



دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	النضج الجنسي لدي الأفراد ذوي متلازمة داون: مراجعة للتراث
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات النفسية
الناشر:	الجمعية المصرية للدراسات النفسية
المؤلف الرئيسي:	تهامي، هشام عبدالحميد
المجلد/العدد:	مج20, ع69
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2010
الشهر:	أكتوبر
الصفحات:	331 - 371
رقم MD:	1010402
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	ذوي الاحتياجات الخاصة، متلازمة داون، التربية الخاصة، التربية الجنسية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1010402

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة.
يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للتراث

د/ هشام عبد الحميد تهامي

أستاذ علم النفس المساعد بجامعة بنى سويف

ملخص الدراسة :

هدفت هذه المراجعة إلى تناول بعض القضايا الجنسية لدى الأفراد ذوي متلازمة داون. تمت مراجعة كل من المظاهر الجنسية، والاستملاء، والسلوك الجنسي، والإساءة الجنسية لديهم. كما تناولت المراجعة أيضاً العلاقة بين النضج الجنسي وحياة الأسرة لدى الأفراد ذوي متلازمة داون، شاملاً ذلك الحمل والزواج والوالدية (الأبوة والأمومة) لديهم. أخيراً تم تناول قضية التربية الجنسية للأفراد ذوي متلازمة داون في مجتمعنا.

النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للتراث

د/ هشام عبد الحميد تهامي

أستاذ علم النفس المساعد بجامعة بنى سويف

إن حياة الإنسان سلسلة انتقالات من مرحلة ارتقائية إلى أخرى ، ولا شك أن توافق المرء مع كل مرحلة يتوقف على وجود التوجيه والتثنية الملائمين لكل مرحلة عمرية . وتُعد مرحلة الانتقال من الطفولة إلى البلوغ والمراهقة مرحلة حرجية لدى الناس عامة ، وفي حالة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ؛ والأفراد ذوي متلازمة داون على وجه الخصوص تزيد خطورة وحرج هذه المرحلة ليس فقط لهم ولكن لكل من حولهم - الأسرة والمجتمع . وما يزيد من خطورة وحرج هذه المرحلة أن الأفراد ذوي متلازمة داون قد يجدون صعوبة - لأسباب قد ترجع أحياناً إلى من حولهم وليس لأسباب ترجع إلى قدراتهم - في تحرير أنفسهم من دور "الطفل" . فالمجتمع قد يرفض النظر إليهم على أنهم أصبحوا قادرين - ولو بشكل نسبي - على تحمل مسؤوليات البالغ الناضج . ونعود ونؤكد مرة ثانية على أن الانتقال من مرحلة الطفولة إلى البلوغ يُعدُّ أمراً عسيراً ؛ بل ومزعجاً وشاقاً - خصوصاً لما يُصاحبه من تغيرات جسمية وجنسية - لجميع البشر بغض النظر عن مستوى القدرة العقلية ، ولكن المشكلات تتعدد وتزداد شدتها لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً وذوي متلازمة داون على وجه الخصوص .

وقد أوجزت كونهوفن (Couwenhoven,2007) العوامل المسبوبة عن تباين التربية الجنسية لدى المراهقين ذوي الإعاقات الذهنية عنه لدى الأسوياء في أربعة عوامل تشمل نقص المعلومات الصحيحة المتوفرة لهم ، والاتجاهات السلبية لدى الوالدين والمدرسين أو الأخصائيين في مجال الإعاقة نحو النضج الجنسي لهذه الفئة ، والتأخر في تدريس معلومات جنسية لهم أو إرجاء ذلك أو إلغاءه نهائياً ، والفرص القليلة للتفاعل الاجتماعي المتاحة لهؤلاء المراهقين ذوي الإعاقات الذهنية. وأشار موريرا وجوسماو (Moreira & Gusmao, 2002) إلى أن عوامل من قبيل الحماية المفرطة من الوالدين ونقص الصداقات والإحافد الاجتماعي قد تمثل عوائق تحول دون النمو والارتقاء الجنسي السوي لدى المراهقين ذوي متلازمة داون. ويضيف موريرا و جوسماو (2002) أن حق الشخص ذي متلازمة داون في أن يعيش حياة جنسية في جانب والاحتمالية المرتفعة لشيوع متلازمة

داون في المجتمع - بمعنى ولادة أطفال جدد حاملين لمتلازمة داون - بسبب العوامل الوراثية على الجانب الآخر، يُظهر أن الحاجة إلى مناقشة أكثر تفصيلاً لهذه القضية وإلى ضرورة تقديم الدعم الانفعالي^٢، وكذلك التربية الجنسية للأفراد ذوي متلازمة داون.

سُعتنى المراجعة الحالية بمراجعة مظاهر النضج الجنسي^٣ ومشكلاته لدى الأفراد ذوي متلازمة داون ، مع التأكيد على أن الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة لا يقتصر فقط على التغيرات الجنسية ، ولكنه يشمل تحديات اجتماعية تشمل الدمج الدراسي والمهني (لمزيد من المراجعة في ذلك أنظر: Pueschel, 2001) .

عندما تبدأ الأعضاء التناسلية في أداء وظائفها تنتهي مرحلة الطفولة وتبدأ مرحلة المراهقة المبكرة، وبينما ترتبط مرحلة المراهقة^٤ بمرحلة البلوغ^٥ إلا أن الأخيرة تشير إلى المرحلة القصيرة نسبياً - مقارنة بالمراهقة - من التغيرات الفسيولوجية التي تصبح أثنائها الأعضاء الجنسية ناضجة . وبالنسبة للإناث قد لا تتعدى هذه المرحلة سنة أشهر ولكنها قد تمتد إلى العامين وهي تحدث في المرحلة العمرية من ١١-١٥ سنة . أما بالنسبة للذكور فهي تستغرق عامين أو أكثر (قد تصل إلى أربعة اعوام) ، وغالباً ما تبدأ في المرحلة العمرية من ١٢-١٥ سنة . وتصبح الإناث عادة ناضجات جنسياً في حوالي عمر ثلاث عشرة سنة حيث يحدث نزول الحيض ، كما تحدث تغيرات جسمية أخرى بعد نزول الحيض . أما الذكور فيبلغون نضجهم الجنسي في حوالي عمر أربع عشرة سنة (يوسف ميخائيل أسعد، بدون تاريخ، إبراهيم قسقوش، ١٩٨٩، حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧، (Cole&Hall, 1970 ; Engel,1997; Haffner, 2000;2001). وبالقطع هناك فروق فردية في هذا العمر عند البلوغ لدى الجنسين . وقد بينت المراجعة القديمة التي قام بها كول وهال (Cole & Hale , 1970) للعديد من الدراسات الارتقائية أن الإناث تظهرن تبايناً في سن أول دورة شهرية (حيض) ، حيث تحدث في مدى عمري يتراوح بين ١١-١٧ سنة. وهؤلاء اللاتي تتضجن قبل عمر الثانية عشرة سنة تعتبرن نوات نضج مبكر^٦ ، أما اللاتي تتضجن في عمر خمس عشرة سنة أو بعدها فتعتبرن متأخرات في نضجهن. والغالبية العظمى من الإناث (أكثر من ٧٥% من الإناث) تخبرن أول دورة شهرية في الفترة العمرية ١٢-١٤ سنة. وكانت النتائج الخاصة بالذكور أقل اتساقاً

2 - Emotional support.

3 - Sexual maturation.

4 - adolescence.

5 - puberty.

6 - precocious

النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للتراث

من نتائج الإناث. فلا توجد سن محددة عندها يصبحون ناضجين جنسياً . فالطفل العادي يحتاج عامين تقريباً كي ينتقل من مرحلة قبل البلوغ^٧ إلى مرحلة ما بعد البلوغ^٨. وقد أوضحت نتائج الدراسات التي راجعها كول وهال (1970) أن الذكور يصلون إلى مرحلة النضج متأخرين حوالي سنتين عن الإناث . ولذلك فحصر الإناث الناضجات في فترة عمرية ما قد يتجاوز بكثير الذكور الناضجين. وقد تجد أنثى عمرها ثلاث عشرة سنة قد أصبحت امرأة صغيرة، بينما يظل ذكر له نفس العمر صبيماً لم يبلغ بعد.

نخلص مما سبق أن البلوغ يقدم الأساس للمراهقة* أو يمثل حجر أساس لها، ولكنه ليس مرادفاً لها على أى حال من الأحوال: إن كلتا المرحلتين قد تبدآن في الاغلب في نفس الوقت تقريباً ، ولكن المراهقة تستمر لحوالي ثمانية أعوام، وهي لا تتضمن فقط تغيرات البلوغ في الجسم والأعضاء التناسلية ، ولكنها تتضمن أيضاً ارتقاء في كل من القدرات العقلية والاهتمامات والاتجاهات وصور التوافق المختلفة (Cole & Hale , 1970; Engel,1997; Haffner, 2000;2001) .

وترجع أسباب التغيرات في مرحلة البلوغ إلى زيادة نشاط بعض الغدد الصماء^٩ ؛ وتحديداً الغدة النخامية^{١٠} والغدد الجنسية^{١١} (المزيد من المراجعة أنظر: Kelly,1990; Labrie,1990; Hrdley,1996; Nelson,2000) . حيث يفرز النقص الأمامي من الغدة النخامية التي توجد في قاع الجمجمة نوعين من الهرمونات يرتبطان بتغيرات البلوغ ؛ وهما هرمون النمو^{١٢} الذي يساعد على نمو حجم الجسم ، والثاني هرمون منبه وحافز للغدد الجنسية يؤدي إلى زيادة نشاطها ؛ ويسمى هرمون الجونادوتروبين^{١٣} . وفي الحقيقة فهو ليس هرمون واحد ولكنه مجموعة هرمونات تؤثر في نمو

7 - prepubescent

8 - postpubescent

* تكون مرحلة ما قبل المراهقة أو الطفولة المتأخرة بين ١١-١٢ سنة لدى الإناث بينما تكون بين ١٢-١٣ سنة لدى الذكور ، أما مرحلة المراهقة المبكرة فتكون بين ١٣-١٤ سنة لدى الإناث وبين ١٤-١٥ سنة لدى الذكور ، وتكون مرحلة المراهقة المتوسطة بين ١٥-١٧ سنة لدى الإناث وبين ١٦-١٨ سنة لدى الذكور ، وأخيراً تحدث مرحلة المراهقة المتأخرة في المرحلة العمرية ١٨-٢٠ سنة لدى الإناث والمرحلة العمرية ١٩-٢٠ سنة لدى الذكور (Cole & Hale, 1970).

9 - Endocrine glands .

10 - Pituitary gland.

11 - Gonads .

12 - Growth hormone.

13 - Gonadotropin hormone.

الغدد الجنسية ونشاطها ، وفي إفراز الهرمونات الجنسية لدى الجنسين. ويؤدي أى نقص فى إفراز هرمون الجونادوتروبين إلى توقف نمو الجهاز التناسلى^٥. وتشمل مجموعة الجونادوتروبين هرمونين يعملان بشكل تعاونى هما:

١- هرمون الفوليكتروفين^{١٥} الذى ينظم الارتقاء والنمو والنضج المصاحب للبلوغ^{١٦}.

٢- هرمون منشط الجسم الأصفر^{١٧} فى المبيض لدى الإناث ومنشط الخلايا التخلية أو بين الفرجية^{١٨} لدى الذكر. والزيادة الحادة فيه تُحدث التبويض^{١٩} (خروج البويضة من المبيض) لدى الإناث . أما لدى الذكور فيُطلق عليه هرمون منشط الخلايا التخلية أو بين الفرجية وهو يُنشط إنتاج الخلايا التخلية أو بين الفرجية^{٢٠} من التيستوستيرون^{٢١}.

وتزداد إفرازات الغدة النخامية من هرمونى النمو والهرمون الحافز للغدد الجنسية (الجونادوتروبين) قبل مرحلة البلوغ مباشرة. ويتزايد إفرازها أكثر فأكثر خلال مرحلة البلوغ ، ويتحكم فى العملية بكاملها التغيرات الهرمونية التى يسيطر عليها "الهيپوثلاموس" - الذى يوجد فى وسط الدماغ وهو جزء من المخ المتوسط^{٢٢} - والمعروف بأنه المسئول عن استئثاره ميكانيزم البلوغ^{٢٣} (Racadot,1990) . وبالرغم من أن الغددالجنسية تكون موجودة ونشطة أثناء الولادة ، إلا أن نشاطها يزداد أثناء مرحلة

◊ يُطلق على ذلك مسمى متلازمة فروليخ Frohlich's syndrome التى ترتبط باورام فى الهيپوثلاموس مما يسبب زيادة الشهية التى تؤدى إلى بدانة مفرطة بالإضافة إلى قمع إفراز الجونادوتروبين ، وفيها يُصاب الطفل ببدانة مفرطة وعدم نمو الجهاز التناسلى وتأخر فى النمو وتأخر عقلى ومشاكل فى الإبصار.

15 - Follicle-stimulating hormone (FSH).

16 - Pubertal maturation.

17 - Luteinizing hormone.

18 - Interstitial cell stimulating hormone (ICSH).

19 - Ovulation.

20 - Leydig cell or interstitial cells of leydig.

21 - Testosterone.

22 - Diencephalon.

