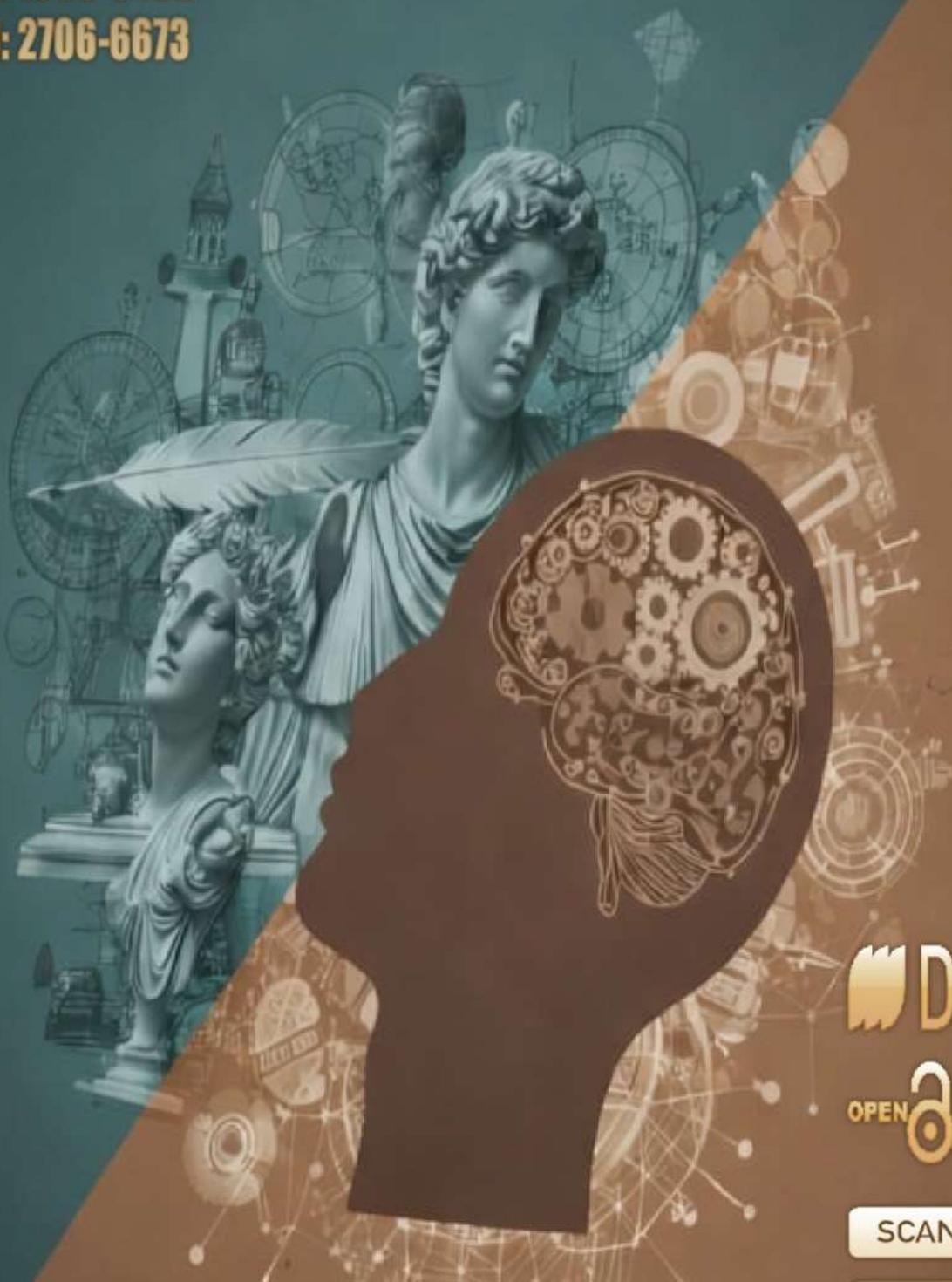




مجلة جامعة الانبار للعلوم الانسانية

P. ISSN: 1995-8463

E. ISSN: 2706-6673



DOAJ

OPEN ACCESS

SCAN ME



المجلد الثالث والعشرون - العدد الاول
اذار 2026



مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية

مجلة علمية دورية محكمة فصلية

المجلد الثالث والعشرون - العدد الاول - اذار ٢٠٢٦م / ١٤٤٧هـ
جامعة الأنبار - كلية التربية للعلوم الإنسانية

جميع البحوث متاحة مجاناً على موقع المجلة / الوصول المفتوح

<https://juah.uoanbar.edu.iq/>



رقم الايداع في دارالكتب والوثائق ببغداد ٧٥٣ لسنة ٢٠٠٢

ISSN 1995 - 8463

E-ISSN:2706-6673

رئيس التحرير

أ.د. فؤاد محمد فريح

العراق- جامعة الأنبار-كلية التربية للعلوم الإنسانية

مدير التحرير

أ.د. عثمان عبد العزيز صالح المحمدي

العراق- جامعة الأنبار-كلية التربية للعلوم الإنسانية

أعضاء هيئة التحرير

أ.د. بشرى اسماعيل ارنوط	السعودية- جامعة الملك خالد-كلية التربية
د. كارول س. نورث	الولايات المتحدة- جامعة جنوب غرب تكساس
البروفيسور مان شانغ	الامارات- جامعة زايد
د. اليزابيث ويتني بوليو	الولايات المتحدة- جامعة بويسي
أ.د. امجد رحيم محمد	العراق- جامعة الأنبار-كلية التربية للعلوم الإنسانية
أ.د. سعيد سعد هادي القحطاني	السعودية- جامعة الملك خالد-كلية التربية
أ.د. مروان طاهر الزعبي	الاردن- الجامعة الاردنية- كلية الآداب
أ.د. خميس دهام مصحح	العراق- جامعة بغداد- كلية الآداب
أ.د. احمد القناوي	اسبانيا - Instituto pirenaico de Ecologia (IPE), CSIC
أ.د. سعد عبد العزيز مسلط	العراق- جامعة الموصل- كلية الآداب
أ.د. احمد هاشم عبد الحسين	العراق- جامعة الكوفة- كلية الآداب
أ.د. مجيد محمد مضعن	العراق- جامعة الأنبار-كلية التربية للعلوم الإنسانية
أ.د. علاء اسماعيل جلوب	العراق- جامعة الأنبار-كلية التربية للعلوم الإنسانية
أ.م.د. جعفر حمزة الجوذري	العراق- جامعة القادسية- كلية الآثار
م.د. سجاد عبد المنعم مصطفى	العراق- جامعة الأنبار-كلية التربية للعلوم الإنسانية

بسم الله الرحمن الرحيم

افتتاحية العدد

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على خاتم النبيين سيدنا محمد، وعلى آله
وصحبه أجمعين
وبعد...

احبتنا الباحثين حول العالم... نضع بين أيديكم العدد الرابع من مجلتنا (مجلة
جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية) تلك المجلة الفضلية العلمية المحكمة والتي عن جامعة
الأنبار والتي تحمل بين ثناياها ١٣ بحثاً علمياً يضم تخصصات المجلة ولمختلف الباحثين من
داخل العراق وخارجه ومن مختلف الجامعات.

في هذه البحوث العلمية، نرى جهداً علمياً مميزاً كان مدعاة لنا في هيئة التحرير ان
نفخر به وان تلقى هذه البحوث طريقها الى النشر بعد ان تم تحكيمها من أساتذة أكفاء كل
في مجال اختصاصه ليتم إخراجها في نهاية المطاف بهذا الشكل العلمي الباهر، والصورة
الطيبة الجميلة، والجوهر العلمي الرصين، فجزى الله الجميع خيراً الجزاء لما أنتجته قرائحهم
العلمية والثقافية وسطرته أقلامهم لينتفع ببحوث هذه المجلة والذخيرة العلمية المعروضة
فيها كل القارئ من باحثين وطلبة ومهتمين.

إن العطاء الثر من الباحثين والجهد المعطاء من رئيس وأعضاء هيئة التحرير والدعم
الكبير من رئاسة جامعة الأنبار، وعمادة كلية التربية للعلوم الإنسانية يحث الخطو بنا
للوصول إلى الغاية المرجوة المنشودة في دخول مجلتنا ضمن المستوعبات العالمية للنشر
العلمي. لذا وجب التنويه بأننا بصدد التحديث المستمر والمتواصل لشروط النشر وآليته
للارتقاء بأعداد مجلتنا والوصول بها إلى مكانة علمية أرقى وأسمى تضاهي المجالات العلمية
ذات المستويات المتقدمة، ولتساهم بفاعلية في حركة النشر والبحث العلمي العربي سعياً
لتعزيز مكانة البحث العلمي وتوسيع آفاقه في البلدان العربية لأن البحث العلمي كان وما
يزال واحداً من عوامل رقي الأمم ومؤشراً على تقدمها... ومن الله التوفيق

أ.د. فؤاد محمد فريخ

رئيس هيئة التحرير

تعليمات النشر في مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية

- الاجراءات والمواصفات العامة للبحث:
- مجلة جامعة الأنبار للعلوم الانسانية، مجلة علمية دورية محكمة، لنشر الأبحاث العلمية في مجال العلوم الانسانية الاتية: التاريخ، والجغرافيا، والعلوم التربوية والنفسية وتصدر بواقع ٤ اعداد سنوياً.
- يقدم الباحث على الموقع الالكتروني للمجلة <https://juah.uoanbar.edu.iq> وفق المواصفات الاتية: حجم الورق 4 A، وبمسافتين بما في ذلك الحواشي الهوامش والمراجع والجداول والملاحق، وبحواشي واسعة ٢.٥ سم او اكثر اعلى واسفل وعلى جانبي الصفحة .
- يقدم الباحث خطابا مرافقا يفيد ان البحث او ما يشابهه لم يسبق نشره، ولم يقدم لأي جهة اخرى داخل العراق او خارجه، ولحين انتهاء اجراءات البحث.
- يكون الحد الاقصى لعدد صفحات البحث ٢٥ صفحة.
- يكون البحث مكتوبا بلغة سليمة باللغة العربية او اللغة الانكليزية ومطبوع على الالتر الحاسبة بخط Simplified Arabic حجم ١٤، على ان يتم تمييز العناوين الرئيسة والفرعية.
- تكتب الهوامش والمراجع وفق نظام APA للوثيق، بخط حجم ١٤، على ان يتم ترتيبها بالتتابع كما وردت في المتن، ويكون تنظيم المراجع هجائياً حسب المنهجية العلمية المعتمدة وباللغتين العربية والانكليزية.
- تؤول كافة حقوق النشر الى المجلة.
- تعبر البحوث عن اراء مؤلفيها، ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلة.
- بيانات الباحث والملخص:
- يلزم الباحث بتقديم البيانات الخاصة به وبيحته، وباللغتين العربية والانكليزية، وتشمل الاتي: عنوان البحث، أسماء وعناوين الباحثين، ورقم الهاتف النقال، والبريد الالكتروني، وملخصين - عربي وانكليزي - بحد ادنى ٢٥٠ كلمة يحتويان الكلمات المفتاحية للبحث، والهدف من البحث، والمنهج المتبع بالبحث، وفحوى النتائج التي توصل اليها.
- ادوات البحث والجداول:
- اذا استخدم الباحث استبانة او غيرها من ادوات جمع المعلومات، فعلى الباحث ان يقدم نسخة كاملة من تلك الاداة، ان لم يكن قد تم ورودها في صلب البحث او ملاحقه.
- اذا تضمن البحث جداول او اشكال يفضل ان لا يزيد عرضها عن حجم الصفحة 4 A، على ان تطبع ضمن المتن.
- يوضع الشكل بعد الفقرة التي يشار اليه فيها مباشرة، ويكون عنوانه في اسفله.
- يوضع الجدول بعد الفقرة التي يشار اليه فيها مباشرة، ويكون عنوانه في اعلاه.
- تقويم البحوث:
- تخضع جميع البحوث المرسلت الى المجلة الى فحص اولي من قبل هيئة التحرير لتقرير اهليتها للتحكيم، ويحق لها ان تعتذر عن قبول البحث دون بيان الاسباب.
- جميع عمليات تقويم البحوث الى نظام التعمية المزودجة لضمان رصانة البحوث والابتعاد عن تضارب المصالح.



- تخضع جميع البحوث للتقويم العلمي بما يضمن رصانتها العلمية، وقد يطلب من الباحث اذا اقتضى الامر مراجعة بحثه لإجراء تعديلات عليه.
- الوصول المفتوح؛
- متاحة جميع البحوث على موقع المجلة الالكترونية وموقع المجالات الاكاديمية العراقية ضمن سياسة الوصول المفتوح.
- اجور النشر؛
- يقوم الباحث بتسديد اجور النشر، والبالغة ١٥٠,٠٠٠ مائة وخمسة وعشرون الف دينار عراقي للبحوث باللغة العربية، و ٧٥.٠٠٠ خمسة وسبعون الف دينار للبحوث باللغة الانكليزية، واذا زادت صفحات البحث عن ٢٥ صفحة تضاف ٥,٠٠٠ خمسة الاف دينار عراقي عن كل صفحة.
- الباحثون من خارج العراق تنشر نتائجهم العلمية مجانا.
- المراسلات :
- توجه المراسلات الى: جمهورية العراق - جامعة الأنبار - كلية التربية للعلوم الانسانية- مجلة جامعة الأنبار للعلوم الانسانية
- الموقع الالكتروني للمجلة <https://juah.uoanbar.edu.iq>
- هاتف رئيس التحرير: ٠٠٩٦٤٧٨٣٠٤٨٥٠٢٦
- E-mail : juah@uoanbar.edu.iq

فهرست البحوث المنشورة

بحوث العلوم التربوية والنفسية

رقم الصفحة	الباحث	عنوان البحث	ت
٢٧-١	م.د. خندان صابر محمد م.د. شادية عبد الواحد قادر م.د. سمية سامي حسن أ.م.د. عزالدين احمد عزيز	ضغوط العمل والرضا عن الحياة لدى المرشدين التربويين في إقليم كردستان العراق، الدور الوسيط للمرونة والتوجه نحو الحياة	١
٥٨-٢٨	م.د. حسين موسى عبد الجبوري	قياس الطلاق العاطفي لدى مدرسي المرحلة الإعدادية في محافظة كربلاء: دراسة نفسية في ضوء متغير الجنس	٢
٨٧-٥٩	م.د. ياسين طرار غند م.د. أحمد علوان شبرم	الذاكرة الدلالية وعلاقتها بالتجول العقلي لدى الطلبة المتأخرين دراسيا	٣
١٠٧-٨٨	م.م. امير هادي عبادة	نموذج تدريبي مقترح قائم على مبادئ التصميم الشامل للتعلم (UDL) في تطوير الأداء المهني لمعلمي طلاب ذوي صعوبات التعلم في الرياضيات	٤
١٣٨-١٠٨	م.م. محمد نواف فياض	اضطراب الهوية الانفصالية: مراجعة تحليلية للسلمات السريرية والتشخيصية	٥

□ □

بحوث الجغرافية

رقم الصفحة	الباحث	عنوان البحث	ت
١٥٢-١٣٩	هند وليد فرحان أ.د. خالد اكبر عبد الله	تصنيف القوى العاملة في ريف قضاء الرمادي	٦
١٧٣-١٥٣	سرى عبد زعال أ.م.د. عمر كامل حسن	موقع الجغرافي للأمارات ودوره في الصراع في الشرق الأوسط	٧
١٩٠-١٧٤	هدى احمد سرحان أ.م.د. اوس تلك مشعان	الأبعاد الشكلية والمساحية ومخاطر السيول لوادى أبو كهف جنوب محافظة الأنبار	٨
٢١١-١٩١	م.م. كمال عبد على الله	تحليل ديناميكية تغير الغطاء الأرضي وأثره في تباين درجة حرارة سطح الأرض باستخدام نظم المعلومات الجغرافية - محافظة بابل نموذجاً	٩
٢٢٨-٢١٢	م.م. مصطفى صالح اسماعيل	قياس أربعة عقود من التوسع والتكثيف الحضريين في محافظة أربيل باستخدام طبقة المستوطنات البشرية العالمية (GHS-BUILT-S)	١٠

بحوث التاريخ

رقم الصفحة	الباحث	عنوان البحث	ت
٢٤٢-٢٢٩	مرودة محمد عودة أ.د. علي ناجح محمد	موقف تونس من معاهدة السلام (المصرية-الإسرائيلية عام ١٩٧٩م)	١١
٢٨١-٢٤٣	م.م. سندس ايوب طه	إصلاح التعليم الجامعي في تونس ٢٠١١-٢٠١٨: الفرص والتحديات	١٢

رقم الصفحة	الباحث	عنوان البحث	ت
٣١١-٢٨٢	د. صباح عواد محمد	تعرض الشباب الجامعي لموقع الفيس بوك ودوره في التوعية بمخاطر الإرهاب الإلكتروني	١٣



Dissociative Identity Disorder: An Analytical Review of Clinical and Diagnostic Features

*Assist. Lect. Mohammad Nawaf Fayyadh¹

General Directorate of Education in Anbar- Iraq



<https://doi.org/10.37653/juah.2025.165455.1380>

©Authors, 2026, College of Education for Humanities University of Anbar. This is an open-access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



A B S T R A C T

Dissociative Identity Disorder (DID) is considered one of the complex psychological disorders that generates extensive debate in clinical and research circles. This disorder is characterized by the presence of multiple identities or self-states that alternate in controlling the individual's behavior and cognitive processes, accompanied by memory loss that exceeds ordinary forgetfulness. Symptoms appear in varying degrees of intensity and form, often associated with experiences of depersonalization and derealization, in addition to a wide range of emotional and cognitive symptoms. Literature indicates that early trauma, especially in childhood, plays a pivotal role in the development of the disorder, as the mind employs dissociative mechanisms to protect the individual from the psychological pain associated with those experiences. Diagnosis is made according to DSM-5 criteria, which focus on the presence of identity disruption and memory loss, while excluding organic causes or the effects of psychoactive substances. Psychotherapy is considered the cornerstone in dealing with DID, as it aims to achieve patient stability and enhance integration among the different identities. Medications can also play a role in managing accompanying symptoms such as depression and anxiety. Cultural and social dimensions are crucial in shaping the experience of the disorder, as interpretations of dissociative phenomena vary across cultures, affecting help-seeking and treatment. Recent research developments focus on supporting biological indicators and neuroimaging to better understand the mechanisms of the disorder and develop more precise therapeutic protocols.

