ذلك من واقع الممارسة والاطلاع والمراجعة والإبداع (من قراءة التاريخ والواقع الإكلينيكي وذاته شخصيا)

ولم تأخذ الوظيفة الجنسية حقها في التنظير الكافي لفهم دورها الإنساني الجديد، ألا وهو دورها في توثيق التواصل بين البشر، أساسا بين الجنسين، دورها كدافع تجاوز هدف التكاثر، ودورها كلغة دالة لها ما تفيده وتحققه. هذا على مستوى التنظير، أما على مستوى الممارسة فإن الإنسان عبر مراحل تطوره، وحتى وقتنا هذا، راح يمارس هذا الدور وينظمه، ويبرره ويشكله، ويغلفه ويكشفه، ويخفيه ويظهره، فتجلي الجنس فيما يسمى "الحب "، والغرام، والهيام، والزواج، والعلاج، ولكن واقع الحال أن كل هذه التجليات لم تكشف عن وجهها الحقيقي، حيث أنها لم تعلن بلغة مباشرة أنها ليست إلا مظاهر لنشاطات الغريزة الجنسية في محاولة الإنسان لكي يؤكد وجوده إنسانا من خلال حضور الآخر في وعيه متغيرا فاعلا، متداخلا، راضيا مرضيا.

وأريد أن أنبه ابتداء أن هذه التجليات التواصلية النابعة من الغريزة الجنسية ليست تساميا بها كما يبدو لأول وهلة، ولكنها توظيف واقعي مباشر لها كما سنرى حالا.

ثم لا بد أن نقر ونعترف أن العلاقة بالآخر صعبة إلى درجة الاستحالة أحيانا وقد ظلت الغريزة الجنسية تقوم بدورها الدوافعي، وتحقق لذة شديدة التميز وافرة الجذل، إلا أنه لا الدافعية، ولا الرشوة باللذة يمكن أن يؤديا وظيفتها التواصلية ما لم يتفا من خلال لغة حوار عميق، يقول، ويعيد، ليحقق تشكيل وعى الإنسان الفرد من خلال حضوره في وعى آخر وبالعكس.

نعم، لا يقوم الجنس في ذاته بوظيفة التواصل إلا إذا أصبح لغة لها أبجديتها القادرة على عزف لحن الإنسان في سعيه لتأنيس وجوده وهو يضطر للتنازل عن دعة وحدته تخلصا من- أو عجزا عن دفع- ثمن آلامها، فيروح يحاور آخر على مستوى يتجاوز التجريد، ولا يـسجن فـي الرمز إذ يستعمل الجسد في أرقى تجليات حضوره، وهو الممارسة الجنسية.

قيل وكيف كان ذلك؟

نبدأ من البداية:

إذا نحن عرفنا الجنس عند الإنسان كما هو عند الحيوان باعتباره وظيفة لحفظ النوع لا أكثر، فإن كل ما لا يهدف للتناسل (حفظ النوع) يعتبر انحرافا، والعجيب أن بعض المذاهب في بعض الأديان (غلاة الكاثوليكيين كما أسلفنا) يمكن أن يتبنى هذا الموقف حتى عند الإنسان، من حيث أنه يستبعد الجنس للجنس كنشاط إنساني نفسي مستقل عن وظيفته التناسلية.

من كل ذلك يمكن أن نخلص إلي خلاصة تقول:

إن الجنس نشاط، بيولوجي (غريزي)، جعل أساسا في التاريخ الحيوي لحفظ النوع، وهو مخاطرة قديمة بين الذكور، حين كان التناسل من نصيب الذكر الأقوى دون غيره، لضمان أجيال قادمة أقوى، وكانت اللذة الشبقية الفائقة هي الدافع الذي يبرر للذكر معركة التفوق للحصول عليها، ثم يبرر للأنثى أن تسمح له بالاقتحام للتلقيح والتناسل.

ثم إنه لما صار الإنسان إنسانا اختلفت أساليب التنافس، واختلفت أسباب البقاء، واختلفت وسائل تحقيقه، لكن ظلت البيولوجيا تحافظ على دافعيتها، وعلى رشوتها اللذية في نفس الوقت، فلماذا تم ذلك؟

2. فـــــــــرض فرعـــــــى:

لكي يتحمل الإنسان آلام وصعوبة التواصل بينه وبين إنسان آخر، تحولت الغريزة الجنسية، بشكل مباشر، وغير مباشر، لتكون دافعا إلى مواصلة السعي في اتجاه الآخر، بدءا بفرد من الجنس الآخر، يتواصلان ليحققا نوعية "الوجود معا"، أي ليؤكدا كينونتهما في حالة وعى تبادلي، يميز الإنسان خاصة، أملا في أن تمتد هذه المهارة الأعمق مهارة التواجد معا لهما معا- إلى سائر الأفراد من الجنسين، حسب مختلف السياقات.

وقد وجدت أن هذا الفرض يبرر تعميم فرويد لوظيفة ما هو "ليبيدو". كما وجدت أنه يمكن أن يثبت ليس بتحقيقه، وإنما بتصور نفيه، بمعنى:

إن لم يكن الأمر كذلك، (أي إن لم يصح هذا الفرض)، فما لزوم هذا الدافع الجنسي طول الحياة، طول الوقت، إذا كانت ممارستان لكل زوجين كافية لاستمرار النوع للحفاظ على هذا العدد الحالي من البشر؟

ثم هاهو التلقيح الصناعي يقوم باللازم وكأنه يذكرنا بإمكان الاستغناء عن الجنس بعد توفر العدد الكافي من بنوك الحيوانات المنوية "السوبر ذكية" والمبدعة " والتي ربما تصرف (الحيوانات المنوية) مع ضمان يتعدى العمر الافتراضي لإنسان المستقبل في أحسن أحواله.!!! إلخ، ثم تنجح تجارب الاستنساخ المبدئية فيتحول العرض إلى إمكانية توصيل الأطفال- صورة طبق الأصل- إلى المنازل دون حاجة إلى ذكور، وربما دون حاجة إلى إناث حتى مستقبلا!!)، ويتمادى الأمل المرعب الخطير إلى إمكانية إنتاج نوع من البشر "سابق التجهيز"، فما لزوم غريزة الجنس إذن؟

من هذا الموقع الحرج يمكن أن نخرج باستنتاج تال يقول:

إنه إن لم تكن للوظيفة الجنسية هذا الدور التواصلي لحفز الإنسان أن يواصل السعي إلى الآخر، فهي سوف تنقرض، أو ترتد لا محالة

ثم نخطو خطوة متأنية لننظر للإشكال من بعيد متسائلين:

هل التواصل الحقيقي العميق بين البشر هو بكل هذه الصعوبة التي تحتاج لكل هذه الدافعية، وهذه الرشاوى اللذية؟

وقبل أن نحاول الرد نقول: لا بد من الاعتراف ابتداء، ومكررا، إن الإنسان لا يكون إنسانا لأنه حيوان ناطق أو حيوان ضاحك، أو حيوان اجتماعي أو حيوان مفكر، ولكن يكون الإنسان إنسانا إذا هو مارس وجوده

في رحاب وعى بشرى آخر يمارس نفس المحاولة.

ويحتاج هذا التعبير الأخير إلى إيضاح فنقول:
إن الوجود مع الآخر ليس مجرد امتلاك، أو استعمال ظاهري، أو سد حاجة عابرة، مع أن كل هذا وارد، ولكنه ليس هو ما يميز الإنسان تحديدا

إن التواجد مع الآخر هو "إعادة التخلق" من خلال احتواء وعى مخالف ثم الانفصال عنه مختلف التشكيل نتيجة لصدق الحوار على مستويات متعددة (مستوى الجسد= **الجنس**، مستوى الوعي- **التواصل**، مستوى الامتداد- **الإيمان معا**، مستوى التشكيل- **الإبداع** المنجز+ التلقي المبدع.. إلخ) وواقع الحال يقول إنه يكاد يستحيل، في حالة "الوعي الفائق "أن نفصل أيا من ذلك عن غيره، وإن غلبت إحدى هذه التجليات عن الأخرى حسب اللحظة والقدرة و السياق فما أصعب كل ذلك وما أحوجه لدافعية قصوى، ولمكافأة لذية مناسبة، نرى أنها تتمثل في الوظيفة الجنسية أساسا.

3. إعـــادة تعريـــف الانحـــراف الجنســـي

واضح أن هذه المغامرة بوضع هذا الفرض الذي يحدد تطور الوظيفة الجنسية، يعرضنا لأن نزعم أن أي **ممارسة دون ذلك، ما لم تكن تمهيدا لذلك أو طريقا إليه، هي نوع من الانحراف الجنسي بشكل أو بآخر**.

ومن البديهي أن هذه مبالغة لا يمكن التسليم لها ولكن، حتى إذا تنازلنا عن الشكل المطلق لهذه العلاقة فإن الاعتراف باحتمال صدقها ملزم بالسعي نحوها، أو على الأقل بوضعها في الاعتبار ونحن نعيد النظر في ماهية الانحراف الجنسي قائلين:

يعتبر انحرافا جنسيا كل استعمال للجنس، دون الوفاء بمواصفاته الإنسانية الأحدث أو في غير ما يؤدى وظيفته البشرية

ولنبدأ ببعض صور ما كان يسمى انحرافا من قديم:

1. فالجنس الذي يكون الألم فيه أكثر من اللذة، بحيث يصبح- في النهاية- فعلا طاردا لا جاذبا لمن يمارسه هو انحراف. (الماسوشية)
2. والجنس الذي يحل فيه الجزء أو الرمز محل الشخص كله، مثلما يحل عشق كعب القدم (أو الحذاء، أو بعض الملابس الداخلية) محل الافتتان بالجسد كله فالشخص كله، يعتبر انحرافا (الفيتيشية أو التوثين)
3. والجنس الذي يتحقق مع غير البشر (مثل الجنس مع الحيوانات ZOOPHYLIA، أو الجثث NECROPHYLIA، أو مع الأطفال الصغار PEDOPHYLIA، لا يؤدى وظيفته التواصلية السالف الإشارة إليها، وبالتالي يعتبر انحرافا
4. والجنس الذي لا يحتمل أن يحقق وظيفة التناسل ويكتفي بوظيفة التواصل يعتبر انحرافا (أنظر بعد: الجنسية المثلية)
5. والجنس الذي لا يرتبط بآخر إذ يلغيه أو يستعمله فسقطا عليه ذاته لا أكثر (أي أنه يصبح نوعا من الاستمناء من خلال آخر) يعتبر انحرافا
6. والجنس الذي يمارس عن طريق القهر بأنواعه ضد كل مستويات الإرادة يعتبر انحرافا (يشمل ذلك القهر الشرعي بوثيقة زواج، والقهر العضلي والإجرامي بالاغتصاب، والقهر السلطوي والمادي بالرشوة والدعارة، والقهر الشرعي بوثيقة زواج، والقهر العاطفي بالحب (عذرا، لم أستطع أن أشرح كل ذلك وهو يحتاج لعودة تفصيلية).
7. والجنس الذي يمارس منفصلا عن لغة الجسد، وكأنه مجرد وسيلة ميكانيكية مبرمجة لخفض التوتر يعتبر انحرافا

4. إعادة النظر في تطور محاولة تبرير وتشريع الجنسية المثلية:

ظلت مسألة ممارسة الجنس مع نفس النوع (وهو ما يسمى الشذوذ الجنسي) تمثل لي تحديا لا حلى له، وأحسب أن ما ذهبت إليه حالا من توظيف الجنس للتواصل أساسا، وليس للتناسل إلا نادرا، هو خليق أن يزيد هذا التحدي حتى أكاد أفقد توازني، وكأني أوقعت نفسي بما ذهبت إليه إلى احتمال فهم جديد لمسألة الشذوذ الجنسي، فهم يحمل نوعا من السماح لـ م أتصور قبوله يوما،

ولكن دعونا ننظر بهدوء في الجاري عند من تقدموا في هذا الطريق مراحل صريحة:

فقد وصل الأمر في الدول الغربية ألا تعتبر هذه الممارسات الجنسية المثلية انحرافا أصلا، تحت زعم يتفق تماما مع ما ذهبنا إليه، زعم يقول (مع شيء من التكرار): إنه مادام الجنس عند الإنسان هو "لغة" ، و"دافع"، و"تواصل". أساسا (وتناسل أحيانا) فلماذا يعترض المثالي على أن يحقق الجنس أغلب وظائفه (فيما عدا التناسل الذي لم يعد الجنس البشرى في حاجة إلى الحرص عليه طول الوقت لحفظ النوع)، وكأن هذه الممارسة المثلية تؤكد- بشكل أو بآخر- الوظيفة التواصلية للجنس دون اشتراط اختلاف النوع.

ذلك أن التواصل وظيفة بشرية بين إنسان وإنسان أيا كانا (رجل، مع، رجل أو امرأة (مع) امرأة، امرأة (مع) رجل دون تمييز)، وهي وظيفة صعبة كما أشرنا، لذلك فهي قد تحتاج إلى تلك الدافعية البيولوجية والرشوة اللذية (إلى آخره)، فإذا أضيف إلى ذلك مدى الحرية التي يتمتع بها الفرد في تلك المجتمعات، فإننا يمكن أن نفهم مدى السماح الذي وصلوا إليه، وبرروا به هذا السلوك (إذا كان هذا هو تبريرهم).

ولكن هل نقبل نحن هذا التبرير هكذا على إطلاقه، أو على علاته؟

لا شك أن الأمر يختلف، ليس نتيجة لغلبة الموقف الديني والأخلاقي عندنا عنهم، فهذا أمر فيه نقاش، وإنما أساسا احتراما للطبيعة البشرية، بدءا بالنظر في التركيب البيولوجي (والتشريحي ضمنا). إذ لا يمكن تصور إقرار ممارسة ما، جنسية أو غير جنسية، لا تتفق مع طبيعتنا الجسدية، ذكورا وإناثا، فكل من الرجل والمرأة له تركيب تشريحي نفهم من خلاله، بطبيعته، أنه مهيأ للاقتراب التكاملي مع شريكه من الجنس الآخر، أما الممارسة الجنسية المثلية، فهي تتم من خلال مواضع تشريحية غير مهيأة لذلك، أو هي تستعمل وسائل صناعية تعويضية أو مساعدة لا يمكن إقرارها على أنها + جزء من تقدم التكنولوجيا "، لأنها تحل محل الفطرة السقيمة، وتشوه الطبيعة السوية. ولو تمادينا في فهم "معني" الغاية الأولى (ولو تاريخا) من الجنس، وهي التناسل فالتكاثر، إذن لأدركنا أن هذه الممارسات، إذا عممت وشرعت، هي في النهاية ضد الحياة لأنها ضد"حفظ النوع " ، ولا توجد ممارسة طبيعية تحظى بالسماح لدرجة أن يتصدى الناس للدفاع عنها وتبريرها على الرغم من أنها- بطبيعتها- ضد الحياة وضد استمرار حفظ النوع.

لذلك لا بد من الاجتهاد الأعمق لقراءة معني ظهور هذه الممارسات- على شذوذها- في تلك المجتمعات- على تقدمها، ونعرض اجتهادنا على الوجه الآتي:

يبدو أن الإنسان بدل أن يرتقى بالوظيفة الجنسية من التكاثر إلي التواصل، في مسارها الطبيعي، بدءا بالتدريب مع فرد من الجنس الآخر، يبدو أنه انحرف بها (بالوظيفة الجنسية) إذ راح يستعملها استعمالات أدني من توظيفها للتناسل، وأبعد عن وظيفتها للتواصل. ودعونا نورد هنا بعض الاجتهادات لما آل إليه حال الجنس مما قد يبرر هذا الانحراف المتزايد إلى ما يسمى "الجنسية المثلية "

وفيما يلي بعض الصور السلبية التي آل إليها تشويه واختزال الوظيفة الجنسية في حياتنا المعاصرة :

1. ممارسة الجنس باعتباره **نشاطا يباع ويشترى**، بمقابل مادي

نهاية التاريخ ".، (بالمعني السلبي بعد إذنكم) ذلك النظام الذي طغى واكتسب شرعية أكبر من حجم نفعيته وخاصة بعد الفشل المرحلي لسوء تطبيق البديل الاشتراكي (في المال و الجنس على حد سواء)

2. ممارسة الجنس باعتباره جزءا من **صفقة اجتماعية دينية** بشكل أو بآخر (بالذات لإنشاء والحفاظ على استمرار المؤسسة الزواجية) صفقة حلت محل الصفقة التناسلية البيولوجية من جهة، ومحل صفقة التواصل البشرى الأرقى المختار المتجدد - بين الجنسين- من ناحية أخرى

3. ممارسة الجنس **للتناسل دون توظيفه للتواصل** (بعض ما أشرت إليه مما بلغني عن بعض غلاة الكاثوليكيين).

4. ممارسة الجنس لـ "**خفض التوتر**" ليس إلا (يقاس ذلك- ضمنا- بالمسافة بين الشريكين بعد الانتهاء منه، هل هما أقرب أم أبعد، ففي حالة اقتصار وظيفته على خفض التوتر تكون المسافة أبعد عادة)

5. ممارسة الجنس ليؤدى بعض وظائفه النفسية المنفصلة كلية عن التواجد البشرى التواصلي، كأن **يستعمل لتأكيد الذات، أو استعادة الثقة، أو الشعور بالتفوق، أو ممارسة الخضوع الاعتمادي، دون أن ينتقل أي من ذلك إلى لغة جسدية حوارية ممتدة مع الآخر**

6. ممارسة الجنس كنوع من **الطقس الوسواسي القهري.**

7. ممارسة الجنس **ثمنا للحفاظ على فرص تربية الأولاد معا**، باعتبار أن الأسرة مازالت هي الوحدة الاجتماعية القادرة على إنتاج جيل صحيح (يجري هذا شعوريا أو لا شعوريا)

8. ممارسة الجنس لأغراض جانبية (ثانوية) مثل تزجية الوقت (بعد انقطاع النور أثناء مسلسل تليفزيوني)، أو بالمصادفة (مثل الأرق الطارئ في ليلة باردة) أو تحت الوعي (مثل الممارسة قبيل اليقظة استجابة لانتعاظ صباحي فسيولوجي)

9. ممارسة الجنس **بالصدفة المختارة**، مثل لقاء رجل وامرأة في صحراء البادية (الأمر الذي ما زال يمارس في بعض صحارى الخليج، حين يتم اللقاء الجنسي إذا التقى رجل وامرأة في البادية دون تعارف ودون كلام، والنسخة المتحضرة لهذا الطقس هو ما يجرى في إيطاليا وفرنسا مثلا، إذ قد تتم الدعوة فالاستجابة في مطعم، أو على رصيف شارع حين يحدث ما يسمى "التماس " بالنظرات من خلال لغة عيون سريعة ومختصرة وحاسمة، فيقوم الرجل أو المرأة وينتقل إلى جوار من تبادل معه النظرات، أو يغير السائر على الرصيف اتجاهه، ويعود مع شريكه أو شريكته في نفس الاتجاه، ثم يعودا معا (أو ينطلقا معا من المطعم) وقد تخاصرا ليتم اللقاء الجنسي في مسكن أحدهما، وقد يفترقان دون أن يعرف أيهما رسم الآخر، ودون مقابل طبعا غير اللقاء. ملحوظة أذكر كيف انتهي فيلم آخر تانجو في باريس بعد كل ما كان والبطلة تجري وراء مارلون براندو صائحة: ما اسمك؟).

كل هذه الممارسات وغيرها إنما تعلن بشكل مباشر وغير مباشر أن الوظيفة الجنسية تشوهت وخرجت عن مسارها وأكاد أتصور أن الجنسيين المثليين قد أدركوا- بوعي حاد أو مضمون- كل هذه التشوهات التي لحقت بالوظيفة الجنسية، وبالتالي عمدوا- بوعي أو بدون وعي أيضا- إلى تأصيل وظيفة الجنس التواصلية بغض النظر عن نوع من يتواصل معه، ذكرا كان أم أنثى.

فإذا كان هذا هو الحل (الجنسية المثلية هي الحل!!- كما يبدو أحيانا أنه كذلك في قطاع متزايد في بعض المجتمعات الغربية- أي إذا رجحت كفة التفاهم والتواصل مع نفس الجنس دون الجنس الآخر فنحن أمام الاحتمالات التالية:

1. إما أن تضمر الوظيفة الجنسية نتيجة لإساءة استعمالها واختزالها، وتشويهها، وتصادم أدائها مع التركيب التشريحي (تطوريا)
2. وإما أن يتغير الجنس البشرى إلى نوع لا نعرفه، نوع قد يستغني تماما (بالتناسخ والهندسة الوراثية مثلا) عن توظيف الغريزة الجنسية في التناسل، كما قد يتم تحويرها- تطوريا- إلى ما يحقق هدف ووسائل أدائها الجديد، مما لا نعرف
3. وإما أن ينقرض الإنسان كلية إذ يثبت أنه قد اختلت حساباته- تطوريا- فيتمادى في نوع من الانحرافات السلوكية المتعارضة مع الطبيعة، والمتناقضة مع مسيرة و قوانين التطور غير المعروفة لنا لا تفصيلا، ولا شمولا ولا تحديدا.

الملاحـــــــــق

(1) الانحراف الجنسي
(قراءة مصطلح: من مجلة الإنسان والتطور عدد أكتوبر- ديسمبر 1998)
1 حدود السواء (عموما و) في الجنس
2 توظيف الجنس
3 تبرير الجنسية المثلية
4 مخاوف واحتمالات
(2) المرأة أحرص من الرجل على الجنس التواصلي وليس على الجنس التفريغى أو اللذة المنفصلة
(تحرير المرأة: بالحرمان) (مقتطف وموقف: من مجلة الإنسان والتطور عدد أكتوبر- ديسمبر 1998)
(3): دروس في الجنس من الإبداع الأدبي
(من نقد: بيع نفس بشرية: محمد المنسي قنديل، اسم آخر للظل: حسنى حسن، يقين العطش: إدوارد الخراط)
كتب د. أحمد شوقي(زميلنا في لجنة الثقافة العلمية)
في مجلة سطور/ لعدد سبتمبر 1998
من الطبيعي ونحن نعيش في ظل ثقافة التكنولوجيا أن تنعكس ثورة العلم والتكنولوجيا على موضوع الجنس دراسة وممارسة!!!،
إن دراسة موضوع الجنس من هذا المنظور قد تساعد على التعرف بشكل أفضل على تاريخه وتاريخانيته، وهذا التعرف قد يساعد على تصحيح مفاهيمنا عنه.
ثم نقل عن لين مارجوليس و دوريون ساجان الجنس عند العامة يعنى رجالا ونساء عراة في وضع الممارسة، وعند الأطباء يعنى الإيدز، وعند الداعية الأخلاقى المتشدد لا يعنى الجنس إلا بديلين ذكر و أنثى

المتلازمـــــات الجنسيـــــــة ... من خلـــــل الوظيفـــــة إلى اضطرابـــــات الرغبـــــة

أ. د. عبـــــد الرحمـــــــان ابراهيـــــم – الطـــــب النفســـــي، سوريـــــا / لبنـــــان

ar.i@laposte.net - dr.abd.ibrahim@gmail.com

مدخـــــــل: كان الزوجان ماسترز وجنسون أول من ميز بين التصانيف المختلفة لخلل الوظيفة الجنسية Sexual dysfunction ، كما قدما أساليباً علاجية مثبتة علمياً للتغلب على خلل الوظيفة هذا. بالإضافة لذلك، هناك مجموعة أخرى من المشاكل الجنسية والتي ليست خللاً في الوظيفة Dysfunction بل اضطراباً Disorder. وقد بدأت هذه المجموعة تستولي بازدياد على اهتمام المعالجين الجنسيين الذين قاموا بوصفها وذكر معالجات لها وأسموها اضطرابات الرغبة الجنسية Disorders Of Sexual Desire.

وهكذا، فإن المفيد من الناحية التشخيصية أن نذكر المفهوم الثلاثي الأطوار للعملية الجنسية ومشاكلها، هذا المفهوم الذي ابتدعته هيلين كابلاين Helen Kaplan.

الطـــــور الأول : هو طور ما قبل الحدوث الحقيقي للإثارة والاستجابة الجنسية، ويشمل الاهتمامات الجنسية والمعارف الجنسية والتقبل الجنسي. وفي هذا الطور تحدث اضطرابات الرغبة الجنسية والتي تشمل الرغبة الجنسية المثبطة والنفور (الرهابات).

الطـــــوران الثـــاني والثـــالث : ويشمل ما ندعوه حالياً بدورة الاستجابة الجنسية، ويتميزان بتغيرات فيزيولوجية وصفية في الجسم. إن المتاعب التي تحدث في هاتين المرحلتين هي من طبيعة خلل الوظيفة، كأن لا تحدث الاستجابة الفيزيولوجية المتوقعة في هذه الدور الجنسية أو أن تحدث بشكل مبكر. ومن الواضح الآن أن لهذه الأطوار التشخيصية الثلاثة تطبيقات في التركيز والتعمق بالمعالجة الجنسية.

إن متلازمات خلل الوظيفة الجنسية معروفة ومفهومة أكثر، وسأشرحها بالتفصيل. أما معالجة اضطرابات الرغبة الجنسية فأكثر تعقيداً وسأناقشها باختصار في ختام هذا الفصل.

1 - خلـــل الوظيفـــة الجنسيـــة (الطـــوران الثانـــي والثالـــث)
(The Sexual Dysfunctions) The Second and Third Phases

قسمت هيلين كابلاين Helen Kaplan دورة الاستجابة الجنسية إلى طور الاحتقان الوعائي التناسلي Phase Of genital Vasocongestion (أو طور الاستثارة الجنسية المتصاعدة)، وطور التقلصات الإرجاجية الانعكاسية Phase Of Reflex Clonic Contractions وهي تقلصات عضلية بالدرجة الأولى وتؤلف ما يدعى بالنشوة. لا يتعارض هذا التقسيم مع ملاحظات الباحثين الآخرين اعتبروا أن عملية الاثارة الجنسية المتصاعدة والتي تتوج بتحقق النشوة هي عملية موحدة. صحيح أن كل طور يلي السابق، لكن الآلية الكامنة خلف الاحتقان الوعائي تختلف عن تلك المسؤولة عن النشوة. وهكذا فإن دورة الاستجابة الجنسية تتألف في الواقع من مركبتين مختلفتين ومستقلتين نوعاً ما. إن ظاهرة الاحتقان الوعائي ترتبط بحدوث التزلق والتضخم المهبلي عند الأنثى وحدوث الانتصاب القضيبي عند الذكر. وإن خللي الوظيفة الجنسية الشائعين في طور الاحتقان الوعائي هما خلل الوظيفة الجنسية المعمم General Sexual Dysfunction ("البرودة") عند النساء، وخلل الوظيفة الانتصابية erectile dysfunction ("العنانة") عند الرجال. وترتبط النشوة في كلا الجنسين بحدوث تقلصات عضلية إرجاجية انعكاسية منتظمة. إن خلل الوظيفة المرتبط بهذه المرحلة يدعى خلل الوظيفة النشوية Orgasmic dysfunction (عدم القدرة على تحقيق النشوة) عند النساء، والقذف المبكر أو المتأخر Premature Or relarded ejaculation عند الرجال.

إن الفصل بين هاتين المرحلتين تؤكد أيضاً حقيقة وجود بنية تشريحية مخاف كامنة خلف كل من هاتين المركبتين، أي الأوعية الدموية في طور الاثارة الاحتقانية، والعضلات في النشوة. كما أن مراكز مختلفة من الجهاز العصبي تعصب هاتين المركبتين. إذ يتواسط الجهاز العصبي نظير الودي حدوث ظاهرة الاحتقان الوعائي في طور الاثارة بينما يتواسط الجهاز العصبي الودي حدوث النشوة. بالطبع فإن المراكز الدماغية العليا تساهم أيضاً في النتيجة النهائية وباستطاعتها تنبيط أي طور في هذه الدورة.

قدم تقسيم هيلين كابلاين Helen Kaplan العديد من الفوائد السريرية. فمن المعروف أن كلاً من قابلية الاثارة (الاحتقان الوعائي) ومن النشوة يبدي حساسية مختلفة للأذية الجسدية وللأدوية وللعمر. إن مراكز التنظيم في الجهاز العصبي تختلف تماماً بين هذين الطورين، ولذلك فإن من المحتمل أن يصاب أحد هذين الطورين بينما يبقى الآخر سليماً. كما أن معالجة الخلل الوظيفي لكل من هذين الطورين سيخلف أيضاً فمثلاً: تختلف معالجة رجل يعاني من قذف مبكر عن معالجة رجل يعاني من خلل في الوظيفة الانتصابية. وكذلك فإن معالجة امرأة يحدث لديها الزلق وتستجيب لطور الاستثارة لكنها لا تصل للنشوة تختلف عن المعالجة المطبقة لامرأة لا تستجيب أبداً للتحريض الجنسي.

و سأناقش هذه المتلازمات المستقلة بلمحة سريعة فيها شيء من التفصيل.

1.1- خلل الوظيفة الجنسية المعمم/ General Sexual Dysfunction

يشير هذا المصطلح إلى الملازمة التي دعي سابقاً "البرودة" Frigidity ". ولا تحصل هؤلاء النساء إلا على القليل من المتعة الجنسية أثناء التحريض، وقد لا يشعرن بها أبداً. ويرافق هذا فقدان للاستجابة الفيزيولوجية وغياب الاحتقان الوعائي والتزلق. لا يكون فقدان الاستجابة وماً بهذه الشدة يلاحظ أحياناً بعض التزلق لا سيما بعد إيلاج القضيب.

تشعر هؤلاء النساء غالباً أن النـشاط الجنـسي غيـر ممتـع ويحـاولن تجنبه.وتشاهد درجات أخف من هذا النوع من الخلل الوظيفي عند النـساء اللواتي يستمتعن بالعناق والتماس طالما انهما لا يؤديـان لنـشاط جنـسي واضح وإيلاج. لا تحقق العديد من تلك النساء النشوة أيضاً، لكن هذا يشكل مشكلة مختلفة. قد يكون خلل الوظيفة الجنسية المعمـم بـدئياً أو ثانويـاً. ويتضمن البدئي النساء اللواتي لم يشعرن أبداً بالمتعة الجنسية من قبل، أما الثانوي فيتضمن النساء اللواتي شعرن سابقاً بالإثارة لكنهن لم يعدن قـادرا على الاستمتاع بتجاربهن الجنسية خاصة تلك التي تـؤدي للجمـاع. ولا تنزعج بعض النساء من عدم قدرتهن على الاستجابة بينما تكون أخريـات منزعجات جداً بسبب فقد الاستجابة هذا.

تقع الاستجابة الجنسية تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي، وكـذلك الأمر بالنسبة للتنفس والأكل والعديد من الوظائف الأخرى. إن الـشخص الواقع تحت تأثير توتر انفعالي يمكن أن يبدي اضطراباً في أي من هـذه الوظائف. فإذا كانت المرأة غاضبة أو خائفة فلا يمكن أن يحدث احتقـان وعائي مناسب، وتمتنع مراحل الاستثارة الجنسية عن الظهور. وكما رأينا سابقاً، فإن سبب القلق أو الانفعالات الأخرى المؤثرة قد يكـون متأصـلاً وبعيداً، لكن في أغلب الأحيان يوجد أسباب مباشرة. هذه الأسباب المباشرة تشمل المراقبة وعدم القدرة على الاتصال وعوامل أخرى شرحت سـابقاً. إن هدف المعالجة هو تحرير المرأة من هذه القوى المتدخلـة. ويحـاول المعالج أن يساعد الزوجين على تحقيق جو مريح وغيـر متطلـب أثنـاء ممارسة الجنس. ويطلب المعالج من الزوجين إجراء التمـارين الجنـسية دون أن يغفل أبداً عن الهدف المذكور أعلاه.

إن الجزء الأول من المعالجة هو تمارين التركيز الحـسي. وينـصح الزوجين بتجنب الجماع والنشوة حتى يتم تحقيـق درجـة ملائمـة مـن الاستجابة. كما يطلب من الزوجين أن يقصرا أعمالهما علـى الملاطفـة والعناق. ويطلب من الزوجة ـ وهي المريضة هنا ـ أن تلاطف وتداعب وتمتع زوجها أولاً لكي تزيل شعورها بالذنب الناجم عن كونها سابقاً مجرد متلقية سلبية. ويجب على الرجل أن يمنع نفـسه مـن الوصـول للنـشوة والإشباع، فإن لم يكن راغباً في ذلك، يجب عندها التحدث معـه لإقناعـه بالتعاون. إن نجاح المعالجة يعتمد دوماً على الزوجين معاً.

وبعد أن تصبح المريضة قادرة على الاسـتجابة لتمـارين التركيـز الحسي، يسمح للزوجين عندها بالقيام بمداعبة تناسلية خفيـف. يجـب أن يداعب الرجل كامل جسد زوجته بما فيه الحلمتين ومنطقة البظر وحتـى مدخل المهبل لكن اهتمامه يجب أن يكون مركزاً على رغبـات زوجتـه ومشاعرها. يجب ألا يكون الزوج متطلباً في هذه المرحلة ويجب أن تكون المداعبة ناعمة ورقيقة.

عندما تحقق المداعبة التناسلية نتيجة إيجابية مع استجابة مقبولـة يمكـن السماح بحدوث الجماع. يجب أن تكون المرأة مستعدة للجمـاع، لـذلك فـإن رغبتها هي التي تحدد زمن الإيلاج. وأنصح كما الكثير مـن المعـالجين أن يكون الإيلاج بطيئاً ومترددا عادة. وقد أشارت معظم النساء المعالجات إلـى أن استجابات المتعة المهبلية تزداد عندما يكون الإيلاج تحت سيطرتهن. ولقد نصح الزوجان ماسرز وجونسون (اللذان بدءا هذه الطريقة العلاجية) باستخدام الوضعية الفوقية للمرأة، لكن بالطبع يمكن استخدام أية وضعية أخرى. ويطلب من الرجل أن يسحب قضيبه عندما يزداد شعوره بقرب حدوث القـذف مـع الاسمرار بمداعبة زوجته لكي يحافظ على إثارتها. وبعد وقت، وعندما تصل المرأة لمستوى عال من الإثارة وتصبح على حافة النشوة، فإنها تُشجع علـى فعل أي شيء، حسب رغبتها، يزيد من إثارتها ويسمح بحدوث النـشوة. "إن خلق النشوة أو صنعها" نادراً ما يكون ناجحاً، بينما يؤدي التركيز على زيـادة المتعة والإثارة لحدوث ظاهرة النشوة. وإن لم تستطع المرأة تحقيق النشوة في هذه المرحلة، يستمر الإيلاج حتى يحقق الزوج الإشباع ويصل للنشوة. إن فعالية هذه التمارين تعتمد على أنها مصممة للتلاؤم مع احتياجات المـرأة، إن رغباتها هي التي تسير كل هذه التمارين. ومن المهم أن تُركز المـرأة كل انتباهها على متعتها الجنسية حتى أثناء ملاطفتها لزوجها. قـد يظهـر عادة بعض الصعوبات في تنفيذ هذه التمارين أثناء سير المعالجة. قد تقول المرأة أن المداعبة تدغدغها بدلاً من أن تثيرها، أو أنها بدأ بـالتفكير فـي أمور أخرى عندما تحقق شعوراً بالمتعة الحسية. إن هذه الظواهر وغيرها هي ظواهر دفاعية لتجنب الاثارة الجنسية. وهكذا فإن هذه التمارين مفيدة جداً في إلقاء الضوء وتركيز انتباه المعالج على مشاكل المريضة النفـسية الحركية. ويستفيد المعالج الجيد من هذه العقبات التي تظهـر فـي سـير المعالجة ويساعد المريضة ببراعة في تجاوزها. وهذا مثال آخـر علـى ضرورة وجود التدريب الجيد في ممارسة المعالجة الجنـسية. تـستجيب معظم النساء للمعالجة المذكورة سابقاً خاصة إذا كان خلل الوظيفة متعلقـاً بمشاكل واضطرابا حديثة ومباشرة. إن النساء اللواتي يعاني من مـشاكل متأصلة وأكثر شمولاً يحتجن غالباً لمعالجة طويلة الأمد.

2.1 - خلل الوظيفة النَشْوية / Orgasmic Dysfunction

إن عدم قدرة المرأة على تحقيق النشوة أثناء الجماع هو أكثر شـكوى جنسية عند كل من الرجال والنساء، وبالطبع يشكو كـل منهمـا لـسبب مختلف. فالرجل يشعر أن "كبرياءه" في خطر، وأنه فشل لأن المـرأة لـم تصل النشوة، ويشعر أيضاً أنه لم يستطع إرضاء المرأة. أما المرأة فتشعر أيضاً بالفشل، وتشعر أيضاً بعدم الارتياح من التوتر الجنسي، لكن بالطبع لا يبدي الزوجان هذا الامتعاض دوماً. فبعض النساء يصلن للنـشوة فـي بعض الأحيان فقط، وحوالي 10% من النساء لم يحققن النشوة أبداً. ومـن المعروف أن العديد من مشاكل النشوة عند النساء تنجم عن أزواجهن قد لا يستمرون في المداعبة والإيلاج للفترة الزمنيـة الكافيـة التـي يحتجنهـا للوصول للنشوة. ولكي لا يصاب الرجال بالخوف أقول لهم أن المرأة في معظم الحالات تصل للذروة خلال أقل من 10 دقائق من الجمـاع بـشرط وجود مداعبة سابقة كافية. بالإضافة لذلك، يمكـن للعديـد مـن النـساء الوصول للنشوة بسرعة واسطة المداعبة الذاتيـة، وهـذه حقيقـة يمكـن استخدامها في المعالجة.

علينا أن نتذكر الملاحظة التالية. رغم أن 90% من النساء يصلن للنشوة بطريقة أو بأخرى فإن 40% منهن لا يصلن للنشوة عـن طريـق الإيـلاج المهبلي وحده. وهي نسبة عالية ربما تكفي لاعتبار الأمر اختلافاً طبيعياً. قـد يصل هؤلاء النسوة للنشوة والإرضاء بواسطة المداعبة التناسلية قبل أو بعـد الإيلاج وغالباً أثناء الإيلاج. إن الوجود الشائع لهؤلاء النسوة هو كل ما يحاج أن يعرفه الزوج والزوجة لعود إليهما الطمأنينة والثقة.

إذا اتخذ قرار بمعالجة غياب استجابة النشوة أثناء الجماع فإن هـدف المعالجة يجب أن يعتمد على فهم العامل المساهمة. فالمشكلة قـد تكـون بسيطة جداً سببها مثلاً الإثارة الناقصة قبل الجماع ، أو قد تكـون معقـدة جداً مثل الخوف من فقدان السيطرة أثناء تلاحم جسدي حميم.وفي الحالـة الأخيرة يجب أن تعلم المرأة كيف توجه انتباهها كلياً لاحساساتها المنبئـة، خاصة تلك المشاعر الجنسية التي تحدث قبل النـشوة. يجـب ألا توقـف المرأة هذه الاحساسات الجنسية المنبئة ويجب أن تسمح لنفسها بالاستمرار حتى الوصول للنشوة.

إن معالجة المرأة التي لم تصل أبداً إلى النشوة يختلف عـن معالجـة المرأة المصابة بخلل الوظيفة النشوية الثانوي. ويمكن تطبيـق الطريقـة اللاحقة على الخلل الوظيفي الثانوي الأكثر شيوعاً. يجب على المعالج أن يحدد المشاكل الموجودة بين الشريكين بالإضافة للمشاكل النفسية للمريضة والتي تساهم في تثبيط النشوة. يجب أن تأخذ المعالجة بعين الاعتبار البنية النفسية العميقة لكلا الشريكين، ويجب التدخل لحـل أيـة مـشكلة عنـد الضرورة. بالإضافة لذلك، تُصمم التمارين الجنسية بهدف زيادة الإثارة

الجنسية للمرأة إلى حد وصولها للنشوة تقريباً في الوقت الذي يبـدأ فيـه الإيلاج المهبلي. ويضاف لها تعليم المرأة كيف تعي اسـتجاباتها وكيـف تستمتع بها. إن استخدام التحريض البظري مفيد جداً في تحقيق الأهـداف السابقة. تقوم هذه التمارين على استعمال أسلوب التوقف ـ البدء Stop– Start ، كما دعته هيلين كابلاين Helen Kaplan يجب أن تبدأ المداعبـة بأسلوب مقطع، تتوقف بين فترة وأخرى، ودون أن يتطلب الزوج شيئاً من زوجته. ويجب ألا يتم الجماع حتى تثار المرأة تماماً، وبعد ذلـك يحـدث الإيلاج ببطء ودون متطلبات للزوج. ثم يبتعد الزوجان عن بعضهما فـي الوقت المناسب، وخلال فترة الابتعاد يجب أن تستمر إثارة البظر ومناطق الجسم الأخرى وتكرر دورة الإيلاج والانسحاب لعـدة مـرات، وتكـون الوضعية الفوقية للمرأة مفيدة لأن المرأة تستطيع بواسطتها ضغط البظـر على عظم العانة عند زوجها وهذا يزيد من إثارتها ويساعدها على بلـوغ النشوة. بالإضافة لذلك، تساعد هذه الوضعية المرأة على الـسيطرة علـى حركاتها. ويقترح هيلين كابلاين Helen Kaplan إضافة الإثارة البظرية بيد الرجل أثناء الجماع حتى تشعر المرأة بقرب حدوث النشوة، وعنـدها توقف الإثارة اليدوية وتقوم المرأة بحركات فاعلة بجـسدها حتـى تـصل للنشوة. وهناك طريقة أخرى تستخدم أسلوب التحريض الـذاتي للمـرأة، حيث تستمر المرأة في تحريض نفسها حتى تقترب من النـشوة، تتوقـف وتكمل العملية بالجماع الفعال المذكور سابقاً.

وخلال تلك "السلسلة من التجارب، يناقش المرضى نجاحهم وفشلهم مـع المعالجين المتخصصين الذين يساعدونهم في التغلب علـى المتاعـب التـي يواجهونها. إن المعالجة النفسية المرافقة ليست على درجة كبيرة من الضرورة لأن معظم النساء يستفدن تماماً من خطة المعالجة الموصوفة سابقاً.

3.1 - القذف المبكر / Premature Ejaculation

يعتبر البعض هذه المشكلة أكثر الاضطرابات الحسية شيوعاً بين الذكور. إنها تحدث بشكل واسع دون وجود اضطراب نفسي خطير، لكنها تحدث أيضاً عند اللذين يعانون من مرض نفسي واضح. وفي الحقيقة، اعتبـرت تقـارير Kinsey أن القذف شديد السرعة والذي يحدث خلال دقيقة أمـراً طبيعيـاً !! وهناك آخرون يطرحون حدوداً زمنية مختلفة، ونشأت جدل كثير حول الزمن الذي يعتبر طبيعياً. إن أسلوب هيلين كابلاين هو أكثر فائدة على ما نعتقد. لقد أعادت تعريف هذه المشكلة بحيث أنها حذفت هذه المشكلة بحيث أنها حـذفت عنصر الوقت واعتبرت أن القذف المبكر هو عدم القـدرة علـى الـسيطرة الإرادية على القذف. وبذلك تجنبت هيلين كابلاين مشكلة الوقت واعتبرت أن جوهر المشكلة يكمن في السيطرة الإرادية على منعكس القذف. وبذلك يعاني الرجل من القذف المبكر لأنه لا يستطيع أن يمارس سيطرة إرادية عندما يصل لدرجة عالية من الإثارة الجنسية. وسنعتبر أن القدرة على تأخير القذف إلـى 10 - 15 دقيقة وقتاً مقبولاً. وتعتبر هيلين كابلاين أن قصور السيطرة هذا ينجم عن غياب أو اضطراب في إدراك الاحساسات الجنسية وذلك عند الوصـول لإثارة شديدة. إن هذا القصور الواضح في الإدراك يشمل أيضاً الاحـساسات المنبئة الناشئة في القضيب.

قد يجرب بعض الرجال تأخير القذف وذلك بالتفكير في أمور غير جنسية وقد يجرب البعض الآخر ضغط القضيب بقبضة اليد، لكن هذه الوسـائل وغيرها غير مجدية، لأنه حالما تصل الاستثارة الجنسية لحدود عالية فإنهم يقذفون. قد يستعمل هؤلاء الرجال الواقي الـذكري (الرفـال) والمـراهم المخدرة ووسائل أخرى لإنقاص استجابتهم الجنسية. إن هذه الطرق تفشل أيضاً بالإضافة لإنقاصها من المتعة الجنسية. يجب أن توجه المعالجة نحو مساعدة الرجل على تحقيق درجات عالية من الاستثارة الجنسية مع بقائـه مسيطراً على القذف. إن الطرق التي تركز على الاحساسات التناسلية التي تسبق النشوة هي طرق فعالة في مساعدة المريض على تحقيق الـسيطرة الإرادية التي يحتاجها.

يجب أن تكون الزوجة مساهمة فعالة في عملية المعالجة، ويجـب أن تفهم أن المعالجة يجب أن تركز أولاً على القذف المبكر عند زوجها، لأن عدم حل هذه المشكلة يعني أنها هي نفسها ستبقى محرومة مـن المتعـة. وبعد أن ينجح الرجل في السيطرة على قذفه يمكن توجيه الاهتمام للمشاكل الجنسية الأخرى التي تطرحها الزوجة، وغالباً ما تكون مشاكلها خفية حتى يتم حل مشكلة الزوج. إذ قد تعاني الزوجة مثلاً من عدم الوصول للنشوة، ولكن لا يمكنها اكتشاف هذا المر حتى يشفى زوجها من قذفه المبكر. قـد تعارض الزوجة أحياناً هذه المعالجة خوفاً من فقدان زوجها إذا تحـسنت ممارسته الجنسية، وقد توجد أسباب أخرى للخوف من نجـاح المعالجـة. يجب أن يكون المعالج واعياً لكل هذه العوامـل المعيقـة للمعالجـة، وأن يتعامل معها حسب الأصول.

هناك أسـلوبين رئيسـيين للمعالجـة، أسـلوب Semans فـي التوقف ـ البدء Stop - Start وأسلوب ماسترز وجونسون المدعو تقنيـة العصر (الضغط) Squeeze Technique والذي يعتبر تعـديلاً لأسـلوب التوقف ـ البدء. في أسلوب التوقف ـ البدء يطلب من الشريكين بعـض المداعبة الكافية لتحقيق الانتصاب فقط، ثم يستلقي الرجل على ظهره بينما تقوم زوجته بتحريض قضيبه، وعلى الرجـل أن يركـز انتباهـه علـى احساساته فقط. وحالما يشعر بالرغبة بالقذف فإنه يشير لزوجته أن تتوقف عن إثارته. وسرعان ما يختفي بعدها الإحساس المنبئ، وعـادة قبـل أن يزول الانتصاب، فتعود زوجته لتحريضه ثانية. وإذا زال الانتصاب فعلى الزوجين أن يعلما أنه أمر قليل الأهمية، وذلك لإمكانية تحقيقه مرة أخرى. وعندئذ تكرر عملية التحريض ثم تعود لتوقف، ولا يسمح بالقذف إلا فـي المرة الرابعة. إن استعمال مادة مزلقة مفيد ومنصوح به. ومن المهـم أن نوضح للمريض أن عليه فقط السيطرة على التحريض الخارجي وأن عليه أن يتجنب أية محاولة للسيطرة الشعورية على القذف، إن إيقاف التحريض في الوقت المناسب كافٍ لهذا الغرض.

وعندما يحقق المريض درجة كافية من الـسيطرة يجـري الجمـاع والمرأة بالوضعية الفوقية، وعلى الرجل أن يتحكم في الحركـات ويـشير لزوجته بالتوقف عن الجماع عندما يصل إلى ما قبل النشوة. ثـم يكـرر الأمر ولا يسمح بحدوث القذف إلا في المـرة الرابعـة. ويجـب تجنـب الوضعية الفوقية للرجل إلا في المراحل النهائية لأنها أكثر إثارة بالنـسبة له. إن نتائج هذا الأسلوب ممتازة، وتماثل نتائج تقنية العـصر لماسـترز وجنسون، والتي تتطلب من الزوجة أن تضغط على المنطقة الإكليلية مـن القضيب (وهي المنطقة الواقعة خلف رأس القضيب مباشرة) وذلـك قبـل وصول الرجل للنشوة. ويؤدي ذلك لـزوال الانتـصاب، وعنـدها يعـاد التحريض مرة أخرى كما في أسلوب التوقف البدء.

4.1 - خلل الوظيفة الانتصابية / Erectile Dysfunction

إن الرجال الذين يعانون من خلل الوظيفة الانتصابية البدئي لم يقوموا في حياتهم أبداً بجماع جنسي. وقد يكون بعضهم مزوجـاً لـسنوات دون اكتمال هذه العلاقة. أما خلل الوظيفة الإنتصابية الثانوي فهو أكثر شـيوعاً ويحدث عند رجل كان يملك سابقاً القدرة على تحقيق انتصاب كافٍ للقيـام بالجماع. إن أغلبية الذكور قد عانوا في فترة ما من حياتهم مـن نوبـات عابرة من قصور الانتصاب، لكن لا يوجد إحصاءات دقيقـة عـن هـذا الموضوع. إن هذا بالطبع أمر قليل الأهمية ويختفي لوحده عـادة، لكـن تكرر حدوث هذا القصور هو المؤشر على الحاجة للمعالجة. ويجب عـدم التأخر في طلب المساعدة، فكلما طالت المشكلة كلمـا أصـبح علاجهـا أصعب. ويجب توجيه اهتمام خاص نحو نفي الأسباب العضوية قبل بـدء المعالجة لأن خلل الوظيفة الانتصابية الثانوي قـد يكـون المـؤثر الأول لوجود مشكلة عضوية خفية. لقد اعتقد سابقاً أن مشاكل الانتـصاب هـي تظاهرات؛ إما لآليات مرضية عضوية، أو لمشاكل نفسية شديدة. في

الحقيقة، قد تكون مشاكل الانتصاب ناجمة عن عامل مباشرة، كما ذكرناها سابقاً، كما يمكن أن تحدث دون وجود مرض نفسي كبير.

إن معالجة خلل الوظيفة الانتصابية معقدة وتعتمد على عوامل معينة يلاحظها المعالج في المريض. يجب أن تكون المعالجة مختصرة، وألا تتحول إلى معالجة طويلة الأمد لأن الأخيرة تتطلب مقاربة مخلفة. يطلب أولاً من الزوجين القيام بمداعبات غير مطلوبة، حيث يقوم كل منهما بمداعبة الآخر بالتناوب. وكان هو الحال في كل المعالجات الجنسية المختصرة، يمنع الإيلاج والقذف مؤقتاً. وقد ينصح بلمس الأعضاء التناسلية وقد لا ينصح بها وذلك اعتماداً على الظروف الخاصة المحيطة بالزوجين. ويجب التأكيد كثيراً على تحقيق المتعة الجنسية بحد ذاتها وبدون تطلب. ويطلب من الزوجين أيضاً عدم الإصرار على حدوث الانتصاب وعدم القلق فيما إذا حدث الانتصاب ثم زال. ويمكن استخدام تقنية التوقف البدء لعليم الزوجين أن الانتصاب يمكن أن يحقق مرة أخرى بعد أن يفقد. كما يجب تعليم الزوج أن يقمع الأفكار التي قد تصرف انتباهه وألا يهتم بمتعة زوجته، بل يجب عليه أن يركز اهتمامه على متعته هو فقط. ويطلب الجماع عندما يصبح الزوجان مستعدين وعلى الزوجين الابتعاد عن بعضهما قبل الوصول للنشوة وذلك لكي لا يتحول الاحتواء المهبلي إلى إشارة تأمر بحدوث النشوة عند المرأة. ويطلب من الرجل أن يطلق العنان لخياله الجنسي أو أن يستخدم أي أسلوب يساعده على الانتصاب. إن هذه الأمور هي طرق لنتقالية فقط ريثما يكسب الرجل الثقة.

تستعمل الأدوية للمساعدة في بعض الحالات، ورغم أن التستوستيرون قد فشل فشلاً ذريعاً في السابق، فالاعتقاد الحالي يشير إلى أنه قد يكون ذي فائدة وقد ذكرت هيلين كابلاين أن استعمال Afrodex مفيد (مزيج من الجوهيمبين Johimbine والتسوسيرون والجوز المقيء Nux Vomica). على كل حال، يجب استبعاد كل الأدوية في الحالات المدرسية. إن النقطة الأهم في المعالجة هي المهارة التي يبديها المعالج في عامله مع مشاكل المريض الانفعالية. وتختلف هذه المشاكل تماماً من مريض لآخر ويمكن لها أن ترهق المعالج. وتعتمد النتيجة النهائية بالنسبة للمريض على صحته النفسية وعلى المدة التي استمر فيها هذا الخلل وعلى عاون الشريك. إن معظم الرجال المعتدلي الصحة النفسية يستجيبون جيداً لمعالجة ماهرة.

وبازدياد المعلومات حول الأسباب العضوية المخلفة لخلل الوظيفة الانتصابية، نشأ محاولات للتداخل الجراحي على بعض الحالات الخاصة. ففي حالة الأمراض الوعائية ينشئ الجراحون مجازات لتصحيح الانسداد الدوراني. وفي حالات أخرى، توضع مواد اصطناعية في الجيوب الوريدية القضيبية (الطعوم القضيبية Penile implants) لا تزال كل هذه الأساليب الجراحية رهن التجربة رغم انتشارها في الوقت الحاضر، ويجب الحذر في الإقرار بفعاليتها على المدى الطويل، وبالتالي يجب الحذر في توسيع نطاق استعمالها.

5.1 - المعالجة الجماعية لخلل الوظيفة الجنسية
Group Treatment of Sexual Dysfunction

أحد التطورات الأخيرة في معالجة خلل الوظيفة الجنسية هو امتداد المبادئ الأساسية للمعالجة الجنسية لتحقيق مقاربة علاجية جماعية. ومن الناحية النموذجية، يجري التشخيص لكل زوجين على حدة، ثم تعطى التعليمات العلاجية للعديد من الأزواج ضمن مجموعة واحدة يشرف عليها معالج أو معالجين. وكما في معالجة خلل الوظيفة الجنسية للفرد أو للزوجين، تعطى تمارين "كوظيفة منزلية"، وبالطبع لا يجرى أي نشاط جنسي ضمن مجموعة المعالجة نفسها. عن فوائد المعالجة الجماعية هي: 1) المعالجة الجماعية توفر وقت المعالج. 2) يستطيع الأزواج الاستفادة من تجارب ونتائج بعضهم البعض. 3) يكتشف الأزواج أنهم ليسوا وحيدين في مشكلتهم. وتتعزز فائدة هذا التجمع باقتصار المجموعة على الأزواج الذين يعانون من نفس المشكلة، كمثال، تؤلف المجموعات من أزواج لديهم مشاكل في النشوة ومجموعات أخرى ممن لديهم مشكلة قذف مبكر . أن دراسات الأبحاث تدعم فعالية هذا النمط من المعالجة ، وان النتائج النهائية للمعالجة في هذه المجموعات مشجعة مثل المعالجة التقليدية . وتفيد المعالجة الجماعية أيضاً الأشخاص الذين لا يمارسون الجنس مع شريك معين

إحدى النجاحات الكبيرة للمعالجة الجماعية كانت مع النساء اللواتي لم يصلن للنشوة أبداً في حياتهن .وعادة تشكل منهن مجموعات نسائية يشرف عليها معالجات من النساء . يؤمن مثل هذا الوضع جواً مريحاً للحصول على المعلومات فيما يخص التطور الجنسي لكل مريضة ، ولمناقشة أهمية العادة السرية في معالجة هذه المشكلة .بالإضافة لذلك، حقق المعالجة الجماعية نجاحاً مع الرجال الذين لا يمارسون مع شريك معين ويعانون من خلل في الوظيفة الانتصابية. فبالنسبة لهؤلاء الرجال، قدمت المجموعة جواً ممتازاً للمناقشة بعض الخرافات في مجتمعنا فيما يخص الأداء الجنسي للذكر. وقد يتضمن برنامج هذه المجموعات أيضاً تدريبات في المهارات الاجتماعية، مما يجعل هؤلاء الرجال أقدر على التعامل مع قلقهم الجنسي عندما يتواجدون مع شريك جنسي جديد، وبالتالي يشعرون بالاسترخاء والارتياح في علاقاتهم. يشرف عادة معالج ذكر على هذه المجموعات، لكن من المفيد في المراحل الأخيرة للمعالجة إشراك معالجات إناث، خاصة عند القيام. بتعليم المرضى وتدريبهم على المهارات الاجتماعية.

2 - اضطـرابات الرغبـة الجنسيـة (الطـور الأول)
(Disorders of Sexual Desire)The First Phase

وصف الباحثون مجموعين تشخيصيتين تتميزان بوجود تثبط في الاطلاع والمعرفة الجنسية أو تثبط في التقبل الجنسي (1) النفور الجنسي Sexual Aversion ، ويتميز باركاس سلبي معمم جاه النشاط الجنسي، وهو من طبيعة رهابية. 2) تثبط الرغبة الجنسية Inhibied Sexual desire، ويتميز بفقد الاهتمام الجنسي. إن تثبيط الرغبة الجنسية هو ظاهرة أكثر شيوعاً من النفور الجنسي. وفي كلتا الحالتين قد تكون دورة الاستجابة الجنسية سليمة، مع حدوث الانتصاب أو التزلق، والقذف أو النشوة، وبدون صعوبات، وذلك عند القيام بلقاء جنسي. إن العوامل المساهمة في إحداث اضطرابات طور الرغبة شابه العوامل المساهمة في خلل الوظيفة مع وجود الفرق التالي: ـ حسب هيلين كابلاين ـ فإن أسباب اضطرابات الرغبة ترتبط أكثر بالعوامل "العميقة" وبعوامل أخرى شديدة، كما أن هذه الأسباب تكون خفية أكثر عن الشعور. كما أشارت هيلين كابلاين اضطرابات الرغبة أكثر تعنيداً بكثير على المعالجة. وبالمقابل، ذكر ماسرز وجونسون أن نسب الفشل كانت منخفضة جداً ولا سيما في معالجة النفور الجنسي، لكنهما كانا صارمين جداً في اختيار استطبابات المعالجة قبل قبول مرضاهما. إن خبرتنا السريرية تميل للتأكيد على الصعوبات الكبيرة في معالجة تثبط الرغبة الجنسية، وعلى ضرورة المعالجة الجنسية الطويلة الأمد أو المعالجة أو المعالجة النفسية في كثير من الأحيان.

3 - الخـاتمـة / CONCLUSION

في ختام هذا البحث من المفيد أن نكرر أن المساهمة الفعالة والتعاون الحماسي للشريك هما عاملان أساسيان في تراجع المشكلة الجنسية سواء كانت اضطراباً أم خلل وظيفة. عن وجود الشريك المحب والمهتم هو عامل أساسي في الشفاء ولا يتفوق عليه في الأهمية سوى اندفاع المريض نفسه. إن العلاقة الجنسية بالطبع شمل شخصين، والمشكلة تؤثر على كلا الشريكين وتشغلهما سوية لحلها بأسلوب مشرك ودود. ويجب التأكيد أيضاً أن هذا البحث ليس إلا عرضاً مختصراً لأصل وعلاج المشاكل الجنسية. ويجب على الأطباء أن يدركوا أن المرضى الذين يعانون من مشاكل بسيطة ناجمة عن الجهل أو المعلومات الخاطئة قد يستفيدون تماماً من النصائح والطمأنة، لكن الحالات الصعبة يجب أن تحول إلى المعالجة المناسبة .

خلـل الوظيفـــــــة الانتصابيـــــــة: الاكتئـــــاب وصـــورة الـــــــــذات

سهـــــام بلعـــــارف – الجـــزائـــر

a.siheme@hotmail.fr - haorangue@voila.fr

مقدمـــــة: تشير الدراسات الطبية الحديثة أن هناك مشاكل جنسية كثيرة تواجه الرجال خلال مراحل حياتهم المختلفة , ولعل أهم هذه المشاكل هي ضعف الانتصاب أو عدم وجود انتصاب عند الرجال رغم وجود رغبة جامحة أحيانا في ممارسة الجنس , حيث أن عدم وجود انتصاب له أسباب متعددة و يجب أن يتم التفريق بين ضعف أو عدم الانتصاب و بين عدم و جود الرغبة في الممارسة الجنسية نتيجة أسباب معينة تكون اغلبها نفسية .

