

### الانشقاق يختلف عن الكبت فى الآتى:

- 1- المادة المنشقة تخزن على أنها غير محولة ومنفصلة أما المادة المكبوتة تخزن على أنها متكررة أو مقنعة.
- 2 - المادة المنشقة - يمكن استرجاعها مباشرة بينما المادة المكبوتة مقلقة وتحتاج ترجمة وحل لرمزها داخل النفس البشرية.
- 3- المادة المنشقة غالبًا تحتوى على تجارب منفصلة بينما المادة المكبوتة متراكمة ومقترنه بكثير من التجارب الأخرى.
- 4- الانشقاق أكثر ارتباطا بالصدمات المؤلمة بينما الكبت مرتبط أكثر بالمخاوف والرغبات.

ويكون الكبت أحياناً شعورياً (Suppression) وهى عملية نسيان إرادى واحتماد للمؤلم من الذاكرة (Siemeon etal 2002).

### احصائيات الانشقاق:

تمثل الاضطرابات الانشقاقية 5 - 10٪ من المجتمع والنسبة تزداد إذا بحثت عن الاضطرابات الانشقاقية وسط الاضطرابات النفسية الأخرى. أظهرت دراسة فى تركيا (اسطنبول) أن 18٪ من المشاركين كان لديهم اضطرابات انشقاقية أثناء عمرهم (Sar V 2007).

فى العالم الغربى الانشقاق ليس نادرا ولكن لم يلق الاهتمام اللازم ، ومظاهر الانشقاق لها عدة مصادر منها:

### (1) احصائيات من المجتمع عموماً:

فى بعض الإحصائيات وباستخدام مقياس التجارب الانشقاقية كان

حوالى (10) من (1000) حالة تعاني من الانشقاق وفي دراسات اجتماعية عدة باستخدام نفس القياس وجد أن النسبة المئوية حوالى 3٪ وهؤلاء قد أظهروا درجات عالية تزيد عن 30 درجة من التجارب الانشقاقية وهو ما يعد علامة على وجود الانشقاق. (Seedat et al 2003).

### (2) دراسات الصدمات النفسية:

أظهرت دراسات آثار الزلازل في الولايات المتحدة (1989) أن هناك ما يقارب من 40٪ من العينة كانوا يعانون من أعراض انشقاقية وظلوا لمدة بضعة أشهر يعانون منها والى الشهر العاشر وجد أن هناك 15٪ ما زالوا يعانون من هذه الأعراض.

هذا وجدير بالذكر أن الانشقاق في وقت الصدمة النفسية مقدمة لظهور اضطرابات ما بعد الصدمات (PTSD) على المدى البعيد (Van der 1996).

ومن الجدير بالذكر أن بعض الإحصائيات أشارت إلى أن القابلية للإيحاء (Suggestibility) والاستعداد للخيال الجامح هم علاقة طردية مع درجات اختبار الانشقاق وبمعنى آخر كلما زادت هذه السمات النفسية كلما زاد الانشقاق، وهذا يثبت أن الانشقاق نظرية للسمات (Trait phenomenon) وهذا لا يعنى أن الصدمات ليس لها دور في الانشقاق ولكن دورها لا يكفي فقط لحدوث الانشقاق ولكن لابد من سمات معينة في الشخص كالسمات المذكورة سابقا.

### (3) الوراثة:

ترتبط الوراثة ببعض العوامل الشخصية مثل الاضطراب الذهاني،

وعدم الاتزان العاطفى أو الانفعالى ، وكل هذا يشير إلى أن القابلية للانشقاق مرتبطة بالسّمات الوراثية المرتبطة بالعوامل النفسية فى شخصية المريض.

#### (4) النظرية النفسية الديناميكية:.

حيث يعزى الانشقاق إلى تجربة انفعالية شديدة كالعاصفة لا يمكن الهروب منها وتؤدى إلى نكوص إلى حالة من اختلال فى درجة الوعى. (Gilmore 1990)

#### (5) القابلية للتنويم والايحاء .

القابلية للايحاء والتنويم + الصدمات = أعراض انشقاقية ، يستخدم مفهوم الايحاء الذاتى أو التنويم الذاتى (autohypnosis) لتفسير العلاقة بين الانشقاق والصدمات حيث يوحى الشخص لنفسه بشدة بما يخفف من وطأة الصدمة ويساعده على الهروب منها ، وهذا يفسر ما يشاهد أثناء جلسات التنويم المغناطيسى أو العلاج الروحى حيث يدخل الشخص المنوم فى حالة من الغيبوبة الجزئية وهذا نوع من الانشقاق. وكلما زادت نسبة حدوث ودرجة حدوث الايحاء أو التنويم الذاتى عند الأشخاص كلما زادت درجات الانشقاق عندهم والعكس صحيح. (Gilmore 1990)

#### (6) النظرية الفسيولوجية:.

تفترض هذه النظرية أن هناك قابلية عصبية لدى مرضى الانشقاق ، وأن الانشقاق له علاقة بالخلل فى القرن الدماغى (Hippocampus) ويؤدى إلى خلل فى الذاكرة وهو عنصر أساسى فى عملية الانشقاق.

## (7) النظرية الاجتماعية المعرفية:

وهذه ستتناولها لها إن شاء الله بالتفصيل عندما نناقش الاضطرابات الانشاقية التعددية (DID).

### أنواع الاضطرابات الانشاقية:

#### 1- اضطراب الذاكرة (النسيان النفسى):

وهو فقد مفاجئ للذاكرة الخاصة بمعلومات خاصة وليس بسبب النسيان العادى و ليس بسبب مرض فى المخ ، ويعد من أشهر أعراض الانشاق ويزداد فى النساء عن الرجال ، وغالبا هذا النسيان يشتمل على فقد الذاكرة الخاصة والشخصية مع بقاء الذاكرة والمعلومات العامة وهذا عكس الضمور أو الفشل المخى/المشتهر لدى المسنين (Dementia)، والنسيان له أنواع فمنه ، نسيان محدود (خاص بأحداث معينة لفترة محدودة) ، نسيان اختياري (نسيان لبعض الأحداث فى فترة معينة وليس لكلها) ، نسيان عام (نسيان كل الفترة السابقة من العمر) ، نسيان مستمر (نسيان لأحداث مرتبطة بحادثة معينة ومستمرة وتتضمن أيضا أحيانا الزمن الحالى).

