International Journal for Scientific Research (IJSR)

المجلة الدولية للبحوث العلمية

Vol. (3), No. (7) July 2024 الإصدار (3)، العدد (7)

الهوية الجنسية للجنس الثالث بالمفهوم العلمي والعملي

أنوار ناذر صيوان

قسم الأحياء، كلية العلوم، جامعة البصرة، العراق

anwar.sewan@uobasrah.edu.iq

http://orcid.org/0000-0002-6077-4214

ملخص البحث

الجنس الثالث هو عبارة عن الفرد الذي يملك أعضاء التناسلية مختلفة تتميز بها الأنثى والذكر، بمعنى أن من ينتمي لهذا الجنس قد يحمل الصفات الأنثوية وفي نفس الوقت الصفات الذكورية بسبب الخلل الهرموني. تَحديدُ الجنس ويُعرف أحيانًا بتحديد النوع، وهو تحديدُ جنس الرضيع عند الولادة حيثُ يقومُ أحدُ الأقارب، أو القابلة، أو الممرضةُ، أو الطبيب في معظم الولادات بتفقُد الأعضاء التناسلية عند الولادة، ويتمُّ تعيينُ الجنس بشكل قاطع بدون أدنى شك ويمكنُ أيضًا تمييز الجنس وتحديُدُ النوع قبلَ الولادة. ويتطابقُ جنسُ الطفل في معظم الحالات مع هويتهِ الجنسانية، حيث ينطوي مصطلح «التحديد» على توقع ضمني بأن الهوية الجنسانية المستقبلية ستتطور بما يتماشى مع التشريح الجسدي والنوع والتربية.

وفي بعض الحالات؛ لا يتطابق جنس المولود مع الهوية الجنسانية المستقبلية ويكون «التحديد» هُنا مُشكلة، فالأشخاص الذين لديهم هوية جنسانية مختلفة عن تلك المرتبطة بالجنس المُعَيَن لهم قد يُعُرفون أنفسهم على أنهم مضطربونَ جنسيًا أو غير مطابقين للجنس) وفي حالة الأفراد الخُنَاثَى ما جَمَعَ بَيْنَ الذُّكُورَةِ والأُنُوثَة-؛ فإن الخصائص الجنسية مثل: الكروموسومات، أو الغدد التناسلية، أو الهرمونات، أو الأعضاء التناسلية؛ لا تتناسب مع تصوراتنا المسبقة للأجساد الأنثوية أو الذكرية وقد تكون هناك مضاعفات في حالة جعل الجنس محددًا فقد لا يكون التحديدُ متسقاً مع الهوية الجنسانية المستقبلية للطفل وكذلك فإنّ تحديد الجنس بالجراحة والهرمونات قد تنتهك حقوق الفرد.

Gender Non-Conforming (GNC)

الكلمات المفتاحية: الجنس الثالث، المثلية الجنسية، الاضطرابات الهرمونية والوراثية.

International Journal for Scientific Research (IJSR)

المجلة الدولية للبحوث العلمية

Vol. (3), No. (7) July 2024 الإصدار (3)، العدد (7)

Third Gender Identity in Scientific and Practical Terms

Anwar N. Sewan
Department of Biology, College of Science, Basra University, Iraq
anwar.sewan@uobasrah.edu.iq
http://orcid.org/0000-0002-6077-4214

Abstract

The third gender is an individual who has different reproductive organs that are characteristic of females and males, meaning that someone who belongs to this gender may have female characteristics and at the same time male characteristics due to hormonal imbalance. Sex determination, sometimes known as sex determination, is determining the sex of the infant at birth. In most births, a relative, midwife, nurse, or doctor inspects the reproductive organs at birth, and the sex is determined conclusively without any doubt. Sex can also be distinguished and sex determined before Birth. In most cases, a child's sex corresponds to his or her gender identity, and the term “assignment” carries an implicit expectation that future gender identity will develop in line with physical anatomy, gender, and upbringing.

In some Cases, a child gender does not match a future gender identity identification is a problem. People who have a different gender identity than their assigned gender may identify themselves as gender non-conforming (GNC). In the case of intersex individuals, gender characteristics are there may be complications if sex is made specific, it may not be consistent with child`s future gender identity, and sex determination through surgery and hormones may violate an individual`s rights.

Keywords: Third Gender, Homosexuality, Hormone & Genetic Disorder

مقدمة

الخنوثة Intersex: تُعَرَّف الخنوثة من الناحية العلمية على إنها حالةٌ طبية تحدث عند ولادة جنين بأعضاء تناسلية لا نمطية، فهو يحوي كلا الجهازين التناسليين الذكري والأنثوي بأماكن مختلفة وبوظائف محددة، ويُعَرِّف المصاب بها عن نفسه بشعوره بأنه الجنسين معاً في الوقت ذاته؛ فلا هو ذكر فقط ولا أنثى فقط وتشير الأبحاث إلى وجود شخص واحد يولد ثنائي الجنس "خنثى" من أصل 100 شخص. عُرفت هذه الحالة قديماً باسم "الاضطراب الجنسي التطوري" وبسبب المشاكل التي سببها هذ المصطلح، عُدل في عام 2015 ليصبح الاختلاف في التطور الجنسي difference in sex development واختصاراً DSD [1]

الأسباب

يمكن تقسيم الخنوثة إلى أربع فئات:

- الخنوثة 46XX.
- الخنوثة 46XY.
- الخنوثة التناسلية الحقيقية.
- الخنوثة المعقدة أو غير المحددة.

