

تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية باستخدام بعض الفنيات المعرفية السلوكية

د. هناء أحمد محمد شويخ

أستاذ مساعد بقسم علم النفس - كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي

المخلص:

تُعرف الجنسية المثلية بأنها توجه جنسي يتسم بالانجذاب الجنسي، أو الرومانسي، أو الشعور باللذة والشبق من خلال ممارسة الجنس مع نفس نوعه، وتهدف الدراسة الراهنة إلى علاج نكر مصري عمره عشرين عامًا، مصابًا بانحراف الجنسية المثلية، راجعًا لأسباب نفسية (تعلم سلوك خاطئ، واعتقاده الشديد بمجموعة من الأفكار السلبية، وإصابته باكتئاب شديد، وانخفاض صورة الذات)، وذلك بعد التأكد من الفحوصات الطبية بأنه ليس هناك أي أسباب عضوية. المنهج: هو المنهج الوصفي المنظم في دراسة الحالة الفردية، الذي يقوم على التصميم القبلي - البعدي بقياس متكرر، حيث تم استخدام مجموعة من الاختبارات النفسية. النتائج: في نهاية تطبيق الفنيات المعرفية السلوكية أصبح المريض أقل انجذابًا جنسيًا للذكور، واكتئابًا بشكل جوهري، وأكثر إدراكًا لصورة الذات بشكل إيجابي. كما اختفت إلى حد كبير أفكاره الآلية السلبية، الأكثر من ذلك تحسنت علاقته بأسرته. المناقشة: نوقشت النتائج في ضوء الدلالات النظرية والتطبيقية لنتائج الدراسة، ومدى اتساقها مع الدراسات السابقة في هذا المجال.

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندجاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==

تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندجاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية باستخدام بعض الفنيات المعرفية السلوكية

د.هناة أحمد محمد شويخ

أستاذ مساعد بقسم علم النفس – كلية الآداب بقنا – جامعة جنوب الوادي

المقدمة:

يعتبر كل واحد كائناً جنسياً له ميوله وخيالاته التي عادة ما تكون جزءاً من السلوك الجنسي الطبيعي، ولكن عندما تجلب خيالاتنا ورغباتنا الضرر لنا وللآخرين، فحينئذ يتم تصنيفها بأنها شذوذ⁽¹⁾ (Haovio-Mannila, Kontuila & Kuusi, 2002). ويأتي انحراف الجنسية المثلية⁽²⁾ ضمن فئة اضطرابات الانحرافات الجنسية⁽³⁾، وهي مصطلح يطلق على السلوك الجنسي الذي يحيد عن ما هو مألوف وطبيعي في العلاقة الجنسية، بمعنى آخر أي سلوك يحصل منه الفرد على لذة جنسية من مصدر خلاف الجماع بين رجل وامرأة بالطريقة الطبيعية، فإذا تحققت اللذة بين طرفين من نفس الجنس سميت بالجنسية المثلية (Gooren, 2011). ومن ثم فالجنسية المثلية هي اتجاه الدافع الجنسي في الفرد إلى فرد من جنسه، فلا يميل الرجل جنسياً إلا إلى رجل مثله، ولا تميل المرأة جنسياً إلا إلى امرأة مثليها (Grabovac, Abramovic, Komlenovic & Milosevic, 2014)، وقد يلعب أحد الرجلين في مثل هذه العلاقة دور المرأة والأخر دور الرجل، كما تلعب إحدى المرأتين دور الذكر وتلعب الأخرى دور الأنثى، وقد يتم الشذوذ عن طريق الاتصال الجنسي بين الذكور (الواط)⁽⁴⁾ أو بين الإناث (السحاق)⁽⁵⁾، أو بتبادل لمس الأعضاء التناسلية باليد أو بالفم، أو مجرد الاستنطاق والاستظراف والحب الأفلاطوني الذي قد لا يتعدى الاتصال الجنسي فيه حد القبلة (فرغلي، ٢٠٠٤، ٦٩؛ Charles, 2009).

ولقد توال الاهتمام البحثي بحصر أشكال الانحرافات الجنسية منذ عقدين سابقين (Coleman, 2002)، وكذلك دراسة العوامل الثقافية، والبيولوجية، والاجتماعية، والنفسية التي لها دوراً مهماً

(1) Abnormal

(2) Homosexuality

(3) Paraphilic Disorders

(4) Gay

(5) Lesbian

في نشأة هذه الاختلالات الجنسية، أو حتى الشفاء منها (Chalkley, 1994, p.329; Leiblum, 2002; Mrdjenvich, Bischof & Menichello, 2004).

وحتى عام ١٩٧٣ كان يتم إدراج انحراف الجنسية المثلية ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders كأحد أنواع اضطرابات الانحرافات الجنسية. ولكن أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي توصية بحذف تشخيص "الجنسية المثلية" واستبداله بمصطلح "اضطراب التوجه نحو الجنس"^(٦)، والذي ينطبق على كل من الذكور والإناث الشواذ جنسياً الذين يحاولون تغيير توجههم نحو الجنس الآخر (Kalpan, 2004). نتيجة شيوع بعض هذا الانحراف برز جدل كبير حول ما إذا كان من المناسب تشخيصه ضمن الانحرافات الجنسية أم لا. وفي عام ٢٠٠٩ قرر المجلس الوطني السعودي للصحة والرعاية الاجتماعية استبعاده من النظام التصنيفي الطبي النفسي (Haovio- Mannila et al., 2002; Langstrom, 2010). وعلا ذلك بأن الكثير من الأفراد تمارس سلوكيات جنسية متنوعة آمنة مع شركاء راشدين، ولم يخبروا بأي خبرة كرب أو مشقة أو خلل كنتيجة لذلك (Richters, De Visser, Rissel, Grulich, & Smith, 2008). ولكن الجمعية الأمريكية للطب النفسي لاضطرابات الجنس وتحديد الهوية The American Psychiatric Association's Sexual and Gender Identity Disorders أدرجت توصية على إبقاء هذه الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5)، لكن مع إضافة كلمة "اضطراب" في هذا التشخيص لتؤكد على اعتبارها اضطراباً عندما تسبب كرباً أو خللاً ملحوظاً أو عندما يمارس الفرد هذه السلوكيات بدون تراضي مع فرد آخر (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2014). وبالرغم من الموافقة على هذا التغيير، ظلت هناك اعتراضات عنيفة من جانب الأطباء النفسيين المشهورين المقتنعين بأن الجنسية المثلية تعكس تثبيتاً^(٧) مرضياً في مرحلة مبكرة من التطور والنمو الجنسي النفسي، وبالتالي فإنها تعتبر سلوكاً جنسياً شاذاً في صميمه. ولكن في الوقت الراهن، تم اعتبار هؤلاء الأطباء المعارضين بأنهم فئة ضئيلة، ومتحيزة، ومناهضة للتفكير العلمي (Scorolli, Ghirlanda, Enquist, Zattoni, & Jamnini, 2007).

وعادة ما يتم إدراج الأعراض الإكلينيكية لاضطرابات الانحرافات الجنسية ضمن كل من المعايير التشخيصية لأنواع أخرى من الاختلالات الجنسية (Abel, Becker, Cunningham-

(6) Sexual Orientation

(1) Fixation

!====المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٨٧ - المجلد الخامس والعشرون- أبريل ٢٠١٥، (٤٤٣)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندجاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==
(Rathner, Mittelman, & Rouleau, 1988)، والاضطرابات النفسية مثل اضطرابات القلق
والمزاج (Kafka & Hennen, 2002). هذا معناه أن التشخيص بالجنسية المثلية قد يحتوي على
أعراض خاصة بالاختلالات الجنسية وأيضاً المزاجية، ومن ثم يجب أن تتطرق أنماط العلاج لكافة
هذه الأعراض سواء الجنسية أو المزاجية.

ولأسف الشديد لا توجد إحصائيات دقيقة عن معدلات انتشار الانحرافات الجنسية سواء على
المستوى العالمي أو القومي، وذلك لأسباب متعددة منها؛ انخفاض ثبات المقابلات التشخيصية،
تحفظ بعض الأفراد حول الكشف عن نزعاتهم الانحرافية الحقيقية، وكذلك لأن بعض الأفراد
المصابين بالانحرافات الجنسية يطلبون تراضي الشركاء أو الذين يتهمون حقوقهم بطريقة غير
مقبولة هروباً من العواقب القانونية (Krueger, 2010). وبالرغم من ذلك تشير البيانات إلى أن
معظم الأفراد المصابين بالانحرافات الجنسية المثلية هم من الرجال بشكل يفوق النساء (Kring et
al., 2014).

في حين أشارت بعض الإحصاءات إلى أن غالبية الرجال كانت لهم خبرات جنسية مثلية في
تاريخ حياتهم، وأن حوالي ٥٠٪ من الرجال الذين لا يتزوجون حتى سن الخامسة والثلاثين يثبتون
على هذا الانحراف، وأن حوالي ٦٠٪ من الذكور لهم نشاط من هذا النوع قبل المراهقة (فرغلي،
٢٠٠٤، ٦٩). وأضافت إحصاءات حديثة أن حوالي من ٤٪ إلى ١٧٪ من الجمهور قد شارك في
أنشطة جنسية مع نفس الجنس (Grabovac et al., 2014). كما أنه أكثر شيوعاً في بعض الدول
عن الأخرى، فتراوح النسبة في بريطانيا والولايات المتحدة والدول الاسكتلندية بين ١٨٪ و ٢٢٪
لدى الذكور، وأحياناً تصل في بعض الواحات المصرية والبلاد العربية إلى نفس النسبة تقريباً،
ويعتبر هذا الانحراف جريمة في مصر، بينما في بعض الدول تعتبره مرضاً يحتاج العلاج بدلاً من
العقاب الذي لا يجدي في مثل هذه الحالات (عكاشة، ١٩٩٨، ٥٢٧).

وأكد الباحثون أن هناك ارتباطات بين الجنسية المثلية والصحة النفسية السلبية (Meyer,
2000; Williamson, 2003)، وانخفاض تقدير الذات (Nungesser, 1983)، والمعاناة من
الاختلالات النفسية (Chabin, 2013)، وتدهور الصحة الجنسية (Rosser, Bockting, Ross,
2008; Miner & Coleman, 2008)، ونقل عدوى نقص المناعة (Ross et al., 2001)، وأخيراً
تعاطي المواد النفسية (Ross et al., 2001; Ross, Rosser, Neumaier & The Positive
Connections Team, 2008). وبتطبيق اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية لاكتشاف
حالات الانحرافات الجنسية، وجد أن الذكور ذوي الذكاء المرتفع أكثر اهتماماً أنتوياً بشكل دال كما

تم قياسه من خلال مقياس الذكورة - الأنوثة (Panton, 1999). وأكد ذلك أيضًا أن الأفراد الأكثر نكاءً هم الأكثر عرضة لاكتساب وتبني تفضيلات جنسية مثلية مقارنة بالأقل نكاءً (Kanazawa, 2012). وأضاف "وادا" (Wada, 2010) تدهور العلاقات الاجتماعية بين الأصدقاء عند انكشاف حقيقة توجهاتهم الجنسية المثلية. كما يعاني الأفراد ذوي الجنسية المثلية من صراع داخلي عنيف بين توجهاتهم الجنسية والممارسة الدينية، وذلك لنبذها ورفضها من قبل أغلب الطوائف الدينية اليهودية والمسيحية (Hamblin & Gross, 2014). وهذا يتفق أيضًا مع منظور المسلمين للمثلية الجنسية كمرض غربي ناتج من الحياة العلمانية الغربية والانحطاط الثقافي الأخلاقي، وللوقاية من الجنسية المثلية يري الكثير من المسلمين ضرورة اللجوء إلى العقيدة الإسلامية التي تؤكد الجنسية الطبيعية (Sanjakdar, 2013).

مما يزيد الاهتمام بموضوع الانحرافات الجنسية خلال السنوات الماضية، ما أوصت به الأبحاث من ضرورة التعامل مع أي انحراف جنسي في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي^(٨) وليس المنظور الطبي الدوائي^(٩) (Bitzer, Platano, Tschudin & Alder, 2008; Mrdjenovich et al., 2004; Rowland & Burek, 2007). وهذا المنظور العلاجي طرح تنوع في هذه الطرق، منها: (١) التحليل النفسي الذي قد يفيد في تغيير التوجه الجنسي داخليًا وتحقيق نضج النمو النفسي الجنسي، وإعادة ترتيب البناء النفسي بما يدعم الميول الجنسية الغيرية، وهذا يلزمه وقتًا كافيًا. (٢) الفنيات السلوكية التي تنمي تشريعًا تجنبًا للجنسية المثلية، ويعيها أن التغيير قد يكون سطحيًا فقط، وقد يحدث تجنبًا لكل الإثارات الجنسية المثلية والغيرية (حمودة، ١٩٩٠، ص ٤١٦). وتشتمل الفنيات السلوكية الشائعة في هذا المجال على خفض الحساسية المنتظم (التحصين المنتظم)^(١٠)، والنفور^(١١)، وإعادة البناء المعرفي^(١٢)، والتخيلات^(١٣)، والإسترخاء^(١٤) (فرغلي، ٢٠٠٥، ١٣٦؛ محمود، ٢٠١٣، ص ٢٠؛ لنيدزاي وبول، ٢٠٠٠، ٤٠٢: مترجم).

