

### التنويم المغناطيسى:

يستخدم من وقت مبكر من القرن التاسع عشر وهناك العديد من الأبحاث فى استخدامه فى الانشقاق التعددى كتسهيل للعلاج وليس علاجاً فى نفسه.

والأساليب التنويمية تستخدم للأغراض الآتية فى هؤلاء المرضى.

1- تقوية الذات.

2- اكتشاف الأعراض وتخفيفها.

3- تقليل القلق.

4- تقييم الذوات البديلة واستعادة الذوات الناضجة، بعد أن تكون الذوات غير الناضجة والمشوهة وظيفياً قد سيطر عليها فى نهاية الجلسة.

5- إعادة التوازن والاستقرار عن طريق اكتشاف الأعراض والتخفيف من وطأة الصدمات عن طريق التعبير عنها وعن الذكريات الأليمة.

### العلاج التأهيلي والتعبيري:

هذان النوعان من العلاج قد يساعدان المريض بالانشقاق التعددى لأن المرضى دائماً يتفاعلون بأساليب غير كلامية، وكذلك العلاج بالرسم، الحركات، العلاج الوظيفى إلى آخره وكل هذا يعطى المريض مساهمة أكبر وبدائل للتعبير أكثر.

### العلاج بصدمة ضبط وتنظيم إيقاع المخ:

قد تكون فعالة فى حالة وجود اكتئاب نفسى شديد مع الانشقاق.

## عقاقير مساعدة للحوار:

العقاقير أو التنويم المغناطيسى كلاهما يستخدم لتسهيل الحوار النفسى حيث أن المرضى منفصلون عن شكواهم ومنكرون لها بل وغافلون عنها، وأشهر ما يستخدم فى ذلك هو «الأميتال» لتشخيص المرضى.

وهذه العقاقير قد تساعد على ظهور الشخصيات أو الذوات البديلة لإجراء الحوار معها وفهم كيفية دمجهم فى الشخصية الأصلية.

وقد تساهم أحياناً هذه العقاقير فى استرجاع الذاكرة الأليمة للصددمات السابقة للتعامل معها واحتوائها ، ولكن لا بد من الحذر من الأعراض الجانبية للأميتال قد تساهم والتي تتمثل فى خفض الجهاز التنفسى وهبوط الضغط مع اختلال فى الاتزان وأحياناً حساسية للعقار.

## موافقة المريض على أسلوب العلاج:

لا بد أن يوقع المريض على استخدام الأسلوب العلاجى المناسب وكذا التنويم المغناطيسى كعلاج مصاحب.

## الالتصاق الجسدى بالمريض:

غير موصى به على الإطلاق كما أنه غير أخلاقى ويزيد من نكوص المريض واعتماديته وربما يساء فهمه من المريضة على أنه تفاعل من المعالج معها بسبب الصدمات والكروب ، وربما يصل الالتصاق إلى التصاق جنسى ولاسيما ومرضى الانشقاق التعددى لديهم قابلية لاستثمار أو استغلال الوضع ولاسيما وهناك علاقة علاجية تفاعلية شديدة ولصيقة ، ولذا فأى علاقة جنسية يعد استغلالاً غير مقبول لا علاجياً ولا أخلاقياً ، كذلك هو تحطيم شديد للحدود والحواجز بين المريض والطبيب.

## دور الطبيب النفسى تجاه حالات الأزواج:

(1) أن يوسع رؤيته للمريض ، فهذا المريض له ثقافته ودينه وتاريخه وميوله وليس مجرد جسد ودماغ فقط وأن ينظر إلى المريض من خلال مرجعيته وثقافته.

(2) أن يتصف بالشفافية الثقافية (Cultural Sensitivity) بحيث يحترم دين وعقيدة وثقافة المريض ولا يسفه هذه الأمور ويسخر منها فهناك قسم من أقسام الطب النفسى المعترف به وهو الطب النفسى عبر الثقافات حيث أن هذا النوع يعترف بكل ثقافة لكل شعب، وهذا النوع يخول لكل ثقافة صبغها لبعض حالات الأزواج أو الانشقاق.

(3) علاج حالات الأزواج أو الانشقاق فى الشخصية باجماع علماء النفس علاج نفسى تحليلى أكثر منه علاج دوائى وهذا ربما يجعل الأشخاص المرضى لا يجدون بغيتهم ولا علاجهم عند الأطباء النفسيين المهملين للجانب النفسى معتمدين فقط على الجانب الدوائى وهذا يدفعهم إلى الذهاب إلى المعالجين الروحانيين والشعبيين ، ولهذا فعلى الطبيب النفسى أن يهتم باعطاء المريض الوقت الكافى والتقبل لرؤيته الثقافية ومن ثم محاولة توجيهها من خلال أرضية واحدة ومرجعية مشتركة مع الاهتمام بالعلاج النفسى التحليلى والمعرفى السلوكى بالاضافة إلى الجانب الدوائى اذا احتاج إلى ذلك.

(4) لا بد أن يصل إلى المريض بالأزواج من خلال طبيبه النفسى أن هذا المرض يحتاج إلى وقت وصبر، حتى لا يجبط المريض سريعاً ومن ثم يسارع بالذهاب إلى المعالجين الشعبيين.