ملحوظة: قد يبقى سبب الخنوثة غير محدد وغير معروف لدى الكثير من الأطفال برغم وجود التقنيات التشخيصية الحديثة.

- الخنوثة 46 XX: وفيها يمتلك الشخص كروموسومات المرأة ومبيض المرأة؛ في حين تكون الأعضاء التناسلية الخارجية ذكورية. يحدث هذا غالبًا نتيجة تعرض الجنين الأنثوي لكمية كبيرة من الهرمونات الذكورية قبل الولادة؛ فيندمج الشفران (الشفتان أو ثنايا الجلد في الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى) ويتضخم البظر ليبدو مثل القضيب في معظم الحالات يكون رحم هذا الشخص وقناتي فالوب طبيعيين. تُسمى هذه الحالة أيضًا 46 XX مع رجولة، أما قديماً فأُطلِقَ عليها اسم الخنوثة الأنثوية الكاذبة. هناك عدة أسباب محتملة لهذه الخنوثة منها:
  1. تضخم الغدة الكظرية الخلقي وهو السبب الأكثر شيوعاً.
  2. الهرمونات الذكرية (مثل التستوستيرون) التي تتناولها الأم أو تواجهها أثناء الحمل.

3. الأورام المنتجة للهرمون الذكري لدى الأم: غالباً ما تكون على حساب المبيض. لذلك يجب فحص أمهات الأطفال ذوي خنوثة 46 XX للبحث عن هذه الأورام ما لم يكن هناك عاملٌ واضح آخر سببَّ هذه الخنوثة.
4. نقص أنزيم الأروماتاز: قد لا تكون الخنوثة في هذه الحالة ملحوظة حتى سن البلوغ. يقوم هذا الأنزيم عادةً بتحويل هرمونات الذكورة إلى هرمونات أنثوية وبالتالي فإن الكميات الكبيرة من الأروماتاز الفعَّال ستؤدي إلى زيادة هرمون الأستروجين (الهرمون الأنثوي)؛ أما الكميات القليلة جداً منه ستؤدي إلى أنوثة 46, XX عند البلوغ قد يبدأ هؤلاء الأطفال -الذين نشؤوا على إنهم إناث- في اكتساب صفات ذكورية.

- الخنوثة 46, XY: وهنا يمتلك الشخص صبغيات الرجل، لكن الأعضاء التناسلية الخارجية غير مكتملة التكوين أو غامضة أو أنثوية بشكل واضح. داخلياً قد تكون الخصيتان طبيعيتان أو مشوهتان أو غائبتان. تسمى هذه الحالة XY,46 أيضاً مع نقص رجولة؛ في حين كان يطلق عليها قديماً اسم الخنوثة الذكرية الكاذبة. يعتمد تكوين الأعضاء التناسلية الخارجية الطبيعية للذكور على التوازن الدقيق بين الهرمونات الذكرية والأنثوية؛ الأمر الذي يتطلب إنتاج كميات كافية من هرمونات الذكورة الفعالة الخنوثة 46 XY: لها العديد من الأسباب منها:

1. مشاكل الخصيتين: تنتج الخصيتان عادة هرمونات الذكورة. إذا لم تتشكل الخصيتان بشكل صحيح سيؤدي ذلك إلى خنوثة 46 XY. هناك عدد من الأسباب المحتملة لذلك بما في ذلك خلل تكوين الغدد التناسلية النقي XY.
2. مشاكل تكوين التستوستيرون: يتكون التستوستيرون عبر سلسلة من الخطوات. تتطلب كل خطوة منها إنزيماً مختلفاً. قد يؤدي النقص في أي من هذه الإنزيمات إلى عدم كفاية هرمون التستوستيرون وحدوث نمط آخر من خنوثة 46 XY. من الممكن أن تندرج الأنواع المختلفة من فرط تنسُّج الغدة الكظرية الخلقي في هذه الفئة.
3. مشاكل في استخدام هرمون التستوستيرون: بعض الناس لديهم صيتان طبيعيتان ويصنعون كميات كافية من هرمون التستوستيرون لكن لا يزالُ لديهم خنوثة XY,46 بسبب حالات مثل عوز إنزيم 5-ألفا ريدوكتاز ن 5 "alpha-reductase أو متلازمة عدم الحساسية للأندروجين (AIS) يفتقر الأشخاص المصابون بعوز إنزيم 5-ألفا ريدوكتاز إلى الإنزيم اللازم لتحويل هرمون التستوستيرون إلى ثنائي هيدروتستوستيرون (DHT)، ونلاحظ وجود ما لا يقل عن 5 أنواع مختلفة من عوز هذا الإنزيم بعض الأطفال لديهم أعضاء تناسلية ذكورية طبيعية وبعضهم يملك أعضاء تناسلية أنثوية طبيعية لكن الكثير منهم يملكون شيئاً ما بينهما؛ والذي بمعظمه يتغير إلى أعضاء تناسلية خارجية ذكورية في وقت قريب من سن البلوغ مع تعدد أسباب الخنوثة

