المجلة الدولية للعلوم
والتكنولوجيا

الإصدار الأول

المجلد (١) العدد (١)

(٣- ٢٥) ٢٠٢٤

# اضطراب الهوية الانشقاقية: مراجعة تحليلية للسمات السريرية والتشخيصية استنادًا إلى حالات نفسية

**محمد نواف فياض**
( وزارة التربية / مديرية تربية الانبار )

تاريخ النشر: نشر الكترونياً بتاريخ ٤ نوفمبر ٢٠٢٤

**الملخص:**
إن اضطراب الهوية الانشقاقية (DID) يُعد من الاضطرابات النفسية المعقدة التي تثير جدلاً واسعا في الأوساط الإكلينيكية والبحثية، هذا الاضطراب يتميز بوجود هويات أو حالات ذاتية متعددة تتناوب على التحكم بسلوك الفرد وعملياته الإدراكية، مصحوبة بفقدان ذاكرة يتجاوز النسيان العادي، تظهر الأعراض بشكل متفاوت في شدتها وصيغتها، وتترافق غالباً مع تجارب تبدد الشخصية والواقع، بالإضافة إلى أعراض عاطفية ومعرفية واسعة، تشير الأدبيات إلى أن الصدمات المبكرة، خاصة في مرحلة الطفولة، تلعب دورا محوريا في نشأة الاضطراب، إذ يستخدم العقل آليات انفصالية 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، العلاج النفسي يعد حجر الزاوية في التعامل مع DID حيث 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 الأبعاد الثقافية والاجتماعية عاملاً جوهريا في تشكيل تجربة الاضطراب، اذ 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 الانشقاقية، الانفصال النفسي، الصدمات الطفولية، التشخيص الإكلينيكي، العلاج النفسي)

**|Abstract:**
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, Psychological Dissociation, Childhood Trauma, Clinical Diagnosis, Psychotherapy Treatment)

**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 تلبَّ 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 السريرية الشديدة إلى ٢٥% (Shah, S. K. 2012,p.31)، اما الفئة العمرية الأكثر عرضة لهذه الاضطرابات هي عادة ما دون الثلاثين عاما، 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 غالبا 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 محدودا نسبيا وربما يعود ذلك لعدم وضوح التشخيص وصعوبة التفريق بينه وبين اضطرابات أخرى ذات أعراض متداخلة ( Atilan Fedai, Ü., & Asoğlu, M. 2022,p.3036)، وتوضح الأدبيات السريرية أن العديد من مرضى DID يظهرون أعراضا 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 ثانيها 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 al,et,2024,p,113)، هناك أيضا 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 وقرابة النسبة نفسها يعانون من القلق، كما تسجل معدلات مرتفعة للأفكار الانتحارية ( Asoglu & Atilan,2022,p.3038)، هذا التضارب والتداخل قد يفسر جزئيا سبب صعوبة التشخيص وارتفاع نسب التشخيص الخاطئ أو الإيجابيات الكاذبة التي أشار إليها باحثون خلال مناقشة الحاجة إلى معايير أكثر تحديدا لأدوات التشخيص مثل تمييز DID الحقيقي عن الحالات المقلدة ( Petkiewicz,al. et,2021,p.11)، وان النظريات المفسرة لظهور الهويات المتعددة للشخصية انقسمت بشكل ملحوظ، بعض النماذج ترى أن التصدع 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 تتبنى موقفًا أكثر حذرًا 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,p.3)، تاريخيا عانت فكرة DID من رفض وتشكيك في الوسط الطبي النفسي أحيانا 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 السريرية والأعباء الاجتماعية المصاحبة له (Carrigan&Hull,2022,p.98)، 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 كالآتي: فقدان ذاكرة انفصالي عند ١٠%، اضطراب هوية انشقاقي عند ٦%، وتبدد الشخصية عند ٥%، ولم تسجل أي حالة تجوال نفسى انفصالي (Shah 2012,p.34)، الارتباط المعقد بين الصدمات المبكرة والانفصال يبرز أيضًا 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, al et 2021,p.1826)، 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 الصدمي والفحص الإكلينيكي الموجه لاستبعاد الاحتمالات الأخرى مشابهة الأعراض.

