
تصور مقترح لعلاج الجنسية المثلية

إعداد

د. سليمان الغديان

قسم علم النفس

جامعة الإمام - المملكة العربية السعودية

مجلة بحوث التربية النوعية - جامعة المنصورة

العدد الحادي عشر - يناير ٢٠٠٨

تصور مقترح لعلاج الجنسية المثلية

د. سليمان الغديان

ملخص الدراسة:

تعتبر الجنسية المثلية من الانحرافات الحساسة جدا التي لها تأثير كبير ليس على الشخص إلي يعاني منها وإنما المجتمع كذلك. ولكوننا مسلمون فإننا ننظر إليها على أنها مشكلة، حيث يحتاج من يمارسها إلى علاج. لهذا فان هذه الدراسة هي محاولة لتقديم طريقة علاجية تساعد العاملين في المجال النفسي والاجتماعي في مساعدة من يعاني من مشكلة الجنسية المثلية. فمن خلال الدراسات التي تناولت علاج هذه المشكلة وكذلك من خلال خبرة الباحث تم بناء هذه الطريقة. تقوم هذه الطريقة العلاجية على أساس أن تعديل السلوك المنحرف يحدث عن طريق تدخل فردي وتدخل اسري وتدخل رفاق وتدخل مدرسي (مهني). هذه الطريقة سوف تساعد بإذن الله تعالى المعالج على التعامل مع المشكلة بشكل أكثر كفاءة وفعالية.

المصطلحات الرئيسية:

الجنسية المثلية، اللواط، السحاق، العلاج المتعدد الأنظمة.

المقدمة:

إن العلاقة الجنسية الطبيعية يجب أن تكون بين الذكر والأنثى وان أي محاولة عن تغيير مسارها هو محاولة للدفاع عن الانحراف المخل بثمره الغريزة الجنسية وعن الغاية من هذه العلاقة. إن العقول البشرية السليمة تكاد تجمع على أن العلاقة الجنسية هي ممارستها بين الذكر والأنثى. وان كل من ينادي للخروج عن هذه القاعدة فهو سلوك شاذ ومرفوض من البشر لأنه أمر يخالف الفطرة السوية أولاً، وثانياً يخالف الغاية من الجنس الذي هو طاقة موجودة لدى كل إنسان تؤدي وظيفة هامه وهي التكاثر وعمارة الأرض. وثالثاً اعتداء على حق الرجل والمرأة في الإشباع الجنسي الطبيعي.

إن الحرية الشخصية هي ممارسة ما يريده الشخص بدون تحكم من الآخرين أو فرض قيود على سلوكه. ولقد كفلها الإسلام؛ حيث إنه جعل للشخص حرية السلوك وحرية الاختيار بحيث يسلك السلوك الذي يريد بدون تحكم من أحد. ولكن الإسلام اشترط في هذه الحرية الشخصية أن تكون وفق ضوابط معينة لا يجوز الخروج عنها؛ فعلى سبيل المثال الغريزة الجنسية، للشخص الحرية في إشباع هذه الحاجة بطريق الحلال أو عدم إشباعها (أي أن الإنسان يبقى أعزب) ولكن الأولى هو الإشباع.

ولكن المجتمعات الغربية نظرت إلى الحرية الشخصية نظرة مختلفة تماماً؛ حيث إن المدنية الغربية لرعونتها وانسياقها وراء الأهواء الذاتية والشهوات الآنية قد ضلت سبيل الهداية والرشاد. ونتيجة لتحرر الإنسان من ريقه الدين في تلك المجتمعات اندفع الإنسان إلى إشباع الدافع الجنسي بأي شكل يريده متجاوزاً الحدود الشرعية والأخلاقية. حيث انحرف في إشباع هذا الدافع وسلك طرقاً شتى. ومن هذه الطرق التي سلكها لإشباع رغباته الجنسية هو الجنسية المثلية (المواطىء - السحاق). إن الواقع الفعلي يشير إلى أنه مصاب بالأمراض الجسمية الخطيرة والإضطرابات النفسية والتفكك الأسري وغير ذلك. إن الانحرافات الجنسية تعتبر من أشد الإضطرابات النفسية تأثيراً على الفرد لأنها محرمة دينياً ومستهجنة اجتماعياً. ومن أكثر هذه الانحرافات تأثيراً على الفرد نفسه وعلى مجتمعه هو أو الجنسية المثلية.

هناك بعض من كان مدافعا عن السلوك الجنسي الشاذ، وانه سلوك فطري ناتج تغيرات داخل الجسم لا دخل للشخص الشاذ بها وأنها ليست مرضاً، إلا أن هذا البعض قد غير رأيه مع الوقت وبدا ينظر إلى الشذوذ الجنسي على انه مرض وينبغي تقديم العلاج عنه. يقول (Bhugra 2004) إلى أن سبيتزر Spitzer كان له دور قوي في حذف السلوك الجنسي الشاذ من قائمة الإضطرابات النفسية في الكتاب التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders وانه قد غير رأيه إلى القول بان الشذوذ الجنسي سلوك مرضي. ويقول Spitzer (2001) عن نفسه إنني كنت من المدافعين عن حقوق الشواذ ضد المعارضين للشذوذ وانه في عام 1973 كان لي دور في حذف الشذوذ الجنسي من قائمة الإضطرابات النفسية وكان لي احترام وتقدير كبير من جمعيات الشواذ. وعلى حسب رأي المؤيدين للشذوذ فان الشخص الذي يمارس الشذوذ لسنوات من الصعب عليه أن يغير هذا السلوك.

ولكون هذا السلوك شاذ ومخالف للفطرة التي أودعها الله سبحانه وتعالى في الإنسان فإن الاستمرار في خداع النفس يتوقف ويعود الإنسان إلى صوابه. يؤكد هذا التغيير في الموقف Spitzer من التأييد ويشدة للممارسة الشذوذ الجنسي وأنه سلوك طبيعي إلى موقف المعارضة وأنه مرض يحتاج إلى علاج. يشير (Spitzer, 2003) إلى أنه وجد أن بعض الحالات التي قام بدراستها قد حدث لها تغيير كبير في سلوكها الجنسي من السلوك الجنسي الشاذ إلى السلوك الجنسي الطبيعي أي أنها صارت تتجه جنسيا إلى الجنس الآخر عن طريق علاج إصلاحى Reparative therapy. ونتيجة لهذا الاكتشاف أصبحت الآن عدوا للممارسة الجنسية الشاذة ولجماعات الشذوذ (Spitzer, 2003).

إن الحديث عن المرارة التي يعيش فيها الشاذ لا يمكن أن توصف إلا من خلال من عاشها. يقول احد الشواذ عن معاناته مع السلوك الجنسي الشاذ، لقد خرجت في النهاية إلى أن الشذوذ الجنسي هو السبب في شعوري بالوحدة وعدم الإحساس بطعم السعادة. لقد كنت ابحث عن مخرج لهذا السلوك الشاذ الذي يخالف سلوك الأسياء من الناس، ولكنني أجد بعض من أصدقائي من جماعة الشواذ محاولات إقناعي على أنني قد ولدت بهذا الشذوذ (Paulk, 1997).

أشار Nicolosi في مقدمة كتابه- العلاج الإصلاحي للمثليين جنسيا- إلى أن حركة التحرر للشواذ جنسيا بدأت في عام ١٩٦٩ وذلك في مدينة نيويورك حيث أخذت على عاتقها مطلبين أساسيين وهما. الأول: التسامح، وينص هذا على قيام الحركة بالمطالبة بحقوق الشواذ عن طريق مساواتهم من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية مع بقية أفراد المجتمع. المطلب الثاني وهو القبول: قيام الحركة بإقناع الناس الأسياء بأن الشذوذ الجنسي شيء طبيعي وأنه أمر عادي (Nicolosi, 1991).

نتيجة للضغوط الشديدة على المعارضين لشذوذ و الدعم الكبير سياسيا وماديا التي تتلقاه جمعيات الشواذ لم يكن هناك أي توجه من الجانب العلاجي للشذوذ الجنسي الذي انتشر في بلاد الغرب انتشار النار في الهشيم. السبب في ذلك هو اعتقاد هؤلاء أن هذا السلوك الجنسي الشاذ هو سلوك فطري وليس مرضي وكذلك إقناع الآخرين منهم في بداية طريق الشذوذ بذلك، إذا كيف تعالج أشخاص ليس لديهم أمراض. يشير (Eidenberg, 1998) إلى أن هناك بعض المعالجين يقول أن عددا من الشواذ الذين ماتوا بسبب مرض الإيدز قد بحثوا عن علاج لسلوكهم الجنسي الشاذ ولكنهم لم يجدوا الدعم بل وجدوا الإنكار من جماعات الشذوذ وأنه ليس هناك علاج لشذوذهم(ص.٥٠).

ومع ذلك فإن هناك العديد من العاملين في المجال النفسي من يعتقد بان الشذوذ الجنسي مرض وان هناك علاج له وذلك قبل أن يتم حذف الجنسية المثلية من الكتاب التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. ومن أمثلة هذه المحاولات العلاجية ما قام به ألبرت أليس (Ellis, 1959). حيث انه في عام 1973 تم التصويت على حذف مصطلح الشذوذ الجنسي من قائمة الاضطرابات النفسية في الكتاب التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM 3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders كمرض نفسي واعتبار الشذوذ

الجنسي (الجنسية المثلية) خلل عضوي واضطراب في الجينات وليس اضطرابا نفسيا 1994, (Berger).

ومع ذلك استمر بعض العاملين في المجال النفسي ينظر إلى الجنسية المثلية على أنها اضطراب وان له علاج وذلك لأن هناك العديد من الشواذ من كان يطلب العلاج في تغيير اتجاهه الجنسي المثلي إلى الاتجاه الطبيعي (الغيري). أشار (Bhugra, 2004) بان هناك عددا من المعالجين النفسيين ينظرون إلى الشذوذ الجنسي على انه مرض لا بد من علاجه. حيث أنهم يقومون بتقديم الإرشاد والتوجيه المناسب لمساعدة مرضاهم بعلاج شذوذهم الجنسي عن طريق تغيير اتجاهاتهم الجنسية. وأشار كذلك إلى أن هناك علاج إصلاحى Reparative therapy أو (علاج تحويلي Conversion therapy) يهدف إلى أن سبب الانجذاب نحو نفس الجنس ناشئ بسبب اضطراب في النمو وأنه يمكن إزالته عن طريق بناء ثقة قوية بنفس الجنس الذي ينتمي إليه (ذكر- أنثى) واعتزازه بها (Bhugra, 2004).