5) الاهتمام بإنشاء علاقة مهنية علاجية وطيدة مع المريض أو المريضة، فإنها من أهم الأشياء في العلاج ولها أثر بالغ على المريض، وهذا هو السبب في نجاح كثير من المعالجين الشعبيين لانهم ينشئون علاقة تأثيرية وطيدة مع هؤلاء المرضى شديدي التأثير بالآخرين إيجابياً ومن ثم قد يساهم في اختفاء كثير من الأعراض إيجابياً ونفسياً.

6) عدم اللجأ إلى إيلام المريض الذي يعاني من اضطرابات تحويلية كالشلل التحولي أو فقد النطق أو الاغماء النفسى بسبب أن إيلامهم لإفقتهم سريعاً من العرض الجسدى لا يحل الإشكالية اللاشعورية ولهذا سرعان ما يعود العرض للمريض، ولهذا لا بد من علاج السبب.

7) قد يستعين الطبيب بالمعالج الروحى أو الشعبى بشرط أن يكون هذا تحت اشرافه وادارته.

8) على الطبيب النفسى أن يعلم أن الخلفية الثقافية والدينية كثيرا ما تصبغ شكوى المريض وأعراضه وطريقة تعبيره عن المرض وقد حدد (سنح 2001).

### التأثير الثقافى على الاضطرابات النفسية من خلال ستة طرق:

أ) التأثير المرضى (Pathogenic) بمعنى أن الثقافة لها دور فى إنشاء المرض.

ب) التأثير الاختيارى (Psycho selective) بمعنى أن الثقافة تختار أشكال كيفية معينة للتعامل مع الضغوط.

ج) التأثير التجميلى النفسى (Psycho plastic) بمعنى أن الثقافة تغير من الأعراض الاكلينكية.

(د) التأثير الصناعي المرضى (Patho elaboration) بمعنى أن الثقافة تحول المرضى النفسى إلى طبيعة فريدة.

(هـ) التأثير التسهيلى (Psycho facilitating) بمعنى أن الثقافة تستحث تكرار حدوث المرض .

(و) التأثير التفاعلى (Psycho reactive) بمعنى أن الثقافة تشكل ردود الأفعال الشعبية التقليدية فى صورة اكلينيكية مرضية.

وفى حالة التأثير التفاعلى (Psycho reactive) هناك جدل هل يعتبر هذا مرضاً أصلاً والتأثير الثقافى تأثير ثانوى ومجرد ترجمة أو لا .

### من أمثلة التأثير الثقافى على الأعراض النفسية:

(1) المريض الموسوس المسلم يأتية الوسواس فى العقيدة وفى الطهارة وفى الصلاة ، والموسوس غير المسلم يأتية الوسواس فى المرض وفى التلوث وخلافه.

(2) المريض الفصامى المسلم: تأتية ضلالة (المهدى المنتظر) أو أنه نبي أو رسول أما الفصامى غير المسلم يتقمص شخصية المسيح المخلص .

(3) مريضة الازدواج المسلمة تنطق عليها شخصية تدعى أنها السيدة فاطمة أو عائشة رضى الله عنهما وتتقمص ذلك ، والمريض المسيحية تدعى أنها السيدة مريم العذراء عليها السلام ، وهذا قد يكون عرضاً من أعراض الفصام أو ما يسمى بضلالة التقمص أو التلبس (possession delusion).

(4) رد فعل حاضرى جلسات الصوفية وحلقات الزار لما يشاهد ويسمع من الارتعاش والتشنج والوقوع على الأرض والإغماء وما يسمى

بالوجد ، يحدث لطائفة معينة من الناس لها هذه الثقافة التأثيرية بينها لا يحدث مع غيرهم.

(5) تظهر على مرضى الانشقاق المسلمين ذوات أو شخصيات تزعم أنها الجن أو العفاريت أما غير المسلمين فتظهر عليهم شخصيات تزعم أنها أرواح آباء أو أمهات موتى.

(6) الضغوط النفسية لدى البدو والعرب في أطراف المدن والذين لا حظ للمرأة في التعبير والتنفيس عندهم تظهر أعراضهم النفسية في صورة جسدية ، ولما يشكون من أعراض نفسية معنوية كالاكتئاب والقلق.

(7) أعراض التلبس أو الإنشقاق التعددى يكثر وجودها في المجتمعات الشرقية عنها في الغربية وهذا نوع من أنواع التأثير الثقافى على الناس ، وهذه الأعراض لما قبول عندنا وربما تكون وسيلة ناجحة في التعبير عن الكبت أو لكسب مكاسب لا يمكن الوصول إليها إلا بهذا الطريق ، أو الهروب من محن وضغوط لا يمكن الهرب منها إلا بهذا الطريق ، لافتقار الشخصية إلى الحيل الدفاعية الصحية والمهارات الإجتماعية.

ومن هنا نتبين أن الطبيب النفسى لابد أن يكون لديه معلومات كثيرة عن ثقافة الشخص وعن اجتماعياته واجتماعية مجتمعه ، بالإضافة إلى معلوماته عن الطب النفسى والأعراض النفسية.



## دور العلاج الروحي :

الممارسات المنتشرة حالياً تبين أن العلاج الروحي للازدواج أو الانشقاق مرتبط

بكثير من السلبيات ومنها:

(1) عدم دراية كثير من المعالجين الروحيين بالطب النفسى وبالتالى عزو الكثير من الإزدواج المرضى للمس والجن مما نجم عن ذلك مخاطر شديدة فى تأخر العلاج وإستفحال المرض.