و ما تم تناوله بالدراسة في بحثنا هذا هو "خلل الوظيفة الانتصابية" أو العجز الجنسي أي عدم وجود انتصاب مستمر و كافي يسمح بعملية الإيلاج المهبلي , و مثل هذا الأمر يكون مقلقا بالنسبة للرجال الذين يعانون فترات من عدم الانتصاب .

و حسب الإحصائيات الحديثة التي أصدرتها المنظمة العالمية للصحة لسنة 2005 فان الضعف الجنسي يصيب تقريبا 155 مليون رجل في العالم و هذا العدد في تزايد مستمر, لذلك وجدنا انه من الضروري التطرق لهذا الموضوع و محاولة تناوله من الجانب النفسي.

كما أن عينة بحثنا تنتمي إلى شريحة عمرية من الأربعين فما فوق , ذلك انه حسب نفس المنظمة فان 50 بالمائة من الرجال الذين يتمون إلى هذه الفئة يعانون من مشاكل انتصابية , خاصة و أن الرجل في هذه المرحلة من حياته لا يزال يحلم بقدراته الجنسية عندما كان في سن اصغر , كما أن حياته الجنسية في هذه الفترة تتأثر كثيرا بالضغوط الحياتية و كذلك بعلاقته مع شريكة فالرجل في هذه المرحلة يقوم بمقارنة أداءه الجنسي عندما كان شابا و في بداية الممارسات الجنسية مع قدرته الجنسية الحالية و هو يتخطى سن الأربعين فما فوق.

فحاولنا من خلال هذا البحث معرفة كيفية مواجهة الرجل لصعوبات كهذه و في مرحلة حساسة مثل هذه , و قد كان تناولنا للموضوع بداية في الفصل الأول عبر عرض شامل لمفهوم الجنسية و خصصنا بالذكر التناول التحليلي للموضوع , ثم بعد ذلك تطرقنا إلى الاضطرابات الجنسية و أشكالها و أهم تصنيفاتها , أما في الفصل الثاني فقد تناولنا فيه موضوع العجز ألانتصابي من كافة جوانبه , حيث تطرقنا إلى تعريف العملية الجنسية كظاهرة نفسية و بيولوجية من خلال توضيح مراحلها , ثم تحدثنا عن سببية الاضطراب العضوية ثم النفسية , و حاولنا الإلمام بآراء مختلف المدارس النفسية حول العجز ألانتصابي , و في الفصل الثالث تحدثنا فيه عن الاكتئاب و صورة الذات و تعريف كل منهما و أهم المظاهر التي يتجسدان من خلالهما , كي نتمكن في الفصل الأخير الذي يحتوي على الجانب التطبيقي من التأكد حول صحة الفرضيتان المقترحتان عبر استعمال المنهج العيادي , الذي يضم في دراستنا هذه استخدام كل من المقابلة العيادية النصف موجهة و تطبيق اختبار بقع الحبر لروشاخ.

الفصـــــــــــــــل الأول

1.1 - الإشكاليـــة

إن الحديث عن الجنس و كل ما يدور حوله ظل و لفترات طويلة بعيدا عن الإطار العلمي لكن و مع تقدم الأبحاث و تفتح الذهنيات و بفضل الروح العلمية التي بدأت تتغلب شيئا فشيئا على طابوهات المجتمعات , أصبح الغور في الأمور الجنسية و البحث فيها خاصة في أبعادها النفسية يشكل احد أساسيات العديد من المدارس النفسية .

ونجد في مقدمتها مدرسة التحليل النفسي , التي اعتبرت الجنس كمحرك أساسي للسلوك البشري فتناولته بالدراسة كظاهرة نفسية تأخذ عدة أشكال و تتطور مع الفرد منذ طفولته ثم تأثر على جنسيته في سن الرشد , و يعتبر مؤسس هذه النظرية Sigmund Freud أول عالم قام بدراسة الحياة الجنسية من منظور نفسي فكانت إسهاماته في هذا المجال إحدى أهم المرجعيات النظرية التي تستند عليها الدارسات اللاحقة حول الجنسية كما توصل Freud إلى نتيجة مفادها أن للجنسية قدر من الأهمية يجعل منها أساسا للتكيف المناسب و البناء المتوازن للشخصية , هذا لا ينفي طبعا و جود بعض المدارس النفسية المستقلة عن التوجه التحليلي كالمدرسة المعرفية و السلوكية و المقاربة الوجودية الانسانوية , حيث عمدت كل واحدة على حدا إلى فهم السيرورة الجنسية و دراسة مظاهرها السوية و المرضية ثم محولة إصلاح ما اعتبرته شاذا أو غير سوي .

ومن بين الاضطرابات الجنسية التي كانت و لا تزال تشكل مركزا هاما للدراسة و التحليل نذكر "خلل الوظيفة الانتصابية" الذي ينتشر غالبا تحت تسمية "العجز أو الضعف الجنسي" و هو يعرف علميا على انه عدم القدرة أو العجز في الحصول على انتصاب ملائم أو إبقاءه إلى غاية اكتمال الفعل الجنسي , و يحتل هذا الاضطراب مكانة هامة تتجسد من خلال انتشاره الواسع , و نجد كدليل على ذلك أن المنظمة العالمية للصحة تشير إلى أرقام لسنة 2005 تزيد عن 155 مليون شخص مصاب بهذا الخلل الوظيفي كما تقدر ذات المنظمة تسجيل أزيد من 900 ألف حالة جديدة سنويا (جريدة

الخبر,جوان2006,العدد4721) .

هذا من الناحية الإحصائية ومن الناحية النفسية تتجسد أهمية الاضطراب من خلال الاعتبار المبالغ الذي توليه كافة المجتمعات للقوة الذكورية و التي تعد من ابرز خصائص الرجل , ذلك أن قدرة الرجل الجنسية تعتبر حسب Lyonel rosan(1996) منذ بداية الإنسانية إلى غاية اليوم رمزا للسلطة, للخصوبة و النفوذ و السيطرة و كل معاني القوة , فالجنسية بالنسبة للرجل ليست سبيلا للحصول على اللذة و المتعة و إنما هي تمنحه معاني أكثر من ذلك .

و نجد Roger Gérard يقول في هذا السياق : " الجنسية بالنسبة للرجل هي نظرة في العالم و في نشأة الكون , فبينما تربط المرأة جنسيها بذاتها نجد أن الرجل يقوم بدمج جنسيته مع مشاريعه من اجل التأثير و التطوير في الطبيعة و الثقافة فهو يربطها بالعالم لذلك فان الليبيدو كطاقة توظيفية ليست موجهة فقط نحو الجنس الأخر و إنما موجهة أيضا نحو كل النشاطات الإنسانية الخاصة بالرجل " (Roger Gérard ; 1970 ; p 93) هذا فضلا على أن نظرة المجتمعات خاصة العربية منها التي لازالت إلى غاية اليوم تعتبر فحولة الرجل و ذكورته احد أهم المعايير التي تجعل منه عنصرا فعالا و تضمه بها إلى نظم معتقداتها , و ما يشهد على ذلك هو تثمين المجتمع للعضو الذكري " القضيب " وذلك منذ الطفولة الأولى و الحرص على إبرازه و الافتخار به دون خجل , لأنه يمثل العضو الذي سوف يمنح به الحياة و يفرض به نفسه كرجل مسيطر في المستقبل .

و على هذا الأساس سوف يبرز دور الجنسية كمجال يتحقق فيه فعليا ما قام المجتمع بترسيخه من معتقدات في ذهن الرجل, لذلك نجد أن أي فشل و لو جزئي في هذه الوظيفة الممجدة سوف يحدث تغيرا كبيرا في حياة الرجل .

و المحلل النفسي Didier Dumas (2005) الذي اهتم كثيرا بالجنسية الذكرية و ألف كتابا حولها يعتبر أن القدرة الجنسية في سن الرشد تشكل إحدى أهم مفاتيح النرجسية الذكورية . لذا فالجماع و القدرة عليه يعتبر مسالة محورية بالنسبة للرجل و يقول Sacha Natch حول هذا الموضوع : " إن الرجل الأكثر نشاطا و شجاعة الذي يثق بنفسه و يسعد بحياته , إذا توصل في مرحلة ما إلى الشك بقدراته الجنسية

سوف يصبح اقل نشاطا , قلقا و مترددا , حزينا و فاقدا للثقة و الشجاعة وأي ذوق في الحياة ..... كذلك نتنبأ له بكل الصعوبات الزواجية , و الاجتماعية التي يمكن أن تنتج عن هذا العجز". (sachat (Natch ;2004 ;p72

هذا على الصعيد الذاتي , أما على الصعيد العلائقي فيقول الأستاذ أنيس استشاري أمراض الذكورة بطب القصر العيني بالقاهرة و رئيس الجمعية العربية للصحة الجنسية عن النتائج المترتبة على الإصابة بخلل الوظيفة الانتصابية , إلى أن الرجل المصاب تصاحبه ضغوط نفسية شديدة فيشعر بالذنب تجاه زوجته لعدم قدرته على إرضاءها , هذا فضلا عن تضاءف خوفه من انهيار أسرته لافتقاده هذه العلاقة الحميمة مع الطرف الأخر الذي قد تدفعه تلك الظروف إلى الانفصال و بالتالي يفقد الرجل ثقته بنفسه و يسيطر عليه شبح الخوف من الفشل مع كل موقف للمعاشرة الجنسية , مما يدفعه إلى تحاشي مجرد الاقتراب من الزوجة أو حتى إشعارها بالود لعدم إحراج نفسه و اهتزاز صورته في عينها .

تظهر لنا هذه الشهادة التي تصف بدقة ما يعيشه الرجل من أزمات نفسية و المدى الذي قد يبلغه اضطراب انتصابي في إحداث كل الصعوبات التكيفية ذات المنشأ الداخلي , و التي تقود الرجل إلى حلقة مفرغة تعزز استمرارية الاضطراب .

و في هذا الإطار قد كان تناول موضوع خلل الوظيفة الانتصابية بالدراسة من المنظور النفسي أمرا جد نادرا خاصة في عالمنا العربي , و كل ما إستطعنا إيجاده كدراسات في الموضوع كانت مجموعة من الأبحاث أقيمت بجامعة كيبيك بمونتريال التي يوجد بها مركز الدارسات الجنسية فكانت أهم المواضيع التي تناولت العجز الجنسي هي دراسة لـ : Huguette Laplante سنة (1992) حول التفاعل بين الحالة الاكتئابية و خلل الوظيفة الانتصابية (إسهام المقاربة الوجودية في تشخيص الاضطراب ألانتصابي) كما هناك دراسة أخرى لـ François Blanchette: لسنة(1990) حول التشخيص الفار قي لخلل الوظيفة الانتصابية من خلال استعمال الأعراض الجنسية المقدمة من طرف المريض كما نجد دراسة لـ : Sylvie Rozenfeld أجريت سنة (2003) و كان موضوعها هو دراسة المقاومات الناتجة عن العلاج الجنسي بالمقاربة الوجودية الانسانوية طبقت على رجلين يعانيان من صعوبات انتصابية , و كلها دراسات ضمن تخصص علم الجنس La sexologie و هي بذلك تبتعد نوعا ما عن التوجه النفسي العيادي .

وكل هذه المعطيات حول الموضوع جعلتنا نخلص إلى التساؤل الرئيسي الذي نحاول من خلاله معرفة مدى تأثير خلل العجز الجنسي أو الوظيفة الانتصابية على المعاش النفسي للرجل و نظرا لتعدد الجوانب التي يمكن أن تتأثر بالصعوبة الانتصابية فقد تمحور تساؤلنا حول نقطتين هما :

- هل يعاني الرجل المصاب بالعجز الجنسي من اكتئاب ؟

- هل يعاني الرجل المصاب بالعجز الجنسي من اهتزاز صورة الذات (altération) ؟

2.1 - الفرضيـــــات

1.2.1 - الفرضيـــــة العامـــــة

- يعاني الرجل المصاب بالعجز الجنسي من اكتئاب و اهتزاز صورة الذات .

2.2.1- الفرضيـــــات الجزئيـــــة

- يعاني الرجل المصاب بالعجز الجنسي من اكتئاب.

- يعاني الرجل المصاب بالعجز الجنسي من اهتزاز صورة الذات .

3.1 - أهـــــداف الدراســـــة

- الهدف الرئيسي الذي نسعى إلى تحققه من خلال هذا البحث هو محاولة خرق احد أهم الطابوهات التي تسود مجتمعنا . ألا و هو الحديث عن الحياة الجنسية و محاولة التطرق إلى كل مكوناتها , لان ذلك يمهد الطريق للقضاء على العديد من الاضطرابات الجنسية

- الهدف الرئيسي الآخر كان محاولة دراسة المعاش النفسي للرجل المصاب بخلل الوظيفة الانتصابية , من اجل زيادة فهم هذا الاضطراب من كافة جوانبه و إبراز عواقبه و تأثيراته على الحالة النفسية للرجل.

4.1 - أهميـــــة الدراســـــة

- لعل أهم نقطة تبرز قيمة هذا العمل هي كونه يتطرق إلى نقاط حساسة تخص حياة الرجل الجنسية بصورة علمية و موضوعية خاصة و أن تناولنا للموضوع لم يقتصر على الجانب النفسي بل تطرقنا فيه أيضا إلى الجانب العضوي .

- كما أن كل الأهمية تتمثل في أن هذه الدراسة تعتبر الوحيدة من نوعها على مستوى قسم علم النفس بجامعة فرحات عباس بسطيف و بجامعة منتوري بقسنطينة و ربما على مستوى كل الجامعات بالجزائر .

لذلك نتمنى أن يتيح ذلك المجال أمام دراسات لاحقة عبر التطرق إلى مواضيع مماثلة ستثري حتما مجال علم النفس العيادي و خبرة الأخصائيين الجدد بالجزائر.

الفصـــل الثانـــي: العجـــــز الجنســـــي

تمهيـــــد

يتناول الطب خلل الوظيفة الانتصابية بكل موضوعية فنجـد أن العجـز الجنسي ضمن هذا الإطار قد لكتفى بالتفاسير العضوية التي سوف نذكرها بكل التفاصيل في فصلنا هذا لكن لن نكتفي بهذا الجانب الطبي , بل سنتعرض إلى الجوانب النفسية المفسرة لهذه الظاهرة التي تعرقل السير الطبيعي للاسـتجابة الجنسية و سوف نحاول التمييز بين ما هو نفسي في إحداث الاضطراب وما يمكن أن يكون عضوي بحت في سببيته , هذا دون إهمال التفاعل الذي يمكن أن يحدث بين العوامل النفسية والعوامل العضوية.

1.2 - الجنسيـــــة الذكوريـــــة عبـــر التاريـــخ

- عند الإنسان القديم و عبر التاريخ إذا حاولنا أن نرجع بالزمن إلـى الوراء باحثين عن رموز القوة الذكورية فإننا نجدها متواجـدة فـي كـل العصور فنرى أن التجمعات الإنسانية الأولى قد جعلت من الذكورة و الأمومة رمزا دالا علـى الخـصوبة , و نقـلا عـن كـلام MARC BONNARD(1996) قد تم اكتشاف رمـوزا للقـوة الذكوريـة ممثلـة برسومات عثر عليها في كهوف ضمن مواقع أثرية عاش فيها الإنـسان القديم , وهي تمثل شكل قضيب في حالة انتصاب في كهـف بلوسـيل بدردونيا حيث يعتبر هذا الرسم من أقدم الرسومات التي احتوت مواضيع مماثلة إذ أن عمرها يقدر من 30000 الى35000 سنة قبل الميلاد ,كمـا تم العثور على رسومات لكائنات قضيبية HYDROLIQUE وهي عبـارة عن أشكال لمخلوقات غامضة تجمع بـين الـشكل الإنـساني و الحيواني تدل على رمز الساحر الذي يجسد روح الحيوان , و ما يمكن أن نلحظه في هذا الرسم هو قضيب إنساني منـصب ذو حجـم كبيـر دال حسب المؤرخين على القوة الروحية لهذا الكائن .

- هناك رسم آخر في كهف لاسكو في منطقة موتنيال بدردونيا يدل على رجل متمدد يكون قضيبه في حالة انتصاب و يرجع تاريخ هـذه الرسومات إلى 17 ألف سنة قبل الميلاد فنجد أن كل هـذه الرسـومات القديمة تدل فعلا على أهمية البعد الذكوري و ارتباط معناه بـالقوة و الذكورة و المفعول السحري و الخصوبة وهذا ما يظهر جليا عبـر دراسة تاريخ الإنسان القديم.

1.1.2- الجنسيـــــة الذكوريـــــة عبـــر الأساطيـــــر

مما لاشك فيه أن الأساطير تحتل مكانة كبيرة بين الناس والأكيد فـي الأمر أنهم يولونها الأهمية و القيمة التي تجعل منها عاملا فعالا و مـؤثرا على معتقداتهم و أفكارهم وحتى طريقة نظرتهم و معـالجتهم لمختلـف المشاكل , كما أنها تلعب دورا في تحديد مظاهر حياتهم ذلك أنها تنبـع من حضارات أصيلة تركت آثارها عبر الأزمنة و العصور كالحـضارة اليونانية و الحضارة الفرعونية و من الأساطير التي تناولت موضـوع القوة الجنسية و الضعف الجنسي يحدثنا MARC BONNARD عـن أسطورة اوزيريس الإله المصري الذي يرمز إلى النبات و الخـصوبة , كما يرمز إلى الشمس في طورها المظلم و التي يليها استمرارية الحياة و الولادات , و تقول الأسطورة أن" سيث" والد" اوزيريس" قام بقتله غيرة منه و قطع جسده إلى أربع عشر قطعة وزعها على كافـة مـصر فقامت" ايزيس" زوجة "اوزيريس" بالبحث عن أشلاء زوجها و تجميعها لكنها لم تعثر على سوى على ثلاث عشر قطعة و الجزء المفقود كان عضوه الذكري , فلم تستطع إحياء زوجها لغياب ذلـك العـضو علـى فطلبت من الإله "انو بيس" تعويض زوجهـا بعـضو آخـر و تمكنـت "ايزيس" من إحياء زوجها فأرجعت إليه الحياة و هكذا فان القطع الثلاثة عشر لجثة "اوزيريس" كانت تعبر عن الجسد الذي فقد حيويته دون العضو التناسلي الذي يكسبه الحياة و هو القضيب .

هناك أسطورة يونانية أخرى هي و هي أسطورة الإلـه " بريـاب" الذي كان طفلا " افروديت" آلهة الحب و "ديونيزوس" اله النبيذ و الكـرم ابن" زوس" فكانت أم "افروديت" تغار من ابنتها و تخاف من أن يحـضا الطفل بجمال أمه و قوة أبيه , فألفت تعويذة على الطفل الذي ولد ذكرا مشوها له قضيب ذو حجم ضخم , فتخلت عنه" افروديت" ورباه فلاحون جعلوا منه رجلا مقدسا للذكورة و كان يحرص حقـولهم مهـددا مـن يحاول الاقتراب منها بالتعدي الجنسي عليهم بعضوه الذكري الضخم , الذي كان يخيف الجميع لكن في الحقيقة بريـاب كان عـاجزا جنـسيا و حاليا قد استوحى الأطباء من قصة بريـاب كلمة "Priapisme" و التـي تعني الانتصاب الممتد , و ما يمكن ملاحظته من هاتان الأسطورتان أن تعبير فقدان الذكورة أو العجز الجنسي هو في الحقيقة مفهوم عالمي , ويظهر الانتصاب من ناحية رمزية جزءا أساسيا و ضروريا في بنـاء الهوية الذكورية و الأساطير توضح لنا عبر قصة" بريـاب" و" اوزيريس" هذا الخوف الممتد عبر التاريخ من الخصاء و من فقـدان هذه القوة الممجدة منذ بداية الإنسانية .

2.1.2 – الجنسيـــة الذكوريـــة عبر العصـــور الوسطـــى إلى اليـــوم

- من عصر الإنسان القديم إلى العصور الوسطى حيث قانون الكون أصبح يخضع للإرادة الإلهية و ابن اعتبر العجز الجنسي دليلا على عقم الرجال يقول Marc bonnard انه حسب النظريات الطبية اليونانية القديمة فان المني كان مصدره النخاع الشوكي و" هيبقراط " كان يظـن أن مصدره الدماغ أما "ليوناردو دافينشي" فقد قدم رسومات تخطيطيـة موضحة للقضيب في حالة انتصاب و تقدم بفرضية مفادهـا أن هـذا الأخير يملك حياة و ذكاء خاصان به منفصلا عن إرادة الرجل وحجته في ذلك أن الرجل يشعر أحيانا باستثارة و رغبة جنسية دون أن يحدث انتصاب للقضيب الذي يخرج عن سيطرة إرادته .

- من التفاسير الميتافيزيقية التي تم شرح بها سببية العجز الجنـسي هي المفعول القوي للسحر و الشعوذات على القدرة الجنسية للرجـل , منها مفهوم الربط الذي لم ينحصر على المجتمعات الشرقية و العربيـة فحسب و إنما تم ملاحظة وجوده في كافة المجتمعات حتى الغربية منها, و تتمثل هذه الطقوس في تشكيل عقد على خيوط من قمـاش و ذكـر سلسلة من الصلوات السحرية ثم التلفظ باسم الرجل المراد ربطه , حيث أن هذه المعتقدات كانت و لا تزال جد شعبية مما يدفع الـبعض إلـى وضع الملح في جيوبهم أو أحذيتهم كما أن البعض الآخـر اختـاروا الزواج بعيدا عن أعين الناس و خفية عنهم , و إلى غايـة اليـوم لا تزال ظاهرة العجز الجنسي التي تم استبدالها مـؤخرا بـصياغات ذات طابع علمي و دقيـق كاضـطراب الوظيفـة الانتـصابية أو الخلـل الانتصابي تخضع لتفاسير متعددة لكن الشيء الذي لم يتغير هو مـدى تأثير هذا الاضطراب و انعكاساته على الحالة النفسية للرجـل الـذي يكون في مواجهة مع هذا النقص الذي يصيب هويته الذكورية .

2.2 - تعريـف العجـز الجنسـي (خلـل الوظيفـة الانتصابيـة)

- لغة:العجز الجنسي في اللغة هو العنة أي مـن لا يـأتي النـساء عجزا و لا يريدهن

- اصطلاحا: "هو استحالة القيام بالفعل الجنسي نتيجة لعيب في الانتصاب ".(Norbert sillamy ; 1999 ; p 138)

فيطلق لفض الضعف الجنسي على حالة الشخص الذي يعجز عـن تحقيق الانتصاب و الاحتفاظ به في أجواء جنسية تتناسب و مزاجه سواء في عملية الاستمناء أو في علاقة جنسية.(جاك واينبرغ 1989 ص 107)

وقد عرفه فرويد على انه:"اضطراب يتمظهـر فـي رفـض الأعـضاء الجنسية للاستجابة من اجل إتمام العملية الجنسية على الـرغم مـن أن هـذه الأعـضاء كانـت سـليمة و فاعلـة قبـل و بعـد الاضطراب (S Freud /www.bibliopsy.fr)

- و في العام 1992 وضع المعهد الأمريكي الوطني للصحة تعريفا لعدم القدرة على الانتصاب واستبدلت تسمية العجز الجنسي بـ: خلـل الوظيفة الانتصابية,إذ يخصص التعريف في النص أن الخلل تحديدا يكمن في الانتصاب أو عدم القدرة على الانتصاب..

وهذا نص التعريف: " عدم القدرة على إبقاء الانتصاب للقيام بالعمليـة الجنسية بصورة مرضية" (1).

أما حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقليـة فـان تسمية العجز الجنسي لم تعد متداولة في ميدان الطب النفسي بشكل عـام حيث تم استبداله بصيغة "**اضطراب الانتصاب عندالرجل**" وقـد صـنف ضمن اختلالات الوظيفة الجنسية وبالـضبط فـي اضـطراب الاسـتثارة الجنسية.

و تعريفه كالتالي :

" هو عدم القدرة المستمرة أو المتكررة لبلوغ أو لإبقاء انتصاب ملائم إلى غاية اكتمال الفعل الجنسي (DSM4R, 2003,p 629)

وهكذا نجد أن كل هذه التعاريف المختلفة المصادر تصب في قالـب واحد مفاده أن مفهوم العجز الجنسي لاضطراب يخـص وظيفـة العـضو الذكري ألا و هو القضيب و التي لا تتم بصورة طبيعية.

3.2 - الانتشـــــــار

- تشير إحصائيات المنظمة العالمية للـصحة(2005) أن الـضعف الجنسي يصيب أكثر من 155 مليون شخص فـي العـالم (30 مليـون شخص في أوروبا و 80 مليون شخص في الولايات المتحدة الأمريكية) و تقدر ذات المنظمة تسجيل أزيد من900الف حالة جديـدة سـنويا و يصيب في الغالب أكثر من 50% في الفئة العمرية بين 40و70 سـنة و يؤكد المختصون أن حوالي 80 % من حالات الضعف الجنسي أسبابها عضوية بينما العوامل النفسية تتسبب في 20 % من الحالات لكن تبقى هاتان النسبتان غير مؤكدتان لان اغلب الأخـصائيين يميلـون حاليـا جعل العوامل النفسية إحدى أهم مسببات العجز الجنسي سواء مع تواجد العوامل العضوية أو عدمها.(جريدة الخبر,2005 ,عدد 4559)

- نتيجة لانتشاره الواسع فان العجز الجنسي يمثـل مـشكلة صـحية كبيرة حيث بذلت عدة جهود من اجل الحصول على النسب الـصحيحة لتواجد هذا الاضطراب و أول دراسة ابدمولوجية مخصصة لتقييم تفشي هذا الاضطراب أقيمت في الولايات المتحدة الأمريكية في ولاية بوسـطن (Massachusetts male aging study1987-1989) علـى عينـة مـن الأفراد ينتمون إلى شريحة عمرية تتراوح بين 40و70 سنة و يقدر عددهم ب1920 رجل ذلك من سنة 1987الى سنة1989 فكانت نتائجهـا كالتـالي : انتشار عام للاضطراب نسبته 52 %(بسن و شدة متفاوتان) بالتالي و حـسب هذه التقديرات فان هذا العجز يصيب أكثر من 25 مليون امكري بـين 40و70 سنة و عدة ملايين أخرى يزيد سنهم عن 70 سنة.

- و أثبتت دراسات أخرى أقيمت في وم ا بان تفشي الاضـطراب يتزايد بنسبة معتبرة مع زيادة السن حيث دعمت بتحقيق سوسـيولوجي منظم من طرف " لومان و آل" اثبتا من خلاله انه كلما تقدم الرجل فـي السن كلما زادت نسبة إصابته بالاضطراب اعتبارا من النسب التالية 7 % من الإصابة في الشريحة العمرية الممتـدة18- 29سـنة و 9 % مـن الإصابة في الشريحة العمرية الممتدة من 30-39سنة و 11 بالمائـة فـي الشريحة من 50-95سنة. و في أوروبا أقيمت عدة دراسات إحصائية أهمها دراسة أقيمت في فنلندا على أفراد يقدر عـددهم ب1983 شـخص يتراوح سنهم من 50 إلى 70 سنة' فاتت هذه الدراسة بالنتـائج التاليـة: تفشي عام يقدر بنسبة74 بالمائة في ألمانيا أقيمت تحقيقات عبر البريـد من طرف براون حول الجنسية الذكورية على عينة يبلغ عـددها 4489 فرد يتراوح سنهم 30-80 سنة و يقطنون في منطقة كولونيا حيث قدمت لهم عدة أسئلة ضمن قائمة (أسئلة اضطراب الانتصاب لكولونيا).

- فقدرت النسب المحصل عليها ب 19 % متفاوتة بـين 2 % عنـد الرجال الذين ينحصر سنهم بين 30و39 سـنة ,9 % فـي الـشريحة العمرية من 40-49سنة, 16% من 50-59سنة 34% من 60- 69سنة حتى تبلغ 53% عند الرجال مابين 70 و 80سنة.

- في بريطانيا الكبرى تفشي الاضطراب وصل إلى نسبة26% نتيجة لدراسة أجريت على أفراد يقدر سنهم ما بين 18 إلى غاية 75 سنة.

- في اسبانيا انتشار العجز قدر على عينة استطلاعية يبلغ عـددها 2476 رجل (من25الى 70سنة) و الباحثون قدموا النتائج التالية : نسبة الانتشار تقدر ب12الى19%.

- في فرنسا فان انتشار الاضطراب تم تقديره باستعمال سلم تقييمـي خاص يسمى بالفهرس الدولي

للوظيفـة الانتـصابية (Index international de la fonction érectile) سنة (2002) والسلم في شكله الكامل يضم 15 سؤالا و فـي شكله المختصر يضم 5 أسئلة و قد قـدرت النـسبة العامـة للانتـشار بفرنسا31.6% على عينة بلغ عددها 1400رجل يزيد سنهم عـن 40سـنة حيث كان كل فرد يقوم بتقييم ذاتي عبر الإجابة على الأسئلة الخمسة مـن الشكل المختصر للسلم.) أي أن كل رجل من ثلاثة رجـال يعـاني مـن صعوبات انتصابية في حياته.

و للأسف لا يوجد في البلدان العربية إحصاءات فعلية عـن انتـشار الاضطراب و كل النسب عبارة عن تكهنات تعطي فكرة عامة فقط وهـي نسبة 50 % (2)

4.2 - العيـــــاديـــــــة

يمكن أن يصنف الاضطراب حـسب عـدة معـايير أهمهـا:درجـة الانتصاب,ظرفيته,ظهوره وديمومته ,فيأخذ الأشكال التالية:

1.4.2- حســـب درجـة الانتصـــاب

العجز الكامل: هو الغياب الكلي للانتصاب

العجز الغير كامل:نجد فيه درجة معينة من الانتـصاب لكـن لا تسمح بالإيلاج المهبلي.

2.4.2 - حســـــــب ظرفيتـــــه

عجز ظرفي : أي لا يظهر إلا مع شريكة معينة و في ظـروف ووضعيات معينة.

عجز غير ظرفي:لا يتـأثر بالـشريكة و لا بنـوع الموقـف و الظرف.

3.4.2 - حســـــب الظهـــــور

عجز أولي: و هو العجز الذي يرافق الحياة الجنسية منذ البلوغ.

عجز ثانوي: هو الذي يأتي بعد فترة معينة استطاع المصاب من خلالها أن يحقق اكتفاءه الجنسي.

4.4.2 - حســـــب الديمومـــــــة

عجز مؤقت(للمرة الأولى): كترجمة لمشاعر رجـل لـيس ذو خبرة و يختفي لاحقا شريطة أن تكون الشريكة متفهمة كما يمكن أن يكون عجزا عرضيا نتيجة لتعب أو تكدر.

عجز مستديم: هو عجز يرافق الفرد المصاب لفترات طويلـة و مما قد يزيد من دوامه هو محاولة الـشريكة تحميـل الرجـل مسؤولية عجزه(j.h baudet ,b.seguy1987 ;311,312)

- و في الغالب فان التصنيف الأكثر استخداما و تداولا هو التـصنيف الذي يعتمد على خاصية الظهور فيقسم العجـز الجنـسي إلـى شـكلين متمايزين هما: العجز الأولي و العجز الثانوي فحسب:

(Kaplan, 1974; Masters et Johnson, 1971;Marmor, 1982; Schover, Friedman, Weiler, Heiman et LoPiccolo, 1980 et 1982).

يكون العجز أوليا إذا كان الرجل يعاني دائما من مشاكل انتصابية و ذلك منذ أولى تجاربه الجنسية ويكون ثانويا عند (Master ,Jonson) إذا فشل الرجل في 25 بالمائة من محاولته في الإيلاج (3).

5.2 – سببيـــــة العجـز الجنســـي:

- الاضطراب ألانتصابي يظهر في سياق التضاد بين ظاهرة التـورم (الباراسمبتاوية)وظاهرة زوال التورم السامبتاوية وعندما يختل التوازن بين هاتان الظاهرتان مهما يكن الـسبب فقـد تظهـر الـصعوبة أو العجـز ألانتصابي.

- فيما يخص أصل الاضطراب فقد تم تقـسيمه بـين العـضوي و النفسي , فنجد لحالات العصبية ,الهرمونية و الوعائية إذ فـي الحـالات الوعائية نميز الاضطرابات الوريدية و الشريانية حيـث أن كـل هـذه التصنيفات لا تزال متواجدة لكن التداخل القوي فيما بينهـا يجعـل مـن الصعب أحيانا فصلها كما لا يجب على الإطلاق تجاهل الجانب النفسي و الذي من دون شك له دور أساسي في ظهور هذا النوع من الاضطراب .

1.5.2 - العوامـــــل العضويـــــــــة

- تكون غنية ومتنوعة يمكن جمعها فيما يلي:

الاختلالات الهرمونية: بالأخص نقص في إفـراز الهرمـون الـذكري (اندرو جين) أو زيادة في إفـراز البـرولاكتين هرمـون تفـرزه الغـدة النخامية.مما يؤدي إلى تباطىء الاسترخاء عبر عجز في تحضير الأجسام الكهفية نتيجة لانخفاض قدرة استقبال الاثارات الشبقية.

اختلال توازن نسبة السكر في الدم: فكل الوضعيات الحـادة لاخـتلال توازن نسبة السكر في الدم مع ارتفاعها بشكل هام وفقدان الوزن كل ذلك ممكن أن يؤثر في نوعية الانتصاب نتيجة لتدهور الحالة العامة.

الأمراض التطورية العامة : كل الأمراض التي تمس الحالـة العامـة (سرطان,أمراض انتانية خطيرة)قادرة أن تصيب الوظيفـة الانتـصابية و التي ستصبح طبيعية إن تم علاجها.

الأسباب الدوائية عدد كبير من الأدوية ممكن أن يخل بسير الوظيفـة الجنسية من بينها الأدوية المستخدمة غالبا مـن طـرف المـريض بـداء السكري أيضا بعض مضادات ارتفـاع ضـغط الـدم بعـض مطبعـات الدهون,علاجات الكلسترول و بعـض الأدويـة ذات الانتحـاء النفـسي كمضادات الاكتئاب.

الأسباب الجراحية : بعض التدخلات الجراحية على مـستوى أسـفل الحوض (المثانة,غدة البروستاتة أو الموثة) خاصة في حالة الكسر نتيجة لحوادث المرور أو السقوط , يمكن أن تقود إلى بعض الإصابات العصبية و أو الوعائية و التي بدورها يمكن أن تحدث اضطراب الانتصاب ,أيـضا الجراحة الخاصة باستئصال الأورام السرطانية على مستوى الموثة لكـن حاليا بدا الأطباء يتعرفون أكثر فأكثر على مسار الأعـصاب الانتـصابية وكيفية تجنب التعرض لها أثناء الجراحة لأنها عبارة عن ألياف جد دقيقـة مجرد لمسها قد يخل بعملها و يبطئ من تعافيها.

اعتلال الجهاز العصبي: بعض الأطباء المختصون في الأمراض العصبية يصنفون ضمن مسببات العجز إصابات في النخاع الشوكي و التصاب المتعدد للأعصاب, مرض باركنسون و تلف الأعصاب الناتج عن مرض السكري المرفق عادة بإصابة في المثانة بالإضافة إلى تلف العصاب الناتج عن إدمان الكحول.

العجز العضلي : بعض عضلات الشرج و الأعضاء التناسلية خاصـة المقعدية الكهفية لها دور في التحكم و السيطرة علـى الـصلابة أثنـاء الانتصاب.

الاعتلال الشرياني: إن سلامة العمل الشرياني ضروري للانتصاب فكل قصور شرياني ممكن أن يسبب تدهور في نوعية الانتصاب.

التسرب الوريدي : في بعض الظروف قد تتدهور عمليـة الارتجـاع الوريدي و لا تسمح بتصاب القضيب حيث أن التفريـغ الوريـدي هـو ميكانيزم فزيلوجي يحدث أثناء مرحلة زوال الاحتقان وعندما يحـدث التسرب الوريدي أثناء الاحتقان الدموي أو أثناء مرحلة التصاب فـذلك يمنع حدوث أو المحافظة على الانتصاب .

تدهور وظيفة الخلايا العضلية الكهفية : حيث يكون عملهـا معقـد و غير معروف بشكل كلي فتحت تأثير الاستثارات العصبية يوجد تحرير لمركبات تسمى منكسيد الازوت وعند المصاب بداء السكري اضـطرابات محتملة في تحرير هذه المركبات قد تكون سببا على الأقل جزئي فـي إحداث الاضطراب.

تأثير داء السكري : إن انتشار الاضطراب يكون من ثلاث إلى أربع مرات أكثر أهمية عند المصابين بداء السكري مقارنة مع نسبة انتشاره العامة ,حيث كل أنواع مرض السكري معنية بهذا الاضطراب إذ تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن من 50ال 70بالمائة من المرضى يعانون من اضطرابات في الانتصاب ,وفي اغلب الحالات يكون سبب الاضطراب متعدد الجوانب فنذكر تأثير نسبة السكر في الدم,عوامل شريانية ,عصبية ,خلوية,نفسية,وأيضا تناول الأدوية..,وهذا ما يشرح كثرة تفشي العجز الجنسي في هذا المرض.Jaques Arnould (4)

- وفي الختام يجب تذكر أن اضطراب ألانتصابي يحدث نادرا لوحده باستثناء الحالات التي يتدخل فيها العامل النفسي بشكل سـائد,فهـو لـيس مرض في حد ذاته إنما هو عرض لإصابة أكثر شمولا يجب البحث عنها تلقائيا خاصة في وجود بعض عوامل الخطر المرفقة كالـسمنة, ارتفـاع ضغط الدم ,التدخين,...

2.5.2 - العوامـــــل النفسيـــــــة:

هناك عدة مدراس نفسية تطرقت لموضوع العجز الجنسي و سـوف نحاول التطرق اليها كلها و باختصار حت نكـون فكـرة واضـحة عـن **السببية النفسية.**

1.2.5.2- النظريـــات النفستحليليـــــة

- تعتبر النظرية التحليلية من أهم النظريات التي تناولـت موضـوع العجز الجنسي و حاولت منحه عدة تفاسير ابتداء من أعمال فرويد الأولى إلى غاية إسهامات المحللين المعاصرين و سوف نتطرق إلى هذه الأعمال حسب ترتيبها الزمني محاولين تلخيص أهم ما تقدم به تيار التحليل النفسي

- مفهـــوم العجـــز الجنســي عند فرويـــد

- يقول فرويد : "– عندما يتـساءل المحلـل النفـسي عـن أي اضطراب تم تناوله و التطرق إليه أكثر من غيره و إذا وضع القلـق و مختلف أشكاله جانبا, في هذه الحالة فان الإجابة سـتكون حتمـا العجـز الجنسي. "(5)

هكذا ابتدأ فرويد في مقالة له بعنـوان Sur le plus générale des rabaissement de la vie amoureuse ويرى انه إذا تـم إخـضاع مجموعة من المصابين بالعجز الجنسي للدراسة التحليلية المعمقة هذا ما سوف يتم اكتشافه حول السيرورات النفسجنسية الفاعلة .

- أولا قاعدة الإصابة كما في كل الاضطرابات العصابية عبارة عـن كف أو تثبيط في التاريخ التطوري الليبيدي للفرد نحـو وجهتـه النهائيـة السوية حيث يجتمع تياران يكون اتحادهما أفضل ضمان لسلوك جنـسي طبيعي و صحي كليا , هاذان التياران عينهما فرويد على أن الأول تيـار العاطفة أو الحب Le courant tendre و الثاني هو تيار الشهوة و الرغبة Le courant sensuelle و اعتبر تيار العاطفة هو الأكثر قدما و تأصـلا لأنه ينبعث من أولى سنوات الطفولة و يتشكل اعتمادا على مصالح نزوات الحفاظ على الذات , و يتوجه نحو أفراد العائلة و لا من يعتني بالطفـل و بقول فرويد " يقدم هذا التيار منذ البدايات دعـائم للنـزوات الجنـسية و مركبات للتوجه الشبقي و التي تكون مسبقا و منذ الطفولة أكثر بروزا ثـم يكشفها التحليل النفسي لاحقا عند العصابيين "(6).

- و يعتبر الطفل في هذه المرحلة لعبة شبقية Un jouet érotique و بعد أن تأتي مرحلة البلوغ تيار العاطفة يجر معه تيار الشهوة القـوي فيقوم الطفل بتوظيف شحنات طاقوية ليبيدية على مواضـيع الخيـارات البدائية الطفلية لكن عندما يصطدم بحاجز الواقـع (إتيـان المحـارم) , سوف يبحث عن مواضيع خارجية يمكن تحقيق الرغبة الجنـسية مـن خلالها و يقول فرويد " هذه المواضيع الجديدة سوف يتم اختيارها حسب نموذج صور المواضيع الطفلية لكن ستجذب نحوهـا العاطفـة التـي ارتبطت بالمواضيع السابقة " و حسب فرويـد فانـه يوجـد عـاملان مصيريان يمكن أن يخلا بهذا التقدم في السير التطوري لليبيدو و هما :

- كمية الإحباط الفعلي الذي سوف يتعارض مع اختيـار الموضـوع الجديد و ينقص أهميته و قيمته بالنسبة للفرد
- كمية الانجذاب التي يمكـن أن تظهرهـا المواضـيع الطفليـة المتخلى عنها (الأم , الأب) و إذا كان هاذان العاملان قويان بما فيـه الكفاية سيتم إدخال الميكانيزم العام لتشكل العصاب في العمل .

♦ و الليبيدو الموجهة نحو المواضيع المحرمة تجبر على البقاء فـي اللاوعي فتنقلب عن الواقع و يتمكن منها النـشاط الهـوامي و بهـذه الطريقة يمكن إن تكون كل شهوات و رغبات الرجـل مرتبطـة فـي اللاوعي بمواضيع محرمة أو مثبتة على هوا مـات غيـر واعيـة و محرمة , فينتج عن ذلك عجز تام يعززه ضعف فعلي تلقائي مكتـسب للأعضاء التي ينجز بواسطتها العمل الجنسي , و في الحالات التي يفلت فيها تيار الشهوة من الكبت جزئيا , فقد يجد لنفسه مسلكا نحـو الواقـع فيتمظهر عند راجل لهم نشاطات جنسية متقلبة معرضة للاضـطراب , غير صائبة في تنفيذها و تمنح القليل من المتعة .

♦ وتصبح المواضيع الوحيدة التي يبحث عنها تيـار الرغبـة هـي المواضيع التي لا تذكر بالأشخاص المحرمين على الفرد كـالأم و الأب الأخت و يقول فرويد عنهم " أين يحبون ليرغبون , و أين يرغبـون لا يستطيعون أن يحبوا ".(7)

- مما سبق تتلخص رؤية فرويد للعجز الجنـسي عنـد الرجـل و للاضطرابات الجنسية الذكورية و النسوية بشكل عام فـي عـدم توافـق التيار الشهواني مع تيار العاطفة لان الرجل يشعر دائما بأنه محدود في نشاطه الجنسي نتيجة احترامه للمرأة و يوظف كافة طاقته الجنسية فقط في حضور موضوع جنسي منحط حيث ينسب فرويد سلوك الرجل في قدرته على مجامعة امرأة عن امرأة أخرى إلى نقطتين ذكر بأنهما :

* التثبيت المحرم الشديد في الطفولة la fixation incestueuse الإحباط الفعلي الواقعي و يتعدى ذلك ليقول ما يلي :

" يجب أن نتجاوز الاحترام الموجـه نحـو المـرأة و أن نتعـود علـى التصورات المحرمة مع الأم أو الأخت , ومن يخضع إلى جانـب هـذه الضرورة إلى فحص صارم للاوعي سيكتشف دون شك في أعماقه و على الرغم من كل شيء بأنه يعتبر الفعـل الجنـسي كـشيء مـنحط rabaissé " و نرى في ذلك مبالغة في الأمر لأنه لا يمكن حصر العلاقة الجنسية و بكل معانيها ضمن المفهوم الضيق الذي حصرها فيه فرويد

- مفهـــوم العجـــز الجنســـي عند فرنـــزي

- يلخص فرنزي مفهومه عن العجز الجنسي الـوظيفي فـي النقـاط التالية :

العجز النفسي الجنسي يكون عرضا جزئيا لعصاب النفـاس موافقـا بذلك طرح فرويد أي أن الاضطراب يخص دائما تظاهرة رمزية لـذكرى أحداث جنسية معاشة في الطفولة الأولى ثم كبتت في اللاوعي كما يتحدث عن رغبة لاشعورية تهدف إلى التكرار و الصراع النفسي الـذي ينـتج عن ذلك .

في حالة العجز الجنسي هذه الذكريات و الرغبات ترجع إلى أشخاص و تصورات ذات نمط إشباع جنسي غير متوافـق مـع وعـي الإنـسان المتحضر

التثبيط الجنسي يمثل إذا ممنوعا صادر من اللاوعي و الذي لم يكن يهدف في الأصل سوى إلى نمط واحد من الإشباع الجنسي لكنه توسـع ليشمل النشاط الجنسي ككل حتى يكون أكثـر أمانـا و يمنـع عـودة التداعيات و الذكريات ..

الأحداث الجنسية للطفولة الصغرى و التي سـتحدد لاحقـا التثبـيط ممكن أن تكون صدمات نفسية خطيرة ولكن عنـدما يكـون الاسـتعداد للعصاب أكثر تأثيرا فان بعض الانطباعات التي تكون عموما بسيطة و لا يمكن تجنبها في حياتنا اليومية ممكن أن تسبب نفس النتائج .

- فمن بين الأسباب المرضية التي تسبب العجز الجنسي النفسي هـي "التثبيت المحرم" " la fixation incestueuse" و التحقير و الإذلال الجنسي الطفولي الذي يشغل مكانة خاصة

النشاط المثبط للعقدة المكبوتة ممكن أن يتمظهـر ابتـداءا مـن أول محاولة جنسية وان يصبح مستديما و في الحالات الأخـف التثبـيط لا يظهر إلا فيما بعد بمناسبة نشاط مرفق بخوف أو إثارة شديدة لكن فـي هذه الحالة تحليل جد معمق يكشف لنا إلى جانب أو وراء السبب المحـبط الحالي يختفي كما في الحالات الخطيرة ذكريات جنسية طفلية مكبوتـة وهوا مات غير واعية مرتبطة بها.

عصاب النفاس الذي نجد منه العجز الوظيفي و الذي يكـون عرضـا جزئيا معقدا بأعراض العصاب الراهن (نورا ستينيا ,عصاب القلق). (8)

- كل هذه النقاط نجدها تركز على نقاط معينة أهمها مدى تأثير النمو النفسجنسي للطفل و الأحداث المرافقة له على مال جنـسيته المـستقبلية بالإضافة إلى الأحداث الصدمية التي تحدث في حياة الفرد و التي تظهـر نتائجها في الحياة الجنسية للراشد

* (Allen 1962), (Marmor1981),(Levine 1977), (Fenichel1972) :

كلهم يربطون اضطراب الانتصاب بصراعات نفسية داخلية اوديبيـة لم يتم حلهاو(schiavi1981) يضيف بتوضيح أن كل الرغبـات الطفليـة المحرمة المرتبطة بالقلق كالخوف من العقاب , الإحساس بالذنب اللذان يتم إحياءهما في سن الرشد أثناء اللقاءات الجنسية هذا ما يولد ردود فعل دفاعية و التي اسماها ب :التثبيط الانتصابي . إضافة إلى ذلـك كـل السلوكات الأبوية إما التهميش أو العقاب و كل العلاقـات الابويـة المضطربة خصوصا أثناء التطور الجنسي للطفل و كذا المخاوف

المتعلقة بالوظيفة الجنسية تكون عبارة عن انفعالات مترسخة نتيجة تجارب مبكرة من النمو و تلعب دورا مرضيا في خلال الوظيفة الانتصابية .(9)

- ماستـــــر و جونســـون (1979)

على الرغم من توجههما السلوكي في العلاج إلا أن التفسير الـذي قدماه لهذا النوع من الاضطراب الجنسي كان لـه توجهـا نوعـا مـا تحليلي حيث يرجعانه إلى سلوك المغازلة الذي تبديه الأم تجاه طفلها و كذا السلوك المسيطر لأحـد الأبـوين فـي غيـاب الآخـر و التـي حسب Master et Jonson هي علامات محدثة لصعوبات انتـصابية فـي حياة الرجل الراشد .

- حســـب جانسيـــن (1985)

ينسب اضطراب الوظيفة الانتصابية إلى خوف من اندفاع العدوانية القضيبية و التي تترجم بالخوف من الخصاء , قلق المنافـسة , الخـوف من اختيار الموضوع المحرم ومن الجنسية المثلية الكامنة و كذا الشك أو الحيرة حول الهوية الجنسية , إضـافة إلـى ذلـك فـان الاضـطرابات الانتصابية الثانوية تميز حالات رجال عندهم أعـصبة مـن الـنمط الطبائعي (فصامي , نرجسي قضيبي , وسواس قهـري أو عـصاب الاكتئاب) يتراوح سنهم عادة بين 45 و55 سنة و بالـصدفة الرجـال الذين ينتمون إلى شريحة الخمسينيات من العمر و تكون شخـصياتهم لها قابلية معينة يكونون خصوصا أكثر عرضة للازمات النرجسية .

- أيضا ظهور القلق الخاص angoisse spécifique أو النـاتج عن وجود أمراض عضوية و عن تغيرات هامة في حيـاة الرجـل (صعوبات في العمل مع رجال اصـغر سـنا , المنافـسات و التحديات و التغيرات الملحوظة على الشريكة) التي تحـدث جروحـا نرجسية عميقة و ذات أهمية بالغة .(10)

- مورثـــــون و هارتمـــــان 1985

يربط الصعوبات الانتصابية عند الرجل بالمخاوف اللاواعية مـن أن يقتل أو أن يصيب الآخر بأذى و أيضا الخوف من الخصاء أو من انتقام الزوجة , ومن خلال اضطراب الانتصاب يمكن أن نتنبأ بوجود خوف من الموت أثناء الإيلاج ما يترجم بخوف لاواعي من الانغمار و الفقدان و الاختفاء و أيضا أن يفقر الالتقاء الجنسي الرجل من قدراتـه و ينقص من حياته.(11)

- مشال ديتي(1992) Michel Dethy

حسب هذا الكاتب فان السبب راجع إلى تـدخل ميكـانيزم للعقـاب الذاتي لدفع الثمن عن بعض التصورات و الـسيناريوهات التخيليـة و يضيف أن الاضطراب الجنسي ينتج عن فعلا عن العديد من المشاكل و حالات القلق لكن في المقابل قد يشكل الامتناع وسيلة لتجنـب الوقـوع في الخطأ المحرم و يسمح للرجل الهروب من الموت الصغرى النفسية . (Michel Dethy p79 ;1992)

- نازيـــــو J-D nazio(2003)

حسب هذا المؤلف أن العجز الجنسي , القذف المبكر , التشنج المهبلي أو البرود الجنسي كلها تعتبر اضطرابات خاصة بالحياة الجنسية للهستيريا و التي بطريقة أو بأخرى تختبر تجربة هذا القلق اللاواعي للرجل في أن يولج جسم المرأة و القلق اللاواعي للمرأة في أن تستسلم لهـذا الإيـلاج فيجد نازيو عند الهستيري بشكل عام أن حياته الجنسية مضطربة يميزها أساسا شبقية متوزعة على كافة أجـزاء الجـسم باسـتثناء المنطقـة التناسلية التي يميزها تثبيط تام (J-D nazio ;p88, 2003)

2.2.5.2 - النظريـــات المعرفيـة

- فيما يتعلق بالنظرية المعرفية فان هذا التيـار قـد حـاول تنـاول الاضطرابات الجنسية ضمن المفاهيم التي أتى بها أهم رواد هذا التوجه لكن يتوجب تحديد مصطلح المعرفية La cognition فنجـد أن Reed (1999) يعرفه على انـه "سـيرورة اكتـساب المعـارف " أمـا Cottreaux(2001)

يعتمد في تعريف المعرفية إلى كونها حسب رأيه " عملية المعرفـة و الإدراك " L'acte de connaissance في عملية اسـتيعاب المعرفـة و تنظيمها و استعمالها شخصيا وكذا تطبيقها على محيطنـا و الأشـخاص المحيطين بها , لذلك نجد أن عدة مؤلفين معرفيين تناولوا أنماط مختلفة من الإدراك التي يرون فيها سـببا للاضـطرابات الجنـسية , فقـد عـالجوا المعتقدات المتعلقة بالمضامين الجنـسية , الأسـاطير الجنـسية , الأفكـار الأوتوماتيكية السلبية , الاسنادات الخاطئة , التوقعات الغيـر مبـررة رؤى خاطئة عن الصور الجسدية , السلوكات ذات الـنمط المتـصلب , الأفكـار النابعة من الاعتقادات الدينية و ادراكات المثيرات الجنـسية . كمـا يـرى كوبترو أن أهم المشاكل الجنسية تنبـع مـن الإدراك الـسلبي للـشريك أي محاولة التركيز على الجوانب الغير مريحـة و المنفـرة فقـط دون إدراك الجوانب الايجابية و محاولة تطويها و تحسينها و إيجـاد اللـذة مـن خلالها كذلك فان السبب الرئيسي للاضطراب يكون الادراكـات الـسلبية التي تظهر في شكل أفكار أوتوماتيكية تتمثل في أفكـار أو صـور ذات محتوى سلبي تحتل مكانة كبيرة في عقول الناس , كما يحدث أن لا يكونوا واعين بها ألا إذا ركزوا عليها ن اجل تحديدها كما من الممكن أن يمـر الرجل بتجارب غير مريحة بحيث يعلق عليها أهميـة بالغـة و يقـوم بتعميمها على كافة مظاهر حياته فيركز على الفشل أكثر من تركيزه على النجاح , فيقوم ببناء أحكام ذاتية عن شخصه و قدراته و يمكن أن تتجـسد في جمل كالآتي " الانتصاب الذي يحدث لي ليس صـلبا" ," لـن أ لا املـك القدرة على الانتصاب لمدة كافية " , وهذا ما يـدعم الاعتقـاد الـداخلي للرجل ويساعده ذلك على إبقاء الاضطراب و استمرار يته. (12)

- كما يمكن لهذه المكتسبات المعرفية أن تسبب في حالات انفعالية من القلق الذي يعتبر من أهم الأسباب المتعـارف عليهـا للـصعوبات الانتصابية لان فعاليته على الجهاز العصبي الباراسمبتاوي تؤثر بشكل مباشرو سلبي على الاستجابات الجنسية و هذا حسب (1979)Kaplan ;Master Jonshon, smith (1988)

كما نجد الإرهاق أيضا و الذي يعتبر احد الحالات الانفعالية التـي تذكرنا غالبا في سببية الاضطراب و ذلك حسب ; Kaplan (1983) .Miller(1983) , Wise (1987)

- عامل آخر نجده عند هؤلاء الرجال و هو حالة الاكتئاب فوجود اكتئاب كما يشرح Smith " يمكن أن يكون نتيجة صـعوبة انتـصابية فنجد عوامل مثبطة للنشاط الجنسي كالخجـل و الإحـساس بالـذنب , الغضب و حسب Lazarus فان هذه الانفعالات تكون الأسباب الرئيسية لخلل الوظيفة الانتصابية , و يقـول Cooper " الانفعـالات ودلالاتهـا المباشرة لها انعكاسات مثبطة على الجهاز العصبي الفزيلـوجي و الـذي يحدث احتباسا وريديا على مستوى القضيب و يشكل حاجزا أمام السير الطبيعي للاستجابة الجنسية " (13)

- لذلك نجد أن التوجه العلاجي في النظرية المعرفية يتركز حـول العمل على هذه الانفعالات و محاولة تغييرها عبـر تغييـر المعتقـدات و الأفكار المترسخة في ذهن المصاب عبر التركيز على عملية الإدراك الايجابي و محاولة مساعدته على التخلص من الانفعالات السلبية التي تعيق إدراكه للعملية الجنسية في شكلها المريح و المناسب .

3.2.5.2 - نظريـــــة التعلـــــم

- سبب خلل الوظيفة الانتصابية يشرح حسب هـذا التوجـه عبـر التثبيطات المكتسبة بالاشراط أثناء ظروف غيـر مريحـة و سـلبية مرفقة بردة فعل جنسية غير ملائمة (Abraham ;Porto(1978

و يقول (Kaplan(1974 أن اضطرابات في المنعكس ألانتصابي هـو تثبيط مكتسب يتمسك به المريض نتيجة عوامل محيطية إضافة إلى ذلك فهي تكشف أن الفوبيات الجنسية التي هي "خوافات مكتسبة" تلعب دورا هاما في بعض حالات خلل الوظيفة الانتـصابية أمـا Master et Jonshon (1979) فيؤكدان أن خلل الوظيفة الانتصابية يمكن أن يدل على المظاهر ناتجة عـن التعلم السلبي و أن نقص المعلومات و الخوف من الفشل تكون أسـبابا لخلل الوظيفة الانتصابية ومن هذه التوجهات النظرية التفـسيرية سـمحت نظرية التعلم بظهور العلاجات السلوكية و التي أثرت و بشكل كبير علـى مجال العلاجات الجنسية ضمن الاتجاه المطابق لمبادئ التعلم حيث نجـد أن علاج اضطراب الانتصاب يتمحور فقط حول تمارين تطبق للتخلص مـن التثبيطات و من اجل مقاومة القلق عبـر تعـريض المـريض تـدريجيا للوضعية المولدة للخوف أو أيضا عبر سلسلة من تجارب إعادة تأهيل و التي تستلزم بالضرورة مشاركة نشطة من طرف العميل .(14)

4.2.5.2 – النظريـــــــات الوجوديـــــــة

- أولا يهم ذكر أن الجنسية ضمن إطار هذه المقاربة لا تأخذ في سـياق مفهوم النزوة ,الاستثارة الهوا مات أو السلوكات المحددة فهـي أسـلوب خاص و متميز يقوم به الفرد كي يجدد من نفسه و يحدد لها مكانا في الوجود

- فنجد أن العالم يحدد في الكائن الإنساني خمسة شروط كي يكـون إنسانا و التي تساهم مع بعضها البعض في تحديد أساس الحقيقة الإنسانية يتمثل كل شرط من هذه الشروط البدائية في النقاط التالية : المواجهـة La confrontation, قلق وجودي Une Anxiété Existentielle, سـعادة خاصة Une joie spécifique , تهديد Une menace , شـجاعة Un courage , حاجـة خاصـة Un besoin spécifique . و حـسب المقاربة الوجودية هذه المعطيات الأساسية تنعكس على الحيـاة الجنـسية للأفراد , فالحياة الجنسية لكل واحد هي المثال الأكثـر وضـوحا لكـل ميزاته الوجودية و التي تسمح بالحصول على رؤية غير مجزئة للإنسان و إنما كلية فتكون الجنسية مكانا خاصا للتعبير عن الحقيقة الإنـسانية لهذه الكائنات في العالم .

- واضطراب الوظيفة الجنسية يتمظهر على شكل مختلف المعطيات إما الجسدية , المحدودية الانفصال , القدرة على الاختيار , و القدرة على الفعل فيستطيع الإنسان أن يرفض مواجهة القلق الذي يندرج من هذه المعطيات و أن يكون له سلوك هروبي ويعيش عندئذ قلق وجودي عصابي و الذي سوف يقوده إلى تعديل و تحديد وعيه بالواقع , أيضا كيانه في العالم سيكون مشوها و لن يستطيع مطلقا تلبية حاجاته الفعلية الأساسية .(15)

- في المقابل الإنسان يستطيع أن يملك الشجاعة لمواجهة و تقبل ظروف كيانه و التي تعتبر جزءا من حياته وهكذا سيكون الإنسان مسؤولا عن تطوره الشخصي و سوف يتمكن من إشباع حاجاته الوجودية , نفس الشيء بالنسبة لخلل الوظيفة الانتصابية لا يجدي نفعا معالجة الاضطراب مباشرة دون استنباط الصراع الوجودي الأساسي و مواجهته

- العالـــــم مـــــــاي (1972)May

يتحدث ماي عن صيغة الشجاعة أي القدرة الإنسانية على الذات .. و نتحدث عن هذا الموضوع لأنه يرتبط بالتعارض مع الإحساس بالعجز الذي يعيشه الرجال الذين يعانون من خلل الوظيفة الانتصابية فبالنسبة لهذا الكاتب معنى القدرة هو الاستعداد الثنائي البعد للإنسان في لن يحدث التغير أو أن يتجنبه و في هذا السياق يتحدث عن القدرة الاستعدادية (الاستعداد لإحداث التغير في فترة معينة من المستقبل .