⊗ لا يُعتبر الهيپوثلاموس هو الجزء المخي الوحيد الذى يلعب دوراً فى السلوك الجنسى ، وإنما هناك أجزاء أخرى كالتواء اللوزية Amygdala بالإضافة إلى الدور الذى تلعبه بعض المواد العصبية الناقلة Neuro-transmitters (لمزيد من المراجعة أنظر : خالد بن عبد الله الخميس، ٢٠٠٠ ، De Vries, 1990 ; De Jong et al. 1992).

البلوغ نتيجة الهرمون الجنسي الذى تفرزه الغدة النخامية (Cole & Hale , 1970 ; Engel , 1997 ; Nelson , 2000 ; Hardley , 1996) ; Haffner, 2000 ; 2001 ; .

تُعدُ الخصيتان^{٢٣} هما الغدد الجنسية لدى الذكر ، وهما يُفرزان نوعين من الإفرازات أحدهما خارجى ويتمثل فى الحيوانات المنوية^{٢٤} أم النوع الثانى فهو يُفرز داخل الدم ويتمثل فى هرمونات الذكورة التى يُعدُ التيمستوستيرون أهمها وأشهرها . ويخضع عمل الخصيتين - سواء إفراز الحيوانات المنوية أو الهرمونات الجنسية - لتحكم هرمونات الجونادوتروبيين (هرمون الفوليكتوتروفين وهرمون منشط الجسم الأصفر فى المبيض لدى الإناث ومنشط الخلايا التخللية أو بين الفرجية لدى الذكر). وبينما يُفرز هرمون التيمستوستيرون لدى الذكور بواسطة الخصيتين فإنه يُفرز لدى الإناث بواسطة المبيضين^{٢٥} ، ولكن الذكر البالغ يفرز حوالى من ٤٠-٦٠ ضعف ما يُفرز داخل جسم الأنثى البالغة من هذا الهرمون ، ولذلك فهو يُعدُ هرمون الذكورة الأول ، وهو يُعدُ أحد هرمونات مجموعة يُطلق عليها مجموعة الأندروجين^{٢٦} ، وهو يُعدُ أهمها على الإطلاق . وترتبط زيادة إفرازه ببدء مرحلة البلوغ لدى الذكور وينمو الأعضاء التناسلية وظهور الخصال الجنسية الثانوية^{٢٧}. كما أنه يزيد من إفراز وحيوية الحيوانات المنوية وقابليتها للإخصاب ، ويؤثر فى النمو الانفعالى للمراهق ويقوى لديه الدافع الجنسي .

أما الغدد الجنسية لدى الإناث فهى المبيضان ويفرزان أيضاً نوعين من الإفراز أولهما خارج الدم وهو البويضات وثانيهما إفراز داخل الدم يشمل:

١- مجموعة الأيستروجين^{٢٨} وأكثرها نشاطاً هو هرمون الاستراديول^{٢٩} . وبينما تتواجد هذه المجموعة لدى كل من الذكور والإناث إلا أن مستوياتها أعلى بكثير لدى الإناث وهو المسئول عن ظهور الخصال الجنسية الثانوية لدى الإناث. وتجدر الإشارة إلى أن الرغبة الجنسية^{٣٠} تعتمد على مستويات الأندروجين أكثر من اعتمادها على مستويات الأيستروجين .

- 23 - Testicles.
- 24 - Sperms.
- 25 - Ovaries.
- 26 - Androgens
- 27 - Secondary sexual characteristics.
- 28 - Oestrogens.
- 29 - Oestradiol.
- 30 - Sexual desire.

٢- هرمون البروجسترون^{٣١} : يُطلق عليه هرمون الحمل^{٣٢} فهو يهيئ الرحم لقبول البويضة الملقحة ويساعد على عمل تغيرات في جدار الرحم يكون من شأنها تثبيت البويضة الملقحة ، وله أدوار عديدة ترتبط بنمو وارتقاء الجنين في الرحم.

ويصاحب البلوغ تغيرات جنسية وجسمية تُصنف إلى خصال جنسية أولية^{٣٣} وخصال جنسية ثانوية . وتتمثل الخصال الجنسية الأولية في تزايد حجم الخصيتين وبدء عملهما وبدء قذف المنى لدى الذكور ونشاط المبيض الذي يتمثل في إنتاج البويضة ونزول الحيض لدى الإناث . أما الخصال الجنسية الثانوية فتتمثل في ملامح الجسم التي تميز الذكور عن الإناث ، ومن أهم معالمها حدوث طفرة في النمو الجسمي ونمو العضلات ونمو الشعر في الوجه ومنطقتي العانة والإبط وكذلك تغيرات في الصوت لدى الذكور ونمو الثدي والمقعد وطفرة جسمية وظهور شعر كثيف في الإبط والعانة لدى الإناث وترسيب وتوزيع الدهون في جسم المرأة بشكل أنثوي (يوسف ميخائيل أسعد، بدون تاريخ، إبراهيم فسقوش، ١٩٨٩، حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧، Cole&Hall, 1970; Engel, 1997; Haffner, 2000; 2001). وما من شك في أن كلا الجنسين يظهران تبايناً في اتجاهاتهما نحو هذه التغيرات التي تحدث في أجسامهم، وقد تؤثر هذه الاتجاهات في شخصياتهم وأدائهم المدرسية وكذلك في توافقهم مع الحياة. فكل التغيرات التي تحدث أثناء المراهقة وما يصاحبها من نضج جنسي يكون له تأثير دال وعميق على كل من سلوك واهتمامات كل من الذكور والإناث . وما من شك في أن اتجاهات المراهقين نحو هذا النضج الجنسي تتأثر بالمعلومات المكتسبة من مصادر مختلفة عن الجنس مثل الأباء والمناظرين لهم في نفس المرحلة العمرية والاخوة والأصدقاء والمدرسين والإعلام والكتب والمجلات إلخ.

من المؤلفين أن يحاول المراهق بدءاً من المراهقة المبكرة أن يهدئ من توتره الجنسي من خلال ما يُسمى الاستمناة أو العادة السرية^{٣٤}. وقد دلت بحوث كنزي Kinsey الكلاسيكية في الولايات المتحدة الأمريكية* أن حوالي (١٠%) من البنين يتعلمون العادة السرية أو الاستمناة في سن التاسعة

31 - Progesterone.

32 - Hormone of pregnancy.

33 - Primary sexual characteristics .

34 - Masturbation .

* راجع في ذلك كتابه الصادر سنة ١٩٤٨ تحت عنوان "Sexual behavior in the human male" والذي عُرف بإسم تقرير كنزي "Kinsey report" ، وكذلك كتابه الصادر سنة ١٩٥٣ والذي حمل إسم "Sexual behavior in the human female" ، واللذين أُعيد نشرهما منة = المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٦٩ - المجلد العشرون - أكتوبر ٢٠١٠ - (٣٣٧) =

==النضج الجنسي لدى الأفراد ذوى متلازمة داون : مراجعة للتراث==

سواء من أقرانهم أو من تلقاء أنفسهم . وتزداد النسبة لتصل ذروتها فى سن الخامسة عشر حيث تبلغ نسبة البنين الذين مارسوا العادة السرية فى وقت من الأوقات (٩٨%) فى مقابل (٦٢%) من البنات . ولكن فى المجتمعات الشرقية قد تكون النسب أقل بسبب الوعى بحرمانيتها دينياً . وفى المجتمعات الغربية قد تخف ممارسة العادة السرية فى مرحلة المراهقة المتأخرة بسبب التعلق بأحد أفراد الجنس الآخر أو بسبب الخوف من عواقبها أو بسبب الزواج . وخلال المراهقة المتوسطة يزداد تعلق المراهق بالمثيرات الجنسية ؛ كالمجاذبات والصور الجنسية والكتابات الجنسية والملامسة الجنسية وأحلام اليقظة . ويلاحظ زيادة الاحتمال (الحلم الجنسي) عند من يتجنبون العادة السرية (حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧). وقد أشار كنزى فى كتابه الصادر سنة ١٩٤٨ إلى أن حوالى (٨٣%) من الذكور فى الولايات المتحدة الأمريكية يحدث عندهم القذف المنوى أثناء النوم . (فى أى فترة من فترات حياتهم بعد البلوغ) ، ويصاحب هذا القذف - عادة وليس دائماً - أحلام جنسية .

هناك أدلة على أن ارتفاع الأفراد المعاقين عقلياً يتبع نفس المسار الارتقائى والقوائم الارتقائية للأفراد الأسوياء، غير أنهم يحتاجون لفترات أطول كى ينتقلوا من مرحلة ارتقائية إلى أخرى (Morgenstern , 1973; Maksym , 1990 ; Chweir & Hingsburger , 2000) . وإذا ركزنا كلامنا على الشباب ذوى متلازمة داون فسنجد أن لديهم معظم الخصال الجنسية للشباب الأسوياء ، ولكن يوجد لديهم تأخر فى بعض القدرات المعرفية والسلوكية التى تمكنهم من التعامل مع متطلبات البيئة أو تحقيق رغباتهم الخاصة فى الاستقلال . والحقيقة أنه منذ عقود قليلة مضت كان يُنظر إلى ذوى متلازمة داون على أنهم " أطفال أبديين " ، ولذا كانوا يتعرضون لكافة سبل الحماية والعزل ، ولم يكن يُسمح لهم بالتعبير عن قدراتهم الشخصية على الاستقلال (Pueschel , 2001) . وبالرغم من التعبير الذى حدث فى وجه النظر هذه إلا أن قيام الأفراد ذوى متلازمة داون بأى سلوك جنسى يواجه عادة بكافة سبل الرفض . ولا شك أن تربيئات الحياة المنعزلة والتى لا يتاح فيها التعبير عن أى سلوك جنسى ولو كان التعبير لفظياً ونقص منافذ التعبير الاجتماعى المتاحة للأفراد ذوى الإعاقات العقلية يدلان على رفض المجتمع للدوافع الجنسية لدى هؤلاء الأفراد

١٩٩٨ بواسطة مؤسسة كنزى للبحث فى الجنس والنوع والتوالد "The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction" (راجع الموقع التالى:

(<http://www.kinseyinstitute.org/publications/books.html>)

35 - Eternal children .

♦ يُقصد بهذا المفهوم أنهم سيظلون أطفالاً طيلة حياتهم ، ولن يبلغوا جنسياً أبداً .

== (٣٣٨) = المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٦٩ - المجلد العشرون - أكتوبر ٢٠١٠ ==

(Edwards , 1988) . إن الآباء قد يجدوا صعوبة في قبول أبنائهم ككائنات جنسية³⁶ أو قبول فكرة أن لديهم حاجات جنسية . وفي هذا الصدد يشير نجرو (Nigro , 1975) بعد عدة ملاحظات قام بها إلى أن أبوي الطفل المُعاق قد يتعاملون معه على أنه سيظل طفلاً طيلة عمره أو ستظل علاقتهم به علاقة الطفل بأبويه ، وهذا التصور قد يظهر في عدة أوجه ؛ منها مثلاً أن أوقاته وأنشطته متركزة حول العائلة ، كما أن علاقاته بأقرانه محدودة . وهم لا يُسلمون ولا يعترفون باحتمالية وإمكانية وصول أطفالهم إلى مرحلة البلوغ ، وبالقطع يُنكرون ذلك دائماً عند وصول أبنائهم فعلاً في نهاية الأمر إلى مرحلة البلوغ الفعلي ، ولذلك لا يصعب علينا فهم مقاومتهم ومعارضتهم لإدراك الحاجات الجنسية لدى أبنائهم ، وكذلك فهم عجزهم عن إعداد أنفسهم وطفلم لمستقبل جنسي صحي .

ويسود الآن توجه موداه أن الأطفال والمراهقين البالغين المعاقين ذهنياً مستهدفون بصفة خاصة للإساءة الجنسية³⁷ والاستغلال الجنسي³⁸ ، وهم بحاجة إلى خدمات التدخل³⁹ (Tharinger, Horton & Millea, 1990) . ويرجع هذا الاستهداف للاستغلال الجنسي - من وجهة نظر ثارينجر وهورتون و ميلا (1990) - إلى عدة عوامل تشمل اعتمادهم على القائمين بالرعاية طوال حياتهم ، والمكانة الضعيفة نسبياً في المجتمع⁴⁰ ، وعدم الأمان الانفعالي والاجتماعي ونقص أو غياب التربية الجنسية والمعلومات عن الإساءة الجنسية أو الاستغلال الجنسي . ويضاف إلى ذلك أن بعض المدربين والقائمين بالرعاية لا يدركون جيداً المعنى الوظيفي للصحة العقلية والانفعالية للمعاقين ذهنياً ، وهم بحاجة للتدريب والتأهيل في هذا المجال الخسئ . فهم عليهم واجبات تشمل ليس فقط حماية هؤلاء الأفراد المعاقين ذهنياً من الاستهداف للاستغلال الجنسي ، وإنما أيضاً تزويدهم بالتدخلات الملائمة إذا حدث استغلال جنسي ، وأن يحترموا حقهم في الحصول على المعرفة - الملائمة ارتقائياً - عن الجنس والإساءة والاستغلال الجنسي ، وأن يسمحوا لهم بالإشباع وتحقيق الذات جنسياً بصورة مناسبة وبطرق شرعية .