(2) الانشقاق المرضى والتعددى يتميز مرضاه بالقابلية الشديدة للإيحاء وبخاصية الإيحاء الذاتى للنفس البشرية ، والمعالجون من حيث لا يشعرون يزيدون القابلية للانشقاق ويستثيرون القابلية التعددية للمرضى فنجد المرضى بعد الجلسات الروحية ظهرت عليهم أعراض التلبس والانشقاق ويحكون قصة مشتركة أننا منذ أن جاء الشيخ وقرأ عليها ومن ساعتها تظهر عليها هذه الشخصيات أو الذوات والتي يعزونها إلى الجن أو الشياطين.

وهذا ما نسميه بالتعدد الصناعى أو الاصطناعى والذي من صنع المعالجين و بسبب عوامل الإيحاء الشديدة لدى هؤلاء الذين لديهم القابلية التعددية.

(3) صعوبة علاج المرضى الذين كثر ترددهم على المعالجين الروحيين حيث أن التقمص والتلبس النفسى تمكن منهم ثمكنا شديداً بحيث يصعب على الطبيب النفسى بعد ذلك إخراج هذا الوهم المرضى والذي تحول إلى اعتقاد غير قابل للتنازل عنه ولا سيما والمريض تظهر عليه أعراض الانشقاق ويصعب عليه وعلى المحيطين الاقتناع بأنها

## حالات نفسية.

(4) سلبيات الابتزاز المالى والاىذاء البدنى الشديد أثناء جلسات الضرب والاذى وكذلك كشف العورات وارتكاب المحرمات باسم العلاج بالقران.

(5) احباط كثير من المرضى تجاه العلاج الروحى القرآنى وبأسهم من كثرة الجلسات بدون جدوى وذلك ربما يفقدهم الثقة فى ربهم وكلامه فيلجأون إلى المشعوذين والكهان والسحرة ليجدوا عندهم بغيتهم.

**دور المعالج الروحى :**

- (1) أن يتقى الله فى نفوس وأموال وأجساد وأعراض عباد الله.
- (2) لا بد أن يكون على معرفة وخبرة بالنواحى النفسية أو يستعين بالطبيب النفسى وينسق العمل معه وتحت إشرافه.
- (3) لا يقتصر دوره على مجرد قراءة الآيات والرقى ولكن العلاج الروحى واسع المجال ويهدف إلى إصلاح روح المريض بحثها على الاستمساك بالإيمان بالله والصبر على بلائه والاحتساب وصدق اللجأ إلى الله والتوكل عليه مع الأخذ بالأسباب.
- (4) أنصح إخوانى المعالجين بأن يكونوا على دراية شديدة بالاضطرابات الانشقاقية والازدواج النفسى والاضطرابات النفسية الجسمانية لتشابه هذه الأعراض مع ما يسمى (بالتلبس الروحى).
- (5) لا بد أن يحذر المعالجون من القراءة التحضيرية على أشخاص ليس عندهم أعراض الازدواج أو الانشقاق أو التلبس لأنهم لو صادفوا حالة لما قابلية للإيحاء لصنعوا فيها تعددية وازدواجية وتلبسا وهميا

من حيث لا يشعرون.

(6) لا بد أن يتعد المعالجون عن الإيحاء النفسى للشخص عن طريق تهيئة المريض بطرق معينة وفي جو معين مشحون بالقلق والخوف والحديث عن العالم الغيبى أو عن حالات مماثلة يتحدث فيها ما يسمى بالجن على الأشخاص أو عن طريق مشاهدة حالات مماثلة أو التركيز على الشخص والعين مما يعتبر نوعاً من التنويم الإيحائى أو المغناطيسى للمرضى.

(7) لا ننصح أبداً بجلسات العلاج الروحى الجماعى فى المساجد أو فى غيرها حيث أنها تشيع جواً مخيفاً مليئاً بالإيحاء والوهم والرعب وقد يشتكى بعده الحاضرون لمدة شهور عديدة دون أن يكون بهم شئ قبل هذه الجلسات.

(8) نحذر من القراءة أو الرقية على المريض فى وجود آخرين ولا سيما النساء وإذا كانت مريضة فى وجود محارم رجال (محرم واحد فقط يفضل) وهذا لأن القابلية للانشقاق والتعددية تزداد فى وجود الآخرين لاستجلاب تعاطفهم أو لأخذ مكاسب منهم أو التعبير عن عدوانية تجاههم وهذا من ناحية ومن ناحية أخرى حتى لا يكون حضور بعض النساء المستمعين أو الحاضرين مستحثاً لازدواجية عندهم فيدخلون فى تلك الدائرة وهم أصحاء أصلاً، وإذا قرأ القارئ هذه التحذيرات ربما يفهم أنى أنصح بالابتعاد تماماً عن العلاج الروحى وليس هذا قصدى ولكن المضار الناشئة من تصدر الكثير مما لا خبرة لهم نفسية ولا روحية أضرب بالناس ضرراً بالغاً وصنع منهم مرضى يطول علاجهم. هذا وليس معنى تحسن بعض الحالات بالعلاج

الروحي أن المرض بالضرورة روحياً ، ولكن الإيحاء النفسى له أثر بالغ فى علاج الحالات والمريض ذو شخصية قابلة للإيحاء والتحسن ثمرة نفسية لا اعتقاده فى القرآن والرقية فلا ينبغى حث المريض على وقف العلاج النفسى. ( المرض النفسى بين الجن والسحر والحسد لمحمود لأبو العزائم).