ونتيجة لذلك فقد ظهر المدافعون للجنسية المثلية في وجه القائلين بتقديم العلاج النفسي للمثليين. حيث أشار Haldeman (1994) إلى أن أي عمل نفسي يهدف إلى تغيير الاتجاه الجنسي للمثليين باستخدام العلاج الإصلاحى يعتبر عمل غير أخلاقي. وهذا يدل على شدة تعصب هؤلاء المؤيدين للشذوذ الجنسي. ومع استمرار الضغوط التي تمارسها جماعات الشواذ فقد أيدت جمعية الإرشاد الأمريكية قولهم وتبنت رأيهم. ففي عام 1998 أصدرت جمعية الإرشاد الأمريكية قرارا بان أي محاولة علاجية لتغيير الاتجاه الجنسي للمثليين يعتبر تعدي على حقوقهم وأنها غير أخلاقية لأن الجنسية المثلية لا تعتبر اضطرابا نفسيا (Throckmorton, 1998).

لهذه العوامل والضغوط فان التركيز في العلاج النفسي المقدم للشواذ جنسيا هو للاضطرابات المصاحبة للشذوذ وليس للشذوذ نفسه. حيث كان يقدم خدمات علاجية للاضطرابات النفسية التي يعاني منها الشواذ كالقلق الإكتئاب و الرهاب الاجتماعي ومحاولات الانتحار والتفكير به. ومن أمثلة ذلك ما قام به Safran & Rogers في استخدام العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة حالتين في التغلب على الصعوبات النفسية التي يواجهانها (Safran & Rogers, 2001). وكذلك من الاضطرابات التي يعاني منها الشواذ الناتجة من عدم تقبل الناس لهم رهاب الشذوذ Homophobia. يقصد برهاب الشواذ هو الخوف والاشمئزاز وعدم الراحة والنفور حيث يصاب بها الشخص عندما يتعامل مع الشواذ جنسيا وخصوصا العاملين في المجال النفسي (Hudson, 1980, & Ricetts).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كونه دراسة لموضع في غاية الحساسية على المستوى الفردي وعلى المستوى الجماعي وهي مشكلة الجنسية المثلية الذي ازداد انتشارا وأصبح ظاهرة مقلقة لجميع شرائح المجتمع الوالدين- المعلمين- الأخصائيين وغيرهم من المهتمين وعليه تكمن أهمية الدراسة في جانبين:

الجانب الأول جانب نظري

وهو محاولة جريئة وجادة لتسليط الضوء على مشكلة في غاية الحساسية وهي مشكلة الجنسية المثلية التي أصبحت تُوَرَّق الكثير من المهتمين في المجال النفسي والاجتماعي لأنها الأكثر حساسية من بين مشاكل الشباب الأخرى ولا تنتشرها بالرغم من أن الإحصائيات الرسمية لا تؤكد ذلك. حيث أن هذه الدراسة سوف تثير اهتمام الباحثين والمهتمين أن يتناولوا هذه المشكلة بالمزيد من الدراسة والتحليل.

جدول رقم (١): عدد الحالات التي مارست الانحراف الأخلاقي (الجنسية المثلية)

اسم الدار	١٤٢٥	١٤٢٦
دار الملاحظ الاجتماعية بالرياض	٤١٥	٤٠
دار الملاحظ الاجتماعية بجدة	٢٢٢	٧٥
دار الملاحظ الاجتماعية بالمدينة المنورة	١٣٣	٤٩
دار الملاحظ الاجتماعية ببريدة	١١٨	٩
دار الملاحظ الاجتماعية بالدمام	٢٤٦	٢٥
دار الملاحظ الاجتماعية بابها	٢٦	١٨
دار الملاحظ الاجتماعية بحائل	٢٦	٣٠
دار الملاحظ الاجتماعية بتيوك	٤٩	١٣
دار الملاحظ الاجتماعية بالباحة	٢٩	٩
دار الملاحظ الاجتماعية بالجوف	٢١	٢٩
دار الملاحظ الاجتماعية نجران	٧	١
دار الملاحظ الاجتماعية بجازان	١٣٠	١٧
دار الملاحظ الاجتماعية بعرعر	-	١
المجموع	١٤٢٢	٣١٦

المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي. وزارة الشؤون الاجتماعية لعامي (١٤٢٥)، (١٤٢٦).

يشير الجدول رقم (١) على تناقص عدد الحالات التي مارست الجنسية المثلية في دور الملاحظة الاجتماعية في المملكة. ففي عام ١٤٢٥ سجلت ١٤٢٢ حالة بينما ٣١٦ حالة في عام ١٤٢٦. وهذا لا يدل على أن ممارسة الجنسية المثلية بدأت تتناقص كما هو واضح من الجدول، فالحالات التي لا تسجل كثيرة جدا وذلك بسبب أنها تتم برضا الطرفين أو لأنها لا تصل إلى الشرطة.

الجانب الثاني جانب تطبيقي

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة الإسهام في تقديم طريقة علاجية لعلاج الجنسية المثلية للحالات التي تعاني من هذه المشكلة. حيث أن هذه الطريقة سوف تفيد بإذن الله تعالى المهتمين في

التعامل مع هذه المشكلة من الأخصائيين النفسيين العاملين في المجال النفسي لعلها تساعدهم في التقليل من هذه الظاهرة عن طريق تقديم الخدمة العلاجية المناسبة لهذا الانحراف.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث على المنهج الوثائقي لتحقيق هدف الدراسة وذلك من خلال مراجعة الدراسات التي تناولت ظاهرة الجنسية المثلية. ويقصد بالمنهج الوثائقي "الجمع المتأني والدقيق للسجلات والوثائق المتوفرة ذات العلاقة بموضوع مشكلة البحث ومن ثم التحليل الشامل لمحتوياتها بهدف استنتاج ما يتصل بمشكلة البحث" (Hill, 1969, p43)؛ حيث تناولت إسهامات الآخرين من ناحية تفسير الجنسية المثلية. وكذلك تناولت آراء المؤيدين والمعارضين للجنسية المثلية. بالإضافة إلى مراجعة إسهامات المهتمين في الجانب العلاجي من خلال دراساتهم في علاج هذه المشكلة.

مصطلحات الدراسة:

المصطلح الأساسي الذي تحتويه هذه الدراسة هو الجنسية المثلية وهو المحور الأساسي الذي تدور عليه هذه الدراسة.

الجنسية المثلية Homosexuality

يقصد بالجنسية المثلية هو الرغبة الجنسية أو الممارسة الجنسية مع شخص من نفس الجنس (Davison & Neale, 1978). أو التفضيل الجنسي (الميل الجنسي) لشخص من نفس الجنس (Carson, Butcher & Mineka, 1996).

ويشير عاقل (١٩٨٥) إلى أن الجنسية المثلية إما أن تكون:

- ١- اتصال جنسي بين فردين من جنس واحد.
- ٢- انجذاب جنسي إلى فرد من نفس الجنس (ص- ٥٣).

من خلال هذه المعلومات يتبين لنا أن الجنسية المثلية تشمل نوعين من الممارسات الجنسية الشاذة:

١- اللواط:

يقصد به الممارسة الجنسية بين رجل ورجل. فالرجل "لا يميل جنسيا إلا إلى رجل مثله... وقد يلعب احد الرجلين في مثل هذه العلاقة دور المرأة والأخر دور الرجل" (جلال، ١٩٨٥، ص٤٠٨)

٢- السحاق

يقصد به هو ممارسة العملية الجنسية بين امرأتين حيث "لا تميل المرأة إلا إلى امرأة مثلها... تلعب إحدى المرأتين دور الذكر وتلعب الأخرى دور الأنثى" (جلال، ١٩٨٥، ص٤٠٨).

العلاج المتعدد الأنظمة Multisystemic treatment

العلاج المتعدد الأنظمة طريقة في علاج السلوك المنحرف للأحداث المنحرفين جاءت كرد فعل على الطرق العلاجية المستخدمة في علاج الانحراف السلوكي لأنها كانت تنظر إلى المشكلة

السلوكية من زاوية واحدة فقط. يقول (Henggeler & Borduin, 1990) أن العلاج المتعدد الأنظمة يركز على تقييم شامل للعوامل التي لها إسهام في المشاكل السلوكية. وأن التدخلات العلاجية تركز على الأنظمة (الفرد- الأسرة- الرفاق- المدرسة- المجتمع) التي لها دور في هذه المشكلة السلوكية (ص ٢٨).

النظريات المفسرة للجنسية المثلية

نظريات التحليل النفسي:

تقوم نظريات التحليل النفسي في تفسيرها للسلوك الجنسي الشاذ على أساس الخوف من الاتصال الجنسي مع الجنس المخالف (الخوف من الغيرية) (Bieber, et al., 1961). إن العلاقة الجنسية الشاذة قائمة على الصراع في إقامة علاقة مع الجنس الآخر. وأن هذا الصراع مبني على عقدة اوديب كما بينها فرويد وأيده بها أتباعه. تقول عقدة اوديب أن الطفل الذكر في حوالي السنة الرابعة من عمره يتمنى أن يمتلك أمه ويقتل أبيه. ويكون إشباع هذه الرغبات الجنسية مصحوبة بمخاوف من انتقام الأب عن طريق اخصائه (Davison & Neale, 1978).

يوضح ذلك احد التحليليين المعاصرين وهو Nicolosi، حيث يقول أن التنشئة الأولى في حياة الطفل، البنت والولد يتوحدون مع الأم لأنها هي المصدر الرئيسي في الرعاية والاهتمام. ومع النمو والتقدم في السن فإن البنت تستمر في توحدتها مع الأم لاكتساب وظيفة الأم الصفات الأنثوية. بينما الولد يحتاج إلى وظيفة أخرى حيث يسعى إلى التحول من التوحد مع الأم إلى التوحد مع شخص آخر (الأب). من خلال علاقة الولد بوالده فإنه يتحول إلى التوحد معه لاكتساب الصفات الذكورية والتي مهمة جدا في نموه الطبيعي (كرجل) (Nicolosi, 1991).

ويضيف كذلك بان السلوك الجنسي عند المثليين يحدث بسبب مشكلة في النمو بين الأب والابن. فالنمو عند الأشخاص ذوي السلوك الجنسي الطبيعي (الغيرية) يحدث نتيجة للدعم التوجيهية والتعاون الذي يقدمه الوالدان للولد من اجل عدم التوحد مع الأم والعمل على التوحد مع الأب. وال فشل في هذا يسبب العجز في تشكيل الهوية الجنسية الذكورية (Nicolosi, 1991).

النظرية السلوكية:

يرى علماء النفس السلوكيين أن الجنسية المثلية سلوك متعلم (مكتسب). يشير (1991) Gletman إلى أن الجنسية المثلية بالنسبة للولد هو تعرضه لاعتماد وإغراءات جنسية من رجل كبير، و البنت عندما تتعرض لاعتماد وإغراءات جنسية من أمراه كبيرة. أي انه مع تكرار هذه الإغراءات والاعتمادات يتولد هناك ارتباط شرطي يؤدي إلى تنبه الجنس لدى هذا الشخص بمثيرات من نفس الجنس. وبصورة أوضح يقول (1998) Throckmorton أن التكيف مع الجنسية المثلية يحدث عندما يتبع هذا السلوك الجنسي بتعزيز جسمي (الشعور باللذة) أو تعزيز اجتماعي (تشجيع).