- و حسب ماي الحب و القدرة يكونان عادة متعارضان بشراسة لأنه كلما امتلكنا القدرة كلما قل الحب و العطاء و العكس صحيح, لكن حسب ماي الحب و القدرة يكونان مترابطان و متداخلان لأنه يجب أن نملك قدرة على أنفسنا حتى نستطيع أن نعبر عن الحب , فالحب لا يبنى دون شكل معين من أشكال العدوانية و هكذا في علاقة جنـسية يكـون مـن الضروري التوفيق بين السلطة أو القدرة و العاطفة (الحب) فدون العاطفـة يفقد التعبير عن الرقة و الحساسية و لا يهتم الفرد بالأحاسـيس و اللـذة التي يشعر بها الآخر في المقابل دون سلطة و سيطرة على مـستوى العلاقة الجنسية فان كل إمكانية الإنسان في فرض نفسه أمـام الآخـر تضيع و تفقد أي معنى .. وإذا طبقنا هذه النظرية على رجل يعاني مـن عجز جنسي يمكن أن نستنتج لن هذا الرجل يجد نفـسه دون سـلطة و سيطرة و يرجع للآخر قدرته في أن يكون أي في التواجد , في المقابـل حينما الحب و القدرة ينظر إليهما بالتعارض الواحد مقابـل الآخـر , يصبح الحب السبب في إهمال احد الشريكين و سيطرة الآخر و إذا تحكم الحب في الوضعية سوف نشهد اندماج احد الشريكين في مقابله فيتشبث احدهما بالآخر بكل قواه و إذا كانت القـدرة هـي المـسيطرة سنشهد علاقة سادو مازوشية . (16)

نستنتج من هذا المؤلف أهمية عند الرجل في أن يملـك الـسلطة على قدرته في أن يكون و أن يصبح مسؤولا في العملية الجنسية داخـل علاقة عاطفية .

- بيـــــرو Bureau (1978-1989)

حسب هذا المؤلف فان خلل الوظيفة الانتصابية هو شرخ في الهوية الجنسية و الذي يحدث الخلل الوظيفي فالهوية تؤثر على الوظيفة الجسمية (الجنسية و الشبقية) ذلك لأنه عبر الجسم الشبقي يستطيع الرجل الداخلي أي الفرد أن يعرف و يقيم علاقته مع العالم و نتيجة لأبحاث مطولة قد تمكن من تحديد ضمن عدة اضطرابات وظيفية جنسية عدة نقائص في الهوية الجنسية و شروخا متأتية من هجمات موجهة ضد هذه الأخيرة فيجد أن اضطراب الانتصاب الثانوي هو انتقائي و راجع لإدراك سيئ لمفهوم المرأة (امرأة جيدة و امرأة سيئة) حيث فقط المرأة السيئة تكون مشبقة(érotisé) , هذا الانقسام ممكن أن يكون سببا لخلل الوظيفة الانتصابية فبالنسبة للرجل مجرد إبعاده عن إطاره المرجعي الداخلي و خنق داخله الشبقي الحي يقوده إلى رؤية نفسه تابعا لاستجابات الآخرين , خلل الوظيفة الانتصابية الثانوي يكون خسارة لحقهم في التواجد الشبقي مار عبر فقدان في حقهم بالتواجد و اضطراب الوظيفة الجنسية يتعدى مستوى السير الفزيلوجي السيئ للوظيفة الجنسية بل هناك هوية جنسية مهاجمة و كل هذا عبارة على التعبير عن حالة من الضيق و الشدة التي تتمظهر عبر خلل الوظيفة الانتصابية و التي تعبر بوجودها عن الشخص و عن توبيخ غامر يحطم تقدير الذات و يعذر الرجل من أن يتحمل مسؤولياته في المقابل إذا كان الرجل مشبعا و راضي عن نفسه أي تقديره لذاته جيد يستطيع أن يضع قدراته في خدمته و أن يتجدد جنسيا و كي ترجع للرجل قدراته الجنسية و تولد من جديد من الضروري حسب Bureauأن يضحي ب التحامه مع الآخر" FUSION A L'AUTRE " و اضطراب الوظيفة الانتصابية يكون هروبا من عذاب حتمي يحدثه إثبات الذات أمام الآخر أي خوفا من الانفصال و رغبة في الحضور الحميم لشريكته يرفض أن يفقد هذا النمط من الحب و هذا السلوك يتعارض مع الرغبة في إثبات الذات و انفرا ديتها و الرجل في مواجهة هذا النوع من الانفراد و العزلة يشعر بقلق وجودي قبيل الشريكة المنفصلة عنه و إذا استطاع أن يدمج هذا الانعزال و القلق الذي ينتج عنه سوف يتمكن من مواجهة الصعوبة و Bureau يرى بأنه هناك عدة عوامل معاصرة ساهمت في ظهور هذا الاضطراب في المجتمع الأمريكي منها : بحث الرجل عن هوية جديدة , الانقطاع عن قوته عوض أن يدمجها مع وعيه المتحضر , إثبات هوية المرأة و الذي يترك الرجل في مواجهة مع هويته الذكورية المتصلبة و المتحجرة.(17)

- نستنتج من هنا أن العامل الحضاري و الثقافي قد تدخل و لعـب دورا فعالا في ظهور الاضطرابات الجنسية عند الرجل الذي أصيب في هويته مما أدى به الأمر إلى تطوير أعراض مرضية منها اضـطراب الوظيفة الانتصابية و النظري الوجودية هنا تسعى دائما إلـى دراسـة الإنسان في كامل كيانه متضمنا ذلك علاقته بالآخرين و في هذه الحالة يكون للمرأة دورا هاما يكمن في تهديد لهوية الرجل .

أعمـــــال لاليبيرتـــــي(La Liberté (1985

- قد درس هذا الكاتب العلاقة الموجودة بين الهوية الجنسية و العجز ألانتصابي ونتائجه تظهر بان الهوية الجنـسية عنـد الرجـل المـصاب باضطراب الوظيفة الانتصابية ذات الأصل النفسي تكون مصابة و هذه الهوية المجروحة يمكن أن تنبعث من ثغرات خاصة في شخصية الرجـل كحالة انخفاض العدوانية, أو صعوبات في إثبات و توظيف الذكورة التـي تمنع الرجل من أن يتطور في ذكورته و أن يبلغ القدرة الجنسية ., ولهـذا يستلزم على الرجل أن يتقبل تحمل مسؤولية عدوانية ضرورية من اجل اللقاء الجنسي , و حسب المقاربة الوجودية فان القضاء على المـشكلة يكمن في مساعدة الرجل على بلوغ الحد الأقصى لمفهوم هويته أي أن يكون مرتاحا في جسده و أن يعترف بذاته كانسان قادر على التعبيـر و الاختيار وان يتقبل فرض هويته على الآخر اسـتنادا علـى ذاتيتـه الخاصة. (18)

6.2 – التمييـــــز بيـــن السببيـــة النفسيـــــة

للتمييز بين الاضطراب ذو المنشأ النفسي و الاضطراب ذو المنـشأ العضوي يلجا بعض العلماء إلى الفرو قات الموجودة بين أشكال الانتصاب المختلفة و يمكن تلخيصها عموما فيما يلي:

1.6.2- صعوبـــــة الانتصـــــاب

- إن صعوبة الحصول على الانتصاب يمكن أن تكون دلـيلا علـى تواجد العامل العضوي ,بينما الصعوبة على إبقاء الانتـصاب لا تكـون كذلك- rathner,Murphy,MC dougal Abel ,Becker,Cunningham بينما يجب أن نلحظ أن وجود تسرب وريدي يتميز غالبا بقدرة فـي الحـصول على انتصاب مع عدم القدرة على الإبقاء عليه .

2.6.2 - الانتصـــــاب التلقائـــي

- إن وجود انتصاب تلقائي أثناء النهار يمكن يساعدنا على التميـز بين مجموعة من الرجال يعانون من خلل الوظيفة الانتصابية ذات منـشأ نفسي و مجموعة أخرى أصل الاضـطراب عنـدها يكـون عـضوي Hatch,De la pena , Fisher(1987) فبالفعل السبب العـضوي سـيمس القدرة على الانتصاب بصفة مستمرة بينما سبب نفسي مرتبط بالـشريكة أو بالظرف يمكن أن لا يصيب الانتصاب في بعض الظروف في المقابـل هؤلاء المؤلفين لا يتحدثون عن نوعية صلابة هذا الانتصاب التلقائي .

3.6.2 - الانتصـــــاب الجزئـــي

- وجود انتصاب جزئي أي غير كافي من اجل عملية الإيلاج يقـود إلى آراء متقاسمة بـين المـؤلفين وهكـذا-Abel,Becker,Cunningham Rathener,Murphy et Mchugh(1982) يذكرون بأنه ليس دليل لوجـود سبب عـضوي بينمـا عنـد آخـرين Hatch, De la pena Fisher (1987), يقولون بان ذلك يسمح لنا بالتمييز بين الخلـل ذو السبب العضوي و الخلل ذو السبب النفسي .

4.6.2 - خلـــل انتصابـــي خـــارج الوظيفـــــة الايلاجيـــة

- قدرة الحصول على انتصاب ضـمن النـشاطات الجنـسية غيـر الايلاجية يكون دليلا على غياب العامل العضوي ,إذا هذا المؤشر يسمح بالتمييز بين الاضطراب ذو الأصل النفـسي و الاضـطراب ذو الأصـل العضوي حيث تم التأكيد على هذه النقاط ووضعها مـن طـرف , Abel Becker , cunningham-rather , MC dougal (1982) ,Segrave , Schoenberg (1987)

5.6.2 - الانتصـــــاب الصباحـــــي

- إن غياب الانتصاب الصباحي يكون مؤشرا في الغالب مـستعملا للتمييز بين السببية العضوية و السببية النفسية وذلك حسب , Abel Mc Murphy , dougal(1982) Becker , Cunningham-rather, وهكذا فان وجود الانتصاب الصباحي دليل عن غياب العامل العضوي أما عنـد العالم Segraves , Segraves et schoeberg فـان غيـاب الانتـصاب الصباحي سوف يسمح بتقسيم وبشكل منظم 100بالمائة من الرجال عندهم اضطراب الوظيفة الانتصابية ذات منشأ نفسي 86%مـن الرجـال ذوي اضطراب منشأه عضوي.(19)

الفصل الثالث: المعاش الاكتئابي و صورة الذات

بعد التطرق إلى مفهوم خلل الوظيفة الانتصابية و أشكالها و أسباب حدوثها العضوية منها و النفسية قد توضحت الرؤية حول طبيعة هذا الاضطراب الذي يعتبر(نفو جسدي) ذلك لان النفس في مجال الجنس لها دور فعال في السير الجيد و السوي للاستجابة الجنسية , خاصة وأننا لحظنا ذلك في غنى التفاسير النفسية للعجز الجنسي , وهذا ما سوف يسمح لنا التمهيد لهذا الفصل الذي سوف نتطرق فيه لبعض الآثار النفسية المحتملة الحدوث عند الرجل الذي يعاني من اضطراب الانتصاب.

سوف نتناول في هذا الفصل كل ما يمكن أن نجمعه بصورة ملخصة حول الإكتئاب وصورة الذات باعتبارهما موضوع دراستنا وقد تناولنا في هذا الفصل تعريف كل منهما وكل ما يجب أن نعرف حولهما.

1.3 - تعريـــــف الإكتئـــــاب

من المعتاد الحديث عن الإكتئاب لتعيين مجموع إضطرابات المزاج والطبع لكن أصبح مصطلح الإكتئاب صياغة معممة على مجموع الإضطربات العقلية والحالات النفسية التي تندمج ضمن هذا المصطلح.

والطب عموما ينسب للإكتئاب إضطرابات المزاج والوظائف الانفعالية لكن الأبحاث الحديثة قدرت بأن كل من الوظائف العقلية ومجموع وظائف العضوية تتعرض كذلك للإكتئاب.

- لغـــة: يشتق إسم الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كأب ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم الكآبة وهي تعني سوء الحال والإنكسار هي الحزن.

وفي اللغة الإنجليزية يحمل الإكتئاب مصطلح Dépression وهو يتكون من 3 مقاطع الفعل يكتئب Depress فقد اشتق من depressus الذي اشتق من deprium. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص22).

- إصطلاحـــا: الإكتئاب ضمن المفهوم المتعارف عليه هو مرض عقلي يتميز بتغيرات عميقة في الحالة الانفعالية والمزاج عبر الميل نحو الحزن والمعاناة النفسية كما يميزه بطء نفسي حركي ويرفق الإكتئاب عموما بحالة من القلق وشعور مؤلم من العجز يلازم الفرد المكتئب مع التوقع الدائم بنهاية تعيسة وتردد مواضيع وشعور بالذنب وبعدم تقدري الذات حيث كل هذه الأعراض ممكن أن تقود إلى الانتحار.(20)

أما Norbert Sillamy فيعرفه على انه:

"حالة مرضية تكون أحيانا دائمة تتميز أساسا بالحزن وتناقص في الحضرية والطاقة" (Norbert syllami1999 ,p78)

وفي وصفه للفرد المكتئب يقول: Nor bert sillamy (الفرد المكتئب يكون قلقا فاقدا للعزيمة، للشجاعة والقدرة التي تساعده على مواجهة المصاعب، كما يفقد روح المبادرة فهو يعاني من عجزه ويحس بأن قدراته العقلية خاصة الإنتباه و الذاكرة تتدهور تدريجيا والشعور بالدونية الذي ينتج عن هذا الإحساس يزيد من حالته الإكتئابية).(Norbert syllami1999 ,p79)

2.3 - تعريـــــف صـــــورة الـــذات

لقد أصبحت الذات مصطلحا جد مهم في علم النفس يستعمل غالبا في تحليل الشخصية والسلوك الإجتماعي والمعرفي والإنفعالي، فالذات هي مجموعة منظمة من الإعتقادات والإدراكات التي تخص الفرد نفسه، وهي مخطط أو بناء عقلي يحدد كيف نحلل المعلومات التي تخصنا بما في ذلك حوافزنا وحالتنا الانفعالية، تقييمنا لأنفسنا، إستعداداتنا، والعديد من المظاهر الأخرى.

يعرف Godefroid 2001 صورة الذات على أنها:

(تمثل المعرفة التي يحملها الفرد عن نفسه وهي مكونة من صور ومخططات، نظريات، وصياغات حول العالم الخارجي وحول الآخرين والتي تسمح للإنسان أن يحتفظ بنوع من الإستقرار الداخلي، عبر حماية النفس من التغيرات لكن يجب ان تمتاز بمرونة كافية تجعلها قادرة على التكيف عندما تواجه المحيط الخارجي الإجتماعي أو عندما يضطر الفرد لإتخاذ القرارات)(21)

أما حسب Norbert Syllami فيعرف صورة الذات على أنها:

(التمثيل الذهني من طرف الفرد لنفسه ومن علاقاته مع الكائنات الحية التي لها القيمة الكبيرة عنده والتي تكون محيطة به) Norbert (syllami1996,p128).

أما L'écuyer فيعرفها كما يلي:

(صورة الذات هي مجموع إدراكات الفرد عن نفسه وتتمثل في التصورات، الطموحات، النشاطات، العيوب، المشاعر، الأذواق والمهارات التي تنشأ من تأثير المحيط الإجتماعي)(L'écuyer,1978,p48)

وما نستنتجه من هذه التعاريف هو أن البعد الإجتماعي والإتصال بالآخرين يعتبر من أهم محددات صورة الذات السلبية أو الإيجابية وان الإنسان يرى ذاته عبر الآخرين وهذا ما يمكن أن يشكل دعامة أساسية في بناء شخصياته.

والتصور الذي يحمله الفرد عن ذاته قد يتشكل أيضا إستنادا على صورته الجسمية مثلما يقول winnicot:

(الذات تبعث على الإحساس بكوننا أشخاص وهي تعرف عادة من خلال صورة جسمنا التي نراها من خلال الآخرين) (Grunberg,1995,p77)

هذا الجسم الذي يخرج عن سيطرة صاحبه كما هو الحال في إضطراب الإنتصاب عند الرجل فيتغير تصوره عن جسده في الوضعية التفاعلية الأكثر اهمية ألا وهي المجامعة الجنسية.

ما نخلص إليه هو أن الاكتئاب مرض عقلي يتميز بتغيرات عميقة في الحالة الانفعالية والمزاج عبر الميل نحو الحزن والمعاناة النفسية كما يميزه بطء نفسي حركي ويرفق الإكتئاب عموما بحالة من القلق وشعور مؤلم من العجز يلازم الفرد المكتئب و أن صورة الذات هي ما نحمله من تصورات حول أنفسنا و هي مخطط أو بناء عقلي يحدد كيف نحلل المعلومات التي تخصنا بما في ذلك حوافزنا وحالتنا الانفعالية، تقييمنا لأنفسنا، استعداداتنا، والعديد من المظاهر الأخرى و هذا ما سيسمح لنا التمهيد للفصل التطبيقي الذي سوف نحاول من خلاله إيجاد أهم العلامات النفسية للاكتئاب و اهتزاز صورة الذات.

الفصـــــل الرابـــع: الجانـــب المنهجـــــي

1.4 – منهـــــج الدراســـــة

لقد تم اختيار المنهج الكلاسيكي في هذا البحث ذلك انه يسمح بالتطرق إلى الحالات المدروسة بكل تحليل و دقة عبر المقابلة النصف موجهة ثم اختبار بقع الحبر لروشاخ , و نجد موريس روكـلان يعـرف المنهج العيادي على انه : الطريقة التي تتناول السلوك بمنظـور خـاص فهي تحاول الكشف بكل ثقة و مستبعدة الذاتية عن كينونة الفرد وكيـف يشعر بها و يتعامل من خلالها في موقف معين , كما يبحـث المـنهج الإكلينيكي في إيجاد دلالات هـذا الـسلوك و يكـشف عـن أسـباب الصراعات النفسية مع إظهار دوافع سيرورتها و ما يبديه الفـرد مـن سلوكات للتخلص من هذه الصراعات .(Maurice Reuchlin,1969,p81)

2.4 - العينـــــــة المختـــــارة

تكونت عينة الدراسة من حالتين فقط ذلك نظرا لحساسية الموضوع و لتعذر الحصول على شهادات حالات أخرى رفضوا التعامل معنا لأسـباب تخصهم و الحالتان الوحيدتان اللتان قبلتا التعاون معنا هما رجـلان الأول يبلغ من العمر 48سنة و الثاني 40 سنة أي ينتميان إلى الشريحة العمريـة من الأربعين فما فوق و كلاهما يعاني من عجز جنسي ذو أصـل نفـسي وقد تمكنا من إيجادهما بفضل واسطة أخصائية نفسية قامت بتوجيههم إلينا في إطار دراستنا .

3.4 - أدوات البحـــــث

-تمثلت أدوات البحث في المقابلة العيادية النصف موجهة و اختبار بقع الحبر لروشاخ و سوف يتم تقديمهما كما يلي :

1.3.4 - المقابلـــــة العياديـــة النصف موجهـــــة

في هذا النوع من المقابلات يستعمل الأخصائي دليل المقابلة حيـث يكون قد خمن مسبقا بعض الأسئلة خـول الموضـوع المـراد تناولـه بالدراسة فلا تطرح هذه الأسئلة بصورة متسلسلة أو منظمة بل تطـرح في الوقت المناسب من المقابلة , فمثلا يمكن أن يطرحها الأخصائي بعد أن ينتهي العميل من الكلام معبرا عما يريد قوله و ما يقترحه الأخصائي هو الموضوع الذي يدور حوله الحديث أثناء اللقاء كما يقوم بتـاطير الحوار ابتداءا من الأسئلة الموجودة في دليل المقابلة لكن على الأخصائي أن يتبنى سلوكا غير موجها و أن لا يقاطع العميل و أن يتركه يعبـر عن تداعيات أفكاره بحرية و لكن فقط حول موضوع الدراسـة و مـا يمكن أن يدليه المفحوص من معلومات تفيد في الدراسة .

4.4 - الدراســـــة الميدانيـة

1.4.4 - الحالـــــة رقـــم 1

1.1.4.4 - ملخـــص الحالـــة

- معلومات البيبليوغرافية: رجل يبلغ من العمر 46 سنة يمارس مهنة التدريس الجامعي بالإضافة إلى كونه تاجر عدد إخوته 11 منهم 6 إناث، و5 ذكور ، حالته المدنية متزوج منذ تقريبا 10 سنوات زوجته مستواها الدراسي الجامعي تبلغ من العمر 39 سنة أباه كان تاجرا وأمه ماكثة بالبيت، يسكن حاليا في البيت خاص به مستواه المادي جيد لديه 3 أولاد ذكرين وأنثى.

- المقابلة: عرضت الحالة نفسها في البداية على الأخصائية النفسية لأسباب غير الإضطراب الجنسي حيث كان يعاني من الوساوس الفكرية ونمط التفكير المتصلب وبعد التقدم الذي طرأ في دراسة الحالة تبين انه يعاني أيضا من خلل الوظيفة الانتصابية المرفقة غالبا بانعدام الرغبة الجنسية والقذف المبكر وقد تم تحويله إلينا من طرف المختصة النفسانية لمتابعة دراسة حالته في إطار بحثنا مع العلم أن الحالة1 لا يعاني من أي اضطراب عضوي أو مشاكل صحية ساهمت بشكل مباشر أو غير المباشر في ظهور الإضطراب الجنسي وبالتالي قدرت حالته بأنها ذات منشأ نفسي مباشر.

تم استخلاصه من معلومات حول مشكلة العميل الجنسية هي أنه يعاني من هذه الصعوبات منذ سن البلوغ حيث كانت له في البداية تجارب جنسية باءت بالفشل قبل الزواج أقامها مع عاهرات.كن يسخرن منه في نهاية العلاقة الجنسية، كما أن العميل قد مارس العادة السرية بصورة مكثفة قبل الزواج وحسب أقواله لم تنتهي دائما بانتصاب، أما فيما يخص أحداث طفولته فقد أدلى لنا بأنه تعرض لاعتداء جنسي في السن7 سنوات من طرف شخص يكبره بعشر سنوات قاده إلى منطقة منعزلة بغرض الممارسة الجنسية فقام بمرافقته بمحض إرادته وكانت حجته في ذلك الفضول والرغبة في اكتشاف معنى العلاقة الجنسية وبعد ذلك بقيت الصورة مترسخة في ذهنه كمصدر لذة أولي(حتى انه اعتبر بأنه البعد الجنسي الوحيد الذي احدث له لذة).

وأثناء طفولته كان دائما عرضة للإهانات اللفظية من طرف الأطفال الآخرين فكانوا يقولون له بأنه يشبه الفتاة"أنت أبيض، زين" وهذا ما كان يضايقه كثيرا، أما بالنسبة لنشاطه الجنسي الهوامي فقد كان العميل يتخيل بأنه يمارس الجنس مع رجل أخر.

فيما يصفه عن أبواه فإن العميل تربطه علاقة جد مميزة مع والدته إلى غاية اليوم، يميزها نوع من التبعية فقد كان دائما ملازما لها عكس إخوته وهو حريص على زيارتها والأخذ برأيها في كل الأوقات أما علاقته بوالده فهي جد محدودة فوالده أب جد قاس ومنتقد"père castrateur".

أما فيما يخص علاقة بزوجته فهي علاقة سطحية تقتصر على النقاشات الفكرية دون عاطفة وحب ونظرا للغته الفقيرة التي تخلو من العاطفة ولنمط تفكيره التبريري يحاول العميل تجنب إظهار مدى تأثير هذا الاضطراب على زوجته في المقابل نجد هذه الأخيرة جد متأثرة مما أدى بها لفترة معينة إلى طلب الطلاق.

أما علاقته الاجتماعية فهي جد محدودة فهو من النوع الانطوائي والانعزالي فبقى دائما ملازما لبيته يميل إلى النوم فقط حاليا له ميل كبير للتدين مصحوب بخوف من ارتكاب ما هو حرام جد متمركز حول ذاته يمر بفترات طويلة من الصمت يتخللها تفكير عميق تستهويه الحوارات العلمية

والحديث عن المثاليات لكنه يتجنب الحديث بشكل مباشر عن مشاكله العاطفية أو الجنسية، وعلاقته الجنسية لا تزيد عن مرة في شهرين أو ثلاثة أشهر أو أكثر يفتعل فيها الموقف لكنه في غالب الأحيان يفقد الانتصاب أثناء الإيلاج أو مباشرة قبله ومن النادر جدا أن يقيم عملية جنسية ناجحة كما ليست له الرغبة أو إرادة في إقامة مشاريع طويلة الأمد وحجته في ذلك انه أمر لا يقدر عليه"هذوا الأمور يديروهم الرجالة".

لا يهتم بهندامه أو مظهره الخارجي حيث نادرا ما يحلق ذقنه أما حالته الصحية فهو دائم الشكوى بخصوصها"راني مريض ،كلش يوجع فيا"أما فيما يخص نظافته فهو يكتفي فقط بالوضوء من أجل الصلاة وعندما تسأله الزوجة يقول"واش رايحة ديري بيا يخي ماناش رايحين نرقدو مع بعض "

2.1.4.4 - النقـــــاط الحساســـــة في المقابلـــــــة

ما أبداه العميل من انفعالات وردود أفعال غلب على تعبيراته اللفظية حيث بدت عليه ملامح الحزن والاكتئاب جد ظاهرة.أما فيما يخص انعكاس الاضطراب الجنسي على معاشه النفسي ووزن هذه المشكلة على حياته بشكل عام فنجد انه إضافة إلى الطابع الوسواسي الذي يتميز به العميل والذي تظل تسيطر عليه في نفس الوقت رغبة في إشباع النزوة الجنسية وضرورة إنكار رغبة مثل هذه فتأتي نزوة العدوانية لتأخذ دور جزء من النزوة الجنسية ثم التكوينات العكسية التي تكون ظاهريا جد مبررة تأتي لتغطي بدورها التعبيرات العدوانية فيبدو كل شيء جد منطقي ومنظم لحمايته داخل نظام يعزله ويجعله متصلب التفكير في طابعه الوسواسي، لذلك كل العناصر الدفاعية تمنع العملي من التعبير بشكل مباشر عن مدى تأثير الاضطراب الجنسي على حالته النفسية لكننا تمكنا من خلال سلوكاته ونمط حياته التي تميزهما العزلة والانطواءوالعلاقة المحدودة مع الزوجة أن نستنتج وجود حالة من الحزن العميق خاصة وان نظرة العميل لحياته المستقبلية جد محدودة ومتشائمة"ماهيش زاهيتلي لحياة معنديش باه نزهى".

كما أن العميل تميزه نظرة جد سلبية لذاته من خلال نظرة زوجته له "مانيش حاس زوجتي راضية عليا" فهو يتجنب الاتصال بها نتيجة شعوره بالنقص لذلك نجده يستعمل دوما السلوك الإنسحابي. كما يميزه نوع من الإهمال الذاتي ويظهر ذلك من خلال هندامه الخارجي وعدم اهتمامه بمظهره الخارجي وثيابه وإذا عرضت الزوجة نجده يقول"واش رايحة ديري بيا يخي مانش نرقدو مع بعض" كما أن العميل قد أبدى نوع من التجاذب الوجداني اتجاه الزوجة فهي تمثل بالنسبة له المرأة المهتمة والمطيعة ثم بعد ذلك أمام موقف المعاشرة الجنسية تتغير مشاعره اتجاهها فيرى فيها علامات الفشل والانهزام لأنه يعجز أمامها على تحقيق الانتصاب.

3.1.4.4 - عـــرض نتائـج اختبـار الروشـاخ للحالـــة"1"

- الهيكـــــل الفكـــــــــري

♦ **إنتاجيـــة العميـــل :**إنتاجية العميل ضعيفة نوعا ما مما قد يدل على حالة توقف انفعالي أو اكتئاب أما زمن الاستجابة فهو يقترب من المعدل الطبيعي .

♦ **أسلـــوب المعالجـــة:** G%= 47 أي أن من بين 7 G التي أعطيت وأغلبيتها أولية فوجودها دليل على تكيف إدراكي قاعدي وG البسيطة المرفقة بأشكال موجبة تؤكد النوعية الإدراكية للإدماج في الواقع لذلك نجد أن Gالبسيطة تضمن الميزة التكيفية في الوظيفة المعرفية وانخفاض نسبة D يدل على عدم الرضا كما نستطيع أن نقول بان ذكاء العميل نظري وتجريدي نظرا لطريقة تناوله للأشكال ,عوامل الضبط الانفعالي: F % المرتفعة عن النسبة المعيارية وهذا دليل أن العميل يتمسك بالشكليات كما يدل أن الحياة الانفعالية يحدها تحديدا شديدا لعمليات فكرية يسودها جمود التفكير والتعصب وعدم المرونة والأفكار الثابتة وهذت ما نجده في حالات الوسواس القهري أو الحالات الاكتئابية ، كما أن وجود أربعة أشكال سالبة منها ثلاثة أشكال تحمل مضامين أجزاء من الجسد وهذا ما قد يدلنا على حساسية صورة الجسد عند العميل.

- الهيكـــــل العاطفـــــي

♦ **الطبـــع والمـــزاج:** نمط الرجع الحميم (منطوي) أي للعميل ميل للانطواء على الذات مع نشاطات عقلية مكثفة مع ضبط منطقي كما يدل على احتمال وجود مرض اكتئابي أو نهك نفسي ونسبة استجابة الفراغ 13 %وهي نسبة مرتفعة مع النمط الحميم المنطوي وذلك يدل على وجود عدوانية موجهة نحو الذات .

(KH) مرتفعة بالنسبة لعدد الاستجابات الكلية وهذا يدل على الانطواء على النفس وحياة داخلية متفوقة على الحياة العلائقية وصعوبة الاتصال مع الغير ووجود كبت.

غياب الاستجابات اللونية قد يدل على وجود تطبيق وانسحاب وانطواء كما يدل على اضطراب انفعالي عميق .

♦ **الاتصال الاجتماعي :** H < HD تدل على بحث قلق عن علاقات بشرية أو مشاكل على صعيد العلاقات البشرية كما أن إدراك العميل لأشكال البشرية في الطاقة الثانية والتاسعة على أنها أشباح قد يدل على عدم القدرة على إقامة التوحد بالناتس في عالم الواقع .

نسبة A% طبيعية ونسبة H% مرتفعة قليلا عن النسبة المعيارية والعميل ينتج استجابات راجعة إلى مخلوقات شبه إنسانية (أشباح) وهذا ماقد يدل على انسحاب من العالم العلائقي كما أن ارتفاع نسبة الشائعات يدلعلى أن العميل يبحث فعلا عن علاقات بشرية لكنه يريد أن تكون علاقات جد مثالية وهذا ما يصعب إدماجه الاجتماعي ,كما أن وجود الشائعات بنسبة معتبرة يدل على ميل للامتثالية .

4.1.4.4 - التفسيـــــــر الدينامـــي للبطاقـــــات

♦ **البطاقة الأولى:** قلق فقدان الموضوع أو بطاقة التكيف :

في هذه البطاقة قد أعطى العميل استجابة عادية مما يدل على قدرته للاستجابة في المواقف و الوضعيات الجديدة.

♦ **البطاقـــة الثانيـــة : بطاقـــة العدوانيـــة**

استجاب العميل بشكل كلي في البداية حيث رأى في البطاقة وجـه شبح و هي استجابة شكل سالبة قد تدل على قلق و توتر كبير , خاصة و أن أسلوبه في الاستجابة كان بطريقة يغلب عليها الفزع و ذلك راجع إلى اندفاعات نزوية عدوانية أو مشاكل ذات طبيعة جنسية .

♦ **البطاقـــة الثالثـــة : بطاقـــة التقمـــص**

قد تم إدراك كائنات بشرية لكن هناك شك في نوع الجنس (شخصان مطابسان كأنهما إناث) و هذه إشارة على الكبت المتعلق بالرجولة أي قد يخاف العميل من رجولته و ادراكه في النهاية على أن الشخصان أنثيين قد يدلنا على أن العميل له جنسية مثلية كامنة .

♦ **البطاقـــة الرابعـــة: البطاقـــة الأبويـــة**

ظاهريا أعطى العميل استجابة شائعة ذات قيمة موجبة

♦ **البطاقـــة الخامســـة: بطاقـــة صـــورة الـــذات**

إدراك استجابة شكل موجبة حيوانية قد يدل على تكيف إدراكي لكن غياب الاستجابة الشائعة و هي فراشة أو خفاش قد يدل علـى إن نظـرة العميل لذاته منحرفة نوعا ما.

♦ **البطاقـــة السادســة: البطاقـــة الجنسيـــة**

إدراك العميل للجزء العلوي على انه حشرات يدل على كبت جنسي خاصة و أن استجابته كانت متبوعة أثناء التحقيق بحركة (حشرة خارجة من حشرة)

ثم الجزء الوسطي الذي يمثل الرمز المهبلـي لـم يـستطع تحيـد محتواه (حاجة تعوم في البحر) و هذا يشير إلى عجز العميل على إدراك تصور واضح لهذا الجزء مما يدل على و جود مشكلة جنسية فـي حياة العميل .

♦ **البطاقـــة السابعـــة :بطاقـــة الأمومـــة**

أعطى العميل في البداية استجابة كلية (حشرة تشبه دودة الفراشة) و هذه الإجابة تحمل معنى نكوصي "دودة الفراشة" ثم وجود صدمة فراغ قد يدل على نزعة معارضة متعلقة بالمشاكل الجنسية.

♦ **البطاقـــة الثامنـــة**

إدراك العميل لاستجابة شائعة لا ينفي أن العميل أبـدى فـي هـذه البطاقة شكا و حيرة حول محتواها " حيوانان مانع رف وسمهم حـاكمين كلي شجرة" و هذا قد يدل على اضطراب في المراحل الاوديبية أو عدم القدرة على مواجهة العالم الاجتماعي أو الخارجي.

♦ **البطاقـــة التاسعـــة**

هذه البطاقة كانت غير سارة بالنسبة للعميل حيث أبدى نوع من التعجب و الاحتيار أمامها و هذا في حد ذاته يمثل صدمة ثم إدراكها على أنها تمثل صورة شبحان خارجان من سحاب كوسيلة لضبط انفعالاته لكن بـصورة غير مريحة (الشكل السالب) من اجل إخفاء عدوانيـة كامنـة كمـا أن الصدمة في هذه البطاقة تدل على علاقات غير مثمرة و مفرحة مع محيطه الاجتماعي و العائلي (الزوجة) و بما أن العميل في هذه البطاقة يواجه نفسه ذاك يدل على أن شخصيته غير مندمجة

♦ **البطاقـــة العاشـرة: بطاقـــة العائلـــة**

وجود استجابة .symb في هذه البطاقة يدل على حاجة إلى النفـوذ و الاعتبار و لكن تسمية الألوان قد يدل على حالة انفعالية يغلب عليها الذهول و هذا ما قد يحمل معنى الصدمة بالألوان و معناها الغالـب هو الكبت الانفعالي .

5.1.4.4 - النقـــــاط الحساســـــة من الاختبـــار

- وجود صدمة فراغ ابيض في البطاقة السابعة يدل على قلق جنسي نوعي أو تخوف من الأعضاء الجنـسية الأنثويـة و خـوف مـن الاتصال بالإناث كما يمثل هروب من الجـنس أو نزعـة نحـو كراهية النساء .
- حدوث صدمة في البطاقة التاسعة معناه قلـق تجـاه تحـريض الموت و هو نوع من الخوف من العقاب أو الشعور بالذنب
- معادلة القلق تدل على وجود قلق كبير .
- كل المؤشرات تدل على وجود علامات اكتئابية صريحة.
- البطاقتان المرفوضتان من طرف العميل هما الخامسة و التاسعة و البطاقة الخامسة قد رفضت لان العميل حـسب أقوالـه لا يحـب الحشرات و هدا ا دليل على أن نظرته لذاته سلبية .
- قد تشير الاستجابة للفراغ الأبيض إلى نزعة الفرد للمعارضة و قد تتوجه هده المعارضة

6.1.4.4 - الحالـــــة في ضـــــوء المقابلـــة و الاختبـــار

من خلال المقابلات التي أجريت مع العميل قد تم الكشف عن و جـود دلائل اكتئاب تجلت من خلال سرد العميل لنمط حياتـه و معايـشته لهـذا الاضطراب الجنسي خاصة وان طموحاته العمليـة و العلميـة متوقفـة و علاقاته الاجتماعية تكاد تنعدم , و هذا ما أكده لنا الاختبار النفسي من خلال نمط الرجع الحميم المنطوي , و العدد الكلي للاستجابات الذي لم يبلغ المعدل الطبيعي و كذلك عدم القدرة التكيفية مع الناس الذي ظهر من خلال تـوزع Hو Hd ضمن استجابات العميل و كلها علامات صريحة تؤكد وجود اكتئاب استجابي لا يعترف العميل به مباشرة و إنما هو ظاهر على نتـائج الاختبار, إضافة إلى ذلك نجد أن العميل من خلال المقابلة عن عدم رضـا زوجته عنه و عن شكوته الجسدية المستمرة " راني مريض , كلاش يوجع فيا " و إهماله لمظهره الخارجي كلهـا دلالات علـى معاشـه الجـسدي المتدهور (La fragilité de l'image du corps) و هذا مـا اكتـشفناه مـن خلال الاختبار باعطاءه استجابات لأجزاء بشرية سالبة الأشكال , إضـافة إلى ذلك فان العميل قد اختار البطاقة الخامسة على أنها غير مفضلة, و هذا ما قد يدل على انه يعاني من اهتزاز صورة الذات أو عـدم اسـتقرارها يرجع حتما إلى عدم قدرته على إرضاء زوجته و تحقيق الإشباع الجنـسي لنفسه و هذا ما أكده الاختبار بصورة متكررة خاصة مع وجود اسـتجابات الفراغ الأبيض التي تعكس معارضة داخلية موجهة نحو الذات , و هذا مـا يولد افتقار العميل إلى الثقة بنفسه نتيجة لمشاكله الجنسية.

2.4.4 - الحالـــــــة رقـــــم 2

1.2.4.4 - ملخـــــص الحالـــــــة

- **المعلومات البيبليوغرافية:** رجل يبلـغ مـن العمـر 40 سنة يـزاول مهنـة الطب عاش في الهجرة هو الأكبر بـين إخوتـه ذكـر وأنـثيين أبـوه مـوظف في شركـة أجنـبيـة

وأمه ماكثة بالبيت، متزوج تقريبا منذ 12 سنة زوجته أستاذة تبلغ من العمر 37 سنة وله ثلاثة أولاد ذكرين وأنثى وهو في صحة جيدة عموما باستثناء بعض المشاكل في الأمعاء"le colon" مستواه المادي جيد.

- **ملخص المقابلة:** نظرا لصحة الجسدية الخالية من أي اضطرابات هرمونية أو عصبية أو عضوية، بشكل عام قد تم استنتاج بان العجزالجنسي الذي أصاب العميل هو ذو أصل نفسي بحت مصحوب بانعدامالرغبة الجنسية وبعد تحويله إلينا في إطار دراستنا قد اظهر العميل نظر لطبيعة مهنته تفهما كبيرا لحالته وفيما يخص حياته الجنسية السابقة فقد أدلى العميل بأنها كانت خالية من أي تجارب جنسية فعلية ذلك حسب قوله لأنه لم يهتم بالجنس الأخر ولم يرغب فيه حتى انه لم يقم باختيار زوجته بل ترك الأمر لوالدته في أن تختار الزوجة المناسبة له، هذه الأخيرة (الأم) تجمعه بها حاليا علاقة جد وثيقة فهي أم حمائية تتدخل إلى غاية اليوم في حياته وأموره الشخصية، وفي أولى لقاءاته الجنسية مع زوجته كان العميل دائما حذرا ومترددا.

والعميل له قدرة كاملة على الإنتصاب أثناء مشاهدته للأفلام الإباحية لكن عندما يتعلق الأمر بالممارسة الفعلية مع الزوجة نجده يتهرب من الأمر ويحاول أن يقيم العلاقات دون أن يحدث إيلاج مهبلي، فمن النادر جدا أن يقوم بعملية جنسية كاملة خاصة بعد أن رزق بأول طفل حيث كان هذا الأخير معوقا، فكان يتجنب ممارسة الجنس مع الزوجة خوفا من أن يرزق بطفل آخر وهذا ما زاد ابتعاده عنها ومحاولة مجامعتها سطحيا فقط وهو يتهم زوجته بأنها غير مثيرة وأثناء مجامعتها يحاول أن يسيطر عليها فيكون عنيفا معها في غالب الأحيان لكنه في المقابل معترف بأنه مقصر في حق زوجته ويشعر بالمعاناة التي تعيشها خاصة وأنها قد عانت من فترات اكتئابية طويلة أما طفولة العميل فقد اخبرنا بأنها كانت طبيعية في تقديره حيث لم تتخللها أية أحداث صدمية ترسخت في ذاكرته باستثناء الإهتمام المبالغ فيه من طرف أمه والتي كانت تجعل منه مركز اهتمامها، وقد اعترف بأنه كان طفلا مدللا كما انه قد ذكر بأنه كان يمارس العادة السرية أثناء مراهقته وبصورة مكثفة عندما كان يبقى منعزلا حيث كان يعتمد في ذلك على هواماته الجنسية. أما عدا ذلك فلم تكن له أي تجارب جنسية خارجية قبل الزواج خاصة وانه كان مهتما بدراسته العليا فكان يقول "هذو طوايش برك"

2.2.4.4 - النقـــــاط الحساســـــة في المقابلـــــة

ما أبداه العميل من تجاوب سمح لنا أن نعرف بأنه يشعر بحزن عميق كون علاقته الجنسية مع زوجته غير مكتملة ونادرة الحدوث، وسلوكه الانطوائي فقد غلب على علاقاته الإجتماعية حيث لاحظنا أن كل أيام عطلته تقتصر على المكوث في البيت أمام التلفاز دون الاحتكاك بالعالم الخارجي خاصة بعد أن رزق بطفل معوق وهذا ما أدى به إلى الخوف أكثر من المعاشرة الجنسية. وجعل من ذلك حجة ليتجنبها فتعزز اعتقاده بأنه عاجز جنسيا وبصورة غير مباشرة اعتبر أن الطفل الذي رزق به عقاب على كونه عاجز جنسيا أي ربط الإعاقة بالعجز وهذا ما أدى به إلى تقدير متدني لذاته، ونظرا لأن طموحاته العلمية كبيرة يشعر العميل بنوع من الندم بأنه تزوج وحاول أن يكون أسرة على حساب مشاريعه الدراسية.

وهو بكل ذلك يحاول أن يجد مبررا لعجزه وهذا دليل على أن مشاعر الذنب تراوده وهذه علامات غير مباشرة على وجود نوع من الإكتئاب، إضافة إلى ذلك العميل يعترف بمعاناة زوجته ويشعر بأنه يسبب لها نوع من العذاب النفسي وهذا ما يحبطه نوع ما كما أنه في فترات معينة من المقابلة قد عبر على نوع من اليأس اتجاه عجزه" je ressens un dégoût de l'impuissance" لكن وفي المقابل علاقته المتينة بأمه لغاية اليوم واهتمامها الشديد به يعزز من نرجسيته اتجاه نفسه وهذا ما يخفف من انعكاس مشكلاته بصورة عميقة على حالته النفسية.

3.2.4.4 - عـرض نتائـج اختبـار الروشتاخ للحالـة"2"

- الهيكـــــل الفكـــــــري

إنتاجية العميل: إنتاجية العميل ضعيفة جدا , قدرت بـ: 10 استجابات و هدا دليل على اكتئاب العميل من ناحية و تخوفه وعدمرغبته في تطبيق الاختبار من ناحية أخرى ,أما متوسط زمن الاستجابة يقدر بـ: 51 ثا و هي مدة تزيد نوعا ما عن المعدل الزمني 45 ثا.

- **أسلوب المعالجة:** G%=60 و هي نسبة مرتفعة أكثر من المعدل الطبيعي منها 3 ك بسيطة و تدل مستوى من الطموح مرتفع أكثر من القدرات و ك البسيطة تضمن الخاصية التكيفية للسير المعرفي كما أن D%المنخفض يدل على حالة من عدم الرضا ووجود G مع الشكل السالب يدل على وجود عوامل معطلة للوظيفة العقلية ومنها حالة الاكتئاب .

- الهيكـــــل العاطفـــــي

- **الطبـع و المـزاج :**

- نمط الرجع الحميم :(مضيق)مما قد يدل على ذكاء ضعيف أو تقلص الخيال , كما أن ذلك دليل على وجود كآبة او الاكتئاب كما أن غياب الحركات الإنسانية قد يعبر عن صعوبات في التقمص la symbolisation كما قد يدل ذلك على أن التنظيمة العقلية للعميل جد فقيرة من التصورات .

البروتوكول فقير من الاستجابات اللونية و يدل على تثبيط العاطفية الاكتئابية أو العصبية .

- **عوامـــل الضبـــط الانفعالـــي**

F% مرتفع عن النسبة الطبيعية و هذا قد يدل على أن الحياة الانفعالية تحددها تحديدا شديدا العمليات الفكرية دون غيرها من العوامل الأخرى , أي يسودها جمود التفكير والتعصب وعدم المرونة و الأفكار الثابتة أي نقص في التلقائية وهذا ما يلاحظ في الحالات الاكتئابية كما أن نسبة الأشكال الموجبة منخفضة و يدل على عدم الاستقرار العاطفي و الانطواء على الذات .

- **الاتصـــــال الاجتماعـــــي**

Ban% =20 يدل على تكيف ذهني و مشاركة أفكار الغير و نسبة الأشكال الموجبة تحت المعدل يدل على أن الاندماج الاجتماعي للعميل يتضمن بعض النقائص و قوة الأنا عنده غير كافية هذا زيادة على إننا لا نلاحظ أي حركة في البروتوكول و نسبة H% جد ضعيفة .

4.2.4.4 - التفسيـــر الدينامـــي للبطاقـــات

- **البطاقـــة الأولى:** قلق فقدان الموضوع أو بطاقة التكيف :

المفحوص في أول استجابة له كانت ذات نوعية شكل سالبة و هذا دليل على وجود صدمة أولية عدم تكيف و شعور بالعدوان ثم حاول إعطاء استجابة شائعة دفاعا ضد هذه الصدمة.

- **البطاقـــة الثانيـــة : بطاقـــة العدوانيـــة**

وجود صدمة في هذه البطاقة و رفض المفحوص الاستجابة عليها يدل على وجود صراعات طفلية لم تحل مما أدى إلى حدوث اضطراب انفعالي ظهر على شكل صدمة .

- **البطاقـــة الثالثـــة : بطاقـــة التقمـــص**

أدرك فيها المفحوص الشكل على انه وجه إنساني و هي استجابة شكل سالبة و هذا دليل على صعوبات تقمصية وإدراك صورة بشرية دون

الإحساس بالحركة قد يدل تثبيط الرجولة virilité أي أن العميل يـشك في رجولته أو يخاف من رجولته كما أن عدم إدراك الحركة قد يدل على تثبيط (صدمة حركة).

- **البطاقـــة الرابعـــــة: البطاقـــــة الأبويـــتة**

إدراك العميل في هذه البطاقة لشكل حيواني قد يدل على رغبة نكوصية و أدرك الضغدع و هو شكل سالب قد يدل على اتجاهات نكوصية و اعتمادية

- **البطاقـــة الخامســـة: بطاقـــة صـــورة الـــذات**

غياب الشائعات في هذه البطاقة قد يدل على ضـعف مرضـي فـي ارتباط الفرد بالواقع و هذا قد يدل على عدم تكيف العميـل مـع واقعـه الخارجي و واقعه الجسدي.

- **البطاقـــة السادســـة: البطاقـــة الجنسيـــة**

إدراك استجابة حيوانية سالبة جزئية قد يدل علـى مـشاكل جنـسية خاصة و أن البطاقة تحمل الرموز الجنـسية أي لهـا معنـى الجنـسية الذكرية غير مقبولة

- **البطاقـــة السابعـــة :بطاقـــة الأمومـــة**

أن إدراك استجابة معمارية "باب" " مدخل" قد يدل على إحساس الفرد بعدم التكامل الداخلي كما أن إدراكه للفراغ الأبيض يدل علـى إحـساس العميل بالنقص , الفراغ أو بغياب شيء ما .

- **البطاقـــة الثامنـــة**

أعطى العميل استجابة شائعة ذات محتوى ايجابي حيواني و هـذا دليل على إدراك جيد و تطور جيد للمراحل الاوديبية

- **البطاقـــة التاسعـــة**

تضمنت الاستجابة شكلا حيوانيا كليا و هذا دليـل علـى دمـج جيـد لمختلف معطيات البطاقة

- **البطاقـــة العاشـــرة : بطاقـــة العائلـــة**

إدراك استجابة حيوانية جزئية دليل على وجود نوع من العدوانية الفمية و ذلك قد يدل على طريقة المفحوص في فك العلاقة اللاشعورية التـي علقهـا اتجاه الفاحص و الاختبار و العميل يقاوم هذه العلاقة بعدوانية.

5.2.4.4 - النقـاط الحساســـة من الاختبـــار

- وجود صدمة في البطاقة الثانية و رفض العميل للاستجابة عليها قد يدل على كبت انفعالي أو عدوانية موجهة نحو الخارج (العلاقـة العنيفة مع الزوجة أثناء الممارسة الجنسية) و شعور بالذنب حيال ذلك .
- عدم رؤية حركة بشرية في البطاقة الثالثة يدل على صـدمة حركة حيث أن التثبيط يمنع العميل من التخيل .
- نظرا لتهرب المفحوص و حذر ه من القيـام بالاختبـار لـم نحصل على عدد استجابات كافي.
- ظهور دلالات اكتئابية في كل مراحل تحليل البروتوكول .
- وجود استجابة معمارية حسب Rorcha يكشف عن إحساس الفرد بعدم التكامل الداخلي.

6.2.4.4 - الحالـة في ضوء المقابلـــة و الاختبـار المطبـق

في ضوء ما حصلنا عليه من معلومات من خلال المقابلة قـد تـبين أن العميل يعيش حالة اكتئابية واضحة , من خلال الحـزن و الانطـواء اللـذان يعايشهما يوميا نتيجة لفشل علاقته الجنسية مع زوجته و هذا ما أظهره لنـا الاختبار و بشكل جلي من خلال قلة استجابات العميل التي كانت في اغلبها G كلية, أما D فكانت نسبتها جد ضعيفة حيث كان هناك عدد من ش سالبة معتبرة و هذا لا يدل حتما على ذكاء ضعيف نظرا للمستوى العلمي الرفيـع للعميل , وإنما يدل على و جود عوامل معطلة للوظيفة العقلية التي من بينها يمكن أن نجد الاكتئاب و يؤكد على وجوده الفعلي نسبة F% المرتفعة و التي بلغت 100% كما أن حالة عدم الرضا و الـشعور بالـذنب الذي يراود العميل خاصة بعد أن رزق بطفل معوق , انقص من تقديره لذاته و هذا ما يمكن أن يثبت وجوده في البطاقة الخامسة التي يدل غياب الشائعات فيها(فراشة أو خفاش) على أن العميل قد يعاني من اهتزاز في صورة الذات , كما أن وجود استجابة معمارية دليل على إحساس العميل بعـدم التكامـل الداخلي له , كما لحظنا انه يعكس جسده على جسد طفله أي يقوم بنوع من الإسقاط اللاشعوري الذي من خلاله يتجسد عجزه الجنسي , و بالتالي فهـو يرى جسده من خلال جسد ابنه المعاق و هذا ما ينقص من تقديره لذاته و يزيد من حساسية صورة جسده , و هذا ما يعزز الحلقة المفرغة التي يعيش فيها.

الـفصل الخامـــــس: مـنـاقـشـــة وتـوصيـــات

1.5- مناقشـة الفرضيـــات

بعدما تطرقنا إلى الدراسة و التحليل المعمقين للحالتين , وذلك مـن خلال المقابلات التي أجريت معهما و الاختبار المطبق الذي حاولنا من خلاله تأكيد ما تم استخراجه من متغيرات نفسية خلال المقابلات , قد تم التأكد من وجود حالة اكتئابية عند كل من الحالة 1 و الحالـة 2 , نتيجة للاضطراب الجنسي الذي يعانيان منه و الذي د فع كـل واحـد منهما إلى التعبير بصورة مختلفة نوعا ما عن بعـضهما الـبعض , و لكنها في المجمل مشتركة في بعض النقـاط , كالانـسحاب و الانطـواء الاجتماعي و توقف الطموحات العملية , أما الاختلافات التي فرقتهما فهي راجعة للتنظيمة العقلية التي ينتمي إليها كل واحـد علـى حـدا و للظروف الخارجية المحيطة بهما .

و هذه الحالة الاكتئابية التي اثبت الاختبار وجودها و بكل وضوح لا ترتبط بصورة مباشرة وواعية مـع الاضـطراب الجنـسي بالنـسبة للعميلين , فالمعايشة اليومية لهذا الخلل هي التي جعلت الاعتراف به مستبعدا أي اعتباره سببا مباشرا للحالة الاكتئابية للعميلين.

كذلك قد سمحت لنا أدوات البحث المستعملة بإيجاد علامات عـن اهتزاز في صورة الذات لكل من الحالتين و ذلك من خلال إدراكهمـا لنفسيهما و تقييمهما لها و من خلال تعاملاتهم مع المحيط الخارجي و خاصة مع الزوجات , حيث أن كلا مـن الحـالتين تجمعهمـا علاقـة مضطربة نوعا ما مع الطرف الأخر أو بالأحرى علاقة يميزها الجمود و البرود العاطفي , و نحن نعرف أن الفرد في كثير من الأحيان يـستمد التقييم الذاتي و التعزيز النرجسي من المحيط الخارجي فالحالة رقـم1 يرى بأنه ليس كباقي الرجال أما الحالة الثانية فيرى بأنه لم ينجح فـي تحقيق طموحاته العلمية و ينسب لنفسه الفشل و كل هذه الأفكار دلالات على التقييم المتدني للذات و لذلك تمكنا من التأكد أن الحالتين تعانيان من عدم الاستقرار الداخلي, و هذا ما يعـزز الفرضـيتان اللتـان تـم طرحهما في البداية إلا وهما :

- يعاني المصاب بالعجز الجنسي من اكتئـاب و مـن اهتـزاز صورة الذات

و عبر نتائج العمل الميداني تبين لنا أن كلتا الحالتان يعانيان مـن اكتئاب و عدم استقرار صورة الذات , ومنه قد اثبت الاختبار و المقابلة صدق الفرضيات المطروحة

2.5 - توصيـــــات وإقتراحـــــات

في ختام هذا البحث الذي كان الهدف منه إلقاء الضوء على إحدى أهـم النقاط الحساسة بالنسبة للرجل ألا وهي حياته الجنسية، قد حاولنا أن نتأكـد من وجود عرضين نفسيين ينتجان عن الإصابة بخلل الوظيفـة الإنتـصابية ويتمثل هذان العرضان في: الإكتئاب واهتزاز صورة الذات وهذا ما أثبتنـاه فعلا من خلال الدراسة المعمقة للحالتين المعروضتين وقد سمح لنـا ذلـك بإدراك أهمية البعد الجنسي في حياة الرجل، ومدى تأثر حالته النفـسية مـن كل الجوانب في حال فشل كليا أو جزئيا في تحقيق الإنتصاب وعلى الرغم

من أن نتائج هذا البحث لا يمكن تعميمها على كل الحالات ، لكن ما يمكـن أن نقوله بهذا الصدد هو أن إصابة الرجل بالعجز الإنتـصابي لا يمكـن أن يحدث دون ترك أثار نفسية سلبية على صاحبها، فتختلـف مظاهرهـا مـن شخص لآخر ونحن في هذا البحث حاولنا تخصيص الإكتئاب وصورة الذات بالدراسة لكونهما العرضين الأكثر بروزا واحتمالا في هذه الحالة.من أهـم الصعوبات التي واجهتنا هي:

- صعوبة إيجاد عينة دراسة حيث أن أغلبية الرجال رفـضوا مطلقـا الحديث عن أمورهم الشخصية و حياتهم الجنسية في سبيل القيـام بدراسـة نفسية.

- لم تقتصر الصعوبة على الجانب التطبيقي فقد واجهتنا صعوبات كبيرة في الجانب النظري اثنا محاولتنا الإلمام بمختلف المعلومات النظرية حـول : العجز الجنسي و الجنسية بشكل عام خاصة و أننا لم نجد أي كتـاب علـى مستوى الجامعة يتطرق للمواضيع الجنسية من منظور نفسي.

- نظرا لندرة الكتب باللغة العربية و التي تتناول موضوع دراستنا فقـد حاولنا القيام بالترجمة إلى اللغة العربية لذلك قد يكون التعبير ركيكا نوعا ما

- صعوبة التعامل مع أفراد العينة , نظرا لحساسية الموضوع و صعوبة تحليل اختبار الروشاخ الذي يتطلب خبرة واسعة و تطبيق متكرر قبل الـتمكن من تحليله بصورة موضوعية و ذلك ما لم نتلقاه في تكويننا المتواضع .

قد خلصنا في النهاية إلى و ضع بعض الاقتراحات التي نتمنى تحققها في المستقبل و هي :

- نشر التوعية و الثقافة الجنسية حتى يدرك كل رجل أهمية التعبير بدون خجل عن مشاكله الجنسية لأنه و في كثير من الأحيـان يكـون مجرد الحديث عن المشكلة حلا بحد ذاته في العديد من الحالات .

- هناك تخصص من النادر جدا تواجـده بـالجزائر و هـو علـم الجنس La sexologie يجب محاولة توفير هـذا التكـوين علـى مستوى الجامعات خاصة و أن المشاكل الجنسية واسعة الانتشار.

- نصيحتي إلى كل طالب في علم النفس العيادي أقـول لهـم : إن مجال الاضطرابات الجنسية مجال جد واسـع و غنـي بالمواضـيع الحساسة التي لم تخضع بعد للدراسة , لذلك يجب التغلـب علـى أفكار مجتمعنا المعيقة لطموحاتنـا العلميـة و التطـرق لكـل هـذه المواضيع حتى و إن كانت حساسة , خاصـة و أن مجـال عملنـا كأخصائيين سوف يجبرنا على التعامل مع حالات مماثلة.