ومن المتصور أن بلوغ الهدف الرئيس للدراسة الراهنة يقوم على سلسلة من الأهداف الفرعية، التي يمكن للدراسة أن تتبناها في هذا الإطار. وفيما يلي تصور لتلك الأهداف:

- (1) Biopsychosocial Model
- (2) Med-pharmacology
- (3) Systematic Desensitization
- (4) Aversive therapy
- (5) Cognitive Restructuring
- (6) Use of Fantasy
- (7) Relaxation Exercises

!===== المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٨٧ - المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥: (٤٤٥)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندجاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==

١. حصر لأهم الأسباب النفسية التي تمثل الخطوة الأولى لحدوث انحراف الجنسية المثلية لدى الحالة المرضية، وتأتي هذه النقطة من خلال صياغة الحالة عيادياً.
٢. انتقاء مجموعة من الفنيات المعرفية السلوكية المناسبة للتدخل وتطبيقها على الحالة المرضية لعلاج هذه الأسباب النفسية.
٣. بيان الأعراض الحادثة على الحالة المرضية سواء أكانت أعراضاً نفسية أم اجتماعية أم جنسية، لبيان فاعلية هذه الفنيات.

ومن كل ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في عدد من التساؤلات الآتية:

- ١- هل يوجد تغيير إيجابي يطرأ على المشكلات المزاجية والاندجاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية بعد انتهاء فترة العلاج من خلال مقارنة القياس البعدي بالقياس القبلي؟
- ٢- هل تستمر أشكال التغيير الإيجابي في المشكلات المزاجية والاندجاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية عبر فترات المتابعة من خلال المقارنة بين نتائج المتابعة الأولى دون تدخل بنتائج نهاية العلاج، وكذلك المتابعة الثانية والثالثة؟
- ٣- هل توجد مؤشرات دالة على تخفيف الاندجاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية كنتاج عن التحسن الإيجابي في المشكلات المزاجية المصاحبة لها؟

اضطراب الجنسية المثلية:

طرح الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) عام ١٩٨٠ تشخيصاً جديداً يطلق عليه "الجنسية المثلية المرفوضة من الأنا"^(١٥)، والتي تشير إلى كون الفرد يتعرض للإثارة الجنسية المثلية، مما يؤثر عليه بشكل ملحوظ، وتسبب له حزناً شديداً، ويتمنى أن يصبح مثلاً للجنس الآخر. ولكن في الأعوام التي تلت هذا الإصدار، لم يلجأ المتخصصون في الصحة النفسية إلى استخدام هذا التشخيص إلا في حالات نادرة جداً. ولكن مع مرور الوقت، قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، والذي حُذف فيه تشخيص "الجنسية المثلية المرفوضة من الأنا"، ووضع بدلاً منه فئة تشخيصية باسم "الاضطراب الجنسي الذي لا يحدد الجنسي المقابل"^(١٦)، والتي تشير إلى الحزن الدائم والملحوظ الذي يصيب الفرد نتيجة توجهاته الجنسية، سواء نحو الجنس المغاير أو نحو الأفراد المماثلين له في الجنس، بينما مع ظهور الدليل التشخيصي

(1)Ego-dystonic Homosexuality

(2)Sexual Disorder not otherwise specified

والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM-5) لم يُعد يستخدم تشخيص المثلية الجنسية، وأصبح بدلاً منه اضطراب الهوية الجنسية^(١٧)، وهو يشير إلى شعور الأفراد داخلياً بعكس جنسهم، حيث لا يقتنعون بوجود أعضاءهم التناسلية الطبيعية، ولا بإدراك الآخرين لهم عن جنسهم. فالذكر ينظر في المرأة فيري جسم بيولوجي ذكري، ولكن شعورهم ينتمي للأنثى، ودائماً ما يريد إجراء جراحة لتحويل جسمه طبقاً لهويته الجنسية (Kring et al., 2014).

ويعرف "مايكل" وآخرون (Michael, Gagon, Laumann & Kolata, 1994) المثلية الجنسية باعتبارها تمثّل ثابت من الشهوة الجنسية نحو أفراد من نفس الجنس، ويشتمل ذلك على الخيال والاندفاع الواعي، والمشاعر العاطفية والرومانسية، والسلوكيات الجنسية*. ويتفق "جيان" وآخرون (Guan et al., 2013) في تعريف الجنسية المثلية بأنها توجه جنسي يتسم بالاندفاع الجنسي، أو الشعوري، أو الرومانسي بين أفراد من نفس الجنس*. ويشار إليها بأنها "انحراف جنسي يتمثل في الشعور باللذة والشيق من خلال ممارسة الجنس مع نفس نوعه" (غانم، ٢٠٠٤، ٢٠٣). والتعريف العام للمثلية الجنسية هو "الاندفاع بشكل أساسي إلى أفراد يماثلونه في الجنس، وقد ينجذب بصورة ضئيلة أو معدومة إلى الجنس الآخر، وليس من الضروري أن يعبر الفرد عن ميوله الجنسية من خلال ممارسة الجنس فعلياً" (Wikipedia, 2014).

كما يميزها رغبة الفرد في أن يكتسب الإثارة من خلال علاقة طبيعية مع الجنس الآخر، ومعاناته من ميوله الجنسية المثلية المتغلبة عليه، والتي يرفضها داخلياً ولا يستريح إليها. وقد تتعدم ميوله تجاه الجنس الآخر، حيث لا يحرك الجنس الآخر شيئاً من غريزته الجنسية أو يحركها بدرجة ضعيفة، وأحياناً يتجنب العلاقة مع الجنس الآخر خوفاً من عدم تجاوبه وفشله، وقد تتجح علاقته بالجنس الآخر ولكنها لا تتدمر، ويصاحب هذا الاضطراب خاصة في مجتمعنا العربي بصفة عامة والمصري بصفة خاصة أعراض الخجل والشعور بالذنب والعزلة الاجتماعية والاكنتاب والقلق (حمودة، ١٩٩٠، ٤١٤-٤١٥).

وتبدأ الجنسية المثلية في سن المراهقة، وكثيرون منهم بدأت خبراته المبكرة قبل البلوغ، وتحدث عادة بأن يتعرض الطفل لحادث اغتصاب، ويظن البعض أنها لن تؤثر حتى يصل على مرحلة المراهقة، وتتجدد الذكريات حتى يدخل في الممارسة مع نفس نوعه، وهكذا قد تتكرر الأمور (غانم، ٢٠٠٤، ٢٠٥).

وقد طرح الباحثون تساؤلات متعددة حول كون الجنسية المثلية مرضاً وراثياً أم مكتسباً، وجاءت دراسات متعددة حول هذه النقطة، منها دراسة كاهان* (Kahan, 2013) التي فشلت في

(3) Gender identity disorder

؛ = المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٨٧ - المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥: (٤٤٧)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

حسم هذه النقطة البحثية بكون الجنسية المثلية أمرًا خلقيًا أم مكتسبًا، ولكنها انضمت إلى الحقوق القانونية والمنظمات المكفولة لحماية المثليين الأمريكيين. وأيدت دراسة 'جومين' و'ريجيكي' (Gomen & Rijke, 2011) موقف المعلم الهولندي 'ديران رينكيم' Duran Renkema حين قرر أن يعيش بشكل منفصل مع صديقه الشاذ جنسيًا تاركًا أسرته وأولاده، ومطرويًا من المدرسة الأرثوذكسية. وقد أكدت بعض الدراسات وجود اختلافات دالة في المخ بين المثليين جنسيًا والطبيعيين، وكذلك أرجعت الفروق إلى وجود عوامل وراثية خاصة المحيطة بعملية الولادة لدى المثليين من الذكور، وأخرى فروق معرفية وسلوكية (CChiarico, 2009). أما أصحاب النظرية التحليلية فسرت الجنسية المثلية بأنها تثبتت على المرحلة الفسوية (Newbign, 2013). وحاولت دراسة 'جانيني' وآخرون (Jannini, Blanchard, Camperio-Ciani & آخرون, 2010) حسم النقاش حول ما إذا كان الجنسية المثلية لدى الذكور (ن=٣٥٥٣) ناتجًا عن عوامل بيولوجية أم ثقافية، وقد وجدت أن هناك عوامل بيولوجية متعددة وراء حدوث هذا الانحراف الجنسي، بالرغم من عدم قدرتها على تفسير كافة الحالات، وهذا معناه أن هناك دورًا للعوامل البيئية. وأضافت بعض الدراسات أن الأسباب ترجع إلى فروق دينية، أو ظروف اجتماعية، أو أسباب نفسية، أو أعراف وتقاليد (Akken, Ploeg & Scheepers, 2013; Kite & Deaux, 1986). وقد طرحت دراسة 'ساكالي' (Sakalli, 2002) نموذجين لتفسير الجنسية المثلية:

- (١) يعتقد بأن الجنسية المثلية مكتسبة أكثر من كونها جينية، حيث يتمسك بها الأفراد كأنها أسلوب لحياتهم. وبالتالي هناك اتجاهات سلبية من المجتمع نحوهم.
- (٢) يقترح أن الجنسية المثلية ناتجة من عوامل جينية، وبالتالي لا يستطيع الأفراد التحكم في تفضيلاتهم الجنسية، ومن ثم يتم تقبلهم ولا ينبذوا داخل المجتمع.

ونتيجة لهذه النظرة البيولوجية للجنسية المثلية، وكذلك دعم منظمات حقوق حرية الإنسان، أصبح هناك دعم من الدراسات النفسية للطبية حول كيفية جعل هؤلاء المثليين الجنسيين أكثر صحة نفسية وأقل معاناة من نبذ المجتمع لهم، وهذا ظهر في أبحاث عام ٢٠١٠ (Johnson, 2013; Sigamoney & Epprecht, 2013; Morrison & McDermott, 2009). والتي جاء هدفها هو تغيير الاتجاهات الإيجابية نحو المثليين جنسيًا وتقبلهم (Thatcher & Chandler, 2013). ومن هذه الدراسات نجد دراسة 'شادي' وآخرون (Chadee et al., 2012) تؤكد وجود تغيير إيجابي نحو المثلية الجنسية في منطقة البحر الكاريبي. وسعت دراسة 'شوي' وآخرون (Choi, Han, Paul, & Ayala, 2011) إلى وضع خمس استراتيجيات لتقليل التحيز والتمييز ضد تأثير

العنصرية والأقليات العرقية ممن يتسمون بالجنسية المثلية، وذلك لتخفيف وصمة العار ضدهم، وذلك من خلال المقابلة المتعمقة (ن=30) ذكراً ممن يمارسون الجنس المثلي الذين تتراوح أعمارهم أكبر من 18 سنة، وهي: (1) إخفاء كونهم شاذين جنسياً، (2) عدم الاختلاط في الأوساط الاجتماعية للحد من وصمة العار، (3) رفض الوصمة، (4) القوة والراحة من المصادر الخارجية للضغط، (5) المواجهة المباشرة.

الدراسات السابقة:

لوحظ في ضوء استعراض الدراسات السابقة تقسيمها في محورين أساسيين، هما: (1) الدراسات التي ركزت على المتغيرات النفسية الوقائية ضد انحراف الجنسية المثلية، (2) الدراسات التي تناولت بعض الفتيات العلاجية مع حالات الجنسية المثلية، وفيما يلي عرض لمثل هذه الدراسات:

(1) الدراسات التي ركزت على المتغيرات النفسية الوقائية ضد انحراف الجنسية المثلية:

أجمعت أغلب الدراسات عن وجود بعض المتغيرات النفسية التي لها دوراً وفاقياً ضد انحراف الجنسية المثلية، ومن ثم يمكن الاعتماد عليها لحماية الأفراد ضد الوقوع في هذا الانحراف، ومنها على سبيل المثال ما أظهره بعض الباحثين من وجود تباين ملحوظ بين الجنسين في الاتجاهات نحو الجنسية المثلية، حيث جاءت الإناث أكثر اتجاهاً سلبياً نحو الجنسية المثلية، والمختنين، والمتحولين جنسياً مقارنة بالذكور (Bellhouse-King, Bacon, Standing, & Stout, 2009; Grabovac et al., 2014). وأكد "جويتار" و"بلاس" (Guittar & Pals, 2014) أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث نحو الاتجاهات نحو الجنسية المثلية، وترجع هذه الفروق إلى المعتقدات الدينية بينهم. وأيدت دراسة "بويد" (Boyd, 2013) أن هناك دوراً رئيسياً للجانب الديني لمكافحة انحراف الجنسية المثلية، وتشكيل الحياة الجنسية السوية في أوغندا. واتفقت دراسة "فوخن" وآخرون (Vaughn, Kennison, & Byrd-Craven, 2014) مع الدراسات السابقة في أن المعتقدات الدينية تمثل عاملاً وقائياً ضد الانحراف الجنسي، حيث وجدوا أن الطلاب ذوي المعتقدات الدينية يرفضون المعلومات الجنسية المثلية، بل ينسوها بدرجة أكبر. وأوضحت المسوح أن الجانب الديني يمثل منبئاً قوياً ضد الجنسية المثلية (Whitehead & Baker, 2012). وأضاف بعض الباحثين أن الوصمة والنذب تُعدان من المنبئات السلبية للإصابة باليأس والاكتئاب، بينما جاءت المساندة الاجتماعية كعامل وقائي للحفاظ على الصحة العامة لدى عينة (ن=2439) من ذوي الجنسية المثلية، والمختنين (Fredriksen-Goldsen et al., 2012). وأضافت بعض

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==
الدراسات أن لنوعية التعليم المدرسي للجنس دوراً إيجابياً في دعم الاتجاهات نحو ممارسة الجنس بشكل طبيعي (Gurismesk, 2010; Perez-Testor et al., 2010).