يحدث النسيان النفسى دائما عند وجود انفعالات شديدة وصراعات نفسية قوية وحالة لا يمكن للفرد أن يهرب منها ، هذا وحالة النسيان هذه يسبقها حالة صراع واختلال بسيط فى درجة الوعي أو حرمان من النوم والعجيب أن الشخص لا يشعر بأنه فى هذه الأحداث إلا اذا واجهه شخص آخر بها.

وجدت الدراسات أثناء الحروب أن 8% من الجنود يشكون من

النسيان في ما يسمى (بعصاب المعارك) .

هذا و النسيان النفسى لا بد أن يفرق بينه وبين الاضطرابات المعرفية العضوية مثل الفشل المخى والغيبوبة العضوية وكذلك فقدان الذاكرة عقب الصدمات بالرأس وكذلك نوبات الصرع والصداع النصفى وتسمم الادوية والمخدرات واصابات الكبد والكلى الشديدة المؤثرة على الدماغ ودرجة الوعى .

وأحيانا هذا النسيان النفسى قد يكون في صورة نوبات تستغرق من يوم إلى بضعة أيام وأحيانا يكون مزمناً (coons 1998). وهذا النسيان النفسى قد عرف منذ زمن بعيد حيث أكد فرويد على أهمية تلازم الهستيريا (الاسم القديم للاضطرابات الانشقاقية والتحولية) للاضطرابات التذكيرية معتبراً إياها أساساً في تشخيص الهستيريا ، ويرى فرويد أن عمليات الكبت المؤدية الى الهستيريا تترك بصماتها واضحة على ذاكرة المريضة (سيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية - حالة دورا بين فرويد ومارتى 1990).

### فتاة لا تتذكر أنها مكتوب كتابها :

حضرت الفتاة ذات العشرين عاماً العيادة بشكوى غريبة جداً وهى أنها مكتوب كتابها من حوالى سنة ولكنها لا تتذكر تماماً هذا الحدث الهام ومع سؤال الأهل والمريضة تبين أن الجدة قد ماتت قبل كتب الكتاب بشهر وكانت صدمتها في جدتها شديدة جداً ، مرت الأشهر وفي نفس الموعد يفاجأ الأهل وهم يحدثونها عن زوجها وإذا هى لا تذكر أنها متزوجة أصلاً ، وبسؤال المريضة قالت «هم يقولون إننى مكتوب كتابى



لواحد يقولوا اسمه أحمد بيجيلي ولكن أنا مش فاكراه ولا فاكراه يوم كتب الكتاب ولا الفرحة الي عاملولوه ، مش عارفة هتزوج إزاي ، آخر حاجة فاكراها إن جدتي ماتت».

## 2. الشرود أو التوهان النفسى «الانشقاقى»

ويتميز بوجود نسيان + سفر + تقمص شخصية أخرى ، هذا ويكون السلوك أثناء الشرود طبيعياً وهذا الشرود نسبه قليله بالنسبة لغيره من الاضطرابات الانشقاقية.

وتشبه أسباب الشرود أو التوهان النفسى أسباب النسيان النفسى من ناحية علاقتها بالصدمات النفسية الشديدة والتجارب الشعورية المؤلمة. (Kaplan 1998).

### مراحل الشرود أو التوهان النفسى الانشقاقى :

\* مرحلة اختلال فى درجة الوعي وقد يصاحبه امتلاء الذهن بشكوك معينة.

\* فقد للذاكرة مع اصطحاب شخصية أخرى تخرج بعيدا عن المنزل ولكن تتصرف بسلوكيات طبيعية.

\* رجوع فجائى للهوية أو الذاتية مع نسيان تام للمراحل السابقة ويفاجئ المريض أو تفاجئ المريضة بأنها خارج المنزل لا تتذكر كيف خرجت ومتى ارتدت هذه الثياب وكيف وصلت إلى هذا المكان الذى هى فيه الآن. (Gilmore 1990).

### «فجأة تقول معرفكمش»:

جاءت المريضة ، تقول أمها إنها فجأة تقول « معرفكمش وتسبب البيت منعرفش بتروح فين والناس يشوفوها بره وهى مش عارفاهم وكأنها واحدة تانية وناكراهم ، وتيجى من بره بعد ساعات ، وفى البيت فجأة تتقلب واحدة تانية تتكلم بكلام واحدة تانية ، وتعيط وتصدع وتقول بشوف واحد اسمه رشاد يجينى فى الغرفة ويتكلم معايا وبعد كده أصدع وأنام ولما نواجهها بكلام تقول محصلش وساعات تبقى عدوانية جداً ، وفجأة نلاقيها مختلفة فى الشكل وتحط مكياج وتلبس لبس غريب وتتكلم بلهجة سعودية وهى أصلاً متعرفش تحط مكياج». وبسؤال المريضة قالت: « ناس بتقوللى إنت قاعدة معانا وانا معرفهمش ، وماما دى أنا عارفاهما من ثلاثة أيام معرفش إذا كانت ماما ولا ولا ، وبشوف واحدة عينها خضراء وشعرها طويل وذهى . وبقميص نوم - بعد كده طلعتنى الحجب وده فى الحلم وصحيت من النوم لقيت ايدى كلها رمل»

### 3. اضطراب أو فقد الإنية: (Depersonalization)

هو اضطراب فى إدراك الذات مع فقد مؤقت وسريع للذاتية أو اهوية و مع خلل فى إدراك الشخص لنفسه وشعور بأنه خارج هذا الجسد أو يشاهد نفسه بعيدا عن جسده ولا يسيطر على أفعاله وبمعنى مختصر يشعر أن النفس أو الذات غير موجودة أو غير حقيقية أو أنه فى حلم ونفسه غريبة عنه.

### 4 . اضطراب اللاواقعية: (Derealization)

يشعر المريض بأن الأحوال حوله غير حقيقية والعالم حوله غريب عليه.

