ديناميات التحول الجنسي لدي الذكور

(دراسة حالة)

د / محمد احمد محمود خطاب

قسم علم لنفس – كلية الآداب – جامعة عين شمس

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الي محاولة القاء الضوء علي ظاهرة التحول الجنسي لدي الذكور من وجهة النظر التحليلية النفسية المتعمقة للوصول الي العلة الحقيقية التي تكمن وراء انتشارها وبشكل متزايد ، وذلك باستخدام المنهج الاكلينيكي ، علي عينة مكونة من (حالة واحدة فقط) تم اختيارها بالطريقة العمدية ، وهو شاب يبلغ من العمر 21 سنة (أعزب) ، وذلك باستخدام الادوات التالية :

1 – المقابلة الاكلينيكية المتعمقة.

2 – اختبار الشخصية المتعدد الاوجه.

3 – استخبار ايزنك للشخصية.

4 – مقياس تنسي لمفهوم الذات.

5 – مقياس تقدير الذات.

6 – اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص.

7 – اختبار تفهم الموضوع للراشدين (التات).

8 – اختبار الرورشاخ.

وذلك بهدف التعرف علي البناء النفسي للذكور ممن يعانوا من اضطراب التحول الجنسي ، لتحديد اهم العناصر التي ينبغي التركيز عليها عند تصميم البرامج الارشادية والعلاجية والتي تهدف الي التقليل او التخفيف من حدة اعراض هذا الاضطراب ، والمشكلات النفسية والسلوكية الناتجة عنها.

ديناميات التحول الجنسي لدي الذكور

(دراسة حالة)

د / محمد احمد محمود خطاب
قسم علم لنفس – كلية الآداب – جامعة عين شمس

مقدمة الدراسة:

إن النشاط الجنسي، يمثل واحدًا من أكثر الأمور شخصية وخصوصية في حياة الفرد. فكل واحد فينا يعتبر كائنًا جنسيًا، له ميوله وخيالاته التي قد تدهشنا أو تصدمنا من حين لآخر، وعادةً ما يكون ذلك جزءًا من الأداء الجنسي الطبيعي ولكن عندما تؤدي خيالاتنا ورغباتنا إلى التأثير علينا وعلى الآخرين بطرق ضارة وغير مرغوبة فحينئذ يتم تصنيفها بأنها شذوذ [أنا كرنج وآخرون، 2015: 703].

وهو ما يؤكده [فرويد، 1982: 5] بقوله: "أني أرى في الجبلَّة الجنسية– النفسية أهم مصدر للأمراض العصابية الواسعة الانتشار".

ومن هنا يشير [مصطفى زيور، 1994: 6] إلى أن إدراك النزعات الجنسية– وتطورها أثناء الطفولة– إنما هي لحمة الحياة الإنسانية وسداها. ذلك أن الطفل في بدء حياته يختص ذاته بنزعاته الجنسية العشقية (وهي ما يطلق عليه النرجسية الأولية) ولا يكاد يقيم لغيره من الناس اعتبارًا في حياته. وعندما تتحول هذه النزعات تدريجياً نحو الغير يحتل "الآخر"، ثم الآخرون في حياته مكانة تنمو مع تطور الطفل النفسي الجنسي حتى تصل في بنائها إبان الموقف الأوديبي إلى نموذج مصغر يحاكي علاقات الراشد في حياته الاجتماعية التي يكتمل بناؤها عند مرحلة البلوغ. وليس من قبيل المصادفة أن معظم الأمراض النفسية والعقلية وخاصة جنون المراهقة– أعني الفصام وهو أخطر الأمراض العقلية– تندلع غالبًا في مرحة البلوغ عندما يصطدم تيار الجنسية المتدفق بما خلقه التطور النفسي الجنسي المتعثر أثناء الطفولة من الحواجز النفسية فيحتدم الصراع بينها بحيث يدفع عنف هذا الصراع بالمراهق إلى التقهقر إلى مرحلة من مراحل الطفولة التي تتميز بنقصان العلاقات الإنسانية وفجاجتها، أو بمعنى آخر: إذا ما نكصت الجنسية إلى مراحلها الأولى بتأثير عوامل المرض، تصدعت العلاقات الإنسانية –وهو لب المرض النفسي– فترتد إلى أنماط طفلية قد تصل في المرض المستفحل إلى النرجسية الأولية فيكون الموت السيكولوجي بما هو موت اجتماعي، أي بفناء المريض بما هو إنسان وتسيطر في هذه الحالة الكراهية والحنق ونزعات التدمير على حياة المريض.

ومن هنا يأتي اهتمام الدراسة الحالية بأحد الاضطرابات والتي تبدأ في سن مبكرة، ألا وهو التحول الجنسي حيث يبدأ هذا الاضطراب بوجود اضطراب هوية جنسية في الطفولة وتظهر هذه الحالة أول ما تظهر أثناء سنوات ما قبل المدرسة، ثم يظهر اضطراب التحول الجنسي في نهاية

المراهقة أو بداية الرشد، وتكون السمة التشخيصية الدقيقة هي رغبة عامة دائمة للتحول إلى الجنس المعاكس للجنس الفعلي (أو الإصرار على الانتماء إلى الجنس المعاكس) بالإضافة إلى رفض شديد لسلوك وصفات أو ملابس الجنس الفعلي. والمعروف عن هذه الحالات أنها أكثر في الأولاد عنه في البنات، والشكل النموذجي هو أن يبدأ الأولاد منذ سنوات ما قبل المدرسة بالانشغال بأنواع من اللعب والنشاطات الأخرى المقترنة بشكل نمطي بالإناث، وكثيراً ما يكون هناك تفضيل لارتداء ملابس البنات والنساء، ولكن تبادل الملابس هذا لا يتسبب في إثارة جنسية (بخلاف التحول الجنسي الفيتشي في الراشدين) وقد تكون لديهم رغبة شديدة في المشاركة في ألعاب وهوايات البنات المفضلة التي هي غالبًا العروسة ويبدأ الحرج الاجتماعي في بداية المدرسة ويصل إلى الذروة في الطفولة المتوسطة مع إهانات وتعليقات ساخرة من الأولاد الآخرين.

وقد يقل السلوك الأنثوي كثيرًا أثناء بدايات المراهقة ولكن دراسات المتابعة تشير إلى أن نسبة تتراوح بين ثلث إلى ثلثي المصابين باضطراب الهوية الجنسية في الطفولة يبدون اتجاهًا للجنسية المثلية أثناء وبعد المراهقة ولكن قليل جدًا منهم يبدون تحولاً جنسياً في الرشد (بالرغم من أن أغلب الراشدين المصابين بالتحول الجنسي ينكرون أنهم كانوا يعانون من مشكلة الهوية الجنسية أثناء الطفولة)[أحمد عكاشة، 1998: 518- 519].

وهو الأمر الذي يجعل من مسار هذا الاضطراب –أي التحول الجنسي- مزمن دون علاج وفيه يختل أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي كنتيجة لإصراره على الاشتراك كفرد من الجنس الآخر، والنتيجة طويلة المدى من دمج العلاج الهرموني والجراحي لتعديل الجنس لم تُعرف بعد، ومن هنا يعد الاكتئاب من أحد أكثر الأعراض الشائعة لدى هؤلاء المرضى، وكذلك محاولات الانتحار كمضاعفات لهذا الاضطراب [محمود حمودة، 1998: 311].

لذا فالبحث في هذا الموضوع لدى هذه الشريحة العمرية (نهاية المراهقة وبداية الرشد) يعد أمر ضرورياً لاسيما أن اضطراب الهوية الجنسية، وخاصة التحول الجنسي يشكل إعاقة بالغة في النمو على مختلف الأصعدة، ودراسته تكتسب أهمية بالغة للتعرف على البناء النفسي والصحة النفسية لهؤلاء الأفراد من خلال الوقوف على أهم الديناميات الخاصة باضطراب التحول الجنسي لديهم وخاصة الذكور منهم.

مشكلة الدراسة:

طرح [ريستاك Restak] في عام 1979م تساؤل مؤداه: لماذا يعتبر اضطراب الهوية الجنسية موضوعًا خلافيًا مثيرًا للجدل؟ ويجيب: ربما لأنه يثير أسئلة صعبة عن الطريقة التي نرى بها

أنفسنا وعالمنا، وربما بسبب اتجاهات العديد من المتحولين جنسيًا، وأيضًا لأن الإجراءات الجراحية التي استخدمت لمساعدتهم على الوصول إلى أهدافهم لا تتسق مع النظريات الشائعة عن الرجال والنساء. كما يثير المتحولون جنسيًا أيضًا العديد من القضايا وخاصة المتعلقة حول طبيعة الأدوار الجنسية الجامدة في ظل ظروف سمحت للرجال والنساء مزيدًا من الحرية للتصرف بطرق كان يطلق عليها تقليديًا أنها ذكورية أو أنثوية " في " : [أولتمانز نيل دافيسون، 2000: 321].

ومن هنا بدأ هذا الاضطراب يجتذب الاهتمام في التراث العلمي المتخصص– والتي ظهرت من خلال كتابات "بنجامين Benjamin" ما بين عامي (1953– 1966) ثم ظهور الاضطراب لأول مرة في DSM-III في عام 1980م تحت اسم اضطرابات الهوية الجنسية– وخاصة إذا ما علمنا أن معدل انتشار اضطراب التحول الجنسي يقدر بواحد في كل ثلاثين ألف من الذكور، وواحد في كل مائة ألف من الإناث بنسبة (8: 1) [محمود حمودة، 1998: 312].

بينما أشارت دراسة [Bakker;Van;Goorenp and Bezemer, 1993] وفقًا لتقديرات شيوع الاضطراب على أساس من عدد المرضى الذين يسعون إلى العلاج في المركز الوحيد لعلاج هذا النوع في هولندا إلى وجود متحول جنسي واحد في كل (12.000) من الذكور، ووجود متحولة جنسيًا واحدة في كل (30.000) من الإناث، وأن نسبة التحول الجنسي أكثر بين الرجال عن النساء بنسب تقترب من 3: 1 على الرغم من زيادة نسبة النساء في التقييمات الأكثر حداثة.

وتتضح أهمية المشكلة في أنه لم يُعرف مصير هذه الحالات المتحولة جنسيًا على المدى الطويل، وإن قدرت حالات الانتحار بينهم بنسبة (2%) من الحالات [محمود عبد الرحمن حمودة، 1998: 313]، بينما يشعر (50%) منهم بمشكلات نفسية إضافية وربما كانت أكثر أعراضهم شيوعًا الاكتئاب، والقلق، والاغتراب الاجتماعي، كما يبدو لديهم بعض الاضطرابات الحادة في الشخصية، واضطراب صورة الجسم، والإدمان، والميول الانتحارية بالإضافة إلى وجود مشكلات مرتبطة بنظرة المجتمع إلى تلك الفئة بسبب توجههم الجنسي.

[Bradley & Zucker, 1990; Zucher & Green, 1992; Hart & Heimberg, 2001]

وهو ما أكده [أحمد عكاشة، 1988: 21] من قبل بأن المريض هنا يواجه معركتين وهما:

المعركة الأولى: بين المريض ونفسه والتي تتجسد على هيئة اضطرابات نفسية وجسدية واجتماعية.

المعركة الثانية: بين المريض والمجتمع الذي يعيش فيه.

ومن ثم تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما هي أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية والبيئية والأسرية لهؤلاء الأفراد من الذكور ممن يعانوا من اضطراب التحول الجنسي؟
- ما هي طبيعة الدوافع الشعورية واللاشعورية والتي تكمن وراء اضطراب التحول الجنسي لدى الذكور؟
- ما هي طبيعة العمليات أو الميكانيزمات الدفاعية لمنظمة الأنا؟
- ما هي طبيعة الصراع السيكوديناميي لدى الذكور ممن يعانوا من اضطراب التحول الجنسي؟
- ما هي طبيعة التوجه الجنسي لدى هؤلاء الأفراد؟
- ما هي طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوعات؟
- ما هي طبيعة صورة الذات والجسم لديهم؟
- ما هي طبيعة مراحل تطور النمو النفسي الجنسي لدى هؤلاء الأفراد؟
- ما هي أهم المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة والمصاحبة لهذا الاضطراب؟
- ما هي طبيعة عمليات التفكير لدى الأفراد ممن يعانوا من هذا الاضطراب؟
- ما هي طبيعة الحاجات والضغوط لدى المفحوص؟

أهمية الدراسة:

أ) الأهمية النظرية:

تتضح الأهمية النظرية لهذه الدراسة في ندرة الدراسات العربية وكذلك الأجنبية –وذلك في حدود علم الباحث– التي تتناول اضطرابات الهوية الجنسية عامة، واضطرابات التحول الجنسي خاصة –من وجهة النظر الدينامية المتعمقة.

كما تتضح أيضًا أهمية هذه الدراسة في أنها تلقي الضوء على هؤلاء الأفراد ممن يعانوا من اضطراب التحول الجنسي والذي يكتنفهم الكثير من الغموض بالرغم من أنهم يمثلون نسبة لا يمكن تجاهلها في أي مجتمع، ومن ثم إثراء المكتبة العربية بالدراسات والأبحاث عن مضطربي الهوية والتحول الجنسي.

ب) الأهمية التطبيقية:

تتضح أهمية الدراسة التطبيقية فيما قد تتوصل إليه من نتائج في التعرف على أهم العوامل الدينامية لاضطراب التحول الجنسي لدى الذكور، وما يترتب على ذلك من نتائج تسهم في تحديد أهم العناصر التي ينبغي التركيز عليها عند استخدام برامج إرشادية أو علاجية مع

هؤلاء الأفراد.

أهداف الدراسة:

إذا كان الهدف من علم النفس هو المحافظة على استمرار الصحة النفسية والجسمية لأفراد المجتمع فإن الاضطراب النفسي أو اضطراب الهوية الجنسية لبعض الأفراد يحرم المجتمع من جزء مهم من طاقتهم هذا من جانب، ومن جانب آخر قد يتحول هذا الاضطراب إلى مشكلة اجتماعية ومستقبلية سواء للفرد أو للأسرة أو للمجتمع ككل.

ومن ثم تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة إلقاء الضوء على اضطراب التحول الجنسي لدى الذكور وذلك من وجهة النظر التحليلية النفسية للوصول إلى العلة الحقيقية التي تكمن وراء انتشارها وبشكل متزايد، وذلك نم خلال ما يلي:

- التعرف على أهم العوامل الدينامية لدى الذكور ممن يعانوا من اضطراب التحول الجنسي.
- ومن ثم تحديد أهم العناصر التي ينبغي التركيز عليها عند تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية لهؤلاء الأفراد ممن يعانوا من اضطراب التحول الجنسي.

مصطلحات الدراسة:

التحول الجنسي Transexualism:

يرى الباحث أنه من المفيد أن نبدأ بتعريف عدد من الاضطرابات الأولية المرتبطة باصطلاح التحول الجنسي مثل:

أ) الهوية الجنسية Gender Identity:

وهي اعتقاد الشخص أو اقتناعه بأنه (هو/ هي) ذكر أو أنثى ويتضمن التعبير الصريح عن ذلك الاعتقاد بالسلوكيات المرتبطة بالدور أي المرتبطة بالذكور أو الأنثوية.

ب) التوجه الجنسي Sexual Orientation:

فيمثل تفضيل الشخص لشريك جنسي ذكر أو أنثى [أولتمانز نيل دافيسون، 2000: 320].

أو بمعنى آخر فإن التوجه الجنسي يعني الانجذاب الجنسي لدى الفرد سواء كان مثلى أم ثنائي أم غيري الجنسية، وكثيرًا ما يتكون التوجه الجنسي من ثلاثة أجزاء متمثلة في كل من: الرغبة، والسلوك، والهوية. [Drescher and J.Green, 2005]

ج) السلوك الجنسي Sexual Behavior:

هو نمط من النشاط يتصل بإعادة إنتاج الأنواع وأنسالها أو باستثارة الأعضاء الجنسية للإشباع اللاذ الذي لا يهدف أنسالاً، وقد يتضمن السلوك الجنسي توجه الشريكين نحو شكل من أشكال المغازلة والتودد والترتيبات الخاصة بأوضاع الجماع وانعكاسات الأعضاء التناسلية [جابر عبد الحميد، علاء كفافي، 1995: 3517].

د) الاضطرابات الجنسية Sexual Disorders:

تعرف الاضطرابات الجنسية أساسًا من خلال المشكلات التي تعطل قدرة الفرد على أداء النشاط الجنسي العاطفي المتبادل [أولتمانز نيل دافيسون، 2000: 322].

هـ) وهناك ايضا Transvestites:

وهم الذين دائما يشعرون بالرغبه الشديدة في ارتداء ملابس الجنس الاخر واتباع تصرفاتهم، ويطلق علي هذه الحاله Sexual Deviation وغالبا ما يقوم الشخص بممارسه هذه العاده ولبس الملابس الانثويه او بين المقربين اليه او حتي امام زوجته [هاشم بحري، 2015: 10].

وفي التنوع اللانهائي للسلوك الجنسي يمكن أن يكون هناك اتحادات لانهائية من الهوية الجنسية والسلوكيات المرتبطة بالجنس والتوجهات الجنسية. وعادةً ما يتباين الناس المصابون باضطرابات الهوية الجنسية إلى حد كبير فيما يتعلق بحدة واستمرار مشكلاتهم، ونسبيًا فإن الأطفال الذين تبدو لديهم مشكلات الهوية الجنسية يستمر منهم في الشعور بمشكلات مماثلة في البلوغ.

وبالرغم من أن أوصاف الأفراد الذين لا تتسق هويتهم الجنسية مع جنسهم التشريحي يمكن تتبعها إلى عصور قديمة، إلا أن اصطلاح التحول الجنسي لم يذكره أحد قبل [كالدويل Caldwell] في عام 1949م. وقد بدأ هذا الاضطراب يجتذب الاهتمام في التراث العلمي المتخصص من خلال كتابات "بنجامين Benjamin" ما بين عامي (1953، 1966) وأوصاف حالات شهيرة مثل حالة "كريستين جورجنسن Christine Jorgensen" التي ظهرت في الصحافة الجماهيرية عام 1950 وما بعدها.

وقد ظهر اصطلاح التحول الجنسي لأول مرة في الاصطلاحات الرسمية في (APA) عند نشر DSM-III في عام 1980 والذي فيه ظهر التحول الجنسي مع الصور البالغة من الاضطراب الجنسي تحت اسم اضطرابات الهوية الجنسية Gender Identity Disorder.

وفي DSM-IV تم تسجيل اضطراب الهوية الجنسية في قسم عام مع اضطرابات الوظيفة

الجنسية والانحرافات الجنسية، وهناك بالطبع فارق مهم بين اضطرابات الهوية الجنسية وبين الاضطرابات الجنسية Sexual Disorders والتي تُعرف أساسًا من خلال المشكلات التي تعطل قدرة الفرد على أداء النشاط الجنسي العاطفي المتبادل [أولتمانز نيل دافيسون، 2000: 320– 322].

ويُستخدم مصطلح التحول الجنسي Transsexual في (DSM-IV) وكذلك في (DSM-5th) لوصف اضطراب الهوية الجنسية الحاد لدى البالغين، وفيه يشعر بعض الأفراد داخليًا، وخاصة في مرحلة الطفولة بأنهم عكس نوعهم فهم لا يقتنعون بوجود أعضاءهم التناسلية الطبيعية ولا بإدراكات الآخرين عن نوعهم. فالذكر ينظر في المرآة فيرى جسم بيولوجي ذكري، ولكن شعوره ينتمي للأنثى، ودائمًا ما يريد إجراء جراحة لتحويل جسمه طبقاً لهويته الجنسية [أنا كرنج وآخرون، 2015: 710].

بينما يُعرف [محمود حمودة، 1998: 310– 311] التحول الجنسي كما يلي: "هو عدم ارتياح الشخص البالغ لجنسه المحدد وشعوره بأنه غير مناسب له، مع الانشغال الدائم لمدة سنتين بفكرة التخلص من أعضائه الجنسية الأولية والثانوية، واكتساب صفات الجنس الآخر، وهم غالبًا يرتدون ملابس الجنس الآخر، وينخرطون في أنشطة الجنس الآخر، وأعضاؤهم الجنسية بغيضة إليهم، ويطلبون إعادة تحديد جنسهم بواسطة الهرمونات والوسائل الجراحية. ويصاحبه أعراض من اضطراب الشخصية والقلق والاكتئاب الذي يعزيها لعدم قدرته على أن يعيش كفرد من الجنس المرغوب".

ويتفق مع التعريف السابق تعريفات كل من [عبد المنعم الحفي، 1994: 923– 924؛ أحمد عكاشة، 1998: 518].

في حين كان تعريف [هاشم بحري، 2015: 16] للتحول الجنسي كما يلي: " المتحول الجنسي هو الشخص الذي يريد أن يغير جنسه من رجل الي امرأه أو العكس وهو يشعر أن روحه محبوسه في الجسد الخطأ وهو لا يشعر بالرضا بمجرد ارتداء أو اتباع سلوكيات الجنس الاخر وانما يريد تغيير أعضاءه الجنسيه والتحول الكامل الي امرأه داخياً او خارجياً".

ومن ثم يعتبر المتحول الجنسي – وفقاً للتعريف السابق – هو شخصاً غير راضي عن الجنس المكتوب في شهاده الميلاد أو الذي ولد به ويحاول ان يعيش في الجنس الذي يفضله. غير أنه بالرغم من ان ارتداء ملابس الجنس الاخر قد تكون حلاً ل " Transvestite " فانها لا تكون حلاً للمتحول جنسياً، حيث ان المتحولين جنسياً " الحقيقيين " فعلاً ينتمون للجنس المغاير ويرون ان الحل يكمن في مشرط الجراح وهو الشخص الوحيد الذي من الممكن ان يقوم بحل مشكلتهم وغالباً يتمثل الحل في عمليه تصحيح جنس اوConversion Operation[المرجع السابق، 2015: 10].

أما عن الأنواع الفرعية للتحول الجنسي فهي كما يلي:

أ) لا جنسي A Sexual: حيث لا يوجد لديه مشاعر جنسية، وغالبًا ليس له ممارسات جنسية.

ب) جنسية مثلية Homosexual: حيث أن إثارته الجنسية مثلية ويسبق بدء اضطراب التحول الجنسي، برغم أنهم ينكرون الجنسية المثلية لاقتناعهم أنهم من أفراد الجنس الآخر.

ج) جنسية غيرية Hetero Sexual: حيث يقرر الشخص أن لديه ميول جنسية غيرية.

وقد أثارت العلاقة بين التحول الجنسي وبين الجنسية المثلية بعض الجدل حيث رأى البعض أن المتحولين مثليو الجنسية وهم يستخدمون هويتهم المزدوجة كطريقة مناسبة للهروب من العقوبات الثقافية والأخلاقية من خلال التورط في سلوك جنسي مع أفراد من نفس نوعهم. وهو الافتراض الذي أثاره [ليتنبرج وسلافن، Leitenberg & Slavin 1983].

وهناك بعض المشكلات تواجه هذا الافتراض:

أولاً: أن مثلي الجنسي (رجالاً كانوا أم نساءً) يكونوا راضين عن هوياتهم الجنسية على العكس من المتحولين جنسياً، فالسحاقيات Lesbians مثلايً يكن فخورات بحالتهن كنساء، وينزعجن من اقتراح أنهن يردن أن يكن رجالاً.

ثانيًا: إن العديد من المتحولين جنسيًا لا يرتاحون بوضوح مع الجنسيين المثليين، كما أن اقتراح أن المتحولين ينكرون ميولهم الجنسية تدعمه أحيانًا ملاحظة أن بعض المتحولين يستمرون في تجنبهم لأي اتصال أو ارتباط مع جنسي مثلي رجالاً أو نساءً.

ثالثًا: تبين المقارنات التي تضمنت تواريخ النمو وأنماط الاستثارة الجنسية أن التحول الجنسي، والجنسية المثلية نوعان متمايزان من السلوك " في " : [أولتمانز نيل دافيسون، 2000: 325- 326].

بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته:

يبدأ هذا الاضطراب بوجود اضطراب هوية جنسية في الطفولة، وبعضهم يحدد أنها كانت مشكلة هوية جنسية سرية وليست واضحة لأسرته أو أصدقائه، ثم يظهر اضطراب التحول الجنسي في نهاية المراهقة أو بداية الرشد، ولكن في بعض الحالات تتأخر البداية. ومساره مزمن دون علاج، ويختل أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي كنتيجة لإصراره على الاشتراك كفرد من الجنس الآخر، والنتيجة طويلة المدى من دمج العلاج الهرموني والجراحي لتعديل الجنس لم تُعرف بعد، والاكتئاب

عادةً ما يكون شائع لدى هؤلاء المرضى، وكذلك محاولات الانتحار كمضاعفات لهذا الاضطراب [محمود حمودة، 1998: 311- 312].

المحاكات التشخيصية لاضطراب التحول الجنسي:

حدد الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-IV, 1994) والخامس (DSM-5th, 2013) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي مصطلح اضطراب الهوية الجنسية Gender Dysphoria والذي ينطبق على الأطفال والمراهقين والبالغين، وفي الواقع فإن معظم المتحولين جنسيًا يشعرون داخليًا، وخاصة من الطفولة بأنهم عكس نوعهم. فهم لا يقتنعون بوجود أعضاءهم التناسلية الطبيعية، ولا بإدراكات الآخرين عن نوعهم، فالذكر ينظر في المرآة فيرى جسم بيولوجي ذكري، ولكن شعوره ينتمي للأنثى، ودائماً ما يريد إجراء جراحة لتحويل جسمه طبقًا لهويته الجنسية.

ويتم تحديد الاضطراب من خلال المعايير الآتية:

أ) تعيين ذاتي قوي ومستمر مع الجنس الآخر (وليس مجرد الرغبة في ذلك نتيجة أية مزايا ثقافية يدركها الفرد للانتماء إلى الجنس الآخر).

ولدى الأطفال يظهر الاضطراب من خلال أربعة مظاهر أو أكثر كما يلي:

1- تعبير الطفل عن رغبته المتكررة وإصراره على أنه (هو/ هي) من الجنس الآخر.

2- تفضيل الأولاد الذكور لملابس الإناث، أو محاكاتهم وتقليدهم للزينة الأنثوية، ولدى الفتيات يكون الإصرار على لبس الملابس الذكرية النمطية.

3- تفضيل قوي ومستمر لأدوار الجنس الآخر في ألعاب التظاهر، ووجود تخيلات مستمرة لكون الفرد من الجنس الآخر.

4- الرغبة الشديدة في المشاركة في الألعاب النمطية المميزة للجنس الآخر وتمضية أوقات الفراغ في أنشطة خاصة بالجنس الآخر.

5- التفضيل القوي لأن يكون رفاق اللعب من الجنس الآخر.

ولدى المراهقين يظهر الاضطراب من خلال عدة أعراض محددة مثل:

- الرغبة في أن يكون الشخص من الجنس الآخر، والتقديم المتكرر من الفرد لنفسه على أنه من الجنس الآخر، ورغبته في أن يحيا وأن يعامله الآخرون على أنه من الجنس الآخر والاعتقاد بأنه (هو/ هي) لديه المشاعر والاستجابات النمطية المميزة للجنس الآخر.

- عدم الارتياح الدائم بسبب عدم رضاء الشخص عن جنسه المحدد، وشعوره بعدم مناسبة الدور الجنسي لذلك النوع له.
- لا يتلازم الاضطراب مع حالته الجسمية التي تجعله يحمل الخصائص الذكرية والأنثوية معًا.
- يسبب الاضطراب حالة واضحة من الأسى الإكلينيكي أو عجز اجتماعي، أو مهنى أو مجالات أخرى من النشاط.
- الانشغال الدائم لمدة عامين على الأقل برغبة التخلص من سماته الجنسية الأولية والثانوية، واكتساب سمات الجنس المقابل.
- أن يكون الشخص قد وصل للبلوغ [DSM-IV, 1994, p. 537- 538].

التشخيص الفارق:

- اضطراب الهوية الجنسية غير المصنف في مكان آخر أو أن المدة أقل من سنتين.
- الفصام: قد توجد ضلالات أنه من أفراد الجنس الآخر (وهذا نادرًا).
- ارتداء ملابس الجنس الآخر.
- اضطراب الهوية الجنسية للمراهقين أو الراشدين النوع غير المتحول: قد يرتدي ملابس الجنس الآخر، ولكن ليست لديه رغبة في التخلص من أعضائه الجنسية [محمود حمودة، 1998: 312].

وينبغي أيضًا أن نميز بين اضطرابات الهوية الجنسية وبين حالتين مرتبطين، ولكنهما متمايزتان عامة:

أولهما: من المضلل أن نقول إن المتحولين جنسيًا هذايئون حسب التعريف. هناك بالطبع بعض المتحولين الذهانيين، ولكن الغالبية العظمى ليسوا كذلك. إنهم يعترفون بعدم الاتساق بين تشريحهم الجسمي وبين هويتهم الجنسية؛ فالشخص الهذائي قد يزعم أنه امرأة مثلاً، ولكن الشخص المتحول قد يميل إلى القول: أنا لست امرأة من الوجهة التشريحية، ولكن امرأة من كل الوجوه الأخرى، علاوة على ذلك فإن المتحولين جنسيًا كثيرًا ما يكونوا قادرين على إقناع الآخرين بأنهم على العكس من المرضى الهذائيين الذين تكون معتقداتهم ذاتية، وخاصة تمامًا.

ثانيهما: هناك فارق مهم بين التحول الجنسي وبين الفتيشية العبرية Transvestic Fetishism

ولكن الحالتين لا تتضمن إحداهما الأخرى، فالفتيشية العبرية هي اضطراب فيه يلبس الرجال ذوو الجنسية الغيرية (أو ثنائيو الجنسية) ملابس النساء بغرض تحقيق استثارة الجنسية. إن الهوية الجنسية لدى الفتيشيين العبريين تتسق بشكل نمطي مع جنسهم التشريحي، كما أن العديد من المتحولين جنسيًا يستثاروا جنسيًا بلبس ملابس كلا الجنسين، ومع ذلك فإن نسبة كبيرة من الرجال الذين تحولوا إلى نساء يستثاروا جنسيًا أحيانًا حين يرتدون ملابس النساء، وهناك بعض الفتيشين العبريين يسعون إلى جراحة تحويلية. ووفقًا للدليل الإحصائي والتشخيص DSM-IV فإن الذكور الذين تتوافر لديهم معايير اضطراب الهوية الجنسية والفتيشية العبرية ينطبق عليهم كلا التشخيصين [أولتمانز نيل دافيسون، 2000: 323-324].

الدراسات السابقة:

فقد قام كل من [Okasha,A & Sadek;A., 1990] بدراسة مسحية بعنوان: "الاتجاهات الخاصة بنموذج السلوك الجنسي وانحرافاته بين طلاب وطالبات الجامعات المصرية". وتكونت عينة الدراسة من (1000) طالب جامعي من كليات الطب والآداب والحقوق، وبينت نتائج الدراسة وجود سلوك جنسي للطلاب مع ندرة الانحرافات الجنسية، كما وجد عدد (10) ذكور من عينة الدراسة يمارسون الجنسية المثلية مقابل (2) من الإناث يمارس السحاق، كما وجد حالات قليلة ترغب في التحول الجنسي.

أما دراسة جون [John, 1987] فكانت عن التنميط الجنسي لدى الأطفال الذكور وعلاقته بغياب الأب (بالطلاق أو بالسفر أو بالوفاة)، وأشارت النتائج إلى أن غياب الأب في مرحلة ما قبل المدرسة يؤثر سلبيًا في التنميط الجنسي لدى الأطفال الذكور.

بينما أشارت دراسة برادلي، وزوكر [Bradley & Zucher, 1990] إلى أن هناك العديد من المتحولين جنسيًا من الذكور يشعرون بمشكلات نفسية كالاكتئاب، والقلق، والاغتراب الاجتماعي،كما يبدو أن لديهم بعض الاضطرابات الحادة في الشخصية، وهو ما أكدته أيضًا دراسة [Zucher & Green, 1992] والتي أضافت أيضًا أن القليل جدًا منهم يعتبرون ذهانيين.

إلا أن دراسة كوهن وآخرون [Cohen; Kettenis & Arrindel, 1990] والتي تعتبر من الدراسات التي قارنت المصابين باضطرابات الهوية الجنسية بمبحوثين ضابطين من خلال ذكرياتهم عن سلوك الوالدين، وقد بينت نتائج الدراسة أن المتحولين من ذكور إلى إناث تذكروا أن آباءهم كانوا أقل دفئًا

وأكثر رفضًا بالمقارنة بالطريقة التي تذكر بها مبحوثوا المجموعة الضابطة آباءهم.

بينما استهدفت دراسة هيثرنجتون [Hetherington, 1991] معرفة تأثير غياب الأب المبكر عن الدور الجنسي للأطفال الذكور، وذلك على عينة من الذكور بلغ عددها (45) طفلاً، تراوحت أعمارهم ما بين 9: 12 سنة، وقد طبق عليهم مقياس الدور الجنسي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من غياب الأب كانوا أقل شعورًا بالكفاية الشخصية، وأنهم كانوا أقل ذكورة وذلك بالمقارنة بزملائهم حاضري الأب، وهو ما أكدته أيضًا دراسة كل من: [السيد محمد محمد فرحات، 1997، Bishop & Lane, 2000] واللتان أضافتا أيضًا أن غياب الأب يؤدي إلى قصور في الكفاية الشخصية والاجتماعية، وكذلك الشعور بعدم الأمن النفسي وانخفاض تقدير الذات.

كما استهدفت أيضًا دراسة دول، وباثولو [Doll & Batholow, 1992] معرفة مسببات اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال والمراهقين وذلك من خلال المقابلة الشخصية على عينة مكونة من (1001) ومتوسط أعمارهم 18 سنة، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن حوالي 93% من مضطربي الهوية الجنسية سبق أن تعرضوا لخبرات إساءة جنسية متكررة في مرحلة الطفولة، كما تبين أيضًا أن مضطربي الهوية الجنسية من الذكور كانوا أكثر ميلاً إلى اكتساب الصفات الأنثوية، وأكثر معاناة من اضطراب العلاقات مع الآخرين.

أما دراسة ماكس [Max, 1995] فقد اهتمت بإجراء دراسة سيكوديناميةٍ لمراهق يعاني من اضطراب الهوية الجنسية، وقد أشار الباحث في تحليله لتاريخ الحالة إلى أنه يعاني من اضطراب في علاقته بالأب القاسي الذي كان يضربه ويهمله، بالإضافة إلى تعرضه لخبرة إساءة جنسية عن سن الرابعة، كما أشار الباحث أيضًا إلى توحد الحالة مع الأمر ومع خصائصها الأنثوية ومعاناته من اضطرابات في النوم واللعب والدراسة والعلاقات مع الآخرين سواء من نفس الجنس أو من الجنس الآخر.

بينما اهتمت دراسة أرثر [Arthur, 1997] بمعرفة العلاقة بين رابطة التعلق واضطراب الهوية الجنسية، وذلك على عينة من مضطربي الهوية الجنسية تراوحت أعمارهم ما بين 19: 35 سنة، وطبق عليهم مقياس الهوية الجنسية، واختبار "كيني" للتعلق بالوالد، واستمارة بيانات ديموجرافية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التعلق الآمن بالوالد يرتبط بتحديد الهوية الذاتية والجنسية، على حين اضطراب علاقة التعلق بالوالد لدى الذكور وقسوة وإهمال الوالد يؤديان إلى اضطراب الهوية الجنسية وسوء التوافق النفسي والاجتماعي. وهو ما أكدته دراسة ريدج وفيني [Ridge & Feeney, 1998] والتي أشارت أيضًا لوجود علاقة بين اضطراب التعلق الخاص بالوالدين وبين مضطربي الهوية الجنسية وأيضًا الذين يعانون من الجنسية المثلية حيث كان تعلقهم بأمهاتهم أقوى من تعلقهم بآبائهم

حيث كانت العلاقة مضطربة وتتسم بالإهمال أو بالعقاب البدني من ناحية الآباء، وهو ما أكدته أيضًا دراسة بيتي [Beaty, 1999] وخاصة فيما يتعلق بالتوحد مع الأم واضطراب العلاقة مع الأب.

إلا أن دراسة [Chused, 1999] فقد اهتمت بفحص الخبرة الذاتية والداخلية، ودراسة المشاعر والتخييلات والإدراك لدى ثلاثة ذكور يعانون من اضطراب الهوية الجنسية، وهم من المترددين على العيادات النفسية، وأشارت النتائج إلى أن المفحوص الأول: والذي يبلغ من العمر "10 سنوات" كان غالبًا ما ينظر في المرآة، ويضع عضوه الذكري بين فخذيه ويتخيل بأنه غير موجود، وغالبًا ما كانت تراوده أحلام بأنه أنثى مثل والدته، بالإضافة إلى أن كان لديه مفهوم سلبي حول ذاته وشعوره بالخزي من نفسه بسبب شعوره الداخلي.

أما المفحوص الثاني: فكان مراهق يبلغ من العمر "17 سنة" ودائمًا ما كان يتصرف مثل والدته بحركاتها الأنثوية، وكان يشعر في نفس الوقت بخليط من مشاعر الخزي والخجل.

بينما كان المفحوص الثالث: رجل يبلغ من العمر "40 سنة" فكانت أفكاره تدور حول ذكورته وأنه يجب أن يكون أنثى وهو ما ساعد بدوره لوجود مفهوم ذات سلبي لديه.

وفي دراسة [Sundborn & Bodlund, 1999] تم اختيار مجموعة من الذكور – من راغبي التحول الجنسي– بلغ عددهم (16) وتم عمل قياس قبلي لهم لمعرفة بعض الوظائف النفسية والإدراكية والمهارات الحركية باستخدام مقياس الميكانيزمات الدفاعية، ثم قُدم لهم العلاج النفسي وبعد خمس سنوات من المتابعة تم تطبيق نفس المقياس، وجاءت النتائج كما يلي: نسبة 62% من أفراد العينة تحسنوا في بعض الوظائف النفسية، و19% لم يظهر عليهم أي تحسن، و19% ازدادوا سوءًا، وهو الأمر الذي يظهر مدى الاختلافات بين أفراد العينة في تقبلهم العلاج.

إلا أن دراسة ميونيك[Munch, E ., 2000] فقد كانت دراسة مسحية على المترددين على العيادات الخارجية لعلاج الاضطرابات الجنسية في أحد المستشفيات الدنماركية، حيث بلغ عدد المترددين في فترة إجراء البحث (224) من المراهقين تراوحت أعمارهم ما بين (11: 22 سنة) أغلبهم من الذكور وبالأخص في المرحلة العمرية من (17: 20 سنة)، لأن الهوية الذاتية والجنسية في هذه المرحلة تأخذ شكلها النهائي، وقد أشارت النتائج إلى معاناة أفراد العينة من الصراعات النفسية الناتجة عن تكوينهم البيولوجي ورغبتهم في التحول إلى الجنس الآخر، أو عدم قدرتهم على تحديد هويتهم الجنسية، بالإضافة أيضًا لمعاناتهم من اضطراب العلاقات الأسرية ومعاناتهم من التعرض لخبرات الإساءة الجنسية والنفسية والجسمية وإهمال الأب أو غيابه. وهو ما أدى بدوره أيضًا لوجود مشاعر الخزي

وانخفاض في تقدير الذات بشكل واضح لديهم.

أما دراسة [Miach,P.,E.Butcher,J.and Rouse,S., 2000] فقد أجريت على مجموعتين من الذكور، تكونت المجموعة الأولى من (48) ذكرًا متوسط أعمارهم (33 سنة) وهم من المتحولين جنسيًا بالفعل، وتكونت المجموعة الثانية من (34) ذكرًا متوسط أعمارهم (35 سنة) وهم من راغبي التحول الجنسي ولكن لم يغيروا جنسهم بعد، أي أن كلا المجموعتين مصابين باضطراب الهوية الجنسية، وتم تطبيق مقياسي منيسوتا متعدد الأوجه (2-1) MMPI، وذلك لفحص بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود انخفاض في تقدير الذات والشعور بالألم لدى المجموعة الثانية بالإضافة لوجود اضطرابات في الشخصية لدى المجموعة الأولى، أي أن المجموعة الثانية والتي لم تجري عملية جراحية للتحول الجنسي كانوا أكثر شعورًا بالألم مصحوبًا بانخفاض في تقدير الذات.

بينما اهتمت دراسة [Chiland, 2000] بالتحليل النفسي للمرضى من المتحولين جنسيًا، حيث تم فحص عينة منهم مكونة من (20) مفحوص. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن 40% من أفراد العينة لديهم إدراك سلبي نحو ذاتهم ويشعرون بالخزي كشعور داخلي، و60% كان لديهم اضطراب الشخصية النرجسية ولا يشعرون بأي ضيق.

وتناولت دراسة سباتارو وآخرون [Spataro,J.Moss,S.and Wells,D. , 2001] الإساءة الجنسية كعامل خطورة للتنبؤ باضطراب الهوية الجنسية وبصعوبات التوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من مراهقين من الجنسين، طبق عليهم استبيان لخبرات الإساءة الجنسية، وآخر للهوية الجنسية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الذكور أكثر تعرضًا للإساءة الجنسية من الإناث بحكم تواجدهم وقتًا أطول خارج المنزل، كما أنهم أكثر تعرضًا للإساءة الجنسية عن طريق التهديد أو استخدام القوة. كما أشارت النتائج أيضًا إلى أن الإساءة الجنسية تعد عامل خطورة للتنبؤ بأعراض الاكتئاب والخجل والخزي سواء عند الذكور أو الإناث، بالإضافة لاضطراب الهوية الجنسية عند الذكور.