لاشك أن ظهور السلوك الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون قد يُزعج الآباء والقائمين بالرعاية الذين يخشون - ونحن نتفق معهم في ذلك - على أبنائهم من أن تجعلهم الإعاقة مستهدفين لكل من الحمل غير المرغوب والاستغلال أو التحرش الجنسي والأمراض المنتقلة جنسياً⁴¹ (Van Dyke et

36 - Sexual beings .

37 - Sexual abuse .

38 - Exploitation .

39 - Intervention services .

40 - Relatively powerless position in society .

41 - Sexually transmitted disease .

المنع الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون :مراجعة للتراث

(al. , 1995 . والحقيقة أننا رغم اتفاقنا معهم في ذلك إلا أن مثل هذا الأمن الجنسي قد لا يتحقق حتى في غياب كل من الإعاقة العقلية والجسدية (Grant , 1995) . ويبدو أن إعطاء إرشادات للمراهقين ذوي متلازمة داون تدور حول السلوكيات الجنسية والاجتماعية الملائمة قد تيسر انتقالهم من مرحلة الطفولة إلى البلوغ . وكمثال يدعم هذا ما أشار إليه شابان ذوي متلازمة داون في كتابهما " عدونا منكم " Count us in :

" كان لدى بعض المشكلات مع البنات. ففي المدرسة عند التواجد في قاعات الدرس ومكان انتظار أتوبيس المدرسة ... (ذات مرة) فعلت شيئاً غير ملائماً مثل أن توجهت لبنت ما وقلت "أخلى قميصك. دعينا نخرج معاً لأى مكان". وقد ردت هي على قائلة "توقف عن ذلك" . أنا أدرك الآن أن ذلك لم يكن لائقاً. والآن تغيرت وأتصرف بشكل لائق مع البنات في المدرسة." (Kingsley & Livitz , 1994 , p. 71) .

ولعل شبح الخوف من الحمل غير المرغوب هو الذى دعم ظهور توجه يدعو إلى إجراء عمليات تعقيم للمعاقين ذهنياً^{٢٢} حتى يمكن التحكم فى النشاط الجنسي لديهم. وقد عرض جيامى (Giarni,1998) تفصيلاً للخلفية التاريخية والاجتماعية والنفسية لهذا التوجه. وباستخدام عينة مكونة من (٣٩٧) امرأة معاقة ذهنياً: (ستين منهن نوات إعاقة بسيطة ، و ١٧٦ نوات إعاقة متوسطة ، و ١٦١ نوات إعاقة شديدة) تتراوح أعمارهن بين ١٦-٤٦ عاماً ملحقين أو يتلقون خدمات من (٤١) مؤسسة فى بلجيكا، وجد سرفايز و لينش و جاكوس وروسوكس (Servais , leach , & Jacques&Roussaux,2004) أن ٢٢.٢% منهن قد أجريت لهن عمليات تعقيم ، وهى نسبة تختلف جوهرياً عن نسبة انتشار هذه العمليات لدى الجمهور العام فى بلجيكا (٧% فقط). وكانت العوامل التى ترتبط بهذه النسبة المرتفعة لدى المعاقات ذهنياً تشمل الإقامة فى مؤسسة ، ونسبة الذكاء ، وتلقى خدمة تربية أو نفسية أو طبية أو ماشابهة فى مؤسسة محظور فيها الجماع الجنسي^{٢٣} أو تشترط اتخاذ إجراءات لمنع الحمل^{٢٤} لدى المترددين عليها أو المقيمين بها .

سنعرض فى الفقرات التالية مظاهر البلوغ الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون (الذكور والإناث)، كما سنعرض لكل من ظاهرتى الاستمناء والتحرش أو الاستغلال الجنسي لهم ، بالإضافة

42 - Serilization.

43 - Sexual intercourse.

44 - Contraception.

إلى تناول اتجاهات الأسرة نحو هذا النضج الجنسي لأبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة ، وكذلك تناول علاقة الجنس بالحياة الأسرية للأفراد ذوى متلازمة داون ، وبعنى تحديداً مشكلات الحمل والزواج والقدرات الوالدية لديهم . وأخيراً نتعرض لمفهوم التربية الجنسية كطريق لتخطى أزمة الإحساس بوجود مشكلة فى هذا البلوغ الجنسى لديهم .

أولاً : مظاهر النضج الجنسى لدى الأفراد ذوى متلازمة داون :

(أ) لدى الذكور ذوى متلازمة داون :

أجرى بوتشل وآخرون (Pueschel et al. , 1985) دراسة عن ارتقاء مظاهر البلوغ والمراهقة لدى الذكور ذوى متلازمة داون ، حيث رصدوا ارتقاء كل من الخصال الجنسية الأولية والثانوية لدى عينة من الذكور المراهقين ذوى متلازمة داون ، كما رصدوا مستويات هرمونات محددة فى كل من الغدة النخامية والخصية لديهم . ولم يجد الباحثون فروقاً دالة بين كل من المراهقين ذوى متلازمة داون والمراهقين الأسوياء فى كل من نمو الشعر العام (وهو من الخصال الجنسية الثانوية) وحجم الأعضاء التناسلية^{٤٥} .

وقد وجد الباحثون أيضاً أن مستويات هرمونات الفوليكتروفين وهرمون منشط الخلايا التخللية أو بين الفرجية والتستوستيرون لدى المراهقين ذوى متلازمة داون يزيد مع العمر متبعباً فى ذلك سبيلاً أو مساراً مشابهاً لذلك الخاص بالمراهقين الأسوياء .

وقد تكررت هذه النتيجة الخاصة بعنم وجود فروق بين المراهقين ذوى متلازمة داون وأقرانهم الأسوياء فى كل من هرمون الفوليكتروفين وهرمون منشط الخلايا التخللية أو بين الفرجية فى عدة دراسات أخرى (McCoy , 1991 ; Pueschel & Bier , 1992 ; Hsiang et al. , 1987) .

لخلص مما سبق أن النضج الجنسى وكذلك مستويات هرمونات محددة مرتبطة بالنضج الجنسى لدى المراهقين الذكور ذوى متلازمة داون يمكن مقارنتها بالمعايير السوية. وبالرغم من أن البحوث التى أشرنا لها فى الفقرات السابقة قد بيئت أن المراهقين الذكور ذوى متلازمة داون يُظهرون مساراً سويماً فيما يتعلق بكل من الخصال الجنسية الأولية والثانوية ، كما أن وظائف الغدد النخامية-الجنسية لديهم سليمة ، إلا أن هناك العديد من الأسئلة تظل مطروحة تدور حول انتاج السائل المنوى لدى الذكور المراهقين ذوى متلازمة داون، والكفاءة الجنسية، والخصوية (Pueschel , 1988) .

هناك أدلة على أن معظم الذكور ذوى متلازمة داون يكونون عقيمين^{٤٦} (Coleman, 1992) ، ويحتمل أن يكون هناك العديد من العوامل المسؤولة عن ذلك . بيّنت الدراسات التي أجراها شتيرن وآخرون Stearn et al. فى سنة ١٩٦٠ انخفاض أعداد الحيوانات المنوية^{٤٧} لدى الذكور ذوى متلازمة داون (Through Van Dyke et al. , 1996) . وأشارت الدراسة التي أجراها بندا (Benda,1969) إلى نقص الحيوانات المنوية مكتملة النضج^{٤٨} لديهم . وقد لحظ توقف المنى^{٤٩} أيضاً بواسطة آخرين (Poeschel & Bier , 1991 ; McCoy , 1991 ; Stearns et al. , 1960) (1992) . وقد افترض بعض الباحثين أن الثلاثية الكروموسومية فى الخلية الجرثومية^{٥٠} ربما كانت تؤثر على قابلية المنى (الحيوانات المنوية) للحياة والنمو^{٥١} لدى هؤلاء الذكور (Poeschel & Bier) (1992) . ويبدو أن الحالة التي عرضها شريدان وآخرون سنة ١٩٨٩ عن طفل غير مُصاب بمتلازمة داون وُلد لرجل حامل لمتلازمة داون تتسق مع التعددية أو التنوع فى الخلية المشيحية أو الجرثومية^{٥٢} الذى يوجد عادة فى نسيج الغدد الجنسية^{٥٣} لدى الأفراد ذوى متلازمة داون ثلاثى الكروموسوم (٢١) (Sheridan et al. , 1989) . ولعل هذا يعطى دليلاً - ولو أنه بحاجة إلى مزيد من الدعم - على إمكانية انجاب الذكور ذوى متلازمة داون لأطفال غير حاملين للمتلازمة . أخيراً يجب الإشارة إلى أن بعض الباحثين قد وجدوا بعض الشذوذات البوليتاسلية البسيطة^{٥٤} لدى الذكور ذوى متلازمة داون (Smith & Berg , 1976) .

نخلص مما سبق أن بداية ومعدل البلوغ لدى الذكور المراهقين ذوى متلازمة داون مشابهان لذلك الخاص بنظرائهم غير الحاملين لمتلازمة داون . وبينما يكون معظم الذكور ذوى متلازمة داون عقيمين ، إلا أن سبب أو منشأ هذا العقم^{٥٥} لم يتبلور بدقة بعد . وتبدو أعضاء التناسل سوية فى حجمها أو أقل قليلاً من الحجم السوى، وهناك إشارات إلى وجود شذوذات بوليتاسلية بسيطة لديهم .

- 46 - Sterile .
- 47 - A reduced sperm count .
- 48 - A lack of mature sperm .
- 49 - Spermatogenetic arrest .
- 50 - Germ cell trisomy .
- 51 - Sperm viability .
- 52 - Germ cell mosaicism .
- 53 - The gonadal tissue .
- 54 - Minor urogenital abnormalities .
- 55 - The etiology of sterility .

(ب) لدى الإناث ذوات متلازمة داون :

تخبر معظم المراهقات ذوات متلازمة داون أول دورة شهرية^{٥٦} فى سن مشابه تقريباً للسن التى تخبر فيه أقرانهن ممن لسن لديهن متلازمة داون أول دورة شهرية لهن (لمزيد من المراجعة أنظر : Kaur et al. , 2002) . وبينما اشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود تأخر نسبي فى سن أول طمث^{٥٧} أو دورة شهرية، أظهرت بحوث أخرى أن متوسط سن أول طمث لدى ذوات متلازمة داون يكون حوالى ١٣.٦ سنة ، وهو ما لا يختلف جوهرياً عن نظيره لدى العينة الضابطة الذى بلغ ١٣.٥ سنة فى تلك الدراسات (راجع فى ذلك Van Dyke et al. , 1996) .

وجد سكولا ويوتشل (Scola & Pueschel , 1992) أن متوسط السن الذى تظهر فيه أول دورة شهرية لدى الإناث ذوات متلازمة داون كان إثنى عشرة سنة وستة أشهر . وفى ضوء هذا فهن لا تختلفن جوهرياً عن الإناث الضابطات اللاتى ليس لديهن متلازمة داون (أسوياء) واللاتى كان متوسط السن التى تظهر فيه أول دورة شهرية لديهن حوالى إثنى عشرة سنة وشهر واحد فقط .

هذا فيما يتعلق بسن بدأ الدورة الشهرية أما فيما يتعلق بانتظام الطمث أو الدورة الشهرية ومدتها ، فقد وجد جولد شتين (Goldstein , 1988) أن الطمث أو الحيض^{٥٨} لدى الإناث ذوات متلازمة داون كان منتظماً ، وكان متوسط طول الفترة المحسوبة منذ أول يوم فى الدورة الشهرية وحتى أول يوم فى الدورة الشهرية التالية حوالى ٢٨.٣ يوماً . ووجد سكولا ويوتشل (Scola & Pueschel , 1992) فى الدراسة التى سبق أن أشرنا إليها - أنه من إجمالى (٣٨) أنثى حاملة متلازمة داون وتعرضن للحيض ، كان هناك حوالى (٢٩) أنثى تحدث الدورة الشهرية لديهن بشكل منتظم . وكان متوسط مدى طول الفترة المحسوبة منذ أول يوم فى الدورة الشهرية وحتى أول يوم فى الدورة الشهرية التالية يتراوح بين (٢٢) يوماً و (٢٣) يوماً . وكان تدفق الدم (الحيض)^{٥٩} يستغرق أربعة أيام . وبالإضافة إلى هذا كانت معظم النساء ذوات متلازمة داون لديهن القدرة على العناية التامة بأنفسهن أثناء الدورة الشهرية - مثل القيام بعادات النظافة الصحية - بدون إشراف أو رعاية من آخرين (راجع فى ذلك : Puaschel , 2001) .

56 - Menarche .

57 - Menarchal age .

58 - Menses

59 - The menstrual flow .

بيّنت الفحوص التي قام بها سكولا ويوتشل (Scola & Pueschel , 1992) على كل من هرمونات الغدة النخامية والمبيض أن الإناث المراهقات ذوات متلازمة داون لديهن مستويات تركيز سوية من كل من هرمون الفوليكتروفيين وهرمون منشط الجسم الاصفر في المبيض ، وكذلك مستويات ملائمة من الاستراديول ، وذلك عند مقارنتهم بالعينة الضابطة. كما أن الزيادة في هرمون الفوليكتروفيين وهرمون منشط الجسم الاصفر في المبيض التي تُلاحظ أثناء النضج الجنسي لدى المراهقات السويات قد لوحظت أيضاً في عينة دراسة سكولا ويوتشل (1992) .