**لمحة عن اضطراب الهوية الانشقاقية**

اضطراب الهوية الانشقاقية (DID) يعتبر من الاضطرابات النفسية المعقدة التي تثير جدلاً واسعا في الأوساط الإكلينيكية والبحثية، يتميز بوجود حالتين أو أكثر من الهويات أو الحالات الذاتية المتميزة، بحيث تمتلك كل هوية ذكريات وصفات الشخصية وسلوكيات قد تختلف جوهريا عن غيرها، وقد تكون هذه الاختلافات شديدة لدرجة أن المريض قد لا يتذكر أفعال وأحداث حدثت أثناء تحكم هوية أخر(Meganck 2017,p.2) ، 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 al et, (2021,p.2)، الادبيات الطبية تصف DID كحالة غالباً ما تنشأ بعد تعرض الفرد لصدمات مدمرة في مراحل الطفولة المبكرة، حيث تلعب التجارب الطويلة من سوء المعاملة والإهمال دورا محوريا 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 آثارا معقدة على تنظيم العاطفة والشعور بالهوية على المدى الطويل، ومن منظور تاريخي مرDID بتحولات واضحة في التعريف والتصنيف، فقد كان يعرف سابقا 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 انعكاسا لمشكلات نفسية داخلية مرتبطة بالتجارب الصادمة والحالات الهستيرية (Meganck 2017,p.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., & Burdzik, M. 2023,p.152,)، تشخيص DID ليس بالمهمة السهلة، فالمعايير تشخيص هوية الفرد الرسمية لكل منDSM-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 al et, 2021,p.8)، 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 لـDID لا تقف 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 بالغيبوبة الجزئية، وكذلك تقلبات مزاجية حادة واندفاعات سلوكية إلى درجة الإضرار بالنفس(Saxena 2023, p.4) ، 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 وتتمثل من خلال جانبين:**

- **صعوبة التشخيص والتداخل مع اضطرابات أخرى**

إن تشخيص اضطراب الهوية الانشقاقية يواجه تحديات معقدة تتعلق بتشابه الأعراض مع طيف واسع من الاضطرابات النفسية الأخرى، ما يجعل الحكم السريري عرضة للخطأ أو الالتباس، فالأطباء قد يصادفون مرضى يظهرون علامات فقدان الذاكرة أو تبايناً في أنماط السلوك والإدراك لكن هذه المظاهر قد توجد أيضا في اضطرابات اخرى مثل الفصام، اضطراب الشخصية الحدية، أو حتى بعض نوبات الصرع الجزئية المعقدة، الأمر الذي يفرض ضرورة استبعاد الأسباب العضوية والنفسية المختلفة بدقة(more 2000,p.38) ، 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,p.2)، وفي المقابل، هناك حالات يمكن أن تكون الأعراض فيها مصطنعة أو ناتجة عن تأثير الإيحاء والعلاج، كما ورد في تقارير عن مرضى شخصوا مبدئيا بـ DID لكن بعد فحوصات دقيقة اتضح أنهم يعانون من اضطرابات شخصية أخرى رتبت وفق خصائص سريرية مشابهة لكنها مختلفة جوهريا ( Utomo al et, 2023,p.306 )، هناك جانب إضافي يزيد الصورة تعقيدا 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,p.39)، 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 تحسبا لرد فعل سلبي من الزملاء أو المؤسسات الطبية التي مـــــــا تزال تحمل تحفظـــــات على هـــــــذا التشخيص (Carrigan&Hull,2022,p.98)، وان التاريخ الطبي للمريض له أثر حاسم هنا، فوجود سلسلة من التجارب الصادمة الممتدة منذ الطفولة يدعم فرضية DID لكنه ليس دليلاً نهائيا بذاته، وقد بينت ملاحظات إكلينيكية أن بعض المرضى أظهروا تحسناً سريعا 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,p.40)، تلك الاستجابة السريعة قد تكون مؤشراً فارقاً عند محاولة التفريق بين DID وغيره من الاضطرابات الذهانية المزمنة، الأمر يصبح أكثر تعقيدا 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 و شكاوى 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 DIDإلى تباين طرق التطبيق الإكلينيكي وبالتالي تفاوت النتائج العلاجية .2 .Angle, & Fadai Atilan 2022) بعض الاختبارات والمقاييس مثل ١ TADS-طورت للتقليل من هذا التداخل عبر التركيز على مجموعة واسعة من الأعراض بما فيها الجدية والنفسية الخاصة بالانفصال .(al of Pietkiewicz 32021) ومع ذلك فإن تطبيقها يتطلب مهارة وخبرة لضمان تفسير الاستجابات بعيدا 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 علنا، حيث يقوم بعض المرضى بتقليد أعراض DID استنادا إلى ما يقرؤونه في الكتب أو الإنترنت يهدف 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 DID (Pietkiewicz et al., 2021. 2). وهذا بدوره يعني أن الاعتماد الحصري على السرد الذاتي المريض دون تدعيمه بملاحظات موضوعية وفحوص معيارية يزيد احتمالات الخطأ التشخيصي من المنظور العملي والبحثي، تجاوز هذه الصعوبات يتطلب الدمج بين التقصي الدقيق للأعراض والانتباه لأسلوب ظهورها زمنياً ووظيفياً، وفحص الخلفية الصدمية والعوامل البيئية الحالية، كما ينبغي إشراك مصادر معلومات متعددة كالملاحظات الأسرية وتحليل التغيرات السلوكية عبر الوقت بدلا من الاعتماد على مقابلة واحدة فقط، بهذه الطريقة يمكن تخليص التداخل مع الاضطرابات الأخرى وتحقيق تشخيص أكثر دقة يقود إلى خطط علاجية فعالة ومستدامة.