وهذه الشكوى قد تحدث أحيانا كجزء من بعض الأعراض الأخرى مثل آثار المخدرات وغيرها من الأمراض النفسية ، وأحيانا تحدث ضمن الاضطرابات الذهانية.

في حالات فقد الواقعية كمرض مستقل لا يلاحظ اضطراب في اختبار الواقعية (Reality testing) وهذا الاضطراب في الحقيقة مزعج جدا وغير متناغم مع الذات وقد يؤدي إلى الانتحار ، وعلى العموم فإن وجود هذه الشكوى فقط نادر الحدوث أما ضمن أعراض أخرى فكثير ، هذا و مدة حدوث العرض غالبا مؤقتة و المزمّن منها نادر والحمد لله . (Coons 1998).

#### 5. الاضطرابات الانشاقية (تعدد الشخصية الانشاقية) :

الصفات التشخيصية لتعدد الشخصية أو تعدد الذوات « التصنيف الأمريكي الرابع »

I- شخصيتان أو أكثر كل منهما تتولى السيطرة على الجسم في وقت من الأوقات .

#### II- خمس صفات مميزة :

(1) فقدان الذاكرة « لبعض الأحداث » .

(2) شعور بفقد الشخصية أو الإنية .

(3) شعور بتغير الكون من حوله .

(4) ذوبان الذاتية .

(5) تغير في الذاتية .

فقدان الذاكرة هنا لأحداث أو لمعلومات شخصية هامة يبعد أن يكون ضمن النسيان الطبيعي .

III- أعراض بسبب الايحاء التلقائي للنفس ، أعراض شبه ذهانية مثل أصوات تسمعها المريضة أو المريض تمثل الذوات أو الشخصيات الأخرى.

IV- كثيراً ما يشتكى هؤلاء المرضى من أعراض جسمانية سببها نفسي .

V- كل ما سبق ليس بسبب مرض طبي أو تعاطي مخدرات أو أثناء فترة الطفولة حيث في هذه الفترة التعدد أو الانشقاق أقرب للطبيعية .

يكن المرض هنا في الفشل في التكامل لا في المحتوى. (Spiegel 1994) (Vemetten E et al 2006) .

### (دليل) يقدم منظوراً جديداً للإنشقاق التعددي للذوات :

يرى دليل أن التصنيف الأمريكي قاصر في رؤيته لانشقاق الذات حيث يختزل الأعراض في أن هناك تحولاً من شخصية الى أخرى لها هويتها بينما الشخصية الأصلية لا تذكر هذا تماماً، بينما يرى دليل أن هذا التصنيف يحذف كثيراً من الظواهر الانشاقية. وقد كشف دليل بهذا النموذج الجديد قصور التصنيف الأمريكي الرابع والمراجع وأصبحت النماذج الواصفة للانشقاق التعددي ثلاثة: نموذج التصنيف الأمريكي الرابع (تعدد شخصيات + إنتقال من ذات الى أخرى + نسيان) ، نموذج دليل الذاتى والذنى يصف ظاهرة الانشقاق في هؤلاء المرضى، النموذج الإجتماعى المعرفى (sociocognitive). ويرى دليل أن التصنيف الأمريكى يضيق النظرة للانشقاق الذاتى حيث يختزله إلى اضطراب ذوات و فقط أما رؤية دليل

فتقدم ما يسمى بالمتقطحات الانشقاقية (dissociative intrusions) والتي تقتحم كل جوانب المنظومة الادارية (executive function) والاحساس بالذات (self) sense of. وبهذا المنظور فان نموذج ديل يتضمن نموذج التصنيف الأمريكى والعكس غير صحيح. أما النموذج الاجتماعى المعرفى فانه يزعم ان تعدد الذوات من صنع المجتمع أو من صنع المعالجين.

### ظواهر الانشقاق لدى مرضى الانشقاق التعددى :

(Dissociative phenomena of dissociative identity disorder) :

أثبتت الدراسات (من 8-32) وجود ثلاثة عشر عرضاً انشقاقياً فى تعدد الذوات الانشقاقى لا يقر بها التصنيف الأمريكى الرابع وسمى هذا النموذج بالنموذج الذاتى الظاهرى ( subjective & phenomenological model) وهذا النموذج ثبت وجود أعراض ذهانية مثل الهلوسة السمعية والبصرية وأعراض شneider ( first rank symptoms) ومع ذلك لا تتبع الذهان وإنها هى انشقاقية فى طبيعتها. ( Dell 2001 ، 2006 ) .

وهذه الاعراض هى :

1. أعراض متناغمة مع الانشقاق :

( straightforward dissociative Symptoms)

\* النسيان: وهو من أعراض الإنشقاق المرضى فى إختبار التجارب الانشقاقية.

\* **أعراض تحويلية (conversion)** : وهذه الأعراض مصنفة في التصنيف الأمريكي تبعاً للأعراض شبه الجسدية (somatoform disorder) (بينما التصنيف الدولي العاشر يصنفها تبعاً للأعراض الانشاقية).

\* **الأصوات (Voices)** : وهذه الأصوات تسمع في الأذن وليست معانى موجودة في الدماغ ، ولكن هذه الأصوات يعزبها المريض للضمير أو القرين أو يقول هذا أنا وهذا التفسير مختلف عن تفسير مرضى الذهان لهذه الأصوات.

\* **فقدان الشخصية (Depersonalization)** وهو من أعراض الانشاق في التصنيف الأمريكي ولكنه لم يذكره ضمن الانشاق التعددى.

\* **الغشية (Trance states)** وهو إختلال فى درجة الوعى وعدم تجاوب مع المحيط الخارجى.

\* **تغير النفس أو الذات (Self - alteration)** وهى من الأعراض المشتهرة فى الانشاق التعددى وهنا لايراد بها الانتقال من ذات إلى أخرى وإنما تغير متاجىء غريب عن الذات غير قابل للتغيير ساعتها. هذه الأعراض تشبه فقدان الشخصية ولكنها غير مطابقة للفقدان العام والغربة التى فى فقدان الشخصية.