ويقرر هزيانج وآخرون (Hsiang et al. , 1987) ارتفاعاً في هرموني الفوليكتروفيين ومنشط الجسم الاصفر في المبيض في دم (١٤) أنثى حاملة متلازمة داون بعد البلوغ . وقد فسر الباحثون ذلك بوجود نسبة مرتفعة من الخلل الوظيفي الأولى في الغدد الجنسية لدى النساء ذوات متلازمة داون.

وجد سكولا ويوتشل (Scola & Pueschel , 1992) أيضاً أن غالبية النساء الصغيرات ذوات متلازمة داون المتضمنين في دراستهما تتكون لديهن بويضات ، ومن ثم فهن لديهن القدرة على أن تصبحن حوامل.

هناك دليل على أن النساء ذوات متلازمة داون لديهن خصوبة مرتفعة ، ويُحتمل أن يلدوا أطفالاً أسوياء كروموسومياً أو أطفال ثلاثي الكروموسومات^{٦١} (Bovicelli et al. , 1982) . كما تتوفر بعض الأدلة على كل من البلوغ المبكر^{٦١} والبلوغ المتأخر^{٦٢} (Coleman , 1992) ، ومن هنا يبدو أن هناك ضرورة في كل الحالات للفحوص الطبية الخاصة بوظائف الغدد الصماء (Van Dyke et al. , 1996)

وقدّم شُوف وآخرون (Schupf et al., 2003) دليلاً على أن النساء ذوات متلازمة داون يتعرضن لسن اليأس^{٦٣} مبكراً مقارنة بالجمهور العام وهو ما ربطه الباحثون بالإصابة المبكرة بالزهايمر^{٦٤} لدى ذوي متلازمة داون مقارنة بالجمهور العام.

60 - Chromosomally normal and trisomic infants .

61 - Precocious puberty.

62 - Delayed puberty .

63 - Menopause.

64 - Alzheimer's disease.

نخلص مما سبق أن معظم الإناث ذوات متلازمة داون تُظهرن مظاهر البلوغ في نفس التوقيت السوى والتتابع الارتقائى السوى. فهناك انتظام فى الدورات الشهرية كما أن العمر الذى يبدأ عنده الطمث (الحيض) مشابه لذلك الخاص بالنساء فى الجمهور العام . ويُحتمل أن تكون هناك نسبة أعلى من الجمهور العام من الإصابة بالخلل الوظيفى الأولى فى الغدد الجنسية . ولكنهن تكن عادة ذوات خصوبة والأدلة على البلوغ المبكر أو البلوغ المتأخر ليست قوية ولكنها مطروحة .

ثانياً : الاستمناء* :

(أ) تعريف الاستمناء :

هو أحد أشكال الإثارة الذاتية^{٦٦} للأعضاء التناسلية . وقد يكون الاستمناء منفرداً أو مشتركاً بين أكثر من شخص ؛ وفى كل قد يكون شكلاً - غير مقبول دينياً واجتماعياً - من أشكال الحصول على البهجة والإشباع الجنىسى أو استهلاكاً للجماع الجنىسى^{٦٧} (Monat-Haller , 1992) . كما انه أمر مألوف ومتكرر ويُعتبر جزءاً من استكشاف الذات^{٦٨} (Haka-ikse & Mian , 1993) .

(ب) أضرار الاستمناء :

يمكن أن يسبب الاستمناء أذى أو ضرر للفرد ، وهو ما يُلاحظ أكثر لدى الأفراد شديدي الإعاقة الذهنية ؛ حيث قد يسبب أذى - ولو أن ذلك نادراً- للنسيج الخاص بالأعضاء التناسلية^{٦٩} (Van Dyke et al. , 1995 ; Van Dyke et al. , 1996) .

(ج) انتشار الاستمناء لدى ذوى متلازمة داون :

أشارت إحدى الدراسات القديمة (Gebhard,1973) إلى أن نسبة حدوث الاستمناء لدى عينة الذكور المُعاقين ذهنياً عموماً تبلغ (٩٤%) ، وهى لا تختلف عن نظيرتها فى العينة الضابطة (٩٣%) . ولكن إذا انتقلنا إلى نسبة حدوثها لدى ذوى متلازمة داون ، فنسجد أن بعض الباحثين يقرر نسبة قدرها (٤٠%) من حدوث الاستمناء بشكل معتاد أو منتظم لدى الذكور ذوى متلازمة داون ؛ بينما بلغت النسبة (٥٢%) فى العينة المناظرة من الإناث ، (Coleman , 1992 ; Pueschel ,

65 - Masturbation .

66 - Self-stimulating .

67 - Sexual intercourse .

68 - Self-discovery .

69 - Genital tissue injury .

النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للمرات

(1986) . وتتوفر أدلة أخرى على حدوث كل من التعرض للأعضاء التناسلية^{٧٠} والاستمنااء العام والخيالات^{٧١} لدى الأفراد ذوي متلازمة داون إلا أن هذه السلوكيات ليست أكثر شيوعاً لدى الأفراد ذوي متلازمة داون منها لدى الجمهور العام (Myers & Puschel , 1991) ؛ حيث أن التقارير بيّنت أن نسبة حدوث الاستمنااء فى الجمهور العام تكون (١٠٠%) لدى الذكور و (٢٥%) لدى الإناث مع بلوغ عمر خمسة عشرة سنة (Etem & Leventhal , 1995) .

ثالثاً : الإساءة والاستغلال والتحرش الجنسي :

يقرر المتخصصون فى مجال التحرش الجنسي أن الأطفال المعاقين عقلياً وكذلك البالغين منهم يكونون بصفة خاصة مستهدفين للإساءة والاستغلال والتحرش الجنسي (Reynolds , 1997; Schwab , 1992; Roeher Institute, 1992) . ولذلك يحتاج هؤلاء إلى تربية جنسية فردية^{٧٢} ، كما يحتاجون إلى فحصاً للكشف عن التحرش والإساءة الجنسية ، ويكون هذا الفحص جزءاً من الفحص الطبى الروتيني . كما ناقشت العديد من المؤلفات فكرة الاستغلال الجنسي، وطرحت أفكاراً نافعة للأباء تعينهم على تدريب أبنائهم على حماية أنفسهم من الاستغلال والتحرش الجنسي (Hart- Rossi, 1994; De Becker, 1999) . وكان السبيل لذلك لدى سالتر (Salter, 2003) هو استئبار بعض المستغلين والمغتصبين جنسياً من أجل الوصول إلى بعض الاستبصارات والأفكار عن كيفية قيامهم باستغلال الآخرين .

بيّنت دراسة إلفيك وآخرين (Elvik et al. , 1990) التى فحصت منطقة الحوض^{٧٣} لدى (٣٥) سيدة مُعاقّة إعاقة ذهنية ، أن (٣٧%) منهن تظهرن نتائج تتسق مع وجود اختراق سابق للمهبل^{٧٤} لديهن وفي مقابل ذلك كان انتشار التحرش الجنسي لدى الذكور غير معلوم . أظهرت دراسة شور (Schor , 1987) التى أجريت على (٨٧) فرداً مُعاقّاً إعاقة ذهنية وكانوا غير مقيمين بالمؤسسات أن الجماع الجنسي ظهر لدى (٥٠%) من أولئك المُعاقين إعاقة ذهنية بسيطة، بينما كانت نسبة الجماع الجنسي أقل لدى المُعاقين إعاقة ذهنية متوسطة أو شديدة . وبلغت نسبة الاغتصاب^{٧٥} أو سفاح الثُرْبى^{٧٦} (غشيان المحارم) فى نفس هذه العينة (٣٣%) لدى أولئك المُعاقين

- 70 - Genital exposure .
- 71 - Fantasies .
- 72 - Individualized sexual education .
- 73 - Pelvic exam .
- 74 - Prior vaginal penetration .
- 75 - Rape .

إعاقة ذهنية بسيطة و (٢٥%) لدى أولئك المُعاقين إعاقة ذهنية متوسطة ، مع وجود حالات متكررة؛
أى حدث لها ذلك أكثر من مرة (Schor , 1987 ; Chamberlain et al. , 1984) .

لا شك أن هناك العديد من العوامل والمتغيرات التي تجعل الشاب المُعاق ذهنياً (ذكراً أو
أنثى) مستهدفاً للاستغلال والتحرش الجنسي ؛ ولعل أهم هذه العوامل :

١. إن حياته أو حياتها تكون معزولة .
٢. نقص مهارات التواصل لديهم .
٣. إن جماعة أقرانه أو أقرانها تكون عادة صغيرة مع نقص مصادر الدعم المشترك^{٧٧} .
٤. تتضمن حياته أو حياتها أكثر من شخص يقوم بالرعاية ، وعادة ما يتغير هؤلاء من فترة
لأخرى، وبالتالي يتعرض الفرد ذو الاحتياجات الخاصة لمواقف حياتية متعددة ومقايمة ، وذلك
يحدث بصفة خاصة لمن يقيمون في بعض المؤسسات والبيئات المحمية .

(Schor, 1987 ; Van Dyke et al. , 1996)

وتجدر الإشارة إلى أنه قد يصادف أن يكون أحد هؤلاء القائمين بالرعاية لديه جنسية
طفلية^{٧٨} . وفي هذا الصدد يشير شور (Schor , 1987) إلى أن بعض من لديهم هذه الرغبة
الجنسية في الأطفال قد تجذبهم السلوكيات شبه الطفلية التي يقوم بها بعض المراهقين المُعاقين إعاقة
ذهنية .

إن الخبرات الانفعالية السابقة للشخص المعاق أيضاً تجعله أو تجعلها مستهدفاً للتحرش
والاستغلال الجنسي . فبقاؤه أو بقاؤها معزولاً وكذلك الإحباط الناتج لديه من شعوره بأنه 'مختلف عن
الآخرين ' أو أنه يُعامل على أنه 'مختلف عن الآخرين ' قد يجعله مشتاقاً لأن يحصل على أى شكل
من الاهتمام الفردي^{٧٩} (Schor , 1987 ; Van Dyke et al. , 1996) . ولعل الصعوبات المتزايدة

76 - Incest .

77 - Limited resources for mutual support .

78 - Paedophilia or pedophilia .

♦ هي نوع من الممارسة الجنسية غير المقبولة اجتماعياً ودينياً والتي تتحقق فيها الإثارة الجنسية

لرأشد من اتصاله الجنسي أو تخيله الاتصال الجنسي بطفل -PPFA Web Site © 1998-

2003 planned parenthood ® Federation of America , Inc. Sexual health

. glossary)

79 - Individual attention .

==النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للمترات

لديهم في تحقيق أهداف ملائمة لعمرهم قد تزيد أو ترفع من إحساسهم بالإحباط واليأس . إنهم أسهل في اقتيادهم ، كما أنهم أنفسهم لديهم الرغبة في إرضاء القائمين برعايتهم أكثر من المراهقين الآخرين (الأسوياء) في نفس سنهم . وقد تزيد خبرات الرفض السابقة والعزلة من استجابتهم للانتباه والوجدان ، مما يسهم في رفع استهدافهم للإساءة الجنسية.

رابعاً : اتجاهات الوالدين نحو النضج الجنسي لأبنائهم :

هناك مقاومة لأن يظهر نوبو الإعاقة الذهنية أى رغبات أو سلوك جنسى . وهذا الرفض يبرره إيمان أو اعتقاد لدى الناس بأن :

١ . الأطفال ليسوا كائنات جنسية .

٢ . الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية يظلون أطفالاً إلى الأبد .

ومن ثم فإن تعبير الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية عن الرغبات الجنسية يُعدّ أمراً غير ملائماً .

يمثل والدى الفرد المُعاق ذهنياً أهم مصدر للمعلومات الجنسية بالنسبة له . وبالتالي فاتجاهات الوالدين نحو الجنس عموماً والنضج الجنسي لأطفالهم المُعاقين ذهنياً بصفة خاصة متوثر بلا شك على النمو والارتقاء الجنسي لهؤلاء الأفراد المُعاقين ذهنياً . فإذا كان والدى الأطفال الأسوياء يجدون صعوبة فى مواجهة النضج الجنسي لأبنائهم ، فإن والدى الأطفال المُعاقين ذهنياً يشعرون بالقلق وعدم الراحة عندما يواجهون النضج الجنسي لأبنائهم . وكثيراً ما يكون لدى هؤلاء الآباء نقصٌ فى المعلومات العامة عن الجنس ، وهو ما يزيد بالتالى من عدم الراحة والقلق اللذين يشعران بهما (Craft & Craft, 1985).

ثمة العديد من الدراسات التى أُجريت بهدف استكشاف اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية لأطفالهم المُعاقين ذهنياً وكذلك استكشاف معلومات هؤلاء الوالدين عن الجنس . كان هناك تناقضاً فى اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية لأبنائهم أشارت إليه العديد من البحوث (Alcorn , 1974 ; Durpras & Tremblay , 1976 ; Hall , Morris , & Barker , 1973; Hall & Morris, 1976) . كما بيّنت نتائج بعض الدراسات (e.g. , Goodman , 1976) أن كثير من الوالدين يفتقدون للمعلومات الجنسية، ويشعرون بالقلق من مناقشة الأمور الجنسية، وكثيراً ما يكون لدى هؤلاء أنفسهم مشكلات جنسية^{٨٠} . وكانت أهم النقاط التى تشغلهم فيما يتعلق بالنضج الجنسي

لأبنائهم تلك التي تتعلق بالاستمناة والاتصال الجنسي غير الشرعى^{٨١} والجنسية المثلية^{٨٢} والاستهداف للإساءة الجنسية .

