اضطراب الهوية الجنسية لدى الإناث: الأسباب والحلول المقترحة من وجهة نظر طالبات الجامعة والمدرسات

أحمد محمد عبدالخالق(*)

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى بيان أهم أسباب اضطراب الهوية الجنسية لدى الإناث، فضلاً عن الحلول المقترحة لها، وذلك من وجهة نظر طالبات الجامعة، ومدرسات المرحلة الثانوية، وقد اختيرت عينة قصدية متاحة (ن=565) من طالبات الجامعة، راوحت أعمارهن بين 18 و29 سنة (م = 19,57، ع = 1,58 سنة)، وعينة أخرى من مدرسات المرحلة الثانوية (ن = 80)، راوحت أعمارهن بين 24 و48 سنة (م = 33,72، ع = 7,23)، طبق عليهن – في جلسات جمعية للطالبات وفردية للمدرسات– مقياس أسباب اضطراب الهوية الجنسية، ومقياس الطرق الممكنة لعلاجها، وأسفرت النتائج عن أهم الأسباب الخمسة الأولى لهذه الظاهرة، وهي على النحو الآتي: رفاق السوء وتأثير الأصدقاء، وضعف الوازع الديني، وسوء التنشئة الاجتماعية، وتقليد الغرب في العادات السيئة (وذلك لدى العينتين)، ومحاولة جذب الانتباه (عينة الطالبات)، وفقد الشعور بالحياء الذي يعتبر شعبة من شعب الإيمان (عينة المدرسات). وأما الحلول المقترحة الخمسة الأولى، فقد كانت على النحو الآتي: غرس القيم الدينية من خلال التنشئة الاجتماعية، والحرص على اختيار الرفقة الصالحة، وحث الأم على أن تكون قريبة من ابنتها وعلى متابعتها، واحتضان الوالدين للأطفال والاهتمام بهم (لدى عينتي الطالبات والمدرسات)، وتنمية الأسرة لهوية البنت المراهقة (عينة الطالبات)، وملء وقت فراغ المراهقات بطريقة صحيحة (عينة المدرسات)، ولوحظ أن التشابه كبير في استجابات عينتي الطالبات والمدرسات، ويمكن أن نخلص إلى ضرورة الاستخدام الفعلي لهذه الحلول التي قدمت في هذه الدراسة من قبل الآباء والمربين.

(*) قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

المصطلحات الأساسية: اضطراب الهوية الجنسية، الإناث، الأسباب، الحلول، الكويت.

مقدمة:

أجرت اللجنة العلمية للمؤتمر الوطني للظواهر السلبية بدولة الكويت (قيد النشر)، دراسة مهمة على عينة كبيرة من المواطنين، بلغ حجمها قرابة 6,000 مواطن كويتي من الجنسين، ويبين جدول (1) المشكلات الخمس التي حصلت على أعلى تكرارات، مرتبة تنازلياً ابتداء من الأعلى تكراراً.

جدول (1)
النسب المئوية للمشكلات الخمس أو الظواهر السلبية من وجهة نظر المواطنين الكويتيين (ن = 6,000)

المشكلة	النسبة المئوية
1 – البويات	55,1
2 – الملابس غير المحتشمة للبنات	20,0
3 – الخمور والإدمان والتعاطي	17,7
4 – تسريحات الشعر وطريقة لبس الشباب	15,4
5 – استهتار الشباب (تشفيط السيارات)	13,9

عن: اللجنة العلمية للمؤتمر الوطني للظواهر السلبية (قيد النشر).

وقد وقع اختيار الباحث على المشكلة الأولى وهي مشكلة " البويات"، ويبدو أن هذا المصطلح المحلي ترجمة لكلمة Boy؛ أي ولد، ويقابله في اللغة العربية الفصحى "النساء المسترجلات"، وقد جاء في الحديث النبوي الشريف ما معناه: "لعن رسول الله – صلى الله عليه وسلم – المتشبهين من الرجال بالنساء، والمتشبهات من النساء بالرجال". (رواه البخاري، 1992، ص 72، من حديث ابن عباس رضي الله عنهما)، وأخرج الإمام أحمد بسند حسن، عن أبي هريرة – رضي الله عنه – قال: "لعن رسول الله – صلى الله عليه وسلم – المخنثين من الرجال، والمترجلات من النساء"، وقال: "أخرجوهم من بيوتكم" (البخاري، 1992، ص 344).

وهناك تعبير إنجليزي هو Tomboy، ويعني الغلامية، وهي الفتاة التي تحب أن تلعب ألعاب الأطفال الذكور، ولا تحب أن تلعب ألعاب الأطفال الإناث، ولا تحب اللعب

بالعرائس، وتصادق الأولاد، وتحب لعب أدوار الذكور، مع التصريح برغبتها في أن تكون ولداً، ويكون قدوتها نموذج الأب وليس الأم، وتحدد الأب على أنه الوالد المفضل بالنسبة إليها، وقد تعطيها الأسرة اسم ولد، وهذا يبين دور النمذجة Modeling والتشكيل الإجرائي Operant shaping، لمزيد من السلوك الذكري (Davison & Neale, 1996, p. 334). من أجل ذلك وقع اختيار الباحث على هذه المشكلة الاجتماعية والنفسية، أو الظاهرة السلبية المسماة بـ "البويات" في التعبير الكويتي الدارج، أو البنت المترجلة (أو المسترجلة).

اضطراب الهوية الجنسية:

نبذة تاريخية:

منذ القرن التاسع عشر، كان معروفاً عن بعض الراشدين، أنهم يعانون ضيقاً شديداً من هويتهم الجنسية، ثم استخدم مصطلح " تحول الجنس" Transsexual عام 1923؛ فمصطلح الضيق أو عدم رضا الشخص عن جنسه Gender dysphoria (يلاحظ أن مصطلح Sex يشير إلى الذكورة أو الأنوثة كما تتحدد بيولوجياً، في حين أن Gender تعني الخصائص السيكولوجية أو السلوكية المرتبطة بالجنس البيولوجي للذكر أو الأنثى) (Di Ceglie, 2000).

وأما الدور الجنسي Gender role، فهو السلوكات والاتجاهات وسمات الشخصية، التي تحددها الثقافة أو المجتمع، على أنها أكثر قبولاً للذكور أو للإناث، وكان أول من عرف مصطلح "الدور الجنسي" هو "جون موني" (Money, 1955)؛ حيث أراد أن يميز بين مجموعة من المشاعر والسلوكات، التي تحدد كون الشخص ولداً أو بنتاً، رجلاً أو امرأة. وظهر مصطلح "الهوية الجنسية" Gender identity، في منتصف الستينيات من القرن الماضي، مواكباً لتأسيس مجموعة من الباحثين في جامعة كاليفورنيا، تكونت بهدف دراسة الهوية الجنسية، وعرفت هذه المجموعة الهوية الجنسية بأنها: "نسق مركب من المعتقدات عن الذات، وإحساس بالذكورة أو بالأنوثة لدى الشخص، ولا ترتبط مطلقاً بجذور هذا الإحساس؛ أي إذا ما كان الشخص ذكراً أم أنثى، ومن ثم فإن لها مضامين نفسية فقط؛ أي الحالة الذاتية التي يشعر بها الشخص (المرجع السابق). الهوية الجنسية – إذن – يمكن أن تضطرب، فكيف تشخص؟

المحكات التشخيصية للاضطراب:

فيما يأتي، تفصيل بالمحكات التشخيصية الواجب تحققها لوضع تشخيص اضطراب الهوية الجنسية (American Psychiatric Association "APA", 2000, p. 581):

(أ) توحد قوي ومستمر بالجنس المغاير (ليس مجرد رغبة في أية مزايا ثقافية يتصورها الشخص، نتيجة كونه فرداً من أفراد الجنس الآخر).