من نوع 46, XY إلا أن متلازمة عدم الحساسية للأندروجين (AIS) هي السبب الأشيع لذلك، وقد أطلق عليها أيضًا اسم الاستئناث الخصوي. "testicular feminization" هنا الهرمونات كلها طبيعية، لكن مستقبلات الهرمونات الذكرية لا تعمل بشكل صحيح. يوجد أكثر من 150 عيباً مختلفاً تم تحديدها حتى الآن وكلٌ منها يسبب نوعًا مختلفاً من AIS.

هل يستطيع الأشخاص ثنائي الجنس إنجاب الأطفال أو الحمل؟

يعتمد ذلك على الفرد وتشريحه وهرموناته حيث يمكن لبعض الأشخاص ثنائي الجنس التكاثر، في حين لا يستطيع بعضهم الآخر ذلك. قد يكون البعض قادراً على الإنجاب بمساعدة الإخصاب في المختبر وفقًا ل" InterACT منظمة غير ربحية لتأييد الشباب ثنائي الجنس"، فإن العديد من الاختلافات المرافقة للخنوثة تسبب العقم ولكن ليس جميعها سبباً لذلك. هل توجد مجموعات دعم للأشخاص ثنائي الجنس؟ تتضمن InterACT قائمةً تحتوي مجموعات دعم وتأييد للأشخاص ثنائي الجنس؛ حيث توجد مجموعات خاصة لدعم ثنائي الجنس في ولايات ودول عديدة كما توجد منتديات ومجموعات لهم على الإنترنت.

ماذا يحدث عند ولادة شخص ثنائي الجنس؟

في معظم الأوقات عندما يولد طفلٌ ثنائي الجنس، يقرر الأطباء والأسرة جنسهُ، ذكراً أم أنثى، وينشؤونه وفقاً للجنس المختار. من الشائع جداً إجراء الجراحة على الأعضاء التناسلية لهذا الطفل ثنائي الجنس، كما يشيع إعطاؤه هرمونات أثناء فترة البلوغ لجعله مناسباً لفئة الذكور/الإناث. إن النشاطات المخُصصة للأشخاص ثنائي الجنس والمقامة لأجلهم تأذ في الازدياد؛ الأمر الذي يُحدِثُ بعض التغييرات في ثقافتنا التي لا زالت تعامل الخنوثة على أنها مشكلة طبية بدلاً من كونها نمطًا طبيعياً أو صحياً يمكن للأجسام أن تكون عليه. في هذه الأيام يعتقد المزيد من الناس أنه لا ينبغي إجراء الجراحة غير الضرورية والتدخلات الطبَّيَّة الأخرى على الرضع والأطفال ثنائي الجنس على الإطلاق. بدلاً من ذلك يجب أن يكون الأشخاص ثنائي الجنس قادرين على اتخاذ القرار بأنفسهم عندما يكبرون؛ إذا كانوا يريدون العلاج أو الجراحة إذا كان طفلك لديه خنوثة فإن أفضل ما يمكنك تقديمه هو دعُمُك وحُبُّك لَهُ ولما هو عليه. من الجيد أيضاً الحصول على بعض الدعم من الآباء الآخرين الذين لديهم أطفالٌ ثنائيو الجنس، والتأكد من حصول طفلك على فرص للتواصل مع أولئك الأطفال.

أولاً: تضخم الغدة الكظرية الخلقي

نظرة عامة

يُقصد بفرط تنُّسُّج الكظر الخلقي مجموعة من الاضطرابات الوراثية التي تصيب الغدد الكظرية، وهي زوج من أعضاء الجسم بحجم حبة الجوز توجدان فوق الكلى. تنتج الغدد الكظرية هرمونات مهمة ومنها:

- الكورتيزول الذي ينظم استجابة الجسم للمرض أو الإجهاد.
- القشرانيات المعدنية -مثل الألدوستيرون- التي تُنظم مستويات الصوديوم والبوتاسيوم.
- الأندروجينات -مثل هرمون التستوستيرون- وهي الهرمونات الجنسية الذكورية اللازمة للنمو وتطور أعضاء أجسام الذكور والإناث.