ومن ثم يلاحظ أن من الدراسات السابقة أن هناك عوامل نفسية وقائية ضد انحراف الجنسية المثلية، ومنها جنس المريض، والمعتقدات الدينية، والمساندة الاجتماعية، ونوعية التعليم المدرسي للجنس...ومن ثم يمكن الاستعانة بمثل هذه المتغيرات عند إعداد البرامج النفسية لعلاج حالات الانحراف الجنسي بوجه عام، والجنسية المثلية بوجه خاص.

(٢) الدراسات التي تناولت بعض الفنيات العلاجية مع حالات الجنسية المثلية:

ركزت الدراسات المهمة بالعلاج النفسي لحالات الجنسية المثلية على هدفين هما؛ تخفيف حدة الاضطرابات النفسية المرتبطة بهذا الانحراف، وتقليل درجة الاتصال الجنسي بين الجنسين المثليين. ومن هذه الدراسات نجد دراسة "كاربوني" (Carbone, 2008) التي أخضعت أربعة حالات من اللواطيين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة إلى العلاج المعرفي السلوكي، وكشفت عن تحسن أعراض ما بعد الصدمة لدى المثليين جنسياً، وكذلك تقليل الاستهداف لعدوى الاتصال الجنسي بين الجنسين المثليين. وفي سبيل التحقق من فعالية العلاج النفسي استخدمت دراسة "إيمري" وآخرون (Imrie et al., 2001) عينة عشوائية (ن=٢٤٣) من المثليين جنسياً ممن لهم تاريخ سابق في الاتصال الجنسي، وقد اتضح فعالية العلاج النفسي في تقليل الاتصال الجنسي بين اللواطيين الحاليين، ولكنه لا يخفف من عدد الحالات المستهدفة بالفعل، واحتوى العلاج النفسي على جلسة فردية إرشادية لمدة عشرون دقيقة حول أمراض الاتصال الجنسي، وحضور ورش عمل. كما قُسمت عينة (١٣٠) من اللواطيين والمخنثين المصابين بعدوى نقص المناعة إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (ن=٧٦) تم تدريبها على استراتيجيات إدارة المشقة والامتثال الطبي، في مقابل المجموعة الثانية (ن=٥٤) التي تم تدريبهم فقط على الامتثال الطبي، وبالمقارنة بينهما وجد أن المجموعة الأولى جاءت أكثر التزاماً طبيًا، واستخدماً للمواجهة المعرفية الإيجابية (التقبل وإعادة التفسير) والمواجهة المعرفية السلبية (الإنكار والانسحاب السلوكي)، وأقل مزاجاً اكتئابياً من المجموعة الثانية (Carrico et al., 2006). وقد أثبتت دراسة "ديلي" وآخرون (Dilley, Schwarcz, Murphy, Joseph, Vittinghoff & Scheer, 2011) كفاءة البرامج الإرشادية المعتمدة على الفنيات المعرفية مقارنة ببرامج الإرشاد الأخرى في تقليل فترات الاتصال الجنسي بين اللواطيين المصابين بمرض الإيدز، وذلك عند تطبيق البرنامج على عينة (ن=١٩٦) من اللواطيين، حيث أنخفض متوسط عدد مرات الاتصال الجنسي من ٥.١ إلى ١.٦

خلال ستة أشهر واستمرت تلك النتائج خلال فترة المتابعة التي امتدت لأكثر من ١٢ شهرًا. وكشفت دراسة "أنطوني" وآخرون (Antoni et al., 2000) عن انخفاض كل من مستويات القلق والاكتئاب والغضب اعتمادًا على برنامج متعدد الوسائط المعرفية السلوكية لإدارة الضغوط^(١٨)، وذلك عند المقارنة بين عينة (ن=٢٠) من ذوي الجنسية المثلية المصابين بالإيدز في مقابل عينة (ن=١٩) على قائمة الانتظار، حيث تتضمن البرنامج التدريب على الاسترخاء، وتعديل التقويم المعرفي، واستخدام استراتيجيات المواجهة، وزيادة مصادر المساندة الاجتماعية. كما تم استخدام قصص معرفية لزيادة التحكم في وصمة كون الأفراد (ن=١٢٨) من ذوي الجنسية المثلية (Jacobs, 1996). واعتمدت دراسة "شارليس" (Charles, 2009) على استخدام تصميم الحالة الفردية لفعالية العلاج النفسي متعدد المحاور مع حالة لواطية عمرها ٣٥ سنة، حيث تم تطبيق المقابلة الإكلينيكية، واختبار إيزنك للشخصية، ومقياس الذكورة الأنوثة لمنيسوتا متعدد الأوجه، وقائمة الاكتئاب، ومقياس الاختلال الزوجي، واختبار تقدير الذات. وأوضحت النتائج بعد ثلاثة أشهر من العلاج انخفاض الانجذاب الجنسي نحو الذكور، وزيادة الانجذاب الجنسي نحو الإناث، وتقليل معدل الاستمنا (العادة السرية)، وانخفاض المشقة الزوجية، وتحسين نوعية الحياة النفسية. كما أثبتت العلاجات الإصلاحية القائمة على المعتقدات فعاليتها في خفض الاتجاهات نحو الجنسية المثلية (Riedel, 2012). وأكدت دراسة "موسكوس" (Moskos, 2001) فعالية برامج مواجهة الضغوط في تخفيف الاختلالات النفسية والصحية والنذب من المجتمع لتحسين تقدير الذات وتقبلها والتوافق النفسي لدى الأفراد ذوي الجنسية المثلية. وأكدت العديد من الدراسات على ضرورة إدراج العلاج النفسي (العلاج الفردي، المعرفي، المجموعات المساندة، العلاج الأسري) ضمن الخطة العلاجية للأفراد المنحرفين جنسيًا (Bright, 2007; Bulow, 2009; Hajek, 2003). وأوصت الدراسات ضرورة تقييم المعالجين النفسيين للبناء الاجتماعي لفهم الأفراد ذوي الجنسية المثلية (Adriaens & Block, 2006).

التعليق:

١- تباينت الدراسات السابقة فيما بينها حول إسهام العوامل النفسية في حدوث انحراف الجنسية المثلية، فالبعض أشار إلى دورها كعوامل نفسية وقائية ضد انحراف الجنسية المثلية مثل دراسة "جويتار" و"بلاس" (Guittar & Pals, 2014)، ودراسة "فوخن" وآخرون (Vaughn et al., 2014)، ودراسة "وايتهد" و"باكير" (Whitehead & Baker, 2012). والبعض الآخر أكد على كونها مترتبات متولدة عن انحراف الجنسية المثلية من شأنها أن تزيد من شدته، وتسبب

(1) Multimodal Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==

اختلالات ملحوظة في حياة المثليين جنسيًا، ومن هذه الدراسات نجد 'مير' (Meyer, 2003)، ودراسة 'شابين' (Chabin, 2013)، ودراسة 'روز' (Ross et al., 2001).

٢- يتضح من عرض الدراسات السابقة أن استخدام فنيات العلاج النفسي تُعد أحد العلاجات المطروحة لعلاج حالات الجنسية المثلية، لتحقيق هدفين هما إما تخفيف حدة الاضطرابات النفسية المرتبطة بهذا الانحراف، أو تقليل درجة الاتصال الجنسي بين الجنسين المثليين، دون الوصول إلى حدوث تشافي تام، وذلك لأن بعض الدراسات الأجنبية تسير في اتجاه أن انحراف الجنسية المثلية أقرب لأسلوب حياة من كونه اضطرابًا يحتاج للتدخلات العلاجية (Langstrom & Seto, 2006).

٣- كشفت بعض الدراسات السابقة عن كون هؤلاء المثليين يجب إخضاعهم للعلاج النفسي لتحسين نوعية حياتهم، مثل دراسة 'الدريجي' (Aldredge, 2009) التي سعت إلى تطبيق السيكودراما لتحسين حياتهم، وقدرتهم على التعامل بكفاءة مع شعورهم بالنزاع من المجتمع. وهذا معناه أن كثير من الدراسات الأجنبية تتعامل مع منظور الحقوق القانونية والمنظمات المكفولة لحماية المثليين الأمريكيين (Gomen & Rijke, 2011; Kahan, 2013).

٤- يلاحظ من الدراسات السابقة المطروحة عدم الاهتمام بهذه النقطة البحثية على المستوى العربي بوجه عام والمصري بوجه خاص بهذه النقطة البحثية، مما يحثنا ذلك على طرح هذه النقطة في الدراسة الراهنة، حيث يتم النظر إلي المثليين جنسيًا على كونهم منحرفين أخلاقيًا ودينيًا، ولا يحتاجون إلى أي تدخل نفسي، وهو ما جاء ضد منظور الدراسات البحثية السابقة (Hamblin & Gross, 2014; Sanjakdar, 2013).

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن صياغة الفروض التي تسعى الدراسة الراهنة للتحقق من صحتها، كما يلي:

١- يوجد تغيير إيجابي يطرأ على المشكلات المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية بعد انتهاء فترة العلاج من خلال مقارنة القياس البعدي بالقياس القبلي.

٢- تستمر أشكال التغيير الإيجابي في المشكلات المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية عبر فترات المتابعة من خلال المقارنة بين نتائج المتابعة الأولى دون تدخل بنتائج نهاية العلاج، وكذلك المتابعة الثانية والثالثة.

٣- توجد مؤشرات دالة على تخفيف الانجذاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية كنتاج عن التحسن الإيجابي في المشكلات المزاجية المصاحبة للانحراف.

منهج الدراسة وإجراءاتها

تقع الدراسة الراهنة ضمن دراسات الحالة المنظمة^(١)، وقد وضع 'كازدين' Kazdin (١٩٩٨) قائمة من الإجراءات التي إذا توفرت في دراسات الحالة الفردية تحسن من قابليتها للصدق، وهي:

- ١- الاعتماد على القياس الموضوعي الذي يوفر بيانات كمية منظمة عن الأداء.
- ٢- التقييم المستمر للأداء في أوقات وظروف مختلفة لرصد التغيير.
- ٣- حدوث تغيير في المشكلات التي كانت مستقرة الإزمان في السابق.
- ٤- أن يكون التغيير في الأداء كبيراً وملحوظاً عقب التدخل حتى يمكن إرجاعه للمعالجة (القرشي، ٢٠٠١، ٢٤٧). ويمثل إتخاذ مثل هذه الإجراءات معاً تحسن في قدرة الباحث تماماً على الاستنتاج بأن العلاج قد كان له تأثيراً فعالاً (كريس باكر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، ٢٦٨: مترجم).

(١) تصميم الدراسة:

تعتمد الدراسة الراهنة على التصميم القبلي - البعدي بقياسات متعددة Pre-Post-test Design with Repeated Measures، حيث يعتمد هذا التصميم على إجراء تقييمات متعددة للسلوك في مرحلة تحديد خط الأساس، وأثناء تقديم المعالجة، وكذلك في متابعتها (القرشي، ٢٠٠١، ٢٤٩). ويتضح للتصميم المزمع تبنيه كما يلي:

الإجراءات	قياس قبلي (ق١) خط الأساس	المعالجة (البرنامج التدريبي) تدخل	قياس بعدي متكرر (ق٢) للمتغيرات التابعة
الحالة المرضية	نعم	نعم	نعم

شكل (١) التصميم البحثي للدراسة الراهنة

ويتميز هذا التصميم بعمل نمطين من القياسات أو المقارنات، وهي:

- (أ) قياس داخل الحالة (قياس قبل التدخل وبعده): لمعرفة مقدار التغيير الذي حدث نتيجة المعالجة والتدخل.

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندفاع الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==

(ب) قياسات بعدية متكررة للحالة: لقياس مدى ثبات أثر التدخل (Christensen, 1994, pp.321-322).

(٢) مقاييس الدراسة:

[١] مقياس 'كينسي' لتقييم الملوك الجنسي لدى الذكور **The Kinsey Scale for Sexual Behavior in the Human Male** (Drucker, 2012): وهو مقياس يتكون من ست درجات متصلة لتعكس كل منها إدراك الفرد لنشاطه الجنسي، بحيث تمثل: درجة (٠) بأن الفرد سوي جنسياً، ولا يوجد لديه أي انحراف جنسي. ودرجة (١) بأن الفرد سوي جنسياً في الغالب، وقد يكون منحرفاً جنسياً في بعض المناسبات. ودرجة (٢) بأن الفرد سوي جنسياً في بعض الأحيان، وقد يكون منحرفاً جنسياً في أغلب المناسبات. ودرجة (٣) بأن الفرد متساوياً بين ممارسة الجنس بشكل طبيعي ومنحرف. ودرجة (٤) بأن الفرد منحرفاً جنسياً في الغالب وقد يكون طبيعياً في بعض المناسبات. ودرجة (٥) بأن الفرد منحرفاً جنسياً في الغالب وقد يكون طبيعياً في بعض الأحيان. ودرجة (٦) بأن الفرد منحرفاً جنسياً.