- **الحاجة لتحليل السمات السريرية الدقيقة**

تحليل السمات السريرية الدقيقة في اضطراب الهوية الانشقاقية يمثل خطوة أساسية لتقليل التشخيصات الخاطئة وتحسين فعالية التدخلات العلاجية، فكما أشير سابقا، الاعتماد على الأعراض المبلغ عنها ذاتها فقط قد يقود إلى استنتاجات مضللة خاصة في الحالات التي يكون فيها المريض متأثرا بما قرأه أو سمعه عن الاضطراب، مما يدفعه لاستخدام مفردات تقنية وسرد تفاصيل تتسق مع الوصف الإكلينيكي التقليدي، هذه الظاهرة تطرح تحديا أمام المعالج الذي قد يواجه مزيجاً من الأعراض الحقيقية والمبالغ فيها، وهو ما يتطلب إنشاء مقاربة تحليلية قائمة على تتبع الخط الزمني للأعراض وتوافقها مع السياق الحياتي للمريض من الأمثلة المهمة على ضرورة الحذر أن أدوات الفحص الذاتي مثل الاستبيانات مقيدة بقدرة المريض على التعبير والدقة في التبليغ بينما الفحوص الإكلينيكية المنظمة قد تكشف تباينا بين ما يذكر لفظاً وما يظهر عملياً أسماء المقابلة، لقد وجد أحيانا أن مرضى يحرزون درجات مرتفعة في مقاييس الانفصال لكنهم في المقابلات المفصلة لا يبدون المجموعة الكاملة من الأعراض المطلوبة للتشخيص، وهو ما يشير لاحتمال وجود عوامل مثل الرغبة في الحصول على تشخيص بعينه أو سوء الفهم الطبيعة الأسئلة (Setkiewicer al et, 2021,p.11 )، من هنا تظهر الحاجة إلى دمج بيانات الملاحظة المباشرة مع تعاليم الاختبارات والمعطيات المستقاة من مصادر ثانوية مثل روايات أفراد الأسرة أو مراجعة السجلات الطبية السابقة، إضافة إلى هذه الصعوبات، فإن غياب توجيهات تشخيصية واضحة في أنظمة التصنيف الكبرى مثل DSM-5 و ICD-11للتمييز الدقيق بين DID واضطرابات الشخصية أو غيرها يزيد أهمية التحليل التفصيلي للعلامات والأنماط السلوكية، غياب مثل هذه الإرشادات يجعل المجال مفتوحا للإفراط في التشخيص أو التقليل منه اعتمادا على خبرة الفاحص وانطباعاته الشخصية، هذا الواقع العملي يجعل تدريب الأطباء النفسيين وعلماء النفس السريريين أمرا محوريا لتطوير مهاراتهم في قراءة هذه التفاصيل الدقيقة، إن فحص الخصائص النوعية لجلسات المرضى يكشف عن مؤشرات دقيقة يمكن استخدامها لتحسين دقة التشخيص على سبيل المثال، وجود تغييرات ملحوظة ومستمرة في نبرة الصوت أو لغة الجسد عند الانتقال بين الهويات، أو اختلاف واضح في التوجه العاطفي والمعرفي عبر الزمن، يمكن أن يقدم أدلة داعمة تتجاوز مجرد السرد اللفظي (Utomo al et, 2023,p.308)، كما أن تحليل استجابات المرضى لمواقف تثير الضيق النفسي قد يوضح قدرة بعض الهويات على التكيف مقارنة بأخرى أكثر اندفاعية أو تجنبيه، التقييم العصبي والتصوير الدماغي 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 مقاربة لما هو متاح في الاضطرابات النفسية الأخرى (Veltman & Reinaers,2021,p.414)، هذه الاتجاهات البحثية قد تسمح لاحقا بالانتقال من الاعتماد الكامل على الأدوات النفسية الذاتية إلى مقاربات هجينة تجمع الدليل العصبي والإكلينيكي، 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,p.63)، هذا الفصل يفيد في تحديد ما إذا كان ينبغي اعتبار العجز عنصرا من تعريف الاضطراب أم تركه كمعيار ثانوي مرتبط بتخطيط العلاج، المضاعفات الناتجة عن الصدمة المبكرة وتأثيراتها العابرة الحياة تسهم كذلك في تشكيل الأنماط السريرية لـــ DID ، وترتبط بعض الحالات بظواهر إدراكية غير اعتيادية تشمل هلوسات حسية وتجارب حدسية تستمر لعقود، قبل ظهور الأزمة الانفصالية الكبيرة (Saxena, al et, 2023,p.4)، 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 al et) 2023,p.308، وهناك أيضا اهتمام متزايد بالعلاجات التي تستهدف مسارات عصبية محددة، كالأدوية المؤثرة على السيروتونين أو الغلو تامات والتي أظهرت ارتباطات ببعض الظواهر الانفصالية ( Hall & Corrigan, 2022,p.99، بالنظر لهذه المعطيات، يصبح العمل السريري أقرب إلى عملية تركيب فسيفساء من العلامات الصغيرة والمتفرقة، كل قطعة منها توفر لفيفاً من المعلومات التي حين تجمع بعناية تقدم صورة أقرب للحقيقة وأبعد عن اجتهاد فردي مفرط التأثر 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 المعادة غير الضرورية.

