



جامعة زايد عا شور الجلفة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة



عنوان المذكرة:

إضطراب كروب مابعد الصدمة وعلاقته بإضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الاعتداءات
الجنسية داخل الأسرة

(دراسة ميدانية لسبع حالات في مدينة غرداية)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة :

د حمزة فاطيمة

إعداد الطالبة :

كلاخي سعاد

السنة الجامعية: 2022-2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

علامة شكر المرء إعلان حمده فمن كتم المعروف منهم فما شكر

فالشكر أولاً لله عز و جل على أن هداني لسلوك طريق البحث و التشبه بأهل العلم و إن كان بيني و بينهم مفاوز .

كما أخص بالشكر أستاذتي الكريمة و معلمتي الفاضلة المشرفة على هذا البحث د/ **حمزة هاطيمة** فقد كانت حريصة لتأدية الأمانة العلمية على أكمل وجه و مساعدتنا و لو كانت بأبسط الوسائل إلى ما يرى بأرق عبارة و أطف إشارة، فلها مني وافر الثناء و خالص الدعاء .

الى من أزرني و علمني و كان عوناً لي في فترة اشتد فيها مرضي و ادخل السرور الى قلبي و زرع في نفسي إرادة و العزيمة على التقدم و ساعدني بكل ما يستطيع :

الدكتور عباسي محمد

إلى من كانت العون و الحافز لإتمام هذا العمل الأستاذة **مائية** .ع أنار الله لك دربك .

إلى الأستاذ **مرواح أحمد تقي الدين** الذي أعانني و قدم لي كل فائدة و نصح شكرا .

كما أشكر كل من قدم لي يد العون سواء بدعاء في ظهر الغيب من رسموا الابتسامة أسأل الله أن يجزيهم عني خيرا و أن يجعل عملهم في ميزان حسناتهم .

الإهداء

قبل كل شيء الحمد لله رب العالمين و شكر للرب الكريم

أهدي ثمرة جهدي إلى أعز الناس و اغلاهم على قلبي من سادني حتى بعد مماته سندي
رفيقي في درب علم إلى المصباح الذي لم يبخل في إمدادي بالنور الذي أنار مسيرتي
أستاذي الحبيب الذي يشهد على عملي هذا من عند ربه رحيم :

الأستاذ زياني عبد الوهاب

الى من ربياني و رعياني بدعائهما و مباركتهما حتى بعد رحيل جدي و جدتي الحمد لله
إلى فيض الحنان وينبوع المحبة إلى من تهدأ حياتي بقربها و يبتهج قلبي بعذوبة صوتها إلى
الحضن الدافئ و إلى ملاكي الحارس في الحياة و الى حبيبة قلبي و صفاء روعي التي
الجنة تحت أقدامها....أمي أمي أمي

إلى من كلله الله بالهيبة و الوقار الى من يعلو به إسمي بكل تقان و افتخار و تزهو به
نفسى أبي العزيز

إلى من تقاسمت معهم حلوة الحياة ومرها، الذين كانوا معي في اشد المحن اولهم أمير و
ثانيهم نصير و ثالثهم طاب الفؤاد بوجوده اخوتي كرام

الى لؤلؤة البيت من كان دعاؤها خليي زوجة أبي الى زوجة اخوتي حياكم الله و اكرمكم
خاطمة و لينة إلى صديقتي و أختي وئام لن أنسى معروفك أنت و عائلتك شكرا.

المخلص :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف فيما إذا كانت هناك علاقة بين اضطراب كرب مابعد الصدمة و اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا ضحايا الاعتداءات الجنسية داخل الاسرة من خلال مستوى كل منهما ، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة اتبعنا المنهج العيادي (دراسة حالة) و المنهج الوصفي (الإرتباطي) ؛ لأنه الأنسب للدراسة ، ولقد اعتمدنا على مجموعة من الأدوات منها المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقاييس نفسية (مقياس دافيدسون لاضطراب كرب مابعد الصدمة ومقياس اضطراب الهوية الجنسية) ، تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة قدرها سبع حالات من المتعرضين لإعتداء الجنسي داخل الاسرة ، اختيرت بطريقة قصدية ، وللتحقق من الفرضية استعملنا عدة أساليب إحصائية كالمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، معامل الارتباط سبيرمان، و إختبار مان ويتني ، ولقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

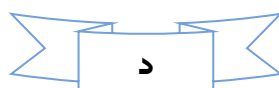
- لا توجد علاقة ارتباطية بين اضطراب كرب مابعد الصدمة و اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الاعتداءات الجنسية داخل الاسرة .
 - مستوى كرب مابعد الصدمة لدى ضحايا الاعتداءات الجنسية داخل الاسرة مرتفع .
 - اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الاعتداءات الجنسية داخل الاسرة مرتفع.
- الكلمات المفتاحية :** اضطراب كرب ما بعد الصدمة ، اضطراب الهوية الجنسية ، الاعتداءات الجنسية داخل الاسرة .

Abstract:

The current study aims to reveal whether there is a relationship between post-traumatic stress disorder and gender identity disorder among victims of sexual assaults within the family through the level of each of them. , and to achieve the objectives of this study, we followed the clinical approach (a case study)and correlational descriptive approach ; Because it is most appropriate for the study, and we relied on a set of tools, including the semi-guided interview and the application of psychological measures (Davidson scale for post-traumatic stress disorder and gender identity disorder scale), the basic study was applied on a sample of seven cases of sexual abuse within the family, chosen in an intentional way To verify the hypothesis, we used several statistical methods, such as the arithmetic mean and standard deviation, Spearman's correlation coefficient, and the Mann-Whitney test. The study reached the following results:

- There is no correlation between post-traumatic stress disorder and gender identity disorder among victims of sexual abuse within the family.
- The level of post-traumatic stress among victims of sexual abuse within the family is high.
- Disorder of sexual identity among victims of sexual assaults within the family is high.

Keywords: post-traumatic stress disorder, gender identity disorder, sexual abuse within the family.



| فهرس المحتويات | |
|--|---|
| أ | شكر و تقدير |
| ب | الإهداء |
| ج | ملخص العربية |
| د | ملخص الإنجليزية |
| هـ-ز | فهرس المحتويات |
| ز | فهرس الجداول |
| ح | فهرس الملاحق |
| ح | فهرس الأشكال |
| 01 | مقدمة |
| الباب الأول : الجانب النظري | |
| الفصل الأول : الإشكالية واعتباراتها | |
| 6 | الإشكالية |
| 11 | فريات الدراسة |
| 11 | أهداف الدراسة |
| 12 | أهمية الدراسة |
| 22 | التعاريف الاجرائية |
| 13 | الدراسات السابقة |
| 20 | التعقيب على الدراسات السابقة |
| الفصل الثاني : اضطراب كرب ما بعد الصدمة | |
| 26 | تمهيد |
| 28 | 1-إضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 28 | 1.1-نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية |
| 31 | 2.1-تعريف الصدمة النفسية |
| 35 | 3.1-النظريات المفسرة للصدمة النفسية |
| 40 | 4.1-اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 41 | 4.1-1-أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 43 | 2.4.1-تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسب DSM 5 TR |

| | |
|---|---|
| 31 | 2.1-تعريف الصدمة النفسية |
| 35 | 3.1-النظريات المفسرة للصدمة النفسية |
| 40 | 4.1-اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 41 | 4.1-1-أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 43 | 2.4.1-تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسب DSM 5 TR |
| 47 | 3.4.1-النظريات المفسرة للاضطراب ما بعد الصدمة |
| 59 | 4.4.1-أسباب اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 62 | 5.4.1-علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 69 | خلاصة الفصل |
| الفصل الثالث : اضطراب الهوية الجنسية | |
| 71 | تمهيد |
| 72 | 1-اضطراب الهوية الجنسية |
| 72 | 1.1-نبذة تاريخية عن اضطراب الهوية الجنسية |
| 73 | 2.1-تعريف اضطراب الهوية الجنسية |
| 75 | 3.1-مركبات أو محددات الهوية الجنسية |
| 77 | 4.1-مراحل النمو وتطور الهوية الجنسية لدى الذكور والإناث |
| 77 | 5.1-أنواع اضطراب الهوية الجنسية |
| 78 | 6.1-أعراض اضطراب الهوية الجنسية |
| 80 | 7.1-عوامل وأسباب اضطراب الهوية الجنسية |
| 91 | 8.1-علاج اضطراب الهوية الجنسية |
| 93 | خلاصة الفصل |
| الباب الثاني : الجانب الميخاني | |
| الفصل الرابع : الإجراءات التطبيقية | |
| 100 | 1- منهج الدراسة |
| 101 | 2- حدود الدراسة |
| 103 | 3- مجموعة البحث وخصائصها |
| 104 | 4- الأدوات المستعملة |
| 110 | 5- الأساليب الإحصائية |

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة التطبيقية

| | |
|-----|--|
| 108 | 1-1- عرض ومناقشة النتائج الكمية |
| 108 | 1-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة |
| 110 | 1-3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى |
| 112 | 1-4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية |
| 117 | 1-5- عرض ومناقشة النتائج النوعية |
| 117 | 1-6- عرض ومناقشة نتائج الحالة الأولى |
| 123 | 1-7- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية |
| 128 | 1-8- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة |
| 134 | 1-9- مناقشة عامة للحالة الرابعة |
| 135 | 1-10- مناقشة عامة للحالة الخامسة |
| 136 | 1-11- مناقشة عامة للحالة السادسة |
| 138 | 1-12- مناقشة عامة للحالة السابعة |
| 140 | 2- الاستنتاج العام |
| 143 | الخاتمة |
| I | قائمة المصادر والمراجع |
| IX | قائمة الملاحق |

فهرس الجداول

| | |
|-----|---|
| 106 | جدول رقم (01): يوضح المقاييس الفرعية وأرقام العبارات التي تتضمنها هذه المقاييس |
| 107 | جدول رقم (02): يبين قيمة 'ات' لدلالة الفرق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا |
| 110 | جدول رقم (03): يمثل نتائج معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات |
| 112 | جدول رقم (04): يمثل المعطيات الوصفية لمتغير كرب ما بعد الصدمة |
| 113 | جدول رقم (05): يمثل نتائج اختبار مانويتتي (Mann-Whitney U test) |
| 114 | جدول رقم (06): يمثل المعطيات الوصفية لمتغير اضطراب الهوية الجنسية |
| 115 | جدول رقم (07): يمثل نتائج اختبار مانويتتي (Mann-Whitney U test) |
| 116 | جدول رقم (08): يمثل المعطيات الوصفية لمتغير كرب ما بعد الصدمة |

فهرس الملاحق

| | |
|-----|--|
| IX | الملحق الأول : دليل المقابلة النصف موجهة |
| X | الملحق الثاني : مقياس كرب مابعد الصدمة لدافيدسون |
| XII | الملحق الثالث : مقياس اضطراب الهوية الجنسية |
| XV | الملحق الخامس : مخرجات برنامج SPSS |

فهرس الأشكال

| | |
|-----|---|
| 50 | الشكل الأول : يوضح النموذج السيكولوجي في تفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة |
| 100 | الشكل الثاني : يوضح توزيع العينة حسب الجنس |
| 102 | الشكل الثالث : يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي |
| 103 | الشكل الرابع : يوضح توزيع العينة حسب السن |

مقدمة

لاتخلو البيئة التي يعيش فيها الإنسان من التهديدات و المخاطر حيث تتزايد كل يوم من حولنا الأحداث المؤلمة التي يتعرض لها الأشخاص و تسبب له مجموعة من المشاكل او الاضطرابات .

وباعتبار الغريزة الجنسية هي من أقوى الغرائز والدوافع لدى الإنسان حيث تحمل تأثير كبير على صحة الفرد النفسية والجسمية، لذلك فقد ألزمت مختلف الشرائع السماوية والدينية على تطبيق وتنفيذ هذه النزوة في إطار ما يسمح به المجتمع والدين والقانون فشرعت الزواج كإطار قانوني لقيام العلاقات الجنسية بين أفراد الجنسين، وتتجلى هذه الغريزة في مظاهر مختلفة ابتداء من مرحلة الطفولة وانتهاء بانقضاء العمر، و يتوقف نشاطها على مجموعة من العوامل العضوية كالهormونات والعوامل النفسية كالحاجة الماسة لإشباع هذه الرغبة وأي خلل يصيب هذه العوامل قد يؤدي إلى ظهور مجموعة من الانحرافات الجنسية المختلفة من بينها الإعتداء الجنسي داخل الاسرة، وهو ليس ظاهرة تخص مجتمع دون آخر بل هي متواجدة في مختلف المجتمعات الغربية والعربية، حضارية متمدنة أو ريفية بسيطة، إلا أنها تعتبر من الموضوعات التي يصعب الخوض فيها أو مناقشتها خاصة في مجتمعاتنا العربية التي تعتبر الحديث عن الجنس وكل مايرتبط به أمرا غير مرغوب فيه (taboo)، وربما يكون هذا هو السبب في قلة الدراسات الاجتماعية، القانونية أو النفسية المعاصرة لظاهرة "زنا المحارم " أو الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .

ومن بين الإضطرابات التي يمكن ان يصاب بها متعرضوا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة هي اضطراب كرب مابعد الصدمة واضطراب الهوية الجنسية فقد يحدث للضحية عدم الرضا عن هويته الجنسية التي ولد بها ،وهو يحاول أن يتمثل باستمرار شكل وصفات وسلوكيات الجنس الآخر ،حيث في فترة المراهقة والبلوغ والشباب يستمر الاضطراب عند نسبة كبيرة منهم وتزداد معاناتهم داخل الأسرة في المجتمع ،فبعضهم يلجا إلى تناول أدوية هرمونية للتأثير على جسمه ومظهره بما يتناسب مع شكل الجنس الآخر .

فاضطراب الهوية الجنسية قد يؤثر بشكل سلبي على الأشخاص المصابين به وخاصة إذا كانوا ضمن فئة المتعرضين لإعتداء الجنسي داخل الاسرة ويؤثر أيضا على الأشخاص المقربين لهم فغالبا ما ينتج عنها توتر واضح على الأفراد المتأثرين بهذا الأمر ومن حولهم . ومن هذا المنطلق اخترنا موضوع إضطراب كرب ما بعد الصدمة وربطه بمتغير ذا الصلة، كإضطراب الهوية الجنسية ، والكشف فيما إذا كانت هناك علاقة بينهما .

ومنه حددنا موضوعنا من خلال العنوان التالي إضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بإضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الاسرة " دراسة ميدانية لسبع حالات بمدينة غرداية" وتمت دراستنا ضمن بابين .

الباب الأول : الجانب النظري مقسم إلى ثلاث فصول وهي:

الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها كان إستعراض للجانب المنهجي من إشكالية،

الفرضيات، الأهداف، الأهمية، التعاريف الإجرائية والدراسات السابقة

الفصل الثاني: اضطراب كرب ما بعد الصدمة

الفصل الثالث : تم التحدث فيه عن اضطراب الهوية الجنسية و ماله علاقة به أيضا.

الباب الثاني : الجانب التطبيقي لنتطرق في الفصول الموالية للإجراءات الميدانية للدراسة بدءًا بالدراسة الاستطلاعية، قصد اختبار أدوات القياس، وبعد جمع المعلومات حول مجتمع الدراسة والعينة والذي ساعد في ذلك كوننا المختص النفسي المتابع لحالات مجتمع الدراسة، لنتوجه إلى التطبيق الميداني، حيث استعانا ببعض الزملاء من الأخصائيين النفسيين وكذلك أطباء في الصحة العقلية و النفسية ، وبعد جمع البيانات الكمية والنوعية وتحليلها تفسيره ، وختمت الدراسة باستنتاج عام، حاولنا من خلاله تقديم وجهة نظرنا مع تبيان مكانة دراستنا ضمن الدراسات المتعلقة بإضطراب كرب ما بعد الصدمة وإضطراب الهوية الجنسية وخصوصا عينة المدروسة سواء كانت هذه الدراسات عربية أو أجنبية لنقدم في الأخير خاتمة لموضوعنا وبعض المقترحات التي قد تكون بداية لبحوث ودراسات مستقبلية.

المباني الأولى: الجانب النظري

الفصل الأول : الإشكالية و المتبارياتها

- 1- الإشكالية
- 2- الفرضيات
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- الدراسات السابقة
- 6- التعاريف الإجرائية

1-الإشكالية:

ان حياة الانسان في غالبية الأحيان تكون عرضة لمجموعة من الأخطار التي تكون بسيطة تارة و مهددة لحياة الفرد تارة أخرى ، فمع الوقت و كبر و نضج الإنسان يدرك حقيقة هذه التهديدات و يدرك معها أن أمل نجاته أكبر بكثير من احتمال موته، و أن معظم الأحداث الخطيرة التي تصيب الغير لا تصيبه هو ، هنا تظهر لديه فكرة الموت المؤجل فهو يعتقد بأنه قادر على تجاوز مختلف الأخطار و التهديدات وأنها بعيدة عنه إلى غاية أن يفاجئ بتعرضه لهذه التهديدات بنفسه فتختل حياته و توازنه النفسي، مما يخلف دمار و إصابات جسدية في بعض الأحيان خطيرة و أثار نفسية شديدة بدأ بالضغط النفسي و القلق و انتهاء بالصدمة النفسية التي قد تصيب الأفراد و تحول حياتهم.

إن الحاجة للأمن تعتبر من الضروريات الأساسية التي يطمح إليها الإنسان في الحياة للوصول إلى قدر كافي من التوافق النفسي و الراحة النفسية و بالتالي إلى تحقيق السعادة .

إن أكبر صدمة يتعرض لها الإنسان ، هي مواجهة خطر الموت بشكل متواصل أو باستمرار، مما يؤدي إلى ظهور لاضطرابات جسدية ،واضطرابات نفسية مثل ،القلق و المخاوف و الوسوس و الاكتئاب و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و اضطرابات الأكل و النوم و اضطرابات في كفاءة الأداء و الانتباه و التذكر و التركيز و اضطرابات معرفية أخرى ، و قد تخلف تلك الجروح والآلام النفسية المستديمة اخطر مما نتوقعه من الجروح الجسدية الملتئمة بمرور الزمن أو بالعقاقير . (ثابت وآخرون، 2008. ص 118)

ويرى ماكينبوم Meichenbaum أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث الصادمة إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها . (Meichenbaum, 1994, p 32) .

وجاء Pierre Marty في كتابه "بسيكوسوماتيك الهستيريا و الوسواس" أن العامل الأهم في تحديد ردود فعل الكائن الإنساني ليس الحادث الصدمي بحد ذاته وإنما القدرة أو عدم القدرة على مواجهة هذا الحدث، وقد تمثل هذه الوضعيات مدخلا إلى الأمراض البسيكوسوماتية التجسيدات الهستيرية وأمراض جلدية وارتفاع لضغط الدم وقرحة المعدة .

(محمد النابلسي، 1991، ص 418)

وخلال محاضرة للباحث (2012) Boris Cyrulnik بكلية علم النفس جامعة نانت الفرنسية بعنوان Mémoire traumatique الذاكرة الصدمية " أشار في تدخله أننا عندما نتعرض لصدمة يحدث تفكك للذاكرة و نكون تمثيل للذات الأنا المفككة و يستدل Cyrulnik بحدث Anna Freud عن الفرق بين الصدمة **coup le**، التي هي الحدث الصادم والصدمة النفسية التي هي تمثيل للحدث الصادم **la représentation du coup** ، وهنا نحن كائن إنساني نتألم مرتين عكس الحيوان عند تعرضه لحادث يصرخ و يهرب بينما الانسان يتألم من الجراح أو الكسر أو الصدمة و يتألم للمرة الثانية من التمثيل للصدمة (لماذا يحدث لي هذا ؟ ما هو ذنبي ؟ كان عليا أن.. كذا و وكذا) أي الشعور بالذنب **sens de culpabilite** و هذا الشكل أو التمثيل نتألم منه أكثر من الحادث بذاته وهو المعنى الحقيقي للصدمة النفسية أي الشكل الثاني للألم الذي يؤثر على الذاكرة التي لا تتطور ويصبح المصدوم حبيس ذكرياته السابقة وماضيه بمعيشة لصور للحدث الصادم والمشاهد المرعبة وفي شكل كوابيس وصعوبة تذكر

ما حدث لحظة الصدمة وهذا ما نقصده بالذاكرة الصدمية: mémoire traumatique .

(Boris. Cyrulnik,2012)

كما تحدث بيار جانيت Pierre Janet عن العصاب الصدمي (Névrose traumatique) ، أنه يتميز أساسا بعدم القدرة على الانفصال عن ذكرى الحدث حينما يريد الإنسان نسيان ذكريات مؤلمة فإنه يحاول الهروب من بعيد لكن الحزن يسافر معه ليتطور إلى أعراض الضغط ما بعد الصدمة PTSD ولمعالجة هذا الوضع نحث الفرد على تحويل الاستنكار للحدث الخام إلى ذكرى مبنية على استخدام اللغة عن طريق التعبير اللغوي الشفوي في مكان الآلام «
« Mettre les maux en mots » على نحو طريقة الدبريفينغ « Débriefing » .

(L.Crocq, 2007, p7)

أن صدمة الكارثة الطبيعية ، اقل شدة بالمقارنة بالمصدومين من طرف البشر و في تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD . (سامية ،عرعار وآخرون ، 2012 ، ص 91)

ويعتبر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD ، ردة فعل طبيعية تنتج عن التعرض لتجربة مزعجة و مسببة لصدمة بشكل كبير و على موقف غير طبيعي او حدث جسدي أو عاطفي مؤذي بشكل كبير ،مما يجعل الشخص يعاني من هذا الحدث بشكل متكرر و من حالة ضعف تتلو الحادثة الصدمية و من أفكار و ذكريات مخيفة ، و مجموع من التناذرات بعد مرور أشهر على الحادث الصدمي التي صنفت في شكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ومن بين التصنيفات المرجعية للاضطرابات النفسية وتحديد أعراضها الإكلينيكية هو الدليل الإحصائي التشخيصي في طبعته الخامسة والمعدلة سنة 2022 من طرف جمعية الطب النفسي الأمريكي (A P A) الذي يصنف أعراض كرب ما بعد الصدمة في مجموعة من المعايير التشخيصية موصوفة بثلاث معايير رئيسية متمثلة في إعادة معايشة الحدث

الصدمي في شكل كوابيس و أحلام نوبات وميض (Flash-back) وظهور سلوكيات تجنبية و أعراض فرط للاستثارة واليقظة الزائدة.

و الصدمة هي حدث خارجي فجائي غير متوقع يتسم بالحدة و يفجر الكيان الإنساني بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه.

و كل يوم تتزايد من حولنا الأحداث الصادمة التي يتعرض لها الفرد سواء كانت أحداث جماعية كالكوارث الطبيعية فيضانات، زلازل، حرائق... أو فردية كحوادث المرور، الأمراض الجسمية الخبيثة و الاعتداءات الجنسية الخطير كالاغتصاب و زنا المحارم الذي يعد من الانحرافات الجنسية الخطيرة التي زاد انتشارها في مختلف المجتمعات الغربية و العربية و الإعتداء الجنسي داخل الاسرة من الطابوهات التي يصعب الحديث عنها أو دراستها، نظرا إلى أن الموضوع يتميز بحساسية خاصة و لاسيما في مجتمعاتنا العربية التي لا يزال يصعب الحديث فيها عن الجنس و كل ما يرتبط به حتى لو بطريقة علمية.

فكيف يمكن لفرد أن يفكر في إقامة علاقة جنسية مع أحد محارمه سواء من أب أو أم أخ أو أخت ابن أو بنت عمه أو خالة و غيرهم من محارم الفرد، ليبقى هذا الموضوع سري يصعب الحديث فيه أما الحالات التي تظهر للعلن فهي لا تمثل إلا نسبة قليلة من مختلف حالات زنا المحارم الموجودة حقيقة في مجتمعاتنا، حيث أشار عبد المنعم الحنفي في كتابه بعنوان زنا المحارم (2003) إلى أن 2,4% من أصل 6% من حالات الجرائم الجنسية التي يبلغ عنها هي جرائم زنا المحارم ليبقى هذا الرقم لا يمثل حقيقة ما هو موجود فعلا في

المجتمع ، و بطبيعة الحال فإن هناك مجموعة من العوامل المختلفة تتفاعل فيما بينها فتؤدي إلى حدوث هذه الجريمة ابتداءا من شخصية المعتدي و الضحية انتهاءا بالوسط العائلي لهما، ومجموعة العوامل المؤثرة فيه سواءً كانت اجتماعية، ثقافية أو اقتصادية لتترك آثارًا كبيرة على المجتمع، من انهيار للأسر وانتشار الأمراض واختلاط الأنساب دون أن ننسى أثرها الجسمي و النفسي على الضحية التي عايشة التجربة وأثارها الناتجة عنها اضطرابات النفسية و إختلالات على مستوى الهوية الجنسية في حالة ما إذا كان لها هذا الأثر البالغ على الضحي.

(عبد المنعم . 2003)

وإن الخوض في موضوع اضطراب الهوية الجنسية فرضتها التحولات الاجتماعية التي يعرفها المجتمع الجزائري اليوم، كاضطراب تصطمم بواقع يرفض البحث في مواضيع صنفها المجتمع الجزائري من صنف الطابوهات المسكوت عنها لاعتبارات اجتماعية وثقافية ترتبط بماضي الفرد وحاضره .

حيث تمثل هوية الفرد محور هذا التغير من وجهة نظر علماء النفس خاصة الهوية الجنسية، حيث ترتبط بقدرة الفرد على تحديد معتقداته وأدواره الجنسية في الحياة، من خلال محاولة الوصول إلى إجابات على ما أسماه أريكسون (أزمة هوية الأنا) وخلال التشكل يكون الشباب على حول تساؤلات تصبح ملحة مفترق طرق :

فإما أن يتمكن من تحقيق هوية ايجابية ،أو يعاني من اضطراب وتششت الهوية، وبالتالي الفشل في تحديد أهدافه وأدواره في الحياة ... كما يؤثر ذلك في صقل شخصيته واعتماده على نفسه.

و هذا ما دفعنا في بحثنا هذا إلى طرح التساؤل الرئيسي التالي :

- هل توجد علاقة إرتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة و بين اضطراب

الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الاسرة ؟

ومن ثم جملة من التساؤلات كان أهمها :

- ما مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل

الاسرة ؟

- ما مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة ؟

2- طرح الفرضيات:

1-2 الفرضية العامة :

- توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الهوية

الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة.

2-2 الفرضيات الجزئية :

• "تتوقع أن يكون مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات

الجنسية داخل الأسرة مرتفعا.

- نتوقع أن يكون مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفعاً.

3-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- معرفة ان كانت هناك علاقة بين اضطراب كرب مابعد الصدمة و اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .
- معرفة مستوى اضطراب كرب مابعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .
- معرفة مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة.
- معرفة فيما إذا كان هناك هناك اختلاف في الآثار النفسية لاضطراب كرب مابعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة.

4-أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة في:

- الأهمية النظرية :

إلقاء الضوء على ظاهرة موجودة في المجتمع الجزائري و منتشرة في كل أنحاء الوطن ولكنها لم تحظ بالقدر الكافي من الاهتمام، كونها تعتبر من الطابوهات و من المواضيع التي

يصعب الحديث عنها أو دراستها ألا و هي ظاهرة الزنا بالمحارم إظهار أهم الآثار النفسية و الجسدية و العلائقية و السلوكية التي يخلفها الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة على الأفراد المتعرضين له.

والمساهمة في إحداث تراكم معرفي وتوفير قاعدة علمية يمكن الانطلاق منها للبحث في مجال الاضطرابات الجنسية وخاصة اضطراب الهوية الجنسية.

محاولة تسليط الضوء على ظاهرة اضطراب الهوية الجنسية بكسر حاجز الصمت، رغم تشيها في وسط المجتمعات، وذلك بالتطرق لمعرفة أسبابها ومعالجتها، وأنها جديرة بالاهتمام..

الأهمية التطبيقية :

و هي ما تؤثر به دراستنا الحالية على أرض الواقع و ما تقدمه من نتائج يمكن استغلالها في خدمة المجتمع من خلال تطبيقها بمختلف المعايير التي تتوافق معها وتسليط الضوء على مثل هذه الطابوهات و التكفل بهم من الناحية النفسية والسعي لإيجاد حلول للحد من هذه الظواهر .

5- الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة مصدر خصب و مهم يتم على أساسه صياغة الإشكالية و استنباطا لدروس لمحاولة التحقق منها، و بعد البحث في الميدان عن الدراسات التي تناولت موضوعنا هذا تم التوصل إلى الدراسات التالية:

دراسة مارشال (1985) : " الإنطباعات لجماع المحارم " تهدف الدراسة إلى البحث عن الإنطباعات النفسية لجماع المحارم للإخوة الغير مشتركين ضمن الأسر التي بها حالات جماع المحارم. وتهدف إلى البحث عن مدى التأثيرات التي تقع على الإخوة الذين لا يشتركون مع ذويهم في الممارسات الجنسية داخل هذه الأسرة التي تحدث فيها مثل هذه الممارسات الجنسية وقد تكونت عينة الدراسة من (26) حالة : (13) حالة من ضحايا جماع المحارم ، و 13 من أخواتها غير المشاركين في العمليات الجنسية العائلية ، و قد إستخدمت الباحثة معهم مقياس الشخصية للأطفال و مقياس الذات للأطفال و قد تمت المقارنة بينهم و إستخدمت الباحثة لذلك إختبار لإيجاد الفروق بين المجموعتين و قد أظهرت نتائج الدراسة إلى أن الإخوة الغير مشاركين في العمليات الجنسية يتصفون ببعض الخصائص العزلة و قوة شديدة من الأنا الأعلى و تحكم ذاتي داخلي كما تأثروا بصدمة جماع المحارم و بالنسبة للأطفال المشاركين 8 في جماع المحارم فقد أظهروا بعض الخصائص أهمها : العدوان ،عدم الثقة في الآخرين والقلق الغير عادي و الإنحلال في السلوك الإجتماعي ،التميز بالحذر الشديد و الحساسية الزائدة ، عن المؤلف، بالإضافة الى أنهم أقل ذكاء من إخوانهم غير المشاركين. (صوابرية ، 2013 ص. 30،31)

دراسة (Sanikani,Bradly,Zcker et all , 1997) : هدفت الدراسة الى دراسة اضطراب الهوية الجنسية على عينة متكونة من (275) فردا من مضطربي الهوية الجنسية (ذكور - إناث) وذلك باستخدام اختبار اضطراب الهوية الجنسية ، و اختبار مفهوم الذات حيث توصلت إلى النتائج أن الإناث أعلى من الذكور في مظاهر اضطراب الهوية الجنسية وأكثر جراءة في عرض حالتهم من الذكور ،بينما ظهر أن الذكر أعلى من الإناث في مفهوم الذات

دراسة (Susan & David 2001) : الهوية الجنسية تحليل متعدد الأبعاد لآثار التوافق النفسي والاجتماعي (حيث هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين مكونات الهوية الجنسية والتوافق النفسي الاجتماعي، و تكونت عينة الدراسة من (182) طفل يتراوح أعمارهم من (4-8) سنوات استخدمت الدراسة مقياسين، المقياس الأول مكون من (92) بند {تقييم الذات، العلاقات الاجتماعية، التوافق الجنسي النوعي، الأنشطة الخاصة بالذكور، الأنشطة الخاصة بالإناث} والمقياس الثاني مقياس سوسيومترى والذي يضم (تفضيل الذكور، تفضيل الإناث، تقبل الأقران الذكور، تقبل الأقران الإناث) ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة :

- أن الشعور بالهوية الجنسية تتناسب طرديا مع التوافق النفسي الاجتماعي

- أن اضطراب الهوية الجنسية تتناسب عكسيا مع التوافق النفسي والاجتماعي.

(أحمد، 2012، ص.3)

دراسة: مخيمري و الظفري (2003) : خبرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة، و علاقاتها باضطراب الهوية الجنسية " هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين التعرض لخبرات الإساءة الجسمية و النفسية و الجنسية، في مرحلة الطفولة، و بين اضطراب الهوية الجنسية، وهدفت إلى التعرف على مدى الفروق بين متوسط درجات تعرضهم لخبرات الإساءة الجسمية من قبل الأم و شملت الدراسة على 35 فردا من الذكور.

(العنزي، 2014، ص.55)

دراسة : فاطمة المؤقت (2003) : صدمة الاعتداءات الجنسية داخل الأسرة و تمثلت العينة في 10 أفراد (7 إناث و 3 ذكور) يتراوح عمرهم ما بين (12-10 سنة) ، وهدفت الدراسة إلى تبيان بأن هناك ستار من السرية يحيط بجرائم الاغتصاب و الاعتداءات الجنسية داخل الأسرة سواء بسبب الستر أو بسبب عدم توفر وسائل الحماية و الأمن التي تكفل وصول صوت الضحية للقضاء و الآثار المترتبة عن صدمة هذا الاعتداء على الضحايا (نفسية، اجتماعية، جسدية). (مخلوف ، 2013 ، ص 9)

دراسة :إبتسام عثمان (2006) : اضطراب الهوية الجنسية " على عينة تكونت من 370 تلميذا وتلميذة وأمهاتهم ومعلماتهم (مدن) منهم (190) بالصف الثالث الخامس ابتدائي أمهاتهم ومعلماتهم (قرى)، وذلك باستخدام مقياس اضطراب الهوية الجنسية للتلميذ، ومقياس اضطراب الهوية الجنسية من وجهة نظر (المعلمة/الأم)، واستمارة دراسة حالة ،واختبار تفهم الموضوع . (السيد،2015،ص.115)

دراسة: سعاد البشر (2007): اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية " حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أعراض اضطراب الهوية الجنسية لدى الجنسين ،والتعرف على العلاقة بين اضطراب الهوية الجنسية وكل من الخزي ومفهوم الذات ،وهدفت أيضا إلى التعرف على مدى إسهام اضطراب الهوية في وجود بعض المشكلات النفسية كالشعور بالخزي ومفهوم الذات السلبي ،على عينة تتكون من (34 فردا)أو (12 أنثى

و18ذكرا) وذلك باستخدام المنهج الوصفي المقارن واستخدمت الاستبيان والمقابلة كأداة للدراسة . (العنزي،2014،ص.58)

دراسة **2009.Doerfler,Toscano,Connor** **دويفلر وآخرون** : قامت هذه الدراسة بتقصي العلاقة بين اضطراب الهوية الجنسية وخبرات الإساءة لدى الشباب المحالين إلى برنامج الداخلية عدد العينة كان 397، وكانت هناك ثلاثة أنماط من خبرات الإساءة في هذه الدراسة الجنسية فقط، و الجسدية فقط، و الجنسية و الجسدية، وأشارت النتائج، الشباب الذين لديهم خبرات إساءة جنسية فقط كانت لديهم مستويات أعلى من اضطراب الهوية الجنسية مقارنة الذين تعرضوا للإساءة الجسدية فقط، وقد ناقشت الدراسة التطبيقات الخاصة بتطوير المداخلات العلاجية لمواجهة اضطراب الهوية الجنسية. (السيد، 2015، ص.127)

دراسة : **الشرفي (2009)** : اثر غياب الأب على اضطراب الهوية الجنسية وأداء الدور الاجتماعي لدى الأبناء الذكور في مرحلة المراهقة " هدفت الدراسة إلى الكشف عن اثر غياب الأب على اضطراب الهوية الجنسية،وأداء الدور الاجتماعي لدى الأبناء الذكور في المجتمع السعودي،والكشف عن وجود فروق بين الأبناء الذكور الذين يعيشون مع والديهم، وبين الأبناء الذكور الذين يعيشون مع أمهاتهم بسبب وفاة الأب أو طلاق الوالدين في كل من اضطراب الهوية الجنسية،وأداء الدور الاجتماعي، وهدفت إلى الكشف عن وجود فروق بين الابناء الذكور الذين يعيشون مع أمهاتهم بسبب وفاة الأب، وبين الأبناء الذكور الذين يعيشون مع أمهاتهم بسبب الطلاق في كل من اضطراب الهوية الجنسية،واشتملت عينة

الدراسة على عينة عشوائية من (100) طالب، واستخدم الباحث المنهج الوصفي، واستخدم الاستبيان أداة للبحث .
(العنزي، 2014، ص.54)

دراسة **2010.Rouniak** : الهوية الجنسية، السلوك أو الخطورة بين الذكور و الإناث الأفراد المتحولين جنسيا" هدفت الدراسة إلى وصف وفهم الاختلاف في التوجه و السلوك الجنسي بين المتحولين من الإناث إلى الذكور قبل وبعد التحول ، وتحديد الخطر ،ومحاولة فهم كيف يمكن لوضع المتحول من أنثى إلى ذكر داخل المجتمع المثلي أن يؤثر في سلوك خطر فيروس المناعة البشرية .
(العنزي، 2014، ص.57)

دراسة : **جيل و آخرون 2010** : تمت على عينة من 32 مصابين باضطراب الهوية الجنسية طلب منهم إجابة على الاستبيان مكون من 5 اجراء (البيانات الديمغرافية ، و الميل الجنسي التاريخ الجنسي ، و التعرض للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة ، وتحديد الهوية الجنسية عند البلوغ) وقام الباحث بإجراء مقارنات متعلقة بميولهم الجنسية كما تم عرض دراسة حالة لتقديم فهم أعمق من أفراد متحولين جنسيا و أوضحت النتائج أن معظم المشاركين يعتبرون أنفسهم ذوي ميول جنسية معتدلة ومحبي للجنس الآخر (87%) بينما (79%) من مشاركين أنهم ثنائي الجنس مشكوك بنوع جنسهم بينما كان هناك (2.3%) أفادوا إعجابهم و اهتمامهم بالأفراد من نفس جنسهم .
(العنزي، 2014، ص.57)

دراسة : (**أحمد محمد عبد الخالق، 2012**) : اضطراب الهوية الجنسية لدى الإناث: أسباب والحلول المقترحة من وجهة نظر طالبات الجامعة والمدرسات, هدفت هذه

الدراسة إلى بيان أهم أسباب اضطراب الهوية الجنسية لدى الإناث، فضلاً عن الحلول المقترحة لها ، وذلك من وجهة نظر طالبات الجامعة ومدرسات المرحلة الثانوية ، وشملت عينة الدراسة (565) من طالبات الجامعة ، وتراوح أعمارهن بين 18 و 29 سنة ، وعينة أخرى من مدرسات المرحلة الثانوية (80) تراوحت أعمارهن بين 24 و 48 سنة ، طبق عليهن مقياس أسباب اضطراب الهوية الجنسية والطرق الممكنة لعلاجها.