في الأطفال: يظهر الاضطراب في أربعة جوانب أو أكثر مما يلي:

(1) رغبة معلنة ومتكررة، أنه فرد من أفراد الجنس الآخر، وإصرار على ذلك.

(2) **لدى الأولاد:** تفضيل ملابس البنات، أو تقليد ملابسهن وزينتهن.

عند البنات: الإصرار على ارتداء الملابس الذكرية النمطية فقط.

(3) تفضيل قوي ومستمر، للقيام بأدوار الجنس الآخر، وممارسة ألعابه، أو تخيلات مستمرة أنه من الجنس الآخر.

(4) رغبة عميقة في المشاركة في الألعاب، وأنواع التسلية التقليدية للجنس الآخر.

(5) تفضيل قوي لرفاق اللعب من الجنس الآخر.

عند المراهقين والراشدين: يظهر الاضطراب عن طريق أعراض من مثل: الرغبة المعلنة، التي تتلخص في أنه من أفراد الجنس الآخر، واعتراف بأنه من الجنس الآخر مراراً وتكراراً، والرغبة في أن يعيش أو يعامل كعضو من أعضاء الجنس الآخر، أو الاقتناع بأنه (هو أو هي) لديه المشاعر النمطية وردود أفعال الجنس الآخر.

(ب) الضيق المستمر وعدم الراحة من جنسه، أو الإحساس بعدم التناسب مع الأدوار الجنسية لجنسه البيولوجي.

في الأطفال: يظهر الاضطراب في أي شكل مما يلي:

لدى الأولاد: تأكيد أن كلاً من عضوه التناسلي أو الخصيتين مقزز أو أنه سوف يختفي، أو تأكيد أنه من الأفضل ألا يكون لدى الشخص عضو تناسل الذكور، أو النفور من الألعاب الخشنة و"الشقلبة"، أو رفض الألعاب التقليدية، والمباريات، والمناشط الخاصة بالأولاد.

عند البنات: رفض التبول في وضع الجلوس، والتأكيد أن لديها عضواً ذكرياً،

أو أنه سوف ينمو لها ذلك، أو التأكيد أنها لا تريد أن ينمو لها ثديان، أو يحدث لها حيض، أو النفور الواضح من الملابس الأنثوية العادية.

في المراهقة والرشد: يظهر الاضطراب على شكل أعراض من مثل: الانشغال بالتخلص من الخصائص الجنسية الأولية والثانوية (مثال ذلك الطلب على الهرمونات، والجراحة، أو غير ذلك من الطرق التي تغير الخصائص الجنسية للجسم، لإثارة الجنس الآخر)، أو اعتقاد الشخص بأنه قد ولد في الجنس الخطأ.

(ج) لا يتلازم هذا الاضطراب مع الحالة العضوية التي توجد فيها خصائص الذكور والإناث معاً Intersex.

(د) يسبب الاضطراب ضيقاً إكلينيكياً شديداً، أو تعطيلاً لمختلف جوانب الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها (APA, 2000, p. 581).

الدراسات السابقة:

في مسح لأول 124 حالة من الأطفال، حولت إلى عيادة مختصة باضطراب الهوية الجنسية، ظهر أن أكثر الملامح الشائعة والمرتبطة بهذا الاضطراب هي: مشكلات في العلاقة مع الوالدين أو أولياء الأمور (57%)، ومشكلات في العلاقة مع الأقران (52%)، والاكتئاب أو البؤس (42%)، ومشكلات في الصحة النفسية في الأسرة (38%)، ومشكلات في الصحة الجسمية في الأسرة (33%)، والحساسية الاجتماعية (31%). وتبين هذه النتائج أن الأطفال الذين يعانون مشكلات اضطراب الهوية، مروا بخبرة العزلة الشديدة، نتيجة لصعوبات في علاقاتهم مع الراشدين أو الأقران المهمين في حياتهم، كما قد يكونون ضحايا الاضطهاد، الذي يمكن أن يتسبب في الاكتئاب والبؤس، ويبدو أن الأولاد في هذه العينة كانوا يعانون مزيداً من الضيق والعنت أكثر من البنات، وقد يرجع ذلك إلى أن عدم اتساق الجنس لدى الأولاد أقل قبولاً اجتماعياً منه لدى البنات (Di Ceglie, 2000).

وافترضت "كوكن" وزملاؤها (Koken, Bimbi, & Parsons, 2009) أن وصمة العار Stigma المرتبطة بالتحول الجنسي، تكمن في أن الرجال – بيولوجياً – الذين تحولوا إلى نساء، يمرون بخبرات الرفض وسوء المعاملة عندما كانوا أطفالاً أو مراهقين، على أيدي والديهم أو أولياء أمورهم، وصدق هذا الفرض؛ حيث ظهر أن الغالبية العظمى من العينة المتحولة جنسياً التي تمت مقابلتها، واجهوا العداء والعدوان والإهمال، وقد طردت الأسرة كثيراً من النساء المتحولات، أو أن الأبناء

فضلوا مغادرة المنزل؛ مما زاد من خطورة كونهم دون مأوى، وفقراء، وغير ذلك من العواقب الوخيمة.

وبحثت "إيجان، وبيري" (Egan & Perry, 2001)، العلاقة بين مكونات الهوية الجنسية، والتوافق النفسي الاجتماعي (كما قيس بتقدير الذات وقبول الأقران)، لدى عينة من الأطفال قوامها (182) طفلاً، فظهر أن اقتناع الطفل بجنسه البيولوجي ورضاه عنه يرتبط إيجابياً بتوافقه، واستنتج المؤلفان أن الهوية الجنسية تقوم بدور في شعور الأطفال بالسعادة. وفي الإطار نفسه درست " يونجر" وزملاؤها (Yunger, Carver & Perry, 2004) تأثير الهوية الجنسية لدى الأطفال على السعادة، فظهر أن انخفاض الجنسية النمطية، وانخفاض الرضا عن الجنس الذي ولد فيه الطفل، تنذر بتدهور مؤشرات الشعور بالسعادة.

وقد أجرى "باور" (Bower, 2001) – عبر 25 سنة – دراسة في أستراليا، على الإناث المتحولات إلى ذكور (ن = 80)، والذكور المتحولين إلى إناث (ن = 697)، وقد أجريت جراحة إعادة تحديد الجنس لبعضهم (ن = 49، و202) من المجموعتين على التوالي، وكانت غالبيتهم من العنصر القوقازي، وقد مرت التنشئة الاجتماعية لنسبة كبيرة منهم بظروف شاذة، من قبل الأب أو الأم أو كليهما، وكان معظمهم غير متزوجين، وأجريت لهم فحوص للمورثات المحددة للجنس، وللهرمونات من قبل المختصين بعلم الغدد الصماء، كما عقدت لهم مقابلة نفسية، مع تاريخ مفصل للحالة، واختبارات نفسية، واعتماداً على هذه الفحوص، يكون القرار إما بالتوصية بإجراء جراحة إعادة تحديد الجنس والعلاج الهرموني قبلها، وإما عدم إجرائها، وإما وجود شكوك حول الجراحة.