بينما اهتمت دراسة كل من [Hart & Heimberg, 2001] بالتعرف إلى المشكلات التي قد تظهر لدى مجموعة من شباب ثنائي الجنسية، ومن يعانوا من الجنسية المثيلة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مشكلات مرتبطة بنظرة المجتمع إلى تلك الفئة بسبب توجههم الجنسي، بالإضافة إلى ارتفاع معدلات كل من: "الاكتئاب، الميول الانتحارية، القلق الاجتماعي، اضطراب صورة الجسم، الإدمان".

إلا أن دراسة [عماد مخيمر، عزيز الظفيري، 2003] هدفت إلى توضيح العلاقة بين التعرض لخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وبين اضطراب الهوية الجنسية، وذلك على عينة مكونة من (35) فردًا من مضطربي الهوية الجنسية من الكويت، وتراوحت أعمارهم ما بين (16: 21 سنة) بمتوسط عمري قدره 18.2 سنة. وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن أقوى المتغيرات تنبؤًا باضطراب الهوية الجنسية هي الإساءة النفسية من الأب، يليها الإساءة الجنسية من الآخرين، ثم الإساءة الجسمية من الأب، مما يؤكد دور الأب الإيجابي والسلبي في تحديد أو اضطراب هوية أبنائه الجنسية.

كما هدفت دراسة [داليا راشد العتيبي، 2005] إلى التعرف على أنماط إدراك المعاملة الوالدية لدى عينات من المراهقين والشباب الكويتيين من الجنسين من ناحية، ومن ناحية أخرى تحديد العلاقة بين إدراك المعاملة الوالدية كما يعكسها الأداء على مقياس "رونر للقبول– الرفض الوالدي" بصورتيه "الأم –الأب" وبين متغيرات نفسية مثل اضطراب الهوية وقوة الأنا. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الذكور أدركوا أن آبائهم أكثر عداءًا وإهمالاً ورفضًا، بينما أدركت الإناث آبائهن على أنهم أكثر دفئًا، كما تبين أن الذكور كانوا أعلى بصورة دالة من الإناث في الانغلاق والتشتت.

أما دراسة [محمد عبد المجيد، 2006] فقد أجريت على (426) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة بهدف الوقوف على طبيعة العلاقة بين اضطراب الهوية وبعض كل من متغيرات الذات (تقدير الذات/ فاعلية الذات/ أبعاد مفهوم الذات)، والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة موجبة بين اضطراب الهوية وكل من بعدي العصابية ونقد الذات، وإلى وجود علاقة سالبة بين اضطراب الهوية وكل من تقدير الذات وفاعلية الذات، وأبعاد مفهوم الذات الجمسية والأسرية والأخلاقية والاجتماعية والشخصية، وسمات كل من الانبساط والتفتح على الخبرات الطبية ويقظة الضمير.

في حين أجريت دراسة [Deogracias,j.;L.Meyer;Kessler;Schober and Zucker , 2007] على عينة قوامها (385) فردًا من المراهقين والراشدين وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات حسب اضطراباته التي يعانون منها: مجموعة تعاني من اضطراب الهوية الجنسية، والمجموعة الثانية: تعاني من الجنسية المثلية، والثالثة: تعاني من الجنسية الغيرية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية كانوا أكثر اكتئابًا وشعورًا بالأسى من المجموعتين الأخيرتين.

بينما هدفت دراسة نعيمة طاهر [Taher N., 2007] إلى التعرف على علاقة مفهوم الذات، وكل من الذكورة والأنوثة لدى عينة (102) من الذكور الأسوياء، و(102) من الذكور المصابين باضطراب

الهوية الجنسية حيث استخدمت الباحثة مقياس "تنسي" لمفهوم الذات والمقياس الفرعي لـ"منيسوتا" متعدد الأوجه MMPI (الذكورة والأنوثة). وتوصلت نتائج الدراسة: أن هناك فروق دالة في مفهوم الذات بين الأسوياء والمضطربين بالهوية الجنسية لصالح الأسوياء، كما تبين وجود دلالات واضحة للمضطربين بالهوية الجنسية في المقاييس الإكلينيكية لمقياس "تنسي" لمفهوم الذات في العصابية والذهانية واضطراب الشخصية والدافعية بالإضافة لانخفاض في تكامل الشخصية بينما أظهرت نتائج الأسوياء ارتفاعًا دالاً في مقياس الذكورة عن المضطربين بالهوية الجنسية. وهو ما توصلت إليه أيضاً دراسة [سعاد عبد الله، هيفاء اليوسف، 2013] والتي أكدت أيضًا أن هناك خللاً في بعدي الذات الجسيمة والذات الاجتماعية لدى مضطربي الهوية الجنسية بالإضافة إلى معاناتهم من الشعور بالخزي.

أما دراسة [نانسي مرقص، 2013] فهدفت إلى التعرف على ملامح أزمة الهوية وعلاقتها بالبناء النفسي لدى المراهقين المقيمين مع أسرهم والمراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية، وذلك على عينة مكونة من (125) مراهقًا ومراهقة من بين طلاب المرحلتين الإعدادية والثانوية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المراهقون المقيمون مع أسرهم أكثر قدرة على إنجاز الهوية عن المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية ومن المقيمين في دور الرعاية والتي اتسمت هويتهم بالتشتت وباضطراب البناء النفسي وصورة الذات التي اتسمت بسيطرة مشاعر الاكتئاب والقلق وفقدان الأمن والوحدة والإحباط بالإضافة إلى الشعور بالرفض.

كما هدفت أيضًا دراسة [أحمد حسين خيري، 2014] إلى محاولة التعرف على خصائص مضطربي الهوية الجنسية في المعاهد الحكومية الخاصة والتعرف أيضًا على طبيعة العلاقة الارتباطية بين اضطراب الهوية الجنسية ومجموع مكونات الذكاء الوجداني بأبعاده المختلفة (الوعي بالذات/ ضبط الذات/ الدافعية/ التعاطف/ المهارات الاجتماعية) لدى عينة من مضطربي الهوية الجنسية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى: وجود علاقة سالبة دالة إحصائيًا عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات الذكور مضطربي الهوية الجنسية ومتوسطات درجات الإناث مضطربي الهوية الجنسية في الذكاء الوجداني بأبعاده المختلفة (الوعي بالذات/ ضبط الذات/ الدافعية/ التعاطف/ المهارات الاجتماعية) وكانت الفروق دالة لصالح الإناث.

التعليق على الدراسات السابقة:

نستخلص من نتائج الدراسات السابقة العديد من النقاط المهمة التي يمكن إجمالها فيما يلي:

أ- تبين من الدراسات السابقة أن من أهم الأسباب وراء اضطراب الهوية الجنسية ما يلي:

1/1) أن اضطراب الهوية الجنسية يرتبط بتوحد قوي مع الأم وغياب الأب، إما غيابًا فعلياً بالموت، أو غيابًا نفسيًا من خلال غياب قدرته على ممارسة أدوار الأبوة من رعاية وحماية ودعم ومساندة ومتابعة لتنشئة الأبناء.

1/2) أن التعرض للإساءة بجميع أشكالها عامة والتعرض للإساءة الجنسية خاصة تؤدي إلى اضطراب الهوية الجنسية مصحوبة بمشاعر من الخزي والقلق والاكتئاب واضطراب صورة الذات وعدم الشعور بالكفاءة والكفاية الشخصية مقارنة بالأسوياء.

ب- كما يتضح من العرض السابق أيضًا أن كل دراسة اهتمت بتناول جانب أو جزئية واحدة أو أكثر في علاقتها باضطراب الهوية الجنسية وأنها لم تتناول ديناميات التحول الجنسي بشكل متكامل يتيح لنا رسم لوحة أو صورة إكلينيكية عن هذا الاضطراب. ومن هنا برزت فكرة البحث الحالي في محاولة التعرف على ديناميات التحول الجنسي لدى الذكور حتى يتسنى لنا معرفة وفهم الأسباب والعوامل الكامنة وراء هذا الاضطراب، ومن ثم المساعدة في وضع البرامج الإرشادية والعلاجية المناسبة لهؤلاء المضطربين.

منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي الذي يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الارتقائي للفرد، حيث أن التركيز فيه يكون على الفرد بوصفه وحدة الدراسة. وهدف المنهج الإكلينيكي يتضح في أنه يسعى إلى تبين جملة الشروط التي تحكم السلوك، أي التي تعتبر مسئولة عن السلوك الذي ندرسه، ولهذا فإن موضوع المنهج الإكلينيكي هو: الشخص من حيث هو حامل مشكلة، أي للشخصية في جملة علاقاتها ببيئتها، وهذا ما جعل المنهج الإكلينيكي يقوم على ثلاث ركائز تتمثل في:

- دراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية تاريخية.
- دراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية ضمن ظروفها البيئية.
- دراسة الفرد من حيث هو جشطلت تاريخية.

ويؤكد ما سبق كل من [صلاح مخيمر، 1964: 78؛ دانييال لاجاش، 1965؛ صلاح مخيمر، 1980: 133؛ صلاح مخيمر، 1981: 31؛ سامية القطان، 1983: 77، دانييال لاجاش،

1986: 35؛ سامية القطان، 1991: 17؛ لويس ملكيه، 1992: 79؛ سامية القطان، 2007: 83؛ محمد أحمد خطاب، 2008: 42؛ محمد أحمد خطاب، 2013: 78؛ محمد أحمد خطاب "أ"، 2014: 326] من أن المنهج الإكلينيكي ينفرد بما يلي:

بالاستطلاع وإقامة الوحدة الكلية للنتائج الجزئية، ودراسة مسالك لا يمكن استحداثها كغيرة الحب، بالإضافة للمقاييس والاختبارات الإكلينيكية، ومن هنا تتضح أهمية المنهج الإكلينيكي في أنه يتوخى جانب البحث العلمي في معالجته لجوانب السلوك بهدف فهم ديناميات شخصية المفحوص وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حياته، وهو ما سوف يتبعه الباحث في دراسة العوامل التي تؤثر على شخصية المفحوص وتدفعه لإجراء عملية التحول مستندين في إلى نظرية التحليل النفسي ونظرية مواري Murray والتي تشارك التحليل النفسي في افتراض: أن الأحداث التي تقع في بداية العمر وفي الطفولة إنما هي محددات حاسمة لسلوك الفرد.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة فقط، وقد تم اختيارها بالطريقة العمدية، وهو شاب ذكر "أعزب" يبلغ من العمر 21 سنة من محافظة الشرقية يعاني من اضطراب التحول الجنسي، حيث يقدر معدل انتشار اضطراب التحول الجنسي بواحد في كل ثلاثين ألفاً من الذكور، وواحد في كل مائة ألف من الإناث بنسبة (8: 1) ويهيئ لهذا الاضطراب وجود اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة أو سوء العلاقة بأحد الوالدين أو كليهما [محمود عبد الرحمن حمودة، 1998: 312].

وهو ما أكدته أيضًا العديد من الدراسات مثل دراسة كل من: [Okasha & Sadek, 1978; Ridge & Feeney, 1998; Eskin et. al, 2005؛ أنا كرنج .م. كرنج، جون نيل، شيرل جونسون، جيرالد، 2015: 710]

وقد روعي في اختيار العينة ألا يعاني المفحوص من أي إعاقات أو إصابات أو تشوهات حسية أو حركية أو عضوية أو تناسلية أو هرمونية أو أي تلف في الجهاز العصبي، وتم تشخيص المفحوص بأنه يعاني من اضطراب التحول الجنسي تشخيصًا سيكاثريًا، ووفقًا أيضًا للمحكات التشخيصية، كما وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع [DSM-IV, 1994] وذلك بمستشفى الحسين الجامعي، قسم الطب النفسي، كلية الطب، جامعة الأزهر، وذلك في الفترة من شهر 2014/9 وحتى شهر 2015/2(*).

(*) يتوجه الباحث بخالص الشكر والتقدير لقسم الطب النفسي بمستشفى الحسين الجامعي، برئاسة أ.د/ هاشم بحيري- لما قدموه من مجهودات يسرت للباحث الكثير والكثير، وللأستاذة/ سهام كبير الأخصائيين

أدوات الدراسة:

المقابلة الإكلينيكية المتعمقة:

تعتبر المقابلة الإكلينيكية من إحدى الوسائل الهامة في دراسة الشخصية لأنها تكشف عن جوانب ذات أهمية كبيرة، قد لا نصل إليها عن طريق الاختبارات كما أنها تهيئ الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة بشكل دقيق ووافي، وهو ما يساعدنا على تحليل الفرد وبيان خصائصه الشخصية.

ومن مبررات استخدام المقابلة الإكلينيكية في هذه الدراسة ما هو مسلم به من أن فهم ديناميات الشخصية ودوافعها وبنائها النفسي لا يمكن أن يتم إلا بمعرفة العوامل البيئية المؤثرة في ماضي الفرد وحاضره، وهذه المعرفة لا يمكن أن يغطيها أي اختبار آخر، بينما تمدنا المقابلة بمادة هامة تتعلق بوظيفة الشخصية ونظامها الدفاعي والتكاملي في الحياة اليومية [Deutch and Murphy, 1962: 19-20؛ سيد غنيم، 1975: 413؛ فرج عبد القادر طه، 1980: 105؛ فرج عبد القادر طه، 1986: 135؛ نجيب إسكندر وآخرون، د.ت: 345؛ فرج عبد القادر طه، 2005: 221؛ محمد أحمد خطاب، 2010: 208–209؛ فرج عبد القادر طه، 2012: 307].

وتم إجراء المقابلة الإكلينيكية مع المفحوص بشكل متعمق، وحتى تحقق المقابلة الفائدة المرجوة منها، فقد لجأ الباحث إلى أن وضع مقدماً عدة نقاط للبحث لكي يتم تغطيتها في المقابلة، والتي يطلق عليها ذات رؤوس الموضوعات الهادية، والتي تسمح بتوفير مرونة كافية للباحث في توجيه الأسئلة حسب ظروف المقابلة ونوعية المفحوص. وكان الهدف من إجراء هذه المقابلة دراسة النقاط التالية:

- طبيعة العرض (أو الاضطراب) وتاريخ ظهوره.
- التعرف على الأساليب الوالدية المتبعة مع المفحوص.
- التعرف على موقف المفحوص إزاء عرضه (اضطرابه) وكذلك موقف الأسرة إزاء هذا العرض واستجابة كل منهما تجاه العرض.
- التعرف على الأساليب التي اتبعت مع المفحوص لتجنب هذا العرض أو التقليل منه.
- دراسة دينامية العلاقة بين المفحوص وأسرته وتصوره لبيئته والعالم المحيط به.
- هل يوجد في الأسرة آخرين غير المفحوص لديهم نفس العرض أم لا؟

النفسيين بالمستشفى.

- التعرف على علاقة المفحوص بأقرانه وسلوك في المدرسة وتاريخه الدراسي وما أصابه من نجاح أو فشل.
- التعرف على التاريخ الجنسي للمفحوص وهل يعاني من أي اضطراب أو خلل عضوي أو حركي أو تناسلي أو جنسي أم لا؟
- التعرف على صورة الجسم الحالية للمفحوص وهل يتقبل صورته الجسدية أم لا؟ وهل توجد أي محاولات منه لتغيير صورة هذا الجسم أم لا؟
- التعرف على نظرة المفحوص للجنس الآخر "الإناث" والتي يرغب في التحول الجنسي إليها ونظرته أيضًا للذكور، والتعرف على توقعاته بعد التحول (نظرته لنفسه، ونظرة الآخرين له، ونظرة المجتمع)، والتعرف أيضًا على توقعاته تجاه دوره الأنثوي الجديد، وتوقعات الآخرين منه.

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI):

وهو من إعداد: "هاثاواي وماكنلي"، وتقنين "لويس كامل مليكه، 1990" ويعد هذا الاختبار من أكثر اختبارات الشخصية من نوع الورقة والقلم شيوعًا في الدوائر الإكلينيكية. ويقوم الاختبار على أساس التقدير الذاتي للشخصية، ويتكون من (566) سؤالاً منها (16) سؤالاً مكررًا، وتغطي عبارات الاختبار مدى واسعًا من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة في الشخصية، وتصنف عبارات الاختبار في أربعة مقاييس للصدق تهدف إلى التأكد من صدق الصفحة النفسية، وعشر مقاييس إكلينيكية أعدت في الإطار الوصفي العام لنظام كريبلين التصنيفي، ويهدف هذا الاختبار إلى أن يمد السيكولوجي الإكلينيكي بصورة متكاملة عن الجوانب المتعددة في شخصية العميل.

استخبار إيزنك للشخصية (EPQ):

وهو من إعداد: هـ.ج. إيزنك، وسيبل. ج. إيزنك عام 1975 H. J. Eyenck & Sybil G. Eyesenck وقام بتعريبه وتقنينه: صلاح الدين محمد أبو ناهية (1989) وأهم ما يميز استخبار إيزنك للشخصية (EPQ) عن قائمة إيزنك للشخصية (EPI) هو احتوائه على مقياس للذهانية Psychotism فضلاً عن بعد الإجرام Criminality، كما أجريت بعض التحسينات على مقياس الانبساطية/ الانطوائية– والعصابية والكذب، ويتكون المقياس من (90) سؤالاً ويعطي (5) درجات على الأبعاد التالية: الذهانية– العصابية– الانبساطية– الكذب– الإجرام.

أما عن ثبات الاختبار فقد أكدت العديد من الدراسات التي أجريت على تقنين الاختبار أنه يتمتع بثبات عالي يتراوح ما بين (0.80: 0.90) بطريقة إعادة الاختبار، وثبات الاتساق الداخلي بنسبة

(0.81: 0.83) كما يتمتع الاختبار بدرجات صدق عالية بطرق مختلفة منها: الصدق التكويني، والصدق العاملي، وصدق المحك. [أحمد محمد عبد الخالق، 1989: 338؛ صفوت فرج، 1989: 583؛ صلاح الدين محمد أبو ناهية، 1989؛ أحمد محمد عبد الخالق، 1991]

مقياس تنسي لمفهوم الذات:

استخدم في هذه الدراسة الصورة المختصرة من مقياس تنسي لمفهوم الذات [صفوت فرج، عبد الفتاح القرشي، 1999] والمقياس الأصلي من تأليف وليام فيتس Fitts, 1965 ويتكون المقياس من (60) بنداً، تم تعديل البنود وإعادة صياغتها باللغة العربية المبسطة مع المحافظة على كفاءة المقياس، ويشتمل المقياس على مقاييس الذات وهي: (الذات الجسمية– الذات الأخلاقية– الذات الشخصية– الذات الأسرية– الذات الاجتماعية) ويستجيب المفحوص على بنود المقياس من خلال اختيار استجابة واحدة من بين خمس استجابات هي كالتالي: (غير صحيحة إطلاقًا "درجة"– غير صحيحة غالباً " درجتان"– بين وبين "ثلاث درجات"– صحيحة غالبًا "أربع درجات– صحيحة تماماً "خمس درجات". ولذا تتراوح درجات هذا المقياس من (60: 300) درجة وللقياس ثبات مرتفع بلغ (0.75) بمعامل الفاكروبناخ، وبلغ الصدق التلازمي من خلال الارتباط بين الصورة المختصرة والصورة الأصلية (0.89) لمقياس الذات، و(0.93) للمقاييس الإكلينيكية.

مقياس تقدير الذات:

وهو من إعداد: هيلمريش؛ وستاب؛ وايرفن Helmreich; Stapp & Ervin ترجمة وتعريف [عادل عبد الله، 1991] ويتكون المقياس من (32) عبارة ويستجيب المفحوص على بنود المقياس وهي من خلال اختياره استجابة واحدة من بين (5) بدائل وهي كالتالي: (لا تنطبق إطلاقًا "درجة"– لا تنطبق غالباً "درجتان"– تنطبق إلى حد ما "ثلاث درجات"– تنطبق بدرجة كبيرة "أربع درجات" تنطبق تماماً "خمس درجات"،) ولذا تتراوح درجات هذا المقياس ما بين (32: 160) درجة.

اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص H.T.P:

وهو من إعداد: جون. ن. باك، وتقنين [لويس كامل مليكه، 2000] وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم منزل وشجرة وشخص، ثم يوجه إليه عدد من الأسئلة تتصل بهذه الوحدات الثلاث، وبعد ذلك تصحح الرسوم، وتحلل كميًا وكيفيًا، وقد اكتفى الباحث –في هذه الدراسة– بالتحليل الكيفي فقط.

اختبار تفهم الموضوع T.A.T:

وهو من إعداد [موراي، وموركان، 1935]

يعد اختبار تفهم الموضوع T.A.T من أقدم الاختبارات الإسقاطية الأكثر استخداماً حتى الآن، وقد استخدمه الباحث في هذه الدراسة لأنه يقدم ديناميات الحالة بشكل واضح وصريح، كما يساعد في تحديد جوانب معينة من الشخصية مثل الحاجة إلى الإنجاز والتحصيل، والمخاوف من الفشل، والعدوانية، والعلاقات بين الأشخاص، كما يوضح أيضاً العلاقة بالموضوع وقدرة المفحوصين على التمييز بين وجهة نظرهم حول موقف معين، ووجهات نظر الآخرين وقدرتهم على السيطرة على دفعاتهم العدوانية مما يساعد في الكشف عن دوافع الشخصية وديناميتها.

ويستند هذا الاختبار إلى نظرية التحليل النفسي، كما يعتمد على أهم مفاهيم هذه النظرية مثل: اللاشعور، والكبت، والإسقاط، والتوحد، والإزاحة، الطرح مقابل الطرح المضاد، التخييل، الواقع المادي والواقع النفسي . ولذا فإن فائدة وأهمية هذا الاختبار ترجع إلى أنها ذا نفع في أي دراسة شاملة للشخصية وفي تفسير اضطرابات السلوك والأمراض النفسية أو الذهانية. [برنارد نوتكات، 1963: 204؛ سيد غنيم وهدى برادة، 1964: 129؛ فرج أحمد فرج، 1967: 56؛ مصطفى فهمي، 1976: 552؛ محمد عبد الظاهر الطيب، 1977: 77؛ لويس مليكه، 1992: 429؛ فيصل عباس، 1993: 341؛ بيللاك ليوبولد، 2012: 29].

أما عن إجراء الاختبار فقد تم تقديم عشرين بطاقة الخاصة بالمفحوص وفقاً لعمره ونوعه، وبالنسبة لأسلوب تفسير استجابات التات T.A.T فسوف يعتمد الباحث على الطريقة الكلية Global في التفسير، أما عن صلاحية اختبار التات فقد تم التأكد من ثباته بعدة طرق ومن أهمها: الاتفاق بين المفسرين، والثبات بإعادة التطبيق، كما يتم التطبيق، كما يتمتع هذا الاختبار أيضًا بدرجة عالية من الصدق وخاصة صدق التفسير والمفسر [أحمد عبد العزيز سلامة، 1956: 99؛ عطية هنا ومحمد هنا، 1973: 462؛ المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1974: 24؛ صفوت فرج، 1989: 60؛ بدر محمد، 2000: 613].

اختبار الرورشاخ Rorschach Ink Blot Test "إعداد هيرمان رورشاخ، 1911":

يعتبر اختبار الرورشاخ من أحد أساليب التداعي حسب تصنيف الأساليب الإسقاطية، كما يعد هذا الاختبار من الناحية التاريخية أول الأساليب الإسقاطية في تقويم الشخصية، وقد وضع هذا الاختبار الطبيب النفسي السويسري هيرمان رورشاخ "H. Rorschach" عام 1911م، ولذا فإن الغرض الأساسي من استخدام هذا الاختبار يتضح في أن المدركات التي يدركها الفرد في مثل هذه الأشكال المبهمة والغامضة إنما تعكس سمات شخصية الفرد. بالإضافة إلى إعطاء وصف لشخصية الفرد من منظور إكلينيكي متعمق، كما تقدم مادة الرورشاخ دلائل تساعد على فهم السلوك الملاحظ لأنها تمس بناء

الشخصية الأكثر عمقاً ومكوناً، كما أن هذا الاختبار يساعد أيضاً في الكشف عن المظاهر المعرفية والعقلية، والكشف عن مظاهر وظيفة الأنا، وعن اضطرابات الفكر والإدراك والأساليب الدفاعية والتوافقية [سيد محمد غنيم، 1975: 50؛ محمود أبو النيل، 1976: 16؛ لويس ملكيه، 1992: 37؛ محمد أحمد خطاب، 2008: 52– 53؛ محمد أحمد خطاب، 2013: 84].

ويتألف الاختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة، وكل شكل له خواصه الفريدة، سواء في الشكل واللون والتظليل والفراغات البيضاء، مما يؤدي إلى استثارة استجابات نمطية، لأن الترتيب الذي تقدم به هذه الصور للمفحوص تحدده رغبة الرورشاخ في إدخال نظام نفسي يكفل بقاء استثارة المفحوص على أعلى مستوى، ونظراً لأن البقع غامضة وغير محددة البنيان فإنه يصعب الحكم على استجابات المفحوص لها بالصواب أو بالخطأ، وبالتالي فإنه يفترض أن إدراكه للبقع يعكس ديناميات شخصية المفحوص سواء المعرفية أو الانفعالية، أو قوة الأنا في مواجهة الواقع. [برونو كلوبفر، هيلين دافيدسون، 1965: 211؛ سيد غنيم، هدى برادة، 1964: 213؛ محمود الزيادي، 1969: 27؛ عطية هنا، محمد هنا، 1973: 464؛ محمد شحاته، 1995: 320؛ روي شيفر، 2012: 6– 7؛ محمد أحمد خطاب، 2013: 84؛ محمد أحمد خطاب "ب"، 2014: 104].

أما عن منظور التحليل النفسي للبطاقات فقد عرض لنا [فيصل عباس، 1990: 253] ما قدمه "أنزيو Anzieu" عام 1980، والخاص ببعض الافتراضات الخاصة بالقلق على البطاقات العشر على النحو التالي: الأولى: من فقدان الموضوع، والثانية: تجاه الأحداث البيئية، والثالثة: تجاه الموقف الأوديبي، والرابعة: تجاه السلطة أو الأنا الأعلى "الأب"، والخامسة: تجاه الحالة الوجدانية للأم، والسادسة: تجاه ازدواجية الجنس، والسابعة: تجاه الانفصال عن الأم، والثامنة: تجاه الغرباء عن العائلة، والتاسعة: تجاه دافع الموت، والعاشرة: تجاه التجزئة.

أما عن إجراء الاختبار فيجب أن يتم في جو مريح وجاد في نفس الوقت، كما أنه من الضروري تسجيل ظروف الاختبار من حيث الزمان والمكان، ويتم تقدير وتصحيح الاستجابات وفقاً لأربعة أبعاد، وهم: التحديد المكاني، العوامل المحددة، المحتوى، مضمون الاستجابة [عطية هنا، محمد هنا، 1973: 466؛ هنا أبو شهبه، 2000: 175].

تلك هي النواحي الأربعة التي على أساسها سيتم تقدير الاستجابة، وسوف يستعين الباحث بطريقة "روى شيفر" في تفسير الرورشاخ من وجهة نظر التحليل النفسي، أما عن صلاحية الاختبار فقد أجريت العديد من الدراسات للتأكد من ثباته وصدقه، وقد تم التأكد من ثبات الاختبار بعدة طرق ومنها طريقة إعادة الاختبار، وطريقة التجزئة النصفية، وبطريقة الصور المتكافئة، وبطريقة ثبات

المصححين بمتوسط 0.71، أما عن صدق الاختبار فكان يتمتع بدرجة عالية من الصدق، وتم حساب الصدق بعدة طرق، ومنها: الصدق الظاهري، ومعامل الاتفاق بمتوسط قدره 69% [لويز ايمز، ريتشارد ووكر، 1965: 19؛ محمود الزيادي، 1969: 222؛ برونو كلوبفر، هيلين دافيدسون، 1965: 19؛ عبد الرحمن محمد، 1971: 322؛ صفوت فرج، 1989: 599؛ Holiday and E. Wagner, 1992؛ محمد شحاته، 1995: 33؛ محمد أحمد خطاب، 2008: 53- 54].

نتائج الدراسة:

نتائج المقابلة الإكلينيكية:

تم إجراء مقابلة إكلينيكية متعمقة مع المفحوص والذي كان يتكلم طول حديثه بتاء التأنيث بوصفه أنثى أو "موزة" على حد تعبيره، وقد التزمنا من جانبنا بتفريغ نتائج المقابلة كما وردت على لسان المفحوص حتى نتبين دلالتها كما يلي:

- **البيانات الأولية:**

اسم المفحوص: أ.ع النوع: ذكر.

تاريخ الميلاد: 1993/7/3 السن: 21 سنة.

الجنسية: مصري محل الإقامة: محافظة الشرقية.

الديانة: مسلم المستوى التعليمي: شهادة الإعدادية

المهنة: لا يعمل مصدر إعاشته: معاش الأب

الحالة الاجتماعية: أعزب.

- **علاقته بالأب الأم:**

أ) الأب:

اسم الأب: ع.ح مهنة الأب: مدير مدرسة

سنه: 71 سنة عند وفاته وكانت الوفاة طبيعية وقد توفى الأب والمفحوص في الصف الثالث الابتدائي حيث كان عمره آنذاك لا يتعد الـ(8) سنوات.

علاقة المفحوص بالأب: كانت عادية حيث أشار المفحوص أن أبوه لم يأخذه في حضنه مرة على الإطلاق.

شخصية الأب: هادئ وكان متزوج بأخرى غير والدة المفحوص (حيث كان الأب متزوج قبل والدة المفحوص وعند وفاة الزوجة الأولى تزوج من والدة المفحوص)

الأشقاء: كانوا من زوجة الأب الأولى وقد تخلى أشقاءه عنه عندما علموا بنيته وبرغبته في

التحول لأنثى وهو ما جعله يستقل ويبعد عنهم ويعيش بمفرده.

ب) الأم:

تزوجت الأم بعد وفاة الزوج (الأب) من أحد أقاربها بمعرفة أهلها وكان المفحوص في ذلك الوقت في الصف الأول الإعدادي، حيث كان عمره آنذاك لا يتعد الـ(11) سنة، وقد ذكر المفحوص بأن أمه قد تزوجت بعد وفاة أبيه لأنها شعرت بأنه –أي المفحوص– في حاجة إلى أب وعلشان كده اتجوزت وساعتها حسيت –أي في إشارة المفحوص إلى نفسه بوصفه أنثى كاملة– بضيق شديد، وكنت غيورة من مامتي علشان ماما لها راجل يهتم بيها وأنا محدش بيهتم بي، وماما دايماً كانت قلقة عليَّ جداً وكانت بتحاول تعوضني عن وفاة بابا، أما عن علاقتي بزوج ماما فكانت عادية، ولما علم برغبتي في التحول لأنثى شجعني على ذلك.

ج) المفحوص:

- ذكر المفحوص عن طفولته: كنت أحب ألعب بالعروسة، وأفضل لبس "ارتداء" الفستان، وماما كانت دائماً تقولي: عيب ألعب بالعروسة، ولما كنت أدافع عن نفسي كانت تقولي: عيب أدافع عن نفسي وكنت برد عليها بأني بنت وكانت أمي تكتم على ذلك وخاصة أننا من محافظة الشرقية، ولما أباحت بهذا الأمر لجاراتها ذكروا لها: أنه من الأفضل إهمال الموضوع وعدم ذكره لأحد، وعدم الضغط عليا وتسيبه – في إشارة للمفحوص– ولو في نفسه حاجة خليه يعملها وبكره لما يكبر هيعقل.
- أما عن ذكريات المفحوص في المدرسة وعلاقته بأقرانه فذكر: كانت الأخصائية دايماً بتحبني وتأخذني معاها وكانت حاسة أني فيا حاجة مش مضبوطة، وطول فترة دراستي في المرحلة الابتدائية كنت أصاحب البنات وكنت أبعد عن الأولاد، أما في إعدادي ومدرسة الصنايع مكنش ليا أصحاب كنت باخاف اختلط بيهم، وفي البداية مكنتش عارفه إن فيه فرق بين الولد والبنت وبدأت أعرف في المرحلة الإعدادية إن هناك فرق بين الأولاد والبنات، وبدأت اسأل وأقعد مع أصحابي وأعرف منهم، ودخلت بعدها في حالة اكتئاب شديد واعترضت على ذهابي للمدرسة واتعقدت لكن ماما رفضت طلبي.
- ولما التحقت بالتعليم الثانوي "دبلوم صنايع" تعرضت للاعتداء الجنسي من ثلاث تلاميذ من الخلف ولم استطع الصراخ، والمدرسة كلها عرفت وانقطعت عن الدراسة، ولم استطع الحصول على شهادة الدبلوم، وكانت فكرة الانتحار تراودني كثيراً ومرة أخذت شريط منع الحمل ومن هنا بدأت أعزل نفسي وأبكي بشدة وأعبر عن حزني مع نفسي ومع ذلك باكره

الوحدة وفي نفس الوقت بامنع أي حد يقرب مني.

- في طفولتي اشتغلت نجارة وستورجي بس ده كان في المرحلة الابتدائية أما الآن أعيش بمفردي ومش باعمل حاجة حرام وبالبس فستان في البيت، وأضع ماكياج كامل وأحب الرقص جداً وحالياً بدأت استخدم "الليزر" حتى لا ينمو لي ذقن أو شارب، وينعم بشرتي وحلم حياتي هو أن أكون إعلامية علشان أوصل رسالة المرضى اللي مثلي.
- أما عن مراهقة المفحوص فقد ذكر أنه عندما كان عمره (16) سنة بدأ يتردد على المسجد ليطلب المساعدة من الشيوخ المتواجدين بالمسجد، والذين بدءوا في تعليمي الحديث والفقه، بالإضافة إلى العقيدة الخاصة بالجماعة السلفية وكانت أيام حلوه ولكن مكنتش أقدر أتعلم والشيوخ بدءوا يلاحظوا عليا وحاولوا أن يغيروا من طريقة لبسي وكلامي وشكلي وبدء شيخ يحس إن فيا تصرفات غريبة، وحكيت ليه موضوعي فهاج عليا وأنا تحت وهو فوق والمنطقة كلها عرفت وقتها كرهت كل شيء، وبدأت أدخل على برامج الشات، واتعرفت على دكتورة من ديانة أخرى وبدأت تساعدني وعرضت عليا السفر للخارج لإجراء العملية الجراحية لتحويلي إلى أنثى بشرط أن أظهر على أحد القنوات الفضائية وأهاجم بلدي إلا أني رفضت وكان رد فعلها: أنا برده هاساعدك.
- أما عند أحلام المفحوص ورغباته فذكر: أنه يريد أن يشعر بالاستقرار وخاصة العاطفي حيث أنه مرتبط ومعجب بأحد الشباب والذي يرغب في أن تتزوج منه بعد إجراء الجراحة وترغب في الإنجاب وتكوين أسرة سعيدة.

وبناء على ما سبق نستطيع أن نستخلص من نتائج المقابلة الإكلينيكية مع المفحوص ما يلي:

- يشعر المفحوص بالوحدة والعزلة والنبذ والرفض وخاصة أسرته (أشقاءه) أو من المحيطين به من أقارب وجيران.
- يعاني المفحوص من أعراض الاكتئاب وقد حاول الانتحار بتناول أقراص منع الحل، ومع ذلك فهو معجب بنفسه بوصفه أنثى كاملة، ولذا كان دائم التكلم بتاء التأنيث ويشير إلى نفسه بأنها "موزة" وتحب الارتباط "بموز" أي ولد حليوه.
- ونلاحظ هنا الدلالة الدينامية في تناول المفحوص لأقراص منع الحمل كدلالة قوية لتوحده الأنثوي.
- لم يتعين "يتوحد" المفحوص بالأب حيث توفى الأب والمفحوص عمره ثمان سنوات، ولذا فإن اضطراب الأوديب واضح لدى المفحوص وهو ما أكده بقوله: كنت غيورة من مامتي علشان ليها راجل يهتم بيها، كما لم يحصل على الاهتمام والدفء من أبيه والذي لم

يحضنه في أي مرة من حياته القصيرة معه.

- يعيش المفحوص بمفرده حيث يعيش دور الأنثى كاملاً بوضع ماكياج ولبس فساتين وملابس الفتيات مع عشقه للرقص بشكل خاص، كما بدأ في استخدام الليزر لإزالة شعر "الشارب والذقن" ليصبح وجهه ناعماً مثل بشرة الفتيات.
- اضطراب الهوية الجنسية بدأ مبكراً في حياة المفحوص حيث كان يميل في طفولته إلى اللعب بالعرائس، ولم يصاحب في حياته الأولاد سواء في المنطقة التي يسكن بها، أو في المدرسة وكان يحب الاختلاط بالفتيات دون الأولاد.
- تعرض للاعتداء الجنسي في مدرسة الصنايع من ثلاث تلاميذ من الخلف ويلاحظ أنه لم يطلب النجدة أو الاستغاثة من أحد، مما قد يعكس ميول ذات طبيعة جنسية مثلية، ومن ثم لم يستطع الحصول على شهادة الثانوية الفنية مع التأكيد المستمر من جانب المفحوص بعدم رغبته وخوفه من عمل حاجة حرام.

نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (M.M.P.I):

أ- نتائج مقاييس الصدق:

أ/1) مقياس عدم الإجابة (؟):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (صفر) أي أنه أجاب على كل الفقرات ويشير ذلك إلى أنه قادر وعازم على الاستجابة لكل الفقرات وهو السلوك المتوقع من معظم الأفراد.

أ/2) مقياس الكذب (ل):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (70) درجة تائية (ملحوظ) وتشير هذه الدرجة إلى أنه ينقصه التبصر بسلوكه أو أنه شخص غير حاذق سيكولوجياً ويحاول خلق انطباع مرغوب غير عادي.

أ/3) مقياس عدم التواتر (ف):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (67) درجة تائية (معتدل) بمعنى أن المفحوص يعترف بخبرات غير عادية بدرجة أكثر من الشخص العادي.

أ/4) مقياس التصحيح (ك):

بلغت درجة المفحوص على هذا المقياس على (45) درجة تائية (منخفض)، أي أن المفحوص من ذوي الموارد الشخصية المحدودة، ويخبر ضغوطًا يعترف بها، كماأن

لديه مفهوم ضعيف عن الذات، وهو غير راضي عن نفسه، ولكن ينقصه إما المهارات أو الأساليب البينشخصية، وقد تشير الدرجة أيضًا إلى شخص متفتح بقدر زائد أو لديه نزعات مازوخية للكشف عن الذات.

ب- نتائج المقاييس الإكلينيكية:

ب/1) مقياس توهم المرض (هـ. س):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (81) درجة تائيه (ملحوظ) وهو ما يعني أن لدى المفحوص نشغال زائد لشكاوى بدنية غامضة يستخدمها المفحوص للتحكم فيمن حوله، وهو ما يعني أنه يتطلب المزيد من اهتمام الآخرين به، كما تعني هذه الدرجة أيضًا أن المفحوص متشائم بعامة وسلبي.

ب/2) مقياس الاكتئاب (د):

بلغت درجة المفحوص في هذا المقياس على (80) درجة تائية (ملحوظ) وهو ما يشير إلى أن هناك حزن عام ومزاج اكتئابي، أما بالنسبة للذات أو للحياة، وهو ما يجعل المفحوص ينزع إلى الشعور بالذنب أو بالدونية والانتقاص من قدر الذات وهو ما يجعله يميل للانزواء والاكتئاب.

ب/3) مقياس الهستيريا (هـ. ي):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (88) درجة تائية (ملحوظ) وهو ما يشير إلى أن المفحوص يتسم بالساذجة وقابل للإيحاء وينقصه التبصر بسلوكه وسلوك الآخرين وينكر وجود مشكلات سلوكية.

ب/4) مقياس الانحراف السيكوباثي (ب.د):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (86) درجة تائية (ملحوظ)، وهو ما يعني أن المفحوص يحارب ضد شيء يكون عادة شكلاً من أشكال الصراع مع نماذج السلطة ولكن تفعيل الصراع بصورة ظاهرة ليس أمرًا حتميًا، إلا أن التمرد والعدائية نحو نماذج السلطة يكونان واضحين، ويصعب الثقة فيه أو الاعتماد عليه، كما ينقصه أيضًا الشعور بالمسئولية.

ب/5) مقياس الذكورة- الأنوثة (م. ف):

حصل المفحوص على (69) درجة تائية (معتدل)، وهي تشير إلى اهتمام المفحوص بالأنشطة الجمالية مثل الفن والموسيقى والأدب، وهو يغلب أن يكون سلبيًا ويفضل

التعامل مع المشكلات في أسلوب مقنع غير مباشر، فهو غير متوحد مع الدور الذكوري التقليدي ويميل للدور الأنثوي (سلبي ذكوري توجه داخلي).

ب/6) مقياس البارانويا (ب. أ):

درجة هذا المقياس (87) درجة تائية (ملحوظ)، يغلب أن يكون المفحوص متشككًا وعدائيًا، ومفرط الحساسية،، وهو عادة يعبر تعبيرًا لفظيًا عن هذه الصفات.

ب/7) مقياس السيكاثينيا (ب. ت):

درجة هذا المقياس (60) درجة تائية (معتدل)، وهو ما يعني أن المفحوص دقيق بعامة في الوفاء بالتزاماته في مواعيدها وقد يقلق إذا عجز عن ذلك، ومع ذلك فهو لا يرى نفسه قلقًا ولا يراه الآخرون قلقًا.

ب/8) مقياس الفصام (س.ك):

حصل المفحوص في هذا القياس على (68) درجة تائية (معتدل)، وهو ما يشير إلى أن المفحوص يفكر بطريقة تختلف عن الآخرين، كما ينزع أيضًا إلى تجنب الواقع من خلال الأخيلة وأحلام اليقظة.