Références

(1) http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-2002-TEXF-PU-2002
(2)http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-2002-TEXF-PU-2002
(3)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/francois_blanchette/pdf_f_blanchette.html
(4) www.gfmer.ch/Chalumeau_Formation/pdf/f
(5) http://www.sospsy.com/Bibliopsy/Biblio/biblio073.htm
(6)http://www.sospsy.com/Bibliopsy/Biblio/biblio073.htm
(7)http:/www.sospsy.com/Bibliopsy/Biblio/biblio073.htm
(8) http://www.sospsy.com/Bibliopsy-Ferenzi
(9)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/alexandra_dominique/pdf_a_dominique.html
(10)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/alexandra_dominique/pdf_a_dominique.html
(11)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/alexandra_dominique/pdf_a_dominique.html
(12)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/marie José thivierge/pdf_.html
(13)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/alexandra_dominique/pdf_a_dominique.htm
(14)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/huguette_laplante/pdf_h_laplante.html
(15)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/huguette_laplante/pdf_h_laplante.html
(16)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/huguette_laplante/pdf_h_laplante.html
(17)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/huguette_laplante/pdf_h_laplante.html
(18)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/huguette_laplante/pdf_h_laplante.html
(19)http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/francois_blanchette/pdf_f_blanchette.html
(20) www.psychiatriinfirmiere.Free.fr/definition/depression.html
(21) Nathalie oubrayrie/ www.univ-tlse.fr

الكتـــاب الإلكترونـي لشبكـــة العلـــوم النفسيـــة

العـــدد 4

إضطرابـــات الشخصيـــة

أ.د. عبـــد الرحمـــان إبراهيـــم

Full Texthttp://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104

Summary : http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB4

المركـــز الرقمـي للعلوم النفسيـــة

رئيس الموقـع : الدكتور عبـد الرحمـــــن إبراهيـــم

www.dcpsy.com

إضطرابـــات الشخصيـــة

أ.د. عبـــد الرحمـــــن إبراهيـــم –سوريـــا

فحـــص الحالـــة العقلية الحاضرة

أ.د. عبـــد الرحمـــــن إبراهيـــم –سوريـــا

www.arbpsynet.com/Books/A-Ibrahim.B1.pdf

تطـــــــور الهويـــــــــة الجنسيـــــــة *

رؤية من منظور الصحة والمرض

د. أسامـــــــــة عرفـــــــة – الطـــــــب النفســـــي – القاهـــــــرة، مصـــــــر

arafa_creations@yahoo.com

مدخـــــــل: ما سأقدمه فيما يلي هو عرض لبعض جوانب من عدد من الحالات تم اختيارها بذاتها لقناعتي أنها تصلح لبناء نسق افتراضي عن تصور لمسار نمو التركيب والتوجه الجنسي.

1 - عـرض الحـالات

1.1 - الحالـــــــة الأولـــــى

من تاريخ الطب النفسي/ التحليل النفسي: من مذكرات شريبر:

في فترة الحضانة لنوبة مرضه الثانية حلم مرتين أو ثلاث مرات بأن اضطرابه العصبي قد عاوده وقد أشقاه ذلك في الحلم بقدر ما أسعده عند اليقظة إذ تبين أن الأمر لم يكن غير حلم. هذا أنه ذات صباح بينما كان في حالة بين النوم واليقظة خطرت له فكرة بأنه في نهاية الأمر لابد أن يكون جد جديد في الواقع أن يكون إمرأة تعاني فعل الجماع.. بعدها بفترة يصف لنا خلال فترة مرضه ضمن ما وصفه:

كان يعتقد أنه منوط برسالة لتخليص العالم وليعيد إليه الفردوس المفقود ولكن ذلك ما كان ليستطيع أن يتحقق ما لم يتحول أولا من رجل إلى امرأة.

إن أعصاب المريض قد اتخذت إن جاز القول طابع الأعصاب الأنثوية الشهوية وأسبغت على بدنه طابعا أنثويا إن كان كثيرا أو قليلا وبصفة خاصة أسبغت على جلده نعومة مميزة للجنس المؤنث فإذا ما ضغط بأصابعه ضغطا هينا على أي جزء من بدنه فإنه يستشعر هذه الأعصاب تحت سطح الجلد كنسيج من الخيوط أو الحبال الدقيقة، وهي توجد بصفة خاصة في منطقة الصدر في المكان الذي يستقر فيه الثديان عند المرأة:

وبضغطي على هذا النسيج يكون بوسعي أن أستثير إحساسا باللذة الشهوية كهذا الذي تستشعره النساء وخاصة إذا ما فكرت في شيء أنثوي في الوقت نفسه..

لقد غدت عندي عادة شديدة التواتر; أن أرسم لبدني ردفي امرأة - فليحلله العار من يسيء الظن في ذلك - إلى حد أنني أفعل ذلك بشكل لا إرادي تقريبا كلما انحنيت للأمام.

وإن لدي من الجسارة ما يكفي لأن أؤكد بأن أي شخص يتفق له أن يراني أمام المرآة وقد تعرى الجزء الأعلى من جزعي.. وخاصة إذا ما تعزز هذا الخداع بشيء من التزين النسائي من جانبي..

سوف يستولي عليه بالتأكيد الانطباع بأنه يرى صدر امرأة

وهو يطالب بإجراء فحص طبي عليه كيما يثبت أن الأعصاب الشهوية تنتشر في كل بدنه من رأسه إلى قدمه وتلك حالة لا توجد في اعتقاده إلا في البدن الأنثوي بينما لا توجد الأعصاب الشهوية عند المذكر على حد علمه إلا في العضو التناسلي وفي المنطقة المحيطة به مباشرة

واللذة الشهوية التي تزايدت من جراء تراكم هذه الأعصاب في بدنه هي من الشدة بحيث لا يحتاج الأمر إلا إلى جهد هين من خياله (وخاصة عندما يكون راقدا في فراشه) كيما يتزود بإحساس من الراحة الشهوية يتيح له بدرجة كافية من التمييز (إرتشافة تذوق) للذة الجنسية التي تنعم بها المرأة في الجماع.

2.1 - الحالـــــة الثانيـــــــة

مقتطف من حالة اضطراب بارانوي تحت المزمن لامرأة تبلغ من العمر 32 عاما متزوجة ولها ولدان حاصلة على تعليم عال تعمل كمدرسة

اليوم ده كان بالليل كنت نائمة جنب جوزى في السرير هو كان نايم وأنا كنت لسه ما نمتش لقيت نفسي بأسمع صوت:

هي: هو أنا بأسمع صوت هو حد معايا.
الصوت: أيوه ماحدش ها يسمعنا ويقول الذهول.. الذهول (يذكرها بمرحلة انهيار سابقة).
هي: إيه ده صوت الدكتور (...)
الصوت: لأ مش الدكتور (...) الذهول .. الذهول... مش ها أجيلك إلا إذا إفتكرتيني.
هي: أنت (...) مش عارفه أجيلك تعالى أنت.
في ثانيتها ركب جسمي.. ما كنتش مصدقة أي حاجة.. الكوفرته ارتفعت..

جسمي سخن... سبت الأوضة ورحت أوضة ثانية عشان أبقى على راحتي بقيت حاسة بضم إيده.. حاسة بنفسه.. أنا عارفه ان مافيش راجل دخل الأوضة لكن هو كان معايا يبقى لازم جه.

ما استمتعتش عمري زي ما استمتعت اليوم ده ولم أحس بلذه وشبع زي ما حسيت اليوم ده.. سابني رجعت الأوضة نمت نوم عميق.

في الصبح لقيت نفسى مقسومة اثنين نصف جسمى راجل (النصف الشمال)، نصف جسمي ست. (النصف اليمين): حسيت عضلاتي منتفخة وقوية ومشدودة ووشى متجمد مش جسمي خالص... النصف الشمال ده راجل بالضبط وكل ما أمسك حاجة من حاجات جوزي

الصوت يقولى ها أطلقك منه.. قعدت بعدها ثلاث أيام مقسومة الشربة الواحدة أحس إنها بتروح لاثنين، اثنين جسم.. اثنين بطن...

دخلت الحمام عشان استحمى بقيت حاسة أني بأحمى واحد ثاني معايا موجود تحت جلدي لدرجة إني عايزة أعمل إشاعة عشان أعرف إيه ده.

في مرحلة انهيار سابقة عن هذه الحالة بحوالي عامين، في نوبة ذهان حادة وصفت المريضة وكانت حاملا وقتها أنها انتابها إحساس بأنها نامت جنسيا مع كل رجال الأرض وأن حملها هذا نشأ عن ذلك.

3.1 - الحالـــــة الثالثـــــــة

مقتطف من حالة لشاب في الثامنة والعشرين من عمره أعزب حاصل على مؤهل عال ويعمل محاسبا... ولكن هذه الحالة تمثل مشكلة تشخيصية حيث توقف المريض في حالة بينية لم يتمادى فيالمسار الفصامي كما لـم يستكمل المسار في اتجاه التحول الجنسي أو العصاب القهري وبقـى فـي حالة مكافئة لاضطراب الشخصية.

- عدم إحساس بالرجولة حتى وقت متأخر.
- أمارس العادة السرية بطريقة غريبة خاصة بى... (بضغط العضو للخلف قليلا مع ضغطه بين الفخذين حيث لا يحدث القذف أو اللذة إلا في هذا الوضع).
- لو حدث انتصاب كامل لا يحدث قذف أو لذة.
- مراكز اللذة في الأعضاء التناسلية انتقلت بدل ما تكون في القضيب أصبحت في مؤخرة القضيب والخصيتين.
- صغر الأعضاء التناسلية والخصيتين (لم يثبت ذلك مع الفحص الطبي) أدى إلى إحساس بعدم القدرة على الزواج وممارسة الجنس مع النساء.
- أتمنى أن أتخلص من العضو الذكرى وأحيانا بيجى لي إحساس أن أكون ست عشان أرتاح أهو الواحد هايتجوز وخلاص.

وكان من الملاحظ في هذه الحالة وجود أعراض اكتئابية وجسدنة بالإضافة إلى هلاوس شمية (لا ترقى لتشخيص الفصام!!) وأعراض تشبه الوسواس القهري.

4.1 - الحالـــــة الرابعـــــة

مقتطف من حالة لرجل يبلغ من العمر 56 عاما يعمل طبيبا

أنا مرة من المرات قابلت زميلي ده ويومها كنت واخد حمام وعملت العادة السرية وأنا دائما بقالى فترة لم أمارس العادة السرية أحاول أتداعي يعني زي ما بيقولوا أسيب نفسي كده فسبت نفسي وبصيت لقيت شعور داخلي من جنس ده وأنا صاحى مش نايم لزميلي ده غريب وسبت نفسي أحس بيه بالضبط كده ففوجئت إن أنا حسيت بجنس يملأ ثلث جسمي الشمال كله بما فيه كتفي ودراعي بس كانت حاجة صدقوني يعني إن كانوا يحكوا عن جنس من غير Inhibition يعني عاوز أقول حاجة.. الجنس ده إذا كنا بنحس بيه في الجنة، النوع ده يبقى الجنة، دي جنة ما فيش كلمة قدرت توصفها لغاية النهاردة وسبت روحي على الآخر ما همنيش إن أنا مع راجل، راجل فوقيه راجل جنبي بأبوس فيه ما همنيش.. السعادة كانت أن أنا حسيت إحساس لا عمري حسيته وصدقوني لما أقول ليوم لما أموت مش هاحسه.

5.1 - الحالـــــة الخامســـــــة

مقتطف من حالة لرجل في الـ 25 من عمره طالب طب متزوج وليس له أولاد وتشخيصه فصام بارانوي

عند بداية البلوغ كان يتحسس أمه جنسيا بعدها بـ 3 سنوات طغى عليه إحساس ملح ومسيطر بالذنب صبغ حياته وأرقه بعدها بفترة بدأ المريض يتحول جسمه إلى جسم أنثوي حيث بدأ يشعر بأن نصف جسمه الشمال أصبح رقيق الحس ناعم الملمس ذا إحساس أنثوي وأنه كان عندما ينظر للمرأة يشعر أن لديه ثدي امرأة على الناحية اليسرى من جسمه.. بعدها كانت أحاسيس التحول هذه تشمل جسده ككل بل أصبح يشعر أن لديه عضوا تناسليا أنثويا مع رغبة جنسية وتلذذ جنسي كأنه أنثى تمارس الجنس مع الرجل وقد واكب هذه المرحلة ظهور أعراض ضلالات الاضطهاد لدرجة معوقة لعلاقات المريض بالآخرين. بعد محاولات العلاج انتقل المريض لمرحلة رابعة أعرب فيها عن توارى وتضاؤل إحساسه بالتغير الأنثوي لجسده غير أنه أشار إلى وجود رغبة ملحة في ممارسة مثلية للجنس.

6.1 - الحالـــــة السادســـــة

هي حالة سيدة تبلغ من العمر 25 عاما طبيبة متزوجة تشخيصها بين الفصام البارانوي حينا والهيبيفريني حينا آخر.

في أثناء نوبة ذهان حادة تتميز بالتناثر الواضح أشارت المريضة إلى إحساسها بأنها مرغوبة جنسية من رضيعها .. من أبيها .. من زميلاتها .. من الشباب ... وكانت تلح عليها هذه المشاعر بشدة لدرجة أنها كانت تتعمد عدم الاقتراب من رضيعها. وقد أظهرت هذه المريضة نفسها بعد سنة من هذه النوبة اندفاعه مفاجئة Impulse عبارة عن سلوك جنسى شديد ومندفع في اتجاه الممارسة الغيرية خارج إطار الزواج يعقبها أعراض اكتئابية شديدة ومتفاوتة.

2. القـــــراءة والتنظيـــــــر

بالنظرة المبدئية إلى النماذج الخمسة الأولى نلاحظ أن القاسم المشترك بينهم هو ظهور الدلائل على نشاط وحركة الجانب الآخـر مـن الوجـود الجنسي لكل من الذكر والأنثى. والحديث عن الثنائية الجنسية ليس بالأمر الجديد فقد تداوله فلاسفة في خطاباتهم مع فرويد عن أن أي لقاء بين رجـل وامرأة هو في الحقيقة لقاء بين أربعة، لقاء بين رجل بداخله امرأة وامرأة بداخلها رجل... كما أشار يونج لفضية الثنائيـة فيمـا عرضـه للأنيمـا والانيموس. anima & animus والممارس لمهنة الطب النفسي يقابل دائما مظاهر الثنائية الجنسية فيما يعرض له من حالات الجنسية المثلية والتحول الجنسي وتعدد الشخصيات والذهان البارانوي والفصام.

غير أن ما يهمني استعراضه هنا ومحاولة طرح علاقاته هو موقع هذه الثنائية الجنسية في تطور تكوين الهوية الجنسية لدي الذكور والإناث.

إن المفتاح لفهم هيراركية تطور الهوية الجنسية، يبدأ مـن ملاحظـة الاختلاف في التعبير عن الإشارة للسلوك الجنسي فـي حـالات الـذهان البارانوي بين الذكور والإناث; ذلك أنه من المتواتر أن يشكو الذكور مـن التلميح إلى شذوذهم الجنسي، في حين تشكو الإناث من التلميح إلى سـوء سلوكهم أو الإباحية الجنسية تجاه الرجال.

يذهب هندرسون في تفسير ذلك إلى أن الأساس هو ظهـور الجـنس المكبوت إلى الوعي، وأن السبب في الاختلاف أن الجنسية الغيرية مقبولة ضمنا للرجال، لذا فالمكبوت لديهم هو الجنسية المثلية في حين أن المكبوت

لدي الإناث هو الجنسية الغيرية ذاتها.

وفي رأيي أن المسألة غير ذلك: ذلك أنه في كلتـا الحـالتين سـواء الذكور أو الإناث ، تكون الحاجة الأساسية والظاهرة في كثير من الأحيان هي الاحتياج للعلاقة مع ذكر فتترجم هذه الحاجة لدي الذكور علـى أنهـا نوع من الشذوذ، أما لدي الإناث فهي تظهر على صورة ما يسمى إباحية جنسية (عدم القدرة على الكف) تجاه الرجال.

وهذا التصور يضعنا أمام نقطة فاصلة في فهـم هيراركيـة التطـور الجنسي ذلك أنه لا يجعل المسألة مجرد تنشيط للرغبة في الجنسية المثليـة كما ذهب فرويد، بل هو تنشيط للجانب الأنثوي من وجودنـا سـواء فـي الذكور أو الإناث - ويفهم من ذلك ضمنا أن الذهان البارانوي بصفة عامة يكشف ضمن ما يكشف عن هذا المستوى الأنثوي في التكوين الإنـساني ، لكن عند تطبيق هذا الفرض سوف نقابل مشاكل تفصيلية خاصة في حالـة الإناث: إذ لماذا لا يظهر هذا المستوى الأنثوي إلا فـي الـذهان مـع أن الوجود الظاهر في الحالة العادية أنثوي بالقطع، ثم أيـن موقـع الثنائيـة الجنسية للإناث ؟؟

يمكننا أن نضع التصور الهيراركى التالي لنمو وتطور الهوية الجنسية لدى الذكور والإناث. على النحو التالي:

المستـــوى الأول: اللاتمايز الجنسي (Undifferentiated Level) ويمثل المرحلة من التطور قبل أي تمايز لأي اتجاه جنسي.

المستـــوى الثانـــتي: المـستوى الأنثـوي الأول (Primary Feminine Level) بمعنى نمو الجانب الأنثوي لدى الذكور والجانب الأنثـوي الأول لدى الإناث.

المستوى الثالث: مستوى الثنائية الجنسية (Bisexual Level) ويتميز بنمو الجانب الذكرى الأول لدى الذكور والجانب الذكرى لدى الإناث.

المستوى الرابع: مستوى التميز الجنسي وتحديد الهوية (Dominant sex Level) وفيه يتم تحديد نوع الجنس السائد لكلا النوعين، وذلك بنمو الجانب الذكرى الثاني لدى الذكور والجانب الأنثوي الثاني لدى الإناث (وهذا المستوى الرابع يتسع لاستيعاب المستوى الأوديبي -المحارمي- والمستوى الناضج) والرسم التخطيطي التالي يلخص هذه الفكرة:

Female/الأنثى		Male/الذكر
F1 MF2	Dominant sex level(4)	FM1 M2
	تحديد الهوية	
F1 M	Bisexual level (3)	FM1
	الثنائية الجنسية	
F1 (Fm)	Feminine level (2)	F (Fm)
	الأنثوي الأول	
0 (fm)	Undifferentiated level (1)	0 (fm)
	اللاتمايز	

هذا التصور السابق يمكن أن يطرح العديد من الأسئلة والقضايا لكـن ما يهمني التركيز عليه الآن في ضوء هذا الفرض هو أهميـة اسـتيعاب فكرة المستوى الأنثوي الأول وملاحظة أن هذا المستوي بالذات - ربمـا لأسباب في توازى التطور بين الوظائف والمستويات المختلفة - يتميـز بعلاقة متشابكة مع المستوي الوالدي المتابع .. المراقب... اللائم.. المانع كما يتضح ذلك خصوصا - كما سبق أن أشرنا- في العلاقات التركيبيـة في الذهانات البارانوية.

والنقطة الثانية التي يجدر الإشارة إليها هي فكرة أن تحديد الهوية تـتم وفقا لعملية توازن بين عناصر أو مستويات نمو مذكره وأخرى مؤنثة وحسب نوع الجنس ينمو أحد جوانبها بشكل أكثر اضطرارا ليعطى الصورة النهائية للنوع وليحتوي نشاط الجانب الآخر من الوجود الجنسي. فإذا ما حاولنا اختبار هذا النسق من خلال النماذج التي عرضناها سـنجد ما يلي:

أولا : المستـــوى الأنثـــوي الأول

* نرى التعبير عنه بوضوح شديد في حالة شريبر في وصفه للتحول إلى امرأة وكذلك في الحالة الخامسة (في مرحلته الثالثة): التحـول بكـل الجسد إلى الإحساس الأنثوي مع الإحساس بتكون عضو جنسي أنثوي.

* وإذا ما رجعنا إلى الحالة الثانية في حالة الانهيار الأول، ووصف السيدة لإحساسها بأنها نامت مع كل رجال الأرض، يظهر لـدينا مـدي البدائية والقوة لهذا المستوي النشط (مقارنة مثلا بالمستوي الأنثوي الثـاني الهادئ والناضج لدى الإناث الذي يخـضع لعوامـل التربيـة والعـرف الاجتماعي...إلخ).

* وأغلب الظن أن نشاط هذا المستوي البدائي هـو مـن العناصـر الجوهرية في الذهان البارانوي. وإذا تخيلنا معا محاولة إضافة طبقة مـن الدفاعات على هذا الجوهر المتمثل في تحول الجسد المـذكر إلـى جـسد مؤنث وفي نوم هذه السيدة مـع كـل رجـال الأرض لكانـت الـصورة الإكلينيكية أقرب ما تكون على النحو التالي:

في الذكور تتوارى أحاسيس التحول إلى أنثى ويحل محلها الإحـساس بإشارة الآخرين إلى شذوذه الجنسي وفي الإناث يتوارى الإحساس بـالنوم مع كل رجال الأرض ويظهر الإحساس بتلميحات الآخـرين إلـى سـوء سلوك المرأة وإباحيتها الجنسية تجاه الرجال.

ثانيـــا : المستـــــوى الثنائيـــــة الجنسيـــــة

ظهر في الحالة الثانية (خلال تحول الأيام الثلاثة): من خلال الشعور بمسألة نصف الجسم امرأة ونصف الجسم رجل.

وفي الحالة الثالثة: ظهر في صورة حل وسط بين الذكورة والأنوثة:

* مع الانتصاب الكلى لا يحدث قذف.

* تحدث اللذة مع توجيه العضو تجاه المؤخرة.

* انتقال مراكز اللذة من طرف القضيب إلى منطقة وسط بين الطرف والمنطقة الأنثوية (نهاية القضيب والخصيتين).

وفي الحالة الرابعة: ظهر في شكل الشعور بلذة الجنس أثناء تخيل خبرة مثلية في نصف الجسم.

وفي الحالة الخامسة: في مرحلته الثانية: ظهر في تحول نصف الجسم إلى الإحساس الأنثوي.

توضح هذه الأمثلة الأربعة النشاط المتلازم لجاني الوجود الجنسي لدرجة اقتسام احتلال الجسد وتقاسم مناطق الشعور باللذة، الأمر الذي يجسد بجلاء متحد مستوى الثنائية الجنسية ويلاحظ في هذا المستوى أمران:

- الأول: توارى ضلالات الاضطهاد أو المنظومات الضلالية مقارنة بها في المستوى الأنثوي الأول.

- الثاني: أنه في الحالة الثاني والرابع والخامس نجد أن النشاط الخاص بالجانب الآخر للوجود الجنسي يظهر على جانب الجسد التابع للنصف المتنحى للمخ، فيظهر الرجل في الحالة الثانية في النصف الأيسر للمرأة وتظهر المرأة في الحالة الخامسة في النصف الأيسر للرجل، ويشعر الرجل بالجنس أثناء الأخيولة المثلية في نصفه الأيسر ، وهو أمر جدير بالملاحظة والتأمل.

قبل الانتقال إلى المستوى التالي من تطور الفرض لابد لنا من وقفة لتوضيح أن موقع الجنسية المثلية (وليس ضلالات الجنسية المثلية) لا ينتمي إلى المستوى الأنثوي الأول بل إلى مستوى الثنائية الجنسية، وهذا يجرنا في الواقع إلى استيعاب أن الجنسية المثلية ما هي إلا شكل محور من الثنائية الجنسية وأنه أثناء ممارسته الجنسية المثلية إنما يقوم الفرد بممارسة كليته الجنسية جميعها أي ثنائيته الجنسية. كما أنه على سبيل التذكر فإن الذكر الموجب في الجنسية المثلية إنما يمارس ذكورته مع ذكر أي يمارس ذكورته وأنوثته، والذكر السالب إنما يمارس أنوثته مع ذكر يمارس ذكورته مع ذكر أي يمارس أنوثته وذكورته.

ثالثـــا: المستـــوى الأوديبـــي (مستوى علاقات المحارم)

مع الانتقال تركيبيا من المستوى الأنثوي الأول إلى الثنائية الجنسية ثم إلى مستوى الجنس السائد نرى أن المستوى السائد - تركيبيا - والذي يمثل تمام النمو الجنسي يتسع في داخله ليشمل ديناميات نمو فيما يتصل بالموضوع الجنسي غاية في الأهمية، والفضل هنا لابد أن يرجع إلى فرويد فيما وصفه عن الموقف الأوديبي -إذ نلحظ إشارة واضحة إلى ذلك في الحالة الخامسة في مرحلته الأولى إذ يصف التلامس الجنسي مع الأم خلال فترة البلوغ والذنب المصاحب لذلك - غير أن ما يجب الإشارة إليه هنا هو أن الملاحظات الإكلينيكية تفرض علينا الاتساع لاحتواء ما هو أبعد من الموقف الأوديبي، ذلك أننا نرى أيضا الموقف الأوديبي العكسي متمثلا في رغبة الأم في ابنها ورغبة الأب في ابنته وموازيا لها علاقة الأخ بالأخت.. لذا أفضل أن نشير هنا إلى تعبير علاقات المحارم وهو التعبير الأقرب إلى فكرة المستوى المحارمي كمرحلة أولى في ديناميات تطور الموضوع الجنسي من خلال التميز الجنسي.

بالنظر إلى المستويات الثلاثة السابقة إجمالا يجب أن نلاحظ مسألتين:

الأولى: أن الحالة الخامسة بالذات تمتاز بثرائها في وصفها للمستويات الأساسية بل الانتقال بينها في تدرج مثير: من الموقف الأوديبي إلى الازدواجية (نصف جسم امرأة) ثم إلى المستوى الأنثوي الأول (كل الجسم امرأة) ثم العودة مرة أخرى إلى الازدواجية (تلاشى الإحساس الأنثوي للجسد مع الرغبة في الجنسية المثلية). مع تكرار التنقل وتداخل المستويات أحيانا.

الثانية: إن نمو وتطور هذه المراحل الثلاث إنما يتم على محاور ثلاثة:

المحور الأول: محور ما قبل انبعاث النشاط الجنسي Presexual phase.

ويتم فيه تمييز هذه المراحل.

المحور الثاني: محور ما بعد انبعاث النشاط الجنسي Sexual phase

ويتم فيه الحركة بالمحتوى الجنسي Sexualization (الجنسنة).

المحور الثالث: ما يمكن أن يطلق عليه النمو المتوازي.

ذلك أنه بعد تميز النمو إلى مراحله الثلاث طبقا للهيراركيه المقترحة، تستمر هذه المستويات الثلاثة في النمو المتلازم والمتزامن وفي إطار الهارمونية الهيراركية المشار إليها.

رابعـــا: مستـــوى الجنس الطاقـــة /المصـــــدر

إن الحالة السادسة تنفرد بطرح مستوى من النشاط الجنسي الذي يمكن وصفه بالجنس الكلى Pan sex. إذ يطرح مستوى من الجنس عام ومتفش يجعلنا نتصور أن المستوى النشط في هذه الحالة ليس أيا من المستويات السابقة بل إن المتفجر هنا هو الجنس ذاته Raw sex أي الجنس الطاقة/المصدر: قبل أن تتشكل في أي مستوى من مستويات التطور السالف الأمر الذي يجعلني أضيف احتمال وجود هذا المستوى إلى الهيراركية; السابقة ليصبح على النحو التالي:

6- المستوى الناضج / Maturation
5- المستوى المحارمى (الأدويبي) / Oedibal level -
4- مستوى الثنائية الجنسية / Bisexual level
3- المستوى الأنثوي الأولي / Primary feminine level
2- اللاتميز الجنسي / Asexual level (undiff. Level)
1- الجنس : الطاقة - المصدر / Raw sex

إن كل مستوى من هذه المستويات يحتاج لشرح ودراسة متعمقة وواقية تخرج عن حدود هذه المقالة الابتدائية والتي تهدف بشكل مبدئي إلى طرح إطار هذه الهيراركية. غير أنه من المهم أن نشير إجمالا إلى الهيراركية الباثولوجية الموازية لهيراركية النمو هذه:

نجد أنه إذا ما اتجهنا في عكس مسار النمو لنرى الاحتمالات الباثولوجية عند كل مرحلة سنجدها أقرب إلى التالي:

1- **المرحلة الأوديبية (مستوى المحارم):** تقابلنا هنا حالات علاقات المحارم - المشاكل المرتبطة بقضايا العلاقة بالآخر كما تظهر أيضا خلال التعرية التي يحدثها مسار العملية الفصامية.

2- **مستوى الثنائية الجنسية:** هنا تقابلنا مشاكل التحول الجنسي والجنسية المثلية والازدواجية الجنسية وظواهر المخاوي والانشقاقات الهيستيرية وبعض حالات البارانويا التخيلية المزمنة وكذلك في مسار العملية الفصامية.

3- **المستوى الأنثوي الأولي:** هنا كما سبق الذكر منطقة الذهانات البارانوية وكذا العملية الفصامية.

4- **مستوى الجنس الطاقة المصدر:** يتبدى خلال المسار الفصامي وكذا في نوبات الذهان الاندفاعي Impulsive Psychosis

ومن الملاحظ أن الفصام يمكن أن يظهر كل مستويات النمو هذه ويدخل في التشخيص التفريقي مع بقية الاحتمالات الباثولوجية المرتبطة بكل مرحلة من مراحل النمو المذكورة.

خاتمـــــة

إن ما سبق ليس إلا افتراضا نظريا يحاول أن ينظم المعطيات الإكلينيكية، وهو في رأيي يطرح العديد من الأسئلة والاحتمالات، إذ يغامر في جانب ويعيد الصياغة في آخر، آملا أن يكون فاتحة لحوار يرفضه أو يقبله أو يصححه أو يثريه، بما يضيف ويعدل.

*الإنسان و التطور: عدد 56 أكتوبر 1993

مجلـــة الإنســـان والتطـــور

www.arabpsynet.com/Journals/ME/index.me.htm

الجنـــســـانيـــــــة فـــي العلاقـــــــات الزوجيـــــــة

د.كلتـــــــوم بلميهـــــــوب – علـــــم النفـــــس – الجزائـــــر
belmihoubkeltoum@yahoo.fr

مدخـــــــل: الزواج هو تلك العلاقة الإجتماعية الوحيدة الدائمة بين الرجل والمراة التي يباركها الله سبحانه وتعالى لأنها الأساس الشرعي السليم لتكوين الأسرة خلية المجتمع الأولى يقول تعالى (ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها و جعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون). ''سورة الروم الاية"21, وهو من أهم الأحداث الكبرى في حياة الإنسان, تلك الأحداث هي الميلاد والزواج والموت. أما الميلاد والموت فيحدثان دون أن تكون لنا يد فيهما, أما الزواج فالإنسان هو الذي يقرر بمن سيتزوج ومتى.

(عبد الرحمان,1986,ص1986)

والزواج أمل الغالبية العظمى من الشباب ذكورا وإناثا وخاصة في مرحلة العقد الثالث من الحياة , لما يسهم به في تحقيق التوافق النفسي والإجتماعي لديهم , ولأن الزواج يمثل قنطرة عبور , بين إحتياجات المجتمع لكي يحافظ على كيانه , وإحتياجات الأفراد لتحقيق ذواتهم , وهو بناء تأسيسي لإشباع توقعات كل من الفرد والمجتمع , وهو أحد الشعائر المهمة للعبور من تبعية الطفولة إلى الحرية والمسؤولية المميزة للشخص الراشد.

والزواج مطلب أساسي من مطالب النمو,الذي إذا تحقق إشباعه بنجاح أدى إلى الشعور بالسعادة وأدى إلى النجاح في تحقيق مطالب النمو مستقبلا بينما يؤدي الفشل في إشباعه,إلى نوع من الشقاء وعدم التوافق مع مطالب الفترات التالية من الحياة. فللزواج إذن أهميته الكبيرة كعملية إجتماعية وكخطوة أساسية في تكوين الأسرة,وللدور الذي يسهم به في تحقيق التوافق النفسي لكل من الرجل والمراة .

فالزواج هو السبيل الذي يلتمس فيه كل منهما طريقه الى شريك من الجنس الأخر, يجد عنده الحب والدفء والوفاء والصدق,ويحقق له السعادة الشخصية , ويجنبه الغواية , ويشبع له العديد من حاجاته النفسية والإجتماعية والفزيولوجية التي يصعب تحقيقها دونه. (المرجع السابق,1986, ص1)

1 - الحاجـــات التي يشبعهـــا الزواج

يسهم الزوا ج في إشباع العديد من الحاجات والدوافع التي يصعب إشباعها دونه فهو يشبع:

1.1 – الدافـــــع الجنـــسي

الذي هو الدافع البيولوجي الوحيد الذي يتأجل إشباعه عند كثير من الشباب في مجتمعنا, إلى مابعد الزواج . والجنس كدافع قوي يعد أحد الحاجات ذات الإهتمام وذات المكانة الأساسية في العلاقات الزوجية الذي يمكن بإشباعه , تحقيق الإرضاء النفسي والراحة الجسدية , فلا يقف إشباع الدافع الجنسي على جانبه الفيزيولوجي فحسب بل هو إشباع نفسي في الوقت ذاته.

ولاشك أن إشباع الدافع الجنسي عن طريق الزواج , يحدث إرضاء نفسيا وجسديا معا في علاقة يرضى عنها المجتمع , وهو مالا يمكن أن يتحقق في علاقة جنسية أخرى غير شرعية.

2.1 - الحاجـــــة للحـــب والتقديـــــر

في دراسة لستروس 1945Strauss على عينة من الشباب والفتيات عددهم 373 , من المقترنين في خطوبة أوالمتزوجين بالفعل منذ أقل من سنة , كانت هناك قائمة بأهم الحاجات التي كانوا يأملون إشباعها , عن طريق الزواج فجاءت الحاجة (إلى شخص يحبني) هي أول الحاجات لكل من الرجال والنساء , بينما جاءت الحاجة (إلى شخص أبوح له بأسراري) في المرتبة الثانية , فالحب دافع قوي نحو التعاون في مواجهة مـشكلات وإحباطات الحياة , لأنه علاقة مختارة, ويتبعه الشعور بالأمن والإطمئنان , وأن التأييد العاطفي إنما ياتي نتيجة أن الشخص محبوب مـن الأخـرين ويحبونه لذاته وأنه ذو قيمة لديهم.

3.1 - الحاجـــة لتأكيد الذات وإثبات الهوية

إن الإنفصال عن الأسرة الأصلية , وتكوين أسرة جديدة , يدعم الشعور بالذات وإثبات الهوية.

فقد أوضحت دراسة هردر harder 1970 عن تحقيق الذات والحالة المزاجية والتوافق الشخصي لدى النساء المتزوجات.أن عامل التوافق يرتبط إرتباطا موجبا وعاليا , بالتوجه الداخلي للذات (تحقيق الذات) , ويرتبط إرتباطا سالبا وعاليا بالعصابية والقلق الصريح , و وجود علاقة موجبة بين الوقت الذي مضى على الزواج وتحقيق الذات , كما وجدت علاقة إرتباطية موجبة وعالية بين الإنفتاح في العلاقات والمرغوبية الإجتماعية , وأن الرضى عن الدور الزواجي يرتبط إيجابيا بمعدلات السعادة الزوجية و ان مستويات الأمزجة الخمسة (المرح – الاكتئاب, ثراء الحياة –فراغ الحياة, الصحبة –العزلة, الهدوء-القلق, الطاقة -

التعب) ترتبط إيجابيا بعامل التوافق ولا توجد علاقة بين مستويات المزاج والإنفتاح , وأن بعض خصائص الشخصية , كالإنفتاح والتوافق والإستمتاع بالحياة , ترتبط بتحقيق الذات ووظائف الشخصية المتكاملة.

وفي دراسة أفاريAvari 1976 عن العلاقة بين نجاح الزواج وتحقيق الذات لدى الأزواج المتزوجين من عاملات, وجدت علاقة بين تحقيق الذات والعلاقات الزوجية الناجحة, حيث أن هؤلاء الأزواج يحققون ذواتهم بدرجة عالية من خلال الزواج. (عبد المعطي و دسوقي ,بدون تاريخ ص8)

4.1 – الحاجـــــة للأمومـــــة و الأبـــــــوة

كما يشبع الزواج **الحاجة إلى الأمومة** عند المرأة **والحاجة للأبوة** عند الرجل.

2 – المشكـــــلات و الصراعـــــات الزوجيـــــة

لم يكن هناك عصرا ذهبيا خاليا من المشكلات الزوجية وفي عصرنا الحالي المتميز بالتقدم العلمي والمعرفة السيكولوجية فقد اصبح العنف بين الأزواج ظاهرة,فهناك الزوجة ضحية العنف يقابلها الزوج ضحية العنف

ففي كتاب الزوجة المعرضة للضرب: الأزمة الصامتة 1977, أشار لانجلي وليفيLangeley &Levey إلى ان 1/ 5 خمس الزوجات الأمريكيات يضربن أزواجهن بالرغم أن القليل من الأزواج يقرون بذلك.(سترين Strean 1985 ص)

كما تحدث مظهر 1997 عن العنف المنتشر في مجتمعنا على جميع الأصعدة ومنها الأسرة. وتشهد الجمعيات المهتمة بالمرأة إقبالا متزايدا من طرف النساء ضحايا العنف الزواجي.

إن من أهم عوامل العنف بين الأزواج التعاسة الزوجية والتي يمكن تعريفها كما يلي:التعاسة الزوجية هي غياب الإبتهاج في مجالات محددة من التفاعل الزواجي: الجنس, الإتصال, الأهل, الأصدقاء, الدين, المال, أوقات الراحة, تربية الأطفال.

ولذلك تتنوع المشكلات الزوجية بتنوع مواضيع التفاعل الزواجي وفي ما يلي نركز على عامل مهم من بين العوامل المؤثرة على الاستقرار الزواجي والمتمثل في الجنس ولكن قبل ذلك علينا ان نميز بين موضوعين مختلفين رغم ارتباطهما الشديدالا وهما الجنس والحب .

3 - الجنـــــــس و الحـــــــب:

في القرون الوسطى كان ما يعرف بالحب العذري الخالي من الجنس وفي العصر الحديث وفي الحضارة الغربية اصبح الحب بدون جنس شيئا غريبا.

في حين ينظم الاقارب الزواج في المجتمعات الشرقية لاغراض اقتصادية اجتماعية وسياسية مما يؤدي الى الجنس دون حب مسبق فالحب قد ياتي فيما بعد, كما ان ممارسة البغاء تدل على أن هناك فرقا بين الجنس والحب.

فواضح أن الحب والجنس شيئان مختلفان فما هي العلاقة بينهما؟

الجنس قد يحقق الاهداف التالية:

- التكاثر
- المتعة
- العلاقة

4 - تغيـــــر النظـــــرة الى الجنـــــس

تغيرت النظرة الى الجنس في الثمانينات في المجتمعات الغربية من نظرة المتعة التي سادت في الستينات والسبعينات "الثورة الجنسية" الى نظرة اكثر تحفظا في الممارسة الجنسية والتي تتمثل في النظرة العلائقية نتيجة للامراض الجنسية. فهناك حوالي اكثر من12مرضا يتنقل عن طريق الجنس منها ما يسبب المضايقة ومنها مايهدد الحياة كالسيدا والبعض منها قابل للعلاج والبعض الاخر مزمن.

وهذا لا يعني امتناع الناس عن ممارسة الجنس ولكن هناك تناقصا ملحوظا في الممارسات خارج العلاقات الزواجية وتناقص تعدد الاطراف في الممارسة الجنسية. (فيليشاكphilpchalk1995ص395)

5 – المشكـــلات الجنسيـــة

تتنوع المشكلات الجنسية من البسيطة كالإختلاف حول التوقيت المناسب, او عدد مرات الممارسة الجنسية خلال الأسبوع أو كيفية الإستمتاع الجنسي,فالمرأة تميل إلى الإستمتاع أكثر بالمداعبة,في حين يهتم الرجل بالفعل الجنسي في حد ذاته(عبد الكريم الصفا.بدون تاريخ),(عدلي السمري1999).

1.5 - الإضطرابات الجنسية عند الرجل

1.1.6 - القذف المبكر

الذي يعرف بالقذف الغير مرغوب فيه والذي يحدث مباشرة قبل أو بعد الولوج.

هذا القذف اللارادي والذي غالبا ما ينتج عن القلق الشديد يؤدي الى الشعور بالحرج واللاتوافق والشعور بالذنب عند الرجل,أما المرأة فتشعر بالإحباط,وغالبا ما تشعر بالغيض إتجاه زوجها.

أما أسباب القذف المبكر فمتعددة وتعود في أغلب الأحيان إلى ظروف ممارسة الجنس. (فرحات1995ص11)

وقد برهن العلاج السلوكي على نجاعته في علاج هذا المشكل من خلال عدة تقنيات,أبرزها تقنية سلب الحساسية المنتظم,التي تتضمن التدريب على الإسترخاء للقضاء على القلق,والتعرض التدريجي للمثيرات الجنسية حتى يتم التأقلم معها.

وقد نجح ماسترز وجونسون Masters&johnson 1992في علاج 182 حالة قذف مبكر من بين 186 حالة وهذا رقم قياسي. (المرجع السابق1995. ص43)

2.1.5 - العجـــز الجنـــسي

يمكن تعريف العجز الجنسي بأنه عدم استطاعة الإنتصاب أو عدم القدرة على الإحتفاظ بالإنتصاب للعضو الذكري إلى غاية إنهاء العملية الجنسية. هناك نوعين من العجز: العجز الأولي و العجز الثانوي.

العجز الأولي:أي العجز منذ بداية الحياة الجنسية.

العجز الثانوي: فهو الذي يصيب رجلا مارس لفترة طويلة حياة جنسية طبيعية ولكن
إثر حادثة معينة لم يعد قادرا على الإنتصاب .

تبقى أسباب العجـــز الجنـــسي غير محددة فقد تكون التربية الدينية المتزمتة بما تتضمنه من التنفيرمن الجنس, أو الأم المتسلطة,او التجارب الجنسية الأ ولى الفاشلة,أو الجنسية المثلية ومعاشرة المومسات,الإفراط في شرب الخمر, وتناول المخدرات,مما يؤدي إلى القلق الشديد قبل واثناء العملية الجنسية. كما ظهر ذلك من خلال الحالات التي عالجها ماسترز وجونسونMasters&johnson 1992 ,حيث عالجا 32 حالة خلال 11 سنة,21 غير متزوجين,و11 أتوا للعلاج مع زوجاتهم.

فالأسباب متعددة,لكن يجب التأكيد بالمقابل,أن كل هذه الأسباب لا يمكن أن تؤدي إلى العجز,إلا إذا كانت شخصية المريض مهيأة لذلك كما أن 30% من الأسباب هي عضوية

ويمكن التعرف على السبب العضوي في حالة عدم الإنتصاب الليلي أو الصباحي الذي يحدث تلقائيا. فالأسباب العضوية متعددة فقد تكون نتيجة افرازات هرمونية,يمكن التعرف عليها من خلال التحاليل الطبية,أو تناول أدوية كمضادات الإكتئاب أو العصبية, التعرض للضغوط المهنية والإصابة بالإكتئاب,هي من الأسباب المؤدية لنقص الرغبة الجنسية,ممايؤدي إلى الإضطرابات الجنسية. (كوترو Cottraux.1995ص171)

2.5 – الإضطرابـــــات الجنسيـــــة عند المـــــرأة

1.2.5 – البـرودة الجنسيـــة / frigidité

هناك إختلاف بين الباحثين في العلاج الجنسي,حول تعريف البرودة الجنسية.فكوتروCottraux 1997 يسميها غياب النشوة الجنسية,والبعض الآخر,يفرق بين النشوة عن طريق إثارة البظر, والنشوة عن طريق إيلاج القضيب في المهبل, واللذان لايختلفان من الناحية الفيزيولوجية حسب ماسترز وجونسون,والبعض الأخر يعرفها بغياب الرغبة في ممارسة الجنس.

ويمكن الجمع بين هذه الأراء,والقول بأن البرودة الجنسية هي قلة الإهتمام والإستمتاع بالجنس,فعدم شعور المرأة باللذة,يؤدي إلى إنصرافها عن الإهتمام بالجنس.

2.2.5 – تشنـــــج المهبـــل / vaginisme

تشنج العضلات السفلية للمهبل,مما يجعل ممارسة الجنس عملية مستحيلة.وقد يكون التشنج كبيرا إلى درجة عدم إمكانية إيلاج القضيب إطلاقا وحتى ملامسة المهبل دون إحساس المرأة بالألم.

3.2.5 – العلاقـة الجنسيـة المؤلمـة

كثيرات هن النساء اللواتي يعانين من الألم اثناء العلاقة الجنسية,فقد يكون السبب جرح في المنطقة الحوضية,أو إلتهاب في المهبل أو نقص في الإفرازالمهبلي الذي يسهل ولوج القضيب والذي قد ينتج عن نقص المداعبة.

3.5 – عـــلاج المشكـــلات الجنسيـــــة

* التعرف على التاريخ الشخصي للحالة.

* تقدير المشكلة عن طريق الإختبارات مثل إختبار الإثارة الجنسية الذي وضعه هون Hoon 1976. (بوفار و كوتروBouvard&cottraux 1999ص197)

* التعرف على نوعيةالعلاقة بين الزوجين

هناك حالات تكون المشكلة الجنسية هي المشكلة الأساسية التي يعاني منها الزوجان,بينما هناك حالات أخرى تكون المشكلة الجنسية عرض للمشكلات العلائقية التي يعانيان منها,فمن الضروري معرفة نوعية العلاقة الزوجية,وذلك عن طريق الإختبارات النفسية. و التركيز على تحسين التفاعل الزواجي قبل البدء في علاج الإضطراب الجنسي.

*التدريب على الإسترخاء وإرشاد الزوجين للقراءة,لإثراء معرفتهما حول الجنس,وللقضاء على الشعور بالذنب إتجاه الإهتمام بهذا النوع من المشكلات.

*حث الزوجين على الملامسةالجسدية بينهما,والإستمتاع بذلك أطول مدة ممكنة,والإمتناع عن الممارسة الجنسية, حتى يتم إستبعاد القلق المرتبط بها,مؤقتا ويسمي جونسون Johnsonهذه المرحلة مرحلة إيقاظ الأحاسيس,فالزوجان اللذان لا يجدان لذة في الملامسة الجسدية,لا يصلحان للعلاج الجنسي.

وتتم هذه المرحلة على فترتين فترة الملامسة الغير جنسية ثم فترة الملامسة الجنسية. (كوتروcottraux .1995ص173)

المستـــــــوى الاول

يكون الفرد متمركزا حول ذاته وحاجاته ولذاته لا يضع حاجات الشريك موضع اعتبار ويتضمن وجهين:

*وجهة نحو الماضي حيث ترتبط العملية الجنسية بالمواقف والمتغيرات والخبرات الماضية.
*وجهة التوجه للحاضر:وفيها يركز الفرد على رغبته وحاجاته الراهنة فقط, ولا يكون الشريك اكثر من موضوع جنسي فقط وبالطبع تكون العلاقة سطحية تماما.

المستـــــــوى الثانـــــي

يمثل التمركز نحو الامور السطحية مثل مظاهر الشريك السطحية ويكون التركيز على اداء الشريك والاوهام السائدة حيث يحدث تخيلات يتوهم فيها الشخص شريكه وهو في موقع جنسي مرغوب, كان يحيله تصوريا الى صورة شخص او شريك اخر مرغوب.

المستـــــــوى الثالـــــث

مستوى الاندماج والحب والزواج.حيث يكون التقبل والتركيز في هذه الحالة على التعاون والاستمتاع بين الشريكين. (احمد,1999, ص166)

لذلك يرى كيردك 1991kurdeck أن الجنس مثل الكريمة التي توضع فوق الكعكة في العلاقة الجيدة فإذا كانت العلاقة جيدة فان الجنس يزيد من استقرارها ويرفعها الى اعلى مستوى, ولكن إذا كانت العلاقة ضعيفة فانه لا يجدي زيادة الكريمة لانقاذها, فالرضى الجنسي غالبا ما يرتبط بالرضى الكلي عن العلاقة.

فكلما تطورت العلاقة الى الافضل كلما زاد الاستمتاع بالجنس حيث ترتبط العلاقات المرضية بعوامل اخرى على نفس القدر من الاهمية كالاتصال باخلاص و التفتح على الاخر والتفاعلات الممتعة. فالجنس هو جزء من الكيفية وليس المكون الوحيد.

6 - دراســـــة ميدانيـــــة (لدى عينة من المجتمع الجزائري)

تدعم نتائج الدراسة الميدانية التي اجريناها على عينة متكونة من 400 من المتزوجين راي كيرديك حيث تبين لنا من خلال مقارنة الازواج حسب درجة الرضا الزواجي فيمايخص كيفية - ترتيب المشكلات الزوجية ان المشكلات الجنسية لم تكن في المراتب الاولى عند الفئات الثلاث كما يظهر من الجدول الاتي:

الجـــــــدول 01 :

كيفية ترتيب الازواج لمواضيع الحياة الزوجية

المواضيع / درجة الرضا	رضا التام	رضا	عدم رضا
تسيير الشؤون المالية	9	5	3
كيفية قضاء أوقات الراحة	1	1	2
الشؤون الدينية	10	14	15
إظهار العاطفة	13	13	5
الأصدقاء	2	3	12
العلاقات الجنسية	14	15	11
مفهوم السلوك الصحيح	4	6	10
فلسفة الحياة	5	4	1
طريقة التعامل مع أهل الزوج(ة)	7	9	9
الأهداف	12	10	7
الوقت الذي يقضيانه معا	6	7	4
إتخاذ القرارات المهمة	15	12	6
أشغال البيت	8	8	14
أنشطة وقت الفراغ	3	2	8
قرارات العمل	11	11	13

1.6- المجموعـــــة 1: ارضـــا تـــــام

ترتب مواضيع الإختلاف من الأكثر إختلافا حولها إلى الأكثر إتفاقا ، حيث تشير هذه النتائج إلى أن الأزواج المتوافقين تماما ليس لديهم أي مشكلات وأنهم يختلفون حول كيفية قضاء أوقات الراحة والأصدقاء ذلك أن الثقافة الجزائرية التقليدية لا تعطي أهمية للجانب الترفيهي في حياة الأسرة، وأن التأثر بالحياة الغربية كقضاء العطل والخروج نهاية كل أسبوع يجعل هذا الموضوع ذو أهمية في الحياة الزوجية مما يخلق بعض الصراعات بين الزوجين حيث غالبا ما نجد الرجل يعارض الخروج, ولا يأخذ بعين الإعتبار حاجة الزوجة للخروج بحجة أنه في حاجة للراحة في نهاية الأسبوع بينما ترغب المرأة في تغيير الجو,و لأنها حتى وإن كانت تعمل فهي تقضي بقية وقتها في البيت كما أن الجزائر تعاني من نقص الهياكل التي توفر النشاطات الترفيهية للأسر مقارنة بالبلدان الأخرى.أما فيما يخص الإختلاف حول الأصدقاء فقد نجد الرجل يقضي معظم وقته مع اصدقائه في المقاهي ولا يدخل إلى المنزل إلا للأكل والنوم, وحتى وإن دخل مباشرة إلى البيت من عمله, فنجده يقضي معظم وقته في مشاهدة التلفزيون, بينما تكون المرأة خصوصا العاملة في حالة إستنفار تام, فهي تقوم بأشغال البيت من جهة وتراجع لأبنائها من جهة أخرى, وهي لا تطلب المساعدة لأنها متقبلة للقيام بهذا الدور بفعل التنشئة الإجتماعية التي أعدتها للقيام به,ولذلك لم يكن الإختلاف حول هذا الموضوع, حيث جاء في المرتبة الثامنة أي هو متفق عليه فتقسيم الأدوار واضح فالرجل يتكفل بكل ما هو خارجي في حين تتكفل المرأة بكل ما هو داخلي. بينما يتفق أفراد هذه الفئة على بقية المواضيع وخاصة في إظهار العاطفة والجنس واتخاذ القرارات المهمة التي تأتي على رأس مواضيع الإتفاق .

2.6 – المجموعـــــة 2 : تعتبـــــر راضيـــــــة

تختلف أحيانا في معظم المواضيع وتتفق في الشؤون الدينية والشؤون الجنسية. هذه المجموعة التي تعتبر راضية عن علاقتها الزوجية غير أنها تختلف حول بعض المواضيع بصفة أكبر مقارنة بالفئة الأولى فهي تختلف أيضا حول كيفية قضاء أوقات الراحة بشكل أكبر حيث تأتي أنشطة وقت الفراغ في المرتبة الثانية ثم الأصدقاء في المرتبة الثالثة وما يميز هذه الفئة عن الفئة الأولى, هو وجود بعض الصراعات حول الجانب المالي حيث جاء في المرتبة الخامسة, بينما جاء في المرتبة التاسعة عند الفئة الأولى أي لا يوجد مشكلات مالية عندها، وهذه الفئة هي التي تحتاج إلى الإرشاد الزواجي حتى تصبح راضية تماما من خلال التدريب على مهارات الإتصال وأسلوب حل المشكلات وتقنيات التقبل العاطفي .

3.6 – المجموعـــــة 3 : غيـــــر راضيـــــــة

تختلف في معظم المواضيع وتتفق في الشؤون الدينية والشؤون الجنسية.

إن هذه المجموعة الغير راضية عن علاقتها الزوجية فهي تختلف في فلسفة الحياة أساسا, ثم في كيفية قضاء أوقات الراحة وفي المرتبة الثالثة في تسيير الشؤون المالية, كما جاء موضوع إظهار العاطفة في المرتبة الخامسة مما يشير إلى تأثير هذه المشكلات على مشاعرالطرفين اتجاه بعضهما البعض رغم عدم تأثر السلوك الجنسي الذي جاء في المرتبة الحادية عشر مما يشير إلى أنه ليس من مواضيع الإختلاف الرئيسية في العلاقة من جهة, كما يشير من جهة أخرى أنه لا يكفي أن يكون هناك إتفاق فقط في هذا الجانب وإهمال الجوانب الأخرى في العلاقة كالإتفاق على تسيير الشؤون المالية وإشباع الحاجة للترويح و الإتفاق على فلسفة الحياة وإظهار العاطفة.

7 - عرض حالة لاضطراب العلاقة الزوجية (حالة كريم و جميلة)

ولكي تتضح اكثراهمية التدقيق والحذر عند تحديد دور الجنس في التاثير على استقرار او اضطراب العلاقة الزوجية نعرض الحالة التاليةالتي قمنا بالإشراف على علاجها.

جميلة إمرأة تبلغ من العمر 28 سنة ويبلغ زوجها 43 سنة لديهما بنتين 5 سنوات و3 سنوات وقد مر على زواجهما 6 سنوات كلاهما يبلغ مستواه التعليمي الأولى ثانوي . جميلة ماكثة في البيت بينما يشتغل كريم كتقني في الكهرباء في مؤسسة وطنية ويحصل على أجر قدره 17000دج ويتفقان على ان مستواهما المعيشي تحت المتوسط.

وقد دامت مدة خطوبتهما سنة ، وهما يقيمان مع الأهل في منزل يتكون من ثلاث غرف حيث يقيم فيه معهما أم كريم وأخته الغير متزوجة والتي تبلغ من العمر 40 سنة وأخوه المتزوج وأخ آخر أعزب ينام في المطبخ. تعاني جميلة من التهاب مزمن في الرحم كما أن كريم يعاني من مرض الربو، وقد تم تعارفهما عن طريق الأهل . بالنسبة لالتزامهما الديني تصرح جميلة أنها نادرا ما تقوم بصلاتها رغم حجابها وذلك بسبب المشاكل وأيضا لتحرجها من أهل زوجها عند الاغتسال بينما يصرح كريم أنه أحيانا يقوم بصلاته.

تصف جميلة علاقة والديها بأنها علاقة متوسطة حيث هاجر الأب إلى بلد عربي أين تقيم والدته منذ 75 سنة، حيث تطلقت من أبيه وأعادت الزواج هناك.

وتقوم والدة جميلة بالذهاب والإياب بين البلد العربي والجزائر ولذلك تربت جميلة عند جدها هي وإخوتها الثمانية ، حيث تأتي في المرتبة الرابعة في الترتيب الميلادي وتصف والدها بأنه حنون من جهة أخرى تصف علاقتها به بأنها متوسطة, بينما تصف علاقتها بوالدتها أنها جيدة رغم أن والدتها تتصف بالقلق الشديد، غير أنها حنونة كما تعتبرها ضعيفة الشخصية.

عندما كان عمرها 14 سنة توفي الجد والجدة اللذان ربياها وقد كانت صدمة شديدة لها .

رغم أن جميلة كأنت متفوقة في دراستها حيث كانت تحصل دائما على الرتبة الأولى وخاصة في الرياضيات إلا أن ضعفها في اللغة الفرنسية جعلها تتخوف من مواصلة التعليم لأنها كانت تعتقد أن التعليم الجامعي يتطلب التحكم في اللغة الفرنسية ولذلك توقفت في السنة الأولى ثانوي .

تصف جميلة علاقتها بأهل زوجها أنها سيئة فهم لا يحترمونها و يمنعونها من استعمال قاعة الضيوف كما لا يسمح لها باستخدام المطبخ حتى ينتهوا من أشغالهم، ويوم الجمعة حتى يصحو أخ زوجها من نومه.

رغم مشاكلها مع زوجها إلا أنها تجد له صفات إيجابية كالصراحة والصدق والحرص على البيت أما أشد ما تكرهه فيه هو كثرة كلامه و حركته الشديدة وكلامه الجارح وكثرة انتقاداته .

تمثل العلاقة الزوجية بالنسبة اليها راحة البال والإستقرار .

وتعتبر المشكلة الجنسية هي أهم مشكلة في حياتها الزوجية حيث تشعر بآلام حادة أثناء الممارسة الجنسية مما جعلها تتهرب من الجنس . وعندما سألناها عن سبب نفورها من الجنس تبين أن زوجها يحدثها عن نساء أخريات وأنه يتمنى أن تكون في مثل جمالهن فهي تشعر أنه لا يرغب فيها لذاتها وإنما لإرضاء رغباته هو فقط و لا يبالي حتى بمشاعرها وليس فقط على المستوى الجنسي بل أنه عندما يرغب في مشاهدة التلفزة وينزعج من بنتيه يطلب منها أخذهما إلى الشارع ريثما ينتهي من مشاهدة برنامجه بهدوء .

حصلت جميلة في مقياس الرضا الزواجي على علامة 67 مما يشير إلى عدم رضاها عن علاقتهاالزوجية .حيث متوسط الرضا 95.14 كما حصلت في مقياس التوقع الزواجي على علامة 89 بينما متوسط التوقع 144.89 وهي تشير إلى أن ما تعيشه في علاقتها الزوجية أسوء بكثير مما كانت تتوقعه.

اما في مقياس الإتصال فقد حصلت على 49 بينما متوسط الإتصال 85.19 مما يشير إلى اتصال سيء في علاقتها بزوجها .

وقد حصلت في مقياس التوافق الزواجي على علامة 81 بينما متوسط التوافق121.45 . مما يشير إلى عدم التوافق بينهما.فهما يتفقان فقط معظم الوقت في الشؤون المالية والشؤون الدينية ومفهوم السلوك الصحيح ويختلفان دائما حول الأمور العاطفية والجنسية كما يختلفان معظم الوقت حول الأهل ويختلفان أحيانا حول باقي الأمور.

اما كريم فيصف علاقة والديه بالمتوسطة حيث أنهما كانا دائما في صراع مستمر وقد كان الأب شديد الفلق كما أنه يحب السهر والنساء بينما كانت الأم سلبية اتجاه زوجها ومتسلطة اتجاه ابنائها .اما علاقته هو بامه فيصفها بانها سيئة وأنها لا تحبه ربما لأنه يشبه اباه من الناحية الشكلية كما أنها تفضل اخوته عليه و خاصة الأخ الأكبر الذي يستطيع مساعدتها في الأمور المالية كما تفضل الأخ الأصغر المدلل.كما يصف علاقته بوالده أنها كانت متوسطة وكما ان علاقته بأهل زوجته أيضا متوسطة لأنه يعتقد أنهم يؤثرون عليها حتى تترك البيت في حالة المشاكل.

لديه 5 إخـوة وأخت واحدة وهو في المرتبـة الثانيـة من حيث الترتيب الميلادي .

في بداية سن المراهقة أي 13 سنة وقع حادث سيارة لوالده الذي الزمه الفراش مدة أربعة سنوات ثم توفي بعدها ، مما اضطر كريم لترك دراسته للتكفل بمصاريف العائلة .

وقد قام بعدة تربصات كتقني في الكهرباء الميكأنيكية , وكمدرب في رياضة العاب القوى .

من الناحية الصحية إضافة إلى مشكل الربو يعأني من قصر النظر والذي يعتبره كاعاقة.

أما من الناحية النفسية فدائما كأن يشعر بالنقص بسبب مشكل النظر لديه وقد عأنى من قلق الموت حين كأن عمره 26 سنة . وسنة بعدها تعرض إلى صدمة أثناء الرياضة فقد بعدها البصر مدة ثلاثة اشهر.

بالنسبة لعلاقاته العاطفية فيقول أنه كأن خجولا خاصة بسبب مشكلة النظر لديه ونقص الثقة في النفس عندما كأن عمره 22 سنة، مارس الجنس مع مومس و عندما كأن عمره 31 تعرف على إمرأة تكبره سنا وبقي على علاقة بها مدة 3 إلى 4 اشهر .ويقول أنه يميل إلى النساء الأكبر سنا .