(عبد الخالق، 2012، ص.139)

دراسة : فريال الفتوخ : (2012) : أسباب ظاهرة الفتيات المسترجلات وسبل علاجها هدفت الدراسة إلى الكشف عن أسباب استرجال و ايجاد الطرق العلاجية لاسترجال الفتيات ، والعينة تتكون من (10 طالبات مترجلات) وذلك باستخدام منهج دراسة حالة ، واستخدمت المقابلة كأداة للدراسة .

(العنزي، 2014، ص.57)

دراسة : منال الشيخ (2012): فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من طرف أفراد عائلتهم. و تمثلت عينة الدراسة في حالة طفلة تبلغ من العمر بين 10 و 11 سنة و هدفت الدراسة إلى تحديد أهم الآثار النفسية الناتجة عن هذا الاعتداء و معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من أعراض هذه الصدمة.

دراسة : فاطمة خليفة : (2015) اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالقلق ومفهوم الذات وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات الجامعة؛ هدفت الدراسة إلى التعرف على

العلاقة بين اضطراب الهوية الجنسية وكل من القلق ،ومفهوم الذات، وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لدى المضطربات الهوية الجنسية ،وشملت الدراسة عينة من طالبات الجامعة السعوديات ،منهم مجموعة من مضطربات الهوية الجنسية (50) ومجموعة من الأسوياء (50) وطبق عليهم مقياس اضطراب الهوية الجنسية (من إعداد محمد مخيمر وعزيز بهلول الظفير (2003) ، ومقياس القلق (من إعداد غريب عبد الفتاح غريب) ومقياس تنسي مفهوم الذات (من إعداد وليم فيتش ترجمة صفوت فرج) ومقياس خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة من إعداد (الباحثة فاطمة خليفة) . (السيد، 2015، ص.101)

5-6 التعقيب على الدراسات :

قمنا في هذا العنصر بمراجعة ما تمكنت من الحصول عليه من دراسات سابقة لها صلة بموضوع الدراسة الحالية سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، وقد كان الهدف من ذلك جمع أكبر قدر من المعلومات حول الدراسات التي تناولت موضوع دراستنا ، و قد تفاوتت هذه الدراسات في أهدافها و فرضياتها وتساؤلاتها ، بالإضافة إلى تفاوت الأدوات المستخدمة وكذلك إختلاف نتائجها من خلال إطلاعي و قراءة الدراسات السابقة من خلال عرض الدراسات السابقة التي أجريت في هذا الموضوع استعرض الباحث عدداً من الدراسات العربية والأجنبية ورغم أن هذه الدراسات أجريت في بيئات، وأنظمة تعليمية مختلفة إلا أنها مشابهة لمجتمع دراسة الباحث ومن خلال تحليل الدراسات السابقة تم رصد أوجه الشبه، وأوجه الاختلاف بين البحث الحالي، والدراسات السابقة، وتميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة، وأوجه استفادة البحث الحالي من الدراسات السابقة؛ والتي كان لها أثر في بناء الدراسة الحالية.

• إتضح ما يلي :

1/- من حيث الموضوع :

كان هنا تشابه إلى حد ما بين بعض الدراسات السابقة في الموضوعات التي تناولتها فمنها :

• الدراسات التي تناولت موضوع إضطراب كرب ما بعد الصدمة :

دراسة منال الشيخ 2012، و دراسة فاطمة الوقت 2003 و دراسة مخيمري و الظفري 2003 .

• الدراسات التي تناولت موضوع إضطراب الهوية الجنسية:

الدراسة Sanikani,Bradly,Zcker. و آخرون 1997 و الدراسة Susan& David 2001 و دراسة Doerfler,Toscano,Connor. دويفلر وآخرون 2009 , دراسة رونايك 2010 , دراسة جيل و آخرون 2010 , الدراسة الشرفي 2009 و دراسة سعاد البشر 2007 , دراسة إبتسام عثمان 2006 , والدراسة أحمد محمد عبد لخالق 2012 , دراسة فاطمة خليفة 2015 . دراسة فريال الفنتوخ 2012 .

2/- من حيث العينات :

إختلفت عينات الدراسة السابقة تبعاً لإختلاف أهدافها و مدى توافر العينات حيث كانت

الدراسة فاطمة المؤقت 2003 صدمة الاعتداءات الجنسية داخل الأسرة و تمثلت العينة في

10أفراد (7إناث و 3ذكور) , في حين أجريت دراسة (مارشال، 1985) على عينة من

ضحايا جماع المحارم و أخوائها غير المشاركين.

3/- من حيث الاهداف :

لم تتمثل اي من الدراسات السابقة من ناحية الاهداف موضوعنا المدروس.

- علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة و جدنا أن دراستنا الحالية قد إتفقت مع الدراسات السابقة في بعض الجوانب من ناحية و إختلفت في بعض الجوانب الأخرى كاهمية التطبيقية و العينات و الأدوات إختلفت في الأهداف .

-أوجه الإتفاق بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة:

- إتفقت في أهمية الدراسة من حيث أن موضوعنا يعتبر من الطابوهات الإجتماعية .

-أوجه الإختلاف بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة:

-لم توجد أي دراسة من الدراسات السابقة تناولت متغيرات الدراسة الحالية بصورة كاملة.

-لم يقع بين يدينا دراسات تناولت اضطراب الضغط التالي للصدمة و علاقته بإضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة بوضوح و تفصيل كامل .

- لم يتم ربط المتغيرين معا في دراسة سابقة من قبل و لا دراسة العلاقة الكامنة بينها .

-لم يكن توضيح للأدوات المستعملة في الدراسة و على العموم إستقادنا من الدراسات السابقة في صياغة أسئلة الدراسة و أهدافها و فروضها كما إستقادنا من نقاط التي تزخر بها هذه الدراسات في إثراء الإطار النظري الخاص بالدراسة الحالية.

6- التعاريف الاجرائية :

• اضطراب الكرب مابعد الصدمة :

هو اضطراب نفسي معقد يتضمن أعراضاً تنتمي لمجالات متنوعة والتي نتجت عن

مجموعة من الميكانزمات المتعددة. (Suvak&Barrett,2011.)

أيضاً هو اضطراب يحدث للشخص ويتبع تعرضه لحدث مؤلم يتخطى حدود التجربة الإنسانية، يجعل الشخص يعايش الصدمة نفسها من حروب أو رؤية أعمال عنف أو قتل أو اغتصاب .
(طه،2012)

و نعرفه إجرائياً بأنه: اضطراب ينتج عن تعرض الفرد للموقف صادم شديد مؤلم يسبب الخوف الشديد و الشعور بالعجز يؤول ذلك إلى إعادة معايشة الخبر الصادمة ،و تجنب كل ما يذكره بها مع إستثارة حادة آن ذاك ، وهو مجموع الدرجات التي يحصل عليها أفراد العينة الدراسة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون .

• اضطراب الهوية الجنسية :

يعرفه عكاشة على أنه الرغبة في أن يعيش الإنسان ويقبل كعضو من الجنس الآخر ، وتصاحبها عادة أحاسيس بعدم الراحة ،أو عدم التلائم مع الجنس التشريحي للشخص ،ورغبة في إجراء عملية أو تناول علاج هرموني ،لكي يتوائم الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص.
(عكاشة،1999 ، ص

691)

ونعرف اضطراب الهوية الجنسية إجرائياً في هذه الدراسة: بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها أفراد العينة الدراسة على مقياس اضطراب الهوية الجنسية.من إعداد(خطاب، أبو الخير).

• الإعتداءات الجنسي داخل الاسرة :

Stkel يعرف الإعتداءات الجنسي داخل الاسرة بأنه عبارة عن رغبات جنسية مكبوتة تجاه المحارم تكون عند الأب لابنته أو الأم لابنها أو الأخ لأخته أو بالعكس وتحكم تصرفاته وتوجهها، وقد تتسبب عنده في الإصابة بأعراض ومخوف وأفعال قهرية شديدة التعقيد من شأنها أن تحول بينه وبين تحقق هذه الرغبات وكثيرا ما تؤدي إلى العنة عند الذكور أو البرود الجنسي عند المرأة وغير ذلك من الظواهر العصابية. (الحنفي،2004،ص،273)

التعريف الإجرائي : هو قيام علاقة جنسية بين أفراد الأسرة الواحدة سواء كانت ضمن أسر كبيرة أو صغيرة تتم فيها هذه العلاقة بين محارم هذا البيت ، حيث حرمت علاقتهم بموجب القانون و الشرع و المنطق و هو شكل من أشكال الإساءة الجنسية بين أفراد تربطهم قرابة دم أو مصاهرة .

الفصل الثاني: إضطراب كرب ما بعد

الصدمة

- 1 إضطراب كرب ما بعد الصدمة
- 2 تعريف الصدمة النفسية
- 3 النظريات المفسرة للصدمة النفسية
- 4 تعريف إضطراب كرب ما بعد الصدمة
- 5 المعايير التشخيصية لإضطراب كرب ما بعد الصدمة حسب
dsm5TR
- 6 النظريات المفسرة لإضطراب كرب ما بعد الصدمة
- 7 أسباب إضطراب كرب ما بعد الصدمة
- 8 المسار و المآل اضطراب كرب ما بعد الصدمة
- 9 علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة

تمهيد:

تعتبر الحوادث الصدمية بمثابة قوة تخترق نظام الإنسانية و تعرقله و ذلك لكون أن هذه الأحداث الصدمية تخلف آثارا على الصحة العقلية و الجسدية للفرد.

ولا تخلو البيئة التي يعيش فيها الإنسان من التهديدات و المخاطر حيث تتزايد كل يوم من حولنا الأحداث الفاجعة و المؤلمة التي يتعرض لها الأشخاص فالاختلالات في توازن الطبيعة تارة و عدوان و ظلم الإنسان تارة أخرى يضع الفرد أو جزء كبير من المجتمع في مواجهة مع مصائب و هزات و صدمات في شكل أحداث عنيفة و مدمرة تخلف دمارا و إصابات جسدية خطيرة و آثار نفسية شديدة ابتداء بالضغط النفسي و القلق و انتهاء بالصدمة النفسية التي قد تصيب الأشخاص فتحول حياتهم و تترك آثار في شخصياتهم.

كما تعرف الإعتداءات الجنسية على أنها هو سلوك جنسي غير مرغوب أو الأفعال التي تستخدم القهر أو القسوة للتسلط أو حرمان الشخص من حق الإختيار ، قد يحصل الإعتداء الجنسي و سوء المعاملة مرة واحدة أو قد يكونان ضمن نمط من العنف و بصفة متكررة .

و ماذا لو كانت هذه الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة حيث عرفت بأنها شكل من أشكال الإساءة الجنسية و التي تظهر في شكل علاقة جنسية بين أفراد تربط بينهم صلة الدم أو المصاهرة، كطفل يتعرض للإساءة من والده(دم) أو زوج والدته مصاهرة و يظهر لنا أن مختلف التعاريف تتفق على أن "زنا المحارم" هو قيام علاقة جنسية بين أفراد الأسرة الواحدة

سواء كان في الأسرة الصغيرة أو الأسرة الكبيرة أب و ابنته أو أخ و أخته أو عم و ابنة أخيه أو خال و ابنة أخته...إلخ، و هو فعل غير مقبول سواء من الأفراد أو المجتمع و يؤدي إلى ظهور اضطرابات مختلفة لدى الأفراد جسدية نفسية أو اجتماعية.

(Eykel,2004,P29,30)

و قد تطرقنا في هذا الفصل إلى إضطراب كربة ما بعد الصدمة بمختلف متغيراتها و ذلك في محاولة لفهمها ولإدراك مدى خطورة الأحداث الصدمية و ما تخلفه من عواقب على حياة الفرد و المجتمع .

1-إضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) :

1-1 نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية:

1-1-1 البدايات الأولى:

كانت البداية الأولى مع قصة حرب رواها هيرودوت (Herodote) حول معركة ماراتون (Marathon) اليونانية سنة 490 ق م و التي عانى فيها محارب يدعى أبيزولوس (Epizelos) طيلة حياته من فقد البصر بعد مشاهدته لحادث صادم و المتمثل في قتل أحد المحاربين لخصمه أمام عينيه، مما يذكر بحالة أطلق عليها فيما بعد أسماء "العمى الهستيرة" و "العصاب الصدمي" .

و في القرن السادس عشر بعد الميلاد كان ملك فرنسا شارل التاسع Charles IX قد اعترف لطبيبه الخاص بعد أيام من تدمير قرية سان برتيلمي في شهر أوت من سنة 1572 بأنه يرى أحلاما مفزعة صدمية و يعاني من أعراض جسمية ناتجة عن القلق و الرعب.

أما في القرن السابع عشر بعد الميلاد جاءت قصة فيليب بينال Philippe Pinel التي يتحدث فيها عن صدمة نفسية تعرض لها الفيلسوف الفرنسي بلاز باسكال Blaise Pascal سنة 1630 حين كاد أن يقع في نهر السين la Seine بعربته وبقى لمدة 8 سنوات و هو يعاني من حالة اعادة معايشة للحادث Reviviscence .

(شكيبو، 2005، ص 115)

وفي نفس السياق جاءت محاولة الشهيرة حول دمار بومبي سنة 79 قبل الميلاد والتي قام فيها بجمع روايات ومحاولات المؤرخين حول الكارثة وشهادات شهود العيان الناجين من الكارثة كما نقلها الرواة أما في العصور الوسطى فإننا نجد في أناشيد رولان سنة 1100م أوصاف عديدة للجراح المؤلمة التي تتركها الأسلحة و آثارها على النفس وأيضا أحلام شارلمان الذي كان يرى فيها جيوشه تهزم وتباد على أيدي أمام الغيلان في بعض المعارك

،كما أن ملك فرنسا شارل التاسع اعترف لطبيبها الخاص بعد أيام من تدمير في شهر أوت سنة 1572 بأنه يرى أحلاما مفزعة صدمية، وأعراض جسدية ناتجة عن القلق والرعب.

(شكمبو، 2005، ص116)

كما أن فيليب بينال تحدث عن صدمة نفسية تعرض لها الفيلسوف بسكال سنة 1630 حين كاد أن يقع في نهر السين بعربته وبقي بمدة 8سنوات يعاني من حالة إعادة معايشة للحادث. (النايلسي، 1991، ص34، ص35)

1-1-2 مرحلة الملاحظات الطبية:

ويعتبر ابن سينا أول من درس الصدمة النفسية في تاريخ الطب بطريقة علمية تجريبية ودراسة مقارنة ومعقدة، فقد قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع الذئب الوصول إلى الحملورغم أنه كان يقدم نفس الكميات من الغذاء للحمل إلا أنه لا حظ هزال الحمل وضموره ومن ثمة موته، وبهذه التجربة يكون ابن سينا قد درس الصدمة وتأثيرها الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت خوفا. (النايلسي، 1991، ص 35)

لقد بدأت الملاحظات الأولى للاضطرابات النفسية المرتبطة بالصددمات الناتجة عن الحروب و النزاعات في القرن السابع عشر بعد الميلاد، حيث كانت الأبحاث الطبية الفلسفية لفيليب بينال تشير الى عدة أوصاف لأعراض صدمية مختلفة عان منها بعض الضباط المتقاعدين بعد 50 سنة من الحياة العسكرية النشيطة و تمثلت في الاستيقاظ المفزع، الأحلام المرعبة، التشنجات العضلية في الأطراف.

كما تعتبر كوارث السكك الحديدية مع نهاية القرن التاسع عشر من المحطات الهامة في دراسة ردود الأفعال و مختلف الصدمات الانفعالية الناتجة عن الوضعية الأزمة situation crise مما سمح بظهور مصطلح العصاب الصدمي névrose traumatique على يدي

الطبيب العقلي الألماني هارمن أوبنهايم Oppenheim سنة 1888 ، ثم جاءت مذكرات وتقارير أطباء وجراحي جيوش نابليون لتحمل أمثلة كثيرة حول حالات مماثلة، نذكر منها : مذكرات الجراحة العسكرية كما تعتبر الحوادث الكبرى للقطارات كوارث السكك الحديدية مع نهاية القرن التاسع عشر محطة هامة في دراسة ردود الأفعال ومخلفات الصدمات الانفعالية الناتجة عن الوضعية الأزمة مما سمح بظهور مصطلح عصاب الصدمة من طرف أوبنهايم سنة 1888و الذي كان محل أخذ ورد ونقاش طويل من طرف الكثير من العلماء مثل ج. شاركو وب.جانبيه و س.فرويد. (لابلانوش وبنطاليس،1987ص، 303)

1-1-3 مرحلة القرن العشرين :

لقد شهد القرن العشرين في نصفه الأول حربين عالميتين أكثر دموية و دمار في تاريخ البشرية حيث استعملت فيها الأسلحة الثقيلة الأكثر فتكا و تدميرا. و هذا أدى الى تعميق البث الاكلينيكي حول العصاب الصدمي و ذلك في مجال الطب العقلي العسكري مما سمح بظهور مصطلح جديد هو مصطلح "عصاب الحرب" على يدي Honigmann سنة 1907 و الذي أطلقه على الأعراض العصابية كالهستيريا و الوهن العصابي و توهم المرض و التي تم ملاحظتها على الضباط الروس خلال الحرب الروسية اليابانية في 1904. و عرفت الحرب العالمية الثانية في 26 أفريل سنة 1943 ظهور أول منشور يأمر بوضع الجنود المصابين بالصدمة النفسية تحت المراقبة الطبية و كانوا يصفون آنذاك بالمصابين النفسيين . كما سمحت هذه الحرب ببروز ملاحظات أكثر دقة مثل الاستعداد المسبق للمرض و مرحلة الكومن التي تسبق ظهور المرض، و هو ما أطلق عليه في انجلترا " الاستجابات الحربية المتأخرة". و في نفس السياق قام دافيس Davis سنة 1945 بدراسات مقارنة بين استجابات الجنود في الحربين العالميتين الأولى و الثانية حيث أظهرت

دراساته أن الاستجابات الهستيرية الشائعة في الحرب العالمية الأولى قد تلاشت لتعوضها الاستجابات النفس جسدية خلال الحرب العالمية الثانية.

ويذكر محمد أحمد النابلسي أن هذه الأخيرة تزامنت مع دراسات مقارنة مثل التي قام بها دافيس 1945 بين استجابات الجنود في الحربين العالميتين الأولى والثانية ظهر أن الاستجابات الهستيرية الشائعة في الحرب العالمية الأولى قد تلاشت لتعوضها الاستجابات النفس جسدية خلال الحرب العالمية الثانية . (النابلسي، 1991ص35، 36)

ثم جاء تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي ليسجل محطة مهمة في تطور مفهوم الصدمة النفسية حيث أطلق عليه اسم اضطراب ما بعد الصدمة والذي سنتطرق له بالتفصيل لاحقا، وقد تمت عدليه ثلاث مرات سنة 1980 و 1987 و 1994 وهو عبارة على تعداد للأعراض دون التطرق للمفاهيم النظرية الخلفية .

و يبقى مفهوم الصدمة النفسية في تطور مستمر مع ما يشهده العلو اليوم من أحداث عنف وإرهاب مثل أحداث العشرية السوداء في الجزائر والتي أسفرت عن عدة دراسات حول أعراض الاضطراب أو الطرق العلاجية له وقد كانت من بين الدراسات التي قامت تحت إشراف هيئات دولية مثل اليونيسيف .و إن كانت الدراسات قد تشمل بعض الضحايا الموجودين في مناطق معينة من العالم دوناً عن مناطق أخرى مثلا وفرة البحوث التي أجريت على الإسرائيليين وقتلتها وندرتها مع الفلسطينيين.(لابلونش، بنتاليس ، ص 287، 289)

1-2 تعريف الصدمة النفسية:

الصدمة النفسية هي حدث أو تجربة معاشة في حياة الانسان تؤدي، خلال فترة وجيزة إلى زيادة كبيرة جدا من الإثارات، تتحدد تبعا لشدها و بالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه، إذ أن محاولة خفض التوتر الناتج عن هذه الإثارات الكبيرة و الغير مألوفة بحلول سوية ومألوفة تؤول بالفشل.

1- ويعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي للابلانش و بونتاليس الصدمة (النفسية) على أنها «حدث في حياة الشخص، يتجدد بشدته، و بالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه، عن الاستجابة الملائمة حياله، و بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب و آثار دائمة مولدة للمرض. تتصف الصدمة، من الناحية الإقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة، بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال و بالنسبة لكفائته في السيطرة على هذه الإثارات و إرسائها نفسياً». (لابلانش و بونتاليس، 1997، ص300)

الصدمة في اللغة من الصدم أو ضرب الشيء الصلب بشيء مثله و صدمه صدما أي ضربه بجسده و صادمه فتصادما و اصطدما. (ابن منظور، 1955، ص، 242)

و في اللغة الأجنبية كلمة صدمة أي Trauma تعني باليونانية جرح أو يجرح و هو مصطلح عام يشير إما إلى اصابة جسدية سببتها قوة خارجية مباشرة أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف . (عبد الخالق، 1998، ص، 73)

و قد ورد معنى كلمة صدمة في معجم أوكسفورد الانجليزي Dictionary Oxford English سنة 1995 بأنها هزة عاطفية ناتجة عن حادثة مؤلمة تؤدي أحيانا إلى اضطراب عصبي، وأصبحت كلمة صدمة ومشتقاتها كلمات متداولة في حديثنا اليومي ومدلول هذه الكلمة للشخص العادي يعني أنها حادثة مأساوية مؤثرة فيه ومسببة للإحباط.

(ماكماهون، 2002، ص88)

كما تعرف الصدمة النفسية بأنها ظاهرة تحدث في الحياة النفسية تحت وطأة حادث، يمكن أن يكون صدمي يعاش في ذعر و رعب و إحساس بعدم القدرة في حالة عدم وجود

الإسعاف و هو مايورط مواجهة مفاجئة مع حقيقة الموت (موت نا أو موت الآخرين) بدون تدخل نظام المعاني التي عادة ما تحفظ الفرد من الاتصال المباغت.

(سي موسى، زقار،، 2002، ص، 88)

أما (N.Sillamy1996,P,278) فيعرف الصدمة على أنها حادث عنيف قابل لشن اضطرابات جسدية و نفسية تؤثر على بنية الشخص، و إذا لم تكن هذه الآثار يمكن اعتبارها أزمة عابرة، و أهم هذه الاضطرابات:

- عدم الاستقرار.
- الضعف.
- العياء النفسي.
- فقدان الذاكرة.
- النكوص إلى مرحلة طفولية.
- الهروب إلى الادمان و تعاطي المخدرات.
- توهم المرض.

في حين عرفها فرويد على أنها تجربة معاشه تحمل معها للحياة النفسية و خلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا في الطاقة لدرجة أن تصنيفها أو إرضائها بالوسائل المألوفة ينتهي بالفشل مما ينجر عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة بوظيفتها .

(P ،1997 Pantalice Laplanche 300)

حيث يعتبر (R.Pierron 1987،ص،87) أنه في حالات الصدمة النفسية هناك مفهوم اقتصادي فنحن نتحدث عن كميات من الطاقة سببها أحداث عنيفة تفوق شدتها صد

الإثارات، كما أن هنا كحقيقة تفرض نفسها و هي أن الصدمة النفسية لا تتعلق فقط بطبيعة الحدث حيث أن نفس الحدث قد يكون له تأثيرات مختلفة على أفراد مختلفين.

أما ، (Bergeret 1982، ص 236) فيعرفها بأنها غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أنتواجه تراكم الإثارات التي لا تطاق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي.

حيث أن هذه الحوادث تعد قوية و مؤذية و مهددة للحياة و تحتاج إلى مجهود غير عادي لمواجهتها و(Postel,1998,P,32) التغلب عليها حيث تعتبر ميلاني كلاين أن الصدمة و مهما كانت فهي تكسر و تخرب كل مل بناء الطفل، كذلك وتوقظ و تنشط هواماته البدائية و كل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة و يستطيع تفجير الضحية إلى (Lopez,1995,P,55) عدة عناصر كما عرفها ، (Pierre Marty 1976، p، 102) بأنها الصدى النفسي و العاطفي الذي يظهر أثره على الفرد و يكون ناتج عن وضعية قد تكون ممتدة في الزمن أو عن حدث خارجي يأتي ليعرقل التنظيم و هو في مرحلة التطور و النمو ويمس التنظيم الأكثر تطورا عند حدوث الصدمة.

و عموما يمكن أن نلاحظ أن معظم العلماء يتفقون على أن الصدمة هي ذلك الأثر الذي يصيب نفسية الفرد و يزعزع شخصيته بحيث لا يستطيع مواجهته أو التعامل معه و هذا نتيجة لحادثة خطيرة و مهددة لحياة الفرد و كيانه و وجوده و تترك أثرا جسديا أو نفسيا على الفرد.

1-2-1 الصدمة النفسية من منظور جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA):

في عام 1980 أدخلت جمعية الطب النفسي الأمريكية مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) في طبعتها الثالثة للدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية (DSM III) سنة 1980، و رغم أن هذا التصنيف الجديد أثار جدالا حول تشخيص ال PTSD، ألا أنه سد فراغا كبيرا في الطب النفسي، سواء على المستوى النظري

أم على المستوى التطبيقي. فمن المنظور النظري التاريخي، التغيير الأساسي و ذو الدلالة الهامة الذي أحدثه مفهوم PTSD، هو الاعتقاد أن العامل المسبب للصدمة يكمن خارج الفرد (أي الحدث الصدمي) عوض ضعف ذاتي للفرد (أي عصاب صدمي)؛ و من المنظور التطبيقي اعتبار الأحداث الصدمية مختلفة عن العوامل المؤلمة الضاغطة، و أن الاستجابات السيكولوجية لهذه "العوامل الضاغطة العادية" تكون مدرجة في تصنيف DSM III "كاضطراب التوافق" عوض PTSD، و بعد سبع سنوات عادت جمعية الطب النفسي الامريكية و أدخلت بعض التعديلات على مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أهمها تعديلان أساسيان هما :

- 1). التركيز على عملية التجنب الذي يعتبر مؤشرا أساسيا للدلالة على اضطراب ما الصدمة (تجنب الأشياء و الأفكار و المشاعر المرتبطة بالحدث و تجنب الوضعيات التي يمكنها أن توقظ ذكريات الحدث).
 - 2). ادراج و لأول مرة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال (استعادة الحدث المؤلم عن طريق اللعب المتكرر المرتبط بالصدمة مع انخفاض الرغبة في الأنشطة و المهارات بما في ذلك الكلام).
- (254P، 1997 Pantalice Laplanche)

و ورد في الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع للأمراض العقلية DSM IV أن الخاصية التشخيصية الأساسية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة هي الذاكرة الصدمية و أن المعايير الكاملة لتشخيص ال PTSD تتمثل في الأعراض التالية :

- أ- أن يتعرض الشخص لحدث صدمي و حدث كالتالي :
 - 1- مر الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه أحداث تضمنت موت حقيقي أو تهديد بالموت أو إصابة بالغة أو تهديد شديد لسلامة الفرد والآخرين.
 - 2- تضمنت استجابة الفرد الخوف و إحساس بالعجز و التعب و في حالة الأطفال يظهر هذا في صورة السلوك المضطرب.
- ب- تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من الطرق التالية :

- 1- تذكر الحدث بشكل متكرر و مقتحم و ضاغط و ذلك يتضمن صورا ذهنية أو أفكار أو مدركات .
- 2- استعادة الحدث بشكل متكرر و ضاغط في الأحلام (كوابيس متعلقة بالحدث).
- 3- التصرف أو الشعور و كأن الحدث الصادم عائد .
- 4- الضغط النفسي الشديد الناتج عن التعرض للمثيرات الداخلية أم الخارجية التي ترمز أو نشبه بعض الجوانب من الحادث الصدمي.
- 5- استجابات فيزيولوجية تحدث عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر.
- ج- التقادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحادث الصدمي إضافة إلى هبوط عام في الاستجابات.
- د- أعراض زيادة الاستثارة بشكل عام.
- هـ- إستمرار الأعراض لمدة شهر على الأقل (الحالة الحادة) أو ستة أشهر (الحالة المزمنة) أو ظهور الأعراض بعدة ستة أشهر من بدأ الصدمة (الحالة المتأخرة).

(Pantalice Laplanche 1997)

1-3-3 النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

لقد تعددت وجهات النظر المفسرة للصدمة النفسية و يتمثل أهمها فيما يلي:

1-3-3-1 الصدمة من وجهة نظر التحليل النفسي :

حسب ما ورد في معجم مصطلحات التحليل النفسي (la planche 1997 .p 63) , فقد احتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال Freud في كتاب " دراسات حول الهستيريا " حيث ميز هذا الأخير بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة النفسية التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الفرد .ويعتبر فرويد صدمة الولادة مع ما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق المرادف لضيق الموت بمثابة أول تجربة للقلق في حياة الإنسان، ولقد تم تناول الصدمة النفسية من منظور التحليل

النفسي حسب وجهتين ، يصعب التمييز بينهما نتيجة تداخلهما ،وسنتناولها باختصار كما يلي:

1-3-2 وجهة النظر الدينامية:

افترض " فرويد " في المحور الأول أن الصدمة النفسية، تكون دائما جنسية وتنتج عن الإغراء وأشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر أمرين:

أ. هو حادث إغواء لكائن غية ناضج ويكون في وضعية سلبية وغير مهياً.

ب. هو العامل المفجر أو البعدي l'après-coup الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله، فهو الذي ينشط الآثار الذكورية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر الذي عمل الكبت على حجبهِ ونسيانه.

فرغم أن هذا المشهد قد يبدو ظاهريا غير مهم إلا أنه يلعب دورا رئيسيا في إيقاظ ذكرى المشهد الأول ذلك من خلال احدى السمات الترابطية بينهما حيث يوجد تنظيم نفسي ورجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقع .

وحيثما يكون الأنا منظما بشكل جيد ورجسية ذات صلابه معينة لا تضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، وحيثما يكون الطفل محبوبا ومحترما يكون له حظ أكبر في مقاومة الصدمات.

(النابلسي،1991ص،24)

1-3-3 وجهة النظر الاقتصادية:

أشار فرويد إلى أن تسمية الصدمة تنطبق على تجربة معاشه تحمل معها الحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبيا، زيادة كبيرة في الإثارة، لدرجة أن تصفيتها أو إرسانها بالوسائل السوية والمألوفة ينتهي بالفشل، مما ينتج عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية

بوظيفتها، ويصبح فيض الإثارة مفرطاً بالنسبة لطاقة احتمال الجهاز النفسي، بسبب حادث فريد بالغ العنف، أو بفعل تراكم إثارات تظل محتملة إذا ما أخذت كل منها بمعزل عما سواها .

وهذا ما يؤدي إلى فشل مبدأ الثبات على اعتبار أن الجهاز قادر على تفرغ الإثارة.(B)

و عليه فإن وجهة النظر عند التحليليين عامة و Freud خاصة تركز على أهمية السنوات الأولى في حياة الفرد في حدوث الصدمة و لاحقاً كيفية التعامل معها، فهو يفترض دائماً وجود حدثين الأول هو مشهد إغراء من طرف راشد لا يكون الطفل جاهز له أما الثاني فيكون هو العامل المفجر للأول من خلال وجود عناصر تربط بينهما و هو ما يؤدي إلى ظهور خلل على مستوى دفاعات الأنا نتيجة الإثارة الكبيرة التي تصيب الجهاز النفسي فيكون عاجزاً عن مواجهتها و السيطرة عليها مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات مختلفة لدى الفرد. (P ،1997 Pantalice Laplanche 217)

1-3-4 الصدمة من وجهة نظر Diatkine :

يعتبر الصدمة النفسية أنها الأثر الناتج عن إثارة عنيفة، تظهر في ظرف لا تكون فيه نفسية الفرد في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم قدرة الفرد على القيام بإرصاد عقلي كافي، فالخبرة الشاقة تلاقي رغبة لاشعورية مما يؤدي إلى الإخلال بتوازن القوى النزوية وتوازن الأنا فينجر عنه بتر لنظام صاد الإثارات وكبت مكثف يتولد عنه ظهور الأعراض.

ولذلك فكل حادث يتعرض له الشخص دون أن يكون هناك عمل نفسي يمهد له، يضع مباشرة حياتها النفسية الواقعية في خطر. (سي موسى، زفار، 2002، ص، 64)

تتشابه وجهة نظر Diatkine مع Freud حيث اعتبر هو الآخر أن الصدمة النفسية هي عبارة عن الأثر الذي تتركه مواجهة الفرد لموقف مهدد و عنيف و مفاجئ يكون الفرد غير مهيب و غير قادر على مواجهته مما يؤدي إلى ظهور خلل الذي يصيب الجهاز النفسي و يخل بتوازن الأنا ما يؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية.

1-3-5 البسيكوسوماتيك التحليلي:

اعتبر النابلسي (1991ص،25) أن المحللين المحدثين العاملين في ميدان البسيكوسوماتيك أعادوا طرح موضوع الأعصبة الراهنة، وكان مدخلهم إلى ذلك إعادة قراءة لحالة دورا تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتابا لا يزال مستخدما في تعليم التحليل النفسي .

بهذه المناسبة تعمق هؤلاء المحللون في دراستهم للحالة دورا فرأوا أنها تعاني من عصاب هستيري لكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان الأعصبة اللانمطية وهذه الأعصبة هي المسؤولة عن الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى دورا .ومن هنا سميت هذه الأعصبة بالبسيكوسوماتية وهم يقسمون هذه الأعصبة إلى:

- العصاب السلوكي وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.