\* **فقدان الواقعية (Derealization)** وهى من ضمن أعراض الانشاق المرضى فى اختبار الانشاق المرضى.

\* **الوعى بوجود الشخصيات الأخرى (Awareness of other personalities)** وهذا مألوف لدى مرضى تعدد الذوات حيث

يسمعون أو يشاهدون بعض الشخصيات تتحدث أو تعمل بينما هم غائبون. كثير من الأطباء النفسيين يعتقدون خطأً أن "في هؤلاء المرضى" لا تشعر الشخصية بالشخصية الأخرى ، وهذا الافتراض الخاطئ يقره التصنيف الأمريكي والذي ربما ينفي التشخيص التعددي إذا شعرت شخصية بما تفعله أو تقوله الشخصية الأخرى.

\* **تشوش الهوية (identity confusion)** وهو من أعراض الانشقاق عموماً ولا يذكره التصنيف الرابع ضمن تعدد الذوات المرضى.

\* **الذاكرة الإسترجاعية (flashbacks)** وهذا مشتهر لدى تعدد الذوات وكرب ما بعد الصدمة والمرضان كثيراً ما يجتمعان.

\* **أعراض انشقاقية شبه الذهانبة :**

(dissociative- psychotic-like symptoms)

كثير من الباحثين في الثمانينيات اكتشفوا أن كثيراً من مرضى تعدد الذوات يشخصون على أنهم انفصاميون.

(Bliss ,1980 1986 Bons 1991).

وبالتالى حاول هؤلاء التركيز على الأعراض المتشابهة فى المرضى ومنها:

1- **الهوسة السمعية؛**

وهى إما سماع أصوات الشخصيات أو الذوات الأخرى - الجزء السمعى للأصوات المرتجعة ( الارتجاع الانشقاقي (Dissociative flashbacks) - هلوسة سمعية حقيقية ، وتؤيد الدراسات وجود هذه الأعراض لدى هؤلاء المرضى (أصوات الشخصيات الأخرى)

وهذه الأعراض قد أهملت في التشخيص الأمريكي الرابع ، وتفسير هذه الأصوات لدى هؤلاء المرضى هو " تريد الذات التي ليست تحت السيطرة أن تصل الى الوعي عن طريق إصدار بعض الأصوات. (American Psychiatric Association 2000 ) .

## 2- الهلوسة البصرية:

وهذه الهلوسة لها أنواع منها: رؤية الشخصيات الأخرى في العقل أو الخارج - الجزء البصرى في الارتجاع الانشقاقي - هلوسة بصرية حقيقية ، هذا ويرى البعض أن الانشقاق والفصام قد يجتمعان وهذه الهلوسة قد تحدث فيما يسمى بالذهان الانشقاقي التفاعلي ( Reactive dissociative psychosis ) وأيضاً تفسير هذه الهلوسة البصرية هو " تحاول الذات التي ليست تحت السيطرة الوصول إلى الوعي باصدار هلوسة بصرية". ( American Psychiatric Association 2000 )

## 3- أعراض شنيدر (Schneider - first rank symptoms)

أظهرت أربع عشرة دراسة حدوث هذه الأعراض في مرضى تعدد الذوات ، مع أنها من الأعراض المشخصة للفصام (Berger 1994 ، Yargic 1998 ، Middleton 1998). وهذه الأعراض هي: « أصوات يسمعها المريض تتناقش مع بعضها - أصوات تعلق على الشخص - مشاعر/ أفعال/ دوافع مصنوعة تؤثر على الجسم - سحب الأفكار - زرع الأفكار» ولكن هناك ثلاثة أعراض من أعراض شنيدر لا تحدث في تعدد الذوات وهي: إذاعة الأفكار ، سماع الأفكار ، ضلالة الاضهاد.

## الانشقاق المرضى يصيب كل جانب من جوانب الانسان

يرى ديل أنه ليس هناك جانب محصن من غزو الأعراض الانشقاقية بمعنى أن هذا الانشقاق المقتحم (dissociative intrusions) قد يقتحم الوعي والجسد والذات والدماغ والتفكير والاعتقاد والمعرفة والتذكر والمشاعر والارادات والتحدث والأفعال والسمع والبصر والشم والاحساس والتذوق.

معظم ظواهر الانشقاق المرضى ذاتية وغير مرئية أكثر منها موضوعية وغير مرئية . (Bremner 1998) .

**نوعا الانشقاق المرضى والذي ينبثق منهما بقية الأعراض :**

1- المقتححات (intrusions) . 2- النسيان (amnesias) .

وبمزيد من التفصيل فإن الانشقاق الذاتى له صفتان أساسيتان وهما التحول من شخصية إلى أخرى مع النسيان وهذه موصوفة في التصنيف الأمريكى الرابع ، والثانية هى الاقتحام من الشخصيات البديلة للنظام الإدارى للنفس والاحساس بالذات ثم بقية الأعراض الثلاثة عشر السابق ذكرها هى عبارة عن اقتحام من الشخصيات البديلة ، هذا الاقتحام قد أهمل من التصنيف الأمريكى، وهذا الاقتحام يفترق عن الضلالات في الذهان من حيث أن المريض الذهاني يعطى المقتححات تفسيراً ضلالياً

مثل: الرئيس يسيطر على أفكارى ، أما فى تعدد الذوات الانشقاقي يأخذ الشكل غير الذهاني ولا الضلالى مثل : أنا أعرف أن الأصوات هذه خبل ولكنها تغزوني وتقذف فى دماغى وتشعرنى أنها ليست ملكى.