[٢] مقياس تقبل الجنسية المثلية: تم تكوين المقياس اعتماداً على المقاييس الأجنبية التالية: مقياس 'سمولينسكي' وآخرين (Smolenski, Diamond, Ross, & Rösser, 2010)، ومقياس الاتجاهات الإيجابية نحو الجنسية المثلية 'جوسي' و'جون - أوسولادو' (Jose & June, 2012) ومقياس الاتجاهات نحو تقبل الجنسية المثلية لـ 'أولفسين' وآخرين (Adolfson, Jedema & Keuzenkamp, 2010)، ومقياس الاتجاهات الجنسية بين الذكور لـ 'كورري' وآخرين (Currie, Cunningham & Findlay, 2004)، ومقياس 'سميث' و'جوردون' (Smith & Gordon, 1998) للاتجاهات نحو الجنسية المثلية. ويتكون المقياس من ١٦ بنداً تتم الإجابة على كل منها على أساس مقياس شدة مكون من ثلاث فئات: غير موافق، موافق بدرجة متوسطة، موافق بدرجة كبيرة. وتتراوح الدرجة على البند ما بين ١ و٣، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على الاختبار إجمالاً ٧٨ درجة، حيث تشير الدرجة الأعلى إلى تقبل الفرد للجنسية المثلية الذكورية.

وقد تم التحقق من الكفاءة القياسية في البيئة الأجنبية لكل من مقياس 'كينسي' لتقييم السلوك الجنسي لدى الذكور، والمقاييس المكونة لمقياس تقبل الجنسية المثلية على عينات جنسية مثلية ذكورية (Diamond, 1993; Hasen, Charles, & Evans, 1985; Van Wyk & Geist, 1984). أما عن التحقق في البيئة العربية وجدت الباحثة صعوبة في ذلك نظراً لصعوبة توفر

== (٤٥٤) == المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٨٧ المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥ ==

[٣] قائمة "بك" للاكتئاب: وهي من إعداد "أرون بك" عام ١٩٩٦، وترجمها إلى العربية كل من "الغباشي" و"مجدي" (١٩٩٨)، وهي قائمة تهدف إلى الحصول على تقدير كمي للأعراض الاكتئابية، وتشتمل على واحد وعشرين (٢١) بنداً، بحيث يمثل كل بند عرضاً محدداً من الأعراض الاكتئابية، وهي: الحزن، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وفقدان الاستمتاع بالأشياء، ومشاعر الذنب، والشعور بالعقاب، وعدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج والإثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وتغير في صورة الجسم، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والشعور بالتعب، والبكاء، وفقدان الشهية، وتغير الوزن، والانشغال على الصحة، والجنس. ويتم تصحيح كل بند على مقياس شدة يتكون من أربعة مستويات تتدرج من صفر إلى ثلاث درجات، بحيث يتكون كل بند من أربع عبارات بديلة مرتبة ترتيباً تنازلياً من حيث شدة التعبير عن أحد الأعراض الذي يعبر عنه البند. وتبلغ النهاية العظمى على القائمة إجمالاً ٦٣ درجة (النهاية الكبرى على مقياس الشدة X عدد البنود $= 21 \times 3 = 63$ درجة)، وتم التحقق من الكفاءة السيكمترية لقائمة "بك" في إحدى الدراسات (شويخ، الغباشي، عبدالغني، ٢٠٠٧).

[٤] مقياس صورة الذات: وهو من إعداد "البطانية" و"غوانمة" (٢٠٠٥)، ويتكون من (٥١) بنداً، ويقس مجموعة المعتقدات التي يتصورها الفرد على الأبعاد الخمسة التالية: صورة الذات العائلية (١١ بند)، وصورة الذات الاجتماعية (١١ بند)، وصورة الذات الجسمية (٦ بنود)، وصورة الذات الشخصية (١١ بند)، وصورة الذات الأكاديمية (١٢ بند). وتتطلب الإجابة على المقياس أن يختار الفرد بين إجابيتين إما نعم أو لا، بحيث تأخذ الإجابة بـ "نعم" درجتين أما الإجابة بـ "لا" فتأخذ درجة واحد، وقد تحقق الباحثان من كفاءته القياسية من خلال تطبيقه على عينة (ن=٣٥) طالباً بالجامعة، واستخدمت في حساب الصدق: صدق المحكمين، وصدق ارتباط البند بالدرجة الكلية، أما الثبات فجاءت قيمة ألف كرونباخ ٠.٨٤.

(٣) وصف الحالة وصياغتها معرفياً وسلوكياً:

هو ذكر يبلغ من العمر عشرون عاماً، وغير متزوج، وطالب في كلية الهندسة في إحدى الجامعات الخاصة، وله أختان، إحداهما توعم له، ويعمل الأب مدرساً للغة العربية في إحدى الدول العربية والأم ربة منزل. وعند عمر ١٣ سنة تعرض المريض لاعتداء جنسي من ولد آخر أكبر سناً منه في مدرسته الإعدادية التي كانت في إحدى الدول العربية، ويرى المريض أن ذلك بسبب ضعف البينية الجسمية له، لأنه منذ صغره يعاني من النحافة، وأرجع ذلك لأنه ولد ناقص الوزن

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

بسبب ميلاد أخت ترعم معه، وبالتالي ضعف بنيته الجسمية لم تمكنه من الدفاع عن نفسه، ثم تطور الأمر إلى أنها أصبحت عادة يمارسها المريض مع نفس الولد، واستمر الأمر على ذلك حتى أنهى مرحلته الإعدادية، واضطرت الأسرة إلى نزول الأولاد إلى مصر لأخذ الثانوية العامة منها، في حين مازال الأب يعمل هناك، وفي كل إجازة صيفية تسافر الأسرة له، وفي إحدى المرات سمعت الأخت بالصدفة مكالمة جنسية للمريض مع هذا الشخص، ونقلت الحوار للأسرة، التي أصيبت بانهيار شديد لأنها أسرة متدينة، ولكونه أيضًا الولد الوحيد، وثارت الأسرة عليه، وقامت بعرضه على طبيب ذكورة الذي أكد أنه تشرحيًا سوي تمامًا، ونسبة تركيز هرمون الإستروجين الأنثوي في الدم ٢٨ في محلها الطبيعي (يتراوح في الذكور بين ١١-٤٤)، ويمكنه التزاوج والإنجاب أيضًا، ولكنه يمارس الجنسية المثلية، وأقترح على الأسرة بضرورة عرضه على طبيب نفسي للتخلص من هذا السلوك المنحرف. لكن المريض وعدمه وحلف كثيرًا بعدم تكرار ذلك السلوك مرة ثانية، وأصبح تحت المراقبة المستمرة من كافة أفراد الأسرة، حتى اكتشفت أخته للمرة الثانية بأنه مازال يمارس الجنس مع نفس الولد ولكن باستخدام وسائل الانترنت، وهنا ذهب المريض من تلقاء نفسه إلى الطبيب النفسي، والذي أوصى بإعطائه دواء Keppra Levetiracetam 500 mg مرتين يوميًا بعد الإفطار والغداء، وتحويله (*) لأخذ جلسات نفسية. وقد استخلصت الباحثة من تاريخ حالة المريض أن هناك عددًا من الأعراض النفسية والجنسية المترتبة على انحراف الجنسية المثلية، والتي ربما ساهمت بقدر ما في زيادة شدة الانحراف من ناحية، وفي خفض معدل الشفاء من ناحية أخرى، وهذه المتغيرات تم حصرها في قائمة المشكلات التالية:

قائمة المشكلات:

(١) تقييم السلوك الجنسي لدى الذكور:

حصل المريض عند تقييمه لأدائه الجنسي على درجة (٥)، وهذا معناه أنه يدرك نشاطه الجنسي على أنه فردًا سويًا جنسيًا في بعض الأحيان، وقد يكون منحرفًا جنسيًا في أغلب المناسبات. حيث أوضح المريض أنه في بعض الأحيان يحدث له احتلام مع إناث، وقد يجذب جنسيًا إلى الإناث خاصة الفاتنات جدًا، وهذا حدث من أسبوع قبل بدء العلاج عندما حضر المريض مناسبة اجتماعية، أما عن أغلب المناسبات فهو يمارس الجنسية المثلية مع هذا الشخص

(*) تتقدم الباحثة بالشكر للأستاذ الدكتور/هاشم بحري رئيس قسم الطب النفسي بجامعة الأزهر، لتحويل المريض للباحثة في عيادته الخاصة، واستمرار إشرافه في متابعة الحالة من الناحية الطبية.

إما بالاتصال الفعلي عندما يكون معه في هذه الدولة العربية أو عن طريق وسائل الإنترنت وهو في مصر.

(٢) تقبل الجنسية المثلية:

حصل المريض على ٣٢ درجة من إجمالي (٤٨) الدرجة الكلية على مقياس تقبل الجنسية المثلية، مما يشير إلى أن اتجاهاته إيجابية نحو تقبل الجنسية المثلية، وقد ذكر المريض بأنه يشعر بالسعادة واللذة عند ممارسة الجنس مع الذكور مقارنة بالإناث، ولكنه يشعر بالقلق الشديد من اكتشاف أمره وسط أصحابه وزملاءه، كما أنه يرفض تمامًا تحويل جنسه إلى الجنس الآخر، لأنه يحب نفسه كذكر، ويرى أن هناك مميزات كثيرة لكونه ذكرًا عند مقارنته بأنه يمكن إمكانية تحويل جنسه إلى أنثى:

(٣) الأعراض الاكتئابية:

سجل المريض عددًا من الأعراض الاكتئابية طبقًا لقائمة "بك"، وهي شعوره بالحزن والهم نتيجة هذا الانحراف الجنسي، والبكاء في بعض الأحيان، وفقدان اهتمامه بالآخرين بل وانسحابه من العلاقات الاجتماعية خوفًا من حدوث انحرافات جنسية أخرى، وأصبح دائمًا مشغولًا بمشاعر الذنب، والشعور بالعقاب من الله بسبب هذا الجرم الديني (الواط)، وانخفاض وزنه بعض الشيء نتيجة فقدان الشهية، وكانت درجاته ٤٣ وهي وفقًا للمحك تقع في فئة الاكتئاب الشديد.

(٤) صورة الذات:

حصل المريض على درجة ٧٤ على مقياس صورة الذات لـ "البطانية" و"غوانمة" (٢٠٠٥)، وهي درجة منخفضة على مقياس صورة الذات عند مقارنتها بالمعايير الإحصائية (٧٩.١٥ ± ٣.٢٥)، حيث وصف المريض صور الذات العائلية بأنه من أسرة متدينة وعالية المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وأيضًا يشعرون بالعار لكونه شاذًا جنسيًا. أما عن صورة الذات الاجتماعية، فقد وصف نفسه بأنه إنسان اجتماعي ومحبوب وسط زملاءه وأصحابه، ولا يشعر بالوحدة أبدًا، لأن له العديد من الأصدقاء وكثير الخروج معهم. بينما جاءت صورته الذاتية الجسمانية بأنه ضعيف البنية، وتحيف، ويجب أن يذهب إلى طبيب تغذية لزيادة وزنه. وكشفت درجته الفرعية عن صورته الذاتية الشخصية بأنه إنسان حقير وقدر وجبان. وأخيرًا يدرك ذاته الأكاديمية بأنه ذكي بشكل كبير، وأدائه الدراسي رائع، فهو دائم التفوق رغم انحرافه الجنسي. وجاءت درجاته على المقاييس الفرعية لمقياس صورة الذات كالتالي: صورة الذات العائلية (١٨ درجة)، وصورة الذات الاجتماعية (١٧ درجة)، وصورة الذات الجسمانية (٦ درجات)، وصورة

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندفاع الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

الذات الشخصية (١٣ درجة)، وصورة الذات الأكاديمية (٢٠ درجة).

(٥) العلاقات الأسرية:

ذكر المريض أن علاقاته بأفراد أسرته تدهورت بشكل كبير بعد انكشاف أمره، وأصبح دائماً تحت المراقبة والشك فيه لدرجة خروج أخواته البنات معه في أي مكان. كما يتم تفتيش هاتفه المحمول والكمبيوتر الشخصي باستمرار للتأكد من عدم وجود حوارات جنسية أو تواصل مع هذا الشخص. ونتيجة لعدم الثقة بينه وبين أسرته، وأصبح دائم الشجار معهم، ومعايرته بأنه سبب تدينس سمعتهم، وإصابة والده بالضغط والدته بالسكر، والدعاء عليه دائماً بالموت لإخفاء عاره. كما أن المريض حدد مجموعة من الانشغالات التي تثار لديه عند تفاعله مع الأسرة في ظل وجود المعالجة، وهي: الخوف من الكشف عن أسراره، والإحساس بشيء مظلم وقذر داخلي، وشعور غير مريح نحو الأم، وتخوفه من معايرته بالانحراف.

(٦) الأفكار الآلية Automatic Thoughts:

حصر المريض عدداً من الأفكار الآلية السلبية الأكثر تكراراً - وذلك باستخدام أبسط الطرق وهو سؤال المريض عن أي أفكار تراوده كاستجابة لأحداث معينة في الانحراف الجنسي، وداخل الأسرة - والتي تدور حولها أغلب الأفكار التي يعاني منها، وهي: أنا حقير وقذر، وأنا ضعيف وجبان، وأنا عار على أسرتي.