يؤدي التغير الجيني (الطفرة) إلى نقص أحاد الإنزيمات اللازمة لإنتاج هذه الهرمونات لدى المُصابين بفرط تنسُّج الكظر الخلقي. يوجد نوعان رئيسيان من فرط تنسُّج الكظر الخلقي:

- **فرط تنُّسُّج الكظر الخلقي التقليدي**: عادة ما يُكتشف هذا النوع النادر الأكثر حدة عند الولادة أو في الطفولة المبكرة.
- **فرط تنُّسُّج الكظر الخلقي غير التقليدي**: هذا النوع أخف حدةً لكنه أكثر شيوعاً. وقد لا يُكتشف حتى مرحلة الطفولة أو بدايات البلوغ.

بالرغم من عدم وجود علاج شاف لفرط تنسُّج الكظر الخلقي، فإن أغلب المصابين به يمكنهم عيش حياة طبيعية عند تلقي العلاج المناسب. [2]

الأعراض

تختلف مؤشرات مرض فرط تنسج الكظر الخِلقي وأعراضه تبعًا للجين المعيب ومستوى نقص الإنزيم. فقد يعني اختلال توازن الهرمونات التي يحتاجها الجسم لأداء وظائفه الطبيعية وجود نقص شديد في الكورتيزول أو الألدوستيرون أو زيادة مفرطة في الأندروجينات أو مزيج من حالات اختلال التوازن الهرموني.

فرط تنسج الكظر الخلقي التقليدي

قد تشمل مؤشرات فرط التنسج الكظري الخلقي التقليدي وأعراضه ما يلي:

- **نقص الكورتيزول**: يتسبب فرط التنسج الكظري الخلقي التقليدي في إنتاج الجسم كمية غير كافية من الكورتيزول. وقد يسبب هذا مشكلات في الحفاظ على ضغط الدم الطبيعي وسكر الدم ومستويات الطاقة ويسبب مشكلات أثناء الإجهاد البدني مثل التوُّعُّك.
- **النوبة الكظرية:** قد يتأثر الأشخاص المصابون بفرط التنسج الكظري الخلقي التقليدي تأثراً شديداً بنقص الكورتيزول أو الألدوساتيرون أو كليهما. وُيُعرف هذا بالنوبة الكظرية التي يمكن أن تكون مهددة للحياة.

- **الأعضاء التناسلية غير النمطية:** قد يحمل الأطفال الرضع من الإناث مظهراً غير نمطي في أعضائهن التناسلية مثل البظر المتضاخم الذي قد يشابه القضيب، والشفرين المغلقين جزئياً المشابهين لكيس الصافن. وقد تكون فتحة مجرى البول (الإحليل) والمهبل فتحة واحدة فقط بدَلاً من فتحتين منفصلتين. إلا أن الرحم وقناتي فالوب والمبيضين تنمو بشكل اعتيادي في الغالب. بينما يكون للأطفال الرضع من الذكور أعضاء تناسلية ذات مظهر نمطي.
- **فرط الأندروجين:** قد يؤدي فرط هرمون الأندروجين الجنسي الذكري إلى قصر القامة والبلوغ المبكر لكل من الذكور والاناث. وقد يظهر شعر العانة وتبدأ علامات البلوغ الأخرى في سن مبكر جداً. وقد يظهر أيضاً حب الشباب بكثافة. ويمكن أن يؤدي فرط هرمون الأندروجين لدى الإناث إلى ظهور شعر في الوجه وزيادة في شعر الجسم وخشونة في الصوت.
- **تغير معدل النمو**: قد يحدث نمو سريع خلال فترة الطفولة مع تقدُّم عمر العظم. وقد يكون الطول النهائي أقصر من المتوسط.
- **مشكلات الخصوبة**: قد تشمل هذه المشكلات عدم انتظام فترات الحيض أو انقطاعها تماماً ومشكلات العقم لدى الإناث. وربما تحدث مشكلات في الخصوبة لدى الذكور أحياناً.

فرط تنسُّج الكظر الخلقي غير التقليدي

غالبًا لا توجد أعراض لفرط تنسج الكظر الخلقي غير التقليدي عند الولادة. ولا تظهر أعراض مطلقًا على بعض المصابين بهذا المرض. ولا تُكتشف الحالة أثناء فحص الدم الروتيني للرضيع، وعادةً ما تصبح واضحة في مرحلة الطفولة المتأخرة أو بداية مرحلة البلوغ. ربما يكون القصور واضحًا في هرمون الكورتيزول فقط.

قد تكون الأعضاء التناسلية طبيعية عند الولادة لدى المراهقات والبالغات المصابات بفرط تنسج الكظر الخلقي غير التقليدي. ولكن قد يواجهن المشكلات الآتية لاحقاً في حياتهن:

- فترات الحيض، عدم انتظام فترات الحيض أو انقطاعها تماماً ومشكلات العقم.
- ظهور سمات ذكورية مثل شعر الوجه وشعر الجسم الزائد وخشونة الصوت في كل من الإناث والذكور قد تشمل مؤشرات فرط تنسج الكظر الخلقي غير التقليدي أيضا الآتي:
  - الظهور المبكر لشعر العانة ومؤشرات أرى للبلوغ المبكر.
  - الإصابة بحب الشباب الحاد.