درس " لالوميير" وزملاؤه (Lalumiere, Blanchard, & Zurker, 2000)، العلاقة بين اليد المسيطرة Handedness والتوجه الجنسي، على فرض أن المتغير الأخير له أساس تطوري في الأعصاب، وأجرى الباحثون تحليلاً بعدياً Meta-analysis لعشرين دراسة، شملت 6,987 من الجنسيين المثليين من الجنسين، و16,423 من أصحاب الجنسية الغيرية من الجنسين، وأكدت النتائج فكرة مفادها أن التوجه الجنسي لدى بعض الرجال والنساء، له أساس تطوري عصبي، ولكن العوامل المسؤولة عن العلاقة بين اليد المسيطرة والتوجه الجنسي تحتاج إلى تفسير.

وفي الإطار نفسه، درست "جريمبوز" وزملاؤها (Grimbos, Dawood,

(Burriss, Zucker, & Puts, 2010) النسبة بين أطوال الأصبعين الثاني والرابع بوصفها علامة على هرمونات الجنس قبل الولادة؛ ولأن الناس لا ينتبهون عادة إلى هذين الأصبعين، فإن استخدام النسبة بينهما، قد يسمح ببحث إمكانية تأثير هرمونات الجنس المبكرة، كما تنفك وتنحل عن تأثير التنشئة الاجتماعية. وأجرى الباحثون دراسة اعتمدت على التحليل البعدي، لفحص العلاقة بين النسبة بين هذين الأصبعين، والتوجه الجنسي لدى الرجال والنساء، في 18 عينة مستقلة من الرجال، و16 عينة مستقلة من النساء، وشملت هذه العينات ما يلي: 1,618 رجلاً و1,693 امرأة من أصحاب الجنسية الغيرية، و1503 من الرجال المثليين، و1014 من المثليات، وكشف التحليل البعدي، أن النساء من ذوات الجنسية الغيرية، لديهن نسبة أكبر بين الأصبعين الثاني والرابع، في كل من اليد اليمنى واليد اليسرى؛ (أي أنهن أكثر أنثوية)، بالمقارنة إلى النساء المثليات، ولكن لم يظهر فرق دال بين الرجال من ذوي الجنسية الغيرية والمثلية، وقد تشير هذه النتائج إلى أن الهرمونات الجنسية المبكرة، تؤثر في التوجه الجنسي لدى النساء.

ودرس "يوجيكي" وزملاؤه (Ujike, Otani, Nakatsuka, Ishii, Sasaki, Oishi, 2009) العلاقة بين اضطراب الهوية الجنسية، وخمسة من المورثات المرتبطة بهرمونات الجنس، لدى 242 من المتحولين جنسياً (74 ممن حولوا جنسهم من الذكر إلى الأنثى، و168 ممن تحولوا من الأنثى إلى الذكر)، و275 فرداً في عينة ضابطة، ولم تكشف نتائج هذه الدراسة عن أي دليل على أن الاختلافات الجينية للمورثات المحددة لهرمونات الجنس، تعطي أية قابلية للتحول الجنسي من الذكر إلى الأنثى، ومن الأنثى إلى الذكر.

ويذكر "ماير" (Meyer, 2009) أن العلاج الهرموني إحدى الخطوات الأساسية في الانتقال من جنس إلى آخر، والهرمونات لها تأثير شامل، وتغير من صورة الجسم بشكل أساسي، والحاجة ماسة إلى وضع معايير يجب تحققها لمن يتلقى العلاج، فضلاً عن ضرورة تبصيره بالأخطار الطبية والاجتماعية، وكذلك الفوائد، من تلقي العلاج بهرمونات الجنس، ولا توجد دراسات في هذا الصدد.

وأجرى "هارالدسين" وزملاؤه (Haraldsen, Opjordsmoen, Egelend, & Finset, 2003) تجربة مهمة، في الأداء المعرفي الذي يتسم بالحساسية للجنس، لدى مرضى اضطراب الهوية الجنسية، ذي البداية المبكرة قبل علاجهم، وشملت الدراسة

ثلاث عينات: مرضى من النرويج، ومرضى من أمريكا، وعينة ضابطة، وخلص الباحثون إلى أن النمط المعرفي لمرضى اضطراب الهوية الجنسية، متسق مع جنسهم البيولوجي، وليس مع الهوية الجنسية Gender identity لديهم.

بحث "فازي، وبارتليت" (Vasey & Bartlett, 2007)، الدرس الذي يمكن أن نتعلمه من الذكور المخنثين في "ساموا" في جنوب شرق آسيا، ويسمون "فافافين" Fa'afafine في اللهجة المحلية للسكان، وتتسم هذه الثقافة بدرجة كبيرة من التسامح الاجتماعي تجاه الذكور المخنثين، وهو ما يختلف كثيراً عن الثقافة الغربية. وخلص الباحثان إلى أن تشخيص اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة، يجب ألا يوضع في صورته الحالية في الطبعات القادمة من الدليل التشخيصي، فلا يوجد دليل قاطع على أن اختلاف السلوك أو الهوية الجنسية – في ذاتها – تسبب الضيق أو العنت لدى الأفراد.

وتساءل باحثون عدة: هل توجد مرضية مشتركة Comorbidity (أي تشخيص آخر مصاحب لهذا الاضطراب) مع اضطراب الهوية الجنسية ؟ وأجري عدد من الدراسات في هذا المجال، فبينت دراسة (هب وزملاؤه) (Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2005)، أن الاضطرابات النفسية المشتركة مرتفعة لدى مرضى اضطراب الهوية الجنسية.

وقارنت "والين" وزملاؤها (Wallien, van Goozen, & Cohen-Kettenis, 2007) المصاحبات الفيزيولوجية للقلق، بين الأطفال المشخصين باضطراب الهوية الجنسية وعينة ضابطة، وظهر أن العينة المشخصة لها طبيعة قلقة، ولدى أفرادها انفعالات سلبية أكثر، بالمقارنة إلى العينة الضابطة. كما درست الباحثة نفسها وزملاؤها (Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis 2007) الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال، ووجدوا أن 52% من الأطفال المشخصين بهذا الاضطراب، لهم تشخيص واحد أو أكثر بالإضافة إلى هذا الاضطراب. وفي دراسة أخرى ظهر ارتباط بين اضطراب الهوية الجنسية واضطرابات الأكل Eating disorders (فقدان الشهية العصبي، والشراهة) (Hepp & Milos, 2002).

وبعد عرض مفصل، يعترض "أولت، وبرززي" (Ault & Brzuzy, 2009)، على وضع اضطراب الهوية الجنسية في الدليل التشخيصي الرابع، ويدعوان إلى استبعاده من النسخة القادمة؛ لأن هذا التشخيص – في رأيهما – يشجع التمييز

ضد أناس لديهم تعبيرات ومظاهر غير معيارية عن الجنس Gender، ويتفق معهما في ذلك "إيساي" (Isay, 1997)، و"روس" (Ross, 2009)، ولكن يخالفهم "زوكر" (Zucker,2005, 2006). ومن ناحية أخرى، يشير "زوكر، ولورنس" (Zucker & Lawrernce, 2009)، إلى أن الإحصاءات الدقيقة عن معدلات الانتشار والحدوث لاضطراب الهوية الجنسية غير متاحة.