العصاب الطبيعي وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي وعدم الكفاية هذه على درجات ومن هنا يقسم العصاب الطبيعي إلى ثلاث درجات وهي:

- جيد العقلنة.

- غير مؤكد العقلنة.

- سيء العقلنة.

و نحن هنا نركز على هذه المنطلقات النظرية بهدف تغطية جانب فائق الأهمية في موضوع الصدمة وهو المتمثل بالتظاهر الجسدي لآثار الصدمة والذي يمكنه أن يصل إلى حدود الموت .

كما يقول المحللون أن المصاب بهذه الأعصبة يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات والرضوض النفسية وذلك بسبب خلل جهازه النفسي المسؤول أصلا عن إصابته بالعصاب.

اهتم أصحاب البسيكوسوماتيك التحليلي بدراسة الظواهر الجسدية للصدمة النفسية و انطلقوا في ذلك من دراستهم للأعصبة اللانمطية حيث اعتبروا أن أصحاب هذه الأعصبة هم الأفراد الأكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب كون جهازهم النفسي هش و ضعيف فيكون أقل قدرة في مواجهة الضغوط والصدمات التي قد يتعرض لها الفرد. (النبلسي 1991ص،25)

1-4 اضطراب كربة ما بعد الصدمة:

بعد حدوث الصدمة النفسية اثر حدث صادم و تأثر الشخص و حدوث مراحل الصدمة النفسية نجد أنفسنا أمام اضطراب نفسي صار اليوم من أهم الاضطرابات التي تقوم عليها الدراسات و هو اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

إن هذه العبارة لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل عام 1980 غير أنها بدأت تظهر عقب الحرب العالمية الثانية حيث ظهرت مجموعة من الأعراض على الجنود، و قد تمى تعميم ذلك على مختلف الأفراد الذين تعرضوا إلى كوارث أو صدمات كبيرة في الحياة، و تم رسميا و في عام 1980 تصنيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كفئة مرضية مستقلة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، للاضطرابات و الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي حيث أنها كانت قبل ذلك من الأمراض غير المحددة، و عموما كلمة P.T.S.D هي اختصار لعبارة PostTraumatique Stress Disorder و قد تم ترجمتها

إلى اللغة العربية تحت اضطراب ما بعد الصدمة و قد صنف ضمن اضطرابات القلق في DSM4 و عليه تعددت تعاريف هذا الاضطراب. (سي موسى، زقار،،2002،ص،81)

حيث يعرفه الدليل التشخيصي العاشر لمنظمة الصحة العالمية بأنه استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جدا تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية تسبب كربا نفسيا لكل من يتعرض لها تقريبا من قبيل كارثة من صنع الانسان أو معركة أو حادثة عنف أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب أو ارهاباً و اغتصاب أو جريمة أخرى . (فرينة ،2011، ص 12)

كما يعرف على أنه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية، و هو رد فعل شديد ومتأخر للضغط و يكون من الشدة بحيث يصبح مرهقا و يتميز باستمرارية مع إعادة خبرة الحدث الصدمي و التجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة (أفكار، مشاعر، أماكن، أشخاص) والتراخي في القدرة على الاستجابة (صعوبة التذكر، عجز، انعزال، قصور في المشاعر الوجدانية) والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة (صعوبات في النوم أو التركيز، ازدياد التوتر أو التيقض) وتكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر.

(عبد الخالق،1998،ص،23)

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه : « اضطراب ناتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية، و هو رد فعل شديد و متأخر للضغط ...، و يتميز باستمرار إعادة خبرة الحدث الصدمي، و تجنب متواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة (من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص)، و تراخ في القدرة على الاستجابة (كالتذكر و العجز و الانعزال و قصور قي المشاعر الوجدانية)، و المعانات من أعراض الاستثارة الدائمة (كالصعوبات في النوم أو التركيز أو ازدياد التوتر و التيقض)، و تكون مدة الأعراض أكثر من شهر و هو بثلاثة مستويات (الحاد، المزمن، و المتأخر الظهور) ». (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994)

1-4-1 أعراض كربة ما بعد الصدمة :

يعاني مرضى اضطراب الكربة التالي للرضح (او اضطراب الكربة ما بعد الصدمة) (PTSD) من أعراض كل من الفئات الأربع التالية عادةً:

• أعراض اقتحامية (يغزو الحدث أفكارهم مرارًا وتكرارًا)

• تجنُّب أي شيء يذكرهم بالحدث

• تأثيرات سلبية في التفكير والمزاج

تغيُّرات في اليقظة وردود الفعل.

أ- الأعراض الاقتحامية : (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994)

قد يعاود الحدثُ الصادم الظهور مرارًا وتكرارًا على شكل ذكريات لإرادية أو غير مرغوب فيها أو كوابيس متكررة.ولكن، في أحيانٍ أقل من ذلك، يسترجع المرضى الأحداث كما لو كانت تحدث فعلاً، بدلاً من مجرد تذكرها ، كما قد يعاني المرضى من ردود فعل شديدة لتذكيرهم بالحدث.قد تُثار الأعراض عند المحاربين القدامى بالألعاب النارية، مثلاً، في حين أن أعراض الضحية المسطو عليها قد تكون ناجمة عن رؤية مسدس في فيلم.

ب- أعراض التجنُّب :

يتجنَّب المرضى باستمرار الأشياء - الأنشطة أو الظروف أو الأشخاص - التي تذكرهم بالصدمة؛فعلى سبيل المثال، فإنها قد يتجنَّبون الدخولَ إلى حديقة أو مبنى للمكاتب حيث جرى الاعتداء عليهم، أو يتجنَّبون التحدُّثَ إلى أشخاص من نفس عرق المعتدي.وقد يحاولون تجنُّب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات حولَ الحدث الصادم.

ت- التأثيرات السلبية في التفكير والمزاج :

قد يكون المرضى غير قادرين على تذكر أجزاء مهمّة من الحدث الصادم (يسمى

فقدان الذاكرة الإنفصالي أو التفارقي) ، وقد يشعر المرضى بالخدر العاطفي أو بالانفصال عن الأشخاص الآخرين. ويعد الإكتئاب شائعاً، ويظهرُ المرضى اهتماماً أقلّ بالأنشطة التي كانوا يستمتعون بها سابقاً.

قد تصبح طريقة تفكير المرضى في الحدث مضطربة، ممّا يؤدّي بهم إلى إلقاء اللوم على أنفسهم أو الآخرين عمّا حدث. كما أنّ الشعور بالذنب شائع أيضاً؛ فعلى سبيل المثال، قد يشعرون بالذنب لأنهم نجوا بينما لم ينجوا الآخرون. وقد لا يشعرون إلا بالمشاعر السلبية فقط، مثل الخوف أو الرعب أو الغضب أو العار، وقد لا يكونون قادرين على الشعور بالسعادة أو الرضى أو الحب. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994)

ث - تغيّرات في اليقظة وردود الفعل :

قد يجد المرضى صعوبةً في النوم أو التركيز.

وقد يصبحون متيقّظين إلى حدّ مفرط بالنسبة إلى علامات التحذير من المخاطر. وقد تكون مُجفلة بسهولة.

وقد يصبحون أقلّ قدرةً على السيطرة على ردود أفعالهم، ممّا يؤدّي إلى سلوك متهور أو نوبات من الغضب.

الأعراض الأخرى :

ويقوم بعض المرضى بأنشطة طقوسية للمساعدة على الحدّ من قلقهم؛ فعلى سبيل المثال، الأشخاص الذين جرى الاعتداء عليهم جنسياً قد يستحمّون مراراً وتكراراً في محاولة لإزالة الشعور بأنهم في حالة من النجس.

يحاول الكثير من المرضى الذين يعانون من اضطراب الكرب بعد الصدمة تخفيف شدّة أعراضهم بالكحول أو بالعقاقير الترويحية .

1-4-2 تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسب DSM 5 TR :

يدخل هذا الإضطراب ضمن إضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد ، يتم تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة PTSD حسب المعايير التشخيصية التالية:

Posttraumatic Stress Disorder (F43.10)

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة عند الأفراد الأكبر من 6 سنوات.

ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين و المراهقين و الأطفال الأكبر من ست سنوات .

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو الإصابة خطيرة، أو العنف

الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. التعرض المباشر للحدث الصادم .

2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين .

3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين.

في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين،

فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً .

4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل

المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل

متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال.

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية

والتلفزيون، والأفلام، أو الصور إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم.

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات. قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر

حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم. (الحمادي.ص198)

2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و / أو الوجدان في الحلم بالحدث

الصادم

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال [flashbacks] ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر .
 قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.
 5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

C. تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

1. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحاديث الأنشطة والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D. التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تقامت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
 عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

(الحمادي.ص199)

2. المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول

الذات، والآخر، أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد".

- العالم خطير بشكل كامل". "الجهاز العصبي لدي دمر كله بشكل دائم.
3. المدركات الثابتة والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه / نفسها أو غيرها.
 4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).
 5. تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
 6. بالنفور والانفصال عن الآخرين.
 7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).
- E. تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
1. سلوك متوتر ونوبات الغضب دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
 2. التهور أو سلوك تدميري للذات.
 3. التيقظ المبالغ فيه .
 4. استجابة عند الجفل مبالغ بها.
 5. مشاكل في التركيز .
 6. اضطراب النوم على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
- F. مدة الاضطراب (معايير EDC أكثر من شهر واحد.
- G. يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- (الحمادي.ص200)
- H. لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد فيما إذا كان:

حدد فيما إذا كان مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تقي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة. وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1. تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال. الشعور كما لو كان الواحد في حلم الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء.

2. تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد أو مشوه).
ملاحظة: الاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوري).
(الحمادي.ص 201)

التجنب يظهر من خلال ثلاثة أشكال على الأقل كما ذكرها :

(M.Declercq 2001.p69)

بذل المجهود لتجنب الأفكار و المشاعر المرتبطة بالصدمة.

بذل المجهود لتجنب الأنشطة و الوضعيات التي توقظ ذكريات الصدمة.

عدم القدرة على تذكر الجزء الهام من الصدمة.

انخفاض ملحوظ في الاهتمام بالأنشطة الهامة.

الشعور بالانفصال و النفور من الآخرين.

الانحسار في المجال العاطفي (عدم القدرة على الشعور بالحب).

الشعور بالضيق من المستقبل بحيث لا يتوقع الشخص أن يتزوج و أن ينجب أطفالا و أنتكون له حياة طويلة.

رابعا: أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم و يجب توفر عنصرين أو أكثر من هذه الأعراض حسب ماجاء به . (Declercq.p36. M)

1-4-3 النظريات المفسرة للاضطراب ما بعد الصدمة:

1-3-4-1 النموذج السيكولوجي:

حاول كل من green,wilson & lindey سنة 1985 أن يضعوا نموذجا نفسيا واجتماعيا لتفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة . إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة كلما كان المصدوم قادرا على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول. (شكمو ، 2005، ص 132)

و يعتبر النموذج السيكولوجي أن اضطراب ما بعد الصدمة يتوقف على عاملين أوردتهما ليلشكمو (2005 ، ص ، 133) كما يلي:

الأول نفسي و يتمثل في شخصية الفرد الذي تعرض للصدمة و تكوينه النفسي.

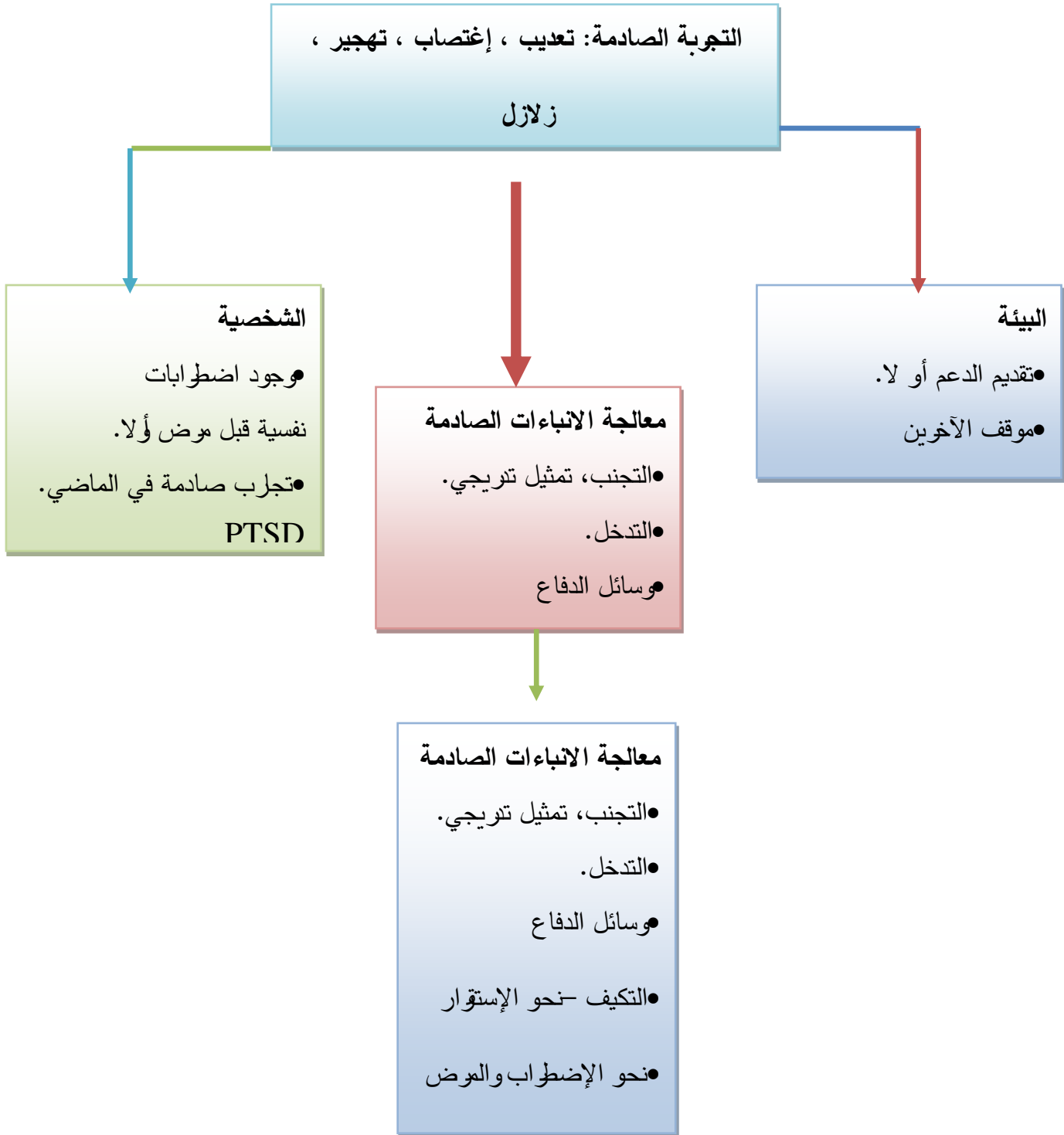
الثاني اجتماعي و يتمثل في البيئة و المجتمع الذي يعيش فيه بما يوفره من فرق تدخل وأساليب مستعملة في حالة التعامل مع الصدمات.

حيث يرى هذا النموذج أنه كلما كانت أسس بناء شخصية الفرد قوية و كلما وجد مساندة و تكفل من مجتمعه بعد الصدمة كان أكثر قدرة على مواجهتها و العكس و يوضح لنا الرسم التالي صورة ملخصة عن النموذج السيكولوجي:

جدول يوضح النموذج السيكولوجي في تفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة .

(شكمبو، 2005، ص 133)

و يوضح لنا الرسم التالي صورة ملخصة عن النموذج السيكولوجي:



شكل يوضح النموذج السيكولوجي في تفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (شكمبو،

2005، ص 133)

1-4-3-2 نظرية معالجة المعلومات :

إن نظرية معالجة المعلومات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة.

فالمنبهات التي تطرق حواسنا و المعلومات التي تغزونا من كل الجوانب قسم منها يستوعبه الدماغ و تتم معالجته (من الترميز إلى التخزين إلى فك الترميز و التذكر والادراك...الخ) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المعلومات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي كما هو الحال مثلا في الكوارث و الصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الطارئة الخطيرة مع خبرات الشخص و نماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية.

و هذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه و الاضطراب في معالجة المعلومات. و في هذه الحالة تبقى المعلومات الصادمة ناشطة و بشكلها الخام (غير المعالج) و هي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول من دون جدوى أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة و الأمان. (شكمبو،2005،ص،88)

غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل التجنب و النكران و التبلد. و هذه الوسائل الدفاعية السلبية تشكل السمات البارزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

و يبدو أن المنبهات لا تغيب عن وعي الشخص بل أنها تغزو و بعنف أفكاره من حين لآخر و تؤدي إلى المشاعر المؤلمة و الصور و الأفكار المأسوية المرتبطة بالصدمة.

و هذا يعني أن المنبهات الصادمة تخضع لمبدأ التكرار القهري لذكريات الصدمة (أفكار وصور دخيلة، كوابس...الخ) و هكذا تبقى المنبهات الصادمة تضغط على الشخص حتى تتم معالجتها بشكل كامل.

و إنه ليس من السهل أو الممكن أن تحدث هذه المعالجة نظرا لطبيعة الصدمة. لذا هناك تأرجح دائم بين عمليات التجنب و التكرار و التبلد ، و هذه العمليات تسبق كل محاولة لاحتوى الصدمة. (شكمبو،2005،ص،88)

1-4-3 نموذج هورويتز (Horowitz M 1980) :

يتناول نموذج هورويتز اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بناء على النظريات الكلاسيكية المعاصرة للصدمة و لكن يولي اهتماما أكبر لنظريات تجهيز و معالجة المعلومات و النظريات المعرفية للانفعالات. و تشمل العناصر الأساسية لمعالجة المعلومات، حسب نموذج هورويتز، المكونات التالية:

- 1). المعلومات مثل الأفكار و الصور.
 - 2). الميل إلى الاكفال (ضمان) حيث تجري معالجة المعلومات المهمة حتى تتراوح نماذج الواقع مع النماذج المعرفية؛ مثال لذلك أن ينتهي الموقف أو يتغير النموذج المعرفي كي يستوعب المعلومات الجديدة .
 - 3). العبء الزائد من المعلومات موقف لا يستطيع الفرد فيه أن يقوم بمعالجة المعلومات الجديدة.
 - 4). المعالجة غير المكتملة للمعلومات هي حالة تجري فيها معالجة المعلومات بطريقة جزئية فقط، حيث تظل المعلومات في الذاكرة النشطة خارج الوعي مع وجود مؤثرات مصاحبة على وظائف الأنا.
- « و يقرر هورويتز (1980) أن عمليات الذاكرة تتضمن مكونا دافعا و أن الإنسان لذلك يسعى الى فهم معنى خبرات الحياة المختلفة و لهذا فإن صور أب حدث تظل باقية في الذاكرة الناشطة ما دام الفرد يسعى الى تحديد المعنى الشخصي للخبرة و تعلقها به.
- و يعتبر هورويتز (1980) أن الحافز الأساسي للعمليات المعرفية هو الميل الى الاكتمال حيث يستمر العقل في تجهيز المعلومات الجديدة المهمة و معالجتها حتى يتغير الموقف أو تتغير النماذج المعرفية و يصل كل من الواقع و النموذج الى مستوى من الوفاق أو المطابقة بينهما. و تتمثل الفكرة الأساسية في هذا في أن الصدمة لا تتم معالجتها أبدا و لكنها تبحث عن الملائمة الأفضل بين ذاتها في الذاكرة و بين المعلومات الواردة، ذلك لأن الأحداث الصدمية تتضمن قدرا هائلا من المعلومات الداخلية و الخارجية و لا يستطيع معظمها أن يتطابق أو يتوافق مع الخطط المعرفية لدى الشخص و يعزي ذلك الى الحقيقة

بأن هذه المعلومات تقع خارج دائرة خبراته العادية و ينتج عن ذلك تطور حالة من (الحمل الزائد من المعلومات) «.

« فالشخص يخبر ما يتواتر لديه من أفكار و صور و انفعالات على أنها لا يمكن أن تتكامل مع الذات ، و تظل هذه الحالة قائمة الى أن يتمكن الشخص من تمثل الحدث الصدمي و تتكامل خبرة هذا الحدث بنجاح داخل الخطط المعرفية الموجودة لديه و لكن إذا لم يتم هذا التغيير فإن العناصر النفسية للحدث الصدمي سوف تظل نشطة في مخزون الذاكرة . (فريدي ، 1995)

و ما دام الشخص الذي يخبر حالة من الصدمة الشديدة لا يستطيع معالجة تلك المعلومات فإن هذه المعلومات تجري إزاحتها خارج الوعي و لذلك تظل في شكل خام أو نشط أو بلا تجهيز و معالجة ، و في هذه المرحلة تعمل آليات الارتكاز و التحذر باعتبارها أساليب أو حيلة دفاعية كي تحتفظ بالمعلومات المتعلقة بالصدمة في اللاشعور أي خارج الوعي ، فإن يتأثر الميل الى الاكتمال (مفهوم مماثل كما يعرف في التحليل النفسي بآلية إجبار التكرار) تغير المعلومات المتعلقة بالصدمة في بعض الأوقات في بؤرة الوعي باعتبارها جانبا من عملية معالجة المعلومات ، الأمر الذي يخلق تمثيلات فكرية للحدث الصدمي على كل مستويات التوظيف و تخترقه في بعض الأحيان في صور اقتحامية عن الحدث باعثة على الاضطراب و لا يستطيع الفرد التحكم فيها.» (أمينة إسماعيل حامد ادم، 2016)

و يحدد هورويتز، في نموذج، أطوارا مميزة تتبعها أحداث الحياة الصدمية، تتشابه و أطوار معالجة المعلومات من حيث رد الفعل للحدث الصدمي، و تترتب على النحو التالي:

- الطور الأول : طور الصرخة (Outcry Phase) .
- الطور الثاني : طور الإنكار (Negation Phase) .
- الطور الثالث : طور الإقحام (Phase Intrusion) .
- الطور الرابع : طور العمل على مواجهة الواقع .
- الطور الخامس : طور الاكتمال .

1-4-3-4 نموذج فوا و آخرون (1989) Foa et al :

فوا و زملائها قدموا نموذجا يتضمن نوعين من التفسيرات للتصور الذهني لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) و يشمل شبكة الخوف (Fear Network) و مقارنة الأنماط المعرفية. و يعتبر هذا النموذج من أفضل النماذج التي تفسر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) كونه نموذج متعدد الأبعاد و تكاملي. فهو يحتوي على ثلاثة مكونات رئيسية ، اثنان منهما يعبران على التصورات الذهنية (الترميز في الذاكرة للصدمة و الأحداث السابقة و اللاحقة لها) و مفهوم الأنماط المعرفية (التي تتمثل في التعميم، الإندفاع، الاعتماد على المجال.)؛ أما العنصر الثالث يمثل مجموعة ردود الفعل بعد الصدمة لدى الفرد المصاب. تفاعل العناصر الثلاثة يحدد نوع و شدة الأعراض التالية للصدمة .

1-4-3-5 نموذج بريون و آخرون (1996) Brewin et al :

حسب هذا النموذج هناك تمثيل ثنائي و معالجة ثنائية للمعلومة على مستوى الذاكرة، حيث يقترح بريون و زملائه وجود نظامي ذاكرة يعملان بالتوازي لمعالجة المعلومات المرتبطة بالحدث الصدمي، لكن يمكن لإحدى الذاكرتين أن تأخذ الأسبقية على الأخرى في أوقات مختلفة.

الذاكرة الأولى تعرف بالذاكرة السهلة المنال (أو التصفح) لفظيا (Verbally Accessible (VAM Memory))، و الثانية تعرف بالذاكرة السهلة المنال (أو التصفح) وضعيا (SAM Situationally)(Accessible Memory).

الالذكريات المخزنة في ال VAM عن الصدمة يتم دمجها مع ذكريات السيرة الذاتية ، التاريخ الشخصي و يمكن استرجاعها بتأن عند الحاجة حيث يتم تمثيلها ضمن سياق الشخصية المتضمن الماضي و الحاضر و المستقبل، و تعتمد على المعالجة الحصينية. في المقابل تتضمن ال SAM المعلومات المحصل عليها من مستوى أدنى للمعالجة الإدراكية للمسرح الصدمي (كالتنهات و الانفعالات الأولية و الأصوات و الذكريات الإقتحامية ("flashbacks")، و الاستجابات الفيزيولوجية للصدمة كالتغيير في الايقاع القلبي و درجة حرارة الجسم و احمرار الوجه...الخ)، و تعتمد المعالجة على مستوى ال SAM على الأמידالا .

1-4-3-6 نموذج إيلرز (أهلرس) و كلارك (2000) Clark & Ehlers :

يركز هذا النموذج على قلق المستقبل لدى ضحايا إضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) و ينص على وجود آليتين أساسيتين لمعالجة المعلومات الصدمية المولدة لتوقع الخطر المهدد لأمن الشخص (من الداخل و من الخارج) وهما التقييم السلبي للصدمة و مخلفاتها و طبيعة الذاكرة الصدمية نفسها و يحدد إيلرز و كلارك نمط ذهني يرتبط بالتقييم السلبي للصدمة وصفوه بالهزم الذهني (mental defeat) و الذي يعكس ردود الأفعال المعرفية - الوجدانية السلبية لإضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

و في حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتج عن الاغتصاب مثلا يصف كل من إيلرز و كلارك مشاعر الذنب لدى الضحايا بالتلوث الذهني (mental pollution) كنمط ذهني خاص بهذا النوع من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

1-4-3-7 نموذج شابيرو (2008) Shapiro) نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات

:(

يعتمد هذا النموذج المعروف بنموذج المعالجة التكيفية للمعلومات على تقنية حركات العين لخفض الحساسية و إعادة المعالجة (EMDR)، حيث تستثير الحركة المزدوجة للعينين يمينا و يسارا الشبكات العصبية التي تربط مختلف مناطق الدماغ خاصة النصفين الكرويين الأيمن و الأيسر، و هذه العملية تساعد على إعادة المواجهة التخيلية مع الصدمة و تحرر الخبرة الصدمية مثل ما يحصل في مرحلة النوم الحالم و الحركات السريعة للأعين. و تقوم تقنية الEMDR أساسا على إزالة الانفصال بين الذاكرة الانفعالية على مستوى اللوزة (الأميغدالا) و ذاكرة الحدث الصدمي على مستوى حسان البحر .

1-4-3-8 النظرية المعرفية :

تستند هذه النظرية على فرضية أساسية و التي تتمثل في أن للفرد قاعدة معلومات أولية (بنية وضعية) تحضره للمواجهة أو الهروب في حالة ولوج خطر ما؛ فإذا لم يستطيع الفرد إعطاء دلالة لوضعية على أنها مهددة فقاعة المعلومات الأولية تختل و تؤدي إلى ظهور أعراض التجنب و أعراض القابلية للإثارة الانفعالية و أعراض تكرارية للحدث الصمدي.

و يقوم المنظور المعرفي للصدمة النفسية على افتراض أن الاضطرابات النفسية الناتجة عن الضغوط و الصدمات ناجمة عن التفكير غير العقلاني و المعتقدات الخاطئة فيما يتعلق بالذات و أحداث الحياة و العالم بشكل عام؛ و على هذا الافتراض و وضعت فوا و زملائها نظرية معرفية، تفسر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضات الأشخاص العادية أو السوية فيما يتعلق بمفهومي الأمن و الأمان .

و في سياق النظرية المعرفية للصدمة النفسية دائما يعتقد لوتز و كين (أن الأفراد المصابين بالاضطراب الصدمي يعانون من خلل في شبكة المعلومات الخاصة بالصدمة (أي شبكة المخططات الإدراكية)، فيؤدي هذا إلى معالجة الفرد للمعلومات بصورة خاطئة بحيث يعي الفرد المصاب الأشياء المهددة على نحو مبالغ فيه، و يقوم بتفسير بعض الأشياء و التلميحات المبهمة على أنها تهديد و لذلك يصبح من السهل إثارة خوفه أو قلقه مما يتسبب سلوك تجنبني غير سوي. و وفق هذه النظرية فإن الحدث الصادم يدرك على أنه معلومة جديدة و غريبة عن المخطط الإدراكي أي غير مسجلة في الذاكرة لكي يتم التعامل معها .

و يهدف النموذج المعرفي إلى تفسير الصدمة النفسية من خلال إدراك الفرد لمعنى الحدث الصادم و كيف تظهر لديه المعانات ، و يبدو أن هذا الأمر يتوقف على نظرة الفرد إلى ذاته و العالم، فالصدمة تؤدي إلى زعزعة البيئات الشخصية للفرد؛ و نظرة الشخص إلى الواقع و تكيفه معه، عادة ما يؤديان، من وجهة نظر ابشطاين (1991)(Epstein) إلى تحقيق الأهداف التالية :

- الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة و الألم .
- الحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول .
- الرغبة في الاتصال و الكلام مع الآخرين .
- و على هذا الأساس يرى ابشطاين أن هناك ثلاثة معتقدات شخصية تغسر موقف الانسان السوي من الواقع و العالم الخارجي و تتمثل في :
- أن هذا العالم هو مصدر الخير و الانشراح.
- أن لهذا العالم قيمة و معنى و يمكن التحكم فيه.
- أن للأنا قيمته و أهميتها الخاصة (أنا شخص محبوب و جدير بالتقدير و الاحترام).

و بناء على هذا المنظور المعرفي لأبشطين، فإن المعتقدات المذكورة موجودة لدى الشخص السوي و الذي يثق بنفسه و يبني أماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه و بالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن المألوف أو نطاق المعقول. لكن عندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات و الآمال المذكورة و يشعر الشخص بالذهول و النقمة و اليأس و كأنه لا يصدق ما يجري؛ و هكذا تتحول المعتقدات الايجابية إلى معتقدات سلبية، و هنا تبرز أهمية العلاج المعرفي الذي يتناول بدقة معالجة الأفكار و المعتقدات السلبية حتى يتمكن الشخص المصدوم من إعادة بناء تجربته و تبديل مفهومه عن نفسه و الواقع و الآخرين .

1-4-3-9 النظرية البيولوجية العصبية :

حاولت العديد من الدراسات البيولوجية العصبية أن تفسر الصدمة النفسية و خاصة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) بعمل الدماغ و ما يطرأ عليه من تغييرات بيوكيميائية و تشريحية و فيزيولوجية و وراثية (جينية). و خلصت جميع الدراسات الفيزيولوجية و النيوربيولوجية الحديثة إلى أن حالات ال(PTSD) كلها ناتجة عن شذوذ في أنظمة النواقل العصبية التعديلية الرئيسية الأربعة النوادينالين، الأستيلكولين، السيروتونين و الدوبامين و على مستوى المحور التحت مهادي النخامي الكظري (HPA axis)، و خلل وظيفي في حلقة اللوزة - حسان البحر - القشرة أمام الجبهية المسؤولة عن ضبط النشاط اللوزي و خفض الاستثارة اللوزية المفرطة الناتجة عن آثار الحدث الصدمي .

1-4-3-10 النموذج البيوكيميائي :

لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) لديهم رد فعل فيزيولوجي أكثر من غيرهم نحو الصدمة . و تتضمن التغييرات فعالية النواقل العصبية أو الهرمونات المشتركة في إستجابة المواجهة أو الهروب. و قد لوحظ أن ال(PTSD) يرتبط بتزايد تحرير النورأدرينالين في الدماغ و انخفاض نسبة السيروتونين و ارتفاع نسبة الأستيلكولين (و تتأوب النشاط الباراسمبثاوي المفرط مع النشاط السمبثاوي المفرط) و كل ذلك مع زيادة حساسية التغذية الراجعة السالبة للمحور التحت مهادي- النخامي- الكظري

(HPA axis) متسببة في انخفاض مستويات الكورتيزول في الدم تزامنا مع ارتفاع تركيز عامل تحرير الكورتيكويدات (CRF) المركزي بالسائل المخي الشوكي (CSF).

1-3-4-1 النموذج البيولوجي العصبي :

من المتأكد أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) له تأثير كبير على الدماغ عموما و على الجهاز اللمبي خصوصا. و يعتقد أن الأميجدالة (اللوزة) تلعب دورا هاما و مفتاحي في تطور ال(PTSD) و استمراره حيث تستقبل اللوزة معلومات من مثيرات خارجية و تحدد الانفعالات المرتبطة بها، كما أن اللوزة توجه مختلف الاستجابات السلوكية الصادرة عن جهاز المواجهة/الهروب/الجمود (FFFS) و تثير تغييرات في مستويات هرمونات الضغط و الكاتيكولامينات .

و تؤكد العديد من النماذج البيولوجية العصبية للصدمة النفسية أن كلا من حصان البحر و القشرة أمام الجبهية يؤثران على استجابة اللوزة من خلال تطبيق نوع من الكف توجهها بعد استجابات الانذار الأولى، و لقد وجد أن النشاط المنخفض في منطقة القشرة أمام الجبهية و على مستوى القشرة الحزامية الأمامية مرتبط بزيادة نشاط اللوزة، و هذا ما يشير إلى أن ال(PTSD) يمثل فشل هذه المناطق في ضبط نشاط اللوزة و ينتج عن ذلك فيض من الاثارة و فرط في الاستجابة لتهديدات الصدمة .

و لقد أثبتت الدراسات التي قام بها روش (1996)(Rauch) مثلا باستخدام تقنية التصوير الطبي بواسطة الPET أن الفرد المصاب بال(PTSD) عندما يعيد معايشة تجربته الصدمية خلال جلسة العلاج نلاحظ لديه تناقص في النشاط العصبي على مستوى منطقة بروكا (في النصف الكروي الأيسر) و تنشيط النصف الكروي الأيمن، وهو ما يفسر الصعوبة الكبيرة في التعبير اللفظي عن التجربة الصدمية و انفصال مركز اللغة عن المراكز الانفعالية .

1-3-4-12 النظرية السلوكية :

تؤكد النظرية السلوكية للصدمة النفسية على العوامل البيئية و أهمية التعلم بنوعيه (الاشراط الكلاسيكي و الاشرط الإجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه ، السوي و غير السوي ، و اللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم . و بناء على هذه النظرية يكون الحدث الصدمي

بمثابة المنبه اللاشعري يظهر الخوف أو القلق مقرونا بالاستجابة السلوكية اللاشعرية أو الطبيعية (كالتجنب مثلا).

و يصبح المنبه غير الطبيعي (أي الشعري) كالمثيرات التي اقترنت بالحدث الصدمي مثل الأصوات العالية أو سيارات الاطفاء و غيرها من المثيرات) منبها شعريا يؤدي إلى استجابات انفعالية شعرية ، متمثلة في الخوف المكتسب و القلق المكتسب ، و التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة، و تؤدي به إلى أن يسلك سلوكا تجنبيا سلبيا.

1-4-3-13 نموذج الاشرط الكلاسيكي :

يقترح هذا النموذج أن الأشخاص المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) مثلا يظهرون غالبا استجابات انفعالية شعرية (CER) معينة كالخوف لمنبهات كانت موجودة أثناء الصدمة (كالظلام- الوقت المحدد من اليوم- الرائحة المعينة- الأصوات العالية...الخ) .

و يعتقد أن الانطفاء أو التلاشي لاستجابة الخوف الشعري (أي الشفاء) لا يحدث إذا تجنب الشخص التكبير في الموقف. و اعتمادا على نظرية بافلوف للاشرط الكلاسيكي ، ينظر إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عاى انه استجابات ضغوط تثيرها منبهات مرتبطة بصدمة عنيفة ، و كلما كانت الصدمة عنيفة كان احتمال الإصابة بالاضطراب أكبر .