ب/9) مقياس الهوس الخفيف (م. أ):

درجة هذا المقياس (50) درجة تائية (عادي)، وهو ما يشير إلى أن مستوى النشاط لدى المفحوص عاديًا.

ب/10) مقياس الانطواء الاجتماعي (س. ي):

حصل المفحوص في هذا المقياس على (55) درجة تائية (عادي)، وهو ما يشير إلى أن المفحوص يحتفظ بتوازن بين الانطواء والانبساط الاجتماعيين في اتجاهاته وسلوكه.

ج- ملاحظات عامة:

يتضح من نتيجة الاختبار أن أعلى درجة فيه كانت على مقياس الهستيريا ويليه في الارتفاع مقياس البارانويا، ويليه مقياس الانحراف السيكوباتي ثم توهم المرض الاكتئابي وكانت أقل درجة في الاختبار على مقياس الهوس الخفيف.

نتائج اختبار إيزنك للشخصية:

أ- نتائج درجة العصابية:

حصل المفحوص على (8) درجات على مقياس العصابية- (الطبيعي من 1-11)- وهو ما

يشير إلى أنه لا توجد أعراض عصابية، أي أنه يقع في المدى السوي.

ب- نتائج درجة الانبساطية:

حصل المفحوص على (12) درجة على هذا المقياس – (الطبيعي من 1-8)- وهو ما يشير إلى وجود أعراض انبساطية، أي أن سلوك المفحوص يميل إلى الاندفاعية والمرح والحيوية والنشاط والاستثارة وسرعة البديهة والتفاؤل بالإضافة إلى الميول الاجتماعية.

ج- نتائج درجة الذهانية:

حصل المفحوص على (9) درجات على مقياس الذهانية – (الطبيعي من 1-7)- وهو ما يشير إلى وجود أعراض ذهانية لدى المفحوص بوصفها سمة كامنة في الشخصية، وأن المفحوص لديه قابلية أو استعداد لتطوير شذوذ نفسي.

د- نتائج درجة الكذب:

حصل المفحوص على (8) درجات على هذا المقياس – (الطبيعي من 1-4)- وهو ما يشير إلى وجود الكذب بمعنى التزييف إلى الأفضل أو الميل للتظاهر أو التصنع أو إخفاء الحقيقة على عكس الدرجة المنخفضة.

- ملاحظات عامة:

يتضح من نتائج الاختبار أن أعلى درجة كانت على بعد الانبساطية ثم الذهانية، يليها بُعد الكذب، بينما كانت أقل درجة على بعد العصابية، ومن ثم يمكن استخلاص بعض النتائج من خلال المعادلات التالية:

- درجة عالية على بُعد الذهان + درجة عالية على بُعد الانبساطية= سمات ذهانية لدى المفحوص.
- درجة عالية على بُعد الكذب + درجة عالية على بُعد الانبساطية= اندفاعية، بمعنى معاناة المفحوص من السلوك الاندفاعي.

نتائج مقياس تنسي لمفهوم الذات:

حصل المفحوص على (134) درجة على المقياس الكلي للذات، وهي أقل من المتوسط، حيث أن المتوسط على هذا المقياس هو (150) درجة، وكانت درجات المفحوص على مقياس الذات الجسمية = (20) وهي أقل من المتوسط، والذات الاجتماعية= (24) وهي أيضًا أقل من المتوسط، والذات الشخصية =(26)، والذات الأسرية= (28) وهما أيضًا أقل من المتوسط أما درجاته على الذات الأخلاقية= (36) وهي أعلى من المتوسط، حيث أن متوسط الأبعاد الفرعية للمقياس هي = (30) درجة، ويلاحظ مما سبق أن هناك انخفاضًا في مفهوم الذات الكلية والجسمية والاجتماعية والشخصية

بينما كان هناك ارتفاع في متوسط الذات الأخلاقية.

نتائج مقياس تقدير الذات:

حصل المفحوص على (62) درجة وهي أقل من المتوسط حيث أن متوسط هذه المقياس هي (80) درجة، وهو ما يعني أن المفحوص يعاني من تقدير سلبي للذات.

نتائج اختبار H.T.P الكيفي:

أ) رسم المنزل:

- رسم المفحوص سقف كبير نسبيًا، وهو ما يشير إلى سعي المفحوص للإشباع في التخييل، بالإضافة إلى رسمه للأعمدة الرئيسية مرتفعة ارتفاعًا كبيرًا بصورة عادية، وهو ما يشير بدوره إلى احتمال وجود خلل عضوي.
- أما عن مقبض الباب فقد أكد المفحوص عليه وهو ما يشير إلى أن المفحوص لديه شعور زائد بوظيفة الباب أو انشغال قضيبي ويشير أيضًا إلى حساسية دفاعية وهو أمر شائع بين الحالات الشبيه بالبارانويا [لويس مليكه، 2000: 347].
- أما عن إجابة المفحوص على الأسئلة الخاصة بالمنزل، في السؤال (م15) أجاب بأن هذا المنزل يرمز للمستقبل لأنه ده مش وضعي الحالي، وفي السؤال (م16) أجاب بأنه محتاج أسرة، و(محتاجه موز وأن تتجب بنوته) في إشارة منه إلى أنه أصبح أنثى، ومن ثم مقدرته (مقدرتها) على الإنجاب كما تلاحظ أيضاً أنه تكلم بلغة التأنيث، وفي السؤال (م17) أجاب بأنها بنت بتلعب قدام البيت وبتلعب ذي أي بنوته، مما يشير إلى توحد المفحوص الأنثوي بشكل صريح ومباشر.

ب) رسم الشجرة:

- كان هناك اتساع في رسم الجذع عند القاعدة، وهو ما يشير إلى بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه السوي مما ينتج انكماشًا في نضج الشخصية.
- رسم المفحوص جذع الشجرة بشكل كبير جدًا وهو ما يعني أن المفحوص يشعر بأن البيئة مقيدة مع نزعة إلى الاستجابة العدوانية في الواقع أو على مستوى التخييل. كما كان الجذع مرسوم بخطوط باهتة وهو ما يشير إلى شعور بنقص قوة الأنا وعدم القدرة على اتخاذ القرار ونقص الكفاءة.
- رسم المفحوص شجرة كبيرة (ولكن كلها في صفحة الرسم) وهو ما يشير إلى أن المفحوص على وعي حاد بذاته في علاقاته مع بيئته بعامة ويحتمل أن يحاول الحصول

على الإشباع من خلال النشاط وليس من خلال التخييل.

- أكد المفحوص في رسمه للشجرة على أنها شجرة تفاح والتي يرسمها غالبًا الأطفال الاعتماديون أو النساء الحوامل أو الرغبات في الحمل، وفي إشارة المفحوص أيضًا إلى تساقط التفاح من الشجرة وهي ما تعد دلالة على شعور الطفل بالنبذ.
- أما عن رسم الشمس فقد رسمها المفحوص خلف الشجرة، والتي عادة ما تفسر الشجرة بأنها تمثل شخصًا في بيئة المفحوص يراه حائلاً بينه وبين شخص يمنحه الدفء ويسعى المفحوص إلى الحصول على اهتمامه أو شخص يقف ليحميه من شخص يحاول المفحوص الهرب منه، أما عن رؤية الشمس من جهة الشمال فهي تشير إلى الشعور بان البيئة المحيطة بالمفحوص تتسم بالبرودة [لويس مليكه، 2000: 353-356].
- أما عن إجابة المفحوص على الأسئلة الخاصة بالمنزل، أشار المفحوص على السؤال (ش1) بأنها شجرة تفاح، وأنها مثمرة ويسقط منها التفاح حسب فصول السنة وهي خضرة أحيانًا في إشارة إلى عمره الحقيقي (20 سنة)، أما السؤال (ش2) فأكد المفحوص على رغبته في الذهاب إلى كندا أو استراليا أو أي دولة برة يكون فيها استقرار وهو ما اتضح أيضًا في المقابلة رغبته في السفر للخارج لإجراء الجراحة الخاصة بعمليات التحول الجنسي.
- أما عن إجابة المفحوص على السؤال (ش6) فأجاب بأن الشجرة (بنت طبعًا ومثمرة) وحلوة وتجيب عيال، وهي إشارة واضحة للتوحد الأنثوي لدى المفحوص، وهو ما أكده في إجابته على السؤال (ش7) بأن مفيش راجل بيثمر، وأكده أيضًا في السؤال (ش10) أن البنت (في إشارته للشجرة) أصغر مني بسنة (أي أصغر من المفحوص بسنة) أنا عمري 21 سنة وهي عمرها 20 سنة.
- وفي إجابته عن السؤال (ش15) أشار المفحوص في إجابته: أنا نفسي أنا وحبيبي المستقبلي نقعد تحت الشجرة، وفي السؤال (ش13) أجاب المفحوص بأن الشجرة موجوعة وأكيد بتعاني علشان -وكما جاء في إجابته على السؤال (ش18)- الناس بتحدفها بالطوب لكي يأخذوا أولادها وهي أم وزوجة وهي تعد دلالة ومؤشر على التوحد الأنثوي للمفحوص ورفضه لهويته الجنسية ألا وهي الذكورة وهو ما اتضح أيضًا من خلال المقابلة بأن المفحوص له حبيب تتمنى الزواج منه وهو ما أكده في إجابته على السؤال (ش15).

ج) رسم الشخص:

- نقص التأكيد على الأذنين تعد إشارة واضحة من جانب المفحوص في الهروب من النقد وهو ما يعاني منه بالفعل تجاه رغبته في التحول الجنسي لأنثى، وهو ما تأكد أيضًا من خلال رسمه لفتحة في شحمة الأذن والخاصة بوضع الحلق في الأذن مما يعد إشارة ودلالة واضحة على التوحد الأنثوي للمفحوص.
- رسم المفحوص الأصابع أحادية البعد ومقفولة في شكل حلقة عقدية، وهو ما يعني أن هناك محاولات شعورية من جانب المفحوص لقمع دفعات عدوانية.
- أما عن رسم المفحوص لجذع كبير الحجم فهي تعد إشارة على وجود بواعث كثيرة غير مشبعة قد يكون المفحوص واعيًا بها وبشدة، كما كان هناك أيضًا زيادة واضحة– من جانب المفحوص– في التأكيد على الخصر ليشير بذلك إلى صراع شديد بين البواعث الجنسية وطرق ضبطها.
- رسم المفحوص الذراعان رفيعان وهو ما يعني الشعور بالضعف وعدم جدوى الكفاح [لويس مليكه، 2000: 353–359–361].
- أما عن رسم الذراع فرسمه المفحوص ممتدًا وممسكًا بوردة وهو ما يشير إلى الرغبة في التحكم في البيئة هذا من جانب، ومن جانب آخر فإن الزهور تشير إلى التوحد الأنثوي والسعي من أجل الحصول على الحب، وأن الفتيان ممن يستخدمون هذا الرمز عادة ما يكون لديهم ميل نحو التوحد الأنثوي والرغبات ذات الطابع الأنثوي [روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، 2015: 222–223].
- نقص التأكيد على الذقن فهو يفيد الشعور بالعجز وغالبًا ما يكون اجتماعيًا أكثر منه جنسيًا.
- أما عن حذف رسم العنق فهو ما يعني أن المفحوص تحت رحمة بواعثه الجسمية والتي تطغى عليه غالبًا.
- رسم رأس كبير الحجم فهو تأكيد تحت شعوري لما يعتقد أنه يمثل أهمية لدور الفكر في الأمور الإنسانية، كما يمثل تأكيدًا أيضاً على أن التخييل يعد مصدرًا أساسياً للإشباع.
- رسم المفحوص ملامح الوجه بعضها ذكري وبعضها أنثوي وهو ما يشير إلى تناقضات جنسية، كما كانت هناك أيضًا فروق ملحوظة في رسم الشخص بين الجانبين الأيمن والأيسر وهو ما يعد خلطًا في الدور الجنسي لدى المفحوص.
- رسم القدمان بحيث تشير كل منهما إلى وجهه عكس وجهه الآخر وهي ما تعني وجود

مشاعر شديدة التناقض لدى المفحوص، أما عن رسم الرجلان عريضتان في القاعدة وهي ما تعني أن هناك تحدي أو شعور بعدم الأمن.

- أما عن عدم تساوي حجم كل من الكتفين فهو يشير إلى عدم اتزان الشخصية بالإضافة إلى وجود صراع في الدور الجنسي يكشف عنه من خلال عدم اتزان يكون فيه الكتف الأيسر (يسار الصفحة) له ملامح أنثوية –وهو ما رسمه المفحوص بالفعل وفي نهاية اليد ممسك بوردة– والكتف الأيمن له ملامح ذكرية (عكسها المفحوص في رسم الفتاة حيث جعل اليد اليمنى هي الممسكة بالوردة). كما قام المفحوص أيضًا برسم الكتفان مربعان بزوايا حادة، وهي ما تعني دفاعية زائدة واتجاهات معادية [لويس ملكية، 2000: 312– 315].
- المبالغة في رسم حجم الرأس فهو تعبير عن إحباط أو تعبير عن انشغال زائد بالخيالات أو المبالغة في الاعتماد على غيره بصورة زائدة كوسيلة للاتصال الاجتماعي بهم، أما عن بروز الجبهة فكان كبيرًا هو ما يشير إلى أن هناك اهتمام وتأكيد للقوة العقلية لدى المفحوص[مالك بدري، 1966: 105].

أما عن رسم الشخص المخالف (الأنثى):

- رسم المفحوص الشعر وظلله تظليلاً ثقيلاً وهو ما يتضمن قلقًا سواء على مستوى التفكيرأو التخييل حيث يؤكد الشعر دائماً في رسم الراشدين الطفليين أو النكوصيين كتعبير عن الانشغال الجنسي.
- عدم تماثل بين حجم الرجلين وهو ما يعني أن هناك تناقص لدى المفحوص فيما يتصل بالكفاح في سبيل الاستقلالية، أما عن رسم الرجلين عريضتان في القاعدة وهو ما يشير إلى وجود تحدي أو شعور بعدم الأمن لدى المفحوص [مالك بدري، 1966: 106؛ لويس ملكيه، 2000: 362–363]

أما عن إجابة المفحوص على الأسئلة الخاصة برسم الشخص فكانت كما يلي:

- في إجابته عن السؤال (خ19) أشار المفحوص أنه يعاني كما تعاني الشجرة وأن نفسه يعمل عملية التحول لأنثى علشان ترتبط (بالموز ده) في إشارة للشخص الذكر، وفي إجابته عن السؤال (خ8) أشار إلى الجنس المخالف (الأنثى) بأنها مخنوقة وزهقانه وارفانه ورايحه تشم هواء، أيضًا في إجابته على السؤال (خ11) بان الشخص من الجنس المخالف (الأنثى) صحتها تعبانة وبتعاني علشان الضغوط الاجتماعية وهي مش

مضبوطة وهو ما يشير إلى التوحد الأنثوي لدى المفحوص ومعاناته بسبب الضغوط الاجتماعية المحيطة به.

- وفي إجابته عن السؤال رقم (خ12، خ13) أشار المفحوص للشخص للجنس المخالف (الأنثى) أنها يجب أن تهتم بنفسها علشان تداري المها ووجعها، وهي لغاية الآن مش سعيدة وهي بتحاول تفك عنن نفسها لكن مش عارفه، وأكد في إجابته على السؤال رقم (خ16): أنا قولت أنها بترمز لي (في إشارته لرسم الأنثى) وباحب نفسي ده أكيدة هو فيه حد بيكره نفسه، الا بيكره نفسه ميكونش إنسان، وفي إجابته عن السؤال (خ18) أكد على أن كل الإجابات عن رسم الأنثى تنطبق عليه (عليها)، وهو ما يؤكد على التوحد الأنثوي لدى المفحوص.

تحليل ما ورد في استجابات المفحوص:

- وجود مؤشر على الأنوثة والتوحد الأنثوي لدى المفحوص بشكل واضح ومباشر مع وجود اهتمامات نرجسية مسرفة بالإضافة إلى وجود صراعات متصلة بالنشاط الجنسي.
- اضطراب صورة الجسم وانخفاض تقدير الذات والشعور بالنقص وبالدونية مع خلط في الخصائص والدور الجنسي وسوء التوافق الجنسي بالإضافة إلى وجود الجنسية الطفلية مع انشغال قضيبي وهو أمر شائع بين الحالات الشبيهة بالبارانويا.
- معاناة المفحوص من وجود صراع بين البواعث الجنسية وطرق ضبطها بالإضافة أيضًا لوجود صراع في الدور الجنسي.
- الشعور بنقص قوة الأنا وعدم القدرة على اتخاذ القرار ونقص الكفاءة، بالإضافة أيضًا للشعور بالعجز الاجتماعي.
- وجود صراع فيما يختص بقوة الأنا الأعلى والشعور بالوحدة والحرمان العاطفي والأمن بصفة عامة.
- معاناة المفحوص من بيئة محبطة ومقيدة وغير مشجعة وغير آمنة، وينقصها الدفء والتنبيه السوي.
- ظهور إشباع للتخييلات بدلاً من الإشباع الواقعي.
- وجود نزعات للاستجابة العدوانية في الواقع أو على مستوى التخييل.
- معاناة المفحوص من القلق الناتج عن بواعث جنسية طفلية ونكوصية.
- وجود الطابع الاستعراضي الناتج عن الإحساس بالدونية وضعف الأنا الأعلى، مع اهتمام

وتأكيد للقوة العقلية لدى المفحوص كأسلوب دفاعي لمواجهة النقد الموجه له بشأن رغبته في التحول الجنسي لأنثى.

- فشل وتأزم الموقف الأوديبي وعدم حله حلاً سويًا نتيجة فشل التوحد الثانوي مع الأب.
- جود مظاهر وأعراض اكتئابية واضحة بالإضافة إلى الشعور بالوحدة والغربة نظراً للتعرض لمزيد من الإحباطات سواء من الأسرة أو من المجتمع.

نتائج اختبار تفهم الموضوع (T.A.T):

1) نظرة المفحوص للبيئة الخارجية (العالم الخارجي):

أغلب القصص جاءت قصيرة ومعبرة عن اضطراب الهوية الجنسية لدى المفحوص وخاصة فيما يتعلق برغبته الملحة في التحول الجنسي لأنثى، حيث ظهرت البيئة بوصفها مهددة وخطرة وغير آمنة ورافضة لتوحده مع الدور الأنثوي [(شباب بيضايقوها ويتهكموا عليها بألفاظ نابية وجارحة- هي مش مستأمنة نفسها، ومش مستأمنة حد على نفسها- هي خايفة من كل اللي حواليها ومش عارفه إذاي تواجه (بطاقة: 13BM)، خايفة من غدر الدنيا ومن غدر الزمان، لم تجد مأوى لها تعيش فيه (بطاقة: 13MF)، دول عصابة وعايزين يسرقوه (بطاقة: 18BM)، مش عارف يتجوزها بسبب ضغط المجتمع والأهل والناس لأنها متحولة جنسياً (بطاقة: 14)، في حالة انهيار ووقع وفي حد ماسكه بيقومه (بطاقة: 18BM)، الخوف إن يبقى وحيدًا دون سند أو أهل (بطاقة: 15)].

كما عكست باقي القصص أيضًا عن بيئة محبطة وغير مشبعة للاحتياجات الأساسية لدى المفحوص كالحاجة للحب والاستقرار والحاجة للأمن والحماية، والحاجة إلى الحب والجنس والزواج من فتى أحلامه، والحاجة إلى تقدير الذات [تتمنى البنت أن تحقق أحلامها وتشرد بالخيال والفكر في المواضيع دي (بطاقة: 15)، لم تجد مأوى لاه تعيش فيه (بطاقة: 13MF)، وهو ما يؤدي بدوره إلى أن يستغرق المفحوص في التخييلات بهدف الإشباع الهلوسي للرغبات والاحتياجات غير المشبعة.

2) واقع محبط:

أظهرت أغلب القصص مدى اصطدام المفحوص مع الواقع المؤلم والمحبط، والرغبة في تجنبه والهروب والانسحاب بعيدًا عنه سواء بأحلام اليقظة أو بالتخييلات (البنت دي كانت دايماً تصطدم بالواقع المؤلم، وتصحى من الحلم وتتمنى العودة للمكان المسحور لتتلقي بمن تحبه "فتى أحلامها" ويصبح الحلم واقع، والواقع حقيقة (بطاقة: 19) وهو ما يشير إلى الاضطراب والخلط بين الواقع (الحقيقة) وبين التخييلات ومحاولة الهروب والفكاك من هذا الواقع المؤلم والمحبط من خلال

توهم القدرة المطلقة والحلول السحرية كمحاولة للتكيف من جانب المفحوص معه.

3) الاحتياجات الأساسية:

عكست غالبية القصص العديد من الاحتياجات غير المشبعة لدى المفحوص، كالحاجة للاحتواء والحماية والسند والدعم من الآخرين [أنتِ اللي احتويتني وحاميتني (بطاقة: 10)، ولد بيشتكي همه لأبوه (بطاقة: 7BM)، بيفضفضوا مع بعض (بطاقة: 6BM)] الحاجة إلى النجاح والإنجاز وتحقيق الذات [تصبح إنسانة ذات قيمة (بطاقة: 2)] الحاجة للحب وللجنس لزوج يحميها من الخطيئة [أخذني في حضنه أوى وحسيت بالحب أوى في حضنه وبعدين كملنا طريقنا وبكده انقذني من الوقوع في الحفرة (بطاقة:11)]. الحاجة لتحقيق الأماني والأمنيات المحبطة وخاصة فيما يتعلق بالتحول الجنسي لأنثى الحاجة لتحقيق الأماني والأمنيات المحبطة وخاصة فيما يتعلق بالتحول الجنسي لأنثى [لقيت فتى أحلامها لما بلغت المكان المسحور (بطاقة: 19)، رجل يقنع أمه بالزواج من فتاة متحولة جنسيًا وفي الأخر الأم تقتنع وتقبلها وتعاملها ذي بنتها (بطاقة: 6BM)]. الحاجة للأمن [خايف من غدر الدنيا من غدر الزمان (بطاقة: 13MF)، وهي مش مستأمنة حد على نفسها، وخايفة من كل حاجة حواليها (بطاقة: 3BM)]. الحاجة للحياة السعيدة في ظل أسرة أمنة [قدروا يعيشوا مع بعض ويكونوا حياة سعيدة (بطاقة: 4)، البنت هتبقى سعيدة مع زوجها ومع أبنائها وبناتها (بطاقة: 15)].

4) صورة الذات:

جاءت صورة الذات مضطربة ومشوهة وقلقة وتعاني من الخواء النفسي ومن الشعور بقلة الحيلة والعجز وهو ما عبرت عنه العديد من القصص مثل: [ده ولد مسكين يعاني من الوحدة والخزي والاكتئاب والحيرة وشرود الذهن (بطاقة: 1)، الولد هنا متضايق وحزين علشان تعرضه للاغتصاب (بطاقة: 13MF)، مريض وبيعالجوه وبيخرجوا الطلقة منه (بطاقة: 8BM)، وهي هنا محتاجة لمساعدة من السما لأنها وحيدة وقليلة الحيلة (بطاقة: 14)].

5) تخييلات جنسية:

عكست بعض القصص العديد من المضامين الخاصة بالتخييلات الجنسية لدى المفحوص مثل [أخذني في حضنه أوى وحسيت بالحب أوي في حضنه وبكده أنقذني من الوقوع في الحفرة (بطاقة: 11)، لحظة سقوط المطر بتتجلى الأفكار (بطاقة: 20)، وهي حاسة بالندم والخوف من الخطيئة (بطاقة: 13MF)، واقف بيفكر في أمور شاغلاه، وهو في حالة انهيار ووقع وفي حد ماسكه بيفوقه (بطاقة: 18BM)، وهو ما يعكس الشعور بالذنب والإحساس بالندم نتيجة هذه التخييلات

الجنسية. وهذا هو الفرق التشخيصي بين مضطربي الهوية الجنسية من راغبي التحول الجنسي وبين الأشخاص من ذوي الميول الجنسية المثلية.

6) الغرائز الجزئية الجنسية:

1/6) النظارية: عاوزه زوج يعرفني على الحياة والدنيا ويطلعني رحلات ويكون دليلي في الحياة (بطاقة: 11)، تقرأ جوابات حبيبها وتعرف ما بداخله من غير ما تفتح الجواب وهو ما يجعلها مبسوطة (بطاقة: 20)، في حاجة ويبص على حاجة معينة ممكن تكون حاجة قدامه وهو سرحان فيها (بطاقة: 1)، رجل شجاع والناس صفقت له– حيث أعجب المفحوص بالصورة (17BM) والشخص الموجود فيها كما ذكر أنه معجب بواحد (مز) موجود في حياته.

2/6) الاستعراضية: بنت بتتزين وتهتم بجمالها وأناقتها وشياكتها (مزة) فعلاً (بطاقة: 13MF)، أنتِ مثالية أوي وبجد مرتاح معاكي وأتمنى لو أفضل في حضنك (بطاقة: 10).

3/6) المازوخيـة: بطاقة (13MF) الولد هنا متضايق وحزين علشان تعرض للاغتصاب (بطاقة: 1) ده ولد مسكين يعاني من الوحدة والعزلة والحيرة.

7) ميكانيزمات دفاعية:

1/7) الكبت: دول قاعدين بيفضفضوا مع بعضهم (بطاقة: 9BM)، هي ظلت مستغرقة في أحلام اليقظة لتحقيق أمانيها ولما تصحى تصاب بحالة من الذعر والتوهان (بطاقة: 19).

2/7) الإنكار: دي بندقية دي ولا إيه؟! مش عارفه (بطاقة: 1) أنا مش عارفه ابني قصة على البطاقة دي.... أنا مش فاهمه إيه اللي قدامه ده، وهو ما يعكس إنكار ورفض لهويته الجنسية الحالية (الذكورة).

3/7) تبرير: عاوز زوج يحبني ويحميني وينقذني من الوقوع في الحفرة (حيث تمثل الحفرة هنا الخطيئة)، وذلك كما جاء في (بطاقة: 11).

4/7) إسقاط: الزوجة قالت كلمة مستفزة للزوج (بطاقة: 4).

5/7) نكوص: هي دي أيام تتنسي (بطاقة: 13FM، بطاقة: 3BM).

6/7) تـوهم القـدرة المطلقـة: تحققت الأمنية والحلم أصبح واقع وحقيقة، لما ذهبت للمكان المسحور وقابلت فتى أحلامها (بطاقة: 19) قرأت ما بداخل الجواب دون أن تفتحه (بطاقة: 5).

7/7) الاستدماج: دائماً ما كان المفحوص يتحدث كأنثى ويشير لنفسه على أنه (أنها) مزة حلوة ومايصة وهو ما ظهر في (بطاقة: 9BM، والبطاقة: 13MF).

8/7) التوحد: جاءت غالبية القصص معبرة عن التوحد بالدور الأنثوي لدى المفحوص مثل [التحريف الإدراكي للولد على أنها بنت كما في (بطاقة: 3BM)، بنت تتزين وتهتم بأناقتها وشياكتها في (بطاقة: 13MF)، كما عبر المفحوص في (بطاقة: 20) بقوله: يتمنى أن يكون أنثى ومحبوبة وترتبط بموز، وفي (بطاقة: 10) أسقط المفحوص ذاته على المرآة بقوله: أنا فخورة أني اتجوزت إنسان زيك أنت إنسان رائع يا حبيبي، كما لم يقدم المفحوص أي إشارة إلى الرجل الموجود في (بطاقة: 2)، وفي (بطاقة: 5) توحد المفحوص أيضًا مع المرأة وذكر أنها في انتظار حبيبها القديم.

8) القلق:

جاءت غالبية القصص معبرة عن الخوف والقلق من البقاء وحيدًا ومعزولاً ومرفوضًا ومنبوذا من قبل الآخرين، ومن المواقف المتخيلة التي تركت دون حل بالإضافة إلى التوقفات أو الحبسات أثناء سرد القصص، وهو ما ظهر في البطاقات التالية: حيث رفض المفحوص (البطاقة: 1) لأن الصورة فيها ولد ذكر وهو ما يعكس الرفض لهويته الجنسية، أما (البطاقة 3BM) فظهر فيها القلق من عدم قدرة المفحوص على التأقلم مع هويته الجنسية الجديدة "أنثى" بعد إجراء عملية التحول الجنسي [مش عارفه إذاي تقدر تتأقلم مع وضعها النفسي، مش مستأمنة على نفسها ومش مستأمنة حد على نفسها]، وكذلك في (البطاقة: 13MF) حول مدى تقبل المجتمع للمفحوص بعد تحوله لأنثى وقلقه من الضغوط التي ستواجهه بسبب ذلك، بينما كان القلق والخوف من عدم قدرة المفحوص على السيطرة على النزعات الغريزية الجنسية فظهرت في (البطاقة: 18BM): [عقله كاد أن يتوقف وفي حالة انهيار ووقع وفي حد ماسكه وبيفوقه، شخص كان واقف وبيفكر في أمور كانت شاغلاه].

أما القلق من المستقبل فكان واضحًا وصريحًا وهو ما ظهر في البطاقات التالية: (بطاقة: 1) [بيفكر في حياته وفي مستقبله وبيفكر في ضغوط الحياة]، و(بطاقة: 4) [زوجين بيفكروا إذاي يتعايشوا مع بعض ويتوافقوا في حياتهم المستقبلية]، أما (البطاقة: 7BM) [الابن بيشتكي همه لأبوه، وأبوه يحل له جزء من مشكلته ويديله دفعه أمل وحب للمستقبل وللحياة]، وفي (البطاقة: 6BM) [ولد يقنع أمه بالزواج من متحولة جنسياً "كان في الأصل ولد" وهل ستوافق أمه أم لا؟ وماذا سيحدث في المستقبل حول تكوين أسرة أو القدرة على الإنجاب، ومدى تقبل المجتمع للذكر المتحول جنسيًا لأنثى]، أما (البطاقة: 10) فكان القلق حول التكيف المستقبلي مع الدور الأنثوي "الهوية الجديدة للمفحوص" [أنتِ مثالية بجد ومرتاح معاكي بجد وأتمنى لو أفضل في حضنك]، ويتضح مما سبق إن المفحوص يعيش حالة من التوجس والقلق من المستقبل، وهو ما جعل المفحوص ينتظر حدوث معجزة أو مساعدة من السماء كما ورد في (البطاقة: 14) [محتاجة مساعدة من السما] أو الاستغراق

في أحلام اليقظة أو بالتخييلات من خلال توهم القدرة المطلقة كما في (البطاقة: 19) بأن الأماني كلها سوف تتحقق وإن الأحلام ستصبح حقيقة.

9) اضطراب الخلق النرجسي:

وهو ما ظهر في (البطاقة: 8BM) حيث أنهى المفحوص القصة جزافيًا بصورة سلبية كنزعة لتجنب الأشياء وكطاقة ضعيفة أيضًا لتحمل القلق مثل: [أنا مش عارف ابني أو ألف قصة، أنا مش عارف أقول إيه، ما هي كده مش جايه غير كده هو ما فيش قصة غير كده لأن الطريقة دي مش قتل هي خبطة وخلاص لكن ده نايملهم وهم بيعملوا حاجة في بطنه]، وفي (البطاقة: 1) [دي بندقية دي ولا إيه مش عارفه، أنا مش عارف هو بيتأمل إيه بس هو بيصطاد طيور هو بيفكر في إيه لو عرفت في إيه هاقدر أقول حاجة هو بيفكر في ضغوط ومشاكل الحياة ويتأمل الحياة المستقبلية].

10) عدوان مكبوت:

اتضح في (البطاقة 3BM) حيث لم يشير المفحوص إلى المسدس الموجود بجوار الصبي، وفي (البطاقة: 1) استجاب المفحوص بقوله: بيصطاد طيور.. دي بندقية دي ولا إيه؟! مش عارفه.

11) فصام بارانويا:

حيث استجاب المفحوص على (البطاقة: 1) باستنتاجات غريبة ومتكررة وتعكس الحذر الزائد وعدم جدواه في مواجهة الانهيار أمام الواقع بالإضافة إلى التعميمات الغامضة مثل [هو بيفكر في إيه أكيد في الحاجة اللي أمامه لو عرفت هيه إيه هابقى أقدر أقول حاجة أنا مش عارف هو بيتأمل في إيه بس دي بندقية دي ولا إيه مش عارفه]، وفي (البطاقة: 18BM): [عقله كاد أن يتوقف وفي حالة انهيار ووقع وفي حد ماسكه وبيفوقه].

12) السمات الهستيرية:

وهي ظهرت واضحة في استجابات المفحوص على البطاقات التالية: [البطاقة (5) عشت أجمل أيام حياتي معاكي، طبعاً فاكراك هي دي أيام تتنسي، وفي البطاقة (1) إيه الهبل اللي أنا بقوله ده؟!! أما البطاقة (14) فجاءت استجابة المفحوص كما يلي: السماء مطرت واكنها بتبكي على قصة الحب الجميلة اللي حصلت، وبالنسبة للبطاقة (13MF) تنهيدة: مش فاهمة الحقيقة ومش فاهمة انتوا بتعملوا فيا كده ليه!!، وكان تعليق المفحوص على البطاقة (17BM) ما أجمل هذه الصورة، وفي البطاقة (10) الحياة جميلة أوي ثم أعقبه بكاء من جانب المفحوص واختتم القصة بأن البنت بقت مبسوطة أوي وقالت لحبيبها: أنا فخورة أني اتجوزت إنسان زيك، أنت إنسان رائع يا حبيبي].

13) اضطراب الأوديب:

وهو يتضح في استجابة المفحوص على (البطاقة: 12M) [الأب تعبان والطبيب بيكشف

عليه] وفي (البطاقة: 8BM) [بيخرجو الطلقة] [دول عصابة وعايزين يسرقوه] تعكس مخاوف الخصاء لدى المفحوص والذي اتضح بشكل صريح في (البطاقة: 3BM) [هي مش مستأمنة حد على نفسها]، كما أظهر المفحوص تناقضاً وجدانياً تجاه الأم كما جاء في (البطاقة: 6BM) [أم متسلطة ترفض زواج ابنها من فتاة متحولة جنسياً، وبعد فترة البنت والأم هيحبوا بعض].

14)الصراعات والضغوط التي يعاني منها المفحوص:

تتضح صراعات المفحوص حول الإبقاء على هويته الجنسية (الذكورة) أو عدم الإبقاء عليها بتحوله جراحيًا لأنثى (الهوية الجنسية الجديدة) وهو ما ظهر في (البطاقة: 1) والصراع حول قبول المجتمع له وبين رفضه له سواء قبل أو بعد الجراحة وهو ما ظهر في (البطاقة: 14) [مش عارف يتجوزها بسبب ضغط المجتمع والأهل والناس]. أما الصراع حول تقبل نفسه في دور الأنثى أم لا؟! كما عبر عنه في (البطاقة: 3BM) [مش عارفه إذاي تتأقلم مع وضعها الجنسي] بالإضافة للصراع بين الهو ID وبين الأنا الأعلى Superego وذلك على (البطاقة: 3BM) [مش مستأمنة نفسها ومش مستأمنة حد على نفسها]، وفي (البطاقة: 8BM) [شخص واقف وبيفكر في أمور كانت شاغلاه] مما يعكس حدة الصراع بين التخيلات الجنسية وبين تفعيلها، مما يعكس ضعف كفاءة الأنا Ego وعدم قدرته على حل الصراعات الدائرة بين الهو والأنا الأعلى سواء فيما يتعلق بالرغبات والتخييلات الجنسية أو برغبته في التحول الجنسي لأنثى.

أما عن الغضوط التي يعاني منها المفحوص فاتضحت في البطاقات التالية: في (البطاقة: 1) [الوالد قاعد بيفكر في ضغوط ومشاكل الحياة] وفي (البطاقة: 4) كانت الضغوط الناتجة عن كيفية التعامل مع المشكلات ومع الضغوط مستقبلاً وهو ما عبر عنها المفحوص أيضًا في (البطاقة: 7BM) [يعاني من هموم الحياة ومشاكله وضغوط ومعاناته مع زوجته]، أما (البطاقة: 14) فكانت الضغوط ناتجة عن قدرة المفحوص في الزواج بعد تحوله لأنثى بسبب ضغوط الأهل والمجتمع على الشاب الذي سيقبل من الزواج بفتاة متحولة جنسيًا، بينما أظهر الخوف من أيبقى وحيدًا (كما جاء في البطاقة: 15)- ولا يجد من يضلل عليه ويخفف عنه ضغوط كبر السن.

15)عناوين القصص:

أغلب عناوين القصص جاءت معبرة عن التوحد بالدور الأنثوي لدى المفحوص والتي يمكن إجمالها فيما يلي: [حبيبها القديم- أنا وزوجي المستقبلي- زوج وزوجة- احتويني- المكان المسحور وفتى أحلامي].

16)مضمون ومحتوى القصص:

احتوت أغلب القصص على المضامين التالية: [التوحد بالدور الأنثوي وخاصة في

البطاقات: 1- 2- 15- 20- 19- 5- 10- 11- 6BM- 17BM- 13MF) وإقحام المفحوص في (البطاقة: 19) لدور أنثوي لبنت صغيرة في مقتبل العمر، الرغبة الشديد والملحة في إجراء عملية جراحية للتحول لأنثى وخاصة في البطاقات (14- 20- 19-6BM- 4- 1- 10- 2) الرفض الشديد لهويته الجنسية الحالية الذكور (بطاقة: 1)، المستقبل الغامض، البيئة الخطرة والمهددة، رفض المجتمع والأهل لعمليات التحول الجنسي، البحث عن شريك جنسي يمنح الحب والدفء والاستقرار، الخوف من العزلة والوحدة والرفض والنبذ، الخوف من الخطيئة وعدم القدرة على السيطرة على الرغبات والنزعات الجنسية]، كما جاءت أغلب القصص قصيرة وخالية من مشاعر الود والدفء وهو ما عبرت عنه نهايات القصص من واقع محبط ومهدد وخطر وغير آمن وبيئة تتسم بالرفض وعدم القبول والنبذ تدفعه إلى الانعزال والانسحاب والوحدة.

17)الزمن الكلي، زمن الرجع، التوقف:

كان متوسط الزمن الكلي للقصة يتراوح من (4 إلى 6) دقائق، ومتوسط زمن الرجع من (1 إلى 1.5) دقيقة وأزمنة التوقف من (10 إلى 20) ثانية، وهو ما يعكس حالة الكبت لدى المفحوص والذي هو نتاج حالة القلق والترقب والحذر الناشئ والتي تتسم بها شخصية المفحوص أو من طبيعة البيئة المحيطة بالمفحوص.

نتائج اختبار الرورشاخ:

أ- **العلاقات الأساسية:**

- بلغ المجموع الكلي لعدد الاستجابات (23) استجابة، وهو ما يعني أنه يقع في المدى السوي أو العادي.
- كما بلغ متوسط زمن الاستجابة (31) ثانية، وهي ما تعني أيضًا أنه يقع في المدى السوي أو العادي.
- بينما كان متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة (12) ثانية، أما متوسط زمن الرجع للبطاقات غير الملونة فكانت (23.4) ثانية، وهو ما يعني وجود صدمة تظليل (الاضطراب نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب).
- وكانت نسبة ش%: (91.3%) وهي ما تعكس نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي)، وأن المفحوص غير قادر على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي تلقائي نتيجة الضبط والحذر، وهو ما يعد نتيجة لتكوينه النفسي والذي يتسم بالعزلة والانسحاب وعدم التخلط.

- بينما كانت نسبة حيـ + حيـ ج%: (56.52%) وهي تشير إلى أن اهتمامات المفحوص شائعة ومحدودة، كما أن زيادتها عن 50% قد تشير إلى انخفاض القدرة العقلية أو باضطراب في التوافق.
- بلغت نسبة (ب + حيـ): (ب ج+ حيـ حـ): (13: 4) وهي ما تعني أنها تقع في المدى العادي.
- بينما كان مجموع (ل) يساوي (1) وهو ما يدل على ضعف قدرة المفحوص على الاستجابة لمنبهات البيئة، أما نسبة (ح: مجموع ل) فكانت (5: 1) وهو ما يشير إلى أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي، أي إلى الاعتماد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته والمشاركة فيها، وهو في حالة التوافق مكتفيًا بذاته، أي أن المفحوص لا يعبر بالشكل الصحيح عن انفعالاته.
- إعطاء (3) استجابات مألوفة وهو عدد قليل أقل من (8) يشير إلى عدم اكتراث المفحوص بالمألوف أو العجز عن رؤيته وهو ما يعد مؤشرًا على ضعف الارتباط بالواقع.
- بينما كانت نسبة (ح ح: ح غ): (ش ظ + ظ + أ أ) = 5: 1 وهو ما يعني أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي، أي الاعتماد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته والمشاركة فيها، وهو في حالة التوافق مكتفيًا ذاتيًا.
- كما بلغت نسبة عدد الاستجابات على البطاقات الملونة (8، 9، 10)%= 29% وهي إشارة إلى الكف نتيجة لضغوط البيئة وضعف القدرة على الاستجابة لمؤثرات البيئة.
- وكانت نسبة ك: ج= 2: 18 وهي تشير إلى وجود قدرة خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافي.

ب- العلاقات الإضافية:

- بلغت نسبة ح: ح ح = (صفر: 4) وهي علامة على عدم النضج وعلى عجز عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة، بينما كانت نسبة ح: ح ح + ح غ= (صفر: 5) وهي إشارة على وجود توترات قوية تعوق المفحوص عن الاستخدام البناء لمصادره الداخلية.
- أما نسبة ش: (ش مع + ش ظ) = 9: 1 وهو ما يشير إلى عجز التوافق يتمثل في إنكار أو كب الحاجة إلى حب الآخرين، وكانت نسبة ش ل: (ش + ل)= 2: صفر، وهي تشير أيضًا إلى القدرة على الاستجابة المناسبة للبيئة الاجتماعية.