تزوج جميلة وعمره 37 سنة، بينما كأن عمرها 23 سنة أي 14 سنة كفارق في السن بدأت حدة المشكلات بينهما بعد ولادة الطفلة الأولى، حيث بدأت جميلة تشتكي من آلام في الرحم بعد العلاقات الجنسية .

كما بدأت في التفكير في الطلاق بعد ولادة الطفلة الثأنية .

في نفس السنة حدثت له حادثة خطيرة في العمل حيث سقط في حفرة يبلغ طولها مترين، كما أنه بسبب مشاكله العائلية والزوجية خاصة عدم توافقه الجنسي تقرب من احد زملائه في العمل وائتمنه على اسراره وتحدثا في اسرارهما الجنسية فكشف سره امام زملائه فشعر بالخيأنة وبدا يشعر أن الكل يشير اليه بالأصابع واصبح يعأني من هذه الأفكار التسلطية إلى درجة أنه اصبح لا يركب في حافلة النقل التابعة لعمله ويقطع الطريق على رجليه من المنزل إلى العمل رغم بعد المسافة صباحا ومساء حيث ينهض على الرابعة صباحا خاصة وأنه يعأني من قلة النوم والفلق والشعور بالذنب . وقد تدهورت حالته إلى أن اصبح يعتقد أن زميله يتامر عليه بكشف اسراره حتى في الحي الذي يسكن فيه.وتقول زوجته أنه مرة اثناء شريط تلفزيوني قال لها أنهم يتحدثون عنه.

يصف زوجته بأنها ذكية لكن أشد ما يكرهه فيها أنها عبوسة و سلبية و تفتقد إلى روح المبادرة ، و يقول أن لها عقدا نفسية وأنها ليس لها قابلية للحوار .

لقد حصل في اختبار الرضا الزواجي على علامة 50 مما يشير إلى أنه غير راضي تماما عن علاقته الزوجية.

كما حصل في مقياس التوقع الزواجي على علامة 105 والتي تدل على أنه لم يحقق ما كأن يطمح اليه في حياته الزوجية وما حققه هو أسوء بكثير مما كان يتوقعه.

اما مقياس الإتصال فقد حصل فيه على علامة 72 مما يشير إلى عدم الإتصال رغم أنه كثير الكلام فهو يتكلم باستمرار عن مشاكله في العمل و معأناته مع زوجته التي سئمت من الإستماع.

اما مقياس التوافق الزواجي فقد حصل فيه على علامة 72 مما يشير إلى عدم التوافق بين الزوجين فهما كثيرا الإختلاف ومختلفأن معظم الوقت في اغلب شؤون الحياة الزوجية.

اما مقياس السعادة الزوجية فقد حصل فيه على علامة 24 مما يدل على التعاسة الزوجية.

واثناء متابعة الحالة تبين أن كريم رغم حرصه على حضور الجلسات باستمرار وتمسكه بجميلة فهو شديد المعأناة عندما تترك البيت ولكنه في نفس الوقت يقول أنه تعيس ويريد إعادة الزواج من إمرأة يشعر معها بالتوافق ولكن لا يريد طلاق جميلة لأنه لا يستطيع تربية بناته لأن جميلة لا تستطيع أخذهما معها في حالة الطلاق بما أنها ليس لها عمل أو سكن كما تبين أنه يعأني من الهوس الجنسي وأنه في حاجة إلى العلاج الطبي وقد تم إرشاده إلى اخصائي في الإمراض العقلية، فقد يكون عدم الإستقرار الزواجي في هذه الحالة نتيجة للمرض العقلي الذي يعاني منه كريم. أو أن عدم الإستقرار الزواجي ادى إلى المرض العقلي فهناك اختلاف في وجهات النظر بين الباحثين في العلاقات الزوجية التي ترى أن الخلافات الزوجية تؤدي إلى الإضطرابات النفسية ووجهات النظر التي ترى أن المرض النفسي هو الذي يؤدي إلى الخلافات الزوجية، فالفرد المتوافق يحسن الإختيار منذ البداية ويقيم علاقته مع قرينه على أسس وقواعد سليمة من الحب الناضج والإحترام المتبادل والصراحة وتبادل وجهات النظر حول المسائل المختلفة في حياتهم دون أنفعال او عصبية الأمر الذي يشعركل منهم أن حياته ذات مغزى وأهمية للطرف الآخر ويسعى بذلك إلى اسعاده والتوافق معه في كل مجالات العلاقة الزوجية .

ومن أشهر الدراسات التي تناولت عامل الشخصية دراسة "كولني وكيلي Conley & kelly 1987 " الطولية التي استغرقت خمسين سنة 1935 و 1980. وقد كانت تقديرات خصائص الشخصية التي قيست سنة 1930 كعوامل تنبؤ اساسية للاستقرار والرضا الزواجي.

حيث وجدت ثلاث مظاهر اساسية للشخصية هي الأكثر إرتباطا بنتائج الزواج : عصابية الزوج أو عصابية الزوجة و أندفاعية الزوج.
Conley & kelly 1987 .

دراسة "ادمزAdams " سنة 1946 الذي طبق اختبارات الشخصية على 100 زوج قبل الزواج ثم طبق اختبارات التوافق الزواجي بعد سنتين أو ثلاث من الزواج وتوصلت إلى أن عدم الإستقرار العاطفي والقابلية للاثارة قبل الزواج هي من العوامل التي تنبئ بنتائج ضعيفة على مقاييس التوافق الزواجي.

اما "ترمأن و اودن"Tearman&Oden 1947 فقد وجدا أن التقارير الذاتية للاستقرار الانفعالي عند أفراد العينة وهم في سن 7 إلى 14 سنة مرتبطة بالسعادة الزوجية بعد 18 سنة من بعد.

نلخص ما سبق في وجهة نظر "سولأنجر Sollanger"1966 من أن الزواج لا يغير انسانا مريضا نفسيا او عقليا بآخر ولكن غالبا ما يكون الانسان السوي نفسيا قبل الزواج يكون كذلك بعد الزواج ,وأن الزواج الناجح ما هو الإ أنعكاس للصحة النفسية التي يتمتع بها كلا الزوجين وقدرة كل منهما على التعامل مع انسأن آخر يختلف عنه ونجاح الانسان في زواجه يعني أيضا نجاحه في حياته العامة لأن الزواج يتضمن العديد من العلاقات والتعاملات. ونخلص الى انه في بداية الجلسات النفسية تبدو المشكلة الجنسية لاول وهلة هي المشكلة الرئيسية حيث جاءت الزوجة للعلاج النفسي على اساس انها تعاني من الام في الرحم عند الممارسة الجنسية ولكن بعد دراسة الحالة تبين ان الزوج يعاني من اضطراب نفسي والذي تبين من خلال دراسة تاريخ حالته أن الإضطراب ظهر عليه قبل الزواج وليس نتيجة الزواج فهو في حاجة إلى علاج فردي كمرحلة اولى ثم العلاج الزواجي كمرحلة ثانية .

المراجـــــع العربيـــة

-عبد الرحمان محمد السيد,1986,اسهامات الزواج في تحقيق التوافق النفسي لكل من الرجل و المراة,كلية التربية ,الزقازيق الجلد الاول العدد الثاني.

-حسن مصطفى عبد المعطي وراوية محمود حسين دسوقي ,بدون تاريخ,التوافق الزواجي وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب جامعة الزقازيق مصر.

-احمد ممدوح صابر,1999,تباين الاحاسيس الجمالية بتباين علاقات الحب بين الزوجين في ضوء بعض متغيرات الشخصية, المجلة المصرية للدراسات النفسية, العدد 23 المجلد 9

-عبد الكريم الصفا.(بدون تاريخ)دليل المراة الجنسي المكتبة الحديثة للطباعة والنشر بيروت لبنان.

-عدلي السمري1999,الانتهاك الجنسي للزوجة دراسة في سوسيولوجيا العنف الاسري.دار المعرفة الجامعية القاهرة .مصر

- يمنى فرحات1995.المشاكل الجنسية وعلاجها حسب طريقة ماسترز و جونسون دار الطليعة بيروت لبنان

المراجـــــع الأجنبيـــة

-Cottraux.j& bouvard .m 1999protocoles et echelles d'evaluation en psychiatrie et en psychologie 2ed masson paris.

-Cottraux.j 1995les therapies comportementales et cognitive2ed masson paris.

-Kurdeck lawrence 1991.predictors of increases in marital distress in newlywed couples a 3 year prospective longdidunal study devlopmental pschology vol.27.n4.627-636

Medhar slimane 1997la violence sociale en algerie thala edition.alger-

-Philipchalk ronald,pinvitation to social psychology 1995,houert brace &company library of congress usa

-Strean herbert 1985resolving marital conflicts a psychodynamics perspective ed john &sons new york usa.

Arabpsynet Thesis Search

www.arabpsynet.com/These/default.asp

Form Add Thesis Summary(For Subscribers)

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Arabpsynet Papers Search

By Arabic, English & French words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers (For Subscribers)

http://localhost/paper/PapForm.htm

الإستقـــــرار الزواجـــي

د. كلثـــوم بلميهـــوب

www.arbpsynet.com/Books/Belmihoub.B1.pdf

Arabpsynet Dictionaries Search

EPsydictNet - Ar- Eng- fr-

www.arabpsynet.com/ar/rechar.asp

نموذج إضافـــة ترجمة مصطلح عربي إلى المعجم

www.arabpsynet.com/ar/arForm.htm

خلـــل الوظيفـة النفـــسجنـسيـــة و علاجهـــا

The Psychosexual Dysfunctions And Their Tment

ا.د. عبـــــد الرحمـــــــان ابراهيـــــم – الطـــــب النفســـــي، سوريـــــا / لبنـــــان

ar.i@laposte.net - dr.abd.ibrahim@gmail.com

مدخـــــل: يتناول البحث بعض الأشكال الشائعة لخلل الوظيفة الجنسية النفسية والتي لا تشمل اضطرابات الهوية الجنسية الشديدة أو اختيارات جنسية غير مألوفة . يشاهد خلل الوظيفة هذا غالباً في أناس قادرين على الحب وتأسيس علاقات جيدة والزواج . لكن اكتفاءهم الجنسي من ناحية المتعة يكون غير مقنع أبداً بالنسبة لهم . إنهم يعانون كثيراً من عدم القدرة على الممارسة بشكل جيد ، ومن فقدان قسم كبير من تقديرهم لذواتهم ، وقد شعروا في السابق أنهم فاقدون للأمل تماماً وبالتالي سعوا إلى المساعدة . إن أكثر أشكال خلل الوظيفة الجنسية شيوعاً هي مشاكل النشوة عند النساء ومشاكل القذف والانتصاب عند الذكور . وحتى زمن قريب جداً ، كانت طرق المعالجة طويلة ومضيعة للوقت ومكلفة ، وهذا بسبب الاعتقاد أن هذه الاضطرابات المذكورة أعلاه تنجم دوماً عن مرض نفسي خطير ومتأصل .

إن اكتشافات Semans و ماسترز وجونسون قدمت معلومات جديدة وطرق جديدة لمعالجة الناس الذين يعانون من الاضطرابات النفسجنسية . لقد علمونا أن خلل الوظيفة الجنسية لا يحتاج لوجود أمراض نفسية هامة لكي يظهر ، وأن هذا الخلل قد يكون مرتبطاً بمخاوف وإخفاقات بسيطة . فمثلاً : قد يقلق بعض الناس حول المتطلبات التي يحتاجها المحب ، وقد يملكون خوفاً من الرفض أو الإذلال وهذا يتدخل في ممارستهم . ويقلق العديد من الرجال خاصة حول قدرتهم على الممارسة بينما تخاف العديد من النساء من الرفض .

إن نجاح المعالجة المختصرة في التغلب على العوائق المشاهدة أثناء الممارسة الجنسية يزيد التأكيد على أن هذه الإخفاقات الجنسية لا تتعلق بالضرورة باضطراب نفسي عميق التأصيل . يتضمن الطابع الأساسي للمعالجة التي اقترحها ماسترز و جونسون إعطاء الزوجين واجبات جنسية خاصة ، عليهما تنفيذها كنوع من الوظيفة المنزلية . كان ماسترز و جونسون يتابعان مرضاهما يومياً لمدة أسبوعين ، وقد أعطت طريقتهما نتائج ممتازة . وكذلك فعل باحثون آخرون واقترحوا تعديلات لهذه الطريقة . لقد كانوا يتابعون مرضاهم مرة في الأسبوع لأن العديد من المرضى لا يملكون الوقت الكافي لزيارة الطبيب يومياً . وكانت نتائج هذه التعديلات ممتازة أيضاً . يجب أن ندرك أن هذا النوع من المعالجة موجه بشكل رئيسي لعلاج بعض المشاكل الجنسية الخاصة لدى الزوجين ولا يجوز استعمالها عند الأشخاص الذين يعانون من أعراض أخرى أو من اضطراب في الشخصية يتعلق بمرض نفسي متأصل . وكذلك فإن هذه المعالجة المختصرة قليلة الفائدة بالنسبة للزوجين اللذين يبديان تلاؤماً وانسجاماً ضعيفاً مع بعضهما البعض .

يمكن أن تقسم أسباب معظم المشاكل النفسية إلى أسباب باكرة وبالتالي عميقة وبعيدة وأسباب مباشرة . وتتحد الأسباب العميقة مع الأسباب المباشرة لتشكل خللاً واضحاً في الوظيفة الجنسية . فمثلاً : يمكن أن ينضم عصاب بدأ في الطفولة إلى تثبيط يومي حديث يتعلق بالغضب من الشريك مما ينتج شدة نفسية كافية لإحداث خلل في الوظيفة الجنسية . وتقوم استراتيجية المعالجة الجنسية المختصرة على التركيز على الأسباب المباشرة ومحاولة إزالة تلك الأسباب التي تشكل " العبء الإضافي " (أو كما يقال بالعربية القشة التي قصمت ظهر البعير) . إن إزالة هذه الأسباب المباشرة للشدة النفسية تكون كافية غالباً لتخفيف العبء عن الإنسان بحيث تمكنه من تحقيق استجابات ممتعة ومرضية و لا يلمس الطبيب المعالج الأسباب العميقة إلا عندما تتدخل هذه الأسباب في نجاح المعالجة المختصرة .

إن الشدة التي تحدثها الأسباب المباشرة لخلل الوظيفة الجنسية يجب ألا تجعلنا نغفل عن شدة وأهمية الأسباب العميقة أو البعيدة لتلك القصورات الجنسية . وكثيراً ما تكون هذه الأسباب العميقة قادرة وحدها على منع الشخص من تحقيق إرضائه الجنسي . وفي هذه الحالة فإن المعالجة المختصرة لن تكون مفيدة ، ولابد أن يخضع الشخص لمعالجة نفسية طويلة الأمد أو لتحليل نفسي .

1 - العوامـــــل العضويـــــة Organic Conditions

رغم أن معظم حالات خلل الوظيفة الجنسية هي نفسية في أصلها، إلا أن نسبة لا بأس بها من هذه الحالات تنجم عن عوامل عضوية ، مما يؤكد ضرورة إجراء تقييم طبي شامل لكل حالة . و ألفت النظر الى الدراسات الاحصائية التي أجريت في الربع الأخير من القرن الماضي أشارت إلى أن حوالي 10 - 20 % من الناس الذين يراجعون الأطباء لخلل في الوظيفة الجنسية يعانون من اضطراب عضوي ما ذو علاقة بهذا الخلل . وتشير الإحصاءات الحالية إلى أن النسبة أعلى من ذلك . ففي دراسة معاصرة أشار الباحثون إلى أن 35 % من المرضى الذين يراجعون بسبب خلل وظيفة الانتصاب كان لديهم مشاكل عضوية لا سيما في المحور ما تحت المهادي - النخامي - القندي ، لقد ذكرت الأسباب العضوية المختلفة التي يمكن لها أن تؤدي لخلل في الوظيفة الجنسية في بحث مستقل ، لذلك لن أعيدها هنا .

على كل حال فإنني أريد أن أؤكد على مبادئ معينة في معالجة هؤلاء المرضى . إذ يتحسن خلل الوظيفة الجنسية غالباً عندما نعالج المشكلة العضوية طبياً أو جراحياً . لكن يجب ألا ننسى أن السعي خلف المعالجة الطبية أو الجراحية قد يمنع الطبيب من التحري عن العوامل النفسية المحتملة المشاركة ، مما يؤدي إلى نتائج غير صحيحة . فمن الشائع مثلاً وصف إبر التستوستيرون لرجل يعاني من مشاكل انتصابية رغم أن مستوى التستوستيرون عنده ضمن الحدود الطبيعية . قد تنفع هذه الإبر أحياناً كدواء موهم ، إلا أن أغلب الحالات تنتهي بالفشل وبالتالي تؤدي لتثبيط همة المريض ومفاقمة صراعاته النفسية التي أدت للمشكلة في البداية . وكذلك فإن عزو خلل الوظيفة الجنسية لأسباب عضوية قد يؤدي لتدخل عوامل نفسية تفاقم المشكلة .

وأشهر مثال على ذلك هو المراحل الباكرة للاداء السكري ، إذ قـد يـؤدي القلق حول الممارسة performance anxiety إلى تفاقم مشكلة الانتصاب الناجمة أصلاً عن اعتلال الأعصاب . تتطلب المعالجة الصحيحة في مثل هذه الحالات انتباهاً لكلا العوامل النفسية والعضوية .

وأخيراً فإن المعالجة الجنسية يمكن أن تساعد العديد مـن المرضـى المصابين بأمراض عضوية لا عكوسة ، مثل أذية النخاع الشوكي، وذلـك بتشجيعهم على التأقلم مع مشكلتهم وتطوير أساليب جنسية بديلة معدلة .

2 - العوامـــــل النفسيـــــــــة Psychic Conditions -

1.2 - العوامـــل المباشـــــرة Immediate Factors

1.1.2 - المراقبـــــــة Spectatoring

إن الظاهرة التي تدعى المراقبة Spectatoring هي أحـد الأسـباب الشائعة للقصور الجنسي . وهو اسم أطلقه ماسترز وجونسون على العملية التي يقوم بها البعض بمراقبة أدائه أثناء الاندماج فـي نـشاط جنـسي . تترافق هذه المراقبة غالباً بانتقادات ذاتية كثيرة ، وتشمل أسئلة قلقة مثل : "هل سيتم الانتصاب؟ هل سأكون قادراً على القذف ؟ ماذا سيحدث إن لـم أقدر؟ هل ستكون معجبة بي؟... الخ .". إن مثل هذه المراقبـة الانتقاديـة تحد كثيراً من نجاح الاتصال الجنسي . لقد عرف هذا السلوك سابقاً علـى أنه انقسام Spliting للشخص على فاعل ومراقب . وقيـل أن مثـل هـذا الانقسام يتدخل في أي نمط من العمل أو الاداء وغالبـاً مـا يكـون مـن تظاهرات الأمراض الوسواسية التي تمتد جذورها إلى الطفولة . لقد ساهم ماسترز وجونسون باكتشاف أن هذا الانقسام ليس بالضرورة ناجماً عـن اضطراب وسواسي خطير قديم ، لكنه قد يكون ناجماً ، في العديـد مـن الحالات، عن الخوف من تكرار تجارب فاشلة سابقة حدثت فـي مرحلـة الرشد . ووجدا أن بالإمكان التغلب بنجاح على هـذه المراقبـة بواسـطة تطبيق معالجة مختصرة مناسبة .

2.1.2- الوســـــــط اللاشهوانـــــي

ومن الأسـباب المباشرة الأخرى لخلل الوظيفة الجنسية ما دعتـه Helen Kaplan بوصفه : " الوسط اللاشهواني الذي يخلقـه الزوجـان والذي يدمر الجنسانية عند أحدهما أو كليهما "، وهذا يتضمن عدم قدرة كل من الزوجين على فعل الأشياء التي يجدها الآخر مثيرة . إن الخوف مـن الفشل يلعب دوراً أيضاً وذلك بإحداث قلق مثبط . وغالباً ما يرافـق هـذا الأخير شعوراً متفاقماً بوطأة الممارسة . هناك عامل آخر هو الخوف مـن الرفض والذي يسبب زيادة في الاهتمام بإمتاع الشريك . هـذا الاهتمـام الزائد يمكن أن يمنع الشخص من الاستمتاع عفوياً بالممارسة الجنسية . إن الصراحة بين الزوجين فيما يتعلق بالأمور التي يتمنيانها أو يستطيعان بها تلعب دوراً كبيراً في تحسين العلاقة الجنسية ، ومن المؤسف حقاً أن القليل جداً من الناس قادرون على التحدث بمثل هذه الصراحة . إن عدم القـدرة على التحدث بصراحة يؤدي إلى إنقاص المتعة وبالتـالي يكـون عـاملاً أساسياً في نشوء خلل الوظيفة الجنسية .

إن العديد من الأشخاص ، لا سـيما النـساء ، يجهلـون اسـتجاباتهم الجنسية الخاصة ولا يدركون متطلباتهم للوصول للمتعة والإثارة الجنسية . إن الاستجابة الجنسية "طبيعية" أي أنها مقدرة موجودة منذ الـولادة لكنهـا أيضاً مهارة متعلمة . فكلما ارتقى النوع الحيواني في سلم التطـور وكلمـا ازداد دور التعلم في الاتصال الجنسي . إن مجتمعنا لا يـشجع الفـضول والاستطلاع الجنسي ، بل على العكس يثبطه . ويمكن للناس أن يـصلوا سن الرشد في مجتمعنا دون يعلموا إلا القليل جداً عـن أجـسادهم وعـن استجابتهم الجنسية . إن هذا النقص الشديد في المعرفة الذاتية يجعل مـن الصعب إقامة اتصال جنسي ناجح مع الشريك .

هناك خرافات معينة تتدخل أيضاً في المتعة . فقد شاع لعدة سنوات إن عدم الوصول للنشوة المتزامنة يعني الفشل . وهذا أبعد ما يكون عن الحقيقة . فطالما أن الشريكين قادران على الوصـول لنـشوة كافيـة ليشعرا بالسـعادة ، ولو بزمنين مختلفين ، فهذا يعني أن الاتصال الجنسي كان ناجحاً . إن النشوة المتزامنة (أو المشتركة) تضيف متعة أكثر لكنهـا ليست مقياساً على نجاح العلاقة الجنسية.

وكذلك يمكن أن يساهم الجهل بالتشريح فـي مآسـي يمكـن تجنبهـا بالمعرفة. وكمثال على ذلك :

قصة زوج شاب اضطر لإجراء عملية فتق ، وتمت العملية بنجاح . لكنه شعر ، بعد الخروج من المشفى وأثناء اتصال جنسي مع زوجته ، بألم من الناحية الإربية ثم زال انتصاب قضيبه . وما لبث في المرات التالية أن عانى من نفس التجربة الفاشلة السابقة لكن بدون ألم . فاعتقد أن " العملية خربت أجهزته الجنسية " وأنه قد " انتهى " . فبدأ بالانسحاب والابتعاد عن زوجته الشابة ، وساءت الأمور بينهما . و لدى مراجعتي شرحت له تقنية التداخل الجراحي على الفتق و أشرت عليه بمراجعة طبيبه الجراح الذي أجرى له العملية ليشرح له الألية الدقيقة للعمل الجراحي الذي تعرض له لكي يطمئن أكثر فلا وجود لأي خلل عضوي ناتج عن الجراحة .

لقد قام طبيبه بتوضيح الإجراء الجراحية التي تمت في عملية الفتق و بالشرح التشريحي الدقيق ، فاطمئن المريض لعدم وجود أي تخريب في أعضائه الجنسية . وفي زيارته الاحقة لي اقتنع أن السبب عدم معرفته للمنطقة تشريحياً ثم أخبرته عن الآثار السلبية لعملية المراقبة أثناء الممارسة الجنسية التناسلية . و كانت النتائج ساحرة بالنسبة له ، إن التطمين والتثقيف أزالا قلقه ، وأعادا قدرته على تحقيق الانتصاب والقيام بممارسة جنسية طبيعية . وما لبثت الأمور أن عادت إلى طبيعتها بينه وبين زوجته و بشكل أفضل بكثير من الرضى لكليهما .

2.2 - العوامـــــل العميقـــــة Deeper Factors

هناك أسباب أخرى للصعوبات الجنسية تتعلق بعوامل نفسية عميقـة . لقد تم بحث بعض هذه العوامل في الفصول الأولى مـن الكتـاب عنـدما تحدثنا عن تطور الطفل. إن المجتمع في جوهره عدواني تجـاه التعبيـر الجنسي عند الانسان . ولم تستطع التطورات المعاصرة وازدياد الحريـة الجنسية حتى في الغرب أن تؤثر في هذا الجوهر . وبشكل عام ، يعتبـر البحث عن المتعة الجنسية أمر مرفوض في كافة المجتمعات دون استثناء ، ويتعلم الأطفال ، خاصة ، أن الجنسانية هي أمر سيء ، و ينتقد الأهـل ولدهم الصغير إذا لمس قضيبه ويهـددون ابنـتهم الـصغيرة إذا أبـدت اهتمامات جنسية .

بالطبع ، وبعد مثل هذا التلقين الباكر ، لابد أن يشعر العديد من الناس بالصراع والذنب تجاه تعبيرهم الجنسي . وما علينا إلا أن نتفحص الآراء العقائدية لنعرف مدى تأثير هذه الفوى الكابحة علـى هـؤلاء الـصغار. وعندما يكبر هؤلاء الصغار يتوقع الناس منهم أن يتزوجوا ويبعدوا عـن كل هذه التأثيرات عنهم لكي يمارسوا الجنس بحرية مع أزواجهـم . قـد يحدث هذا أحياناً لكنه غالباً لا يحدث . إن قوة الحافز والموهبة الفطريـة للشخص يمكن أن تتغلبا أحياناً على كل العقبات فـي وجـه الممارسـات الجيدة . وهذا ثناء على قدرة الإنسان على تجاوز بداياته السيئة وليس على أسلوبنا الحالي في التعامل مع السلوك الجنسي ، و بتقديري ليس العيب

أن نعلم انما العيب في أن يسلك طريق العيب .

على كل حال .. من سخرية القدر أن الخصائص التي ينسبها الـشخص لنفسه يمكن أحياناً أن تلعب دوراً مساهماً في تحطيم حياته الجنسية . فالرجـل الذي يفتخر بكونه قوياً ومنطقياً ومستقلاً و" فاس " قد يجد مـن الـصعوبة أن يكون حنوناً وعطوفاً بشكل كافٍ لإرضاء حاجات زوجته أو حتى لإرضـاء حاجاته الشخصية من العاطفة والاهتمام . و كذلك ان المرأة التي تقدر دورها كزوجة وأم جيدة ، لكنها بالمقابل ترى أن هذا الدور لا يتوافق مع كونها امرأة متّقدة جنسياً ـ مثل هذه المرأة يمكن أن تثبط استجابتها للمحرضات الجنـسية لكي تبقى صورتها عن نفسها " كامرأة جيدة " .

و قد يحاول الأشخاص المشغولون الصارمون الناجحون في أعمـالهم تعميم نجاحهم هذا ليشمل " نجاحاً " في تحقيق استجابة جنسية جيدة. لكنهم سيكشفون أن " محاولاتهم النشطة " ليست فعالة في مجال النشاط الجنـسي ، إن ما يؤثر حقاً هو الاسترخاء والمتعة ، لكنهم لا يملكون وقتاً لهما .

3.2 - العوامـــــل التفاعليـــــة Interactional Factors

هناك أسباب أخرى للصعوبات الجنسية تتعلق بالتفاعلات القائمة بـين الزوجين . وتكمن أهمية هذه العوامل في أن الصعوبات الجنسية ليست ـ غالباً ـ إلا انعكاساً للصعوبات القائمة في العلاقة الزوجية .

من السهل أحياناً أن تعرف إذا كان الزوجين غير مهتمين ببعضهما أو إذا كان أحدهم غير مهتم دون أن يعلم الآخر ذلك . لكن في أحيان أخرى ، قد لا يدرك الزوجان عدم اهتمامهما ورفضهما لبعضهما البعض . مثـل هذين الزوجين لا يمكن إخضاعهما للمعالجة لأن أحدهما أو كليهما سيدمر أي محاولة للمساعدة .

هناك بالطبع العديد من الأسباب للتنافر الزوجي بالإضافة للتعـارض أو انعدام الاهتمام الحقيقي . يجب على الزوجين تقبل الحلول الوسط والاستعداد للإحباطات وخيبات الأمل في تفاعلاتهما مع بعضهما . لكن في كثيـر مـن الأحيان تؤدي هذه الإحباطات للثورة والغضب الذي قد يعبر عنه بتصرفات انتقامية جنسية ، فالمرأة الغاضبة من زوجها لا تقدر أن تمتعه في الفراش ، والرجل المنزعج من تصرفات زوجته لن يكون أفـضل . عنـدما يتواجـد الغضب أو الخوف من الرفض في مشاعر أحد الزوجين أو كليهما فإن مـن المتوقع أن نجدهما " غير جيدين " مع بعضهما فـي عمليـة تتطلـب الثقـة والحماس المشترك للوصول إلى المتعة. ولا يدرك المريض غالباً وجود تلك العدائية العميقة . إن جزء من المعالجة يتطلب إزالة الغضب بالتحدث عنـه ومناقشته ، وكذلك المساعدة في حل المشاكل المسببة .

إن فقدان الاتصال Communication هو سبب هام آخر . ومثال على ذلكالقصـة التالية :

" زوجين راجعا الطبيب يشكيان من عدم أحدهما بالجنس عندما يكون الآخر مهتما ، والعكس أيضاً . وقد أظهرت القصة أن كل شيء كان يسير على ما يرام حتى اشتريا بالتقسيط منزلاً مرتفع الثمن . لقد كان الزوج خائفاً من هذا العبء الإضافي لكنه اشترى المنزل من أجل خاطر زوجته، ولم يكن مدركاً لامتعاضه من هذا العبء المادي اللامبرر له . وكذلك لم تكن زوجته مدركة لحقيقة مشاعره . لقد جعلته الضغوط المادية يعمل ساعات إضافية لتسديد ثمن المنزل، وصار يعود للمنزل منهكاً وغير مهتم بالجنس . وفي المرات القليلة التي أراد فيها الزوج أن يمارس الجنس لم تكن الزوجة ـ للصدفة ـ مهتمة بالجنس. من المهم أن ندرك أن كلا الزوجين لم يكن مدركاً لحقيقة مشاعره أو مشاعر شريكه. ولم تجد المعالجة الجنسية المعتادة نفعاً. لكن المواجهة بين الزوجين جعلت كل منهما يعلم بحقيقة امتعاضه من الآخر. وكانت النتيجة جيدة وصار الزوجان قادرين على حل مشاكلهما والعودة لتلاؤمهما الجنسي السابق، مما يؤكد أهمية الاتصال الكافي بين الزوجي."

عامل آخر يؤدي إلى صعوبات جنسية وزوجية ألا وهو السعي إلـى السيطرة. عن حاجة الشخص للسيطرة على الناس في محيطه هي غالباً لا شعورية ومتعلقة بالخوف من فقدان السيطرة والخوف من غـضب شـديد كامن. فإذا حاول كل من الزوجين الوصول إلى السيطرة فـإن صـراعاً مدمراً سينشأ بينهما وسينتقل هذا الصراع على غرفة النوم حيث إن إذعان أحد الزوجين لرغبات الآخر سيفسر لا شعورياً على أنـه هزيمـة. عـن معالجة أشخاص كهؤلاء قد يكون أصعب من الـذين ذكـروا سـابقاً لأن هؤلاء "المسيطرين" قد لا يكونون قادرين على التخلي عن حاجتهم للتسلط والقوة، فمثلاً :

كانت خطة المعالجة تسير على ما يرام عند زوجين إلى أن بدأ الزوج (وهو الأضعف والأكثر سلبية) بالشكوى من أن زوجته لا تريد أن تتابع التمارين التي تفرضها المعالجة الجنسية. لقد كانت الزوجة غير قادرة على فعل أي شيء إلا إذا بدأته بإرادتها، ولقد وصفت نفورها من الرجال بقولها "يتظاهرون بالقوة"، ولم تكن قادرة على تحمل أن يطاردها زوجها برغبة جنسية. لذلك تم مواجهة الزوجة بهدوء بحاجتها للسيطرة.

إن المعالجة الجنسية تتضمن أكثر من تلك الواجبات الجنسية البسيطة. إن مقداراً معيناً من المعالجة النفسية ضروري عادة في هذه المعالجة. عن الهدف الوحيد للمعالجة الجنسية هو تحسين أو شفاء المشاكل الجنسية. لكن لابد من توسيع أهداف المعالجة عند وجود علاقة زوجية سيئة. قد يحتـاج أحياناً أحد أو كلاهما لمعالجة نفسية مركزة، وقد يحتاجان أحيانـاً أخـرى لمعالجة اجتماعية زواجية. إن العدائية ليست السبب الوحيد لعدم الانسجام الجنسي. فالزوجان المذكوران سابقاً (اللذان اشتريا المنزل الباهظ الـثمن) كانا متحابين أساساً. لكن الرجل قد يتجنب الجنس لخوفه من الفشل، وقـد تتجنبه المرأة لخوفها من الإيلاج، أو قد تسمح للرجـل بالمحاولـة لكنهـا تخذله في اللحظات الأخيرة. وسأروي قصة لنؤكـد كيـف أن لحظـة لا شعورية واحدة يمكن أن تدمر علاقة زوجية.

أتى زوجان شابان، لم تمض سنة على زواجهما، لطلب المساعدة لأن الإيلاج لم يتم حتى الآن. ففي كل مرة يحاول فيها الزوجان الإيلاج يفشل. ولم تؤدي إزالة غشاء البكارة جراحياً لأية نتيجة. ولم يكن تشنج المهبل موجوداً. واعتقد الزوجان أن المشكلة تتعلق بالرجل، حيث أن المرأة كانت راغبة في الإيلاج، أو هكذا قالت. وقد أظهرت المناقشة أن الانتصاب عند الزوج كان جيداً. إذاً أين هي المشكلة ؟. لقد طلبتُ من الزوجين أن يراقبا بانتباه ما الذي يحدث. واكتشف الزوج الشاب المشكلة أخيراً. ففي كل مرة يحاول الإيلاج فإن يد زوجته تعيق حصوله. إنها تحرف القضيب إلى الجانب وبذلك تمنع الإيلاج. لم يكن هذا الشيء ملحوظاً على الإطلاق من قبلهما، لأن كليهما كان مثاراً، والأمر لا يحتاج إلا للمسة خفيفة وانحراف طفيف لمنع الإيلاج.

قد يكون من الصعب تصديق حدوث مثل هذا الأمر دون أن ينتبه إليه

أي منهما، لكن الأطباء النفسانيين يواجهون دائماً بالقوة التي يستطيع بهـا اللاشعور أن يخدع الناس في دوافعهم وأفعالهم الخاصة. هذا مثـال آخـر لحقائق يومية من الممارسة الطبية والنفسانية.

4.2 - الاكتئـــــــــــاب Depression

إن فقدان الاهتمام الجنسي وعدم القدرة على الممارسة هما مرافقان شائعان للاكتئاب الشديد. ويتطلب الاكتئاب معالجة خاصة قبل تطبيق أية معالجة جنسية. إن حالات الاكتئاب البسيطة قد تكون أصعب تشخيصياً لأن الأداء الجنسي يكون سليماً نسبياً عند هؤلاء المرضى، إلا أن إثارتهم الجنسية قد تكون منخفضة وكذلك متعتهم وعدد الاتصالات الجنسية لديهم . ويجب على الطبيب أن يهتم بالاكتئاب كتشخيص تفريقي لكل حالة تكون فيها الشكوى الجنسية هي الشكوى الرئيسية. كما أن على الطبيـب أن يفرق بين الخلل الوظيفة الجنسية الثـانوي التـالي للاكتئـاب وبـين الاكتئاب الثانوي التالي لخلل الوظيفة الجنسية . عندما يكـون الاكتئـاب بدئيا لا يكون خلل الوظيفة الجنسية إلا عرضاً بـين مجموعـة أعـراض الاكتئاب الأخرى مثل عدم القدرة على الشعور بالمتعة واضطرابات النوم والشهية والأعراض الجسدية وتراجع العلاقـات الشخـصية . أمـا فـي الحالات التي يكون فيها خلل الوظيفة الجنسية بدئياً فليس مـن النـادر أن يشعر المريض بالاكتئاب وفقدان الهمة ، وان يشعر المـريض بالاكتئـاب وفقدان الهمة ، وان يشعر انه فاشل كرجل أو كامرأة ويعتبر نفسه شـريكا جنسيا غير ملائم . وفي كلتا الحالتين (عندما يكون الاكتئاب بدئيا أو ثانويا)يكون الانتحار خطرا ماثلاً ويجب الحذر منه دوماً.

الكتـــاب الإلكتروني لشبكـــة العلـــوم النفسيـــة

العـــدد 4

إضطرابـــات الشخصيـــة

أد. عبـــد الرحمـــان إبـراهيـــم

Full Texthttp://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104

Summary: http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB4

المركـــز الرقمـــي للعلوم النفسيـــة

رئيـس الموقـع : الدكتور عبـد الرحمـــــن إبـراهيـــم

www.dcpsy.com

"شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة"

أفضـل مواقـع العلوم النفسية على الويـب

يسعدنا إعلامكم أن موقع " شبكـة العلـوم النفسيـة العربيـة" احتل المرتبة الأولي في صنف مواقع "العلوم النفسية" و قد تم إلحاقه ضمن حيز أفضل المواقع على الويب الأمر الذي سيميزه عن عديد المواقع المصنفة... حظ سعيد في سعيكم الدائم نحو التألق والنجاح !!!

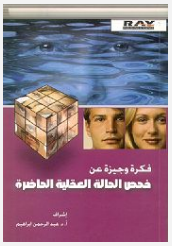
فريق أفضل المواقع على الويب

http://www.meilleurduweb.com

إضطرابـــات الشخصيـــة

أ.د. عبـــد الرحمـــــن إبـراهيـــم –سوريـــا

فحـــص الحالـــة العقليـة الحاضرة



أ.د. عبـــد الرحمـــــن إبـراهيـــم –سوريـــا

www.arbpsynet.com/Books/A-Ibrahim.B1.pdf

أثـــــر علاقـــــــة الآبـــــاء بالأبنـــــاء في النـــــزوع إلى تغييـــــر الجنـــــس

د. هـــــــدى كشـــــــرود- الطـــــب النفســـــــي، الجزائـــــــر
Kechroud_houda@yahoo.fr

توطئـــــة : يعرف ستولر R.Stoller، النزوع إلى تغيير الجنس transesxualisme باعتقاد فرد سليم من الناحية البيولوجية بانتمائه إلى الجنس الآخر، ويصاحب هذا الاعتقاد عند الفرد البالغ في عصرنا هذا طلب إجراء عمليات جراحية وغدية لتغيير المظاهر الجسمية في اتجاه ما يتميز به الجنس الآخر. (Stoller, 1978)

ظهر هذا المصطلح في D.S.M.III 1980 (رابطة الطب النفسي الأمريكية)، وصنف ضمن الإضطرابات النفسية الجنسية Troubles psychosexuels ، ومن مجمل ما وصف به الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب : عدم الراحة، وعدم الرغبة في جنسه الحالي، ورغبة ملحة في التخلص منه والعيش كفرد من الجنس المقابل، على أن يستمر هذا الاضطراب وبصورة غير منقطعة لمدة عامين كاملين، وفي غياب أي إبهام جنسي عضوي أو إضطراب عقلي كالفصام.

وفي عام 1987 اختفت كلمة اضطراب نفسي جنسي من D.S.M.III لتحل محلها كلمة اضطراب جنسي trouble sexuel. وأصبح النزوع إلى تغيير الجنس يصنف ضمن إضطرابات الهوية الجنسية troubles de l'identité. وفي عام 1994 أدمج النزوع إلى تغيير الجنس ضمن إضطرابات هوية الجندر troubles de l'identité de genre وفيه يتماثل الفرد وبقوة بالجندر الآخر، ويرنو إلى التخلص من مظاهر جنسه الأولية والثانوية اعتقادا منه أنه ولد خطأ في جنسه هذا. ويكون مصدر هذا الإضطراب عادة هو بسبب الضيق أو بسبب عائق اجتماعي أو مهني ما أو أي من المشكلات الأخرى في الميادين المهمة في حياته.

إن عدم التطابق والانسجام بين هوية الجندر ودور الجندر من جهة، وبين الجنس البيولوجي من الجهة الأخرى قد تضفي بعض الغموض واللبس في تحديد الحدود الفاصلة – إن وجدت – بين بعض الإضطرابات الموجودة والمتعلقة بهذا الموضوع، فعادة ما نطلق عبارة تغيير الجندر trans genre على الأفراد الذين تكون هويتهم الجنسية في حالة تناقض وصراع مع تلك المتعارف عليها تقليديا والمنسوبة إلى الأشخاص من نفس الجنس، ولا نجد عند هؤلاء عادة الحاجة الملحة لإجراء العملية الجراحية لتحولهم إلى النوع الآخر. وغالبا ما يبدأ هؤلاء طريقهم بممارسة التنكر اللباسي travestisme (cross – dresser) لينتهي بهم الأمر بتقبل شعورهم كمغيرين لجندرهم، وهم بالتالي في حاجة إلى هوية جديدة من الجنس المقابل، كما كان البعض منهم قبل تحوله يعمل في المسارح والأماكن التي تقدم مشاهد إباحية، والخاصة بالتنكرات اللباسية. كما يبدأ معظم هؤلاء تحولاتهم بأخذهم كميات قليلة من الهرمونات ما يكفي لإظهار وتأكيد الجانب الأنثوي لديهم كالتخلص من شعر الوجه على سبيل المثال، ويمرون بعد ذلك إلى نمط من الحياة يمارسون فيه أنوثتهم فيغيرون من طريقة كلامهم وحركاتهم ويطلقون على أنفسهم أسماء أنثوية، وهم بذلك يحققون تحولهم من دون اللجوء إلى عمليات جراحية، وهو عكس ما نجده لدى من ينزعون إلى تغيير جنسهم transexuels.

كما يختلف النازعون إلى تغيير جنسهم عن أولئك الذين يرغبون في تثبيت جنسهم وتصحيحه نتيجة اختلافات فسيولوجية بين الصفات الذكورية والأنثوية inter sex، ليصل الفرد إلى الجنس الحقيقي له في النهاية ويثبت هويته الجنسية.

1 - الديناميـــة الأسريـــة واضطرابـــات هويـــة الجنـــدر :

يرجع عدد من الباحثين في حقل الصحة النفسية والعقلية أن عددا من العوامل النفسية والاجتماعية قد تكون سببا في ظهور وتطور ما يعرف باضطرابات هوية الجندر. فيرى البعض مثلا أن العلاقة التكافلية الحميمية بين الطفل وأمه من جهة، وعلاقة التباعد بالأب من جهة أخرى قد تسبب هذا النوع من الاضطراب، ويذكر البعض أن الأمهات كن يدورهن عرضة في طفولتهن لبعض اضطرابات الجندر، وغالبا ما كن اكتئابيات (Stoller, 1978). ويرى آخرون أن الرغبة القوية لبعض الأمهات في أن ينجبن بناتا كانت سببا في تعزيز السلوك الأنثوي عند أبنائهن الذكور، إذ كانت هذه الأمهات غالبا ما تصف الأبناء الذكور بالجمال والجاذبية مما يعزز الخصائص الأنثوية لديهم (Green, 1987). ويعتقد كوتس (Coates, 1992) أن عوامل المخاطرة عديدة ومتراكمة وتتلاقى غالبا في المرحلة الحرجة في النمو. ففي بعض حالات اضطرابات وظيفة الأسرة المزمنة وبعض التجارب الصادمة في السنوات العمرية الأولى من حياة الطفل (كحادث وفاة أو مرض مزمن في العائلة .. إلخ) أمر قد يجعل الأم في حالة إكتئاب وهلع وانعزال وينعكس كل هذا على الطفل، وقد ينمي فيه الشعور بالإهمال، وتختلط عليه الأدوار والمسؤوليات تجاه هذا الوضع بين أن يكون هو الطفل الذي يحتاج إلى الرعاية، أو أن يكون هو المسؤول أو الراعي لهذه الأم. وتصطدم وظيفة التماثل في هذه الحالة بهذه الشروخ وتصطدم معها الأدوار والصور الأبوية في ذهن الطفل.

إذ تلعب سياقات التماثل أو التقمص identitification فى نظريـة التحليـل النفسى دورا أساسيا فى تكوين شخصية الطفل وتطورها فهى أساس كـل بناء إنسانى حسب سيجموند فرويـد (Freud, 1926). فحتـى المرحلـة الأوديبية يكون الطفل ذكرا كان أم أنثى قد تقمص أو تماثل مع سلوك الأم، ثم يبدأ فى التمييز بعد ذلك. ويدخل الأب كطرف ثالث فى العلاقة فاصـلا بين الطفل والأم، حاملا الطفل للحياة الاجتماعية. وتأتى هـذه الـسياقات التماثلية الثانوية فى مقابل السياقات التماثلية الأولية، حيث يكـون الفـرد غير قادر بعد على تمييز نفسه عن الآخر. حينئذ يبدأ الطفل فى التطلع إلى الحياة الاجتماعية وتبنى السلوك الخاص بجنسه. فالتماثـل إذن يـتم فـى الجماعة الثانوية أى المجتمع، الأمر الذى يـسمح للفـرد مـن التنـصل التدريجى من الجماعة الأولية المتمثلة فى الأسرة. إلا أن علاقة الوالـدين بالطفل تعتبر أساسية فى بناء وتشكيل الهوية إضافة إلى التكيف الاجتماعى للفرد. وترى كوليت شيلان Colette Chiland من جهتها أن الاعتقـادات التى يكونها الأفراد عن أنفسهم هى نتـاج تفـسيرات وترجمـات الطفـل للرسائل الشعورية واللاشعورية تجاهه.

وعلى مستوى الأعمال التطبيقية على بعض العينات فقد حاول البعض مقارنة نسبة الوقت الذى تقضيه أمهات الأبناء الذين تظهر عندهم سـمات الأنوثة مع عينات أخرى ضابطة، وتبين أنه لا توجد فـروق دالـة بـين العينتين، بل أضافت هذه الأمهات أنهن قضين وقتا أقل مع أبنـائهن فـى السنوات الخمس الأولى من حياتهن (Green, 1987) كما وجد جـرين أن الأمهات كن يصفن أبنائهن بالجمال والأنوثة مقارنة بالأمهات الأخريـات، وبفحصه للنمو النفسى الجنسى لهذه الأمهات وجد أنهن كن يسلكن سـلوك الجنس المقابل فى فترة طفولتهن مقارنة بالعينة الضابطة، إلا أنه لم تختلف المجموعتان فى السلوك النمطى الجنـسى (كإنـاث) أو فـى تجـاربهن الاجتماعية الجنسية.

أما عن رغبة الأمهات فى أن ينجبن بناتا، فقد وجد زوكر وآخـرون Zucker et al (1994) أن نسبة 43 % من الأمهات ممن كانت لديهن هذه الرغبة من عينة تتكون من 102 أما لديهن ذكورا يعانون من إضطرابات هوية الجندر، كان يرغبن فى إنجاب بنات، إلا ان الباحثين لم يتمكنوا من إجراء مقارنة بمجموعة أخرى وذلك لعدم توفرها.

كما بنيت بحوث أخرى حول اثر خصائص الأمومة على إضطرابات هوية الجندر. أن أهم الخصائص السيكوباثولوجية للأمهات تمثلـت فـى الإفراط فى المراقبة والإفراط فى النشاط (Mitchell, 1991).

2 - إضطرابات هوية الجندر فى الطفولة وعلاقتها بكل من جنس الطفل والنزوع إلى تغيير الجنس :

الجدير بالذكر أن جل الدراسات الإمبريقية (رغم قلتها) التى تمت على الأطفال الذين يعانون من إضطرابات هوية الجندر كانت علـى عينـات ذكورية، وتكاد تكون تلك التى أقيمت على عينات من الإنـاث الـصغيرة منعدمة، وقد يعود ذلك إلى نسبة قلة تـواتر هـذه الحـالات ومراجعتهـا للعيادات المختصة فى ذلك. كما قد تعود إلى تقبل بعض المجتمعات لهـذه الظاهرة فى مرحلة عمرية معينة عند الإناث كبعض المجتمعات الأمريكية western societies التى تحبذ السلوك الذكورى عند الفتيات tomboyish behavior، ولا يبدأ قلق الآباء تجاه هذا الأمر إلا بعد مرحلة البلوغ، حين لا تختفى هذه المظاهر وتكون سببا فى ظهور بعض الاضطرابات النفسية، حينئذ فقط يلجا الآباء بهن إلى الفحص الخارجى فـى العيـادات النفـسية العامة، أو إلى عيادات الجنـدر المختـصة (Peggy et al, 1994). أمـا بخصوص اضطرابات الجندر فى علاقتها بالنزوع إلى تغيير الجنس يؤكد الباحثون أنه ليس كل الأطفال ممن يعانون من هذا الاضطراب سيصبحون حتما ممن سينزعون إلى تغيير جنسهم فى المـستقبل، إذ بينـت بعـض الدراسات التنبؤية لحالات من الذكور بأن هذه الظاهرة ترتبط أكثر بالجنسية المثلية فى مستقبل الفرد أكثر من ارتباطها بالنزوع إلـى تغييـر الجنس. وتتناسب هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات التى تعتمد علـى الذاكرة والتى بينت أن حالات الجنسية المثلية لكل من الـذكور والإنـاث كانت تتحدث عن تغيير الجندر فى مرحلة طفولتها أكثـر مـن حـالات الجنسية الغيرية (Peggy et al, 1994). وقد تعود قلة نسبة حالات النزوع إلى الجنس الآخر فى الدراسات التنبؤية لأسـباب عديـدة كـأن تكـون إضطرابات هوية الجندر فى الطفولة هى أكثر تغايرا فيما يتعلق بالـشدة مقارنة باضطرابات هوية الجندر فى مرحلة الرشد.وما يتحول إلى حالات النزوع إلى تغيير الجنس إلا الحالات القليلة المعقدة. بينما الحالات الأخرى البسيطة ستصبح إما جنسية مثلية أو جنسية غيرية. ويقترح كل من زوكر وجرين (Zucker and Green, 1992) تفسيرات إضافية تفسر انخفـاض النسبة المئوية من عدد ذوى من ينزعون إلى تغيير جنسهم التـى تكـشف عنها الدراسات التنبؤية. أولا انخفاض المعدل الأساسي من النـزوع إلـى تغيير الجنس الذى يستلزم متابعة عينات أكثر عددا بكثير من العينات التى تمت دراستها حتى الآن. ثانيا : يلاحظ أن آباء الأبناء والبنات ممـن قـد سيكون لديهم نوازع لتغيير جنسهم نادرا ما يلتمسون تشخيصا عياديـا أو معالجة لأبنائهم وبناتهم. ونتيجة لذلك الموقف بالنسبة لعمليات الإحالة إلى العلاج لم ير المعالجون المسئولون عن العيادات سـوى الأطفـال الـذين يعانون من اضطرابات خاصة بالجندر دون نزوع إلـى تغييـر الجـنس. وثالثا : فأن عملية التقييم أو العلاج ذاتها سوف تتداخل مع نمـو و النـزوع لتغيير الجنس. ويتأسف الباحثان أخيرا عن عـدم تـوفر دراسـات عـن أعراض حالات النزوع لتغيير الجنس فى مرحلة الطفولة والتـى يمكـن الاعتماد عليها فى التنبؤ بالحالة فى سن البلوغ.

3 - إدراك أساليـب معاملـة الوالديـن والنـــزوع إلى تغييـــر الجنس

عمد فريق من الباحثين، ولأسباب منهجية إلى الاعتماد على الأبنـاء ذاتهم فى وصفهم لحالتهم. فالتصورات التى يكونها الطفل عن والديه قـد يكون لها تأثير على سلوكه، وعلى تكوين فكرته عن ذاته. فهذا التصور أو إدراك الطفل لسلوك أبيه وأمه وتصرفاتهما معه يرتبط بتوافق الطفل أكثر مما يرتبط به السلوك الفعلى للوالدين (Shaeffer, 1965). هكذا كان مـن المنطقى أن يفترض الباحثون أن سلوك الوالدين كما يدركه الأبناء يمكـن قياسه بطريقة أكثر صدقا من قياس سلوك الوالدين وأتجاهاتهم نحو رعاية وتربية أبنائهم، لأن التصور الذى يكونه الطفل عن والديه لا يستقى مـن إدراكات واقعية أو موضوعية بقدر ما تتدخل فيه عوامل ذاتية تسهم فـى تكوين الشخصية، كما يرتبط هذا الإدراك بتوافق الفرد أو بظهور بعـض الإضطرابات لديه (Perris, 1994). وقد حاول باركر وبـار فـى عـام 1982 أن يوضح تجريبيا علاقة أساليب المعاملة الأسرية فـى علاقتهـا بالنزوع إلى تغيير الجنس معتمدين فى ذلك على وسائل قياس لبعض أبعاد المعاملة : PBI parental banding instrument لباركر وآخرون 1979.

وقد تم الاعتماد فى ذلك على عدد كبير نسبيا من مرضـى العيـادات الخارجية من الذكور ذوى النزوع إلى تغييـر الجـنس n = 30 ، وذلـك بمضاهاتهم بعناصر ضبط من الذكور والإناث (مثـال ذلـك المرضـى وأقربائهم الملازمين لهم باستمرار والذين يباشرون معهم التدريبات العامة النموذجية).

وجرت مقارنة ذوى النزوع لتغيير الجـنس بالمجموعـة الذكوريـة الضابطة فى ضوء تقديرات (PBI). وأوضـحت المقارنـة أن المرضـى وضعوا تقديرات لآبائهم أقل كثيرا من حيث الرعاية وأعلى كثيـرا مـن حيث الحماية بالقياس إلى التقديرات التى وضعها نظراؤهم من العناصـر الضابطة لآبائهم. وثم اتجاه مماثل لتقدير الأمهات من حيث الأسلوب نفسه لم يكن ذا دلالة كبيرة إحصائيا.

علاوة على هذا فإن مقارنة المرضى بالمجموعة الضابطة الأنثوية قد

أعطت نتائج مماثلة فيما عدا أن الحماية الزائدة أصبحت غير ذات أهميـة. كما عمد كل من باركر وبار إلى توسيع نطاق هذه النتائج، ويلاحظ هنـا أن كل من نسب الإناث إلى الذكور من ذوى النزوع للتغيير الجنسي ذهبت إلى أن كلا الأبوين كانا أكثر رفضا وأقل دفئا عاطفيا، وأن أمهاتهم أكثر اهتماما بالحماية عن النسب التى حددتها العناصر الأنثوية المناصرة الضابطة.

وأختلف الذكور والإناث من ذوى النزوع إلى تغيير الجنس عن بعضهم البعض من حيث تدنى التقديرات بشأن الدفء العـاطفي الأبـوي وارتفـاع التقديرات بشان رفض الأمهات للمرضـى الإنـاث (Peggy and al, 1994). وسلكت دراسة كوهين ـ كيتنيس وأريندل Cohen – Kettenis et Arindell نفس نهج الدراسة السابقة معتمدة في ذلك على عينة صغيرة نسبيا مؤلفة من حالات تنزع إلى تغيير الجنس : 24 من الذكور إلى الإناث، و21 من الإناث إلى الذكور والذين كانوا يترددون كمرضـى خـارجيين علـى مؤسسة الجندر فى المستشفى الأكاديمى لجامعة فريجى بأمستردام the Vrije Universitetit بهولندا وتوسعت هذه العينة فيما بعـد لتـضم حـوالي 150 فحوصاً، جميعهم من المترددين بلا انقطاع على المستشفى المـذكور آنفـاً. وهكذا أصبحت العينة المتجمعة من المرضى الخارجيين الراغبين في تغيير جنسهم: 126 من الذكور إلى الإنـاث، و68 مـن الإنـاث إلـى الـذكور (n=3missing information). وتقدمت جميع هذه الحالات بطلبـات دون أن تجرى لأي منهم جراحة تحويل لإعادة تحديد نوع الجنس وقت عملية التقييم النفسي. ولكن بعد مرحلة تقييم نفسية ممتدة تقرر أنهـم جميعـا مرشـحون محتملون لإجراء مثل هذه الجراحة. ولم يجر الأطباء النفسانيون تشخيـصاً نفسياً أساسياً لأي منهم (كحالة الشيزوفرينيا مثلاً). وتـم تـشخيص حـالتهم جميعاً بأنهم ذوو نزوع للتغيير الجنسي وفقـاً لمعـايير DSN-III (الرابطـة الأمريكية للطب النفسي، 1980). وقام بالتشخيص أخصائي نفسي أو طبيـب نفسي مشترك في البرنامج الجراحي لتحديد الجنس الجديد.

وقورنت هذه العينة الضخمة الفريدة من الراغبين في تغيير جنسهم ب 368 عنصراً محلياً ضابطاً: 165 ذكور، و200 من الإناث (n=3missing information) وفي ضوء استبيان إدراك أساليب معاملة الوالـدين EMBU (والكلمة مركبة من الأحرف الأولى للكلمات السويدية التي تعني "ذكريات الطفل عن معاملة والديه") (Perris et al, 1980). ومن ضمن ما كـشفت عنه نتائج هذه الدراسة أن الأفراد الذين ينزعون إلى تغيير جنسهم يصفون آبائهم بالنبذ مقارنة بأفراد العينة الضابطة، كما كان هؤلاء الآباء أقل دفئـاً عاطفياً، وكانت الأمهات نابذات لأبنائها لاسيما في العينة التي كان تكوينها البيلوجي إناثاً. كما ذكر هؤلاء أن أمهاتهم كانت أقل دفئاً عاطفياً مقارنـة بالعينة الضابطة، كما كانت مفرطات في الحماية.

كما بينت هذه الدراسة وجود علاقة مهمة بين تلاقي الأبوين وأساليب معاملاتهم السلبية لأبنائهم (النبذ وتدني الدفء العاطفي، والحماية المفرطة) إذ تجلت هذه الظاهرة في العينة التي كانت تنزع إلى تغيير جنسها بنـسبة 25.3% مقابل 4.7% في العينة الضابطة، وذلك بنسبة دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 001. > أ (Peggy and al, 1994).

ونظراً لتعذر التوصل إلى استنتاجات عن العوامل المسببة من خـلال الارتباطات الإحصائية تضمنت الأبحاث اقتراحـات بدراسـة مـستقبلية تختص ببحث في حالات الزواج بين الأبـوين وفـي العوامـل النفـسية الاجتماعية والاقتصادية لهؤلاء في علاقتها بأساليب التربية، علاوة علـى عوامل أخرى قد تكون لها علاقة بتحديد هوية جندر الطفل ومدى تأثيرها على نمو النزوع إلى تغيير الجنس.