النظرية البيولوجية:

دعى المؤيدين للشذوذ الجنسي على أن الجنسية المثلية هي أمر بيولوجي. لهذا لا يمكن أن يلام الأشخاص الذين يمارسون السلوك الجنسي الشاذ لأنه أمر لا يتحكمون به خارج عن إرادتهم. لهذا فإنه يجب على المجتمع تقبلهم وتقبل السلوكيات التي يقومون بها. وتقوم النظرية البيولوجية على الأسس التالية:

فروق تشريعية:

هناك دراسة قام بها (LeVay 1991) تبين من خلالها أن هناك فرق بين حجم المخ لدى الشواذ وبين غير الشواذ. حيث أوضح ذلك في دراسته الأخرى (LeVay 1993) عن الفروق بين الشواذ والعاديين في حجم المخ. حيث وجد أن هناك فروق في حجم المخ بين الشواذ والعاديين وهذا الفرق راجع إلى السلوك الجنسي لديهم. حيث يقول إلى أن الجزء الأمامي من الهيبوثلامس يكون صغيرا في النساء عنه لدى الرجال. ولقد وجد أن هذا الجزء يكون صغيرا عند الأشخاص الذين يمارسون الشذوذ الجنسي بينما يكون اقل منه لدى الأشخاص العاديين في سلوكهم الجنسي. وأضاف كذلك إلى أن هذا الجزء قريب جدا في حجمه من الحجم الموجود لدى النساء. أي أن المخ لدى النساء و المخ لدى الشواذ متشابهين، إذا فالسلوك الجنسي لديهما متشابه.

الجين الشاذ:

يعتقد أن سبب الشذوذ الجنسي لدى الشواذ ناتج عن وجود جين شاذ. وجد (1993) Hamer, Hu, Magnuson, Hu & Pattatucci أن الجين الشاذ الموجود على الكروموزوم X يحمل علامات جينية مميزة موروثه من أمهات الشواذ. حيث وجدوا أن هناك علامة جينية على الجين الشاذ تبين انه الجين الأنثوي الذي ينتقل عن طريق الأم.

العامل الغدي:

هناك من فسر الشذوذ الجنسي بين الرجال الشواذ والنساء الشاذات على انه خلل في إفراز الهرمونات من الغدد. أي أن السلوك الجنسي الشاذ ناتج عن اضطراب في إفراز الهرمونات الجنسية لدى هؤلاء الشواذ. في الدراسة التي قاموا بها حول إفراز الهرمونات الجنسية، وجد (1971) Loraine, Adamopoulose, Kirkam, Ismail & Dove إن بول ذوي الجنسية المثلية يحتوي على نسبة اقل من هرمون التستستيرون Testosterone عنه لدى ذوي الجنسية الغيرية. بينما في النساء وجدوا أن بول السحاقيات يحتوي على نسبة هرمون التستستيرون عالي مقارنة بالنساء ذوات الجنسية الغيرية. بالإضافة إلى ذلك فقد وجدوا أن بول السحاقيات يحتوي على نسبة اقل من هرمون الاستروجين (هرمون الأنوثة) مقارنة بالنساء ذوات الجنسية الغيرية.

التعليق:

هذه وجهة نظر كل فريق في تفسيره للجنسية المثلية. وقد أشار - الباحث - الغديان (٢٠٠٧) في دراسته عن مسببات الجنسية المثلية لدى الأحداث أكد على أن تفسير الشذوذ الجنسي

يعود إلى الاعتداء في مرحلة الطفولة والاستمرار عليه (تكوين ارتباط شرطي). وكذلك التنشئة الخاطئة بسبب ضعف العلاقة بين الشاذ جنسيا والده من ناحية، وقوتها من ناحية والدته. ويمكن توضيح ذلك من خلال النقاط التالية:

١. الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة والاستمرار عليه له دور كبير في نشؤ هذا الانحراف الجنسي (الجنسية المثلية). وهو ما تشير إليه نظرية التعلم التي أعطت تفسيراً منطقياً ومشاهداً للجنسية المثلية. وذلك عن طريق تكوين ارتباط شرطي لدى الشخص حيث يكون الإشباع الكامل لديه يتم عن طريق ممارسة الجنسية الشاذة.
٢. التنشئة الخاطئة بسبب ضعف العلاقة بين الشخص الذي لديه سلوك جنسي مثلي وبين والده من ناحية، وقوتها من ناحية والدته في مرحلة الطفولة إما بسبب ضعف شخصية الأب أو فقدانه. أو يكون السبب في ذلك إلى نشأة المثلي جنسياً بين النساء وبعيدا عن الرجال. وكذلك الحماية الزائدة من قبل الأم. حيث يكتسب الشخص هنا سلوكيات الأنثى ويجد صعوبة في القيام بسلوكيات الرجال. وهو ما تشير إليه النظرية التحليلية الحديث، كما ذكره (Nicolosi 1991)، لها وجه كبير من الصحة والتي تقول أن الخلل في التوحد مع الأب أثناء النمو في مرحلة الطفولة يسبب الميل للتوحد مع الأم وبالتالي اكتساب السلوك الأنثوي حيث أن هذه تثبته الحالات التي تم التعامل معها.
٣. أما النظرية البيولوجية فقد قدمت تفسيراً للجنسية المثلية غير منطقي وغير مقبول دينياً وعلمياً. فمن الناحية الدينية، فهذا الأمر محرم بجميع الشرائع السماوية غير المحرفة. حيث أن قولهم بأن الشذوذ الجنسي أمر فطري حيث ولدوا مزودين بالميل الجنسي الشاذ أمر مردود عليهم. لأن هذا السلوك الجنسي الشاذ لم يعرف قبل قوم لوط عليه السلام. فالله سبحانه وتعالى يخبرنا بأن قوم لوط هم أول من اخترع هذه الفعلة الشاذة. قال الله تعالى: (ولوطاً إذ قال لقومه أتأتون الفاحشة ما سبقكم بها من أحد من العالمين ❖ إنكم لتأتون الرجال شهوة من دون النساء بل أنتم قوم مسرفون ❖ وما كان جواب قومه إلا أن قالو أخرجوهم من قريبتكم إنهم أناس يتطهرون ❖ فأنجيناه وأهله إلا امرأته كانت من الغابرين ❖ وأمطرنا عليهم مطراً فانظر كيف كان عاقبة المجرمين) سورة الأعراف (آية ٨٠ - ٨٤). ومن الناحية العلمية ظهر انتقاد شديد لهذه النظرية وما تعطيه من تفسير صارخ للجنسية المثلية. فقد أشار (Perloff 1965) إلى أن الجنسية المثلية هو ظاهرة نفسية وليست متعلقة بالهرمونات وأن الغدد الصماء ليست مسئولة في إحداث هذا التغيير إلى السلوك الجنسي المثلي. وكذلك يقول (Karlen 1971) بأن الحقائق الكثيرة تثبت أن الجينات ليست سبباً في حدوث الجنسية المثلية. وأكد (Ross, Rogers & McCulloch 1978) إلى أن الهرمونات لا تلعب أي دور في تحديد نوع النشاط الجنسي أو التفضيل الجنسي وبالتحديد الجنسية المثلية. بالإضافة إلى ذلك يقول (Hoult 1984) أن النظرية البيولوجية تعتمد على حقائق قابلة للتساؤل إما لأنها أتت من دراسات مطبقة

على الحيوانات (الفئران) أو لأن منهج البحث الذي استخدم يعتريه القصور، لهذا فإن السلوكيين قد قدموا تفسيراً للسلوك الجنسي المثلي أكثر وضوحاً. ولقد قام كلا من Byne & Parsons (1993) بدراسة تحليلية للدراسات البيولوجية حول الجنسية المثلية حيث لاحظوا أنه لا توجد هناك دلائل على أن الجنسية المثلية ناتجة عن عوامل بيولوجية كما تدعيه النظرية البيولوجية.

دراسات سابقة تناولت علاج الجنسية المثلية:

كان هناك العديد من الطرق العلاجية المختلفة استخدمت لمساعدة الشواذ لكي يكون أسوياء. قام (Ellis, 1959) باستخدام العلاج العقلاني مع حالة (عمره ٣٥ سنة) تعاني من ممارسة الجنسية المثلية بشكل كبير وذلك لسنوات طويلة من عمره ويريد أن يغير من ميوله الجنسية المثلية من الرغبة في الرجال إلى الرغبة في النساء. وقد افترض أن هذه المخاوف والقلق والإكتئاب ومشاعر الذنب والعدائية التي يحملها المريض تقوم على أساس المعتقدات والأفكار السلبية (الخاطئة). حيث استطاع أن يتغلب على حدة القلق التي تنتابه عن طريق مهاجمة أفكاره ومعتقداته السلبية حول الجنسية المثلية التي تسبب مشاعر الذنب والخوف الشديد من الفشل من التعامل مع الجنس الآخر وإحلال معتقدات إيجابية. وقد استطاع في نهاية البرنامج العلاجي على التقليل من الميول المثلية وتكوين ميول جنسية قوية نحو النساء.

في الجزء الأول من الدراسة، قام (Feldman & MacCulloch, 1965) باستخدام Anticipatory Avoidance learning العلاج بالتنفير (وهي من أساليب الاشراف الكلاسيكي القائمة على نظرية التعلم) في علاج حالات الجنسية المثلية. عدد أفراد العينة ١٩ شاذ جنسياً في البداية حيث ترك البرنامج العلاج ثلاثة مرضى ليصبح العدد ١٦. تم عرض صور لشباب وسيم شاذ على المرضى (الأشخاص الذي يعانون من الشذوذ الجنسي) لمدة ٨ ثواني حيث يكون المريض في هذه الفترة قادراً على الاستجابة الجنسية لهذا المثير (يستثير جنسياً) في هذه الأثناء يجب على المريض أن يضغط على جهاز لتغيير الصور فإن لم يقم بالتغيير فإنه سوف يتلقى صدمة كهربائية. عندما يتبع المريض هذه الإجراءات (تغيير الصورة) فإنه لن يتلقى صدمة كهربائية، وبالتالي فإن المثير الجذاب له (الصور الشاذة جنسياً) لن تؤثر عليه أي أنها لن تثيره جنسياً. كان المريض في بداية التجربة لا يستطيع أن يقاوم إغراء الصور الشاذة مما جعله يفشل في تغيير الصور حيث كان يتلقى صدمات كهربائية. نتيجة هذه الدراسة تشير إلى أن هناك تحسن في عدد من الحالات باستخدام هذه الطريقة العلاجية.

الجزء الثاني من هذه الدراسة، استخدم (MacCulloch, Feldman & Pinshoff, 1965) نفس الطريقة العلاجية التي استخدمت في الجزء الأول حيث كان اهتمامهم في هذه الدراسة هو قياس الاستجابة التجنبية من المثير المنفر (الصدمة الكهربائية) وكذلك قياس معدل التغير في النبض وذلك لرؤية التغيرات الفسيولوجية المصاحبة أثناء ظهور المثير الجنسي.