Keywords: Dissociative Identity Disorder, Clinical Features, Psychiatric Diagnosis, Analytical Review.

اضطراب الهوية الانفصالية: مراجعة تحليلية للسمات السريرية والتشخيصية

م.م. محمد نواف فياض

المديرية العامة لتربية الانبار- العراق

الملخص:

إن اضطراب الهوية الانفصالية (DID) يعد من الاضطرابات النفسية المعقدة التي تثير جدلاً واسعاً في الأوساط الاكلينيكية والبحثية، يمكننا ان نميز هذا الاضطراب من خلال وجود هويات متعددة تتناوب على التحكم بسلوك الفرد وعملياته الإدراكية، وتكون مصحوبة بفقدان ذاكرة يتجاوز النسيان العادي، تظهر الأعراض بشكل متفاوت في شدتها وصيغتها، وغالباً ما ترافقها تجارب تبدد الشخصية والواقع، بالإضافة إلى أعراض عاطفية ومعرفية واسعة، تشير الدراسات إلى أن الصدمات المبكرة، خاصة في مرحلة الطفولة، تلعب دوراً مهماً في نشأة هذا الاضطراب، إذ يستخدم العقل أليات لحماية الفرد من الألم النفسي المرتبط بتلك التجارب، يتم التشخيص وفق معايير DSM-5 التي تركز على وجود انقطاع في الهوية وفقدان الذاكرة، مع استبعاد المسببات العضوية أو تأثير المواد النفسية، يمكننا اعتبار العلاج النفسي هو حجر الأساس في التعامل مع DID إذ يسعى إلى تحقيق استقرار المريض وتعزيز التكامل بين الهويات المختلفة، كما يمكن للأدوية أن تلعب دوراً في السيطرة على الأعراض المصاحبة مثل الاكتئاب والقلق، تشكل الإبعاد الثقافية والاجتماعية عاملاً جوهرياً في تشكيل تجربة الاضطراب، إذ تختلف تفسيرات الظواهر الانفصالية بين الثقافات، مما يؤثر على طلب المساعدة والعلاج، التطورات البحثية الحديثة تركز على دعم المؤشرات البيولوجية والتصوير العصبي لفهم أفضل لآليات الاضطراب وتطوير بروتوكولات علاجية أكثر دقة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الهوية الانفصالية، السمات السريرية، التشخيص النفسي، مراجعة تحليلية.

المقدمة:

الخلفية العامة عن اضطرابات الهوية الانفصالية:

يشير مصطلح اضطرابات الهوية الانفصالية إلى مجموعة من الحالات النفسية التي تتسم بخلل في التكامل الطبيعي لوظائف الوعي والذاكرة والهوية والإدراك الحسي، هذه الاضطرابات لا يمكن تفسيرها بوجود سبب عضوي واضح، وغالباً ما توجد علاقة زمنية مقنعة بين الأعراض وبين أحداث ضاغطة أو مواقف حياتية صعبة أو احتياجات لم تلب للشخص في طفولته، يظل انتشار اضطرابات الانفصال متفاوتاً بين المجتمعات، إذ تشير البيانات إلى أن هذه الاضطرابات تكون أكثر شيوعاً في الدول النامية مقارنة بالدول الغربية، وتبلغ نسبة انتشارها تكون نحو ١٠%. بينما تصل في بعض العينات



السريية الشديدة إلى ٢٥% (Shah, S. K. 2012)، اما الفئة العمرية الأكثر عرضة لهذه الاضطرابات هي عادة ما دون الثلاثين عاماً، وبخاصة بين ٢٢ و ٢٥ سنة، مع ميل أكبر لحدوثها بين الإناث، أحد أشكال هذه الاضطرابات هو اضطراب الهوية الانشقاقي (DID) الذي يتسم بوجود هويات أو شخصيات مميزة تتناوب على التحكم بالسلوك والوعي هذا الاضطراب يصاحبه اضطراب في الذاكرة والهوية والسلوك، وترى كثير من الأبحاث التي أجريت ان الاضطراب يرتبط غالباً بتجارب صادمة مبكرة، تشير الابحاث ان الاضطرابات الانفصالية تلاحظ لدى ١٢ - ١٣.٥ % من مرضى الامراض النفسية، بينما معدلات انتشاره في عموم السكان تقدر بنسبة ١%، وهي قريبة من معدلات الفصام، إلا أن البحث فيه لا يزال محدوداً نسبياً وربما يعود ذلك لعدم وضوح التشخيص وصعوبة التفريق بينه وبين اضطرابات أخرى ذات أعراض متداخلة (Atilan Fedai, Ü., & Asoğlu, M. 2022)، وتوضح لنا الأدبيات السريية أن العديد من مرضى DID يظهرون أعراضاً تتداخل مع حالات أخرى مثل الاكتئاب واضطراب القلق واضطرابات الشخصية على سبيل المثال، الدراسة التي تناولت المرضى العسكريين في فيتنام وجدت أن اضطرابات الاكتئاب كانت الأكثر شيوعاً، بينما كان الفصام ثانياً لكنه أقل انتشاراً نسبياً ربما بسبب اختبارات الفرز النفسي قبل التجنيد، المثير للاهتمام أنه وجدت بعض الحالات الخاصة مثل الاضطرابات الانفصالية المفتعلة والتي قد ترتبط بصدمات الطفولة (Dao et al,2024)، هناك أيضاً نمط من الأعراض الانفصالية يظهر لدى نصف المرضى تقريباً كفقدان الذاكرة أو الشرود الذهني أو أعراض جسدية بلا سبب عضوي واضح، نحو ٧٠% من هؤلاء يعانون من أعراض اكتئابيه وقراءة النسبة نفسها يعانون من القلق، كما تسجل معدلات مرتفعة للأفكار الانتحارية (Asoglu & Atilan,2022)، هذا التضارب والتداخل قد يفسر جزئياً سبب صعوبة التشخيص وارتفاع نسب التشخيص الخاطئ أو الإيجابيات الكاذبة التي أشار إليها باحثون خلال مناقشة الحاجة إلى معايير أكثر تحديداً لأدوات التشخيص مثل تمييز DID الحقيقي عن الحالات المقلدة (Petkiewicz,et al,2021)، وتفسر لنا النظريات ظهور الهويات المتعددة للشخصية وانقسمت بشكل ملحوظ، بعض النماذج ترى أن التمزق في الهوية يكون رد فعل دفاعي مباشر أمام الصدمات الشديدة والمستمرة في الطفولة، يستخدم الفرد آليات انفصالية لحماية نفسه أثناء التجربة المؤلمة التي عانى منها، مثل الإحساس بالانفصال عن الذات الجسدية ومراقبة الحدث من وجهة نظر خارجية، على العكس من ذلك، توجد دراسات بديلة تبني موقفاً أكثر حذراً فيما يتعلق بالعلاقة المباشرة بين الصدمة وظهور الهويات البديلة، مع افتراض أنه في حين أن الصدمة قد تعزز القدرة التخيلية وتتأثر بالاقتراح العلاجي، إلا أنها لا تشكل السبب الوحيد أو الآلية الكامنة وراء التجربة النفسية (Megance 2017)، تاريخياً عانت فكرة DID من رفض وتشكيك في الوسط الطبي النفسي أحياناً بدافع سوء الفهم أو بسبب تحيزات مفاهيمية وثقافية تجاه الاعتراف بالأثر العميق للصدمة على البنية النفسية لاحقاً، بينما تحظى تشخيصات مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب باعتراف واسع وانتظام قانوني صارم في التعامل معها، لا ينال DID المعاملة نفسها رغم الأهمية السريية



والأعباء الاجتماعية المصاحبة له (Carrigan&Hull,2022)، إلى جانب DID هناك طيف واسع من الاضطرابات الانفصالية الأخرى مثل فقدان الذاكرة الانفصالي واضطراب تبدد الشخصية الذي يتميز بالشعور بالانفصال عن الذات أو البيئة المحيطة، مثال على ذلك دراسة أجريت في نيويورك أظهرت توزيع التشخيصات وفق DSM-IV كالاتي: فقدان ذاكرة انفصالي عند ١٠%، اضطراب هوية انشقاقي عند ٦%، وتبدد الشخصية عند ٥%، ولم تسجل أي حالة تجوال نفسى انفصالي (Shah 2012)، الارتباط المعقد بين الصدمات المبكرة والانفصال يبرز أيضاً في الظواهر القريبة مثل النوبات غير الصرعية ذات المنشأ النفسي (INES) التي يعتقد أنها شكل دفاعي عقلي ضد الخبرات المؤلمة قرابة نصف المصابين بPNES لديهم تاريخ صادم موثق، وحوالي خمسهم يستوفون معايير اضطراب الكرب التالي للصدمة : PTSD مع كون العرض أشد لدى البالغين مقارنة بالأطفال مما يشير لاحتمال تراكم الأثر النفسي بمرور السنوات (Lanzillotti, et al 2021)، هذه الخلفية النظرية والإحصائية مهمة لفهم وظيفة الانفصال كآلية نفسية وقائية محتملة وفي الوقت ذاته كمصدر لمعاناة سريرية تحتاج إلى تدخل متخصص مدروس يجمع بين التقييم الدقيق للماضي والفحص الإكلينيكي الموجه لاستبعاد الاحتمالات الأخرى مشابهة الأعراض.

لمحة عن اضطراب الهوية الانفصالية

اضطرابُ الهويةِ الانفصاليَّةِ (DID) يُعَدُّ مِنْ الاضطراباتِ النَّفْسِيَّةِ المُعَقَّدَةِ الَّتِي تُنْبِئُ جَدَلًا وَاسِعًا فِي الأَوْسَاطِ الإِكْلِينِيكِيَّةِ وَالبَحْثِيَّةِ، يَتَمَيَّزُ بِوُجُودِ حَالَتَيْنِ أَوْ أَكْثَرَ مِنْ الهَوِيَّاتِ أَوْ الحَالَاتِ الذَّائِنِيَّةِ الْمُتَمَيِّزَةِ، بِحَيْثُ تَمْتَلِكُ كُلُّ هَوِيَّةٍ ذِكْرِيَّاتٍ وَصِفَاتِ الشَّخْصِيَّةِ وَسُلُوكِيَّاتٍ قَدْ تَخْتَلَفُ جَوْهَرِيًّا عَن غَيْرِهَا ، وَقَدْ تَكُونُ هَذِهِ الإِخْتِلَافَاتُ شَدِيدَةً لِدَرَجَةٍ أَنَّ المَرِيضَ قَدْ لَا يَتَذَكَّرُ أَفْعَالًا وَأَحْدَاثًا حَدَثَتْ أَثْنَاءَ تَحْكُمِ هَوِيَّةٍ أُخَرَ (Meganck 2017)، هذا الانقطاع في الذاكرة قد يشمل أحداث الحياة اليومية والمعلومات الشخصية وكذلك الذكريات المرتبطة بصدمات سابقة مما يضيف صعوبات عملية التشخيص والمقارنة مع اضطرابات أخرى مثل فقدان الذاكرة العضوي (Pietkiewicz et al, 2021)، ان الادبيات الطبية تصف لنا DID غالباً ما تنشأ بعد تعرض الفرد لصدمات مدمرة في مراحل الطفولة المبكرة، حيث تلعب التجارب الطويلة من سوء المعاملة والإهمال دوراً محورياً في الدفع نحو استخدام آليات الانفصال كاستراتيجية نفسية للبقاء، الآلية المفترضة هنا هي أن عقل الطفل يقوم بخلق مساحات أو هويات منفصلة بين الخبرات الصادقة والوعي الحالي لتخفيف الألم النفسي المتعلق بالحدث، لكن هذه العملية الدفاعية التي قد تنقذ التوازن النفسي مؤقتاً وتترك آثاراً معقدة على تنظيم العاطفة والشعور بالهوية على المدى الطويل، ومن منظور تاريخي مرر DID بتحويلات واضحة في التعريف والتصنيف، فقد كان يعرف سابقاً بـ "اضطراب تعدد الشخصيات وتم إدراجه لأول مرة بشكل صريح في DSM-III مع انتقال فهم العلماء من تفسير الحالات عبر مفاهيم دينية أو روحانية مثل "المس" إلى اعتبارها انعكاساً لمشكلات نفسية داخلية مرتبطة بالتجارب الصادمة والحالات الهستيرية (Meganck 2017,2)، ومع تحديث الأدلة التشخيصية في DSM-5 تم التأكيد على طبيعة الاضطراب كتغير متكرر

وواضح في الإدراك والسلوك والعاطفة وحتى وظائف الإحساس الحركي ضمن هوية الفرد (Burdzik, E., 2023 & Burdzik, M.), تشخيص DID ليس بالمهمة السهلة، فالمعايير تشخيص هوية الفرد الرسمية لكل من DSM-5 / و ICD-11 تركز على السمات الأساسية مثل وجود هويات متعددة وفترات فقدان الذاكرة، لكنها لا تغطي بدقة جميع الأعراض المصاحبة أو الطرق المختلفة التي قد يظهر بها المرض في السياق الإكلينيكي الفعلي، هذا النقص قد يقود إلى حالات تشخيص ناقصة أو مضللة خاصة إذا كان الطبيب يفتقر للخبرة الكافية أو إذا كان المريض يميل لإخفاء الأعراض بسبب الخجل أو الخوف من المجتمع (Pietkiewicz et al, 2021). ولهذا السبب يوصف DID أحيانا بأنه اضطراب التخفي، حيث يندر أن يعرض المريض هذه الأعراض مباشرة خلال المقابلة الأولى دون توجيه أسئلة دقيقة ومتعمقة، والأعراض السريرية لـ DID لا تتف عند حدود اختلاف الهويات وفقدان الذاكرة فقط، بل تشمل أيضا أعراضا جسدية ونفسية متنوعة، منها سماع أصوات داخل الرأس تنسب أحيانا لهوية أخرى، القيام بسلوكيات غير معتادة ومن ثم عدم تذكرها لاحقا، الدخول في حالات شرود ذهني أو أشبه بالغيوبية الجزئية، وكذلك تقلبات مزاجية حادة واندفاعات سلوكية إلى درجة الإضرار بالنفس (Saxena 2023)، وتزيد المعاناة النفسية للمصابين أيضا نتيجة ارتباط الحالة بأعراض القلق والاكتئاب واضطرابات النوم والأفكار الانتحارية، على صعيد الأدوات التشخيصية، تم تطوير مقاييس واختبارات متخصصة محاولة تحسين دقة التقييم وتقليل التداخل مع اضطرابات أخرى، أحد الأمثلة هو مقياس MID الذي يقيم مجموعة واسعة من الظواهر الانفصالية مثل تبدد الواقع واضطرابات الذاكرة وتجربة فقدان الاستمرارية الزمنية والشعور بوجود أصوات داخل العقل.

مشكلة البحث وتمثل من خلال جانبين:

- صعوبة التشخيص والتداخل مع اضطرابات أخرى

عندما نريد تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية فإننا نواجه تحديات مُعقَّدة تتعلَّق بِتَشَابُه الأعراضِ مَعَ طَيِّفٍ واسعٍ مِنَ الاضطراباتِ النَّفْسِيَّةِ الأُخْرَى ، مَا يَجْعَلُ الحُكْمَ السَّرِيرِيَّ عُرْضَةً لِخَطِّأٍ أَوْ الالْتِبَاسِ ، فَالأَطِبَّاءُ قَدْ يُصَادِفُونَ مَرَضِي يُظْهِرُونَ عَلامَاتِ فِقدَانِ الذَّاكِرَةِ أَوْ تَبَايُنًا فِي أنْمَاطِ السُّلُوكِ والإدْرَاقِ لَكِنَّ هَذِهِ المَظَاهِرَ قَدْ تُوجَدُ أَيْضًا فِي اضطراباتٍ أُخْرَى مِثْلَ الفَصَامِ ، اضطرابِ الشَّخْصِيَّةِ الأَحْدِيَّةِ ، أَوْ حَتَّى بَعْضِ نَوَاتِ الصَّرَعِ الجُزْئِيَّةِ المُعَقَّدةِ، الأَمْرُ الَّذِي يَفْرِضُ ضَرُورَةَ اسْتِبعَادِ الأسبابِ العُضُويَّةِ والنَّفْسِيَّةِ المُخْتَلِفَةِ بِدَقَّة (more 2000) ، هذا التشابه لا يقتصر على البعدين النفسي والعضوي فقط، بل يمتد إلى أعراض جسدية وانفعالية كاضطراب الإدراك الذاتي والشعور بانفصال عن البيئة المحيطة، وهي أعراض شائعة أيضا في الاكتئاب واضطرابات القلق، واحدة من المشكلات الجوهرية التي تسهم في التشخيص الخاطئ هي أن المرضى غالبا لا يبلغون بشكل تلقائي عن الأعراض الانفصالية أو تجارب تعدد الهوية ما لم تطرح عليهم أسئلة دقيقة ومباشرة، جزء من ذلك يعود لتجنبهم الموضوع إما بسبب الخجل أو الخوف من الوصمة الاجتماعية، وجزء آخر ينبع من عدم وعيهم الكامل بأهمية هذه الظواهر أو ربطها باضطراب محدد