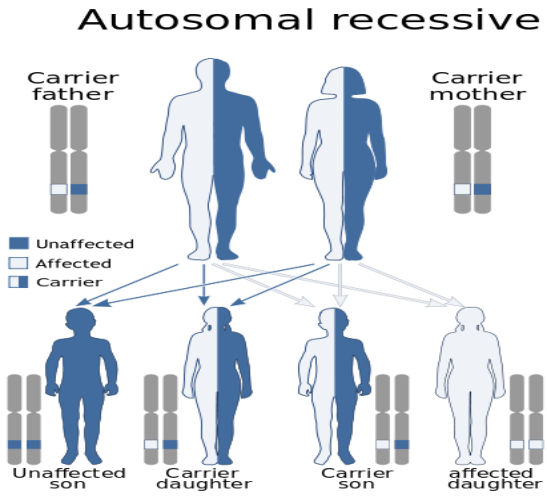
- النمو السري خلال الطفولة، وتقدم العمر العظمي وقصر الطول النهائي المتوقع.

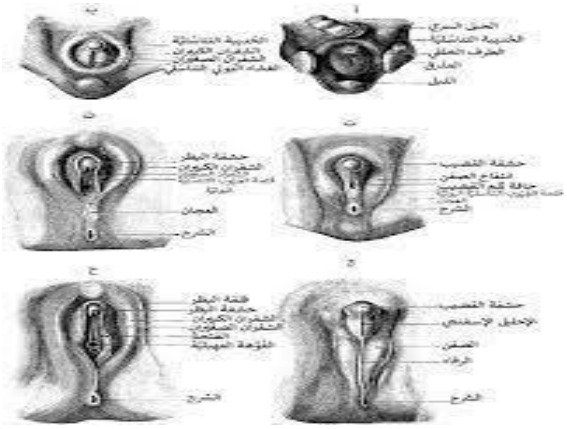
متى يجب زيارة الطبيب

يُكتشف عادةً فرط تنسُّج الكظر الخلقي التقليدي عند الولادة أثناء الفحوصات المعتادة لحديثي الولادة أو عندما تكون الأعضاء التناسلية لدى الرضع غير طبيعية. ويمكن التعرف على فرط تنُّسُّج الكظر الخلقي كذلك عندما تظهر مؤشرات الإعياء الشديد على الرض من الجنسين بسبب انخفاض نسبة الكورتيزول أو الألدوستيرون أو كليهما.

تظهر مؤشرات وأعراض البلوغ المبكر لدى الأطفال المصابين بفرط تنسُّاج الكظر الخلقي غير التقليدي. ويمكنك استشارة الطبيب إذا كانت لديك مخاوف حول نمو طفلك أو تطور جسمه.

إذا كنتِ حاملاً ومعرضة للإصابة بفرط تنسج الكظر الخلقي بسبب تاريخكِ المَرضي أو أصولك العرقية فاطلبي من الطبيب استشارة وراثية.





ثانياً: هرمونات ما قبل الولادة والتوجه الجنسي

يمكن اعتبار هرمونات ما قبل الولادة كمحدد أساسي للتوجه الجنسي عند البالغين أو كعامل مساعد مع الجينات والعوامل الحيوية و/ أو الظروف البيئية والاجتماعية. [3]

السلوك المحدد جنسياً

تنص النظرية الهرمونية للنشاط الجنسي والهوية الجندرية على أنه مثلما يلعب التعرض لهرمونات معينة دوراً في تحديد جنس الجنين فإن التعرض لمثل هذه الهرمونات سيؤثر أيضاً على التوجه الجنسي والذي يظهر فيما بعد عند البلوغ يُعتقد بأن الاختلافات في بنية الدماغ والتي تنتج من المُرسلات الكيميائية

والجينات التي تتفاعل لتطوير خلايا دماغية بأن هذه الاختلافات البنيوية تكون أساساً للفروق التي لا تعد ولا تحصى ما بين الجنسين من ناحية السلوك بما في ذلك التوجه الجنسي. يمكن لعوامل ما قبل الولادة والتي تصيب أو تتداخل مع تفاعل هذه الهرمونات على الدماغ النامي أن تؤثر لاحقاً على السلوك المحدد جنسياً عند الأطفال. نشأت هذه الفرضية من الدراسات التجريبية الكثيرة على الثدييات من غير البشر ومع ذلك فإن القول بأنه يمكن ملاحظة آثار مماثلة في النمو السلوكي-العصبي عند الإنسان هو موضوع ذو جدل كبير بين الباحثين. ومع ذلك فقد قدمت دراسات حديثة أدلة تدعم تعرض الجنين لهرمون الأندروجين والذي يؤثر في السلوك المُحَددْ جنسياً خلال الطفولة.