بينما في الجزء الثالث من الدراسة، قام Feldman, MacCulloch, Mellor & Pinschof (1966) باستخدام نفس الطريقة في علاج الشذوذ الجنسي، وكان هدفهم في هذه الدراسة هو قياس مستوى الجنسية المثلية أو الغيرية الجنسية وذلك لقياس مدى التغير الذي يطرأ على المريض خلال فترة العلاج حيث اعدوا مقياسا لذلك.

قام Gold & Neufeld (1965) باستخدام إحدى أساليب نظرية التعلم في علاج الشذوذ الجنسي. حيث استخدموا العلاج بالتنفير عن طريق العلاج التخيلي التنفيري مع مراهق عمره ١٦ سنة. حيث طلب منه أن يسترخي وأن يتخيل نفسه في موقف منفر وان يري نفسه مع شخص كبير السن غير مغربي أي غير مثير جنسيا. وعندما يرتبط هذا الموقف مع الشخص فإنه يقوم بعد ذلك بتخيل شاب وسيم في هذا الموقف المنفر وبتكرار هذه العملية يؤدي ذلك إلى جعله لا يستثير جنسيا. بعد ذلك طلب من المريض أن يقرن تخيله بالشباب الوسيم المرتبط بالمثير المنفر بمثير جذاب فتاة. مما أدى إلى انطفاء رغبته الشاذة وتقويه ميوله الجنسية الغيرية (ميول طبيعية نحو النساء). الطريقة المستخدمة في هذه الدراسة هي استخدام مثيرات منفرة تخيلية (مواقف مخيفة أو مقرزة) تختلف عن طريقة العلاج التنفيري التي تستخدم المثيرات المادية مثل الصدمات الكهربائية.

في الدراسة التي أجراها Ramsay and VanVelzen (1968) نحو اتجاهات الشواذ وغير الشواذ نحو الجنس المغاير. توصلوا إلى أن غير الشواذ لا يتقبلون المواقف الجنسية المثلية، وكذلك فإن الشواذ لا يتقبلون المواقف الجنسية الغيرية. وأشاروا إلى أنه في علاج السلوك الجنسي الشاذ لابد من التعامل مع هذه المشاعر السلبية (الخوف والقلق من الجنس المغاير).

أشار Kraft (1970) إلى إمكانية استخدام التحصين المنظم Systematic Desensitization في علاج الجنسية المثلية وأنه أكثر فاعلية من العلاج بالتنفير عن طريق استخدام الصدمات الكهربائية. حيث قام Huff (1970) باستخدام التحصين المنظم في علاج شاب عمرة ١٩ سنة يعاني من الشذوذ الجنسي. استخدم مقياس MMPI ومقياس ليري للعلاقات الشخصية وذلك قبل بداية البرنامج وبعده. طلب من الحالة وضع مواقف جنسية مثيرة للقلق (علاقة جنسية مع فتاة) في شكل مدرج من الأقل إثارة للقلق في الأسفل إلى الأشد إثارة للقلق في الأعلى. يقوم التحصين المنظم على جعل المرأة من مثير منفر غير مقبول يثير الخوف إلى مثير مقبول ومحبيب. لقد أثبتت نتيجة هذه الدراسة إلى أن التحصين المنظم أدى إلى تحسن كبير في الحالة في النفور من السلوك الجنسي الشاذ إلى تقبل النساء والميل جنسيا إليهن.

بين Gray (1970) في الدراسة التي استخدم فيها عدة تكنيكات سلوكية في علاج شاب عمر ٢٢ سنة يعاني من الشذوذ الجنسي. حيث استخدم:

- طريقة التحصين المنظم Systematic Desensitization.
- استرجاع موقف مقرزة في حالة رؤيته لمثير جنسي شاذ (شاب وسيم).
- تخيل فتاة شبة عارية من أجل زيادة الاستثارة الجنسية الطبيعية.
- قراءة القصص المثيرة للسلوك الجنسي الطبيعي.

أثبتت نتائج هذه الدراسة على أن هناك نتائج ايجابية في مشكلة هذا الشاب حيث حدث تحسن كبير في سلوك الشاب الجنسي.

من ناحية أخرى، قام (Kendrick & McMullough, 1972) باستخدام طريقتين في علاج حالة شاب يعاني من الشذوذ الجنسي. في الجزء الأول من العلاج استخدم الطريقة الأولى وهي التعزيز الداخلي (الضمني) Covert Reinforcement حيث طلب من المريض أن يتخيل نفسه في ممارسة جنسية غيرية (طبيعية) مع امرأة. عندما تكون الصورة واضحة في ذهنه، يطلب منه أن يسترجع مواقف جنسية شاذة (كمعززات) حيث تستثيره جنسياً. بعد ذلك يطلب منه قطع تركيزه على هذا المعزز والتركيز على التخيل الجنسي الطبيعي. بتكرار هذه الطريقة استطاع المريض أن يزيد من رغباته الجنسية الطبيعية وتقل رغباته الجنسية الشاذة. أما الجزء الثاني من العلاج فقد استخدم فيه التحصين الداخلي (الضمني) Covert Sensitization يستخدم في هذه الدراسة لتقليل تكرار حدوث إلحاح الرغبات الجنسية الشاذة الملحة عن طريق ربط خمس خيالات (مواقف) جنسية شاذة بألفاظ منفرة تثير الغثيان والاشمئزاز، بينما من الناحية الأخرى يتم تعزيز الخيالات الجنسية الطبيعية (الغيرية) عن طريق خيالات ومواقف غير جنسية. أثبتت نتيجة هذه الدراسة على أن الخيالات الجنسية الشاذة تعزز الخيالات الجنسية الطبيعية.

كذلك قام (Maletzky & George, 1973) باستخدام لتحصين الداخلي (الضمني) وهو ربط مواقف جنسية شاذة غير مرغوبة بمناظر منفرة مثل (البراز- البول- الحشرات- الاستفراغ- السمعة الحقيرة عند الناس). لم تعطي هذه الدراسة نتائج ايجابية بسبب اعتمادها على أسلوب واحد.

من ناحية أخرى فقد استخدم (Blitch & Haynes, 1972) بعض الفنيات السلوكية في علاج فتاة تعاني من الجنسية المثلية، والفنيات السلوكية هي:

- طريقة التحصين المنظم Systematic desensitization
- الاسترخاء Relaxation
- تكرار السلوك Behavior Rehearsal
- لعب الأدوار Role playing
- استخدام العادة السرية Masturbation

أيدت نتيجة هذه الدراسة على أن هذه الفنيات السلوكية يمكن استخدامها في علاج الجنسية المثلية لدى الفتيات.

قام (Barlow & Agras, 1973) باستخدام طريقة التبديل في عرض الصور المثيرة جنسياً. حيث استخدموا عرض صور مثلية (لشباب في أوضاع مختلفة) وصور لفتاة (في أوضاع مختلفة) لعلاج ثلاث حالات تعاني من مشكلة الجنسية المثلية. حيث يتم عرض صور الشاب أولاً مما يؤدي إلى الاستثارة الجنسية ثم إخفاء هذه الصور تدريجياً وإظهار صور الفتاة. ومع استمرار العرض أصبح هناك استثارة جنسية للجنس الآخر (صور الفتاة). لأن السلوك الجنسي المنحرف يحدث بسبب وجود

مثير غير مناسب يؤدي إلى ظهور استجابة جنسية غير مناسبة. وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن التعريض للصور هو المسئول في تغيير المثير المتحكم في الاستثارة الجنسية. حيث أن حالتين انخفضت حدة الاستثارة بالصور المثلية (صور الشاب) بشكل كبير وذلك بعد التجربة (في فترة المتابعة).

كذلك استخدم (1974) Rehm & Rozensky عددا من الفنيات في علاج حالة شاب

يعاني من الشذوذ الجنسي وهي:

- تعليم : حيث يهدف إلى إعطاء المريض معلومات صحيحة عن الشذوذ الجنسي لإزالة المفاهيم الخاطئة والسلبية.
- طريقة التحصين المنظم وذلك للتقليل من القلق الناتج من الاتصال مع الجنس الآخر.
- طريقة ادارة الذات Self-management تهدف إلى التحكم في السلوك الجنسي الشاذ عن طريق عد الاتصال الجنسي (الممارسة الجنسية) بشكل أسبوعي.
- التحصين الداخلي(الضمني) covert sensitization وهو ربط مواقف جنسية شاذة تخيليا مع مناظر تثير الاشمزاز والنفور.
- الاشراف المنفر Aversive Conditioning تعريض المريض لصدمة كهر بائية عند ظهور صورة جنسية شاذة.
- الابتعاد عن المثير المنفر Aversion relief وهو الارتباط بين الابتعاد عن الصدمة الكهربائية (المثير المنفر) عن طريق الضغط على الزر للحصول على صور لنساء أو لعلاقات جنسية طبيعية.
- استخدام العادة السرية (Masturbation) ممارسة العادة السرية عند رؤية صور جنسية مثلية ثم تغيير هذه الصور إلى صور جنسية طبيعية أثناء ممارسة العادة السرية للوصول إلى اللذة من خلال مشاهدة مثير جنسي طبيعي.
- التدريب على السلوك التوكيدي Assertive Training .

هذه الدراسة استخدمت هذه الأساليب العلاجية لتغطية أبعاد المشكلة لأنها تعتقد أن مشكلة الشذوذ ليس ناتج عن عامل واحد وإنما عن عدة عوامل حيث بينت هذه الدراسة على حدوث نتائج ايجابية.

كذلك قام (1975) McConaghy باستخدام طريقتين في علاج الشذوذ الجنسي. حيث استخدم العلاج بالتنفير بواسطة الصدمة الكهربائية والاشراط الايجابي. قسم عينة الدراسة إلى مجموعتين، الأولى استخدم معها الصدمة الكهربائية أثناء رؤية صور رجل عاري. أم الثانية فقد استخدم معها الاشراف الايجابي وهو ربط استثارة المريض جنسيا وذلك عن طريق رؤية صور رجال عراة بصور نساء عرايا ثم بعد ذلك تكون صور تبين العملية الجنسية بين رجال ونساء (الجنسية الغيرية) مما يؤدي إلى أن لا يستثير المريض عندما يرى صور الرجال بينما تكون الصور الجنسية للنساء هي التي تستثير المريض. أشارت نتيجة هذه الدراسة إلى استخدام العلاج بالتنفير عن طريق الصدمة الكهربائية و الاشراف الإجرائي قلل من تأثير المثيرات الجنسية الشاذة (صور الرجال العارية).

كذلك قام Phillips, Fisher, Groves & Singh (1976) باستخدام طريقة التحصين المنظم في علاج شاب عمره ٣١ سنة يعاني من مشكلة الجنسية المثلية. وبعد نهاية البرنامج العلاجي أصبح الشاب قادرا على التواصل مع الجنس الآخر. وبعد ١٨ شهر من العلاج لم تحدث له انتكاسة (إقامة علاقة مع نفس الجنس).