والدراسات العربية في هذا المجال نادرة جداً، والدراسة الوحيدة المنشورة على الكويتيين، التي توصل إليها، هي دراسة نعيمة طاهر (Taher, 2007)، عن مفهوم الذات والذكورة – الأنوثة، لدى عينة من الذكور الذين يعانون اضطراباً في الهوية الجنسية، وعينة ضابطة (ن=102 لكل عينة منهما)، وأظهرت نتائج هذه الدراسة، فروقاً دالة إحصائياً في مفهوم الذات، بين العينتين (متوسط الأسوياء أعلى)، وحصل مضطربو الهوية الجنسية على متوسطات أعلى من الأسوياء، في المقاييس الإكلينيكية الآتية: العصاب، والذهان، والاضطراب الشخصي، والدفاعية، في حين حصل المضطربون على متوسط درجات منخفضة في تكامل الشخصية، وكان متوسط الأسوياء أعلى بمستوى جوهري من المضطربين في مقياس الذكورة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أتت مشكلة "البويات" على قمة الظواهر السلبية في المجتمع الكويتي – كما عُرِض في مقدمة هذا البحث – ويبدو أن نسبة الحالات غير قليلة في المجتمع الكويتي، وعلى الرغم من ذلك، فإن البحوث السيكولوجية في هذا المجال غير متاحة على المستوى العربي – في حدود علم الباحث – ويبدو أن اضطراب الهوية الجنسية لدى الذكور (الجنسية المثلية)، قد استأثر بقدر من البحوث أكبر من نظيره لدى الإناث، اللاتي يعتقدن أنهن ولدن في الجسم الخطأ، ومن الواضح أن نظرة المجتمع إلى هذا الاضطراب لدى الذكور، تعد أكثر استنكاراً منها لدى الإناث، وقد يرتبط ذلك بنوع المجتمع الأبوي Patriarchal الذي يسود العالم اليوم، وعلى كل حال، فالحاجة ماسة إلى دراسات عربية في هذا المجال.

تساؤلات الدراسة:

تتلخص تساؤلات هذه الدراسة المتعلقة باضطراب الهوية الجنسية لدى الإناث فيما يلي:

1 – ما أهم الأسباب التي أدت إلى حدوث هذه المشكلة ؟

2 – ما أهم الحلول المقترحة لها ؟

وذلك من وجهة نظر عينة من طالبات الجامعة، وعينة أخرى من مدرسات المرحلة الثانوية. ومن المتوقع أن تكون هاتان المجموعتان، من أكثر الجماعات التي تتعامل مع الفتيات المصابات بهذا الاضطراب.

أهمية الدراسة:

أوردت الدراسة التي أجرتها اللجنة العلمية للمؤتمر الوطني للظواهر السلبية (قيد النشر)، أن مشكلة "البويات" أو اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات، من بين عدد من المشكلات التي تمثل الظواهر السلبية في المجتمع الكويتي، وهناك ثلاثة أمور مهمة في هذا الصدد، أولها: أن ترتيب هذه المشكلة أتى في الترتيب الأول، وثانيها: أن النسبة المئوية للأفراد الذين أوردوا هذه المشكلة نسبة مرتفعة بلغت 55,1%، وثالثها: أن هذه النتائج تعتمد على عينة كبيرة جداً من المواطنين الكويتيين (6,000 مواطن)، وهذا أمر يزيد الثقة في هذه النتائج، ويدلل على أن "البويات" مشكلة حقيقية في المجتمع الكويتي، اعتماداً على آراء مواطنيه، ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى دراسة أسبابها، واقتراح الحلول لها، من وجهة نظر عينتين من طالبات الجامعة، ومدرسات المرحلة الثانوية، وكلتاهما من المواطنات الكويتيات؛ حيث تقترب العينة الأولى – إلى حد ما – من المجموعة العمرية التي يظهر فيها هذا الاضطراب، بوصفه مشكلة واقعية؛ إذ إن هذا الاضطراب يظهر أكثر لدى طالبات المدارس الثانوية، يليهن طالبات الجامعة، وذلك من وجهة نظر طالبات الجامعة، اعتماداً على سؤال مفتوح وجه إلى عينة منهم، فضلاً عن عينة من المدرسات اللاتي يلاحظن هذه الظاهرة، وتحدث بين طالباتهن.

المنهج:

العينات:

ترتبط مشكلة هذه الدراسة بالإناث، ومن هذا المنطلق اقتصرت العينات على مجموعتين من الإناث، شملت العينة الأولى 565 طالبة كويتية مسجلة في كليات مختلفة في جامعة الكويت، راوحت أعمارهن بين 18 و29 سنة، وكان متوسط العمر 19,57، وانحراف معياري قدره 1,58 عام، ولم تكن هذه العينة عشوائية بل قصدية متاحة. وأما العينة الثانية فكانت لمدرسات (ن =80) في عدد من المدارس الثانوية

بدولة الكويت، راوحت أعمارهن بين 24 و48 سنة (م = 33,72 سنة، ع = 7,23)، وكانت عينة قصدية أيضاً.

أدوات جمع البيانات:

وجه سؤالان مفتوحا النهاية، إلى عينة صغيرة من طلبة الماجستير في علم النفس وطالباته (ن = 8)، وكان نص هذين السؤالين على النحو الآتي:

1 – اذكر أهم أسباب ظاهرة "البويات"؟

2 – اذكر أهم الحلول المقترحة لمشكلة "البويات" ؟

وسبق ذلك تقديم نبذة موجزة عن هذه المشكلة، حيث اتضح أن كل المبحوثين لديهم معلومات مفصلة عن هذه الظاهرة، بل إن بعض المبحوثات كن يعرفن زميلات لهن، يعانين هذه المشكلة، وبخاصة في مرحلة الدراسة الثانوية.

ونتج من هذين السؤالين المفتوحين بنود كثيرة، حذف المكرر منها، ونقحت صياغة معظمها، واختصرت العبارات الطويلة منها، وقسمت العبارات المركبة التي تتضمن أكثر من فكرة إلى عبارات أبسط، يشتمل كل منها على فكرة واحدة، ونتج من ذلك قائمتان مختصرتان خاصتان بأسباب الظاهرة والحلول المقترحة لها.

وبعد ذلك عرضت القائمتان على ثلاثة محكمين من أساتذة علم النفس، واقترحت تعديلات محدودة في الصياغة، فأدخلت، واستبقيت البنود التي اتفق الحكام على أنها تقيس ما وضعت لقياسه بكفاءة.

ويشتمل المقياس الأول – وهو خاص بأسباب المشكلة – على عشرين بنداً، يجاب عن كل منها باختيار "نعم" أو "لا" (انظر البنود في الجدول 2)، ويشتمل المقياس الثاني – وهو خاص بطرق حل هذه المشكلة – على خمسة عشر بنداً، يطلب من المبحوث أن يضع دائرة على البند الذي يرى أنه أسلوب مناسب للحل، ويمكن اختيار أكثر من بند (انظر الجدول 4).