(٧) أصول المشكلة وجذورها:

يعزو المريض جنسيته المثلية إلى الخبرات المبكرة نتيجة تجربة الاعتداء الجنسي التي تعرض لها في صغر سنه، ومن ثم تعود على مزاوله هذا السلوك الشاذ جنسياً، ومحاكاته لآخر أو ممارسته مع آخر خلال فترة الطفولة. ويتفق ذلك مع أبحاث المدرسة السلوكية، التي أوضحت أن نشأة هذه الانحرافات سببها تكوين انعكاسات شرطية مرضية في حياة الفرد، كأن تكون أول تجربة جنسية له مع نفس الجنس، وحصوله على لذة جنسية بتكرار هذا السلوك.

(٨) الفروض العاملة Working Hypothesis:

يبدو أن أساس مشكلة المريض ليس فقط في تعرضه للاعتداء الجنسي منذ صغر سنه، ولكن أيضاً لاعتقاده الشديد بمجموعة من الأفكار الآلية السلبية بأنه ضعيف البنية الجسمية، وأنه جبان وضعيف، وعاجز عن مواجهة ومنع الاعتداء الجنسي عليه، والتي تكونت بسبب التثنية الأسرية، ووجود الأسرة في بلد عربية أخرى. وجاءت باقي المشكلات نتيجة الانحراف الجنسي، فأعراض الاكتئاب، وتشويه صورة الذات، واضطراب علاقته بأسرته، وتقبله للجنسية المثلية هي ناتج

(٣) خطة العلاج المعرفي – السلوكي اعتماداً على صياغة الحالة:

عرض خطة العلاج:

اشتملت خطوات العلاج^(*) على بلورة وتحديد العناصر الآتية: الأهداف الأساسية، المحتوى الذي يحقق هذه الأهداف، الأسلوب التدريبي المتبع وخطواته التي تسير وفقاً لها في الجلسات التدريبية، بالإضافة إلى تحديد المدى الزمني للخطة وعدد الجلسات التدريبية، ومدة كل منها، ثم تقويم خطوات العلاج في ضوء ما تحقق من الأهداف الموضوعية.

وفيما يلي وصف لخطة العلاج:

❖ الأهداف:

▪ الهدف طويل المدى:

سيخضع المريض لتدريب خاص حول تفسير الجنسية المثلية بالنسبة لحالته بأنها سلوك خاطئ متعلم من الخبرات التي مر بها الفرد في بيئته. ومن ثمّ توظيف بعض الفنيات المعرفية السلوكية لتعديل كل من هذا السلوك الجنسي الخاطئ والبنية المعرفية للمريض، ومن ثمّ تغيير حالته الانفعالية كالاكتئاب، والتي قد تنعكس على تخفيف شدة الأعراض الجنسية (الانجذاب الجنسي)، وتوجيهها للمسار الطبيعي.

▪ الأهداف الفرعية قصيرة المدى:

١. زيادة الوعي بقواعد تعلم السلوك الجنسي الخاطئ.
٢. تعديل الأفكار الآلية السلبية بأفكار إيجابية.
٣. النفور وإطفاء ممارسة السلوك الجنسي المثلي.
٤. تحسين الأعراض الاكتئابية.
٥. رفع الثقة بالنفس، وسلوك التوكيدية.
٦. زيادة النشاطات السارة وممارستها يومياً بشكل فعال.
٧. خلق مناخ أسري يتسم بالتسامح والتشجيع.

❖ محتوى التدخل النفسي:

(*) ستكفي الباحثة بعرض مضمون جلسات البرنامج العلاجي بشكل مختصر في الدراسة الراهنة، أما البرنامج التفصيلي سيتم تقديمه في ملحق خاص بالدراسة.
! = المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٨٧ - المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥: (٤٥٩)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

تم وضع محتوى الجلسات على ضوء الإجراء الرئيسي في العلاج، ألا وهو تدريب مريض الجنسية المثلية على استخدام الفنيات المعرفية السلوكية بهدف تحسين بعض الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي، ولذا كان المحتوى يدور حول النقاط التالية:

- إعادة البناء المعرفي من خلال تحديد الأفكار الآلية السلبية، وتبديلها بأخرى إيجابية.
- استخدام التخيلات الذهنية للنفور من الانجذاب الجنسي المثلي.
- التدريب على أنماط للاسترخاء مثل التنفسي، والذهني.
- التدريب على مهارتي الثقة بالنفس، والتوكيدية.
- التدريب على ممارسة النشاطات السارة.

بالإضافة إلى:

- قياسات متعددة؛ قبل تطبيق البرنامج، وأثناءه، وبعده، وخلال فترات المتابعة للأعراض المزاجية والجنسية المرتبطة بانحراف الجنسية المثلية.
- تحديد المهام المنزلية المطلوبة، وتقييمها في الجلسات التالية.
- استخدام بعض الفنيات للحفاظ على استمرار دافعية المريض مرتفعة، مثل نظرة الأسرة له بعد التخلص من هذا الانحراف، أو تخيل نوعية الأمراض الجسمية التي قد يُصاب بها إذا استمر في ممارسة هذا السلوك المنحرف.

❖ المدة الزمنية للتدخل النفسي:

تم تحديد المدى الزمني للتدخل النفسي على ضوء طبيعة أهداف البرنامج، وظروف الحالة، وعدد الجلسات المطلوبة، والتي قدرت بخمسة وعشرين جلسة على امتداد إحدى عشر أسبوعاً، بواقع جلستين أسبوعياً، على أن يتراوح زمن الجلسة الواحدة بين ٣٥-٤٠ دقيقة على الأكثر، ثم جلسات المتابعة الثلاث (بواقع جلسة كل شهرين، وبذلك تكون فترة المتابعة قد استمرت ضعف فترة العلاج ثلاث مرات، للتأكد من رسوخ نتائج برنامج التدخل).

وقد تكونت جلسات التدخل من ثلاثة أجزاء أساسية على النحو التالي:

أ- الجانب النظري: ويتضمن تقديم معلومات عن التدخل العلاجي والهدف منه، وخطة العمل، ومكوناته المختلفة، وتوقيت الجلسات، كذلك يحتوى على معلومات نظرية حول طبيعة انحراف الجنسية المثلية وعلاقته بنظريات التعلم، وتعريف كل الفنيات المعرفية والسلوكية على حدة.

ب- النشاطات التدريبية: وكان الإجراء المتبع في تقديمها هو قيام المعالجة بممارسة النشاط المطلوب أمام المريض، وقيامه بأدائها معها مثل التدريب على الاسترخاء التنفسي، أو قيامها بشرح المهمة المطلوبة من المريض للقيام بها، كما في التدريب على استخدام أساليب تنفيذ الأفكار الآلية السلبية.

ج- مراجعة الواجبات المنزلية والتعريف بالعائد: حيث خصصت بداية كل جلسة تالية لمراجعة ما تم تقديمه في الجلسات السابقة، والتعليق على الأنشطة المختلفة التي قام بها المريض، وذلك لتحقيق الأهداف التالية: (١) تعريف المريض بعائد أدائه، وتقديم التشجيع له وطمأنته بقدرته على القيام بتلك النشاطات. (٢) التأكد من استيعاب المريض لما قدم له عبر الجلسات السابقة، والإجابة عن استفساراته ومساعدته على التغلب على ما يواجهه من صعوبات. (٣) مراجعة المعلومات والخطوات التي تم استعراضها في الجلسة السابقة.

نتائج الدراسة:

تضمن برنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي التزم بحضور جلساته المريض، خمسة وعشرين جلسة، حضر جميع الجلسات بشكل منتظم وفعال (بالرغم من كونه يعيش في محافظة إقليمية) طبقاً لجدول أعمال محدد البنية لكل جلسة، والتدريب على مختلف الفنيات العلاجية اللازمة لتخفيف من شدة الأعراض المزاجية والجنسية. والتزم المريض إلى حد كبير في إنجاز الواجبات المنزلية، والمهام المطلوبة تنفيذاً بين الجلسات مثل محض الأفكار الآلية السلبية، واستخدام التخيلات الذهنية، وممارسة السلوكيات السارة. ووفقاً لأساليب المشاهدة العيادية، فقد تم حصر عدد من مؤشرات تقييم مدى فاعلية الفنيات المعرفية السلوكية في حدوث تحسن يطرأ على الحالة المزاجية والجنسية للمريض، وانعكاس ذلك على تخفيف شدة انحراف الجنسية المثلية. ومن ثم الإجابة عن تساؤلات الدراسة وهي:

- ١- هل يوجد تغيير إيجابي يطرأ على المشكلات المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية بعد انتهاء فترة العلاج من خلال مقارنة القياس البعدي بالقياس القبلي؟
- ٢- هل تستمر أشكال التغيير الإيجابي في المشكلات المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية عبر فترات المتابعة من خلال المقارنة بين نتائج المتابعة الأولى دون تدخل بنتائج نهاية العلاج، وكذلك المتابعة الثانية والثالثة؟
- ٣- هل توجد مؤشرات دالة على تخفيف الانجذاب الجنسي لدى حالة جنسية مثلية كنتيجة عن التحسن الإيجابي في المشكلات المزاجية المصاحبة لها؟

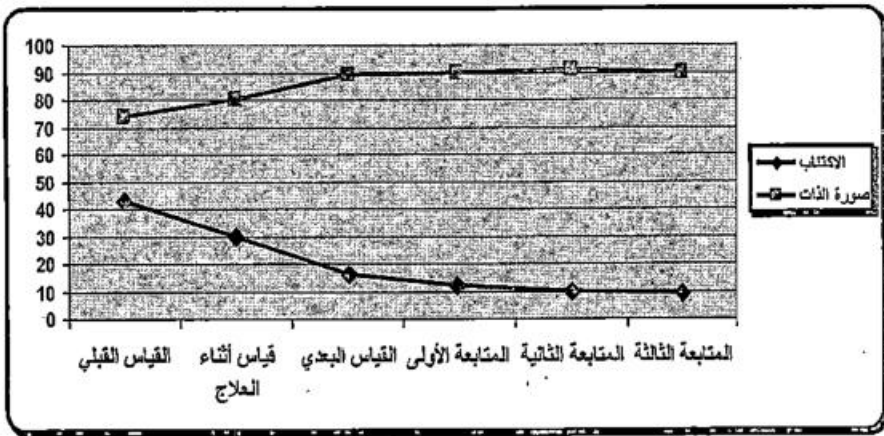
== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

تم تحديد عدد من المؤشرات التي تؤيد أو تنفي فاعلية بعض الفنيات المعرفية السلوكية في حدوث تحسن يطرأ على المريض ذوي انحراف الجنسية المثلية، وهي:

- ١- مؤشرات قياس الأعراض المزاجية (الاكتئاب، وصورة الذات).
- ٢- مؤشرات قياس سلوك الانجذاب الجنسي (تقييم السلوك الجنسي، وتقبل الجنسية المثلية).
- ٣- مؤشرات الأفكار الآلية.
- ٤- مؤشرات التفاعل الأسري.

ويتم تقييم هذه المؤشرات من خلال المقارنة بين القياس القبلي، وأثناء العلاج، والبعدي والمتابعات الثلاث (الأولى والثانية والثالثة) كل منها بعد شهرين.

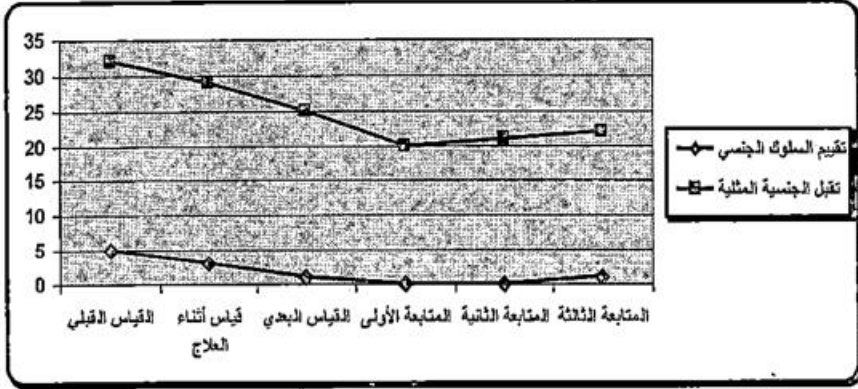
١- مؤشرات قياس الأعراض النفسية (الاكتئاب، وصورة الذات) عبر القياسات المتعددة؛ القياس القبلي، وأثناء العلاج، والبعدي، والمتابعات الثلاث (الأولى، والثانية، والثالثة):



شكل (٢) الفروق بين قياس الأعراض النفسية عبر مراحل التدخل والمتابعة

يوضح الشكل السابق أداء المريض على الاختبارات النفسية (الاكتئاب، وصورة الذات) عبر مراحل التدخل وأثناء فترة المتابعة، وجاءت النتائج لتوضح أن درجات المريض في القياس البعدي وقياسات المتابعات الثلاث تحسنت بشكل ملحوظ مقارنة بدرجاتها قبل العلاج (القياس القبلي)، فقد انخفض اكتتابه بشكل جوهري، في حين ارتفعت درجاته في تقبل صورة الذات بأنها إيجابية؛ وخاصة صورة الذات الجسمية وصورة الذات الشخصية.