لقد أشار Keener (1986) إلى أن هناك عدد من الأساليب أو الطرق العلاجية التي استخدمت في تعديل وجهة الشواذ جنسيا من الميل الجنسي إلى نفس الجنس إلى الميل الجنسي الآخر (الميل الطبيعي) وهي:

- ١- العلاج النفسي التحليلي.
- ٢- العلاج السلوكي ويشمل:
 - العلاج بالتنفير.
 - الاشراف الإجرائي
 - التحصين المنظم.

وكذلك فقد أوضح Shildlo, Schroeder & Drescher (2001) أن هناك أساليب علاجية أخرى تم استخدامها في علاج الجنسية المثلية وهي: العلاج الديني والعلاج بالصدمات الكهربائية.

ومن الطرق العلاجية التي استخدمت في علاج الجنسية المثلية طريقة تدعى علاج إصلاح (تعويضي) Reparative therapy. ظهرت هذه الطريقة العلاجية في بداية التسعينات كرد فعل على انتشار الجنسية المثلية حيث قام بها المناهضين لها من العاملين في مجال الصحة النفسية ومن الأفراد العاديين. حيث عمل هؤلاء على إقناع الناس على أن الجنسية المثلية مؤذي وأنه خطيرة كبيرة وأنه سلوك يمارس بالاختيار من قبل الشخص وأنه يمكن علاجه وتغييره (Christianson, 2005). يعتبر Joseph Nicolosi أستاذ علم النفس العيادي واحد رواد العلاج الإصلاح (صاحب كتاب يحمل اسم الطريقة العلاج الإصلاح (التعويضي) ومن المناهضين بشدة لدعاة الجنسية المثلية القائلين بان الشواذ مولودين هكذا وأنه ليس لهم علاج (Nicolosi, 1993).

يعتمد العلاج الإصلاح (التعويضي) على عددا من الأساليب أو الطرق العلاجية والتي استمدت من النظريات العلاجية المختلفة. حيث أشارت إلى ذلك Christianson (2005) وهي:

١. العلاج السلوكي اخذ منه الأساليب التالية: العلاج بالتنفير، الصدمة الكهربائية، التنفير بالدواء، إعادة الارتباط الشرطي الجنسي.
٢. العلاج السلوكي المعرفي اخذ منه الأساليب التالية: تسجيل الأفكار والسلوكيات الجنسية، الحديث مع الذات، إعادة تشكيل الأفكار، صرف الانتباه عن المشاعر أو الخيالات الجنسية الشاذة إلى أنشطه أخرى، استخدام خيالات سلبية في حالة الشعور الجنسي الشاذ أو في حالة الأفكار الجنسية الشاذة.
٣. العلاج الديني.

٤. العلاج الطبي إعطاء الشاذ الدواء المناسب.
 ٥. العلاج التحليلي اخذ منه التنويم المغناطيسي.
 ٦. أساليب علاجية أخرى: التشجيع على الزواج، تعليم مهارات العلاقة مع الجنس الآخر.
- يقول (LeVay, 2003) كانت هناك محاولات علاجية لتغيير التوجه الجنسي للشواذ من التوجه لنفس الجنس إلى التوجه نحو الجنس المغاير. ومن المحاولات العلاجية التدخل الجراحي عن طريق الخصى حيث كان الشاذ يتم خصية، زرع خصية، إعطاء هرمونات جنسية، عمليات جراحية للمخ، التعريض للصدمة الكهربائية، عقاقير تحدث الغثيان. نتيجة لذلك فإن معظم هذه الطرق العلاجية المستخدمة لم تنجح في علاج الشذوذ، بل أن لها آثار جسدية ونفسية كبيرة على بعض الحالات (LeVay, 2003).
- أثبت العلاج الإصلاحي (التعويضي) Reparative therapy جدواه في علاج حالات كثيرة تعاني من الشذوذ الجنسي. فقد ذكرت Christianson (2005) أن هناك العديد من الدراسات التي أشارت إلى أن استخدام العلاج الإصلاحي في علاج حالات الشذوذ أدى إلى نتائج ايجابية ونتائج سلبية. فالنتائج الايجابية التي حدثت لبعض الحالات: حدوث الميل والرغبة الجنسية نحو الجنس الآخر ومعرفة العوامل المسببة للشذوذ. وكانت الآثار السلبية التي ظهرت على البعض الآخر من الشواذ هي: خيبة الأمل في التغيير من الجنسية المثلية إلى الغيرية (الطبيعية)، كراهية الذات، انخفاض تقدير الذات، التجرد من الشخصية الإنسانية، القلق، الإكتئاب، التفكير في الانتحار.
- يتضح من هذه الدراسات أنها استخدمت أساليب علاجية مختلفة في علاج حالات الجنسية المثلية. وسوف نتناول التعليق على هذه الأساليب العلاجية كما يلي:
١. التعامل مع الأفكار السلبية حيث تم استخدام هذه الطريقة في عدد من المحاولات العلاجية مثل: Rational psychotherapy (Ellis, 1959) وكذلك طريقة العلاج الإصلاحي Reparative therapy (Christianson, 2005).
 ٢. التنفير بالصدمة الكهربائية هذه الطريقة تم استخدامها في عدد من الدراسات مثل (Feldman & MacCulloch (1965)، (McConaghy, 1975). هذه الطريقة غير مناسبة لسببين. الأول لأن لها آثار سلبية على المريض من جراء الصدمات الكهربائية. السبب الثاني أنها تتطلب تامين مثيرات جنسية شاذة حقيقية (صور) وهذا لا يمكن عمله لأنه لا يجوز أخلاقيا وشرعيا.
 ٣. التحصين المنظم للتقليل من القلق الناتج من الاتصال مع الجنس الآخر. تم استخدامها في عدد من الدراسات مثل (Huff, 1970)، (Kraft, 1970)، (Blitch & Haynes, 1972)، (Rehm & Rozensky, 1974)، (Gray, 1970). وهذه الطريقة مهمة جدا وسوف تستخدم في الطريقة العلاجية المقترحة.
 ٤. التحصين الداخلي (الضمني) وهو العلاج بالتنفير عن طريق التخيل حيث يتم ربط مواقف جنسية شاذة غير مرغوبة بمناظر منفرة، حيث تم استخدام هذه الطريقة في عدد من

- الدراسات مثل (Gold & Neufeld, 1965) (Kendrick & McMullough, 1972) (Maletzky & George (1973) (Rehm & Rozensky ,1974). وهذه الطريقة مهمة جدا وسوف تستخدم في الطريقة العلاجية المقترحة.
٥. التعزيز الضمني (الداخلي) أن يتخيل نفسه في ممارسة جنسية طبيعية ثم بعد يسترجع مواقف جنسية شاذة (كمعززات) حيث تستثيره جنسيا. حيث تم استخدام هذه الطريقة في دراسة (Kendrick & McMullough, 1972). وهذه الطريقة سوف تستخدم في الطريقة العلاجية المقترحة.
٦. الاسترخاء Relaxation تم استخدام هذه الطريقة في بعض الدراسات مثل (Blitch & Haynes, 1972) وهو من الأساليب المهمة جدا في التخفيف من حدة القلق وكذلك في تطبيق بعض الطرق العلاجية المختلفة مثل التحصين المنظم والتحصين الضمني.
٧. تكرار السلوك وهو جعل المريض يمارس السلوك الشاذ حتى يصل إلى حد التشبع مما يؤدي به إلى الملل من هذا السلوك الشاذ وبالتالي النفور منه وتركه، وقد تم استخدام هذه الطريقة في إحدى الدراسات (Blitch & Haynes, 1972). وهذه الطريقة لا يمكن استخدامها لأنه لا يجوز شرعا أن نطلب من المريض أن يستمر بممارسة الفاحشة (السلوك الجنسي الشاذ) حتى تفقد لذتها بالنسبة له.
٨. استخدام العادة السرية عند رؤية صور جنسية مثلية ثم تغيير هذه الصور إلى صور جنسية طبيعية أثناء ممارسة العادة السرية للوصول إلى اللذة من خلال مشاهدة مثير جنسي طبيعي؛ حيث تم استخدامها في عدد من الدراسات (Blitch & Haynes, 1972) (Rehm & Rozensky (1974). وهذه الطريقة لا يمكن استخدامها لأنها لا تجوز شرعا (ممارسة العادة السرية و الصور الجنسية).
٩. التعليم هي تقديم معلومات مهمة للمريض فيما يتعلق بالسلوك الجنسي الشاذ حيث استخدمت في عدد من الدراسات (Gray, 1970) (Rehm & Rozensky (1974). وهذه الطريقة مهمة وسوف تستخدم في الطريقة المقترحة.
١٠. طريقة إدارة الذات تهدف إلى التحكم في السلوك الجنسي الشاذ عن طريق عد الاتصال الجنسي (الممارسة الجنسية) أو الرغبة في ذلك بشكل أسبوعي. وقد استخدمت في دراسة (Rehm & Rozensky (1974) وهذه الطريقة مهمة وسوف تستخدم في الطريقة المقترحة.
١١. التدريب على السلوك التوكيدي وهو مساعدة المريض لكي يستعيد ثقته بنفسه من خلال تفاعله مع الآخرين بثقة. وقد استخدم في دراسة (Rehm & Rozensky (1974). وهذه الطريقة مهمة وسوف تستخدم في الطريقة المقترحة.
١٢. التدخل الجراحي (الطبي) عن طريق الخصى حيث كان الشاذ يتم خصية أو زرع خصية أو إعطاء هرمونات جنسية أو عمليات جراحية للمخ، كما أشار إلى ذلك (LeVay, 2003).

من خلال هذه العرض فإنه يتبين أن هناك أساليب علاجية مهمة مختلفة قد استخدمت في هذه الدراسات، وفي المقابل هناك أساليب استخدمت في هذه الدراسات ولكنها لا تناسب بيئتنا الإسلامية لهذا فإنه لا يمكن أن نستخدمها. لهذا فإن الباحث قد استفاد من هذه الأساليب في تدعيم هذا البرنامج العلاجي المقترح.

التصور المقترح لعلاج الجنسية المثلية:

لقد تبني الباحث هذا التصور العلاجي الذي يتضمن عددا من الأساليب (التدخلات) المختلفة في التعامل مع هذه المشكلة لكي نستطيع أن نتعامل معها بشكل جيد وفعال. وتقوم هذه الطريقة العلاجية على المسلمات التالية:

١- أن الجنسية المثلية ليست مسألة بيولوجية ليس للفرد دخل فيها كما تدعيه النظرية البيولوجية وهذا مخالف للدين الإسلام الحنيف وسائر الشرائع السماوية الأخرى. أي أن الأشخاص الذين يعانون من هذه المشكلة يمكن علاجهم وجعلهم يتمتعون بالسلوك الجنسي الطبيعي (الغيرية).