4 - تغييـــــر الجنـــس في العالـــــم العربـــــي :

إذا كان الباحثون فى العالم الغربى يتأسفون على قلة الدراسات والأبحـاث الإمبريقية، وعدم توفر العينات التى يمكن أن تقام عليها الدراسة فهى تكاد تكون منعدمة ـ فى حدود علمنا ـ فى البلاد العربية، وجل مـا يمكن أن نجده فى بعض المقالات وعلى شبكات الأنترنت هـى توصـيف لبعض الحالات القليلة التى غيرت جنسها وكانت سببا فى حدوث ضـجة أخلاقية وإعلامية كبيرة مثل طالب الأزهر فى القاهرة الذى غير جنسه من ذكر إلى أنثى، وقد أثار ذلك العديد من ردود الأفعال ذهبت حتى إلى حـد تأديب الطبيب الذى قام بذلك وذلك بشطب أسمه من سجل الأطباء وإسقاط عضويته من النقابة ومنعه من مزاولة المهنة، وعوقب الطبيب الذى قـام بالتخدير بنفس العقوبة. كما قام أثر ذلك أحد المختصين بالقانون المـدنى بوضع كتاب حول القضية بعنوان " تغيير الجنس بين الخطر والإباحـة " أحمد محمود سعد، 1993. ويشار إلى هذه الظاهرة فى غالب الأحيان وفى بعض النصوص المتقطعة والمحتشمة هنا وهناك على شبكات الأنترنـت على أساس توصيفها بالشذوذ الجنسى أو بالوباء واللوثة. هذا ناهيك عـن الطابع الإعلامى الذى تقدم به الظاهرة للتحريف أحيانا والتعريف بـبعض المناطق والبلدان التى يمكن أن يتم فيها هذه العمليـة، وأحيانـا بإعطـاء الأسعار وعناوين العيادات. ونحن فى كل هذا لا نشير إلى جراحات تثبيت الجنس وتصحيحه (intersex) والتى تعنى تصحيح بعض الأختلاطات بين الصفات الذكورية والأنثوية لنصل بالفرد إلى الجنس الحقيقـى لـه فـى النهاية، وهذا ما يساعد على ثبوت هويته الجنـسية ولسـتقراره النفـسى بالإضافة إلى اندماجه الاجتماعي. وهل يعنى هذا أن مثل هـذه الحـالات غير موجودة فى البلدان العربية ؟ أم أن التكتم عليها وإخفائها جعل مجال البحث والتنقيب فيها للتعرف على أسبابها ودواعيها متعـذرا فـى الـبلاد العربية. ويمكننى أن أذكر أنه ولمدة أكثر من عشرة سنوات ممارسة فـى أحد القطاعات الصحيحة الكبرى بالجزائر العاصمة كانت الحالات التـى تعانى من بعض الاضطرابات فى الهوية الجنسية تتقـدم للفحـص تحـت دواعى استشارية أخرى غير تلك المرتبطة بالاضطرابات المذكورة، فكان بعض الحالات القليلة من الأطفال تأتى للاستشارة برفقة ذويهم لأول مـرة من أجل مشكلة خاصة بالتبول الليلى أو التأخر الدراسى أو لإضـطرابات فى السلوك والطبع، ولا يتم الإفصاح عن المشكلة الحقيقة إلا بعد مـضى مدة من الكفالة النفسية وكانت معظم الحالات من الذكور التى كانت تظهر على سلوكهم صفات الأنوثة والتى كانت سببا فى تهكم زملائهـم بنعـتهم ببعض التسميات المعرفة إجتماعيا. فى حين كانت بعض الحالات لا سيما منها تلك التى كانت فى مرحلة المراهقة وبداية الرشد تأتى كذلك للفحـص لأسباب يمكن الإفصاح عنها فى البداية وبدون أى حرج من طرف طالب المساعدة كالقلق والأرق والأكتئاب وصعوبة الاندماج مع الأصدقاء، فـى حين يبدأ هؤلاء يتحدثون عن الأسباب الحقيقيـة الخاصـة بأضـطراباتهم بمرور الوقت. والجدير بالذكر أن هذه الحالات كانت قليلة ولعل ذلك يعود إلى الجهل فى المجتمعات العربية بقطاعات الصحة النفسية ودورها مـن جهة، وإلى الطبيعة الاجتماعية التقليدية التى مازال الطابع الأبـوى هـو الغالب عليها. والجدير بالذكر أيضا أن تعامل هذه المجتمعات مـع هـذه الظاهرة لا يساعد على حصر هذه الحالات لمد يـد المـساعدة النفـسية والطبية إليها بل قد يزيد من حدتها، وقد يساعد البعض في استغلالها مـن أجل أغراض مالية وجنسية، وهو نفس ما حدث لبعض أطفـال أمريكـا اللاتينية وشرق أسيا والذين تم استغلالهم من طرف بعض الشبكات التـى تستغل وتستثمر الجنس، وذلك بعد أن تم طرد هؤلاء الأطفال من بيـوتهم نتيجة ظهور بعض علامات من الجنس الآخر.

5 - الخلاصـــــــــــة

إن الدراسات التى تعرضت إلى النزوع لتغيير الجنس بصورة تجريبيـة وموضوعية هى فى الواقع قليلة، ولعل معظم ما هو متوفر من أدبيات عن الموضوع هو فى الحقيقة وصف لهذه الحالات أكثر منه بحثا فى أسـبابها وطرق التعامل معها، وبخاصة ما هو موجود من هذه الأدبيات فى سـياق التوجهات الفرنكفونية.

ولعل هذا القصور جعل الموضوع يفتقر كثيرا إلى إطار نظرى ومنهجـى يسهل للباحث القيام بمهمته على أكمل وجه. ويؤكد راتر Rutter فى هـذا السياق أن أى دراسات غير تجريبية لا تستطيع مستقبلا كما هـا الآن أن توفر لنا أدوات قوية لإجراء المزيد مـن الاختبـارات بـشأن الفـروض الخاصة بالأسباب ما لم نهتم بداية بشكل مناسـب بالقـضايا المنهجيـة (Peggy and al, 1994). هذا إضافة إلى أن عديد مـن مجـالات عوامـل المخاطرة المحتملة فى دراسة مثل هذا النوع من الموضوعات نتجت فـى أغلب الأحيان عن دراسات اعتمدت على تقييمات لقطاعات متداخلة أخذت فى الحسبان عوامل جينية وتكوينية ومتغيرات ثانوية وسيطة كتاريخ بعض الصدمات التى يتعرض لها الأفراد على مدى حياتهم، وعوامل الشخـصية وبعض خبرات الحياة حديثة العهد مثل بعض الأحداث الصعبة والضاغطة التى يمر بها الفرد. ويقترح بيرس فى هذا الصدد فى تفسيره للعلاقة بـين أساليب معاملة الوالدين وظهور بعض الإضطرابات النفسية، وكذا طـرق الكفالة والعلاج النفسى إطارا نظريا تفاعليا يأخذ بعين الاعتبار مجموعـة تفاعلات بين كل من المتغيرات الثقافية والبيولوجية والـسيكولوجية فـى تطور ما يسميه حساسية الفرد للتظاهرات السيكوباثولوجية وارتفاع قابليته للتأثر vulénerabilité بعوامل المحيط. ويؤكد بيرس فى نموذجه المقتـرح على مفهوم قابلية الفرد للتأثر أكثر من تأكيده على بعض الإضـطرابات، والتى تعتبر حسب وجهة نظره المحور المركـزى لكـل الإضـطرابات النفسية. وهو يقترح فى ذلك عدة عوامل (ثقافية، وبيولوجية، وسيكولوجية) فى شكل علاقة جدلية تسهم فى ارتفاع قابلية الفرد للتأثر، ونظرا لهـذا التفاعل المستمر فإن مفهوم القابلية للتأثر لا يمكن اعتباره سـمة جامـدة وغير متغيرة، بل هو فـى الواقـع شـرط أساسـى للتخلـق المتعاقـب Epigenitically ينشأ ويتطور من خلال التفاعـل المـستمر بـين الفـرد ومحيطه خلال الفترات المتعاقبة من حياته (Perris, 1988). ومن خـلال هذا نرى ضرورة الاهتمام بالقطاعات المتداخلة والممتدة على مدى حيـاة الفرد والجمع بينها فى نموذج طولى محاولة للتعرف على أسبابه وإعـداده للدراسة التجريبية، ومحاولة التنبؤ بتطورات حالته مع اسـتخدام أفـضل استراتيجية إحصائية تحليلية. ويؤكد كينـدلر وآخـرون (Kendler et al, 1993) بهذا الصدد أنه عند استخدام نماذج قيمة لبيان أسباب الأمـراض الخاصة بالطب النفسى فأن الالتزام بهدف محورى من شـأنه أن يوضـح العمليات السببية التى تربط فيما بين عوامل المخاطرة. معنـى هـذا أنـه يتعين استكمال قوائم متغيرات التنبؤ المهمة إحـصائيا بمحـاولات لفهـم المسارات التى يمكن أن تفضى من خلالها عوامل المخاطرة إلى حـدوث المرض (Peggy et al, 1994).

ومن المؤكد أن المزيد من الدراسات فى مجال الأسباب المرضية فـى حالة النزوع إلى التحول الجنسى يمكن أن تستفيد يقينا من الالتزام بمثـل هذا النهج فى الدراسة. وعلاوة على ذلك فإن الفحص المبكـر والكفالـة السيكولوجية والطبية لحالات من ينزعـون إلـى تغييـر جنـسهم وكـذا الإرشادات التى يمكن أن يقدمها المختصون إلى ذويهم يمكن من المساعدة والسند المبكر لمثل هذه الحالات فى عدم تفاقمها من جهة، كمـا تجنـب ظهور أعراض أخرى مصاحبة كالأكتئاب والنزوع إلى الانتحار .. إلـخ، وحصر هذه الإضطرابات لمساعدتها تمهيدا للقيام بتشخيص يأخـذ بعـين الاعتبار العوامل المحيطة بالحالة من جهة أخرى. كما أنه يمكن أن يـوفر لمثل تلك الأبحاث عينات مناسبة وواسعة فى هذا المجال.

6 - قائمـــــة المراجـــــع :

- Stoller, R.J. (1978) Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transexualisme, collection connaissance de l'inconscient, Paris, Gallimard.
- DSM III – 1980American Psychiatric Association
- DSM III - 1987 Diagnostic and statistical manuel
- DSM III - 1994 of mental disorders (internet – google)
- Green, R. (1987)," the sex boy syndrome " and the development of homosexuality, new haven, yale university press.
- Coates, S. (1992), the etiology of bodyhood gender identity disorder, in J. W.Barron, M.N and D. Wolitzhy. In DC : American Psychiatric Association (internet Google)
- Frued, S.(1926), Introduction à psychanalyse, Payot, Paris
- Zucker, K.J., et al. (1994), parental gender preference of mothers of feminine and masculine boys, in Perris, C et al, 1994 (Eds.), parenting and psychopathology, Wiley, England
- Mitchell, J. N.(1991) Maternal influences on gender identity disorder in boys, in Perris, C. et al (1994). Parenting and psychopathology, Wiley, England
- Peggy, T. Cohen – Kettenis, Jan Van der Ende and Willem A. Arindell. (1994). Parental factors and transexualism, in Perris, C.et al (1994). Parenting and psychopathology, Wiley, England.
- Zucker, K.J. & Green, R. (1992) Psychosexuel disorders in children and adolescents, in C.et al (1994). Parenting and psychopathology, Wiley, England.
- Shaeffer, F.S. (1965). Converging conceptual model for maternal behavior and for child behavior in Glidwell (Eds.), parental attitudes and child behavior, spring field, III, Charles (Thomas), 124-146.
- أحمد محمود سعد (1994)، تغيير الجنس بين الحظر والإباحة (أنترنت)
- Perris, C. (1988), A theoretical Framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. Acta psychiatric Scand, 78, 93-110

تهنئـــة بسنـــة 2007

تسعد أسرة شبكة العلوم النفسية العربية بتهنئتكم بسنة 2007 آملين أن تكون سنة خير ويمن وبركة ، يتقبل فيها الإنسان أخاه الإنسان مهما اختلف معتقده وعرقه وأصله، وأن نسعى جاهدين حتى يعم السلام والأمن كافة أرجاء المعمورة، سائلين الله أن يوفقنا إلى ما فيه خير شعوبنا وخير الإنسان أينما وجد،

إن مستقبلنا واحد و لن ننعم بالاستقرار ما بقي إنسان مسلوب الحرية، منتهك الحقوق، منتهك المعتقد، منتهك الكرامة. في أي بقعة من الأرض

كل عام وأنتم بخير شبكة العلوم النفسية العربية

الجنسانيـــــة في الممارســـــة الطبيـــة العامـــة

Seuality In General Medical Practice

ا.د. عبـــــد الرحمـــــــان ابراهيـــــم – الطـــب النفســـــي، سوريـــا / لبنـــــان

ar.i@laposte.net - dr.abd.ibrahim@gmail.com

تتأثر الجنسانية بعدد كبير من العوامل والاهتمامات، كلها تدخل في نطاق عمل الطبيب. لهذا نركز على التثقيف العام الذي يستطيع الطبيب أن يقدمه لمرضاه. إن هدف هذا البحث هو ذكر بعض النقاط حول الجنسانية عند الراشد، خاصة تلك النقاط التي تهم المرضى وتشير كلمة "جنسانية" في هذا البحث إلى أكثر من آلية العمل الجنسي. فهي تشمل عواطف الحنان والحب بين الشريكين بالإضافة إلى المظاهر الأخرى لعلاقتهما والتي يمكن أن تتأثر بعلاقتهما الجنسية.

1 - الجنسانيـــة والطـــب

يتوقف العديد من الناس، ولأسباب مختلفة، لمعرفة المزيد عن السلوك الجنسي. إذ يملك البعض فضولاً للاطلاع على ممارسات الآخرين ويتلذذ باكتشافه. ويتمنى البعض، بدافع المنافسة، أن يقارن ممارساته مع ممارسات الآخرين. ويحاول البعض اكتشاف طرق جديدة لتحسين أدائه الجنسي أما الطبيب فعليه أن يدرس السلوك الجنسي كجزء من عمله في شفاء الأمراض، وفوق كل هذا، عليه أن يتعلم ألا يؤذي. قد يبدو هذا بديهياً للقارئ، لكن لسوء الحظ إن العديد من الأطباء لا يعلم إلا القليل حول الجنس، ويرتبك في مناقشة هذا الموضوع مع المريض. ولا يستطيع بعض الأطباء الاطلاع على هذا الجزء الأساسي من السلوك الإنساني بسبب اضطراباته الانفعالية الخاصة. وكنتيجة لذلك يتصرف بشكل عدواني تجاه المريض الذي يطلب مساعدته. وغالباً ما يزيد هؤلاء الأطباء من معاناة مرضاهم. ونحن نأمل أن يتعرف الأطباء الشبان على بعض الأمور التي تسمح لهم بتجنب التصرفات المؤدية إلى بؤس المريض أو تدميره أحياناً.

نحب أن نوضح هذه النقطة بـــــ" قصة فتاة شابة عمرها 16 عاماً، أحبت شاباً حباً عنيفاً وانغمست معه في " ملاطفات عميقة " بالرغم من قناعتها بأن هذا خاطئ أخلاقياً. ولقد قاومت الفتاة كل محاولاته لإرغامها على الجماع لكن حبيبها هددها أخيراً بأن يتركها إن لم تستسلم له أو على الأقل تريح " توتره الجنسي " بممارسة لعق القضيب. وأقنعها الشاب أن هذا ضروري لصحته. ولهذا السبب، وخوفاً من فقده، وافقت الفتاة على ممارسة اتصال جنسي فموي ـ تناسلي. وبعد ذلك انهارت الفتاة تماماً لاقتناعها بأنها اختارت قراراً خاطئاً وأنها أصبحت منحرفة. وشعرت الفتاة أنها صارت ملعونة للأبد فملأها اليأس وبدا الانتحار الطريق الوحيد للخلاص. وفي غمرة يأسها قررت أن ترى طبيب العائلة، وهو شخص تعرفه منذ طفولتها، ففتحت له قلبها وأخبرته عن اشمئزازها من نفسها وعن اعتقادها بأنها صارت منحرفة وملعونة، وطلبت مساعدته. وكان التصرف الوحيد للطبيب هو أن يوافقها على أنها منحرفة، وقال لها أنه لا يملك ما يقدمه لشخص مثلها. عندها شعرت الفتاة أنها فقدت الأمل نهائياً فذهبت إلى بيتها وانتحرت. وهكذا انتهت حياتها بطريقة مأساوية" .

قد يرى القارئ إن أي شخص، ولا سيما الطبيب، سيكون أكثر حساسية تجاه الموقف السابق، وأن ما حدث هو أمر غير عادي.

لذلك سنعرض لكم ما حدث بعد المحاضرة التي رويت فيها هذه القصة لمجموعة من طلاب الطب ...

وسنترك البروفسور (الذي أورد القصة) يتحدث :

" لقد رويتُ هذه القصة ضمن محاضرة لكلية الطب كتمهيد للإشارة إلى واجب الطبيب في عدم إيذاء أي إنسان، لقد كان واجب الطبيب الذي ذَكَرَتْهُ القصة أن يساعد الفتاة في أن تفهم أنها لم تفعل أي شيء منحرف وشاذ بشكل كبير ...

لكن ذلك الطبيب لم يتجاهل الحقائق فحسب بل تصرف بطريقة عدوانية كانت الإذلال الأخير الذي دفع الفتاة للانتحار. وظننت أني نجحت في شرح هذه النقطة حتى اليوم التالي حيث قابلتُ وفداً غاضباً من الصف. لقد وجهوا إليَّ اللوم بسبب موقفي اللاأخلاقي وأشادوا بالطبيب على " صدقه " . لقد قالوا " كل ما فعله ذلك الطبيب هو قول الحقيقة، لقد كان مجبراً أخلاقياً على هذا " . ولم تتقبل هذه المجموعة الحقيقة التي تقول إن معظم الناس في العالم يمارسون اتصالات فموية ـ تناسلية من آخر، ولم يتأثروا بالحقائق التي تؤكد انتشار هذا السلوك عبر التاريخ. لقد اعتقدوا أن مفاهيمهم الخاصة هي الصحيحة فقط، وأن أي سلوك آخر هو سلوك غير طبيعي. لقد كانوا مؤمنين بأن السلوك الجنسي موضوع على أساس بيولوجي، لذلك فهو ثابت نسبياً؛ وأن الذين ينحرفون عن مقاييسهم يفعلون شيئاً خاطئاً لا محالة. لذلك أوضَحْتُ لهم أن على الطبيب، بغض النظر عن معتقداته الشخصية، التزام أخلاقي أكثر أهمية، ألا وهو أن لا يؤذي، وأن من واجب الطبيب المذكور أن يرسل مريضته إلى الكاهن أو الطبيب النفساني لينقذ روحها أو عقلها أو الاثنين معاً.

إن واجب الطبيب أن يُساعد لا أن يُدين. عندها بدأ بعض هؤلاء الطلاب يتفهم وجود مقاربة أفضل، بينما استمر الباقون يعتقدون أن كل شخص ينغمس في ما يعتبر سلوكاً جنسياً شاذاً هو شخص خاطئ أخلاقياً" .

2 - مواقـــــف الأطبـــــاء تجـــــاه الجنسانيـــة

كل المشاكل الطبية أو الجراحية تقريباً والتي تواجه الطبيب يمكـن أن تؤثر على السلوك الجنسي . وكذلك يمكن أن يتقنع العديد مـن المـشاكل الجنسية بشكل مشكلة طبية . فآلام الرأس أو آلام الظهر أو التعـب أو أي عرض جسدي آخر يمكن أن تكون آلية دفاع لا شعورية لتجنـب مـشكلة جنسية . لا يتكلم معظم المرضى مع الطبيب حول مشاكلهم الجنسية إذا لم يبد الطبيب مهتماً أو إذا أبدى ما يشير لعدم ارتياحه للحديث حول الجـنس ن ويكون هذا عادة غير مقصود وخارجاً عن وعي الطبيب . يأخذ الأطباء غالباً قصة سريرية مفصلة عن كل جهاز في الجسم وعن عمله ومع ذلك قد لا يسألون أي سؤال عن الوظيفة الجنسية . وقد يرتبك الأطباء ويغيـر الموضوع إذا ذكرت أمامه مشكلة جنسية . يتجنب بعض الأطباء فحـص المناطق التناسلية أثناء الفحص الروتيني ، ولذلك يمكن له أن يغفل مرضاً خطيراً . قد يظهر الطبيب موقفاً انتقادياً حاسماً تجاه الجنس بحيث يقطـع الطريق تماماً أمام أي مناقشة أخرى . مثل هذا الطبيب يمكـن أن يـؤذي نفسية مريضه .

سأل Golden , Burnap مجموعة من الأطباء حول المشاكل الجنـسية لمرضاهم وكيف تم التصرف مع هذه المشاكل . وأشارا على أن الأطبـاء الذين يسألون بشكل روتيني وطبيعي حول الجنسانية وجدوا مشاكل جنسية واضحة لدى حوالي 14% من مرضاهم (والنسبة أعلى مـن ذلـك عنـد المرضى المصابين بعلل معينة) ، أما الأطباء الذين لا يسألون عن الجنس إلا عندما يبدو الأمر بحاجة لذلك فوجدوا مشاكل جنسية عنـد 8% مـن مرضاهم . بينما الأطباء الذين يشعرون بعدم الارتياح للسؤال عن الأمور الجنسية وجدوا مشاكل جنسية عند 2-3% فقط من مرضاهم .

يجمع الأطباء أن استقصاء الوظائف الجنسية لابد من أن يشكل جزءاً لا يتجزأ من الفحص الطبي الكامـل ، ففـي دراسـة قـام بهـا العـالم Bachmann ومعاونيه عام 1989 تبين كثرة تردد المشاكل الجنسية لـدى مريضات العيادة الجنسانية الخارجية حيث خضعت 887 امـرأة للمقابلـة وعند غياب الشكوى الجنسية لديهن كسب للزيارة كُن يسألن الأسئلة التالية

" هل تمارسين الجنس بفعالية ونشاط ؟ " .
" هل تواجهين أية صعوبة أو مشكلة جنسية حالياً ؟ ".

وفي النهاية كانت النتائج كما يلي : 3% فقط من النساء اشتكين مـن مشكلة جنسية ولكن التساؤلات الملحة كشفت أن هناك ما يفوق الـ 16% ممن لم يشتكين كانت لديهم مشكلة وهكذا فإن النسبة الحقيقية تفـوق الـ 19% لكافة النماذج .

أكثر الشكاوى شيوعاً كانت عسرة الجمـاع Dyspareunia بنـسبة 48% ونقص الرغبة الجنسية بنسبة 21% ثم تتلوهـا المـشاكل المتعلقـة بالشريك (الزوج) أو سوء الوظيفة بنسبة 8% وتشنج المهبل Vaginismus بنسبة 6% واللاإيغافية Anorgasmia بنسبة 4% ثم مجموعـة متنوعـة تشمل القلق الجنسي Sexual anxiety ونقص التزليـق Decreased Lubrication بنسبة 13% .

كانت هذه المشاكل أشيع عند النساء اللاتي تجاوزن الـ 50 سنة مـن العمر وكانت تعزى إلى عوامل جسدية (التهـاب المهبـل الـضموري ، الالتصاقات الحوضية ، الانتباذ البطاني الرحمي) في 32% في الحالات . وفي دراسة مقارنة أخرى لمريضات العيادة الخارجية شكلت نسبة تـردد حدوث المشاكل الجنسية حوالي 33% .

هذه الدراسات تعزز الانتشار الواسع للمشاكل الجنسية وهي توضـح أهمية الأسئلة المباشرة لأن الاعتماد على المريـضة لتنطـوع بـالإدلاء بالمعلومات المتعلقة بالوظيفة الجنسية يعني أن مشاكل عديدة قد لا تكتشف وبالتالي تبقى بدون معالجة.

هناك أسباب عديدة تجعل الطبيب يقصر في التحـري عـن المـشكلة الجنسية . أولاً : قد يحتاج الطبيب لإنكار وجود مشكلة جنسية تخصه هـو . ثانياً : قد يعتقد الطبيب بعدم فائدة اكتشاف مشكلة جنسية لأنه غير قادر على علاجها . ثالثاً : قد يعتقد الأطباء أن مرضاهم سيعتبرون الأسئلة الجنسية لا أخلاقية . رابعاً : قد يكون الطبيب خائفاً من المشاعر الجنسية التي قد تنـشأ في المريض تجاهه . خامساً : قد يكون الطبيب خائفاً أيـضاً مـن نـشوء مشاعر جنسية لديه تجاه مرضاه . سادساً : قد يكون الطبيب أسـير أفكـار ومبادئ (غالباً تكون دينية) تحول دونه ودون السؤال عن الجنس .

وبالطبع لا يبرر أي من الأسباب السابقة تجنب أخذ القصة الجنسية .

إن النفور من التعامل مع المشاكل الجنسية قد يكون ناجماً أيضاً عـن تقصير معظم المدارس الطبية ـ حتى الزمن القريب ـ في تزويد طلاب الطب بثقافة كافية حول الجنسانية البشرية . ومنها كليات الطب في سورية والوطن العربي .

ففي عام 1969 وافقت الجمعية الطبية الأمريكية على التدريس الرسمي للجنسانية البشرية كجزء من صميم المنهاج ، وقالت بوجوب استمرار هذا التدريس خلال كامل السنوات الأربع من كلية الطب . لكن بالرغم من هذا البيان الرسمي ، استمرت المعارضات للتثقيف الجنسي ، وكانـت لجـان المناهج في كليات الطب تعارض اعتبار ساعات تدريس الأمور الجنـسية ساعات ضرورية بدلاً من اعتبارها ساعة اختيارية . وفي عام 1973 زار أحد الباحثين العديد من المدارس الطبية ، ووجد برامجـاً فـي الجنـسية البشرية في كل هذه المدارس عدا خمـس منهـا . لكـن هـذه البـرامج والمواضيع المدرجة داخلها كانت مختلفة جداً في نوعيتها ، ولـم يعتبـر مقرر السلوك الجنسي مقرراً ضرورياً إلا في 68% فقط من هذه المدارس ، وكان العدد الوسطي للساعات المقررة خلال السنوات الأربع لا يتجاوز 21 ساعة ، وهو بالطبع غير كاف لخلق مجموعة مـن الأطبـاء واسـعة المعرفة قادرة على سد الاحتياجات العامة .

من المهم أن يتعلم الأطباء حول الجنسانية البشرية والطرق المتوفرة في معالجة خلل الوظيفة الجنسية ، لكن من المهـم أيـضاً أن يكـون الأطبـاء مرتاحين ومتحملين لسلوك وآراء الآخرين الجنسية . إن المرضى على حق عندما يتوقعون من أطبائهم معرفة واسعة بالجنسانية ، وعندما يتوقعون منهم أن يرشدوهم بحكمة . إن المشاكل الجنسية منتشرة أكثر بكثير مما نتوقـع ، ولكن الصراعات والمخاوف الجنسية يمكن تتظاهر بمجموعة مختلفـة مـن الأعراض الجسدية . ويمكن للمرض الطبي أيـضاً أن يثيـر العديـد مـن المشاكل والاهتمامات الجنسية . إن الجنسانية مهمة ويجب ألا تهمل.

3 - المشـــــورة الجنسيـــــة/ Sexual consultant

- **دور الطبيـــــب ...**

سمح الوعي الجنسي للمرضى أن يناقشوا مشاكلهم الجنسية التي كانوا يخفونها على الطبيب في الماضي ، ولكن هذا الوعي كـان علـى شـكل انفتاح جنسي ، مما زاد المفاهيم الخاطئة حول الجنس .

وبما أن الطبيب في نظر المريض هو الشخص البارع المهيأ والملجـأ الدائم في كل ما يتعلق بالصحة لذلك يجب على الطبيب أن يكـون ملجـأ بالأمور الجنسية ولا يتهرب من مناقشتها بعلمية وأمانة ، كما أن عليه أن يعرف تأثير الأمراض والعمليات الجراحية والأدوية على الوظيفة التناسلية والرغبة الجنسية .

ولقد دلت كافة الدراسات التي أُجريت إلى الآن أن كثيراً من الأطبـاء الممارسين يشعرون أنّهم غير أكفّاء لمعالجة قضايا الجنس .

والبعض منهم يخشون أن تستغرق الاستشارات الجنسية كثيـراً مـن وقتهم . كما أن مبادئ الطبيب الأخلاقية والاجتماعية وربما الدينيـة قـد تجعله يتهرب من بحث الانحرافات الجنسية، وبالتالي تمنعه من معالجتها .

هذا بالإضافة لما قد تحمله المناقشات المفتوحة من مظاهر الإغراء التي قد تكون مغرية لكل مـن الطبيـب والمـريض ، إلاّ أن المقاربـة العلميـة الموضوعية للأعراض الجنسية تخفف التوتر بـين الطبيـب والمـريض وتمكنهما من بحث القضايا الحساسة بتفهم . ولا يتطلب مـن الطبيـب أن يكون عالماً نفسياً أو خبيراً في شؤون الجنس ليفيد مريضه ومن البـديهي أن الأمور التي تحتاج إلى الاختصاصي النفسي أو الجنسي يجب أن تحال إليه دون الدخول في متاهات تضيع المريض ويكون لها الأثر السلبي .

وبشكل عام المرضى الذين يطلبون نصيحة جنسية من أطبـائهم إنمـا يطلبونها باعتبارها مشكلة طبية .

وكثيراً ما تعكس المشاكل الجنسية مخاوف المريض ومفاهيمه الخاطئة عن الجنس . وغالباً ما يؤدي تقييم الأعراض الموضوعي لشفاء المريض دون علاج دوائي ...

لذا تتحدد مسؤولية الطبيب في وضع تشخيص كامل وصحيح يتماشى مع بيئة المريض التربوية والثقافية ومع طراز حياته لتقييم دلالة المـشكلة ولمعرفة مدى إمكانية العلاج .

4 - المشـــــــورة الزوجيـــــة/ Marital consultant

يؤدي تقييم المشاكل الجنسية دوماً للتعرض للعلاقات الزوجية وغيرها من العلاقات الجنسية ، وقد سميت المشورات التي ترتكز مبدئياً على هذه المعلومات باسم المشورة الزوجية وعلى عكس العلاقة الطبية التي تخص المريض نفسه فقط فإن المعالجة في المشورة الزوجية الجنسية تشمل كـلا الشريكين اللذين يزوران الطبيب معاً ويمكن للطبيب[1] أن يطلب رؤية كـل منهما على انفراد أحياناً .

إن طبيعة المشورة الزوجية النوعية تعتمد علـى شـكاوي الـزوجين وفترة تعايشهما ويجب أن تؤخذ الشدات والتغيرات التـي يتعـرض لهـا الزوجان في السنوات الأولى للزواج بعين الاعتبار ومثلها مجـيء الأولاد وما يمارسونه من ضغط على الوالدين وهناك مشاكل العمـل والـصراع ودور كل من الزوجين .

وتأتي بعدها متلازمة "العش الخالي" بعد ترك الأولاد لمنزل الوالدين ، ثم تأتي مشاكل اليأس ومنتصف العمر وهمود الرجل عندما تغلق الآفـاق وتظهر حقائق الشيخوخة .

ويجب أن تعرف أن الصعوبات ليست هي السبب في معظـم المـشاكل الزوجية رغم أن المشاكل الزوجية قد تكون هي السبب الرئيـسي للمـشاكل الجنسية خاصة في الوقت الحاضر ... بعد أن اتسع مفهوم التلازم الجنسي بين الزوجين . وفي الاستشارات الزوجية كما فـي غيرهـا مـن الاستـشارات المرضية يستحسن تفادي إعطاء نصيحة مباشرة للزوجين عن العلاقات بينهما

لأن الطبيب بتحديده للمشكلة قد يوصل المريض إلى قرار يختمر في ذهنه منذ فترة طويلة ، وعندما يتدخّل الطبيب في الصراعات العائلية . بمناصـرته أو مجاملته لأحد الطرفين فهذا يعني أنه يدخل في المشورة اتجاهاته الشخصية وقد يجد نفسه خاضعاً لأحد الزوجين في النهاية على الأقل ...

5 – أخـذ قصـــــة جنسيـــة/ Taking A Sexual History

هناك العديد من الخطط المفيدة في أخذ قصة جنسية . ويجد بعض الأطباء أن قيامه بالمبادرة يجعله ويجعل مريضه أكثر ارتياحاً . فأثناء سؤال المريض عن الأجهزة المختلفة لمعرفة سبب المرض ، يشير الطبيب إلى أنه سيسأل المريض بعض الأسئلة حول الأمور الجنسية . وهذا يجب أن يتم بلباقة وحزم في آن واحد . ويمكن أن يبدأ بعبارة مثل "للعديد من المرضى اهتمامات أو أسئلة حول أجسامهم ووظيفتهم الجنسية ولم تسنح لهم الفرصة لأن يسألوا الطبيب عنها ، فهل لديك أية أسئلة في هذا المجال ؟" فإذا كانت هناك أية مشاكل ، يشرع الطبيب عندها بأخذ التفاصيل وبصورة طبيعية . أما إذا لم يستجب المريض ، فإن مـسؤولية الطبيـب عندها أن يسأل المريض بلطف عن بعض الأمور .إن لهذه العبارة المقدمة دوراً كبيراً في طمأنة المريض إلى إمكانية طرح أي تساؤل لديه . وحتى في حال عدم وجود أسئلة ، فإن المريض لن يشعر أن الطبيب متطفـل ، وسيتصل به فيما بعد حال نشوء مشاكل جنسية .

بفضل بعض الأطباء السؤال عن الوظيفة الجنـسية الحاليـة أولاً ثـم الانتقال إلى السوابق البعيدة . "هل أنت راض حالياً عن حياتك الجنسية ؟" ، سؤال كهذا يمكن أن يتبعه أسئلة حول الاهتمام والممارسـة والتكـرار وعدد الشركاء والتغيرات الحديثة في الوظيفة . ويفضل أطباء آخرون أن يطرحوا أسئلتهم متبعين خط التطور ، فيبدؤون بأسئلة حول الاهتمامـات الجنسية والمداعبة في الطفولة ، ثم عن الثقافة الجنسية المتلقاة في المنزل والمدرسة ، وعن سن أول طمث أو أول قذف والارتكاسات لهذه الحوادث وللتغيرات الجسدية الأخرى في البلوغ ، والسلوك تجـاه نفـس الجـنس وتجارب الطفولة والمراهقة في هذا المجال ، والعادة السرية . وبالاعتماد على هذه المعلومات الأساسية ، يسألون بعد ذلك عن الوظيفـة الجنـسية الحالية وعن مدى الرضى عنها . مهما كانت الطريقة المتبعة ، فإن مـن المفيد غالباً أن يوضح الطبيب انتشار وشيوع بعض الممارسات الجنـسية كالعادة السرية مثلاً ، ومن المهم أيضاً أن يتأكد الطبيب بالأسئلة إذا كـان للمريض أي اهتمامات جنسية أخرى لم تناقش ، وهذا يترك الباب مفتوحاً للمريض كي يسأل أية أسئلة أخرى في أي وقت في المستقبل .

6 - مقاربـــــة المريـــــض

لقد أظهرت الدراسـات أن 10% فقـط مـن المرضـى يعارضـون الاستجواب الجنسي و 50% سيناقشوا إذا ما سئلوا عنه .

قد يذكر المريض أنّه يشكو من مشكلة جنسية وزوجية كعدم التوافـق الجنسي او التثبيط الجنسي أو نقص الشهوة في التثبيط النفسي .

وهنا يجب على الطبيب أن يقوم بتحريات فعالة لجعل المريض يـذكر التفاصيل النوعية والشخصية الحميمة المتعلقة بمشكلته ، وعلى الطبيب أن يقيم الوظيفة الجنسية كما فـي الجراحـة البوليـة والجراحـة النـسائية ورضوض الحبل الشوكي وخزع اللفائفي وخزع الكولون واحتشاء العضلة القلبية والداء السكّري ومختلف الأمراض العصبية .

ويجب أن يطمئن المريض إلى سرية المعلومات التي يدلي بها رغـم أن هذه السرية مفروضة في علاقات الطبيب بمريضه ، والـسرية مهمـة جداً عندما يكون الطبيب يعالج أفراداً آخرين من العائلة أو عندما يـضطر المريض لبحث الخيانات الزوجية . أو الإغراءات الجنسية ، أو الـسلوك المخالف للقانون .

ومن المهم جداً أن يحتفظ الطبيب بوقار ومكانة المهنـة الطبيـة وأن يحفظ كرامة ومشاعر المريض أثناء سماعه للقصة (فالطبيب خُلِقَ ليعـالج وليس لطلاق أحكاماً) . وعلى الطبيب أن يستعمل دوماً الكلمـات العلميـة للدلالة على الأعضاء التناسلية والأفعال الجنسية والتناسلية .

وحذار من استعمال الكلمات الدارجة أو المصطلحات العامية التي قـد يظن الطبيب خطأً أن استعمالها يخفف من ارتباك المريض وخجله .

وحذار أيضاً من الممازحات حتى ولو بدأ بها المريض نفسه .

هذا ويجب أن نعلم أن التعليقات العامة التي يذكرها الطبيب عن غيـر قصد قد تبقى ثابتة في كر المريض مما يستوجب مـن الطبيـب الحـذر والجزم واليقظة والدقة في معلوماته وملاحظاته وتعليقاته .

ومع أن استجواب المريض في شؤون الجنس يتطلب براعة وخبرة وذوقاً وتهيأً وتوقيتاً مناسباً إلاّ أنه لا يجوز المبالغة في حماية المريض من

من الارتباك والخجل فخوف الأطباء من إزعاج مرضاهم قد يدعوهم إلى سلوك تجنبي تهربي في استجوابهم بينما يفضل المريض غالباً الأسئلة المباشرة في هذا الميدان ولكن وفق تمهيد مناسب وقد يلمح بعض المرضى لمشاكلهم الجنسية اصطلاحية مثل (تغيير الطبيعة) أو (مشاكل العلاقات) فإذا لم ينتبه الطبيب لما يقصده المريض ولم يسأله توضيح مشكلته أمسك المريض عن حديثه هذا ظناً منه أن الطبيب غير مهتم في الحصول على معلومات إضافية ، وقد تبدو الشكوى الجنسية بطريقة غير مباشرة من خلال شكاوى أُخرى تتعلق بالجهاز البولي التناسلي .

أما مشكلة الجنس عند المسنين فقليل من الأطباء يتفهمها كما أن كثيراً من الأطباء يمتنع عن سؤالهم عن الجنس لأنهم يظنون خطأ أنهم بسبب العمر لم يعودوا قادرين على تحقيق رغبتهم الجنسية أو أنهم لم يعودوا راغبين بها .

وأحياناً يقْبلُ المرضى المسنون بعجزهم الجنسي بصمت خطأً مفاهيمهم عن تأثيرات العمر والمرض وكثيراً ما ينجم عن ذلك إصابتهم بالهمود والكآبة ... وهنا يأتي سؤال الطبيب عن حالة المريض الجنسية وحديثه المطمئن يفتح باب المناقشة ويحي آمالاً جديدة عند المريض .

وبمجرد أن تثار الشكوى الجنسية التناسلية يصبح من المهم الحصول على قصة مفصلة عن سلوك المريض الجنسي الخاص ، وقد يسيء المريض استعمال المصطلحات الجنسية فيبالغوا في شكواهم أو يخففوا منها مما يؤدي إلى الظن في النهاية وبعد أن تستقصى الشكوى بالتفصيل بأنه لا توجد هناك مشكلة جنسية حقيقية .

فمثلاً : اعتقاد امرأة بأنها باردة جنسياً لأن زوجها لأسباب عُصابية فيه قد انتقصها وهو يقارنوها بغيرها من الشريكات السابقات .

ويستفاد الكثير من معرفة كيفية بدء المشكلة الجنسية وكيفية سلوك المريض منذ بدء الأعراض ومن معرفة ما إذا كانت المشكلة مستمرة ثابتة أو أنها تتغير مع الظروف أو مع طبيعة الممارسة الجنسية ، وقد يعثر على وجود علاقة بين المشكلة وبين سوابق المريض بما فيها تجاربه الباكرة ومواقف الوالدين ، ومواقفه هو من الجنس في طفولته وتطوره الجنسي ومواقفه من الزواج والحمل .

كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الصلة بين الوظيفة الجنسية وبين حالة المريض الصحية العامة ، ويكون فحص المريض ولا سيما فحص أعضاء التناسل جزءاً هاماً لتقييم الشكوى الجنسية فقد يخفي المريض شذوذاً في أعضائه التناسلية وقد لا يعرف أنّها شاذة ، كما يكون لدى البعض وحتى المثقفين منهم مفاهيم خاطئة غير معقولة عن أعضائهم أو شعور بالخجل من أجسامهم وقد يحتاجون لتأكيد محسوس على صحة أعضائهم الجسدية ، وإذا لم يقيم الناحية الطبية للمشكلة فدق لا يقتنع المريض أن مشكلته ليست مشكلة طبية فإذا اقتنع أمكنه أن يرى أن مشكلته نفسية فقط .ويستطب إجراء الاختبارات المخبرية لتحري الأمراض الجسدية والاعتلالات الصماوية والأمراض العصبية وغيرها من الأمراض العامة التي تترافق بمشاكل جنسية .

ويجب الانتباه للناحية العقلية وتقييم المزاج والتفكير لأن ذلك يمكّن الطبيب من أن يحدد ما إذا كان الاضطراب الجنسي مظهراً لاضطراب عقلي وأن فهم عادات المريض اليومية يساعد في التشخيص إذ يمكن للقلق والتعب والشدة والكحول والمخدرات والأدوية أن تؤثر على الوظيفة الجنسية

كما يمكن للرضوض (كحوادث السيارات ...) والعمليات الجراحية ... أو مرض شخص عزيز أو فقده وكذلك تغير ما يطرأ على العلاقة مع الشريك ... أن تحدث تأثيرات حادة أو مزمنة في السلوك الجنسي .

7 - اعتبـــــارات تشخيصيـــــة :

إن أول اعتبار في التشخيص هو تقدير ما إذا كانت الحالة عضوية المنشأ أو نفسية ... وكافة الدراسات تدل على أن 80 - 90% من الشكاوى الجنسية منشؤها نفسي

وأن 10 - 20% من الشكاوى منشؤها عضوي .

1.7 - الاضطرابـــات الجنسيـــة العضويـــة المنشـــأ

وتقسم إلى قسمين:

1.1.7 - أعراض جنسية أولية : ناجمة مباشرة عن الخلل العضوي كاضطرابات الجهاز البولي التناسلي والاضطرابات العصبية التي تصيب أعضاء التناسل والاعتلالات الصماوية التي تؤثر على فيزيولوجيا الجنس.

2.1.7 - أعراض جنسية ثانوية : ناجمة عن تغيير في الصحة العامة كالاضطرابات الجنسية المرافقة لالتهاب المفاصل الرثواني والأورام الخبيثة وقصور الكلية وغيرها من الأعراض المزمنة ...

وكذلك الاضطرابات الجنسية التي تحدث في الأمراض المنهكة الحادة كاحتشاء العضلة القلبية والجراحات الواسعة والتهاب الكبد .

يحتاج المرضى في الاضطرابات الجنسية العضوية المنشأ الأولية إلى استشارة تساعدهم على التلاؤم مع فقد الوظيفة الجنسية الدائم إذ لم تتمكن المعالجة الطبية من تصحيح الحدث المرضي .

وعندما تكون الاضطرابات الجنسية تالية لتأخر الصحة فكثيراً ما يبالغ الطبيب والمريض في تقدير تأثير العوامل العضوية فيها ...

ورغم أن الرغبة الجنسية تتأثر بشكل عام بفقد الحيوية وبالعوامل السمية والاستقلابية، إلا أن الاضطرابات الجنسية المرافقة للأمراض العضوية تكون غالباً تعبيراً عن اليأس والكآبة والقلق وقد تستمر فترة طويلة بعد زوال الأعراض العضوية .

2.7 - الاضطرابـــات الجنسيـــة النفسيـــة المنشـــأ:

وتقسم إلى قسمين :

1.2.7 - أعراض نفسية جنسية أوليّة : والتي تحدث منذ البلوغ وتعكس صراعات جنسية عميقة ومزمنة .

2.2.7 - أعراض نفسية جنسية ثانوية : والتي تمثل انكسار المعاوضة الوظيفية الملائمة السابقة ، فمثلاً تحدث بعض المشاكل الجنسية مرافقة لشدات الحياة أو لمراحل الانتقال والتحول كالتقاعد والحمل وأزمات العمل ... وفقد شخص عزيز ... والإنذار في هذه الحالات حسن إذا عرف السبب المحدث أو اعتراف به المريض . هذا وإن تركيز المريض على أعراضه الجنسية وحصر اهتمامه بها يزيدان من شدتها ويطيلان من مدتها بدعمها قلق المريض على أدائه الجنسي .

قد تكون بعض الاضطرابات الجنسية تظاهرات الاضطرابات عقلية مهمة ولا يستجيب إلاّ بمعالجة هذه الاضطرابات العقلية نفسها .

وغرابة الأعراض أو شدة الشعور بها قد يكونان أحسن مفتاح للتشخيص ... فازدياد الفعالية الجنسية يحدث في بدء الهوس كما يمكن أن يحدث همود وخاصة في الإياس عند المرأة ، أما العصابات فتترافق غالباً بتثبيط جنسي .

إن الحمل وموانع الحمل لهما آثار نفسية سيئة على العملية الجنسية ... وحتى في صعوبة الجماع أحياناً وقد يبالغ الطبيب في تشخيص الاضطرابات الجنسية من غير قصد . فأكثر المرضى غير راضين عن أنفسهم من الناحية الجنسية التناسلية ، بالرغم من أدائهم الجنسي التناسلي صحيحاً ولذا يجب على الطبيب أن يضع في ذهنه مفهوم عتبة الخلل ... للتفريق بين التبدلات السوية في وظيفة الجنس وبين المشاكل التي تحتاج للمعالجة.

8 - أســـــس المعالجـــــــــة :

تحل بعض المشاكل الجنسية نفسها أثناء حديث التقيـيم وخاصـة إذا امتدت لعدة زيارات طبية أما المشاكل التي لا تحل فقـد يقـرر الطبيـب معالجتها بنفسه ... أو إحالة مريضه إلى زميل آخر ، وغالباً ما يتم هـذا القرار بعد زيارة المريض الأولى وعموماً تكون الاضـطرابات الجنـسية النفسية المنشأ قابلة للتحسن بعد زيارات قصيرة وخاصة إذا كانت نتيجـة للشدة أو الكرب .

وتعالج المشاكل الجنسية الناجمة عن مرض جـسمي أو اضـطراب فيزيائي من قبل الطبيب العام أو المختص في الجهاز أو العضو المصاب

إن أخذ قصة جيدة عن المشاكل الجنسية مـع اسـتعراض للتفاصـيل الفيزيائية لممارسة المريض للجنس أمر هام .

إذ لا يمكن إزالة الأعراض إلاّ بالرجوع المباشر للطرق التي يمارسها المريض . ويحيل الأطباء العامون (الممارسون) مرضـاهم عـادة إلـى الطبيب النسائي أو البولي أو النفسي ، هذا بالإضافة لإحـالتهم للعيـادات الخاصة بالأمور العائلية والاستشارات الجنسية ، وهذه العيادات المنتـشرة في كثير من البلدان والمجتمعات ... إلاّ انه لا يوجد أية عيادة مـن هـذا النوع في سوريا إلى الآن ...

وبشكل عام تعتبر إحالة المريض إلى طبيب آخر نقطة تحول صـعبة عند المريض لأنّها توجب عليه البوح لشخص غريب آخر بما بـاح بـه لطبيبه الأول .

وقد يفقد المريض حماسه في المعالجة عندما يحيله طبيبه إلى زميل آخر . ولبعض الأطباء مستشارون يشاركونهم رأيهم حالة المريض ولهذا النظام ميزة كبيرة هو وجود صلة شخصية قائمة بين الأطبـاء ومستـشاريهم إلا أن لـه مساوئ أيضاً هي تشجيع الأطباء على الاعتماد على المستشارين فـي تقيـيم المشاكل الانفعالية بدلاً من القيام بوسائل التشخيص المختلفة بأنفسهم .

على كلٍ في سوريا وبلاد الشرق الأوسط ودول العالم الثالث لا وجود لهذا النوع من المستشارين إلاّ أن هذا النمط موجود في أوربا وأمريكا .

على كلٍ إذا بقي الأطباء على صلة بمرضاهم خلال معالجتهم مكـنهم ذلك من الحكم على فعالية برنامج المعالجة ومن تقديم الدعم والاطمئنـان لمريضهم.

9- الجنسانيـــــــة في المشفـــــــى:

يعتقد العديد من الناس إن الاستشفاء ، بغض النظر عن المرض الذي أدى إليه ، كافٍ لكبت أفكار ومشاعر المريض تجاه الجنس . في بعـض الحالات يكون المرضى عليلين جداً بحيث لا يهتمون بالنشاط الجنسي بحد ذاته ، لكن جوانب هامة من تقديرهم لذواتهم Self - esteem قـد تكـون معتمدة على شعورهم بأنهم لا يزالون جذابين جنسياً . قد يقلق المـريض المصاب باحتشاء في العضلة القلبية حول مقدراته الجنسية ، وكذلك الأمر بالنسبة للمريض الجراحي الذي خضع لتغيير في الثـدي أو الوجـه ، أو المريض الذي تعرض لعملية تغميم كولون أو دقـاق . يتعـرض هـؤلاء المرضى غالباً لأزمات انفعالية تتعلق بقيمتهم الذاتية Self - Worth ، بمـا فيها قيمتهم الجنسية . إن ارتكاسات الأزواج والعائلة والأصدقاء وأعضاء الفريق الطبي والمرضى الآخرين تملك أهمية كبيرة . فبالنـسبة لمـريض كهذا ، يكون استغلال الفرصة لممارسة العادة السرية فـي عزلـة أمـراً أساسياً في استعادته لشعوره الداخلي بالقيمة الذاتية. وبالنـسبة لآخـرين ، تكون الزيارة الزوجية الخاصة ضرورية لإرضاء تقدير الذات عند كل من الزوج والمريض . إن معظم تجهيزات المشافي غير معدة بشكل طبيعـي لاحتياجات المريض الجنسية ، وكذلك فإن العاملين في الجناح بمـا فـيهم الأطباء والممرضات غير معدين انفعالياً لمثل هذه الاحتياجات عند المريض ، لذلك فإنهم غالباً ما يتجاهلونهـا أو يـدينونها . لكـن هنـاك استثناءات ، ففي إحدى أجنحة زرع الكلية ، حيث تشيع فتـرات النقاهـة الطويلة ، حدث تغيير في سياسة الممرضات وسمح للأزواج بقضاء الليل مع المرضى الذين كانت صحتهم جيدة لدرجة تسمح لهم بتحمـل النـشاط الجنسي . وأصبح هؤلاء المرضى والأزواج أقل اكتئاباً بشكل ملحـوظ . وليس بالضرورة أن يكون الجماع قد تم في كل هذه الحالات ، لكن مـن المؤكد أن اتصالاً زوجياً وإنسانياً قد حصل .

يكتشف العاملون في المشفى أحياناً مرضى يمارسون نشاطاً جنـسياً . ولكن ارتكاس هؤلاء العاملين نادراً ما يكون مبنياً على تقييم حقيقي لهـذا الفعل ولعلاقته بالحالة الجسدية الحقيقية للمريض وباحتياجاته النفسية . في الواقع ، غالباً ما يكون الارتكاس عدائياً ومديناً . وكمثـال علـى ذلـك ، "أزعجت ممرضة شاباً يمارس العادة السرية في حمامه الخاص وكان الباب مغلقاً . لقد دخلت دون استئذان . وتصرفت الممرضة بعدائية شديدة وطلبت منه أن ينصرف حالاً . لقد قالت أن أجرها لا يدفع لها للعناية بشاب بغيض مثله " لقـد كـان المريض مقيماً في المشفى منذ أربعة أشهر ومعتمداً تماماً على أجهزة دعم الحياة في المشفى من أجل الوظيفة التنفسية . كان يجب على الممرضة أن تدق الباب قبل الدخول ، وبافتراض أنها فعلت ما فعلته ، فدق كان عليهـا أن تعتذر وتنسحب بلباقة . إننا نتفهم جميعاً احتياجات المريض لأن يأكـل وينام ويطرح مفرغاته ، لكن الوقت قد حان لكـي نـدرك أن للمرضـى احتياجات جنسية أيضاً .

إن إدراك هذه الاحتياجات الجنسية يتم في بعض المشافي . ففي إحدى المؤسسات الكبيرة ، كان المرضى يخرجون إلى موقف سيارات الزوار حيث يمكن أن تقف عربات التخييم (Caravan) مما يتيح فرصة التعبير الجنسي في عزلة . وفي إحدى المرات ، خرج مريض يلبس رداء المشفى ، ويحمل معه مصله الوريدي ، من باب عربة تخييم توقفت منذ لحظات ، ومشى عائداً للمشفى أكثر ثقة بنفسه وبعلاقته مع زوجته . لقد دارت مناقشات بين الأطباء حول ما يجب فعله في هذه المواقف . وتبين أخيراً أن من الأفضل إشباع مثل هذه الاحتياجات الضرورية بدلاً من إحباطها . ولا يصيب هؤلاء المرضى أية أذية جسدية ، بل بالعكس إذ يحصلون على راحة نفسية وجسدية أكثر . من بين الهموم التي يعانيها المرضى فيما يتعلق بالاستشفاء الطويل أن الشريك المحبط جنسياً قد يبحث عن الإشباع في مكان ما . إن إزالة مثل هذه الهموم هو أمر مفيد جداً . لكن هذا لا يعني أن المرضى ذوي الحالة الجسمية الخطيرة يجب أن يشجعوا على الانغماس في نشاط جنسي . في الواقع ، يكون معظم هؤلاء المرضى غير مكترثين للجنس . يجب أن تكون مواقف الموظفين في المشفى مبنية على تقييم واضح وسليم للمخاطر الجسدية الحقيقية الكامنة ـ هذا إن وجدت ـ لا على أساس نظرة أخلاقية عدائية مضللة تنكر الاحتياجات التي تعتبر ضرورية بلا استثناء . نحن بحاجة لأن نعيد تقييم العديد من مواقفنا وآرائنا حول المرضى في المشافي.

كمثال لذلك ، أشارت Lear في كتابها Heart Sounds إلى أن زوجها الطبيب أصيب بالهلع عندما مرض ودخل المشفى ، وذلك عندما رأى الطريقة التي يعامل بها الفريق الطبي المرضى ، وعندما أحس بالطريقة التي كان هو نفسه يعامل بها المرضى . لم يكن يعلم من قبل أن المرضى يعاملون بهذا الشكل السيئ . ورغم ذلك فإن المرضى نادراً ما يشتكون من أنهم يعاملون بفوقية أو كأنهم أطفال . الأوامر لا تنتهي وعليهم أن يطيعوها . قالت المؤلفة لقد بدا الأمر وكأن المرضى خسروا حقهم في أن يعاملوا باحترام ، وذلك بتوقيع بسيط منهم " . لقد وصفت Lear اندفع فيها رجلان إلى غرفة زوجها . كان أحدهم يصرخ ويتهمه بأنه فعل شيئاً وبأنه

مسبب للمتاعب . لم يكن الدكتور Lear يعلم من هو ذلك الرجل، فسأله أن يعرف عن نفسه . فتبين أن الرجل هو الطبيب المقيم، وتبين أيضاً انه قـد أخطأ الغرفة . لذلك غادر هو وزميله الغرفة دون أن يعتذرا . لن نـذكر أمثلة أخرى من الكتاب . لكننا نود أن نذكر ملاحظة Lear بـأن المكـان الآخر الوحيد الذي يندفع فيه الناس إلى الغرفة دون إذن هو الـسجن . لا يشمل هذا المثال بالطبع سلوكاً جنسياً لكنه يكشف القسوة واللاحساسية التي يظهرها العديد من عاملي المشافي باسـتمرار فيمـا يخـص احتياجـات المرضى والاحترام والاعتبار . فكيف يكون الرد بالنـسبة للاحتياجـات الجنسية ! .

خاتمـــــــــة

كـثيراً مـا يـواجـه الطبيـب في الممارسـة العامـة باهتمامات جنسية من قبل مرضاه ، حتى ولو كانـت شكواهم الرئيسية ليست جنسية الطبيعة بالدرجة الأولى . إن إدراك أن الجنسانية البشرية هي الممر النهائي المشترك للعديد من المؤثرات الاجتماعية والنفسية والحيوية يمكن أن ينبه الطبيب لشكاوي كامنة . إن الفضول السوي والاهتمام الحقيقي والطريقة الملائمة في أخذ القصة والمعرفة ببعض الأسباب الشائعة للاضطرابات ، كل هذه الأمور تساعد الطبيب بشكل فعال على التعامل مع مصدر شائع جداً للإزعاج الإنساني ، بحيث يمكن تحويله إلى مصدر لا محدود للمتعة الإنسانية .

1 ـ والأفضل أن يكون طاقم العلاج مؤلفاً من طبيب وطبيبة ... ولسوء الحظ ... هذا الموضوع من العيادات الجنسية التي تحوي على الطبيب والطبيبة معاً غير موجودة في وطننا العربي .

الكتـــاب الإلكتروني لشبكـــة العلـــوم النفسيـــة

العـــدد 4

إضطرابـــات الشخصيـــة

أد. عبـــد الرحمـــان إبراهيـــم

Full Texthttp://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104

Summary: http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB4

المركـــز الرقمـــي للعلوم النفسيـــة

رئيـس الموقـع : الدكتور عبـد الرحمـــــن إبراهيـــم

www.dcpsy.com

ألبـــوم صـــور

مشـــاركـــة : **الشبكة العربية للعلوم النفسية**

بوابـة الشبكـة – المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية – المجلـة الإلكترونية للعلوم النفسي

فـــي: **المؤتمـــر العالمـــي الثالـث عشـــر للطـب النفـسي**

القاهـرة – مصـر / 10 – 15 سبتمبـر

Download Zip File: www.arabpsynet.com/Congress/wcpPict.exe

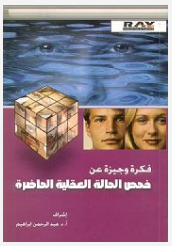
Download Pdf File: www.arabpsynet.com/Congress/wcpPict.pdf

المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

إضطرابـــات الشخصيـــة

أ.د. عبـــد الرحمـــــن إبراهيـــم –سوريـــا

فحـــص الحالـــة العقلية الحاضرة



أ.د. عبـــد الرحمـــــن إبراهيـــم –سوريـــا

www.arbpsynet.com/Books/A-Ibrahim.B1.pdf

Assessment and treatment of Paraphilias

Dr. Wagdy Loza, C. Psych- Canada
Dr. Yolanda Fernandez, C. Psych – Canada

wml@post.queensu.ca - LozaWF@csc-scc.gc.ca

Current research on the assessment and treatment of sexual offenders has made it significantly more straightforward to design and implement Assessment battery and treatment programs for sexual offender in a variety of settings.

From a clinical perspective sexually inappropriate behaviour can be approached in one of two ways. Either the problematic features of the behaviour can be described or a clinical diagnosis can be applied (Marshall, Marshall, Serran, & Fernandez, 2006). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - text revision (DSM-IV-TR, 2000) lists the criteria used for diagnoses of sexual disorders relevant to sexual offending under the category of paraphilias. Paraphilias are described as recurring, intense, sexually arousing fantasies, sexual urges or behaviors generally involving nonhuman objects, the suffering or humiliation of oneself or one's partner, or children or other non-consenting persons that occur over a period of at least 6 months and causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning. The paraphilias include: a) Exhibitionism (exposure of one's genitals to strangers), b) Fetishism (being involved with inanimate objects), c) Frotteurism (rubbing against or touching against a non-suspecting person), d) Pedophilia (sexual activity with a prepubescent child), e) Sexual Masochism (being humiliated, beaten, bound or otherwise made to suffer), f) Sexual sadism (sexual arousal from the psychological or physical suffering, including humiliation, of the victim), g) Transvestic Fetishism (use of fetishistic objects such as cross dressing with clothing belonging to the opposite sex, h) Voyeurism (peeping), and i) Paraphilia Not Otherwise Specified. This latter category includes some sexual crimes as well as other non-criminal sexual behaviours not included in earlier catetgories. Examples include, Telephone scatologia (obscene phone calls); Necrophilia (fantasies or actual physical sexual contact or sexual preference for a corpse rather than a living human); Partialism (exclusive focus on specific parts of the body); Zoophilia (sex with animals); Coprophilia (feces); Klismaphilia (enemas); and Urophilia (urine).

A sub-category of sexual masochism that has more recently been identified is “Hypoxyphilia, also known asphyxiophilia, or autoerotic or sexual asphyxia”. In this case sexual arousal is produced while reducing the oxygen supply to the brain. The sexual urges intensify with the fantasy that the individual has died as a result of, or during, the practice (Hucker,2006).