هل هناك علاقة بين المقتحمت والمنسيات ؟ نعم حيث أن العرض الانشقاقي إذا انشق جزئياً من الوعي فالشخص يشعر به كشيء غريب مقتحم يقتحم منظومته وشعوره بذاته ، أما إذا انشق الحدث كلياً وليس جزئياً من الوعي فإن الشخص لا يشعر بما قد حدث ويحدث النسيان. ومن الجدير بالذكر أن معظم الأعراض الانشقاكية ليست منشقة تماماً عن الوعي باستثناء عرض النسيان ، فالأشخاص الانشقاقيون لديهم وعى بكل المقتحمت الانشقاكية مثل ( فقدان الشخصية والواقعية ، الأصوات، الأفكارالمقتحمة ، الأفعال المصطنعة) فباستثناء فقدان الذاكرة، كل الأحداث الانشقاكية لها اتصال جزئي بالوعي ، وهذا ربما يظهر قصور التصنيف الأمريكى حيث أنه وصف الانشقاق الكامل ( النسيان) وحذف الانشقاق الجزئي (partial dissociation) ، وهذا هام لأن معظم أعراض الانشقاق جزئي وليس كلياً. (Dell 2001 ، 2006).

### أهمية نموذج ديل:

1- أدق وأشمل فى تعريف الانشقاق المرضى و التعددى للذات حيث ينشأ من جراء : اقتحام مقتحمت للنظام الادارى والوظيفى للذات ، وكذلك فإن ظاهرة الانشقاق تمس كل جانب من جوانب التجارب الانسانية.

2- هذا النموذج يوسع الرؤية للانشقاق المرضى والتعددى ويعبر بصدق عن الأعراض الموجودة لدى كثير من المرضى.

3- يفند النموذج الاجتماعي والمعرفي حيث يثبت نموذج ديل أن كثيراً من الأعراض في المقاييس التابعة له تقيس أعراضاً غير خاضعة للتأثير الايجابي للمجتمع ولا الثقافة ولا البيئة. ( Dell 2006 ) .

**الاختبار متعدد الأبعاد للانشقاق:**

**(Multidimensional Inventory of dissociation):**

وهو اختبار ذاتي يملأ بواسطة المريض ( self report ) ويعتمد على مدى حدوث التجارب الانشقاقية والدرجة من (0\_10) والمريض يعلم أو يضع دائرة (0) إذا لم تحدث له هذه التجربة الانشقاقية المذكورة ويضع دائرة (10) إذا كانت تحدث باستمرار. ( Dell 2006 ) .

**بماذا يشتكي مرضى الانشقاق أو بمعنى آخر علامات الانشقاق التي يعاني منها المريض :**

عندما يذهب الناس لأطباء كثيرين لأسباب كثيرة بدون تحسن ، هذا يعني البحث عن احتمالية وجود الانشقاق . كذلك إذا وجد من امرأة نسيان مواعيد بصورة مفردة وتحولات فجائية في المزاج وآلام جسمانية متفرقة غير مسببة ، كل ذلك يعني أيضاً احتمالية وجود انشقاق .

أحياناً أثناء جلسات الحوار أو العلاج النفسي يحدث تحول من ذات إلى أخرى .

من المهم سؤال المريض أو المريضة عما إذا كانوا تعرضوا لإساءة أثناء الطفولة ولكن من غير إيجاء للمريض بأنه قد حدث له .

أحياناً يستخدم الطبيب التنويم المغناطيسي أو حقن أميتال بالوريد لكشف ما يكتبه المريض بداخله .

من المهم التعرف على نظام العائلة والمشاكل الأسرية والصراعات والتناقضات . كذاك من العلامات المهمة في الانشقاق النسيان أو فقدان الذاكرة لبعض الأحداث أو لبعض المراحل العمرية .

ما الفرق بين الانفصال الطبيعي « التعددية الطبيعية » والانفصال المرضي « التعددية المرضية » ؟ .

.Normal multiplicity VS pathological multiplicity

**الانفصال أو الانشقاق الطبيعي « التعددية الطبيعية » تتميز بـ :**

- \* تحدث بإرادة الشخص وتحت سيطرته .
- \* تتوفر فيها المرونة والتنقل من حالة إلى أخرى حسب الظروف وملائماتها .
- \* فقد الذاكرة أو الوعي أو الغياب يحدث لفترة وجيزة جداً ربما غير ملحوظة للآخرين .
- \* ليست التعددية واضحة المعالم .
- \* لبس للتعددية تأثير سلبي على حياة الشخص ولا علاقاته ولا مشاعره .

**التعددية المرضية :**

- \* المريض غير واعي ولا قادر على التحكم في هذا الانشقاق .
- \* الانشقاق يحدث في فترات وأحوال غير مناسبة .
- \* قوة الانشقاق ووقته يحدث خللاً واضطراباً في حياة الشخص .

\* الشخص هنا لا يستطيع استرجاع الأحداث ولا تقييم الوقت الذي مضى أثناء فترة الانشقاق .

### تحديات تعدد الشخصية :

يعد تعدد الشخصية من أكثر الأمراض صعوبة في التشخيص وفي العلاج وفي الفهم ومع ذلك فهو أقلها نيلاً للاهتمام من علماء النفس .

### ما هي الشخصية المتبدلة؟ :

\* هل جن أو أرواح متلبسة أم جزء من الشخصية ؟

\* رؤية علماء النفس هي « شخصية منشقة أو ذات منفصلة من الشخصية الأصلية نشأت تحت وطأة ضغوط وصدمة شديدة في الطفولة ومع الوقت يزداد انفصال تلك الشخصيات » .

\* لقد وجد انفصال واختلاف كبير بين الشخصيات في النواحي الفسيولوجية مثل « النبض - الحرارة » وكذلك في أعصاب الجسم ، وفي القوى الإدراكية وحتى في تخطيط الدماغ وغيرها .

### هل أشخاص حقيقيون ؟ :

يعتبر كثير من علماء النفس هذه الشخصية الجديدة جزءاً من الشخصية أو من الذات انشقت لأسباب معينة وللتعبير عن شيء لا يمكن التعبير عنه أو للاعتراض على شيء ما أو كسب مكسب ما ومع الوقت يزداد انفصالها .

\* من الأخطاء العلاجية معاملة الشخصيات على أنها منفصلة وشخصيات حقيقية وكذلك تسمية من ليس له اسم منها ، بالرغم من أن

المعالج لابد أن يتعامل مع الشخصيات المدمرة للشخص والمشوهة دون أن يساعد على مزيد من الانشقاق في الشخصية .

\* على المعالج أن يتعاطف مع الانشقاق والتعددية الحادثة ويتفهم أسبابها ولكنه يركز دائماً على تكامل الشخصية واندماجها .