**أهداف وأهمية البحث**

- **الأهداف البحثية**

تهدف هذه الدراسة إلى صياغة مجموعة من الأهداف البحثية التي تعكس الحاجة الملحة لمعالجة الفجوات المعرفية والإكلينيكية في التعامل مع اضطراب الهوية الانشقاقية، وذلك استنادا لما تم عرضه سابقا حول صعوبة التشخيص والتشابه مع طيف واسع من الاضطرابات النفسية الأخرى، أحد المحاور الأساسية يتمثل في بناء نموذج تشخيصي يعتمد على دمج التقييمات الإكلينيكية المباشرة بالمقاييس النفسية المعيارية مع إيلاء أهمية للمؤشرات النوعية الدقيقة مثل التغيرات السلوكية أو الأدائية بين الحالات المختلفة، وتحليل الارتباطات بين السمات الانفصالية ومستويات العجز الوظيفي (Klark&Ro,2014,p.58)، هذه المقاربة لا تهدف فقط إلى رفع دقة التشخيص، بل أيضا إلى تقليص احتمالات الخلط مع اضطرابات الشخصية أو الحالات الذهانية المزمنة، كما يتضمن الهدف البحثي فحص العلاقات الثلاثية بين السمات الشخصية الوظيفية والأعراض الانفصالية ومستوى الأداء اليومي، قد تسمح هذه المقاربة الكشف عن البنية المشتركة لهذه العناصر وتحديد أيها أكثر تأثيرا على مسار المرض ونتائج العلاج، وهو ما يستدعي توسيع الدراسات السابقة التي ركزت غالباً على بعد واحد أو بعدين فقط ( Utomo al et 2023,p.308)، ومن منظور علاجي، يمثل استكشاف أثر العلاجات النفسية المتنوعة على كل من شدة الأعراض

وجودة الحياة هدف آخر، حيث يمكن أن تكشف التحليلات الطولية عن أنماط استجابة تختلف باختلاف الخصائص الفردية للمريض وبنية هوياته الفرعية، كذلك هناك هدف خاص بتقييم فعالية تدخلات مبتكرة في الحد من السلوكيات المؤذية للذات لدى مرضى DID الذين يظهرون مستويات عالية من الاندفاع أو المعاناة العاطفية ومن الأمثلة على هذه التدخلات بروتوكولات تقوم على آليات الحمل المزدوج للذاكرة العاملة والتي تشير النتائج الأولية إلى إمكانية منح المريض إحساسا أكبر بالتحكم في سلوكياته الضارة (Pacetti, M., & Salmaso, D. 2022,p.s665) ، هذا المسار البحثي يمكن أن يفتح الباب أمام تصميم برامج علاج متخصصة تتعامل مع السلوكيات عالية الخطورة المترافقة مع الاضطراب، إضافة لذلك، تهدف الدراسة إلى تحليل الروابط المحتملة بين السمات العصبية والبيولوجية لدى المصابين بـــ DID والسياقات الصادمة التي تعرضوا لها، عبر مراجعة الأدلة المتاحة حول تأثير الصدمة المبكرة على الوظائف الإدراكية والبني العصبية المرتبطة بالتنظيم العاطفي، هذا الهدف قد يوفر قاعدة معرفية نحو تطوير مؤشرات بيولوجية مساعدة للتشخيص يمكن استخدامها بالتوازي مع المعايير النفسية التقليدية، مسعى آخر يتمثل في اختبار فرضيات تتعلق بعوامل الخطورة والحماية التي قد تفسر تباين شدة الأعراض أو مسارها الزمني، ويتضمن ذلك دراسة المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والمهنية وتأثيرها على درجة العجز النفسي والاجتماعي لدى المرضى .