### الدور الامثل للمعالج الروحي تجاه حالات التلبس الانشاقى:

هو أن يكتفى فقط بقراءة الآيات والرقى وتذكرة الأشخاص برهم وأهمية الإيمان به وباليوم الاخر وبالعقيدة الصحيحة والتي تريد النفس البشرية صلابة وتماسكا أمام كروب الدنيا ومحنها ولا أنصح أبدا بأن يستنطق الشخصيات أو الذوات الموجودة لأن هذا يزيد الشخص ازدواجية ، ولو فرض أثناء القراءة ظهرت أعراض ازدواج أو تلبس أو شخصيات بديلة ، عليه أن يستمر فى القراءة ولا يخاطبهم على أنهم شخصيات أخرى ويطلب أن يسميهم أو يستدعى أسماءهم فكل هذا يزيد ازدواجية وتعددية المرضى ، كما ثبت أن علو صوت القارئ ونهره للشخص وتركيزه على أعين المرضى يستدعى إزدواجيتهم وربما يظهر عليهم ما يعتقد المعالج أنه تلبس روحى وما هو الا الوهم والتقمص الإيحائى.

هذا وقراءة آيات وأقوال يراد منها طرد هذه الشخصية أو إخراجها يحدث فقط إذا ثبت يقيناً أن هذه الشخصية تعزى إلى هذا العالم الغيبى وهذا يحدث فى أضيق الحدود وأندرهما (وليس هو الأصل) وإلا فالفاسد الناشئة عن هذا الأسلوب أكبر.

ظهور أعراض جسمية وآلام وتنميل وقىء أثناء القراءة قد يكون

إيحائياً ولا ينبغي للمعالج أن يعول عليه ولا يلتفت إليه ويمضى في رقبته فسرعان ما يختفى.

### ما على المعالج الروحي تجنبه :

(1) القراءة التحضيرية: وهى القراءة التى يقصد منها إظهار الشخصية أو الذات الاخرى أو استنطاقها حيث أن هذا الاسلوب يمس الميول الانشاقية والازدواجية للنفس البشرية ويستحثها فتظهر عليه أعراض جسدية أو تحولية كالشلل أو فقد النطق أو الإغماء ، وإنما عليه فقط رقية المريض أو المريضة بدون الايحاء لهم.

(2) محاولة مخاطبة الذوات التى بزعمه يظن أنهم الجن أو الارواح يزيد الازدواجية أكثر في كثير من الأحيان .

(3) تشخيص المريض أو الصاق المرض الروحي به كأن يقول ( به مس أو جن أو سحر) لأن هذا أولاً: من الغيب وثانياً: لأنه يقذف المريض فى دائرة من الوهم والهلع والايحاء ويغلق عليه تلك الدائرة فيظل فيها أعواماً لا يجد مخرجاً.

(4) منع المريض من العرض على الطبيب النفسى وهذا يحدث كثيراً من المعالج الروحي حيث يخوف المريض من العرض على الطب النفسى حتى لا يقع فى دائرة يظنها العامة دائرة لا خروج منها بالاضافة إلى النظرة السلبية للطب النفسى لدى مجتماعتنا بأنه عار أو جنون أو اعتماد على أدوية مخدرة أو غير ذلك وإنما ينبغي على المعالج أن يبحث المريض أولاً وآخرًا أن يعرض على الطب النفسى.

(5) محاولة إيذاء المريض أو إيلامه قد يزيد مرضه ومعاناته ويسبب له

عقدة من المعالجين وأهل الدين والقرآن، وينفره من هذه الطرق كلها ويسبب له صدمة وكرب ما بعد الصدمة، وقد يعالج شهوراً عدة بسبب ما تعرض له على يد المشايخ والمعالجين.

(6) القراءة الجماعية: ويلجأ إليها كثير من المعالجين لضيق وقتهم ومحاولة معالجة أكثر عدد بزعمهم وهذه القراءة أو العلاج الجماعي ضرره بالغ حيث أن كثيراً من هؤلاء الأشخاص يعانون من قابلية للايحاء وميول إنشاقية ازدواجية داخل أنفسهم فما بالك لو عرضت عليهم هذه الحالات، من يصيح، من يتحدث بأصوات ونبرات أخرى، من يضطرب ويصرع وتختلف أضلاعه، كل هذا ربما يصنع من الإنسان العادي مريضاً بالايحاء وتنشق ذاته إلى ذوات أخرى تفاعلاً مع ما يراه ويشاهده وهو ما يسمى بتعدد الشخصية الاصطناعي والذي هو من صنع المعالجين، وهذا في الحقيقة ليس ازدواجاً مرضياً بل طبيعياً وعلاجه التوقف عن تعرضه لمثل هذه الجلسات.

(7) اطالة فترة القراءة أو الرقية: أما إطالة فترة الجلسة نفسها أو مدة العلاج نفسه فهو إما أن يرهق المريض والشخص نفسياً وبالتالي يزيد من قابليته للانشقاق والازدواج وإما أن يدخله في دائرة الاحباط واليأس من هذا العلاج ويغلق عليه الطرق العلاجية الأخرى ومنها الطب النفسى والعضوى، وأرى ألا تزيد جلسة العلاج الروحى عن ساعة زمن في المرة، ولا تزيد الفترة على شهر هذا بفرض أن الشخص لا يعانى من أعراض اضطرابات نفسية تزداد مع الأيام، وهذا لكى لا يدخل الشخص أو المريض في دائرة مفرغة يصعب الخروج منها.