(Pietkiewice 2021)، وفي المقابل، هناك حالات يمكن أن تكون الأعراض فيها مصطنعة أو ناتجة عن تأثير الإيحاء والعلاج، كما ورد في تقارير عن مرضى شخصوا مبدئياً بـ DID لكن بعد فحوصات دقيقة اتضح أنهم يعانون من اضطرابات شخصية أخرى رتبت وفق خصائص سريرية مشابهة لكنها مختلفة جوهرياً (Utomo et al, 2023)، هناك جانب إضافي يزيد الصورة تعقيداً ويتعلق بالتشخيص المزدوج، فقد تبين أن معدلات الإصابة المتزامنة بـ DID مع اضطرابات أخرى مرتفعة نسبياً، بما في ذلك اضطرابات المزاج ثنائية القطب والاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات تعاطي المواد (more 2000)، هذا التداخل يعني أنه حتى لو تم التعرف على DID بشكل صحيح، فقد تطفى الأعراض المصاحبة من الاضطرابات الأخرى على المشهد السريري وتجعل من الصعب على المعالج وضع خطة علاجية منسقة، بالإضافة إلى ذلك، بعض الممارسين قد يترددون في وضع تشخيص DID صريح تحسباً لرد فعل سلبى من الزملاء أو المؤسسات الطبية التي ما تزال تحمل تحفظات على هذا التشخيص من الزملاء (Carrigan&Hull,2022)، وان التاريخ الطبي للمريض له أثر حاسم هنا، فوجود سلسلة من التجارب الصادمة الممتدة منذ الطفولة يدعم فرضية DID لكنه ليس دليلاً نهائياً بذاته، وقد بينت ملاحظات إكلينيكية أن بعض المرضى أظهروا تحسناً سريعاً بعد جلسات دعم نفسي وتثقيف حول طبيعة الأعراض، ما يشير إلى إمكانية تعديل بعضها بالعلاج النفسي قصير المدى وهذا ليس مما يتوقع عادة في الذهان الشديد (more 2000)، تلك الاستجابة السريعة قد تكون مؤشراً فارقاً عند محاولة التفريق بين DID وغيره من الاضطرابات الذهانية المزمنة، الأمر يصبح أكثر تعقيداً حين نتعامل مع ما يسمى بالاضطرابات الانفصالية المعقدة التي تضم حالات مثل DID واضطراب الانفصام المحدد الآخر (OSDD)، هذه الحالات غالباً ما تكون متعددة الأعراض وتشمل مظاهر تجمد انفعالي وتبدد واقع وشكوى جسدية ذات أساس نفسي كثير من الأطباء يفضلون منح تشخيص أكثر شيوعاً لهم وللمريض مثل القلق أو الفصام نتيجة قصور التدريب على تمييز الأنماط الانفصالية المعقدة ، ويؤدي غياب بروتوكولات علاجية قائمة على دليل علمي مجمع عليه لـ DID إلى تباين طرق التطبيق الإكلينيكي وبالتالي تفاوت النتائج العلاجية (Angle, & Fadai Atilan) بعض الاختبارات والمقاييس مثل TADS-1 طورت للتقليل من هذا التداخل عبر التركيز على مجموعة واسعة من الأعراض بما فيها الجدية والنفسية الخاصة بالانفصال ، ومع ذلك فإن تطبيقها يتطلب مهارة وخبرة لضمان تفسير الاستجابات بعيداً عن التحيز الشخصي أو أثر التوقعات العلاجية، كما أن نتائج هذه الأدوات تظل خاضعة للتأويل ويجب مقارنتها بالسياق الطبي والاجتماعي الكامل للمريض قبل الوصول إلى تشخيص نهائي، إضافة لذلك هناك حالات مثيرة تشير لاحتمال إساءة استخدام المعلومات المتاحة علناً، حيث يقوم بعض المرضى بتقليد أعراض DID استناداً إلى ما يقرؤونه في الكتب أو الإنترنت بهدف الحصول على اهتمام أو موارد معينة، فحص هؤلاء كشف أنهم ينحدرون غالباً من فئات تعاني من اضطرابات شخصية مختلفة لكنهم يعرضون سرديات كاملة للأعراض تتسق مع الوصف التقليدي (Pietkiewicz, et.al 2021)، وَهَذَا بِدَوْرِهِ يَعْنِي أَنَّ الْإِعْتِمَادَ الْحَصْرِيَّ عَلَى السَّرْدِ الدَّائِي الْمَرِيضِ دُونَ تَدْعِيمِهِ بِمُلَاحَظَاتٍ مَوْضُوعِيَّةٍ

وَفُحُوصٍ مِغْيَارِيَّةٍ يَزِيدُ اِحْتِمَالَاتِ اَلْخَطَا اَلتَّشْخِيصِيَّةِ مِنْ اَلْمَنْظُورِ اَلْعَمَلِيِّ وَاَلْبَحْثِيِّ ، تَجَاوُزُ هَذِهِ الصُّعُوبَاتِ يَتَطَلَّبُ اَلدَّمْجَ بَيْنَ اَلتَّقْصِي اَلدَّقِيقِ لِاَلْأَعْرَاضِ وَاَلْإِنْتِبَاهِ لِأُسْلُوبِ ظُهُورِهَا زَمَنِيًّا وَوَضَائِعِيًّا ، وَفَحْصِ اَلْخَلْفِيَّةِ الصَّدْمِيَّةِ وَاَلْعَوَامِلِ اَلْبِيئِيَّةِ اَلْحَالِيَّةِ ، كَمَا يَنْبَغِي إِشْرَاكُ مَصَادِرِ مَعْلُومَاتٍ مُتَعَدِّدَةٍ كَأَمَّا اَلْمُلاحَظَاتِ اَلأُسْرِيَّةِ وَتَحْلِيلِ اَلتَّغْيُرَاتِ اَلسُّلُوكِيَّةِ عِبْرَ اَلْوَقْتِ بَدَلًا مِنْ اَلإِعْتِمَادِ عَلَى مُقَابَلَةٍ وَاحِدَةٍ فَقَطْ ، يَهْدِيهِ اَلطَّرِيقَةُ يُمَكِّنُ تَخْلِيصَ اَلتَّدَاخُلِ مَعَ اَلإِضْطِرَابَاتِ اَلأُخْرَى وَتَحْقِيقِ تَشْخِيصٍ أَكْثَرَ دِقَّةً يَقُودُ إِلَى خُطَطٍ عِلَاجِيَّةٍ فَعَالَةٍ وَمُسْتَدَامَةٍ .

ومن أسباب اختيار الموضوع هو ان معظم الأشخاص عندما يرون بعض الاعراض من اضطراب الهوية الانفصالية يعتقدون انه بسبب الحسد او التلبس وغيرها فيذهبون للرقاة الشرعيين بدلا من الاخصائي والطبيب النفسي لتشخيص الاضطراب، وهذا قد يكون بسبب قلة الوعي وعدم المعرفة بالاضطرابات والامراض النفسية.

الحاجة لتحليل السمات السريرية الدقيقة

نَحْنُ بِحَاجَةٍ إِلَى تَحْلِيلِ السِّمَاتِ السَّرِيرِيَّةِ الدَّقِيقَةِ فِي اَضْطِرَابِ اَلهَوِيَّةِ اَلانْفِصَالِيَّةِ يُعَدُّ خُطُوَّةً هَامَةً لِأَلْحَدِّ مِنْ اَلتَّشْخِيصَاتِ اَلخَاطِئَةِ وَتَعْزِيزِ فَعَالِيَّةِ اَلْعِلَاجَاتِ اَلْمَتَّبَعَةِ، كَمَا تَمَّ اَلإِشَارَةُ إِلَيْهِ ، فَإِنَّ هَذَا اَلتَّحْلِيلَ يُسَاعِدُ عَلَى فَهْمِ اَلْحَالَةِ بِشَكْلِ أَفْضَلٍ وَتَحْدِيدِ اَلإِسْتِرَاتِيجِيَّاتِ اَلْمُنَاسِبَةِ لِاَلْعِلَاجِ، هَذِهِ اَلظَّاهِرَةُ تَطْرُقُ تَحْدِيثًا أَمَامَ اَلْمُعَالِجِ اَلَّذِي قَدْ يُوَاجِهُ مَزِيجًا مِنْ اَلأَعْرَاضِ اَلْحَقِيقِيَّةِ وَاَلْمُبَالِغِ فِيهَا ، وَهُوَ مَا يَتَطَلَّبُ إِنْشَاءَ مُقَابَرَةٍ تَحْلِيلِيَّةٍ قَائِمَةٍ عَلَى تَتَبِعِ اَلخَطِّ اَلزَّمَنِيِّ لِاَلأَعْرَاضِ وَتَوَافُقِهَا مَعَ اَلسِّيَاقِ اَلْحَيَاتِيِّ لِلْمَرِيضِ مِنْ اَلأَمَثَلَةِ اَلْمُهَمَّةِ عَلَى ضَرُورَةِ اَلْحَدْرَانِ اَلأَدَوَاتِ اَلْفَحْصِ اَلذَاتِيِّ مِثْلَ اَلإِسْتِئْنَائَاتِ مُقَيَّدَةً بِقُدْرَةِ اَلْمَرِيضِ عَلَى اَلتَّعْبِيرِ وَالدَّقَّةِ فِي اَلتَّبْلِيغِ بَيْنَمَا اَلفُحُوصُ اَلإِكْلِينِيكِيَّةُ اَلْمُنظَّمَةُ قَدْ تَكشِفُ تَبَايُنًا بَيْنَ مَا يَذْكَرُ لَفْظًا وَمَا يَظْهَرُ عَمَلِيًّا أَسْمَاءَ اَلْمُقَابَلَةِ ، لَقَدْ وَجِدَ أَحْيَانًا أَنَّ مَرَضِي يُحْرِزُونَ دَرَجَاتٍ مُرْتَفِعَةً فِي مَقَايِسِ اَلانْفِصَالِ لِكَثْرَتِهِمْ فِي اَلْمُقَابَلَاتِ اَلْمُفَصَّلَةِ لَا يُبْدُونَ اَلْمُجْمُوعَةَ اَلكَامِلَةَ مِنْ اَلأَعْرَاضِ اَلْمَطْلُوبَةِ لِلتَّشْخِيصِ، وَهُوَ مَا يَشِيرُ لِاحْتِمَالِ وُجُودِ عَوَامِلِ مِثْلِ اَلرَّغْبَةِ فِي اَلْحُصُولِ عَلَى تَشْخِيصٍ بَعِينِهِ أَوْ سِوَى اَلْفَهْمِ اَلطَّبِيعَةِ اَلأَسْئَلَةِ (Setkiewicer et al, 2021)، مِنْ هُنَا تَظْهَرُ حَاجَتُنَا إِلَى دَمْجِ بَيَانَاتِ اَلْمُلاحَظَةِ اَلْمُبَاشِرَةِ مَعَ تَعَالِيمِ اَلإِخْتِبَارَاتِ وَاَلْمَعْطِيَّاتِ اَلْمُسْتَقَامَةِ مِنْ مَصَادِرِ ثَانَوِيَّةٍ مِثْلِ رَوَايَاتِ أَفْرَادِ اَلأُسْرَةِ أَوْ مَرَاجَعَةِ اَلسَّجَلَاتِ اَلطَّبِيعَةِ اَلسَّابِقَةِ، إِضَافَةً إِلَى هَذِهِ اَلصُّعُوبَاتِ، فَإِنَّ غِيَابَ تَوَجِّهَاتِ تَشْخِيصِيَّةٍ وَاضِحَةٍ فِي أَنْظِمَةِ اَلتَّصْنِيفِ اَلكَبْرِيِّ مِثْلَ DSM-5 وَ ICD-11 لِاَلتَّمْيِيزِ اَلدَّقِيقِ بَيْنَ DID وَاضْطِرَابَاتِ اَلشَّخْصِيَّةِ أَوْ غَيْرِهَا يَزِيدُ أَهْمِيَّةَ اَلتَّحْلِيلِ اَلتَّفْصِيلِيِّ لِاَلْعَلَامَاتِ وَاَلأَنْمَاطِ اَلسُّلُوكِيَّةِ، غِيَابُ مِثْلِ هَذِهِ اَلإِشْرَادَاتِ يَجْعَلُ اَلْمَجَالِ مَفْتُوحًا لِاَلإِفْرَاطِ فِي اَلتَّشْخِيصِ أَوْ اَلتَّقْلِيلِ مِنْهُ اَعْتِمَادًا عَلَى خُبْرَةِ اَلفَاحِصِ وَانْطِبَاعَاتِهِ اَلشَّخْصِيَّةِ، هَذَا اَلوَاقِعُ اَلْعَمَلِيُّ يَجْعَلُ تَدْرِيْبَ اَلأَطْبَاءِ اَلنَّفْسِيِّينَ وَعِلْمَاءِ اَلنَّفْسِ اَلسَّرِيرِيِّينَ أَمْرًا مَحْوَرِيًّا لِتَطْوِيرِ مَهَارَاتِهِمْ فِي قِرَاءَةِ هَذِهِ اَلتَّفَاصِيلِ اَلدَّقِيقَةِ، إِنْ فَحِصَ اَلخِصَائِصَ اَلنَّوْعِيَّةَ لِجُلُوسَاتِ اَلْمَرَضِيِّ يَكشِفُ عَنِ مَوْشُرَاتِ دَقِيقَةٍ يُمْكِنُ اِسْتِخْدَامُهَا لِتَحْسِينِ دَقَّةِ اَلتَّشْخِيصِ عَلَى سَبِيلِ اَلْمِثَالِ، وَوُجُودُ تَغْيِيرَاتٍ مَلْحُوظَةٍ وَمُسْتَمِرَّةٍ فِي نَبْرَةِ اَلصَّوْتِ أَوْ لُغَةِ اَلجَسَدِ عِنْدَ اَلانْتِقَالِ بَيْنَ اَلهَوِيَّاتِ، أَوْ

اختلاف واضح في التوجه العاطفي والمعرفي عبر الزمن، يمكن أن يقدم أدلة داعمة تتجاوز مجرد السرد اللفظي (Utomo et al, 2023)، كما أن تحليل استجابات المرضى لمواقف تثير الضيق النفسي قد يوضح قدرة بعض الهويات على التكيف مقارنة بأخرى أكثر اندفاعية أو تجنبية، التقييم العصبي والتصوير الدماغى بدأ يكشف بدوره عن إمكانيات للاستعانة بمؤشرات بيولوجية موضوعية لتعزيز التشخيص، فقد أظهرت الدراسات الأولى باستخدام تقنيات التعرف النمطي عبر التصوير البنيوي للدماغ إمكانية التفريق بين مرضى DID والأشخاص الأصحاء بدقة مقارنة لما هو متاح في الاضطرابات النفسية الأخرى (Veltman & Reinaers, 2021)، هذه الاتجاهات البحثية قد تسمح لاحقاً بالانتقال من الاعتماد الكامل على الأدوات النفسية الذاتية إلى مقاربات هجينة تجمع الدليل العصبي السريري، جانب آخر يحتاج لاهتمام خاص هو التفريق بين السمات الجوهرية المرتبطة بالاضطراب وتلك التي تمثل إعاقات وظيفية لاحقة أو أعراض مصاحبة نتيجة وجود اعتلال نفسي آخر، يبدو أن قياس الأداء اليومي للمريض ومستوى العجز الوظيفي يمكن فصله نظرياً من شدة الصفات الانفصالية ذاتها (Klark & Ro, 2014)، هذا الفصل يفيد في تحديد ما إذا كان ينبغي اعتبار العجز عنصراً من تعريف الاضطراب أم تركه كمعيار ثانوي مرتبط بتخطيط العلاج، المضاعفات الناتجة عن الصدمة المبكرة وتأثيراتها العابرة الحياة تسهم كذلك في تشكيل الأنماط السريرية لـ DID، وترتبط بعض الحالات بظواهر إدراكية غير اعتيادية تشمل هلوسات حسية وتجارب حدسية تستمر لعقود، قبل ظهور الأزمة الانفصالية الكبيرة (Saxena, et al, 2023)، مراقبة هذه المؤشرات عبر التاريخ المرضي تساعدنا على بناء صورة أكثر دقة لمسار الاضطراب، حتى العلاجات الدوائية والنفسية يجب تقييمها وفق نمط الأعراض المحدد لكل مريض بعض التدخلات غير الدوائية مثل العلاج السلوكي الجدلي أو علاج المخطط قد تقدم تحسناً جزئياً لكنها ما زالت بحاجة لدراسة طويلة المدى لإثبات فعاليتها الكاملة (Utomo et al, 2023)، وهناك أيضاً اهتمام متزايد بالعلاجات التي تستهدف مسارات عصبية محددة، كالأدوية المؤثرة على السيروتونين أو الغلوتامات والتي أظهرت ارتباطات ببعض الظواهر الانفصالية (Hall & Corrigan, 2022)، بالنظر لهذه المعطيات، يصبح العمل السريري أقرب إلى عملية تركيب فسيفساء من العلامات الصغيرة والمتفرقة، كل قطعة منها توفر لفيماً من المعلومات التي حين تجمع بعناية تقدم صورة أقرب للحقيقة وأبعد عن اجتهاد فردي مفرط التأثير بالعوامل الظرفية، تطوير بروتوكولات معيارية تحليل هذه السمات الدقيقة سوف يسهم بشكل كبير في تخفيض معدلات الإيجابيات الكاذبة وحالات التشخيص المتأخر، وإتاحة فرص العلاج مبكر يجنب المرضى سنوات من المعاناة غير الضرورية.

أهمية البحث:

تتجلى لنا أهمية هذا البحث في معالجته فجوة معرفية واضحة تتعلق باضطراب الهوية الانفصالية، حيث سعيتم إلى تقديم أساس منهجي أكثر دقة لتحسين التشخيص والتمييز بين DID واضطرابات نفسية أخرى قد تتشابه معه ظاهرياً، ومن شأن هذا البحث رفع موثوقية النتائج

الإكلينيكية وتعزيز اتساق الممارسات العلاجية، خصوصاً في ظل التباين الكبير بين التشخيصات الناتجة عن اختلاف الخبرات بين الاخصائيين والأدوات المتاحة لهم. وتظهر الأهمية العملية للدراسة في إمكانية الاستفادة من التشخيص الدقيق للاضطراب من أجل الاستفادة منه للتطبيق في العيادات، من خلال التعرف المبكر على الاضطراب ووضع خطط متابعة أكثر دقة وكفاءة.