Sexual Sadism may include sexual arousal associated with killing, mutilation of corpses, injury to females, and the defilement of women. Mild Sexual Sadism includes activities such as consensual bondage and discipline, or dominance and submission in a specialized subculture. This may include role playing of dominant (punishing) and submissive (helplessness) roles, punishment and verbal degradation, use of gags and blindfolds, forcing the submissive individual to behave like an animal and /or making him/her crawl, confinement to a cage, being forced to wear a diaper or lick the dominant's boots, binding or clamping breasts/nipples/penis, and urinating or defecating on the submissive and forcing ingestion. Major Sexual Sadism such as severe beatings, torture, burning, cutting, and rape-murder involves real injury or death to the victim. The element of fear in the victim and complete control of the victim is considered the major sexual stimuli.

While private and non-offending sexual behaviours such as cross dressing or fetishes are not considered criminal behaviours, sexual violence or assaults, child molestation or sexual activities in a non-consensual relationship are considered criminal offences (Hucker, 2006). Interestingly, the majority of sexual offenders are males and it is estimated that females account for only for 2% to 5 % of all sexual offences committed by Canadian offenders (Gordon & Nicholaichuk, 1996). Unfortunately, the DSM categories exclude many sexual offenders who clearly need treatment (e.g., rapists that do not have sexually sadistic offences and many child molesters who are not preferentially sexually attracted to prepubescent children). Marshall et al. (2006) notes that there is no evidence currently available suggesting that sexual offenders who meet the diagnostic criteria for a paraphilia suffer from more problems, have different etiological pathways to offending, or respond to treatment differently, than those who do not meet such criteria. Over the last decade there have been numerous criticisms of the DSM categories for paraphilias by those working with sexual offenders (Marshall et al., 2006) but this appears to have had little impact on the use of the DSM by professionals, particularly psychiatrists, working with sexual offenders.

In Canada individuals apprehended and convicted for sexual offences are typically involved in the penal system or sent to forensic wards for assessment and possible treatment. Assessment and treatment of male sexual offenders is often required for civil forensic settings and agencies involved with the Criminal Justice System such as court proceedings, admission and discharges from forensic and correctional, pre-post treatments testing.

Assessment of Sexual Offenders

Methods of conducting assessments include clinical interviews examining the individual’s history (i.e., Psychiatric diagnosis, history of aggression, substance abuse), the use of general psychological and neuropsychological as well as psychophysiological measures such as phallometric testing, and physical examination and tests such as blood work.

a) Clinical Interviews

Clinical interviews with the offender can provide significant information about the offender's social and sexual history, attitudes, and skills. However, interviews with others such as spouse, parents, family members, friends, family physicians, and criminal justice personnel are encouraged in order to obtain useful collateral information and opportunities to verify self-report information from the offender.

(b) Psychometrics

A variety of pre-treatment psychometric tests relevant to treatment targets are typically administered prior to participation in a treatment program. These include assessments of sexual interests and psycho-sexual history; cognitive processes including cognitive distortions and empathy skills; social functioning; personality; substance use; and relapse related issues.

Current standards in assessment of sexual offenders promote basing risk assessments in statistically derived measures of risk (Ethical Standards and Principles for the Management of Sexual Abusers; Association for the Treatment of Sexual Abusers [ATSA, 2001]). Several risk/need measures used to evaluate the risk for general and violent recidivism of non-sexual offenders and specialized measures for sexual offenders have been found useful for the assessment of sexual offenders. These measures can also serve to identify need areas to be targeted during subsequent treatment programs. Examples of non-specialized measures that are generally used in Canada are the General Statistical Information on Recidivism (GSIR; Nuffield, 1982); the Psychopathy Checklist Revised (PCL-R; Hare, *2002*); the Level of Service Inventory-Revised (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995); Self-Appraisal Questionnaire (SAQ, Loza, 2005); and the Violent Risk Appraisal Guide (VRAG; Harris, Rice & Quinsey, 1993).

Measures specific to sexual offenders include: the Sex Offender Needs Assessment Rating (SONAR; Hanson & Harris, 2001); the Rapid Risk Assessment for Sexual Offenders (RRASOR; Hanson, 1997)*;* the Static-99 (Hanson & Thornton, 2000); the Sexual Violence Risk – 20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997); and the Sexual Offender Risk Assessment Guide (SORAG; Rice & Harris, 1995). The SONAR (Hanson and Harris, 2001) is a 9 item scale designed to measure change in risk level for sexual offenders. It includes 5 stable factors (intimacy deficits, negative social influence, attitudes tolerant of sex offending, sexual self regulation, self-regulation) and 4 acute factors (substance abuse, negative mood, anger, victim access). The RRASOR (Hanson, 1997) was developed as a quick static actuarial tool for predicting risk of sexual recidivism. It contains only 4 readily available historical items, including history of past sexual offences, age at first offence, extra-familial victims, and male victims. The STATIC 99 (Hanson & Thornton, 1999) is an expansion of the RRASOR and includes ten items, some of which were adapted from the RRASOR. STATIC-99 factors include prior sexual offences, sentencing occasions, index non-sexual violence, prior non-sexual violence, male victims, unrelated victims, stranger victims, non-contact sexual offences, the age of the offender, and whether or not the offender has had a marital relationship. The SVR-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997) utilizes a structured professional judgment approach. It includes static and dynamic items within three domains: 1) psychosocial adjustment (11 items, e.g., sexual deviation, psychopathy, non-sexual criminal history); 2) sexual offences (7 items, e.g., minimization, attitudes, multiple sex offence types); 3) future plans (2 items, e.g., lacks realistic plans, negative attitude toward intervention); and 'other considerations' not included in the existing 20 factors. The SORAG (Rice & Harris, 1995) is a derivative of the VRAG and has 14 static items. It has 4 variables not included in the VRAG that provide specificity to the sex offender population including, violent criminal history score, number of previous sexual offence convictions, history of sexual offences against female children only, and phallometric test results.

(c) Phallometric Assessment

Phallometric evaluation renders specific information regarding deviant sexual arousal/preferences. Slides are typically used as stimuli to determine age and gender preferences. The assessment of age gender preference involves using slides of nude individuals of both sexes across a variety of age groups. Seven categories are presented including neutral, male pre-pubescent, female pre-pubescent, male young pubescent, female young pubescent, adult male, and adult female. Interest in sexual violence relative to consensual sexual interactions is typically assessed using audiotapes and, less commonly, video. In the female sexual violence assessment responses to audio-taped descriptions of interactions between a man and a woman are monitored. Four categories are presented including neutral, consenting relationships, brutal rapes, and scenes of non-sexual violence. In the child molester assessment responses to audio-taped descriptions of interactions between a man and a male or female child are monitored. The five categories include neutral, passive victims, coercive sexual relationships, brutal rapes, and scenes of non-sexual violence.

The two major techniques for measuring penile tumescence are the volumetric and circumferential methods. The volumetric assessment of sexual arousal uses a tube-like device that encloses the entire penis and is sealed at the base of the penis by a cuff-like device. As the penis engorges during an erection air within the tube is displaced and measured to provide an estimate of the magnitude of penile erection. Circumferential approaches may use either a flexible metal gauge or a thin rubber tube filled with mercury or indium-gallium that operates as a strain gauge. A plethysmograph monitors conductance of electricity through the gauges, which decreases as the band expands or the rubber is stretched in response to increases in penile circumference. For both gauges, the output of the plethysmograph, a d.c. voltage proportional to the conductance of electricity, is monitored by a voltmeter. The metal-in-rubber strain gauge is somewhat less durable but is less expensive to purchase and is the more commonly used measurement apparatus for circumferential measures.

Phallometric results may be represented as raw scores in the form of either millimeter change in the circumference of the penis, voltage changes, or volume changes. Other scoring methods include transforming raw scores to either percentage of full erection or standard scores (z-scores). Transforming scores reduces intersubject variability due to penis size or responsiveness and allows for comparisons of responses both within and between subjects. Erectile responses may also be described by using indices of deviant arousal such as ratio and difference scores. Ratio scores are calculated by dividing the average (or peak) response to an inappropriate category (e.g., rape stimuli) by the average (or peak) response to an appropriate category (e.g., consenting sex). Difference scores are calculated by subtracting the average (or peak) response to an inappropriate category (e.g., prepubescent female) from the average (or peak) response to an appropriate category (e.g., adult female).

Problems with phallometry include a lack of standardization across sites, a lack of normative samples, and a dearth of research on the basic psychometric properties of phallometry. However, research has suggested that phallometric responses can differentiate between rapists and non-rapists and between some child molesters and non-offenders (Marshall & Fernandez, 2003). Additionally, sexual deviance, including deviance assessed using phallometry, has been identified as one of the strongest predictors of reoffence among sexual offenders (Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

(d) Physical assessment

Organic treatments have also been utilized for controlling deviant sexual arousal in some sexual offenders. Such treatments may include hormonal medications such as antiandrogen medication, surgical castration, or stereotaxic neurosurgery. These treatments effect changes in the body's neuroendrocrine systems by reducing the level of serum testosterone in the body, resulting in the reduction of sexual arousal (Bradford, 1985). However, they appear to be more appropriate for those sexual offenders for whom sexual motivation plays a significant role and not as a generalized treatment (Bradford, 1997). Problems associated with organic treatments include problems with patient compliance, side effects, and ethical issues related to performing irreversible procedures such as castration or stereotaxic surgery on patients.

Psychological Treatment

Early approaches to treating sexual offenders were often psychoanalytic in nature with a focus on helping the offender identify and resolve early life conflicts that were assumed to have triggered the offending behaviour. Psychodynamic techniques such as free association and dream analysis were utilized to address early traumas. However, evaluations of this approach to treatment have reported inadequate results (Crawford, 1981).

The development of behavioural approaches to treating sexual offenders marked a significant improvement but early programs were limited in scope. Behaviourists viewed inappropriate sexual urges as "learned" through early sexual experiences that created associations with the deviant stimuli and were then maintained through masturbation and fantasy. Early articles on behavioural treatments focussed on case reports, with the majority utilizing some form of aversion therapy (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Socially condoned negative views of sexual offenders likely contributed to the early general acceptance of aversive techniques for the treatment of sexual deviance (Marshall et al., 1999).

Current approaches to sexual offender treatment are considerably more comprehensive, incorporating cognitive-behavioural and social learning approaches in addition to behavioural strategies. In fact, the Safer Society Survey (2000) of sexual offender treatment programmes reported that the most commonly reported treatment approach for sexual offenders is cognitive-behavioural and delivered in a group format.

Issues targeted in modern sexual offender treatment programs have become quite standardized making it relatively easy to design or adapt existing sexual offender treatment programs for implementation. Current thinking has identified four domains of psychological risk factors for sexual offenders (Craissati & Beech, 2003; Hanson, 2000; Thornton, 2002) including: sexual arousal factors; attitudes tolerant of sexual assault; interpersonal deficits; and self-regulation deficits. Hanson (2000) also included a fifth domain concerned with negative social environment, although this appears to be a more situational factor that could be addressed under self-regulation (Mann & Fernandez, 2005).

In terms of sexual arousal factors suitable targets for treatment include the reduction of deviant sexual arousal and fantasy, increasing arousal to consenting sex with other adults, and reduction of the level of importance placed on frequent sexual activity.

Within the domain of attitudes tolerant of sexual assault, assessment and treatment should address the way in which offenders view women and children and the way they interpret women's and children's behaviour, their beliefs about the lack of harm caused by sexual offending, and the way in which they see their rights towards these women and children in terms of sexual activity.

When targeting "Interpersonal Deficits" treatment programs should address poor adult relationship skills, intimacy and attachment problems, over-sexualisation of relationships, failure to relate to others in emotionally supportive and intimate ways, difficulties with self-disclosure, and conflict resolution. Finally, "Self-regulation" problems can be divided into three areas (Thornton, 2002): lifestyle impulsiveness, poor problem-solving, and lack of emotional regulation. Treatment programs should reduce impulsivity, teach the problem solving skills, and teach strategies for regulating emotions such as anger (Mann & Fernandez, 2005).

Of course not all sexual offenders will display all of these deficits. Treatment planning should include a comprehensive assessment and any program should be flexible enough to accommodate offenders with different risk factors working within the same programme. Further it is important that throughout the assessment process cultural issues are thoroughly considered (Cortoni 2000).

Duration of the treatment depends on the need for each offender. Thus it may range from relatively brief interventions of three months to a full year with a number of weekly sessions. Successful programs must deal with culture and beliefs and employ staff that is accepting, non-judgmental and able to build a good therapeutic rapport with clients.

Maintenance or follow-up programs should be available to reinforce treatment gains and aid offenders in enacting their self-management plans once they are released to the community. Participants are encouraged to attend for lengthy periods and use the maintenance group for support.

Authors' Notes

1. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the official views of any institution. Address all correspondence to Wagdy Loza, Kingston Penitentiary, P.O. Box 22, Kingston, Ontario, K7L 4V7, wml@post.queensu.ca or Lozawf@csc-scc.gc.ca

2. Dr. Wagdy Loza, Chief Psychologist, Kingston Penitentiary, Canada, Adjunct Professor (Psychiatry) Queen's University, Ex Adjunct Professor (Psychology) Carleton University, Canada

3. Dr. Yolanda Fernandez, Regional Coordinator of Sex Offender Treatment Programs, Correctional Services of Canada, Bath, Ontario.

References

. Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). The Level of service inventory-revised. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

. Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA;2001). Ethical standards and principles for the management of sexual abusers. Beaverton, OR: Author.

. Boer, D. P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, Canada: British Columbia Institute on Family Violence.

. Bradford, J. M. W. (1985). Organic treatments for the male sexual offender. Behavioral Sciences and the Law, 3, 355-375.

. Bradford, J. M. W. (1997). Medical interventions in sexual deviance. In D. R. Laws & W. T. O'Donahoe (Eds.), Sexual deviance: Theory, assessment and treatment (pp. 449-464). New York: Guilford Press.

. Cortoni, F (2000). Guide to the Standards of treatment services for sexual offenders. Department of Correctional Services, New South Wales, Australia.

. Craissati, J., & Beech, A. R. (2003). A review of dynamic variables and their relationship to risk prediction in sex offenders. Journal of Sexual Aggression, 9, 41-55.

. Crawford, D. (1981). Treatment approaches in pedophiles. In M. Cook & K. Howells (Eds.), Adult sexual interest in children (pp. 181-217). London: Academic Press.

. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, TR, 2000). American Psychiatric Association, Washington, DC.

. Gordon, A. and Nicholaichuk, T(1996, May) Applying the risk principle to sex offender treatment. Managing Sex Offenders. Forum, Correctional service of Canada: Ottawa, Canada

. Hanson, R. K. (1997). The development of a brief actuarial risk scale for sexual offence

. recidivism (User Report No. 1997-04). Ottawa, Canada: Department of the Solicitor General of Canada.

. Hanson, R. K. (2000). Treatment outcome and evaluation problems (and solutions). In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), Remaking relapse prevention with sexual offenders (pp. 485-499). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

. Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2001). A structured approach to evaluating change among

. sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Assessment and Treatment, 13(2), 105-122.Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. Research report 2002-02, Public Safety and Emergency Preparedness Canada.

. Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. Law and Human Behavior, 24(1), 119-136.

. Hare, R. D. (2002). Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

. Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. Criminal Justice and Behavior, 20, 315-335.

. Hucker, S.J. (Hucker, 2006) An over view of Forensic Mental Health. Retrieved [2007-02-10)
http://www.forensicpsychiatry.ca/paraphilia/overview.htm.

. Loza, W. (2005). Self-Appraisal Questionnaire (SAQ): A tool for assessing violent and non-violent recidivism. Toronto: Multi-Health Systems.

. Mann, R. E. & Fernandez, Y. M. (2005). Sex Offender Programmes: Concept, Theory and Practice. In C.R. Hollin and E. Palmer (Eds.), Offending Behaviour Programmes: Development, Application and Controversies. London, UK: John Wiley & Sons.

. Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). Cognitive-behavioural treatment of sexual offenders. Chichester: Wiley.

. Nuffield, J. (1982). Parole decisions-making in Canada: Research towards decision guidelines. Ottawa: Solicitor General of Canada.

. Marshall, W.L., & Fernandez, Y.M. (2003). Phallometric testing with sexual offenders. Brandon, VT: Safer Society Press.

. Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & Fernandez, Y.M. (2006). Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach. New York, NY: Routledge Taylor and Francis Group.

. Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. Journal ofConsulting and Clinical Psycholgy, 63(5), 737-748.

. Safer Society Press (2000). North American Survey of sexual abuser treatment and models summary. Brandon, VT: Safer Society Press.

. Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14, 139-153.

Arab Perspective: Women, the Work Place, and Sexual Harassment

Numan Gharaibeh Psychiatry – USA / Jordan

n_gharaibeh@yahoo.com

Abstract

Objective

This article attempts to evaluate the magnitude of the problem of sexual harassment at the workplace among Arab women. The article draws parallels between Arab and Western societies regarding sexual harassment of women at the workplace in order to have educated estimates about impact on women and society. The article also examines future directions and potential areas of research on the subject.

Method

Indexed databases and non-indexed Internet-accessible articles were searched for the subject of sexual harassment of women at the workplace in the Arab world. Hypotheses were formulated using composite figures of Arab and non-Arab origin about the magnitude of the problem. Arab governments' efforts on the subject were reviewed. Questions to be tested in future empirical studies were posed.

Results and Conclusions

There are no reliable figures on the magnitude of the problem of sexual harassment of women at the workplace in the Arab world. I estimate that 34 million Arab women may have faced at least one form sexual harassment at work between mid-2003 and mid-2005. A best-case-scenario estimate put the number at 8.6 million. There are significant barriers to studying sexual harassment in Arab societies; the field is fertile for empirical research to find out a better estimate of the magnitude of this problem, and to raise awareness, improve prevention, management and treatment of the psychological consequences of work-related sexual harassment of Arab women. There is evidence of progress in the Arab world in the area of labor legislation as well as awareness of the issue of sexual harassment.

What is sexual harassment?

Similarities and differences exist between the Arab perspective on sexual harassment (*al-Mudhayaguh al-Jinsyyeh*—my translation) and the "Western" perspective. Despite the culture-bound variation in details, there are cross-cultural similarities in the "general" guidelines of what constitutes acceptable and unacceptable code of conduct towards women at the workplace (and elsewhere as well).

The Federal U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) defines sexual harassment as: "Unwelcome sexual advances, requests for sexual favors, and other verbal or physical conduct of a sexual nature constitute sexual harassment when this conduct explicitly or implicitly affects an individual's employment, unreasonably interferes with an individual's work performance, or creates an intimidating, hostile, or offensive work environment."(US Equal Employment Opportunity Commission) The commission considers sexual harassment a form of sex discrimination that violates Title VII of the Civil Rights Act of 1964. (US Department of State)

The State of Connecticut defines sexual harassment in similar terms as: "Any unwelcome sexual advances or requests for sexual favors or any conduct of a sexual nature when (1) submission to such conduct is made either explicitly or implicitly a term or condition of an individual's employment, (2) submission to or rejection of such conduct by an individual is used as the basis for employment decisions affecting such individual, or (3) such conduct has the purpose of effect of substantially interfering with an individual's work performance or creating an intimidating, hostile or offensive working environment." (Connecticut General Statutes)

An Algerian definition from Law No. 04-15, which amended the Penal Code to create the offence of sexual harassment is: *Sexual harassment is defined as abusing the authority conferred by one's function or profession in order to give orders to, threaten, impose constraints or exercise pressure on another person for the purpose of obtaining sexual favors.* A person convicted of this offence is subject to imprisonment of two months to one year and a fine of 50,000 to 100,000 Dinars. (United Nations Population Fund) (Italics added).

The following is a Tunisian definition from Tunisia's enacted Law No. 2004-73, amending the 1913 Penal Code to criminalize sexual harassment and certain offences "against morality." The

The provision relating to sexual harassment defines the offence as "persistent harassment of another person through humiliating or offensive actions, words or gestures that are intended to cause the victim to submit to one's own sexual overtures or to those of third party or to weaken the victim's efforts to resist those overtures." (Loi n° 2004-73 du 2 août 2004, modifiant et complétant le Code pénal concernant la répression des atteintes aux bonnes moeurs et du harcèlement sexuel. Journal officiel, 2004-08-06, n° 63, p. 2234) (French text) (International Labor Organization) (Italics and quotation added).

Since most of the time concepts and terms are better recognized than defined, these are illustrative examples of Sexual Harassment from the training manual for the employees of the State of Connecticut:

- Whistling at someone
- Making sexual comments about a woman's body
- Telling sexual jokes or stories
- Making sexual comments about someone's clothing
- Making kissing sounds
- Staring at a woman or a woman's body part
- Winking, licking lips, throwing kisses and making suggestive visuals
- Touching a person's clothing, hair, or body
- Brushing up against somebody, hugging, kissing, patting, or stroking
- Displaying nude pictures, or sexually suggestive pictures

Empirical/Statistical Difficulties:

MEDLINE and PSYCHLIT have more than one thousand articles on sexual harassment, but none on sexual harassment among Arab women at the work place. It is unknown how frequent do Arab women face sexual harassment at work. Although sexual harassment can be directed towards either sex, it is largely an offense committed by men against women, an expression of women's traditional and inferior role in the labor force and in society. (Charney *et. al.*, 1994).

Arab researchers will find that statistics/figures are extremely difficult to come by regarding the magnitude of such a problem in Arab societies--as is the case with other problems relating to the very sensitive areas of sexual conduct, perceptions, conceptions, beliefs, and attitudes. The reasons for the difficulty with quantitatively estimating this problem are many and multifaceted:

1. In comparison with Western/Westernized cultures, the Arab culture views sex and sexuality as more sensitive, more personal and very private issues to divulge even in a hypothetical anonymous survey. One expects self-censorship to be the culprit if such a hypothetical survey took place.
2. Family-censorship is expected to be the next hypothetical barrier. A surveyor and his/her team going to peoples' homes to conduct a survey and ask sensitive questions even if assured about confidentiality is likely to have low response rate.
3. A hypothetical surveyor and her/his team are likely to face the typical (or stereotypical) Arab's mistrust of authority. Even in a self-report written survey, the participants may be tempted to not mention anything that could be perceived are incriminating or demeaning because of mistrust of the assurances of the confidentiality and/or anonymity of the process.
4. The data is already scarce due to the bias of standard literature databases. In researching this subject I had to resort to the Internet search engines since Medline-indexed article were very scarce (I suspect because Journal Editors and Reviewers tend to find certain articles not worthy of publication because they are considered "of local concern only" especially that the standard databases are mostly in European languages—to a very large extent in English). This poses significant problems for Arab clinicians and researchers who rely on the standard searchable/indexed databases to review the literature for relevant data/information on a subject of "local" concern.
5. Politicized area: There is no escape from politics when approaching sensitive issues such as sex, workplace, labor laws and general laws. The following hypothetical questions are to illustrate how "serious" or even "dangerous" pursuing statistics in the realm of sexuality may be:

   A. What is the percentage of veiled women in Egypt (population 75 million)?
      a) Less than 1%
      b) 5-10%
      c) 20-25%
      d) 50-60%
      e) More than 75%

   B. What is the percentage of women who have had sexual intercourse before marriage in Sudan (population 41 million)?
      a) Less than 1 in 1000
      b) 1-2%
      c) 5-10%
      d) 20-40%
      e) More than 50%

   C. What percentage of girls reported being raped between ages 13 and 18 in Algeria (population 33 million)?
      a) 1 in 10,000
      b) 1 in 1000
      c) 1%
      d) 10%

   (Attempting to find a reliable answer based on reliable surveys is likely to result in a very polarized political whirlwind)
6. Labor laws and practices may be divorced from each other in the reality of the Arab workplace.
7. Self-censorship by researchers out of fear.
8. Finding the data if in fact it becomes available may prove to be another challenge either due to government censorship or due to lack of interest by indexed Journal editors and reviewers.
9. It is only reasonable to assume that there are differences from an Arab country to the other and from one region to another within the same Arab country. Not only that, but it is reasonable to find differences in the same region depending on educational and economic status.
10. Methodological difficulties having to do with sampling, response/return rates, difficulties with agreement on definitions in the local dialects, and regional norms of behavior.

Attempt at Informed Estimates:

To attempt an educated estimate it is helpful to look at other countries' figures until we have our own.

A- A study examining sexual harassment among Arab boys and girls in public schools in Israel revealed that 33-50% of Arab boys and 11-23% of Arab girls (ages 12-17) reported at least one act of sexual harassment against them in the month before the survey. (Zeira et al, 2002)

B- In the US, the most reliable figures (due to very large sample size) are from the third and most recent survey conducted in 1994 by the US Merit Systems Protection Board (the two previous surveys were in 1980 and 1987). The 1994 survey revealed that 44% of women respondents and 19% of men respondents experienced sexual harassment at the workplace in the 2 years prior to the survey. (U.S. Merit Systems Protection Board, 1994)

C- Among nurses in an Ankarah, Turkey 75% of respondents reported sexual harassment (44% by physicians). (Kisa, 1996)

D- A US survey of 2,064 public school students in 8th through 11th grades 83% of girls and 79% of boys report having ever experienced harassment. (American Association of University Women, 2001)

E- A survey in Pakistan found 58% of nurses and doctors interviewed admitted being sexually harassed, usually at the hands of other doctors, nurses, attendants, patients and visitors. Domestic servants suffer even more, 91 % disclosing they'd been victims of some sexual abuse. There were stories of domestic servants being fondled, beaten and raped by men in the houses where they work. In some cases they are even sold to strangers for the night. For women working in fields and brick kilns the problem is even more acute, with a staggering 95 percent having faced sexual harassment of some form (including rape and torture), many facing it on a regular basis. The harassers are usually landlords, munshies, contractors and co-workers.(Pakistan's Alliance Against Sexual Harassment)

The mid-2005 estimate of the Arab population was 321 million, and the projection for mid-2010 is 356 million. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division) The percentage of working-age (14-64 years) population according to a 2003 estimate was 59% for both sexes. (UN ESCWA) This puts the number of working-age Arab women at an estimated 94 million in mid-2005 and an estimated 105 million in 2010. The unemployment rate average for Arab women was estimated in 2001 at 17 % (ranges from as low as 2.5 % in a 1999 UAE estimate to as high as 32% for Bahraini women in a 2001 estimate). This puts the estimate of working Arab women at 78 million in mid-2005, and 87 million in 2010. If we assume that the rate of sexual harassment exposure for Arab women to be similar to the US (44%), then one estimates the number of Arab women subjected to one form of sexual harassment or another at 34 million in mid-2005 and 38 million in 2010. A best-case-scenario (using the 11% figure in the Israeli study) puts the estimated number at 8.6 million Arab women subjected to workplace sexual harassment in 2005 (9.6 million by 2010).

Arab countries' Governmental Efforts:

Although there is at time a wide schism between statement or written laws and actual facts on the ground, these examples illustrates the "official" stance—if any—on the matter of sexual harassment of women at the workplace:

Algeria (see above).

Egypt:

"Although Egypt has some surveys and statistics concerning violence, they do not accurately reflect the true situation, as many acts of violence are not officially reported. Moreover, in addition to sexual and physical violence, violence against women includes all forms of behavior that demean or disparage women, affirm their dependence and prevent them from asserting their identity in a natural way." (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women)

Jordan (population 5.6 million):

Sexual harassment in the workplace is not explicitly defined or forbidden in Jordanian legislation. Women workers are told to file complaints of sexual harassment with the Family Protection Department, as the ministry of labor does not document such complaints. There are no statistics on sexual harassment in the workplace and no specific records at the family protection department on this matter. (Abu Hassan)

A recommendation of *al-Markaz al-Watani li-Hoquooq al-Insaan* (the National Center for Human Rights, (NCHR)) in its 2005 publication was: "Providing protection against sexual harassment to working women by introducing a legal text that punishes perpetrators of such offences."(National Center for Human Rights). The same report indicates that "The Family Protection Directorate is keen on addressing cases of sexual harassment and rape of maids and provides medical examination and investigation services without any discrimination." This seems to have prompted by complaints of expatriate women workers of sexual harassment and rape.

Lebanon (population 3.9 million):

"… endeavors to promote and publish field studies and research on violence against women, sexual harassment, honor crimes and other manifestations of violence against women." *(from UN archives of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women)*

Libyan A. Jamahiriya (population 5.9 million):

"No statistical data were available, but violence against women did not constitute a dangerous phenomenon in the country." *(from UN archives of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women*

Morocco (population 31.7 million):

"Women workers at the Manufacture du Morocco, a textile plant in the suburbs of Rabat, have been on strike since Nov. 10 [1995] because of the violence and extreme sexual harassment company officials used against one of their union leaders. The Democratic Association of Moroccan Women has been organizing a support campaign for these striking women. The women point out that this strike against sexual harassment is a first in Morocco and indeed in the Arab world. Khadia Khaireddine, secretary general of the union at MDM, was arbitrarily fired and then attacked in front of the plant gates by the company supervisor. Workers at the plant, who have been insulted and sexually harassed constantly, walked out and began a sit-in in front of the plant gates." (Dunkel, 1995)

Tunisia (population 10.1 million):

Examining 118 cases of battered women in 1998, the violence to which women are subjected was essentially marital violence in 64 per cent of cases and family violence in 14.5 per cent of cases. The report also brings to light two cases of rape, two cases of violence at work, one case of sexual harassment and nine cases of verbal or social abuse (in a public place). *(from UN archives of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women*

United Arab Emirates (population 4.9 million):

Gulf News' YouGov asked 605 female UAE residents the following question: "Have you personally ever experienced sexual harassment at your current place of work?" 14% said yes. (Gulf News). Although this is not a "scientific" study, it does give us some general idea of the possible magnitude of the problem.

Conclusion and Future Directions:

The area of sexual harassment of women at the workplace in Arab countries is not well studied. There is evidence from studies in the USA, Turkey, Pakistan, Israel, and a news survey in the UAE that sexual harassment may be common, under-recognized, and underreported among working women. The exact number of working women in the 22 Arab countries is not known and the prevalence of sexual harassment among Arab women at the work place is unknown.

I used population and labor force figure from the Arab world and calculated the magnitude of the problem assuming that the rate of sexual harassment exposure for Arab women to be similar to the US (44%). The estimated number of Arab women subjected to one form of sexual harassment or another: 34 million in mid-2005 and 38 million in 2010. Another best-case-scenario estimate (assuming that sexual harassment happened to only 11% of the women as in the Israeli study of Arab girls) puts the estimated number at 8.6 million Arab women subjected to workplace sexual harassment in 2005 (9.6 million by 2010).

Given the growing importance of the Arab woman in the workforce, and given the significant psychological and financial adverse effects of sexual harassment, this problem needs more light to be shed on it in the Arab world. A best-case-scenario estimate put the number at 8.6 million.

There is fertile ground for future directions for research to bring forth a more reliable estimate. Some of the questions worth pursuing are:

A- How common is sexual harassment among women in the Arab workplace?
B- Is there variation among the different Arab countries?
C- Is it affected by conservative customs and dress?
D- How protective and how practical is segregating men and women at the workplace?
E- What are the psychological costs for these women?
F- How often do victimized women report harassment?
G- What is the proportion of those how quit their jobs because of it?
H- What are the financial costs to the working women in reduced income or loss of employment and income?
I- What are the financial costs to society in lost productivity and mental health care expenses?
J- What preventive measures can be put in place in an Arab context?

References:

- Abu Hassan, Reem M. and Adas, Widad: Report on Women's Rights in Jordan. Prepared for Freedom House, text at www.freedomhouse.org
- American Association of University Women Educational Foundation 2001) Hostile Hallways: Bullying, Teasing, and Sexual Harassment in School.
- Charney, Dara A., and Russell, Ruth C. (1994): An Overview of Sexual Harassment. Am J. Psychiatry 151:10-17.
- Connecticut General Statutes, Sec. 46a-60(8)
- Dunkel, G.: Morocco: Strike against Sexual Harassment. Workers World, 21 December, 1995
- Gulf News: Inside the minds of women in the UAE. Text at http://archive.gulfnews.com/yoursay/yougov/188567.html
- International Labor Organization provides link to text and PDF format at http://www.ilo.org
- Kisa A, & Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. Health Serv Manage Res. 1996 Nov; 9(4):243-53.
- Pakistan's Alliance Against Sexual Harassment (AASHA): as reported at the Muslim Women's League website: http://www.mwlusa.org/publications/others/breakingsilence.htm
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women: archived country reports may be found at their website:
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005): World Population Prospects 2004. New York, NY 2005 http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/World_Population_2004_chart.pdf
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA): Where do Arab women stand in the development process? A Gender-Based Statistical Analysis. Full text at http://www.escwa.org.lb/information/publications/edit/upload/SDD04E1.pdf
- United Nations Population Fund, text may be found on their website: http://www.unfpa.org
- UN, World Population Prospects: The 2004 Revision. NY 2005
- Status Report of Human Rights: The Hashemite Kingdom of Jordan 2005. Full English text found on the web at www.nchr.org.jo
- US Department of State, text at http://usinfo.state.gov
- US Equal Employment Opportunity Commission, text found at: www.eeoc.gov
- U.S. Merit Systems Protection Board (1995): Sexual Harassment in the Federal Workplace: Trends, Progress, Continuing Challenges. Washington, DC, US Government Printing Office (Nov. 1995).
- Zeira, A., Astor, R. A., & Benbenishty, Rami (2002). Sexual harassment in Jewish and Arab public schools in Israel. Child Abuse and Neglect 26 (2002) 149-166.

الجنسانيـــــة و الذهنيـــــــــة العربيـــــــــة: مقاربـــــــة سيكولوجيـــــــة. . . قـــــــــراءات

www.iicwc.org/sersh/gander/gander_03.htm

عبـــد الرحمـــان ابراهيـــم – الطب النفسي، سوريـــا / لبنـــان

عبـــد الوهـــاب بو حديبـــة – علـــم الاجتمـــاع، تونـــــس

د.كلتـــوم بلميهـــوب – الجزائـــــــر

HOUDA BOUZIDI – PSYCHOLOGY ; ALGERIE

الجنـــــدر فـــي وثائـــق الأمـــم المتحـــدة

الفيتشيـــــة... نحـــو قـــــراءة نفستحليليـــــة

الجنسانيـــة في الاســـلام... مقتطفـــات من كتـــاب

الاتصـــــــال الـــزواجـــــــي

L'IMPACT DU VIOL DANS LA SOCIÉTÉ MUSULMANE

الجنـــــدر فـــي وثائـــــق الأمـــــم المتحـــــدة

www.iicwc.org/sersh/gander/gander_03.htm

"يمثل مصطلح الجندر (Gender) " المصطلح المنظومة" الذي تدور حوله معظم مصطلحات الأمم المتحدة.. وهو مصطلح مضلل وقد ظهر لأول مرة في وثيقة مؤتمر القاهرة للسكان 1994 في (51) موضعا، منها ما جاء في الفقرة التاسعة عشرة من المادة الرابعة من نص الإعلان الذي يدعو إلى تحطيم كل التفرقة الجندرية. ولم يثر المصطلح أحدا، لأنه ترجم بالعربية إلى (الذكر/الأنثى)، ومن ثم لم ينتبه إليه.

ومراعاة لخطة التهيئة والتدرج في فرض المفهوم، ظهر المصطلح مرة ثانية ولكن بشكل أوضح في وثيقة بكين 1995، حيث تكرر مصطلح الجندر (233) مرة. ولذا كان لا بد من معرفته والوقوف على معناه من معرفة أصله في لغته التي صك فيها، والتعرف على ظروف نشأته وتطوره الدلالي"[1].

تعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه: "المصطلح الذي يفيد استعماله وصف الخصائص التي يحملها الرجل والمرأة كصفات مركبة اجتماعية، لا علاقة بها بالاختلافات العضوية"، بمعنى أن التكوين البيولوجي سواء للذكر أو للأنثى ليس له علاقة باختيار النشاط الجنسي الذي يمارس، فالمرأة ليست امرأة إلا لأن المجتمع أعطاها ذلك الدور وكذلك الذكر، ويمكن حسب هذا التعريف أن يكون الرجل امرأة.. وأن تكون المرأة زوجاً تتزوج امرأة من نفس جنسها وبهذا تكون قد غيرت صفاتها الاجتماعية وهذا الأمر ينطبق على الرجل أيضا.

وتعرف الموسوعة البريطانية ما يسمى **بالهوية الجندرية**(Gender Identity): "أن الهوية الجندرية هي شعور الإنسان بنفسه كذكر أو أنثى، وفي الأعم الأغلب فإن الهوية الجندرية والخصائص العضوية تكون على اتفاق (أو تكون واحدة)، ولكن هناك حالات لا يرتبط فيها شعور الإنسان بخصائصه العضوية، ولا يكون هناك توافق بين الصفات العضوية وهويته الجندرية(أي شعوره بالذكورة أو بالأنوثة)...لذلك فإن الهوية الجندرية ليست ثابتة بالولادة، بل تؤثر فيها العوامل النفسية والاجتماعية بتشكيل نواة الهوية الجندرية وهي تتغير وتتوسع بتأثير العوامل النفسية والاجتماعية بتشكيل نواة الهوية الجندرية وهي تتغير وتتوسع بتأثير العوامل الاجتماعية كلما نما الطفل...كما أنه من الممكن أن تتكون هوية جندرية لاحقة أو ثانوية لتتطور وتطغى على الهوية الجندرية الأساسية، حيث يتم اكتساب أنماط من السلوك الجنسي في وقت لاحق في الحياة، إذ أن أنماط السلوك الجنسي وغير النمطية منها (بين الجنس الواحد) أيضا تتطور لاحقا".

وعادة يتم طرح سؤال في التدريبات الجندرية للتجمعات النسائية والرجالية: ما هي اللحظة الأولى التي وعيتم فيها أنكم ذكور أو إناث؟ وسؤال آخر: متى كان إدراككم الأول بوصفكم ذكورا أو إناثا أن عليكم أن تفعلوا أشياء أو لا تفعلوها؟ أو: ما هي الأشياء التي تفرض عليك بسبب جنسك وتكره أن تفعلها، والأشياء التي تفرض على الجنس الآخر وتود أن تقوم بها؟؟!!

"ومن ثَم فإذا قام الرجل بوظيفة المرأة وقامت المرأة بوظيفة الرجل فإنه لن يكون هناك ذكر وأنثى وإنما سيكون هناك نوع "جندر" وهذا النوع هو الذي سيحدد طبيعة دوره في الحياة بحيث يجوز للأنثى أن تمارس دور الذكر والعكس، وبحيث لا تكون هناك أسرة بالمعنى التقليدي ولا أبناء ولا رجل ولا امرأة، وإنما أسر جديدة شاذة وأبناء نتاج للتلقيح الصناعي؛ فأي فكر ذلك الذي تتبناه "النسوية الجديدة"؟! وأي قوة تجعل من الأمم المتحدة وأمريكا والغرب تتبنى هذا الفكر لفرضه على العالم؟!! إنها تعبير عن إرادة لا نقول علمانية وإنما إلحادية لتحويل الوجود البشري وجوداً بلا قيمة ولا معنى تنتفي معه العناية من استخلاف الله للإنسان في الأرض. في الواقع إن هذا الفكر ليس خطراً على المجتمعات الإسلامية فحسب ولكنه خطر على الحضارة الإنسانية ذاتها؛ لكن المجتمعات الإسلامية تأتي في القلب من معتقد هذا المخطط البديل والجديد"[2].

ومن هذا قول الدكتور شريف حتاتة (زوج الدكتورة نوال سعداوي) في ختام مؤتمر:" الاحتفال بمرور مائة عام على إصدار كتاب تحرير المرأة لقاسم أمين– القاهرة 1999): "نحن لا نريد الخطاب الديني، نحن نريد خطاب نسوي إبداعي جديد". إذن فمفهوم الجندر أو مفهوم النوع أو الجنس وغيرها من الكلمات المستخدمة في الجندر هي الأدوار التي يقوم بها الجنسان حسب ما حدده لهما المجتمع مسبقاً كأنثى أو كذكر , وغالباً ما ترتبط هذه الأدوار بمجموعة من السلوكيات التي تعبر عن القيم السائدة في هذا المجتمع، تحدد مدى إجادة كل من الجنسين في القيام بالدور المنوط به درجة قبول المجتمع لهما، وهذا التعريف لأدوار النوع أو الجنس الاجتماعي يوضح بصورة جلية أن المجتمع هو السبب في وعي الفرد بذكورته أو أنوثته بعيداً عما يسمى بالاختلافات البيولوجية بين الجنسين، وبناء على ذلك فإن حركة المجتمعات في تطور مستمر مما يؤدي إلى تطور دور النوع وتغيره حسب الوسط الاجتماعي من ذكر إلى أنثى أو العكس أو استحداث أنماط جديدة للأسرة بعيداً عن لفظ مذكر ومؤنث مثل أسر الشواذ.

أما في بكين، فقد رفضت الدول الغربية تعريف الجندر بالذكر والأنثى، وهذا ما يثبت سوء النية وبعد المرمى والإصرار الكامل على فرض مفهوم حرية الحياة غير النمطية كسلوك اجتماعي.

واستمر الصراع أياما في البحث عن المعنى الحقيقي للمصطلح، إذ أصرت الدول الغربية على وضع تعريف يشمل الحياة غير النمطية كسلوك اجتماعي ورفضت الدول الأخرى أية محاولة من هذا النوع، فكانت النتيجة أن عرفت اللجنة المصطلح بعدم تعريفه: (Thenon definition of the term Gender).

تكشف وثائق مؤتمر روما إنشاء المحكمة الجنائية الدولية المنعقدة في روما 1998م عن محاولة لتجريم القوانين التي تعاقب على الشذوذ

الجنسي، حيث أوردت الدول الغربية: "أن كل تفرقة أو عقاب على أساس الجندر يشمل جريمة ضد الإنسانية".وكان إدخال كلمة Gender في تعريف الجرائم بالإنجليزية أمرا غريبا في حد ذاته، إذ أن النصين العربي والفرنسي استعملا كلمة (الجنس) ولم يستعملا كلمة " الجندر"، إذ ليس له تعريف واضح ومدلول محدد. وهذا الأمر دفع الوفود العربية والإسلامية إلى استبدال كلمة الجندر بالجنس، وقد قال أحد المفاوضين العرب: "إن كنتم تقصدون أن جندر ترادف جنس، فلم الإصرار؟ وان كانت تختلف في المعنى فأفهمونا الخلاف، باعتبارها لغتكم، لنستطيع أن نرى انسجامها مع القانون أو لا"، وهذا الاختلاف الشديد دعاهم لأن يعترفوا بأنها تعني "عدم الحياة النمطية للنوع الواحد"، بمعنى أنه إذا مارس أحدهم الشذوذ الجنسي فعوقب بناء على القانون الداخلي للدولة كان القاضي مجرما بحق الإنسانية. وعلى الرغم من المعارضة الشديدة من الدول العربية والإسلامية، إلا أنها لم تنجح في حذف كلمة "الجندر" من النص الإنجليزي (وهو النص الذي يتم توقيعه ومتابعته)، وإنما حور المعنى حيث عرف الجندر بأنه: "يعني الذكر والأنثى في نطاق المجتمع".. وكلمة نطاق المجتمع –بكل أسف- لا تخرج عن مجمل التعاريف التي أوردتها سابقاً عن الجندر باعتبار أن دور النوع لكليهما مكتسب من المجتمع ويمكن أن يتغير ويتطور في نطاق حدثية المجتمع نفسه.

وإتماما لهذه المسيرة الطويلة لفرض هذا المصطلح، دعا إعلان مؤتمر لاهاي للشباب 1999م إلى إنشاء جهاز خاص في كل مدرسة " لتحطيم الصورة التقليدية والسلبية للهوية الجندرية، للعمل على تعليم الطلبة حقوقهم الجنسية والإنجابية بهدف خلق هوية إنجابية للفتيات والفتيان". كما يدعو الإعلان الحكومات إلى إعادة النظر وتقديم قوانين جديدة تتناسب مع حقوق المراهقين والشباب للاستمتاع "بالصحة الجنسية" والصحة الإنجابية دون التفرقة على أساس الجندر.

[1] – عمرو عبد الكريم، الخصوصية الحضارية للمصطلحات، (رؤية نقدية لاتفاقية السيداو)، اللجنة الإسلامية العالمية للمرأة والطفل.
[2]- كمال حبيب، (عولمة المرأة).

الفيتشيـــــة... نحـــو قـــراءة نفستجليليـــــــة

أ.د. عبـد الرحمـان ابراهيم – الطب النفسي، سوريـا / لبنـان
dr.abd.ibrahim@gmail.com

تمهيـــــد: سنحاول أن نسترجع باختصار عملية الطور الجنسي النفس، لأن فهم الفيتيشية يتطلب بعض المعرفة عن حالات التطور الباكرة. عند الولادة يكون الوليد غير قادر على التمييز بين نفسه وبين محيطه الخارجي، وهذا ما يدعى بالمرحلة "غير المتمايزة " أو المرحلة الذاتية ، أي لا توجد علاقة بين الوليد وبين أي شخص آخر على غرار العلاقات في مراحل الحياة التالية. إن العلاقة بين الراشدين لا تم إلا بعد مراحل تطورية طويلة تبدأ بالمرحلة الذاتية هذه. إن هذه المرحلة الباكرة تنتقل تدريجياً إلى المرحلة التالية أو التعايشية ، والتي يحيا فيها الزوج المؤلف من الأم والطفل كوحدة ملتصقة. وفي هذه المرحلة يصبح الطفل قادراً على تمييز الفروق بين نفسه وبين أمه لكن بشكل متقطع وغير كامل. ولا تلبث هذه المرحلة أن تختفي تدريجياً ليحل مكانها مرحلة الانفصال – التفرد حيث يخرج الطفل تدريجياً من هذا التعايش مع أمه ويبدأ بتكوين تصوراته الأولى عن ذاته.

إن مرحلة الانفصال – التفرد هذه من مرحلة حاسمة من الحياة، إذ عن اضطراب العلاقة بين الأهل والطفل في هذه المرحلة قد يؤدي فيما بعد إلى متاعب في تأسيس النضوج وفي علاقات الراشد مع الموضوع وفي التوجه الجنسي. تتميز بعض الشذوذات الجنسية بخلل في طور التوجه الجنسي واختيار الموضوع، مما يؤدي إما إلى اختيار موضوع غير بشري للإثارة الجنسية أو إلى اختيار شريك بشري غير ملائم. ففي الفيشية Fetishism يستبدل الإنسان بموضوع جامد هو جزء من ثياب المرأة عادة. أما تحول الزي Transvestism فهو امتداد للفيتشية، حيث يثار الرجل جنسياً بلبس ملابس المرأة. وفي ولع الحيوانات bestiality أو Zoophilia يصبح حيوان ما مصدراً للإثارة الجنسية. وفي ولع البول Urophilia ولع الغائط Coprophilia يكون المصدر هو هذه الفضلات،...

خلـــل تطـــور الحافـــز

إن تطور العلاقة مع الناس الآخرين يتعلق ويتناسب مع تطور عالم الحوافز. لقد أنشأ فرويد مفهوم الحافز المزدوج للجنس والعدوانية، حيث أن كليهما يساهم في السلوك الجنسي، ولا يمكن أن نشاهد أي من هذين الحافزين بشكله الصرف، فالاثنان ملتحمان معاً ولكن بنسب مختلفة. وكمثال على هذا لا يوجد أي عمل جنسي أو علاقة حب لا تحوي بعض العدوانية، حتى لو كانت بالكاد كافية لتجاوز العوائق وإقامة النشاطات الضرورية للممارسة الناجحة. ومن المهم أن نعرف أن تظاهرات الحافز العدواني ضرورية للحياة، وهي ليست بالضرورة مدمرة وليست "عدوانية" بالمفهوم الذي نعرفه. ولا يزال هناك الكثير كي نعرفه حول نضوج وتطور الحافز العدواني وكيف يلحم مع الحافز الجنسي. لكننا نعلم أن الدوافع العدوانية تلعب دوراً مرضياً هاماً في العديد من الشذوذات الجنسية. أكثر من ذلك، هناك مجموعة من الشذوذات الجنسية يكون فيها الباعث العداوني مسيطراً بشكل كامل قريباً، ويلغي أي شعور بالمودة المبادلة أو المساواة أو الحنان. ففي المازوخية الجنسية الحقيقية يحتاج المرء للفي العقاب والألم والذليل بطريقة شعورية كشرط أو ضرورة للوصول للإثارة الجنسية والإشباع بشكل شعوري. (وهذا يخالف تماماً عن الشخصية المازوخية حيث يكون كل من العقاب والإشباع الجنسي الناجم عنه موجودين على المستوى اللاشعوري). وفي السادية الجنسية الحقيقية يحاج المرء لمعاقبة وإيلام وإذلال شخص آخر كشرط وضرورة لتحقيق الإثارة الجنسية والإشباع بشكل شعوري. إن الاغتصاب والجرائم الجنسية هي امتداد للسادية الجنسية، حيث تصبح فيها الجنسانية مجرد وسيلة للتعبير عن الكره الشديد والحنق القاتل.

خلـــل تطـــور الحافـــز الجنســـي

إن ظاهرات الحافز الجنسي في مراحله الأولى تكون طفلية في طبيعتها ولا تبدي السلوك المميز للراشد والذي سيطر فيه الرغبات التناسلية على تلك الحوافز الجنسية الطفلية التي تدعى الحوافز الجزئية Partial drives إن التجارب السارة في الطفولة تشمل النظر والاستعراض والتقبيل واللمس

وأشكال أخرى من السلوك، والتي تعتبر فيما بعد مظـاهر طبيعيـة وهامـة ومعممة للجنسانية عند الراشد. مهما يكن، ففي المجموعة الثالثة والأخيـرة من الشذوذات الجنسية يصبح أحد هذه الحوافز الجزئية البالكرة في الجنسانية الطفلية مفضلاً على الاتصال التناسلي، ويصبح هو الشكل الأساسي للإثـارة الجنسية والإشباع. ففي التلصص Voyeurism يصبح النظر هـو الـشكل الأساسي للإثارة الجنسية، وفي الاستعراضية Exhibitionism يصبح نظـر الناس إليه هو الشكل الأساسـي، وفـي الاحتكاكيـة Frotteurism يكـون الاحتكاك هو الشكل المفضل للمتعة الجنسية.

تحليـــــــل الفيتيشيـــــــــة

يبدي الفيتشيون تثبياً جنسياً على مواضيع أو أجزاء من الجـسم غيـر ضرورية أبداً للجماع لكنها شرط للإرضاء الجنسي لديهم. وتـشمل هـذه المواضيع الأحذية أو الملابس الداخلية أو المواضيع الجامدة الأخرى التي لنغرست ضمن الاهتمامات الجنسية. ويمكن أن تستخدم أجزاء من الجـسم أيضاً كالشعر والقدم. إن الدرجات الخفيفة من الفيتشية شائعة تماماً وتدخل ضمن الحدود الطبيعية طالما أن التشخيص قادر على الجماع الطبيعي ولا يحتاج إلى "دعامات" كي يستطيع الممارسة بنجاح، وفـي هـذه الحـالات يكون الأمر مغالاة طبيعية في تقدير الشخص المحبوب، هذا التقدير الـذي قد يمتد ليشمل حاجياته. ويمكن أن نلاحظ أيضاً وجود مراحل انتقالية فـي الطريق إلى الفيتشية الكاملة وذلك عند الأشخاص الذين يتطلبون أن يحقق شركاؤهم بعض المعايير الخاصة مثل أن يحقق بعض المعايير الخاصـة مثل أن يكون للجسم شكل خاص أو أن يكون الشعر بلون معين أو يـوزع معين. إن هناك طيف يمتد من السلوك الطبيعي إلى قرب الطبيعي علـى قرب الطبيعي إلى المرضي الشديد المتمثل بالفيشية الإجبارية المكتملة. إن مثل هذا الطيف موجود في كل الشذوذات الجنسية كما هو موجـود فـي الأمراض الأخرى ويتراوح بين الخفيف والشديد جداً وسـنناقش تطـور الفيتشية المكتملة لأنها وضح تماماً العوامل الداخلـة فـي تطـور هـذه الانحرافات.

إن فهم الفيتشية يتطلب أن نعرف أموراً حول طفولة الشخص وحـول المواضيع المرافقة لهذه الفترة وحول سلوك أهله، والمواضـيع Objects هي الأهم فيما يخص الفيشية. فالعديد من الأطفال سرعان ما يعرفـون أن مص اليد أو الإبهام هو عملية ممتعة، وأحياناً يدخل الطفل أو يضع فـي يده جزء من الغطاء أو الثياب، وهذه المواضيع لطيفة وناعمـة بالنـسبة للطفل وبالتالي يمكن أن تكتسب أهمية خاصة كوسيلة دفاع ضد القلـق لا سيما عند النوم عندما يترك الطفل وحيداً في غرفة مظلمة. وفيما بعد يمكن للموضوع أن يمتلك أهمية تعادل أهمية الأم وعنـدها نـدعوه الموضـوع الانتقالي Transituonal Object. إن المواضيع الانتقاليـة شـائعة تمامـاً ويمتلكها العديد من الأطفال، إنها تساعد على العامـل مـع خوفـه مـن الانفصال عن الأهل وشكل جسراً للعالم الخارجي.

وسرعان ما يعرف الأهل أن هذا الموضوع العزيز يعطي الطفل راحة وأنه يمكن أن يستخدم لتهدئة الطفل. إن هذا يزود الأهل بوسـائل جنـبهم الصراع المباشر مع متطلبات الطفل. ويمكن للأهل أن يلاحظوا زيادة قلق الطفل حول انفصاله عنهم مجلياً بزيادة بكاء الطفل فـي المـدة والـشدة. وعندما لا يعود الأهل قادرين على حمل توترهم المتزايد فـإنهم يعطـون الطفل موضوعه الخاص وذلك لتهدئته وجنب المواجهة. إن هذا يزيد مـن أهمية الموضوع بالنسبة للطفل. عن مثل هؤلاء الأهـل، خاصـة الـذين يواجهون بعض المتاعب، قد يستمرون في تشجيع الطفل علـى اسـتعمال مواضيع جامدة وذلك لخفيف المتطلبات المفروضة عليهم. إنهـم يـدربون الطفل على الالتفات إلى هذه المواضيع لتحقيق الإشباع والدعم وذلك بـدلاً من الالتفات إليهم، وهي طريقة مخربة ومؤذية إلى حد ما. وفيمـا بعـد، يمكن للطفل أن ينقل اهتمامه من المواضيع الأصلية إلى مواضيع جديدة مثل الألعاب والدمى. وتعزز أهمية المواضيع الجديدة عندما تصبح عاملاً مساعداً في إنقاص التوتر وإزالة القلق الناجم عن الحرمـان والانفـصال. وهذا الأمر ضار أيضاً، لأن الطفل يجب أن يتعلم حمل هذه الإحباطـات الطبيعية دون وجود حاجة إجبارية للمواضيع الجامدة.

لقد ذكرنا استعمال المواضيع الانتقالية كوسيلة لإنقاص القلق المـشاهد عند النوم. إن المرحلة التالية التي تؤدي للقلق هي مرحلة الفطام. فالطفـل هنا ينفصل مرة أخرى عن موضوع يحبه، وهـو الثـدي أو الزجاجـة، ويلاحظ التوتر مرة أخرى باستعمال الطفل لموضوع جامد يستطيع مـصه ومداعبته. إن استعمال مثل هذا الموضوع يطيل مـن مـص الإبهـام أو الغطاء عند النوم، وبالتالي يطيل من الدور الذي يلعبه الفم في وق يجـب فيه أن تنقص أهميته. ومن الفترات الأخرى المؤدية للوتر تلك الفترة التي يجب فيها على الطفل الاستسلام لطلبات الأهل لـضبط مـصراته، وهنـا يخسر الطفل السيطرة على موضوع ثمين آخـر، ألا وهـو بـرازه. إن الراشدين يعتبرون البراز سيئ الرائحة ومثير للفرف، ويدركون الحاجـة للتحكم بعملية التبرز، لكن الطفل لديه وجهة نظر مختلفة تماماً. إن الطفل يعتبر البراز جزء من ذاته، وهو يكره أن يفقد السيطرة على أي جزء من أجزاء جسمه. عن الأطفال الصغار لا ينزعجون من غطـائهم الخـاص، ويمكن أن يستلقوا عليه أو حتى يدهنوا جسمهم به وبكل متعـة. ولا يفقـد البراز أهميته إلا بعد أن يتبنى الطفل مواقف أهله. ويكشف الفيتشي غالبـاً الخصائص الطفلية لشذوذه الجنسي عندما يتطلـب أن يكـون موضـوعه الفيتشي His Fetish قذراً وذو رائحة كريهة. إن هذه الروائح تشبه غالبـاً روائح الجسد غير المغسول وتذكره برائحة الغائط.

إن الصراع بين الأهل والطفل الفيتشي حول ضبط المصرات يمكن أن يحتدم إلى درجة شديدة أبعد من الطبيعي. أحد المرضى الفيتشيين، وهـو راشد، تذكر هذه الفترة تماماً. كانت أمه امرأة عدوانية ومسيطرة جداً، وقد واجه تصميمها على الفوز رفضاً عنيداً للخضوع من جانب طفلها. كانـت أمه تجرى نظافة ثيابه باستمرار، وتبدي تعليقات سلبية تجاه طفلها وتهينه، لذلك كان طفلها يرفض التبرز. لقد كان يجلس على "النونية" لساعات دون أن يستسلم. وأخيراً وبعد أن يترك "النونية" كـان يتبـرز علـى الأرض، وأحياناً كان يتبرز قبل أن يجلس على "النونية" وكانت أمه الثائرة تـضربه دون شفقة، ورغم كل هذا لم تستطع الفوز. وبعد أن يئست أخيراً سـمحت له أن يأخذ معه لعبته المفضلة إلى الحمام. وعندها أذعن الطفل لرغباتهـا وصار يتبرز كالمطلوب تماماً لأنه شعر "بالنصر".

قد يبدو لنا أن السلام قد حل والنجاح قد تم، لكن هذا الحل لم يكـن إلا فشلاً للأم والطفل. إن هذه الأم العدوانية المتطلبة غير القادرة على الحـب هي شخص غير ملائم لتربية الطفل. إنها لم تحب طفلها ولم سمح لـه أن يتفاعل معها بطرق تلائم نموه الخاص. لقد أجبرته علـى حـل مـشكلته باستخدام مواضيع جامدة بدلاً من استخدامها هي. إن الأم الجيدة يجـب ألا تبدأ بتدريب الطفل على ضبط المصرات في وقت باكر، ويجب ألا تجعل الأمر حرباً. ولن يكون مفاجئاً أن نعلم أن الموضوع الفيتشي لذلك الرجل هو لعبة على شكل دب بني اللون قذر كريه الرائحة !.

وهكذا، وبمرور الوقت، يصبح الموضوع الانتقالي المهدئ للطفل شيئاً يمثل أموراً عديدة أولاً الأهل الذين فقدوا عند النوم، ثم الثدي أو الزجاجة المفقودة، ثم البراز المفقود. وعندما يبدأ الطفل بـالتطور تـضاف معـانٍ جديدة للمعاني القديمة، وصبح اللعبة المحبوبة محـور مـشاعر الطفـل الخاصة، ويصبح لها استعمال جديد يزيد من ضرر الطفل وأذيته ويزيـد من ابتعاده عن السواء أو الطبيعية، فيما أن الطفل قد نقل مشاعره للعبـة فإنه قد يقول "لعبتي الصغيرة غاضبة"، وهذا يسمح للطفل أن ينكر غضبه عندما يحبط. وبذلك يسمر الطفل في إنكار حقيقة مشاعره. ويزداد تعقيـد المشكلة عندما يكون الموضوع رمزاً للأهل، ففي هذه الحالة يغضب الطفل

من اللعبة بدلاً من أهله، وهذا يمنعه من التفاعل السليم مع الناس ويعيقه عن تطوير علاقات مع أنداده، بما فيهم الجنس الأخر. كما أن هذا أيضاً يؤهب لاضطرابات جنسية مستقبلية.