(8) القراءة على الأشخاص الطبيعيين الأصحاء « إما بدعوى اختبارهم



وفحصهم أو الكشف على أقارب المريض فقد تكون به المشكلة بزعمهم «، وهذا أولاً خلاف السُّنة فلم يكن من هدى السلف أن يقرأ بعضهم على بعض بدون سبب لذلك ، وكذلك من الناحية النفسية قد ينجي القابلية الانشقاقية الايجابية لدى البعض وخاصة النساء مما يجعلهم يدخلون في دائرة من الوهم والايحاء يصعب الخروج منها بعد ذلك ، ولا ينصح بالقراءة أيضاً على من ليس عندهم أصلاً أعراض ازدواج أو انشقاق في الشخصية.

(9) تقوية السلبية والإعتيادية والهروبية لدى الأشخاص بالإلقاء على شماعة القوى الخفية والسحرية والهروب من مواجهة الشخص لنفسه وتعامله مع كروبه ، وكذلك إظهار التعاطف الشديد يعلق الشخص أكثر بالعلاج ويكسبه فائدة من شكواه وهو متعطش وباحث عن الاهتمام أصلاً.

أحسن دور للمعالج الروحي هو أن يستعين بالله ثم بدعائه ورقيته وتأثيره الروحي في التخفيف من الأعراض وليس إظهارها وتقوية شخصية المريض وليس إضعافها ، والإيحاء قوة لدى المعالج الروحي تساعد في بث القوة الروحية والعلاجية والتي تقود المريض إلى تكامل ذاته وحمايتها من التعدد ، وحتى لو كان به تلبس روحي ، فمن السهل جداً علاجه بإذن الله تعالى .

### نصائح ذهبية لمريض ازدواج الشخصية وأسره:

1- السمات الإنشقاقية السالف ذكرها ليست بالضرورة مرضاً - أقصد بالسمات الإنشقاقية (نسيان لبعض الأحداث - إغماء قصير عند الأزمات الشديدة - آلام جسمية مزمنة وغير مستجيبة للأدوية

العضوية - شرود - ..... ) لا تعتبر مرضاً إلا إذا سببت خللاً في حياة المريضة.

2- هؤلاء الأشخاص والذين لديهم قابلية شديدة للإيحاء لا بد أن يتعرفوا على كل ما يزيد من هذه القابلية مثل (التأثر الشديد والإغراق في الحزن أو الفرح - الإنفعال الشديد - الإرهاق والألم الشديد - البحث في الغيبات والتركيز على أحوال العالم الغيبي سواء في الكتب أو على الجرائد أو في القنوات - حضور جلسات القرآن التحضيرية والتي تخصص عالم الجن والسحر - حضور أو سماع العلاج الجماعي في المساجد أو على الأشرطة والتي فيها من يصرع ويصرخ أو تنشق شخصيته).

3- التركيز على السمات الإنشائية وكثرة الحديث عنها والإهتمام بها يزيد الحالة سوءاً لأن هذه السمات ظهرت للتعبير عن شيء أو رفض شيء أو الرمز لشيء من الصدمات الماضية.

4- كثرة التردد على أطباء عضويين وباطنيين ربما يزيد الوهم والإيحاء.

5- التنفيس الصحي والسوى عما تعانيه المرأة ومساعدة الأسرة لها في ذلك يساعد على التخفيف من الإنشقاق حيث أن هؤلاء الأشخاص لا يجيدون التعبير ولا التنفيس وبالتالي يكتبون فيزداد الإنشقاق الداخلي.

6- لا بد أن يلجأ المريض أو المريضة للطبيب النفسي قبل المعالج الروحي أو الشعبي لكي لا تستحث السمات الإنشاقية وتثار القابلية للإيحاء الذاتي فتزداد الحيرة لو بدأ بهم.

7- هؤلاء المرضى يزداد الإيحاء الذاتي عندما ينغزلون ويكثر من

الشرود والتفكير الشديد.

8- أحياناً يتطوع بعض أفراد الأسرة ويقرأ قراءة تحضيرية المراد منها إظهار أو إنطاق شيء داخلي وهذا ربما يزيد إنشاقية المريضة.

9- يطلب من أفراد الأسرة دعم المريضة إيجابياً من الناحية النفسية والاجتماعية طالما في حالتها الطبيعية والتوقف عن هذا الدعم إذا ظهرت الأعراض الإنشاقية كنوع من أنواع الإطفاء والدعم السلبي للأعراض.

10- إذا قويت صلة العبد بربه ، وواظب على طاعته وذكره ، فمن المستحيل أن يتمكن منه الشيطان أو الجان ، وهذا ما جزم به القرآن

الكريم ، قال سبحانه وتعالى : ﴿ إِنَّهُ لَيْسَ لَهُ سُلْطَانٌ عَلَى الَّذِينَ

ءَامَنُوا وَعَلَىٰ رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ ﴿٩٩﴾ إِنَّمَا سُلْطَانُهُ عَلَى الَّذِينَ

يَتَوَلَّوْنَهُ وَالَّذِينَ هُمْ بِهِ مُشْرِكُونَ ﴿١٠٠﴾ [ النحل : 99-100 ] .

## خاتمة نسأل الله حسنها إذا بلغت الروح المنتهى

وبعد أيها القارئ المكرم ، لقد تناولت في هذا الكتاب موضوعاً شائكاً يمس جانباً شديداً الغموض والخفاء في النفس البشرية ألا وهو ( ازدواج الشخصية ) ، تجلت فيه عظمة الخالق العظيم - جلّت قدرته - فحاولت في هذا الكتاب كشف غموض ازدواج الشخصية وفك رموزه وأساره والتعرف على أسبابه ، وربما كشف هذا المرض النقاب عن بعض الجوانب الخفية في النفس البشرية .