وأخيراً، يفتح البحث الباب أمام تعاون متعدد التخصصات لبناء نماذج تنبؤية لمسار الاضطراب، كما يساعد في تحسين الوعي العام وتقليل الوصمة الاجتماعية عبر تقديم صورة علمية دقيقة ومتوازنة عنه. وبهذا يقدم البحث عمق نظري ينعكس إيجاباً على جودة التشخيص والعلاج وصياغة السياسات الصحية.

أهداف البحث:

١. يهدف هذا البحث من صياغة مجموعة من الأهداف البحثية التي تعكس الحاجة الملحة لمعالجة الفجوات المعرفية السريرية في التعامل مع اضطراب الهوية الانفصالية.
٢. تحليل الارتباطات بين السمات الانفصالية بهدف:

- رفع دقة التشخيص.
- تقليل احتمالات الخلط مع اضطرابات الشخصية أو الحالات الذهانية المزمنة.
- ٣. تحديد مؤشرات بيولوجية مساعدة للتشخيص يمكن استخدامها بالتوازي مع المعايير النفسية التقليدية.
- ٤. مساعدة العاملين في مجال علم النفس السريري لأجل التشخيص والتمييز بين هذا الاضطراب واضطرابات أخرى متشابهة ظاهرياً.

منهجية البحث

نوع الدراسة ومصادر البيانات

تم اعتمادي في الدراسة الحالية على تصميم وصفي تحليلي يهدف إلى تقديم صورة شمولية عن اضطراب الهوية الانفصالية وسماته السريرية، وذلك من خلال تحليل البيانات المتوفرة بدلاً من جمعها ميدانياً.

- تم الاستناد إلى الأدبيات العلمية ذات الصلة.
- ركز التحليل على رصد الأنماط السريرية الموصوفة في المصادر.
- جرى تناول الأعراض في ضوء بعدها الزمني والسياقي من خلال مراجعة ما تضمنته المصادر من إشارات للتغيرات السلوكية والانفعالية على امتداد الزمن.
- تمت مراعاة المعايير الأخلاقية المرتبطة باستخدام البيانات، عبر الاقتصار على المعلومات المصرح بها والمتاحة بصورة مشروعة.



بهذا، اقتصرَت الدراسة على الوصف والتحليل النظري للمعطيات الثانوية دون إجراء مقابلات إكلينيكية أو استخدام أدوات قياس أو ملاحظات مباشرة.

الإطار النظري

مفهوم اضطراب الهوية الانفصالية:

يمكن ان نعرف اضطراب الهوية الانفصالية بأنه حالة نفسية معقدة تتميز بوجود انقطاع واضح في الإحساس بالهوية، بحيث يعيش الفرد ضمن إطار شخصي يضم حالتين أو أكثر من الحالات الذاتية أو الهويات" المتميزة، كل حالة ذاتية تحمل طرازا خاصا بها في الخبرات والإدراك والذاكرة والتوجه العاطفي والسلوكي، وقد تتباين ملامحها بدرجة تجعلها تبدو كأنها شخص مختلف تماما عن الحالات الأخرى (Pietkiewicz, et al, 2021). هذا الاضطراب لا يقتصر على مجرد الشعور بالازدواج النفسي، بل يتضمن أيضا فترات متكررة من فقدان الذاكرة الذي يمتد ليشمل أحداث الحياة اليومية والمعلومات الشخصية وحتى الذكريات المرتبطة بصدمات شديدة سابقة (Elmore,2000)، هذه الفجوات في الذاكرة لا يمكننا تفسيرها بالنسيان العادي، وإنما تمثلُ فقداناً لوظيفةٍ تكامليةٍ أساسيةٍ بين عناصر التجربة الذاتية، التعريفُ التشخيصي وفق معايير يصفُ الحالة بأنها اضطرابٌ يتميز بانقطاع في الهوية مصحوبٌ بتغيرات ملحوظة في الإحساس بالذات والسيطرة على السلوك، وتترافق مع تبدلات في الانفعال والإدراك والوعي والأداء الحسي الحركي، يمكن أن ينظر لهذه الحالات الذاتية كنوع من التقمص أو "الحلول" بحسب بعض الأطر الثقافية، لكن المشترك بينها جميعا هو وجود انفصال بين تدفق التجربة الواعية والحياة النفسية الكلية للفرد، أما تعريفُ التصنيف الدولي للأمراض فيركزُ على أن هذه الهويات المميزة تتناوب على السيطرة التنفيذية على وعي الفرد ووظائفه في الاستجابة للمحيط، وقد ينعكس ذلك في مهام محددة مثل العمل أو رعاية الأطفال أو عند مواجهة مواقف مدركة كتهديد (Pietkiewicz, et al, 2021)، الملمح الجوهري الآخر لاضطراب الهوية الانفصالية يتمثل فيما يسمى بعدم استمرارية الإحساس بالذات، هذا يمكن أن يظهر في تغير مفاجئ وثابت نسبيا في لغة الجسد أو نبرة الصوت أو الأسلوب المعرفي للشخص أثناء الانتقال بين هوية وأخرى، حتى الاتجاهات العاطفية وطريقة التفاعل مع المحيط قد تختلف بصورة حادة بين هذه الحالات بعض الهويات قد تظهر كفاءات ومهارات غير متوفرة لدى حالات أخرى، على سبيل المثال، القدرة على استخدام لغة أجنبية أو تذكر خبرات لم تعيشها بقية الهويات (Elmore,2000)، الجانب الذاتي لهذه الظاهرة لا يقل أهمية عن العرض الخارجي، فكثير من المصابين يبلغون عن إحساس غريب بالاغتراب الداخلي وكأنهم يشاهدون حياتهم من منظور خارجي أو يعيشون داخل أفكار وأصوات متعددة تنتهي إلى أشخاص داخليين مختلفين بعضهم يصف هذه الأصوات بأنها داخل الرأس وليست مسموعة بشكل سمعي خارجي لكن لها آراء ورغبات أحيانا مناقضة، هذا الخلاف الداخلي قد يؤدي إلى قرارات متضاربة وسلوكيات يجد الشخص نفسه لاحقا عاجزا عن تفسيرها أو تذكر دوافعها، من الناحية الإكلينيكية يتم تقييم التشخيص عبر التأكيد على وجود عنصرين أساسيين: تعدد الحالات الذاتية وفقدان

الذاكرة الناتج عنها، لكن يجب أيضا استبعاد أن تكون الأعراض نتيجة مباشرة لمواد المخدرة أو أدوية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي أو لأي حالات عصبية موثقة مثل النوبات الصرعية أو اضطرابات النوم الشديدة (Pietkiewier, et al, 2021) إضافة إلى ذلك فإن ظهور الأعراض يجب أن يرتبط بضرر كبير على الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الحياة الأخرى ذات الأهمية، الربط بين هذه الظاهرة وتجارب الصدمة المبكرة هو محور الكثير من النظريات العلمية، الأدلة تشير إلى أن التعرض المتكرر لسوء المعاملة الجسدية أو الجنسية في الطفولة والانتهاكات النفسية المستمرة قد يدفع العقل النامي للطفل لاستخدام آليات انفصالية بهدف تقليل الإحساس اللحظي بالألم والخوف (Saxena, et al, 2023)، وعلى المدى البعيد تتحول هذه الآلية الدفاعية المؤقتة إلى نمط وظيفي دائم ينفصل فيه الوعي إلى كيانات مستقلة نسبياً، الدراسات العصبية باستخدام تقنيات قياس حجم القشرة الدماغية وسمكها أظهرت فروقاً بنيوية بين المصابين وغير المصابين ترجح دور العوامل البيئية غير الجينية مثل الصدمة المبكرة في تعديل مسار النمو العصبي (Veltman&Reinders, 2021)، رغم هذه الصورة التشخيصية الدقيقة إلا أن التنوع الكبير في الأعراض وطريقة عرضها يجعل تعريف اضطراب الهوية الانفصالية عملية قائمة على تجميع مؤشرات متعددة بدلاً من الاعتماد على علامة واحدة فاصلة، بعض المرضى يظهرون أعراضاً شديدة الوضوح، والبعض الآخر يظهر فقط إشارات subtle مثل شعور متكرر بأن الزمن يتوقف فجأة ثم يعود، أو حضور أعراض مجهولة المصدر لديهم لا يعرفون كيف حصلوا عليها (Saxena, et al, 2023)، كما يوجد تفاوت ملحوظ في مدى إدراك المريض لما يحدث، فبينما يدرك البعض وجود حالات أخرى داخله ويتحدث عنها صراحة، ينكر آخرون ذلك تماماً ويعززون التجارب الغريبة لمسببات خارجية، البعد الثقافي لا يمكن إغفاله عند تحديد المفهوم الدقيق للاضطراب، ففي بعض البيئات الاجتماعية تفسر التجارب الانفصالية كتجارب روحانية أو استحواذ روحي مما قد يؤخر التوجه للرعاية الطبية النفسية ويؤدي إلى اختلاف طرق التعبير التي يستخدمها المريض لوصف حالته (Pietkiewicz, et al, 2021)، التكيف الثقافي للأعراض يفرض تحدياً إضافياً أمام المعالجين لتفريق ما هو جزء من المعتقد المحلي وما يمثل ظاهرة مرضية واضحة ضمن إطار DID أخيراً، من المهم الإشارة إلى أن هذا التعريف لا يقدم فقط وصفا سريريا وإنما يشكل الأساس الذي تبنى عليه عمليات التشخيص والعلاج والبحث العلمي المتعلقة بالحالة، وضوح الحدود المفاهيمية لـ DID يسمح بوضع بروتوكولات تشخيص أكثر دقة وبيئ أرضية لفهم الروابط المعقدة بين التكوين النفسي للفرد وتجارب حياته الأولى والأحداث الضاغطة التي قد تساهم في ظهور الانقسام الداخلي للهوية.

النظريات المفسرة ويتضمن نموذجين:

أولاً: أنموذج الصدمة

النظريات التي فسرت لنا اضطراب الهوية الانفصالية انقسمت على مدى العقود الماضية إلى توجّهين رئيسيين، لكلٍ منهما أطره الافتراضية وأدلته



الداعمة ومواطن ضعفه المحتملة الاتجاه الأول يعرف غالباً باسم نموذج الصدمة ويستند إلى فرضية أن الانقسام في الهوية ينشأ كرد فعل نفسي مباشر للصدمة الشديدة والمتكررة، غالباً خلال الطفولة المبكرة حيث لا تزال البنية النفسية والمعرفية للطفل في طور التكوين، وفق هذا النموذج، يتعامل العقل مع أحداث الإيذاء الجسدي أو الجنسي أو النفسي الطويلة الأمد عن طريق خلق حالات ذاتية مميزة تفصل الخبرات المؤلمة عن الوعي اليومي، مما يسمح باستمرار الأداء الوظيفي الأساسي وتقليل المعاناة الشعورية أثناء الحدث الصادم أو بعده (Meganck, 2017)، هذه الشخصيات المتعددة أو الحالات الذاتية تتطور تدريجياً لتصبح أكثر استقلالاً في الذكريات الماضية، ونمط المعالجة العاطفية، وربما حتى القدرات المعرفية، يدعم هذا النموذج عدد كبير من الدراسات التي رصدت ارتباطاً وثيقاً بين تاريخ الصدمات المبكرة والسمات الانفصالية القوية لدى مرضي DID، ان الادبيات السريرية تقول أن الغالبية العظمى من المرضى لديهم سجل من التعرض من التعامل السيئ أو الإهمال، وأن بعضهم أظهر مؤشرات نفسية عصبية تعكس تغييرات بنيوية في الدماغ يعتقد أنها نتاج لتلك الخبرات البيئية الضاغطة (Veltman & Reinders, 2021)، كما يرى أنصار هذا النموذج أن قابلية الدماغ التام لإعادة التنظيم تحت وطأة الضغط النفسي المستمر هي ما يجعل الصدمات المبكرة ذات أثر مضاعف في تشكيل مسار نمو الشخصية والتكامل النفسي مستقبلاً.

ثانياً: الأنموذج الايحائي أو الاجتماعي:

إن النموذج الاجتماعي أو نموذج النشأة العلاجية ويطرح تصوراً مختلفاً جذرياً، هذا النموذج يقترح أن الهويات المتعددة ليست نتيجة مباشرة للصدمة بل نتاج لعدة عوامل منها عوامل علاجية وثقافية وإيحائية، بمعنى آخر، قد تنشأ الأعراض بفعل تأثير توقعات المعالجين، والتفسير الخاطئ للأعراض من قبل المريض نفسه، وضغط السياقات الاجتماعية والثقافية التي تمنح معنى ودلالة لمظاهر الانفصال على شكل شخصيات بديلة، وتدخل في ذلك أيضاً مساهمة الإعلام والأعمال الفنية التي تصور DID بصورة درامية خاطئة، وهذا يعزز لدى بعض الأفراد الميل لتبني دور معين يتفق مع هذه الصور الذهنية سواء بوعي أو بدون وعي من منظور هذا النموذج ينظر لمظاهر تعدد الهوية بوصفها شكل من أشكال لعب الأدوار، ورغم أن هذا الدور ليس خداعاً متعمداً بالضرورة، ولكن قد يظهر بشكل تلقائي كرد فعل غير واعي لتوقعات البيئة المحيطة بالمريض ولرغبته في إيجاد إطار يفسر معاناته النفسية بطريقة مقبولة عند الأفراد الآخرين، هناك أيضاً زوايا تفسيرية وسط بين كلا التفسيرين تحاول دمج عناصر من كلا الطرفين السابقين بعض الباحثين يقترحون انه يجب علينا ان ننظر إلى الصدمة ليس كسبب وحيد ولا يمكننا ان ننظر إلى الإيحاء كمسؤول كامل عن نشأة هذا الاضطراب، وانما هو مزيج معقد بين الاستعداد الفردي سواء (بيولوجياً أو نفسياً)، والتجارب المؤلمة المبكرة للفرد، والسياقات العلاجية والاجتماعية التي تشكل كيفية التعبير عن الأعراض، بهذا الطرح يمكن تفسير التباين الملحوظ بين المرضى: فبينما يحمل بعضهم امور تفصيلية لصدمة الطفولية مدعومة بأدلة موضوعية واضحة ويظهرون أعراض انفصالية منذ مراحل مبكرة من حياتهم، بينما

آخرون يبدوون بعرض هذه الأعراض فقط بعد الدخول في علاج نفسي طويل يركز على البحث عن هويات فرعية، ونظير لنا إشكالية أخرى تتعلق بكيفية فهم بعض المصطلحات مثل "الهيكل" و"الحركات الهستيرية وطريقة استخدامها لتفسير تشكّل العرض السريري لـ DID ضمن أطر علاجية معينة، البعض يقول بأن الفكر السائد حول DID يشكل قوالب يصب فيها المريض معاناته الداخلية سعياً للحصول على اعتراف وفهم ضمن المسار العلاجي المتاح له، وهذا يعني أن طبيعة الحوار العلاجي ونوعية الأسئلة المطروحة قد تؤثر فعلياً على صورة الاعراض وتشجع على تثبيت نمط معين من الأعراض بدل العمل على تجاوزه (Meganck, 2017)، إضافة لذلك فإن المناقشات الحديثة حول DID بدأت تدخل اعتبارات مرتبطة بالثقافة والطب وعلم النفس فالاختلافات الثقافية قد تحدد الطريقة التي يتم بها تأويل الظواهر الانفصالية سواء من قبل المريض أو المعالج، ففي بيئات معينة قد يتم دمج الظواهر ضمن أطر روحانية أو دينية - أي ان البعض يفسر الاضطراب بأنه مس ويحتاج للرقية فقط - وهذا يطيل زمن الوصول للتقييم النفسي ويؤخر التدخل العلاجي المناسب (Elia, et al 2023)، كما يمكن للعب او العار الاجتماعي المرتبط ببعض التشخيصات النفسية أن يؤثر في استعداد الأفراد لعرض التفاصيل الحقيقية لتجارهم الصادمة أو اعترافهم بها أمام المحيط الطبي والاجتماعي من الناحية التطبيقية لفحص هذه النظريات، يؤدي التحليل السريري دوراً مهماً في تحديد احتمالات كل نموذج لدى الحالة الواحدة، فإذا كانت مؤشرات الإصابة تشمل تاريخ صدمات واضح ومتكرر وأعراض انفصالية سابقة لأي تدخل علاجي مكثف فقد يرجح كفة نموذج الصدمة، أما إذا ظهرت المظاهر فجأة وبشكل أكبر بعد التعرض لعلاج نفسي يتضمن أساليب إيحائية قوية فربما يكون الترحيح الى عناصر من نموذج النشأة العلاجية، وتوفر لنا دراسات التصوير العصبي بعداً إضافياً للنقاش، إذ إن العثور على بصمات بنيوية ووظيفية مميزة لمريض DID مقارنة بمجموعات ضابطة يدعم فكرة وجود أساس بيولوجي جزئي لا يمكن تفسيره بالإيحاء وحده (Veltman, & Reinders 2021)، وهذا لا يلقي احتمال مساهمة السياقات الاجتماعية والعلاجية ولكنه يقلل من صلاحيتها كتفسير كلي ومستقل لظهور الاضطراب، وأخيراً فإن تبني أي نظرية لتفسير الاضطراب يحتاج منا ان نراعي التنوع الكبير للحالات الفردية والابتعاد عن التعميم المفرط، فقد يكون الاضطراب لدى شخص ما انعكاساً شبه مباشر لصدمات شديدة وطويلة المدى منذ الطفولة، بينما ينشأ الاضطراب لدى فرد آخر نتيجة تفاعل معقد بين ضغوط حياتيه لاحقة وعوامل نفس اجتماعية وعلاجية شكلت طريقة الظهور وتطور الأعراض لديه.