(شكيبو، 2005، ص134)

1-4-3-14 نموذج مورر (Mowrer)(1960) أو نموذج التعلم ذو العاملين :

يعتمد نموذج مورر لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة على عاملا الإشرط الكلاسيكي و الإشرط الاجرائي ، حيث يكون العمل الاشرطي الكلاسيكي المتمثل في استجابة الخوف البافلوفي متبوعا بالعامل الاشرطي الاجرائي المتمثل في الاستجابة السلوكية الاجرائية (كاستجابة التجنب مثلا). و يبين هذا النموذج أن الصدمة النفسية وضعية جد مثيرة تعرض استجابة انفعالية خاصة تليها ردود أفعال سلوكية و معرفية متنوعة.

و من خلال الإشرط الإجرائي فإن الفرد يتعلم استعمال سلوكات التجنب لي لا يتعرض إلى مثيرات إشرطية يدركها الفرد على أنها منبودة، و هو ما يعرف بالتعزيز السلبي. لذلك كل

سلوك تجنبني له القدرة على خفض الاستجابات المنبوذة أو القضاء عليها، فإنه يتعزز من خلال قدرته على خفض القلق المرتبط بالتعرض لمثير اشراطي.

لقد استطاع نموذج مورر أن يشرح السلوك التجنبي و التعميمي لل PTSD لكن لم يستطيع تفسير الأعراض الإقتحامية و استمرار الإثارة العصبية و تبدل الاستجابة العامة.

1-4-3-15 نموذج جونس و بارلو (Jones & Barlow, 1990) :

يعتبر نموذج جونس و بارلو نموذج سلوكي حيوي تكاملي يركز على عامل الاستعداد المتمثل في الضعف البيولوجي و النفسي الذي يؤدي ، عند التعرض إلى الصدمة ، إلى حالة الانذار المفرطة و الانفعال الشديد. كما يركز هذا النموذج على أربعة مستويات للاستجابة للضغط و هي :

1. مستوى الضغط البيولوجي (القابلية للاجهاد)
2. مستوى أحداث الحيات
3. مستوى ردود الفعل للضغط (الخطر الحقيقي) الذي يمكن أن يؤدي إلى انذار خاطئ
4. مستوى الضعف النفسي و الأحاسيس غير المراقبة و غير المتحكم فيها (مما يؤدي إلى حالة العجز المكتسب Learned Helplessness) .

1-4-4 أسباب اضطراب كربة ما بعد الصدمة (PTSD) :

عندما يتعرض البشر لحدث صادم أو مهدد فإنه يستجيب بصورة فطرية بسلوكيات تستهدف بالأساس الحفاظ على حياة الشخصية أي الحفاظ على نواتهم كوحداث عضوية مستقلة، إما من خلال المواجهة و الإقدام أو عن طريق الهرب و الفرار استجابة للإقدام أو الإحجام/المواجهة أو الاستيعاب و طبيعة استجابة الضغط الحاد مألوفة تمام لكل البشر. إذ تتضمن علامات واضحة للجميع منها زيادة معدل ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم ، التعرق، زيادة سرعة التنفس ،و زيادة معدلات التمثيل الغذائي أو عملية الأيض إضافة إلى التصلب أو التقلصات العضلية.

(غسان يعقوب، 1999، ص 157)

و من بين هذه الأسباب:

الصدمة : بحد ذاتها و طبيعتها و شدتها إذ أن الحدث الصدمي هو العنصر السلبي الرئيسي للاضطرابات بميزتها الفجائية العنيفة و المهددة بخطر الموت بالإضافة إلى التكرارية المستمرة ،فكل الأفراد الذين تعرضوا للحدث الصدمي لا تظهر لديهم نفس الاضطرابات. (جار الله سليمان، 2014)

-قابلية الطفل للجرح بانسون :التي تحتوي على تركيبتين داخلية و خارجية.

-التركيبية الداخلية الطفلية: المتمثلة في السن و مستوى التطور حيث لاحظ كل من يانسون و اولينبيك بأن التطور المعرفي للحدث الصدمي عند الطفل يؤثر على إمكانياته و قدرته في مواجهة الإحساسات و حبسها حيث ملاحظ أن حدة و ديمومة حالة الإجهاد ما بعد الصدمة عند الإناث أكثر منها عند الذكور و ذلك نتيجة قابليتهم للجرح.

كذلك المدة تكون طويلة فهن يعانين وقت أطول من الحصر المعمم و الخوفات كذلك مجموعة من أعراض الاكتئاب و إصابات جسدية أكثر انتشارا حسب بول قرين، باتريك ، و حسب "شاو" عند الذكور مجموعة أعراض PTSD تتقلص بسرعة 40 شهر و وقت أطول في إقامة العلاقات الاجتماعية ،مواقف العزلة،اضطرابات سلوكية في شكل نشاط مفرط للصددمات السابقة و مستوى النضج و التطور النفسي العاطفي فهذا الاستعداد معروف جدا عند الراشد،و لم يولي الباحثون الاهتمام بالطفل وبصفة عامة يمكن التطرق إلى الاضطرابات الانفعالية على الخصوص قلق الانفصال يختلف القلق بطرق عديدة عن حالة التهيج أو الاستشارة العامة منها . (جار الله سليمان، 2014)

أولا: بالنسبة للقلق عادة ما يكون الانشغال بالضغوط غير متناسب مع التهديد الفعلي المرتبط به أو الذي يمكن أن ينتج عنه.

ثانيا:غالبا ما يرتبط القلق بأنشطة نفسية سلوكية أكثر تنوعا و أكثر تفصيلا خاصة الأنشطة التي تستهدف تجنب الأعراض المبكرة الخاصة بنوبات القلق الشديد أو المباشرة و نوبات الهلع.

ثالثا: حالة القلق من حالة التهيج أو الاستثارة.

رابعا: يمكن أن يحدث القلق دون التعرض لضغط خارجي.

و تلعب العوامل المعرفية خاصة الطريقة التي يفسر و يفكر بها البشر في الأحداث الضاغطة دورا رئيسيا في إحداث حالة القلق فمن العوامل الحاسمة في هذا الصدد إدراك الفرد الحدث الضاغط و طبيعة الإدراك .

1-4-5 المسار و المآل:

من المعروف أن ضغط ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه وهذا الوقت يتفاوت فيقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة.

و يعتبر (H.I Kaplan) أن شدة الأعراض تتفاوت من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الانضغاط النفسي و حيث بينت الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من ضغط ما بعد الصدمة ما يلي:

30% من الحالات يتم شفاؤها تماما.

40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة.

20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة.

في حين يبقى % 10 كما هم أو يتدهورون أكثر. (H.I Kaplan ، 1998 ، p81)

كما و اعتبر H.I Kaplan و B.j.Sadock أن هناك علامات تشير إلى توقع المآل الجيد ومنها:

ظهور الأعراض بعد وقت قصير من وقوع الحادث.

قصر مدة الأعراض (أقل من ستة أشهر)

كفاءة أداء الشخصية قبل الاضطراب.

وجود تدعيم اجتماعي جيد.

وأخيرا عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة.

وقد وجد بشكل عام أن المآل قد يصبح أسوأ في حالات الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسطي العمر لافتقاد هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف.

1-4-6 علاج كربة ما بعد الصدمة :

صممت و طورت برامج عديدة و متنوعة و أجريت دراسات حول التدخل المبكر للتكفل بالأفراد الذين تعرضوا لأحداث صدمية خطيرة . و هذه البرامج العلاجية تمثلت في التكفل المبكر لإزالة آثار الصدمة و إعادة التوازن و الاستقرار للفرد . كما قدمت أغلب المدارس النفسية نماذج العلاج النفسي للصدمة و تفاوتت درجات فعاليتها، لكن من المهم الأخذ بعين الاعتبار بعض متطلبات أي تدخل علاجي أو استراتيجي تكفل و المتمثلة في:

(1). إستعادة الأمان (و ذلك بنقل الفرد إلى مكان يشعر فيه بالأمان و الطمأنينة بعيدا عن مكان الحدث الصدمي).

(2). استعادة القدرة على التعامل مع عواقب الحدث الصدمي (من خلال مساعدته على معرفة ما حدث له و لمحيطه بشكل يحتمله وعيه).

- 3). استعادة شبكة الدعم الاجتماعي و المساندة (من خلال إحاطته بمن تبقى من أفراد أسرته أو أقاربه في حالة كارثة طبيعية مثلا أو بجمعيات الدعم و السند في المجتمع).
- 4). إمكانية استيعاب الخبرة الصادمة (من خلال البناء المعرفي البسيط و إعطاء تفسيرات عقلية و منطقية لما حدث).

(جار الله سليمان، 2014)

1-6-4-1 الإزالة المبكرة لأثار الصدمة (Debriefing) :

تعد الإزالة المبكرة لأثار الصدمة من أهم طرق العلاج الوقائية لإضطراب الضغوط التالية للصدمة، و ذلك بالتدخل مباشرة بعد التعرض للحدث الصادم. و تعتمد هذه الاستراتيجية العلاجية الوقائية على عدة طرق و برامج علاجية؛ حيث يقوم المعالج على استخلاص المعلومات حول كيفية إحساس الفرد بالضغط النفسي الناتج عن حادث الصدمة، و يتم ذلك ضمن مجموعة من 6 إلى 15 شخصا و في الفترة ما بين 24 إلى 72 ساعة بعد التعرض لحادث الصدمة. المجموعة التي قد يكون لها ردود فعل حادة بعد الحدث يتم تطبيق برنامج علاجي على سبعة (7) مراحل:

المرحلة التمهيديّة، مرحلة جمع الحقائق، مرحلة التفكير و مرحلة التفاعل بين المعالج و العميل، الكشف عن أعراض مرحلة التفكير و التفاعل ، مرحلة المعلومات ، و أخيرا مرحلة العودة من جديد أو مرحلة الجلد. يتم تنفيذ هذه الخطوات في مجموعات منتظمة على النحو التالي :

- يتم في المرحلة التمهيديّة شرح القواعد و الأهداف و دور المعالج للإزالة المبكرة لأثر الصدمة.

- في المرحلة الثانية و بعد انتهاء المرحلة التمهيديّة يطلب من أعضاء المجموعة وصف هذا الحدث في جوانبه الواقعية (ما وقع ، ما جرى أثناء الحدث...) .

- في المرحلة الثالثة يتم التركيز على مناقشة أفكار المجموعة في وقت وصولها إلى موقع الحدث.

- خلال المرحلة الرابعة يشترك أفراد المجموعة في عدة مناحي عاطفية بعد نعرضهم و اشتراكهم في نفس الخبرة.

- في المرحلة الخامسة تتم مناقشة الأعراض المتشابهة لدى أفراد المجموعة و التي يمكن أن تكون أساس اضطراب الضغوط التالية للصدمة و استخلاص المعلومات .
 - في المرحلتين السادسة و السابعة يتم إنهاء عملية استخلاص المعلومات (المرحلة السادسة هي مرحلة استراتيجيات التأقلم مع المعلومات التي نتجت عن التعرض لحدث الصدمة، و المرحلة السابعة تشكل مرحلة الاستعداد لإعادة تقييم المعلومات المستخلصة. و كل هذه العمليات الإجرائية و الجلسات العلاجية تستغرق حوالي ساعة إلى ثلاثة ساعات. (جار الله سليمان، 2014)

1-4-6-2 العلاج المعرفي السلوكي بالواجهة وفق فوا و زملائها (Foa et al)(1996) :
 تضع فوا و زملائها تعديل بنى الخوف (structures Fear) عند المريض في محور المبدأ العلاجي النفسي لعلاج الصدمة و ينطلقون من أن بنى الخوف عند مريض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تتضمن عناصر مرضية تقود من بين ما تقود إليه هو أنه ، نتيجة للخبرات الصادمة ، يتم تعميم القلق لمثيرات غير خطيرة. و في أثناء العلاج المعرفي السلوكي يحصل تنشيط لبنى الخوف بواسطة المواجهة المطلوبة حيث تتم مواجهة المريض بخبرات الصدمة و بخوفه ، مما يتيح الاعتياد؛ و في أثناء المواجهة يحصل المريض على معلومات جديدة غير قابلة للاندماج مع العناصر المتضمنة في البنية المرضية ، بحيث يشعر المريض بالخوف مثلا و لكنه يكون في الوقت نفسه بأمان ، مما يدعم تعديل بنية الخوف. و من خلال إعادة الخبرة يتم في الوقت نفسه تنظيم الذكريات الصادمة ، مما يسهل اندماج خبرات الصدمة في التصورات المعرفية القائمة. ومن الممكن أن يتبع ذلك إعادة تقويم جديد للصدمة . (فوا و روثوم ، 1996)

1-4-6-3 العلاج المعرفي السلوكي وفق اهلرس (Ehlers) (1999) :

المبدأ العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لأنكه اهلرس (Anke Ehlers) يربط اساليب المواجهة، و بشكل خاص إعادة الخبرة الصادمة بصورة تخيلية ، بطرق العلاج المعرفي . و تنطلق اهلرس من أن مرضى الـ PTSD قد تمثلوا الحدث الصادم ، حيث أنهم يدركون وجود تهديد راهن شديد مما ينتج الخوف.

و تحدد أهرس عمليتين معرفيتين مهمتين تقودان إلى هذا الإدراك: الأولى هي تفسير الصدمة أو نتائجها أو كليهما معا ، و الثانية نوع ذاكرة الصدمة و ارتباطها بذكرات تاريخ حياة أخرى؛ و نتيجة للتهديد المدرك يطور المريض سلسلة من أنماط السلوك المشوهة والاستجابات المعرفية قامت أهرس بعرضها بالتفصيل.

يبدأ العلاج ، بعد التشخيص المسهب ، مع الشرح للمريض حول أعراضه ، و بشكل خاص حول التمثيل المعرفي للتشوه و تفسير الخبرات الصادمة ، على المريض أن يفهم الاضطراب و يدرك أن الكثير من استراتيجيات تمثله يمكن أن تحافظ على استمرارية الأعراض؛ ويطمح من خلال إعادة الخبرة الصادمة التخيلية (التعرض التخيلي) إلى تحقيق اعتياد على الذكرى الصادمة ، بالإضافة إلى ذلك تحتل المواجهة مع الموقف مكانة كبيرة غي مبدأ أهرس و هي تأتي في مجرى العلاج بعد المواجهة مع الإحساس .

(جار الله سليمان، 2014)

1-4-6-4 العلاج العقلاني الانفعالي :

الهدف الأساسي من العلاج العقلاني الانفعالي هو الحد من نظرة المصدوم لنفسه واكتساب نظرة واقعية نحو الذات و الحياة ، و يسعى المعالج لتطبيق مجموعة من الأساليب السلوكية مع المريض النفسي من أجل زيادة الاهتمام بالنفس ، زيادة الاهتمام بالمجتمع و الاعتماد على النفس و توجيهها.

وكذلك التسامح و المرونة اضافة إلى تقبل مستوى من النظام و الالتزام و التفكير المنطقي العلمي ، مع استيعاب فكرة تحمل المخاطر. كما يستخدم العلاج وفق الطريقة العقلانية الانفعالية الواجبات المنزلية و أساليب التعليم و المواجهة و الإقناع و وصف الأنشطة التي تساعد على التخلص من الأفكار اللاعقلانية

1-4-6-5 العلاج بحركات العين لخفض الحساسية و إعادة المعالجة (EMDR) :

تعتمد هذه الطريقة العلاجية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، التي أسستها العالمة النفسية الأمريكية فرانسين شابيرو (Shapiro Francine) على نظام الحركات الترددية للعين عن طريق استثارة بصرية ومنها استثارة مناطق في الدماغ. حيث تستثير الحركة المزدوجة للعينين يمينا و شمالا الشبكات العصبية التي تربط مختلف مناطق الدماغ خاصة النصفين الكرويين الأيمن و الأيسر. هذه العملية تساعد على إعادة الموجهة التخيلية مع

الصدمة و تحرر الخبرة الصدمية مثل ما يحصل في مرحلة النوم الحالم و الحركات السريعة للأعين. (جار الله سليمان، 2014)

و يقوم العلاج بحركات العين لخفض الحساسية و إعادة المعالجة أساسا على إزالة الانفصال، المستثار من خلال الصدمة، بين اللوزة و حصان البحر، و ذلك من خلال التنبية الثنائي المتبادل لنصفي الدماغ بواسطة حركات العين و التأثير المزدوج للانتباه . و هذا يعني أن يتم استثارة نصفي الكرة الدماغية كليهما بالتبادل من خلال المتابعة البصرية لأصبع المعالج ، أو النقر باليد اليمنى و اليسرى للمريض، و في أثناء ذلك يجيب المريض على أسئلة حول المشاعر أو الخبرات فيما يتعلق بالموقف الصادم. و هذه المواجهة التخيلية مع الصدمة من خلال الاستثارة البصرية لنصفي الدماغ تساعد على إعادة معالجة المعلومات و تقييمها و إعادة إدراكها و تخزينها بصورة صحيحة و تأسيس شبكات ذاكرية جديدة و صور ذهنية معرفية جديدة ليس لها التأثير الانفعالي الشديد كما كانت من قبل.

1-4-6-6 العلاج الدوائي:

اضافة إلى العلاجات النفسية المختلفة تستعمل العديد من الأدوية للتخفيف من أعراض الصدمة النفسية، و قد أعطت نتائج جيدة في حالة الجمع بين العلاج الدوائي و العلاج النفسي في حالة ضعف نتائج العلاجات النفسية. وتعتمد الأدوية الحديثة على نتائج دراسات علمية نفسية عصبية اثبتت دور نشاط بعض الناقلات و المستقبلات العصبية (خاصة السيروتونين ومستقبلاتها) في التقليل من حدة الإنفعالات والضغط الناتجة عن الصدمات. ومن بين هذه الأدوية الحديثة :

- المثبطات الإنتقائية لإعادة إمتصاص السيروتونين (SSRI) مثل الباروكستين (Paroxetine) و الفلوكستين (Fuoxetine) والسيتالوبرام (Citalopram) وهذه المجموعة تتميز بأن أعراضها الجانبية أقل و تقبلها أفضل .

- المثبطات الإنتقائية لإعادة إمتصاص السيروتونين و النورادرينالين (SSNRI)
- مضادات الذهان اللانمطية مثل الكلوزابين (Clozapine) وهو مضاد إنتقائي للمستقبلات السيروتونينية A2HT5 و هناك أدوية أخرى ثبتت فعاليتها في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لكنها أدوية غير انتقائية و لها اثار جانبية كثيرة، ومن بينها :

(جار الله سليمان، 2014)

- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCA) مثل الإيمبرامين (Imipramine) ، الأميتربتيلين (Amitriptyline)

- مثبطات أحادي أمين الأوكسيداز (IMAO) مثل الإيزوكاربوكسازيد (Isocarboxazid) و الفينيلزين (Fenelzine) و هذه الأدوية غير الانتقائية (النمطية) يبدأ العلاج بها بجرعات صغيرة و تزيد هذه الجرعات بالتدرج حتى تتحسن الحالة مع مراعات الآثار غير المرغوب فيها خاصة على الأعضاء الحيوية كالقلب .

أما الأدوية المساعدة أو المكملة للعلاج الدوائي ضد آثار الصدمة يجب ذكر مضادات القلق التقليدية (أو البنزوديازيبينات)(Benzodiazepines) و استخدامها على المدى القصير فقط و مضادات الصرع مثل الكاربامازيبين (Carbamazepine) (أو تيجريتول)(Tegretol).

(جار الله سليمان، 2014)

و تأكد الدراسات في مجال علم النفس البيولوجي و الطب الجزيئي و الجيني أن لهرمون الأوكسيتوسين (Oxytocin) دور أساسي و فعال في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Olf et al)(2010) و أن مضادات الذهان اللانمطية

• مثل الكلوزابين (Clozapine) و الأميروزيد (Amperozide) ترفع من مستويات الأوكسيتوسين في المصل.

• و ليس النمطية مثل الألوپيريديول (Haloperidol) (أو ألدول) (Haldol) .

1-4-6-7 العلاج التكاملية :

يعد العلاج التكاملية للصدمة النفسية استراتيجية علاجية نفسية تعتمد على توظيف النماذج النفسية المتعددة ، و يهدف خاصة إلى التعرف على التفسيرات المحتملة للخبرة الصدمية في أبعادها المختلفة و المتداخلة البيولوجية منها و النفسية و الاجتماعية الثقافية . و من خلال ذلك « يتم إرسان نموذج العلاج الأكثر ملاءمة للحالة انطلاقا من الخصائص التي تم تفسيرها سابقا في سياقاتها المتعددة (جار الله سليمان، 2014).

ثم تأتي مرحلة تدريب المريض على السيطرة على الإنفعالات و الأفكار السلبية و تقويم سير عملية إرسان المعلومات السليمة بعيد عن المعلومات الدخيلة التي خلفها الحدث الصادم و العواقب التي تنجر عنه في مناحيها الشخصية و المهنية و الاجتماعية و الاقتصادية، إلى

غاية تقبل الواقع و التغيير الذي يحدث في حياة الفرد عموما، اضافة إلى تنمية أفكار حول قدرة تحمل المخاطر و مواجهتها .»

و« للتوفيق بين مفهوم اللياقة البدنية و النفسية للتحكم في الضغوط ، فإن العلاج التكاملي يوصي بالمطالعة و التعرف على الموضوع من مصادر علمية، كون ذلك ينمي لدى المتعرض للصدمة النفسية ادراك و وعي حالة اعراض الصدمة لدى الإنسان مما يساعده على اعادة التقييم الإيجابي لمختلف اعراض الصدمة التي كان يعاني منها .»

(جار الله سليمان، 2014)

خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل المفاهيم الأساسية التي لها علاقة مباشرة بموضوع بحثنا كتعريف للعينة المدروسة ثم التطرق إلى المتغير الأول في دراستنا بدأ من الحدث الصدمي وهي الصدمة النفسية ثم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، كما تطرقنا إلى أسباب ثم مسار ومآل هذه الاضطرابات، فهناك حالات يتم شفاؤها وحالات أخرى تستمر في المعاناة مع بعض الأعراض البسيطة أو المتوسطة في الشدة أما البعض الآخر فيتدهور إلى درجة كبيرة وهذا ما يستدعي التدخل لإسعافهم والتكفل اللازم بهم.

وقد ذكرنا مختلف أشكال التكفل والوسائل المتاحة للمختص في مجال الصدمة النفسية خاصة المختص النفسي للقيام بمهمته على أحسن وجه والوصول بالفرد المتعرض للصدمة إلى القدرة على استرجاع توازنه النفسي وقدراته ورغبته في الحياة ومباشرة أعماله اليومية دون أن يكون للأثار التي خلفتها هذه الصدمة دور مثبط لنشاطاته و اماله .

الفصل الثالث: إضطراب الهوية الجنسية

- 1- إضطراب الهوية الجنسية
- 2- تعريف إضطراب الهوية الجنسية
- 3- مركبات او محددات هوية الجنسية
- 4- مراحل نمو و تطور الهوية الجنسية لدى الذكور و الإناث
- 5- أنواع إضطرابات الهوية الجنسية
- 6- أعراض إضطراب الهوية الجنسية
- 7- التفسير العلمي
- 8- المعايير التشخيصية لإضطراب الهوية الجنسية حسب DSM-5-TR
- 9- علاج إضطراب الهوية الجنسية

تمهيد:

إن كل من الجنسين ذكرا أو أنثى مميزات وخصائص تختلف بها عن الجنس الآخر سواء كانت هذه الخصائص فيزيولوجية أو اجتماعية أو حتى في طريقة تفكيره، وبالتالي فان لكل جنس هوية خاصة به يتماشى مع طبيعة جنسه ، وان تحقيق الهوية الجنسية هو تحديد للفرد من يكون ، وتحديد الهوية الجنسية يرتبط بتحديد نوع الجنس الذي ينتمي إليه الفرد ذكرا أو أنثى وتتحدد سلوكيات المستقبلية في ضوء امتداد خبرات الماضي والحاضر، لذا فان اضطراب الهوية الجنسية أو عدم تحديدها يرتبط بخبرات الفرد وأنماط سلوكه فقد عبر علماء و أطباء النفس عنها لوصف حالة التعاسة الجنسية التي يعاني منها هؤلاء من لم يشعر بالانتماء لجسدهم وسنحاول في هذا الفصل التعرف على اضطراب الهوية الجنسية وأنواعها وأعراضها والأسباب الكامنة وراء اضطراب الهوية الجنسية و الآثار الناجمة عنها، وكيفية تشخيصها وعلاجها .

2- إضطراب الهوية الجنسية:

1-2 نبذة تاريخية عن اضطراب الهوية الجنسية:

ترجع الدراسة العلمية للاضطرابات الجنسية في نهاية القرن 19 م إلى ريتشارد فوت كرافت ايبنج (Krafft-Ebing) أستاذ الطب النفسي بجامعة فينا بالنمسا الذي يعد أول من وضع نظرية تركز على الغريزة الجنسية أو تربطها بعلم النفس المرضي وذلك في مقالته الشهيرة السيكوباتية الجنسية التي نشرها عام 1886 ، وفي الثلث الأول من القرن العشرين كان فرويد في قمة ذهوته العلمية ، وحاول بشتى الطرق إقناع الناس بخطورة الدافع الجنسي ، واعتبره أساس كل سلوك ، وأن العجز عن إشباعه هو الأساس الأول لكل اضطراب ومرض.

ومع ذلك، أجرى عالم الأحياء الأمريكي ألفريد كينز (Kenz 1894-1956) دراسة عن التفضيلات والممارسات الجنسية للرجال والنساء في المجتمع الأمريكي ، والتي تضمنت معرفة متعمقة ودراسة السلوك الجنسي . (السيد، 1999، ص.153)

منذ القرن التاسع عشر كان معروفا عن بعض البالغين أنهم يعانون من انزعاج كبير في هويتهم الجنسية ، ثم ظهر بعدها مصطلح تغيير الجنس (التحول الجنسي) المستخدم في عام 1923 و يشير مصطلح الجنس sex إلى الذكورة او الأنوثة ، و ضيق الشخص أو عدم رضاه عن جنسه يعرف بمصطلح dysphoria Gender في حين ان gender تعني الخصائص النفسية أو السلوكية المرتبطة بالجنس البيولوجي لرجل أو امرأة (ذكر أو أنثى) . (Di Ceglie , 2000 ,p 458 - 466)

أما بخصوص الدور الجنسي gender Role فهو :

السلوكيات والمواقف والسمات الشخصية التي تحددها الثقافة والمجتمع ، و هي أكثر قبولا للرجال أو النساء ، وأول من عرف مصطلح " أدوار الجنسين كان جون موني سنة 1955؛ حيث أراد التمييز بين مجموعة من المشاعر والسلوكيات و هو الذي يحدد الشخص أن

يكون فتى أو فتاة ، رجل أو امرأة ، و ظهر مصطلح الهوية الجنسية في منتصف الستينات على يد مجموعة من الباحثين في جامعة كاليفورنيا من اجل دراسة الهوية الجنسية و عرفت هذه مجموعة الهوية الجنسية على أنها: نظام " نسق مركب " معقد من المعتقدات حول الذات وإحساس الشخص بالرجولة أو الأنوثة ، وهي لا تتعلق أبدا بجذور هذا الشعور بمعنى : سواء كان الشخص أنثى أو ذكر ، ومن ثم فان لها مضامين نفسية فقط ، أي الحالة الذاتية التي يشعر بها الشخص الهوية الجنسية - إذن يمكن أن تضطرب (اشكناي، 2012، ص 141).

2-2 تعريف اضطراب الهوية الجنسية:

قبل التطرق إلى تعريف اضطراب الهوية الجنسية سوف نقدم أولا تعريف الاضطراب ثم الهوية الجنسية ثم اضطراب الهوية الجنسية:

2-2-1 التعريف الاصطلاحي للهوية الجنسية:

2-2-1-1 تعريف الصالح 2013 :

مجموعة من الظواهر البيولوجية و التشريحية و الفيزيولوجية و السيكلوجية و الاجتماعية المتعلقة بعملية التناسل وبالعمليات المهددة لها وما ينتج عن ذلك من نتائج تتجاوز حدود الفرع إلى النوع. (الصالح 2013، ص 491)

2-2-2 التعريف الاصطلاحي لاضطراب الهوية الجنسية:

تعريف عبد الرحمان سليمان (2007): يعرف اضطراب الهوية الجنسية بأنها مصطلح سلوكي يشير إلى التعرف الفرد لهيئته الجنسية من حيث الذكورة والأنوثة.

(أحمد، 2007، ص 148)

تعريف "المعمرية (2007) : يعرف اضطراب الهوية الجنسية بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية.

(المعمرية، 2007، ص5)

تعريف "تيسير" (2004) : اضطراب الهوية الجنسية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (dsm4) ما هي إلا تماهي شديد ومستديم بالجنس الآخر أي انزعاج من جنسه أو الإحساس بعدم الملائمة في الدور الجنسي لجنسه الفعلي. (تيسير، 2004، ص 163،164)

ومن خلال التعاريف السابقة نستنتج بأنه اضطراب يعرف فيه الفرد نفسه بشكل معاكس للجنس الذي ولد به، وأنه غير مرتاح للجنس الذي ولد به.

المصطلحات ذات الصلة بالهوية الجنسية عندما يتعلق الأمر بأي تسميات فانه دائما ما يتخلص في نهاية المطاف إلى ما يريح الشخص لذلك تسلط الضوء على مصطلحات الهوية الجنسية و الهوية الجنسية الاجتماعية :

أ- ابروسكسوال (abosexual) هو الشخص يتقلب بين الصفات الجنسية.

ب- معدوم الهوية الجنسية الاجتماعية : الشخص القليل الاتصال لدرجة كبيرة بالنظم الجندرية الجنسية الاجتماعية أو لا يتوافق مع المفاهيم الجندرية ، أو يرى نفسه قائما من دون جندر.

ت- الهوية الجندرية (gender identity) تشير الهوية الجندرية إلى التصور الداخلي لجندر الشخص ، وكيفية تصنيف الفرد لنفسه اعتمادا على مدى توافقه من عدمه مع ما يفهمه من الخيارات الجندرية و تشمل ، الرجل المرأة والمتحولون جنسيا .

ث- المتحول جنسيا : مصطلح يستخدم للدلالة على الشخص الذي يعرف نفسيا على كونه من جنس بجانب الجنس الذي تم تعيينه له عند الولادة وغالبا ما يرغب بتحويل جسده هرمونيا وجراحيا ليتناسب مع إحساسه الداخلي بالجنس .

ج- المستر جلة : (Butch) هي الشخص الذي يعرف كمذكر جسديا وعقليا أو عاطفيا ويستخدم المصطلح في بعض الأحيان بطريقة مهنية ازدرائية للمثليات ولكن يزعم في أماكن أخرى اعتباره كهوية ايجابية .

ح- الخنثوية بين الجنسين : (Androgyne) هي تعبير جندي يحتوي على العناصر من كلا من الذكورة والأنوثة .

خ- antisexuel : هو مصطلح يستخدم للدلالة عن عدم الميل الجنسي والذي لا يهتم بالجنس أو لا يشعر بالانجذاب الجنسي على الإطلاق، أو ليس لديه الرغبة في أن يكون أي نوع من أنواع العلاقة الجنسية أيا كانت .

د- Ft و F2 : واختصار لمصطلح يستخدم للإشارة إلى الشخص المتحول جنديا أو جنسيا من أنثى إلى ذكر .

ذ- lithrosexual : هو مصطلح يستخدم للدلالة على التجاذب الجنسي الذي يتلاشى بمجرد تبادله .

ر- Akoisexual : هو الشخص الذي يختبر الانجذاب ولكنه لا يتمناه أن يكون متبادلا / ممارسا عليه .

z - androsexual : هو الشخص المنجذب في المقام الأول جنسياً أو رومانسياً أو عاطفياً إلى بعض الرجال أو أولئك الذين يعرفون كذكور أو إلى الذكورة.

2-3 مركبات أو محددات الهوية الجنسية:

2-3-1 التركيب البيولوجي : يتحدد بالتكوين الجيني (or) ونشاط الغدد الصماء خاصة تلك التي تفرز هرمون الذكورة (testosterone) أو الأنوثة استروجان و البروجسترون .

2-3-2 التكوين النفسي : وهو صورة الذات كما يستقبلها صاحبها ذكراً أو أنثى ، وهذه الصورة تتأثر إلى حد كبير بالبيئة المحيطة و طريقة التربية فمثلاً إذا كانت الأسرة محرومة من إنجاب الذكور ، ثم رزقهم الله بنتاً فإنهم بدافع لاشعوري يدعمون فيها صفات الذكورة وتنتقل أمنيتهم اللاشعورية إليها فتتصرف على أنها ذكر على الرغم من أنوثتها البيولوجية الواضحة. (تيسير ،2004، ص 170)

2-3-3 النوع الاجتماعي : هو المركب الخارج عن الهوية التي يحددها الشخص لنفسه بشكل مباشر، وإنما هو التعريفات و الوظائف الاجتماعية التي يعطيها المجتمع الحالي للمولود كذكر أو أنثى فمثلاً : الذكور لهم الأعمال الجسدية الشاقة والإناث لهم تربية الأبناء وتحضير الطعام. وهنا ندخل الموضوع الوظائف الجندرية (GENDER ROLES) و ما هي توقعات المجتمع من الشخص حسب إذا كان ذكر أم أنثى .

2-3-4 الميول الجنسية : عالم العلاقات الجنسية ، هذا العالم وسبب تقديسه والامتناع عن التفكير أو البحث به اجتماعياً ودينياً ، كان من الصعب ولفترة طويلة من الزمن التعرف عليه أكثر أو فهمه بصورة أعمق بصورة أعمق فقد نشانا جميعاً على مفهوم العلاقة الجنسية الوحيدة هي العلاقة بين الذكر والأنثى، وذلك بهدف إنجاب الأطفال للعالم فقط.

2-3-5 السلوك الجنسي: هو باختصار الطريقة أو الطرق التي تستعملها أو يفضلها الفرد عند ممارسته للجنس ،بدون علاقة بميوله أو هويته الجندرية أي مع من ؟ مع كم شخص ؟ وكيف الطريقة الوضعيات الجنسية المفضلة ؟ عمر ودرجة بلوغ الشريك الجنسي وغيرها من الأمور . وهنا ندخل إلى عالم ومواضيع مثل BDSM و الممارسات الجماعية ، البيدوفيليا ، والجنس مع الجثث . (تيسير ،2004، ص171)

2-4 مراحل النمو وتطور الهوية الجنسية لدى الذكور والإناث :

وذلك على النحو التالي:

المستوى الأول: اللاتمايز الجنسي (undifferentiated level) وتمثل المرحلة من التطور قبل أي تمايز لأي اتجاه جنسي .

المستوى الثاني : المستوى الأنثوي الأول (primary feminine level) بمعنى نمو الجانب الأنثوي لدى الذكور ، والجانب الأنثوي لدى الإناث .

المستوى الثالث : مستوى الثنائية الجنسية (bisexual level) ويتميز بنمو الجانب الذكري الأول لديهم .

المستوى الرابع : مستوى التميز الجنسي وتحديد الهوية (dominant sexy level) وفيه يتم تحديد نوع الجنس السائد لكلا النوعين ، وذلك بنمو الجانب الذكري الثاني لدى الذكور والجانب الأنثوي لدى الإناث. (احمد ،2010 ، ص،294،93)

2-5 أنواع اضطرابات الهوية الجنسية:

صنف كمال 1994 اضطرابات الهوية الجنسية إلى عدة أنواع:

1- اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة :

وتبدأ قبل بلوغ الطفل سن الرابعة من العمر، وقد تستمر هذا الاضطراب على صورة اضطراب الهوية الجنسية في المراهقة أو الكبر .

2- اضطراب الهوية الجنسية عند المراهقين والكبار :

يظهر قبل سن البلوغ ولا يتم تشخيصه إلا بعد سن وهناك تصنيف آخر ، حيث صنف السبيعي المضطربين جنسيا إلى:

أ- فئة المخنثين : هم الذين يعانون من عيوب خلقية في التكوين التشريحي للجهاز التناسلي ،حيث أن تكوين الأعضاء التناسلية ، وعند حدوث أي اضطراب يتداخل مع هرمون تكوين المبيضين و الخصيتين وزيادة إفراز هرمون الذكورة أو الأنوثة ينتج عنه تشوهات خلقية بالأعضاء التناسلية الخارجية ينتج عنه اضطراب في التعرف على جنس الجنين .