- **الأهمية العلمية والعملية**

الأهمية العلمية لهذه الدراسة تكمن في مساهمتها في سد فجوة معرفية واضحة في الحقل الإكلينيكي والبحثي المرتبط باضطراب الهوية الانشقاقية، فعدد كبير من الأبحاث السابقة ركز على الجوانب الوصفية أو سرد الحالات الفردية، في حين أن الهدف هنا يتعدى ذلك إلى بناء أسس منهجية لتحسين الدقة التشخيصية والتمييز بين هذا الاضطراب واضطرابات أخرى متشابهة ظاهرياً هذا التوجه يعزز من مصداقية النتائج الإكلينيكية ويحسن توافق الممارسات العلاجية مع الأدلة، خصوصاً في ظل التباين الملحوظ في التشخيصات الذي يعود جزئيا إلى اختلاف الخبرات بين المعالجين أو نقص الأدوات القياسية الموجهة على الصعيد العلمي، يتوقع أن تقدم هذه الدراسة بيانات نوعية تساعد في اختبار الفرضيات المطروحة حول البنية المشتركة بين السمات الانفصالية، الأداء الوظيفي، والاضطرابات المصاحبة، وهو ما يمثل إضافة تحليلية لم يسبق تناولها بالعمق الكافي، تأتي الأهمية العملية متمثلة في إمكانية ترجمة نتائج البحث إلى توصيات إجرائية قابلة للتطبيق مباشرة في العيادات والمستشفيات النفسية، فالتحليل الدقيق للسمات السريرية قد يوفر للأطباء قوائم تحقق أو مؤشرات ملاحظة للأسلوب الزمني لظهور الأعراض، مما يسهل عليهم التعرف المبكر على الحالات ووضع خطة متابعة أكثر ملاءمة(Pietkiewicz, al ,et, 2021,p.3) ، كما يمكن أن تسهم هذه المعطيات في تطوير بروتوكولات تشخيص مختصرة ذات حساسية عالية، مثل البدء بأدوات فحص قصيرة ومن ثم الانتقال لتقييم موسع عند تطابق معايير أولية محددة ( Clark &Ro, 2014,p.62 )، هذه المقاربة قد تقلل الهدر في الوقت والموارد وتزيد من كفاءة الخدمة الصحية، أحد الجوانب التي تبرز البعد العملي هو قدرة نتائج الدراسة على دعم برامج تدريب الأخصائيين النفسيين والأطباء، إذ يمكن إدراج المؤشرات التي سيتم تحديدها ضمن المناهج التدريبية وورش العمل لتعزيز مهارات الملاحظة السريرية والتفريق بين الأنماط الانفصالية والحالات الأخرى المشابهة مثل اضطرابات الشخصية أو الذهان(Utomo al et 2023,p.306)، هذا يعزز الكفاءة المهنية ويقلل احتمالية الأخطاء التشخيصية خاصة في البيئات التي لا يتوفر فيها إشراف متخصص دائم، البعد التطبيقي يمتد أيضا إلى تحسين خطط التدخل العلاجي، حيث يمكن توجيه العلاج النفسي نحو الهويات أو الحالات الذاتية الأكثر ارتباطا بالأعراض الحادة أو السلوكيات المؤذية للذات، فالتعرف المبكر على أنماط الاستجابة المختلفة

لدى المريض يمكن أن يزيد فعالية البروتوكولات المستخدمة ويقلل من نسب الانتكاس (Langjord,al et, 2023,p.3)، وهذا الأمر له تأثير مباشر على خفض معدلات دخول المستشفيات المتكرر وتحسين نوعية الحياة للمرضى، كذلك فإن تضمين أدوات مثل TADS-I أو مقاييس الانفصال الأخرى المطورة حديثا ضمن الإجراءات الروتينية يمكن أن يمنح النظام الصحي مرونة أكبر في كشف الحالات المركبة ذات العرض غير النمطي (Pietkiewicz, al ,et, 2021,p.3) ، حيث أن النتائج السابقة أظهرت أن مرضى DID غالباً ما يتلقون عدة تشخيصات قبل الوصول للتشخيص الصحيح (Asoga & Fedai Atilan 2022,p.3041 ) ، فإن تطبيق آلية منظمة للفحص قد يقلص الفترة الزمنية الضائعة في تجريب علاجات غير مناسبة وبالتالي تقليل الأثر السلبي الطويل الأمد لسوء التشخيص، هناك جانب آخر ذو صلة بالسياسات الصحية ويكمن في قدرة نتائج البحث على التأثير في وضع معايير إدارية وإجرائية داخل أنظمة الرعاية الصحية النفسية، فإذا أثبتت الدراسات فعالية دمج تقييمات الأداء الوظيفي مع السمات الانفصالية كمؤشر تكميلي للتشخيص، يمكن للمؤسسات الاعتماد عليها كجزء أساسي من ملفات تقييم المرضى، وهذا بدوره يدعم التوزيع الأمثل للموارد العلاجية ويوجه البرامج التأهيلية إلى الفئات الأكثر حاجة لها، كما تحمل النتائج وزنا علميا إضافيا إذا ما تم ربطها ببيانات عن المؤشرات العصبية أو الفسيولوجية المرتبطة بالاضطراب، إذ إن إثبات وجود فروق بيولوجية موضوعية بين المرضى والأصحاء يعزز الشرعية الطبية لـDID ويفتح المجال أمام تطوير اختبارات مساعدة تعتمد على تقنيات التصوير الدماغي أو القياسات النفسعصبية (Drissi, al et 2023,p.s969)، هذا التكامل بين العلمي والتطبيقي يعيد تشكيل النظرة الإكلينيكية إلى الاضطراب ليس فقط كتشخيص نفسي قائم على المعايير السلوكية وانما كحالة لها بصماتها البيولوجية المحددة، كما من المتوقع أن تخلق هذه الدراسة منصات جديدة للتعاون البحثي عابر للتخصصات، حيث يمكن توسيع نطاق التحقيق ليشمل باحثين من مجالات علم الأعصاب والإحصاء الطبي لوضع نماذج تنبؤية دقيقة لمسار المرض والعوامل المؤثرة عليه (Tejaribulya , al et, 2022,p. 3134 )، هذا التعاون يضمن بقاء المعرفة المكتسبة ديناميكية وقابلة للتطوير بما يتلاءم مع تغير الاحتياجات الإكلينيكية، إضافة لذلك، يمكن لنتائج هذا البحث أن تخدم جهود التوعية العامة وتقليل الوصمة الاجتماعية المحيطة بالاضطرابات الانفصالية عبر تقديم صورة علمية دقيقة عن طبيعتها وآثارها، حين يرى مقدمو الرعاية والمجتمع بيانات موثوقة مدعومة بأدلة سريرية وعلمية، فقد يصبح القبول المجتمعي لتوفير الدعم النفسي والاجتماعي للمصابين أعلى بكثير مما هو عليه حاليا، بهذه الطريقة، تتحقق قيمة بحث يجمع بين العمق العلمي والتطبيق العملي بحيث تمتد نتائجه إلى تحسين جودة التشخيص والعلاج وكذلك تعديل السياسات والتوجهات المجتمعية بصورة متناسقة.