السمات السريرية

الأعراض الرئيسية

الأعراض الرئيسية لاضطراب الهوية الانفصالية تتسم بقدر كبير من التنوع في شدتها وصيغتها لكنها تدور حول بؤرتين أساسيتين: تعدد الحالات الذاتية وفقدان الاستمرارية في الإحساس بالذات والمذاكرة، إحدى العلامات الأكثر وضوحاً هي وجود



هويات أو شخصيات متعددة تتناوب على التحكم بسلوك المريض وعملياته الإدراكية، كل هوية قد تظهر بملامح سلوكية ولغوية وعاطفية مختلفة عن الأخرى، على سبيل المثال، قد يستخدم المريض أسلوب كلام مختلف، أو يظهر تفضيلات متناقضة، أو حتى قدرات خاصة مثل إتقان لغة أجنبية لا تستطيع الهويات الأخرى استخدامها (Saxena, et al, 2023)، هذه التحولات قد تكون واضحة للمحيطين به كما يمكن رصدها موضوعياً أثناء المقابلات الإكلينيكية، العرض الثاني هو فقدان الذاكرة الانفصالي ويتجاوز النسيان العادي من حيث مدى انتشاره والاختيارية أو الانتقائية، المرضى قد يعجزون عن تذكر أحداث مهمة من حياتهم، سواء كانت مرتبطة بصدمة نفسية أو حتى نشاطات يومية معتادة كالتسوق أو الأعمال المنزلية (Pietkiewicz, et al, 2021)، هذا النسيان قد يأخذ شكل فجوات كبيرة في السيرة الذاتية أو عدم التذكر لفترات زمنية محدودة خلال اليوم، بعض الأشخاص يلاحظون وجود أعراض أو كتابات بين مقتنياتهم لا يتذكرون كيفية الحصول عليها أو كيف تمت، إلى جانب ذلك، كثير من المصابين يخبرون عن خبرات تبدد الشخصية وتبدد الواقع، إذ يشعر الشخص بأنه منفصل عن جسده أو أن العالم المحيط به وانه فاقد للواقعية وكأنه مشاهد ضبابي غير واضح أو متغير في الإحساس الزمني والمكاني، هذه التجارب تضيف درجة أخرى من الارتباك والمعاناة اليومية للمريض، خصوصاً حين ترتبط بتقنيات مفاجئة تتضمن الغضب الحاد أو الحزن العميق دون مبرر واضح، وان الاضطراب ترافقه أعراض عاطفية ومعرفية واسعة، قد يظهر المريض تغيراً سريعاً في المزاج ما بين الانبساط والانطواء وبين الهدوء والانفعال الشديد (Saxena, et al, 2023)، هناك حالات من الكسل العاطفي حيث نقل شدة الاستجابة الوجدانية للأحداث، يقابلها أحياناً فترات انفعال مفرط أو شديد تجاه مثيرات خارجية بسيطة، كما تلعب مشكلات التنظيم العاطفي دوراً رئيسياً، فالمريض قد يجد صعوبة في السيطرة على اندفاعاته وانفعالاته، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى سلوكيات مؤذية لنفسه كالجرح أو الحرق أو حتى محاولات الانتحار (Langjord et al, 2023)، بعض الحالات تظهر ارتباطاً بالأعراض بمثيرات انفعالية قوية تستعيد خبرات صادمة، مما يؤدي إلى "انتقال السيطرة بين الهويات بطريقة دفاعية لمواجهة الضيق، هذه الانتقالات قد تستثار بمواقف اجتماعية معينة، أصوات روائح، أو غيرها من الرموز المرتبطة بالحادثة الأصلية، ويلاحظ أيضاً ظهور أعراض نفس جسدية مميزة مثل اختلاف استجابة الجسم للمواد الدوائية أو ظهور حساسية جلدية مع فرد دون آخر، بالإضافة إلى الاختلاف في المؤشرات الحيوية كضغط الدم ومعدل دقات القلب (Utomo, et al, 2023)، ومن الناحية الاجتماعية والوظيفية، يؤثر اضطراب الهوية الانفصالية بشكل كبير على قدرة الفرد في الحفاظ على استقرار علاقاته الشخصية وعلى عمله ودراسته، وان التغيرات المفاجئة في السلوك قد تؤدي إلى سوء فهم متكرر من الآخرين وفقدان الثقة المتبادل، يضاف إلى ذلك أن التدهور الوظيفي غالباً ما يزداد نتيجة وجود اضطرابات مصاحبة شائعة مثل الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية (Langjord, et al, 2023)، هذه العوامل المرافقة تزيد من الصعوبة التشخيصية، كما تؤثر على خطة العلاج المطلوبة.

وان الخصائص السريرية تمتد لتشمل اعراض مختلفة مثل سماع المريض لأصوات داخل الرأس تنسب لهويات مختلفة، هذه الظاهرة ليست مشابهة للهلاوس الذهانية بل أكثر ارتباطاً بالشعور الداخلي للفرد بوجود "آخرين" ضمن الذات لديهم آراء ورغبات وأهداف مختلفة (Pietkiewicz, et al, 2021)، في بعض الحالات، يلاحظ سلوك يشبه تشتت الأفكار او التيه العقلي حيث يجد الفرد نفسه في مكان لا يعرف كيف وصل إليه، فالأطفال والمراهقون قد يتكلمون عن الأعراض بطريقة مختلفة عن البالغين، إذ يمكن أن تظهر كألعاب تخيلية غامرة وشديدة الواقعية يصعب التفريق بينها وبين الأداء التخيلي المعتاد في هذا العمر، غير أن شدة هذه الظواهر وارتباطها بصعوبات انفعالية وسلوكية بارزة يمكن أن يعطى مؤشراً مبكراً لاحتمالية الإصابة بهذا الاضطراب، ولا بد من الإشارة كذلك إلى أن انتقال السيطرة بين الهويات ليس دائماً يكون بشكل مثير، ففي العديد من الحالات تكون الحدود بين الهويات غير واضحة والتحويلات تدريجية تترك أثرها عبر تغير المزاج أو أسلوب التفكير أكثر من التغير الجسدي أو الصوتي الواضح، هذا يجعل التعرف عليه مرهوناً بالملاحظة الدقيقة لطريقة الكلام والسلوك عبر مقابلات متعددة وجمع معلومات ممن يحيطون بالمريض (Pietkiewicz, et al, 2021)، هذه المجموعة المعقدة والمتشابكة من الأعراض تبين لنا الطبيعة المتعددة لاضطراب الهوية الانفصالية، والمزج بين العناصر الانفصالية التامة والتغيرات العاطفية والمعرفية والجسدية يجعل الاعراض السريرية غنية بالتفاصيل ولكنه أيضاً يضع التحديات الواضحة أمام التقييم الطبي والنفسي الدقيق.

أنماط التحول بين الهويات:

تتصف أنماط التحول بين الهويات في اضطراب الهوية الانفصالية بعدة خصائص معقدة ومتنوعة، وغالبا ما ترتبط بمثيرات داخلية أو خارجية محددة تؤدي إلى نقل السيطرة التنفيذية من هوية إلى أخرى، هذه التحويلات قد تكون بشكل مفاجئ وواضح للمقابل، كما في التغير المفاجئ في نبرة الصوت أو لغة الجسد أو أسلوب الكلام، أو قد تكون التحويلات تدريجية وأكثر خفاءً بحيث يكون التغير في البداية على المزاج أو توجه الأفكار قبل أن يظهر أي اختلاف سلوكي واضح وملحوس (Pietkiewicz, et al, 2021)، في الحالات الواضحة يمكن أن يتحول المريض خلال ثوان معدودة من شخصية ودودة ومتعاونة إلى أخرى منسحبة وعدوانية، ويرافق ذلك أحيانا تحولات في المؤشرات الفسيولوجية مثل معدل ضربات القلب أو تعابير الوجه، التنقل بين الهويات لا يحدث بعيداً عن الظروف المحيطة بالفرد، إذ يلاحظ العديد من المرضى أن مواقف محددة تُثير ذكريات صادمة سابقة تعمل كمحفز لهذا الانتقال، قد يكون هذا المحفز كلمة ذات دلالة خاصة عند الشخص، أو رائحة معينة ترتبط بالصدمة، أو حتى مواجهة موقف يشعر فيه الفرد بفقدان السيطرة على سلامته النفسية، هذه المحفزات قد تنشط هوية بعينها متكيفة بشكل أفضل مع تلك الظروف، أو على العكس، تظهر حالة أكثر رقة وانفعالية تعتمد على الآخرين للحماية (Burdzik & Burdzik, 2023)، كذلك يلاحظ أن بعض التحويلات مرتبطة مباشرة بمستوى الضغط النفسي،



فعندما يصل التوتر النفسي لدرجة معينة، تصبح احتمالات حدوث الانتقال أعلى بكثير مقارنة بالحالات العاطفية المستقرة، كثير من المرضى يبلغون عن فترات زمنية يستدل منها على حصول انتقال بين الهويات دون وعيهم به أثناء حدوثه، قد يستفيق الشخص ليجد نفسه في مكان مختلف عما كان عليه قبل دقائق أو وهو محاط بأشخاص لم يكن معهم قبل قليل، وهناك شواهد على أن بعض التحولات ترافقها تغييرات بارزة في الاهتمامات والمهارات حيث يمكن لهوية معينة ممارسة نشاطات أو استخدام معارف لا تمتلكها الهويات الأخرى، مثال ذلك مريض يعجز في بعض حالاته عن قراءة اللغة الأجنبية بينما هو قادر على ذلك بسهولة عندما تسيطر هوية أخرى (Pietkiewicz, et al, 2021)، من الجدير بالذكر أن معدل ووتيرة هذه التحولات يختلف بين الأفراد وحتى لدى الشخص نفسه عبر مراحل المرض، فالبعض يعاني من تحولات كثيرة يوميا، فيما يمر آخرون بأسابيع دون انتقال ملحوظ، يرتبط هذا التفاوت بعوامل مثل البيئة المحيطة للمريض، العلاج الذي يتلقاه، ومدى قدرته على تنظيم انفعالاته (Saxena, et al, 2023)، كما أن هناك فروقا نوعية بين الهويات بعض الحالات الشخصية تملك وعياً بوجود غيرها ويمكنها التواصل معها داخلياً، بينما توجد حالات أخرى منفصلة تماما ولا تدرك وجود غيرها إلا عبر ملاحظة نتائج أفعالهم أو ما يقوله الآخرون عنهم، وعلى المستوى الاجتماعي والوظيفي، يؤدي نمط التحول المفاجئ إلى إرباك المحيطين بالمريض وازعاج الثقة في استقراره السلوكي، الأصدقاء وأفراد الأسرة قد يجدون أنفسهم أمام الشخصيات مختلفة تحمل اتجاهات متباينة تجاههم، مما يخلق افكار متكررة من سوء الفهم والخلافات الشخصية، بعض الدراسات تشير أيضا إلى أن لبعض الهويات تأثيرا سلبياً واضحاً مثل الدخول في سلوكيات خطيرة أو إيذاء النفس، بينما تعمل هويات أخرى كآلية حماية وتحاول إصلاح الضرر الاجتماعي والنفسي الذي تسببه الحالات الأكثر اندفاعاً (Langjord, et al, 2023)، آليات الانتقال نفسها تبقى غير مفهومة بالكامل من الناحية العصبية، والنفس - فسيولوجية، إلا أن نتائج أولية باستخدام تقنيات تصوير الدماغ توحي بأن هناك تغييرات حركية في نشاط مناطق مرتبطة بالتنظيم العاطفي والذاكرة أثناء هذه التحولات (Voltman & Reinders 2021)، هذا يدعم فكرة أن الانتقال بين الهويات لا يعود فقط لظاهرة سلوكية بل له أسس بيولوجية عصبية يمكن قياسها وربما توظيفها لاحقا كأدلة تشخيص مساعدة، ومن المهم الإشارة إلى أن درجة سيطرة المريض على عملية الانتقال تختلف، فبينما تحدث بعض التحولات بشكل اجباري او قسري كرد فعل لمؤثر خارجي قوي يصعب مقاومته، فإن تحولات أخرى قد تتم بإرادة شبه واعية عندما يرى الفرد أنها الأنسب للتكيف مع وضع معين، وقد يستفيد المعالجون من فهم هذه الفروق لتعليم المرضى استراتيجيات إدارة الهويات بحيث يمكنون تدريجيا من تقليل التحولات غير المرغوبة وتوظيف تلك التي تساعدهم وظيفياً ونفسياً، العلاقة بين الهويات ليست دائما صراعية، ففي بعض الحالات وثقت تفاعلات تعاونية بين حالات متعددة تهدف لتحقيق هدف مشترك مثل حماية الجسد من الأذى أو الحفاظ على القدرة العملية للعمل والدراسة، هذه الحركات الداخلية قد تعزز عبر التدخلات العلاجية التي تشجع الحوار الداخلي والتفاوض السلمي بين الحالات

الذاتية المختلفة، غير أنه يبقى تحدياً كبيراً عند وجود هويات عدائية تجاه بعضها البعض بشكل يهدد سلامة الشخص، أخيراً ان التقييم الإكلينيكي لأنماط التحول يجب أن يعتمد على دمج الملاحظة المباشرة بما يدل عليه المقربون من المريض حول سلوكه اليومي وتغيراته المفاجئة، إذ إن كثيراً من عمليات الانتقال قد تمر دون وعي الشخص بها تماماً لكنها تكون واضحة لمن حوله، كذلك إدراك الفروق الدقيقة في طبيعة ومسببات هذه التحولات يشكل خطوة محورية ومهمة لفهم البنية الداخلية لاضطراب الهوية الانفصالية وتطوير استراتيجيات علاج شخصية أكثر فاعلية لكل مريض على حدة.

الجوانب التشخيصية

معايير DSM-5

معايير الاضطراب الهوية الانفصالية تعتمد على تحديد مجموعة من الخصائص الأساسية التي تميز الحالة، مع التأكيد على استبعاد المسببات الأخرى المحتملة سواء كانت عضوية أو مرتبطة بتأثير مواد نفسية فعالة، التعريف يتضمن وجود انقطاع واضح في الهوية يتميز بوجود حالتين أو أكثر من الحالات الشخصية، ترافق مع تغيرات واضحة في الإحساس بالذات وأنماط الإدراك والانفعال والسلوك، بحيث تكون هذه التغيرات قابلة للملاحظة سواء من قبل الشخص نفسه أو من المحيطين به (Pietkiewicz, et al, 2021)، ويتطلب التشخيص وجود فجوات متكررة في استرجاع الذاكرة لا يمكن تفسيرها بالنسيان العادي، وتشمل أحداث الحياة اليومية والمعلومات الشخصية الهامة والذكريات المؤلمة، هذا النسيان ليس عرضياً بسيطاً وإنما يمثل انهماكاً مؤقتاً في الوظيفة التكاملية للذاكرة الذاتية، وتضيف المعايير أيضاً شرطاً وهو أن تسبب الأعراض ضيق سريري ملحوظ أو تؤثر بشكل كبير على الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من مجالات الحياة المهمة (Clark & Ro, 2014)، كذلك تشترط ألا تكون الاضطرابات ناتجة عن ممارسات ثقافية أو طقوس دينية (مثل حالات الشعور بالتقمص الروحي في بعض الثقافات)، وألا تكون نتيجة مباشرة لتعاطي المواد المخدرة أو الأدوية ذات التأثير النفسي، أو حالات طبية أخرى مثل الصرع، وبذلك تحاول الفصل بين الظواهر المرضية وبين التجارب ذات الطابع الثقافي أو الديني التي قد تتشابه معها شكلياً، من زاوية أخرى تفرق المعايير بين التغيرات التي يشعر بها الفرد بنفسه وتلك الملحوظة خارجياً، في بعض الحالات يكون المريض مدركاً بدرجة ما لانتقال السيطرة بين هويات متعددة، بينما في حالات أخرى يكون غير واع تماماً لما يحدث ولا يلاحظ الأمر إلا عبر فقدانه الذاكرة لأحداث معينة أو عبر رؤى وملاحظات الآخرين (Pietkiewicz, 2021)، إضافة إلى ذلك، يمكن لهذه التبدلات أن تشمل اختلافات في القدرات والمهارات وحتى الاستجابات الجسدية، وهو ما يجعل المراقبة الموضوعية والتقاط الفروق الدقيقة عنصراً مهماً ومحوري أثناء تطبيق المعايير على الصعيد الإكلينيكي، عادةً ما يتم استخدام أدوات تشخيص مساعدة إلى جانب المعايير بهدف تقليل احتمالات التشخيص الخاطئ وزيادة دقة التمييز عن اضطرابات أخرى كالفصام واضطرابات الشخصية الحدية (Clark & RO, 2014)، ورغم وضوح البنود التشخيصية نظرياً، فإن التطبيق العملي يواجه تحديات خاصة عند التعامل مع حالات ذات عرض سريري غير



نمطي أو مختلط مع حالات مرضية أخرى بعض الخبراء يشيرون إلى أن عدم اتساق طريقة عرض الأعراض مع المعايير المرجعية قد يؤدي إما إلى إسقاط التشخيص رغم حضور السمات الأساسية أو إلى تشخيص زائد بناء على سمات مشتركة مع اضطرابات أخرى، كما نشأت النقاشات بين الاخصائيين حول موقع المعيار التشخيصي من الأهمية السريرية والذي يتطلب إثبات أن الأعراض تسبب ضيق أو تدهور وظيفي للفرد، فهل يعد هذا التدهور جزءاً من التعريف الأساسي للاضطراب أم نتيجة له؟ يظل هذا السؤال قائماً نظراً لأن أطر مرجعية مختلفة مثل منظمة الصحة العالمية تقترح الفصل بين التعريف والأثر الوظيفي، (Clark & Ro 2014)، هذا الاختلاف يعكس الحاجة لتوضيح أفضل لكيفية تقييم عنصر الضرر في سياق الاضطرابات الانفصالية، بالإضافة لذلك، تأخذ المعايير بعين الاعتبار الطابع الاستمراري للأعراض واستبعاد الظواهر العابرة الناتجة عن ضغط نفسي حاد مؤقت، لذلك فإن عملية التقييم يجب أن تتضمن مراجعة شاملة للتاريخ النفسي للمريض وفترة استمرار الأنماط الانفصالية، يزداد الأمر تعقيداً إذا كان المريض يلتحق في بيئات علاجية قد تحمل شحنة تلميحية أو نمط أسئلة يوحي لنا بشكل غير مباشر بوجود هويات متعددة، مما يستدعي تحري الدقة لتحديد أصالة العرض وعدم كونه نتاج السياق العلاجي فقط، تبقى الخلفيات الثقافية والاجتماعية للمريض مؤثرة بشدة على كيفية التعبير عن الأعراض وعلى استعداد الفرد لمناقشتها بصورة واضحة وصرحة، إذ قد يستخدم المرضى تلميحات أو استعارات ومفاهيم ثقافية لتوصيف تجاربهم الداخلية يصعب مطابقتها حرفياً مع البنود التشخيصية، على سبيل المثال، قد يصف البعض حالتهم على أنها "زيارة روح" بدلاً من ذكر تبدل هوية ذاتي، وهنا يتطلب الأمر تحليل السياق الثقافي قبل اتخاذ القرار النهائي بشأن مطابقة الحالة للمعايير التشخيصية، في الممارسة العملية، تمثل هذه المعايير إطاراً مبدئياً يجب دعمه بالمقاييس والملاحظة السريرية الممتدة للحصول على تقييم شامل وموثوق، كما أن تفسير بنود فقدان الذاكرة والانقطاع للهويات يحتاج إلى دعم الأدلة الذاتية والموضوعية وربطها بمؤشرات زمنية وسياقية واضحة لضمان الفصل بين ما هو نتاج اضطراب انفصالي حقيقي وما هو انعكاس لعوامل ظرفية أخرى.