لقد تبين أن هذا الإسم ( ازدواج الشخصية ) ليس اسماً دقيقاً وإنما الدقيق هو تعدد الشخصية الانشقاقي حيث تنشق الشخصية إلى ذوات متعددة كل له ثقافته وسلوكه ومشاعره وتفكيره بل ونبرة صوته وطريقة كلامه ، علماً بأن بعض الشخصيات تفرض سيطرتها على الشخص في سلوكه ومزاجه وعلاقاته ويقظته ونومه وأحلامه . أظهرت التصانيف المختلفة أنواعاً من الأعراض والمظاهر المرضية ومن أهمها الخلل في الذاكرة والتغير في الذاتية والأعراض الجسدية مع التغير الشديد والمفاجئ في السلوك ، هذا التغير الشديد هو السبب في آثار المرض الوخيمة على الشخص وعلى أدائه وعلى علاقاته وكثيراً ما يؤدي إلى إنهيار في العلاقات وأذى للمريض والمحيطين .



وأسباب هذا الانشقاق في الشخصية إما أسباب في النشأة ولهذا تحدثنا عن نشأته في الأطفال من حيث التربية والعلاقة بالأبوين ، وهذا يهيء النفس لتركيبية قابلة للانشقاق ، وإما أسباب من حيث الصدمات والكروب ، وعن النظرية الاجتماعية المعرفية جاء الحديث ليفسر الظاهرة ويؤيد الاصطناعية وأثر البيئة والثقافة والاعلام ، ولم أنسى من خلال الكتابة الحديث عن أثر المعالجين الروحيين وأثر الإيحاء النفسى وأثر الجو البيئى والإعلامى فى ظهور بعض الأعراض الاصطناعية وهذا يزيد الأمر غموضاً وتعقيداً. ولما عقدت المقارنات بين الازدواج وبقية الأمراض المشتهرة مثل الفصام والوسواس والاضطرابات التحويلية وبعض اضطرابات الشخصية مثل الشخصية الحدية تبين أن هناك فرقاً واختلافاً بين الازدواج وغيره من الأمراض ودائماً كانت السمة الفاصلة ظهور شخصية منفصلة ومختلفة عن الشخصية الأصلية مع خلل شديد فى الذاكرة.

كانت وما زالت هناك تحديات لتشخيص الازدواج من حيث ثبوته وحقيقته ، وقد أظهرت علاقة الازدواج بمراكز الدماغ حقيقة المرض حيث أن عمل المركز يتغير مع التغير فى الذات وهذا قد أضاف سبباً آخر للانشقاق ولكنه عضوى فى طبيعته.

جاء الحديث أيضاً عن التلبس الروحى وعلاقته بالازدواج النفسى والفروق بينهما وصعوبة التشخيص الفارق حيث أنه فى كل منهما تظهر شخصية أخرى بملامح مختلفة ، تحدث بعدها عن أساليب العلاج المختلفة للازدواج النفسى مع الإشارة الى العلاج الروحى ، وكان العلاج

الفعال نفسياً وروحياً أكثر منه دوائياً وعضوياً ، وختمت ببعض النصائح الهامة للأسر والمرضى والمعالجين:

والخلاصة أيها القارئ الكريم؛ لقد وضع بين يديك عجيبة من عجائب النفس البشرية ، التي ما يزال يتحير في عجائبها ويسبح في بحارها العلماء والباحثون.

أبى الله أن يجعل الكمال إلا لكتابه ، والعصمة إلا لرسوله ﷺ .

لم أر في العيوب عيباً .: كنقص القادرين على التمام

وكتبه د . ياسر عبد القوي

عفا الله عنه

للتواصل والحوار :

yaseras@yahoo.com

البريد الإلكتروني :

annafsalmoslema.com

الموقع الإلكتروني :

## المراجع العربية

- 1- الهستيريا والوساوس المرضية - حالة دورا بين فرويد ومارتى 1990 - إشراف وتعليق د. محمد أحمد النابلسي.
- 2- طارق الحبيب. العلاج النفسى والعلاج بالقرآن. رؤية طبية نفسية شرعية ص 186 ، مؤسسة التنمية الأسرية.
- 3- د. عبد الكريم بكار. نحو فهم أعمق للواقع الإسلامى. دار القلم ص 62.
- 4- غاى ليون بليفير ، ترجمة عيسى سمعان. التداوي بالتنويم المغناطيسي. الطبعة الأولى 1990 - دار الحوار للنشر والتوزيع - اللاذقية - سورية.
- 5- فرويد سيغموند . التحليل النفسى للهستيريا ( حالة دورا). ترجمة جورج الطرايشى 1981 ص 27 - دار الطليعة - بيروت.
- 6- د. كمال وهبى ، د. كمال أبو شهدة. مقدمة فى التحليل النفسى. دار الفكر العربى - بيروت 1997.
- 7- مارتى بيار ، فان م ، دوميزان م ، دافيد س ، النابلسي محمد - ترجمة د. غزوى نابلسي. سيكوسوماتيك .
- 8- محمود جمال أبو العزائم ، د. محمد المهدي ، د. لطفى الشربيني. المرض النفسى بين الجن والسحر والحسد - الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية 2005.
- 9- د. وائل فاضل على. منتدى آفاق نفسية.