إن عددا كبيراً من الأطفال يستفيدون من هذه المواضيع الخاصة لإزالة قلقهم واكتئابهم الناجمين عن الانفصال عن الأم، بالإضافة للإحباطات الأخرى. هؤلاء الأطفال، وهم يشكلون النسبة الغالبة، لا يعتمدون كثيراً على هذه المواضيع المريحة لذلك فإنها تبقى أقل أهمية من الأم، ولا تؤثر في عملية الطور الطبيعية. وعندما يكبر الطفل الطبيعي فإن اهتماماته تزداد وتمتد ولا يعود بحاجة لموضوعه الخاص كي يتجاوز القلق أو الصعوبات الأخرى، وبذلك يفقد الموضوع قيمته الخاصة ويهمل. وأما بالنسبة القليلة من الأطفال - هؤلاء الذين كانت تربيتهم سيئة، والذين شُجعوا على تعزيز أهمية المواضيع الجامدة - فإنهم يعطون اللعبة قيمة أكثر من الأم، وبالتالي فهم غير قادرين على إهمال مواضيعهم الانتقالية.

إن الاكتشاف الكبير للفرق التشريحي بين الجنسين يحدث تقريباً حوالي سن الثالثة، حيث يتوجه الاهتمام في هذه السن إلى الأعضاء التناسلية. ويعتقد الطفل قبل تلك السن أن لكلا الجنسين أعضاء مشابهة. إن هذا الاعتقاد يستمر رغم ما يلاحظه الطفل من أمور ناقض هذا الاعتقاد. إن عقل الطفل قادر على إنكار الواقع بسهولة أكثر بكثير من الراشد، لذلك يجب أن نستغرب هذا التأخر في تقبل الطفل لفكرة وجود اختلافات تشريحية. إن الصبيان خاصة يحاولون إنكار غياب الأعضاء الذكرية عند أمهاتهم، ولا يتقبلون هذه الفكرة إلا بعد معارضة شديدة. ويصل بعض الناس لسن النضج دون أن يتخلوا فعلاً عن فكرتهم الأولية بأن لكل إنسان أعضاء تناسلية ذكرية. بالطبع هذه الفكرة مكبوتة (لا شعورية)، ولا يمكن استخلاصها والوصول لها بسهولة. إن حياة أحد المصابين بتحول الزي هي شاهد حي على هذه الفكرة، فهو رجل يخفي في زي امرأة. إن "السر" الكامن خلف سلوكه الغريب هذا هو اعتقاده بأن تحت ثياب كل امرأة يوجد كائن ذكري، وبذلك خيله لفكرة أن لكل امرأة قضيب. "إذا كنت لا تستطيع رؤيته، فلا بد أنه مخبئ بين أشعار العانة. وإذا كان صغيراً فإنه سيكبر". إن هذه هي أقوال حقيقية لمريض كان يعاني من تحول الزي.

وحالما يكشف الطفل الاختلافات الجنسية فإن اهتمامه الجنسي يتركز على الأعضاء التناسلية. وقد لوحظ أن الذكور خاصة يداعبون أعضاءهم التناسلية مما قد يسبب انزعاج الأهل. إن تحريم مثل هذا الفعل الذي يعتبر نوعاً من أنواع العادة السرية يترافق غالباً مع تهديدات حول إمكانية فقد القضيب أو أذيته، وبذلك يتكون لدى الطفل اعتقاداً بإمكانية حدوث الخصاء Castration. ويقوي هذا الاعتقاد بملاحظة الطفل للأعضاء التناسلية للفتيات، فهو يعتقد أنهن لابد قد عانين من هذه العاقبة. إن فقد الطفل لأسنانه اللبنية هو عامل آخر يساهم في قبله لفكرة إمكانية فقد القضيب. فهما هي أسنانه القوية القاسية المتصلة بقوة مع جسمه تنفصل عنه وتفقد. إن الطفل الطبيعي التربية يحمل كل هذه التقلبات في مراحل النمو المختلفة: الرضاعة والفطام مع فقدان الحلمة، ضبط المصرات مع فقدان الغائط، والآن اهتمامه الجنسي بالقضيب والمخاوف المرافقة حول الخصاء.

وفي هذه المرحلة من الحياة ينغرس الموضوع الانتقالي ضمن الاهتمام الجنسي التناسلي، وقد لوحظ بعض الأطفال منهمكين في ممارسة العادة السرية مع هذه الدمى، والتي يمكن أن ندعوها الآن المواضيع الفيتشية الطفلية Childhood fetishes . لقد نقل هذا الطفل فعلاً حبه من أمه إلى الموضوع الذي يريحه. إن هذا الشكل من العلاقة يحدث فقط عندما حرف الأم اهتمام طفلها بها إلى موضوع جامد. لقد علمت الطفل أن يحب شيئاً آخر عبر الإنسان الحي.

وفي نفس الوقت الذي ظهر فيه الأحداث السابقة تعرض علاقات الطفل مع الناس لعملية نضج، ويصل الطفل لسن المدرسة وعليه أن يترك تعلقه بالإضافة للتعامل مع مخاوفه من فقدان أعضائه. إن الطفل الطبيعي يقوم بالتأقلم بشكل جيد، ويحدث هذا عند الفتاة بشكل أسهل من الصبي. لكن الأمر مختلف تماماً بالنسبة للطفل الفيتشي. إن هذا الفيتشي الصغير، هذا الطفل الذي يستخدم الآن موضوعه الانتقالي أو الخاص بطريقة جنسية، كان قد علق من أنية في أناه his ego وذلك بسبب التفاعلات غير المرغوبة والحاصلة في مراحل التطور الباكرة والتي ساهمت في تركيز اهتمامه واعتماده على المواضيع الانتقالية. إنه في الحقيقة معتمد على موضوع جامد لتحقيق إشباعه الجنسي. إن مثل هذا الطفل غير قادر على تحقيق انتقال مقبول نحو أساتذته أو الأطفال الآخرين، إنه غير قادر على تحقيق انتقال مقبول من البيت نحو العالم الخارجي بشكله العام.

ويسمر التطور خلال سنوا المدرسة، وتزداد الأنا قوة، ويزداد تماسك الشعور، وتتناقص قوة الحافز الجنسي خلال مرحلة ما قبل البلوغ، ونتيجة لذلك تتناقص الرغبة في استعمال الموضوع الفيتشي الطفلي لأهداف جنسية، لكن يستمر بعض فيتشيي المستقبل في استعمال هذه المواضيع للتسلية والدعم أثناء مرحلة الكمون latency إنهم يحملون ألعابهم معهم حيثما يذهبون، ويعتمدون عليها ليدعموا جهودهم في التأقلم مع العالم. ويبدو بعض الفيشيين - لا سيما الأقل تأذياً طبيعيين تماماً خلال هذه الفترة الهادئة. فإذا تحسنت التربية وملك الطفل أنا قوية لدرجة كافية فإنه يستطيع جاوز الصعوبات بشكل كامل، لكن هذا لا يحدث دوماً.

إن حدوث البلوغ مع ما يرافقه من تغيرا جنسية سريعة يغير الصورة كلها: ففي هذا الوقت عود المشاكل القديمة للظهور ولكن بشكل آخر. إن حاجة المراهق للفاعل مع أنداده ولا سيما هؤلاء من الجنس الآخر هو أمر صعب حتى على الشخص الطبيعي تماماً، وهو أمر لا يمكن احتماله بالنسبة لشخص علمه طفولته أن يبدل أمه بموضوع جامد. لقد فشل الفيشي أكثر من مرة في تحقيق المهام الكبرى للتطور، وها هو الآن في المراهقة غير قادر على مرة أخرى أن يسيطر على قلقه وينجح في مهمته الجديدة، لذلك فهو ينسحب إلى طرقه القديمة ويبحث عن بعض المواضيع الجامدة التي تمثل له كنز الطفولة الأصلي والمنسي منذ فترة طويلة. إن الطريق الذي يختاره هو ذلك الذي أهبت له فاعلات الطفولة، وهو الآن يتعامل مع قلقه باستخدام موضوعه الفيشي الذي أصبح الآن أكثر تعقيداً في معناه من الموضوع الفيتشي الطفلي القديم. إن هذا التعقيد يأتي من وجود إضافات جديدة للمعاني القديمة. ومرة أخرى يستعمل الموضوع لأهداف جنسية بشكل مطلق، كما في الطفولة، لكن الاستجابة الجسمية هي استجابة الراشد حيث يم الوصول للايغاف (النشوة) والقذف. ولسوء الحظ، لقد تجاوز الفيشي الآن نقطة اللاعودة.

يختار كل فيتشي موضوعاً خاصاً متميزاً. وهذه المواضيع مختلفة باختلاف هؤلاء الفيتشيين، وتعلق بالتجارب الفريدة والمميزة التي مر بها كل منهم في طفولته. على أية حال، فإن المبادئ الأساسية التي أد لظهور الفيتشية تبقى نفسها بالنسبة للجميع. إن الموضوع الفيتشي يمثل وسيلة للتغلب على القلق المرافق موضوع قيم يمثل جزءاً من الجسم بشكل أساسي. إن أهم اهتمامات الفيتشي هو خوفه من فقدان أغلى ما يملك، أي قضيبه. إنه يحتاج لإنكار إمكانية هذا الفقد، تلك الإمكانية التي عززها فقدان الحلمة والغائط والأسنان والأم نفسها. ولا يقل أهمية عن هذه الأمور اكتشاف الطفل أن أمه لا تملك قضيباً، بعد أن أعتقد لفترة اعتقاداً راسخاً أنها ملك قضيباً. إن اكتشافه للفروق التشريحية بين الجنسين له أثير عميق ومديد عليه. إنه الآن يعتبر النساء ناقصا، ويحاول أن يطمئن نفسه ضد خوفه من فقدان جزء من جسمه وذلك باستعمال الموضوع الفيتشي. إن مفهوم الفيتشي حول الجماع يتضمن خوفاً من إمكانية فقد القضيب أثناء الجماع، وبالتالي من إمكانية أن يحدث له ما حدث للمرأة. وهكذا يصبح الجماع الجنسي محاطاً بالرعب بالنسبة له، وهذا ما يجعله يلتفت إلى موضوعه الفيتشي لتحقيق إشباع جنسي محض، أو أنه لا يمارس الجماع إلا بوجود موضوعه الفيتشي كشرط أساسي. إننا ندرك تماماً غرابة كل

هذه الأمور. لكن لنتذكر أيضاً كم أن الفيتشية نفسها أكثـر غرابـة. فكـر للحظة ! رجل يمارس مع معطف مطاطي أو حذاء أو زجاجة أو موضوع قذر "مثير للاشمئزاز". إنه لا يستطيع حمل منظر امرأة عاريـة أو إلقـاء نظرة قريبة على أعضائها التناسلية. ألا يبدو أيضاً الأسباب الكامنة خلـف هذا السلوك غريبة بالنسبة لنا ؟ إن المرضى هم الذين أخبرونا بأنفسهم عن طفولتهم "المجهول". إنهم يستحقون كل الفخر للجهود الهائلة التي بـذلوها لإبطال الأذى الذي كان يصيبهم، وللمصاعب الي واجهوها أثناء سـعيهم للوصول إلى الحالة الطبيعية. إن هؤلاء الذين نجحوا في هذا هـم الـذين علمونا، ونحن بدورنا نقدم معلوماتنا لكم.

الجنسانيـة في الاســـــلام... مقتطفـات من كتـــاب

عبـــد الوهـــاب بو حديبـــة – علـم الإجتمـاع، تونـــس

سـراس للـنشر 2000

" يطمح كتاب الجنسانية في الاسلام إلى البحث في الجنسي والمقدس ضمن علاقاتهما المتبادلة داخل المجتمعات العربية الإسلامية، وليس ذلك من قبيل الانجرار وراء موضة سائدة، ذلك أن جدلية العلاقة بين المتعة والإيمان، وهي جدلية متعلقة بالجنس البشري، تفلت من متغيرات الظروف.

ما يلفت الانتباه، على العكس هو صيغة الهروب التي ترتديها، في قلب العالم المعاصر، سلوكات العشق وسلوكات القداسة. من الصحيح القول، دون أن نحول حالة مغلقة بذاتها بما فيه الكفاية إلى حالة مأساوية، أن أزمة الإيمان ليست غريبة عن أزمة الضمير التي تعصف بمجتمعنا. والصحيح أيضا، فضلا عن ذلك، أن مجتمعا متوازنا يوفر جنسانية متوازنة، ليس العكس! والحال أن النموذج الإسلامي توليف متناسق وعلاقة محكمة منضبطة بين المتعة والإيمان، ولكن هل تحققت هذه التوليفة مرة واحدة خارج إطارها النظري؟ أليست المسألة بالأحرى انسجاما ضابطا، معيارا ينبغي بلوغه، أكثر مما هي نموذج فعلي، كثير من مثل هذه الأسئلة نقترح طرحها وربما حلها.

يتطلب تحديد موقع الجنسانية في المجتمعات العربية الإسلامية أولا نوعا من الجرد. إننا تنكبنا هذه المهمة وحاولنا الإمساك بموقع الجنسانية ووظيفتها في مجتمعنا ماضيا وراهنا. من القرآن الكريم حتى بريد القراء العاشقين تتوفر الوثائق، والتواصل ملحوظ إن في القضايا المطروحة أو على صعيد المواقف المدافع عنها.

من المعروف أن تأثير الإسلام في مجتمع كمجتمعنا لا يمكن إلا أن يكون تأثيرا كليا، والأخلاق الإسلامية هي طبعا في صميم السجلات. إن وضع الأمور في نصابها، والحالة هذه، ينطلق من التساؤل حول الوظائف المنسوبة إلى المقدس وإلى الجنسي في إطار حضارة معينة. وليس المقصود البرهنة على أن الجنسي هو من ماهية المحرم، أو أن المقدس هو من أصول جنسية، بقدر ما أن المقصود تبيان السبل والوسائل التي يستند إليها الاجتماعي، مستغلا في آن واحد مهابة المقدس وقدرة الليبيدو. فالإسلام لم يعمل أبدا على الحط من شأن الجنسي ولا حتى على إنكار وجوده. بل إنه، على العكس، يضفي عليه معنى هائلا، ويمنحه وظيفة سامية، كما تكون الجنسانية مبرأة من الإثم، وهكذا تصبح الجنسانية متدفقة ولذيذة، حتى ينظر إليها دفعة واحدة. وإنها هي المرجع ومحتواها اليقين التام، ويصبح الوجود الإسلامي اذاك نتيجة التناوب والتكاملية بين استلهام الفعل الرباني وممارسة الحب الجسدي، وما يؤكد وجودنا اليوم هو الحوار مع الله والحوار بين الجنسين، فيتحول العامل الاجتماعي إلى جهد متواصل لطرح الأسئلة على الديني وعلى الجنسي، إنها إذن جدلية يقيمها التاريخ ويكشف عنها بين أطراف ثلاثة، وهذا من شأنه ألا يحول، بل على العكس تماما، دون تداخل العوامل الاقتصادية والثقافية مع الأخلاق البيتية، وتحويلها الديني والجنسي نحو بقاء الجماعة.

لا وجود "للمتتاليات" اجتماعية معزولة، فالظاهرة تمتد بعيدا في الزمان وفي المكان وتتعدد عواملها، وهي كلية واجتماعية ونفسية وفي آن معا. على هذا الأساس، يحيل فهم الجنسي والديني إلى ما وراء الظاهرة وهو ما لا يمكن أن يستوعبه سوى بحث يقوم بين هذه المعرفة والتقصي، إنه برنامج طموح يتوسل التسامح ويلزم بالتواضع.

الانطلاق من القرآن أمر يفرض نفسه فرضا، فهو المصدر المنزل وهو في الطليعة من بين البرامج زمنيا وانطولوجيا، وهو النهائي والأخير بالنسبة إلى الوعي الإسلامي. يحاول الجزء الأول من عملنا تحديد موقع الجنسانية من خلال الرؤيا الإسلامية التقليدية حيال العالم، على الأقل كما تقرأ في الكتاب المنزل. ويحاول أن يظهر الأخلاق الملازمة للفقه والفكر الإسلاميين. لا يمكن للفكرة التقليدية عن الايروس وعن غريزة الحب إلا أن تكون مواجهة بتصرفات وسلوكات ملموسة ومعاشة. أما موضوع القسم الثاني فهو معاينة التجليات اليومية للمحاور الكبرى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية التي تتجسد على أساسها هذه النظرة إلى العالم، وهو عمل يثابر على تسليط الضوء على العمليات التي تخضع الايروس والإيمان الاسلاميين للجمعنة ولنقيضها. وإذا شكل كل بحث نوعا من التحدي فإن هذا البحث هو مغامرة وتتمة. ولكن هل يغفر لإنسان الداخل أن يجعل من الذاتية الجماعية مسألة موضوعية لا يمكن له، على ضوئها، إلا أن يدخل ذاتيته الخاصة؟"

"...فالجنسانية هي حضور في جسدي، غير أنها حضور أيضا في جسد الآخر. والجنسانية تجاوز للعزلة، وهي دعوة موجهة إلى الآخر وذلك بدءا من المستوى الشهواني. وباعتبارها ذات ماهية جماعية فينبغي أن تضبط الجنسانية في استخدامها الحقيقي. إن معنى الجنسانية الاجتماعي هذا، كما هو معبر عنه في القرآن، يكشف انطلاقا من أسطورة الزوجين الأولين. (هو الذي خلقكم من نفس واحدة وجعل منها زوجها ليسكن إليها فلما تغشاها حملت حملا خفيفا فمرت به فلما أثقلت دعوا الله ربهما لئن أتينا صالحا لنكونن من الشاكرين)..."

"...يمثل آدم وحواء إذن الزوجين الأصيلين اللذين يشكل لقاؤهما المتبادل السكينة التي تعتبر تمهيدا لأي إنجاب.الحقيقة أن فعل الإنجاب لم ينكشف مباشرة أمام الإنسان. ذلك أنه نتيجة بحث طويل لم يبتدئ إلا مع طرد آدم من الفردوس. وبعد طرده مع حواء، راح آدم يبحث طويلا عما يشكل تعويضات عابرة وهمية. ونعلم أن الرواية القرآنية، حول هذه النقطة، تختلف اختلافا واضحا عن الرواية التوراتية. فقد كانت اغواءات إبليس تستند في الواقع إلى الحقيقة التي كانت، حتى ذلك الحين، غائبة عن أنظار الزوجين، ومستورة بحجاب من الضوء. فبعد أن ذاقا من شجرة الخلود والسلطة الأبدية انتبه الزوجان مباشرة إلى "سوءتهما" وقد كانت هذه الحقيقة التي دفعا ثمنها غاليا هي، في النهاية، الحقيقة الجنسية!..."

"...الجنسانية المنفتحة التي تمارس في أجواء الفرح بهدف تحقيق الكينونة قد أخلت الساحة لجنسانية مغلقة كئيبة مضغوطة. كما انتهى اكتشاف المرء لجسده في جسد الآخر، وفهم الذات بواسطة الآخر، إلى التحالف مع أنانية الذكر. كما انتهى الفعل السري الخفي، والمكر الاجتماعي

إلى لعب دور مغاير. وتحول الانقسام الثنائي الجنسي إلى ثنائية اجتماعية لا إنسانية لا تطاق، هي مصدر آلام لا تعد ولا تحصى. إنها مهزلة حقيقية سحقت في طريقها كل نضارة وكل عفوية. والثمن الذي دفعته المرأة والشبيبة من أجل صيانة الاجتماعي كان رهيبا أطلق عليه اسم تشييء الكائن الذي لم يكن يعترف له بالسيادة ولا بالحرية ولا بأية قيمة وآلت الأمور إلى حرمان الشباب والأنوثة من كل رصانة ووقار وإلى إنكار حتى حقيقة وجودهما..."

"...سلب الرجل المرأة إرادتها وبالتالي كينونتها وذاتيتها منذ سلبها المجتمع الوسيلة لتحقيق وجودها وإثبات كيانها- بالمساواة التامة نفسيا واجتماعيا- بالرجل فتصبح العلاقة بين (الرجل والمرأة) في المجتمع الإقطاعي علاقة استهلاكية حيث أنها مجرد أنثى أو أكلة شهية. حتى المقاييس الجمالية تنبع من صميم هذا المعنى أي أنه "حين تكون المرأة "شيئا" لا بد أن يرجع في تقديرها للموازين... والموازين لا تقدر (الذات) وإنما تقدر (الكتلة) ولذا تقوم جمالية المرأة في المجتمع الإقطاعي على السمنة... فالمراة الأكثر جمالا هي تلك الأكثر شحما ولحما لأنها في النهاية شيء يؤكل ويمتص ويستهلك..."

"...الشبقية الغربية المتدفقة بلا انقطاع عبر وسائل الاتصال الجماهيري أصبحت، في نظر الكثيرين، هدفا حصريا في ذاتها، وغدا التعري والدعاية والعري والتنورة القصيرة والثوب اللاصق فوق الردفين، والموسيقى الشعبية والمخدرات... بمثابة "المثال الأعلى" الجديد للاستيراد الذي تقترحه "الحضارة الحديثة"، والذي، بدل أن يؤكد الجنسانية ويثبتها، يأخذ في قتلها وتجريدها من قداستها..."

"...إن خطرا جديدا يهدد المجتمعات الاسلامية: الفراغ الأخلاقي وإفساد العقل بالجنس والتطفيل المنهجي. إن نفي المرجعيات يشكل بالتأكيد مرحلة ضرورية في تاريخنا. إلا أن نفي المرجعيات هو بذاته مرجعية. والخطر الكبير يكمن في العدم المرجعي. والأنماط السهلة من السلوك الجنسي السائدة في أمريكا الشمالية أو في أوروبا، والتي تنتشر بفاعلية عبر وسائل الإعلام علا اختلافها، لا تشجع على البحث عن معنى للجنسانية..."

"...الحرية الحقيقية والأصالة الشخصية تتطلبان عمقا عقليا وأخلاقيا (...). فالأخلاق الأصيلة، الجنسية وغير الجنسية، هي دوما واجب نفرضه على أنفسنا وعلينا أن ننظر إلى الآخرين كبشر لا كأشياء. أما الحرية الجنسية الجديدة وعبادة العري فهما وسيلة للتملص من مسؤولياتنا إزاء أمثالنا، ولتفادي أية علاقة بين الذات والآخر في الشؤون البشرية. الجنسانية الجديدة هي قبل كل شيء أنوية ذاتية، والشريكان في العملية الجنسية كثيرا ما يكونان غريبين بالمعنى الصحيح، يمضيان الليل والنهار معا. إلا أن الشريك، في هذه الجنسانية الجديدة، يعتبر كشيء لا كإنسان وهنا تكمن الخرافة بالمعنى الحقيقي وبالمعنى المجازي..."

"...إن الهرب داخل الإسلام، مثل الهرب داخل الجنسانية، لا يشكل خلاصا، فالعالم الإسلامي يجتاز أزمة دينية أيضا. أزمة إيمان قبل كل شيء. ولا يبدو أن الإسلام يحمل إجابات سليمة على تساؤلات شبيبة خائبة، مهانة، معدمة، جائعة، مريضة، ضائعة، وذلك بسبب عدم الاستفادة الثقافية، كما فعلت المسيحية واليهودية، من المساهمة الغنية والتجديدية التي قدمتها العلوم الإنسانية والألسنية والتاريخ والتحليل النفسي وعلم الاجتماع... فالعلوم الإسلامية تبدو في الوقت الحالي عاجزة عن توفير الغذاء الروحي المناسب، لأن الخطاب الديني الإسلامي لم يتغير عمليا منذ قرون. وهو يكتفي أيضا، في أحسن الحالات، بادانة "الاضطرابات" و"الفوضى" والإلحاد، أو بلعنة الملحدين. لقد غدا تجديد الفقه الإسلامي اليوم ضرورة ملحة..."

"... أن الهروب داخل الجنسانية لا يعني شيئا آخر غير بعض الخوف من الذات ومن العالم. ذلك أن البحث عن "الحريم" و"الفسق" والسحاق المعلن واللواط المثير يفسر جهارا رغبة في لفت الأنظار. ويبدو أن في الفضيحة شيئا طفوليا. ولا شك أن النضج الجنسي، وبالتالي النضج النفسي، يشكلان اليوم اثنين من اهتماماتنا الإسلامية. وليس الحصر والضيق والقلق والخوف سوى علامات على هذا العجز الموجودين فيه، العجز عن التكيف مع الآخر. إن الأزمة الجنسية هي أزمة في العلاقات القائمة بين الأفراد، تماما مثلما أن أزمة الإيمان هي قطيعة في الحوار مع الله..."

"...وحين نظم الإسلام اللعبة الجنسية على قاعدة مؤسسية، ذلك بتضمينها مسحة من جدلية الخاص والعام، الحرام والحلال، فقد أضفى بذلك معنى إيجابيا على الجنسانية، أي على الذات وعلى الآخر. وحين أجرد الجسمانية من سرها الخفي، فإني أجرد نفسي من المعاني التي أحملها داخلي. من هنا هذه الحياة الجنسية بلا فرح، بلا رائحة ولا لون ولا طعم، والتي ليست سوى نزعة حيوانية وشفيقية بحتة..."

"...إن الإسلام، القائم على معنى الحوار مع الله، والموجه نحو الإيمان به، عرف كيف يصهر الرعشة داخل تخطي الذات. كانت ممارسة الجنسانية صلاة، عطاء من الذات. وليس مفارقة أن تعبر نزعة المحافظة الدينية والحركة الثورية الجنسية المزيفة عن نفس حالة القلق. ذلك أنهما كليهما، هروب أمام عالم قد تحول إلى لغز، وصار فهمه صعبا، ويبدو فيه النجاح السياسي والتكنولوجي والاقتصادي والعلمي والفني كأنه بعيد عن متناول أيدينا. وفي عالم أصبح فيه الإحباط والعدوانية والحصر شأنا يوميا، تبدو الجنسانية المفرطة والتشدد الديني مناسبين للتملص من مسؤولياتنا ولإخفاء اخفاقاتنا..."

"...للخروج من المأزق ينبغي أن نعثر بأي ثمن على معنى الجنسانية، أي معنى الحوار مع الآخر، عن معنى الإيمان، أي معنى الحوار مع الله. فالالتقاء الأصيل مع الجنس الآخر والبحث عن خصوصيته يتيحان لي إيجاد المعنى المتعلق بوجودي. لقد قيل غالبا إن الجنسانية ليست هي التي تبتكر الحب، بل الحب هو الذي يلهم الجنسانية. ليس الجسد تماما هو الذي يتحرر بمقدار ما هي الروح تظهر من خلال الجسد. ذلك أن الجنسانية المحققة تساوي الحرية الممارسة..."

"...إن طرح مسألة معنى الجنسانية هو، في النهاية، طرح مسألة معنى الخلق، أي مسألة معنى الله ومسألة معنى الإنسان. لأن الإنسان هو الكائن الوحيد الذي تبدو مثل هذه المسألة بالنسبة إليه ذات معنى. وأخيرا فإن كل شيء في الإسلام يدور حول مسألة المعنى، منظورا إليه كغريزة نحو

الجنسي وكاستلهام روحاني في الآن ذاته. هذا المعنى المعاين من خلال غنائية الحياة وإرادة تخطي الذات في المحبة الزوجية هو بالضبط ما يبدو اليوم مفقودا وينبغي استرجاعه مجددا..."

"...إذا كانت المرأة والجنسانية هما المعقلان الأخيران اللذان لجأت إليهما ديمومة معينة للكائن، فقد كان من الطبيعي أن تبدأ ورشة التجديد من هنا. ولكننا لا نخطئ إذا قلنا إن "الأزمة الجنسية" ليست إلا الوجه المقلوب من الأزمة الدينية..."

الاتصـــــال الـــزواجـــي

د.كلتـــــوم بلميهـــــوب – علم النفس – الجزائـــــر
belmihoubkeltoum@yahoo.fr

مدخـــــــل: مفهوم الإتصال الزواجي: تشير كلمة إتصال الى التفاعل بواسطة العلامات والرموز , وقد تكون الرموز لغة أو غير ذلك , تعمل كمنبه للسلوك.[1] (سعدان 1992ص295)

ويقصد به في مجال العلاقة الزوجية , بذل الجهد للإتصال ومعالجة المشكل, فالإتصال هو العلاج الفعال والبناء لعدم الرضا.

لقد بينت الدراسات منها دراسة كيرديك Kurdeck 1991 , أن الأزواج الغير سعداء يرون أن مشاكل الإتصال هي من أهم العوامل التي أدت إلى تحطيم علاقاتهم.

طـــرق الاتصـــال في العلاقـــــات المضطربـــــة:

كشف الباحثون رازبولت و اخرون rusbult etal 1989عن ثلاث طرق يتعامل بها الأزواج في العلاقات المضطربة:

***هجـــــر العلاقـــــة عن طريـــق الطـــــلاق**

إن زوال الحواجز الإجتماعية جعل الطلاق سهل المنال في العشرين سنة الأخيرة حسب جلان و كرامرGlen&kramer 1987.

***الإهمـــــــــال**

إن إهمال العلاقة والتصرف بسلبية يزيد من تدهور العلاقة وهذه الطريقة لكثرإنتشارا عند الرجال.

***الصبـــــــــر**

تتمثل في الخوف من مواجهة المشكل والإنتظار بسلبية ريثما تتحسن الأمور من تلقاء نفسها و هذه الطريقة اكثر انتشارا عند النساء.

الإتصـــــــال الفعـــــــال:

بذل الجهد للإتصال ومعالجة المشكل,فالإتصال هو العلاج الفعال والبناء لعدم الرضا. لقد حدد بيك beck 1988 في كتابه"الحب وحده لا يكفي" عددا كبيرا من مشكلات الإتصال مثلا :أحيانا نفشل في التعبير عن مشاعرنا أو شرح ما نريد قوله, معتبرين أنه على الطرف الآخر أن تكون له القدرة على فهم إشاراتنا الداخلية والغير لفظية,إذا كان فعلا يحبنا,و أحيانا أخرى نعتقد أننا نعرف في ماذا يفكر الطرف الأخر ونقفز الى نتائج خاطئة

تاثيـــــــر الجنـــــس على الاتصـــــــال:

تحدثت تانن tannen 1990 عن الإختلاف بين الجنسين في الإتصال والذي يؤدي إلى مشكلات في العلاقات .خصوصا بالنسبة للنساء والرجال الذين نشأوا في بيئة تقليدية تحدد الأدوار حسب الجنس.

مثلا النساء يردن التحدث عن مشاعرهن بينما الرجال يريدون حل المشاكل. كذلك يكون الرجال أقل ميلا لطرح اسئلة شخصية والتعليق أثناء النقاش,بينما تستعمل النساء هذه الأمور وبعض الأساليب "هم هم" للحفاظ على إستمرارية الحديث.فهذا الإختلاف في الأساليب حسب الجنس,يجعلنا نتفهم شعور المرأة بأن الرجل لا يهتم لما تقوله ولا يستمع لها.

وقد لخص بيكbeck 1988 الإختلاف بين الجنسين في المحادثة كما يلي:

*يبدو أن المرأة تعتبر الأسئلة طريقة لإستمرار الحديث بينما يعتبرها الرجل طلبا للمعلومات.

*تحاول المراة الربط بين ما قاله الرجل و ماذا ستقوله.

*لا يتبع الرجل عموما هذه القاعدة ويبدو غالبا جاهلا التعليق السابق لزوجته

*تعتبر المراة العدوانية من الزوج هجوما يؤدي الى اضطراب العلاقة بينما يعتبرها الرجل شكلا من اشكال الحديث.

*تميل المراة الى التحدث عن المشاعر والأسرار بينما يفضل الرجل مناقشة أشياء اقل خصوصية كالرياضة والسياسة.

*تميل المراة الى مناقشة المشكلات, تقاسم تجاربها, ومنح الشعور بالأمان.

* يميل الرجل إلى سماع المرأة كأي رجل يناقش المشكلات للبحث عن حلول لها بدلا من إظهار الإستماع الودي فقط.[1] (فيليشالك Philipchalk1995ص381)

انـــــــواع الإتصـــــــــال:

تتضمن عملية الإتصال رسالتين الأولى لفظية والثانية غير لفظية.

***السلـــــوك اللفظـــــي** (الرسالة اللفظية)

والتي تتضمن محتوى الكلام._فالزوجة التي تقول لزوجها:لا يهمني إن ذهبت الليلة للسهر.فكلامها يدل على موقف إيجابي أو على الأقل حيادي.

***السلـــــوك الغيـــــر لفظـــــي**

والذي يتضمن الحركات, تعابير الوجه,نبرات الصوت,فهي تمثل السياق الذي تفهم من خلاله الرسالة اللفظية.

فالزوجة في المثال السابق إذا تحدثت ونبرات صوتها تدل على الإحباط, والدموع في عينيها فإن حالها يدل على عكس ما تقوله.

فالمعالج النفسي عليه ملاحظة مدى الإنطباق بين الإتصال اللفظي والغير اللفظي للأزواج أثناء تفاعلهما في الجلسات العلاجية.

حيث ترى ساتيرSatir1967 أن الإتصال السوي هو الذي يكون متطابقا لفظا وسياقا.

اما مادسون Madesson فقد حدد أربع طرق في الإتصال بين الأزواج وهي: صادق,غير صادق, مباشر, غير مباشر.

فالسؤال الصادق هو الذي يكون بإمكان المجيب أن يجيب بالرفض ولا يتعرض للغضب.

فالزوجة التي تسأل زوجها سؤالا: هل تريد ان تزور أهلي؟فسؤالها يعتبر صادقا إذا كان جوابه لا, لا يؤدي إلى غضبها.أما إذا غضبت فإن السؤال لم يكن صادقا. ويتدرب الأزواج في الجلسات العلاجية على التعرف على صدق الأسئلة,حيث تسمح الاسئلة الغير صادقة بتحديد من هو صاحب المشكلة

كذلك يعتبر طرح أسئلة مباشرة على نفس القدر من الأهمية للأسئلة الصادقة.فالسؤال المباشر يطرح بدقة ما تريد معرفته. هل تريد الخروج ؟ بدلا من طرح سؤال غير مباشر: هل انت متعب الليلة؟

السؤال الصادق هو سؤال مباشر دائما .

فالزوجة عندما تسأل زوجها سؤالا صادقا. هل أنت متعب الليلة؟

ويجيبها: نعم. فانها لن تغضب.في نفس الوقت هو سؤال مباشر طالما أنها لا تعني: هل تريد الخروج .

*الأسئلة الصادقة هي دائما أسئلة مباشرة
*الاسئلة الغير صادقة قد تكون مباشرة أو غير مباشرة
*الاسئلة المباشرة قد تكون صادقة أو غير صادقة
*بينما الاسئلة غير المباشرة تكون دائما غير صادقة
*الإتصال الجيد يتضمن الأسئلة الصادقة والمباشرة.

مشكـــــــــلات الإتصـــــــــال

كثير من الأزواج الذين يطلبون المساعدة النفسية يقضون أوقاتا قليلة مع بعضهم البعض.

من التقنيات السلوكية التي تستخدم مع هذا النوع من الأزواج هو برمجة وقت للتحدثtalktime مع بعض,حيث تعطى تعليمات للزوجين لتخصيص وقت للتحدث مرتين في اليوم مدة ربع ساعة,حيث يكون التلفزيون مطفأ,والهاتف غير شغال,والأطفال في غرفتهم. حيث يتم بناء التفاعل مع المعالج, فيسأل الزوج زوجته,عن ما قامت به خلال النهار,وتسأل الزوجة زوجها عن الأشياء التي تهم زوجها.ويسجل الأزواج هذه التفاعلات ويحضرونها للمعالج. مما يسمح له بمعرفة ما يقومون به خارج الجلسات العلاجية من جهة,كما تعزز الأزواج على قضاء وقت أكبر مع بعض من جهة أخرى.

- اختـــــــلاف الاهتمامـــــــات

من المشكلات في الإتصال بين الأزواج,إختلاف إهتماماتهم مما يقلص من مواضيع الحديث بينهم,وفي هذه الحالة ينصح المعالجون الأزواج بمحاولة الإطلاع على مجال إهتمام القرين عن طريق القراءة .

- النقاشـــــــات الحـــــــادة

يطلب من الطرف الذي يبدأ في رفع صوته أثناء النقاش أن يغادر الغرفة حتى تهدأ إنفعالاته ثم يعود للحديث بهدوء.كما تستخدم النمذجة لتدريب الأزواج على الحوار الهادىء والفعال,عن طريق لعب الأدوارمع المعالج.

كما يطلب من الأزواج التفاعل مع الأزواج السعداء حتى يلاحظوا طرق الإتصال الفعالة. من المستحسن عدم التطرق للمواضيع الساخنة حتى تتم مناقشتها معا في حضور المعالج.حيث يتم خلال الجلسات تحديد مواضيع التحدث المقبولة,وفيما بعد يبدأ الأزواج التحدث في المواضيع المثيرة للجدل رويدا رويدا. (كونجيCungi,1996 سلومىSalomé 1982)

التدريـــــب على الإتصـــــــال

تتفاقم معظم المشاكل ان لم تكن كلها بسبب الطريقة التي يتواصل بها الشريكان معا حول موضوع ما, أكثر من أن تكون سبب الموضوع نفسه والإتصال الفعال هو مهارة وعلى الرغم من أن معظم الأزواج يتواصلون معا بشكل حسن دون أي تدريب رسمي الا أنه بالنسبة للازواج المتكدرين فان الإتصال السيء هو احد الاسباب الرئيسية لعدم السعادة بينهما والإتصال السيء مدمر بشكل خاص عندما يحاول الزوجان التفاوض بشان بعض التغييرات في علاقتهما.

*الخطـــــوة الأولـــــــى

تشمل اعطاء الزوجين تعليمات عن الأنماط العامة للاتصال التي يتبناها المعالج وتناقش العواقب المدمرة للوم والإنتقاد ويدرب الزوجان على كيفية التركيز على ما يقولانه هم أنفسهما دون لوم أو انتقاد للشريك الآخر, اضافة إلى ذلك ومن اجل الإستمرار في تنمية التقبل يعطى الزوجان تعليمات للتحدث عن مشاعر التاثر الكامنة في الموضوعات التي تسبب لهما مشاكل حاليا والامتناع عن انتقاد خصائص وردود افعال كل منهما للآخر.

ويتم التدريب على اعادة التاكيد أو اعادة الصياغة كوسائل للتاكد من أن أيا من الشريكين لا يساء فهمه خلال أي نقاش أو جدال مهم وعادة ما تكون احد الأخطاء الأساسية في الإتصال الذي يمارسه الأزواج هي قراءة الأفكار أو القفز لاستنتاج حقيقة ما يعنيه الآخر من قوله وتفيد اعادة الصياغة في ابطاء التفاعل بين الزوجين وتقليل احتمال سوء الإتصال غير المقصود.

*الخطـــــوة الثانيـــــة

جعل الزوجين يقومان عمليا بالمناقشة :

التركيز على الذات, وتجنب اللوم والنقد, والتعبير عن مشاعر التاثر, وتعرض اعادة الصياغة كلها على أنها قواعد للمناقشات العملية.

وبعد التعليمات الأولية وبعض الإيضاحات لهذه المهارات ,يتم اختيار آخر تفاعل سلبي حدث بينهما للتحدث عنه في الجلسة وتعطى تعليمات للزوجين لمناقشة كيف يرى كل منهما الحدث وشعورهما الحالي اتجاهه.

*الخطـــــوة الثالثـــــة

اعطاء المعلومات المرتدة بعد كل مناقشة عملية ,حيث يجب مناقشة التدريب بالتفصيل مع الزوجين واستخلاص المعلومات, والإنتباه لتاثيرات التركيز على الذات, وعدم اللوم, واعادة الصياغة والمشاركة في انفعالات التاثير وتعطى المعلومات المرتدة عن المجالات التي اظهر فيها الزوجان تقدما حسنا وكذلك عما يمكنهما فعله للتحسن أكثر وقد تستمر هذه التدريبات عدة جلسات بناء على حاجات الزوجين, وعندما يصبح المعالج واثقا من مهارات الزوجين فان ممارسة الإتصال والتحدث يمكن أن تعطى كواجب منز لي.(المرجع السابق 1986 ص43-)

تدريـــــب على حـــــل المشكـــــلات.

عادة ما تكون المصاعب اليومية الصغيرة هي التي تحدث الضرر الأكبر في علاقة الزوجين معا. وقد تؤدي الموضوعات التي تدور حول اداء الاعمال المنزلية اليومية أو كيفية تربيبة الأولاد أو مع من يقضون الإجازة هل مع والدي الزوج أو الزوجة إلى الشعور بالاستياء والغضب الذي ينفذ إلى العلاقة الزوجية في نهاية الأمر.

يعلم التدريب على حل المشكلات الزوجين استراتيجيات ثابتة للتعامل مع أنواع المشكلات ذات الأثر والتي تقضي لا محالة على العلاقة بينهما.

في البداية يدرب الزوجان على التمييز بين تحديد المشكلة وحل المشكلة مما يؤدي إلى حل واضح و محدد.

هناك اربع تعليمات أساسية تسهل نجاح التدريب على حل المشكلات:

أولا: يجب أن يناقش الزوجان مشكلة واحدة فقط في كل مرة, وحلها تماما قبل الإنتقال إلى مشكلة أخرى.

ثانيا: يشجع كلا الزوجين على اعادة صياغة ما يقوله كل شريك من اجل ضمان الفهم الصحيح لما قاله أي منهما. ويساعد هذا على

تجنب التاثيرالمدمر الذي عادة ما ينتج عن القراءة السلبية لافكار الآخر وبالتالي اطالة سوء الفهم والإتصال .اضافة إلى ذلك فانه يزيد من احتمال أن كلا الزوجين سيقضي بعض الوقت على الأقل في التفكير في موقف الطرف الآخر.

ثالثا: يطلب من الزوجين تجنب أي تخمين لنية حاقدة في سلوك الشريك الآخر ,فمثل هذه الإفتراضات تتطلب من الشريك الدفاع عن نفسه ويؤدي هذا عموما إلى الجدال بدلا من الحل الفعال للمشكلة.[1] (المرجع السابق 1986 ص 47)

تحديـــــــد المشكلـــــــــة

أولا: يتم التدريب على التعبير عن التقدير والعاطفة والفهم للشريك الآخر قبل عرض المشكلة نفسها.

فبدلا من القول اين كنت بحق الجحيم ؟ يمكن القول مثلا :أنا اعرف أنك تعمل بجهد وتحتاج بعض الأحيان لتبقى متأخرا ولكني افتقدك عندما تتأخر بكثرة. فالأزواج المتكدرون ميالون بشكل خاص إلى تعقب الجوانب السلبية واهمال الجوانب الإيجابية في علاقتهم وعندما تبدا جلسة حل المشكلات بالتعبير عن التقدير فان الزوجين أكثر تقبلا لتحقيق روح التعاون.

ثانيا:تحديد المشكلة تحديدا دقيقا قدر الامكان, فصياغة المشاكل بصورة غامضة تعوق الحل الفعال للمشاكل, فبدلا من القول بأن الشريك لا يقوم ابدا بالمساعدة في اشغال المنزل ,يمكن التعبير عن الرغبة في أن يقوم الشريك الآخر في المساعدة أكثر في اعداد وجبات العشاء.

ثالثا:اعتراف كلا الزوجين بدورهم الخاص في استمرارية المشكلة وبتجنب اللوم واتهام الآخر.

حـــــــل المشكلـــــــة

أولا: الطرح التلقائي للافكار أو العصف الذهنيBrainstorming أي طرح أكبر عدد ممكن من الحلول المختلفة للمشكلة والذي عادة ما يكون ممتعا, لأنه يتم طرح كل الحلول حتى ولو كانت مستحيلة أو سخيفة. ولا يسمح بتقييم هذه الأفكار أو التعليق عليها في هذه المرحلة مما يجعل كل شريك يشعر بحرية أكبر في تقديم أي اقتراح يخطر بباله.والتي تسجل جميعها لمناقشتها لاحقا.

ثانيا: يتفحص الزوجان القائمة ويضعان علامة على الحلول التي يتفقان على أنها سخيفة,والإبقاء على الحلول التي تبدو جيدة لمناقشتها.

ثالثا: التوصل إلى الإتفاق على التغيير.

رابعا: الموافقة على التغيير.[1] (جاكبسون وكوردوفا Jacobson al2000&ص1204[1]

المراجـــــع الأجنبيـــة

1-Beck A1988 Love is never enough. Haper&Raw.Newyork .U.S.A2-Boisvert.jean marie.&Beaudry madeleine1979.S'affirmer et communiquer. Cim Ed de l'homme .Canda

2-Fanget Frédéric .2002.Affirmez vous pour mieux vivre avec les autres .odile jacob.Paris

3-Gottman John and nan silver 1994, why marriages succeed or fail;simon&schuster USA

4-*K*urdeck Lawrence A .(1991).predictors of increases in marital distress in newlywed couples :a 3year prospective longtidunal study .devlopmental psychology.vol 27.no.4.627-636

5-PhiliPchalk Ronald p.;invitation to social psychology ;houeourt brace&company library of congress .usa.1995

6- Satir virginia 1967Conjoint family therapy ,science and behavior books california USA

7- Tannen Daborah.1998.you just don't understand .virago press.UK

المراجـــــع العربيـــة

8-كلتوم بلميهوب(2006). الاستقرار الزواجي. دار الخبر . الجزائر.

9-سعدان عبد الصبور ابراهيم, (1992) العلاج الاسري ومشكلة الاغتراب الزواجي, التربية. الازهر

L'impact du viol Dans la société musulmane

HOUDA BOUZIDI – PSYCHLOGIE; ALGERIE

houdeme_25@yahoo.fr

Problématique: Le problème de santé posé par les violences sexuelles est connu dans tout les pays du monde depuis des siècles, et même depuis l'antiquité.

Mais sur quelle base pouvons nous qualifier l'acte sexuel d'agression ?

Le code pénal français de mars 1994 dans son article 222.22 précise qu'est considérée comme agression sexuelle, toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Et considéré aussi comme agression sexuelle : les attentats a la pudeur (art. 222.27), l'exhibition sexuelle (art.222.32), le harcèlement sexuel (art.22.33). L'acte d'agression sexuelle peut aussi être aggravé dans des circonstances similaires à celles du viol (art.222.28 à 222.30) (André Ciavaldini, 2002).

En fait, l'agression sexuelle est plus floue et peut caractériser le fait de forcer à des actes d'attouchement, de masturbation, de prise de photos, de visionnage de films porno ou encore une tentative de viol qui n'aboutit pas.
(http://www.cfcu.asso.fr.)

Ceci dit et comme nous nous intéressons plus particulièrement au viol, nous allons essayer de définir ce que l'on entend par « viol » ?

Le viol est un acte sexuel imposé par une contrainte physique ou psychologique. Dans certaines législations, la tromperie Constitue, comme la violence, un élément appréciateur du viol qui est généralement considéré comme une agression sexuelle aggravée.

Dans le code pénal, le crime de viol est constitué par tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte,

presque toujours perçu comme une tare, comme un fardeau. Les victimes et leurs enfants ont toutes les chances d'être rejetés par leur entourage et certaines femmes se sentiront même forcées d'abandonner l'enfant, ce qui peut les exposer a un nouveau traumatisme.

http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm

En effet, les proches des femmes qui ont subi le viol ne semblent pas prêts à accepter le fait qu'ils doivent apporter tout leur soutien à ces dernières et à l'enfant qui pourrait naître de ce viol. De ce fait, elles ne pourront peut être jamais se marier parce qu'elles sont déshonorées, « abîmées ». Elles deviennent plus vulnérables, non seulement sur le plan psychologique, mais aussi sur le plan social.

Les femmes qui ont été agressées et violées présentent souvent des blessures physiques. En effet, ses violences, qu'elles soient sexuelles ou non, peuvent avoir de graves répercussions sur le système reproductif féminin. C'est une mort physique, mais aussi une mort d'une partie de soi, mort de la vie émotionnelle, mort de la croyance en la bonté humaine. Cette expérience douloureuse rend menaçante toute relation qu'elle qu'elle soit, et frappe de plein fouet l'intimité et le désir dans la relation amoureuse, selon (Cormon, 2002), une des plus grandes difficultés consiste à accepter l'idée que l'équilibre trouvé jusque là est perdu à tout jamais.

La personne ne sera jamais plus « comme avant », car l'image traumatique a tranché le seuil des refoulements et réveillé des angoisses primaires d'anéantissement. Les valeurs de la personne, ses bons objets intériorisés ont volé en éclats.

Le viol est donc une atteinte à l'image de la femme, à sa dignité et à son honneur, car la femme, dans toutes les cultures, et plus particulièrement dans les sociétés arabo-musulmanes, ne possède pas la même légitimité que l'homme, à vivre, à exister, à agir et chaque femme peut être confrontée à cette blessure narcissique dans son identité de femme. Cette blessure née d'un traumatisme, est une attaque identitaire, une intrusion intra psychique de la réalité d'autant plus importante que la personne isolée aura présenté un état de conscience modifié (dissociation péri traumatique) faussement protecteur au moment de l'impact traumatique.

La répétition des viols comme on l'observe dans les cas d'inceste par exemple, entraîne d'avantage de troubles identitaires narcissique qu'un viol unique. Dans certains cas, il y a risque de structuration de la personnalité des victimes sur un mode limite (ou borderline). Certains affirment que le trouble borderline serait un trouble post-traumatique spécifique. Expliquer le trouble borderline uniquement par les traumatismes ? La vérité est bien entendu beaucoup complexe au delà d'apparences souvent trompeuses.

Ces troubles apparemment séparés sont étudiés. Le trouble de la personnalité borderline est souvent formé en partie par des traumas, et les personnes avec le trouble borderline sont donc vulnérables pour développer le PTSD (ESPT).

Les auteurs marquent une distinction entre les effets durables que les traumas peuvent avoir sur la formation (ou modification) de traits de personnalité de l'axe II (incluant ceux trouvés dans le trouble borderline) et les réactions symptomatiques atypiques aux traumatisme, appelé PTSD ou ESPT, qui sont accompagnés par des corrélations psychophysiologiques spécifiques.

(- Jonction phénoménologique et conceptuelle entre trouble

menace ou surprise (code pénal Algérien , Français, article.222-33). Ca inclus la pénétration vaginale, la sodomie, la fellation ou une pénétration par les doigts ou par des objets. On peut d'ailleurs tout aussi bien être violée par son compagnon si on n'est pas consentant ou si on a formellement refusé un rapport sexuel.

Le viol est aujourd'hui désapprouvé dans la plupart des sociétés mais ça n'a pas été toujours le cas. En effet, il existe encore des sociétés où il est juridiquement non défini.

Le viol est un crime très fréquent et ses conséquences sont durables. Dans la société musulmane, le viol inflige une terrible flétrissure. Les victimes de viol se décrivent comme étant mortes pour leur famille, c'est la honte et l'humiliation la plus totale. Au Kosovo par exemple, notamment parmi les populations musulmanes, une des victimes de viol a déclaré : « j'ai pensé alors que Dieu n'existait pas. Je pensais qu'ils voulaient me tuer. Non ils ne voulaient pas me tuer, mais moi je voulais mourir ».

La victime de viol est donc confrontée à la mort. Le viol n'étant pas un acte de sexualité, mais un acte meurtrier.

En fait, dans le viol, le désir y est moins sexuel que la volonté de possession et d'humiliation, il porte atteinte à l'ordre de la sexualité, qui repose en Algérie notamment sur la défense par les hommes de la virginité ou de la pureté des femmes, c'est-à-dire de la filiation. Cet ordre est celui de l'islam. En effet, dans la culture arabo-musulmane, le viol touche toute la famille de la victime (père, frère, soeurs et cousins…), surtout dans les familles traditionnelles, qui perçoivent ce viol comme « la castration symbolique » des hommes ainsi que l'écrit Lener (1986, p.80) (www.org/ailib/intcam/femgen/gm1)in "*The* Creation of Patriarchy, "New York, Oxford University Press, 1986, p. 80.)**,** blessure que même les hommes taisent, car elle touche leur autorité et leur honneur. C'est donc un véritable tabou, ce qui explique sans doute pourquoi il est difficile de briser le silence entourant le crime du viol.

Le viol est aussi une atteinte au désir, à la féminité, à l'identité sexuelle et à l'identité tout court. L'image de soi en est profondément atteinte, et la victime peut perdre à la fois l'amour d'elle-même et la possibilité d'amour objectal parce que la libido est désinvestie afin de protéger le moi d'une surcharge d'excitation, l'agression sexuelle peut atteindre les fondements mêmes de la différenciation dedans-dehors, et de la sexualité précoce, et la construction du moi –peau (Didier Anzieu).

La blessure narcissique infligée renvoie à l'impuissance et à la négation de soi comme sujet désirant et de son corps sexué dans un corps à corps destructeur. La victime est atteinte dans son identité sexuelle, dans ce qui la définit sexuellement, alors qu'il y a nécessité d'un espace inviolable dans son corps, et sa position psychique. Cet espace a été bafoué, ce qui est éminemment traumatique.

Le viol n'est pas que la caricature monstrueuse d'un rapport sexuel, mais il est l'expression d'une volonté de possession dans laquelle il n'existe, aucun désir d'altérité ce qui peut porter atteinte à la plus stricte intimité de la personne violée.

Par ailleurs, ces femmes violontées porteuses de honte et de déshonneur, cachent dans leurs cœurs l'acte dont elles ont été victime pour que l'homme ne l'apprenne pas. Dans certains cas, la femme peut être enceinte après le viol et de ce fait, elle doit faire face non seulement au traumatisme causé par le viol, mais aussi à la difficulté de porter et d'élever un enfant qui est le fruit de la violence. En Algerie, où le viol et non seulement un tabou, une honte pour la victime, l'enfant né d'un viol sera

passe n'arrange rien quand aux conséquences ; au contraire, il rend plus douloureux encore et plus aléatoire tout travail psychothérapeutique par la suite » (http://www.cfcu.asso.fr).

Les conséquences du viol sont donc nombreuses et peuvent toucher la vie sexuelle, relationnelle et même professionnelle de la femme. De ce fait, on se demande comment la victime peut survivre à un tel traumatisme ? Comment elle va réagir ? Quelles sont les différentes conséquences qu'elles peuvent subir ? Quel aspect de la personnalité ou des relations affectent –elles le plus ? Et quels changements peuvent atteindre la victime dans toutes les dimensions de sa vie ?

Concernant les différentes conséquences traumatiques du viol et son impact sur la victime, plusieurs hypothèses ont été proposées :

Hypothèse générale

- Le viol entraîne des conséquences Psychologiques, relationnelles et sociales.

Hypothèses partielles

1- Conséquences psychologiques :
   - Le viol entraîne une baisse de l'estime de soi, manque d'assurance et de confiance en soi.
   - Le viol entraîne un sentiment de saleté et de honte.
   Le viol entraîne diverses pathologies psychiques (dépression, mal être généralisé, sentiment de culpabilité, sentiment de vide et de non sens, dégoût desoi, de son corps et de son image dans le miroir…)

2- Conséquences relationnelles :
   - Le viol entraîne des difficultés sexuelles.
   - Le viol entraîne des difficultés autour de la maternité
   - Le viol entraîne des conflits familiaux

3- Conséquences sociales :
   Le viol entraîne des difficultés professionnelles

Nous essayons d'aborder ultérieurement dans une étude séparée ces hypothèses.

borderline et stress post trauma. 1993 Am J Psychiatry .

- Le trouble borderline est-il un trouble de stress post traumatique complexe; Driessen M, Beblo T, Reddemann L,... – Medizinische Universitat zu Lubeck, Germany 2002 Nervenarzt.)

La symptomatologie des viols uniques s'exprime plutôt dans le champs des troubles de reviviscence et d'évitement traumatique (état de stresse post-traumatique), mais la maltraitance sociale que subissent de nombreuses victimes confrontées à l'incompréhension de leurs proches, la justice ou la médecine constitue une survictimation risquant d'aggraver les effets traumatiques du viol.

De ce fait, la souffrance psychique, conséquence d'un viol, ne se réduit pas à un tableau clinique symptomatique repérable et observable. Il est vrai que l'effraction psychique peut engendrer les mêmes symptômes que l'on peut rencontrer lors d'évènements catastrophiques, de guerres ou d'accidents de la circulation, cependant, le vécu psychique du viol est spécifique notamment en ce qui concerne la honte et la culpabilité, le questionnement concernant la sexualité et l'identité sexuelle ou la confrontation à sa propre haine et sa violence.

En effet, le traumatisme est unique et individuel, ce drame se produit toujours sur une organisation psychique préalable, une réalité psychique, un viol n'est jamais comparable à un autre.

Alors que certains sujets sont complètement anéantis après une agression sexuelle, d'autres le sont beaucoup moins parce qu'elles peuvent puiser dans leurs ressources pour survivre.

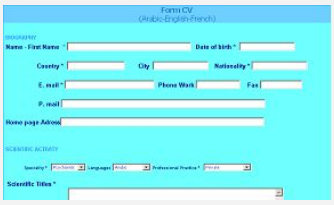
En règle générale, la personne agressée ne peut se reconstruire d'elle-même sans aide extérieure. De tels traumatismes affectent profondément l'estime de soi. La résilience, (capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité) ne suffit pas à permettre à la victime de rebondir. En effet « sauf amnésie post-traumatique, l'oublie n'est pas possible et ne vient pas : le plus généralement, le temps qui

Arabpsynet Psychiatrists Search

www.arabpsynet.com/CV/default.asp

Arabpsynet CV

Send Your CV Summary Via This Form



www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

Arabpsynet Papers Search

By Arabic, English & French words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers (For Subscribers)

http://localhost/paper/PapForm.htm

Arabpsynet Thesis Search

www.arabpsynet.com/These/default.asp

Form Add Thesis Summary(For Subscribers)

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

قـــواعد النشـــر بمجلـــة شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المتصفح على اتجاهات البحوث العالمية وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصيلة. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المسايرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

تقبل للنشر الأبحاث بإحدى اللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

1- الأبحاث الميدانية والتجريبية
2- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية
3- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة
4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
5- المقالات العامة المتخصصة

المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء نفسانيين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حددتها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

■قواعد عامـة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والتوثيق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني APNjournal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص مرن (لا تقبل الأبحاث الورقية).
- إرسال السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكتاب الذين لم يسبق لهم النشر في مجلة الشبكة.

■قواعد خاصـة

1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

2- يراعي في إعداد **قائمة المراجع** ما يلي: تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم عنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.

3- استيفاء البحث لمتطلبات البحوث الميدانية والتجريبية بما يتضمنه من مقدمة والإطار النظري والدراسات السابقة ومشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتعريف مصطلحاته.

4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العينة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية وخطوات إجراء الدراسة

5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستعينا بالجداول الإحصائية أو الرسومات البيانية متى كانت هناك حاجة لذلك

6- تخضع الأعمال الطبنفسية المعروضة للنشر لتحكيم اللجنة الاستشارية الطبنفسية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمنفسية لتحكيم اللجنة الاستشارية العلمنفسية و ذلك وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.

7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.

8- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.

9- لا تعاد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.

10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر.

قواعـد التوثيق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المرجع يذكر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرون مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius etal., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, etal., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990 : 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيبا أبجديا . دون ترقيم مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولا ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأنجلو المصرية

-عندما يكون المرجع بحثا في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايفة (2002) . تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12، 87 - 114

ج- عندما يكون المرجع بحثا في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث

1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها مرقمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت بها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع

2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

■ الدراسات والمقالات العلمية النظرية:

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا لمست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ورؤية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالأصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة ونقدها إذا توافرت الشروط الآتية:

1- الكتاب حديث النشر، ويعالج قضية تخص أحد مجالات الطب النفسي، علم النفس، العلاج النفسي أو التحليل النفسي

2- استعراض المراجع لمحتويات الكتاب وأهم الأفكار التي يطرحها وإيجابياته وسلبياته

3- تحتوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

■ التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس و الطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطى التقرير بشكل كامل ومنظم أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتائجها وأهم القرارات والتوصيات

كما تنشر المجلة محاضر الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

المعجـــــم الإلكتـــرونـــي للعلـــوم النفسيـــة

Electronic Dictionary Of Psychological Sciences

قسيمـــــــة شـــــراء ســـي دي المعجـــــم الإلكترونـــــــــــي

www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm

Edited by CISEN COMPUTER Company (All rights reserved) - Copyright (c) 2006 - Email : APNjournal@arabpsynet.com