وجدت دراسة تورشين (Turchin , 1974) أن أمهات المُعاقين ذهنياً يشعرون بأن الاستمناة أكثر ملائمة للذكور المُعاقين ذهنياً منه للإناث المُعاقات ذهنياً . وبالإضافة إلى هذا يتبنى بعض الوالدين اتجاهاً مؤداه أن الأطفال المُعاقين ذهنياً غير قادرين على التحكم فى سلوكهم الجنسي ، بينما يؤمن آخرون بأن أطفالهم لديهم براءة أو طهارة من الإثم^{٨٣} وأنهم نوع من الكائنات غير الجنسية^{٨٤} ، وبالتالي فمثل هذه التربية الجنسية ستكسر هذه الطهارة أو البراءة (Alcorn , 1974) . وبالرغم من أن بعض الوالدين قد عبروا عن عدم راحتهم لفكرة التربية الجنسية ، إلا أن (٨٨%) من الوالدين فى دراسة واطسون وروجرز (Watson & Rogers , 1980) قد اتفقوا على أهمية التربية الجنسية ولكن طالبوا بأن تركز بصفة خاصة على وسائل منع الحمل أو عدم الوصول للحمل . وحيث أن اتجاهات الوالدين تؤثر على السلوك الجنسي لأبنائهم المتأخرين ، فإن برامج التربية الجنسية يجب أن تشمل والدى الأفراد المتأخرين .

لاشك أن محاولة المراهقين والبالغين ذوى متلازمة داون الحصول على بعض الإشباع الانفعالى والجسدى الجنسي سيكون مرفوضاً من الآخرين وسيواجه باعتراضات منهم . فالوالدين والقائمين بالرعاية قد يقلقهم إظهار المراهقين ذوى متلازمة داون لحاجاتهم الجنسية أو إظهار سلوكيات جنسية؛ بل إنهم ينظرون لهذه المرحلة السوية على أنها تمثل تهديداً أو خطراً قوياً . ويصاحب المراهقة لدى الأسوياء فى الثقافة الغربية عاملان مهددان هما الخوف من الأمراض المنتقلة جنسياً^{٨٥} والحمل غير المرغوب^{٨٦} ، ولا شك أن هذا الخوف أو التهديد يتزايد ويتضخم إذا كان هذا المراهق لديه إعاقة ذهنية ؛ بل إن هذا الخوف والتهديد لا يقف عند مرحلة المراهقة لدى جمهور المُعاقين ذهنياً وإنما يمتد لديهم ليشمل جميع مراحل حياتهم اللاحقة (Van Dyke et al. , 1996) .

درس ستاسينوس (Stasinos,1994) السلوك الجنسي لسبع مراهقين حاملين لمتلازمة داون (متوسط أعمارهم ١٥.٤) وشملت العينات ٥٦ من الوالدين والأقارب والمتخصصين يمثلون المجموعة

81 - Promiscuity .

82 - Homosexuality .

83 - Innocent .

84 - A sort of asexual being .

85 - Sexually transmitted disease .

86 - Unwanted pregnancy .

==النضج الجنسي لدى الأفراد ذوى متلازمة داون : مراجعة للمرات==

التجريبية المتضمنة فى تنشئة وتربية وتدريب هؤلاء الأفراد ذوى متلازمة داون ، ٥٥ مدرس من مدرسى المدارس الابتدائية والثانوية يمثلون المجموعة الضابطة التى لم تكن متضمنة فى تأهيل هؤلاء الأفراد ذوى متلازمة داون . وقد تم تطبيق استخباراً مكوناً من ٢١. بدأ على كلا المجموعتين . وقد بينت النتائج أن المراهقين ذوى متلازمة داون شأنهم شأن المراهقين الآخرين - لديهم القدرة على إظهار السلوك الجنسى بشرط أن يعيش تحت ظروف ملائمة فى مجتمعه أو مجتمعهما.

قام إلكينز وآخرين (Elkins et al., 1987) بإجراء مسح عن اتجاهات الوالدين نحو النضج الجنسى والأمور الجنسية ووسائل منع الحمل وعمليات الإصابة بالعقم لدى الأفراد ذوى متلازمة داون. قام (٩٢) من والدى أفراد ذوى متلازمة داون بالاستجابة لمسح الاتجاهات نحو النضج الجنسى والأمور الجنسية ووسائل منع الحمل وعمليات الإصابة بالعقم^{٨٧} لدى المعاقين ذهنياً . وقد شمل المسح أيضاً عبارات حول حرية الوالدين فى اتخاذ القرار الخاص بإجراء عمليات لتعقيم أبنائهم. وقد بينت النتائج أن حوالى ١٩% يريدون سن قانون أو وجود قرار من المحكمة يسمح بإجراء مثل هذه العمليات لأبنائهم، بينما يرى ٤٠% أن حق اتخاذ مثل هذا القرار هو شأن أسرى محض . وبينما يرى (١٠%) فقط أن كل الأفراد ذوى متلازمة داون يجب أن تُجرى مثل هذه العمليات لهم ، أكد (٧٧%) على ضرورة وجود أشكال من التحكم لتقليص فرص ولادة أطفال جدد ذوى متلازمة داون دون إشارة صريحة لمثل هذه العمليات.

خامساً: النضج الجنسى وحياة الأسرة لدى الفرد ذى متلازمة داون :

(أ) الزواج:

أوضحت دراسة إيدجرتون (Edgerton , 1993) أن الزواج لدى الأفراد المُعاقين ذهنياً - شأنه شأن العديد من الزوجات فى الجمهور العام - يميل لأن يكون متمماً ، بمعنى أن زواجهم من بعض أفضل فهو قد يفضى إلى نوع من التكامل بين بعضهم بعضاً . فمهارات أحد الزوجين قد تكون معوضة لضعف مهارة الآخر فى مجال ما ، والعكس صحيح ، وهو ما لم يدعمه كولر وريتشاردسون وكاتز (Koller, Richardson & Katz, 1988) . فقد بين المسح الذى أجراه هؤلاء الباحثون عن الزوجات بين الأفراد المُعاقين ذهنياً أنه لم يكن بين أى زوجين أفراد شديدي الإعاقة . وكان معظمهم مُعاقين إعاقة ذهنية بسيطة ، وأظهروا نسب ذكاء أعلى من بقية قطاع المُعاقين إعاقة ذهنية بسيطة فى الجمهور العام. وبينما تُظهر النساء المعاقات عقلياً مشكلات زوجية أكثر من النساء غير

المُعاقات في الجمهور العام ، إلا أن نصف المفحوصات المُعاقات تقريباً أظهرن كفاءة وظيفية في زيجاتهن . ولم تكن هناك فروق جوهرية في معدلات مشاكل الزواج بين الذكور المعاقين ذهنياً والعينة الضابطة السوية . ويبدو أن الزيجات الأكثر اضطراباً كانت موجودة في الحالات التي يكون لدى كلا الزوجين إعاقات ذهنية . وفي ضوء معدلات الطلاق لدى الجمهور العام في الولايات المتحدة الأمريكية الذي بلغ أكثر من (٥٠%) في وقت إجراء الدراسة ، فإن معدلات الفشل في الزيجات التي يكون فيها أحد الزوجين مُعاق لا تعكس بالضرورة خطراً زواجياً غير معتاداً .

نخلص مما سبق إلى أن دراسات الزواج لدى جمهور المُعاقين عقلياً (Edgerton , 1983 ; Koller et al. , 1988) ، قد بيّنت أن الأفراد ذوي الإعاقات الذهنية الذين يتزوجون يكونون دائماً ذوي إعاقات عقلية بسيطة . كما أن مشاكل الزواج تكون أكثر انتشاراً في الحالات التي يكون فيها كلا الزوجين مُعاق ذهنياً .

ثمة قليل من البيانات موجودة عن زواج الأفراد ذوي متلازمة داون (Van Dyke et al. , 1995) . وقد عرض المسح الذي قام به إدواردز سنة ١٩٨٨ (Edwards , 1988) لثمانية وثلاثين شخصاً ذي متلازمة داون ويتزوج . وكان من هؤلاء المفحوصين ٣٥ امرأة ؛ كلهن فيما عدا واحدة كُن متزوجات من أفراد غير مصابين بمتلازمة داون . وكان معظم الأزواج مقيمين في بيئة بها دعم ومساندة قوية من الأسرة القريبة أو المناصرين لقضية الزواج لدى الأفراد ذوي الإعاقات الذهنية وذوي متلازمة داون .

(ب) الحمل^{٨٨}:

بالرغم من توفر أدلة على أن خصوبة النساء ذوات متلازمة داون منخفضة نسبياً إلا أنهن يمكنهن أن تحملن وأن تحتفظن بالحمل لنهائيته . فقد بيّنت دراسة هزيانج وآخرين أن المستويات المرتفعة من الجوناودوتروبين في الدم يكون أمراً شائعاً لديهن وهو ما يتسق مع وجود خلل وظيفي أولى في المبيض^{٨٩} ، إلا أنهن تحتفظن بالحمل لنهائيته وتلدن أطفالاً أحياءً سواء كانوا من ذوي متلازمة داون أو ليسوا كذلك (Hsiang et al. , 1987) .

ثمة مراجعة مبكرة لاحظت أن ثلاثين حملاً - أثمر أحدهم عن توأم، لدى (٢٦) سيدة حاملة لمتلازمة داون ، من رجال ليسوا ذوي متلازمة داون - قد نتج عنه :

88 - Pregnancy.

89 - Primary ovarian dysfunction .

١. عشرة رضع ذوى متلازمة داون .

٢. ثمانية عشر رضيع ليسوا ذوى متلازمة داون بينهم توأم ؛ وكان من هؤلاء عشرة أطفال فقط أسوياء ، أما الباقون فكان لديهم شذوذات ولادية^{٩٠} مثل التشوهات الجسمية^{٩١} وصغر حجم الرأس^{٩٢} والإعاقة الذهنية.

٣. ثلاث حالات إجهاض تلقائي^{٩٣} .

(Bovicelli et al. , 1982)

وفى مراجعة أحدث أضاف رانى وآخرون (Rani et al. , 1990) حالة ولادة طفل سوى آخر لأم حامله لمتلازمة داون ليصبح إجمالى سلسلة الحمل المترجمة واحد وثلاثين حملاً أثمر عن (٢٩) طفلاً منهم توأم ، وثلاث حالات إجهاض .

كان الذكور ذوى متلازمة داون - حتى نهاية الثمانينيات من القرن العشرين - يُنظر إليهم على أنهم عقيمين (Smith & Berg , 1976) . ولكن على خلاف ذلك جاء التقرير الذى قُدمه شريدان وآخرون سنة ١٩٨٩ (Sheridan et al. , 1989) واصفاً فيه حالة رضيع نكر حامل لست وأربعين كروموسوماً (أى سوى كروموسومياً) وُلد لرجل حامل لمتلازمة داون وامرأة غير حامله لمتلازمة داون . وأبوة هذا الرجل للطفل قد أثبتتها كل من فحوص دراسات أصل الخلايا وتطورها والحامض النووى^{٩٤} .

عرض موريرا وجوسماو (Moreira&Gusmao,2002) لاحتمال ولادة طفل ذى متلازمة داون عندما يكون كلا الأبوين حاملاً للمتلازمة أو عندما يكون أحدهما فقط هو الحامل لها . وقد أشار إلى أنه إذا كان كلا الوالدين حاملاً للمتلازمة ولديهما خصوبة جنسية فإن احتمال ولادة طفل حامل للثلاثية الكروموسومية تكون (٥٠%) واحتمالية ولادة طفل سوى تكون (٢٥%) . وتزيد احتمالية ولادة طفل سوى إلى (٥٠%) إذا كان أحد الوالدية فقط هو الحامل لمتلازمة داون .

90 - Congenital anomalies

91 - Malformed .

92 - Microcephaly

93 - Spontaneous abortion.

94 - Cytogenetic and DNA studies .

(ج) الوالدية^{٩٥} (الأيوه والأمومه) :

إن المعلومات المتوفرة عن القدرات الوالدية لدى الأفراد ذوي متلازمة داون قليلة ، وربما كان ذلك راجعاً إلى ندرة وجود آباء أو أمهات حاملين لمتلازمة داون (Van Dyke et al. , 1995 ; Van Dyke et al. , 1996) . والحقيقة أن قضية الوالدية كحق للأفراد المعاقين عقلياً قضية أخلاقية ، فالبعض يرى أن تربية طفل مهارة تتطلب قدرة أو عناية فائقة قد لا تتوفر لدى الأفراد ذوي متلازمة داون (Tymchuk , 1992) . وفي مقابل هذا يرى آخرون أن أطفال الأفراد المعاقين إعاقة ذهنية بسيطة لن يكونوا بأي حال من الأحوال أسوأ من الأطفال الذين يربون في بيئات محرومة وفقيرة أو في أسر أفراد هامشيين^{٩٦} وتصنفهم بأنهم محرومون ثقافياً^{٩٧} وتظهر لديهم أوجه قصور شتى (Nigro , 1975) . وبالتالي لا معنى من حرمان الأفراد المعاقين ذهنياً من حق الأيوه والأمومه ما دنا لم نحرم غيرهم . ويقليل من الدعم والمساندة والتدريب لمثل هؤلاء المعاقين إعاقة ذهنية قد يصبحون آباء وأمهات جيدين أو مقبولين . وعموماً تظل هذه القضية بحاجة إلى مزيد من المناقشة والفحص والدراسة.