\* البعض الآخر يرى أن ما يحدث من انشقاق جزء من الذات هو بسبب جلسات العلاج النفسي وبمعنى آخر أخطاء من المعالجين يدفعون الشخصية إلى انفصال جزء من الذات وهذا يعني أن هذا المرض ليس له حقيقة ولكنه مرض وهمي صنعه المعالج النفسي أو الشعبي عن طريق العلاج الإيحائي التويمي مع أشخاص لديهم قابلية شديدة للإيحاء. (Barlow 2005)

### تعدد الذوات ومراكز المخ :

ليس الانفصال الحادث في الذات البشرية على مستوى الذاكرة والسلوك والمشاعر فقط ولكن هناك انفصال بين مراكز المخ أيضاً - فمثلاً يوجد خلل في الاتصال بين الجهاز الطرفي « Limbic system » المسئول عن المشاعر والسلوك وبين المراكز القشرية العليا « Higher cortex » والتي تهيمن وتسيطر على تجانس المشاعر والسلوك والأفكار .

كذلك يوجد صلة بين الصدمات النفسية والقربين الدماغية « Hippocampus » حيث أنه مع الصدمة يقوم الأخير بتقسيم وتجزئة الذاكرة المخزونة المرتبطة بالصدمات النفسية السابقة وربطها بالأجهزة القشرية العليا .

وربط هذا بما يحدث في الواقع هو : أنه عند حدوث أحداث مشابهة

للأحداث السابقة تحدث سلوكيات ومشاعر تلقائية بسبب عجز مراكز الدماغ العليا عن احتواء الصدمات الماضية بصورة طبيعية ، وعلى هذا فإن الأحداث المؤلمة الحاضرة لا ترى على أنها جديدة بل تسيطر عليها رد الفعل السابق للأحداث المشابهة بينما تكون المراكز التحكمية العليا «الفصوص الأمامية» وقتها مغلقة ( Barlow 2005 ) .

\* وفي دراسة أخرى سنة 2006 أجرى « فيرميتين » دراسة بالرنين المغناطيسي على اضطرابات التعدد الانشقاقي للذات فوجد صغر حجم القرين الدماغى « Hippocampus » ، كذا اللوزي « Amygdale » .  
(Barlow 2005) (Vermetten 2006)

كذلك من العجيب أنه وجد عند التحول من ذات إلى أخرى انخفاض في أنشطة المراكز القرنية والصدغية في النصف الأيمن من الدماغ .  
( Barlow 2005 ) .

وبما أننا نتحدث عن مرض أهم ما فيه خلل في الاتصال فإن النتائج تبرهن على أن الانفصال ليس على مستوى الذوات فقط ، وإنما خلل أو نقص في التكامل في الفص الأيمن أو ربما تفوق من الفص الأيسر .  
(Barlow 2005 ) .

اكتشف هوبر وزملاؤه أيضاً اختلافاً في أنشطة القرين الدماغى « Hippocampus » والقبل أمامي « Prefrontal » في استحداث التعددية الإنشقاكية، وكذلك اختلافات في الفصوص الأمامية « Frontal » والجدارية « Parietal » والقشرية « Cortices » ( Hopper et al 2002 ) .

فوريست « 2001 » وجد أن القشرة الأمامية والجدرية (Orbito frontal) تلعب دوراً أيضاً في الانشقاق. (Forrest 2001).

بالإضافة إلى ذلك ، فإن المهاد « Thalamus » يلعب دوراً أيضاً في الإنشقاق وفي الخلل الحسي الذي يحدث عند الضغط النفسي، كذلك المهاد مرتبط بالفرع الليلي وبداية حدوثه .

والفرع الليلي يفترق عن الكوايس بكونه في صورة أحداث أو صور مفزعة سريعة الظهور والاختفاء « Flash Back » بالإضافة إلى وجود نبضات حركية في الجسم ، والشخص ربما ينسى ما كان قد أفزعه ورآه . وهذا مشابه لما يحدث في نوبات التعدد الانشقاقي الذاتي حيث أن المريض ينتقل من حالة إلى أخرى وينتابه الفرع ويرى « أثناء ظهور بعض الذوات » مناظراً أو صوراً مفزعة لا يراها الناس ثم سرعان ما ينساها عندما تذهب شخصية وتأتي أخرى (Krystal ، 1996) .

\* أسلوب آخر لربط ما يحدث من انشقاق بالمخ، هو كيفية تعامل المخ البشري مع الصدمات . فالصدمات النفسية يتم التعامل معها أولاً في المهاد « Thalamus » ثم ترحل إلى الفصوص الأمامية التحكمية في قشرة المخ حتى يجد الشخص معنى من وراء الصدمة أو التجربة المؤلمة . أثناء هذه الرحلة إلى القشرة « Cortex » فإن المعلومات الخاصة بالصدمة يتم وضعها في ملف مناسب حتى يتم استدعاؤها لاحقاً إذا لزم الأمر ، فلو أن المعلومات لم يتم تجهيزها بصورة فعالة فإن القشرة الدماغية التي تتحكم وتعمل جاهدة لحماية الجهاز الطرفي والمهاد ، Limbic Thalamus - وتعمل جاهدة لحفظ مواد الصدمة في الميناء ، أحياناً لا تعمل بكفاءة ولا سيما عند التعب أو النوم أو تعاطي الكحوليات أو بعد

الصددمات « اضطراب ما بعد الصدمة PTSD » .

وتجميعاً للقول ، الصدمة تشبه الإعصار والمراكز الداخلية لا تقوى على مواجهتها والقرين الدماغى يغلق عند الخوف الشديد ، والمعلومات غير مسجلة بصورة صحيحة ومناسبة ، ولذا فإن الأمر يؤول إلى أن التجربة المؤلمة تغمر الجهاز العصبي المركزي بأسره ، هذا لأن الجهاز الطرفى « Limbic system » والذي يحتوى على القرين الدماغى والمهاد والقرين اللوزى « جهاز بدائى فى ترجمة المعلومات ، واللغة ليست ضمن مسئولياته ، والمعلومات تترجم فى صورة صور ومشاعر . هذا وقشرة المخ والفصوص الأمامية والتي تربط المعلومات والمشاعر فى صورة قصة للصدمة التي نعيشها تكون فى حالة خلل . هذا والأمر أكثر تعقيداً من هذا ولكنها محاولة للتبسيط (Haddock 2001).