٢- نظرا لتعدد هذه المشكلة وصعوبتها، فإنه لا يمكن لطريقة أو أسلوب علاجي واحد أن يتعامل معها بكفاءة. لهذا فإن هذه الطريقة العلاجية تستخدم التدخلات العلاجية المستخدمة في الدراسات السابقة بالإضافة إلى تدخلات أخرى وذلك لتغطية المشكلة بشكل كامل. ولكي تحقق النظرة الكاملة للمشكلة فإن الباحث اعتمد على طريقة العلاج المتعدد الأنظمة في معالجة السلوك المنحرف Multisystemic treatment . بما أن الجنسية المثلية هي انحراف جنسي فقد بين Henggeler على أن السلوك المنحرف لا يحدث بسبب عامل واحد وإنما بسبب عدة عوامل متداخلة. أي أن السلوك المنحرف يحدث نتيجة لعوامل متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض وهي الفرد والأسرة والرفاق والمدرسة والبيئة . (Henggeler, 1991)

٣- نظرا لأهمية الجانب الديني في حياة الإنسان بشكل عام، فهو في غاية الأهمية لدى الإنسان المسلم بشكل خاص. لهذا فإن الباحث سوف يركز على هذا الجانب لأن له تأثير كبير في تعديل السلوك المنحرف والتقليل أو إزالة من مشاعر الذنب وتأنيب الضمير.

التدخلات العلاجية:

طبقا لطريقة العلاج المتعدد الأنظمة فإن علاج السلوك المنحرف يتم عن طريق عددا من التدخلات: التدخل الفردي، التدخل الأسري، تدخل الرفاق، تدخل المدرسي. وهذه التدخلات تقوم أساسا نظرية العوامل المتعددة الأبعاد المسببة للسلوك المنحرف حيث أنه يحدث نتيجة لتأثير متبادل لتفاعل الأنظمة المختلفة الفرد- الأسرة- الرفاق- المدرسة- البيئة (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998). لهذا فإن الباحث سوف يستند على هذه التدخلات العلاجية لطريقة العلاج المتعدد الأنظمة في التعامل مع مشكلة الجنسية المثلية.

التدخل الفردي:

وهو أهم التدخلات العلاجية لأنه يتعامل مع الحالة بشكل مباشر حيث يشمل التدخل الفردي الجوانب التالية: الإستبصار والعلاج الديني والعلاج المعرفي السلوكي

أولاً: جانب الإستبصار

يشير (Corey, 1995) إلى أن الإستبصار هو إدراك العميل للأسباب الحقيقية التي تكمن وراء معاناته. يهدف هذا الجانب إلى مساعدة المريض على إدراك مشكلته (إنحرافه الجنسي المثلي) إدراكاً صحيحاً بحيث يبدأ يشعر بحجم المشكلة ومدى تأثيرها عليه. ويتم ذلك عن طريق:

١- حث المريض على الحديث عن مشكلة شذوذه الجنسي بشكل واضح وصريح حيث يتضمن

هذا النقاط التالية:

- يطلب من المريض أن يتحدث عن كيف بدأت المشكلة أي ماهي الأسباب التي أدت إلى حدوث هذه المشكلة ومتى بدأت ومع من بدأت ولماذا لم يتحدث عن المشكلة في بدايتها ولماذا استمر في ممارسة هذه السلوكيات الشاذة أي معرفة الأسباب والعوامل التي ساعدت على استمرار المشكلة (هي تلك الرغبة الملحة الصادرة من الشخص نفسه لممارسة هذا السلوك الجنسي الشاذ السلبي).

- حث المريض على استرجاع المواقف الايجابية (المحبة) والتي تعرض لها ولها علاقة بالسلوك الجنسي الشاذ والتي تثير الرغبة الجنسية الشاذة لديه.

- حث المريض على استرجاع المواقف السلبية (السيئة أو المخزية) التي تعرض لها والتي لها صلة بمشكلة السلوك الجنسي الشاذ والتي تثير الخزي والعار والخوف. أي أن المريض يتحدث عن تاريخ مشكلته.

٢- مساعدة المريض على إدراك الواقع الفعلي لسلوكه الجنسي الشاذ (الآن).

عندما يتحدث المريض عن مشكلته بشكل صريح فإنه يبدأ يدرك الواقع المر الذي يعيشه والسلوكيات الشاذة التي يمارسها ومدى المعاناة التي يعانها. وكذلك إدراك النظرة الحقيقية للمجتمع لسلوكه الجنسي الشاذ وللأشخاص الذين يمارسونه. والنهاية الحقيقة التي تنتظره نتيجة لسلوكه الشاذ كما حدثت للحالات الشاذة.

٣- مساعدة المريض على اتخاذ قرار صادق وجاد في طلب المساعدة (علاج مشكلته).

في هذه الحالة فإن المريض يصل إلى قناعه حقيقية ورغبة صادقة في الخروج من هذه المشكلة مما يجعل العملية العلاجية أكثر سهولة وتقبلاً.

ثانياً: الجانب الديني

العلاج الديني يعتبر من أهم أساسيات العلاج النفسي. وقد استخدم العلاج الديني في علاج الجنسية المثلية كما في طريقة العلاج الإصلاحية (التعويضي) التي استخدمها Nicolosi

(Christianson, 2005). ويعتبر من أهم الجوانب العلاجية المستخدمة في علاج الجنسية المثلية. يتم العلاج الديني عن طريق الأمور التالية:

- ١- التوبة إلى الله سبحانه وتعالى من هذا الفعل.
يجب على المريض أن يتوب إلى الله سبحانه وتعالى من الوقوع في هذه الفعلة الشنيعة. ويجب عليه معرفة حكم جريمة اللواط وعقوبة فاعله بالأدلة من القران الكريم ومن السنة النبوية المطهرة. وان يستشعر عقاب الله سبحانه وتعالى ليقوم لوط على فعلهم هذه الفاحشة التي ما سبقهم بها احد من العالمين.
- ٢- تقوية الوازع الديني عن طريق: الحفاظ على أداء الصلوات في أوقاتها مع الجماعة في المسجد، كثرة قراءة القران الكريم و الكتب النافعة، المداومة على الأذكار الشرعية في أوقاتها (بعد الصلاة- أذكار المساء والصباح وأذكار النوم)، كثرة الاستغفار، الصيام، صحبة رفاق صالحين.
- ٣- التشجيع على الزواج لأنها وصية النبي صلى الله عليه وسلم للشباب. إن الزواج يساعد المريض على إشباع الدافع الجنسي بالطريقة الطبيعية ويساعده كذلك على العفاف والحياء. ومن الآثار الايجابية التي تنشأ من الزواج هو تكوين الأسرة و الاستقرار النفسي.

ثالثاً: الجانب المعرفي السلوكي

يعتمد على أساليب العلاج المعرفي السلوكي حيث تهدف هذه الطريقة على مساعدة المريض في التغلب على مشكلة سلوكه الشاذ من خلال تغيير الأفكار والمعتقدات لديه وإلغاء السلوكيات السلبية وإكسابه سلوكيات ايجابية وذلك عن طريق استخدام الأساليب التالية:

١. التعامل مع الأفكار السلبية (الخاطئة):

الشخص الذي يمارس السلوك الجنسي الشاذ يكون لديه أفكارا سلبية تكونت لديه من خلال ممارسته للسلوك الجنسي الشاذ. وهذه الأفكار السلبية تقوم بتعزيز سلوكه الجنسي السلبي. ولكي يتم علاج مشكلة شذوذه الجنسي فلا بد من التعامل مع الأفكار السلبية باستخدام طريقة إيقاف الأفكار السلبية. حيث تتم طريقة إيقاف الأفكار عن طريق: وضع قائمة بالأفكار السلبية (غير المحببة)، وضع قائمة بالأفكار الايجابية (المحببة)، استرخي وفكر بالأشياء السلبية (غير المحببة)، اقطع التفكير بالأشياء غير المحببة (السلبية)، انتقل إلى الأشياء (الأفكار) المحببة، اعد التدريب عدة مرات حتى تتقن عملية التحكم بالأفكار السلبية والايجابية تخيليا، استخدم إيقاف الأفكار بالحياة الواقعية (McKay, Davis & Fanning, 1997).

٢. التعليم:

يتم ذلك عن طرق زيادة المعلومات الصحيحة لدى المريض عن الجنسية المثلية وآثارها السلبية. يقوم المريض بقراءة الكتب والمقالات التي تتحدث عن الآثار النفسية والاجتماعية والأمراض الجنسية الخطيرة التي يعاني منها من يمارس هذه السلوكيات الجنسية الشاذة والتي تؤدي بالفرد

إلى الهلاك مما يؤدي إلى تصحيح المفاهيم الخاطئة. كما في دراسة (Rehm & Rozensky, 1974).

٣. التعزيز الخفي (الداخلي):

يقصد به ربط السلوك المرغوب مع تعزيز ايجابي وذلك تخيليا ومع تكرار هذه العملية فان حدة القلق في ممارسة السلوك المرغوب تقل وبالتالي يمكن ممارسة هذا في الحياة اليومية (McKay, Davis & Fanning, 1981). يطلب من المريض أن يتخيل نفسه في ممارسة جنسية غيرية (طبيعية). عندما تكون الصورة واضحة في ذهنه، يطلب منه أن يسترجع مواقف جنسية شاذة (كمعزلات) حيث تستثيره جنسيا. بعد ذلك يطلب منه قطع تركيزه على هذا المعزز والتركيز على التخيل الجنسي الطبيعي. بتكرار هذه الطريقة يستطيع المريض أن يزيد من رغباته الجنسية الطبيعية (الميل للجنس الآخر) وتقل رغباته الجنسية الشاذة. وقد استخدم هذا الأسلوب في دراسة (Kendrick & McMullough, 1972).

٤. التحصين الخفي (الداخلي):

يقصد به أن السلوك الجنسي المثلي يكون عادة تأصلت بسبب تعزيزها باستمرار بأشياء محببة، وإزالة هذه العادة السلبية يتم ربطها تخيليا بأشياء غير محببة مثل موقف مخيف، موقف مخزي، الشعور بألم، التطريش، النظرة السلبية من الآخرين مما يؤدي إلى التقليل من قوة هذه العادة وبالتالي إزالتها (McKay, Davis & Fanning, 1997). يتم ربط مواقف جنسية شاذة عن طريق التخيل مع مناظر ومواقف تثير الاشمئزاز والنفور لتقليل تكرار حدوث إلحاح الرغبات الجنسية المثلية. دعوة المريض على أن يقوم بعملية الاسترخاء ثم يقوم بتخيل ويوضح موقف محبب يمارس فيه السلوك الجنسي الشاذ. في هذه الحالة يطلب منه وهو في هذه الحالة أن يقطع سلسلة خيالاته الجنسية المحببة إلى نفسه، ثم يتصور بدلا عن ذلك نفسه في موقف سلبي شائن يثير التقرز أو العار أو الخزي أو الخوف أو القلق. مما يثير في نفسه مشاعر الخوف و القلق و العار و بالتالي إلى كراهية هذا السلوك و عدم الرغبة في ممارسته.