**منهجية البحث**

نوع الدراسة ومصادر البيانات

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

- تم الاستناد إلى البيانات الثانوية بالدرجة الأولى، مثل السجلات الطبية وتقارير الحالات السابقة والأدبيات العلمية ذات الصلة.
- ركز التحليل على رصد الأنماط السريرية الموصوفة في المصادر، مع الانتباه إلى الفروق المرتبطة بالعمر، والجنس، والخلفية الاجتماعية.

- 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 المصرّح بها والمتاحة بصورة مشروعة.

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

**الإطار النظري**

**مفهوم اضطراب الهوية الانشقاقية**

يمكن ان نعرف اضطراب الهوية الانشقاقية بإنه 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, al ,et, 2021,p.2)، 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,p.39)، هذه الفجوات في الذاكرة لا يمكن تفسيرها بالنسيان العادي، وإنما تمثل فقدانا لوظيفة تكاملية أساسية بين عناصر التجربة الذاتية، التعريف التشخيصي وفق معايير يصف الحالة بأنها اضطراب يتميز بانقطاع في الهوية مصحوب 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 تعريف التصنيف الدولي للأمراض فيركز 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, al ,et, 2021,p.2)، الملمح الجوهري الآخر لاضطراب الهوية الانشقاقية 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 تعشها بقية الهويات (Elmore,2000,p.39)، 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 تنتمي 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

إضافة إلى ذلك فإن ظهور الأعراض يجب أن يرتبط بضرر كبير على (Pietkiewier, al et, 2021,pp.2-6 ) 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, al et, 2023,p3)، 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,p414)، رغم هذه الصورة التشخيصية الدقيقة إلا أن التنوع الكبير في الأعراض وطريقة عرضها يجعل تعريف اضطراب الهوية الانشقاقية عملية قائمة على تجميع مؤشرات متعددة بدلاً من الاعتماد على علامة واحدة فاصلة، بعض المرضى يظهرون أعراضا شديدة الوضوح، والبعض الآخر يظهر فقط إشارات subtile مثل شعور متكرر بأن الزمن يتوقف فجأة ثم يعود، أو حضور أعراض مجهولة المصدر لديهم لا يعرفون كيف حصلوا عليها ( Saxena, al et, 2023,p.4)، كما يوجد تفاوت ملحوظ في مدى إدراك المريض لما يحدث، فبينما يدرك البعض وجود حالات أخرى داخله ويتحدث عنها صراحة، ينكر آخرون ذلك تماما ويعزون 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, al et, 2021,p.2) ، التكييف الثقافي للأعراض يفرض تحدياً إضافياً أمام المعالجين لتفريق ما هو جزء من المعتقد المحلي وما يمثل ظاهرة مرضية واضحة ضمن إطار DID أخيرا، 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 لـــ DID يسمح بوضع بروتوكولات تشخيص أكثر دقة ويهيئ أرضية لفهم الروابط المعقدة بين التكوين النفسي للفرد وتجارب حياته الأولى والأحداث الضاغطة التي قد تساهم في ظهور الانقسام الداخلي للهوية.