التمييز بين DID واضطرابات أخرى

إن التمييز بين اضطراب الهوية الانفصالية وغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى يمثل تحدياً إكلينيكياً معقداً أمام المختصين، نظراً للتداخل الكبير في المظاهر السريرية مع طيف واسع من الاضطرابات العقلية، إحدى أكثر نقاط التداخل شيوعاً هي مع الفصام واضطرابات الطيف الذهانية الأخرى، حيث قد يعرض المرضى تجارب مثل سماع أصوات تبدو للوهلة الأولى كهلوسات جمعية، إلا أن هذه الأصوات في DID غالباً ما تكون "داخلية" وينظر إليها كأصوات لهويات أو حالات ذاتية أخرى داخل الشخص، وليست أصواتاً خارجية قسرية كما هو الحال في الفصام (Fodai Atilan & Asoglu, 2022)، إضافة إلى ذلك، يغيب عن مرضى DID عادة العرض التقليدي للأعراض السلبية التي تميز الفصام، مثل التبدل الوجداني والافتقار للمبادرة الاجتماعية، وهو عنصر حاسم يمكن للخبير

الإكلينيكي الاستناد إليه للفصل بين التشخيصين، من المجالات الأخرى التي تتطلب انتباهاً خاصاً للتفريق بين DID واضطراب الشخصية الحدية، إذ يشترك الاثنان في سمات عدم استقرار الهوية والتقلب العاطفي الشديد، غير أن الانفصال في DID يتخذ شكل هويات متميزة بخصائص إدراكية وسلوكية وانفعالية وربما فسيولوجية مختلفة، بينما يظهر اضطراب الشخصية الحدية كتغير مزاجي ضمن هوية واحدة متماسكة نسبياً (Burdzik & Burdzik, 2023)، إضافة لذلك فإن فقدان الذاكرة الانفصالي واسع النطاق يعد نادراً في اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بما يلاحظ لدى المصابين بـDID، كما يتطلب الأمر الحذر عند التفريق عن الاضطرابات الجسدية أو العصبية التي قد تحاكي بعض الأعراض الانفصالية، حالات الصرع الفص الصدغي على سبيل المثال يمكن أن ترافق مع تبدد الواقع وتجارب فقدان الزمن، إلا أنها غالباً ما يترافق بدليل عصبي موضوعي أو نتائج إيجابية لأحد اختبارات تخطيط الدماغ الكهربائي، كذلك قد تظهر اضطرابات النوم مثل النوبات النعاسية أو شلل النوم تفاصيل مشابهة لكن محكومة بسياق زمني محدد وأنماط يوم محددة ومختلفة نوعياً، وإن الخلط التشخيصي قد يمتد ليشمل الاضطرابات الانفصالية الأخرى مثل فقدان الذاكرة الانفصالي واضطراب تبدد الشخصية، هذه الحالات وإن تشاركت بآليات انفصال عن التجربة الواعية إلا أنها تفتقر لوجود تعدد الهويات المميز لـDID، على سبيل المثال، تبدد الشخصية يصف باستمرار الشعور بعدم الواقعية تجاه الذات أو البيئة دون انقطاع السيطرة التنفيذية للشخص من هوية لأخرى، أما فقدان الذاكرة الانفصالي فيقتصر على فجوات الذاكرة وعادة ما ترتبط بأحداث ضاغطة أو صادمة ولا يصاحبه تغير في الصفات الجوهرية للإدراك والسلوك طوال الوقت، وهناك جانب آخر للتمييز يشمل الحالات المفتعلة أو المتأثرة بالإيحاء العلاجي، النموذج الإيحائي الاجتماعي يقترح أن بعض مظاهر DID قد تنشأ كنتيجة للتفاعل مع توقعات المعالج أو الثقافة المحيطة بالمريض التي تمنح معنى لفكرة "الهويات المتعددة" (Meganck, 2017)، وهنا يصبح التقييم الدقيق لتاريخ ظهور الأعراض ضروري جداً، فالأعراض التي تبدأ فجأة بعد دخول علاج نفسي مكثف ذي طبيعة إيحائية قد تستدعي مراجعة احتمال التأثير على تعبير المريض عن نفسه، أيضاً لا يمكن إغفال التساؤل حول حالات الاضطراب ثنائي القطب عند إجراء التشخيص التفريقي، نوبات الهوس والاكتئاب في هذا الاضطراب قد ترافقها تغيرات جذرية وسريعة في المزاج والسلوك وحتى النشاط الكلامي أو الاندفاع، الأمر الذي قد يختلط ظاهرياً ببعض التحولات بين الهويات في DID ولكن من خلال دمج التحليل الزمني للنوبات ومتغيراتها الفيزيولوجية وتاريخ التعرض للصدمات يساهم في رسم حدود فاصلة واضحة بينهما (Silvestri, et al, 2023)، أما بالنسبة لاضطرابات الطيف الذهني الوجداني والانتحاري فهي تمثل تحدياً آخر خصوصاً عندما تقترن بملامح انفصالية ثانوية نتيجة الإجهاد المزمن أو الصدمات الحديثة التي يتعرض لها الفرد، بعض مرضى DID يحصلون قبل تشخيصهم النهائي على عدة تشخيصات مختلفة تتضمن الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية والفصام (Lanjord, et al, 2023)، وهذا يكشف لنا عن مدى عمق التشابه الظاهري للاضطرابات ومدى أهمية



الاعتماد على بروتوكولات منظمة للفحص تجمع بين المقاييس السيكو مترية والملاحظة الإكلينيكية الممتدة للحالات المشتبه بها، جزء من عملية التمييز يتضمن أيضا تحليل نمط المحفزات المؤدية للأعراض، فقد ترتبط التحولات في DID غالباً بمثيرات خاصة بالصدمة الماضية التي تعرض لها المريض وتؤدي إلى انتقال جزئي أو كامل للسيطرة التنفيذية إلى هوية أخرى، فإن ردود الفعل العاطفية الشديدة في اضطرابات القلق أو الاكتئاب تعكس عادة استمرارية الهوية رغم تغير الحالة المزاجية بشكل حاد (Burdzik & Burdzik, 2023)، كذلك يجب ان ننتبه الى ان التشخيص يعتمد على مستوى التنظيم الداخلي بين الحالات الذاتية المختلفة. فبعض المرضى لديهم وعي متبادل وتواصل داخلي بين الهويات مما يسمح بمستوى معين من التنسيق الوظيفي في شخصياتهم، وهذا يختلف عن الانهيار الكلي الذي يراه الأطباء أحياناً لدى مرضى الذهان حيث تتبدد العلاقة المتسلسلة بين مراحل التجربة الواعية بكاملها.

العلاج والتدخلات.

١. العلاج النفسي

يُعد العلاج النفسي الجزء المهم في معالجة اضطراب الهوية الانفصالية، اذ يسعى إلى تحقيق استقرار المريض، وتحسين التنظيم العاطفي، وتعزيز التكامل أو التعاون بين الهويات المختلفة، وان المدارس العلاجية المعتمدة تتباين في منطلقاتها النظرية وأساليبها التطبيقية، مما يوفر مجالاً واسعاً من الخيارات التي يمكن تكييفها بحسب خصائص كل حالة، البداية غالباً ما تركز على بناء تحالف علاجي قوي بين المريض والمعالج، إذ إن الثقة المتبادلة تمثل أساساً للتعامل مع الأعراض شديدة الحساسية مثل فقدان الذاكرة الانفصالي والأصوات الداخلية المرتبطة بالهويات الأخرى، برامج العلاج المبنية على الصدمات تعتمد على خطوات مرحلية واضحة المرحلة الأولى تركز على تأمين الشعور بالأمان وضبط الأعراض الحادة للمريض، مع تعليم المريض التهدئة وتنظيم الانفعال، المرحلة الثانية تركز على مواجهة ومعالجة الذكريات الصادمة المؤلمة بشكل تدريجي وتحت ضبط إكلينيكي دقيق لمنع إعادة تفعيل التجربة بشكل مربك، وأخيراً تأتي مرحلة الاندماج أو التعاون بين الهويات، حيث يتم العمل على تحسين التواصل الداخلي وتقليل الحواجز النفسية بين الحالات الذاتية (Asoglu & Fodai, 2022)، هذا النهج المتسلسل يقلل من خطر الانهيار النفسي المفاجئ ويمنح وقتاً كافياً لبناء قدرات التأقلم للمريض، هناك أنماط علاجية معرفية سلوكية معدلة CBT و CBT-TF تستخدم أحياناً عندما يصاحب الاضطراب أعراض قلق أو اكتئاب مستمرة، هذه الأساليب تعمل على تعديل الأفكار السلبية والأنماط السلوكية غير المتكيفة للمريض وتزويد المريض باستراتيجيات مواجهة عملية لتحسين الأداء اليومي، لكن تطبيق CRT في DID يتطلب مهارة خاصة لتجنب تقليل شأن التجارب الداخلية المرتبطة بالهويات الأخرى أو تفسيرها فقط على أنها أفكار مشوهة دون الأخذ بعين الاعتبار مكوناتها الانفصالية، البعض قد يستفيد كذلك من دمج مقاربات تحليل نفسي تستند إلى مفاهيم ديناميكيات الأنا كأساس لفهم الصراع الداخلي ونشأة الهويات البديلة، رصدت حالات مرضى DID

استطاعوا تحقيق فترات طويلة من السيطرة المتقطعة للهويات المتعددة لشخصياتهم بعد خضوعهم لتحليل فردي مكثف يتيح معالجة الجوانب اللاواعية المرتبطة بالصدمة وبنية الشخصية (Lanzillotti, et al, 2021)، هذه المناهج تهدف إلى كشف الروابط العاطفية المعقدة بين حالات الذات وماضي المريض، والعمل على إعادة صياغتها ضمن سياق متكامل العلاج السلوكي الجملي، (DBT) رغم ارتباطه أساساً بمعالجة اضطراب الشخصية الحدية، أظهر إمكانات في التعامل مع مرضى DID خاصة ممن لديهم سلوكيات إيذاء للذات أو الدفاعيات عالية، فهو يقدم مريحا من المهارات التنظيمية والعاطفية وأساليب تحمل الضيق التي يمكن أن تستخدم كمرحلة تأسيسية قبل الانخراط في معالجة الذكريات الصادمة أو محاولة دمج الهويات (Thompson, et al, 2017)، وعند وجود تعاط للمواد أو اندفاعيات سلوكية كبيرة فإن دمج وحدات DBT مع عناصر التحكم بالسلوكيات الخطرة يكون ذا أثر ملموس وواضح في خفض الضرر وتحسين فرص الاستمرارية في العلاج، هناك أيضا تدخلات نفس - تعليمية تلعب دورا مهما خصوصا في البيئات منخفضة الامكانيات، هذه البرامج تقدم معلومات مبسطة للمريض وأسرته حول طبيعة الاضطراب وأسبابه المحتملة واستراتيجيات التعامل مع الأعراض، دراسات أشارت إلى أن مثل هذه التدخلات يمكن أن تقلل معدل النوبات غير الصرعية وتعديل تصور المرض لدى المصابين وتحسن جودة حياتهم (Lanzillotti, et al, 2021)، أدوات مثل نموذج العوامل المهيئة والمسببة والمستدامة (PPT) قد توظف لبناء خطة علاج شخصية تأخذ بعين الاعتبار الظروف الحياتية ومصادر الضغط الحالية وموارد الدعم المتوفرة.

٢. العلاج الدوائي

العلاج الدوائي في اضطراب الهوية الانفصالية يمثل تحديات خاصة، إذ لا توجد أدوية موجهة حصريا لعلاج هذا الاضطراب أو آليات الانفصال، ولكن يمكن للتدخلات الدوائية أن تلعب دورا مهما في السيطرة على الأعراض المصاحبة أو الثانوية التي تزيد من حدة المعاناة وتعقد عملية العلاج النفسي، غالباً ما يهدف التدخل العلاجي إلى معالجة حالات الاكتئاب واضطرابات القلق المزمنة وخلل النوم والاندفاعات الشديدة، إذ أن وجود هذه الحالات بشكل متزامن قد يعيق التقدم العلاجي ويضع المريض تحت ضغط مستمر يقلل من فعالية العمل النفسي طويل الأمد (Dergaa, et al, 2024)، في الحالات التي يظهر فيها الاكتئاب بشكل ملحوظ، يتم الاستعانة عادة بمضادات الاكتئاب من فئة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) أو مثبطات استرداد السيروتونين والنورا بينفرين، (SNRIs) وأحياناً مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAS) خصوصا إذا ارتبطت الحالة بأعراض ألم جسدي مزمن، هذه الأدوية تعمل على تعديل مستويات النواقل العصبية في الدماغ بما يدعم قدرة المريض على تنظيم حالته المزاجية والتعامل مع الضغوط اليومية، يلاحظ أن تحسين المزاج لدى مرضى DID قد يساعد أيضا في خفض شدة بعض الأعراض الانفصالية غير المباشرة، خاصة تلك التي تزداد تحت الضغط العاطفي السلبي، وفي المقابل، عند وجود أعراض قلق شديدة تعيق الأداء اليومي أو تسبب نوبات هلع متكررة، ويمكن اللجوء إلى أدوية



مهذبة قصيرة المدى مثل البنزوديازيبينات بجرعات مدروسة من قبل المختصين وبشكل محدود لتجنب مخاطر الادمان (Saxena, et al, 2023)، ومن الأخطاء الشائعة هو محاولة استخدام الدواء كعلاج وحيد للاضطراب، إذ تظهر التجارب الإكلينيكية أن تأثيره يكون محدوداً ما لم يدمج مع تدخل نفسي منظم يهدف لمعالجة الانفصال ومكوناته الصدمية، الدور الأكثر وضوحاً للأدوية يظهر في ضبط اضطرابات النوم، حيث يمكن أن تؤثر قلة النوم على الاستقرار النفسي وتزيد احتمالات حدوث التحولات بين الهويات، هنا قد يقترح الطبيب استخدام منومات قصيرة المفعول أو أدوية ذات تأثير مزدوج مهدئ ومحسن المزاج لمن يعانون أيضاً من اكتئاب مصاحب، إلا أن اختيار هذه العقاقير يتطلب مراقبة لصيقة لاحتمال تفاقم الأعراض الانفصالية أو حدوث آثار جانبية إدراكية تعيق المشاركة الفعالة في العلاج النفسي، جانب آخر مهم هو التعامل مع الحالات التي يوجد بها اضطراب ما بعد الصدمة كتشخيص مرافق، حيث تشير بعض الأدلة إلى ارتباط تحسن أعراض PTSD بانخفاض تدريجي لبعض سمات اضطرابات الشخصية والانفصال (Bovin, et al, 2017)، لذا فإن اختيار دواء فعال ضد أعراض هذا الاضطراب قد يعطي مردوداً مضاعفاً على جودة الحياة والمشاركة العلاجية، بعض الدراسات الاستطلاعية خارج إطار DID بحثت إمكانية استهداف مسارات بيولوجية معينة باستخدام مضادات مستقبلات CRF1 وهي أكثر ارتباطاً باضطرابات الصدمة لكنها لم تثبت فعالية كافية في علاج اضطرابات القلق الشاملة أو الاجتماعية في التجارب السريرية حتى الآن.