ومن الواضح أن هذين المقياسين، لا ينتج منهما درجات كلية أو درجات لسمات؛ وإنما ينصب التركيز هنا على البنود الفردية كما يدركهـــا المبحوث، وهي في ذلك تشبـــه قوائـــم "موني" للمشكـــلات Moony Problem Check List (انظر: Anastasi, 1988, p. 525)، ومن ثم يفترض أن صدق مثل هذه القوائم يعتمد على المحتوى (Aiken, 1991, p. 353).

وقد وصل معامل ثبات إعادة الاختبار بعد أسبوع إلى 0,85، و0,75 للمقياسين على التوالي.

تطبيق أدوات الدراسة:

طبق المقياسان على الطالبات من خلال جلسات جمعية عقدت في قاعات الدراسة، واشتملت المجموعة الواحدة على ما لا يزيد على أربعين طالبة، ولم تجبر أية طالبة على الاشتراك في الدراسة، ومن ثم تعد هذه العينات من المتطوعات، وقد تقبلت الطالبات موضوع هذا البحث تقبلاً حسناً، واعتبر بعضهن موضوع هذه الدراسة طريفاً وشائقاً، واستغرق تطبيق المقياسين بضع دقائق، كما طبق المقياسان على عينة المدرسات في جلسات فردية أو جلسات جمعية، ضمت عدداً صغيراً جداً، وكان تعاونهن ممتازاً.

التحليل الإحصائي:

استخرجت التكرارات والنسب المئوية لكل بند من بنود المقياسين على حدة، ثم رتبت البنود ترتيباً تنازلياً اعتماداً على النسب المئوية، وكان ذلك بالنسبة للعينتين منفصلتين.

النتائج:

يبين جدول (2) أهم أسباب مشكلة اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات من وجهة نظر طالبات الجامعة، مرتبة ترتيباً تنازلياً، بدءاً من الأعلى ثم الأقل، وتمثل الأرقام الواردة في هذا الجدول، التكرارات والنسب المئوية للموافقين (القائلين بنعم)، على كل بند من بنود المقياس.

جدول (2)

أهم أسباب مشكلة اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات من وجهة نظر طالبات الجامعة (ن=565) مرتبة ترتيباً تنازلياً بدءاً من الأعلى

أسباب المشكلة	التكرار	النسبة المئوية
1 – رفاق السوء وتأثير الأصدقاء.	540	%95,6
2 – ضعف الوازع الديني.	536	%94,9
3 – سوء التنشئة الاجتماعية.	524	%92,7

تابع/ جدول (2)

أهم أسباب مشكلة اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات من وجهة نظر طالبات الجامعة (ن=565) مرتبة ترتيباً تنازلياً بدءاً من الأعلى

أسباب المشكلة	التكرار	النسبة المئوية
4 – محاولة جذب الانتباه.	510	%90,3
5 – تقليد الغرب في العادات السيئة.	483	%85,5
6 – ضعف دور الأم أو غيابه.	458	%81,1
7 – غياب العقاب الرادع.	454	%80,4
8 – فقدان الشعور بالحياء الذي يعد شعبة من الإيمان.	453	%80,2
9 – الطلاق والتفكك الأسري.	452	%80,0
10 – تأثير وسائل الإعلام، وخاصة التلفزيون.	438	%77,5
11 – اختلال في التركيبة الجسدية أو الهرمونات.	420	%74,3
12 – استغلال وقت الفراغ بطريقة خاطئة.	393	%69,6
13 – العولمة والغزو الثقافي.	388	%68,7
14 – الترف الزائد عن الحد.	385	%68,1
15 – نقص الحنان في الأسرة والرغبة في التعويض.	383	%67,8
16 – عدم وجود أهداف قيمة في الحياة.	380	%67,3
17 – تفضيل بعض الأسر للأبناء الذكور.	346	%61,2
18 – الفضول وحب المغامرة.	339	%60,0
19 – تربية الطفلة مع إخوتها الذكور مما يفقدها هويتها.	333	%58,9
20 – دخول العمالة الأجنبية بثقافاتها المختلفة في عملية التنشئة.	273	%48,3

ويبين جدول (3) أهم أسباب هذه المشكلة كما ترى المدرسات.

جدول (3)
أهم أسباب مشكلة اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات من وجهة نظر المدرسات (ن = 80) مرتبة ترتيباً تنازلياً بدءاً من الأعلى

أسباب المشكلة	التكرار	النسبة المئوية
1 – رفاق السوء وتأثير الأصدقاء.	80	%100
2 – ضعف الوازع الديني.	76	%95,0
3 – فقدان الشعور بالحياء الذي يعد شعبة من الإيمان.	74	%92,5
4 – تقليد الغرب في العادات السيئة.	73	%91,3
5 – سوء التنشئة الاجتماعية.	72	%90,0
6 – تأثير وسائل الإعلام وخاصة التلفزيون.	70	%87,5
7 – محاولة جذب الانتباه.	70	%87,5
8 – ضعف دور الأم أو غيابه.	69	%86,3
9 – غياب العقاب الرادع.	67	%83,8
10 – استغلال وقت الفراغ بطريقة خاطئة.	66	%82,5
11 – الطلاق والتفكك الأسري.	65	%81,3
12 – عدم وجود أهداف قيمة في الحياة.	63	%78,8
13 – العولمة والغزو الثقافي.	62	%77,5
14 – نقص الحنان في الأسرة والرغبة في التعويض.	58	%72,5
15 – الفضول وحب المغامرة.	56	%70,0
16 – تفضيل بعض الأسر للأبناء الذكور.	51	%63,8
17 – الترف الزائد عن الحد.	50	%62,5
18 – دخول العمالة الأجنبية بثقافاتها المختلفة في عملية التنشئة.	43	%53,8
19 – اختلال في التركيبة الجسدية أو الهرمونات.	42	%52,5
20 – تربية الطفلة مع إخوتها الذكور مما يفقدها هويتها.	33	%41,3

ويبين جدول (4) أهم الحلول المقترحة لعلاج هذه المشكلة من وجهة نظر طالبات الجامعة.

جدول (4)
أهم طرق حل مشكلة اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات من وجهة نظر طالبات الجامعة (ن = 565)

طرق حل المشكلة	التكرار	النسبة المئوية
1 – غرس القيم الدينية من خلال التنشئة الاجتماعية.	493	%87,3
2 – الحرص على اختيار الرفقة الصالحة.	446	%78,9
3 – حث الأم على أن تكون قريبة من ابنتها وعلى متابعتها.	422	%74,7
4 – احتضان الوالدين للأطفال والاهتمام بهم.	396	%70,1
5 – تنمية الأسرة لهوية البنت المراهقة.	364	%64,4
6 – الرقابة على وسائل الإعلام.	363	%64,2
7 – عدم التفرقة في معاملة الجنسين.	358	%63,4
8 – عدم تفضيل الوالدين لأحد الجنسين على الآخر.	347	%61,3
9 – ملء وقت فراغ المراهقين بطريقة صحيحة.	332	%58,8
10 – العلاج النفسي بشكل سري.	323	%57,8
11 – تقديم ندوات توعية وإرشاد.	294	%50,5
12 – إيجاد القدوة من معلمين واختصاصيين وأولياء أمور.	262	%46,4
13 – العقاب الصارم وتطبيقه على جميع الحالات.	247	%43,7
14 – تأهيل المقبلين على الزواج بأساليب التنشئة ودورها المهم.	168	%29,7
15 – الزواج المبكر.	49	%8,7

ويبين جدول (5) أهم طرق حل هذه المشكلة من وجهة نظر المدرسات.