ب- شهوة الأزياء الجنسية : وهم من ملابس يلبس الجنس الآخر ولو سرا ويستثار جنسيا عند فعل ذلك وقد البلوغ.

ت- الجنسية المعاكسة : وهو شعور المصاب أن هناك عدم التوافق بين هويته الجنسية التشريحية وبين توجهه الجنسي وشعوره بأنه ينتمي إلى الجنس المعاكس ورغبته الشديدة أن يحول هويته الجنسية التشريحية . (كمال، 1994، ص 21)

ث- فئة الانقلاب الجنسي : وهذه الفئة من لا ترضى بغير تغيير الجنس وقد تسعى لذلك من خلال العيادات المختصة في الغدد واستخدام الهرمونات أو من خلال عيادات الجراحة لإزالة الأعضاء التناسلية و تغيير الجنس .

ج- فئة الشذوذ الجنسي : هو كل انحراف للدافع الجنسي عن هدفه الطبيعي وينكر فروي دان سبب هذا الانحراف يعود إلى توقف النمو النفسي عند مرحلة معينة لا يتخطاها ويأخذ الشذوذ الجنسي انشغال عدة منها : الجنسية المثلية اللواط عند الرجال السحاق عند النساء). (السبيعي د.ت.ص.3)

2-6 أعراض اضطراب الهوية الجنسية:

ينقسم اضطراب الهوية الجنسية إلى عنصرين لا بد من توافر كل منهما لعمل التشخيص ، ويجب أن يكون هناك دليل على وجود تماهي شديد ومستديم مع الجنس الآخر أي الرغبة في الانتماء إلى الجنس الآخر، أو الإصرار على الانتماء للجنس الآخر لكن التماهي مع الجنس الآخر ليس مجرد رغبة في أي مزايا ثقافية يرى المرء انه سيحصل عليها بالانتماء إلى الجنس الآخر ، وإنما يجب أيضا أن تتوافر دليل على الانزعاج المستمر لدى المرء من انتمائه لجنس معين أو شعوره بعدم ملائمة الدور الجنسي لذلك الجنس.

2-6-1 اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال:

يظهر التماهي مع الجنس الآخر بشكل بارز في الانشغال والاهتمام الشديد بالأنشطة الأنثوية مثال عقد يفضلون ارتداء ملابس الفتيات:

-ينجذبون بشدة للهوايات والألعاب النمطية للفتيات.

-عندما يلعبون هؤلاء الصبية في المنزل يتقمصون أدوار الشخصيات الأنثوية.

-يهتمون بالشخصيات الخيالية الأنثوية.

-قد يعبر الولد عن رغبته في أن يصير فتاة ويؤكد على انه سيصبح امرأة عندما يكبر.

2-6-2 أعراض اضطراب الهوية الجنسية عند المراهقين والراشدين :

تتناقض بين خصائص الفرد والجنس المعبر عنها أو الموجودة مسبقا مثل:

- الأعضاء الجنسية الثانوية الثديين، شعر الإبطن وهذا التناظر يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل.

- رغبة قوية في التخلص من الخصائص الجنسية الأولية (الأعضاء التناسلية أو الثانوية) مثل خشونة الصوت أو ارتخاء الحبال الصوتية ونعومته. - رغبة قوية في أن يكون الشخص من النوع الآخر. - قناعة قوية بأن المرء لديه مشاعر وردود فعل نمطية من النوع الآخر .

فان أعراض اضطراب الهوية الجنسية تتلاشى ظاهريا و شكليا عن الأطفال قبل المراهقة ، وتصبح غير ظاهرة ولكنها تسوء في واقع الأمر فتظهر عند البلوغ العزلة الاجتماعية. الرغبة الملحة بالعيش اجتماعيا كالجنس البيولوجي مع الدور الاجتماعي المقابل.

(Kettenis ,2010.p 499-513)

2-7 عوامل وأسباب اضطراب الهوية الجنسية:

عامة انه من الممكن أن يكونوا ذو أساس يتضمن الهرمونات العصبية المؤدية للسلوكيات الجنسية الهامة

اضطرابات أو اختلالات ذات دلالة سريرية في البيئات المختلفة مثل : بيئات العمل أو المدرسة أو أما عند البالغين:

-كره المظاهر الجنسية الثانوية الأولية.

يوجد غالبا خيالات متوافقة مع جنسا نية مغايرة للجنس البيولوجي (الحيوي)

أ- الأسباب البيولوجية : هناك بعض النظريات تشير إلى أهمية الوضع البيولوجي في مراحل النمو لهذا النوع من الاضطراب مثال ذلك أنه تم تقديم بعض الفتيات اللاتي يتصرفن بشكل نمطي كالذكور على أنهن معرضات لهرمونات الذكورة الاندروجين في فترة نموهم الجيني، وهذه النتيجة أعطت اعتماد فكرة ومن الممكن أن من ينمو لديه اضطراب في الهوية الجنسية يكون لديهم استعداد بيولوجي لوجود ذلك الاضطراب منذ الميلاد ، إضافة إلى وجود الخبرات النفسية المهمة في الحياة المبكرة والمرحلة التي تنمو فيها التشويشات وعدم الراحة وفقا لنوع الجنس. (halgin 1993,p231)

وجد كل من أليس وايمز سنة 1987 دعما لمنظورهم البيولوجي في تفسير أسباب اضطراب الهوية الجنسية بوجود عوامل هرمونية عصبية ، وذلك عند عمل تجربة على الجرذان (الذكور) المخصيين حيث راو السلوك الأنثوي لديهم وان هرمون التستسترون (testosterone) الخاص بهم منخفض مما يؤدي إلى عدم تنظيم عصبي لديهم أما عند الإناث (البشر) فان التعرض الجنسي قد يتأثر بالقليل أو المزيد من الهرمونات والتي تؤثر على مراكز معينة من المخ تتحكم بالتوجيهات الجنسية . (Allis, 1990, p293)

وفي دراسة أقيمت إشارة لوجود أسباب جينية لاضطراب الهوية الجنسية عند فتاتين توأم طلبتا التحويل الجنسي أعمارهما كانت عند إجراء التبدل الجنسي (18 عاما) وكانت الأعراض لديهما واضحة في الطفولة المبكرة ولم تكن لديهما أية أمراض جسمية نفسية طبية ، إلا أنهما اظهرا دلالة على ذكاء متوسط . (Sadeghi, 2000, p. 293)

ب- الأسباب النفسية والاجتماعية : إن الأمان الذي يشعر به الطفل يعتمد على ثلاث روابط أساسية في حياته الأسرية ، وهذه الروابط هي رابطة الأم بالطفل ، رابطة الأب بالطفل ، ورابطة الأم بالأب ،حيث إن أي كسر في هذا المثلث يسبب عدم شعور الطفل بالأمان ، والمحلل النفسي يعتقد أن هناك علاقة بين المشاكل الهوية الجنسية والصراعات

الداخلية نتيجة تجارب تظهر أن هناك ما يتعارض مع حب الطفل الجنس الآخر علاقة الأب والأم تفاهم وتربط وحب ويمثل الأب بالنسبة للبنات الحماية والقوة، بينما تمثل الأم للولد الحب والعطف والحنان، وهذا يحدث في مرحلة (3-6 سنوات) إن مدى قوة العلاقة بين الأم والطفل خلال المراحل الأولى من الطفولة مهمة في تدعيم وبناء الهوية الجنسية، فمثلا من خلال علاقة الأم بأطفالها أن ينتبه الطفل انه أكثر أهمية إذا كان ذكرا أو العكس ، ويمكن أن تتزايد المشاكل الهوية الجنسية عند الطفل في حالة غياب الأم أو وفاتها وأيضا لاستطيع إغفال دور الأب حياة الطفل . (Allis, 1990, p297)

2-8 النظم الاجتماعية السائدة وأثرها في اضطراب الهوية الجنسية:

قد تساعد بعض النظم الاجتماعية السائدة في تكوين اضطراب الهوية الجنسية وخصوصا تلك النظم التي تتساهل في عملية التشبيه بالجنس الآخر ولا يعتبره أمرا شاذا فهذا الأمر يتيح للشخص المضطرب ممارسة دوره المغاير علنا ودون أن يشعر بأي حرج فيتاح له التواجد الدائم مع الجنس المغاير دون أي حرج وقد يكون في ذلك تدعيم لهذه السلوكيات خصوصا لدى الأطفال. (halgin 1993,p227)

أ- اضطراب التطبيع الاجتماعي : كل ما سبق ذكره عن أثر التنشئة في نشوء اضطراب الهوية الجنسية يقودنا إلى الحديث عن مصطلح التطبيع الجنسي ، ويذكر د/ مشعان الخضير" إن التطبيع الجنسي هو العملية التي يتعلم الطفل من خلالها السلوكيات والاتجاهات المناسبة اجتماعيا لجنسه وبالتالي يكتسب أي شعور الشخص بأنه بنت أو ولد ، كما يكتسب معايير الدور خلال مرحلة الطفولة المبكرة وربما في السنة الأولى من حياة والتي تلعب دورا مهما في تشكيل شخصية الفرد ومفهومه عن ذاته فأساليب التنشئة الخاطئة كالحرمان العاطفي والإهمال الشديد وعدم إشباع الحاجات الفيزيولوجية النفسية، الاجتماعية أو التدليل الزائد أو النبذ الرفض القسوة ،لذلك يجب عدم التغاضي عن السلوكيات الجنس

المغاير مثلا يرغب الطفل في البقاء دائما مع الإناث أو اللعب بالعرائس نكل هذه العلامات يجب الانتباه إليها لأنها قد تكون إشارة إلى اضطراب الهوية الجنسية .

(halgin 1993,p228)

ت- وسائل الإعلام : إن وسائل بمختلف أشكالها المرئية، المسموعة فيها، تبث وتنشر الأفكار الضالة والمنحرفة ، التي تغوي المرأة وتشجعها على التمرد على الدين والمبادئ السليمة ، وعلى رفض سلطة الرجل، وتعرض أنواعا من الملابس الفاضحة والمشابهة لملابس الرجل باسم الموضة، وظهر نوع من النساء الشكل شكل امرأة واللبس والتصرفات كالرجال ، إنهن المترجلات من النساء .

لاستطيع إغفال دور الأب حياة الطفل.

النظم الاجتماعية السائدة وأثرها في اضطراب الهوية الجنسية:

- التقليد الأعمى : فهي تلبس وتتصرف دون وعي أو إدراك بما تفعله ودون التفكير في فوائد أو أضرار ما تعمله، فهي تقلد من حولها من فنانات وان كان منافيا لطبيعتها.
- الاعتداء الجنسي في الطفولة واضطراب الهوية الجنسية:

هل كل شخص تعرض للاعتداء الجنسي يصاب باضطراب الهوية الجنسية؟

إن كل شخص مصاب باضطراب الهوية الجنسية ليس بالضرورة أن يؤدي إلى اضطراب الهوية الجنسية فالاعتداء الجنسي في الطفولة هو عامل محفز ومساعد على نشوء اضطراب الهوية الجنسية ، وخلق عملية التنشئة الأسرية والاجتماعية.

- النقص النفسي وفت الأنظار : بعض النساء يشعرن بنقص نفسي، ومحاولة منها لسد ذلك النقص نفترض شخصيتها عن طريق التشبيه بالرجال في اللبس والتصرف، وبعضها لفت الانتباه .

- وذلك بتسريحة الشعر أو لبس ملابس الرجل، كالبنطال أو القبعة أو المشي في السوق والأماكن العامة مشية للفت الانتباه.
 - رفيقات السوء : مما لاشك فيه أن صاحب له تأثير كبير في شخصية من يصاحبه سلبا أو إيجابا، كما قال النبي صلى الله عليه وسلم مثل الجليس الصالح والجليس السوء كحامل المسك وناقخ الكير متفق عليه.
- فالمراة المجالسة للمترجلات من النساء لابد وان تتأثر بهن في لبسهن وتصرفاتهن ، مجاملة أو تقليدا لهن كي لا تكون شاذة عنهن.
- هناك عوامل أخرى مساعدة أو مهياة لاضطراب الهوية الجنسية تشجيع الوالدين أو صمتهم أو حتى عدم اكتراثهم يعني للطفل رضاهم عن هذا الدور، حتى يتمكن ويتأصل فيه شعور الانتماء للجنس الآخر.
- قد لا يكون لدى الطفل المثل الجيد لمظاهر الرجولة أو حتى أم تعلمه ولو نظريا ما يفعله ويشعر به الرجال في شتى المواقف والأحوال، وتعرض فيه الشعور بالقوة وشدة البؤس.
- وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور قد يجلب لهم التعليقات والتحرشات التي تؤدي لانحراف هويتهم وكذلك مظاهر الخشونة بالنسبة للإناث . (Sadeghi, 2000, p. 293)
- العنف الجسدي والنفسي والجنسي على الفتاة من الأهل يؤدي إلى مشاعر القلق وتولد داخل الفتاة ردة فعل معاكسة مما يجعلها تتمثل دور الذكور فالتعرض للإساءة الجنسية تؤدي إلى ظهور اضطراب الهوية الجنسية المصحوب بمشاعر من الخزي والقلق .
- (البشر ، 2008 ،ص421)
- يعد انحراف الوالدين احدهما أو كلاهما في مقدمة العوامل التي تؤدي إلى اضطراب الهوية الجنسية . (عباس، 1993، ص 21)

2-9 التفسير العلمي :

عندما يكون الجنين في الأسبوع الثامن من الحمل يكون هناك هرمونات معينة تبدأ بالتواصل والرسالة تبدأ بالمخ ومن ثم تنتقل إلى الغدة التناسلية حيث انه في البداية ، قبل الأسبوع الثامن من الحمل تكون الغدة التناسلية غير مصنفة كلنا في هذه المرحلة لنا القابلية لنكون إناثا أو ذكورا ،ولكن هذا ليس مصنفا ، عند مرور الأسبوع الثامن من الحمل ، يقوم المخ بإرسال هرمونات معينة إلى الغدد التناسلية ، والتي بدورها ستقوم بالتحول إلى الجهاز التناسلي المؤنث أو المذكر الرسالة ترسل من المخ إلى الأسفل لتقول :قومي بعملك وبعدها إلى الأعلى ، أحيانا لا تعود الرسالة إلى الأعلى أو تعود للأعلى جزئيا ،لذلك ما يحصل هو خلل بيولوجي ما يحصل هو أن الرسالة ترسل ولن تعود إلى الرجوع جزئيا وعندها يحدث الاضطراب فمن الناحية العلمية : أن مرض اضطراب الهوية الجنسية أي التحول الجنسي من ذكر إلى أنثى أو من أنثى إلى ذكر ، وهذا المرض لم يكن معروفا في الماضي ولم تكن عمليات التحويل الجنسي معروفة لكن الأطباء اليوم يقولون : انه مرض حقيقي معترف به في الموسوعات الطبية ، وقد ورد في دائرة المعارف البريطانية عن مرض التحول الجنسي انه (اضطراب في الهوية الجنسية) فالذكر مثلا يولد بأعضاء تناسلية ذكرية كاملة ، وهو بالتالي ليس خنثي لكنه منذ سن مبكرة جدا يصنف نفسه مع النساء ويتعرف كواحدة منهن ويتطلع إلى إنشاء علاقات مع الذكور باعتبارهم الجنس الآخر .

هناك تشخيص شامل واحد للانزعاج من الجندر، مع مجموعات معايير منفصلة ومناسبة من حيث النمو للأطفال والمراهقين والبالغين.

إن مجال الجنس والجندر مثير للجدل إلى حد كبير وقد أدى إلى انتشار المصطلحات التي تختلف معانيها بمرور الوقت وداخل التخصصات وفيما بينها والمصدر الإضافي للارتباك أن مصطلح "الجنس" في اللغة الإنجليزية يشير إلى كل من الذكر والأنثى والجنسانية. يستخدم هذا الفصل التركيبات والمصطلحات كما يتم استخدامها على نطاق واسع من قبل

الأطباء من مختلف التخصصات مع التخصص في علاج الانزعاج من الجندر في هذا الفصل. (الحمادي. ص. 279)

يشير الجنس والجنسي إلى المؤشرات البيولوجية للذكور والإناث (مفهومه في سياق القدرة الإنجابية، مثل الكروموسومات الجنسية والغدد التناسلية والهرمونات الجنسية والأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية غير المبهمة. تضمنت اضطرابات النمو الجنسي أو الاختلافات في التطور الجنسي (DSOS) المصطلحات التاريخية الخنثة والخنثة الزائفة تشمل اضطرابات النمو الجنسي حالات ثنائية الجنس الجسدية مثل التطور الخلقي للأعضاء التناسلية المبهمة (على سبيل المثال، تضخم البظر، صغر القضيب) والانفصال الخلقي للتشريح الجنسي الداخلي والخارجي (على سبيل المثال، متلازمة عدم الحساسية للأندروجين الكاملة)، والتطور غير الكامل للتشريح الجنسي (على سبيل المثال، عدم تكوين الغدد التناسلية وتشوهات الكروموسومات الجنسية (على سبيل المثال، متلازمة تيرنر متلازمة كلاينفيلتر). أو اضطرابات نمو الغدد التناسلية (على سبيل المثال، خصية مبيضية).

يستخدم الجندر للإشارة إلى الدور الاجتماعي والثقافي العام والمُعترف به قانوناً عادة كفتى أو فتاة أو رجل أو امرأة، أو جندر آخر. (الحمادي. ص. 279)

تعتبر العوامل البيولوجية مساهمة في التفاعل مع العوامل الاجتماعية والنفسية لتطور الجندر.

يشير تحديد الجندر إلى التعيين كذكر أو أنثى يحدث هذا عادة عند الولادة بناء على الجنس الظاهري، وبالتالي ينتج عنه الجندر المحدد عند الولادة، والذي يُشار إليه تاريخياً باسم "الجنس البيولوجي" أو مؤخراً "جنس الولادة".

غالباً ما يتم استخدام الجنس المحدد عند الولادة بالتبادل مع الجندر المحدد عند الولادة. إن مصطلحات الجنس المعين والجندر المعين لا تشمل فقط الجنس / الجندر عند الولادة، وإنما تعيين الجنس / الجندر وإعادة التعيين التي تتم بعد الولادة وأثناء الطفولة المبكرة أو الطفولة، وذلك عادة في حالات ثنائية الجنس.

يشير الجندر غير النموذجي إلى السمات أو السلوكيات الجسدية التي لا تعد نموذجية (بالمعنى الإحصائي) للأفراد من نفس الجندر المعين في مجتمع معين وعصر تاريخي. عدم

المطابقة الجندرية، والمتغيرات الجندرية والتنوع الجندري هي مصطلحات بديلة غير تشخيصية. (الحمادي. ص. 280)

إعادة تعيين الجندر يشير إلى تغيير رسمي (وأحياناً قانوني) في الجندر. علاجات تأكيد الجندر هي إجراءات طبية هرمونات أو عمليات جراحية أو كليهما) تهدف إلى مواءمة الخصائص الجسدية للفرد مع جنده الذي يختبره الهوية الجندرية هي فئة من فئات الهوية الاجتماعية وتشير إلى تعريف الفرد على أنه ذكر أو أنثى أو فئة ما بينهما (أي المائع بين الجندين)، أو فئة أخرى غير الذكر أو الأنثى (أي محايد بين الجنسين) كان هناك انتشار للهويات الجندرية في السنوات الأخيرة يشير الانزعاج الجندري كمصطلح وصفي عام إلى الضيق الذي قد يصاحب التناقض بين الجنس الذي يختبره الشخص أو المعبر عنه والجندر المعين له.

ومع ذلك، يتم تعريفه بشكل أكثر تحديداً عند استخدامه كقناة تشخيصية، وهو لا يشير إلى الكرب المرتبط بالوصمة، وهو مصدر ضائقة واضح بالرغم من احتمالية أن يكون أحد المصادر المشاركة في هذا الكرب.

يشير التحول الجندري إلى طيف واسع من الأفراد الذين تختلف هويتهم الجندرية عن الجندر المعين عند الولادة. يصف مصطلح توافق الجندر الأفراد الذين يتطابق تعبيرهم عن الجندر مع الجندر المحدد عند الولادة أيضاً غير المتحولين جنسياً). (الحمادي. ص. 280)

يشير مصطلح المتحولين جنسياً، وهو مصطلح تاريخي، إلى الفرد الذي يسعى، أو يمر، أو خضع لانتقال اجتماعي من ذكر إلى أنثى أو أنثى إلى ذكر، والذي يتضمن أيضاً في العديد من الحالات، ولكن ليس كلها، انتقالاً جسدياً عن طريق العلاج الهرموني لتأكيد الجنس، وجراحة الأعضاء التناسلية أو الثدي أو أي جراحة أخرى لتأكيد الجنس يشار إليها تاريخياً باسم جراحة تغيير الجنس.

على الرغم من عدم تعرض جميع الأفراد للضيق بسبب التناقض، فإن الكثيرين يشعرون بالضيق إذا كانت التدخلات الجسدية المرغوبة باستخدام الهرمونات و / أو الجراحة غير متوفرة. المصطلح الحالي أكثر وصفاً من المصطلح السابق المستخدم في الدليل الرابع

(اضطراب الهوية الجندرية) ويركز على الضيق والإحباط باعتباره مشكلة سريرية، وليس الهوية في حد ذاتها. (الحمادي. ص.281)

2-9-1 أثار اضطراب الهوية الجنسية:

لا يزال أثرها مجهولا البالغون الذين يريدون إجراء عمليات تغيير الجنس هم أساسا من الرجال نلاحظ نفس الأغلبية الذكورية لدى الأطفال الخاضعين لمتابعة طبية لاضطراب الهوية . (mcfarland, 1999, p. 290)

2-10 المعايير التشخيصية لاضطراب الهوية الجنسية حسب DSM 5 TR :

غير تسمية اضطراب الهوية الجنسية الذي كان في النسخة السابقة من DSM إلى الانزعاج من الجندر gender dysphoria في آخر نسخة منه :

2-10-1 الانزعاج من الجندر عند الأطفال : Gender Dysphoria in Children (F64.2)

A- تناقض ملحوظ بين الجندر المعبر عنه / المختبر والجندر المفترض، لمدة ستة أشهر على الأقل وذلك كما يتجلى بستة على الأقل مما يلي:
(واحدة منها يجب أن تكون المعيار A1).

1- رغبة قوية في أن يكون من الجندر الآخر أو الإصرار على أن الفرد هو من الجنس الآخر (أو بعض التبدل في الجنس المختلف عن الجنس المعين).

(الحمادي. ص.281)

2- في الأولاد (الجندر المعين)، تفضيل قوي لارتداء الملابس المتقاطعة مع ملابس الإناث أو عبر محاكاة الملابس الأنثوية الموشحة أو في الفتيات (الجندر المعين)، تفضيل قوي لارتداء الملابس الذكرية فقط ومقاومة قوية لارتداء .

3- وجود تفضيل قوي للأدوار المشتركة من الجندر في اللعب المشترك أو اللعب الخيالي.

4- تفضيل قوي لألعاب، أو أنشطة نمطية تستخدم أو تمارس من قبل الجندر الآخر.

- 5- وجود تفضيل قوي لرفاق من الجندر الآخر.
 في الأولاد الجندر) (المعين، رفض قوي لألعاب، أو أنشطة نمطية مذكرة وتجنب شديد
 للعب الخشن والمتقلب، أو في الفتيات (الجندر) المعين)، رفض للألعاب الملابس ، الأنثوية
 التقليدية أو الأنشطة النمطية المؤنثة.
 6- بغض شديد للتشريح الجنسي للفرد.
 7- رغبة قوية للخصائص الجنس الأولية و/أو الثانوية التي تطابق الجندر المختبر.
 B- يترافق الاضطراب مع تدن أو إحباط ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية
 والمدرسة أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

تحديد ما إذا كان:

مع اضطراب / اختلاف للنمو الجنسي (على سبيل المثال، اضطراب الكظرية التناسلية
 الخلقى مثل [E25.0] تضخم الغدة الكظرية الخلقى أو [E34.50] متلازمة فقد الحساسية
 للأندروجين).

ملاحظة للترميز: رمز اضطراب / اختلاف النمو الجنسي، وكذلك الانزعاج من الجندر.

(الحمادي. ص. 282)

2-10-2 الانزعاج من الجندر لدى المراهقين والبالغين :

Gender Dysphoria in Adolescents and Adults (F64.0)

- A- تناقض ملحوظ بين الجندر المعبر عنه / المختبر والجندر المفترض، لمدة ستة أشهر
 على الأقل وذلك كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي: (الحمادي. ص. 283)
 1- تناقض واضح بين الجندر المختبر / المعبر عنه والخصائص الجنسية الأولية و/أو
 الثانوية (أو عند المراهقين، الخصائص الجنسية الثانوية المتوقعة).
 2- رغبة قوية للتخلص من الخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية للفرد بسبب
 التناقض الملحوظ مع الجندر المختبر / المعبر عنه أو لدى المراهقين الشباب رغبة في منع
 تطور الخصائص الجنسية الثانوية المتوقعة).
 3- رغبة قوية في الخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية للجندر الآخر.
 4- رغبة قوية في أن يكون من الجندر الآخر أو بعض التبدل في الجندر المختلف .

- 5- رغبة قوية في أن يعامل كما الجندر الآخر أو بعض التبدل في الجندر المختلف عن الجندر المعين).
- 6- هناك قناعة قوية بأن الفرد لديه مشاعر وردود أفعال نموذجية كما الجندر الآخر (أو بعض التبدل في الجندر المختلف عن الجندر المعين).
- B- يترافق الاضطراب مع تدن أو إحباط ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- تحديد ما إذا كان :

مع اضطراب / اختلاف للنمو الجنسي (على سبيل المثال، اضطراب الكظرية التناسلية الخلقى مثل [E25.0] تضخم الغدة الكظرية الخلقى أو [E34.50] متلازمة فقد الحساسية للأندروجين).

(الحمادي. ص. 283)

ملاحظة للترميز: رمز اضطراب / اختلاف النمو الجنسي، وكذلك الانزعاج من الجندر.

تحديد ما إذا كان :

ما بعد التحول انتقال الفرد إلى حياة بكامل الوقت من الجندر المنشود (مع أو دون قوينة التغيير في (الجندر) وخضع) أو (يستعد للخضوع) لواحد على الأقل من الإجراءات الطبية المتقاطعة للجنس، أو لنظام علاجي بالاسم أو علاج هرموني منتظم للتقاطع من الجندر أو جراحة تغيير الجنس تؤكد الجنس المطلوب (على سبيل المثال، بتر القضيب، تصنيع المهبل في الأفراد الذين ولدوا كذكور، استئصال الثدي أو تصنيع القضيب في الأفراد الذين ولدوا كإناث).

(الحمادي. ص. 284)

3-10-2 انزعاج من الجندر محدد آخر : Other Specified Gender Dysphoria (F64.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للانزعاج من الجندر والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تف بالمعايير الكاملة لتشخيص الانزعاج من الجندر يتم استخدام فئة اضطراب انزعاج من الجندر محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلي المعايير المحددة لتشخيص الانزعاج من الجندر. يتم

ذلك من خلال تسجيل انزعاج من الجندر محدد آخر " تليها الأسباب المحددة (مثلاً الانزعاج من الجندر الوجيه)".

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي: الاضطراب الحالي يستوفي المعايير العرضية للانزعاج من الجندر ولكن المدة أقل من ستة أشهر .
(الحمادي. ص. 284)

2-10-4 انزعاج من الجندر غير محدد: Unspecified Gender Dysphoria (F64.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للانزعاج من الجندر والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تف بالمعايير الكاملة لتشخيص الانزعاج من الجندر. يتم استخدام فئة انزعاج من الجندر غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلي المعايير المحددة لتشخيص الانزعاج من الجندر.

وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً .

(الحمادي. ص. 285)

2-11 علاج اضطراب الهوية الجنسية :

أخرى غير اضطراب الهوية الجنسية، أقلها عدم تأكد الشخص من هويته الجنسية الاجتماعية من المهم إجراء فحص طبي شامل لإقصاء أي نوع من الاضطرابات الشخصية (النرجسية) أو اضطراب الغدد أو اضطراب العصبي يشمل الفحص مجموعة من المعلومات التي يقدمها الوالدان والأقارب ، واختبارات القياسات النفسية و اختبار سلوكيات الطفل ، و اختبار الجسدي و السوايف (وجود اعتناء جنسي أم لا) .

2-11-1 العلاج النفسي:

ينقسم العلاج النفسي إلى:

1- المرحلة الأولى: يتم فيها استقصاء كل ما يمكن. من المعلومات حول نفسية المريض، وبيئته وملابستها و دوافعها الحقيقية لتغيير جنسه وكثيرا ما يظهر ذلك الاستقصاء أمورا فإذا اقتنع المعالج بحقيقة وجود الاضطراب فإن المرحلة الثانية تبدأ.

2- المرحلة الثانية : هي التي يبدأ فيها المريض بالحياة كفرد من أفراد الجنس الآخر أي أن ابنتك ستطلب منك تغيير اسمها إلى اسم ولد ثم تخرج إلى الشارع مرتدية لباس الأولاد وربما طلبت تناول بعض الهرمونات الذكورية لكي ينبت الشعر في وجهها وجسدها ، ولعل صوتها يصبح أكثر خشونة فالمذكور في كتب الطب النفسي المحترمة هو أن الكثير يفضلون البقاء في هذه المرحلة أي يعيشون عيشة المخنثين زاما من يطلبون المزيد فهم من يدخلون المرحلة الثالثة.

المرحلة الثالثة : هي مرحلة التدخل الجراحي لتغيير خلق الله أو العبث به فأما أن يتم التحويل الجنسي تماما من رجل إلى امرأة أو العكس لإنتاج مسخ مشوه (طبعاً أو البقاء على الأعضاء التناسلية الأصلية وإضافة أعضاء الجنس الآخر (من خلال زراعة الأعضاء أو تكوينها من مناطق أخرى من الجسد نفسه أي أننا نجد خنثي صناعيا.

(2009, p.189. Marcelli)

2-11-2 العلاج بالهرمونات:

يظهر عدد من المرض من الجنسين، رضا بخصوص العلاج بالهرمونات فالرجال المغيرين لجنسهم و الذين يتناولون الاستروجين يلاحظون نقص عدد الانتصابات و ارتفاع ضئيل في حجم صدرهم حيث يجب متابعة هؤلاء المرض بسبب أخطار المضاعفات : ارتفاع ضغط

الدم ، و ارتفاع نسبة السكر في الدم أما عند النساء اللاتي يتناولن الأندروجين فيلاحظن ارتفاع في الشهوة الجنسية وانقطاع الحيض و ارتفاع حساسية النظر وخشونة الصوت ويوجد لديهن خطر المضاعفات التهاب الوريد الخثاري و اضطراب في الكبد.

تبقى العملية الجراحية محل جدل فهي تحدث تغييرا نهائيا وغبر منعكسا للجنس لهذا يجب أن يتخذ القرار بعد فترة من التعقيم وحسب معايير معينة لاسيما لإلزام المريض على العيش كشخص من الجنس الآخر لمدة تتراوح بين 3 أشهر وسنة .

(McFarland, 1999, p 294)

خلاصة الفصل:

كخلاصة لهذا الفصل ، نستنتج أن الاضطراب الهوية الجنسية هو احد الاضطرابات الجنسية ، تظهر عادة في مرحلة الطفولة وتختفي ثم تظهر في مرحلة المراهقة أين يشعر المراهق بعدم الرضا عن جنسه لذا فان اضطراب الهوية الجنسية يمثل في إذا ما كان المصاب يريد تحديدها أو عدم تحديدها و هذا أخير يرتبط بخبرات الفرد أنماط سلوكه الماضي و احداث الماضية.

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات التطبيقية

- 1- الدراسة الإستطلاعية
- 2- الدتسة الأساسية
- 3- منهج الدراسة
- 4- حدود الدراسة
- 5- أدوات البحث
- 6- المقاييس النفسية
- 7- الإجراءات التطبيقية
- 8- الأساليب الإحصائية

تمهيد:

بعد تطرقنا إلى إشكالية الدراسة وتحديد فرضياتها واستعرضنا لأهم الجوانب التي لها علاقة بموضوع الدراسة ألا وهو "إضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بإضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة " جاء هذا الفصل لتوضيح الإجراءات الميدانية وكذا كيفية اختبار الفرضيات التي طرحناها سابقا والتوصل إلى نتائج في دراستنا هذه .

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية جزء مهم من الدراسة خاصة في جانبها الميداني، فهي تساعدنا على فهم الموضوع والإلمام بها لإضافة إلى توظيف المعلومات النظرية التي حصلنا عليها لإزالة كالمغوض الذي يحيط بالموضوع.

ومن جهة أخرى فهي تسمح للباحث بالتعرف على مدى ملائمة الظروف للقيام بهذه الدراسة واختيار عينة البحث، لذلك فالقيام بهذه الدراسة ضروري جدا ما يسمح لنا بالصياغة السليمة لفروض البحث وضبطها على ضوء ما تم استخلاصه ميدانيا.

فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة فرعية أو دراسات فرعية يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي، وذلك حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته وملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به .

(عبد القادر. طه فرج، ص194)

ولقد قمنا بالدراسة الاستطلاعية في مدينة غرداية وضواحيها وذلك من أجل ضبط الموضوع والبحث عن الحالات، وقد تمكننا خلالها من تحديد عينة البحث التي واجهنا صعوبة في إيجادها نظرا لحساسية الموضوع المطروح وهو زنا المحارم، حيث توجهنا إلى مؤسسة الاستشفائية العمومية الشنيني موسى بمدينة غرداية (سيدي أعباز) من أجل إيجاد الحالات وفقا للشرط التالي وهو أن يكون شخص تعرض لزنا المحارم 100%، وتمكننا خلالها من إيجاد ثلاث حالة (إناث)، وهذا ما اضطرنا للتوجه إلى الميدان لإيجاد حالات أخرى فتمكننا من إيجاد أربع حالات وهم خمس أنثى و ذكرين تعرضوا لزنا المحارم ،وقد وافقت الحالات على العمل معنا وهذا ماسهل علينا تطبيق الدراسة .

2- الدراسة الأساسية :

1-2 مجموعة الدراسة وخصائصها :

تمثلت الدراسة في سبع حالات و هي ذكرين و خمس إناث تعرضوا لإعتداءات جنسية داخل الأسرة 100% ويرجع قلة أفراد العينة إلى حساسية الموضوع المطروح و اعتباره من الطابوهات في المجتمع، اضافة إلى عدم وجود تكفل جيد بحالات الإعتداءات جنسية داخل الأسرة نظر لعدم وجود مؤسسات خاصة بهذا الغرض لذلك كان من الصعب علينا إيجاد الحالات، يتراوح سنهم ما بين 20 سنة الى 37 سنة تمت المعاينة بطريقة قصدية نظرا لحساسية الموضوع و قد تم إيجاد الحالات في مؤسسة الاستشفائية العمومية الشنيني موسى بولاية غرداية سيدي عباز .

3- خصائص عينة الدراسة:

الجدول (01) : يمثل خصائص العينة

| حسب المستوى التعليمي | | | | حسب السن | | حسب الجنس | | عدد افراد العينة |
|----------------------|-------------------|-------|-------|----------|---|-----------|------|------------------|
| أساسي | متوسط | ثانوي | جامعي | | | اناث | ذكور | |
| | | | | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | 24 سنة إلى 26 سنة | | | | | | | |
| 2 | 27 سنة و أكبر | | | | | | | |

4- منهج الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على دمج بين البيانات الكمية والنوعية وذلك باستخدام المنهج العيادي المتمثل فيدراسة الحالة والمنهج الوصفي الارتباطي لقياس العلاقة وإعطاء قيمة علمية كمية تدعم البيانات النوعية المتحصل عليها من دراسة الحالة .