الأبعاد الثقافية والاجتماعية

تشكل الأبعاد الثقافية والاجتماعية عاملاً مهماً وجوهرياً في تشكيل تجربة واضطراب الهوية الانفصالية من حيث طريقة ظهوره، استجابة المريض له، والتعامل المجتمعي معه، تختلف الخلفيات الثقافية في تفسير الظواهر الانفعالية بشكل عميق، ففي بعض البيئات التي تسود فيها المعتقدات الروحانية أو الإيمانية القوية، قد تقرأ أعراض مثل تغيرات الهوية أو فقدان الذاكرة على أنها مس روحي أو تلبس الجن، وليس كمؤشر مرضي يحتاج تدخلاً نفسياً، هذا التفسير يمكن أن يوجه المصاب وعائلته أولاً نحو المعالجات الروحانيين قبل التفكير باللجوء إلى الرعاية الصحية النفسية (Lesmana, et al, 2024)، في هذه السياقات، يمثل التعاون بين مقدمي الرعاية النفسية والمعالجين الروحانيين فرصة من أجل تقديم نموذج دعم يجمع بين الاحترام للموروثات الثقافية والتقنيات العلاجية الحديثة، مما يزيد احتمالية قبول الخدمات الطبية واستمرارية التزام المريض بها، وعلى مستوى الأنظمة الصحية هناك تأثير واضح للاتجاهات الثقافية والجغرافية على تطوير أدوات التشخيص ومعايير الفحص، فقد لوحظ أن معظم مقاييس التقييم النفسي قد طورت وتم ضبطها في بيئات غربية ذات موارد وفيرة بغالبية عينات بشرية من أصول أوروبية ناطقة بالإنجليزية، هذا يجعل تطبيقها في مجتمعات أخرى عرضة لتحريف النتائج بسبب عوامل لغوية ودلالية واختلاف طرق التعبير من الأعراض (Jacquemont, et al, 2022)، كثير من التعبيرات الشعبية عند المرضى مثل الضيق النفسي أو معاناة الصدمة لا تتطابق حرفياً مع اللغة المستعملة في أدوات الفحص المعيارية، وبالتالي

قد يساء تفسير الأجوبة وتفقد دقة التقدير السريري، العار او الخوف الاجتماعي المرتبط بالاضطرابات النفسية عامة والانفصالية خاصة تمثل حاجزا أمام طلب المساعدة والعلاج الفعال، ففي العديد من الثقافات، يمثل الاعتراف بوجود أصوات داخلية" أو "الشخصيات متعددة دلالات سلبية مرتبطة بفقدان العقل أو الجنون او الخطر على الآخرين، هذه المخاوف قد تدفع المرضى إلى إخفاء الأعراض الجوهرية عن الأطباء أو التقليل من شأنها أثناء المقابلات الإكلينيكية، مما يزيد صعوبة التشخيص ويؤخر التدخل العلاجي (Movahedi, et al,2022)، حتى على مستوى العائلة الواحدة قد يتعرض الفرد وأسرته لموجة من التهميش الاجتماعي تجعلهم أكثر انغلاقاً ورفضاً للتواصل مع الخدمات الصحية، (Radclif & Rix, 2019) هذه الصور المختلفة قد تسهم أحيانا في جذب بعض الأشخاص إلى تبني خطاب يشبه ما شاهدوه بحثا عن هوية تفسيرية لمعاناتهم، ما يعزز جزئيا طرح النموذج الإيحاء الاجتماعي الذي يرى في المحيط الثقافي والعلاجي بيئة خصبة لتشكيل العرض بطريقة معينة (Meganck 2017)، وفي حدود معينة يمكن للإعلام الواعي والبرامج التثقيفية أن تساهم أيضا في تصحيح المفاهيم الخاطئة وزيادة تقبل المجتمع لدور العلاج النفسي، وان التفاوت الاقتصادي وعدم تكافؤ فرص الوصول للخدمات الصحية يترك أثر على مسار المرض ونتيجة التدخل العلاجي، فالمناطق النائية أو المهمشة غالباً ما تفتقر للأخصائيين ذوي التدريب الكافي على التعرف على الاضطرابات الانفصالية ومعالجتها، وفي حال توفر خدمات، قد تكون باهظة التكلفة بالنسبة للأسر محدودة الدخل مما يدفعهم نحو حلول بديلة أقل فاعلية وربما أكثر ضرراً، وان البعد القانوني والاجتماعي بشكل ميدانا آخر للتفاعل بين DID والمحيط، ففي بعض القضايا القضائية أثرت مسائل تتعلق بقدرة الشخص المصاب بـ DID على مدى تحمله للمسؤولية القانونية عن أفعال ارتكبتها هوية مختلفة داخله، وهو ما يخلق نقاشات حادة حول مفاهيم النية والمساءلة (Radclif & Rix, 2019)، القرارات القانونية الناتجة عن مثل هذه الحالات تؤثر بدورها على الصورة العامة للاضطراب وعلى استعداد الأشخاص المصابين لكشف حالتهم أمام السلطات الصحية أو الحكومية في البيئات متعددة الثقافات، يتضاعف التعقيد بسبب اختلاف المعايير القانونية والأخلاقية المتبعة عند التعامل مع الحالات المشخصة بـ DID، ففي حين تميل بعض الدول الاعتماد نهج علاجي وقائي وتوفير رعاية طويلة المدى ودعم اجتماعي شامل، نجد دولاً أخرى تتبع سياسات عقابية أو مؤسسية تحد من فرص إعادة الاندماج الاجتماعي للمصابين، جزء مهم من التعامل مع البعد الثقافي والاجتماعي هو إدراك حساسية الموضوع أثناء المقابلات السريرية وتصميم الجلسات والأسئلة بحيث تكون متوافقة ثقافياً وتحترم منظومة معتقد الشخص ومرجعياته التدريب على الثقافة المضادة للعار الاجتماعي يصبح ضرورة ضمن برامج إعداد المعالجين، فهو يزيد قدرة الأخصائي النفسي على بناء تحالف علاجي فعال رغم الاختلافات في الخلفيات الثقافية، ويقلل الحواجز التي التحول دون الإفصاح الكامل عن الأعراض، إضافة لذلك فإن السياسات الصحية العامة التي تدمج مكونات الصحة النفسية الخاصة بـ DID ضمن برامج وطنية للتوعية والدعم يمكن أن تخفف من الخجل



الاجتماعي وتعزز الوعي المجتمعي بحقيقة الاضطراب بعيدا عن المبالغات والصور النمطية.

التطورات البحثية الحديثة

سلطت التطورات البحثية الأخيرة في اضطراب الهوية الانفصامية (DID) الضوء على التطورات الكبيرة في فهم انتشار الاضطراب والأسس العصبية الحيوية وأساليب العلاج، بينت الدراسات أن اضطراب الشخصية الانفصامية أكثر شيوعًا مما كان يُعتقد سابقًا، مع معدلات انتشار تتراوح بين ٣-٦٪ بين المرضى النفسيين و٥-١٨٪ في أماكن تعاطي المخدرات، هذه الزيادة في التشخيص مدعومة بظهور ١٣٥٤ حالة جديدة في الدراسات الحديثة (Boysen, 2024).

وتركز التطورات البحثية الحديثة في اضطراب الهوية الانفصامية (DID) على تحديد الارتباطات العصبية الحيوية والتوقعات العصبية المحتملة، والتي يمكن أن تعزز فعالية العلاج، تهدف هذه النتائج إلى التقليل من وصمة العار وتحسين التقييم وتوجيه التدخلات الدوائية والعلاجات النفسية المبتكرة.

كذلك تركز التطورات البحثية الأخيرة لاضطراب الهوية الانفصامية (DID) على فهم العوامل العصبية الحيوية والعمليات العلاجية وفعالية العلاج، مع التركيز على تعقيد الأعراض المرتبطة غالبًا بالصددمات، كما هو موضح في مراجعة منهجية للدراسات من السنوات الخمس الماضية (Rodrigues et al., 2024).

وكشفت الدراسات العصبية عن اختلافات كبيرة في حجم القشرة وسمكها ومساحة سطحها لدى الأفراد المصابين باضطراب الهوية الانفصامية، مما يسلط الضوء على التشوهات التشريحية العصبية المتميزة في مناطق مثل القشرة الحزامية، المرتبطة بالأعراض الانفصالية وصددمات الطفولة المبكرة (Reinders et al., 2018).

ولقد طورت الدراسات العصبية الحيوية بشكل كبير فهم هياكل الدماغ المتأثرة لدى الأفراد المصابين باضطراب الهوية الانفصامية (DID) تشير الأبحاث إلى أن اضطراب الشخصية الانفصامية مرتبط بتغيرات مورفولوجية متميزة في كل من المادة الرمادية والبيضاء، خاصة في المناطق المرتبطة بالتنظيم العاطفي والذاكرة. توفر هذه النتائج أساسًا بيولوجيًا للأعراض التي يعاني منها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الانفصامية.

وأشارت دراسة (Rutkofsky et al., 2017) إلى أن الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب الهوية الانفصامية (DID) يظهرون تغييرات هيكلية في مناطق معينة من الدماغ، وخاصة الجهاز الحوفي، بما في ذلك الحصين واللوزة، وكذلك القشرة، بالإضافة إلى ذلك، لوحظت تغيرات في تدفق الدم في القشرة المدارية الأمامية، يتم أيضًا تنشيط الفص الجبهي الظهرى والقشرة الجدارية في بعض مرضى اضطراب الشخصية الانفصامية، والتي ترتبط بالذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة، مما يساهم بشكل أكبر في أعراض تغيرات الشخصية وفقدان الذاكرة.

الاستنتاجات:

من خلال اطلاعي على الأبحاث والدراسات وقمت بتحليلها فان الدراسات الحالية جميعها تشير إلى أن اضطراب الهوية الانفصالية يظل حالة نفسية معقدة تتطلب مزيدا من البحث لفهم آلياته وعلاجاته بشكل أفضل، وتظهر الأبحاث الحديثة اهتماما متزايدا بدمج المؤشرات البيولوجية مع التقييمات النفسية لتحسين دقة التشخيص وفعالية العلاج، وان استخدام تقنيات التصوير العصبي المتقدمة مثل التصوير الطيفي بالرنين المغناطيسي، يوفر رؤى جديدة حول التغيرات الكيميائية في الدماغ المرتبطة بالاضطراب، مما قد يفتح أبوابا للعلاجات الدوائية أكثر تخصصا، كما تسلط الدراسات الضوء على أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية في تشكيل تجربة المريض واستجابته للعلاج، هناك حاجة ملحة لتطوير أدوات تشخيصية تكون متنوعة للاختلافات الثقافية واللغوية، مما يضمن أن تكون عملية التقييم أكثر شمولية ودقة، بالإضافة إلى ذلك، فإن التحسين الفهم المجتمعي للاضطراب وتقليل الوصمة المرتبطة به يمكن أن يعزز من احتمالية طلب المساعدة المبكرة والالتزام بالعلاج، على الجانب العلاجي، تظهر النتائج أن العلاج النفسي المكثف، خاصة ذلك المبني على معالجة الصدمات، يظل حجر الزاوية في إدارة الاضطراب، هناك أيضا جهود مستمرة لتحسين تدريب المعالجين وتعزيز مهاراتهم في التعامل مع الحالات المعقدة، كما أن التطورات في مجال التكنولوجيا، مثل تطبيقات المتابعة الرقمية، توفر فرصا جديدة لرصد الأعراض وتقديم تدخلات وقائية في الوقت المناسب.

في النهاية، فإن التقدم في فهم اضطراب الهوية الانفصالية يعتمد على تكامل الجهود البحثية السريرية والبيولوجية والاجتماعية، هذا التكامل يمكن أن يؤدي إلى تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية، وتحسين جودة الحياة للمرضى، وتقليل العبء النفسي والاجتماعي المرتبط بهذا الاضطراب.

التوصيات:**• توصيات بحثية**

- تعزيز الدراسات متعددة التخصصات التي تجمع بين علم النفس الإكلينيكي، والطب النفسي من أجل فهم أكثر لآليات هذا الاضطراب.
- توسيع الاعتماد على المؤشرات البيولوجية-مثل نتائج التصوير العصبي المتقدم لتحسين دقة التشخيص وتوجيه العلاجات الدوائية المستقبلية.
- الاستمرار في تطوير أدوات تشخيصية حساسة ثقافيا تأخذ بعين الاعتبار الخلفيات الثقافية والاجتماعية المختلفة للمرضى.

توصيات سريرية (علاجية)

- الاستمرار في اعتماد العلاج النفسي القائم على معالجة الصدمات بوصفه العلاج الأول، مع تخصيص البرامج العلاجية وفق احتياجات كل مريض.



- يجب زيادة تدريب المعالجين على التعامل مع الحالات المعقدة، بما يشمل مهارات التقييم، إدارة الأزمات، والتدخل العلاجي.
 - التوصية باستخدام تقييمات شاملة تجمع بين كل من المقابلات الإكلينيكية والمقاييس النفسية والمؤشرات البيولوجية للمريض من أجل الوصول إلى تشخيص أكثر دقة.
- توصيات اجتماعية وثقافية**
- العمل على تعزيز الوعي المجتمعي حول اضطراب الهوية الانفصالية لتقليل الشعور بالنقص وتحسين تقبل المرضى لطلب المساعدة المبكرة من ذوي الاختصاص.
 - إشراك العائلة والمجتمع في برامج التثقيف حول كيفية دعم المريض وتفهم حالته.
 - تكييف البرامج العلاجية بما يتناسب مع الثقافات والقيم المختلفة لمجتمعنا، -خصوصا- في البيئات التي تكون فيها اضطرابات الصحة النفسية ترتبط بالخجل الاجتماعي وعدم القدرة على البوح بها.
- توصيات مستقبلية**
- ضرورة دعم مبادرات البحث السريري التطبيقي لأنها تساعدنا في تحويل نتائج الأبحاث العصبية والنفسية إلى أدوات تشخيص وعلاجات عملية.
 - يجب علينا التركيز على جودة الحياة لأنها أحد الأهداف الرئيسة للعلاج، وليس فقط تخفيف الأعراض.

المصادر:

1. Atilan Fedai, Ü., & Asoğlu, M. (2022). Analysis of demographic and clinical characteristics of patients with dissociative identity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, Volume 18, 3035-3044. <https://doi.org/10.2147/NDT.S386648>.
2. Bovin, M. J., Wolf, E. J., & Resick, P. A. (2017). Longitudinal associations between posttraumatic stress disorder severity and personality disorder features among female rape survivors. *Frontiers in Psychiatry*, (26)8, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00006>.
3. Boysen, G. A. (2024). Dissociative identity disorder: A review of research from 2011 to 2021. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 212(3), 174-186. https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2024/03000/dissociative_identity_disorder_a_review_of.6.aspx?context=latestarticles#:~:text=DOI%3A%2010.1097/NMD.000000000001764.



4. Burdzik, E., & Burdzik, M. (2023). Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości jako problem interdyscyplinarny. Część I-aspekty psychiatryczne i psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 57(1).
5. Clark, L. A., & Ro, E. (2014). Three-pronged assessment and diagnosis of personality disorder and its consequences: personality functioning, pathological traits, and psychosocial disability. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 55. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2014-07188-003.html>.
6. Corrigan, F., & Hull, A. (2022). The shadow costs of dissociative identity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 220(2), 98-98. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/shadow-costs-of-dissociative-identity-disorder/F949E78D2B0A5C218E141E5E168180B2>.
7. Dao, N. T., Hao, H. T., Tam, N. T., Thu, P. T., Hung, D. V., Tinh, D. X., & Huy, B. Q. (2024). MENTAL DISORDER PROPORTION OF RECRUITED INPATIENTS IN THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, MILITARY HOSPITAL 103 IN 2 YEARS (2022-2023). *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 49(4), 106-114. <https://jpm.vn/index.php/jpm/article/view/753>.
8. Dergaa, I., Fekih-Romdhane, F., Hallit, S., Loch, A. A., Glenn, J. M., Fessi, M. S., ... & Ben Saad, H. (2024). ChatGPT is not ready yet for use in providing mental health assessment and interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1277756. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1277756>.
9. Drissi, E., Hami, H., Ahami, A., & Boulbaroud, S. (2023). Personality traits among Moroccan officials in the Rabat-Sale-Kenitra Region. *European Psychiatry*, 66(S1), 969-969. <https://www.proquest.com/openview/8cfd6c2142c7f78a91ba41c00940aaa9/1?q-origsite=gscholar&cbl=4933639#:~:text=DOI%3A10.1192/j.eurpsy.2023.2060>.
10. Elia, J., Pajer, K., Prasad, R., Pumariega, A., Maltenfort, M., Utidjian, L., ... & Forrest, C. B. (2023). Electronic health records identify timely trends in childhood mental health conditions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 107. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-023-00650-7>.
11. Zylstra, R. G., Miller, K. E., & Stephens, W. E. (2000). Munchausen syndrome by proxy: a clinical vignette. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2(2), 42.



- https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/25182_munchausen-syndrome-proxy-clinical-vignette.pdf.
12. Elmore, J. L. (2000). Dissociative spectrum disorders in the primary care setting. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2(2), 37. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/24503_dissociative-spectrum-disorders-primary-care-setting.pdf.
13. Jacquemont, S., Huguet, G., Klein, M., Chawner, S. J., Donald, K. A., van den Bree, M. B., ... & Genes to Mental Health Network. (2022). Genes to mental health (G2MH): a framework to map the combined effects of rare and common variants on dimensions of cognition and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 179(3), 189-203. <https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2021.21040432>.
14. Komasi, S., Jananeh, M., Mahdavi, S., Shademan, T., Vaysi, A., Shahlaee, M., ... & Saeidi, M. (2023). The maladaptive domains according to the alternative model of personality disorders (AMPD) criterion B in patients with affective disorders and temperamental triads related to these domains: two unique profiles. *BMC psychology*, 11(1), 83. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-023-01122-5>.
15. Langjord, T., Pedersen, G., Bovim, T., Christensen, T. B., Eikenæs, I. U. M., Hove, O., ... & Kvarstein, E. H. (2023). Mental health disorders, functioning and health-related quality of life among extensively hospitalized patients due to severe self-harm—results from the Extreme Challenges project. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1258025. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1258025/full>.
16. Lanzillotti, A. I., Sarudiansky, M., Lombardi, N. R., Korman, G. P., & D' Alessio, L. (2021). Updated review on the diagnosis and primary management of psychogenic nonepileptic seizure disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1825-1838. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/NDT.S286710>.
17. LESMANA, C. B. J., SANTOSA, I. K. A., MAHARDIKA, I. K. A., & TRISNOWATI, R. (2024). PSIKIATRI SPIRITUAL DAN RELIGI DALAM KONTEKS BEBAINAN: STUDI KASUS DI BALI TENTANG KERASUKAN DAN PENYEMBUHAN. *HEALTHY: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 3(3), 141-146. <https://jurnalp4i.com/index.php/he.althy/article/view/3436>.