جدول (5)
أهم طرق حل مشكلة اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات من وجهة نظر المدرسات (ن = 80)

طرق حل المشكلة	التكرار	النسبة المئوية
1 – غرس القيم الدينية من خلال التنشئة الاجتماعية.	69	%86,3
2 – حث الأم على أن تكون قريبة من ابنتها وعلى متابعتها.	63	%78,8
3 – احتضان الوالدين للأطفال والاهتمام بهم.	62	%77,5
4 – الحرص على اختيار الرفقة الصالحة.	62	%77,5
5 – ملء وقت فراغ المراهقين بطريقة صحيحة.	57	%71,3
6 – الرقابة على وسائل الإعلام.	55	%68,8
7 – تنمية الأسرة لهوية البنت المراهقة.	51	%63,8
8 – إيجاد القدوة من معلمين واختصاصيين وأولياء أمور.	45	%56,3
9 – عدم التفرقة في معاملة الجنسين.	42	%52,5
10 – العلاج النفسي بشكل سري.	40	%50,0
11 – عدم تفضيل الوالدين لأحد الجنسين على الآخر.	39	%48,8
12 – تقديم ندوات توعية وإرشاد.	32	%40,0
13 – العقاب الصارم وتطبيقه على جميع الحالات.	31	%38,8
14 – تأهيل المقبلين على الزواج بأساليب التنشئة ودورها المهم.	23	%28,8
15 – الزواج المبكر.	12	%15,0

مناقشة النتائج:

تعتمد الأداتان المستخدمتان في هذه الدراسة، على آراء طلبة وطالبات يدرسون الماجستير في علم النفس، وجه لهم سؤال مفتوح، تبع ذلك تنقيح هذه الآراء وتعديلها، والإضافة إليها من قبل الباحث، فضلاً عن تحكيم المقياسين بوساطة ثلاثة محكمين كويتيين من أساتذة علم النفس. وتجدر الإشارة إلى أن عينة

الطالبات (بوجه خاص)، التي أسهمت في الإجابة عن السؤال مفتوح النهاية، تمهيداً لتكوين المقياس، قد عاصرت (وعايشت، كما قلن)، في المرحلة الثانوية على الأقل، طالبات يعانين فعلاً اضطراباً في الهوية الجنسية، وبالإضافة إلى ذلك، ذكر بعضهن أنهن كن يعرفن بنات يعانين هذا الاضطراب، عندما كن يدرسن في المرحلة الجامعية قبل التخرج، ومن الممكن أن نستنتج من ذلك، أهمية بنود المقياسين ودقتهما (الأسباب والحلول)، تلك التي وردت على لسان هذه العينة، من طلاب الماجستير في علم النفس في البداية، وغني عن البيان، أن هذه العينة اقتصر دورها على الإجابة عن السؤالين المفتوحين، ولم تشترك في الإجابة عن المقياسين في صورتهما النهائية.

وفيما يختص بالعينات، فإن طالبات الجامعة الكويتيات، اللاتي تطوعن للإجابة عن المقياسين في صيغتهما النهائية، قد تقبلن الموضوع بقبول حسن، واعتبرن فكرة المقياسين طريفة وشائقة، ومن ثم فإن الاعتماد على نتائج إجاباتهن يكون كبيراً، وينطبق ذلك أيضاً على عينة المدرسات، كما أن العينة الأخيرة تتعامل – بشكل يومي تقريباً – مع بنات مترجلات (بويات).

وتوجد أسس عدة لتصنيف إجابات أفراد العينتين المستخدمتين في هذه الدراسة (الطالبات، والمدرسات)، وعلى الرغم من إمكانية توجيه النقد لأي تصنيف، فإن التصنيف أمر مفيد من الناحية العلمية، فالعلم يهدف إلى الاقتصاد في عدد المفاهيم، وإلى اختزال الفئات التي يمكن تفسير أية ظاهرة على ضوئها، ومن ثم، يمكن تصنيف استجابات العينتين إلى فئات تشمل الجوانب الاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية، والبيولوجية. وفيما يختص بالعوامل النفسية فإنه يمكن أن تضم الجوانب المعرفية، وتلك المتعلقة بالتعلم الاجتماعي، والنمذجة أو الاقتداء بنموذج...، وغير ذلك، ومع ذلك تجدر الإشارة إلى التداخل الكبير بين مكونات هذه العوامل بعضها مع بعض، وهذا أمر متوقع.

وعند حساب التكرارات والنسب المئوية للطالبات والمدرسات اللاتي أجبن بـ "نعم" عن كل بند في المقياس الأول؛ وهو أسباب المشكلة، ظهر بجلاء تأثير العوامل الاجتماعية ولاسيما رفقاء السوء؛ حيث جاء هذا البند على قمة الأسباب بأعلى تكرار (95,6%) لدى الطالبات، وبنسبة (100%) عند المدرسات، ويمكن أن يرتبط ذلك بنتيجة مقاربة في سياق آخر، يشترك مع اضطراب الهوية الجنسية في

كونهما اضطرابين مرضيين، يحتاجان إلى تدخل، ونعني بحوث الإدمان، أو الاعتماد على العقاقير ذات الآثار النفسية، حيث اتضح تأثير السياق الاجتماعي في البدء والاستمرار (انظر: عويد المشعان، وعبد اللطيف خليفة، 2003، ص ص 120–121؛ مصطفى سويف، 1996، 2001، ص ص 77–79).

ويرتبط بالسياق الاجتماعي الذي يمكن أن يسبب اضطراب الهوية الجنسية لدى الإناث، من وجهة نظر عينتي طالبات الجامعة والمدرسات – بصرف النظر عن الترتيب الأعلى– البنود الآتية: سوء التنشئة الاجتماعية، و ضعف دور الأم أو غيابه، والطلاق والتفكك الأسري، ونقص الحنان في الأسرة والرغبة في التعويض، وتفضيل بعض الأسر للأبناء الذكور، وتربية الطفلة مع إخوتها الذكور مما يفقدها هويتها، ودخول العمالة الأجنبية بثقافاتها المختلفة في عملية التنشئة. كما يتعلق بالسياق الاجتماعي الاقتصادي من منظور عام، البنود الآتية: محاولة جذب الانتباه، واستغلال وقت الفراغ بطريقة خاطئة، والترف الزائد عن الحد.

ويمكن تصنيف عدد من البنود التي أتت بوصفها أسباباً للمشكلة على ضوء نموذج "باندورا" (Bandura, 1986) في التعلم الاجتماعي Social learning والنمذجة Modeling، ومن هذه البنود ما يلي: تقليد الغرب في العادات السيئة، وتأثير وسائل الإعلام وبخاصة التلفزيون، والعولمة والغزو الثقافي.