سادساً : التربية الجنسية^{٩٨} للأفراد ذوي متلازمة داون :

أوصى المؤتمر العربي الأول للصحة النفسية الذي انعقد في القاهرة في ديسمبر ١٩٧٠ في بند التوصيات الخاصة بمراحل العمر المختلفة ، الطفولة والشباب والشيوخه والرعاية الأسرية ، بخصوص التربية الجنسية ما يلي :

" ضرورة العمل على نشر الثقافة الأسرية بما في ذلك الثقافة الجنسية منذ سن مبكرة في إطار التقاليد والعادات الخاصة بمجتمعنا لما لهذه الثقافة من آثار بناءة في تكوين الفرد والأسرة والمجتمع ."

(حامد عبدالسلام زهران ، ١٩٧٧ ، ص ٤٠٦)

تهدف التربية الجنسية إلى إمداد الفرد بالمعلومات العلمية والاتجاهات الصحيحة نحو الأمور الجنسية بقدر ما يسمح به نموه الجسمي والسيولوجي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، وفي إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية السائدة في المجتمع، مما يوفقه للتوافق النفسي

95 - Parenting.

96 - Families of marginal people .

97 - Culturally deprived .

98 - Sex education .

==النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للمعزات==

وحسن التصرف في المواقف الجنسية ومواجهة مشكلاته الجنسية في الحاضر والمستقبل بطريقة واقعية تؤدي إلى الصحة النفسية .

وقبل أن نتطرق إلى حاجة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً وذوي متلازمة داون على وجه الخصوص إلى التربية الجنسية ، يجب أن نشير إلى أن موضوع التربية الجنسية يلقى معارضة لدى الآباء والأمهات ، بل والمجتمع بأسره ، حتى إذا كان الأبناء ليسوا ذوي احتياجات خاصة . ولعل هذا الرفض يبرره بعض الأفكار الخاطئة التي موداها أن التربية الجنسية تزيد من فضول الأطفال والمراهقين وتزيد من اهتمامهم بالأمور الجنسية و بالتالي محاولة التجريب . ورغم الواجهة الظاهرية لهذه الفكرة إلا أننا نغفل بذلك المصادر الأخرى - كوسائل الإعلام المنتشرة بكثرة الآن وكذلك جماعات الأقران - التي من شأنها إحداث ما نخشاه من فضول وتعليم لسلكيات جنسية خاطئة . وإذا انتقلنا إلى مجال الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فنسجد أن الاعتراض يتزايد وتدعمه بعض الأفكار الخاطئة التي بيئتها دراسات اتجاهات الوالدين نحو النضج الجنسي لأبنائهم التي راجعها مانيكم وهنزارلنيج (Manikam & Hensarling , 1990) عن أن المعاقين ذهنياً لديهم براءة جنسية من شأن برامج التربية الجنسية أن تلوئها . والحقيقة أن هذه الفكرة مستمدة من فكرة أخرى تدعى أن الأطفال ذوي متلازمة داون على وجه الخصوص والمعاقين ذهنياً بصفة عامة هم أطفال ألبدين (Pueschel , 2001) ، وبالتالي فهم لن يصلوا أبداً إلى مرحلة البلوغ الجنسي . ولا شك أن هذا يتنافى تماماً مع ما سبق أن عرضنا له في الفقرات السابقة عن النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون .

نود أن نشير إلى أن التربية الجنسية لا تتعارض مع الدين، وقد قام عبد الرحمن الجزائري (١٩٩٢) بمراجعة الأدلة على عدم تعارض التربية الدينية مع الديانة الإسلامية مستنداً إلى القرآن والسنة والأحاديث القدسية، علاوة على أقوال الفقهاء الكبار من السلف. كما تناول أضرار الجهل بالتربية الجنسية. فكما نعلم فقد أشار القرآن صراحة - لا ضمنياً - إلى موضوع الزنى واللواط أو الشذوذ الجنسي والجنسية المثلية كما نسميه الآن :

قال تعالى 'ولا تقرّبوا الزنى إنه كان فاحشاً ومساء سبيلاً' سورة النور، الآية رقم ٣٢ .

قال تعالى 'ولوطاً إذ قال لقومه أتأتون الفاحشة ما سبقكم بها من أحد من العالمين ، إنكم لتأتون الرجال شهوة من دون النساء ، بل أنتم قوم مسرفون' سورة الأعراف، الآيتين ٨٠ ، ٨١ .

هذا عن بعض الإشارات عن موضوعات جنسية كما وردت في القرآن فماذا عن الحديث القدسي . نشير هنا قبل أن نتعرض لذلك إلى أن علماء النفس الحديث تحدثوا عن العملية الجنسية مفترقين .

بين ما أسموه أرجاع ممهدة وأرجاع مكلمة . ويدخل في إطار الأرجاع الممهدة الإقتراب من المرأة والنظر إليها وتقبيلها . .. إلخ مما يفتح الباب للممارسة الفعلية . وقد ورد في الحديث القدسي نهى عن استخدام الأرجاع الممهدة في غير محلها الشرعي :

"النظرة سهم من سهام إبليس ، من تركها من مخالفتي أبيته إيماناً يجد حلاوته في قلبه"
حديث قدسي.

(من خلال: عبد الرحمن طالب الجزائري، ١٩٩٢، ص ٢٢٤)

واستفاضت الأحاديث النبوية في أسس وقواعد التربية الجنسية ، فكم من أحاديث تناولت الحيض والغسل والاحتلام والزواج ومباشرة الحائض . كما تحدث الرسول عليه الصلاة والسلام عن المتعة الجنسية واللذة الجنسية التي ينظر إليها علماء النفس الآن على أنها من الدوافع . ومن المسلم به أن إشباع الدافع ينجم عنه إرضاء وإشباع ولذة ومتعة ، وهو ما أسماه الرسول عليه الصلاة والسلام "تذوق العسيلة".

"قال الشافعي أخبرنا سفيان بن عيينة عن ابن شهاب عن عروة عن عائشة تزوج النبي صلى الله عليه وسلم أن امرأة رفاعة القرظي جاءت إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقالت : إني كنت عند رفاعة القرظي فطلقتني فبیت طلاقي، فتزوجت عبد الرحمن بن الزبير وإنما معه مثل هدية الثوب ، فتبتم رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال : تريدان أن ترجعي إلى رفاعة ؟ لا حتى تذوقي عسيلته ويذوق عسيلتك".

(من خلال: المكتبة الإسلامية على شبكة إسلام ويب <http://www.islamweb.net>)

وحتى النوم وما يرتبط من غرائز جنسية اهتم به الحديث الشريف فتحدث عن سن التفرة في المضاجع بين الجنسين.

عن عمرو بن شعيب عن أبيه عن جده قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " مروا أولادكم بالصلاة إذا بلغوا سبعا، وأضربوهم عليها إذا بلغوا عشرا، وفرقوا بينهم في المضاجع" رواه احمد وأبو داود والحاكم، وقال: صحيح على شرط مسلم .

(من خلال: السيد سابق ، ١٩٩٦ ، ص ١٠٧)

وانطلاقاً مما سبق أسهب الفقهاء فى الحديث عن أمور جنسية تشمل الحديث عن البكارة والطهارة والخطبة والزواج والمعاشرة الجنسية والبكارة ... إلخ.

نخلص مما سبق أن الاهتمام بالتربية الجنسية أمر هام وله سند دينى. وفى إطار تناولنا لموضوع التربية الجنسية نود أن نتعرض لعدد من الأسئلة نجعلها فيما يلى :

١. من هم المستفيدين من برامج التربية الجنسية ؟

٢. من يجب أن يتضمنه فريق المدربين فى هذا المجال ؟

٣. ما طبيعة المادة المقدمة فى إطار هذه التربية الجنسية ؟

٤. ماهى استراتيجيات التدريب التى يمكن استخدامها مع المستويات المختلفة من الإعاقة لدى

ذوى متلازمة داون ، وكذلك الملائمة لمن يقيمون فى مؤسسات رعاية؟

يبدو لأول وهلة أن الإجابة على السؤال الأول بديهية إلى حد ما . ونقصد بذلك أن الإجابة المباشرة ستكون " هم بالقطع الأفراد ذوى متلازمة داون أو غيرهم من ذوى الاحتياجات الخاصة " . والحقيقة أن مثل هذه الإجابة ليست دقيقة تماماً ؛ فهناك آخرون يجب أن يشملهم التدريب ، ونعنى هنا الوالدين وأعضاء فريق العمل فى مجال الاحتياجات الخاصة (كالمدرسين والمدربين إلخ) . ويكفى أن ندلل على أهمية تضمين هؤلاء فى برامج التربية الجنسية بالإشارة إلى ما بيّنته نتائج دراسات اتجاهات الوالدين وفريق العمل نحو الجنس لدى المُعاقين ذهنياً، والتي عرض لها مانيكام وهنزلرينج (Manikam & Hensarling , 1990) حيث أن هناك كثير من الاتجاهات السلبية ونقص المعرفة الجنسية لدى هؤلاء المنوط بهم رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة .

نُعدُّ كل من التربية الجنسية واتجاهات الوالدين وأعضاء فريق العمل فى مجال رعاية المُعاقين ذهنياً متغيرات قد تُؤثر فى السلوك الجنسى للأفراد المُعاقين ذهنياً. فنقص المعلومات الجنسية - وبصفة خاصة المعلومات عن السلوك الجنسى الملائم - لدى الوالدين ، وكذلك لدى أعضاء فريق العمل قد يُعوق النضج الجنسى الجيد لدى الأفراد المُعاقين ذهنياً.

ولذا فقد أشار جونسون (Johnson , 1973) فى إطار عرضه لخصائص كل من المعلم والمادة المتعلمة فى مجال التربية الجنسية لدى الأفراد المُعاقين ذهنياً إلى أن الأفراد المُعاقين ذهنياً يكونون متأخرين أيضاً فيما يتعلق بالتربية الجنسية . ولكن فى الحقيقة تأخرهم هذا فى المجال الجنسى يمثل خاصية قد يشتركون فيها مع أشد الناس ذكاءً أو من هم يُسمون أسوياء . ومن ثم يتضح أن

برامج التربية الجنسية لن تُكفم لذوى الاحتياجات الخاصة فقط ، ولكن الجمهور المُتضمن فى التدريب سيشمل آباء وأعضاء فريق العمل .

أما فيما يتعلق بفريق المدربين أو القائمين بالتربية الجنسية ، فيمكن أن يشمل كل من :

١ . الوالدين وذلك بعد أن ينتقلوا من مرحلة المُتدربين إلى مرحلة المُدرِّبين، أى بعد أن يتلقوا التدريب وتغيير الاتجاهات السلبية والمعارف الخاطئة.

٢ . أعضاء فريق العمل فى مجال رعاية الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة ؛ كالمدرسين والمُشرفين والممرضين والمدربين والاختصاصيين الاجتماعيين الخ .

٣ . الأخصائى النفسى الإكلينيكى المُترب .

٤ . رجل الدين ، لِمَ يمكن أن يقدمه من معلومات دينية وتوصيات بتدريبات تتسق مع الدين الإسلامى الحنيف وكذلك مع الديانة المسيحية.

٥ . الأطباء بما لديهم من قدرة على شرح الجوانب الفسيولوجية .

أما فيما يتعلق بالسؤال الثالث الخاص بمضمون المادة المُقدمة . فيقترح جونسون (Johnson , 1986 : reported in Haight & Faching , 1981) أن برامج التربية الجنسية يجب أن تشمل تدريبات حول :

١ . الدور الجنسى والمسئوليات^{٩٩} .

٢ . المشاعر الجنسية^{١٠٠} .

٣ . مفهوم الذات^{١٠١} .

٤ . الحب .

٥ . مشاعر المودة والاتصال .

٦ . الرومانسية .

٧ . الزواج .

99 - Sex role and responsibilities .

100 - Sexual feelings .

101 - Self-concept .

٨. الخصوصية .
٩. الاعتبار والتقدير^{١٠٢} .
١٠. سفاح القربى أو غشيان المحارم .
١١. الإساءة الجنسية .
١٢. استراتيجيات اتخاذ القرار .
١٣. موضوعات فسيولوجية تقليدية متعلقة بالجنس (فسيولوجيا الجنس) .

ويؤكد والكر-هيرش (Walker-Hirsch,2002) على ستة مكونات رئيسية للتربية الجنسية يمكنها أن تدعم نمو الصحة الجنسية، وتشمل:

- ١- الرعاية الذاتية البالغة.
- ٢- التشريح الفسيولوجي لموضوع الجنس.
- ٣- تقدير الذات واستقلالها.
- ٤- بناء العلاقات الاجتماعية.
- ٥- المهارات الاجتماعية.
- ٦- الحقوق الجنسية والمسؤوليات.