يمكن اعتبار هرمونات ما قبل الولادة كمحدد أساسي للتوجه الجنسي عند البالغين أو كعامل مساعد بالترافق مع الجينات والعوامل الحيوية و/أو الظروف البيئية والاجتماعية. إلّا أن غارسيا-فالإيراس وديك سواب يجادلان حول التأثير الكبير للظروف الاجتماعية على التوجه الجنسي. كما يظهر ذلك عند الأطفال في سن مبكرة وعند كل من سعادين الفرفت والمكاك الريسوسي حيث يختلف السلوك المتمايز جنسياً من حيث تفضيل الألعاب ما بين الذكور مقابل الإناث؛ حيث تميل الإناث إلى تفضيل الدمى أما الذكور فيميلون إلى تفضيل الكرات وألعاب السيارات، ويمكن ملاحظة هذه التفضيلات في سن مبكر مابين 3 حتى 8 أشهر عند البشر. فضلاً عن ذلك، يمكن ملاحظة الاختلافات من حيث ما يفضله الطفل منذ اليوم الأول من حياة الإنسان، حيث تفضل الإناث الوجوه البشرية أما الذكور فيفضلون الأجسام الميكانيكية المتحركة. على الرغم من ذلك إلا أنه لأمر مستحيل تماماً بأن يتم استبعاد تأثير البيئة الاجتماعية أو فهم الطفل المعرفي حول الجنسين عند مناقشة اللعب المُحدد جنسياً في الفتيات المعرضات للأندروجين. على العكس من ذلك يمكن للظروف البيئية/الاجتماعية أن تؤثر على تقديم السلوك المتمايز جنسياً عند الذكور أكثر منها عند الإناث، حيث أن سلوك اللعب المُحدد كذكوري مُشجع بشكل كبير فيما لا يُشجع السلوك المُحدد كأنثوي عند الأطفال الذكور. كما يميل الأطفال أيضاً نحو الأشياء التي صُنفت على أنها موجهة لجنسهم أو الُلعب التي شاهدوا أشخاصاً من نفس جنسهم يلعب بها سابقاً.

افترضت دراسة الغدد الصماء التي وضعها كل من غارسيا-فالغيرس وسواب أنه "في البشر، الآلية الرئيسية المسؤولة عن الهوية الجنسية والتوجه الجنسي تنطوي على التأثير المباشر لهرمون التستوستيرون على الدماغ في مرحلة النمو". بالإضافة إلى ذلك، فإن دراساتهم تظهر أن تعرض الجنين داخل الرحم للهرمونات هو أمر حاسم إلى حد كبير. توضيحاً للحجة بإيجاز، يقول المؤلفان أن الأعضاء الجنسية تتمايز أولاً، ثم يتمايز الدماغ جنسياً: «أساساً تحت تأثير الهرمونات الجنسية مثل التستوتيرون والإستروجين والبروجسترون على خلايا الدماغ النامية وبوجود جينات مختلفة أيضاً.... إن التغييرات الحاصلة في هذه

المرحلة دائمة... لا يحدث التمايز الجنسي في الدماغ عبر الهرمونات وحسب، على الرغم من أنها مهمة للغاية بالنسبة للهوية الجنسية والميول الجنسي».

الجوانب التنظيمية

يعتمد نمو وتطور الغدد التناسلية أثناء المرحلة الجنينية في الأساس على وجود أو غياب كل من هرمونات الأندروجين وخصوصاً التستوستيرون والديهدروتستوستيرون (DHT) والاندروستينيديون، حيث يتم إنتاج هرمون التستوستيرون وتحويله إلى الديهدروتستوسترون خلال الأسابيع 6 حتى 12 الأولى من الحمل وهي عوامل رئيسية لتشكل القضيب وكيس الصافن والبروساتاتا عند جنين ذكر الإنسان. أما عند الإناث فإن غياب هذه المستويات من الاندروجينات عادةً ما يؤدي إلى تطور الأعضاء التناسلية الأنثوية. ويتبع ذلك حدوث التمايز الجنسي في الدماغ؛ حيث تعمل الهرمونات الجنسية على تطبيق آثار تنظيمية على الدماغ والتي سيتم تنشيطها عند البلوغ. وكنتيجة لهاتين العمليتين الحاصلتين بصورة منفصلة، فإن درجة تذكير الأعضاء التناسلية لاتتعلق بالضرورة بتذكير الدماغ. وقد وُجعدت اختلافات على أساس الجنس في العديد من بنى الدماغ وأبرز هذه الاختلافات كانت في الوطاء واللوزة الدماغية. ومع ذلك فقد ارتبطت القليل من تلك الاختلافات إلى الاختلافات السلوكية للجنسين ولا يزال العلماء يعملون على إقامة صلات راسخة ما بين الهرمونات في مراحلها المبكرة وتطور الدماغ والسلوك. يمكن لدراسة النظرية التنظيمية لهرمونات ما قبل الولادة أن تكون صعبة فأخلاقياً لا يمكن للباحثين أن يقوموا بإبدال أي هرمونات في الجنين النامي؛ عوضاً عن ذلك يجب على الباحثين أن يعتمدوا على تشوهات النمو التي تحدث طبيعيًاً للحصول على إجابات.