أما العوامل النفسية ولاسيما المعرفية، فترتبط بالبنود الثلاثة الآتية: عدم وجود أهداف قيمة في الحياة، والفضول وحب المغامرة، وغياب العقاب الرادع. واستأثر عامل التدين ببندين يعدان من أسباب هذا الاضطراب، من وجهة نظر الطالبات والمدرسات، وهما: ضعف الوازع الديني، وفقدان الشعور بالحياء الذي يعد شعبة من شعب الإيمان.

ومن الشائق أن يستأثر العامل البيولوجي أو الفيزيولوجي ببند واحد فقط، هو: "اختلال في التركيبة الجسدية أو الهرمونات"، وقد وصل إلى ترتيب يلي المنتصف مباشرة لدى الطالبات (الرتبة 11)، وكان له ترتيب متأخر لدى عينة المدرسات (الرتبة 19 من 20 بنداً)، ومن الممكن أن يتفق ذلك مع ما كشفت عنه البحوث، من أهمية العوامل الاجتماعية في المقام الأول، في حين لم تكشف الاختبارات المعملية أو تخطيط المخ، أو اختلال إفراز الهرمونات، عن عوامل بيولوجية سببية لهذا الاضطراب (Templer, Spencer & Harlgage, 1993, p. 227f).

من الملاحظ – إذن – أن أسباب اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات، من وجهة نظر طالبات الجامعة والمدرسات، تتسق مع النظريات المفسرة للاضطراب؛ تلك النظريات التي تركز على الجوانب الاجتماعية والنفسية، فيرى أصحاب نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis أن اضطراب الهوية الجنسية، يرجع إلى غياب الأم: جسدياً أو عاطفياً، وما ينتج عن ذلك من توحد البنت مع أبيها (Alloy, Jacobson & Acocella, 1999, p. 362)، ومن ناحية أخرى يرى "ماير" أن هذا الاضطراب ناتج من فشل خطير في نمو الطفل وتطوره، وهو يرى أن هذه حالة قريبة من الذهان Psychosis أو المرض العقلي، كما يعتقد أن التحليل النفسي هو العلاج المناسب (Meyer, 2009). وأما التوجه السلوكي Behavioral، فيفسر اضطراب الهوية الجنسية بأنه نتيجة لعملية مستترة وممتدة، يتشكل فيها سلوك الدور الجنسي Sex-role للطفل تجاه الجنس الآخر، عن طريق شخص مهم يقوم برعايته. والعلاج الذي ينبع من هذه النظرية، يتلخص في التوقف عن تقديم التدعيم Reinforcement، للسلوك المغاير لجنس الشخص، وزيادة التدعيم لسلوك الجنس الملائم (Alloy et al., 1999, p. 362).

وفيما يختص بطرق الحل المقترحة (انظر الجدولين 4، 5)، فقد أتى البند الأول في القائمة التي تشتمل على خمسة عشر بنداً في عينتي الطالبات والمدرسات، ليربط بين التنشئة الاجتماعية والقيم الدينية، ونص هذا البند على نحو ما يلي: "غرس القيم الدينية من خلال التنشئة الاجتماعية"؛ ويعني ذلك بإيجاز التنشئة الدينية، والرأي لدى الباحث أن هذا الجانب على درجة كبيرة من الأهمية في مجتمع عربي إسلامي، يعلي من شأن الدين والتدين؛ فقد بينت بعض البحوث على عينات من طلاب الجامعة في مجتمعين إسلاميين (مصر، والكويت) أن لهم متوسط درجات في التدين يفوق – بمستوى دال إحصائياً – نظائرهما من الطلاب الأمريكيين (انظر: Abdel-Khalek & Thorson, 2006; Thorson, Powell, Abdel-Khalek, & Beshai, 1997)، ومن ثم، فلا غرابة أن يأتي البند الخاص بالقيم الدينية، في الترتيب الأول، على رأس كل الطرق المقترحة للحل لدى العينتين معاً.

وكما ركزت الأسباب المفترضة للاضطراب على الجوانب الاجتماعية والنفسية، فقد ركزت طرق الحل المقترحة على هذه الجوانب أيضاً؛ إذ تشتمل هذه الطرق على البنود الآتية: الحرص على اختيار الرفقة الصالحة (والحق أن ذلك إحدى المهام الأساسية للوالدين)، وحث الأم على أن تكون قريبة من ابنتها، واحتضان الوالدين للأطفال والاهتمام بهم، وتنمية الأسرة لهوية البنت المراهقة، وعدم التفرقة

بين الجنسين في المعاملة، وعدم تفضيل الوالدين لأحد الجنسين على الآخر، وملء وقت فراغ المراهقين بطريقة صحيحة.

ويلاحظ أن الاتفاق كبير بين عينتي طالبات الجامعة ومدرسات المرحلة الثانوية في كل من المقياسين: الأسباب والحلول، فقد كان ترتيب البنود الخمسة الأولى في المقياسين متطابقاً في أربعة بنود من خمسة، ويشير ذلك إلى جوانب عدة، أهمها الاتساق بين العينتين في الاستجابة للمقياسين، وهو أحد جوانب الثبات، بالإضافة إلى تقارب آراء العينتين، ووجهة نظرهما فيما يختص بأسباب هذا الاضطراب، والحلول المقترحة له.

من الممكن أن نخلص من هذه الدراسة – إذن – إلى أن اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات يرجع – في المقام الأول من وجهة نظر عينتي البحث – إلى أسباب اجتماعية نفسية مرتبطة بعملية التنشئة الاجتماعية، ومن ثم يتعين أن تتجه الحلول المقترحة لهذه المشكلة، إلى مزيد من الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية بالدرجة الأولى، وحيث إن المجتمع الكويتي مجتمع متدين بوجه عام، فإن الاهتمام بالتنشئة على أساس من مبادئ الدين القويم، يعد عاملاً مهماً في وضع حلول لهذا الاضطراب.

ولابد أخيراً من الإشارة إلى حدود هذه الدراسة، فعلى الرغم من كبر حجم عينة طالبات الجامعة، فقد كان حجم عينة المدرسات أصغر بكثير، والسبب في ذلك أن تطبيق المقياسين على طالبات الجامعة، كان تطبيقاً جمعياً في الفصول الدراسية، في حين كان تطبيقهما على المدرسات، تطبيقاً فردياً أو على مجموعات صغيرة جداً، وقد ترتب على ذلك صعوبة الحصول على عينة كبيرة من المدرسات، وأخيراً، فإن الحاجة ماسة إلى حلقة أخرى في هذه الدراسة؛ وهي تكرار هذه الدراسة على عينة من طالبات المرحلة الثانوية، فهن في المرحلة التي يزداد فيها ظهور اضطراب الهوية الجنسية، كما يقترح دراسة الاتجاهات النفسية لعينات مختلفة من الجمهور تجاه هذا الاضطراب، وذلك منوط بدراسة أخرى.

كما تجدر الإشارة إلى أهمية استخدام منهج دراسة الحالة Case study لفحص الجوانب النفسية والاجتماعية لحالات فعلية من المراهقات المصابات باضطراب الهوية الجنسية. ويوصي كذلك بضرورة تدعيم دور الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين في المدارس، في الكشف عن حالات اضطراب الهوية الجنسية، ولاسيما لدى طالبات المرحلة الثانوية، حيث يبرز هذا الاضطراب بجلاء في مرحلة المراهقة، مع ضرورة التعاون بين المدرسة والأسرة في علاج هذا الاضطراب، وأهمية توعية الآباء والأمهات بخطورته.