- أما عن أسلوب المعالجة فكانت نسبة ك% 8.69%، بينما نسبة ح كانت 82.60% أما نسبة جـ فكانت 8.69%، ونلاحظ من النسب السابقة انخفاض نسبة ك% عن نسبة ج% وهو ما يدل على اتجاه بالغ الحذر بدلاً من نقص القدرة، وقد يدل استخدام ك% أيضًا على اتجاه نقدي ملائم أو معوق لدى المفحوص، وتدل زيادة الاهتمام بالتفاصيل الكبيرة (ج) على الاهتمام بالمشكلات العملية الواضحة في الحياة العامة، أما نسبة (ج) فإنها تقع في المدة العادي.

ج- التفسيرات الكيفية للاستجابات:

- التأكيد النسبي على المحتوى الحيواني من جانب المفحوص، وهو ما يعني أو يؤكد على وجود اعتمادية زائدة على الكبت أو على التوافق الخانع أو الخاضع، كما تشير تقديرات الحركة الحيوانية وكان عددها (4) إلى اندفاعات الشخص البدائية.
- عجز المفحوص عن تقرير جنس الأشكال البشرية التي يدركها في البقعة قد يشير إلى مشكلة التوحد مع جنسه.
- تركيز المفحوص على ذكر كلمة (الجمال) أثناء تأديته للاختبار قد يكون إسقاطًا لمشاعر مكبوتة نحو الناس، وذكره للمفاهيم التجريدية (السعادة، الربيع) فهي تعبير عن حالة النشوة لدى المفحوص. أما عن وجود عدد استجابات (2) ش ل فهي تشير إلى انهيار في اختيار واقع العلاقات الانفعالية لديه.
- أنتج المفحوص استجابات لون –عددهم (2)– أكثر من استجابات الحركة البشرية – عددها (صفر)– وهو ما يميز الهستيريين والذي يغلب أن يكون تفكيرهم مجرد تكراراً أكثر من أن يكون ابتكاراً، وهو ينزع إلى إقامة علاقات انفعالية سطحية مع كثيرين بدلاً من إقامة علاقات قوية.
- وجود مؤشرات على ذهان الهوس– الاكتئاب ونستدل عليه كما يلي:

1. **علامات الهوس:** انخفاض (+ش%) وزيادة (–ش%) حيث كانت نسبة + ش%= 8.6% أما نسبة –ش%= 83% بالإضافة إلى زيادة عدد الاستجابات الحيوانية واستجابات الحركة الحيوانية.
2. **علامات الاكتئاب:** انخفاض استجابات (ك%) وكانت بنسبة 8.69% مع ارتفاع في (ج) بنسبة 82.60% وارتفاع نسبة الاستجابات

الحيوانية مع وجود صدمة تظليل وانخفاض في نسبة اللون.

وهو ما يعني أن انفعالاته متأرجحة وأفعاله اندفاعية والحصر Anxiety لديه يأخذ أشكال طفلية، ولأن عالم الأفكار لديه يظل مهدد لحد بعيد، إذ أن أي فكرة تتحول إلى قناة للتعبير عن الدفعات المرفوضة وهكذا تظل أفكاره ساذجة ومنصبة حول الذات ومحمله بالانفعالات.

- كانت هناك استجابات فيها نوع من الاستثارة كما حدث في البطاقة رقم (1) مثل: قردين يقبلان بعض.. هذه بطاقة جيدة. أما عن اتجاهات المفحوص نحو البطاقات فعلى البطاقة (1) كان اتجاهه يشير إلى القبول والفرح مثل: فراشة حرة تطير– عصفورتين رمز الحرية والاتجاه هنا يهدف إلى الدفاع ضد الفوبيا (الرهاب).
- أما عن البطاقات أرقام (2، 6، 8، 10) فجاءت الاستجابات كما يلي: [حاسة بإحساس غريب– كل شوية ما بتصعب الصورة– هي دي نفس الرسمة ولا إيه– دي صعبة وشكلها غريب ومش مكونة حاجة] وهي ما تعد دلالة على وجود ميكانيزم الكبت وهو ما يميز الهستيريين على اختبار الرورشاخ.
- تأكيد المفحوص في كل البطاقات على الاستجابات الحيوانية وانه شايف كل حاجة على أنها أنثى وهو ما يعكس مدى توحده الأنثوي بشكل واضح ومباشر.

تحليل ما ورد في استجابات المفحوص:

- ينزع المفحوص إلى الاعتماد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته وان المفحوص لا يعبر بالشكل الصحيح عن انفعالاته، كما أن اهتمامات المفحوص شائعة ومحدودة، بالإضافة إلى ضعف الارتباط بالواقع.
- المفحوص غير قادر على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضغط والحذر بالإضافة إلى وجود توترات قوية تعوق المفحوص عن الاستخدام البناء لمصادره الداخلية.
- وجود اضطراب لدى المفحوص نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب مع إنكار أو كبت الحاجة إلى حب الآخرين.
- وجود اعتمادية زائدة على الكبت وهو ما يميز الهستيريين على اختبار الرورشاخ بالإضافة إلى وجود مؤشرات واضحة على ذهان الهوس– الاكتئاب.
- أفكار المفحوص عادة ما تكون ساذجة ومنصبة حول الذات ومحملة بالانفعالات، ولذا

فهو عادة ما يقيم علاقات انفعالية سطحية بدلاً من إقامة علاقات قوية.

- انهيار اختبار واقع العلاقات الانفعالية لدى المفحوص ولذا فإن انفعالاته متأرجحة وأفعاله اندفاعية والحصر لديه يأخذ أشكال طفلية.
- وجود مؤشرات على التوحد الأنثوي للمفحوص بالإضافة إلى وجود صراعات متصلة بالنشاط الجنسي.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

ديناميات التحول الجنسي:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوص من اضطراب واضح في الهوية الجنسية وهو ما أتضح من خلال توحده بالدور والنموذج الأنثوي حيث كان يستخدم تاء التأنيث (أو الضمير الأنثوي) ويتكلم كأنثى طول الجلسات وأنه (أنها) شايف نفسه مزة حلوة ومايصة، بالإضافة إلى تعبيره عن رغبته المتكررة وإصراره على انه هو من الجنس الآخر حيث كان يميل في طفولته لمصاحبه الإناث ومشاركتهن ألعابهن، وقضاء أوقات فراغه في أنشطة خاصة بالجنس الآخر وتفضيله لملابس الإناث ومحاكاتهم وتقليده للزينة والمسالك الأنثوية، ولما بلغ المفحوص مرحله المراهقة دائماً ما كان يقدم نفسه وبشكل متكرر على أنه من الجنس الآخر، و أن يعامله الآخرون على أساس ذلك مع اعتقاده بأن هناك غلطه كبيره قد حدثت له وانه قد خلق في الجنس الخطأ.

وبالإضافة لما سبق كان المفحوص يغير غيرة شديدة من أمه لأن لها رجل يحميها بينما هو لا يوجد من يهتم به وذلك على حد قوله، أما عن هويته المفضلة في الرقص أمام المرآة، كما اتجه إلى استخدام الليزر حتى لا ينمو له شارب أو ذقن وهو ما يساعد على أن تكون بشرته ناعمة ولذا فهو يسعى وبشدة إلى إجراء عملية جراحية ليتحول إلى أنثى والتي بدأ إجراءاتها بالفعل من خلال شهر المعايشة للدور والنموذج الأنثوي قبل إجراء الجراحة وهو ما يعنى أن المفحوص يعانى بالفعل من اضطراب واضح في هويته الجنسية . وفي ذلك يشير كل من [أحمد عكاشة، سينوت حليم، 1999: 15] بقولهما: نجد أن للذكر أعضاء تناسلية كاملة، ومع ذلك فإن إحساسه يؤكد له أنه ليس بذكر بل وأنه يحتقر أعضاءه الذكرية ويسعى لأن يكون امرأة ويشعر برغبة عارمة في التخلص من هذه الأعضاء ويبذل أقصى المحاولات لأن يتخلص من ذكورته ويتحول إلى أنثى.

وهو ما أكده أيضًا كل من [Davison and Neale, 1994] إلى أن مضطربي الهوية الجنسية يعانون من صراعات شديدة بين إدراكهم لتكوينهم التشريحي، وبين رغبتهم في التحول إلى الجنس الآخر، مما قد يجعل بعضهم يلجئون إلى الهرمونات الجنسية والى العمليات الجراحية ليتحولوا إلى إناث . ويتفق مع النتيجة السابقة كل من: [DSM-IV, 1994: 537- 538; Rober, 1995:

307; Comer, 1996; Chused, 1999; Kazdin, 2000: 245] حيث بينت العديد من الدراسات مدى معاناة مضطربي الهوية الجنسية من الصراعات النفسية الشديدة كالاكتئاب والضيق أو المعاناة من الاضطرابات النفسية والشخصية من تكوينهم البيولوجي، ومن ثم شعورهم بالألم الشديد إذا لم يجروا عملية التحول الجنسي ومن هذه الدراسات ما يلي:

[Miach,P;E.Butcher,J.and Rouse. , 2000; Munch, E, 2000; Deogracias,et. al, 2007; Taher.n, 2007]

ومن ثم يشير كل من [أحمد عكاشة، سينوت حليم، 1988: 20] إلى أن العديد من الدراسات أكدت أن عدم إجراء الجراحة قد تكون نتيجته بالنسبة للشخص الذي يعانى من اضطراب الهوية الجنسية (رفض لجنسه): الانتحار . وهو ما حاوله المفحوص بالفعل من خلال تعاطيه لمجموعة من أقراص منع الحمل ومحاولاته المتعددة للهجرة للخارج وخاصة كندا إذا لم تتح له الظروف لإجرائها في مصر . ولذا من الضروري أن نؤكد هنا حقيقة هامة ألا وهى عندما يرغب الإنسان في تغيير جنسه فإنه لا يفعل ذلك لغرض جنسي أو للحصول على لذة جنسية، بل أنه يفعل ذلك تحت تأثير رغبة ملحة بأنه قد خلق في الجنس الخطأ سواء على المستوى الشعوري أو اللاشعوري وهو ما سنتبينه من خلال فهمنا لديناميات مضطربي الهوية الجنسية من راغبي التحول الجنسي كما يلي:

فقد تبين من نتائج اختبار الرورشاخ عجز المفحوص عن تقرير جنس الأشكال البشرية التي يدركها في البقعة وهو ما قد يشير إلى مشكلة التوحد مع جنسه، بالإضافة إلى تأكيد المفحوص في كل البطاقات على الاستجابات الحيوانية وانه شايف كل حاجة على أنها أنثى وهو ما يعكس مدى توحده بالدور والنموذج الأنثوي . وهو ما أكدته نتائجه أيضاً على اختبار MMPI في مقياس الذكورة– الأنوثة (م ف) وحصوله على (69) درجة تائية وهى بذلك تشير إلى اهتمام المفحوص بالأنشطة الجمالية مثل الفن والموسيقى، وهو يغلب أن يكون سلبياً.

أما عن استجابته على اختبار H.T.P فقد رسم المفحوص الذراع ممتداً وممسكاً بوردة وما هو يعنى ميل نحو التوحد الأنثوي والرغبات ذات الطابع الأنثوي وهو ما تم تبينه أيضًا من خلال رسم فتحة في شحمة الأذن والخاصة بوضع الحلق مما يؤكد توحده بالدور الأنثوي . أما عن ملامح الوجه فقد كان بعضه يعكس الجانب الذكوري والآخر الجانب الأنثوي مع وجود فروق ملحوظة في رسم الشخص بين الجانبين وهو ما يعد خلطاً في الدور الجنسي لدى المفحوص كما تبين أيضًا عدم تساوى حجم كل من الكتفين وهو ما يعكس أيضاً صراعاً في الدور الجنسي . وفي إجابته عن السؤال

(م 16) أكد بأنه محتاج لأسرة (محتاجة موز و أن تنجب بنوته)، وفي السؤال (م 17) أجاب بأنها: بنت بتلعب أمام البيت وبتلعب ذى أى بنوتة وهو ما يشير إلى توحد المفحوص بالدور الأنثوي بل وسعيه أيضًا للتحول الجنسي وهو أتضح في إجابته عن السؤال (ش 2) والذي أكد فيه على رغبته في الذهاب إلى كندا أو استراليا لإجراء عملية التحول الجنسي. وفي إجابته عن السؤال (ش 6) أشار بأنها بنت طبعاً ومثمرة وحلوه وتجيب عيال أما السؤال (ش 15) أشار المفحوص في إجابته: أنا نفسي: أنا وحبيبي المستقبلي نقعد تحت الشجرة.

كما جاءت عناوين القصص في اختبار T.A.T معبرة عن توحد المفحوص بالدور والنموذج الأنثوي مثل [حبيبها القديم – أنا وزوجي – احتويني – فتى أحلامي– زوج وزوجه] وهو ما أكدته أيضًا مضامين القصص وخاصة على البطاقات [-1 – 11 – 10 – 5 – 19 -20 – 15 – 2 6 BM – 17 BM – 3 BM – 13MF] – كما جاء الرفض الواضح لهويته الجنسية الذكورية وخاصة على البطاقات [18BM – 1] بالإضافة إلى إقحام المفحوص في البطاقة (19) لدور أنثوي لبنت صغيرة في مقتبل العمر. أما عن الرغبة الشديدة والملحة في التحول لأنثى ظهر واضحاً في البطاقات [1 – 2 – 4 – 10 – 14 – 19 – 20 – 6 BM] بينما دارت غالبية القصص حول (تخييلات) عن اختيار شريكه بعد التحول الجنسي وحول قدرة المفحوص على إقناع الأهل والمجتمع بأنه (أنها) أنثى ومن حقه (حقها) الزواج بمن تحب بل والإنجاب منه أيضاً.

وفي ضوء ما سبق يرى (سيجموند فرويد، 1963: 96] أنه من المعروف أن التمييز القاطع بين سمات الذكورة والأنوثة لا تتم إلا في البلوغ وهو تضاد يؤثر تأثيراً حاسماً – كما لا يؤثر غيرة – في تشكيل الحياة الإنسانية فيما بعد . وهو ما يعانى منه المفحوص حالياً بشكل فعلى وواضح أيضاً.

وفي عملية اكتساب الهوية الجنسية يرى "فرويد" أنها تتم من خلال التوحد Identification وهى العملية اللاشعورية التي تجعل الفرد يعتقد أنه يتطابق مع شخص أخر، أي أن لديه بعض خصائص ذلك الشخص، كما يعتنق أفكاره وآراءه وقيمه ومعاييره. ومن ثم فإنه يرى أن هناك عدة شروط للتوحد منها ما يلي:

- أن تكون هناك علاقة دافئة وحميمة بين الطفل والوالد، فالطفل يتوحد مع الأب الأكثر دفئاً، كما يتوحد مع الوالد الأكثر قوة وكفاية من وجهة نظرة.
- أن يكون للوالد خصائص تجتذب الطفل ويعجب بها .

- أن يدرك الطفل أوجه التشابه بينه وبين أحد الوالدين، خاصة الصفات الجسمية كطريقة المشي والجلوس والكلام وغيرها.
- وتبدأ عملية التوحد مع المرحلة الأوديبية وينشأ عنها نمو الأنا الأعلى للطفل.

[ممدوح سلامة، 1994: 152].

وهو ما يؤكده أيضاً [Parsons, 1987] في أن التوحد يتم إما سعيه للحصول على الأمن أو خوفاً من فقدان الحب وخاصة مع الأم والتي توحد المفحوص معها ومع خصائصها الأنثوية وهو ما يؤكده أيضاً [أحمد عكاشة، 1998: 519] أنه من بين العوامل التي تسهم في اضطراب الهوية الجنسية لدى الذكور: توحد الطفل مع الام وكراهيته للأب الذي لا يمثل الرعاية والحماية له، مما يجعله لا يستطيع تجاوز الموقف الاوديبى والتوحد مع الاب، ويمثل هذا بذرة المرض النفسي واضطراب الشخصية واضطراب الهوية الجنسية . وهو ما اكدته أيضًا دراسة [MaX , 1995] السيكوديناميةلمراهق يعانى من اضطراب الهوية الجنسية أن السبب في ذلك هو اضطراب العلاقة مع الأب القاسى والى توحدة مع الام ومع خصائصها الجنسية الانثوية . وهو ما نلاحظه بالفعل مع المفحوص حيث ذكر في المقابلة أن والدة لم يحضنه ولو مرة واحدة في حياته وحتى وفاته والمفحوص في سن الثمان سنوات، وهو ما أشار اليه بولبى [Bowlby , 1988] في دراسته إلى أن الوجود البدنى للاب لا بد أن يكون مقترناً بالوجود النفسي القائم على الرعاية والتفاعل والتواصل النفسي واللغوى والاهتمام بالابن، مما يجعل الطفل يتوحد بالوالد ويتخطى الموقف الاوديبى، على حين نجد رفض الوالد للطفل وعدم الاهتمام به يؤدي أن إلى أضطراب توحد الطفل معه، فالأمن النفسي والجسمى هو أساس توحد الطفل بوالده، وشعور الطفل بنقص الامن النفسي والجسمى يؤدى إلى أضطراب في هويته الجنسية.

ويتضح مما سبق وكما يشير [Badanies, 1986] أن الأب يلعب دوراً هاماً في تطور النمو النفسجسمى للطفل حيث اكدت العديد من النظريات السيكولوجية التي تناولت ظاهرة التوحد على أهمية علاقة الابن بالاب في فترة توحد الدور الجنسي الذكرى. حيث يبدأ الاطفال في سن مبكرة جدا في تأويل دورهم الجنسي في ضوء فهمهم لدور الوالد . ومن ثم يبدأون في الوقت نفسه في إدراك العلاقات بين الجنسين ثم تمييزها.

ويلخص [كالفن . س . هول، 1990: 127] ما سبق في انه عندما يقلع الطفل عن أمه فاما يثبت ذاته بتقمص الموضوع المفقود وهى الام أو يقوى تقمصه لابيه، اى من هذين يحدث ؟ يعتمد ذلك على القوة النسبية للرجولة والأنوثة كجزء من العناء التركيبى للولد.

لقد أخذ " فرويد " على عاتقه ازدواج الجنس عند كل فرد، وهذا يعنى أنه يرث الميل للجنس المغاير، كما يميل إلى جنسه الخاص، فإذا ما كانت الميول الانثوية قوية نسبياً عند الولد فسوف يميل إلى اثبات ذاته بتقمص أمه بعد أختفاء العقدة الاوديبية، واذا كانت الميول الجنسية (الذكريه) أقوى فإثبات الذات وتقمص الأب يؤكد عليه، وهو ما إكدته أيضًا دراسة كل من [Mussen and Distler, 1989] . أما [أوتوفينخل، 2006: 298 – 300] فيرى أن الأنوثة في الرجال عادة ما يرتبط بتخيل الشخص نفسه امرأه غالباً – ولكن ليس دائماً – وأساس هذه الأنوثة هو التطابق مع الام فيما يتصل بالهدف الجنسي، وهذا النوع من التطابق يحدث عندما يكون هناك تثبيت على الاهداف الادماجية السلبية الاستقبالية للمرحلة قبل الانسالية، وهذا هو اساس الأنوثة في الرجال. والواقع هو أن الأنوثة في الرجال عادة ما ترتبط دائماً بقلق الخصاء:

أ – فالتطابق الفاصل مع الأم يمكن أن ينشأ من خوف الخصاء المرتبط برؤية أعضائها الانسالية وبعض الرجال ممن ليسوا بمثلى الجنسية على الإطلاق يكشفون عن حب ملئ بملامح التطابق مع رفيقتهم الجنسية، فالتطابق هنا يستهدف مناهضة القلق – مريض كان يحب النساء بهذا النوع من " الحب التطابقي" كأن يدلل لصديقاته: " انظرن إلى أي حد أفهمكن وأفهم اهتماماتكن، انظرن أية درجة من التعاطف أستطيعها معكن، بحيث لا يوجد في واقع الامر أى فارق بينى وبينكن ! " . إن رؤية صدمية متأخرة نسبياً للاعضاء انسالية لامرأة، أنزلت الاضطراب بنمو هذا اللص . لقد عاش هذه الرؤية كشئ غريب تماماً، لقد كتف كل مخاوف خصائه الباكرة في خوف من هذا الشيء الغريب، الذي أدركه بحسبانه خطراً فمياً ومن ثم حاول السيطرة على هذا القلق بإنكاره أن النساء مختلفات، بالإضافة إلى تبنيه للاتجاه بن النساء هن مثلى تماماً ؟ ليست هناك كشوف مرعبة يمكن أن تحدث، لأنى أعرف كل شئ من أمور النساء . ومن ثم فقد تطابق مع موضوع قلقه وأصبح أنثوياً.

ب – وفي حالات أخرى من الأنوثة في الرجال يكون الاتجاة التالى هو الفاصل: " بالنظر إلى أنى أخاف من أن يخصينى الرجال، فلست أريد أن تكون لى أية صلة بهم، أننى أفضل أن أعيش بين النساء " – وهو ما ظهر واضحاً وجلياً في البطاقة (8 BM) حيث ذكر المفحوص: " دول عصابة وعاوزين يسرقونى " وهو ما يؤكد قلقة وخوفه البالغ من الخصاء – فهؤلاء الاشخاص هم بالطبع غيروا الجنسية، و أن كانوا أنثويين أن عليهم يكبتوا جنسيتهم المثلية، لأن الجنسية المثلية تعنى عقد صلة مع الرجال، فالرجال من

هذا الطراز هم اكثر اهتماماً بالحرى بالجنسية المثلية الانثوية، فالواحد منهم يريد أن يكون " بنتاً بين البنات " ويكون اهتمامه بالالعاب والأنشطة الانثوية وكثيراً ما يفلح هذا الطراز من " الأنوثة " في تكبيل القلق فحسب ما دام كان من الممكن بوسيلة أخرى إنكار أن النساء ليست لهن أقضبه.

ومن ثم فإن الأنوثة كحماية ضد خطر الخصاء يمكن أن تفشل تماماً، إذا عجز الشخص عن إنكار " التحول إلى بنت " يعنى فقدة لقضيبه . ومن ثم عادة ما نجد عند الرجال الانثويين محاولات متنوعة للإبقاء على هذا الانكار، فهم يحاولون توكيد حقيقة أن لديهم في واقع الامر قضيباً، بينما يتصرفون وكأنهم بنات، وعليه فهناك بنات بأقضبة، وثمة دليل لاشعوري مماثل وشائع ويمكن صياغته كما يلي: " أنى أخاف أن أخصى . فلو تصرفت كبنت فسوف يعتقد الناس أن الخصاء قديم وبهذة الطريقة أنجو ".

وبصورة عامة فإن الأنوثة في الرجال هى تعبير عن الطفلية وعن النكوص إلى الاساليب السلبية للسيطرة . ففي البداية أيضاً لم يكن الحب الذكرى من جانب الطفل الصغير لأمه حباً ايجابياً، فالصبى وهو طفل – شأنه شأن البنت – يستمتع سلبياً بكونه موضوع عناية ومن ثم فإن السلوك " الأنثوي" في الرجال يمكن أن يكون في واقع الامر سلوكاً طفلياً، ومن ثم لا يكون بحاجة إلى أن يتجه إلى أشخاص من نفس الجنس، بل يمكن أن يتجه إلى بدائل الأم.

ولذا فإن هناك أنماطاً من الرجال نشاطهم مكفوف بشكل عام أساساً لأن لديهم لا شعورياً عدوانية شديدة يرهبونها فالرجال من هذا الطراز يشعرون بأنهم لو كانوا نساء لما توقع أحد منهم أن يكونوا إيجابيين، ومن ثم يستحدثون صبابات أنوثة . وعندئذ يمكن للعدائية المطرودة من خلال العقدة الاوديبية السوية تشكل المستوى الاعمق، بينما تعود، وتتحول الفكرة اللاشعورية المتزعمة إلى: " لو كنت امرأة لتهيأت لى الفرصة للانتقام من الرجال ".

وتزداد احتمالات الاتجاة إلى الجنس المغاير وللجنسية المثلية بقدر ما يزداد نزوع الصبى إلى التطابق مع أمه فالاطفال بصورة عامة ينتزعون بشكل اكبر إلى التطابق مع الأب الذي عانوا منه أعظم الاحباطات تأثيراً . وهذا يفسر ما كشف عنه " فرويد" من أن الرجال المهيأين اكثر من غيرهم للتحول الجنسي أو لأن يصبحوا مثلى الجنسية هم أولئك الذين كانوا أبوهم " ضعيفاً" أو كانوا بغير أب على الاطلاق وهم أيضاً الذين عانوا الإحباط في أمور رئيسية على يد الأم، وهو ما تم تبينه في المقابلة في أن والد المفحوص توفي منذ أن كان عمر المفحوص ثمان سنوات وأما عن زوج الام فقد كان متساهلاً ضعيفاً عكس شخصية الام التي اتسمت بالتسلط في أحيان وبالحنو الزائد في أحيان

أخرى.

أما عن رأى [ميلانى كلاين، 1994: 250] فهى ترى أن الصبى لن يبلغ نهائياً الوضعية الجنسية – الغيرية إلا إذا عاش وتجاوز بالشكل الطبيعى المرحلة الانثوية الاولية حيث تتميز هذه المرحلة المشتركة عند الجنسين بالتثبيت الفمى على قضيب الاب، ومن ثم فهى ترى أن في هذا التثبيت هو المصدر الحقيقى للتحول الجنسي وهو ما إكدة " فرويد" في ذكرى طفولة " ليوناردو دوفنشى " عام 1910 وفيها يفسر " فرويد" لواطية " ليوناردو" بالتعلق الشديد بأمه وبثديها بالتحديد " إزاحة هذا التعلق إلى القضيب الذي بات من الآن وصاعداً موضوعاً للإشباع ومن خلال ما تمكنت منه [ميلانى كلاين] من ملاحظة هامة تحدث عند الصبي أن عملية استبدال الثدي بقضيب الأب كموضوع لتثبيتهم الفمى المصى.

وتضيف " ميلانى كلاين " أيضاً إلى أن الاطفال في مرحلة القدرة الكلية السادية تظهر في تخييلاتهم الغرق والتسمم والحريق وهو ما يجعل قضيبهم في مرحلة الترميم مطفئاً للحريق أو اداة للتنظيف أو انبوباً للدواء وبما أن الصفات السادية التي كانوا ينسبونها لعضوهم كانت تمتد لتشمل عضو الاب، فإن ثقتهم بقضيبهم الجيد تمتد لتشمل الأب أيضاً. وكما حولت تخييلاتهم السادية قضيبهم إلى أداة تدمير للأم تحول تخييلاتهمالترميمية ومشاعرهم بالذنب عضوهم إلى موضوع جيد مسالم. وهو ما يجعل الخوف من الانا الاعلى السئ الذي هو نسخة عن الأب يصبح عند ذلك خفيفاً ويصبح بإمكان الاطفال من الآن وصاعداً أن يتخلوا عن التوحد بالقضيب السيئ لأن ذلك يعنى التوحد بموضوع القلق من ناحية العلاقة بالموضوع وبالتالى يتوحدون بنسبة اكبر بالاب الجيد . وهذا يحدث ما إذا كان الانا قادراً على تحمل وتعديل المشاعر المدمرة تجاه الاب، وإذا كان القضيب الابوى الجيد مصدر ثقة يصبح بإمكان الصبى التوفيق بين التوحد بالاب والتنافس معه لانه من دون هذا التنافس لا يمكن تبنى الوضعية الجنسية – الغيريه.

وبفضل مزايا القضيب الجيد الابوى يصبح الطفل اكثر حساسية إزاء الجاذبية الجنسية للمرأة لانها في تخييلاته لن تخفي بعد الآن إلا الموضوعات القليلة الخطرة أو المرغوبة وذلك بفعل الوضعية الجنسية – المثلية التي تجعل من القضيب الجيد موضوعاً للحب وهو ما يجعل نزوات الصبى التدميرية تتجه لمهاجمة القضيب الابوى المنافس وتتوجه نزواته الايجابية نحو الام بشكل أساسى.

[ميلاني كلاين، 1994: 259 – 260]

أما في حالة التحول الجنسي أو في حالات اللوطية خلال الطفولة الاولى ترى [ميلانى

كلاين، 1994: 265 – 266] أنها قابلة لتلطيف الكراهية والخوف اللذين يشعر بهما الصبى إزاء القضيب الابوى مثلما هى قابلة لتعزيز ثقته بالقضيب الجيد، أن كل مغامراته اللواطية اللاحقة سوف تكون نسخة من هذا النموذج الطفلى وهكذا يطمئن الصبى وهو ما يجعلنا أن نذكر الشائع منها:

أ – إن القضيب الابوى المستدخل الواقعي لا يشكل تهديداً اضطهادياً لا له، ولا لامه.

ب – إن قضيبه ليس اداه للتدمير.

ج – لقد صار بإمكانه أن يشارك أمه في علاقات جنسية من شأنها تدمير قضيب الأب في داخلها . لعل في ذلك شرطاً أساسياً في اختيارة للجنسية – الغيرية التي يفسر أستمرارها في سن الرشد بذلك الدعم الامومى بالرغم من السمات شبه البارانوية البارزه.

وما تلاحظه في المقابلة الكلينكية مع المفحوص أيضًا هو نشأته بين أخوة من الذكور فقط ومن ثم فقد طفولته فيما بعد – مع أمه وبعد وفاة الأب حيث كانوا اشقاءة من أم ثانية – دون رفاق يلعب معهم وهذا من شأنه التأثير على نموة الجنسي – الغيرى . فلو أنه نشأ إلى جانب أخت له لما شعر بذلك الخوف الشديد من الداخل الخفي للمرأة لأن بإمكانه في هذه الحال إشباع فضوليته الجنسية إزاء الاعضاء التناسلية الانثوية [ميلاني كلاين، 1994: 278] .

واذا ما كان تحديد الهوية الجنسية هو أحد مطالب النمو في مرحلتى الطفولة والمراهقة فإن تكوينها وتحديدها أيضاً يتم أن من خلال ما يسمى بعملية التنميط الجنسي Sex – typing وهى العملية التي يكتسب من خلالها الفرد القيم والاتجاهات والمعتقدات وأنماط السلوك المناسبة للجنس الذي ينتمى إليه . وهذة المعتقدات والقيم والاتجاهات قد تكون ضمنية أو قد تكون صريحة، وقد تكون شعورية أو لا شعورية، ومعظم الاباء يثيبون السلوك الذي يرونه مناسباً لجنسي طفلهم ويعاقبوا الذي يرونه غير مناسب، ومن ثم توجد عدة دوافع تدفع إلى اكتساب الطفل السلوك الملائم لجنسه منها ما يلي:

أ – الرغبة في المدح والتقبل من جانب الوالدين والاخرين ورضاهم عن السلوك الملائم لجنسه.

ب – الخوف من العقاب أو النبذ بسبب السلوك غير المناسب لجنسه.

ج – التوحد مع الأب عن نفس الجنس [رشاد موسى، 1991: 12 – 15].

وهو ما اكدته أيضًا العديد من الدراسات مثل دراسة [John,1987] والتي ترى أن للاب دوراً فعالاً وخطيراً في التنميط الجنسي لأن تنمية صفات الرجولة قيمة تعتمد على انطباعاته الاولى حيث يشكل نفسه على غرار والدة بطريقة لا شعورية، وبالإضافة لما سبق ويشير [Green, 1987] إلى أن تشجيع الام للمسالك الانثوية للطفل من خلال حمايته وتدليله وهو ما يساهم بدورة في تدعيم

وتنمية السلوك الأنثوي لديه. وهو ما تم ملاحظته في المقابلة الكلينكية مع المفحوص من زوج ام متساهل وغير مبالى مع الاعتماد المفرط على الأم في كل شئ مع تقديم الحماية المفرطة من جانبها له مع عدم غرس مفاهيم حول الذات الجسمية والاخلاقية والشخصية لديه كلها عوامل مساعدة على نمو اضطراب الهوية الجنسية لدى المفحوص.

وهو ما أكده ايضا [هاشم بحري، 2015: 27] ان من ضمن الاسباب النفسيه التي ساهمت في انتشار اضطراب التحول الجنسي هو : 1 – عدم اتباع النموذج الصحيح اثناء التربيه، وهي مرحله من التعلم خلال الفتره العمريه التي تتراوح ما بين (18) شهراً وحتي عامين ونصف العام حين يحدث خطأ في اتباع النموذج الصحيح، بمعني ان المحفز الحسي الصحيح يقتضي ان يتبع الطفل نفس النوع بمعني ان الانثي تتبع والدتها ويتبع الابن أبوه، وأي خطأ في اتباع النموذج ينتج عنه Gender role disorder ويساهم في ذلك البنيان الجسدي كعامل مساعد. 2 – كما ان الشرطيه تعتبر من اهم اسباب الاصابه باضطراب التحول الجنسي مثل : حزن الاباء لانهم رزقوا ببنات ولم يرزقوا بولد، التدليل الزائد عن الحد المعقول واللعب بالدمي والالعاب المسموح بها للجنس الاخر، الولد الوحيد بين اخوات بنات، المعاقبه عن طريق اجبار الاطفال علي ارتداء ملابس الجنس الاخر، تعنيف الوالدين للابن وتفضيل شقيقته عليه، وبالاضافه لما سبق ايضا فان المواقف المحزنه او التشوهات التي تصيب فترة الطفوله قد تسبب اثار نفسيه مثل الاطفال الذين يتوفي والدهم ويكرسون حياتهم لامهاتهم قد يتحولون للجنس الاخر، أو دعوه الاباء والامهات للطفل كأن يتصرف كأنثي اكثر من ذكر، ومع التربيه الخاطئه قد يحدث نوعاً من عدم التوافق بين الجنس كنوع والجنس كتشريح.

بينما رأى " ريتشار جرين " في دراسته على الذكور الانثويين أن (40%) منها قد تطور الاضطراب لديهم وأصبحت لديهم جنسية مثلية، و (32%) منها أظهروا درجات مختلفة من الثنائية الجنسية، و(60%) منهم كانت لديهم جنسية غيرية [Barlow and Durande, 1995: 419].

وفي المقابل فإن غياب الأب كنموذج للطفل الذكر وقلة الاحتكاك باللعب مع أقرانه من الذكور بالإضافة إلى الخلفية الثقافية للطفل تعتبر كلها من العوامل المساعدة والمشجعة على نمو الاضطراب أيضاً [Sue,D.Sue,D.and Sue,S. , 1990: 293].

ومن هنا فقد رأى العديد من الباحثين والإكلينيكيين أهمية الوالدين والاسرة كسبب من أسباب الاضطراب فقد أكد ستوللر Stoller عام 1985 على سبيل المثال توكيداً كبيراً على غياب الأب (فيزيقياً أو نفسياً) في حالة المتحولين الذكور، ووجود الام الشديدة السيطرة [أولتمانز نيل، 2000: 326].

وهو ما أكدته أيضًا دراسة كل من [Cohen and Arrindel, 1990] في أن المتحولين

جنسياً من ذكر إلى أنثى تذكروا أن أباءهم كانوا أقل دفئاً واكثر رفضاً بالمقارنة بالطريقة التي تذكر بها مبحوثوا المجموعة الضابطة أباءهم ويتفق مع النتيجة السابقة العديد من الدراسات مثل: [جوزيت جورج 1988، السيد فرحات، 1997، Hetherington, 1991] ومن ثم فإن غياب الأب بلا شك له تأثير خطير على عملية اكتساب الدور الجنسي وهو ما عانى منه المفحوص بالفعل ويتفق مع النتيجة السابقة العديد من الدراسات منها على سبيل المثال ما يلي:
[Coonrod, 1981; Stevenson and Michael, 1985; Charles, 1985; Margarita, 1985;1990 ،صلاح الدين السرس ; Black and Kathryn, 1991; Stevenson and Black, 1992;2013 ،نانسي رسمي]

طبيعة الصراع السيكودينامى لدى المفحوص:

أ – الاسباب الدينامية الغريزية:

نتبين من استجابات المفحوص سواء في المقابلة الإكلينيكية أو في اختبار T.A.T أو في اختبار H.T.P، أو في اختبار الرورشاح أن تخييلات المفحوص تبين وتوضح أن الغرائز الطفلية لديه هى غرائز قبتناسلية بصفة أساسية ومشتقة من اتحاد المرحلتين الفمية والشرجية معاً مع وجود الاستجابات المميزة للاحباط عند هذه المراحل، ويتميز هذا النمط بالثنائية الوجدانية تجاة الموضوعات . ولهذا فدائماً ما يتوقع المفحوص أن يحصل على ما يريد، وإذا لم يستطع الحصول على ما يريد فيتزايد شعورة بالاحباط ومن ثم تزايد استجابات العنف أو العدوان وأن كان مكبوتاً والذي عادة ما يتجه نحو الذات وهو ما قام به المفحوص بالفعل من محاولته الانتحار بتناول كميات من أقراص منع الحمل.

وتكون الاستجابات للإحباط عند كل من المرحلتين الفمية والشرجية سبباً في تضخيم التقييم النرجسى للانا النامى مما يزيد من حساسية المفحوص وتمركزة حول ذاته وانخفاض الايثار والقدرة على الحب – وهو ما ظهر واضحاً في المقابلة من تمركز المفحوص حول ذاته واهتمامه المبالغ فيه بشكله وبجسمه وبرغبته الدائمة في إجراء الجراحة للتحول لانثى ودون ذلك فهو غير مهتم او مبالى بشيء آخر – ولذا فإن قيمة الموضوع تكون بقدر ما يعززة أنا المفحوص ولذلك تتضمن الحياة الجنسية عند المفحوص مراحل عارضة من الاهتمام الجنسي المثلى. وفي هذا يشير [أحمد فائق، 1984: 135] أن أشباع الرغبات الغريزية يكون دوماً اكثر أهمية من الإشباعات التي يحصل عليها المفحوص من خلال العلاقة بالموضوع، ومن ثم تتطلب رغباته الغريزية الإشباع المباشر ولذا عادة ما يستحيل عليه التوقف، كما تحكم الإشباعات الغريزية أيضاً أعتباره لما هو صواب وما هو خطأ ولهذا يرجع عدم الثبات لديه والسهولة التي يكذب أو يبرر بها أفعاله.

ولهذا يرجع القصور في تكوين الانا الاعلى إلى عدم القدرة على التخلى عن الإشباع الغزيزى حتى تحت تأثير الخصاء، مما يحول دون أستدخال صورة الأب غير الشبقية ولذلك فإن قدرة المفحوص على تحمل التوتر والحصر تكون ضعيفة للغاية ومن ثم ولا بد من أن يفرغ توترة في الحال . ومن السمات المرضية السيكوباثولوجية لدى المفحوص نجدها في المخاوف اللاشعورية من العنف تجاه الذات، الجسد أى أن أشباع الرغبة مرتبط دائماً بمخاوف التدمير لديه.

ب – السببية الطبوغرافية (البنائيه):

فقد تبين من استجابات المفحوص سواء في المقابلة الإكلينيكية أو على اختبارات H.T.P, T.A.T، الرورشاخ، ايزنك، MMPI أن الانا يتميز بالضعف وعدم القدرة على القيام بمهمته الاساسية وهو ما تأكدة [سامية القطان، 1980: 176 – 177] في أن الانا تكون نتيجة للكميات الهائلة من الطاقة المضيعة في التثبيات على الاهداف والموضوعات الطفلية مسرفة في فقرها ومن ثم في ضعفها فلا تنعم بهامش من الحرية في مواجهة الانا الاعلى، والهو فالنضج لم يكتب لها أن تتحرر من الضغوط البيولوجية للهو، ومن الضغوط الاخلاقية للانا الاعلى ومن ثم تظل كما كانت في طفولتها عاجزة عن المواجهة والتفكير عن رؤيه.

ومن هنا تظل الانا غير السوية طفلية بضعفها وعجزها عن المواجهة، تدور حول نفسها أن جاز القول توصل بحاضرها بماضيها، انها تدرك الحاضر من خلال الماضى ومن ثم تبدو لها حاجتها الحالية ضمن منطق ماضيها شيئاً خطراً، فتنطلق دفاعات الانا تسد عليها بالقلق أو أحاسيس الذنب كل سبيل إلى الإشباع وبذلك ينحبس الفرد بين حاجاته ومعوقاته لا يستطيع مضياً إلى الامام لا تحقيقاً لذاته وامكانياته ولا للراحة الوقتية العابرة عبر الخفض العابر لتواتراته مع كل إشباع. وهو ما ظهر بوضوح في استجابة المفحوص على اختبار H.T.P حيث رسم الجذع بخطوط باهتة وهو ما يشير إلى شعور المفحوص بنقص قوة الانا وعدم القدرة على إتخاذ القرار ونقص الكفاءة . وهذا ما ظهر وكما يؤكد [رأفت عسكر، 1996: 26] من خلال لجؤ الانا إلى أستخدام دفاعات بدائية في حل الصراعات الواردة كاستخدام العزل لابعاد المشاعر عن الذات وهى ما تعكس ضعف كفاءة الانا في وضع حلول مناسبة . وهو ما ظهر واضحاً أيضًا في اختبار H.T.P في تأكيد المفحوص على الخصر ليشير بذلك إلى صراع شديد بين البواعث الجنسية وطرق ضبطها وهو ما يعكس في النهاية وكما أشرنا سابقاً ضعف كفاءة الانا وعدم قدرته على حل الصراعات الدائرة بين الهو والانا الاعلى سواء فيما يتعلق بالرغبات والتخييلات الجنسية أو برغبته في التحول لانثى.