٢- مؤشرات قياس سلوك الانجذاب الجنسي (تقييم السلوك الجنسي، وتقبل الجنسية المثلية) عبر القياسات المتعددة؛ القياس القبلي، وأثناء العلاج، والبعدي، والمتابعات الثلاث (الأولى، والثانية، والثالثة):



شكل (٣) الفروق بين قياس الأعراض الجنسية عبر مراحل التدخل والمتابعة

يبين الشكل السابق أداء المريض على الاختبارات الجنسية (تقييم السلوك الجنسي، وتقبل الجنسية المثلية) عبر مراحل التدخل وأثناء فترة المتابعة، حيث كشفت نتائج درجات المريض في القياس البعدي وقياسات المتابعات الثلاث عن تحسن بشكل ملحوظ مقارنة بدرجاته قبل العلاج (القياس القبلي)، فقد انخفض تقييم المريض لأدائه الجنسي، وكذلك تقبله للجنسية المثلية بشكل جوهري، ويبدو ذلك في أن أصبح تقييم المريض لأدائه الجنسي بأنه سوي جنسيًا، ولا يوجد لدية أي انحراف جنسي، كما أصبحت اتجاهاته سلبية نحو تقبل الجنسية المثلية، والذي يؤكد ذلك إقرار المريض بعدم وجود إي اتصال جنسي بينه وبين أي ذكر سواء أكان اتصال فعلي أو عبر الإنترنت، وذلك ناتجًا عن انخفاض سلوك الانجذاب الجنسي نحو الذكور.

٣- مؤشرات الأفكار الآلية:

اختفت إلى حد كبير معتقدات المريض والأفكار الآلية السلبية في نهاية العلاج،

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==
وإتضح الوعي بعدم منطقية هذه الأفكار بدءًا من الجلسة السابعة، حيث ذكر المريض بأنه لم يكن على وعي بهذا الكم من الأفكار اللامنتطقية، وأصبح يسعى بكل الوسائل إلى دحض وتفنيذ هذه الأفكار، وقد أصبح المريض في الجلسة العاشرة على قدر كبير من الفعالية في التعامل مع هذه الأفكار الآلية. وكذلك أظهرت جداول تسجيل مراقبة الأفكار الآلية مقدرة المريض في تعديل هذه الأفكار إيجابيًا، وملاحظة التغييرات المزاجية والجنسية التالية لهذا التعديل.

٣- مؤشرات التفاعل الأسري:

من خلال تحليل التقارير الذاتية للمريض حول الصراعات في الأسرة، ذكر بأنه أصبح أكثر رجولة في تحمل مسئولية أسرته، ورفع شأنها، كما خفت صراعاته بشكل ملحوظ مع أسرته وبخاصة مع والده، حيث زادت تقتهما فيه، كما أثبتت أسرته عليه بأنها أصبح أكثر التزامًا أخلاقيًا ودينيًا، وأقل اكتئابًا، وتفاعلاً معهم بود ولطف، كما ذكرت والدته بأنه أصبح أقل استخدامًا للهاتف المحمول، وأكثر ذهابةً للمسجد. أما عن علاقاته بالزملاء، فذكر المريض بأنه قطع صلته تمامًا بهذا الشخص الشاذ، وبكل من يعرف طبيعة هذه العلاقة من أصدقائه، وهو الآن على تواصل مع أصدقاء محترمين دينيًا وأخلاقيًا.

مناقشة النتائج:

تجدر الإشارة قبل مناقشة النتائج إلى أن تقرير هذه الدراسة يأتي جامعًا بين المنحى الكمي الموضوعي والمنحى الكيفي في دراسة حالة علاجية طبقًا للمنهج الوصفي المنتظم، ومن ثم تقع الدراسة تحت ما يسمى دراسة الحالة المنظمة أو الدراسة المنظمة للحالة الفردية (كريس باكر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، ٢٦٨: مترجم).

وفيما يتصل بمناقشة نتائج الدراسة المنظمة للحالة الخاصة بعلاج الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي المرتبط بانحراف الجنسية المثلية، فإننا - كما سبقَت الإشارة إلى ذلك - قد حصلنا على المعلومات التفصيلية عنها، وعن نوعية طبيعة انحراف الجنسية المثلية بصفة خاصة، وكل ما يرتبط به من مشكلات، من خطاب التحويل، والمشاهدة، والاختبارات التشخيصية المتخصصة (تقييم السلوك الجنسي، وتقبل الجنسية المثلية، والاكنتاب، وصورة الذات)، والمقابلات التشخيصية مع الحالة. واسترشدنا في صياغة الحالة، بنموذج وصف الحالة وصياغتها معرفيًا وسلوكيًا (روبرت ليهي، ٢٠٠٦، ٦٥-٩٠: مترجم)، لجعل وصف الحالة أقرب لدراسة الحالة من

مجرد السرد القصصي، كذلك تؤدي الصياغة الوصفية في مستهل العلاج إلى تقييم المجال الكلي للصعوبات التي من الممكن مواجهتها أثناء التقييم، ومن ثم توفير خيارات لكل من المريض والمعالج في إطار عمل أوسع (لنيزاي ويول، ٢٠٠٠، ٤١٠: مترجم). ولا شك أن الدافعية الشديدة لدى المريض للتخلص من انحراف الجنسية المثلية، وتعاونه الشديد، والتزامه الصارم بتحقيق كل الأهداف العلاجية طويلة المدى، وما انبثق عنها من أهداف علاجية فرعية وقصيرة المدى، أدت دوراً مهماً في نجاح العلاج المعرفي السلوكي.

أما عن مناقشة النتائج فيتم عرضها في ظل نموذج مراحل التغيير^(٢٠)، حيث يدرك هذا النموذج أن تغيير السلوك هو عملية معقدة، وأن الأفراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، وليس بالضرورة في ترتيب محدد ومنطقي. ويشير الجزء الأساسي في النموذج إلى أن الأفراد ينتقلون من مرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية، وأنهم يفقدون مراحل في بعض الأحيان، وقد يرجعون في وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل أن ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، وبذلك يمثل هذا النموذج غالباً بوصفه دوامة (من خلال: شويخ، ٢٠١٢). ويقترح هذا النموذج خمس مراحل رئيسية للتغيير: (١) مرحلة ما قبل التفكير في الفعل^(٢١): ويعاني الأفراد في هذه المرحلة من نقص الوعي بمشكلة السلوك، وعدم توافر المقاصد أو الخطط لتغيير السلوك في المستقبل، مما ينتج عنه غياب الدافع الذاتي لعمل أي تغييرات، وربما يقلل ذلك من الفوائد المترتبة على أي تغييرات محتملة في السلوك. (٢) مرحلة التفكير في الفعل^(٢٢): وتتميز بنمو وعي الأفراد بتكاليف السلوك السلبي فضلاً عن قابليتهم الذاتية للإصابة. فالأفراد في هذه المرحلة يخرجون من مرحلة "الجهل هو للنعم"؛ ويبدءون في إدراك أن إجراء تغيير يمكن أن يكون فكرة جيدة، ومن ثم يبحثون عن معلومات حول هذا الموضوع محل الاهتمام، وذلك على الرغم من أنهم قد يعانون من نقص الثقة في قدرتهم على إحداث تغيير. وباختصار، فإنهم يبدءون التفكير بجدية في تغيير سلوكهم، دون القيام بأي فعل خلال هذه المرحلة. (٣) مرحلة الإعداد للفعل^(٢٣): يبدأ الأفراد الالتزام بتغيير سلوكهم، ويضعون خططاً بشأن كيفية بداية التغيير. وتتميز هذه المرحلة بتحضير الفرد ذاته وعالمه الاجتماعي؛ ليلتزم نيته في تغيير السلوك المقصود. (٤) الفعل^(٢٤): وتبدأ هذه المرحلة بالانخراط الفعلي في سلوك جديد. فتغيير السلوك الآن هو السمة العامة للأداء. وعلى الرغم من أن الاستهداف للانتكاسة في هذه

(1)The Stages of Change Model

(2)Precontemplation

(3)Contemplation

(4)Preparation

(5)Action

المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٨٧ - المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥ (٤٦٥)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندجاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

المرحلة يكون مرتفعاً، فإنه عادة ما يتلقى الأفراد كثيراً من الدعم من قبل عائلاتهم وأصدقائهم؛ لأنهم التزموا بتغيير سلوكهم. (٥) مرحلة الحفاظ على الفعل^(٢٥): عندما يصل الأفراد إلى مرحلة الحفاظ على تغيير السلوك بمرور الوقت - عادة ما يكون ستة أشهر- يتلقى الأفراد مساندة اجتماعية أقل؛ لأنهم انخرطوا بالفعل في العمل، ولكن لا يزال من الضروري تقديم الدعم للحفاظ على السلوك الجديد. وبالإضافة إلى المراحل المبينة سابقاً، يؤكد النموذج دور التقييم للايجابيات والسلبيات المدركة من تغيير السلوك، مع الأخذ في الاعتبار ثقة الفرد في قدرته على تنفيذ التغيير (Bertholet, Cheng & Palfai, 2009; Siru, Hulse & Tait, 2009; Taylor, 2000, p.125; Tung, Farmer & Ding, 2009).

أما عن التطبيق الرئيس لهذا النموذج مع الحالة أثناء تقديم التدخل، فقد ظهر أن طبيعة التدخل ينبغي أن تكون مطابقة لطبيعة مرحلة التغيير لدى الحالة. ولهذا كانت المرحلة الأولى من العلاج (مرحلة ما قبل التفكير في الفعل) تنصب على زيادة وعي المريض بأن انحراف الجنسية المثلية هو سلوك تم تعلمه بشكل خاطئ، ولكن مع زيادة الوعي، أصبح المريض الحالة مهياً بشكل كبير لتغيير حالته النفسية لعلاج انحرافه. ولعل ذلك تبيين من خلال الجلستين الأوليين اللتين انصب هدفهما في مناقشة طبيعة انحراف الجنسية المثلية، وتفسير العلاقة بين الأعراض المزاجية والجنسية من ناحية وبين انحراف الجنسية المثلية. أما عن مرحلة التفكير في الفعل، بدأ المريض بشكل جدي في فهم طبيعة حالته بشكل أكثر دقة، وحصر الأسباب المؤدية إلى انحراف الجنسية المثلية، وقد ظهر ذلك في الجلسة الثالثة، من خلال وصف المريض لحالة الاكتئاب والهم التي يعاني منها، ومناقشة العوامل المؤدية لاستمرار الاكتئاب، وشرح النموذج الثلاثي للاكتئاب للمريض لتفهم منه أن الأفكار تولد انفعالات سلبية، ومن ثم تعكس على السلوك. وبدءاً من الجلسة الخامسة دخل المريض مرحلة الإعداد للفعل، حيث أصبح أكثر التزاماً بتغيير سلوكه، ووضع خطة بشأن كيفية بداية التغيير. وقد انكشف ذلك من خلال التدريب على جداول المراقبة الذاتية، والتدريب على تقدير الحالة الانفعالية والسلوكية بعد تعديل الأفكار السلبية. ولكنه لم يمارس النشاط إلا بعد الجلسة، ومنذ تنفيذ ذلك فهي الآن قد تكون في مرحلة الفعل، وتبدأ هذه المرحلة بالانخراط الفعلي في سلوك جديد. فتغيير السلوك (تحسين الأعراض المزاجية والاندجاب الجنسي الطبيعي) الآن هو السمة العامة للأداء. أي أن التنفيذ الحقيقي بدأ من الجلسة الثالثة حتى الجلسة العشرين، والتي انصب هدف العلاج فيها على التدريب على فنيات النفور من الاندجاب الجنسي المثلي،

(6) Maintenance

== (٤٦٦) == المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٨٧، المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥ ==

وتعديل الأفكار السلبية الآلية، ومهارات الثقة بالنفس والتوكيدية، فجميعها قائمة على التدريب المباشر بين المعالجة والمريض في الجلسة، ثم قيام المريض بالتدريب المنزلي، وتسجيل الواجبات ليتم مناقشتها مع بداية كل جلسة، للتأكد من فهم المريض وتنفيذه للخطوات بشكل صحيح، بالإضافة إلى طرح أية صعوبات أو عقبات أمام التنفيذ. أما المرحلة الأخيرة من العلاج وهي مرحلة الحفاظ على الفعل، فقد ظهرت في جلسات المتابعة، وهي مرحلة الحفاظ على الاستمرار في تغيير السلوك بمرور الوقت، واستمرت لمدة ستة أشهر، يقوم المريض بنفسه بأداء ما تم تعليمه بدون أي تدخل من المعالجة، مما زاد من ثقته على قدرته على تنفيذ التغيير في السلوك لوحده.

وانتبت المعالجة أسلوب تفاعلي يتسم بأقصى درجات المرونة، بحيث يمكننا وصف العلاقة المهنية بعلاقة تحالف علاجي، والسبب العلمي وراء اتخاذ المعالجة لهذا الموقف، هو ما تم ملاحظته من معاناة المريض من الكرب النفسي بدرجة عالية (الاكتئاب، والأفكار السلبية مقترنة بضعف في الثقة بالنفس، وانخفاض تقدير صورة الذات، وبعض المشكلات الأسرية)، مما فرض على أسلوب المعالجة أن يكون مرناً بدرجة كبيرة عند تفاعلها مع المريض، وتقديم المساندة باستخدام كل أساليب الطمأنينة والشعور بالأمن، والتشجيع على أداء الفنيات. وهذا ما فعلناه مع المريض.