ويفصل كرافت وكرافت (Craft & Craft , 1985) بين مضمون المادة المقدمة لكل من المتعاقبين إعاقة ذهنية متوسطة والمادة المقدمة لذوى الإعاقة الذهنية البسيطة. ويرى الباحثان أن مثل هذه البرامج تلعب دوراً في وقاية هؤلاء الأفراد من الاستغلال الجنسي ، كما تُعينهم على فهم النضج الجنسي لديهم. حيث تشمل برامج التربية الخاصة بذوى الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة :

١. الفروق الجنسية بين الذكور والإناث .
٢. مهارات رعاية الذات .
٣. أعضاء الأسرة .

٤. اللزمة الملائمة .

٥. العلاقات الأساسية .

٦. التفاعل الاجتماعي ووسائله .

أما برامج ذوى الإعاقة الذهنية البسيطة فتشمل :

(أ) إرشاد جنسى فردى^{١٠٣} .

(ب) وفى المدرسة قد يتضمن البرنامج تدريباً للعلاقات الشخصية :

١. التعرف على الأمزجة والمشاعر .

٢. مهارات التفاعل الاجتماعي .

٣. تكوين الصداقات والاحتفاظ بها .

٤. مهارة الرقص وهى أحد مهارات توكيد الذات .

كما يشير الباحثان أيضاً إلى الحاجة إلى برامج خاصة بالأفراد المعاقين ذهنياً المقيمين فى المؤسسات.

وقد أكد شواب (Schwab,2003) ويوتشل (Pueschel,2001) أهمية أن تتضمن برامج التربية الجنسية تنمية مهارات توكيد الذات وغيرها من المهارات الاجتماعية كالوعى بالآخر واتخاذ القرار وتقبل الذات^{١٠٤}. حيث أن تنمية مهارات توكيد الذات والثقة بالنفس والاعتماد عليها سيقال من احتمالية الوقوع فى الاستغلال الجنسى. هذا بالإضافة - كما سبق وأن أشرنا - إلى المعلومات الصحيحة والحقائق عن الجنس والنضج الجنسى والرعاية الذاتية فى هذا المجال ؛ مثل رعاية الإناث لأنفسهن أثناء الدورة الشهرية (راجع فى هذه النقطة: الجمعية البحرينية لمتلازمة داون ، ٢٠٠٤ ، Gilooly,1998^{١٠٥}). وفى إطار بلورة أهم الموضوعات الواجب تناولها فى إطار التربية الجنسية

103 - Individual sexual counseling .

104 - Self-acceptance.

♦ قدم جيلولى (1998) تصوراً من خلال كتابه "قبل أن تحدث الدورة لديها: تكلمى مع إبتنتك..عن الحيض"- عن كيف يمكن مساعدة الوالدين - والأم بصفة خاصة- على إعداد بناتهن للبلوغ والحيض .

النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للنظريات

أشار كل من هكا- لكس وومين (Haka-Lkse & Main, 1993) وجرانت (Grant,1995) إلى الأهمية القصوى لكل من :

١. مفهوم الذات الإيجابي .
٢. الاتصال والمودة والاقتراب الجسمي .
٣. الاحتشام والخصوصية .
٤. الاستمناة أو العادة السرية .
٥. الأمن الشخصي .

إذا انتقلنا إلى استراتيجيات التدريب فسنجد أن استراتيجيات الدوائر المتحدة المركز التي قدمها ولكر-هيرش وتشامبجن (Walker-Hirsch & Champagne,1992;Walker-Hirsch,2002) تُعدُّ واحدة من أفضل الاستراتيجيات المطروحة للتدريب. ويُطلق أيضاً على هذه الاستراتيجية مُسمى "نموذج أو مخطط المسافة الجسمية والانفعالية"^{١٠٥}. وهو عبارة عن مجموعة دوائر متحدة المركز^{١٠٦} عددها ست دوائر مختلفة في اللون لتمييزها عن بعضها مرتبة من (١) إلى (٦) ؛ حيث يُعطى الرقم (١) للدائرة الأصغر القريبة من المركز. وتعكس كل دائرة في تصميم الدوائر متحدة المركز هذا علاقة شخصية معينة ودرجة مقابلة من السلوكيات الجسمية المتسمة بالألفة أو العلاقة الحميمة كالتقبل أو العناق، ويشغل الفرد مركز هذا التصميم. يتعلم التلاميذ على سبيل المثال أن الغراء يشغلون أو يقعون في مساحة الغراء أو الدائرة الخارجية أو رقم ٦، وهم لا يُفترض ولا ينبغي أن نلمنهم فهم بعيدين عنا كبعد هذه الدائرة عن المركز الذي يقابل الشخص نفسه. أما العلاقات المتسمة بالرفقة واللطف فموجودة في الدائرة الداخلية (رقم ١). أما الأصدقاء وأعضاء العائلة الممتدة ، على سبيل المثال ، فيقعون في دائرة البعيدين عنا^{١٠٧} (الدائرة رقم ٣). ويتعلم التلاميذ هنا سلوكيات اللمس

105 - A paradigm of physical and emotional distance.

106 - A concentric design.

* يمكن مراجعة الشكل بالرجوع لولكر-هيرش وتشامبجن (1996) ولوكر-هيرش (2002) حيث لم يتمكن الباحث من وضع الشكل لعدم حصوله على تصريح كتابي بذلك.

107 - The 'far away' circle .

الملائمة لدرجة أو نوع علاقة المودة الموجودة في كل دائرة ، ويحذروا من أنه أحياناً قد يقترب منا صديق أو يريد أن يقترب منك أكثر من اللازم أو أكثر مما ترغب أنت، وهنا فقط يجب أن تفسر له أو تشرح له خطائه وأن تقول له "توقف".

نخلص مما سبق أن نموذج الدوائر متحدة المركز هو وسيلة لشرح قواعد العالم الاجتماعي¹⁰⁸ للأطفال بطريقة عيانية حيث يحول الفكرة المجردة للمسافة الشخصية ويحدد العلاقات إلى مخططات بصرية عيانية ومحددة.

ويمكن أيضاً للأفراد ذوي متلازمة داون المعاقين إعاقة ذهنية شديدة أو من لديهم تأخر لغوي أن يتعلموا من خلال نموذج "لمسة حسنة/لمسة سيئة أو غير مرغوبة"¹⁰⁹ الذي يُستخدم عادة في برامج الوقاية من الإساءة الجنسية في المدارس الابتدائية. فيتعلم التلاميذ أي أجزاء الجسم قد يكون من الملائم لمسها، وكذلك أي المواقف يُحتمل أن تسبب "لمسة سيئة أو غير مرغوبة" ، فقط عليه أن يقول "لا" لأي لمسة غير مرغوبة من آخر (Monat-Haller,1992; Haka-Lkse & Mian,1993).

وفي مقابل استراتيجية الدوائر متحدة المركز ونموذج "لمسة حسنة/لمسة سيئة أو غير مرغوبة" قدمت ماي روبل (Wrobel,2003) منهجاً يشمل قصصاً اجتماعية¹¹⁰ لتدريس محتوى عن التغيرات الجسمية والسلوك الجنسي الملائم وتشجيع الاستقلال في العادات الصحية والنظافة والرعاية الذاتية بصفة خاصة للأطفال التوحديين. ويُعدُّ كتاب كُنهوفن (Couwenhoven,2007) مصدراً شاملاً وهاماً لأفضل طرق تدريس الأمور الجنسية، حيث يُقدِّم معلومات تطبيقية وأفكاراً للتدريس تغطي مدى واسعاً من القضايا والموضوعات الجنسية عبر مدى الحياة والأعمار المختلفة، وهو مليء بالأنشطة التي يمكن تنفيذها منزلياً، والتي تُعدُّ نافعة في تدريس وتعليم موضوعات عن الجسم والخصوصية والعلاقات والوقاية من الاستغلال الجنسي والاغتصاب. كما تشمل ملاحق الكتاب رسوماً تفصيلية وواقعية يمكن استخدامها في التدريس.

108 - The rules of social world.

109 - The 'good touch/bad touch' model .

110 - A social stories curriculum.

النضج الجنسي لدى الأفراد ذوي متلازمة داون : مراجعة للمعراة

وقدّم بكر وبراييت مان (Baker&Brightman,2004) تصوراً أساسياً لكيفية تدريس مهارات رعاية الذات والتدريب على الحمام والاعتناء بالذات في المنزل¹¹¹ وتعديل السلوكيات المتعارضة مع التعلم. . وأخيراً طرح كل من ماكسيم (Maksym,1990) وشوير وهينجزبرجر (Shweir&Hingsburger,2000) ودروري وهتشينسون ورايت (Drury , Hutchinson & Wright, 2000) تصورات جيدة عن كيفية تنفيذ التربية الجنسية بالمنزل من قبل الوالدين.

111 - Home care.

المراجع

المراجع العربية :

- ١- إبراهيم قشقوش (١٩٨٩). سيكولوجية المراهقة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية. الطبعة الثالثة.
- ٢- الجمعية البحرينية لمتلازمة داون (٢٠٠٤) . كل شئ عن متلازمة داون. منشورة في الموقع التالي : <http://www.bdss.org/page-12k.htm>
- ٣- السيد سابق (١٩٩٦) . فقه السنة . المجلد الأول ز. القاهرة: دار الفتح للإعلام العربي .
- ٤- المكتبة الإسلامية على شبكة إسلام ويب <http://www.islamweb.net>
- ٥- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧). علم نفس النمو . (الطفولة والمراهقة) . القاهرة : عالم الكتب. (الطبعة الرابعة).
- ٦- خالد بن عبد الله الخميس (٢٠٠٠). أساسيات علم النفس العصبي. الرياض: دار الزهراء.
- ٧- عبد الرحمن طالب الجزائري (١٩٩٢). التربية الجنسية. القاهرة : الدار المصرية للنشر والتوزيع.
- ٨- يوسف ميخائيل أسعد (بدون تاريخ) . رعاية المراهقين . القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية :

1. Alcorn, D. E. (1974). Parental views on sexual development and education of the trainable mentally retarded. Journal of Special Education, 8, 119-130.
2. Baker, Bruce & Brightman, Alan (2004). Steps to Independence: Teaching Everyday Skills to Children with Special Needs. Paul Brookes Publishing .
3. Benda, C.E. (1969). Down syndrome: Mongolism and its management. New York: Grune and Stratton.
4. Bovicelli, I., Orsini, L.F., Rizzo, N., Montacuti, V., & Bocchetta, M. (1982). Reproduction in Down syndrome. Obstetrics and Gynecology, 59, 135-175.

5. Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A. , McGrath, M. ,& Berket, R. (1984). Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents and sexual activity, sexual abuse and contraception. *Pediatrics*,73,445-450.
6. Cole , L. & Hall, I. N. (1970) . *Psychology of adolescence*. New York : Holt,Rinehart & Winston Inc.
7. Coleman, M. (1992). *Medical care in Down syndrome: A preventive medicine approach*. New York: Dekker.
8. Couwenhoven, Terri (2007). *Teaching Children with Down syndrome About their Bodies, Boundaries, and Sexuality: A Guide for Parents and Professionals*. Woodbine House.
9. Craft, A. & Craft, M. (1985). *Sexuality and relationships*. In Craft, Bicknell & Hollins (Eds.). *Mental handicap*. Pp177-196. Philadelphia: Baillaire Tindall. Cited in the following site: http://www.Sarasota.usf.edu/special_education/mr_classes/mrsexuality.htm .
10. De Becker, Gavin (1997). *The Gift of Fear and Other Survival Signals That Protect Us From Violence*. Dell publishing .
11. De Becker, Gavin (1999): *Protecting The Gift: Keeping Children and Teenagers Safe (and Parents Sane)* . Dell publishing .
12. De Jonge, F. , Louwerse, A. , Ooms, M. , Evers, P. , Endert, E. , & Van de poll, N. (1992). Changes in male copulatory behavior after sexual exciting stimuli: Effects of medial amygdala lesions. *Physiology and behavior*, 52, 327-332.
13. De Vries, G. (1990). Sex differences neurotransmitter system . *Journal of Neuroendocrinology*, 2, 1-13.
14. Drury, John; Hutchinson, Lynne & Wright, Jon (2000). *Holding On Letting Go: Sex, Sexuality and People with Learning Disabilities*. Souvenir Press .
15. Durpas, A. & Tremblay, R. (1976). Path analysis of parents' conservation toward sex education of their mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 81, 162-211.
16. Edgerton, R. B. (1993). The contraception report. Some socio-cultural research considerations. In F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.), *Human sexuality and the mentally retarded*, pp. 240-263. New York: Brunner/ Mazel.