## References

Alison Marshall , “From the Chinese religious ecstatic to the Taiwanese theatre of ecstasy: a study of the wu” (PhD dissertation, University of Toronto, 2000) “The dissertation examines the use of the term wu in Confucian and Daoist texts, poetry, historical texts and in a modern Taiwanese dance drama.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders, 2000 (4 the ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Barlow MR. Memory and fragmentation in dissociative identity disorder. A Dissertation: presented to the department of Psychology and the graduate School of the university of Oregon in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, December 2005.

Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Eley, T., Freyd, J. J., Stevenson, J., & Plomin, R. A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004, 45, 522–532. References 495 c13.



Bergert D, Ono Y, Nakajima K. Dissociative symptoms in Japan. *American J Psychiatry* 1994; 151:148-149.

Bliss EL. Multiple personality, allied disorders, and hypnosis. New York: Oxford University Press; 1986.

Bravo M, Guarnaccia, Peter J. Ph.D.; Canino, Glorisa Ph.D.; Rubio-Stipec, Martiza M.A.; Milagros Ph.D. The Prevalence of Ataques De Nervios in the Puerto Rico Disaster Study: The Role of Culture in Psychiatric Epidemiology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: March 1993; vol 81: issue3.

Bremner JD, Krysta JH, Putnam FW. Measurement of dissociative states with the clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). *J Trauma Stress* 1998; 11:125-136.

Brown, Daniel ; Frischholz, Edward J. ; Schefflin, Alan W. Iatrogenic dissociative identity disorder – An evaluation of scientific evidence. *J. Psychiatry & L.* 1999; 549.

Butler, L. D., Duran, E. E., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D.. Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153, 42–63.

Castillo R. Spirit possession in South Asia: Dissociation or hysteria? Part1: Theoretical background. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1994; 18:1-21.



Castillo R J and Haugen M C. Unrecognized Dissociation in Psychotic Outpatients and Implications of Ethnicity. *The Journal of Nervous & Mental Disease*: December 1999 - Volume 187 - Issue 12 - pp 751-754.

Coons P. The Dissociative Disorders Rarely Considered and Under diagnosed Psychiatric Clinics of North America (September 1998) - Volume 21, Issue 3.

Coons PM, Bowman ES, Kluft RP, Milstein V. The cross-culture occurrence of MPD: Additional cases from a recent survey. *Dissociation* 1991; 4, 124-128.

Damasio A. *Descartes's Error. Emotion, reason, and the human brain.* Nueva York: Grosset/ Putnam Book (Trad cast: *El error de Descartes.* Barcelona, Critica, 1996).

Dell PF. Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(1): 10-15.

Dell PF. Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *J Trauma Dissociation* 2001; 2(1):7-37.

Dell PF. "A new model of dissociative identity disorder". *Psychiatr. Clin. North Am* (March 2006). 29 (1): 1-26.

Emma Cohen. *What is Spirit Possession? Defining, Comparing, and Explaining Two Possession Forms.* Published in: *Ethnos*,



Volume 73, Issue 1 March 2008 ; pages 101 – 126.

Freyd JJ. Betrayal trauma: The logic of forgetting child abuse. Cambridge, MA: Harvard University Press 1996.

Giesbrecht, T; Merckelbach, H; Geraerts, E. The Dissociative Experiences Taxon Is Related to Fantasy Proneness. The Journal of Nervous and Mental Disease: September 2007 - Vol 195 - Issue 9 :769-772.

Giesbrecht T , and Merckelbach H. Dreaming to reduce fantasy? – Fantasy proneness, dissociation, and subjective sleep experiences. Personality and individual differences. Vol 41, issue , September 2006: 697-706.

Gilmore (editor) Psychology of Programming, Academic Press, 1990. ISBN 0-12-350772.

Gleaves DH, May MC, Cardena E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. Clinical Psychology Review 2001, 21:577-608.

Gonzales CA and Griffith EEH. Culture and the Diagnosis of Somatoform and Dissociative Disorders. in Mezzich JE et al., (eds.) Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSMIV Perspective: 1996; Washington D.C.: APA Press Inc.: 137-167.



Goodman FD. States of consciousness: A study of sound tracks. *Journal of Mind and Behavior* 1981; 2: 209- 219.

Hadock DB (ed). *Dissociative identity disorder source book* 2001. New York . ISBN 0-7373-0394-8.

Hanstock TL. Bipolar affective disorder and dissociation: A potentially lethal combination. *Clinical case studies* April 2007, vol 6, No 2: 131-142.

Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the mind: A new theory of personality*. New York: Basic Books.

Heinze, R. I. Shamans or mediums: Toward a definition of different states of consciousness. *Journal of Transpersonal Anthropology* 1982 ; 6(1&2), 25-44.

Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2000, 48:1097-1127.

Hopper A, Ciorciari J, Johnson G, Spenssley J, Sergejew A, Stough C. EEG coherence and dissociative identity disorder: comparing EEG coherence in DID hosts, alters, controls and acted alters. *J Trauma Dissociation* 2002;3:75-88

Kaplan H and Sadock B. *handbook of clinical Psychiatry*, 1998.



Kluft RP. Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1991; 14: 605-629.

Kluft RP. Current Issues in Dissociative Identity Disorder Bridging Eastern and Western Psychiatry vol. 1 num. 1, 2003.

Kluft RP. Dissociative identity disorder. In LK Michelson & W J Ray (Eds). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* 1996 (pp. 337-366). New York: plenum.