**النظريات المفسرة:**

النظريات المفسرة لاضطراب الهوية الانشقاقية انقسمت على مدى العقود الماضية إلى توجهين رئيسيين، لكل 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 للصدمات 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, p.3)، هذه الهويات أو الحالات الذاتية تتطور تدريجياً لتصبح أكثر استقلالاً في الذكريات، ونمط المعالجة العاطفية، وربما حتى القدرات المعرفية، يدعم هذا النموذج عدد كبير من الدراسات التي رصدت ارتباطا وثيقا بين تاريخ الصدمات المبكرة والسمات الانفصالية القوية لدى مرضى DID، فالأدبيات السريرية تشير إلى أن الغالبية العظمى من المرضى لديهم سجل من التعرض للإساءة المزمنة أو الإهمال، وأن بعضهم أظهر مؤشرات نفسية عصبية تعكس تغييرات بنيوية في الدماغ يعتقد أنها نتاج لتلك الخبرات البيئية الضاغطة (Veltman& Reinders, 2021,p.414)، كما يرى أنصار هذا النموذج أن قابلية الدماغ النامي لإعادة التنظيم

تحت وطأة الضغط النفسي المستمر هي ما يجعل الصدمات المبكرة ذات أثر مضاعف في تشكيل مسار نمو الشخصية والتكامل النفسي مستقبلا، في المقابل هناك نموذج آخر يعرف باسم النموذج الإيحائي الاجتماعي أو نموذج النشأة العلاجية ويطرح تصورا مختلفا جذريا، هذا النموذج يقترح أن الهويات المتعددة ليست نتيجة مباشرة للصدمات بل نتاج العوامل علاجية وثقافية وايحائية، بمعنى آخر، قد تنشأ الأعراض بفعل تأثير توقعات المعالجين، التفسير الخاطئ للأعراض من قبل المريض نفسه، وضغط السياقات الاجتماعية والثقافية التي تمنح معنى ودلالة لمظاهر الانفصال على شكل شخصيات بديلة، وتدخل في ذلك أيضا مساهمة الإعلام والأعمال الفنية التي تصور DID بصورة درامية، ما يعزز لدى بعض الأفراد الميل لتبني دور معين متسق مع هذه الصور الذهنية سواء بوعي أو بلا وعي من منظور هذا النموذج ينظر لمظاهر تعدد الهوية بوصفها أشكالاً من لعب الأدوار النفس - اجتماعية التي تبرز في سياقات علاجية لا تخلو من إيحاء أو توجيه واضح نحو البحث عن الشخصيات بديلة، ورغم أن هذا الدور ليس خداعاً متعمداً بالضرورة، فإنه قد يظهر تلقائيا كرد فعل غير واع لتوقعات البيئة المحيطة بالمريض ولرغبته في إيجاد إطار يفسر معاناته النفسية بطريقة مقبولة لدى الآخرين، هناك أيضا زوايا تفسير وسيطة تحاول دمج عناصر من كلا الطرحين بعض الباحثين يقترحون النظر إلى الصدمة ليس كعامل محدد وحيد ولا إلى الإيحاء كمسؤول كامل عن نشأة الاضطراب، وانما كمزيج معقد بين الاستعداد الفردي سواء ( بيولوجيًا أو نفسيًا)، والتجارب المؤلمة المبكرة، والسياقات العلاجية والاجتماعية التي تشكل كيفية التعبير عن الأعراض، بهذا الطرح يمكن تفسير التباين الملحوظ بين المرضى: فبينما يحمل بعضهم سرديات تفصيلية لصدمات طفولية مدعومة بأدلة موضوعية ويظهرون أعراض انفصالية منذ مراحل مبكرة، يبدأ آخرون عرض هذه الأعراض فقط بعد الدخول في علاج نفسي طويل يركز على البحث عن هويات فرعية، وتبرز هنا إشكالية أخرى تتعلق بكيفية فهم مصطلحات مثل "الهيكل" و"الديناميكيات الهستيرية واستخدامها لتفسير تشكل العرض السريري لـDID ضمن أطر علاجية معينة، البعض يجادل بأن الخطاب السائد حول DID يشكل قوالب يسكب 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 العرض وتشجع على ثبيت نمط معين من الأعراض بدل العمل على تجاوزه (Meganck,2017,p.3)، إضافة لذلك فإن المناقشات الحديثة حول DID بدأت تدخل اعتبارات مرتبطة بالثقافة وعلم الاجتماع الطبي فالاختلافات الثقافية قد تحدد الطريقة التي يتم بها تأويل الظواهر الانفصالية سواء من قبل المريض أو المعالج، ففي بيئات معينة قد يتم إدماج الظواهر ضمن أطر روحانية أو دينية مما يطيل زمن الوصول للتقييم النفسي ويؤخر التدخل العلاجي المناسب (Elia, al et 2023,p 13)، كما يمكن للوصمة المرتبطة ببعض التشخيصات النفسية أن تؤثر في استعداد الأفراد لعرض التفاصيل الحقيقية لتجاربهم الصادمة أو اعترافهم بها أمام المحيط الطبي والاجتماعي من الناحية التطبيقية لفحص هذه النظريات، يلعب التحليل السريري التفصيلي دورا هاما في تحديد محتملات كل نموذج لدى الحالة الواحدة، فإذا كانت مؤشرات الإصابة تشمل تاريخ صدمات واضح ومتكرر وأعراض انفصالية سابقة لأي تدخل علاجي مكثف فقد رجح كفة نموذج الصدمة، أما إذا ظهرت المظاهر فجأة وبشكل أكبر بعد التعرض لعلاج نفسي يتضمن أساليب إيحائية قوية فربما تحميل القراءة إلى ترجيح عناصر من نموذج النشأة العلاجية، دراسات التصوير العصبي توفر كذلك بعداً إضافياً للنقاش، إذ إن العثور على بصمات بنيوية ووظيفية مميزة لمرضى DID مقارنة بمجموعات ضابطة يدعم فكرة وجود أساس بيولوجي جزئي لا يمكن تفسيره بالإيحاء وحده (Veltman, & Reinders 2021,p.414)، ذلك لا يلقي احتمال مساهمة السياقات الاجتماعية والعلاجية ولكنه يقل من صلاحيتها كتفسير كامل ومستقل لظهور الاضطراب، وأخيراً فإن تبني أي نظرية تفسير يحتاج لمراعاة التنوع الكبير للحالات الفردية والابتعاد عن التعميم المفرط، فقد يكون الاضطراب لدى