إن الرغبة في ممارسة السلوك الجنسي السلبى لدى الشخص الشاذ ناتجة عن استرجاعه و تذكره للمواقف الجميلة والمحبية لنفسه (على حد زعمه) و التي مرت عليه مما يؤدي إلى نشوء الرغبة وبالتالي القيام بممارسة هذا الفعل. و لكي يتجنب هذا الأمر فعليا أن يقوم سلوك تنفييري عن طريق تذكر المواقف السيئة و التي مرت عليه مما يجعله يشعر بالاشمئزاز و النفور من هذه الفعلة وبالتالي يقل حدة الرغبة لهذه الفعلة. على هذا الأساس فان الشخص يقوم بممارسة هذه الطريقة كلما شعر برغبة جنسية سلبية فانه يقوم في هذه الحالة بعمل هذه الطريقة التنفيرية. في هذه الحالة يكون قد ازدادت ميوله الجنسية الطبيعية. استخدم هذا الأسلوب عددا من الدراسات (Gold (Kendrick & McMullough, 1972) (Maletzky & George, & Neufeld, 1965) (Rehm & Rozensky, 1974) 1973)

٥. التحصين المنظم :

يقصد به أن يسترخي الفرد وان يضع المواقف التي تثير قلقه بقائمة. حيث يكون في أعلى القائمة الأشد إثارة للقلق وفي الأسفل الأقل إثارة للقلق ثم يتخيل هذه المواقف من الأسفل إلى الأعلى وفي النهاية يكون الشخص قادرا على التحكم بهذه المواقف تخيليا ثم بعد ذلك يكون قادرا على تطبيقها في الواقع (McKay, Davis & Fanning, 1981). هنا يتم مساعدة المريض في وضع مواقف جنسية مثيرة للقلق بالنسبة له (علاقة جنسية مع فتاة لأنها تثير النفور لديه وعدم التقبل) في شكل مدرج من الأقل إثارة للقلق في الأسفل إلى الأشد إثارة للقلق في الأعلى. يقوم التحصين المنظم على جعل المرأة من مثير منفر غير مقبول يثير الخوف إلى مثير مقبول ومحبيب. وبالتالي تخف حدة القلق الناتج من الاتصال مع الجنس الآخر. (Huff, 1970) (Blitch & Kraft, 1970) (Phillips, Fisher, Groves & Singh (1976) Haynes, 1972).

٦. الاسترخاء

يقصد بتدريب الاسترخاء هو الربط بين ثلاث عمليات وهي التنفس العميق واسترخاء العضلات والتخيل، حيث انه يؤدي إلى التخفيف من حدة الشد العضلي الذي تم تخزينه بالجسم أثناء فترة التوتر (McKay, Davis & Fanning, 1997). يتم تدريب المريض على الاسترخاء لمساعدته للتغلب على القلق والتوتر التي يعاني منها. وكذلك ليستطيع تأدية التدريبات المختلفة.

٧. التدريب على السلوك التوكيدي

بسبب ممارسة السلوك الجنسي الشاذ، فإن الأشخاص الذين يمارسون هذه السلوكيات يكون لديهم تقدير منخفض لذواتهم وثقة ضعيفة بأنفسهم. لهذا يحتاج المريض إلى استعادة ثقته بنفسه كما في دراسة (Rehm & Rozensky, 1974).

٨. إزالة السلوكيات الأنثوية

يعاني الشخص الذي يمارس السلوكيات الجنسية الشاذة من بعض السلوكيات الأنثوية مثل التخثث effeminate التي تشير على أن الشخص يمارس سلوكيات غير طبيعية مقارنة بسلوك الأسوياء. وسلوكيات التخثث تشمل: اللباس، المظهر، الكلام، الحركات والإيماءات.

يهدف هذا الأسلوب على مساعدة المريض على التخلص منها بتباع الخطوات التالية:

- ١- التعريف بهذه السلوكيات والهدف منها.
- ٢- تحديد نوعية سلوكيات التخثث التي يمارسها المريض.
- ٣- متى تظهر هذه السلوكيات (تحديد المواقف - الأشخاص - الأوقات).
- ٤- التحكم الذاتي بظهور هذه السلوكيات عن طريق وضع جدول يومي يهدف إلى التقليل من ظهورها وبالتالي زوالها.
- ٥- العمل على إكساب المريض سلوكيات جديدة عن طريق ملاحظة الآخرين وهم يمارسون السلوكيات الايجابية في المواقف المختلفة.

٩. البعد عن المثريات

في البداية يتم تحديد المثريات التي تثير السلوك الجنسي المثلي في البيئة التي يعيش فيها المريض. ثم بعد ذلك مساعدته في كيفية الابتعاد عن جميع هذه المثريات التي تثير ميوله الجنسية المثلية سواء في المنزل أو خارج المنزل (القنوات الفضائية- الصحف و المجلات - الانترنت - الموسيقى و الأغاني).

١٠. وقت الفراغ

مساعدة المريض على تحديد أوقات فراغه وكيفية شغلها وذلك عن طريق مساعدته على تنظيم وقته عن طريق: أوقات محددة للاستذكار، أوقات محددة للجلوس مع الأهل وملاحظة مطالبهم، أوقات محددة لزيارة الأقارب والأصدقاء، أوقات محددة للتسوق، أوقات محددة للترفيه و ممارسة التمارين الرياضية، أوقات محددة للنوم وعدم الذهاب للفراش إلا في حالة التعب والرغبة في النوم.

التدخل الأسري

يعتبر العلاج الأسري مهم جدا بالنسبة لعلاج الفرد الذي يعاني من السلوك الجنسي الشاذ. لان للأسرة دور كبير في تقبل العلاج وعدم حدوث الانتكاسة حيث يشمل العلاج الأسري على الأمور التالية:

- ١- تبصير الأسرة بمشكلة الابن الذي يعاني من ممارسة السلوك الجنسي السلبي ويتم ذلك عن طريق تقديم معلومات للأسرة عن المشكلة، وأنها مشكلة نفسية يتعرض لها الكثير من الشباب، وانه من الممكن علاجها بإذن الله سبحانه وتعالى إذا كان هناك تعاون وتفاعل من الأسرة.
- ٢- توفير الجو الأسري الهادي الخالي من المشاحنات وذلك بحل الخلافات الأسرية التي قد يكون لها دور في وقوع الابن في ممارسة السلوك الجنسي الشاذ. ويتم ذلك عن طرق تحديد هذه الخلافات ومدى إسهام كل عضو فيها وإزالة الأفكار السلبية التي يحملها كل طرف على الآخر.
- ٣- تدريب الأسرة على أساليب التنشئة الصحيحة التي تساعد في بناء علاقة ايجابية مع الابن وعلى إزالة النظرة السلبية لابنهم بسبب سلوكه الجنسي الشاذ وبالتالي تقبله كفرد من أفراد الأسرة.
- ٤- وضع قوانين معينة تحكم سلوك الابن، وان يبين النتائج المترتبة لإتباع أو عدم إتباع هذه القوانين.
- ٥- التدريب على بناء الثقة في الابن وذلك عن طريق مساعدة الأسرة على إعطائه دورا مهما في الأسرة لكي يستعيد ثقته بنفسه عن طريق ثقة الآخرين به.

تدخل الرفاق

يهدف هذا إلى مساعدة الحالة على كيفية الابتعاد عن رفاق السوء والارتباط برفاق صالحين ويتم ذلك عن طريق:

١. تعريف الحالة بمن هم رفاق السوء.
٢. تبصير الحالة بالعواقب الناتجة من مصاببتهم وذلك عن طريق تقديم حوادث حصلت له من خلال علاقته بهم حيث يثبت ذلك حقيقتهم.
٣. مساعدة الحالة في كيفية مواجهة و التعامل مع ضغوط رفاق السوء وذلك عن طريق التدريب على السلوك التوكيدي.
٤. التقليل من ارتباط الحالة برفاق السوء وازدياد ارتباطه برفاق صالحين وذلك من خلال: معرفة الوالدين أين يذهب الابن؟ ومنهم رفاقه وآبائهم؟ منع الابن من الأشياء المحببة إلى نفسه في حال عودته إلى رفاق السوء.
٥. مساعدة الحالة في كيفية تكوين علاقات ايجابية مع رفاق آخرين (صالحين) وذلك عن طريق تدريب الحالة على مهارة التعامل مع الآخرين.

التدخل المدرسي (المهني):

- يهدف إلى حل المشكلات التي لها علاقة بمشكلة الحالة الأساسية (الجنسية المثلية) التالية:
١. مساعدة الحالة في التغلب على الصعوبات في المجال الدراسي وذلك عن طريق إزالة الخلاف مع إدارة المدرسة أو المساعدة في كيفية الاستذكار الصحيح. وفي مجال العمل وذلك عن طريق التدريب على كيفية التعامل مع ضغوط العمل بالتدريب على الاسترخاء.
 ٢. بناء علاقة ايجابية مع الآخرين عن طريق التدريب على مهارة التفاعل الاجتماعي.
 ٣. مساعدة الحالة على اختيار الدراسة المناسبة أو العمل المناسب عن طريق التدريب على مهارة اتخاذ القرار.

خطوات الطريقة العلاجية:

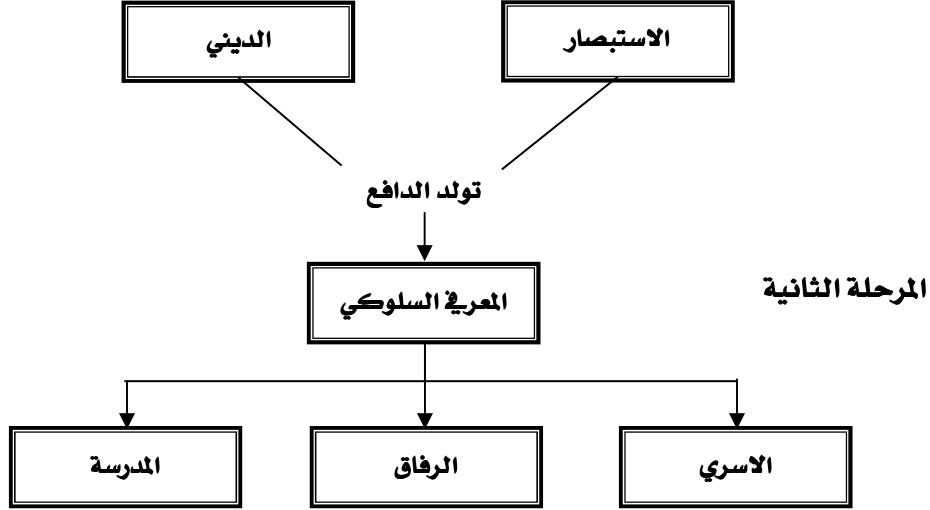
يتضمن تنفيذ الطريقة العلاجية على مرحلتين أساسيتين وهما:

المرحلة الأولى :

تتضمن هذه المرحلة عدة جلسات حيث يكون التركيز فيها على الجانب الاستبصاري والجانب الديني من جوانب التدخل الفردي. الهدف من التركيز على هذين الجانبين هو زيادة الدافع الداخلي للحالة لعلاج مشكلته أي تقوية الرغبة في طلب المساعدة لإنهاء معاناته. فعندما يدرك وضعه السيئ من خلال ممارسته لهذا السلوك الشاذ عن طريق الإستبصار فان هذا يثير في نفسه النفور والكراهية لهذه الفعلة. وكذلك عندما يدرك لماذا حرم الإسلام هذا السلوك وكيفية العقوبة التي عاقب الله سبحانه وتعالى قوم لوط على ارتكابهم لهذه الفعلة فانه في هذه الحالة يبدأ يدرك عظم هذه الفعلة ومدى شناعتها مما يؤدي إلى زيادة خوفه من الله سبحانه وتعالى، وكذلك النظر إلى سعة

رحمة الله سبحانه وتعالى وانه غفور رحيم فان هذا يزيد لديه الجانب الإيماني. ونتيجة للجانب الاستبصاري والديني فإنها تبدأ تزداد لديه الرغبة الحقيقية النابعة من الداخل (من الذات) وليست الرغبة الناتجة من الضغوط الخارجية (أسرية) في علاج المشكلة. لأنه إذا لم تتكون لديه الرغبة الحقيقية في علاج المشكلة فانه لا يمكن إحداث تغيير صادق في سلوكه.