المراجع:

الإمام أبو عبد الله محمد بن إسماعيل بن إبراهيم بن المغيرة البخاري (1992). **صحيح البخاري** (الجزء 7). بيروت: دار الكتب الجامعية.

عويد سلطان المشعان، وعبد اللطيف محمد خليفة (2003). تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت. الكويت: اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.

اللجنة العلمية للمؤتمر الوطني لدراسة الظواهر السلبية (قيد النشر). الظواهر السلبية المستحدثة في المجتمع الكويتي.

مصطفى سويف (1996). **المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، (العدد 205).

مصطفى سويف (2001). **مشكلة تعاطي المخدرات (بنظرة علمية)**. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، مكتبة الأسرة.

Abdel-Khalek, A. M., & Thorson, J. A. (2006). Religiosity and death anxiety in American and Egyptian college students. In: M.V. Landow (Ed.), *College students: Mental health and coping strategies* (pp. 167-185). New York: Nova Science.

Aiken, L.R. (1991). *Psychological testing and assessment* (7 th ed). Boston: Allyn & Bacon.

Alloy, L. B., Jacobson, N. S., & Acocella, J. (1999). *Abnormal psychology: Current perspectives*. Boston: McGraw-Hill.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR.). Washington DC: APA.

Anastasi, A. (1988). *Psychological testing*. New York: Macmillan.

Ault, A., & Brzuzy, S. (2009). Removing gender identity disorder from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: A call for action. *Social Work, 54,* 187 - 189.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. NJ: Englewoods Cliffs, Prentice-Hall.

Blumenthal, S. J. (1996). Women's mental health: The new national focus. In J. A. Sechzer, S. M. Pfafflin, F. L. Denmark, A. Griffin, & S. J. Blumenthal (Eds.), *Women and mental health* (pp. 1-16). New York: The New York Academy of Science.

Bower, H. (2001). The gender identity disorder in the DSM - IV classification: A critical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35,* 1 - 8.

Davison, G. C., & Neale, J. M. (1996). *Abnormal psychology* (6 th ed.) New York: Wiley.

Di Ceglie, D. (2000). Gender identity disorder in young people. *Advances in Psychiatric Treatment, 6,* 458 - 466.

Egan, S.K., & Perry, D.G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology, 37,* 451 - 463.

Grimbos, T., Dawood, K., Burriss, R.P., Zucker, K.J., & Puts, D.A. (2010). Sexual orientation and the second to fourth finger length ratio: A meta analysis in men and women. *Behavioral Neuroscience, 124,* 278 - 287.

Haraldsen, I.R., Opjordsmoen, S., Egeland, T., & Finset A. (2003). Sex - sensitive cognitive performance in untreated patients with early onset gender identity disorder. *Psychoneuroendocrinology, 28,* 906 - 915.

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsingnore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58,* 259 - 261.

Hepp, U., & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 32,* 473 - 478.

Isay, R. A. (1997). Remove gender identity disorder from DSM. *Psychiatric News, 32,* 13.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebbard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.

Koken, J.A., Bimbi, D.S., & Parsons, J.T. (2009). Experiences of familial acceptance - rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology, 23,* 853 - 860.

Lalumière, M.L., Blanchard, R., & Zucker, K.J. (2000). Sexual orientation and handedness in men and women: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126,* 575 - 592.

Meyer, W.J. (2009). World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11,* 127 - 132.

Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychological findings. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital, 96,* 253 - 264.

Oltmanns, T. F., Neale, J. M., & Davison, G. C. (1995). *Case studies in abnormal psychology* (4 th ed.). New York: Wiley.

Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3 rd ed.). New York: Norton.

Ross, C. A. (2009). Ethics of gender identity disorder. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 11,* 165 - 170.

Taher, N.S.(2007). Self-concept and masculinity-femininity among normal male individuals and males with gender identity disorder. *Social Behavior and Personality, 35,* 469-478.

Templer, D. I., Spencer, D. A., & Hartlage, L.C. (1993). *Biosocial psychopathology: Epidemiological perspectives*. New York: Springer.

Thorson, J.A., Powell, F.C., Abdel-Khalek, A.M., & Beshai, J.A. (1997). Constructions of religiosity and death anxiety in two cultures: The United States and Kuwait. *Journal of Psychology and Theology, 25*,374-383.

Ujike, H., Otani, K., Nakatsuka, M., Ishii, K., Sasaki, A., Oishi, T. et al. (2009). Association study of gender identity disorder and sex hormone - related

genes. *Progress in Neuro - Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 33,* 1241 - 1244.

Vasey, P.L., & Bartlett, N.H. (2007). What can the Samoan "Fa'afafine" teach us about the Western concept of gender identity disorder in childhood. *Perspectives in Biology and Medicine, 50,* 481 - 490.

Wallien, M. S., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46,* 1307 - 1314.

Wallien, M.S., van Goozen, S.H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2007). Physiological correlates of anxiety in children with gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16,* 309 - 315.

Yunger, J.L., Carver, P.R., & Perry, D.G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well - being? *Developmental Psychology, 40,* 572 - 582.

Zucker, K. J. (2005). Measurement of psychosexual differentiation. *Archives of Sexual Behavior, 34,* 375 - 388.

Zucker, K. J. (2006). *Gender identity disorder*. In D. Wolfe & E. Mash (Eds.), Behavioral and emotional disorders in adolescents (pp. 535 - 562). New York: Guilford.

Zucker, K.J., & Lawrence, A.A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11,* 8 - 18.

Zucker, K. J., & Spitzer, R. L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM - III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex and Marital Therapy, 31,* 31 - 42.

قدم في: يونيو 2010
أجيز في: يونيو 2011

Gender Identity Disorder in Females: The Causes and Proposed Solutions from the Standpoint of Female College Students and Teachers

Ahmed M. Abdel-Khalek*

The aim of the present study is to explore the major causes and possible solutions of gender identity disorder (GID) in female participants from the standpoint of female college students (*N = 565, M_{age} = 19.57, SD = 1.58*) and secondary school teachers (*N = 80, M_{age} = 33.72, SD = 7.23*). Participants responded to two scales to assess both causes and solutions of GID. The results indicated that the most important five causes of GID were as follows: The bad influence of some friends, Absence of religion as a deterrent, Absence of social guidance, Blind imitation of certain Western concepts (in both samples), Seeking attention (college students), and Absence of "shyness", which is favorably regarded in the Islamic faith (teachers). With respect to the proposed solutions, the first five suggested methods were as follows: Cultivation of religious values, Careful selection of friends, Encouraging bonding between mothers and daughters, Close parental care and guidance (both samples), Helping female adolescents to have a good grasp of their identity (college students), and Engaging female adolescents in constructive activities in their free time (teachers). By and large, a great similarity was noticed in the responses of college students and teachers. The study concluded by recommending that parents and educators put the suggested solutions to real practice.

Keywords: Gender identity disorder, Females, Causes, Solutions, Kuwait.

* Department of Psychology, College of Social Sciences, Kuwait University.