ومن هنا فإن التثبيت وكما تشير [سامية القطان، 1980: 236] ينتج اما عن احباط شديد تصاحبه زيادة في النشاط التخييلي أو ينجم عن أشباع مسرف يجعل الشخص عاجزاً عن تحمل

الاحباطات اللاحقة ومن ثم ينكص أمامها إلى مرحلة الإشباع المسرف فيكون ذلك في تثبيته ما هو الا استباق الرغبات بالتحقيق في الهلوسات والخيالات وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل من ضعف الانا وعدم قدرته على إيجاد حلول بديلة للتعبير عن هذه الطاقه.

ج – الاسباب الاقتصاية (الميكانيزميه):

من الميكانيزمات اللاشعورية والتي شاع استخدامها لدى المفحوص ميكانيزمات دفاع من قبيل الكبت وخاصة تجاة الحاجات الجنسية والثنائية الوجدانية تجاة الموضوعات وهو ما يشير إلى النمط العصابى من البناء النفسي. وهو ما ظهر واضحاً في اختبار الرورشاخ من خلال التأكيد النسبى على المحتوى الحيوانى من جانب المفحوص وهو ما يعنى أو يؤكد على وجود اعتمادية زائدة على الكبت، وكذلك استجاباته على البطاقات رقم [2، 6، 8، 10] مثل: " حاسة باحساس غريب – كل شوية ما يتصعب الصورة – هى دى نفس الرسمة ولا أيه ؟ ! دى صعبة وشكلها غريب ومش مكونة حاجة " وهى ما تعد دلا له ومؤشر قوى على وجود ميكانيزم الكبت.

والكبت بالمعنى الدقيق وكما تشير [سامية القطان، 2007: 68] هو الميكانيزم الرئيسى في الهستريا (معاملة الجنسية وكأنها غير موجودة) وعليه فمصير المكبوت بمعنى الكلمة هو إزاحة بعض الطاقة على حفزة أخرى ومن ثم يعبر الكبت عن نفسه في صورة: أ – أفكار حصارية . ب – فجوات في الذاكرة . وما دام المكبوت يظل فعالاً تكون هناك ضرورة لتواصل الكبت وهو ما يعنى انفاق الطاقة ونضوبها، ومن هنا يكون الشعور بالتعب والدونية وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل.

أما عن ميكانيزم الانكار فقد أتضح بشكل واضح على اختبار H.T.P ومن خلال رسم المفحوص الجونلة فهو ينفي قضيبه ويتمنى المهبل، كما ظهر واضحاً أيضًا في اختبار T.A.T على البطاقة (1) باستجابته: " دى بندقية دى ولا أيه ؟ . مش عارفة ... أنا مش عارفة ابنى قصة على البطاقة دى ... أنا مش فاهمة إيه اللى قدامه ده " وهو ما يعكس إنكار ورفض لهويته الجنسية الذكورية وهو ما أتضح أيضاً في المقابلة الإكلينيكية مع المفحوص . وفي ذلك تشير [سامية القطان، 2007: 62 – 63] إلى أن الانا عند العصابى تنشط إلى جزء سطحى يتبين الحقيقة (أنه ذكر) وجزء أعمق ينكرها (انكار القضيب). والانكار هنا ما هو الا إنكار للواقع المحيط به أيضاً والذي يؤكد ذكورته ويستنكر عليه محاولاته للتحول لانثى.

ومن هنا فإن رفض الاعتراف بالجوانب الكدرة من الواقع سمى ما قبل مراحل الدفاع، وتلك ظاهرة مألوفة عند الاطفال كتعبير عن مبدأ اللذة وكمقابل للإشباع الهلوسى للرغبة . ففي الطفولة المتأخرة يتم الانكار في اللعب والخيال – [وهو ما تم تبينه بالفعل في المقابلة لتفضيل المفحوص في طفولته اللعب بالعرائس وتفضيله ارتداء الفساتين وارتداء ملابس الجنس الآخر، بالإضافة أيضاً

لتفضيله اللعب مع الاناث دون الذكور] – ولذلك يرى [عبد الله عسكر، 1994: 76] أن ميكانيزمات الدفاع الفرويدية أو الحيل النفسية تستخدم للتغلب على قصور الآخر مثل ميكانيزم الانكار، وهذه الآليات النفسية هى ما جعل من اللغة مكاناً نسيجياً للمجاز، فالمريض يستطيع أن يقول لنفسه أنه محبوب وأن ثمة موضوع داخلي ينبغى أن يحبه، لذا وجب عليه أن يتصور موضوع حبه ويسعى إلى بنائه وتأسيسه وفقاً لاهواء الرغبة بعيداً عن قانون الآخر الموضوعي أو الخارجي والذي لا يفي بمتطلبات الذات.

ولذا فإن الانكار هنا وكما يشير [محمد أحمد خطاب، 2008: 101] ما هو الا إنكار ما حدث للموضوع الداخلي الطيب من دمار دون حدوث محاولات جديدة لتعديل المشاعر التدميرية الموجهة إلى الموضوع، كما أنها أرتدت الاساليب الدفاعية الانكارية إلى الجانب الطيب من الموضوع بقصد إنكار طيبته، ومن ثم فإن هذا الميكانيزم قد كشف عن عدم قدرة الانا على فعالية المشاعر التدميرية والعدوانية والتي تهدد بالنكوص إلى الوضع السابق وتدعيمه [شبه فصامى – بارانوى]، وبطبيعة الحال فإن النكوص شكل من الانكار، فالنكوص إنكار للواقع المؤلم والمحبط والمهدد للمفحوص من جانب، ومن جانب اخر انكار المخاوف والمشاعر العدوانية حيال الوالدين ثم ظهورها في صورة رمزية على البطاقات الغامضة حيث ترى المخاوف البدائية تطارده . وهو ما أكده أيضًا [فرج أحمد، 1967: 422] في أن الانكار ما هو الا عملية هروبية تعنى تدمير جانبه من الموضوعات وجانب من المشاعر ومن الانا الذي يمس هذه المشاعر وهو ما يعنى تزويراً للواقع النفسي وانكاراً له.

ومن الميكانيزمات الدفاعية الاخرى ميكانيزم التبرير وهو ما ظهر واضحاً وجلياً في المقابلة الإكلينيكية عندما ذكر المفحوص الاعتداء الجنسي الذي تعرض له من قبل زملائه وبالرغم من ذلك لم يصرخ أو يستغيث طلباً للنجدة مبرراً ذلك خوفه من أذيته، وفي اختبار T.A.T استجاب المفحوص على البطاقة (11): " عاوزة زوج يحبنى ويحمينى وينقذنى من الوقوع في الحفرة [حيث تمثل الحفرة هنا الخطيئه] . إذاً فإستخدام التبرير هنا من جانب المفحوص ما هو الا محاولة لتخفيف حدة الشعور بالذنب أو بالاثم أو بالخزى طالما ما لم يجد المخلص او المحب الذي يمنعه من الوقوع في الخطيئه.

بينما ظهر ميكانيزم النكوص واضحاً في استجابات المفحوص على بطاقات T.A.T وخاصة على البطاقات [3BM – 13 MF – 19] مثل: " هى دى ايام تنسى، ياريت ارجع للمكان المسحور ويبقى الحلم حقيقة والحقيقة حلم " وهو ما يشير إلى معاناة المفحوص من العديد من الاحباطات وحنينه إلى أنماط ماضيه من الإشباع كانت اكثر اكتمالاً . وتعتمد شدة الحنين هنا على

مدى تردد الفرد في تقبل الاساليب الجديدة للإشباع وعلى مدى تثبيته على أساليب من الإشباع ويرجع النكوص هنا إلى أن الغرائز عند إحباطها ومنعها من الافراغ المباشر تبحث عن بديل ومن ثم فشرط النكوص أن يكون هناك ضعف من نوع خاص في تنظيم الانا [سامية القطان، 2007: 74 – 75] وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل.

كما استخدم المفحوص ميكانيزم توهم القدرة المطلقة وهو ما ظهر في استجابة المفحوص على بطاقات T.A.T وخاصة على البطاقة (19): " تحققت الامنية والحلم أصبح حقيقة لما ذهبت البنت للمكان المسحور وقابلت فتى احلامها "، وعلى البطاقة (5): " قرأت ما بداخل الجواب دون أن تفتحه " ومن هنا يشير [فرج أحمد، 1967: 424] إلى أن توهم القدرة المطلقة للمشاعر التدميرية أو للمشاعر الطيبة على حداً سواء من الخصائص المميزة للمراحل المبكرة من النمو النفسي، وهو ما يعنى أيضاً تثبيت المفحوص على مراحل باكرة من النمو النفسي وعدم نضج الانا بالشكل الكافى.

أما عن ميكانيزم التوحد فقد ظهر واضحاً من خلال نتائج المقابلة الإكلينيكية حيث كان المفحوص يتكلم ويشير إلى نفسه من خلال " تاء التأنيث " وكان دائمًا ما يشير لنفسه على أنه (أنها) مزة حلوة ومايصة كمان، بالإضافة إلى ارتداءة ملابس الاناث مع وضع مكياج كامل لما يكون بمفردة أو في منزله، كما جاءت غالبية قصص T.A.T معبرة عن توحد المفحوص بالدور الأنثوي وخاصة على البطاقات [3 BM – 13 MF – 20 – 10 – 8 – 5] وهو ما يشير إلى غلبة التحريف الادراكى للمفحوص للولد في البطاقة على أنه بنت . وحيث أن الاستدخال وكما تشير [سامية القطان، 2007: 66] هو الهدف الاوائلى الاول تجاه الموضوع مما ينتج عنه التوحد وهو اكثر العلاقات اوائلية مع الموضوع ولذا فإن أى نمط لاحق في العلاقة مع الموضوع أو الهدف يمكن أن ينكص أمام الصعوبات إلى الاستدخال والتوحد [الصبى مثلاً عندما تعترض حبه لأمه صعوبات يتوحد معها فيصبح أنثوياً] وهذا النوع من التوحد يسمى التوحد مع المحبوب أى توحد الابن مع الام التي لا تريدة.

كما ظهر ميكانيزم الاسقاط واضحاً من خلال إسقاط المفحوص لذاته على كل الاناث في اختبار T.A.T مثال للبطاقة (10): " أنا فخورة انى اتجوزت إنس أن زيك "، وعلى البطاقة (4): " الزوجة قالت كلمة مستفزة للزوج " . ومن ثم فقد أوضحت " ميلانى كلاين " إلى أن الاسقاط يستخدم أول ما يستخدم كدفاع ضد النزعات التدميرية الغريزية – غريزة الموت – لتحويل التدمير عن الذات إلى الموضوع (ثدى الام الشرير) ثم لا تلبث هذه الميول التدميرية وقد أذكتها خبرة الميلاد ومختلف دروب الاحباط التالية أن ترتد إلى الذات من الخارج نتيجة إدماج الموضوع الخارجي الشرير، وإذا كان الهدف من الاسقاط هو حماية الذات من الدمار، الامر الذي لا يتحقق له النجاح لارتدادة إلى الذات بفعل الادماج، الا أن الوظيفة الدفاعية الاساسية لهاتين العمليتين تظل كما هى (الدفاع عن

الذات وحمايتها).

ويتحقق هذا الهدف من خلال تعديل مواقف القلق المبكر ذات الطبيعة الذهانية خلال السنوات الأولى من الطفولة، أما في الوضعين الأوليين الاضطهادي– الفصامي الاكتئابي، فإن تعديل هذه المواقف لا يتحقق، غير أن هاتين العمليتين الدفاعيتين الإسقاط، والإدماج يستخدما بالرغم من ذلك في إطار من الأساليب الفصامية حيث الغلبة للعمليات التقتيتية [فرج أحمد، 1967: 419]. وهو ما يعني أن استخدام ميكانيزم الإسقاط بشكل دائم من قبل المفحوص فيؤدي ذلك إلى أن يكون النقل مساعداً للنظام الاقتصادي وهو ما يجعل الميكانيزمات الأعلائية دائماً ما تكون مكفوفة ومع انهيار عمليات الدفاع تظهر مشاعر العجز والضياع واللاجدوى والاضطهاد والاكتئاب.

اضطراب مركب الاوديب:

تبين من نتائج المقابلة الكلينكية مع المفحوص وجود أضطراب واضح في المرحلة الاوديبية، حيث كانت أغلب استجابات المفحوص في المقابلة تعبر عن الخوف من الايذاء ومن غدر الدنيا والزمان والخوف من المرض ومن الخطيئة ومن المجهول أما عن أستجابات المفحوص على اختبار T.A.T فقد جاءت كما يلي: في البطاقة (12M): "الأب تعبان والطبيب بيكشف عليه، وافي البطاقة (8BM): "بيخرجوا الطلقة دول عصابة وعايزين يسرقو ابو الولد دة" وهى ما تعكس مخاوف الخصاء لدى المفحوص والذي أتضح بشكل صريح في البطاقة (3BM): "هى مش مستأمنة حد على نفلسها "، كما أظهر المفحوص تناقضاً وجدانياً تجاه الام وخاصة على البطاقة (BM 6): "أم متسلطة ترفض زواج ابنها من فتاة متحولة جنسياً، وبعد فترة البنت والام هيحبوا بعض" . وهو ما يعكس فشل وتأزم الموقف الاوديبى وعدم حله حلاً سوياً نتيجة فشل التوحد الثانوى مع الاب.

ومن هنا يعتبر التحليل النفسي العقدة الاوديبية بمثابة المرحلة الحاسمة التي يتقرر فيها مصير الشخصية، ليس فقط من حيث السوية أو اللاسوية بل وأيضاً من حيث نمط الذكورة أو الأنوثة فهى موقف حيوى يتحتم على كل طفل أن يعيشه وحسبما تكون استجابته يكون مصيرة.

فهناك كثرة من الصور الاخرى التي يمكن أن يتخذها التوحد . ففي حالة ما يكون الصراع قوياً بين الطفل ووالدة من نفس جنسه ويعجز الطفل عن فض الصراع فإنه غالباً ما يتوحد مع نقيض قيم والدة الذي هو من نفس جنسه ومع نقيض اتجاهاته بحيث يكون في مستقبلة نقيضاً له ومخيباً لأمله.

ومن الممكن أيضاً أن يكون التوحد متقاطعاً بحيث يتم لا مع الوالد من نفس الجنس بل مع الوالد من الجنس الآخر فتتوحد البنت مع أبيها (وتصبح ذكريه)، ويتوحد الابن مع أمه (ويصبح أنثوياً). [سامية القطان، 1980: 150] وهو ما يؤكدة أيضًا "فرويد" من خلال اعتقاده بأن الجنسية

المثلية يمكن أن تحدث إذا ما أنقلبت التوحدات السوية – في مرحلة الاوديب – بمعنى هو أن يتوحد الطفل الذكر بأمه بدلاً من أبيه [جابر عبد الحميد، 1986: 43].

ومن هنا نلاحظ أنه في المرض النفسي سنجد أن الانحراف الجنسي موضوع اعتراض المريض. فالمريض الجنسي هو شخص منحرف يعترض على انحرافه، بعبارة ثانية: المنحرف الجنسي مريض يقبل الانحراف، والمريض النفسي منحرف يعترض على الانحراف.

ومن ثم فاعتراض المريض النفسي اعتراض لا شعوري، نشط في نفس الوقت الذي كان الانحراف فيه أمراً طبيعيًا يتفق مع مرحلة تطور الليبيدو، والدليل على ذلك أن المنحرفين الجنسيين لا يظهرون من الأعراض العصابية شيئاً، وإن عانوا منها فتكون معاناتهم ضئيلة للغاية، بل كثيراً ما تظهر الأعراض العصابية عليهم عندما يقاومون انحرافاتهم لسبب أو لآخر، كذلك نجد أن العصابي لا يظهر انحرافات جنسية في سلوكه ومشاعره، إلى أن تضعف مقاومته الخفية فتختفي أعراضه ليظهر الانحراف. إذاً فالمنحرف كالطفل في إشباعهما للذاتهما فكل منهما يسعى إليها غير مكترث بأهداف واقعية أو موضوعات خارجية [أحمد فائق، 1967: 56].

وبالإضافة لما سبق فإن حرم أن الطفل من حب الوالد الذي هو من غير جنسه يجعله يتوحد معه، وكذلك فإن الطفل أيضاً يميل إلى التوحد مع الوالد الاقوى من والديه والذي يملك القرارات والتنفيذ، وفي حالات أخرى يكون التوحد غير مباشر فلا يتوحد الابن مثلاً مع واقع ابيه بل يتوحد مع الصورة التي يريدها الأب له ويعمل على تحقيقها [سامية القطان، 1980: 150 – 151].

وهو ما أشار اليه أيضاً جيبنر Gibbens (1961) في تقرير قدمه إلى منظمة الصحة العالمية W.H.O أن أى سيطرة يترتب عليها أثناء المراهقة أن الولد الذي يتعين ذاتياً بالأم كنموذج للدور الذي سيلعبه في الحياة قد يجد صعوبة في أن يشكل لنفسه مفهوماً ذكرياً عن الذات، بالإضافة إلى أن الفشل في تعلم القيمة الاجتماعية يساعد على تفعيل التوترات الداخلية في سلوك عدائى مدمر [رزق سند، 2005: 43، باربرا ويتمر، 2007: 245] .

ويتضح مما سبق أن الاستدخال هو الهدف الاوائلى الاول تجاه الموضوع مما ينتج عنه التوحد وهو اكثر العلاقات أوائلية مع الموضوع، ومن ثم فأن أى نمط لاحق في العلاقة مع الموضوع أو الهدف يمكن أن ينكص أمام الصعوبات إلى الاستدخال والتوحد، فالصبى مثلاً عندما تعترض حبه لأمه صعوبات يتوحد معها فيصبح أنثوياً، كما أن هناك أيضًا التوحد مع المحبوب كتوحد الابن مع الام التي لا تريده [سامية القطان، 1980: 220].

ويلخص [ريتشارد . م . سوين، 1979: 553 – 554] ما سبق في أن مدرسة التحليل النفسي

قد أشارت إلى أن مشكلات العلاقات الجنسية السوية تحدث حينما يكون الفرد قد عجز عن حل ما واجهه في حياته المبكرة – وخاصة في المرحلة الأوديبية – من أنواع الصراع المرتبط بمشاعره الجنسية نحو أمه، وبنضاله ضد والدة، وبخوفه من الخصاء، ومن ثم يمكن أن نفهم أن مضطربي الهوية الجنسية راجع إلى ما يلي:

- لأنه فشل في تقمص والدة والتوحد معه وبالتالي مع الدور المذكر.
- لأنه أحس بعجزه عن التنافس مع والده، ولأنه يحاول أيضاً أن يكتسب القوة عن طريق الامتصاص الرمزي للقوة وهو ما قد يدفعه للاتصال الجنسي بشخص قوى من بين الذكور.
- لأنه تمت لديه الاستجابات من نوع الصراع بين الإقدام والإحجام تجاه النساء على أساس من مخاوفه المبكرة من الخصاء لو أنه أقترب من أمه.
- ويضيف [أحمد عزت راجح، 1964: 51] أن التعلق الشديد بالأم قد يدفع المفحوص إلى الامتناع عن الزواج أو يصيبه بالعجز الجنسي أن تزوج أو يميل به إلى التخنث واللواطية. وهو ما يهدد به المفحوص بالفعل في حال عدم إتمامه لإجراءات عملية التحول الجنسي بغية الارتباط بمن أحبه.

الغرائز الجزئية:

أ – السادية والمازوخية:

في علم النفس لا تتحدد الذكورة أو الأنوثة بالرجوع إلى الأساس التشريحي (وجود قضيب أو مهبل) بل تتحدد بتغلب السادية فتكون الذكورة، أو تغلب المازوخية فتكون الأنوثة [سامية القطان، 1980: 153].

وهو ما تم تبينه بالفعل من خلال اختبار MMPI حيث حصل المفحوص على (45) درجة تائية (منخفض) على مقياس التصحيح (ك) وهى ما تشير إلى أن المفحوص لديه نزعات مازوخية للكشف عن الذات، بينما كانت استجابته على اختبار H.T.P في إجابته عن السؤال (خ 11) بأن الشخص من الجنس المخالف (الانثى) صحتها تعبانه وبتعاني علشان الضغوط الاجتماعية. أما عن استجابة المفحوص على بطاقات T.A.T فكانت كما يلي: في البطاقة (3BM): " شباب بيضايقوها ويتهكموا عليها بألفاظ نابية وجارحة " . وفي البطاقة (13MF): " الولد هنا متضايق وحزين علشان تعرضه للاغتصاب " وهو ما حدث بالفعل معه وهو ما تم تبينه من

المقابلة بأنه تعرض للاغتصاب من ثلاث زملاء له دون أن يصرخ أو يطلب الاستغاثة من الآخرين، كما تعرض للضرب المبرح من احد الشيوخ عندما علم بنيه المفحوص في رغبته بالتحول لانثى.

وتبعاً للفكر الفرويدى فإن المازوخية وظيفة أولية تدلل على وجود نزعة تدميرية للذات، وحيث تظهر المازوخية عند الرجل يعتبرة أنثوياً بشكل أساسى، ومن ثم فقد أعتبر فرويد المازوخية على أنها سادية منقلبة ضد الذات، فكدر المازوخى هو بالحرى كدر يتطلبه لإشباع حاجته اللاشعورية إلى العقوبة وعن طريق التوحد اللاشعوري مع " الرفيق" السادى فإن المازوخى يشبع حفزاته السادية الخاصة به.

وعن طريق هذه الصورة من "الجنون الذي يعيشه اثنان" يكون بوسع المازوخى أن يبقى على وهم القدرة المطلقة فإن الاستفزاز الذي يمارسه – بشكل لاشعوري – المازوخى يستخدم للتحكم في المعتدى ومن ثم يعين المازوخى على أن يبقى على وهمه من القدرة المطلقة . والفشل غير المستثار يمكن أن يكون غير مقبول لأنه يمثل إهانة نرجسيه. وبالإضافة لما سبق فإنه يوجد ما يسمى بالمازوخية الأنثوية Feminine Masochism وهى شكل من أشكال المازوخية عند الذكور تنتج عن توحد لاشعوري مع امرأة تعانى الإذلال، ومن ثم فإن التخييلات المازوخية لمثل هؤلاء الذكور تضعهم بشكل متميز في موقف أنثوي مما يعنى انخصائهم ومعاناتهم للجماع.

أما عن تقدير الذات والمازوخية Self - Esteem and Mosochism، فإن بعض المازوخيين يبدو أن ليس لديهم تقدير للذات، ويتهمون أنفسهم بكل أنواع عدم الكفاءة مما يمثل إنكاراً لاشعورياً للقدرة المطلقة [سامية القطان، 1981: 44– 45].

ويتفق مع النتيجة السابقة العديد من الدراسات مثل: [محمد عبد المجيد، 2006؛ Bishop and Lone, 2000; Munch , 2000; Miach , et. al, 2000;]

ب – النظارية والاستعراضية:

ب / 1 – النظارية:

يرى غالبية علماء النفس أن النظارية هي استراق النظر أو اختلاسه لمشاهدة أشخاص أثناء النشاط الجنسي وهو ما بدا واضحاً في أغلب قصص التات وهو ما ظهر في استجابة المفحوص على البطاقة (20): "تقرأ جوابات حبيبها وتعرف ما بداخله " وعلى البطاقة (1): "يبص على حاجة معينة"، وفي البطاقة (11) عازوه زوج يعرفنى على الحياة "، أما البطاقة (BM 17): فأشار المفحوص للصورة وللرجل بأنه: " معجبة بالموز ده "، كما تبين في المقابلة أن المفحوص قد ذكر – في أكثر من مرة – انه دائم النظر إلى صور الرجال والتطلع إليهم.

ومع ذلك لا تقف النظارية عند حدود الجنس فقط بل تشمل سلوكيات أخرى كثيرة مثل كشف أسرار الغير عن طريق استراق النظر . إذا فالنظارية لدى المفحوص ما هى إلا محاولة أن يضرب الآخر في العمق من خلال جوانب ضعفه وقوته بل والاستمتاع أيضًا بهتك سره دون أن يدرى وهو بذلك كأنه يبحث عن نفسه خارجاً عن ذاته . وهكذا يتضح لنا أن المفحوص من خلال النظارية لا يستطيع أن يعيش إلا بمقتضى تلك الحركة المستمرة التي ينتقل فيها من الواقعي إلى الممكن ومن الممكن إلى اللاواقعي ومن المحتمل إلى المحال لذا فهو دائم الصراع [محمد أحمد خطاب، 2008 " 92 – 93].

وبالإضافة لما سبق فإن النظارية وكما تشير [سامية القطان، 1981: 58] عادة ما تظهر كزوج من نقيضين كمجموعة من غريزتين تشكلان معاً زوجاً وهما النظارية والاستعراضية Ecophlilia and Exhibilienism، وقد كشف التحليل النفسي للمرضى (المنحرفين) النظاريين عن أنهم أثناء مشاهدتهم يتوحدون على نحو لا شعوري مع الموضوع الذي يشاهدونه، ومن ثم فإنهم يعيشون استعراضياً على المستوى اللاشعوري . وعليه فإن نظاريتهم إنما تمثل إنكاراً للرغبة الأصلية الاستعراضية، وتجيب على المتطلبات اللاشعورية للأنا الأعلى.

ومن ثم فإن المنحرفون النظاريون والاستعراضيون لا يهتمون بإشباع رغباتهم إلا عندما يكون هذا الإشباع ممنوعاً، بحيث تلقى النزعات العدوانية شأنها شأن النزعات الجنسية الإشباع .

ومن هنا فإن النظارية شأنها من حيث الوظيفة شأن مشتقات أعضاء الحس الاخرى يمكن أن يمثل إشباعا أو أفراغاً للطاقات الليبيدية النرجسية والموضوعياتية وللطقات العدوانية.

وهو ما أكده أيضًا [اوتوفينخل، 2006: 631] بقوله: أن الاهتمام بالمشهد الاولى أو ما يطلق عليه البعض النظارية إنما هي مشاهد حققت القلق لأصحابها أي أن النظاريون مثبتين على خبرات كانت قد أثارت عندهم قلق الخصاء، وهما أما مشاهد جنسيه بدائية أو رؤية أعضاء الراشدين التناسلية . ومن ثم فإن التخييلات الجنسية لدى المفحوص ما هي إلا تخييلات مازوخية تنطوي على اغتصابه وتدميره ومن هنا تم التأكيد على أن المشهد الجنسي يلعب دوراً أساسية في أغلب التخييلات لدى المفحوص.

ب / 2 – الاستعراضية:

تبين من نتائج اختبار H.T.P وجود الطابع الاستعراضي الناتج عن الإحساس بالدونية وضعف الأنا الأعلى، وهو ما ظهر واضحاً أيضًا في بطاقات T.A.T وخاصة البطاقة (13MF) حيث ذكر المفحوص: "بنت بتتزين وتهتم بجمالها وأناقتها وشياكتها (مزة) فعلاً".

ويتضح مما سبق أن الاستعراضية ما هي إلا دافع قهري بأن يجعل الفرد من نفسه مركزاً

ثابتاً للانتباه وحب الظهور والتي تحقق للإنسان المنحرف متعة رئيسية تحل محل غرائز أساسية، ومن ثم فإن الاستعراضية لدى المفحوص تشمل جوانب عديدة تتمثل في الإثارة وجذب الانتباه وتأكيد الذات والمخاطرة والاندفاع والإحساس بالقوة والسيطرة والقدرة على التحكم في الموضوعات ووهم القدرة المطلقة.

وهو ما يؤدى بدورة إلى أن يصبح الاستعراضي لديه مظهراً عصابياً، بالإضافة أيضًا إلى كونه وسيلة دفاعية يلجأ إليها المفحوص ليلفت أنظار الآخرين إليه ويجبرهم على أن يشاهدوه لينتزع منهم الاعتراف بأنه ذو قيمة جمالية كالبنات – وهو ما يشير إليه المفحوص بالفعل على أنه موزة حلوة – ومن ثم فإن الشخص الاستعراضي غالباً ما يتسم سلوكه بالعنف تجاه ذاته – وهو ما تم تبينه في المقابلة من خلال إقدامه على الانتحار بتناول أقراص منع الحمل – وهو ما أتضح أيضًا على اختبار MMPI وخاصة على مقياس الانحراف السيكوباتى (ب د) بحصوله على (86) درجة تائية (ملحوظ) كتعويض عن خيبة أمل أو صدمة اجتماعية أو فقدان الشعور بالأمن وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل [محمد أحمد خطاب، 2008: 92].

ومن هنا فإن التحليل النفسي للمنحرفين الاستعراضيين قد كشف عن أنهم أثناء تعرضهم للمشاهدة يتوحدون لاشعوريا مع الشخص الذي يقوم بمشاهدتهم (الناظر)، ومن ثم فان بهذه الطريقة يعيشون إشباعاً نظارياً ممنوعاً، وعليه فإن استعراضيتهم إنما تمثل إنكاراً للرغبة النظارية الأصلية كما تجيب أيضًا على متطلبات الأنا اللاشعورية وعلى الأنا الأعلى لديهم. ولذلك فإن الاستعراضيون والنظاريون لا يهتمون عادة بإشباع رغباتهم إلا عندما يكون مثل هذا الإشباع ممنوعاً، بحيث أن النزعات العدوانية تصبح شأنها شأن النزعات الجنسية يمكن أن تلقى الإشباع [سامية القطان، 1981: 64] .

طبيعة التخييل:

كأن تخييلاً مرضياً فالتخييل المرضى يتحدد من خلال الابتعاد عن الواقع، الا أنه كذلك يتحدد من خلال عدم وجود فرصة ملائمة للتخلص منه مع عدم سهولة العودة للواقع بعد فترة من التخييل [محمد أحمد خطاب، 2008: 83]

وقد اعتبر فرويد هذه العملية النفسية [عملية التخييل] بوصفها محاولة للحصول على تحقيق لرغبة مشبعة، وذلك من خلال خلق موقف مشبع متخيل يمثل الرغبة المشبعة (وعادة على نحو خفي). ومن الناحية البنائية يمكننا أن نعتبر هذه العملية التي تتضمنه المعرفة بين ما هو واقعي وما هو غير واقعي كوظيفة من وظائف الأنا ولذا فإنها تبتعث نوعاً من التكتيك بواسطته يتحاشى الأنا مؤقتاً اللالذة، أو خيبة الأمل وذلك بتجاهل الواقع . ومن هنا فإن عملية التخييل تمثل صيغة من

التسوية بين الرغبات الغريزية ومتطلبات الأنا الأعلى عامة، وبذلك تقوم بعملية دفاعية مثل الحلم والعرض [نيفين زيور، 2013: 42].

وبناءاً على ما سبق فإن التخييل وكما يقول " دانييل لاجاش ": إنما هو بعد إحساس في حياة الإنسان فهناك أسباب تجعلنا نتبين أن الحياة الواقعية للإنسان يتخللها ويشكلها التخييل وهو ما قد عبر عنه "شكسبير" في مسرحيته "العاصفة" بقوله: "إننا مشكلون بمثل ما تتشكل به الأحلام" بل يذهب الشاعر الأسباني La Barca فيسمى مسرحيته "الحياة حلم"، وهو ما يعنى أن التخييل مكون أساسي في حياة الإنسان طفلاً كان أو راشداً، سليماً كان أو مريضاً، مستيقظاً كان أو حالماً أثناء نومه [نيفين زيور، 2013: 9].

وهو ما قد تم تبينه فعلياً في المقابلة والتي أظهرت أن هناك تكراراً للتخيلات الجنسية وضعف الذات وضعف القدرة على اختبار الواقع، وهو ما ظهر أيضًا في استجابة المفحوص على اختبار H.T.P من تظليل الشعر تظليلاً ثقيلاً وهو ما يتضمن قلقاً سواء على مستوى التفكير والتخييل حيث يؤكد رسم الشعر دائماً في رسم الراشدين الطفليين أو النكوصيين كتعبير عن الانشغال الجنسي، أما اختبار T.A.T فقد عكست بعض القصص أيضاً العديد من المضامين الخاصة بالتخييلات الجنسية لدى المفحوص مثل: [أخذني في حضنه أوى وحسيت بالحب أوى في حضنه وبكده أنقدني من الوقوع في الخطر (بطاقة: 11) – هى حاسة بالندم وبالخوف من الخطيئة (بطاقة: 13 MF) – لحظة سقوط المطر بتتجلى الأفكار (بطاقة: 20) – واقف بيفكر في أمور شاغلاه وهو في حالة انهيار ووقع وفي حد ماسكة بيفوقه (بطاقة: BM 18) وهو ما يعكس الشعور بالذنب والإحساس بالندم نتيجة هذه التخييلات الجنسية. أما استجابة المفحوص على (البطاقة: 15) فكانت كما يلي: " تتمنى البنت أن تحقق أحلامها وتشرد بالخيال والفكر في المواضيع دي" . وهى دلالة تعكس استغراق المفحوص في التخييلات بهدف الإشباع الهلوسي للرغبات والاحتياجات غير المشبعة.

وهو ما أكده فرويد في مقالة له بعنوان: "الكتاب المبدعين وأحلام اليقظة" والمنشور عام 1908 بقوله: أن القوى الدافعة للتخييلات إنما هي الرغبات غير المشبعة، و أن كل تخييل إنما هو إشباع لرغبة وتعديل لواقع غير مشبع [نيفين زيور، 2013: 19].

وهو ما عبرت عنه استجابة المفحوص على اختبار H.T.P من رسمه سقف كبير نسبياً وهو ما يشير إلى سعى المفحوص للإشباع في التخييل [لويس مليكة، 2000: 347] .

وخاصة أن التخييلات عادة ما تمكن الذكريات المكبوتة من أن تصبح شعورية في شكل محرف وفي التخييل المصاحب للإشباع فإن موضوع الجنس يرتفع إلى درجة من الكمال تفوق ما هو

واقعي [نيفين زيور، 2013: 16] .

أما عن علاقة التخييلات بالواقع المحبط لدى المفحوص فقد اتضحت على استجابة على اختبار MMPI فكانت نتائجه على مقياس الفصام (س ك)= 68 درجة تائية (معتدل) وهو ما يشير إلى أن المفحوص يفكر بطريقة تختلف عن الآخرين، كما ينزع إلى تجنب الواقع من خلال الأخيلة وأحلام اليقظة وهو ما أكدته أيضًا نتائجه على اختبار الرورشاخ حيث أعطى المفحوص (3) استجابات مألوفة وهو عدد قليل أقل من (8) وهو ما يشير إلى عدم اكتراث المفحوص بالمألوف أو العجز عن رؤيته وهو ما يعد مؤشراً على ضعف الارتباط بالواقع.

وهو ما أكده فرويد في مقالة له بعنوان "فقدان الواقع في العصاب والذهان" يقول فرويد: أن العصاب يستمد المادة التي يشيد بها رغباته الجديدة من عالم التخييل، وعادة ما تجد هذه العادة عبر طريق النكوص الممتد نحو ماضي واقعي اكثر إشباعاً، وبينما العالم الداخلي في الذهان يمثل مكان الواقع، فإننا في العصاب وعلى العكس من ذلك نجد هذا العالم الداخلي لصيقاً بجزء من الواقع ذي معنى رمزي. ومن هنا فإن كلا من الواقع والتخييل يلعب أن دوريهما في تكوين العصاب فإذا كان الواقع وثيق الصلة بأحلام اليقظة المرغوبة فإن العصابى يفر منه وعلى العكس من ذلك فإن الفرد يستغرق في تخييلات أحلام اليقظة عندما لا يرى خطراً من أن يتحقق [نيفين زيور، 2013: 26].

ويعكس ما سبق بل ويؤكده أيضًا استجابة المفحوص على البطاقة (9) كما يلي: [البنت دى كانت دايماً تصطدم بالواقع المؤلم وتصحي من الحلم وتتمنى العودة للمكان المسحور لتلتقي بمن تحبه (فتى أحلامها) ويصبح الحلم واقع، والواقع حقيقة] . وهو ما يشير إلى الاضطراب والخلط بين الواقع (الحقيقة) وبين التخييلات ومحاوله الهروب والفكاك من هذا الواقع المؤلم والمحبط بل والمهدد وذلك من خلال توهم القدرة المطلقة والحلول السحرية كمحاولة من جانب المفحوص للتكيف معه.

وهو ما أكده فرويد أيضاً في عام 1930 في أن التخييل إنما ما هو إلا مساعدة الشخص كي لا يعتمد على العالم الخارجي في البحث عن الإشباع وإنما عليه أن يعتمد في ذلك على العمليات النفسية، فوظيفة التخييل تقوم على مساعدة المرء لكي يكون مستقلاً عن العالم الخارجي، وذلك بالبحث عن الإشباع، بواسطة العمليات النفسية الداخلية وهذا من شأنه أن يعطى الأنا فسحة من الوقت كي يغير من الظروف الخارجية حتى يحصل على إفراغ غريزي لا تسمح به ظروف الواقع الخارجي وهو ما يعدل من هذا الواقع بل ويصحح مساره في مستوى التخييل [نيفين زيور، 2013: 16].

وبالإضافة لما سبق فقد عكست المقابلة أيضاً خوف وقلق المفحوص من المستقبل أو من الاصطدام به حيث طرح المفحوص في المقابلة العديد من الأسئلة التي تعكس مثل هذه المخاوف ومنها على سبيل المثال: [هل سيتقبله المجتمع كأنثى بعد أجراءة العملية الجراحية للتحول لأنثى؟ هل

سيتزوج من فتى أحلامه ؟ هل ستتقبله أسره فتى أحلامه أم لا ؟ هل سينجب ؟] وهو ما يعكس قلقه البالغ وخشيته من المستقبل ومن المجهول الذي ينتظره . وفي هذا يشير (عدنان حب الله، 1989: 82081] أن تخييلات الخصاء تأخذ صوراً متعددة في حياة الراشد الواقعية والخيالية كالخوف من المستقبل أو من المرض وبما أن الأب هو منفذ الخصاء فقد يتلبس صوراً مقنعه ومختلفة أو مستقاة من الأساطير أو من المخاوف الطفلية المتداولة من الحيوانات.

ويتضح ما سبق أن التخييلات لدى المفحوص تنقسم إلى جزءين إحداهما شعوري واضح ظاهر للشخص – (كالخوف من المستقبل ومن المجهول) – والنوع الآخر لاشعوري وعلى هذا فإن التخييل لدى المفحوص ما هو إلا نتاج صراع، ويمثل تسويه بين هذين النوعين الشعوري الواضح واللاشعوري.

[نيفين زيور، 2013:14]

إدراك الواقع وطبيعته المضطربة:

فقد تبين من نتائج المقابلة أن المفحوص ينظر للعالم بطريقه ذاتيه وشخصية بعيدة عن الواقع وهو ما ظهر في الاستجابات المتكررة والخاصة بالتمركز حول الذات فهي تشير إلى البعد عن الواقع حيث أن الإغراق في الذاتية يعكس البعد عن الموضوعية وعن إدراك الواقع وضعف الارتباط به ومحاوله السيطرة عليه بالاستغراق في التخييلات وأحلام اليقظة ليتمكن من السيطرة على عجزة وخوفه وقلقه من البيئة المحيطه به والتي تتسم بالخطر – [حيث ذكر المفحوص أن أشقائه طردوه ونبذوة بعد وفاه الأب وبعد علمهم برغبته في التحول لأنثى، بالإضافة لتعرضه لاعتداء جنسي من زملائه في المدرسة وعدم استكمال تعليمه الثانوي، وتعرضه للضرب المبرح من احد الشيوخ لما علم منه رغبته في التحول لأنثى] – وعدم الاستقرار ومن ثم محاوله المفحوص الهروب والانسحاب من هذا الواقع المؤلم والمحبط بالانتحار – [حيث أقدم المفحوص بالفعل على الانتحار بتناوله حبوب منع الحمل] – وبالعزلة تارة وبالتخييلات تارة أخرى.

كما أن استعمال ميكانيزم الإسقاط ورؤية العالم من خلال الذات وهو ما أتضح في بعد المفحوص عن الاستجابات الشائعة في بطاقات T.A.T، بالإضافة إلى توحد المفحوص مع أبطال البطاقات مع الجنس المخالف مما يؤكد طغي أن الذات على حساب إدراك الواقع بشكل سليم وهو ما أدى إلى تحريف هذا الواقع من خلال تركيزه على بعض التفاصيل دون البعض الآخر [سامي محمود على، 1970:95].

ومن هنا رأى " فرويد " أن للواقع النفسي Psychic Reality أثراً أعظم وأقوى في المرض النفسي عن ذلك الواقع الموضوعي. وإن الحديث عن قوى المجهلة يقوده إلى التساؤل حول "الإدراك"

perception، و أن هناك أسباب تجعلنا نتبين أن الحياة الواقعية " الموضوعية" تحمل التباساً في المعنى: إذ يقول "دانييل لاجاش" في مقال له بعنوان: التخييل والواقع والحقيقة: " إن ما ندركه من البيئة ليس ما ينصاع لرغباتنا بقدر ما هو ذاك الذي يمتنع عليها، فالإدراك ليس جزئياً فحسب، وإنما هو متحيز أيضاً من حيث أنه يصوغ الواقع على أنه تضاد – الرغبة . ومن ثم أعتبر " فرويد" أن للواقع النفسي أهميه تفوق أهميه الأحداث الواقعية الموضوعية في حالة الأعصبة: فالعصابى يتعامل مع واقعه النفسي بالجدية نفسها التي يتعامل بها الأسوياء مع الواقعية الموضوعية . "وكأن شكسبير " قد أصاب الحقيقة حينما عبر عن هذه الفكرة على لسان " ماكبث " في مسرحيته الشهيرة التي تحمل اسم البطل ماكبث: " من أن مخاوفي الحالية لهى أقل شدة من التخييلات المرعبة" . وهذا ما سمح "لفيدرمان" أيضاً بأن يقرر: "أن المتخيل هو الذي يسمح لنا بسد الفراغات وملء الفجوات وتخطى الجسور، وتحويل التاريخ غير المستمر (المتقطع) إلى حكاية متماسكة في تسلسل، إلا أن الروح هي التي تشيد هذا التماسك" [نيفين زيور، 2002: 106 – 107].