وكان من أهم العوامل المؤثرة في نتائج هذه الحالة، تعاون المريض ووعيه الشديد بذاته، وكذلك متغير العمل التعاوني^(١٦) الذي كان له تأثير كبير في نجاح الفنيات المعرفية السلوكية مع حالات الانحرافات الجنسية. وتتفق نتائج الدراسة الراهنة مع ما ورد من نتائج في بعض الدراسات السابقة، والتي وجدت أن للعلاج النفسي فعالية كبيرة في تقليل الاستهداف للاتصال الجنسي بين حالات الجنسية المثلية^(Carbone, 2008; Imrie et al., 2001). كما أثبتت دراسة دياللي وآخرون^(Dilley et al., 2011) كفاءة الفنيات المعرفية في تقليل فترات الاتصال الجنسي بين اللواطيين المصابين بمرض الإيدز، حيث أنخفض متوسط عدد مرات الاتصال الجنسي من ٥.١ إلى ١.٦ خلال ستة أشهر، واستمرت تلك النتائج خلال فترة المتابعة التي امتدت لأكثر من ١٢ شهراً. وأكدت دراسة "أنطوني" وآخرون^(Antoni et al., 2000) انخفاض كل من مستويات القلق والاكتئاب والغضب اعتماداً على برنامج متعدد الوسائط المعرفية السلوكية لإدارة الضغوط، حيث تتضمن البرنامج التدريب على الاسترخاء، وتعديل التقويم المعرفي، واستخدام استراتيجيات المواجهة، وزيادة مصادر المساندة الاجتماعية. وأوضحت دراسة "شارليس"^(Charles, 2009) أن

(1) Collaborative Work

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاندفاع الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==

بعد ثلاثة أشهر من العلاج النفسي انخفض الاندفاع الجنسي نحو الذكور، وازداد الاندفاع الجنسي نحو الإناث، وقل معدل الاستمنااء (العادة السرية)، والمشقة الزوجية، وتحسنت نوعية الحياة النفسية لدى حالة الجنسية المثلية. وأوصيت العديد من الدراسات ضرورة إدراج العلاج النفسي (العلاج الفردي، والسلوكي المعرفي، والمجموعات المساندة، والعلاج الأسري) ضمن الخطة العلاجية للأفراد المنحرفين جنسيًا (Adriaens & Block, 2006; Bright, 2007; Bulow, 2009; Hajek, 2003; Moskos, 2001; Riedel, 2012).

وهذا ما انتهت إليه نتائج الدراسة الراهنة، حيث كانت معدلات التحسن العلاجي لدى المريض في الجلسات الأولى أقل جوهرياً منها في الجلسات الوسطى والأخيرة التي أظهر فيها تحسناً في تخفيف حدة الأعراض المزاجية والجنسية لدى حالة الجنسية المثلية، فقد كان حدوثها العامل الحاسم في تحدي الحالة للأفكار السلبية الخاصة بصعوبة العلاج، وفي تحسن ثقته بنفسه، وتحسن حياته الأسرية، وشعوره بالأمن والطمأنينة إزاء القضايا المهددة له (كالخوف من الكشف عن أسراره، الشعور غير المريح نحو الأم). كذلك تحسنت مهارات التواصل بينه وبين الآخرين في المنزل بشكل جوهري، بحيث زادت معدلات الحوار، وقضاء مزيد من الأوقات معاً داخل المنزل وخارجه مع الأسرة كاملة، الأمر الذي انعكس على هدوئه النفسي، الأمر الذي يشير إلى ضرورة استخدام فنيات العلاج المعرفي - السلوكي.

وتجلب نتيجة الدراسة الراهنة المدعمة لفعالية الفنيات المعرفية السلوكية في تخفيف الأعراض المرتبطة بالجنسية المثلية سواء المزاجية أو الجنسية إثارة تساؤل مهم وهو "هل انحراف الجنسية المثلية مرض وراثي أم مكتسب"، والإجابة على هذا التساؤل تتم في ضوء هذه الحالة الفردية - الخاصة بالبحث الراهن - والتي تفسرها خصائص السلوك المتعلم في ضوء نظرية التعلم الشرطي الكلاسيكي لـ "بافلوف"، موضحة بعضها كالتالي: (١) أنه فعل مكتسب ومتعلم. (٢) أنه فعل قابل للتغيير والتعديل قوة وضعفاً، ويتأثر بالشروط التي أحاطت بالكائن أثناء تكوينه. (٣) قابل للانطفاء والامحاء، وذلك باتباع طريقة معاكسة لتكوينه. (٤) وتجدر الإشارة إلى أن الانطفاء في الغالب لا يكون كلياً وإلى الأبد، وإنما يلاحظ بعد فك الارتباط التجريبي بين المثير غير الشرطي والشرطي إعادة ظهور هذا الارتباط فيما بعد، وهذا ما أطلق عليه اسم الاسترجاع التلقائي للفعل المنعكس الشرطي بعد امحاؤه (Borich & Tombari, 1995; Cauley, Linder & Millan, 2000; Woolfolk, 1993). ولعل هذا اتضح من تعلم الجنسية المثلية كسلوك خاطئ تم اكتسابه في الصغر عند هذه الحالة المرضية، وتعلم الفنيات السلوكية مثل النفور، والتدريب عليه، أدى ذلك إلى إطفاء سلوك الاندفاع الجنسي نحو الذكور. كذلك وفقاً لهذه الخصائص السابقة، أتضح أن هذا

الانطفاء قد لا يستمر أو لا ينطفئ بشكل كلي، لذا ينبغي عمل جلسات متابعة للتأكد من الانطفاء لسلوك الانجذاب لدى المرضى ذوي انحراف الجنسية المثلية.

أما عن التوصيات التي يجب أن يأخذها المريض في حسابه حتى لا يخسر بعض مكاسبها العلاجية، فتمثل في ضرورة خضوعه للعلاج المعرفي - السلوكي إذا راودته بعض الأفكار الآلية السلبية التي تثير انجذابه الجنسي، أو أعراضه الاكتئابية، أو بعض مشكلاته الأسرية مرة أخرى، وتؤيد هذه التوصية بعض نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال.

وتشير النتائج والملاحظات التي خلصنا بها من الدراسة إلى الآتي:

- ١- أن الاستبصار الجيد بطبيعة كون سلوك انحراف الجنسية المثلية سلوكاً خاطئاً متعلماً، والدافعية القوية نحو العلاج النفسي، كلها أمور تؤثر على سير الخطة العلاجية، وتؤدي إلى استفادة المرضى من العلاج، خصوصاً الفنيات المعرفية السلوكية المستخدمة في هذه الدراسة.
- ٢- تكوين تشريط تفيري للانجذاب الجنسي فنية عالية التأثير في إطفاء هذا السلوك المنحرف.
- ٣- إعادة البناء المعرفي للاعتقادات والأفكار الآلية السلبية باستخدام فنيات تبديل هذه الأفكار بأخرى إيجابية (السجل اليومي للأفكار وتدوين الأفكار الإيجابية البديلة التي تستخدمها يومياً كدليل للتحسن).
- ٤- تدريب الحالة على مهارتي الثقة بالنفس والتوكيدية، ومن ثم تزداد قدرته على التحكم الذاتي.
- ٥- ممارسة المريض لأنشطة سارة، وكذلك تجنب أداء أعمال ومهام بعينها، وما ينجم عنها من مزاج سلبي، ومساعدته في تعلم مهارتي الثقة بالنفس والتوكيدية.
- ٦- وأخيراً تأتي الدراسة الراهنة كمحاولة لتفعيل دور الفنيات المعرفية السلوكية في تخفيف حدة الأعراض الجنسية بنفس قدر الاضطرابات النفسية لدى مريض انحراف الجنسية المثلية، ومن ثم فهي محاولة لتشجيع الباحثين على الامتداد بالعلاجات النفسية خارج الإطار النفسي التقليدي، وخصوصاً الانحرافات الجنسية.

الخلاصة:

لعل أهم ما تحمله تلك النتائج من دلالة عملية هو ما يمكن أن تقدمه من إسهام في إطار رسم سياسات لجودة الخدمة العلاجية خاصة النفسية في سياق الانحرافات الجنسية. ولاشك أن قناعتنا - كمجتمع - بأهمية تلك الاضطرابات تزداد كلما تابعنا اتجاه معدلات انتشار الانحرافات الجنسية في

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والانجذاب الجنسي لدى حالة مثلية ذكورية ==

مجتمعنا العربي، والتي تشير في مجملها إلى أننا بصدد مشكلة أخلاقية ودينية، لا سبيل لنا للتخلص منها تماماً؛ وإنما من الممكن خفض توابعها على الحالة النفسية والجنسية لكل من المرضى والمجتمع.

من هنا تزداد أهمية النظر بعناية إلى هذا الطراز من النتائج الذي تكشف عنه الدراسة الراهنة، خاصة إذا تذكرنا أن تلك المعالم النفسية المستهدفة - في ظل استمرار الانحراف الجنسي - قد تتطور إلى ما هو أكثر من ذلك كانسحاب المرضى من الخطة العلاجية، أو في أي شكل من أشكال رفض العلاج خوفاً من وصمة الانحراف.

وإلى جانب هذه النظرة العملية لدلالة النتائج الراهنة، فقد سعت الباحثة إلى تتبع منهجاً أقرب للتجريبي إلى حد ما، ولكن شابت الدراسة لعدة نواقص منهجية، منها عدم وجود حالة ضابطة للحكم على الصدق الداخلي للدراسة، والاستعانة بحالات متعددة من الانحرافات الجنسية لإمكانية تعميم النتائج، ومن ثم تحقيق الصدق الخارجي، كذلك صعوبة التحقق من الكفاءة القياسية لبعض المقاييس المستخدمة فيها، نظراً لاعتمادها على حالة فردية. ولكن ما زالت ما قدمته الدراسة الراهنة من نتائج في هذا الصدد لا يعد إلا محاولة أو بنية أولية تحتاج دعم كثير من خلال البحوث العربية في هذا السياق.

المراجع:

البيطانية، أسامنه؛ غوانمة، مأمون (٢٠٠٥). دراسة مقارنة بين مفهوم الذات لدى طلبة ذوي صعوبات التعلم والطلبة العاديين في محافظة أريحا بالأردن. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، (٢)، ١٢٣-١٣٤.

حمودة، محمود (١٩٩٠). *النفس أسرارها وأمراضها*. القاهرة: مكتبة الفجالة.
روبرت ليهي (٢٠٠٦). *دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي فسي الاضطرابات النفسية*. (ترجمة) جمعة يوسف، محمد نجيب الصبوة، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

شويخ، هناء (٢٠١٢). *علم النفس الصحي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
شويخ، هناء؛ الغباشي، سهير؛ عبد الغني، محمد (٢٠٠٧). أثر برنامج تدريبي قائم على استخدام بعض إستراتيجيات المواجهة الفعالة في تحسين بعض المتغيرات النفسية والقياسية لمرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفاة الدموي المتكرر. *المؤتمر الإقليمي لعلم النفس (راتم)*، رابطة الأخصائيين النفسيين، ٢٦-٥٥.
عكاشة، أحمد (١٩٩٨). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

== (٤٧٠) == *المجلة المصرية للدراسات النفسية* - العدد ٨٧، المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥

- غانم، محمد (٢٠٠٤). *الأمراض النفسية للشخصية: دراسات إكلينيكية لحالات عربية*. الإسكندرية: المكتبة المصرية.
- الغياشي، سهير؛ مجدي، صفية (١٩٩٨). *قائمة "بك" للاكتئاب*. جامعة القاهرة: مركز الدراسات والبحوث النفسية.
- فرغلي، علاء الدين (٢٠٠٤). *السلوك الجنسي: مشاكله... وعلاجه*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- فرغلي، علاء الدين (٢٠٠٥). *مهارات العلاج المعرفي السلوكي*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- القرشي، عبد الفتاح (٢٠٠١). *تصميم البحوث في العلوم السلوكية*. الكويت: دار القلم.
- كريس باكر، نانسي بيسترانج، روبرت إيوت (١٩٩٩). *مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي*. (ترجمة) محمد نجيب الصبوة، ميرفت شوقي، عائشة السيد. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمود، محمد فوزي (٢٠١٣). *التنشئة الأسرية وعلاقتها بالجنسية المثلية لدى عينة من الذكور المراهقين "براسة حالة"*. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- لنيدزاي، س؛ بول، ج (٢٠٠٠). *مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين*. (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- Abel, G., Becker, J., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M., & Rouleau, J. (1998). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 16(2), 153-168.
- Adolfson, A., Jedema, J., & Keuzenkamp, M. (2010). Multiple dimensions of attitudes about homosexuality: development of a multifaceted scale measuring attitudes toward homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 57(10), 1237-1257.
- Adriaens, P., & Block, A. (2006). The evolution of a social construction: the case of male homosexuality. *Perspective in Biology and Medicine*, 49(4), 570-585.
- Akken, H., Ploeg, R., & Scheepers, P. (2013). Disapproval of homosexuality: Comparative Research on individual and national determinants in 20 European Countries. *International Journal of the public Opinion Research*, 52(1), 64-86.
- Aldredge, P. (2009). *The intersection of religion and homosexuality in the social work classroom: A drama-based approach*. PhD., University of Houston.
- المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٨٧ - المجلد الخامس والعشرون - أبريل ٢٠١٥: (٤٧١)