المرحلة الأولى



شكل رقم (١): رسم توضيحي لمراحل الطريقة العلاجية

المرحلة الثانية:

عندما تتكون لدى الحالة الرغبة الحقيقية في علاج سلوكه الجنسي الشاذ، فانه في هذه الحالة يقوم المعالج باستكمال العملية العلاجية الأساسية وهي بالتالي:

١. استكمال جوانب التدخل الفردي وهو الجانب المعرفي السلوكي.
٢. التدخل الأسري.
٣. تدخل الرفاق.
٤. التدخل المدرسي أو المهني.

الخاتمة

إن انتشار ظاهرة الجنسية المثلية بشكل متزايد في العديد من دول العالم قد اقلق العديد من الأفراد في تلك المجتمعات بشكل عام والمهتمين بالمجال العلاجي سواء كان الطبي أو النفسي والاجتماعي بشكل خاص. لهذا سعى المهتمون في التعامل مع هذه المشكلة على في استخدام العديد من الأساليب العلاجية المختلفة لمساعدة من يعاني من الجنسية المثلية ليصبح إنسان سوي يميل إلى الجنس الآخر (الميل الطبيعي). هذه الطريقة التي اقترحها الباحث تعتمد على طريقة العلاج المتعدد

الأنظمة والتي تنظر إلى أن تعديل السلوك المنحرف يقوم على خمس تدخلات. وقد استفاد الباحث من الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسات السابقة حيث كانت تدخلات الطريقة العلاجية على النحو التالي:

• **التدخل الفردي**

وهو أهم هذه التدخلات حيث أنها تركز على الحالة ويشمل العديد من الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسات السابقة بالإضافة إلى أساليب علاجية أخرى وهي:

١- جانب الإستبصار

٢- الجانب الديني

٣- الجانب السلوكي المعرفي ويشمل الأساليب التالية:

التعامل مع الأفكار السلبية، التعليم، التعزيز الخفي، التحصين الخفي، التحصين المنظم، الاسترخاء، التدريب على السلوك التوكيدي، إزالة السلوكيات الأنثوية، البعد عن المثيرات، وقت الفراغ.

• **التدخل الأسري**

• **تدخل الرفاق**

• **التدخل المدرسي (المهني)**

سوف تكون هذه الطريقة بإذن الله تعالى أكثر فاعلية لأنها تستخدم هذه التدخلات والتي تتناول جوانب قد يكون لها علاقة مباشرة بالمشكلة أو جوانب لها علاقة غير مباشرة، وكذلك يقلل من احتمالية حدوث الانتكاسة.

فعلى الرغم من أهمية هذه الدراسة، فإنه لازال هناك جانباً من القصور يتمثل في إثبات فعالية هذه الطريقة. وهذا يعود إلى أن إثبات فعالية هذه الطريقة يحتاج إلى جهد كبير مما حدا بالباحث إلى أن يجعله جهداً مستقلاً وهو ما سوف يقوم به بإذن الله تعالى في دراسة أخرى.

المراجع

- الغديان، سليمان (٢٠٠٧). دراسة لبعض مسببات الجنسية المثلية لدى الأحداث (دراسة حالة). مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس: العدد الحادي والعشرون.
- جلال، سعد (١٩٨٦). في الصحة العقلية - الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات الجنسية. القاهرة: دار الفكر العربي .
- عاقل، فاخر (١٩٨٥). معجم علم النفس ، بيروت: لبنان، دار العلم للملايين
- Barlow, D., & Agras, W. (1973). Fading to increase heterosexual responsiveness in homosexuals. *Journal of Applied behavior Analysis*. Vol.6, pp.355-366.
- Berger, J. (1994). The psychotherapeutic treatment male homosexuality. *American Journal of Psychotherapy*. Vol.48, Issue 2, pp. 251-262.
- Bhugra, D. (2004). Literature update: a critical review. *Sexual and Relationship Therapy*. Vol. 19, No. 2.
- Blitch, J. & Haynes, S. (1972). Multiple behavioral techniques in a case of females homosexuality. *Journal of Behavior & Experimental Psychiatry*. Vol. 3, pp. 319-322.
- Byne, W. & Parsons, B. (1993). *Human Sexual Orientation: The Biologic Theories Reappraised*. Archives of General Psychiatry. Vol. 50, no3.pp228-239.
- Carson, R., Butcher, J. & Mineka, S. (1996). *Abnormal Psychology and Modern Life*. New York: Harper Collins College Publishers.
- Christianson, A. (2005). A re-emergence of reparative therapy. *Contemporary Sexuality*. Vol. 39. Issue 10, pp8-17.
- Davison, G. & Neale, J. (1978). *Abnormal Psychology*. (2nd edition). New York: John Wiley & sons.
- Eidenberg, D. (1998). It's all in your head. *Academic Search Premier; Advocate*. Issue 760, pp.49-51.
- Ellis, A. (1959). A homosexual treated with rational psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.15, pp.338-343.
- Feldman, M. & MacCulloch, M. (1965). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality (part 1). *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 2, pp. 165-183.
- Feldman, M., MacCulloch, M., Mellor, V. & Pinschof, J. (1966). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality (part 2). The sexual orientation method. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 4, pp. 289-299.

- Gletman, H. (1991). *Psychology*. (3ed edition). New York: W.W. Norton & Company.
- Gold, S. & Neufeld, I. (1965). A learning approach to the treatment of homosexuality. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 2, pp. 201-204.
- Gray, J. (1970). Case conference: behavior therapy in a patient with homosexual fantasies and heterosexual anxiety. *Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol.1, pp. 225-232.
- Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu., N. & Pattatucci, A. (1993). A linkage between DNA marks on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, Vol. 261, pp. 321-327.
- Henggeler, S. & Borduin, C. (1990). *Family Therapy and Beyond: A Multisystemic Approach to Treating the Behavior Problems of children and Adolescents*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole publishing Company.
- Henggeler, S. (1991). Multidimensional causal models delinquent behavior and their implications for treatment. In R. Cohen & A.W. Siegel (Eds.), *Context and development* (pp. 211-231). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M & Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Hill Way, T. (1969). *Hand book of Educational Research*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Hoult, T. (1984). Human sexuality in biological perspective. In *Bieseual and homosexual Identities: Critical Theoretical issues*, ed. J. DeCecco and M. Shiveley. New York: Haworth Press.
- Hudson, W. & Ricetts, W. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*. Vol. 5, P.357-372.
- Huff, F. (1970). The desensitization of a homosexual. *Behaviour research and Therapy*, Vol.8, pp. 99-102.
- Karlen, A.(1971). *Sexuality and Homosexuality: A New View*. New York: W.W. Norton.
- Kendrick, S. & McCullough, J. (1972). Sequential phases of covert reinforcement and covert sensitization in the treatment of homosexuality. *Behaviour research and Experimental Psychiatry*, Vol.3, pp. 229-231.

- Keener, D. (1986). Is changing sexual orientation a viable option for ego-dystonic homosexuality?
http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=eric&an=ED_275919 . Database: ERIC.
- Kraft, T. (1970). Systematic desensitization in the treatment of homosexuality. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 8, pp. 319.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, Vol.253, pp.1034-1037.
- LeVay, S. (1993). *The sexual brain*. Cambridge: MIT press.
- LeVay, S. (2003). Can gays become straight? *Academic Search Premier*. Vol. 180, Issue 2416.
- Loraine, J., Adamopoulos, D. A., Kirkham, E.E., Ismail, A. A. A., & Dove, G. A. (1971). Patterns of hormone excretion in male and female homosexuals. *Nature*, vol. 234: 552-555.
- Maletzky, B. & George, F. (1973). Case histories and shorter communications: the treatment of homosexuality by assisted covert sensitization. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.11, pp. 655-657.
- McConaghy, N. (1975). Aversive and positive conditioning treatments of homosexuality. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.13, pp. 309-319.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1981). *Thoughts & Feelings: The Art of Cognitive Stress Intervention*. Richmond, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1997). *Thoughts & Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Nicolosi, J. (1993). Gays are the worst victims of their own propaganda. *Alberta Report/Newsmagazine*, Vol.20, Issue 13.
- Paulk, J. (1997). Overcoming the biological imperative. *Wall Street Journal (Eastern edition)*. New York. Page A19.
- Perloff, W. (1965). Hormones and homosexuality. In *Sexual Inversion*, ed. J. Marmor. New York: Basic Books.

- Phillips, D. Fischer, S. C., Groves, G. A., & Singh, R. (1976). Alternative behavioral approaches to the treatment of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, Vol.5, pp.223-228.
- Ramsay, R. & VanVelzen, V. (1968). Behaviour therapy for sexual perversions. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 6, pp. 233.
- Rehm, L. & Rozensky, R. (1974). Multiple behavior therapy techniques with a homosexual client: a case study. *Behaviour therapy & experimental psychiatry*, Vol.5, pp. 53-57.
- Ross, M. W., Rogers, L. J., & McCulloch, H.(1978). Stigma, sex and society: a new look at gender differentiation and sexual variation. *Journal of Homosexuality*. Vol. 3, pp.315-329.
- Safran S A, Rogers T. (2001). Cognitive-behavior therapy with gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of clinical Psychology*. Vol. 57, No. 5, pp. 629-643.
- Shildlo, A., Schroeder, M. & Drescher, J. (2001). *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives*. Binghamton, New York: Haworth Medical Press.
- Spitzer, R. (2001). Psychiatry and homosexuality. *Wall Street Journal (eastern edition)*. New York, NY.: May 23, 2001. Page A26.
- Spitzer, R. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 32, Issue5, pp. 403-418.
- Throckmorton, W. (1998). Attempts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health Counseling*, Vol.20, pp.283-304.