وهو ما ظهر واضحاً على استجابات المفحوص على بطاقات الرورشاخ حيث أعطى المفحوص (3) استجابات مألوفة وهو عدد قليل أقل من (8) وهو ما يشير إلى عدم اكتراث المفحوص بالمألوف أو العجز عن رؤيته وهو يعد مؤشراً على ضعف الارتباط بالواقع لكونه مؤلم ومحبط وغير مشجع. أما عن وجود عدد استجابات (2 ش ل) فهي تشير إلى انهيار في اختبار واقع العلاقات الانفعالية لديه. وهو ما ظهر واضحاً وجلياً أيضًا في استجاباته على بطاقات T.A.T من معاناته من الواقع المؤلم والمهدد مثل استجابته على البطاقات رقم [(19): البنت دى كانت بتصطدم بالواقع المؤلم وتصحي من الحلم وتتمنى العودة للمكان المسحور لتلتقي بمن تحبه – فتى أحلامها – ويصبح الحلم واقع والواقع حقيقة] وهو ما يشير أيضاً إلى الاضطراب والخلط بين (الواقع) أو الحقيقة وبين التخييلات ومحاوله الهرب والفكاك من هذا الواقع المؤلم والمحبط من خلال توهم القدرة المطلقة والحلول السحرية كمحاوله للتكيف من جانب المفحوص معه، وهو ما جعل المفحوص ينتظر حدوث معجزه أو مساعدة من السماء كما ورد في البطاقة (14): [محتاجة مساعدة من السماء].

وهو ما يشير إلى وجود أعراض ذهانية لدى المفحوص – حيث حصل على اختبار إيزنك على (9) درجات على مقياس الذهانية – بوصفها سمه كامنة في الشخصية و أن المفحوص لديه قابليه أو استعداد لتطوير شذوذ نفسي إلى حد يعجز الشخص عن مواجهته نفسياً على أى نحو أو حين تقوى الدوافع الغريزية بحيث لا يستطيع المرء السيطرة عليها فيصبح صدامها من الواقع أمراً محتوماً ففي كلتا الحالتين يحدث نكوص في التنظيم الليبيدى من مرحله العلاقات بالموضوع إلى

مرحله النرجسية ويتم عن طريق هذا النكوص إنكار الواقع إنكاراً متفاوت المدى يكون مصحوباً في الآن ذاته بانطلاق الدوافع الغريزية بلا ضابط أو اعتبار لمقتضيات الواقع، وكما يرى [مصطفي زيو] في الذهان أنه: " تعطيل في القدرة على إدراك الواقع وتزييف على المدركات، واضطراب في المنطق وفساد في الحكم على الواقع " ويضيف أيضًا: " وفي حالات أخرى وخاصة في الأمراض العقلية المستفحلة، نجد جانب الرغبات مسيطر فيصبح الواقع صورة مطابقة لها، كأن تسمع امرأة مريضه بالفصام أصواتاً هلوسية تدور حول عبارات الغزل وتنسبها إلى بعض الناس ويظل المريض في هذه الحالات على قدر من الاتصال بمن يحيطون به على الرغم مما أصاب الواقع من تحريف.

[سامي محمود على، 1970: 95]

إذاً فنقص كفاءة إدراك الأفراد للواقع وللحكم عليه، بالإضافة إلى ضعف سيطرة الفرد على دوافعه وتطويعها لمقتضيات الواقع بحيث تسيطر هذه الدوافع على سلوك الفرد غير متوافق في منزله أو في مدرسته – وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل حيث أصبح يعيش وحيداً بمفردة بعد أن طردة أشقائه، كما انسحب من مدرسته ولم يستكمل تعليمه الثانوي بسبب تعرضه للاعتداء الجنسي من زملائه – وذلك لأن التوافق يحتاج إلى قدرة سليمة في الحكم على الواقع وضبط الدوافع وتطويعها وفقاً لمقتضيات هذا الواقع.

[فرج طه، 1980: 250 – 251] .

وهو ما أكدته استجابات المفحوص على مقياس الفصام (س ك) في مقياس MMPI على (68) درجه تائيه (معتدل) وهو ما يشير إلى أن المفحوص يفكر بطريقه تختلف عن الآخرين، كما ينزع أيضاً إلى تجنب الواقع من خلال الأخيلة وأحلام اليقظة. وهو ما أكدته استجابات أيضاً على اختبار الرورشاخ حيث كانت نسبه شكل ردى أعلى من (50%) وهو ما يؤكد ما سبق في أن المفحوص يفتقر للتلقائية الانفعالية والانكماش العصابي بالإضافة إلى أن ارتفاع نسب الاستجابات السالبة تشير أيضاً لوجود بعض التفكك في الارتباط بالواقع وهو ما أكدته أيضاً نسبه ح: مجموع (ل) فكانت 5: 1 وهو ما يشير إلى أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي، أي الاعتماد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته والمشاركة فيها . وهذا راجع لعدة عوامل منها وفاة الأب والمفحوص في سن (ثمان سنوات) ومن ثم فإن "جانين" يرى أحد العوامل الأساسية للصدمة يتمثل في اللحظة التي يجد فيها الفرد نفسه وجهاً لوجه أمام حدث (واقعي) يتطابق مع التخييل على سبيل المثال، حينما يجد الطفل نفسه وجهاً لوجه في موقف إغواء جنسي واقعي يتطابق في الواقع مع تخييله البدائي Fantosme originaire، أو حينما يعيش غياب شخص قريب، كموت الأب – وهو ما

حدث بالفعل مع المفحوص – تحقيقاً لتخيلاته العدوانية اللاشعورية تجاه هذا الشخص.

وهذه المواجهات الأليمة – [يتعبير أندريه جرين] – فمياً بين الواقع والتخييلات فإن المكانية النفسية والمكانية الخارجية تتواصل أن على نحو يؤدى إلى أن يحقق دور الجهاز النفسي في احتواء العالم الداخلي، وهو ما يطلق عليه [جانين] انهيار المستوى الداخلي. وحينما تسود حاله من الانهيار المستوى الداخلي فإن الفرد يصبح غير قادر على اختبار الواقع الذي وصفه " فرويد" عام 1917 . وهكذا فإن حالات الانهيار النفسي تستثير حالات فقد أن الشعور بالواقع وتشير هذه الحالات إلى النكوص إلى تلك المراحل، التي لم يكن الانا فيها أن يستطيع التحديد القاطع فيما بين العالم الخارجي وبين العالم الداخلي [نيفين زيور، 2002: 122 – 124] . ومن ثم معاناة المفحوص من وطأة التخييل، فالواقع النفسي يحل محل الواقع المادي لديه – ولأن الواقع النفسي لهو أشد وطأه من الواقع الموضوعي – ويحمل نتائج ماديه يمكن لمسها ورؤيتها من خلال عزوف المفحوص عن الواقع المادي بالهروب تارة وبالانسحاب تارة أخرى.

وهو ما يلخصه فرويد بقوله: أن الانا يخرج إلى الوجود لأن حاجات الكائن البشرى تتطلب العلاقات المناسبة إزاء عالم الواقع الموضوعي بمعنى أن الانا يستطيع الأن يبين الاشياء التي توجد في العقل والاشياء التي توجد في العالم الخارجي بمعنى هل خبرة ما حقيقة ام زائفه عكس الهو الذي لا يميز الا الواقع الذاتى للعقل . ومن هنا فإن الانا يطيع مبدأ الواقع ويعمل وفق العمليات الثانوية، و أن غايه مبدأ الواقع هو الحيلوله له دون تفريغ التوتر حتى يتم اكتشاف الموضوع المناسب لإشباع الحاجه، ومن ثم فلا بد للانا للقيام بدورة بكفاءة من أن يسيطر على جميع الوظائف المعرفية والعقلية لأن هذه العمليات العقلية العليا توضع في خدمه العمليات الثانوية [ك. هول، ج. لندزي، 1971: 54: 55].

وهو ما يعنى أن الأنا هنا في حاله المفحوص غير كفئ وغير قادر على القيام بادواره كما ينبغي.

- طبيعة القلق لدى المفحوص:

تبين من نتائج اختبار الشخصية المتعدد الاوجة MMPI حصول المفحوص على (60) درجه تائيه على مقياس السيكاثينيا (ب ت) وهو ما يعنى أن المفحوص دقيق بعامه في الوفاء بالتزاماته في مواعيدها وقد يقلق إذا عجز عن ذلك وهو ما لاحظه الباحث بالفعل من خلال المقابلة الكلينيكية مع المفحوص . أما عن استجابة المفحوص على اختبار H.T.P فتمثلت في رسمه للشعر وتظليله تظليل ثقيل وهو ما يتضمن قلقاً سواء على مستوى التفكير أو التخييل حيث يؤكد الشعر دائماً في رسم الراشدين الطفليين أو النكوصيين كتعبير عن الانشغال الجنسي.

وفي هذا ينبهنا [دافيد شيهان، 1988: 17 – 18] عن وجود نوعين من القلق أولهما: هو القلق خارجي المنشأ ويكون استجابة سويه للضغط من خارج الفرد، أما الثاني فهو القلق داخلي المنشأ (من داخل الفرد) والذي توجد دلائل كثيرة توحى بأنه مرضى وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل.

ويضيف كل من [كلفن هول، 1960: 103، أحمد عزت راجح، 1964: 108، أحمد عبد الخالق، 1987: 28] أن القلق العصابى (داخلي المنشأ) هو خوف مزمن من أشياء أو أشخاص أو مواقف لا تبرر الخوف منها بصورة طبيعيه أو لسبب واضح مع توافر أعراض نفسيه وجسميه شتى ثابتة ومتكررة إلى حد كبير . ولذا يسمى بالقلق الباثولوجي أي المرضى، كما يدعى القلق الهائم الطليق Free – Floating Anxiety، ويفضل "وولبي" أن يسميه القلق الشامل Pervasive، أى القلق الذي يتخلل جوانب كثيرة في حياه الفرد.

ومن هنا يرى [أوتوفينخل، 2006: 43] أنه في الصراع العصابى (بين الأنا والهي) ثمة حفر غريزية تسعى إلى الإفراغ في نضال ضد قلق مضاد (شعور إثم، اشمئزاز، خزي) فالحفزة تتجه نحو العالم، أما القوى المضادة فتتجه نحو الانسحاب من العالم، والحفزة يحكما فيما يبدو جوعها إلى الموضوعات . أما القوى المضادة فيحكمها فيما يبدو نضالاً لتجنب الموضوعات.

وهذا هو أحد أسباب القلق فهو بمثابة عقاب لا شعوري للذات نتيجة الأفعال الآثمة أو المحرمة سواء كانت على مستوى التفكير أو الفعل . وعلى الرغم من شموليه القلق للعديد من المواقف واتخاذه كثيراً من المظاهر السلوكية، فإنه يتركز – أحياناً – حول طائفة معينة من المواقف في مجالات محددة، كقلق الجنس والموت والقلق من البقاء وحيد أو معزولاً . حيث جاءت غالبية قصص T.A.T معبرة عن الخوف والقلق من البقاء وحيداً ومعزولاً ومنبوذاً ومرفوضاً من قبل الآخرين، ومن المواقف المتخيلة التي تركت دون حل بالإضافة إلى التوقفات أو الحبسات أثناء سرد القصص وخاصة على البطاقات: [1 -3BM – 13MF – 18BM]، بالإضافة إلى القلق من المستقبل فك أن واضحاً وصريحاً وهو ما ظهر في البطاقات [1 – 4 – 7BM – 6BM – 10 – 14 – 19]، كما ظهر قلق المفحوص من عدم قدرته على التأقلم مع هويته الجنسية الجديدة كأنثى (بعد إجراء العملية الجراحية) وخاصة على البطاقة (3BM): " مش عارفه إزاي تقدر تتأقلم مع وضعها النفسي، مش مستأمنه على نفسها ومش مستأمنه حد على نفسها " وهو ما ظهر أيضًا في البطاقة (13MF) حول مدى تقبل المجتمع للمفحوص بعد تحوله لأنثى، بالإضافة إلى قلقه وخوفه من عدم قدرته على السيطرة على النزعات الغريزية الجنسية وهو ما ظهر في البطاقة (18BM).

وفي هذا يؤكد [محمود حمودة، 1991] أن القلق يحدث إذا واجه الفرد موقفاً يهدد حياته أو مستقبله ويعوق تلبيه حاجاته وهو ما يعانى منه المفحوص بالفعل وخاصة قلق المفحوص من

المستقبل وهو ما يشير إليه [Roppaport , 1992] في أن المستقبل هو مصدر للقلق بصورة عامه حيث أن الجميع يواجهون شكوكاً ووعياً غير كامل بأن حياتهم سوف تنتهي عند نقطه غير محددة، و أن الأفراد المشغولين بحياتهم في المستقبل يرجع في أساسه من الناحية النفسية إلى الماضي. ومن ثم يشير كل من [طلعت منصور، 1995: 410، عاشور محمد، 2001] إلى أن القلق من المستقبل يؤثر على كل من الجسم والنفس معاً وخاصة عندما يستشعر المفحوص (أو الشخص) إحباطاً وقلقاً على ذاته وعلى مستقبله ووجوده .

طبيعة عمليات التفكير واضطراب الخلق النرجسي لدى المفحوص:

تبين من نتائج المقابلة واختبار T.A.T أن هناك اضطراب واضح في عمليات التفكير لدى المفحوص نتيجة معاناته من واقع مؤلم ومحبط وهو ما دفعه إلى المزيد من التخييلات والى المزيد أيضاً من التفكير الغير واقعي أو التفكير السحري أو الغيبي (الميتافيزيقى) وهو ما ظهر بوضوح في استجاباته على اختبار T.A.T ومنها على سبيل المثال استجاباته على البطاقات التالية: [البطاقة (19): تتمنى العودة للمكان المسحور لتلتقي بمن تحبه – فتى أحلامها – ويصبح الحلم واقع والواقع حقيقة، البطاقة (14): انتظار معجزة أو مساعده من السماء، البطاقة (11): لحظه سقوط المطر بتنجلى الأفكار] ويتضح من استجابات المفحوص السابقة بأنها ما هي إلا محاوله للهروب والفكاك من الواقع المحبط والمؤلم من خلال توهم القدرة المطلقة والحلول السحرية كمحاوله للتكيف من جانب المفحوص مع واقعه.

وكما يبدو واضحاً أن الاضطراب البالغ في عمليات الفرد الفكرية يعتبر من أهم خصائص الذهان فالأنا الذهاني لا يكون قد حقق قدراً كافياً من النضج يمكنه من قيامه بوظائفه بمستوى عال من الكفاءة تلك الوظائف التي يجملها [دانييال لاجاش، 1957: 63] حيث يقول: ونشاط الأنا شعوري ويتمثل في الإدراك الحسي الخارجي والعمليات العقلية والميكانيزمات الدفاعية الشعورية واللاشعورية حيث يخضع تركيب الأنا لمبدأ الواقع [التفكير الموضوعي] وهو ما يجعل الأنا دون الهي تختص بالدفاع عن الشخصية وتوافقها مع البيئة وحل الصراع بين الشخص والواقع أو بين حاجاته المتعارضة، وهكذا يتبين لنا وكما يرى [فرج طه، 1980: 255: 256] أن اضطراب عمليات التفكير تكون أوضح وأهم حصيلة لاضطراب وظائف الأنا نتيجة ضعفه وقصور نموه واشتطاط الدوافع التي تتجاذبه هذا الضعف وذاك القصور والاشتطاط والذي يبدو أوضح ما يكون في حالات الذهان. ومن هنا يرى [أحمد فائق، 2001: 421] أن التفكير الميتافيزيقى إنما يصدر عن مركزيه ذاتيه ونرجسيه فجه ولذا فإن التفكير الميتافيزيقى يلعب دوراً هاماً في التغلب على تهديد نرجسيه الفرد أو المجتمع نرجسيه هددها انهيار دعائمها السابقة وفشل ميكانيزماتها القديمة وهو ما يعنى أن التفكير الميتافيزيقى

هو فكر نابع من مركزيه ذاتيه تعكس نرجسيه صريحة ولهذا يلجأ المفحوص عاده لهذا التفكير لأنه يخدم تخفيف الألم النرجسي عن طريق وهم التغلب على مصادر هذا الالم حيث أنه فكر لا يدعمه واقع فيزيقي ثابت بل تدعمه صراعات نفسيه داخليه ذات طابع وهمي تخييلي ولهذا السبب يحتاج الفكر الميتافيزيقى لمصادر من خارجه لتدعمه حتى لا يتهافت أمام الواقع، كما يرتبط الفكر الميتافيزيقى – إذا كان فردياً – بظواهر نفسيه معينه أهمها الشعور بالعزلة والتأرجح بين الثقة المفرطة والشك القوى في القدرة على الحكم على الأمور وعدم استقرار العلاقات مع الآخرين.

وهذا راجع إلى وكما يرى [مصطفي زيور، 1963: 15] أن علاقة المفحوص بالأم هي علاقة اعتماد طفلي تماماً، إنها موضوع الحب والحنان والعطاء الدائم المتدفق، وهذا ما يتسم به المفحوص فهو يأخذ ولا يعطى فهو ما يزال طفلاً نرجسياً متمركزاً حول ذاته ولذاته فهو لا قدره له على المبعدة ولا على تقدير ذاته دون الحضور الفعلي للموضوع، أن على الموضوع أن يكون معينا نرجسياً لا ينضب . فأم المفحوص كمعين نرجسي ليست موضوع بقدر ما هي امتداد لذاته وأداة لتحقيق رغباته البدائية التي لا تروى ولا تشبع وإذا اختفي الموضوع فإنه يشعر بالموقف وكأنه خسر جزء من نفسه، وهو في بحثه عن الموضوعات البديلة نلمح الصورة الأساسية وهى الأم وبالتالي تكون موضوعاته الأخرى من جنس موضوعات بديله زائفة لا ترى . وهو ما أكده كل من [Otway and Vigndes , 2006] في أن النرجسية غير التكيفية أسلوب شخصية يتم تعزيزه من خلال التفاعلات المضطربة مع الوالدين، إما كاستجابة لنقص الانتباه من جانب الوالدين أو لإعجاب الوالدين المفرط . ومن ثم وكما يشير كل من:

[Hartmonn k 1964 , Donneilan et. Al , 2005] فإن الشحنات الليبيدية لدى المفحوص النرجسي تتجه فقط للذات العظيمة وليس الناضجة، وذلك لأن الذات الناضجة غير موجودة في الأصل في العالم الداخلي للشخصية النرجسية، كما أن الاستمرار في طلب المحاولات غير المجدية المبذولة من قبل النرجسيين لإشباع عظمتهم بإمدادات خارجية جديدة تسبب بشكل مباشر مشاكل نرجسية وضعف تقدير الذات وهو ما يؤدي بدوره إلى مزيد من الاضطراب في طبيعة العمليات الفكرية لدى المفحوص.

السمات الهستيرية لدى المفحوص:

أظهرت نتائج المقابلة الإكلينيكية واختبارات T.A.T، والرورشاخ، MMPI العديد من السمات الهستيرية لدى المفحوص، ففي اختبار الرورشاخ أنتج المفحوص استجابات لون– عددهم (2) أكثر من استجابات الحركة البشرية –عددها (صفر)– وهو ما يميز الهستيريين والذي يغلب أن يكون تفكيرهم مجرد تكراراً أكثر من أن يكون ابتكاراً، وهو ينزع إلى إقامة علاقات انفعالية سطحية مع

كثيرين بدلاً من إقامة علاقات قوية. كما كان هناك أيضًا تأكيد نسبي من جانب المفحوص على المحتوي الحيواني– عددهم (4)– وهو ما يعني أو يؤكد على وجود اعتمادية زائدة على ميكانيزم الكبت. وهو ما أكدته أيضًا استجابات المفحوص على البطاقات (2، 6، 8، 10) والتي جاءت كما يلي: [حاسة بإحساس غريب كل شوية ما بتصعب الصورة، هي دي نفس الرسمة ولا إيه؟! –دي صعبة وشكلها غريب ومش مكونة حاجة]، وهي ما تعد دلالة ومؤشر قوي– كما أشرنا سابقًا– على وجود ميكانيزم الكبت وهو ما يميز الهستيريين على اختبار الرورشاخ.

وهو ما أكدته كل من [نيفين زيور، 2006: 52؛ سامية القطان، 2007: 68] على أن الكبت بالمعنى الدقيق هو الميكانيزم الرئيسي في الهستيريا (معاملة الجنسية وكأنها غير موجودة)، وما دام المكبوت يظل فعالاً؛ فتكون هناك ضرورة لتواصل الكبت، أي إنفاق الطاقة ونضوبها، ومن هنا يكون الشعور بالتعب وبالدونية، وضمانًا لعدم انبعاث المكبوت يظهر التجنب (فوبيات) أو اتجاهات مضادة "تكوينات مضادة" وما إلى ذلك.

ومن ثم فإن الرغبات وكما يشير [محمد شعلان، 1979: 85] في حالات الهستيريا عادة ما تكون قريبة من السطح وشيكة الخروج إلى العلانية ولكنها تتوقف عند أخر لحظة بواسطة الكبت الذي يقوم هنا بتحقيق للرغبة المضادة في صورة الخصاء الذاتي الذي يعبر عن عدوانية سلبية تجاه الآخر.

وبالإضافة لما سبق فإن [روي شيفر، 2012: 277] يرى أن شخصيات الراشدين شديدة الكبت عادة ما تتميز بمظهر طفولي، وإن خبراتهم الانفعالية مثلاً تميل إلى أن تظل منتشرة نسبيًا ويميل سلوكها إلى أن يكون قهريًا وقلقها له نوعية فوبياوية أو مخيفة، وعلاقاتها تميل إلى أن تكون نرجسية وطفولية وغير مستقرة رغم كثافتها أيضًا، ولأن عالم الأفكار كان وسيظل مهدد بصورة مرعبة، ومن ثم فإن أي تفكير يميل إلى الفضول الفكري والسيادة تثبط باستمرار، فإن تفكيرهم يميل إلى أن يكون ساذجًا متمركزًا حول الأنا، غير مؤثر ومحمل بالوجدانات، والأكللشيهات نتيجة لذلك فإن هؤلاء الأشخاص عادة تظل وظيفة الأنا لديهم تشبه وظيفة الأنا لدى الأطفال، والذي ينظر للمشكلة فقط من منظور الدفاع والتي تتطور فيما بعد في شكل أعراض هستيرية.

ولذا فإن التحليل النفسي وكما يشير [سيجموند فرويد، 1963: 53– 54] يزيل الأعراض الهستيرية مفترضًا أنها بدائل– أو نسخ مطابقة للأصل إن جاز التعبير– لعدد من العمليات النفسية والأمنيات والميول ذات الشحنة الانفعالية. وهذه الشحنات قد حيل بيناه وبين الانصراف في نشاط يجيزه الشعور، أثر عملية نفسية خاصة "الكبت". وهذه العمليات النفسية وقد استبعدت على هذا النحو في اللاشعور، ومن ثم تسعى إلى التعبير عن نفسها تعبيرًا يتناسب وأهميتها الانفعالية، أي أنها

تتطلب منصرفًا. وهي تجد في حالة الهستيريا مثل هذا المنصرف عن طريق عملية التحول إلى ظواهر بدنية، أي إلى أعراض هستيرية.

وعلى هذا النحو تبين لنا أن الأعراض تمثل بديلاً عن الدوافع التي تستمد قوتها من الغريزة الجنسية، لذا فالخلق الهستيري يتجلى في وجود درجة من الكبت الجنسي تزيد على القدر السوي وفي اشتداد المقاومات للغريزة الجنسية– وقد عرفناه من قبل في صورة الخجل والاشمئزاز والأخلاق– وهذه السمة الجوهرية من سمات الهستيريا، كثيرًا ما يحجبها عن النظرة السطحية وجود عامل جبلي آخر في الهستيريا هو نمو الغريزة الجنسية نموًا غلابًا، بيد أن التحليل النفسي يستطيع دائمًا إبراز أول هذه العوامل ورفع التناقض المحير الذي تضعه الهستيريا وذلك بكشفه زوج الأضداد المميز لها ألا وهو الجنسية المفرطة وغاية الأعراض عن الجنس.

وفي حالة من يكون ذي استعداد هستيري يظهر المرض حين يواجه الشخص مطالب موقف جنسي واقعي أو نتيجة نموه الجنسي التدريجي أو لظروف حياته الخارجية، ويهيئ له المرض طريقًا للهروب كحل وسط يبن ضغط الغريزة وما يعتريها من نفور جنسي، والمرض هنا لا يحل الصراع بل يسعى إلى تجنبه بتحويل الدوافع الليبيدية إلى أعراض وهو ما يعني أن المرض راجع إلى العنصر الجنسي من الصراع الذي عوق العمليات النفسية عن بلوغ غايتها السوية.

بالإضافة لما سبق فقد أظهرت نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI أن أعلى درجة فيه كانت على مقياس الهستيريا (88) درجة تائية وهو ما يشير إلى أن المفحوص يتسم بالساذجة والقابلية للإيحاء كما ينقصه التبصر بسلوكه وسلوك الآخرين مع إنكاره لوجود مشكلات سلوكية.

وهو ما يؤكده [سعد جلال، 1986: 155– 156] في أن المصاب بالهستيريا يتميز بالطفلية في سلوكه، والأنانية، وتجنب تحمل المسئولية وبالثرثرة والمغالاة في التعبير عن انفعالاته، متقلب في انفعالاته، شديد الحساسية، يبكي ويضحك لأتفه الأسباب، ويميل إلى اكتساب عطف الناس عليه، كثير الشكوى، يرغب في أن يكون محور الاهتمام ومركز العناية– وهو ما ظهر واضحًا جليًا في المقابلة الإكلينيكية مع المفحوص– ومن ثم فإن انفعالاته مؤقتة مما قد يدعو للتشكك في إخلاصه فإن أحب فبعنف وإن كره فبحدة إلا أن عواطفه هذه لا استمرار فيها ولا عمق، ومن ثم فالشخص الهستيري لا يستطيع أن يحب كما لا يمكنه أن يكره.

وهو ما ظهر واضحاً في المقابلة الإكلينيكية مع المفحوص حيث تبين أن والده لم يحتضنه ولو مرة واحدة في حياته بالإضافة لوفاة الوالد والمفحوص في سن مبكر (ثمان سنوات) ومن ثم لم

يستطع المفحوص أن يتوحد مع والده، ولذا فإن اضطراب الأوديب كان واضحًا لدى المفحوص وهو ما أكده بقوله: "كنت غيورة من مامتي علشان ليها راجل بيهتم بيها"، وهو ما تؤكده [نيفين زيور، 2006: 65- 66] في أن وفاة الأب المبكرة في حياة المفحوص قد يؤدي ذلك إلى الإحساس المتزايد بالأثم من حيث أنه قد يحقق له الأوديب على نحو متخيل. ففقدان الحب من جراء موت أو الانفصال عن أحد الوالدين أثناء المرحلة الأوديبية القضيبية أو أثناء المراهقة يلعب دورًا مهمًا في أسباب الهستيريا، ولذا فإن الشخصية الهستيرية عادة ما تتناول هذا الفقدان بالبحث المستمر اللاشعوري عن هذا الموضوع.

وبالإضافة لما سبق فقد اعتقد بعض المحللين النفسيين –ومنهم على سبيل لالمثال "فولبدز"– أن طبيعة الأنا لدى الهستيريين تمثل إلى الأنوثة التي تميل عادة للبحث عن العواطف، ولذا فإن "لولبدز" يرى أن نمط الشخصية الهستيرية هو عبارة عن كاريكاتير للشخصية الأنثوية السوية، فالأنثى تدفع اجتماعيًا وثقافيًا لأن تعرف من خلال استجابات الآخرين لها.

أما في اختبار T.A.T فقد ظهرت سمات الهستيريا واضحة في استجابات المفحوص على البطاقة (5): [عشت أجمل أيام حياتي معاكي، طبعًا فاكراك هي دي أيام تتنسي]، وفي البطاقة (1): [إيه الهبل اللي أنا بقوله ده!!]، أما البطاقة (14) فكانت استجابته كما يلي: [السما مطرت واكنها بتبكي على قصة الحب الجميلة اللي حصلت]، وفي البطاقة (13MF): [تنهيدة.. مش فاهمة الحقيقة ومش فاهمة انتوا بتعملوا فيا كده ليه]، والبطاقة (10): [الحياة جميلة أوي– ثم أعقبه بكاء– أنت مثالية أوي وبجد مرتاح معاكي وأتمنى لو أفضل في حضنك]، ويتبين من الاستجابات السابقة معاناة المفحوص من التخييلات اللاشعورية.

ومن ثم فقد وصف "أوتوفينخل عام 1945" أشكال التخييلات اللاشعورية والصراعات التي كثيرًا ما تظهر في الهستيريا: ويعتقد أن الهستيري لا يستطيع أن يتخلى عن اختيار الموضوع الأول في حياته، أو أنه يرجع إليه مرة أخرى بعد إحباطه في الواقع عدة مرات في علاقته بموضوع بديل، ومن ثم فإن جنسية الهستيري إنما تمثل حب الموضوع الأول المحارمي ومن ثم فإن كل التخييلات المحارمية اللاشعورية التي تستمد من مركب أوديب تكبت ومن ثم فإنها تتحول إلى أعراض.

وهو ما أكده أيضًا "ريتشارد" في تلخيصه لتاريخ معيشة الهستريين ، فقد اعتبر أن الهستيريا هي نتاج موقف خطر للتخييلات المحارمية والتعبير عنها، إلا أن هذه التخييلات تشجع بواسطة الآباء، إذا ما ظلت في حيز اللاشعور، ومن ثم فإن هؤلاء الآباء يرسلون لأطفالهم رسائل متناقضة، ومن ثم يطلق على مثل هؤلاء الآباء: الآباء الهستيروجينك Hesterogenic وفي ضوء ما سبق فقد أكد أيضًا "كيرنبرج" في أن الشخصية الهستيرية تستبق على تمثلات ذهنية أو عقلية داخلية تلتحم فيها

التمثلات الليبيدية والعدوانية للذات وللموضوع معًا، بمعنى أن الشخصية الهستيرية تتميز بدافع نحو التناقض الوجداني تجاه الموضوعات [نيفين زيور، 2006: 57- 58].

وهو ما اتضح لـ"فرويد" من خلال فهمه لأقوال المرضى الهستيريين والتي ما كانت إلا عبارة عن تخييلات معكوسة ابتدعها المرضى لإخفاء العقدة الأوديبية لديهم [نيفين زيور، 2013: 9].

زيادة الجانب الاضطهادي:

تبين من نتائج اختبار MMPI حصول المفحوص على مقياس البارانويا (ب.أ) على (87) درجة تائية (ملحوظ) وهو ما يعني أن يغلب على المفحوص أن يكون متشككًا وعدائيًا ومفرط الحساسية وهو عادة يعبر تعبيرًا لفظياً عن هذه الصفات وهو ما ظهر بشكل جلي وواضح في المقابلة. أما عن أداء المفحوص على اختبار H.T.P فقد أكد المفحوص على مقبض الباب وهو ما يشير إلى أن المفحوص لديه انشغال قضيبي ويشير إلى حساسية دفاعية وهو أمر شائع بين الحالات الشبيهة البارانويا.

وفي هذا يشير [سامي محمود علي، 1970: 89] أن مريض البارانويا يتصف سلوكه بوجود نسق منظم من الأفكار الهاذية وسلسلة منطقية من النتائج من مقدمة خاطئة خطأ مطلق يؤمن بها البارانوي إيمانًا مطلقًا لا يمكن تعديله فتسيطر عليه الأفكار الاضطهادية والريبة من نوايا الغير وأفعالهم، ولا يفتأ يؤول حركات الآخرين وسكناتهم بما يتفق واعتقاده المرضي. وهو ما أكدته استجاباته على اختبار الرورشاخ حيث كانت نسبة ش%= 91.3% وهي ما تعكس نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي) وأن المفحوص غير قادر على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضبط والحذر، أما عن استجابة المفحوص على اختبار T.A.T فيتضح من استجابته على البطاقة رقم (1) والبطاقة رقم (18BM) والتي كانت عبارة عن استنتاجات غريبة ومتكررة تعكس الحذر الزائد وعدم جدواه في مواجهة الانهيار أمام الواقع بالإضافة أيضًا إلى التعميمات الخاطئة.

ولذا فإن [سيجموند فرويد، 1973: 626] يرى أن مرضى البارانويا لديهم تثبيت على المرحلة النرجسية وهي مرحلة وسيطة بين الشبقية الذاتية والحب الموضوعاتي، ومن ثم فإن الجنسية المثلية اللاشعورية تقبع وراء هذه البارانويا، ويعتبر ميكانيزم الإسقاط أبرز خاصية مميزة لتكوين الأعراض في البارانويا فمرضى البارانويا يسقطون على الآخرون ما يريدون أن يفطنوا إليه في أنفسهم، أي أن الجنسية المثلية تخضع للكبت ثم الإسقاط ومن ثم تظل لديهم في المستوى المتخيل فلا تمارس، إذ يعمل الإسقاط على عدم عودة المكبوت واندلاع الجنسية المثلية وباستخدام ميكانيزم الإسقاط لدى البارانويا يصبح العالم الخارجي والآخرين مصدر اضطهاد دائم للمفحوص واعتداء عليه –وهو ما نتبينه من خلال المقابلة عندما اعتدى عليه زملاؤه جنسيًا من الخلف ولم يصرخ طالبًا للنجدة– ومن ثم فإن المفحوص في معالجته لهذا الموقف الاضطهادي –الموهوم نتيجة الإسقاط–

يسلك أحد سبيلين فإما أن يبادر هو بتدمير العالم الخارجي والآخرين قبل أن يتمكنوا هم من تدميره، وإما أن يتوحد بالمعتدى فيتحول الشخص المهدد إلى شخص يهدد.

المؤشرات الخاصة بذهان الهوس- الاكتئاب:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الاكتئاب في هذا المرض يمكن اعتباره رد فعل للهوس ففي نوبة الهوس يتجاهل المريض وجود ضميره فيصبح متحررًا من ضغطه وقيوده، فيكون المريض في هذه الحالة كالطفل الشقي في غيبة والديه يفعل ما يريده. وفي نوبة الاكتئاب يوقع الضمير (الأنا الأعلى) العقاب على ما ارتكبه المريض من أفعال، وما نفذه من جرائم في خياله أثناء نوبة الهوس فكأن الاكتئاب تكفير لما اقترفه من أخطاء حتى ولو في تخييلاته. ومتى كفر المريض عن ذنبه، ودفع دينه وطهر نفسه استطاع أن يتحدى ضميره وأن يتخذ مما حل به من عقاب شديد كعلة لعمل ما يريد من محظورات [أحمد عزت راجح، 1964: 225].

وهو ما يعاني منه المفحوص بالفعل حيث نستطيع أن نتبين من نتائج اختبار الرورشاخ، واختبار H.T.P، واختبار T.A.T، واختبار إيزنك للشخصية العديد من المؤشرات الواضحة على وجود ذهان الهوس الاكتئاب لدى المفحوص كما يلي:

أ) علامات الهوس: في اختبار "الرورشاخ" تبين انخفاض نسبة (+ش%) = 8.6% وزيادة نسبة (-ش%)= 83% بالإضافة إلى زيادة عدد الاستجابات الحيوانية واستجابات الحركة الحيوانية، كما ظهرت علامات الهوس في اختبار (H.T.P) من خلال إجابة المفحوص عن السؤال رقمي (خ12)، (خ13) حيث أشار المفحوص للجنس المخالف (الأنثى) أنها يجب أن تهتم بنفسها علشان تداري ألمها ووجعها وهي لغاية الآن مش سعيدة وهي بتحاول تفكك عن نفسها لكن مش عارفة، أما نتائجه على اختبار "إيزنك للشخصية" فقد حصل المفحوص على درجة عالية على بعد الذهانية (9) درجات، وحصوله أيضًا على درجة عالية على بعد الانبساطية (12) درجة وهو ما يعني وجود سمات شبه هوسية لدى المفحوص وهو ما أكدته أيضًا نتائجه على اختبار (T.A.T) وخاصة على البطاقات [9BM: مزة حلوة ومايصة- 13MF /17BM مزة حلوة فعلاً- 10 الحياة جميلة أوي ثم أعقبه بكاء من جانب المفحوص].

ب- علامات الاكتئاب: ظهر الاكتئاب واضحاً لدى المفحوص ففي اختبار "الرورشاخ" كان هناك انخفاض في نسبة استجابات (ك%) بنسبة 8.69% مع ارتفاع (ح%) بنسبة 82.60% وارتفاع نسبة الاستجابات الحيوانية مع وجود صدمة تظليل وانخفاض في نسبة اللون، أما اختبار (H.T.P) وفي إجابته عن السؤال (خ8) أشار المفحوص للجنس المخالف "الأنثى"

بأنها مخنوقة وذهقانة وأرفانه وهو ما أكدته أيضًا نتائجه على مقياس الاكتئاب (د) في اختبار (MMPI) حيث حصل على (80) درجة تائية (ملحوظ) وهو ما يشير إلى أن هناك حزن عام- [وهو ما ظهر في المقابلة أيضًا من وفاة الأب وهو في سن مبكرة ونبذ وطرد أشقائه له وعدم الاعتراف به]- ومزاج اكتئابي إما بالنسبة للذات أو للحياة وهو مما يجعل المفحوص ينزع إلى الشعور بالذنب أو بالدونية والانتقاص من قدر الذات وهو ما يجعله يميل إلى الانزواء والاكتئاب، وهو ما عبرت عنه قصص (T.A.T) من أن أغلبها جاء خاليًا من مشاعر الود والدفء والحب أو المشاعر الإنسانية المتبادلة وهو ما يعكس حالة الاكتئاب التي يعاني منها المفحوص بالفعل حيث جاءت نهايات القصص معبرة عن الواقع المحبط والمهدد وغير الآمن الذي يحيا فيه المفحوص.

ونتبين مما سبق أن انفعالات المفحوص متأرجحة ما بين الهوس والاكتئاب -وهو ما يوضحه ويبينه بيك، [Aron,T. Beck, 1967: 61] بمقارنته بين أعراض الهوس والاكتئاب كما يلي: أ) مظاهر انفعالية: هوس [حب الذات- انشراح زائد]، اكتئاب [يكره ذاته، اكتئاب]. ب) مظاهر معرفية: هوس [صورة إيجابية للذات- هذاءات مثل: التضخيم للذات]، اكتئاب [صورة سلبية للذات- هذاءات مثل: الحط من قيمة الذات]- وأفعاله اندفاعية والحصر Anxeiety لديه يأخذ أشكالاً طفلية، ولأن عالم الأفكار لديه يظل مهدد لحد بعيد، إذ أن أي فكرة تتحول إلى قناة للتعبير عن الدفعات المرفوضة وهكذا تظل أفكاره ساذجة ومنصبة حول الذات ومحملة بالانفعالات.

ومن هنا يرى [سعد جلال، 1986: 233] ان الاكتئاب عادة ما يكون نتاجاً للشعور باضطهاد من الأنا الأعلى للأنا، وخاصة إذا تعامل الأنا الأعلى مع الأنا بالطريقة التي كان يرغب المريض لاشعوريا معاملة مصادر الإشباع المفقودة بها، ومن هنا يأتي اتهام الذات الذي يقوم به مريض الاكتئاب ومن ثم فإن مجموعة الاكتئاب هنا تمثل عملية رد فعل لفقدان مصادر الإشباع الطفلي وتمثل محاولات لاستعادة هذه المصادر وتمنع بالتالي فيضان الأنا بالاندفاعات الغريزية التي لم يتم إشباعها بفقدان مصادر الإشباع.

وهو ما يؤكده أيضًا [أوتوفينخل، 2006: 365] بقوله: إن الشخص المثبت على الحالة التي كان فياه تقديره لذاته يعتمد على الإمدادات الخارجية أو الشخص الذي تدفعه مشاعر آثمة إلى النكوص إلى هذه الحالة يحتاج بشكل حيوي لهذه الإمدادات، أنه يمضي في الحياة في حالة من الشره الدائم، فإذا لم تجد حاجاته النرجسية إشباعًا فإن تقديره لذاته يتناقص إلى نقطة الخطر.

ولذا فإن هؤلاء الأشخاص في حاجة مستمرة إلى الإمدادات التي تزودهم بالإشباع الجنسي والتي ترفع عندهم تقدير الذات وفي الوقت نفسه فهم "مدمنو حب" عاجزون عن أن يحبوا إيجابياً،

إنهم في سبيله، ويحتاجون لأن يشعروا أن الآخرين يحبونهم وهم بالإضافة إلى ذلك يتميزون بتبعيتهم، ونمطهم النرجسي في انتقاء الموضوع، ومن هنا نتبين أن الاكتئابات العصابية ما هي إلا محاولات يائسة لإكراه الموضوع على التزويد بالإمدادات الضرورية بشكل حيوي.

ولذا فإن الاكتئاب كسلوك يبدو كما لو كان محاولة لاحتفاظ الأنا بتكاملها والتقليل من الشعور بالذنب عن طريق الألم والتقليل من العداوة بالانسحاب، وتحريك الآخرين ومحاولة السيطرة عليهم. فالفشل في الطفولة في تكوين توحدات إيجابية للأنا تقوم على علاقات طيبة بالموضوع تهيئ الفرد للانقباض.