فيعرف Maurice reuchlin المنهج العيادي على أنه: "طريقة تنظر إلى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول الكشف بكل ثقة وبعيدا عن الذاتية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكياته، وذلك في موقف ما، كما تبحث عن إيجاد معنى 101 لمدلول السلوك والكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وسيورتها، وما يجسده الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكات للتخلص" . (عباس. فيصل، 1990، ص 23)

و يعرف المنهج الوصفي الإرتباطي على أنه : (منهج الدراسات الارتباطية) أحد أنواع المناهج الوصفية، ويُستخدم في قياس العلاقة بين متغيرين (متغير مستقل، ومتغير تابع)، وهل هذه العلاقة مُوجبة أم سالبة، وَمِنْ ثَمَّ التنبؤ بمستوى معين من الدلالة في صورة رقمية.

5- حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في الإطار الذي يرسمه الباحث لكي يسير وفقاً له في دراسته ولا يحاول الخروج عنه حتي لا يحدث خلل في الخطوات المنهجية التي يتلزم بها .

1-5 الحدود المكانية :

تمت الدراسة في ولاية غرداية وضواحيها وذلك تبعا لمكان الإقامة وإختلف مكان تطبيق الإختبارات حسب كل حالة من الحالات المدروسة .

2-5 الحدود الزمانية :

وكانت هذه الدراسة في الإطار الزمني مابين 15 نوفمبر 2022 الى 08 جوان

. 2023

1.3- توزيع العينة المدروسة حسب الجنس :

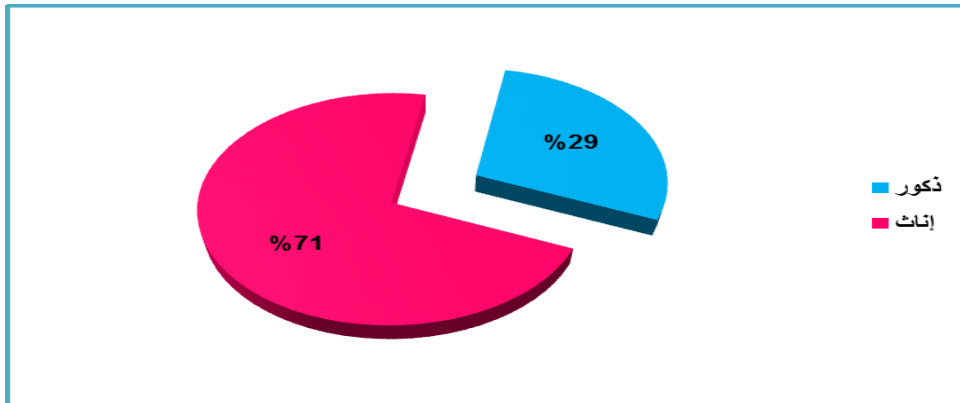
وبعد فرز الاستمارات تمّ توزيع أفراد الدراسة حسب الجدول التالي:

الجدول (02): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

| النسبة | التكرار | الجنس |
|--------|---------|---------|
| %28.6 | 2 | ذكور |
| % 71.4 | 5 | إناث |
| %100 | 7 | المجموع |

يتضح من خلال الجدول أن:

عدد عينة الإناث بلغت 5 فرد بنسبة % 71.4 مقارنة بعدد عينة الذكور التي بلغت 2 نسبتها %28.6. مما يدل على وجود تفاوت حسب متغير الجنس، والشكل الموالي يوضح نسبة التوزيع حسب الجنس.



الشكل (02) : يمثل توزيع العينة حسب الجنس

2.3-/- توزيع العينة المدروسة حسب المستوى التعليمي:

وبعد فرز الاستمارات تم توزيع أفراد الدراسة حسب الجدول التالي:

الجدول (03): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي :

| النسبة | التكرار | المستوى التعليمي |
|--------|---------|------------------|
| % 28.6 | 2 | جامعي |
| % 14.3 | 1 | ثانوي |
| % 28.6 | 2 | متوسط |
| % 28.6 | 2 | أساسي |
| % 100 | 7 | المجموع |

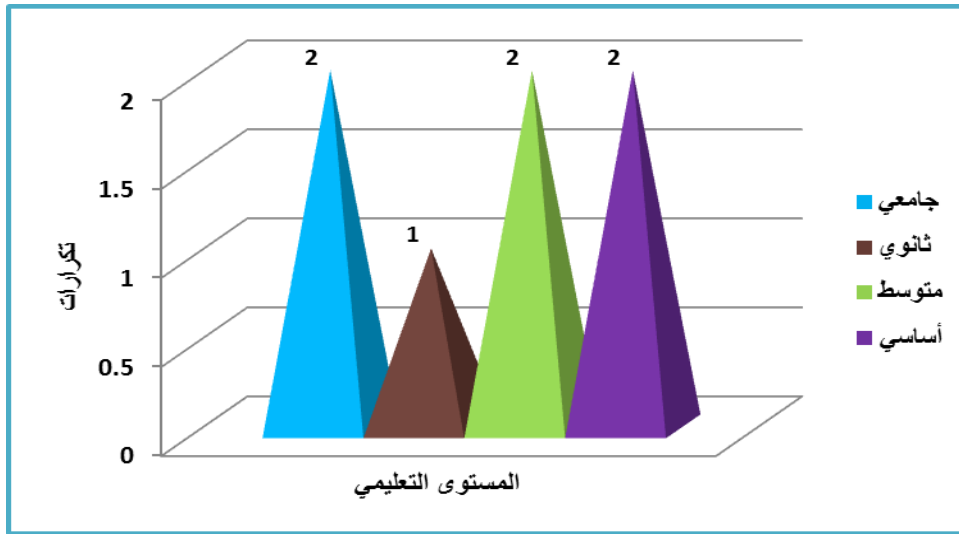
يتضح من خلال الجدول أن:

عدد ذوي المستوى الثانوي بلغت 1 فرد بنسبة و14.3% مقارنة بعدد عدد ذوي

المستوى الجامعي والمتوسط والأساسي بلغت 19 فرد وكانت متساوية بنسبة 28.6%. مما

يدل على وجود تفاوت حسب المستوى التعليمي، والشكل الموالي يوضح نسبة التوزيع حسب

المستوى التعليمي.



الشكل (03): يمثل توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

3.3-/- توزيع العينة المدروسة حسب السن:

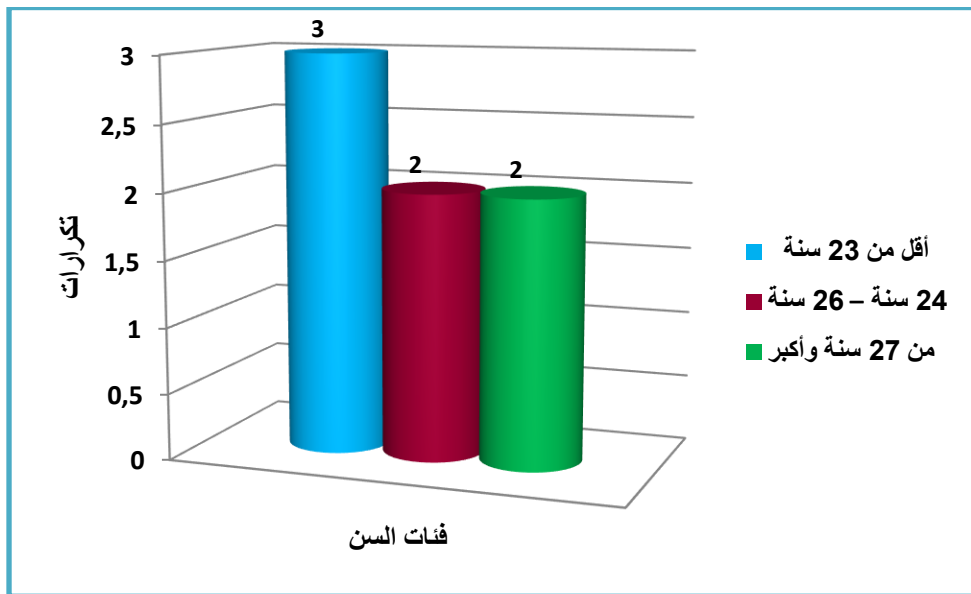
وبعد فرز الاستمارات تمّ توزيع أفراد الدراسة حسب الجدول التالي:

الجدول (04): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن

| النسبة | التكرار | السن |
|--------|---------|-----------------|
| % 42.9 | 3 | أقل من 23 سنة |
| % 28.6 | 2 | 24 سنة - 26 سنة |
| % 28.6 | 2 | من 27 سنة وأكبر |
| % 100 | 7 | المجموع |

يتضح من خلال الجدول أن:

عدد ذوي السن أقل من " 23 سنة " بلغت 3 أفراد بنسبة 42.9 % مقارنة بعدد عدد ذوي السن من " 24 سنة - 26 سنة " ومقارنة بعدد ذوي السن من " 27 سنة وأكبر بلغا 2 فرد بنسبة 28.6%. مما يدل على وجود تفاوت حسب السن، والشكل الموالي يوضح نسبة التوزيع حسب السن.



الشكل (03): يمثل توزيع العينة حسب السن

6- أدوات الدراسة:

يوفر لنا المنهج العيادي و الوصفي مجموعة من أدوات البحث ووقف اختيارنا في بحثنا هذا على:

3-5 المقابلة نصف الموجهة :

- و تضم عددا من الأسئلة المفتوحة والمغلقة التي تسير وفق دليل محدد ،حيث قمنا بتتبع أجوبة الحالات وطرح المزيد من الأسئلة للاستيضاح .

وقسمناها الى عدة محاور :

-المحور الأول: قبل التعرض للزنا المحارم.

-المحور الثاني: أثناء فترة التعرض لزنا المحارم.

-المحور الثالث: بعد التعرض لزنا المحارم.

وأدرجنا ضمن كل محور من هذه المحاور الثلاثة أسئلة تهدف من خلالها إلى الحصول على معلومات من شأنها توضيح آثار (زنا المحارم) على الحالات وما نتج عنها من ترتيبات.

7-المقاييس النفسية:

1-7 مقياس دافيدسون:

يتكون مقياس دافيدسون لقياس الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة لجمعية الطب النفسي الأمريكي، ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود (1.2.3.4.17)

- تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود (5.6.7.8.9.10.11)

-الاستثارة وتشمل البنود (12.13.14.15.16)

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح بين (4-0) ويكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم، ويكون مجموع درجات المقياس 68 حساب درجة اضطراب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

-عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

-أعراض من أعراض التجنب.

-عرض من أعراض الاستثارة.

ثبات ومصدقية المقياس:

لقد تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصدقية هذا المقياس وكانت

على النحو التالي:

أ- الثبات .

ب- الاتساق الداخلي Internal consistency:

- لقد استخدم معامل إلفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب ودراسة لضحايا الإحصار اندرو؛ وكان معامل ألفا 0.99.

- لقد استخدم معامل إلفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة وكان معامل ألفا 0.78؛ التجزئة النصفية بلغت 0.61 . (أبو نيله وثابت وآخرين، 2005)

ت- الثبات إعادة تطبيق المقياس Test-retest :

- لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال على مجموعة من الأشخاص دراسة إكلينيكية في عدة مراكز وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقمة الدلالة الإحصائية = (0.001) (Davidson, 1995).

- في دراسة أبو ليله وثابت (2005 تحت الطبع) تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الإسعاف وكانت العينة مكونة من 20 سائق وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقمة الدلالة الإحصائية = 0.001.

2-7 مقياس اضطراب الهوية الجنسية

3 مقياس اضطراب الهوية الجنسية:

أعد هذا المقياس "خطاب احمد محمود محمد أو أبو الخير حنان وذلك لقياس اضطراب الهوية الجنسية ويتكون المقياس من ثلاث مقاييس فرعية:

1 - اضطراب الهوية الجنسية .

2 - تحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير).

3 - التحول الجنسي.؛ فمقياس الفرعي لاضطراب الهوية الجنسية يتكون من (8 فقرات، ومقياس الفرعي لتحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير) يتكون من (5 فقرات؛ ومقياس الفرعي للتحول الجنسي يتكون من (7!1) فقرة. (أنظر الملحق رقم 02) يقوم المفحوص بالإجابة عنها ويتدرج من "أبدا"، "أحيانا"، "غالبا"، "دائما" والجدول التالي يوضح أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس فرعي:

جدول رقم (05): يوضح المقاييس الفرعية وأرقام العبارات التي تتضمنها هذه المقاييس

| أرقام الفقرات | اضطراب الهوية الجنسية |
|--|--|
| لدى الإناث يبدأ من الفقرة رقم (1) إلى الفقرة (8) | اضطراب الهوية الجنسية |
| يبدأ من الفقرة رقم (9) إلى الفقرة (13) | تحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير) |
| يبدأ من الفقرة رقم (14) إلى الفقرة (30) | التحول الجنسي |

• طريقة تصحيح المقياس:

وضع للمقياس تعليمات بسيطة فطريقة الإجابة تكون وفقا لمقياس ليكرت متدرجة إلى (أربعة) استجابات على المفحوص أن يختار استجابة واحدة فقط ويضع تحتها علامة (x) .

وتتدرج الاستجابات كما يلي:

- 1- أبدا: وتأخذ (صفر).
- 2- أحيانا: وتأخذ (درجة واحدة فقط).
- 3- غالبا: وتأخذ (درجتان فقط).
- 4- دائما: وتأخذ (ثلاث درجات).

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

وقد تم حساب صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية كالتالي:

أ - صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)؛ حيث قمنا بأخذ (27%) من أعلى درجات المقياس و(27%) من أدنى درجات المقياس للعينة التي تتكون من (30) فرداً، وهذا بعد ترتيب هذه الدرجات تصاعدياً فتصبح مجموعتان تتكون كل منها من (08) فرداً لأن $(08 = 30 \times 0.27)$ ؛ ومنه نأخذ (08) أفراد من المجموعة العليا (08) فرد من المجموعة الدنيا، ثم نستعمل أسلوباً إحصائياً ملائماً وهو اختبار 'ت' لدلالة الفرق بينهما وهذا باستخدام نظام (9م55,21)؛ وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يبين قيمة 'ت' لدلالة الفرق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا

| مستوى الدلالة | " ت " | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | ن | المجموعات | مقياس الاضطرابات السلوكية |
|---------------|-------|-------------------|-----------------|---|-----------------|---------------------------|
| 0.01 دال | 4.18 | 3.08 | 12.26 | 8 | المجموعة الدنيا | |
| | | 4.13 | 18.19 | 8 | المجموعة العليا | |

يتضح من الجدول رقم (053) أن قيمة 'ت' (4.18) دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين المجموعتين الدنيا ولعليا ومنه فالمقياس يعتبر صادقاً فيما يقيسه.

ب - ثبات المقياس:

لمعرفة ذلك منا بحساب ثبات مقياس الاضطرابات السلوكية باستخدام معامل ثبات ألفا لكرونباخ، وباستخدام نظام (SPSS.21)؛ وتم التوصل إلى معامل ثبات قدره (0.669) وهذا المعامل دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر عالي من الثبات.

8- الإجراءات التطبيقية :

بعد التأكد من صلاحية أدوات القياس، وبعد تحديد حجم العينة وتحديد مكان التطبيق واجهنا بعض الصعوبات في التطبيق على العينة المختارة دفعة واحدة، حيث أن لها خصوصيتها، وبالتالي استعنا ببعض الزملاء العاملين في نفس مجال العمل من دكاتره مختصين في الصحة العقلية والنفسية وأخصائين نفسانيين من أجل التطبيق السهل حيث تم تهيئتهم وتدريبهم مسبقاً للمساعدة في التطبيق بشرح موضوع الدراسة والهدف منه والتعريف بالمقاييس وشرح البنود وكذا طريقة التطبيق والتعليمات) وذلك لتسهيل المهام الإدارية أثناء التطبيق، وكذا المساعدة في شرح بعض البنود وطريقة الإجابة عنها للحالات .

تم توزيع الاستمارات على الحالات؛ سواء في مكتب الأخصائي النفسي في المصلحة أوفي أماكن أخرى حسب خصوصية كل حالة وواجهنا عدة صعوبات حيث من حيث إيجاد العينة والوصول إليها .

9- الأساليب الإحصائية المعتمدة في موضوع الدراسة: اعتمدنا على بعض الأساليب

الإحصائية بهدف تسهيل عملية العرض والتحليل والتفسير وصولاً إلى نتائج الدراسة

التي سنخرج بها ويمكن توضيحها كالتالي:

- تطبيق مقاييس النزعة المركزية المتمثلة في (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري)

- اختبار سبيرمان لحساب معامل الارتباط .

- اختبار مانويتني (Mann-Whitney U)

- المقابلة .

ولقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي في

العلوم الاجتماعية (*spss28*) والتي حصلنا من خلالها على النتائج التي ستعرض فيما يلي.

الفصل الخامس: عرض و مناقشة نتائج

الدراسة التطبيقية

- 1 عرض و مناقشة النتائج الكمية
- 2 عرض و مناقشة النتائج النوعية
- 3 الإستنتاج العام للدراسة التطبيقية

1- عرض ومناقشة النتائج الكمية :

1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة :

نص الفرضية: "توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة " وللتحقق من صحة فرضيتنا استخدمنا اختبار معامل الارتباط سبيرمان وذلك للتحقق من وجود علاقة بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الهوية الجنسية بأبعاده، والجداول الموالية توضح ذلك:

جدول رقم (07): يمثل نتائج معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات

| المتغيرات | N | معامل الارتباط سبيرمان | Df | الدالة الإحصائية |
|--------------------------|----|------------------------|----|-----------------------|
| اضطراب كرب ما بعد الصدمة | 07 | 0.615 | 06 | 0.142 غير دال إحصائيا |
| اضطراب الهوية الجنسية | 07 | | | |

يتضح من خلال الجدول أعلاه: -

أن قيمة معامل الارتباط سبيرمان 0.615 عند درجة الحرية 6 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى 0.142 مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين

درجات اضطراب الهوية الجنسية ودرجات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وبالتالي لا نقبل الفرضية ككل.

مما يؤكد عدم صحة الفرضية وبالتالي نرفضها، أي "لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة".

يمكن عزو نتائج هذه الفرضية إلى الأسباب والآليات التي تؤدي لعدم وجود علاقة بين الاضطرابين كون المتعرضين لإعتداءات الجنسية داخل الأسرة يمكن ان يؤدي بهم الى صدمة وصعوبات في التكيف مع الحياة وانطلاقا من كون اضطراب الهوية الجنسية هو اضطراب يتميز بعدم الارتياح الشديد وعدم قبول الشخص لجنسه الذي ولد به وتبدأ إرهابات ظهور هذا الاضطراب منذ الصغر و التي لم تكن بادية أثناء إستعراضهم لوقائع سابقة (عند دراسة تاريخ الحالة) على حسب رأينا إلا أنه يمكن ان يسبب هذا الاضطراب في صعوبات نفسية واجتماعية وهذا يتطلب دراسات طويلة فترات النمو والتطور النفسي لكن عدم وجود ارتباط راجع الى ان يكون هناك تأثيرات غير مباشرة للاحداث على الاضطراب الجنسي فمثلا اذا تعرضت الحالة لصدمة شديدة سابقا قد يؤثر ذلك على علاقاتها الجنسية مستقبلا حيث الشعور بالخجل يؤدي الى نمط من الخوف والتردد وعدم الامان ويتمنى لو كان الجنس الاخر حتى لا يعرض لمثل هذا الحدث الصدمي أو كان ليخفف من حدة تقبله للفعل وهذا ما اثبتته الدراسات والابحاث النادرة حول هذه المفاهيم فلا يعتبر الإعتداء الجنسي من طرف المحارم محفز و مساعد على نشوء اضطراب الهوية الجنسية فهناك أسباب و عوامل قوية أكثر تساعد في ظهوره .

- وقد إتفقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (sanikani,Bradly , Zcker 1997)
 و(آخرون): في ان الاناث اعلى من الذكور في مظاهر اضطراب الهوية الجنسية واختلفت في نتائجها مع دراسة (Susan , David 2001): وتناسبت مع دراسة (دويفلر وآخرون

(2009): من حيث ان خبرات الاساءة الجنسية لديهم استعدادات اكبر للاصابة باضطراب الهوية الجنسية ومع دراسة (فاطمة خليفة 2015): أن خبرات الاساءة في مرحلة الطفولة لها دور في تعزيز الاضطراب.

1-2 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نص الفرضية "تتوقع أن يكون مستوى إضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفعا، وللتحقق من صحة فرضيتنا استخدمنا اختبار مانويتتي (*Mann-Whitney U*) كما تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لمستوى اضطراب الضغوط التالي لصدمة حيث أنه قيم المتوسط من [48-52] تمثل مستوى منخفض، وقيم المتوسط من [53-62] تمثل مستوى مرتفع، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول (07): يمثل المعطيات الوصفية لمتغير كرب ما بعد الصدمة

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | N | مستويات اضطراب | متغيرات الدراسة |
|-------------------|-----------------|----|------------------------|--------------------------|
| 1.91 | 50.50 | 04 | مستوى منخفض من [48-52] | اضطراب كرب ما بعد الصدمة |
| 1.15 | 61.33 | 03 | مستوى مرتفع من [53-62] | |
| 5.98 | 55.14 | 07 | Total | |

من خلال الجدول يتضح أن:

- جميع المتوسطات في مستوى اضطراب الضغوط التالي لصدمة متفاوتة ومتباينة بين مستويات حيث بلغ المتوسط الحسابي ككل القيمة 55.14؛ وانحراف معياري 5.98؛

ونجد أنّ قيمة المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المرتفع من [53-62] بلغت 61.33 وبانحراف معياري قدر بقيمة 1.15 وبينما متوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المنخفض من [48-52] بلغ 50.50 وبانحراف معياري قدر بقيمة 1.19؛ وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائية في مستوى اضطراب الضغوط التالي لصدمة لدى العينة.

جدول رقم(08): يمثل نتائج اختبار مانويتني (Mann-Whitney U test)

| المتغيرات | N | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (ز) | مستوى الدلالة |
|-----------------------------|----|-------------|-------------|----------|-----------------------|
| اضطراب كرب ما بعد الصدمة | 04 | 2.50 | 10 | -2.160 | 0.031 دال إحصائياً |
| | 03 | 6 | 18 | | |
| مستوى منخفض [52-48] | | | | | |
| مستوى مرتفع [62-53] | | | | | |

نلاحظ من خلال الجدول المحصل عليه أنّ:

أنّ قيمة متوسط الرتب للمستوى المنخفض [52-48] قد بلغت 2.50، ومجموع الرتب بلغ القيمة 10، بينما بلغ متوسط الرتب للمستوى المرتفع [62-53] القيمة 06، ومجموع الرتب بلغ القيمة 18، وأنّ قيمة (ز) لاختبار مانويتني (*Mann-Whitney U*) بلغت -2.160 عند مستوى 0.031 وهي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية 0.05، أي توجد فروق ذات دلالة في درجات اضطراب الضغوط التالي لصدمة لصالح ذوي المستوى المرتفع من [62-53]،

مما يؤكد صحة الفرضية وبالتالي نقبلها، أي "مستوى إضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفع".

يمكن عزو نتائج هذه الفرضية الى أن مدة تعرض الضحايا للحادث الصدمي طويلة نوعا مازاد من الخوف لديهم من تكرار حدوثه و هو نوع من الإجتراح الكارثة و نوعية الصدمات المرافقة للحدث و إنعدام الإستعدادات القبلية لحدوث مثل هذا نوع من أحداث قد يصيب الفرد بحالة من الذهول و يزيد من شدة الصدمة النفسية لديهم و كلما تكررت هذه الأحداث الصدمية كلما زاد أثرها النفسي و الجسدي مما يسبب ضغط الذي قد يصل إلى ضيق إنفعالي شديد لدى الحالات عند تذكر الحادثة و إنعدام التكفل بالحالات آنذاك من بينها الدعم العائلي و المساندة الإجتماعية كانت لتكون عامل مخفف من أعراض صدمة الحادث .

- وقد إتفقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (منال الشيخ 2012): انا اعراض الصدمة النفسية الناتجة عن اساءة المعاملة الجنسية لدى الاطفال من طرف افراد العائلة مرتفع وهو ما اتفقت مع نتائج الفرضية الثانية والتي قالت: ان مستوى إضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفع .

1-3 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

نص الفرضية "تتوقع أن يكون مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا

الإعتداءات الجنسية مرتفعا"، وللتحقق من صحة فرضيتنا استخدمنا اختبار مانويتتي

(Mann-Whitney U) كما تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لمستوى اضطراب الهوية

الجنسية حيث أنه قيم المتوسط من [09-60] تمثل مستوى منخفض، وقيم المتوسط من [61-88] تمثل مستوى مرتفع، والجداول الموالية توضح ذلك:

جدول (09): يمثل المعطيات الوصفية لمتغير اضطراب الهوية الجنسية

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | N | مستويات اضطراب | متغيرات الدراسة |
|-------------------|-----------------|----|------------------------|-----------------------|
| 26.23 | 31.25 | 04 | مستوى منخفض من [09-60] | اضطراب الهوية الجنسية |
| 6.65 | 80.67 | 03 | مستوى مرتفع من [61-88] | |
| 32.50 | 52.43 | 07 | Total | |

من خلال الجدول يتضح أن:

- جميع المتوسطات في مستوى اضطراب الهوية الجنسية متفاوتة ومتباينة بين مستويات حيث بلغ المتوسط الحسابي لكل القيمة 52.43؛ وبانحراف معياري 32.50؛ ونجد أن قيمة المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المرتفع من [61-88] بلغت 80.67 وبانحراف معياري قدر بقيمة 6.65 وبينما متوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المنخفض من [09-60] بلغ 31.25 وبانحراف معياري قدر بقيمة 26.23؛ وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى العينة.

جدول رقم(10): يمثل نتائج اختبار مانويتني (Mann-Whitney U test)

| مستوى الدلالة | قيمة (ز) | مجموع الرتب | متوسط الرتب | N | المتغيرات | |
|-----------------------|----------|----------------|----------------|----|---------------------------|--------------------------|
| 0.032 دال إحصائياً | -2.141 | 10 | 2.50 | 04 | مستوى منخفض من [60-09] | اضطراب الهوية الجنسية |
| | | 18 | 6 | 03 | مستوى مرتفع من [88-61] | |

نلاحظ من خلال الجدول المحصل عليه أنّ:

أن قيمة متوسط الرتب للمستوى المنخفض [60-09] قد بلغت 2.50، ومجموع الرتب بلغ القيمة 10، بينما بلغ متوسط الرتب للمستوى المرتفع [88-61] القيمة 06، ومجموع الرتب بلغ القيمة 18، وأن قيمة (ز) لاختبار مانويتني (Mann-Whitney U) بلغت -2.141 عند مستوى 0.032 وهي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية 0.05، أي توجد فروق ذات دلالة في درجات اضطراب الهوية الجنسية لصالح ذوي المستوى المرتفع من [88-61]، مما يؤكد صحة الفرضية وبالتالي نقبلها، أي "مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفع".

يمكن عزو نتائج هذه الفرضية الى أنه قد تعود أسبابها إلى خبرات مرحلة الطفولة او عوامل نفسية و إجتماعية و حتى إقتصادية أثناء تعرضهم للحادثة التي كانت مرحلة ضاغطة لا

يتعرض لها كل طفل و بالتالي رؤية كون الجنس الذي خلق فيه هو السبب و لولاه لكان دفاعهم عن انفسهم أحسن و نجاتهم من الكارثة حسب قول الضحايا و أساليب الخاطئة او الخبرات الإساءة سواء إعتداءات جنسية او جسمانية أو نفسية من تعنيفات لفظية (معنوية) و مادية و سبب إرتفاع مستوى إضطراب الهوية الجنسية لدى المتعرضين لزنا المحارم يعود في قصور في الفهم لديهم مما كان كان يجري من حولهم وضعف في قدرتهم على التعامل مع الحدث الواقع مما ولد لديهم صراع حول ما يتعلق بالهوية الجنسية الأصح لهم .

وقد إتفقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (المخيمري والظفري 2003) حيث أكدت ان هناك فروق في متوسط درجات تعرضهم لخبرات الإساءة الجسمية وهذا ما توافق طردا مع نتائج فرضتنا الثالثة التي وجدت ان هناك تفاوت بين متوسط مستويات درجات الأفراد.

و للتوضيح أكثر أردنا أن نتحقق مما إذا كانت هناك اختلاف في الآثار النفسية لإضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لمستوى اضطراب الضغوط التالي لصدمة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول (11): يمثل المعطيات الوصفية لمتغير كرب ما بعد الصدمة

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الأبعاد |
|-------------------|-----------------|------------------------|
| 1.496 | 17.71 | استعادة الخبرة الصادمة |
| 4.192 | 20.29 | تجنب الخبرة الصادمة |
| 1.069 | 17.14 | الاستشارة |

من خلال الجدول السابق يتضح أن:

- هناك تباين بين متوسطات أبعاد اضطراب الضغوط التالي للصدمة حيث نجد بعد تجنب الخبرة الصادمة جاء في الترتيب الأول بمتوسط حسابي قدرت قيمته بـ 20.29 وانحراف معياري 4.19 بينما أخذ بعد استعادة الخبرة الصادمة الترتيب الثاني بمتوسط حسابي قدر بـ 17.71 وانحراف معياري 4.19 وفي الترتيب الأخير بعد الاستشارة بمتوسط حسابي قدرت قيمته بـ 17.14 وانحراف معياري 1.06

بالتالي هذا الاختلاف في توزيع متوسطات أبعاد اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى العينة المدروسة يؤكد لنا صحة الفرض بأنه اختلاف في الآثار النفسية لكرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .

2- يمكن عزو نتائج هذه إلى أن مدة دوام العبء أو مدة تكرار حدوثه وكون الضحية غير موافق على الأمر و بصفة عنيفة و إستعمال التهديد بالإذاء البدني أو القتل عن طريق إستغلال الضحية كونها في وضعية عاجزة عن الدفاع عن نفسها , يسبب مختلف التأثيرات النفسية و الجسدية على الضحايا من خلال معايشة الحدث الصدمي و اضطرابات في النوم و الفزع و الإصابة بإكتئاب و الشعور بالذنب و التأنيب النفسي المتكرر كون الضحايا يرون أنهم السبب في الوقوع فيه و صعوبات كبيرة في التعامل مع المشاعر الخاصة بهم او مع الآخرين و تكون نظرة سلبية للذات و تبدد الشخصية و الواقع لديهم من تفوق على الذات و هروب من الواقع المعاش القلق و العدوانية و بعض الأفكار الوسواسية و سلوكيات ضد الإجتماعية مع إختلاف في درجة بروزها من حالة لإخرى وإضطرابات عضوية من ألام في المفاصل و الإصابة بفقر الدم و القولون العصبي و الغدة الدرقية ...إلخ .

3- عرض و مناقشة النتائج النوعية :

2-1 عرض ومناقشة نتائج الحالة الأولى :

2-1-1- تقديم الحالة الأولى:

الحالة "س.ف" تبلغ من العمر 26 سنة من ضواحي مدينة غرداية متزوجة من رجل يبلغ من العمر 56 سنة، ماكثة في البيت مستواها الدراسي 5 أساسي .

المستوى المعيشي لا بأس به، كانت تعيش في أسرة مكونة من 4 ذكور و4 إناث وهيا الأخت رقم 5 بين اخوتها، الوضع الإقتصادي لعائلة الحالة (دخل محدود) معتمد على الأب يعمل قابض في الحافلة والأم ماكثة في البيت تعمل خياطة في بعض المرات، العلاقة بين أفراد الأسرة جد عادية وليست لديهم مشاكل بين بعضهم البعض، الأب حاد الطباع وصعب المراس والأم هي المرسل والوسيط بينه وبين أولادها.

الحالة كانت تسكن في منطقة نائية نوعا ما ولكنها انتقلت إلى بيت خالها من أجل مواصلة دراستها أين تعرضت للاعتداء جنسي من طرف خالها في سن 14 واستمر ذلك قرابة سنة ونصف، إلى أن اكتشفت ابنة الجاني ذلك بعد ان انهارت الحالة من كثرة الضغط وكتم الأمر فبلغت أمها وبالتالي واجهت الأم الاب ثم بادر هذا الأخير في نكران إلى ان إترف هذا الأخير ثم قاموا بتبليغ أهل الحالة الذين تستروا على ما حدث لها وقاموا بتزويجها من رجل يكبرها سنا بـ 20 سنة خوف من الفضيحة والعار على حسب قولهم، قاموا بتزويجها في سن 16 سنة، تعاني الحالة من مرض إلتهاب الغدة الدرقية وظهر المرض عندها بعد المشكل الذي وقعت به ، وسبق وتناولت أدوية مهدئة ولازلت تداوم على شربها .

2-1-2 عرض ومناقشة نتائج المقابلة العيادية :

- بتطبيق تقنية المقابلة النصف موجهة توصلنا إلى مايلي:

تمت المقابلة في العيادة متعددة الخدمات (شنيبي موسى سيدي عباذ غرداية)، على مدار 07 جلسات وكان هذا ملخص المقابلات :

من خلال التحليل الكيفي للخطاب اتضح لنا ما يلي:

أن الحالة (س.ف) تعرضت إعتداء جنسي داخل الأسرة من طرف خالها بعد زواجها

لبيتها من أجل مواصلة دراستها " كي سكنت عندهم العام لول كان نورمال بصح كي رجعت

في عام زواج تبدلت معاملتو معايا ولا يدير حوايج نحشم نقولهم حتى بيني وبين روجي "

"تعدى عليا (ظهور علامات للخجل وشعور بالعار)."

تعاملت الحالة بالصد والمقاومة مع هذا الفعل " قتلو لا وعيب هذا الشي " حلتو على

جال يخليني ويطلقني ما نقول لحتى عبد" رغم أن المعتدي كان يحاول استمالتها باستعمال

وسائل مادية " يشريلي قش كراريس ستيلوات بوبيات خطراکش نحبهم علابالو بلي مكانش

بايي يشريلي " ومعنوية " يقولي نبقي نفرحك ونتي عزيزة عليا " "نبيقك ولازمك تسمعيلي

كلام باه نجيبك دايمًا لحوايج " كانت عاجزة عن تغيير مسار الأحداث نتيجة خوفها منه

" كنت نخاف منو إذا يضربني كيما بايي وهو يحسبني بلي عادي " والأب الذي عبرت عنه

بأنه شخص صعب التعامل معه " بايي مريض من عقلو واعر ياسر " "كون يعرف يعلقي

مشنقتي عند باب دخلة تاع الدار"، وخوفها من خسارة أخيها بعد معرفة ما حصل لها

" خويا كبير كان مش باقيني نروح لدار خالي وخايفة لا يكرهني " .

إن هذا الفعل ترك لدى المفحوصة حالة من الصدمة و عدم التصديق " تجمدت في

بلاستي " "ماقدرتش نتحرك " ذلك لأن المعتدي هو الخال الذي يعتبر بمثابة والدها

ظهرت على الحالة آثار آنية جراء الحدث من خلال الآلام الجسدية " نبكي من لوجاع " لومها لنفسها "راح يقولولي نتي خليتيه " " أنت قالطة " إضافة إلى عيشها في حالة من الخوف من ردت فعل والدها إذا اكتشف الحادثة " كون يعرف راح يقتلني " كيفاه ندير كي يعرفوا دارنا سيرتو بايي وخويا لكبير ميوليش يخزر فيا " وهذا الأمر ناتج عن التجربة الصادمة لها .

و ظهرت عليها آثار نفسية جسدية تمثلت في أعراض التناذر الصدمي من خلال معاودة الحدث الصدمي فهي تراه يتكرر " نغمض عينيا نتفكر واش كان يصرالي " " نحسو مازال معايا " وتجنب كل ما يذكرها به " هذيك الدار كرهتها " " كرهت أي حاجة تفكرني فيه "، إضافة إلى اضطرابات النوم من خلال عدم قدرتها على النوم " ما نطيقش نرقد " والكوابيس الليلية " ساعات نحلّم بواش صرالي"توض مفزوعة بسباب ذاك الشئ " وفقدان الشهية والرغبة في القيام بالنشاطات اليومية " ما نحبش نأكل ونبقي نتقية حشاك كي نتفكر " ما نحب ندير والوا " " كرهت كل شيء ."