Krippner S. Cross- cultural approaches to multiple personality disorder: Practices in Brazilian spiritism 1987. *Ethos*, 15(3), 273-295

Krystal Jh, Benett A, BremnerJD, Southwick SM, Charney DS. Recent development in the neurobiology of dissociation. Implications for posttraumatic stress disorder. In LK Michelson & W J Ray (Eds), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and clinical perspectives* 1996 (pp. 163-190). New York: Plenum Press.

Lewis-Fernandez, R. Culture and dissociation: A comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 123-167). Washington, DC: American Psychiatric Press 1994.



Lilienfeld, Scott O.; Kirsch, Irving; Sarbin, Theodore R.; Lynn, Steven Jay; Chaves, John F.; Ganaway, George K.; Powell, Russell A. Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin* Sep 1999; Vol 125(5), , 507-523.

Loewenstein RJ, Putnam FW: The dissociative disorders, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed, vol 1. Edited by: Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp 1844–1901.

Lynn SJ, Rhue JW, eds. 1994. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York, NY, USA: The Guilford Press. 365-394 pp.

Macfie J, Cicchetti D, Toth SL. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev Psychopathol*. 2001;13(2):233-254.

Merkel L. Dissociative Disorders And False Memory Syndrome (Revised 4/9/03):1-40.

Merskey, H. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. Volume 11, Number 4, December 2004, pp. 351-355.

Middelton W, Bulter J. Dissociative identity disorder: an Australian series. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:294-804.

Morris P. *Theory & Psychology* 2004; Vol. 14, No. 5. 647-665



Nakdimen A. Dissociative Disorder Under diagnosed Due to Undescriptive Criteria? Am J Psychiatry September 2006, 163:1645-a,

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Somatoform dissociatie: Bijna vergeten, maar meetbaar aanwezig : Somatoform dissociation: Almost forgotten, but measurably present. Dth, 1998,18;104-133.

Piper A, Merskey H. The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder. Part I. The Excesses of an Improbable Concept. Can J Psychiatry 2004; 49:592-600.

Prins H. Besieged by devils-thoughts on possession and possession states. Medicine, Science and law 1992; 32,237-246.

Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Baran L, Post RM. .clinical phenomenolog, of multiple personality disorder: Review of 43. 100 recent cases. J Clin Psychiatry 1986; 47: 285-293.

Putnam FW, Hornstein N, Peterson G. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative identity disorder: gender and age effects. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996, 5,351-360.



Richards J. But delivery us from evil: An introduction to the demonic dimension in pastoral care 1974. London: Darton, Longman, Todd.

Ross, C. A. Epidemiology of multiple personality and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America* 1991; 14, 503–517.

Ross CA, Anderson D (eds). The dissociative disorder interview schedule: A structured interview: dissociation, vol. II No 3: September 1989.

Ross CA. Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. New York: John Wiley & Sons; 1997.

Rufer M, Held D, et al. Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2006;75:40–46.

Sar V, Akyüz G, Doğan O (). “Prevalence of dissociative disorders among women in the general population”. *Psychiatry Res* 2007; 149 (1-3): 169–176. doi:10.1016/j.psychres.2006.01.005. PMID 17157389.

Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22:7-66.



Schredl M. Repression and dreaming: An open empirical question. *Behavioral and Brain Sciences* (2006), 29:5:531-532.

Seedat S, Stein MB, and Frode DR. Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity and substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(2):115-120.

Simeon D, Guralink O, knutelska, and Scmeidler J. Personality factors associated with dissociation: Temperament, Defenses, and cognitive Schemata. *American J. Of Psychaiatry*: 2002; 159(3): 489-491.

Spanos, N. P., Weekes, J. R., & Bertrand, L. D. (). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology* 1985; 94, 362-276.

Spanos NP. Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective. Washington DC: American Psychological Association 1996.

Spiegel, H. The grade 5 syndrome: The highly hypnotizable person. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1974; 22, 303–319.

Spiegel D, Janet P. Self or Selves? *Theory & Psychology*, Vol. 12, No. 1, 97-128 (2002).



Spiegel D. Dissociation : culture, mind, and body. Washington, DC : American Psychiatric Press, c1994. xv, 227 p. : ill. ; 24 cm.

Spiegel D: Recognizing traumatic dissociation. Am J Psychiatry 2006; 163:566–568.

Steinberg, Marlene M.D.; Cicchetti, Domenic Ph.D.; Buchanan, Josephene B.A.; Rakfeldt, Jaak Ph.D.; Rounsaville, Bruce M.D. Distinguishing Between Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) and Schizophrenia Using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. J Nerv Ment Dis 1994; Vol 182: issue 9.

Stephen Black. The British Journal of Psychiatry (1970) 117: 102-103. doi: 10.1192/bjp.117.536.102-a

Tart, Charles, “Multiple Personality, Altered States and Virtual Reality: The World Simulation Process Approach,” Dissociation December 1990; Vol. III, No. 4.

Van der Kolk, Bessel A. (Ed); McFarlane, Alexander C. (Ed); Weisaeth, Lars (Ed). Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society 1996. (pp. 303-327). New York, NY, US: Guilford Press. xxv, 596 pp.



Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr; 163(4):630-636.

Watson, D. (). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: Stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology* 2003 , 112, 298-305.

Wills SM, Goodwin JM. Recognizing bipolar illness in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders* 1996; 9:104-149.

Yargic LI, Sar V, Tutkun H. Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structure interview in turkey. *Compr Psychiatry* 1998;39(6):345-351.