18. Meganck, R. (2017). Beyond the impasse—Reflections on dissociative identity disorder from a Freudian—Lacanian Perspective. *Frontiers in psychology*, 8, 789. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2017.00789/full>.
19. Movahedi, S., Shariat, S. V., & Shalbafan, M. (2022). Attitude of Iranian medical specialty trainees toward providing health care services to patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 961538. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.961538/full>.
20. Oude Voshaar, R. C., Dhondt, T. D., Fluiter, M., Naarding, P., Wassink, S., Smeets, M. M., ... & van den Brink, R. H. (2019). Study design of the Routine Outcome Monitoring for Geriatric Psychiatry & Science (ROM-GPS) project; a cohort study of older patients with affective disorders referred for specialised geriatric mental health care. *BMC psychiatry*, 19(1), 182. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2176-6>.
21. Pacetti, M., & Salmaso, D. (2022). Alexithymia and dissociation in personality disorders: a retrospective cross-sectional study. *European Psychiatry*, 65(S1), S665-S665. <https://search.proquest.com/openview/64cb69b4179e956429c450f08fc9f122/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4933639>.
22. Pietkiewicz, I. J., Bańbura-Nowak, A., Tomalski, R., & Boon, S. (2021). Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 637929. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.637929/full>.
23. Radcliffe, P., & Rix, K. (2019). DID in resurgence, not retreat: COMMENTARY ON... Dissociative identity disorder. *BJPsych Advances*, 25(5), 296-298. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/did-in-resurgence-not-retreat/D77F8A6BD4D7708F7B269A53B6C39457>.
24. Reinders, A. A., Chalavi, S., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R., Jäncke, L., ... & Ecker, C. (2018). Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 157-170. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.12839>.

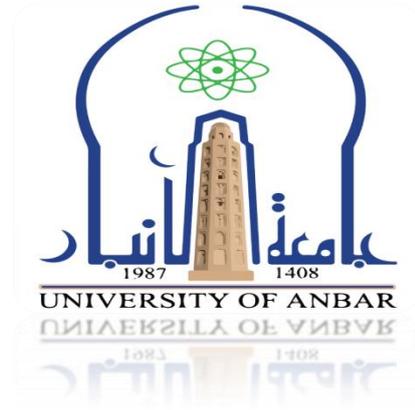


25. Reinders, A. A., & Veltman, D. J. (2021). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last?. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 413-414. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/dissociative-identity-disorder-out-of-the-shadows-at-last/8E2884FA8669A9A64790E5C47AD72DC7>.
26. Rodrigues, S. P. M., moraes da Silva Lima, C., Souza, M. M., Machiti, J. S., de Aguiar Souza, F. T., de Carvalho Bolwerk, M. B., ... & dos Santos Nepomoceno, V. (2024). Uma análise do manejo de pacientes com transtorno dissociativo de identidade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(7), 1038-1052. <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2478>.
27. Rutkofsky, I. H., Khan, A. S., Sahito, S., Aqeel, N., & Tohid, H. (2017). The Neuropsychiatry of Dissociative Identity Disorder: Why many DIDPatients Switch Personalities and Forget about the Previous Personalitywhile under the Influence of one Personality? *Journal of Cell Science and Therapy*, 8(2), 1–7. <https://doi.org/10.4172/2157-7013.1000267>.
28. Saxena, M., Tote, S., & Sapkale, B. (2023). Multiple personality disorder or dissociative identity disorder: Etiology, diagnosis, and management. *Cureus*, 15(11). <https://www.cureus.com/articles/184113-multiple-personality-disorder-or-dissociative-identity-disorder-etiology-diagnosis-and-management.pdf>.
29. Shah, S. K. (2012). A study of clinico-demographic profile of patients with dissociative disorder. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal*, 8(3), 30-35. <https://nepjol.info/index.php/JCMSN/article/view/8683>.
30. Silvestri, C., Carpita, B., Cassioli, E., Lazzeretti, M., Rossi, E., Messina, V., ... & Mental Disorders Study group. (2023). Prevalence study of mental disorders in an Italian region. Preliminary report. *BMC psychiatry*, 23(1), 12. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-022-04401-4>.
31. Tejavibulya, L., Rolison, M., Gao, S., Liang, Q., Peterson, H., Dadashkarimi, J., ... & Scheinost, D. (2022). Predicting the future of neuroimaging predictive models in mental health. *Molecular psychiatry*, 27(8), 3129-3137. <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01635-2>.
32. Utomo, Y. P., Luthfi Adnan, M., & Putri Susanti, E. A. (2023). Understanding Dissociative Identity Disorder: A Literature Review. *Archives of Psychiatry Research: An International*



Journal of Psychiatry and Related Sciences, 59(2), 305-310.
<https://hrcak.srce.hr/clanak/438531>.





JOURNAL OF UNIVERSITY OF ANBAR FOR HUMANITIES

ACADEMIC REFEREED JOURNAL

ISSUE 1, Volume 23, March 2026 AD/ 1447 AH
University of Anbar – College of Education for Humanities

All research is freely available on the journal's website / open access
<https://juah.uoanbar.edu.iq/>



Deposit number in the House of Books and Documents in Baghdad, No. 753 of 2002

ISSN 1995 - 8463
E-ISSN:2706-6673



Editor-in-chief

Prof. Dr. Fuaad Mohammed Freh

Iraq-University of Anbar- College of Education for Humanities

Editorial Manager

Prof. Dr. Othman Abdulaziz Salih

Iraq-University of Anbar- College of Education for Humanities

Editorial Board

Prof. Dr. Bushra I. Arnot	Saudi Arabia-King Khalid University- College of Education
Dr. Carol S. North	UT Southwestern Medical School, Dallas, United States
Prof. Man Chung	United Arab Emirates- Zayed University
Dr. Elizabeth Whitney Pollio	Boise State University, Boise, USA
Prof. Dr. Amjad R. Mohammed	Iraq-University of Anbar- College of Education for Humanities
Prof. Dr. Saeed Saad Al- Qahtani	Saudi Arabia-King Khalid University- College of Education
Prof. Dr. Marwan Al. Zoubi	Jordan- University of Jordan- College of Arts
Prof. Dr. Khamis Daham Al Sabhani	Iraq- University of Baghdad- College of Arts
Prof. Dr. Ahmed Kenawy	Spain- Instituto pirenaico de Ecologia (IPE), CSIC
Prof. Dr. Saad Abdulazeez Muslat	Iraq- University of Mosul- College of Arts
Prof. Dr. Ahmed Hashem Al- Sulttani	Iraq- University of Kufa- College of Arts
Prof. Dr. Majeed Mohammed Midhin	Iraq-University of Anbar- College of Education for Humanities
Prof. Dr. Ala'a Ismael Challob	Iraq-University of Anbar- College of Education for Humanities
Assist. Prof. Dr. Jaafar Jotheri	Iraq- University of Al- Qadidisiyah- College of Archaeology
Dr. Sajjad Abdulmunem Mustafa	Iraq-University of Anbar- College of Education for Humanities



In the name of God, the Most Gracious, The Most Merciful
Editorial of the issue

Praise be to God, Lord of the Worlds, and may blessings and peace be upon the Seal of the Prophets, our Master Muhammad, and upon all his family and companions.

Dear researchers around the globe, it is our pleasure to announce the first issue for the year 2026 of our scientific journal (Journal of University of Anbar for Humanities) (JUAH), the peer-reviewed quarterly scientific journal. This issue contains 13 scientific paper that include the journal's specialties for researchers from the University of Anbar and other Iraqi universities. It also contains international scientific papers. In these scientific research, you would find scientific effort that we in the editorial board should be proud of. These researches found its way to publication after being peer-reviewed by qualified professors, each in his field of specialization.

The generous contribution of researchers, the generous effort of the Editor in Chief and members of the Editorial Board, and the great support from the presidency of University Of Anbar and the deanship of College of Education for Humanities encourage us to take steps to reach the looked-for aim of indexing our journal in the largest abstract and citation database (Scopus). Therefore, it must be noted that we are in the process of continuously updating the publishing procedures in order to improve the journal and bring it to a higher scientific status. Furthermore, our future aim to contribute effectively to the Arab publishing and scientific research movement in order to enhance the status of the scientific research and expand its horizons in Arab countries because we believe that the scientific research is one of the factors in the progress of the nations and is an indicator of its progress.

Prof. Dr. Fuaad Mohammed Freh
Editor in Chief



Publication Guidelines of the *Journal of University of Anbar for Humanities* (JUAH)

General Procedures and Research Specifications

- *Journal of University of Anbar for Humanities (JUAH)* is a peer-reviewed scientific periodical that publishes scholarly research in the following fields of humanities: History, Geography, Educational Sciences, and Psychology. The journal is issued quarterly (four issues per year).
- Manuscripts must be submitted electronically via the journal's website: <https://juah.uoanbar.edu.iq>. Submissions must follow these specifications: A4 paper size, double-spaced (including footnotes, references, tables, and appendices), with wide margins of at least 2.5 cm on all sides.
- Authors must provide a cover letter confirming that the manuscript, or any similar version, has not been previously published or submitted elsewhere inside or outside Iraq, until the review process is completed.
- The maximum length of a manuscript is 25 pages.
- Manuscripts must be written in correct Arabic or English, typed on a computer in *Simplified Arabic* font, size 14, with clear distinction between main and sub-headings.
- Footnotes and references should follow the *Chicago* or *APA* documentation style, in font size 14. References must be listed sequentially as cited in the text and organized alphabetically in accordance with academic methodology, in both Arabic and English.
- All publication rights belong to the journal.
- The views expressed in published papers are solely those of the authors and do not necessarily reflect the opinion of the journal.

Author Information and Abstracts

- Authors are required to provide their details and research information in both Arabic and English, including: the title of the paper, names and affiliations of all authors, mobile phone number, email address, and two abstracts (Arabic and English). Each abstract must be at least 250 words and include keywords, research objectives, methodology, and the main findings.

Research Tools, Tables, and Figures

- If the research involves a questionnaire or other data collection tools, a complete copy must be provided unless it is already included within the manuscript or appendices.
- Tables and figures should not exceed the width of an A4 page and must be embedded within the text.
- Figures should appear immediately after the paragraph in which they are referenced, with the caption placed below the figure.
- Tables should appear immediately after the paragraph in which they are referenced, with the caption placed above the table.

Peer Review Process

- All submitted manuscripts are subject to preliminary screening by the Editorial Board to determine their eligibility for peer review. The Board reserves the right to decline a submission without providing reasons.



-
- All research review processes follow the double-blind review system to ensure the rigor of the research and to avoid conflicts of interest.
 - All manuscripts undergo rigorous scientific evaluation to ensure academic quality. Authors may be required to revise their papers if necessary.

Open Access

- All articles are made available on the journal's website and the Iraqi Academic Journals platform under an open access policy.

Publication Fees

- Authors are required to pay publication fees as follows:
 - 150,000 IQD (one hundred fifty thousand Iraqi dinars) for manuscripts written in Arabic.
 - 75,000 IQD (seventy-five thousand Iraqi dinars) for manuscripts written in English.
 - For manuscripts exceeding 25 pages, an additional fee of 5,000 IQD (five thousand Iraqi dinars) will be charged for each extra page.
 - Manuscripts submitted by researchers from outside Iraq are published free of charge.

Correspondence

- All correspondence should be addressed to:
Republic of Iraq – University of Anbar – College of Education for Humanities – *Journal of University of Anbar for Humanities (JUAH)*.
- Website: <https://juah.uoanbar.edu.iq>
- Phone (Editor-in-Chief): +964 7830485026
- Email: juah@uoanbar.edu.iq



Index of published Articles

Educational and Psychological Sciences

No.	Articles Title	Authors	Pages
1	Work Stress and Life Satisfaction Among Educational Counselors in the Kurdistan Region of Iraq the Mediating Role of Resilience and Life Orientation	Dr. Khandan S. Mohammed Dr. Shadya A. Qader Dr. Sumaya Sami Hassa Dr. Izaddin Ahmad Aziz4	1-27
2	Measuring Emotional Divorce among Preparatory School Teachers in Karbala Governorate: A Psychological Study in Light of the Gender Variable	Dr. Hussein Musa Abed	28-58
3	Semantic Memory and its Relationship to Mental Wandering among Academically Struggling Students	Dr. Yassin Tarar Ghand Dr. Ahmed Alwan Shebrem	59-87
4	The Suggested UDL-Based Training Model in developing the professional performance of teachers of students with learning difficulties in mathematics	Assist. Lect. Ameer Hadi Obada	88-107
5	Dissociative Identity Disorder: An Analytical Review of Clinical and Diagnostic Features	Assist. Lect. Mohammad Nawaf Fayyadh	108-138

Geography

No.	Articles Title	Authors	Pages
6	Classification of the workforce in the countryside of Ramadi District	Hind Waleed Farhan Dr. Khalid Akbar Abdullah	139-152
7	The geographical location of the Emirates and its role in the conflict in the Middle East	Sura Abed Zaal Dr. Omer Kamel Hasan	153-173
8	Formal and cadastral dimensions and the risks of floods for Wadi Abu Kahf south of Anbar province	Huda Ahmed Sarhan Dr. Aws Talag Mashaan	174-190
9	Analysis of the dynamics of land cover change and its impact on the variation of Earth's surface temperature using geographic information systems - Babylon Governorate as a model	Assist. Lect. Kamal Abid Alallah	191-211
10	Quantifying Four Decades of Urban Expansion and Densification in Erbil Governorate Using the Global Human Settlement Layer (GHS-BUILT-S)	Assist. Lect. Mustafa Salih Ismael	212-228



History

No.	Articles Title	Authors	Pages
11	Tunisia's stance on the 1979 Egyptian-Israeli Peace Treaty	Marwa Mohammed Oda Dr. Ali Najeh Mohammed	229-242
12	University education reform in Tunisia 2011-2018: Opportunities and challenges	Assist. Lect. Sondos Ayub Taha	243-281

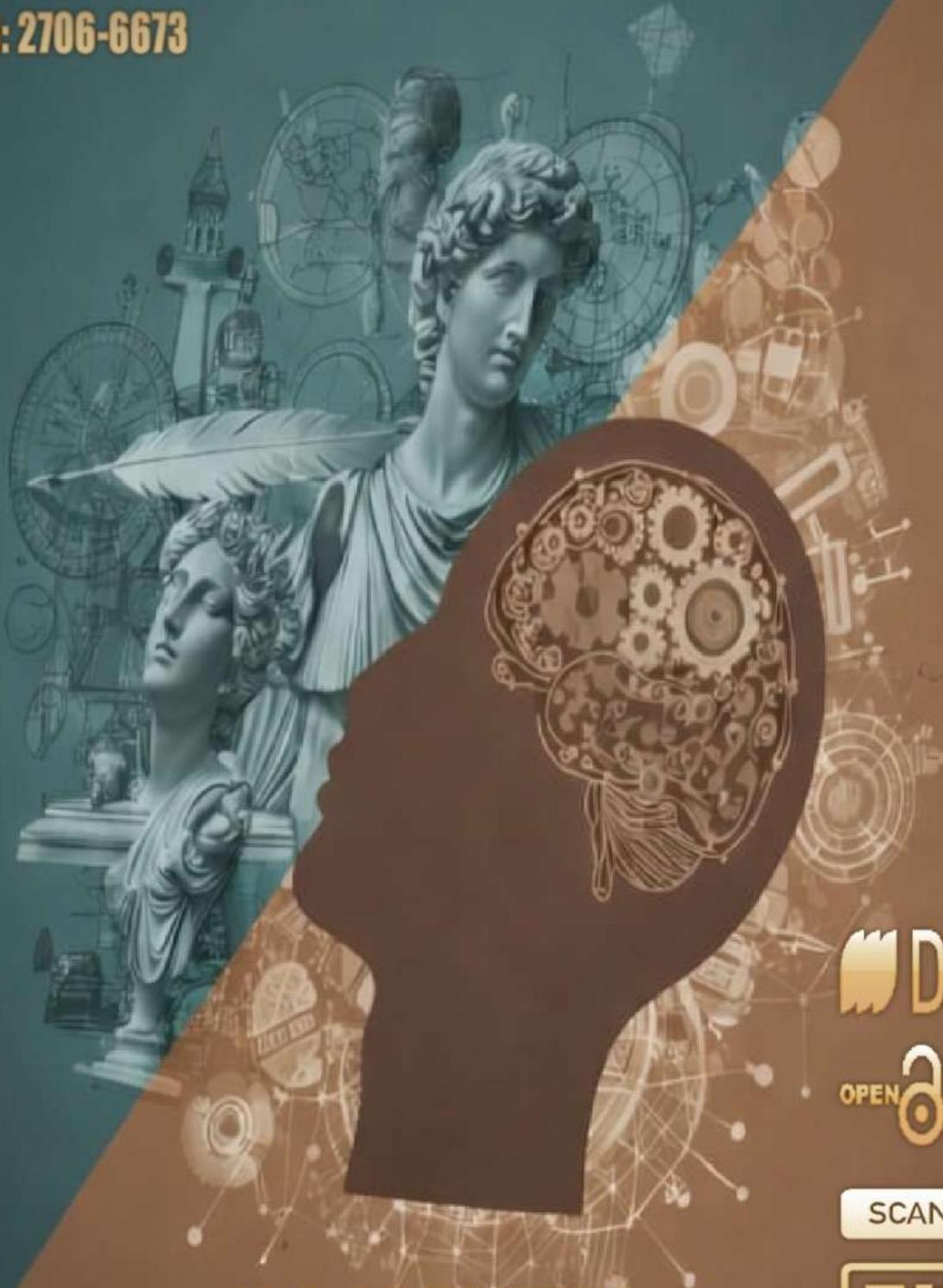
No.	Articles Title	Authors	Pages
13	University Youth Exposure to Facebook and Its Role in Raising Awareness of the Dangers of Cyberterrorism	Dr. Sabah Awad Mohammed	282-311



Journal of University of Anbar for Humanities

P. ISSN: 1995-8463

E. ISSN: 2706-6673



DOAJ

OPEN ACCESS

SCAN ME



Vol. 23 ISSUE 1
March 2026