بينما يرى التحليل النفسي وكما يشير [أوتوفينخل، 2006: 388– 390] من الناحية الوصفية للهوس بأنه ما هو إلا زيادة هائلة في تقدير الذات والتي هي في حد ذاتها لب جميع الظواهر الهوسية، ومن هنا قرر "فرويد" أنه في الحالة الهوسية يختفي بشكل ظاهر الفارق بين الأنا والأنا الأعلى، بينما في الاكتئاب تكون الأنا عاجزة تمامًا والأنا الأعلى مطلقة القدرة. ولذا فإنه في حالة الهوس تستعيد الأنا القدرة المطلقة إما بانتصارها بنحو أو بآخر على الأنا الأعلى مستردة بذلك القدرة المطلقة، أي أن الحالة المزاجية الطروبة عند الهوس ينبغي تفسيرها من الزاوية الاقتصادية على أنها علامة على الادخار في الإنفاق النفسي.

ولذا فما من شك في أن الضغط الاكتئابي ينتهي، وفي أن الطابع الانتصاري للهوس ينشأ من تحرير الطاقة التي كانت حتى الآن مكبلة في الصراع الاكتئابي والتي تسعى الآن للإفراغ ومن ثم يأخذ فيض من الحفزات معظمها فمي الطابع في الظهور وبائتلافه مع الزيادة في تقدير الذات يتمخص عن الشعور بالامتلاء الثري بالحياة؛ وهو ما يناقض "الخواء" الطاحن الذي يعيشه الاكتئابي. ومن هنا فإن الجنسية الزائدة الظاهرة عند الهوس عادة ما تتسم بطابع فمي، وتستهدف إدماج كل شخص. فالمريض جائع لموضوعات جديدة، ولكنه أيضًا يتخلص من الموضوعات بسرعة شديدة ويطردها دون أي ندم.

إذًا فالتحرر من الاكتئاب بالهوس ليس تحررًا أصيلاً ولكنه إنكار تشنجي للتبعية، فالتحرر كثيرًا ما يكون ادعاءات سبق وأن عاشها الطفل في نضاله ضد الصدمات النرجسية مستخدمًا ميكانيزمات الدفاع الأولية للإنكار، وميكانيزمات دفاع أخرى أيضًا؛ فالإسقاط يعيشه المرضى الذين في هوسهم يستشعرون أنفسهم محبوبين وموضع إعجاب من كل شخص بل قد يعيشونه في صورة شبه هذائية فيستشعرون أنهم تساء معاملتهم ومن ثم يحق لهم أن يفعلوا ما يحلوا لهم دون اعتبار لأي

شخص آخر وهو ما يعاني منه المفحوص بالفعل.

صورة الذات:

من أهم السمات التي يتميز بها الإنسان عن المخلوقات الدنيا قدرته على أن يكون واعيًا بذاته شاعرًا بها. ولذا فإن الإنسان قادر بصفة خاصة على أن يستجيب لنفسه، والواقع أن هذا الشعور بالذات هو المصدر الأساسي للهوية Identity، وهو ذلك الجانب- أيضاً- من الشخصية الذي يزودنا بالإحساس بالاستمرار والاتساق على مر الزمن وعبر الأحداث [ريتشارد م. سوين، 1979: 361- 362].

ومن أحد أهم أسباب اضطراب صورة الذات هو الانحراف عن التوقعات الاجتماعية، ومن هنا يأتي القلق من تصور الذات على أنها منحرفة ومخالفة، ولذا فإن فكرة المرء عن نفسه وتصوره لذاته متوقفان إلى حد كبير على مبلغ التشابه بين خصاله وهذه السمات المطلوبة، بحيث أن الفرد إذا رأى أن الفرق شاسعاً بين ما لديه بالفعل من مهارات وسمات وخصائص مزاجية وما يشعر به هو بضرورة مدى ما يتسم به من المهارات والسمات والخصائص المزاجية، ويترتب على هذا الفرق بالطبع هو شعور المفحوص بالقلق. ولذا فإن حدة القلق هنا متوقفة على درجة الانحراف الذي يراه الفرد بين واقعه وبين المثل والمعايير التي يفرضها المجتمع من جهة وبين واقعه والمثل والمعايير التي اتخذها لنفسه من جهة أخرى، وهذا المصدر من مصادر القلق له أهميته بالنسبة لنمو الدور الجنسي للطفل وبالنسبة لنمو تقدير الطفل لذاته.

[جون كونجر، يول موسن، جيروم كيجان، 1981: 187]

وهو ما تم تبينه بالفعل من خلال المقابلة فهو –أي المفحوص- غير راضي عن ذاته الذكورية ويراها بشكل مشوه، ومن هنا جاءت صورة الذات في اختبار T.A.T مضطربة ومشوهة وقلقة وتعاني من الخواء النفسي، ومن الشعور بقلة الحيلة والعجز وهو ما عبرت عنه أيضًا العديد من القصص وخاصة على البطاقات [1- 14- 8BM- 13MF] وفي اختبار H.T.P وفي إجابته عن السؤال (ش15) أن الشجرة بتعاني والناس بتحدفها بالطوب (ش18)، وفي السؤال (خ19) يرى المفحوص أنه يعاني كما تعاني الشجرة، أما إجابته عن السؤال (خ8) فأشار للأنثى بأنها مخنوقة وزهقانة وأرفانه بسبب ضغوط الحياة، ومن هنا اضطربت صورة الذات لدى المفحوص بسبب الانحراف عن التوقعات الاجتماعية والتي تراه وتتعامل معه على أنه ذكر بينما يرى هو نفسه ويتعامل مع ذاته كأنثى كاملة.

ويتضح مما سبق أن مفهوم الفرد عن ذاته يتكون منذ اللحظات الأولى من حياته حيث يبدأ

في تجميع المعلومات عن نفسه وعن الآخرين والمحيطين به، ووفقاً لنظرية "كارل روجرز" فإن الفرد يقدر كل خبرة في علاقاتها مع مفهوم الذات لديه وأنه يتصرف وفقاً لصورته عن ذاته وخبراته ومشاعره، وتسبب هذه الخبرات والمشاعر غير المتسقة تهديدًا للشخص، وكلما زادت مجالات الذات لديه واتساع الهوة بين الذات والواقع، فإن ذلك يزيد من احتمال حدوث القلق وبعض الاضطرابات الأخرى حول هويته [سعدية بهادر، 1983: 34].

وهو ما يؤدي بدوره أيضًا إلى مزيد من الإحساس بالوحدة والعزلة والشعور بالإحباط والضآلة مع فقدان الأمن والاستقرار والمعاناة من القلق والنبذ من قبل الآخرين [الأسرة والمجتمع] وهو ما أدى بدوره لسيادة المشاعر الاكتئابية لدى المفحوص، حيث أن الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي عادة ما يغلب عليهم الإحساس بأنهم موضع رفض ونبذ [كرمن محمد، 2001: 204-205]

ويرجع بولبي [Bowlby, 1980] الاضطراب الاكتئابي إلى عدة عوامل منها التعرض لخبرات محبطة، أو الفقدان الفعلي لأحد الوالدين خلال مرحلة الطفولة –[هو ما تعرض له المفحوص بالفعل حيث توفى والده وهو في سن الثامن سنوات]– أو أنه قد تربى على أنه غير محبوب أو أنه غير كفء، أو أنه غير ملتزم وهو ما يؤدي بدوره إلى ترسب هذه الخبرات بداخله وإلى نمو تصور عن نفسه بأنه غير محبوب وغير مرغوب فيه، وكذلك قد تكون نماذج الصور المتعلق بها رافضة نابذة معاقبة قاسية– [حيث ذكر المفحوص أن والده لم يحضنه ولو مرة واحدة في حياته، أما أشقائه طردوه من المنزل وقاطعوه عندما علموا بميوله ورغبته في التحول لأنثى، بالإضافة أيضًا إلى اعتداء أحد الشيوخ عليه بالضرب المبرح لما علم منه أنه يرغب في إجراء عملية جراحية ليتحول إلى أنثى]– فكل هذه العوامل مجتمعة تجعله عادة ما يتوقع أن يكون الآخرون عدائيين ورافضين له من أن يكونوا مساعدين.

ومن هنا وعندما تكون الأنا لأسباب داخلية غير قادرة على تحقيق هدفها– [ألا وهو التحول لأنثى]– يتحول العنف أو العدوان إلى صورة الذات– [حيث ذكر المفحوص أنه حاول الانتحار بتناول أقراص منع الحمل]– وهو ما يؤدي بدوره إلى فقدان تقدير الذات كنتيجة للصراع بين صورة الذات المثالية (المرغوبة) والصورة الفارغة المنكمشة. وبقدر النزعة الاكتئابية تكون النزعة العدوانية حيث يصبغ العنف أو العدوان كلاً من صورة الذات وصورة الموضوع [مها الكردي، 1982؛ فاتن السيد، 1992، كرمن محمد، 2001؛ محمد أحمد خطاب، 2008: 95].

وفي هذا يشير [عبد الله عسكر، 1988: 489] إلى أن العنف أوالعدوان قد يؤديان إلى مشاعر الحصر وفقدان الثقة بالآخر وسيادة مشاعر الدونية والضآلة والإحساس بالضياع والحيرة وقلة

الحيلة وهو ما يؤدي بدوره لاضطراب صورة الذات مصحوبة بمشاعر اكتئابية. وهو ما أكده أيضًا [Prout & Prout, 1996] في أن الشخص الذي يعاني من السلبية في مفهوم الذات قد يصبح اكتئابيًا ولديه سوء توافق أو عدم وضوح في هويته الجنسية.

أما عن اضطراب صورة الذات لدى المراهقين والبالغين مفاده ما يكون الرفض واضحًا لذواتهم وذلك من خلال وجود مفهوم الذات السلبية لديهم كانخفاض مفهوم الذات الجسمية والشخصية والاجتماعية والأسرية، وتكون لديهم الرغبة واضحة في تبديل الجنس، وكثيرًا ما يؤدي الانشغال بتبديل الجنس إلى التدخل وتعطيل الوظائف العملية والاجتماعية لهذا الفرد [Kazdin, 2000, 245].

وهو ما يؤدي بدوره إلى الشعور بالخزي والإحراج، ومن ثم العزلة وهو ما يؤثر بشكل حاد على الذات الكلية الداخلية للفرد حيث يتم تقييمها بشكل سلبي مع وجود إحساس بالدونية والضآلة وبعدم الجدوى وبعدم القيمة [Comer, 1996].

والخزي بحد ذاته هو انفعال غامر ومضعف ويؤدي في الغالب إلى شل الذات بشكل مؤقت، ولهذا نرى أن الأفراد وسط خبرة الخزي يكونون مدفوعين إلى الاختبار كرد فعل وجداني للاستهجان العام [Fossum & Mason, 1986].

ولذا فإن معظم الأفراد المضطربين بالهوية الجنسية عادة ما يصبحوا معزولين اجتماعيًا، وأن هذا العزل والنفي الذي يتعرض له المصاب يسهم بوجود انخفاض في توكيد واحترام الذات واختلال واضح في مفهوم الذات، بالإضافة إلى الشعور بالخزي، كما قد يشعر أفراد أسرهم بالخجل والخزي من وجود أبناء لديهم يعانون من اضطراب الهوية الجنسية لما فيه من مخالفة صريحة للقيم والأعراف الاجتماعية.

[Classer & Frosh, 1993; Carroll, 2000; Boyed, 2003; سعاد عبد الله؛ هيفاء اليوسف، 2013؛ محمد عبد المجيد، 2006]

ولذا فتكثر عند هؤلاء المضطربين بالهوية الجنسية فكرة الانتحار، والذي يدل بشكل قاطع على إصابتهم بالاكتئاب وبشعور داخلي من الخزي وعدم الرضا عن الذات [APA, 1994: 536] وهو ما ذكره المفحوص– كما أشرنا سابقاً– من محاولته للانتحار بتناول أقراص منع الحمل.

كما أكدت العديد من الدراسات ما سبق في أن المصابين باضطراب الهوية الجنسية لا يعانون فقط من مفهوم سلبي للذات بل يعانون أيضًا من انخفاض واضح في مهارات الحياة الاجتماعية وهو ما يدفع أصحابها إلى الميل للعزلة وإلى تفضيل الاختلاط فقط مع من يتماثل معهم بالمفاهيم أو بالأفكار أو بالهوية.

[Bodlund & Armelius, 1995; Pomerantz, 2001; Phillips, et. al., 2007; Muhajarine, et, at, 2008]

وإذا لم يجدوا أنفسهم مع ما يتماثلون معهم فعادة ما يشعرون بالضيق واليأس وخاصة إذا ما كبتوا مشاعرهم ولم يستطيعوا التصرف بالطريقة التي تمليها عليهم مشاعرهم، فبالتالي فإن يأسهم يتطور ليزيد من مفهومهم السلبي حول ذواتهم ومن ثم مزيد من الاضطراب [Jordan, 1997].

وهو ما تم تبينه أيضًا من نتائج المفحوص على مقياس تنسي لمفهوم الذات حيث كان هناك انخفاض واضح في مفهوم الذات الكلية والجسمية ثم الاجتماعية والشخصية وهو ما أكدته العديد من الدراسات مثل:

[Andrews, 1995; Chused, 1999; Taher, 2007; سعاد عبد الله، هيفاء اليوسف، 2013؛ نانسي رسمي مرقص، 2013]

صورة الجسم:

إذا ما كنا بصدد صورة الذات فلابد من التعرض لصورة الجسم لدى المفحوص من حيث أن صورة الجسم هي نواة الأنا حيث تساعد صورة الجسم في تكوين الأنا. مع انشطار في صورة الجسم يتبعه انشطار في الذات، والثمن الذي تكبده المفحوص هو العجز عن اندماج المكونات الليبيدية والعدوانية التي تشحن تمثلات الذات في مفهوم متكامل للذات، وإذا انطلق العدوان بدون قدرة الأنا للسيطرة على دفعاتها قد يسبب أعراض تشتت الهوية.

وبالإضافة إلى أن اندماج تمثلات الذات المتناقضة (الليبيدية والعدوانية) قد أحدثت اتساعًا وعمقاً في الإمكانيات الوجدانية وتسببت في إحداث مشاعر الإثم التي استقلت فيما بعد في تطوير الأنا الأعلى السادي، وبقدر ما كان الذي مصدراً للإحباط كان مكروهاً وسيئًا وتتبع ذلك عدم تكامل النتيجة عملية (انشطار الموضوع على الأنا) مع الإحباط والرفض والكره للموضوع والتخييلات الفمية التدميرية من تقطيع وإبادة وعدم الشعور بالأمان، وفكرة أن الموضوع سيهاجمه ساعدت على تكوين صورة جسم على غرار صورة جسد آخر مرفوضة وضئيلة.

وصورة الجسم تبدأ في الظهور متأثرة بالشخص المهم في الأسرة، أو في البيئة فالطفل يتعين بوالديه ويشمل هذا التعيين صورة الجسم واعتمادًا على الخبرات الوالدية التي يكتسبها الطفل فإن أجسامهم وأجزائها يمكن النظر إليها وإدراكها على أنها حسنة أو سيئة، نظيفة أو قذرة، محبوبة أو مكروهة.

ومع تعرض المفحوص للرفض والنبذ –وخاصة من قبل الوالد وكما اتضح في المقابلة– المستمر فهو ما يعني بما لا يدع مجالاً للشك أنه لا يستحق الحب وأنه يعاقب على ذنب لم يقترفه

مما أثر على تطوير صورة الجسم وهذا يتفق مع ما ذهبت إليه [Admson Afsham] بأن اتجاهات الوالدين تجاه جسد أطفالهم لها تأثير مهم على تكوين الطفل لصورة جسمه، وتشير إلى أنه إذا كانت هذه الاتجاهات إيجابية تجاه جسم الطفل فسوف يكون صورة موجبة عن جسده، أما إذا كانت تلك الاتجاهات سلبية فإن ذلك سيؤدي إلى تكوين صورة جسد سيئة وغير واقعية لدى الطفل [ماهر محمود، 1971؛ مها إسماعيل، 1988: 59].

حيث يتوقف الأنا الجسمي عند حدود الشكل، حدود الصورة المتخيلة أيضًا جسد لم يتجاوزه إلى المضمون الذي لم ولن يكون موضوعاً للإعجاب فهو إهدار لنرجسية الذات وموضوعاً للنقد والنبذ فكل ما هو متاح له هو إدراك الذات إدراكاً للصورة المتخيلة [محمد أحمد خطاب، 2008: 96-97].

وهو ما قد تم تبينه من خلال المقابلة واختبارات T.A.T، والرورشاخ، H.T.P من وجود اضطراب واضح في صورة الجسم لدى المفحوص، ولذا كانت وما زالت هناك محاولات من جانبه لتغيير من صورة الجسم مثل: إطالة شعر الرأس، إزالة الشارب والذقن من خلال عمليات الليزر وتناول هرمونات لتغيير الخصائص الجنسية بالجسم بغية مشابهة الجنس الآخر، مع وجود رغبة جامحة لديه في لبس ملابس الجنس المغاير والقيام بأدوارهم في الحياة، ويتفق مع هذه النتيجة [A.P.A, 1994; Davison & Neale, 1994; Reber, 1995: 307].

ولهذا عادة ما فشل المفحوص في إقامة علاقة مع أقرانه من نفس جنسه، كما فشل في أداء المهام التي يكلف بها الجنس الذي ينتمي إليه مما سبب له الرفض من قبل أقرانه –وخاصة في مرحلة الطفولة– وهو ما أدى إلى شعوره بالخزي والإحراج ومن ثم العزلة وتزداد الأمور تعقيدًا في مرحلة المراهقة حيث يكون الرفض واضحاً لذاته من خلال وجود مفهوم الذات السلبي لديه كانخفاض مفهوم الذات الجسمية والشخصية والاجتماعية وهو ما يزيد من رغبته في تبديل وتغيير جسمه، ولذا فإنه كثيرًا ما يؤدي الانشغال بتبديل جنسه إلى التداخل وتعطيل الوظائف العملية والاجتماعية له، وكلما زاد عدم ارتياح المفحوص لشكله ولدوره الجنسي كلما زاد ذلك من رغبته وسعيه للتخلص من الوظائف الجنسية الأولية والثانوية المتعلقة بجنسه الأصلي وهو ما يزيد من سعيه لتعاطي المزيد من الهرمونات واللجوء للعمليات الجراحية الخاصة بتغيير الجنس حتى يصبح شبيهاً بالجنس الآخر ويتفق مع هذه النتيجة [Comer, 1996; Kazdin, 2000: 245]

وتأكيدًا لما سبق يشير [زكريا إبراهيم، 1976: 85] معلقاً على دراسة "لاكان" لمرحلة المرأة: أن مرحلة المرأة هي التي تشكل وظيفة الأنا من حيث هو علاقة بالآخرين وعلاقة بالذات فعبر تلك المرحلة يتمكن الطفل من بلوغ أول تخطيط "سكيما" أولى للذاتية وآية ذلك أن الطفل يدرك في صميم

صورته المرئية أو في الصورة المرئية للآخرين شكلاً يخلع عليه الوحدة الجسمية التي ما يزال مفتقراً إليها ومن ثم فهو يتعين بتلك الصورة، ومعنى هذا أن الصلة بين الذاتية منذ البداية صلة متخيلة تكشف عن الطابع التخيلي الذي تتسم به الذات المتكونة بادئ ذي بدء باعتبارها ذاتاً مثالية أو نواة للتعينات الذاتية الثانوية اللاحقة.

ويرى "وينيكوت" أيضًا في الدور المراوي للأم والأسرة في تطور الطفل، فالطفل يرى نفسه منعكساً في نظرة الأم وصوتها وفي طريقة إدراكها العقلي له وفي إدراكها الصامت له Non-Verbal في مشاركتها الوجدانية له وأي إعاقة لهذا الكيف الخاص بعلاقة الأم– الطفل فإنه تفقد معناها بوصفها مشروع وجود، فتحل مشاعر الموت محل مشاعر الحياة مؤدية إلى اضطرابات خطيرة في الحياة اللاحقة [Rosalind Minksky, 1996: 114- 115]

وهو ما تم تبينه أيضاً في المقابلة من خلال محاولة المفحوص الانتحار نتيجة إحساسه بأنه مسجون في جسد ليس بجسده أو أنه قد ولد في الجنس الخطأ وهو ما جعله يعاني من الاكتئاب ومن القلق الشديد ومن انخفاض في تقدير الذات، بالإضافة لشعوره بالخجل والخزي من صورة جسمه وعدم الرضا عن ذاته مصحوبة باضطرابات في الشخصية كالاكتئاب والقلق وفقدان الأمن والوحدة والشعور بالرفض.

[A.P.A, 1994: 536; Beitchman, 1992; Gelfand, 1997: 380-382; Hart & Heimberg, 2001]

تقديرات الذات:

حصل المفحوص على (62) درجة على مقياس تقدير الذات وهي درجة أقل من المتوسط بكثير وهو ما يعني أن المفحوص يعاني وبشكل واضح من انخفاض في تقدير الذات ويتفق مع هذه النتيجة العديد من الدراسات مثل:

[Calam & Franchi, 1987; Beitchman, 1992; David & Singer, 1993; Glasser & Frazh, 1993; Andrews, 1995; Gelfand, 1997; Bishop & Lone, 2000; محمد عبد المجيد، 2006]

والتي أكدت جميعها على أن التعرض للإساءة الجنسية في الطفولة –[وهو ما تعرض له المفحوص بالفعل عندما تم الاعتداء عليه جنسياً من قبل ثلاث زملاء له]– يزيد من الشعور بالقلق والاكتئاب والأفكار الانتحارية والشعور بالخجل والخزي وعدم الكفاية الشخصية، ومن ثم انخفاض دال وواضح في تقدير الذات والذي يزيد من تفاقمه أيضاً غياب الأب وهو ما يساهم –بالإضافة لما سبق– إلى قصور في الكفاية الشخصية والاجتماعية والشعور بعدم الأمن النفسي، وهو ما أكده أيضاً كل

من [جون كونجر، يول موسن، جيروم كيجان، 1981: 336–337] في أن تقدير الذات يرتبط بالتوحد مع والد قوي بوصفه مصدراً هاماً للطمأنينة والأمن بالنسبة للطفل الصغير–[حيث عانى المفحوص من غياب الأب بوفاته وهو في سن مبكرة]– وهو ما يعني أن الطفل حين يتوحد مع شخص آخر نجده قد استعار منه قوته وكفاءته وأن هذه القوة المستعارة تجعله يشعر بكفاءة أكبر، أما إذا توحد الفرد على العكس من ذلك بنموذج غير كفء– [كزوج الأم]– فإنه يشعر بقلة الأمن والطمأنينة وزيادة في القلق لأنه يشعر بأن له ما للنموذج من خصائص غير مرغوب فيها.

وبالإضافة لما سبق فقد وجدت [Margaret, 1960] أن نقص القبول والفهم الوجداني من قبل الأم –[حيث ذكر المفحوص في المقابلة أن أمه كانت تخشى وتخاف عليه بشدة وفي نفس الوقت كانت تنهاه عن التشبه بالإناث أو اللعب معهن]– يبدو أنه يقلل من تقدير الذات لدى الطفل ويؤدي إلى الثنائية الوجدانية ويتفق مع النتيجة السابقة [Jacobson, 1959] ويضيف لما سبق بأن الاكتئاب الأساسي هو نتيجة لصراع عدواني وبسبب نقص القبول والفهم من جانب الأم مما يقلل من تقدير الذات كنتيجة للصراع بين صورة الذات المثالية "المرغوبة" والصورة الفارغة المنكمشة والفاشلة [مها الكردي، 1982؛ فاتن السيد، 1992؛ كرمن محمد، 2001؛ محمد أحمد خطاب، 2008].

ومن هنا يشير [ريتشارد م. سوين، 1979: 268– 270] بأن الشخص الذي هو أكثر مرونة من العصابي يتقبل الحقيقة الجديدة عن نفسه ويستهدي بها في المستقبل، وهو ذو قابلية لأن يتعلم المزيد عن نفسه ولذلك فإن تقديره لذاته يكون أكثر واقعية فلا يستند إلى آرائه هو فقط وإنما على آراء الآخرين كذلك، أما العصابي فإنه يظل يقيم توافقه على أساس من إدراكات جامدة غير دقيقة وغير واقعية، ومن ثم فهو أكثر حرصاً على حماية مفهوم الذات القائم عنده من حرصه على تقبل الخبرات الجديدة وهو يجعل إدراكه لذاته وتقديراته لها غير دقيقة وناقصة، وهو ما يجعل العصابي يشعر بقلة كفاءته ولا يرضى عن إنجازاته وما حققه ويكون بصفة عامة أميل إلى التشدد في نقده لذاته وهو ما يزيد من سوء توافقه وهذا راجع إلى أن قدرة المرء على تقبل غيره من الناس بصفة عامة تتأثر إلى حد ذي دلالة بمدى تقبله لذاته والعكس صحيح، وهو ما يعاني منه المفحوص بالفعل وقد أكدته أيضاً نتائجه على اختبارات T.A.T، H.T.P، والرورشاخ.

طبيعة الحاجات والدوافع لدى المفحوص:

الحاجة شيء ضروري لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) أو للحياة بأسلوب أفضل (حاجة نفسية) ومن ثم فلا شك أن فهم حاجات الفرد وطرق إشباعها يضيف إلى قدرتنا على مساعدته للوصول إلى أفضل مستوى للنمو النفسي وللتوافق النفسي والصحة النفسية، ومن ثم تتوقف كثير من خصائص الشخصية على حاجات الفرد ومدى إشباع هذه الحاجات [حامد عبد السلام زهران، 1991:

35].

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية أن المفحوص لديه احتياجات عديدة ومن أهمها الحاجة للأمن وللحماية وهو ما عكسته أيضًا غالبية القصص في اختبار T.A.T وخاصة على البطاقات [6BM- 9BM- 7BM- 10- 3BM- 13MF] والتي ظهرت فيها حاجة المفحوص للأمن وللحماية وللاحتواء والسند والدعم من الآخرين، وفي هذا يشير "إبراهام ماسلو" إلى أنه حين تشبع الحاجات الفسيولوجية على نحو مرضي تبزغ أو تظهر حاجات الأمن كدوافع مسيطرة وهذه تشتمل على الحاجة إلى البيئة والنظام والأمن والقابلية للتنبؤ، ولذا فإن الهدف الأول للشخص الذي يعمل عند هذا المستوى هو أن ينقص الشك ويتخلص من الريبة وعدم اليقين في حياته، ويبدو أن هذه الحاجات تعمل عملها بوضوح عند الأطفال الذين يخافون خوفاً شديداً حين يواجهون الوقائع الجديدة (التي لا يمكن التنبؤ بها) [جابر عبد الحميد، 1986: 585].

كما تظهر الحاجة للأمن Safety Needs واضحة في تجنب الخطر والمخاطرة وفي اتجاهات الحذر والمحافظة، ولذا فإن الشخص غير الآمن عادة ما يكون في حالة خوف دائم من فقدان القبول الاجتماعي ورضا الآخرين، وأي علامة من عدم القبول أو عدم الرضا يراها المفحوص على أنها تمثل تهديدًا خطيراً لذات [حامد عبد السلام زهران، 1991: 35].

وبالإضافة لما سبق فإن الحاجة للأمن تستوجب الاستقرار الاجتماعي والأمن الأسري وهو ما يفتقده المفحوص بشدة حيث يعيش بمفرده بعد طرد أشقائه له بالإضافة لمعاناته من نبذ ورفض المجتمع له.

أما عن حاجة المفحوص للانتماء والحب Belongingness and Love Needs فقد بدت أنه يفتقدها وبشدة وهو ما ظهر واضحاً وجلياً في اختبار الرورشاخ من وجود صدمة تظليل وهو ما يعني (الاضطراب نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب)، أما نسبة ش: ش مع + ش ظ= (9: 1) وهو ما يعني وجود إنكار أو كبت الحاجة للحب من الآخرين، وهو ما ظهر واضحاً في اختبار T.A.T وخاصة على البطاقة رقم (11)، وفي اختبار T.A.T، بالإضافة أيضاً إلى المقابلة، وبالتالي فإذا لم تشبع هذه الحاجات فإن الشخص يشعر بالوحدة والخواء، ومن ثم فإن "ماسلو" يصف الشخص الذي يمثل هذه الفئة قائلاً: أنه مدفوع بجوع لا يشبع للاحتكاك والصداقة الحميمة والانتماء والحاجة إلى أن يتغلب على المشاعر الشائعة كمشاعر الاغتراب والوحدة والغربة والعزلة التي ساءت نتيجة للحراك، ولتحطم الجماعات التقليدية ولبعثرة الأسرة بالإضافة إلى الفجوة بين الأجيال [جابر عبد الحميد، 1986: 586].

كما كان هناك قصور في الحاجة إلى التقبل والاستحسان من الآخرين، وهو ما ظهر

واضحاً على اختبار MMPI وخاصة على مقياس (هـ س) أو توهم المرض حيث حصل المفحوص على (81) درجة تائية (ملحوظ) وهو ما يعني أن المفحوص يطلب المزيد من اهتمام الآخرين به، وهذا راجع إلى أن الإنسان كائن اجتماعي يستجيب لاتجاهات الآخرين وتقديرهم، ومن ثم فإن من أقوى أنواع العقاب الاجتماعي النبذ الاجتماعي [ريتشارد م. سوين، 1979: 324]

وهو ما يعاني منه المفحوص بالفعل حيث يعيش وحيدًا ومعزولاً ومطروداً سواء من أسرته (أشقائه) أو من المجتمع.

أما عن حاجة المفحوص إلى التقدير والاستقلال والإنجاز والحاجة لتحقيق الأماني الأمنيات وخاصة التحول لأنثى والارتباط بمن (يحبه/ تحبه) فقد أظهرت نتائج المقابلة واختبار T.A.T وخاصة على البطاقات [19 -6BM- 11 -15 -4] أن المفحوص يعاني نقصاً وقصوراً واضحاً في إشباع هذه الاحتياجات وهو ما يؤدي بدوره إلى تثبيط الهمم ومشاعر القصور [جابر عبد الحميد، 1986: 586].

وهو ما يؤدي بدوره للإحباط وللعنف وخاصة العنف الموجه ضد الذات وهو ما تم تبينه في المقابلة من محاولة المفحوص الانتحار بتناوله أقراص منع الحمل، ونستخلص مما سبق وكما يشير [ريتشارد م. سوين، 1979: 323] أنه من المفيد أن ننظر إلى الحاجات بوصفها تتبع مبدأ عاماً هو التوازن الحيوي أو الهوميوستازي والذي يعمل بأكبر درجة من الوضوح وخاصة في الوظائف الفيزيولوجية وذلك من قبيل الميكانيزمات الخاصة بالمحافظة على درجة حرارة ثابتة للجسم، ولكن بعض الحاجات النفسية يبدو أنها تتضمن البحث عن حالة الاتزان بنفس الصورة، من ذلك أن حالة الحرمان من التنبيه الحسي (وهو ما يعاني منه المفحوص بالفعل من خلال عزلته وابتعاده عن الآخرين وعدم التواصل مع البيئة المحيطة به على النحو الأمثل)، وحالة الإفراط في التنبيه الحسي (تركيز المفحوص فقط على إجراء عملية جراحية ليتحول لأنثى وسعيه الدائم لذلك بشتى الطرق والمحاولات التي لا نهاية لها) كلاهما أمر غير مرغوب فيه، ويزيد من الجهود الموجهة نحو استبعاد ما.

وفي هذا يشير [صلاح مخيمر، 1980: 39- 40] أن الغالبية العظمى من طاقات الفرد- في هذه الحالة- لمواجهة هذا الخطر تتعبأ بشكل مبالغ فيه ومن هنا لا يبقى إلا أقل القليل من الطاقة متاحاً تحت تصرف الأنا لتواجه به مواقف الحياة العادية ويعمل على نضوب الطاقة هذا بالإضافة لسرعة القابلية للتعب دون أن يكون هناك جهد حقيقي مبذول، كما يعجز الانتباه عن أن يستمر في التركيز مما يأخذ صورة سريعة من الملل، كما تزداد بسرعة القابلية للتهيج الانفعالي فتتفجر في يسر نوبات القلق أو الغضب والتي يعتبرها التحليل النفسي ما هي إلا مجرد محاولات لاستعادة التوازن

الذي أدى إلى الاضطرب الناتج عن دعدم إشباع الاحتياجات الأساسية لدى المفحوص.

اما عن الدوافع التي تشكل رغبه المتحول جنسياً فقد اوجزها [هاشم بحري، 2015: 23] كما يلي: الرغبه الجنسيه حيث يشعر المتحول جنسياً لامرأه بالانجذاب جنسياً للرجل المكتمل الرجوله والرغبه في الزواج وتبني طفل – الرغبه في تغيير الجنس من رجل الي امرأه – الرغبه القانونيه في الحياه بدون تخفي أو التعرض لمضايقات أو فضيحه – العامل الاجتماعي وخصوصاً اذا كان شكل الشخص المريض يوحي بأنه امرأه أو العكس ، وهو ما ظهر واضحا وجليا سواء في المقابله الكليكنيكه او في باقي الاختبارات.

طبيعة الضغوط لدى المفحوص:

اتضح من خلال المقابلة ونتائج الاختبارات الأخرى معاناة المفحوص من العديد من الضغوط الاجتماعية وخاصة فيما يتعلق بهويته الجنسية وممارسة أدواره الذكورية من عدمه، وفي هذا يشير كل من [جون كونجر، يول موسن، جيروم كيجان، 1981: 342– 343] أن البيئة الاجتماعية تشجع الطفل على أن يطبع نفسه على نسق الأب المماثل له في الجنس، أي أن الولد يواجه ضغطًا يضطره إلى تقليد الأب – وهو ما لم يفعله المفحوص على الإطلاق– وفي هذه الحالات تصبح فكرة الطفل عن نفسه أو مفهوم الذات عنده مثيرًا للقلق إلى حد بعيد.

ويفسر الاتجاه التحليلي السيكوديناميي الضغوط النفسية من خلال الصراع بين الليبدو والرغبات والحفزات غير العقلانية والأنا الأعلى والضمير والقيم المستدمجة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ويشعر الإنسان بالضغط عندما لم يتحقق التوازن بين الهو والأنا الأعلى [محمود إبراهيم، 2013: 348].

وكلما استمرت الضغوط وازدادت حدتها وشدتها كلما أثقلت القدرة التكيفية للمفحوص والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، وبقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات سلبية تزيد من توتره الجسمي أو النفسي أو المهني [حسن مصطفى، 1992: 264؛ بشرى إسماعيل، 2004: 26].

نظرة المفحوص للبيئة الخارجية:

ظهرت البيئة الخارجية في قصص T.A.T بوصفها بيئة خطرة ومهددة وغير آمنة ورافضة له بسبب ميوله الأنثوية ورغبته وإصراره في إجراء عملية جراحية ليتحول لأنثى، وهو ما ظهر في البطاقة (3BM): "شباب بيضايقوها ويتهكموا عليها بألفاظ نابية وجارحة وهي مش مستأمنة نفسها، ومش مستأمنة حد على نفسها، وهي خايفة من كل اللي حواليها ومش عارفة إزاي تواجه ده كله"،

وفي البطاقة (13MF): "خايفة من غدر الدنيا ومن غدر الزمان وهي لحد الآن لم تجد مأوى لها تعيش فيه". أما استجابته على البطاقة (15): "الخوف أن يبقى وحيدًا دون سند أو أهل" وفي البطاقة (8BM): "دول عصابة وعايزين يسرقوه".

أما عن اختبار الرورشاخ فكانت نسبة عدد الاستجابات على البطاقات الملونة [8، 9، 10] = 29% وهي إشارة إلى الكف نتيجة لضغوط البيئة وضعف القدرة على الاستجابة لمؤثرات البيئة، أما نسبة ح: مجـ ل فكانت 5: 1 وهو ما يشير إلى أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي أي الاعتماد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته والمشاركة فيها، بالإضافة أيضًا إلى أن نسبة ش% كانت 91.3% وهو ما يعني نقص في التلقائية الانفعالية وأن المفحوص غير قادر على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضبط والحذر.

وهذا ما تم تبينه في المقابلة أن سبب ما سبق راجع إلى أن أشقاءه قاموا بطرده بالإضافة إلى اعتداء زملاءه عليه جنسيًا ثم اعتداء أحد الشيوخ بالضرب المبرح لما علم بنية المفحوص في التحول لأنثى، ونبذ الحي والمنطقة التي يسكن بها له مع غياب الأب بالوفاة ومن ثم زواج الأم فلم يجد الدعم والسند لمواجهة هذه البيئة الخطرة والمهددة له، وهو ما ظهر في الرورشاخ أيضًا من خلال وجود صدمة تظليل وهو ما يعني أن الاضطراب راجع نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب.

وهو ما يعني أن المفحوص هنا يواجه معركتين كما يؤكد كل من [أحمد عكاشة، سينوت، 1988: 21] المعركة الأولى: بين المريض ونفسه والتي تتجسد على هيئة اضطرابات نفسية وجسدية واجتماعية، والمعركة الثانية: بين المريض والمجتمع الذي يعيش فيه.

وهو ما أكدته أيضًا دراسة كل من [Hart & Heimbrg, 2001] أما عن استجابة المفحوص على اختبار H.T.P فكان هناك اتساع في رسم الجذع –(الخاص برسم الشجرة)– عند القاعدة وهو ما يشير إلى بيئة مبكرة ينقصها الدفء [وهو ما ظهر في المقابلة حيث أن والد المفحوص وحتى وفاته لم يحضنه ولو مرة واحدة في حياته]. وفي هذا يشير [محمد أبو الخير، 1998] أن الأب القادر على الاضطلاع بالمهام الضرورية للأبوه يجعل الابن يمتلك ذاتاً تتميز بالكفاءة والتفرد والقيمة، على حين نجد الأب المسيء إلى ابنه، والذي يتسم تعامله معه بالعقاب والإهمال والقسوة والسخرية، فإن هذا يجعل الابن أكثر عدوانية أو اكتئاباً وتكون نظرته سلبية إلى ذاته وإلى العالم وإلى المستقبل.

كما رسم المفحوص جذع الشجرة بشكل كبير جداً وهو ما يعني أن المفحوص يشعر بأن البيئة مقيدة مع نزعة إلى الاستجابة العدوانية في الواقع أو على مستوى التخييل، أما عن رؤية الشمس

من جهة الشمس فهي تشير إلى الشعور بأن البيئة المحيطة بالمفحوص تتسم بالبرود، وفي إجابته عن السؤال (ش18) قال: إن الناس بتحدفها بالطوب وهو ما يعكس بيئة عدوانية وخطرة ومهددة ومحبطة وغير مشجعة وغير آمنة وينقصها الدفء والحب والتنبيه السوي.

ويرجع ذلك وكما يشر "ماسلو" ويحدد أن طريقة انتباه الفرد وإدراكه للبيئة تتوقف على مستوى حاجاته، ومن ثم يميز "ماسلو" بين نوعين من الانتباه والإدراك أحدهما يتأثر بدافعية القصور والآخر يرتبط بدافعية الكينونة. ووظيفة النوع الأول من الإدراك أن يصل الأشياء الموجودة في البيئة بحاجاتنا. ولما كان الإشباع يصدر عن البيئة، فإن من الضروري أن ننتبه إليها من حيث صلتها بنا –وهو ما لم يحققه العالم الخارجي "البيئة" للمفحوص وهو ما أدى بدوره إلى اعتماد المفحوص على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته أو على العالم الخارجي– أما النوع الثاني وهو إدراك الكينونة فهو الإدراك الصادق الذي يستكشف العالم ويتناوله ويستمتع به ويقبل عليه ويحبه. إن العالم يرى بعيني فنان. ويتنقل الانتباه بحرية باحثًا عن الشيء ذاته وما هو متفرد وأيديوجرافي، ومدركاً له [جابر عبد الحميد، 1986: 594] وهو ما لم يحدث أيضاً مع المفحوص مما جعله يتعامل مع عالمه الخارجي بنظرة ريبة وشك وحذر، ومن ثم الانسحاب منه والاكتفاء بحياته الداخلية دون هذه البيئة المهددة له والخطرة عليه ومن ثم فإن انتاهه وإدراكه للعالم الخارجي يتسم بالتشوه والاضطراب والقصور.

اضطراب عملية التنشئة الاجتماعية:

يعتبر الطفل هو المؤشر الذي يعبر عن حالة الأسرة وقد يقع هذا الدور على طفل بعينه دون بقية أفراد الأسرة لعوامل في الطفل ذاته إلا أنه يبقى في النهاية معبراً عن نقطة الضعف في هذا الكيان الجماعي، فالطفل المضطرب ليس بالضرورة مجرد طفل شاذ أو مريض ولكنه غالباً ما يكون المرض الذي يشير إلى وجود أصل الداء في دائرة الأسرة [محمد شعلان، 1977: 91].

وهو ما اتضح بشكل جلي وواضح من خلال المقابلة من أن المفحوص نشأ في أسرة مفككة وغير مترابطة انفعالياً ووجدانياً فالأب كان متزوج بأخرى وله أبناء منها واتسمت العلاقة بين الأب والمفحوص بالبرود والجفاء والرفض، حيث ذكر المفحوص بأن والده لم يحضنه ولو مرة واحدة في حياته وحتى وفاته، أما الأشقاء –(من زوجة الأب الأولى)– فكانوا رافضين له بل نبذوه وطردوه لما علموا بنيته ورغبته في التحول لأنثى، بينما كانت الأم مدللة لأقصى درجة وبشكل مبالغ فيه بل ومفرطة الحماية والرعاية والقلق عليه من كل شيء، أما عن زوج الأم فكان غير مبالي أو مهتم به.