17. Edwards, J. (1988). Sexuality, marriage and parenting for person with Down Syndrome. In S. M. Pueschel, The young person with Down Syndrome, pp.187-204, Baltimore: Paul H. Brookes.
18. Elkins, T.; Spinnato, J. & Muram, D. (1987). Sexuality and family interaction in down syndrome: parental responses. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 6(2), Apr., 81-88.
19. Elvik, S. L. , Berkowitz, C. D. , Nicholas, E., Lipman, J. L. & Inkelis, S. H. (1990). Sexual abuse in developmentally disabled: dilemmas of diagnosis. Child Abuse & Neglect, 14,497-502.
20. Engle, Beverly (1997). Beyond the Birds and the Bees: Fostering Your Child's Healthy Sexual Development in Today's World. Pocket Books.
21. Etem, I. & Leventhal, J. M. (1995). Masturbation. In: S. Parker & B. Zuckerman (Eds.), Behavioral and developmental pediatrics, pp 200-202 , Boston: Little Brown & Co.
22. Gebhard, P. H. (1973). Sexual behavior of the mentally retarded. In : F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.), Human sexuality and the mentally retarded. Proceedings of a conference on human sexuality and the mentally retarded. New York: Brunner/ Mazel .
23. Giami, A. (1998). Sterilisation and sexuality in mentally handicapped. European Psychiatry, 13, Supplement 3, 113s-119s.
24. Gillooly, Jessica B. (1998). Before She Gets Her Period: Talking With Your Daughter About Menstruation. Perspective Publishing.
25. Goldstein, H. (1988). Menarche, menstruation, sexual relations and contraception of adolescent of females with Down syndrome. European Journal Obstetrics and Gynecologic Reproduction Biology, 27,343-349.
26. Goodman, R. (1976). Family planning programs for the mentally retarded in institutions and community. Family Coordinator, 24(1),29-35.
27. Grant, L. (1995). Sex and the adolescent. In: S. Parker & B. Zwellerman (Eds.), Behavioral and Developmental Pediatrics, pp. 269-277, Boston: Little Brown & Co.
28. Hadley, Mac E. (1996). Endocrinology. Prentice Hall . Upper Saddle River, NJ 07458.
29. Haffner, Debra (2000). From Diapers to Dating: A Parent's Guide to Raising Sexually Healthy Children. Newmarket Press .

30. Haffner, Debra (2001). Beyond the Big Talk: Every Parent's Guide to Raising Sexually Healthy Teens. Newmarket Press.
31. Haka-Lkse, K., & Mian, M. (1993). Sexuality in children. Pediatrics in review, 14(10), 401-407.
32. Hall, J.E., Morris, H. L., & Barker, H. R. (1973). Sexual knowledge and attitude of mentally retarded adolescents. American Journal of Mentally Deficiency, 77, 706-709.
33. Hall, J.E & Morris, H. L. (1976). Sexual knowledge and attitudes of institutionalized adolescents. American Journal of mental deficiency, 80 (4), 382-387.
34. Hart-Rossi, Janie(1994). Protect Your Child From Sexual Abuse: A Parent's Guide. Parenting Press.
35. Hingsburger, David (1995). Just Say Know: Understanding and Reducing the Risk of Sexual Victimization of People with Developmental Disabilities. Diverse City Press.
36. Hsiang, Y. H., Berkovitz, G. D., Bland, G. L., Migeon, C. J. & Warren, A. C. (1987). Gonadal function in patients with Down Syndrome. American Journal of Medical Genetics, 27, 449-458.
37. Johnson, W. R. (1973) Sex education of the mentally retarded. In: F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.) Human sexuality and the mentally retarded. Proceedings of a conference on human sexuality and the mentally retarded. New York: Brunner/ Mazel.
38. Johnson, 1981: reported in Haight, S. L. & Fachting, D. D. (1986). Materials for teaching sexuality, love and maturity to high school students with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 19, 344-350.
39. Kaur, H., Butler, J. & Trumble, S. (2002). Menstrual management and woman with an intellectual disability: A Guide for GP's. Published in the following site: <http://www.nas.com/downsyn/menman.html>.
40. Kelly, P. A. (1990). Growth hormone and Prolactin. In E.- E. Bauliey, & P.A. Kelly (Eds), Hormones. From Molecules to disease. London: Chapman & Hall, Inc.
41. Kingsley, J. & Levitz, M. (1994). Count us in: Growing up with Down Syndrome. Orlando FL: Harcourt Brace.

42. Koller, H., Richardson, S. A., Katz, M. (1988). Marriage in a young adult mentally retarded population. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 2, 93-102.
43. Labrie, F. (1990). Glycoprotein hormones: Gonadotropins and thyrotropin. In E.- E. Bauliey, & P.A. Kelly (Eds), *Hormones. From Molecules to disease*. London: Chapman & Hall, Inc.
44. Lang, D. J., Van Dyke, D. C., Heide, F. & Lowe, P. L. (1986) . Hypospadias and urethral abnormalities in Down Syndrome. *Clinical Pediatrics*, 26,40-42.
45. Maksym, Diane (1990) .*Shared Feelings: A Parent Guide to Sexuality for Children, Adolescents, and Adults Who Have a Mental Handicap*. The G. Allan Roeher Institute.
46. Manikam, R. & Hensarling, D. S. (1990). Sexual behavior. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of behavior modification with mentally retarded*. New York and London: Plenum press.
47. Mc Coy, E. E. (1991). Endocrine function in Down Syndrome. In I. T. Lott & E. E. Mc Coy (Eds.) , *Down Syndrome advances in medical Care*, pp. 71-82, New York: Wiley-Liss.
48. Monat-Haller, R. K. (1992). *Understanding and expressing sexuality*. Baltimore MD: Paul H. Brookes Co.
49. Moreira, Lilia Maria De Azevedo & Gusmao, Fabio A. F. (2002) . Genetic and social aspects of down syndrome subjects' sexuality. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 24(2), Jun, 94-99.
50. Morgenstern, M. (1973). The psychosexual development of the retarded. In: F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.) *Human sexuality and the mentally retarded. Proceedings of a conference on human sexuality and the mentally retarded*. New York: Brunner/ Mazel .
51. Myers, B. A. & Pueschel, S. M. (1991). Psychiatric disorder in a population with Down Syndrome. *Journal of Nervous and mental disease*, 179, 609-613.
52. Nelson, R. J. (2000). *An introduction to behavioral endocrinology*. Sunderland,Massachusetts: Sinauer Associates, Inc. Publishers.
53. Nigro, G. (1975). Sexuality in the handicapped: Some observations on human needs and attitude. *Rehabilitation literature*, 36, 202-205.
54. Planned parenthood. Federation of American, Inc. (2003). *Sexual health*

- Glossary. Published in : [http:// www. plannedparenthood. org/ library/ glossary. html](http://www.plannedparenthood.org/library/glossary.html).
55. Pueschel, S. M. (1986). Masturbation during adolescence: Down Syndrome. Paper and abstracts for professional, 9 , 1.
 56. Pueschel, S. M. (1988). The biology of the maturing person with Down Syndrome. In S. M. Pueschel (Ed.), The young person with Down Syndrome : Transition from adolescence to adulthood. Baltimore: Paul H. Brookes, pp. 205-214.
 57. Pueschel, S. M. (2001). Young person with Down Syndrome : Transition from adolescence to adulthood. Published in the following site: <http://www.ndss.org/content.cfm?fuseaction=searchlink&article=227>.
 58. Pueschel, S. M. & Bier, J. A. B. (1992). Endocrinologic aspects. In S. M. Pueschel & J. M. Pueschel (Eds), Biomedical concerns in persons with Down Syndrome, pp. 259-272, Baltimore MD: Paul H. Brookes.
 59. Pueschel , S. M. , Orson , J. M. , Boylan, J. M. & Pezzullo, J. C. (1985) . Adolescent development in males with Down Syndrome . American Journal of diseases of children, 139,236-239.
 60. Racadot, J. (1990). The hypothalamus- pituitary system: An anatomical overview. In E.- E. Bauliey, & P.A. Kelly (Eds), Hormones. From Molecules to disease. London: Chapman & Hall, Inc.
 61. Rani, A. S. , Jyothi , A. , Reddy, P.P. & Reddy, O.S. (1990). Reproduction in Down Syndrome. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 31, 81-86.
 62. Roeher Institute (1992). No More Victims : A Manual to Guide Family and Friends in Preventing the Sexual Abuse of People with a Mental Handicap. www.roeher.ca/english/about/about/htm .
 63. Reynolds, L. a. (1997). People with mental retardation & sexual abuse. Published in the following site: <http://thearc.org/faqs/sexabuse.html>.
 64. Salter, Anna C. (2003). Predators, Pedophiles, Rapists, and Other Sex Offenders: Who They Are, How they Operate, and How We Can Protect Ourselves and Our Children. Basic Books .
 65. Schor, D. P. (1987). Sex and sexual abuse in developmentally disabled adolescents. Seminars in adolescent medicine, 3,1-7.
 66. Schupf, Nicole; Pang, Deborah; Patel, Bindu N.; Silverman, Wayne ; Schubert, Romaine ; Lai, Florance ; Kline, Jennie K. ; Stern, Yaakov ; Ferin, Michel ; Tycko, Benjamin & Mayeux, Richard (2003). Onset of

- dementia is associated with age at menopause in women with down's syndrome. *Annals of Neurology*, 54(4), Oct., 433-438.
67. Schwab, W. E. (1992). *Sexuality and community living in Down Syndrome: Advances in medical care*. New York: Wiley-Liss.
68. Schwab , W. (2001). *Sexuality in Down Syndrome*. Published in the following site:
<http://www.ndss.org/content.cfm?fuseaction=InfoRes//lthArticle&article=43>.
69. Schweir, Karin Melberg & Hingsburger, David (2000). *Sexuality: Your Sons and Daughters with Intellectual Disabilities* . Paul H. Brookes Publishing .
70. Scola, P. S. & Puschel, S. M. (1992). Menstrual cycles and basal body temperature curves in women with Down Syndrome. *Obstetrics and Gynecology*, 79 , 91-94.
71. Servais, L.; Leach, R. ; Jacques, D. & Roussaux , J. P. (2004). Sterilisation of intellectually disabled women. *European psychiatry*, 19, Issue 7 , Nov., 428-432.
72. Sheriden, R. , Lierena J. , Natkins, S. & Debenham, P. (1989). Fertility in a male with trisomy 21 . *Journal of medical Genetics*, 26,294-298.
73. Smith, G. R. & Berg, J. M. (1976). *Down's anomaly* . New York: Churchill-Livingstone.
74. Stasinios, D. P. (1994). Aspects of sexuality in Greek adolescents with down syndrome. *International Journal of Adolescent Medicine & Health*, 7(3), Jul-Sep, 241-247.
75. Stearns, P. E. , Droulard K. E., Sahhar, F. H. (1960). Studies bearing on fertility of male and female mongoloids. *American Journal of Mental Deficiency*, 65 , 37-41.
76. Tharinger, Deborah; Horton, Connie Burrows & Millea, Susan (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 14, Issue 3,301-312.
77. The Down Syndrome Association of NSW(1999). *Talk To Me: A Personal Development Manual for Women and Girls with Down syndrome, and Their Parents*. Can be downloaded from [www.dsansw.org.au /info/WomenandGirls.html](http://www.dsansw.org.au/info/WomenandGirls.html).

78. The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction:
<http://www.kinseyinstitute.org/publications/books.html>
79. Turchin, G. (1974). Sex attitudes of mothers of retarded children. *Journal of school health*, 44(9),490-492.
80. Tymchuk, A. J. (1992). Predicting adequacy of parenting by people with mental retardation. *Child Abuse & Neglect*,16, 165-178.
81. Van Dyke , D.C. , McBrien , D.M. & Mattheis , P.J. (1995). Psychosexual behavior, sexuality and management issues in individuals with Down Syndrome. Presentation, European Down Syndrome Symposium. Mallorca, Spain.
82. Van Dyke , D.C. , McBrien , D.M. & Mattheis , P.J. (1996). Psychosexual behaviour , Sexuality and management issues in individuals with Down's Syndrome. In : J.A. Rondal , J. Perera , L. Nadel & A.Comblain (eds.) , Down's syndrome. Psychological , Psychobiological and socio-educational perspectives . Singular Publishing Group , Inc. San Diego, California.
83. Van Dyke, D.C. , McBrien , D.M. , Sherbondy, A. (1995). Issues of sexuality in Down Syndrome . The article was originally published in the journal "Down Syndrome research and practice, vol. 3, issue 2, 1995, & then republished in the following site: <http://www.ds.health.com/issue.htm> .
84. Walker-Hirsch, Leslie (2002). Building relationships/social and sexual development. In: William I. Cohen; Lynn Nadel; et al. (Eds.) , Down syndrome: Visions for 21st century. Pp. 305-315. New York, NY, US : Wiley-Liss.
85. Walker-Hirsch, L. & Champagne, M. P. (1992). Circles III : safer ways. In : A. C. Crocker , H. J. Cohen & T. A. Kastner (Eds.), HIV infection and developmental disabilities, pp147-158, Baltimore M D : Paul H. Brookes Co.
86. Watson , G. & Rogers, R.S. (1980). Sexual instructions for the mildly retarded and normal adolescent: A comparison of educational approaches, parental expectations and pupil knowledge and attitude. *Health Education Journal*, 39(3) , 88-95.
87. Wroble, Mary (2003). Taking Care of Myself: A Hygiene, Puberty and Personal Curriculum for Young People with Autism. Future Horizons .

Sexual maturity in individual with Down syndrome: review

Dr. Hesham Abd Elhamid Tohamy

Assistant Professor of psychology at Beni-Suief university

This review aimed at summarize sexual issues in individual with Down syndrome . Physiological aspects of sexuality, masturbation, sexual behavior, sexual abuse in children with down syndrome are reviewed. The relationships between sexuality and family life issues including pregnancy, marriage and parenting also covered in this review. Finally sex education for individual with Down syndrome in our country is proposed.