والسؤال الآن ما هو أهمية هذه الدراسات والاكتشافات والفحوصات على الدماغ من الناحية الإكلينيكية ؟ .

**الإجابة هي :**

\* هذه الاكتشافات تثبت العلاقة بين الصدمات النفسية وحالة اضطراب ما بعد الصدمة من ناحية والاضطراب الانشقاقي من ناحية أخرى حيث أنه هناك دخل للدوائر العصبية فى المخ وتعلقها بالذاكرة المؤلمة .

\* كذلك هذه الدراسات والاكتشافات تؤكد حقيقة وجود هذا المرض الذي نحاول فهمه خلافاً لما يزعم أنه مرض وهمي من صنع المعالجين وأثناء الجلسات العلاجية .

\* هذه الاكتشافات تعين على تصنيف هذا المرض بصورة أفضل عن

طريق فهم الصدمات النفسية وكذلك اضطراب أو كرب ما بعد الصدمة  
(Vemetten E 2006).

### هل هناك تجاهل لتشخيص هذا المرض ؟

نعم . للأسباب الآتية :

- 1- لأنه يسمى بالمرض الخفي حيث يُخفي المريض أكثر مما يظهر من الأعراض وقد يكون المريض نفسه غافلاً عن وجود التعددية لديه .
- 2- بنود التشخيص في التصنبنات الحالية « الأمريكية أو الأوروبية » لم تذكر الأعراض الخادعة واللا تقليدية .
- 3- الاسم الموجود « الاضطرابات الانشقاقية » ليس صحيحاً أو مطابقاً للواقع لأنه يغفل خصيصة أساسية للمريض ألا وهي التعددية .  
ر الاسم المقترح البديل « اضطرابات انشقاقية - النوع التعددي » .
- 4- من أسباب المرض وقرائنه التعرض في الماضي لسوء المعاملة الجسدية أو الجنسية وهذه الأمور غالباً ما ينكرها المريض أو المريضة أو يخفيها حرجاً أو -ياء .
- 5- من الضروري الاعتماد على علامات أخرى نافعة في كشف المرض مثل : نسيان بعض الأوقات - أعراض مزمنة لا سيما جسدية غير مشخصة - قابلية شديدة للإيحاء - أخبار من الزملاء في العمل بوجود تغير مفاجئ ومؤقت في الشخصية أو الصوت أو السلوك - سماع أصوات دون وجود أشخاص حقيقيين « هلوسة سمعية » أو رؤية أشخاص أو أشباح باستمرار ما يسمى « هلاوس بصرية » دون أن يكون هناك علامات الاضطرابات الذهانية كاضطراب التفكير

والضلالات - آلام شديدة في الجسد أو صداع مزمن دون أي سبب عضوي ، ولا يستجيب للعلاجات المألوفة . وهذا لأن الاضطرابات الانشاقية من أشهر الأمراض النفسية تميزاً بأعراض وآلام جسدية دون سبب عضوي ، كذلك فإن هذا المرض يعتبر غير مألوف للأطباء النفسيين العاديين ذوي الخبرات المحدودة .

( Spiegel ، 2006 - Nakdimen 2006 ) .

6- كثير من الأطباء النفسيين لا يعترفون أصلاً بوجود مثل هذا المرض ويعتبرونه اصطناعياً من قبل المريض من تأثير بيئته المحيطة أو ثقافته التي تسمح بذلك وتؤمن به بل وتنتفع أحياناً به ..

7- الحوار مع هؤلاء المرضى ينبغي أن يكون ممتداً وأحياناً عند التعذر من ظهور التحول إلى ذات أخرى أثناء المقابلة - تطلب مقابلة الذات الأخرى .

8- عدم استخدام التنويم المغناطيسي وبعض الأدوية المساعدة في ظهور الانشقاق يصعب أحياناً مهمة كشف المرض . ستيفن بلاك عرف التنويم المغناطيسي 1970 بأنه ( حالة اللانوم في الوعي الناقص أو المتبدل والتي تحدث في معظم الشعب الحيوانية نتيجة دوافع حاضرة نسقية ، إلى أن قال : أو قابلية متزايدة للتأثر بالإيحاء يتم فيها الاتصال المباشر مع العقل اللاواعي في الانسان ) ( Stephen Black 1970 ) .

9- إغفال استخدام بعض الاختبارات التشخيصية مثل « اختبار التجربة الانشاقية ... إلخ » والذي سيتم دراستها إن شاء الله فيما بعد ( Loewenstein 2004 ) ( Kluff 2003 ) .



## أدوات التشخيص والاختبارات الكشافية للمرض :

القياسات والاختبارات تطورت لاستكشاف الأعراض الانشاقية في الأشخاص ومن

أهم هذه الاختبارات :

1- اختبار التجارب الانشاقية « DES » Dissociative Experiences Scale وهو اختبار ذاتي يملؤه الشخص بنفسه مكون من « 28 » سؤال ، كل سؤال يحتوي على بعض الأعراض الانشاقية وعلى الشخص تحديد نسبة من الوقت الزمني الذي يقضيه وهو يشكو من هذه الأعراض . هذا ولو حصل الشخص على « 20 » درجة أو أكثر كان هذا علامة على احتياجه لمزيد من الاكتشاف للمرض ، وإذا حصل الشخص على « 30 » درجة فإن ذلك يزيد من احتمال إصابته بالاضطراب الانشاقية التعددي . (Putnam et al 1986)

2 - برنامج حوار الاضطرابات الانشاقية لروس .

Dissociative Disorders Interview « Rossetal 1986 »

. Schedule DDIS

وهذا يستخدم بمعرفة الطبيب وله استخدام واسع لدى المرضى النفسيين لاستخراج الأعراض الانشاقية عن طريق السؤال عن الأعراض وكذا كشف التعرض للإساءة أثناء الطفولة .