كما أن لديها نظرة سلبية للذات حيث أنها تلوم نفسها و تعتبر أنها هي السبب في ما حدث لها و أنها تستحق ذلك " أنا القالطة " " أنا لي قعدت ساكتة " " نستهل " " كرهت روجي جلدي لي مسو كلش كلش " وكون جنسها هو السبب "كون غي جيت طفل". إضافة إلى ظهور أعراض سيكوسوماتية عبرت عنها بآلام وأوجاع في كل مناطق الجسم وخاصة الرأس ومعاناتها من البرود الجنسي بعد الزواج وعدم القدرة على التفاعل مع الزوج " أنا متزوجة بيه هكا برك " " معاه ما نحس والو"مرات كي نكون معاه نحس كي شغل هذاك راهو معايا نولي نبكي بعد ما يروح " م " (تقصد زوجها) .

أما الآثار الاجتماعية فتجسدت في انقطاع علاقتها مع الآخرين والنظرة السلبية للمجتمع " ما نحبش القاشي " " ما نحبش نخرج نتلقى بعيباد " " بابا ماهميتوش راح نهم الناس "، منخالطش جواريني .

كل هذا جعل الحالة تنتظر نظرة سلبية وسوداوية للمستقبل من خلال تفكيرها بالموت وتمنيها له " حابة نموت ونتهنى" فقدان الأمل لأنها لا تتوقع أي شيء ايجابي وتعتبر أن الحياة انتهت "وعلاه راني عايشة " " حياتي ما عندها حتى معنى " " مستقبلي راح كنت حابة نكمل قرائتي " " الله لا تربحوهم دمروني " وهنا تقصد العائلة والجاني، ظهرت لدى الحالة أفكار إنتحارية و تصريحها به والإقدام على هذا الفعل من قبل " إهيبييه جربت قداه من مرة ومصحتليش برك "، " ما عندي حتى حاجة نديرها ومنيش باقى ندير " .

نظرة سيئة إلى الذات وتكرار القول كون جنسها هو السبب " كون جيت طفل ميديرش معايا هكا " "كون دافعت على روحي وهدرت ولا قتلتو " شافني طفلة حقرني " .

كما سجلنا بعض الملاحظات التي عززت ماقالته في المقابلة فمظهرها الخارجي يوحي بعدم الإهتمام بالجانب الشكلي عكس طبيعة النساء الاتي عادة ما يهتمن بمظهرهن الخارجي ونظافتهن فكانت ملابس شبه مرتبة و أطافر طويلة و غبار على الملابس متسخة نوعا ما و كانت هناك جروح على مستوى اليدين والوجه وهالات سوداءتحت عينيها و كانت تعابير الوجه توحى بعبوس و قلة الإبتسام اما النشاط الحركي أثناء المقابلة كان كثرة الالتفات والنظر في مختلف أرجاء الغرفة, هز الأرجل بكثرة نتيجة التوتر و كثرة شبك الأصابع وإلتهاء في ذلك أثناء الحديث , و طريقة الكلام والتواصل مع الفاحص كانت صعوبة في الحديث وعكعكة و رغبة في الكلام والتعبير في بداية المقابلة و تواصل بصري ضعيف و تردد في الكلام و طأطأة الرأس أما المهارات الإجتماعية فكانت جد ضعيفة انقطاع علاقتها مع الآخرين لإنطواء على الذات , أما المؤشرات السلوكية فقد دلت على النظرة السلبية

للمجتمع وبكاء متكرر أثناء وصف الحدث و سكوت في بعض المواقف, الانفعال أثناء الحديث و رفض للواقع المعاش و تدني في رغبة الحياة عن طريق تعبير متكرر في إنتحار وإعادت معايشة الحدث الصدمي .

3-1-2 عرض ومناقشة نتائج المقاييس النفسية :

بعد تطبيق مقياس Davidson على الحالة (س.ف) تحصلت على نتيجة قدرها 52 وهي درجة مرتفعة ويتم تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

1- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2-3 أعراض من أعراض التجنب.

3- عرض من أعراض الاستثارة.

ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 19 عرض من أعراض الاستعادة الخبرة الصادمة ، و 17 عرض من أعراض تجنب الخبرة الصادمة إضافة إلى 16 عرض من أعراض الاستثارة، و هذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.و بالتالي فالحالة تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 52 وهو متوافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

أما بالنسبة مقياس اضطراب الهوية الجنسية على الحالة (س.ف) تحصلت على نتيجة قدرها 09 وهي درجة منخفضة، ويتم تصنيف الفرد على أنه مصاب باضطراب

الهوية الجنسية كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) يجب أن ينطبق عليه ما يلي:

الاستثارة الجنسية المستمرة والكثيفة التي تنجم عن ارتداء قطعة أو أكثر من الملابس التي يرتديها عادة الجنس الآخر .

استمرار هذه السلوكيات لمدة ستة أشهر على الأقل .

أن تؤثر هذه السلوكيات على حياة الفرد اليومية وأن تحدث خلل في وظائفه في المجالات الاجتماعية أو المهنية .

ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة **عرض واحد** من أعراض اضطراب الهوية الجنسية، و**04 أعراض** من أعراض تحول الزني الثنائي الدور " الإرتداء المغاير "، إضافة إلى **04 أعراض** من أعراض التحول الجنسي، وهذا لا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة لا تعاني من اضطراب الهوية الجنسية.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المنخفض بدرجة كلية قدرها **09** وهو ما لم يتوافق مع النتائج الدراسية الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-1-4 مناقشة عامة للحالة :

على ضوء المقابلات والملاحظات ونتائج المقياسين ما يمكن قوله من خلال المقابلة نصف الموجهة و تحليل نتائج مقياسين أن الحالة تعرضت لزنا المحارم و هو ما نتج عنه صدمة أدت إلى احباطها وعجزها أمام الحدث، فأصبح تعاني من اضطرابات نفسية حصلت على نسبة كبيرة خلال تحليل المقابلة ظهرت من خلال أعراض التناذر الصدمي، الصورة السلبية عن الذات واضطرابات عضوية تمثلت في آلام متعددة في مناطق مختلفة من الجسم خاصة الرأس إضافة إلى معاناتها من البرود الجنسي بعد الزواج.

وبعض المشكلات الاجتماعية التي تمثلت في انقطاع العلاقات والنظرة السلبية للمجتمع، إن هذه الاضطرابات دلت على أن الحدث أدخل المفحوص في حالة صدمة أدت في الأخير إلى ظهور التناذر الصدمي وهو ما أكدته الملاحظة المباشرة البكاء المتكرر أثناء وصف الحدث، الوجه العابس وكثرة الالتفات والنظر في أرجاء الغرفة، وما زاد من تأكيد نتاج المقياس (Davidson) الذي كانت درجته 52 ، وأن الحالة لا تشتكي من أي اعراض تؤدي إلى ظهور اضطراب الهوية الجنسية في المستقبل وما دل عن حديثها كون جنسها هو السبب دلالة عن نظرتها ان الرجل يكون اقوى من المرأة خصوصا في الدفاع عن النفس وكون الأنثى خلقت ضعيفة ولا يمكنها جلب حقها اثناء الضرربي بعض الأحيان، وهذا ما أكدته نتائج مقياس اضطراب الهوية الجنسية و الذي كانت درجته 09 .

2-2 عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية :

1-2-2 تقديم الحالة الثانية :

الحالة (ن.خ) تبلغ من العمر 25 سنة من مدينة غليزان مقيمة في ولاية غرداية مستواها الدراسي الرابعة متوسط، هي البنت الكبرى في اخوتها (اربعة ذكور) اخوة من الأم فقط والتي تعمل عاملة مطبخ في المتوسطة أما الأب فهو مقاول، الأب والأم منفصلان بسبب مشاكل بينهما (الضرب المتكرر وانه كان زير نساء) حسب قول الحالة وسلوكات الأب متمثلة في إدمانه على الخمر وذو سوابق عدلية .

عاشت الحالة بعد طلاق والديها مع أمها في بيت الجدة وكان عمرها آنذاك 9 سنوات، واستمر هذا حتى بلغت 13 عندها تزوجت الأم من رجل في ولاية أخرى رفضت الحالة تغيير الولاية وبقائها في بيت جدتها، بعد حوالي 3 أشهر توفيت الجدة وبحكم البيت منزل ورثي قاموا ببيعه رفضت الخالة تركها عندها لأن كل أولادها ذكور ولا تقدر المخاطرة بها و قولها " انت عندك باباك علاش متعيشيش عنده "، مما اضطرها إلى العيش في بيت

والدها في سن 14 أين تعرضت لاعتداء جنسي من طرف والدها مما دفعها إلى الهرب من المنزل والتوجه إلى الشارع وهرب من ولاية وانتقال إلى ولاية غرداية، لا تعاني الحالة من أي مرض عضوي .

كما سجلنا بعض الملاحظات التي عززت مآلاته في المقابلة ، قدمت الحالة بمفردها، يوحي المظهر الخارجي على الإهتمام بالجانب الشكلي عدى أنه يتصف بنوع من الذكورية "ملابس رجالية"، الملابس نظيفة و جروح على مستوى اليدين والوجه قامت بها الحالة اثناء تناول المخدرات ومحاولات الإنتحار و شعر مقصوص على هيئة رجل كانت تعابير الوجه توحى بعبوس أثناء الحديث عن الحدث الصدمي و الإبتسام وإحساس بالإنتمار عند تذكر أنها لم تعد تحت قبضته أما النشاط الحركي أثناء المقابلة كان كثرة الحركة والالتفات و فتح النافذة والباب لأنها ترى انه من ممكن أن تتعرض لموقف خطير في أي وقت وهذا الفعل يسهل الهرب حينها ، هز الأرجل و إستخدام الأيدي أثناء الكلام طريقة الكلام و التواصل مع الفاحص كانت صعوبة الحديث في البداية (سكوت طويل) و حين إسترجاع الحدث الصدمي ، رغبة في الكلام و التعبير ووجود تواصل بصري و صمت في بعض أحيان اما بخصوص المهارات الإجتماعية وجود مؤشرات لسهولة التواصل مع الغير (الإناث فقط) أما المؤشرات السلوكية كانت توحى بالنظرة السلبية للمجتمع خصوصا الرجال ، بكاء أثناء وصف الحدث و سكوت في بعض المواقف و الانفعال أثناء الحديثو رفض للواقع الذي عاشته ، الرغبة في إنتحار ثم إعادت معايشة الحدث الصدمي والاجفال عند سماع أي صوت و التوتر الزائد أثناء المقابلة .

2-2-2 عرض ومناقشة نتائج المقابلة العيادية :

- بتطبيق تقنية المقابلة النصف موجهة توصلنا إلى مايلي:

تمت المقابلة في العيادة متعددة الخدمات (واد نشو غرداية)، على مدار 05 جلسات وكان هذا ملخص المقابلات :

من خلال التحليل الكيفي للخطاب اتضح لنا ما يلي:

أن الحالة (ن.خ) البالغة من العمر 25 سنة قد تعرضت لزنا المحارم في سن 14 من طرف والدها بعد أن انتقلت للإقامة معه بعد وفاة جدتها، " كنت لاباس عليا حتى جا ذاك نهار تبدلت حياتي 180 درجة "، التهديد الصريح لها من طرف والدها " قالي انت تاغي ندير فيك شا نبغي " و" تعدى عليا".

تعاملت الحالة بالصد والمقاومة والبكاء الشديد مع هذا الفعل " حاولت نبعده عليا " و" دمرته " لكنها كانت في نفس الوقت عاجزة عن تغيير مسار الأمور ذلك أن المعتدي استعمل معها العنف والترهيب " عييت نغلق في رجليا ونعيط وهو غالقلي فمي " "احكمني بسيف" " ضربني و ربطني باه منتحركش "، " قالي هوما خلاوك ليا ندير واش نحب " " أنا كنت نخاف منه بزاف وعيطلي ليلتها بإسم مرا وحدوخرة ماشي اسمي وماشي اسم ما . "

إن هذا الفعل ترك لدى المفحوصة حالة من الصدمة وعدم التصديق " تجمدت في بلاستي" " ماقدرتش نتحرك " ذلك أن المعتدي والدها وهو الشخص الذي يجب أن تشعر معه بالأمان وليس الخوف " ما قالش هذي بنتي ولا شا راني ندير" " كنت نقول هذا ماهوش بابا. "

ظهرت على الحالة آثار آنية جراء الحدث من خلال الآلام الجسدية " توجعني كرشى كي نتفكر "" ديما نحب نتقيا " لومها لنفسها " نستاهل أنا لي خليتو " أنا السبة " اضافة إلى خوفها من نظرة المجتمع " كنت نخاف كون يعرفوا الناس."

وتأثرت الحالة بعد الحادث حيث ظهرت عليها آثار نفسية جسدية تمثلت في أعراض التناذر الصدمي من خلال معاودة الحدث الصدمي فهي تراه يتكرر " ديما نتفكر واش صرالي ""نغض عينيا نتفكر كل شيء " وتجنب كل ما يذكرها به " ما نحبش نروح لهذيك الدار،" اضافة إلى اضطرابات النوم من خلال عدم قدرتها على النوم " ما نقدرش نرقد " والكوابيس الليلية "ساعات نحلم بيه جاني " فقدان الشهية وعدم الرغبة في القيام بالنشاطات المعهودة " ما نحبش نأكل "" كرهت كل شيء "" كلشيء صامط" كما أن لديها نظرة سلبية للذات " كرهت روحي " كما أنها تلوم نفسها وتعتبر أنها هي السبب فيما حدث لها وأنها تستحق ذلك " أنا السبة في لي صرالي "" ما نصلح حتى لحاجة" اضافة إلى كرهها لجنسها واعتبار ذلك سببا في ما حدث لها " تمنيت كون ربي ما خلقنيش طفلة "" كون غير خلقني راجل واحد ما يديلي حقي"، " ضروك حتى واحد ما راه يدور بيا " " سيرتو كي بدلت ستيل لبسة ووليت انا نحكم في رجال ماشي هوما " .

اضافة إلى ظهور أعراض عضوية عبرت عنها بالآلام وأوجاع خاصة في منطقة البطن " كرشى توجعني ديما"" ديرلي الدوخة " .

أما الآثار الاجتماعية فتجسدت في هروبها من المنزل " هربت " انقطاع علاقتها مع الآخرين " ماحبيتش نرجع عندهم " النظرة السلبية للمجتمع " بابا طمع فيا فما بالك بخالتي وأولادوها "" أي واحد اشوف معايا نحسو طامع فيا "" كرهت الناس "" كرهت الرجالة."

كل هذا جعل الحالة تنظر نظرة سلبية وسوداوية للمستقبل من خلال تفكيرها بالموت وتمنيه " حابة نموت "" نستنا غير وقتاه نموت " فقدان الأمل وعدم تتوقع أي شيء ايجابي من

الحياة " واش من حياة بقاتلي " " كون نصيب ضوكا حاجة إسمها رجال نحيها " ، " كنت لابس عليا عند جدة لربي يرحمها " .

إحساسها بالحرية بعد هروبها من المنزل "هربت في ذلك نهار مقدرتش نبقي ثماكيننا" " وليت ألاز نخدم نخرج شا بغيت ندير " " واحد ما يسالني " .

2-2-3 مناقشة عامة للحالة :

ما يمكن قوله من خلال المقابلة الملاحظات و تحليل نتائج مقياس Davidson أن الحالة تعرض لإعتداء جنسي من طرف والدها وهو ما نتج عنه صدمة أدت إلى احباطها وعجزها أمام الحدث، فأصبح تعاني من اضطرابات نفسية ظهرت لنا خلال تحليل المقابلة ظهرت من خلال أعراض إستعادة الخبرة الصادمة الذي قدر بدرجة 18 في المقياس، الصورة السلبية عن الذات و اضطرابات عضوية تمثلت في فقدان الشهية، وأوجاع في منطقة البطن.

واضطرابات اجتماعية ظهرت في انقطاع العلاقات والنظرة السلبية للمجتمع، إن هذه الاضطرابات دلت على أن الحدث أدخل المفحوص في حالة صدمة أدت في الأخير إلى ظهور تجنب للخبرة الصادمة قدر هذا الأخير ب: 24 وهو ما أكدته الملاحظة المباشرة من خلال البكاء والتوتر الزائد أثناء المقابلة ، كثرة الحركة والإجفال عند سماع أي صوت وما زاد من تأكيده نتيجة الإستثارة كان تقديرها ب: 18 ونتائج المقياس (Davidson) التي كانت درجته 60 وهي درجة مرتفعة وهذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وبالتالي فالحالة تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 60 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

بعد تطبيق مقياس اضطراب الهوية الجنسية على الحالة (ن.خ) تحصلت على نتيجة قدرها 78 وهي درجة جد عالية، ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 22 من أعراض اضطراب الهوية الجنسية، و13 من أعراض تحول الزي الثنائي الدور " الإرتداء المغاير"، إضافة إلى 43 من أعراض التحول الجنسي، وهذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة تعاني من اضطراب الهوية الجنسية .

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 78 وهو ما توافق مع النتائج الدراسية الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-3- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة :

2-3-1 تقديم الحالة الثالثة :

الحالة (ص.ك) تبلغ من العمر 26 سنة من مدينة غرداية مستواها الدراسي الخامسة اساسي، عزباء والأبوين منفصلين والوالد متوفي عدد الإخوة 3 ولدين وبنت، ترتيب الحالة بينهم هي البنت الوسطى في اخوتها الأم مأكثة في البيت تعمل الحالة كعاملة نظافة في مركز عمومي، الوضع الإقتصادي للحالة متوسط، هي من تقوم بإعالة العائلة.

عاشت الحالة بعد طلاق والديها مع أمها في بيتهم وكان عمرها آنذاك 6 سنوات، واستمر هذا حتى بلغت سن 9 سنوات عندها تزوجت الأم من رجل اخر، لدى الحالة تذبذب في علاقة مع اهل البيت وشارع، ضعف في تواصل إجتماعي (شبه منعدم)، شعور بدونية واحتقار الذات، تفضيل الغير على نفس، تآكل في أفكار وضعف تركيز في حياة اليومية عدم تقبل الذات "شكلا"، كانت تداوم على علاج دوائي بالمهدئات معطاة من قبل الطبيب المعالج (طبيب الأمراض العصبية والعقلية)، شقاق داخل عائلة وهذا ناجم عن حالة مرضية للمفحوصة، شجار شبه دائم مع أفراد العائلة (بشكل يومي تقريبا)، تعرضت في سن 9

سنوات لإعتداء جنسي من طرف والدها بعد أن كانت تذهب للمبيت عنده، كان والدها يعاقر الكحول حيث بادر الأب بإعتداء عليها عدة مرات مع رضى الطرفين فيما بعد، لتعرضت الى إغتصاب متكرر من طرف أناس آخرين، سجل مرضي سابق في تناول الأدوية الذهانية، تعاني من مرض القولون العصبي و ضعف في السمع وصعوبة في النطق السليم.

- بتطبيق تقنية الملاحظة توصلنا إلى مايلي:

يبدو من خلال ملامح وجهها أنها تتكلم بإيماءات وجه حزينة، لا تستطيع التكيف بسرعة مع الآخرين، متفهمة، متعاونة، مقبولة المظهر و كانت الحالة المزاجية للحالة تدل على اكتئاب متقطع، وجود افكار انتحارية، قلق، توتر، نوبات هلع وفزع، مخاوف اضطرابات في النوم أما بخصوص المحتوى الفكري فكانت هناك مؤشرات لوجود افكار وسواسية وجود افكار ذهانية مع وجود هلوسات سمعية و العادات المضرة ممارسة الجنس و ادمان على مخدرات و المظهر الخارجي كان محترم هندام مرتب، نظيف نوعاً ما و نسبية فتناسق ملابس و القدم بمفردها ، تشوه على مستوى العين واذن ، بسبب حادث و تعرضها لضرب في صغر أما تعابير وجهها دلت على وجود تناقض في تعبيرات الوجه ابتسامة و عبوس و تعابير غير مفهومة في آن واحد أما النشاط الحركي اثناء المقابلة كان حركات تلقائية ولا إرادية و شبك اصابع طقطقة اصابع و هزهة الرجل إرتجاف , طأطأة الرأس أما طريقة كلام حديث خافة لثثة (صعوبة فنطق) و سرعة في وتيرة الحديث و تضارب في حديث والمهارات الاجتماعية و التواصل مع الفاحص تقريبا شبه منعدمة و عدم اندماج السهل و تقبل من قبل المجتمع ونظرة ضبابية , تواصل بصري شبه منعدم بسبب الخجل من موضوع المطروح و بخصوص المؤشرات السلوكية توتر، تردد بين الحين والآخر و ارتباك، لثثة وعككة في حديث , ظهور بعض من مؤشرات اضطراب أثناء المقابلة و حزن ، بكاء لا إرادي خوف من المجهول .

من خلال المقابلة استنتجت أنها عانت من صدمة كبيرة وواجهت عدة صعوبات، وتعاني من مشكلات معرفية كالنسيان، قلة انتباه، صعوبة في إدراك وفهم.

2-3-2 عرض ومناقشة نتائج المقابلة العيادية :

- بتطبيق تقنية المقابلة النصف موجهة توصلنا إلى مايلي:

تمت المقابلة في العيادة متعددة الخدمات (واد نشو غرداية)، على مدار 08 جلسات وكان هذا ملخص المقابلات :

من خلال التحليل الكيفي للخطاب اتضح لنا ما يلي:

أن الحالة (ص.ك) البالغة من العمر 26 سنة قد تعرضت لزنا المحارم في سن 9 سنوات من طرف والدها بعد أن كانت تبيت عنده في بعض المرات، تمت عملية تفريغ فوري وبداية سرد للقصة " انا انا انا ... عندي مشكل ومنيش باغية نكون هكا هوما يحقروني، شوفي منيش باغية نقول هدره تاع سب وهكا ضروك هو علاه راح و خلاني " تقصد والدها " لحكاية بدأت قاع من كنت صغيرة كي جيت ندخل للكول بغاو يطلقوا (والدين) ولات مشاكل وتضربني ماما وانا مبيغيتش نبعد على بابا " تعاملت الحالة بالرفض إبتعاد عن والدها والبكاء الشديد جراء إنفصال الوالدين، ترددت الحالة قبل التصريح بما قام به والدها معها "امم اممم شوفي انا انا، هو ..."، وقوف ورغبة في مغادرة جلسة التقاف حولي نفسها ثم معاودة الجلوس "شوفي منخبيش عليك بابا تعدى عليا شوفي كي كنت صغيرة مرة لولة كان سكران تعدى عليا غدوة من ذاك ويامات فاتو ولا يهددني وانا خفت مبيغيتش نهدر قالي نقتلك وانا خفت من بعد قلت خلاص مراحش تتكرر عاود لمره ثانية ومن بعد مرة ثالثة تكررت شحال من مرة " إستنكرت الحالة مع هذا الفعل " حاولت نبعدو عليا " لكنها كانت في نفس الوقت عاجزة عن تغيير مسار الأمور ذلك أن المعتدي استعمل معها الترهيب والتخويف وتهديد بإبتعاد عمها، " من بعد بابا عطالي لحنانة ماشي كيما

ماما " إستغل الوالد نفور الحالة من أمها وإغرائها بالماديات " بابا يعطيلي نشري و حنين عليا ماشي كيما ماما و هما يداوسوني و يهدروا فيا يضربوني مرات خاوتي ماما تعيط عليا ختي شابة شوفي شوفي تهبل ياك " إستحقر نفسها وكونها غير جميلة، " ايه شوفي من بعد انا انا وليت ندوموندي منو"، " من بابا وليت منصبرش منبغيش يبعد عليا " .

إسترسلت الحالة في الحديث وهذا ما دفعنا لعدم مقاطعتها " من بعد تقلبت حياتي قاع كي توفى راحت عليا لحنانة (بكاء هستيري) وتعرفت على واحد وهو خلاني حتى بغيته باه ولا يلعب عليا ويدوموندي مني وانا نبغيه وليت ندير واش يحب باه ميخلينيش من بعد جبد عليا وليت نحوس عليه وهو يسبني ويعايرني يقولي يا لي ماشي شابة روعي خطيني ويحرش عليا صحابوا ويقولهم هذي متسواش ومن بعد كنت دايرة تلفون وفاقولي دارنا بتخبية وحكموه عليا وضربوني ومخلاونيش نخرج من بعد كرهت روعي تمك "

بدأت الحالة في التفكير في الإنتحار والإقدام عليه، " حكمت خدمة وليت نخدم ولاو يبغوني وشريتلمهم تلفزيون كبير وشريت تلفون ووليت نصرف على دار ونشريلهم مصروف وليت نخلص مليون ثمن مئة"، ظهر هنا إستغلال إهلا لها ماديا وكونها المعيل لها، " من بعد تبدلت حياتي كامل " .

"ولد خالي فاقلي بلي كنت معاه قالي لازم ... " (ممارسة جنس مقابل سكوتها) "وهددني" إن هذا الفعل ترك لدى المفحوصة حالة من الصدمة وعدم التصديق " من بعد حكيت لبنت خالتي قتلها شوفي واش قالي بصح محكيتهاش على هذاك لي كنت معاه، روحت عند بابات هذاك طفل لي كنت معاه قتلو ولدك راه يحرش فصحابوا عليا وراه يتمسخر بيا " ، " ولد خالي حكمني وحد نهار فورصاني واغتصيني ثاني هو ... شفني حتى اهلي مرحمونيش (بكاء) ماما هدرت لخالي وخالي زعف على ولدوا قالو ماشي مع

بنت خالتك لي ديرلها هكا " ظهرت على الحالة آثار من إستعادة الحدث الصدمي جراء الحديث عنه من خلال الألام الجسدية " توجعني كرشي كي نتفكر " .

" من بعد انا كرهت قاع لمعيشة بغيت نقتل روجي شربة قاع كاشي لي عندي فلباطة تقريبا " ضحك غريب وبشكل هستيري، " رقدت خمس ايام منطتش قاع دارنا داو عليا دوا انا حسبت نموت ونتهنى ساعة والو وموليتش نشرب دوا .

وتأثرت الحالة بعد الحادث حيث ظهرت عليها آثار نفسية جسدية تمثلت في أعراض التناذر الصدمي من خلال معاودة الحدث الصدمي فهي تراه يتكرر " ديما نتفكر واش صرالي " "نغض عينيا نتفكر كل شيء " وتجنب كل ما يذكرها به " ما نحش نروح لدار خالي " اضافة إلى اضطرابات النوم من خلال عدم قدرتها على النوم إلا بوجود مهدئات ومرخيات عصبية " ما نقدرش نرقد بلا دوا " والكوابيس الليلية "نظل نحلم بكل واش فات عليا " .

"من بعد انا حوست على هذاك لي كنت نحكي معاه قبل ما يدولي التلفون " محاولة الهروب من الواقع بربط أحداث مع بعضها و إيهام الذات بأن الإقتراب بالجنس المغاير هو الحل الأنسب لها، " هو قالي رواجي نشوفك أيا روحتلو " (بكاء شديد) "داني لوحد دار كنا قاعدين حتى هو ثاني اغتصبني وزاد جاب معاه ربعة وحدوخرين صحابوا خمسة خمسة ضربوني وربطوني " و" هو خلاهم يديرولي هاك وحبسني فدار من ثمانية تا ع صباح حتى للحداعش تا ع ليل ودا عليا تليفونات في زوج ومبغاش يطلقني نروح وانا قبل منروح نشوفوا قلت لواحد نعرفوا بلي ها وين راني رايحة واذا طولت ما عيطتك ها وين تلقاني ومعامن راني أيا طفل هذاك جا طبطبة فتحلو قالو خرج " ص" قالو شكون هذي معالبايش على واش راك تهدر ووز لباب وعيط اختي جات داتني وعيطوا لجوندارم وخرجني من عندو، رجعت لدار " .

أما الآثار الاجتماعية فتجسدت في هروبها من واقع بتناول الأدوية العصبية والنوم الكثير، كل هذا جعل الحالة تنظر نظرة سلبية وسوداوية إلى ماضي ومحاوله العيش من جديد وتطوير من ذاتها " راني نقرأ فدعم راني باغية نقرأ ونجيب بيا م باغية نتعلم وليوم رايحة نتعلم عند وحدة جارتنا تقريني إنجليزية و ليوم أول حصة ملازمش نطول ولا منجيش تزعف عليا".

2-3-3 مناقشة عامة للحالة :

على ضوء المقابلات والملاحظات ومناقشة من خلال الأبعاد و نتائج المقياسين ما يمكن قوله من خلال المقابلة الملاحظة وتحليل نتائج مقياس Davidson أن الحالة تعرض لزنأ المحارم وإغتصاب هو ما نتج عنه صدمة أدت إلى احباطها وعجزها أمام الحدث، فأصبح تعاني من اضطرابات نفسية متعددة وعدم إتزان نفسي وإنفعالي ظهرت لنا خلال تحليل المقابلة وفي بعض الأحيان تظهر عليها علامات الحزن والكآبة عند التحدث عن تجربتها الخاصة من خلال أعراض إستعادة الخبرة الصادمة الذي قدر بدرجة 18 في المقياس، الصورة السلبية عن الذات واضطرابات عضوية تمثلت في فقدان الشهية، وأوجاع في منطقة البطن .

واضطرابات اجتماعية ظهرت في انقطاع العلاقات والنظرة السلبية للماضي، إن هذه الاضطرابات دلت على أن الحدث أدخل المفحوص في حالة صدمة أدت في الأخير إلى ظهور تجنب للخبرة الصادمة قدر هذا الأخير ب: 25 وهو ما أكدته الملاحظة المباشرة من خلال البكاء والتوتر الزائد أثناء المقابلة وما زاد من تأكيده نتيجة الإستثارة كان تقديرها ب: 19 ونتائج المقياس (Davidson) التي كانت درجته 52 وهي درجة مرتفعة و هذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.و بالتالي فالحالة تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 52 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

بعد تطبيق مقياس اضطراب الهوية الجنسية على الحالة (ك.ص) تحصلت على نتيجة قدرها 46 وهي درجة متوسطة، ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 12 من أعراض اضطراب الهوية الجنسية، و07 من أعراض تحول الزني الثنائي الدور " الإرتداء المغاير "، إضافة إلى 27 من أعراض التحول الجنسي، وهذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة تعاني من اضطراب الهوية الجنسية.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 46 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-4 ملخص الحالات المدروسة :

2-4-1 مناقشة عامة للحالة الرابعة :

الحالة (ز.ن) تبلغ من العمر إثنان و عشرون سنة من مدينة الأغواط ، مستواها الدراسي الثالثة أساسي تقيم في بيت مشترك مع بعض الفتيات كان المستوى المعيشي للعائلة جد ضعيف، كانت تعيش مع عائلتها قبل الحادثة تتكون أسرتها من ثمانية أبناء أربعة ذكور و أربعة إناث ترتيبها الخامسة بينهم كان الأب مزارع بسيط قبل تعرضه لحادث وقوع من اعلى الجرف تسبب في شلله و الأم ماکثة في البيت تقوم بأشغال منزلي هي و بناتها ، تعاني العائلة من بعض المشكلات بسبب الفقر اضافة إلى مشاكل مع الأخ الأكبر حيث اعتاد على ضرب إخوانه و توجيه الإهانات إليهم، فهو حاد الطباع عنيف كثير الضرب، اضافة إلى أنه متعاطي للمخدرات و إعتاد على بيعها في بعض الأحيان.

تعرضت الحالة لاعتداء جنسي من طرف أخيها مما تركها في حالة نفسية جد سيئة و مزرية، أصبحت تقيم في بيت الجدة بعد اكتشاف ما حدث لها تسترهم عليه و القبض على أخيها بعد أن أمسك متلبس في بيع المخدرات ، وبعد هروب الحالة من بيتها و اللجوء إلى خالها وانتقالها للعيش في بيت مشترك مع بعض الفتيات تعاني الحالة من فقر دم حاد ومصابة بالعمى على مستوى العين اليسرى تعمل عاملة ظافة حاليا .

بعد تطبيق مقياس Davidson على الحالة (زن) تحصلت على نتيجة قدرها 62, و من خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 19 من أعراض الاستعادة، و 26 من أعراض التجنب اضافة إلى 17 أعراض من أعراض الاستثارة و هذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب كربما بعد الصدمة و بالتالي فالحالة تعاني من كرب ما بعد الصدمة.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 62 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

بعد تطبيق مقياس اضطراب الهوية الجنسية على الحالة تحصلت على نتيجة قدرها 75,ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 27 من أعراض اضطراب الهوية الجنسية، و12 من أعراض تحول الزي الثنائي الدور "الإرتداء المغاير" ، إضافة إلى 36 من أعراض التحول الجنسي، وهذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة تعاني من اضطراب الهوية الجنسية.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 75 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-4-2 مناقشة عامة للحالة الخامسة :

الحالة (ن.ر) تبلغ من العمر سبعة وثلاثون سنة من مدينة باثنة مقيمة بولاية غرداية مستواها الدارسي جامعي تخصص قانون جنائي وعلوم جنائية، هي البنت الكبرى في اخوتها ذكرين وأنثى من الأم فقط والتي تعمل أستاذة لتعليم السياقة أما الأب فهو تاجر، الأب و الأم منفصلان بسبب ماحدث للحالة آنذاك عاشت الحالة بعد طلاق والديها مع أمها في بيتها الشخصي، تعرضت لاعتداء جنسي من طرف والدها في سن سبع سنوات مما دفعها إلى الهرب من المنزل و التوجه إلى منزل جدتها و البوح لها بما حصل و بعدها الإبلاغ على الأب و دخوله السجن ومن بعد ذلك قامت الوالدة بتغيير مكان الإقامة إلى ولاية السطيف بعدها إلى ولاية غرداية و إستقرار هناك تابعة الحالة دراستها ثم تخرجت من الجامعة متزوجة حاليا و لديها اربعة أطفال تعاني من إضطرابات في النوم و من مرض القولون العصبي تعمل في المحكمة الولائية بولاية غرداية.

بعد تطبيق مقياس Davidson على الحالة (ن.ر) تحصلت على نتيجة قدرها 50 , و من خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 17 من أعراض الاستعادة، و 16 من أعراض التجنب اضافة إلى 17 أعراض من أعراض الاستثارة و هذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة و بالتالي فالحالة تعاني منه.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 50 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

بعد تطبيق مقياس إضطراب الهوية الجنسية على الحالة تحصلت على نتيجة قدرها 79 ,ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 24 من أعراض إضطراب الهوية الجنسية، و 10 من أعراض تحول الزي الثنائي الدور " الإرتداء المغاير "، إضافة إلى 37

من أعراض التحول الجنسي، وهذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة تعاني من اضطراب الهوية الجنسية. وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 79 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-4-3 مناقشة عامة للحالة السادسة :

الحالة (ع.م) يبلغ من العمر ثمانية وعشرون سنة من مدينة الأغواط المستوى الدراسي الثالثة ثانوي، مقيم في ولاية غرداية، الحالة من عائلة ميسورة الحال، هو الأكبر في إخوته في عائلة مكونة من ثلاثة أبناء (ذكرين و أنثى) الأب موظف عند الدولة و الأم أستاذة في التعليم الثانوي، و العلاقات بين أفراد العائلة جيدة لا توجد أي مشاكل بينهم انتقل الحالة لزيارته لعمه أثناء العطلة الصيفية بعد رسوبه في شهادة التعليم الثانوي ، و هناك تعرض لاعتداء جنسي في سن ثمانية عشر سنة من طرف عمه بعد أن مكث معه مدة شهرين بادر الحالة بالهروب فورا بعد أن قام بضرب عمه على مستوى رأسه، ليتم بعدها التبليغ عن العم و القبض عليه أما الحالة إنتقل للعيش مع عائلته لولاية غرداية لم يستطع الحالة الدخول في أي علاقة رسمية (الزواج) برغم إصرار عائلته على ذلك يعمل عون إدارة في مكتب للصحة الجوارية بولاية غرداية لا يعاني من أي أمراض.