ومن هنا أكد كل من [Fossum & Mason, 1986] في أن الأسرة تلعب في السنوات

الأولى دوراً بارزاً في تشكيل هوية جنسية سليمة أو مضطربة، وهو ما أكده البعض أيضاً في أن الهوية الجنسية تنمو بالتوافق مع التربية التي يتلقاها الفرد وفقاً لنوع الجنس الذي ينتمي إليه، وأن تشكيل الهوية الجنسية تتأثر بالتفاعل بين مزاج الطفل ونوعية الوالدين واتجاهاتهم [Kaphan, et, al, 1994: 682] وهو ما أكدته أيضاً العديد من الدراسات مثل:

[Max, 1995; Norton & Dolan, 1996; Arthur, 1997; Ridge & Feency, 1998; Beaty, 1999; Munck, 2000; 2003 ،عزيز بهلول ،عماد مخيمر]

من أن اضطراب الهوية الجنسية يرتبط بالتوحد مع الأم واضطراب العلاقة مع الأب، وهو ما عانى منه المفحوص بالفعل ما بين أب رافض ونابذ له وغائب عنه بالوفاة منذ أن كان عمر المفحوص ثمان سنوات، وبين أم مدللة ومفرطة الحماية والرعاية والقلق المبالغ فيه على المفحوص من أي شيء بالإضافة أيضاً لكونها مسيطرة في أحيان أخرى، وفي هذا يشير [Coates, 1992] إلى وجود مجموعة متراكمة من المتغيرات الأسرية في أثناء الفترات المبكرة من النمو ترتبط باضطراب الهوية الجنسية منها: وفاة الأب أو مرضه المزمن أو الغياب النفسي للأب وعدم اهتمامه ورعايته وحمايته للابن، مما قد يؤدي إلى التوحد القوي بالأم واستدماج خصائصها الأنثوية.

وهو ما يؤكد أيضاً [بولبي Bowlby, 1988] بقوله: أن الوجود البدني للأب لابد أن يكون مقترناً بالوجود النفسي القائم على الرعاية والتفاعل، والتواصل النفسي واللغوي والاهتمام بالابن، مما يجعل الطفل يتوحد بالوالد، ويتخى الموقف الأوديبي، على حين نجد رفض الوالد للطفل وعدم الاهتمام به يؤديان إلى اضطراب توحد الطفل معه، فالأمن النفسي والجسمي هو أساس توحد الطفل بوالده، وشعور الطفل بنقص الأمن النفسي أو الجسمي وهو ما يؤدي بدوره إلى اضطراب في هويته. ويتفق مع النتجة السابقة تأكيد [ميخائيل لام، 1997: 133] في أن الأب يلعب دوراً جوهرياً في التأثير على نمو الدور الجنسي والهوية الجنسية للأبناء، حيث أن الأب الذي يتسم بالكفاءة والتفاعل والرعاية للأبناء يؤثر إيجابياً ليس فقط على نمو الدور الجنسي والهوية الجنسية ولكن على مختلف جوانب النمو، على حين نجد أن اضطراب العلاقة بين الطفل ووالده يؤدي إلى بدايات اضطراب الدور الجنسي والهوية الجنسية لدى الابن.

وهو ما سيرتب عليه أثناء المراهقة وكما يؤكد كل من [رزق سند، 2005: 433؛ باربرا ويتمر، 2007: 245] في أن الولد سيتعين ذاتياً بالأم كنموذج للدور الذي سيلعبه في الحياة وهو ما قد يجعله يجد صعوبة في أن يشكل لنفسه مفهوماً ذكرياً عن الذات.

وفي عملية اكتساب الهوية الجنسية يرى "فرويد" أنها تتم من خلال التوحد وهي العملية اللاشعورية التي تجعلا لفرد يعتقد أنه يتطابق مع شخص آخر ؛ أي أن لديه بعض خصائص ذلك

الشخص بحيث يسلك كما لو أنه هو ذلك الشخص، كما يعتنق أفكاره ومشاعره وآراءه وقيمه ومعاييره [ممدحة سلامة، 1994: 152]

وهو ما أكده أيضًا [Parsons, 1987] في أن التوحد هنا يتم إما سعياً للحصول على الأمن أو خوفاً من فقدان الحب، كماأن غياب الوالد من نفس الجنس أو شعور الطفل بعدم كفاية الوالد من نفس الجنس يؤديان إلى اضطراب في هويته الجنسية وعلى النقيض لما سبق يشير [Cohen et, al, 1994] إلى أن أمهات هؤلاء الأبناء عادة ما يتسمن بالدفء العاطفي والحماية الزائدة هذا من جانب، ومن جانب آخر قد يكون للتنميط الجنسي أيضاً دور بالغ الأهمية في تشكيل الهوية الجنسية وهي من المجالات التي تلعب فيها عملية التنشئة الاجتماعية دوراً رئيسياً. فالفرد يتعلم من خلال احتكاكه بأفراد المجتمع ما هو ملاءم وما هو غير ملائم لدوره الجنسي [كاجان جيروم، بول مسن، جون بخر، 1986: 268]

وهو ما اتضح فعلياً من خلال المقابلة حيث كان المفحوص هو الابن الوحيد للأم، والتي كانت تخشى عليه بشكل مفرط وهو ما جعلها تتغاضى عن سلوكه واهتماماته الجنسية، كما لم يكن له أصدقاء من نفس جنسه حتى في مرحلة التعليم الابتدائي حيث كان يفضل اللعب مع الإناث واللعب بالألعاب الأنثوية، وحتى لما علمت والدته بميوله الأنثوية لم تنهره أوتعدل من سلوكه اعتقاداً منها أن الزمن كفيل بأن يجعله يمارس حياته بشكل عادي مثله مثل أقرانه وهو ما نصحت به أيضاً صديقاتها بأن الأمر سينتهي ولا داعي للقلق عليه.

أما زوج الأم فكان مشجعاً ومدعماً لسلوك المفحوص ولميوله الأنثوية، وهو ما أكده [Green, 1974, 1987] بأن تشجيع بعض الأمهات على المسالك الأنثوية للأبناء قد يؤدي إلى كف خصائص الذكورة وزيادة الخصائص الأنثوية، وهذا قد يؤدي –أحياناً– إلى كراهية الطفل لجنسه ورغبته في الانتماء إلى الجنس الآخر، مما ينبئ باضطراب الهوية الجنسية.

وهو ما أكدته أيضاً دراسة كل من: [John, 1987; Sue et, al, 1990: 293; Barlow & Durand, 1995: 419] في أن تشجيع الآباء لأولادهم الذكور على التصرف كالإناث والاعتماد المفرط على الأم في كل شيء وسلوك الانتباه الزائد عند الأبوين لهذا الطفل والحماية المفرطة له وعدم غرس مفاهيم حول الذات الجسمية والأخلاقية والشخصية لديه، بالإضافة إلى غياب الأب كنموذج للطفل الذكر، وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة يؤثر سلبياً في التنميط الجنسي لدى الأطفال الذكور بالإضافة إلى قلة الاحتكاك باللعب مع الصبيان والخلفية الثقافية للطفل تعتبر من العوامل المساعدة والمسجعة على نمو اضطراب الهوية الجنسية.

ومن هنا يرى [Cohen et, al, 1994] أن الطفل عادة ما يكتسب الأنماط السلوكية

الخاصة بهويته الجنسية من خلال التدعيم والإثابة للاستجابات المتناسبة مع النمط الجنس للطفل ومعاقبة الاستجابات غير المرغوبة بحيث تميل الاستجابات التي يتم تدعيمها إلى أن تقوى وتتكرر وتُعمم على المواقف المشابهة، اما الاستجابات التي يُعاقب عليها الطفل فإنها تختفي أو تضعف أو يقل حدوثها، وهو ما أكده أيضاً [Green, 1987] من قبل في أن اضطراب الهوية الجنسية للذكور يمثل علامة أو دلالة على اضطراب العلاقة مع الوالد وتشجيع الأم للمسالك الأنثوية للطفل من خلال حمايته وتدليله مما قد يؤدي إلى تثبيت ميوله واتجاهاته الأنثوية.

ويتفق مع النتائج السابقة دراسة [Bee. H, 1989] والتي ترى أن التدعيمات الوالدية السلبية والإيجابية –التي يتلقاها الطفل– للمسالك المرتبطة بالهوية الجنسية تساعد الطفل على تكوين صيغة معرفية داخلية تساعده على تصنيف الناس لذكور وإناث ومعرفة السلوك المناسب للجنس بحيث تؤثر هذه الصيغة المعرفية المرتبطة بجنس الطفل على إدراك الطفل وتفكيره وذاكرته وسلوكه واتجاهاته تجاه جنسه وتجاه الجنس الآخر، ومن ثم فإنها تسهم في تحديد هويته الجنسية.

أما عن اضطراب العلاقة بين الوالدين [سواء كانت بالطلاق أو بالانفصال] –وهو ما عانى منه المفحوص فعلياً حيث توفى والده وهو في سن الثمان سنوات وتزوجت أمه بآخر– بالإضافة إلى تكرار عقاب الطفل وإشعاره بعدم الأمن وعدم الاتساق في معاملته، وهو ما عانى أيضاً منه المفحوص مع زوج أم متساهل وغير مبالي أو مهتم وعلى النقيض تمامًا من تسلط الأم وحمايتها الزائدة للمفحوص وهي كلها عوامل خطرة كما أكد كل من [Trepper & Dankoski, 1998] تنبئ باكتئاب الطفل واضطراب هويته الذاتية والجنسية وهو ما أكدته أيضاً دراسة كل من: [Fossum & Mason, 1986; Maffitt & Caspi, 1998; Carroll, 2000; إسعاد عبد الله، هيفاء اليوسف، 2013] والتي توصلوا فيها أيضاً إلى أن الأطفال الذين يتلقون معاملة سيئة في طفولتهم سواء من الوالدين أو أحدهما أو من المقربين –[حيث ذكر المفحوص في المقابلة أنه تعرض لاعتداء شديد بالضرب المبرح من أحد الشيوخ لما علم برغبته وميوله الأنثوية، كما تعرض في هذه الفترة أيضاً لاعتداء جنسي من زملائه في المدرسة]– وهو ما قد يؤدي إلى انتهاك جميع القيم التي كونها وتتولد لديه تناقضات والتي تكون بمثابة عوامل مساعدة على تشكيل هوية جنسية مضطربة، ومن هنا قد تنشأ لديه مشاعر من الخزي والتي تكون سرية وداخلية وعميقة، وتنطلق بسبب التعرض للإساءات المختلفة وخصوصاً في مرحلة الطفولة، فإذا كان الشعور بالذنب بسبب القيام بالسلوك الخطأ فإن الخزي هو الشعور بأن الفرد هو الخطأ وولد في هذه الدنيا خطأ، وهذا الشعور عادة ما يسيطر على المضطربين بالهوية الجنسية.

الامتثال والانصياع لممثلي السلطة وقيمها:

تبين من نتائج اختبار الشخصية المتعددة الأوجه MMPI حصول المفحوص على (86) درجة تائية (ملحوظ) وذلك على مقياس الانحراف السيكوباتي (ب.د) وهو ما يعني أن المفحوص يحارب ضد شيء يكون عادة شكلاً من أشكال الصراع مع نماذج السلطة ولكن تفعيل الصراع بصورة ظاهرة ليس أمراً حتمياً، إلا أن التمرد والعدائية نحو نماذج السلطة يكونان واضحين، وهو ما تم تبينه في المقابلة وباقي الاختبارات الأخرى أيضاً.

وهو ما يعني بدوره وكما يشير [محمد أحمد خطاب، 2008: 86] عدم امتثال المفحوص للواقع، وبالتالي فإن الأنا الذهاني يهدر الواقع في سبيل أخذه جانب رغبات الهي، والنتيجة الطبيعية لهذا أن يشبع الأنا الدوافع العنيفة والتدميرية للهي (عدوان مكبوت) أو أن يتجه للذات وهو ما تم تبينه في المقابلة الإكلينيكية من إقدام الفحوص على الانتحار من خلال تناوله مجموعة من أقراص منع الحمل.

توصيات الدراسة:

- ضرورة استكمال الدراسات التتبعية لمن تحولوا جنسياً بالفعل ولمن لم يتحولوا وما هي أهم المتغيرات النفسية والجسدية والاجتماعية التي لحقت بهم، وما مدى قدرتهم على التكيف مع الوضع الجسدي الجديد لمن تحولوا جنسياً للجنس الآخر بالفعل.
- العمل على إيجاد آلية علمية عملية متكاملة اجتماعياً ونفسياً وأسرياً وطبياً وثقافياً وإعلامياً وأكاديمياً للتعامل بالشكل الأمثل مع مضطربي الهوية الجنسية.
- ضرورة توفير وتفعيل مكاتب لرعاية الأطفال والمراهقين نفسياً واجتماعياً تضم أطباء وأخصائيين نفسيين واجتماعيين لاكتشاف المشكلات النفسية والاجتماعية بصفة عامة واضطراب الهوية الجنسية بصفة خاصة مبكرا.
- ضرورة وضع برامج إرشادية وعلاجية وتثقيفية للأهل واللأبناء من المصابين باضطراب الهوية الجنسية لمساعدتهم على اجتياز هذه الأزمة على النحو الأفضل.

مراجع الدراسة

أولا: المراجع العربية:

1. أحمد حسين خيري (2014): اضطراب الهوية الجنسية وأبعاد الذكاء العاطفي لدى مضطربي الهوية الجنسية بالمعاهد الحكومية الخاصة، مجلة كلية التربية، المجلد (25)، العدد (99)، يوليو 2014، ص.ص: 1-46، جامعة بنها، كلية التربية.
2. أحمد عبد العزيز سلامة (1956): بحث في تطبيق اختبار تفهم الموضوع على حالات مرضية، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية التربية، قسم علم النفس التربوي.
3. أحمد عزت راجح (1964): الأمراض النفسية والعقلية "أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية"، دار المعارف، القاهرة.
4. أحمد عكاشة (1998): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
5. أحمد عكاشة، سينوت حليم دوس (1988): الجنس الثالث، كتاب اليوم الطبي، عدد (76)، 15 مايو 1988، دار أخبار اليوم، القاهرة.
6. أحمد فائق (1967): التحليل النفسي بين العلم والفلسفة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
7. أحمد فائق (1984): مدخل إلى علم النفس، ط4، مطبعة كومت للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
8. أحمد فائق (2001): الأمراض النفسي الاجتماعية نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
9. أحمد محمد عبد الخالق (1987): قلق الموت، عالم المعرفة، العدد (111)، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
10. أحمد محمد عبد الخالق (1989): استخبارات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
11. أحمد محمد عبد الخالق (1991): اختبار إيزنك للشخصية، دليل تعليمات الصيغة العربية (للأطفال والراشدين)، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
12. أنا. م. كرنج، جون. م. نيل، شيرل. ل. جونسون، جيرلد. س (2015): الاضطرابات الجنسية (في) علم النفس المرضي: الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، ترجمة: هناء شويخ، أمثال هادي، فاطمة سلامة، ملك جاسم، نادية عبدالله، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
13. أوتو فينخل (2006): نظرية التحليل النفسي في العصاب، الكتاب الثاني، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

14. أولتمانزنيل دافيسون (2000): دراسة حالات في علم النفس المرضي، ترجمة: رزق سند، تقديم: لويس مليكه، د.ن، القاهرة.
15. باربرا ويتمر (2007): الأنماط الثقافية للعنف، ترجمة: ممدوح يوسف عمران، عالم المعرفة، العدد (337)، مارس، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
16. بدر محمد الأنصاري (2000): قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
17. برنارد نوتكات (1963): سيكولوجية الشخصية، ط2، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
18. برونو كلوبفر، هيلين دافيدسون (1965): تكنيك الرورشاخ، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.
19. بشرى إسماعيل (2004): ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
20. بيللاك ليوبولد (2012): اختبار تفهم الموضوع للراشدين "التات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
21. جابر عبد الحميد جابر (1986): نظريات الشخصية "البناء– الديناميات– النمو– طرق البحث– التقويم"، دار النهضة العربية، القاهرة.
22. جابر عبد الحميد، علاء كفافي (1995): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.
23. جوزيت جورج عبد الله (1988): أثر تغيب الأب في مرحلة الطفولة المبكرة على النمو العقلي والنفسي للطفل، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
24. جون كونجر، يول موشن، جيروم كيجان (1981): سيكولوجية الطفولة والشخصية، ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، جابر عبد الحميد جابر، دار النهضة العربية، القاهرة.
25. حامد عبد السلام زهران (1991): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
26. حسن مصطفى عبد العاطي (1992): ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية، مجلة كلية التربية، العدد (19)، جامعة الزقازيق، كلية التربية، ص.ص: 261–320.
27. دافيد شيهان (1988): مرض القلق، ترجمة: عزت شعلان، مراجعة: أحمد عبد العزيز سلامة، عالم المعرفة، العدد (124)، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
28. داليا راشد العتيبي (2005): إدراك المعاملة الوالدية وعلاقته بكل من اضطراب الهوية وقوة

الأنا وأحادية العقيلة لدى عينات من المراهقين والشباب الكويتيين، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الكويت.

29. دانييال لاجاش (1965): المجمل في التحليل النفسي، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
30. دانييال لاجاش (1986): وحدة علم النفس، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
31. رأفت عسكر (1996): ظاهرة تعاطي المخدرات كما يعرضها الخطاب السينمائي المصري، دراسة نفسية اجتماعية باستخدام تحليل المضمون، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
32. رزق سند (2005): قراءات في علم النفس الجنائي، د.ن، القاهرة.
33. رشاد موسى (1991): سيكولوجية الفروق بين الجنسين، دار المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.
34. روبرت بيرنس، هارمارد كوفمان (2015): الأفعال والأساليب والرموز في رسم الأسرة المتحركة، ترجمة: إيناس عبد الفتاح، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
35. روي شيفر (2012): الدراسة التحليلية النفسية لمحتوى الرورشاخ "مساهمات التحليل النفسي في الاختبار الإسقاطي"، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة
36. ريتشارد م. سوين (1979): علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية، القاهرة.
37. زكريا إبراهيم (1976): مشكلات فلسفية "مشكلات البينه"، العدد الثامن، مكتبة مصر، القاهرة.
38. سامي محمود علي (1970): ثبت المصطلحات بنهاية الموجز في التحليل النفسي، تأليف: سيجموند فرويد، ترجمة: سامي محمود علي، وعبد السلام القفاس، مراجعة: مصطفى زيور، دار المعارف، القاهرة.
39. سامية القطان (1980): كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الأول، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
40. سامية القطان (1981): المقياس المقنن للغرائز الجزئية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
41. سامية القطان (1983): كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الثاني، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
42. سامية القطان (2007): قراءات في علم النفس الإكلينيكي، ب.د، القاهرة.

43. سعاد عبد الله البشر، هيفاء اليوسف (2013): دراسة مقارنة لمفهوم الذات والشعور بالخزي لدى المضطربين بالهوية الجنسية والأسوياء، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (22)، العدد (78)، يناير 2013، ص.ص: 247-275، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.
44. سعد جلال (1986): في الصحة العقلية "الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية"، دارالفكر العربي، القاهرة.
45. سعدية بهادر (1983): من أنا؟ مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.
46. سيجموند فرويد (1963): ثلاث مقالات في نظرية الجنس، ترجمة: سامي محمود علي، مراجعة: مصطفى زيور، دار المعارف بمصر، القاهرة.
47. سيجموند فرويد (1973): خمس حالات في التحليل النفسي، الجزء الثاني، ترجمة: صلاح مخيمر، وعبده ميخائيل، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
48. سيجموند فرويد (1982): الحياة الجنسية، ترجمة: جورج طرابيشي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت.
49. سيد محمد غنيم (1975): سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
50. سيد محمد غنيم، هدى برادة (1964): الاختبارات الإسقاطية، دار النهضة العربية، القاهرة.
51. السيد محمد محمد فرحات (1997): غياب الأب وأثره على الدور الجنسي لدى الأبناء، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس.
52. صفوت فرج (1989): القياس النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
53. صفوت فرج، عبد الفتاح القرشي (1999): دور متغيرات القرابة للأسير والنوع والمرحلة التعليمية في التبنؤ باستجابات أبناء الأسرى الكويتيين على مقياس تنسي لمفهوم الذات، مجلة دراسات نفسية، المجلد (14)، العدد (2)، ص.ص: 157- 181، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم"، القاهرة.
54. صلاح الدين عبد العظيم السرسي (1990): الآثار النفسية لغياب النموذج الأبوي، دراسة في عملية التنشئة الاجتماعية، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
55. صلاح الدين محمد أبو ناهية (1989): استخبار إيزنك للشخصية "صورة الراشدين" كراسة التعليمات، دار النهضة العربية، القاهرة.
56. صلاح الدين محمد أبو ناهية (1989): استخبار إيزنك للشخصية "صورة الراشدين" كراسة

الأسئلة، دار النهضة العربية، القاهرة.
57. صلاح مخيمر (1964): في علم النفس العام، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.
58. صلاح مخيمر (1980): في سيكولوجية النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
59. صلاح مخيمر (1980): في سيكولوجية النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
60. صلاح مخيمر (1981): المفاهيم- المفاتيح في علم النفس، مكتبة الأنجلو المصري، القاهرة.
61. طلعت منصور (1995): أسس علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
62. عاشور محمد دياب (2001): فعالية الإرشاد النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة التربية وعلم النفس، المجلد (5)، العدد (1)، جامعة المنيا.
63. عبد الرحمن محمد عيسوي (1971): علم النفس في الحياة المعاصرة، دار المعارف بمصر، القاهرة.
64. عبد المنعم الحفني (1994): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،ط4، مكتبة مدبولي، القاهرة.
65. عبد الله عسكر (1988): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
66. عدنان حب الله (1989): التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان، مركز الإنماء القومي، بيروت.
67. عطية محمود هنا، محمد سامي هنا (1973): علم النفس الإكلينيكي "التشخيص، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.
68. عماد محمد أحمد مخيمر، عزيز بهلول الظفيري (2003): خبرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية، مجلة دراسات نفسية، المجلد (13)، العدد (3)، يوليو 2003، ص.ص: 447-486، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم"، القاهرة.
69. فاتن السيد علي (1992): دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التي يتعرض لها أطفال المؤسسات وأطفال قرية الأطفال، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.
70. فرج أحمد فرج (1967): الظواهر العدوانية لدى الجانحين، دراسة في التحليل النفسي باستخدام اختبار تفهم الموضوع، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، فرع الدراسات النفسية.

71. فرج عبد القادر طه (1980): سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج "دراسة نظرية وميدانية" في التوافق المهني والصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة
72. فرج عبد القادر طه (1986): علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار النهضة العربية، القاهرة.
73. فرج عبد القادر طه (2005): علم النفس وقضايا العصر، ط8، مكتبة بداري للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
74. فرج عبد القادر طه (2012): سيكولوجية الشخصية والكفاية الإنتاجية، دار مصر للطباعة، القاهرة.
75. فيصل عباس (1993): إسقاط الشخصية في ضوء اختبار تفهم الموضوع والرورشاخ، دار المسيرة، بيروت.
76. ك. هول، ج. لندزي (1971): نظريات الشخصية، ترجمة: فرج أحمد، قدري حفني، لطفي فطيم، مراجعة: لويس كامل مليكه، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
77. كاجان جيروم، بول مسن، جون نجر (1986): أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، مكتبة الفلاح، الكويت.
78. كالفن. س. هول (1990): مبادئ علم النفس الفرويدي، ترجمة: دحام الكيال، الكتاب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة.
79. كرمن محمد حسن (2001): دينامية العلاقة بين إدراك الصور الوالدية والبناء النفسي لدى الأبناء غير الشرعيين، دراسة إكلينيكية مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
80. كلفن .س. هول (1960): الشخصية بتحليل فرويد، ترجمة: محمد فتحي، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة.
81. لويز. ب. أيمز، ريتشارد ووكر (1965): استجابات الأطفال على اختبار الرورشاخ "اتجاهات النمو من سن سنتين إلى سن العاشرة"، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.
82. لويس كامل مليكه (1990): اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
83. لويس كامل مليكه (1992): علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
84. لويس كامل مليكه (2000): اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص "مؤشرات التحليل الكمي

في ضوء الجداول المحلية للمعايير الوصفية والكمية المصورة"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

85. لويس كامل مليكه (2000): دراسة الشخصية عن طريق الرسم، ط8، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

86. مالك بدري (1966): سيكولوجية رسوم الأطفال "اختبار رسم الإنسان وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية"، دار الفتح للطباعة والنشر، بيروت.

87. ماهر محمود الهواري (1971): دراسة تجريبية مقارنة في التعيين الذاتي وصورة الجسم في فئات إكلينيكية مختلفة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

88. محمد أبو الخير (1998): إدراك صورة الأب وتقديرالذات لدى الأبناء من الطلاب الجامعيين، مجلسة دراسات نفسية، المجلد (8)، العدد (3)، ص.ص: 419-452، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم"، القاهرة.

89. محمد أحمد محمود خطاب (2010): ديناميات الاكتئاب لدى عينة من المراهقين "دراسة إكلينيكية"، مجلة الخدمة النفسية، المجلد (2)، العدد (4)، يوليو 2010، ص.ص: 194-235، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

90. محمد أحمد محمود خطاب "أ" (2014): ديناميات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أطفال غزة "دراسة إكلينيكية" المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (24)، العدد (84)، يوليو 2014، ص.ص: 310-358الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.

91. محمد أحمد محمود خطاب "ب" (2014): ديناميات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضابط شرطة "دراسة حالة" مجلة الإرشاد النفسي، العدد (38)، إبريل 2014، ص.ص: 87-137، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة.

92. محمد أحمد محمود خطاب (2008): العنف لدى المراهقين "دراسة تحليلية متعمقة"، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

93. محمد أحمد محمود خطاب (2013): ديناميات التبول اللاإرادي لدى الأطفال "دراسة إكلينيكية" مجلة الخدمة النفسية، المجلد (2)، العدد (5)، ديسمبر 2013، ص.ص: 157-116، مركز الخدمة النفسية، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.

94. محمد شحاته ربيع (1995): قياس الشخصية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

95. محمد شعلان (1979): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.
96. محمد شعلان (1997): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الأول، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.
97. محمد عبد الظاهر الطيب (1977): العصاب القهري وتشخيصه باستخدام اختبار تفهم الموضوع، طنطا، مكتبة سماح.
98. محمد عبد المجيد عبد العال السيد (2006): بعض متغيرات الذات والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى مضطربي الهوية من طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد (61)، مايو 2006، ص.ص: 3-267، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة المنصورة.
99. محمود إبراهيم عبد العزيز فرج (2013): فاعلية العلاج النفسي الإيجابي في خفض ضغوط أحداث الحياة وتنمية المهارات الحياتية لدى طلاب الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (23)، العدد (79)، إبريل 2013، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص.ص: 333-394، القاهرة.
100. محمود أبو النيل (1976): علم النفس الاجتماعي، وزارة التربية والتعليم، القاهرة.
101. محمود الزيادي (1969): علم النفس الإكلينيكي "التشخيص النفسي"، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
102. محمود عبد الرحمن حمودة (1991): النفس أسرارها وأمراضها، د.ن، القاهرة.
103. محمود عبد الرحمن حمودة (1998): الطفولة والمراهقة "المشكلات النفسية والعلاجية"، ط2، د.ن، القاهرة.
104. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (1974): الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع، بحث ميداني، مصر.
105. مصطفى زيور (1963): تعاطي الحشيش كمشكلة نفسية، التحليل النفسي لحال التخدير بالحشيش ونمط شخصية متعاطيه، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.
106. مصطفى زيور (1994): مقدمة (في) ثلاث مقالات في نظرية الجنسية، ط3، تأليف: سيجموند فرويد، سامي محمود علي، راجعها: مصطفى زيور، دار المعارف، القاهرة.

107. مصطفى فهمي (1976): الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة.
108. ممدوحة سلامة (1994): علم النفس الاجتماعي "أنت وأنا والآخرون"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
109. مها إسماعيل الهلباوي (1988): الاكتئاب وصورة الجسم كما تظهر في الرسم الإسقاطي "دراسة إكلينيكية متعمقة" رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
110. مها الكردي (1982): التوافق والتكيف الشخصي والاجتماعي لدى أطفال الملاجي اللقطاء، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد (17)، العدد (1-3)، القاهرة.
111. ميخائيل لام (1997): دور الأب في حياة الطفل "منظور متعدد الأبعاد، ترجمة: عادل عبد الله، الشركة المتحدة للنشر والتوزيع، القاهرة.
112. ميلاني كلاين (1994): التحليل النفسي للأطفال، ترجمة: عبد الغني الديدي، دار الفكر اللبناني، بيروت.
113. نانسي رسمي مرقص (2013): أزمة الهوية وعلاقتها بالبناء النفسي لدى عينة من المراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية والمقيمين بدور الرعاية "دراسة سيكومترية إكلينيكية"، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية التربية، قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي.
114. نجيب إسكندر وآخرون (د.ت): الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي، دار النهضة العربية، القاهرة.
115. نيفين مصطفى زيور (2002): في الواقع النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
116. نيفين مصطفى زيور (2006): في التحليل النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
117. نيفين مصطفى زيور (2013): التخييل "دراسة في التحليل النفسي"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
118. هاشم بحري (2015): ظاهره التحول الجنسي، كليه الطب، قسم الطب النفسي، جامعه الازهر ،القاهرة.
119. هناء أبو شهبة (2000): القياس الإسقاطي، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

120. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington, DC: Author.

121. American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5th), New School Library, Washington, DC, London, England.

122. Andrews, B. (1995): Bodily Shame as a Mediator Between Abuse Experiences and depression, Journal of Abnormal psychology, 104 (2), 227- 280.

123. Andrews, B. (1995): Bodily Shame as a Meditor Between Abusive Experiences and depression, Journal of Abnormal psychology, 104 (2), 227- 285.

124. Aron, T. Beck. (1967): Clinical, Experimental and Teoretical Aspects, Harper and Row, Publishers, INC.

125. Arthur, B. (1997): The Relationship between perceived parental attachment, homosexual identity formation, psychological adjustment and parent awareness of gay and lesbian young adults Dissertation abstracts international, 57 (9), 41-45.

126. Badaines, J. (1986): Identification, Imitation and Sex Role Preference in father present and father absent, Black and clinicians boys, Journal of psychology, (92), 15- 42.

127. Bakker, A., Van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J. G. and Bezemer, P. D. (1993): The prevalence of transexualism in the Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87. 237- 238.

128. Barlow, D. and Durande, V. (1995): Abnormal psychology, An Integrative Approach, New York: Brooks Cole Publishing Company.

129. Beaty, L. (1999): Identity development of homosexual youth and parentl nd familial influences on the coming out process, adolescence, 34 (35), 597- 601.

130. Bee, H. (1989): The developing child, New York, Harper and Row Publishers.

131. Beichman, J. and Zucker, Hood, J. (1992): A review of the long term effects of child sexual abuse, child Abuse and Neglect, 16 (1), 101- 118.

132. Beitchman, J. and Zueker, Hood, J. (1992): Areview of the long term effects of child sexual abuse and neglect, 16 (1), 101- 118.

133. Bishop, J. and Lane, R. (2000): Father obsence and attitude of entitlement journal of contemporary psychotherapy, 30 (1), 105-117.

134. Black, K. and Kathryn, D. (1991): The effects of Parental on Sex Role development and scholastic achievement paper presented at the Annual, Convention of the association for Women in Psychology, Boston, Mar. 5-8.

135. Bodlund, Q. and Armelius, R. (1995): self image and personality traits in gender identity disorders. An empirical study, Journal of Sex and Marital therapy, 20 (1), 303- 317.

136. Bowlby, J. (1980): Attachment, Loss and Separation, (3), Basic Books, New York.

137. Bowlby, J. (1988): A Secure base: Parent child attachment and healthy human development, New York: Basic Books.

138. Boyed, H. (2003) My Husband Betty love, sex and life with cross dresser, New York: Thunder Month Press.

139. Bradley, S. J. and Zucher, K. J. (1990): Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents, Canadian journal of psychiatry, 35, 477- 486.

140. Calam, R. and Franchi, C. (1987): Child abuse and its consequences abservation approcaches, New York: Cambridge University Press.

141. Carroll, R. (2000): Outcome of Treatment for gender dysphoria Journal of Sex Education and Therapy, 24 (3), 128- 136.

142. Charles, T. (1985) Effects of the Absoence of a father and other male models the development boys sex roles development psychology, 13, (5), 536- 538.

143. Chiland, C. (2000): The psychoanalyst and transsexual patient, International journal of psychoanalysis, 81 (1), 21- 34.

144. Chused, D. (1999): Male gender identity and sexual behavior, International Journal of Psychoanalysis, 80, (6), 1105- 1117.

145. Coates, S. (1992): The etiology of boyhook gender disorder: An Integrative model, In: J. W. Barron, M. N. Eagle and D. Wolitzky (Eds), Interface of psychoanalysis and psychology, Washington, D. C: American Psychiatric Association, 245- 265.

146. Cohen, Klettenis. P. T. and Arrindell, W. A. (1990): Perceived parental rearing style, Parental divorce and transexulism: A controlled study, psychological Medicine, 20, 316- 620.

147. Cohen, P. Derend, S. and Arrindells, S. (1994): Parental factors and transsexualism, In: C. Perris, W. Arrindell, M. Eisemann (Ed) Parenting and psychopathology, New York, John Wiley and Sons, 267- 279.

148. Comer, R. (1996): Fundamentals of Abnormal Psychology, New York: W. H., Freeman and Company.

149. Coonrod, D. J. (1981): Absence and inadequate fathering on children's personality development, Debcon, INC., Bloomington, Ind, P. 63- 187 of chapter one of this document.

150. David, H. and Singer, M. (1993): Psychological distress, problem behavior and family functioning of sexually abused adolescents inpatient, Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 32 (5), 954- 961.

151. Davison , G. and Neale, J. (1994): Abnormal psychology (6th ed). New York, John Wiley and Sons.

152. Deogracias, J. J. Johnson; L. L. Meyer; Bohlburg, H. F; Kessler, S. J.; Schober, J. M. and Zucker, K. J. (2007): The gender identity gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults, journal of sex research, 44 (4), 370-379.

153. Deutch, F. and W. F. Murphy (1962): The Clinical interview, (1), New York, International university, Press, INC.

154. Doll, J. D. and Batholow, B. (1992): Self reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual child abuse and neglect, 16 (60, 855- 864.

155. Donnellan, M. B. Trzesniewski, K. H. Robins, R. W. Moffitt, T. E. and Casp, A. (2005): Low self Esteem is Related to Aggression Antisocial Behavior and Delinquency, American Psychological Society, 16 (4), 328-335.

156. Drescher and J. Green. (2005): Homosexuality, Gay and Lesbian and Homosexual behavior, In Kaplen H. and Sodock B., Comprehensive text Book of psychiatry, (1), Sixth edition, Williams and Wilkins, 1936- 1965.

157. Eskin, M. et, at., (2005): Same sex sexual orientation, childhood sexual

abuse and suicidal behavior in university students in Turkey, Archives of sexual behabior, 34 (2), 165- 185.

158. Fossum, M. and Mason, M. (1986): Facing Shame, New York: Norton Press.

159. Fossum, M. and Mason, M. (1986): Facing Shame, New York: Norton Press.

160. Gelfand, D. Jenson, W. and Prew, C. (1997): Understanding child behavior disorders, New York: Harcourt Brace College Publishers.

161. Glasser, D. and Frosh, S. (1993): child sexual abuse, New York, MacMillan.

162. Green, R. (1974): Sexual identity conflicts in children and Adults, New York: Basic Books.

163. Green, R. (1987): The Sissy Boy Syndrome and the Development of Homosexuality, New Haven: Yale University Press.

164. Hart, T. and Heimberg, R. (2001): Presenting Problems among treatment Seeking Gay, Lesbian and bisexual Youth, Journal of Clinical Psychology, 57 (5), 625- 626.

165. Hartmann, H. (1964): Essays on Ego Psychology, International Universities, Press, New York.

166. Hetherington, F. (1991): The effects of father absence on child development, young children, 233- 248.

167. Holiday and E. Wagner (1992): Stability of unusual varbiztion on the Rorschach forout patients with Schizophrenia, Journal of chemical psychology, March, 48 (2).

168. John, W. (1987): Effects of father absence on sex typed behaviors in male children, journal of Genetic Psychology, 130 (1), 3-10.

169. Jordan , J. (1997): Women growth in Diversity, New York: The Guilford Press.

170. Kaplan, H. Sadok, B and Grebb, A. (1994): Synopsis of psychiatry, London: Williams and Wilkins.

171. Kazdin, A. (2000): Encyclopedia of psychology. A.P.A, Oxford: university Press, (3).

172. Maffitt, T. and Caspi, A. (1998): Annotation: Implications of Violence between intimate partners for child psychologists, psychiatrists, Journal of child psychology and psychiatry, 39 (2), 137- 149.

173. Margarita, E. (185): Sex Role development of preschoolers from two parent and one parent families parents, Merrill Palmer quarterly, u. 31 (1), 33-46.

174. Max, S. (1995): A clinical Approach to childhoode gender identity disorder, American Journal of Psychotherapy, 44 (2), 260- 281.

175. Miach, P. Berah, E. Butcher, J. and Rouse, S. (2000): Utility of the MMPI (1-2) in assessing gender dysphonic patients, journal of personality assessment, 75 (2), 268- 279.

176. Muhajarine, N. et, al, (2008): Person perception and place what matters to health and quality of life, social indicators Research, 85, (1), 53-80.

177. Munck, E. (2000): A retrospective study of adolescent visiting adanich clinic for sexual disorder, international journal of adolescent Medicine and health, 12 (2), 215- 222.

178. Mussen, P. and Disler, D. (1989): Masculinity, identification and father son relationship, journal of Abnormal and Social psychology, 59 (1), 350- 356.

179. Norton, K. and Dolan, B. (1996): Personal disorder and parenting, In: M. Gopgert, J. Webster and Seeman (Eds) Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families, Cambridge university Press, 219- 232.

180. Okasha, A. and sadek, A. (1978): Patterns of sexual behavior attitudes and deviations among Egyptian universities students, the National Review of social Sciences , 1 (15), 3-12.

181. Otway, L. J. and Vignoles, V. L. (2006): Narcisissm and Childhood recollections: A. Ountitative test of psychoanalytic predictions, Predictions, Personality and Social Psychology Bulletin, 32, 104- 116.

182. Parsons, J. (1987): classical theories of sex role Socialization, In: I. Frieze, J. Parsons; P. Johnson; D. Ruble and G. Zellman (Eds) Women and sex role, A. Social Psychological perspective, New York, W.W. Norton, 75- 132.

183. Phillips, A. et, al, (2007): The Undesired self and emotional experience a latent variable analysis, Journal of Social and Clinical psychology, 26 (9), 1035- 1048.

184. Pomerantz, E. (2001): Parent and Child Socialization: Implication for Development of Depressive Symptoms Journal of Family Psychology, 15 (3), 510- 525.

185. Prout, H. and Prout, S. (1996): Global self concept and its relationship stressful life condition, In Bruce A (Ed), Handbook of self concept: Developmental, Social and clinical considerations, New York: John Wiley and Sons.

186. Rappaport, H. (1992): Measuring defensiveness against Future Anxiety: Telperssion, Current Psychology Research and Review, 10 (1), 65-77.

187. Reber, A. (1995): Dictionary of Psychology England: Penguin Books 2n (ed).

188. Ridge, S. and Feeney (1998): Relationship history and relationship attitudes in gay male and lesbian attachment style and gender in Australian and New Zealand, journal of psychiatry, 23 (6), 848-859.

189. Rosalind, Minksky (1996): Psychoanalysis and Gender an introductory reader Rout Ledge, London.

190. Spataro, J. Moss, S. and Wells, D. (2001): Child sexual abuse: a reality for both sexes, Australian psychologist, 36 (3), 177- 183.

191. Stevenson, J. and Michael, R. (1985): The effects of single parenting on sex role development the effects of the art Research in child development, Canada Uni. April, 25- 28.

192. Stevenson, M. and Black, K. (1992): Sex Role development and father absence comparing meta analysis, paper presented at the Annual Meeting the Midwestern Psychological Assoiation, Chicago, May, 5-7.

193. Sue, D. Sue, D. and Sue, S. (1990): Understanding Abnormal Behavior, Boston: Houghton Mifflim.

194. Sundbom, E. and Bodlund, Q. (1999): prediction of outcome in transsexuals by means of the defencse mechanism test nd multivariate modeling, perception of motor skills, 88 (1).

195. Taher, N. (2007): Self concept and masculinity gender identity

disordes, journal of social Behavior personality, 35 (4), 469-478.

196. Trapper, T. and Dankoski, M. (1998): Substance abuse and dependence, In: L. Abata (Ed) family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior, New York, The Guilford Press, 358- 376.

197. Zucher, K. J. and Green, R. (1992): Psychosexual disorders in children and adolescents, journal of child psychology and psychiatry, 33, 107- 151.

The dynamics of Transsexual With Male
(Case study)

Prepared by Dr. Mohamed Ahmed Mahmoud Khattab

Department of Psychology - Faculty of Arts - Ain Shams University

The present study aims to shed light on the phenomenon of Transsexual With male from the psychoanalytic point of view to get to the real cause behind its spread; by using the clinical approach representing the ideological curve marked by its comprehensive and integrated investigation of the individual developmental history as the study unit on a sample of one just case from male .

The researcher used the following study tools:

1 - Deep Clinical Interview.

2- M.M.P.I Test.

3- E.O.Q Test.

4- Self Concept Test.

5- Self Esteem Test.

6 – H.T.P Test.

7 – T.A.T (Thematic Apperception Test).

8- Rorschach Ink Blot Test.

In order to identify the psychological construction and unconscious drives behind directing of male who suffer from of transsexual disorder.