3- الحوار الإكلينيكي لتشخيص الاضطرابات الانشاقية وفقاً

للتصنيف الأمريكي الرابع للأمراض النفسية .

Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM - IV [ SCID - D - R ] . (Steinberg 1994).

هذا الاختبار درجاته من « 5 - 20 » وقيس انتشار وشيوع الخلل الذي تسببه الاضطرابات الانشقاقية في خمس مناطق مثل « نسيان - فقدان الشخصية - التجرد من الواقعية - ذوبان الذاتية - اضطراب الذاتية » كل واحد من هذه الأعراض له درجة من « 1 - 4 » ، هذا ومرضى الاضطراب الانشقاقي يحصلون على درجة من « 15 » وأكثر ، المرضى النفسيون الآخرون يحصلون على « 5 - 7 » . مرضى الاضطرابات الانشقاقي التعددي ينالون درجة « 17 - 20 » .

وينصح الطبيب قليل الخبرة بالاضطرابات الانشقاقية أن يستخدم إما الاختبار الأول « اختبار التجارب الانشقاقية » أو الثالث « اختبار الحوار الإكلينيكي لتشخيص الاضطرابات الانشقاقية » . وهذا المقياس أيضاً يستخدم من قبل الأطباء الشرعيين لتقييم الأمر من الناحية القانونية (Steinberg 1994).

### ثبات تشخيص الاضطرابات الانشقاقية :

هذا المرض من أكثر الأمراض النفسية إثارة للجدل حول ثبوته وتشخيصه وعلاجه وكيفية إثباته حيث أن أعراضه سريعة التبخر فسرعان ما تجد المريضة تعود لحالتها الطبيعية وتمكث الأيام والشهور وليس بها شيء . كذلك كثيراً من المرضى يقاومون التشخيص ولا يساعدون على الوصول إليه ولا يعترفون بأنهم مصابون به أصلاً .

وأيضاً فمعايير التشخيص غامضة ومبهمة وأحياناً كثير من المحيطين بالمريضة لم يروا الازدواجية أو التعددية في المريضة أثناء حدوثها ( Piper 2004 ) .

يعتقد أحد علماء النفس « برون » أن المريضة تقاوم التشخيص عن طريق إمساك المعلومات أو الكذب أحياناً أو تعمد تضليل المعالج أو إنكار الموضوع كلية ، كذلك المرضى يستسرون الحالة حتى عن أنفسهم لأن من أحد سمات المرض الرئيسية هو خلل في الذاكرة للأحداث المؤلمة في الماضي بالإضافة إلى الغفلة عن المعلومات الخاصة بكل شخصية تظهر. ( Ross 1997 ، Brown 1999 ) .

هذا ولأن المرض يتعامل مع مسمى « الشخصية » أو « الذات » وهنا تكمن الصعوبة حيث لم يتفق إلى الآن على تشخيص واحد ومحدد لمعنى الشخصية أو الذات والتي تتعدد في هذا المرض حيث أن التصنيف الأمريكي للأمراض النفسية فشل في تحديد حدود مفهوم الشخصية « Personality » وحتى الجزء من الشخصية أو الذات المنفصلة والذي يظهر مرة واحدة في العمر لأداء مهمة واحدة يعتبر أيضاً شخصية أخرى بديلة منفصلة . ( Bliss Ell 1986 ) .

كذلك التشخيص مطعون فيه من قبل المتحدث عن « إدعاء المرض أو التمارض » حيث أن البعض ربما يرى تعدد الذوات أو الشخصية نوعاً من التمارض أو إدعاء المرض .

يدعي العلماء الذين قدموا اعتراضاً على ثبوت تشخيص التعدد في الذوات أنه دائماً تهيمن وتسود الأعراض العضوية والنفسية على مرضى الانشقاق ، كما أن هذه الأعراض العضوية تظهر أحياناً مع شخصية ولا تظهر مع أخرى بل وتظهر أحياناً مع نفس الشخصية وأحياناً تختفي . وهؤلاء المعارضون على ثبوت هذا التشخيص يعتقدون أن الأعراض الانشاقية التعددية تظهر مع بعض المعالجين ومع البعض الآخر لا تظهر

وتظهر في أحيان محددة . والأعراض لا يمكن تفريقها عن بعض الأعراض النفسية الأخرى أو ربما لا يمكن تفرقتها عن التمارض . وهؤلاء أضافوا في نظريتهم « النافية لوجود المرض من أساسه » عدم القبول التام لتشخيص التصنيف الأمريكي بسبب إنكار المرضى للأعراض مع عدم وجود تاريخ مرضي لصدمات نفسية أثناء الطفولة ، كل هذا أضعف إيمانهم بوجود هذا التشخيص . ( Pippet A 2004 ) .

### نشأة الإنشقاق وأسبابه :

#### نشأة الانفصال « الانشقاق » في الأطفال :

تعتبر دراسة الانشقاق في الأطفال معقدة لأن ما يعتبر طبيعياً في الأطفال مثل « الخيال الواسع والألعاب المتخيلة والتخيلات الجامحة » يعتبر حالة مرضية في الكبار . عموماً ، فإن الانشقاق يظهر كثيراً في الطفولة وينحسر مع تقدم السن حتى يختفي تماماً في الكهولة . وهذه الطبيعية للانشقاق في الأطفال والتي تظهر في صورة خيال جامح وأصدقاء خياليين يكون سببها القابلية الشديدة للإيحاء لدى الأطفال بالإضافة إلى الذوبان الشديد في الخيال وإستخدام حيل دفاعية بدائية مثل الانفصال والانشقاق ( splitting and dissociation ) كوسائل أساسية للتكيف . ( Putnam 1997 ) .

#### سبب زيادة الانشقاق في الأطفال :

تشير الدراسات إلى مرحلة ما قبل المدرسة ، وأما السبب فهو سوء معاملة الأطفال في تلك المرحلة حيث أن الانشقاق يزداد عندهم أكثر من الأطفال الآخرين . وهذه المعاملة السيئة لهم تزيد من انقسام الذات