بعد تطبيق مقياس Davidson على الحالة (ع.م) تحصل على نتيجة قدرها 62، و من خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 19 من أعراض الاستعادة، و 24 من أعراض التجنب اضافة إلى 19 أعراض من أعراض الاستثارة و هذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة و بالتالي فالحالة تعاني من الضغوط التالية للصدمة.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 62 وهو ما توافق مع النتائج الدراسية الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

بعد تطبيق مقياس اضطراب الهوية الجنسية على الحالة تحصل على نتيجة قدرها 90, ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 30 من أعراض اضطراب الهوية الجنسية، و18 من أعراض تحول الزي الثنائي الدور " الإرتداء المغاير "، إضافة إلى 42 من أعراض التحول الجنسي، وهذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة تعاني من اضطراب الهوية الجنسية.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 90 وهو ما توافق مع النتائج الدراسية الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-4-4 مناقشة عامة للحالة السابعة :

الحالة (ر.ك) يبلغ من العمر ثلاثة وعشرون سنة من مدينة غرداية المستوى الدراسي جامعي تخصص جيولوجية، مقيم في ولاية الجزائر، الحالة من عائلة متوسطة الدخل، هو الأخ الأصغر في إخوته في عائلة مكونة من أربعة أبناء (ذكر وثلاثة إناث) الأب حارس في شركة المياه و الأم عاملة في مطبخ لدى الحماية المدنية، و العلاقات بين أفراد العائلة عادية انتقل الحالة للإقامة عند خاله لتمضية العطلة الشتوية حين كان يبلغ من العمر أربع سنوات حيث تعرض لإعتداء جنسي من طرف خاله القاطن في الغرب الجزائري حيث أن الحالة لم يكن يدري بما حدث له آنذاك عد عودته إلى منزله أصيب بمرض على مستوى فتحة الشرج مما استدعى الأم إلى أخذه لأخصائي تم إكتشاف فعلت الخال و التستر على فعلته ومقاطعته لحد الساعة، لا يعاني ن أي أمراض يدرس حاليا في الجامعة .

بعد تطبيق مقياس Davidson على الحالة (ر.ك) تحصل على نتيجة قدرها 48 , و من خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 15 من أعراض الاستعادة، و 17 من

أعراض التجنب اضافة إلى 16 أعراض من أعراض الاستثارة و هذا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة و بالتالي فالحالة تعاني من الضغوط التالية للصدمة.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المرتفع بدرجة كلية قدرها 48 وهو ما توافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

بعد تطبيق مقياس اضطراب الهوية الجنسية على الحالة تحصل على نتيجة قدرها 09 ,ومن خلال تحليل نتائج المقياس فقد ظهر عند الحالة 7 من أعراض اضطراب الهوية الجنسية، و1 من أعراض تحول الزي الثنائي الدور " الإرتداء المغاير "، إضافة إلى 1 من أعراض التحول الجنسي، وهذا لا يستوفي شروط المقياس في تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وبالتالي فالحالة لا تعاني من اضطراب الهوية الجنسية.

وكانت الدرجة الكلية للمقياس تندج ضمن المستوى المنخفض بدرجة كلية قدرها 09 وهو ما لا يتوافق مع النتائج الدراسة الكمية المتحصل عليها سابقا في هذه الدراسة.

2-4-5 النتيجة العامة لدراسة الحالات :

بعد إجراء المقابلات مع الحالات السبع و تطبيق مقياسين و ما استشفيناه من الملاحظة المباشرة و تحليل النتائج نستطيع أن نربط بين فرضيات البحث و النتائج المتحصل عليها وقبل ذلك يجدر التذكير بفرضيات الدراسة و التي مفادها:

• توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الهوية

الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .

و تطرقت الفرضيات الجزئية إلى:

- نتوقع أن يكون مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفعا.
 - نتوقع أن يكون مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفعا.
- و من خلال إتباعنا للمنهج الاكلينيكي والوصفي الإرتباطي و باستعمال المقابلة نصف الموجهة مع الحالات السبعة وتحليلها كميًا و كفيًا و تطبيقنا لمقياسين و كذلك ما لاحظناه على الحالات من خلال الملاحظة المباشرة أثبتت صدق الفرضيات الجزئية أن مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفعا و هذا إن دل على شيء فهو ناتج عن كمية الصدمات التي تعرضت لها الحالات و تاثيرها عليهم على الصعيد النفسي و الفزيولوجي و حتى الإجتماعي و ان مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفعا و ذلك كون الحالات يتمنون لو كانوا ينتمون إلى الجنس الآخر لكان هذا أفضل من حيث تقبل الحدث الصدمي لا غير و ان هناك اختلاف في الآثار النفسية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة و هذا ما لاحظناه من آثار أنية لدى الحالات خلال المقابلات من تغير في وجود عدة أعراض لعدة اضطرابات و منه رفض الفرضية العامة التي مفادها أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .

4-الإستنتاج العام للدراسة التطبيقية :

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف من خلال التعرف على طبيعة العلاقة موجودة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وإضطراب الهوية الجنسية لدى الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة حيث تشكلت عينة الدراسة من 7 حالات من مؤسستي الصحة الجوارية (شنيبي موسى ب: سيدي عراز وب: واد نشو) في ولاية غرداية، ولقد كشفت هذه الدراسة عن نتائج قد تكون ذات أهمية في فهم بعض الجوانب التي تتعلق بسيكولوجية هذه الفئة من الناس ولقد أشارت النتائج إلى ما يلي :

• لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وإضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة .

• مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفع .

• مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة مرتفع .

ومنه نستنتج أن ليس هناك علاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وإضطراب

الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة وهذا ظهر لنا في نتائج

الإختبارات حيث أن نتائج معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات أظهرت أن قيمة

معامل الارتباط سبيرمان 0.615 عند درجة الحرية 6 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا عند

مستوى 0.142 مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجات اضطراب

الهوية الجنسية ودرجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة ، وبالتالي فإنه لا توجد علاقة بين

الإضطرابين ، وهذا الأخير ظهر لدينا أثناء المقابلات في طرح الأسئلة و نتائج المقياسيين

مع الحالات المدروسة في أعراض إستعادة الخبرة الصادمة وأعراض تجنب والإستثارة مما لم

يتناسبا مع أعراض اضطراب الهوية الجنسية و تحول الزي الثنائي الدور " الإرتداء المغاير والتحول الجنسي .

• ويجدر التنويه إلى أن النتائج التي توصلنا إليها ماهي صالحة إلا للحالات المدروسة.

الختمة

الخاتمة:

وفي ختام البحث المتعلق بإشكالية "هل توجد علاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته باضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة"، والتي لها صدى سلبي غير محدود و يُعاني منها جميع المجتمعات في الوقت الراهن؛ نرجوا أن نكون قد وفقنا في وضع لبنات لبناء سد منيع يدرح تلك الآفة التي تؤرقنا جميعًا.

فقد استهدفت هذه الدراسة التعرف على ما اذا كانت هناك علاقة تنتج بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وه اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة ، و كنتيجة للدراسة التي قمنا بها توصلنا إلى أن ليس هناك علاقة بينهما و لا سيما إذا كان هذا الأخير لم يجد في الوسط الذي يعيش فيه السند الكافي لتجاوز محنته، و تمثلت معظم هذه الآثار في عوارض التناذر الصدمي و الصورة السلبية عن الذات مما يجعل ضحية الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة شديدة الحساسية تحتاج إلى معاملة خاصة و تكفل نفسي دائم من أجل مساعدتها على تجاوز الأمر و اعادة تأهيلها في المجتمع.

أما عن الصعوبات المواجهة من خلال هذا البحث فقد واجهنا مشاكل كبيرة في ظل عدم وجود المرافق الصحية الضرورية للتكفل بهذه الحالات، وفي ظل بقاء الموضوع لحد الآن من الطابوهات و كذلك قلة الحالات المعروضة للعيان اضافة إلى صعوبة التحدث مع ضحايا هذا الاعتداء.

لكن رغم ذلك استطعنا إيجاد سبع حالات تمت عليها الدراسة التطبيقية والتي خلصت نتائجها إلى :

عدم وجود علاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعباضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا الإعتداءات الجنسية داخل الأسرة.

ولقد حاولنا وضع أسس راسخة وفقاً لمعطيات موجودة سواء في الكتب أو المجالات أو المواقع أو حتى مستخرجة من خلال المقابلات ، كي نكون على بينة من الأمر،

و تنويه إلى أن يكون هناك دور على المستوى الفردي والأسري والمجتمعي، بالإضافة إلى تعزيز دور الدولة الأهم في الحد من هذه الآفات الدخيلة على مجتمع العربي عامة و المجتمع الجزائري خاصة.

توقفت قاطرة البحث عند الخاتمة، ولكنها لم تتوقف بالنسبة للمنظومة العلمية بأسرها؛ فهناك الكثيرون من حملة اللواء في مجال علم النفس ، ممن يمكنهم تقديم الجديد، وذلك ما نرجوه، ونعلم بأن هناك من هم أعلى منا هامة وقدرًا وفكرًا، ويمكنهم أن يتوصلوا لنتائج أفضل مما تم التوصل إليها في سبيل إيجاد حلول و إنتاج معارف جديدة في تخصص علم النفس. بالإضافة إلى أن ما انتهت إليه هذه الدراسة يمكن ان يلفت الانتباه الى اهمية تناول المتغيرات التي يمكن ان تساهم في تنمية الجوانب الايجابية لهذه الفئة ، وهذه العوامل تعد بمثابة مؤشرات لتحقيق التنمية الذاتية لهم وهي من التوجهات الحديثة لدراسات علم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة.

مقترحات و توصيات الدراسة :

استنادا إلى ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج بخصوص علاقة اضطراب الضغوط التالية لصدمة مع اضطراب الهوية الجنسية لدى ضحايا زنا محارم يمكن تقديم المقترحات التالية:

- بناء برامج تدريبية تهتم بتنمية الذات لدى هذه الفئة المهمشة في مجتمع لتحقيق الذات ورفع مستوى الشعور بجودة الحياة و أن حياة لا تتوقف عند هذا الحد و أنها ليست مجرد مآسي.

- بناء برامج تأهيلية للمتعرضين لزنا المحارم لضمان تكيفهم مع المجتمع. عقد ندوات علمية خاصة للتعريف بإضطراب الضغوط التالية لصدمة و اضطراب الهوية الجنسية و كيفية حماية أنفسهم من تعرض لأي إعتداءات جنسية و ذلك بهدف توعية أفراد المجتمع.

- إجراء دراسات مقارنة في متغيرات الدراسة الحالية و اضطرابات أخر من ممكن أن يكون لها علاقة بهذه متغيرات.
- فتح مؤسسات خاصة لتكفل بهذه الفئة و رعايتها و تأهيلها للإندماج في المجتمع.
- تكوينات للأخصائيين النفسانيين للتعامل مع هذه الفئات (متعرضين لزنا المحارم / مضطربي الهوية الجنسية / مصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة " بغض النظر عن نوعية الصدمة متعرضين لها ") .
- ضرورة اهتمام وسائل الإعلام ، والإعلام الهادف الذي يحقق مصلحة المجتمع وتحقيق أمنه واستقراره وإبعاد كل ما يهدم العقيدة الصحيحة والمبادئ الأخلاقية.
- إجراء الدراسات والبحوث التي تتناول الاعتداءات الجنسية خاصة على المحارم لخطورة وجود مثل هذه الجريمة في مجتمعنا المحافظ للوقوف على أسباب هذه الجريمة ومن ثم القيام بالإجراءات الوقائية للحد من حدوثها و عدم الخوف في الخوض في مثل هذه الطابوهات .

قائمة المراجع

1- المراجع باللغة العربية:

أ- الكتب:

1. أحمد عارف، العساف، محمود، الوادي (2011). منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإدارية. عمان: دار الصفاء. ط1.
2. أحمد، عكاشة (ب.ت). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية ط1 .
3. أحمد، عكاشة (2003). الطب النفسي المعاصر. (ب.ط)، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية
4. أحمد محمد، النابلسي (1991). الصدمة النفسية وعلم النفس الحروب والكوارث. (ب.ط)، بيروت: دار النهضة العربية.
5. أحمد محمد، النابلسي وعبد القادر، حسين (2002). التحليل النفسي ماضيه ومستقبله. القاهرة: دار الفكر المعاصر. ط1 .
6. أحمد محمود، خليل (2000). جريمة الزنا في الشريعتين الإسلامية والمسيحية والقوانين الوضعية. (ب.ط)، الاسكندرية: منشأة المعارف.
7. أحمد محمود، خليل (2009). جرائم هتك العرض وإفساد الأخلاق. (ب.ط)، الاسكندرية: منشأة المعارف.
8. أكرم، ابراهيم (2005). علم النفس الجنائي. عمان: دار الثقافة. ط2 .
9. جلادينا، ماكهاون (2002). التكيف مع صدمات الحياة. السعودية: مكتبة الجيك. ط1.
10. جلال محمد، سري (2003). الأمراض النفسية الاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب. ط1.

11. حامد، عبد السلام زهران (2001). الصحة النفسية والعلاج النفسي. (ب.ط)، القاهرة: عالم الكتب.
12. شحاته، محمد ربيع (2000) الصحة النفسية. القاهرة: مؤسسة الكوثر للطباعة والنشر. ط3.
13. صالح حسن، الداھوي (2011). أساسيات علم النفس الجنائي ونظرياته. عمان: دار الحامد. ط1.
14. الصديقي سلوى وآخرون (2002). انحراف الصغار وجرائم الكبار الحدود والمعالجة. (ب.ط)، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
15. طارق، موسى وخالـد، الدسوقي (2000). علم نفس النمو. (ب.ط)، القاهرة: دار المعارف.
16. عبد الله ناصح، علوان (2002). تربية الأولاد في الإسلام. (ب.ط)، الأردن: دار السلام للطباعة.
17. عبد الخالق، محمد أحمد (1998). الصدمة النفسية. الكويت: لجنة التأليف والتعريب. ط 1.
18. عبد الرحمن، سي موسى، و رضوان، زقار (2002). الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق. الجزائر. ط، 1.
19. عبد العزيز، القوصي (1952). أسس الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. ط 4.
20. عبد الفتاح محمد ، دويدار (1996). مناهج البحث في علم النفس. (ب.ط)، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

قائمة المراجع

21. عبد المنعم، الحنفي (1995). موسوعة الطب النفسي (الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية و طرق علاجها نفسيا. المجلد الأول. القاهرة: مكتبة مدبولي. ط 2 .
22. عبد المنعم، الحنفي (1996). موسوعة علم النفس. المجلد الثالث. القاهرة: مكتبة مدبولي. ط4.
23. عبد المنعم، الحنفي (1999). موسوعة الطب النفسي (الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا. المجلد الثاني. القاهرة: مكتبة مدبولي. ط1.
24. عبد المنعم، الحنفي (2004). الموسوعة النفسية الجنسية. القاهرة: مكتبة مدبولي. ط4 .
25. عبد المنعم، الحنفي (2006). موسوعة الطب النفسي. ج1. القاهرة: مكتبة مدبولي. ط4.
26. العيسوي، عبد الرحمن (2004). سيكولوجية الاجرام. بيروت: دار النهضة العربية. ط1.
27. العيسوي، عبد الرحمن (2005). علاج المجرمين. بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية. ط1 .
28. العيسوي، عبد الرحمن (2007). الفقر والجنس. بيروت: دار النهضة العربية. ط1.
29. العيسوي، عبد الرحمن (ب.ت). المجرم الشاذ. (ب.ط.) الاسكندرية: دار الفكر الجامعي.
30. فيصل، عباس (1990). أساليب دراسة الشخصية التكنيكات الإسقاطية. لبنان: دارالفكر اللبناني. ط1.

31. محمد حمدي، الحجار (1998). المدخل إلى علم النفس المرضي. (ب.ط)، بيروت: دار النهضة العربية.
32. محمد عرفة، الدسوقي (2000). حاشية الدسوقي على الشرح الكبير (ب.ط)، بيروت: دار الفكر.
33. مروان عبد المجيد، ابراهيم (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. (ب.ط)، عمان: مؤسسة الوراق.
34. مروان ، القيسي (1995). الإسلام والمسألة الجنسية. (ب.ط)، الأردن: جامعة اليرموك.
35. مصطفى، يونس و آخرون (2008). لمشكلات و الميول النفسية لأسر السجناء والمعتقلين. (ب.ط)، مصر: مركز ماعت للدراسات الحقوقية و الدستورية.
36. الملاك، علام (2007). الانحراف في حياة الإنسان أسبابه وعلاجه. (ب.ط)، الكويت: شبكة الكميت الثقافية.
37. نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي. (ب.ت). المرشد في الطب النفسي (ب.ط). منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي للشرق الأوسط.
38. وندل، جبر (1980). الزنا (تحريمه، أسبابه، دوافعه، نتائجه، آثاره). عمان: مكتبة المنار. ط1 .
- ب- الرسائل:
39. أحمد حسن، تاج السر (2002). استخدام بعض الآيات القرآنية والأدعية المأثورة لعلاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. جامعة الخرطوم، السودان.
40. أحمد، الحواجزي (ب.ت). فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدمة. الجامعة الإسلامية، غزة.

41. أسامة عمر، فرينة (2011). القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال. الجامعة الإسلامية، غزة.
42. اسماعيل، الشندي (2010). الزنا بالمحارم و عقوبته المقررة في الفقه الاسلامي (دراسة مقارنة) جامعة عين شمس، القدس.
43. أنور حمودة، البنا و محمد ابراهيم، عسيلة (ب.ت)،. الأنماط المختلفة لصدمة العدوان الاسرائيلي أثناء انتفاضة الأقصى من وجهة نظر تلاميذ المرحلة الأساسية. جامعة الأقصى، غزة.
44. دلال موسى، قويدار (2008). الخوف من سرطان الدم و علاقته بالصدمة النفسية (دراسة ميدانية لنيل الإجازة في الارشاد النفسي). جامعة دمشق: سوريا.
45. راضية، ويس (2006). آثار صدمة الاغتصاب على المرأة . جامعة منتوري، قسنطينة.
46. عيسى، المحتسب (1998). الانحرافات الجنسية لدى طلبة الجامعات وعلاقتها بالقلق والشعور بالذنب. الخرطوم: جامعة أفريقيا العالمية.
47. فتيحة، بن الطيب (ب.ت). التخلف العقلي عند الطفل و آثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم. جامعة فرحات عباس: سطيف.
48. محمد الأمين، كروغلي (2010). مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة الفشل. جامعة منتوري: قسنطينة.
49. محمد بن مرزوق، العصيمي (2010). مكافحة زنا المحارم (دراسة تأصيلية مقارنة). جامعة نايف العربي: الرياض.
50. يعقوب يونس خليل، الأسطل (2011). المشكلات النفس اجتماعية و الانحرافات السلوكية لدى المترددين على مراكز الانترنت. الجامعة الإسلامية: غزة.

ت- المجلات:

51. أحمد، السر (2007). العوامل الوقائية للشباب من الانحرافات الجنسية استنباط من قصة يوسف عليه السلام. مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية، المجلد 22. العدد 68.

52. منال، الشيخ (2012). فاعلية برنامج ارشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة الناتجة عن اساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال. مجلة جامعة دمشق، المجلد 28. العدد 3.

ث- القواميس و المعاجم:

53. ابن منظور (1995). لسان العرب. (ب.ط). بيروت: دار الصفاء للنشر والطباعة.

54. جان، لابلونش، بونتاليس (1985). ترجمة مصطفى حجازي. معجم مصطلحات التحليل النفسي. بيروت: المؤسسة الجامعية. ط1.

55. جان، لابلونش، بونتاليس (1987). ترجمة مصطفى حجازي. معجم مصطلحات

التحليل النفسي. بيروت: المؤسسة الجامعية. ط2.

56. جان، لابلونش، بونتاليس (1997). ترجمة مصطفى حجازي. معجم مصطلحات التحليل النفسي. بيروت: المؤسسة الجامعية. ط3.

57. عبد القادر طه، فرج . (ب.ت). معجم علم النفس والتحليل النفسي. بيروت: دار. النهضة العربية. ط1.

58. محمد بن علي بن محمد، الشوكاني (2000). فتح القدير. بيروت: دار المعرفة.

1- Les Dictionnaires :

59-American Psychiatric Association. 1994, Diagnostic & Statistical Manual Of Mental Disorder (DSM-IV), Forth Edition, Washington,D.C.American Psychiatric Association.1996, Diagnostic & Statistical Manual Of Mental 61-Disorder (DSM-IV), Forth Edition, Washington,D.C.

DSM-IV, 2003 , Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles

62-Mentaux, 2ème édition, Masson, Paris.Vocabulaire de la psychanalyse, sous la , Laplanche et Pantalès, 1997 .

direction de Daniel Lagache, PUF, édition Delta, Paris.

63-Manuel Diagnostique Et Statistique Des , Mini DSM-IV ntr, 2004 .Troubles

64-Mentaux, Masson, Paris Dictionnaire de psychiatrie et psychopathologie , J, 1998 Postel. .clinique, édition Bordas, Paris

65-Dictionnaire de psychologie Montréal, Canada. , N, 1991.Sillamy .

66-N, 1996, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris . Sillamy .

2.Les Livres :

67-Bailly,1985,Les catastrophes et leurs conséquences psycho . .traumatique, PUF, Paris

68-Psychologie pathologique, théorique et clinique, , J, 1982.Bergeret ..édition Masson, Paris.2006.

69- M, 2001, Les Traumatismes psychiques, Masson, Paris. De Clercq .

70-,F. Incest between Father and Daughter.In Sexual Ferracuti

71-Behaviors ,ed.H.L.P.Resnick and M .E. Wolfgang ,Boston LittleBrown, 1972.

72-H.I Kaplan et B.j.Sadock, 1998,Livre de poche de psychiatrie .clinique, traduction et adaptation française de S.Ivanov-Mazzucconi,Masson éditeur, Paris.

73-M, 2002, L'enfance blessée – les enfants de Khiati .Bentalharacontent- édition Berzak., F, 2000, La Clinique de la 74- Névrose Traumatique chez Lebigot .l'Enfant. Revue

75-Lebigot, F ,2006, Le Traumatisme psychiques .Henry .

Ingberg,Bruxelles.

- 76-Victimologie clinique, PUF, Paris, Lopez. G, 1995 .
- 77-Marie. E,2004,la résilience d'un garçon victime d'inceste par la dramathérapie ,université concordia, Montréal ,canada.
- 78-Le traumatisme de la naissance, PUF, Paris, Otto Rank, 1976 .
- 79-Pierre Marty, 1976,Les mouvements individuels de la vie et la mort, .Masson, Paris.
- 80-Roger Pierron, 1983,l'agression et les autres, édition Bordas, Paris
- 81-Bee, H, Boyd, D. (2003).Psychologie du développement tout les âges de la vie. (Ed.2).BRUXELLES : DE BOECK.
- 82-C.b. Pull. (1992).Cim 10, classification international des maladie, dixième mentaux et troubles du comportement, révision, chapitre v(F), troubles descriptions chimiques et directives pour le diagnostic, (S.E), paris.
- 83-Debasse, M. (1993).L'adolescence .Paris: Presse universitaire de France, Ed delta.
- 84-Di ceglie, D.(2000).Gender identity disorder in young people. Advances in psychiatric treatment,6,458,466.
- 85-Elizabet B, & Herrick. (1981).La psychologie de Développement .New Delhi: Mc graw Hill publishing.
- 86-Halgin, R,S,whitbourne,s.(1993).child sexual .new York:mac millan.
- 87-Mcfarland, GK. (1999).Santemantal démarche de soins et diagnostique infirmieres. (Tradiut ivanon, stefka).paris: masson.
- 88-Piéron. (1990).vocabulaire de la psychologie,paris,France :press universitaire.
- 89-Rivilie, j. (1992).L'homme stress. paris; puf.
- 89-Sadeghi, M, &Fakhria, A.(2000).Transsexualism in female monozygotic twins,34(5),862-864 :Acase report Australian &new zeland of psychiatry.

قائمة الملاحق

الملاحق الأول : دليل المقابلة النصف موجهة

أسئلة المقابلة :

تم تقسيم الأسئلة المطرحة إلى خمسة أقسام و هي التعريف عن النفس و من ثم كيف عاش قبل و أثناء و بعد الحدث و بعدها أسئلة حول اضطراب الهوية الجنسية من ثم أسئلة بخصوص اضطراب كرب ما بعد الصدمة و بعدها ماهي الأفاق المستقبل بالنسبة له .

- عرفني بنفسك ؟
- كيف كانت حياتك قبل تعرضك لزنا المحارم ؟
- كيف كانت حياتك أثناء تعرضك لزنا المحارم ؟
- كيف كانت حياتك بعد تعرضك لزنا المحارم ؟
- هل تعتقد بأنك تنتمي إلى الجنس المختلف عن جنسك البيولوجي ؟
- سعيد كون أنك خلقت (أنثى / ذكر) ؟
- تحب إرتداء ملابس الجنس الآخر ؟
- تتمنى لو أنك كنت (فتى / فتاة) ؟
- هل تشعر بالإرتياح في دور جنسك الحالي ؟
- هل تتذكر أحداث مرت عليك من قبل ؟
- هل تحلم بكوابيس عن الحدث ؟
- هل تحاولين تجنب المشاعر التي تأتيك حين تذكر الحدث ؟
- هل لديك صعوبة في النوم ؟
- هل تعاني من صعوبة في التركيز ؟
- هل تستثار لأتفه الأسباب ؟
- هل لديك إستعدادات لتوقع الأسوء ؟
- ماهي نظرتك للمستقبل ؟
- هل لديك خطط للمستقبل ؟

الملحق الثاني : مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون

PTSD Scale according to DSM—IV

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم: العمر: الجنس: (ذكر – أنثى)

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحنك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة.

| الرقم | الخبرة الصادمة | أبدا | نادرا | أحيانا | غالبا | دائما |
|-------|---|------|-------|--------|-------|-------|
| 01 | هل تتخيل صور وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟ | | | | | |
| 02 | هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟ | | | | | |
| 03 | هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟ | | | | | |
| 04 | هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟ | | | | | |
| 05 | تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟ | | | | | |
| 06 | تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟ | | | | | |
| 07 | هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)؟ | | | | | |
| 08 | هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟ | | | | | |
| 09 | هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟ | | | | | |

قائمة الملاحق

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | هل فقدت الشعور بالحزن والحب (أنك متبلد الإحساس)؟ | 10 |
| | | | | | هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل والزواج، وإنجاب الأطفال؟ | 11 |
| | | | | | هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟ | 12 |
| | | | | | هل تنتابك نوبات من التوتر والغضب؟ | 13 |
| | | | | | هل تعاني من صعوبات في التركيز؟ | 14 |
| | | | | | هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)؛ ومن السهل تشتيت انتباهك؟ | 15 |
| | | | | | هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟ | 16 |
| | | | | | هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس. والرعشة؛ والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟ | 17 |

الملحق الثالث : مقياس اضطراب الهوية الجنسية

الاسم:

السن:

المستوى التعليمي:

التعليمات:

"فيما يلي مجموعة من العبارات المطلوب منك قراءة كل عبارة بعناية وبكل دقة وعليك أن تختار استجابة واحدة فقط بل غير لكل فقرة أو عبارة بأن تضع تحتها علامة x مع ملاحظة عدم ترك أي عبارة بدون إجابة".

-تستخدم النتائج المتحصل عليها في إطار البحث العلمي لا غير، وأنها تحظى بالسرية التامة

شكرا على تعاونكم معنا

قائمة اللائق

| م | العبارة | أبدا | أحيانا | غالبا | دائما |
|----|--|------|--------|-------|-------|
| 01 | - غير سعيدة لكوني خلقت أنثى. | | | | |
| 02 | - تمنيت لو أن أصبحت يوما ذكرا. | | | | |
| 03 | - تستهويني الأعمال الذكورية. | | | | |
| 04 | - بداخلي إحساس كبير أني ذكر. | | | | |
| 05 | - أميل لارتداء ملابس ذكورية. | | | | |
| 06 | - أفضل قص شعري كالذكور. | | | | |
| 07 | - أغلظ من طبقة صوتي لتبدو شبيهة بصوت الذكور. | | | | |
| 08 | - أعتقد أني سجين في جسد الأنثى. | | | | |
| 09 | - ارتدي بعض قطع ملابس الجنس الآخر خاصة عندما أكون بمفردي. | | | | |
| 10 | - لا أستثار جنسيا عندما أقوم بارتداء بعض ملابس الجنس الآخر. | | | | |
| 11 | - لا أستطيع أن امنع نفسي من ارتداء بعض القطع من ملابس الجنس الآخر. | | | | |
| 12 | - ارتدي ملابس الجنس الآخر وأنا أمارس الجنس مع شريكي. | | | | |
| 13 | - ارتديت مرة على الاقل ملابس الجنس الآخر. | | | | |
| 14 | أشعر بالانتماء للجنس الآخر. | | | | |
| 15 | - أعبر عن رغبتى المتكررة وإصراري على أني (هو/هي) | | | | |
| 16 | - أفضل ملابس الجنس الآخر. | | | | |
| 17 | - أفضل محاكاة وتقليد زينة الجنس الآخر. | | | | |
| 18 | - أفضل ممارسة ادوار الجنس الآخر. | | | | |
| 19 | - كنت وأنا طفلا أميل إلى اللعب مع الجنس الآخر. | | | | |
| 20 | - كنت أفضل ألعاب الجنس الآخر، | | | | |
| 21 | - أفضل تمضية أوقات فراغي في أنشطة خاصة بالجنس الآخر. | | | | |
| 22 | - لدى تفضيل قوي لأن يكون رفاق اللعب من الجنس الآخر. | | | | |
| 23 | - دائما ما أقدم نفسي على أني من الجنس الآخر، | | | | |

قائمة الملاحق

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | 24 - أفضل أن يعاملني الآخريين على أني من الجنس الآخر المخلف لجسدي حالبا. |
| | | | | 25 - أستجيب بشكل تلقائي للآخرين بنفس طريفة الجنس الاخر. |
| | | | | 26 - أشعر بعلم الارتياح عن جنسي الحالي. |
| | | | | 27 - أشعر بعدم الارتياح لدوري الجنسي الحالي، |
| | | | | 28 - لدي رغبة ملحة في التخلص من خصائصي الجنسية الحالية لأصبح مثل الجنس الآخر. |
| | | | | 29 - اسعى جاهدا للتخلص من شكلي من خلال إجراء عملية جراحية لأصبح مثل الجنس الآخر، |
| | | | | 30 - أتناول هرمونات لأصبح مثل الجنس الآخر، |

الملحق الرابع : مخرجات المقياسين

| Statistics | | | | |
|----------------|---------|-------|---------------|------------------|
| | | الجنس | العمر(Binned) | التعليمي_المستوى |
| N | Valid | 7 | 7 | 7 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 1.71 | 1.43 | 2.57 |
| Median | | 2.00 | 1.00 | 3.00 |
| Mode | | 2 | 1 | 1 ^a |
| Std. Deviation | | .488 | .535 | 1.272 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

| الجنس | | | | | |
|-------|------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | ذكر | 2 | 28.6 | 28.6 | 28.6 |
| | أنثى | 5 | 71.4 | 71.4 | 100.0 |
| Total | | 7 | 100.0 | 100.0 | |

| العمر(Binned) | | | | | |
|---------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | <= 25 | 4 | 57.1 | 57.1 | 57.1 |
| | 26+ | 3 | 42.9 | 42.9 | 100.0 |
| Total | | 7 | 100.0 | 100.0 | |

| التعليمي_المستوى | | | | | |
|------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | جامعي | 2 | 28.6 | 28.6 | 28.6 |
| | ثانوي | 1 | 14.3 | 14.3 | 42.9 |
| | متوسط | 2 | 28.6 | 28.6 | 71.4 |
| | أساسي | 2 | 28.6 | 28.6 | 100.0 |
| Total | | 7 | 100.0 | 100.0 | |

Correlations

| | | .لاضطراب دافينسون الضغوط | | .الهوية اضطراب الجنسية | |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|-------|---------------------------|--|
| Spearman's rho | الضغوط.لاضطراب دافينسون | Correlation Coefficient | 1.000 | .615 | |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .142 | |
| | | N | 7 | 7 | |
| | الجنسية.الهوية اضطراب | Correlation Coefficient | .615 | 1.000 | |
| | | Sig. (2-tailed) | .142 | . | |
| | | N | 7 | 7 | |

Correlations

| | | .لاضطراب دافينسون الضغوط | | .الجنسي.الهوية اضطراب | | .ور.الثنائي.الذي تحول | |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|-------|-----------------------|------|-----------------------|--|
| Spearman's rho | الضغوط.لاضطراب دافينسون | Correlation Coefficient | 1.000 | .581 | .81 | | |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .171 | .02 | | |
| | | N | 7 | 7 | | | |
| | الجنسي.الهوية اضطراب | Correlation Coefficient | .581 | 1.000 | .80 | | |
| | | Sig. (2-tailed) | .171 | . | .02 | | |
| | | N | 7 | 7 | | | |
| | الدور.الثنائي.الذي تحول | Correlation Coefficient | .818* | .805* | 1.00 | | |
| | | Sig. (2-tailed) | .024 | .029 | | | |
| | | N | 7 | 7 | | | |
| | الجنسي.التحول | Correlation Coefficient | .564 | .805* | .929 | | |
| | | Sig. (2-tailed) | .187 | .029 | .00 | | |
| | | N | 7 | 7 | | | |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Group Statistics

| | | .الجنسية.الهوية اضطراب.مجموع (Binned) | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------------------|-------|--|---|-------|----------------|-----------------|
| الجنسية.الهوية اضطراب.مجموع | <= 60 | N | 4 | 31.25 | 26.235 | 13.11 |
| | 61+ | N | 3 | 80.67 | 6.658 | 3.84 |

Independent Samples T

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|------|--------|----|
| | | F | Sig. | t | df |
| الجنسية.الهوية اضطراب.مجموع | Equal variances assumed | 25.462 | .004 | -3.118 | 3 |
| | Equal variances not assumed | | | -3.615 | 3 |

Ranks

| | (Binned)الهوية.اضطراب.مجموع | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------------|-----------------------------|---|-----------|--------------|
| الهوية.اضطراب.مجموع | <= 60 | 4 | 2.50 | 10.00 |
| | 61+ | 3 | 6.00 | 18.00 |
| | Total | 7 | | |

Test Statistics^a

الهوية.اضطراب.مجموع

الجنسية

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | .000 |
| Wilcoxon W | 10.000 |
| Z | -2.141 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .032 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .057 ^b |

a. Grouping Variable: (Binned)الهوية.اضطراب.مجموع

b. Not corrected for ties.

Group Statistics

| | (Binned)لصدمة.التالي.اضطراب.مجموع | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------------------|-----------------------------------|---|-------|----------------|-----------------|
| لصدمة.التالي.اضطراب.مجموع | <= 52 | 4 | 50.50 | 1.915 | .957 |
| | 53+ | 3 | 61.33 | 1.155 | .667 |

Independent Samples T

Levene's Test for Equality of Variances

| | | F | Sig. | T | df |
|---------------------------|-----------------------------|-------|------|--------|----|
| لصدمة.التالي.اضطراب.مجموع | Equal variances assumed | 1.394 | .291 | -8.579 | |
| | Equal variances not assumed | | | -9.286 | 4. |

Ranks

| | (Binned)لصدمة.التالي.اضطراب.مجموع | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------------------|-----------------------------------|---|-----------|--------------|
| لصدمة.التالي.اضطراب.مجموع | <= 52 | 4 | 2.50 | 10.00 |
| | 53+ | 3 | 6.00 | 18.00 |
| | Total | 7 | | |

Test Statistics^a

التالي.اضطراب.مجموع

لصدمة

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | .000 |
| Wilcoxon W | 10.000 |
| Z | -2.160 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .031 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .057 ^b |

a. Grouping Variable: (Binned)لصدمة.التالي.اضطراب.مجموع

b. Not corrected for ties.

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------------------------|-------|----------------|---|
| الضغوط لاضطراب دافينسون | 55.14 | 5.984 | 7 |
| الخبرة الصادمة استعادة | 17.71 | 1.496 | 7 |
| الخبرة الصادمة تجنب | 20.29 | 4.192 | 7 |
| الاستئارة | 17.14 | 1.069 | 7 |