إن فرط تنسج الكظرية الخلقي هو أكثر التأثيرات التنظيمية للهرمونات دراسةً حيث تمت دراستُهُ بشكل موسع. وفرط تنسج الكظرية الخلقي عبارة عن مرض وراثي ينتج عن التعرض لمستويات عالية من الأندروجينات في بداية الحمل. تولد الإناث المصابات بفرط تنسج الكظرية الخلقي بأعضاء تناسلية ذات صفات ذكرية ويتم العمل على تصحيح ذلك جراحياً بأسرع وقت ممكن. يوفر هذا المرض الفرصة لإجراء تجارب طبيعية ذلك لأنه يمكن مقارنة الأشخاص الذين يولدون بالمرض مع الأشخاص غير المصابين به. ومع ذلك فإن «فرط تنسج الكظرية الخلقي ليس بالتجربة المثالية» بما أن «ردود الفعل الاجتماعية للأعضاء التناسلية ذات الصفات الذكرية أو عوامل تتعلق بالمرض نفسه» يمكن أن تُربك النتائج. ومع ذلك فقد أظهرت العديد من الدراسات أن فرط تنسج الكظرية الخلقي له تأثير واضح ولكنه ليس بالحاسم على التوجه الجنسي؛ حيث تقل احتمالية كون الإناث اللواتي تولدن بالمرض مغايرات حصراً بالمقارنة مع الإناث الأخريات.

بما أن الهرمونات وحدها لا تحدد التوجه الجنسي وتمايز الدماغ، فقد أدى البحث عن عوامل أخرى تؤثر على التوجه الجنسي لارتباط جينات مثل SRY و ZRY.[10]

ثالثاً: توتر أمومي ما قبل الولادة

يوجد دليل في الجرذان بأن مستويات توتر الأم يمكن أن تؤثر على النمو الجنيني. كما يوجز إليس وكول هاردينغ (2001) سلسلة الأحداث في توتر ما قبل الولادة تؤثر على التمايز الجنسي للدماغ، حيث يظهر بأن التوتر يجعل الغدتان الكظريتان عند الأم تقوما بإفراز مستويات عالية من هرمونات التوتر في نظام الدم وتعبر نسبة كبيرة منها الحاجز المشيمي وتتداخل مع إنتاج الجنين للهرمونات الجنسية مؤقتاً وأبرزها هرمون التستوستيرون [4].

التشخيص

قد يشخص الطبيب الإصابة باضطراب الهوية الجنسية بناءً على ما يلي:

- **تقييم الصحة السلوكية:** يقيم الطبيب الحالة للتأكد من وجود اضطراب في الهوية الجنسية وتسجيل مدى تأثير التفرقة والتمييز بسبب الهوية الجنسية (عوامل توتر الأقليات) على الصحة العقلية للمريض. يطرح الطبيب أيضًا أسئلة عن مستوى الدعم المقدم من الأسرة والأقارب المختارين والأقران.
- **الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5):** يمكن أن يستخدم مختص الصحة العقلية الخاص بك معايير اضطراب الهوية الجنسية المذكورة في الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الذي نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

يختلف اضطراب الهوية الجنسية عن مجرد انعدام التناغم مع السلوكيات النمطية لجنس الشخص الطبيعي. ولكنه يشتمل على الشعور بالضيق بسبب الرغبة الشديدة والملحة في الانتماء لجنس آخر غير الجنس المولود به الشخص.

قد يعبر بعض المراهقين لذويهم أو طبيبهم عن إحساساهم باضطراب الهوية الجنسية. في حين تظهر على الآخرين أعراض لاضطراب الحالة المزاجية أو القلق أو الاكتئاب. وربما يمرون بمشكلات اجتماعية أو دراسية. [9] [6]

العلاج

يمكن أن يساعد العلاج المصابين باضطراب الهوية الجنسية على استكشاف هويتهم الجنسية والاستقرار على الدور الجنسي الأكثر راحَةً لهم مما يخفف من معاناتهم وآلامهم النفسية. ومع ذلك

يجب أن يكون العلاج مخصصاً حسب ما يناسب كل حالة على حدة، فما يمكن أن يفيد شخصاً ما ليس بالضرورة أن يفيد غيره.

تشمل خيارات العلاج تغييرات في التعبير الجنسي والدور الجنسي والعلاج الهرموني والجراحة والعلاج السلوكي.