== تخفيف حدة الأعراض المزاجية والاجذاب الجنسي لدي حالة مثلية ذكورية ==

- Antoni, M., Cruess, S., Cruess, D., Kumar, M., Lutgendor, S., Ironson, G., Dettmer, E., Williams, J., Klimas, N., Fletcher, M., & Schneiderman, N. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-Infected gay men. *Ann Behav Med*, 22(1), 29-37.
- Bellhouse-King, M., Bacon, B., Standing, L., & Stout, D. (2009). Factors modulating students' attitudes towards homosexuality at a small university located in the Eastern townships. *Journal of Eastern Townships Studies*, 12(1), 73-88.
- Bertholet, N., Cheng, D. & Palfai, T. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addictive Behaviour*, 34, 636-40.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2008). Sexual counseling in elderly couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2027-2043.
- Borich, G., & Tombari, M. (1995). *Educational Psychology: A Contemporary Approach*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Boyd, L. (2013). The problem with freedom: Homosexuality and human rights in Uganda. *Anthropological Quarterly*, 88(3), 697-724.
- Bright, C. (2007). *Social workers respond to clients seeking to change a homosexual orientation to a heterosexual one*. PhD., University of Illinois at Chicago.
- Bulow, S. (2009). Integrating sex and couples therapy: A multifaceted case history. *Fam Proc*, 48, 379-389.
- Carbone, D. (2008). Treatment of gay men for post-traumatic stress disorder resulting from social ostracism and ridicule: cognitive behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing approaches. *Arch Sex Behav*, 37, 305-316.
- Carrico, A., Antoni, M., Duran, R., Ironson, G., Penedo, F., Fletcher, M., Klimas, N., & Schneiderman, N. (2006). Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Ann Behav Med*, 31(2), 155-164.
- Cauley, K., Linder, F., & Millan, J. (2000). *Educational Psychology*. Guilford: McGraw-Hill.
- CCchiarico, I. (2009). Psychology of Male Homosexuality: Recent Finding. *Univ. Psychol*, 8(2), 429-446.
- Chabin, B. (2013). *Public voices, private lives, secret anguish: A depth psychological study of adolescent male homosexuality*. PhD., Faculty of Pacifica Graduate Institute.

- Chadee, D., Brewster, D., Subhan, S., Palmer, D., Gannes, A., Knott, D., Pow, J., & Philip, J. (2012). Persuasion and attitudes towards male homosexuality in a university Caribbean sample. *Journal of Eastern Caribbean Studies*, 37(4), 1-21.
- Chalkley, A. (1994). Problems related to sexual variation Investigation. In S. Lindsay & G. Powel, *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (pp.328-342). New York: Gower Publishing Company Ltd. .
- Charles, U. (2009). The management of homosexuality using multimodal therapy: A case study. *Ife Psychologia*, 17(1), 47-65.
- Choi, K., Han, C., Paul, J., & Ayala, G. (2011). Strategies for managing racism and homophobia among U. S. ethnic and racial minority men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 23(2), 145-158.
- Christensen, L. (1994). *Experimental Methodology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. *Journal of Sex Research*, 39(1), 3-7.
- Currie, M., Cunningham, E., & Findlay, B. (2004). The short internalized homo-negativity scale examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educational & Psychological Measurement*, 64(6), 1053-1067.
- Diamond, M. (1993). Homosexuality and bisexuality in different populations. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 291-310.
- Dilley, J., Schwarcz, S., Murphy, J., Joseph, C., Vittinghoff, E., & Scheer, S. (2011). Efficacy of personalized cognitive counseling in men of color who have sex with men: secondary data analysis from a controlled intervention trail. *AIDS and Behavior*, 15, 970-975.
- Drucker, D. (2012). Marking sexuality from 0-6: the Kinsey Scale in Online Culture. *Sexuality & Culture*, 16, 241-262.
- Fredriksen-Goldsen, K., Emler, C., Kim, H., Muraco, A., Erosheva, E., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. (2012). The physical and mental health of Lesbian, Gay male, and Bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675.
- Gomen, B., & Rijke, N. (2011). The right to be different homosexuality, orthodoxy and the politics of global legal pluralism in Orthodox-protestant schools in the Netherlands. *Journal of Law & Religion*, XXVIII, 361-339.
- Gooren, L. (2011). Is there a hormonal basis for human homosexuality? *Asian Journal of Anthology*, 13, 793-794.

- Grabovac, I., Abramovic, M., Komlenovic, G., & Milosevic, M. (2014). Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium Antropologicum Journal*, 38(1), 39-45.
- Guan, C., Tan, L., Gill, J., Koh, O., Jambunathan, S., Pillai, S., & Sidi, H. (2013). Reliability and validity of the male version of attitudes toward lesbians and gay men (MVAT/MVATG): A study on a group of medical studies in Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 118-122.
- Guittar, N., & Pals, H. (2014). Intersecting gender with race and religiosity: Do unique social categories explain attitudes toward homosexuality? *Current Sociology*, 62, 41-62.
- Gurismesk, I. (2010). Sexual education and teacher candidate attitude towards sexuality. *Australia Journal of Guidance & Counseling*, 20(1), 81-90.
- Hajek, C. (2003). *Cognitive representations and observed intergroup conversations with gay men*. PhD., University of California.
- Hamblin, R., & Gross, A. (2014). Religious faith homosexuality, and psychological well-being: A theoretical and empirical review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(1), 67-82.
- Hansen, C., & Evans, A. (1985). Bisexuality reconsidered: An idea in pursuit of a definition. *Journal of Homosexuality*, 11(1-2), 1-6.
- Haovio-Mannila, E., Kontula, O., & Kuusi, E. (2002). *Sexual lifestyles in the twentieth Century: a Research Study*. New York: Palgrave.
- Imrie, J., Srephen, J., Cowan, F., Wanigaratne, S., Billington, A., Copas, A., French, L., & French, P. (2001). A cognitive - behavioral intervention to reduce sexually transmitted infections among gay men: randomized trail. *British Medical Journal*, 322(16), 1451-1456.
- Jacobs, P. (1996). *A model of effective response to controllability of a stigma: Exploring homosexuality and obesity*. MD, the University of Alabama in Huntsville.
- Jannini, E., Blanchard, R., Camperio-Ciani, A., & Bancroft, J. (2010). Male homosexuality: nature or culture? *International Society for Sexual Medicine*, 7, 3245-3253.
- Johnson, P. (2013). Homosexuality and the African charter on human and peoples' rights: what can be learned from the history of the European convention on human rights? *Journal of Law and Society*, 40(2), 249-279.
- Jose, M., & June-Oswaldo, M. (2012). Validacion de la Escala de 10 items de Actitud hacia la homosexualidad (EAH-10). *Revista de Psicologia*

- Social*, 27(2), 183-197.
- Kafka, M., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV axis I comorbidity study of males (n= 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26(5), 505-526.
- Kahan, B. (2013). The walk in closet: situational homosexuality and homosexual panic in Hellman's the children's hour. *Criticism Spring*, 55(2), 177-201.
- Kalpan, R. (2004). The decision to remove homosexuality from the DSM: Twenty years later. *British Medical Journal*, 18, 15-22.
- Kanazawa, S. (2012). Intelligence and homosexuality. *Journal of Biosocial Science*, 44(5), 595-623.
- Kite, M., & Deaux, K. (1986). Attitudes toward homosexuality: Assessment and behavioral consequences. *Basic and Applied Social Psychology*, 7(2), 137-162.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology* (Twelfth Edition – DSM-5 Update). New York: John Wiley & Sons.
- Krueger, R. (2010). The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 325-345.
- Langstrom, N. (2010). The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 317-324.
- Langstrom, N., & Seto, M. (2006). Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 427-435.
- Leiblum, S. (2002). Reconsidering gender difference in sexual desire: An update. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(1), 57-68.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Michael, R., Gagon, J., Laumann, E., & Kolata, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown.
- Morrison, T., & McDermott, D. (2009). Psychometric properties of the support for lesbian and gay human rights scale. *The Journal of Social Psychology*, 149(2), 263-266.
- Moskos, M. (2001). Program for lesbian, gay, and bisexual youth. PhD., The University of Utah.
- Mrdjenvich, A., Bischof, G., & Menichello, J. (2004). A Biopsychosocial systems approach to premature Ejaculation. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 22, 256-267.
- Newbign, J. (2013). Psychoanalysis and homosexuality: keeping the

- discussion moving. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 279-291.
- Nungesser, L. (1983). *Homosexual acts, actors, and identities*. New York, NY: Praeger.
- Panton, J. (1999). A new MMPI scale for the identification of homosexuality. *Journal of Soc-Psychology*, 12(1), 19-25.
- Perez-Testor, C., Behar, J., Davins, M., Conde, J., Castillo, S., Salamero, M., Alomar, E., & Segarra, S. (2010). Teachers' attitudes and beliefs about homosexuality. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 138-155.
- Richters, H., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. M. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "somasochism" or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1660-1668.
- Riedel, E. (2012). *The role of religious orientation in the reparative therapy experience*. PhD., Walden University.
- Ross, M., Rosser, B., Bauer, G., Bockting, W., Robinson, B., Rugg, D., & Coleman, E. (2001). Drug use, unsafe sexual behavior, and internalized homonegativity in men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 5, 97-103.
- Ross, M., Rosser, B., Neumaier, E., & The Positive Connections Team. (2008). The relationship of internalized homonegativity to unsafe sexual behavior in HIV seropositive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 20, 547-557.
- Rosser, B., Bockting, W., Ross, M., Miner, M., & Coleman, E. (2008). The relationship between homosexuality, internalized homonegativity, and mental health in men who have sex with men. *Journal of Homosexuality*, 55, 185-203.
- Rowland, D., & Burek, M. (2007). Trends in research on Premature Ejaculation over the past 25 years. *Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 1454-1461.
- Sakalli, N. (2002). Application of the attribution-value model of prejudice to homosexuality. *The Journal of Social Psychology*, 142(2), 264-271.
- Sanjakdar, F. (2013). Educating for sexual difference? Muslim teachers' conversations about homosexuality. *Sex Education*, 13(1), 16-29.
- Scorolli, C., Ghirlanda, S., Enquist, M., Zattoni, S., & Jamnini, E. (2007). Relative prevalence of different fetishes. *International Journal of Impotence Research*, 19, 432-437.
- Sigamoney, V., & Epprecht, M. (2013). Meanings of homosexuality, same-sex

- sexuality, and Africanness in two south African townships: An evidence-based approach for rethinking same-sex prejudice. *African Studies Review*, 56(2), 83-107.
- Siru, R., Hulse, G. & Tait, R. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness. a review. *Addiction*, 104, 719-33.
- Smith, M., & Gordon, R. (1998). Personal need for structure and attitudes toward homosexuality. *The Journal of Social Psychology*, 138(1), 83-87.
- Smolenski, D., Diamond, P., Ross, M., & Rosser, B. (2010). Revision, Criterion validity and multi-group assessment of the Reactions to homosexuality scale. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 568-576.
- Taylor, S. (2000). *Health psychology* (4th). New York: McGraw – Hill, Inc.
- Thatcher, W., & Chandler, S. (2013). Heterosexual attitudes towards homosexuality: An exploratory study of college student perceptions. *College Student Affairs Journal*, 31(1), 27-39.
- Tung, W., Farmer, S. & Ding, K. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. *International Nursing Review*, 56, 346-53.
- Van Wyk, P., & Geist, C. (1984). Psychosocial development of heterosexual, bisexual, and homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 13(6), 505-544.
- Vaughn, J., Kennison, S., & Byrd-Craven, J. (2014). The role of beliefs on learning about homosexuality in a college course. *Journal of Homosexuality*, 61(10), 1420-1434.
- Wada, M. (2010). Effects of the disclosure of homosexuality on heterosexual undergraduates' behaviors with a same-sex close friend and their attitudes toward homosexuality. *The Japanese Journal of Psychology*, 81(4), 356-363.
- Whitehead, A., & Baker, J. (2012). Homosexuality, religion, and science: moral authority and the persistence of negative attitudes. *Sociological Inquiry*, 82(4), 487-509.
- Wikipedia (2014). Homosexuality. Available in: <http://en.wikipedia.org/wiki/Homosexuality>
- Williamson, I. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15, 97-107.
- Woolfolk, A. E., (1993). *Educational Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

Decreasing Emotional and Sexual Attractiveness in Case with Homosexuality by using some Cognitive-Behavioral Techniques

Hanaa A. M. Shuwaikh, Ph.D.

Abstract

A homosexual person is able to fall in love with, and become the pair-bonded sexual/erotic partner of only a person of the same morphological sex. **Objective:** Using cognitive-behavioral therapy with single case study of a 20 year-old Egyptian man, who suffered from homosexuality because of psychological causes as learning wrong behavior, automatic negative thoughts, severe depression, and low self-image. **Method:** Systematic case studies which depend on pre-post-test design with repeated measures, which using questionnaire survey before and after the intervention. **Results:** The post treatment assessments and follow-up assessments revealed clear and significant positive treatment efficacy and effectiveness with homosexuality for the single case. The post treatment revealed significant improvement in his sexual attractive to men, his negative thoughts, depression, self-image, and his conflicts with his family were markedly reduced after three months of psychological intervention. **Discussion:** The results were discussed in terms of previous studies and future directions for research on homosexuality.