- العلاج الهرموني، مثل العلاج بالهرمون المُحفِّز لصفات الأنوثة أو الهرمون المُحفِّز لصفات الرجولة.
- الجراحة، مثل جراحة التأنيث أو جراحة الذكورة لتغيير شكل الصدر والأعضاء التناسلية الخارجية والأعضاء التناسلية الداخلية وملامح الوجه ونحت الجسم. [7]

علاج الصحة السلوكي

يهدف هذا العلاج إلى تحسين عافيتك النفسية، وجودة حياتك ورضاك عن لذاتك. لا يهدف العلاج السلوكي إلى تغيير هويتك الجنسية. بل يمكن أن يساعدك العلاج على مواجهة المخاوف المتعلقة بنوع الجنس وإيجاد طرق لتخفيف حدة اضطراب الهوية الجنسية.

يهدف علاج الصحة السلوكية إلى مساعدتك في الشعور بالراحة عند التعبير عن هويتك الجنسية بما يحقق لك النجاح في العلاقات والتعليم والعمل. ويمكن أن يتصدى العلاج أيضاً لأي مخاوف أخرى مرتبطة بالصحة العقلية. [8]

التوصيات

1-نوصي بدراسة سلوك الأطفال بصورة جيدة منذ الولادة وإجراء الفحوصات الجسدية والهرمونية والجينية عند الشك في الأمر لاي طفل ذكر يميل الى سلوك أنثوي ولاي طفلة أنثى تميل الى سلوك ذكري حتى تميز جنس الصحيح حسب التركيب الهرموني والتشريح الداخلي والجينات المخفية بالداخل عن الخارج.

2-اجراء دراسات علمية توعوية ليعرف كل جنس من حيث المظهر الخارجي والتشريح الداخلي والتركيب الجيني وتفريق جنس عن أخر وان عمل كل جنس مكمل للأخر دون الخلط والاعتراف بالمثلية للجنس الواحد وتوقف النسل فيه الذي جعله الخالق للبشرية مما يؤدي الى انقراض الجنس البشري غير متكاثر.

3-دراسة تنص وتؤمن بالدين السماوي بإجراء عملية جراحية وتحول الجنس المخفي بالجسد حسب تركيب حقيقي داخلي من هرمونات وجينات الى جنس الأخر بعيدا عن مرضى السلوك الجنسي المثلي الشاذ.

المصادر

1- https://nasainarabic.net/main/articles/view/sex-gender-identity-medlineplusmedicalnewstoday (medlineplus , plannedparenthood , medicalnewstoday)

2- Wilson, G., & Q. Rahman, Born Gay: The Psychobiology of Human Sex Orientation, Peter Owen Publishers; 2nd edition (May 1, 2008)

3- Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual hormones and the brain: an essential alliance for sexual identity and sexual orientation. Endocr Dev. 2010; 17:22-35.

4- Hines Melissa (2010 أكتوبر). "Sex-related variation in human behavior and the brain". Trends in Cognitive Sciences. –448: 10. ج14 456. DOI: 10.1016/ j.tics.2010.07.005. PMC: 2951011. PMID: 20724210.

5- Alexander Gerianne؛ Teresa Wilcox؛ Rebecca Woods (2009 يونيو). "Sex differences in infants' visual interest in toys," Archives of Sexual Behavior. –427: 3. ج38 ع 433. DOI:10.1007/s10508-008-9430-1. PMID: 19016318.

6- Auyeung Bonnie؛ Simon Baron-Cohen؛ Emma Ashwin؛ Rebecca Knickmeyer؛ Kevin Taylor؛ Gerald Hackett؛ Melissa Hines (2009 فبراير). "Fetal Testosterone Predicts Sexually Differentiated Childhood Behavior in Girls and in Boys". Psychological Science. –144: 2. ج20 ع 148. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02279.x.

7- Bao Ai-Min؛ Dick F. Swaab (18 2011 فبراير). "Sexual differentiation of the human brain: Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders". Frontiers in Neuroendocrinology. 226–214: 2. ج3 ع. DOI: 10.1016/ j.yfrne.2011.02.007. PMID: 21334362. 8- Berenbaum Sheri A.؛ Adriene M. Beltz (2011 أبريل). "Sexual differentiation of human behavior: Effects of prenatal and pubertal organizational hormones". Frontiers in Endocrinology. 32. ج200–183: 2 .ع. DOI: 10.1016/j.yfrne.2011.03.001.

8- Hines Melissa (2011). "Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior". Frontiers in Neuroendocrinology. –170: 2 .ج32ع 182. DOI: 10.1016/j.yfrne.2011.02.006. PMC: 3296090. PMID: 21333673.

9- Ngun Tuck C.؛ Negar Ghahramani؛ Francisco J. Sanchez؛ Sven Bocklandt؛ Eric Vilain (2010 أكاااتاااوباااار). "The genetics of sex differences in brain and behavior". Frontiers in Neuroendocrinology. –227: 2 . .ج32 ع 246. DOI: 10.1016/ j.yfrne.2010.10.001. PMC: 3030621. PMID: 20951723.