شخص ما انعكاسًا شبه مباشر لصدمات شديدة وطويلة المدى منذ الطفولة، بينما ينشأ لدى آخر كنتيجة تفاعل معقد بين ضغوط حياتيه لاحقة وعوامل نفس اجتماعية وعلاجية شكلت طريقة الظهور وتطور الأعراض لديه.

**السمات السريرية**

**الأعراض الرئيسية**

الأعراض الرئيسية لاضطراب الهوية الانشقاقية 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 وضوحا هي وجود هويات أو شخصيات متميزة تتناوب على التحكم بسلوك المريض وعملياته الإدراكية، كل هوية قد تظهر بملامح سلوكية ولغوية وعاطفية مختلفة، 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,al et, 2023,p.4)، هذه التحولات قد تكون ملحوظة للمحيطين به كما يمكن رصدها موضوعياً أثناء المقابلات الإكلينيكية، فقدان الذاكرة الانفصالي هو العرض الجوهري الثاني، ويتجاوز النسيان العادي من حيث المدى والانتقائية، المرضى قد يعجزون عن تذكر أحداث مهمة من حياتهم، سواء كانت مرتبطة بصدمة نفسية أو حتى نشاطات يومية معتادة كالتسوق أو الأعمال المنزلية (Pietkiewicz, al et, 2021,p.10)، هذا الفقد 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، إلى جانب ذلك، كثير من المصابين يبلغون عن خبرات تبدد الشخصية وتبدد الواقع، حيث يشعر الشخص بأنه منفصل عن جسده أو أن العالم المحيط فاقد للواقعية وكأنه مشهد ضبابي أو متغير في الإحساس الزماني والمكاني، هذه التجارب تضيف طبقة أخرى من الارتباك والمعاناة اليومية، خصوصا حين تقترن بتقنيات الفعالية مفاجئة تشمل الغضب الحاد أو الحزن العميق دون مبرر واضح الاضطراب يترافق أيضا مع أعراض عاطفية ومعرفية واسعة، قد يظهر المريض تغيراً سريعا ومباغنا في المزاج ما بين الانبساط والانطواء أو بين الهدوء والانفعال الشديد ( Saxena, al et, 2023,p.4)، هناك حالات من الخدر العاطفي حيث نقل شدة الاستجابة الوجدانية للأحداث، يقابلها أحيانا فترات حساسية انفعالية مفرطة تجاه محفزات خارجية طفيفة، كما تلعب مشكلات التنظيم العاطفي دورا رئيسيا، فالمريض قد يجد صعوبة في السيطرة على اندفاعاته، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى سلوكيات مؤذية للذات كالجرح أو الحرق أو حتى محاولات الانتحار (Langjord al, et, 2023,p.2)، بعض الحالات تظهر ارتباط الأعراض 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 حضور ظواهر نفسجسدية مميزة مثل اختلاف مستجيب الجسم للمواد الدوائية أو ظهور حساسية جلدية مع هوية دون أخرى، إضافة إلى تفاوت في المؤشرات الحيوية كضغط الدم ومعدل نبض القلب (Utomo, al et, 2023,p.2)، من الناحية الاجتماعية والوظيفية، يؤثر اضطراب الهوية الانشقاقية بشكل حاد على قدرة الفرد في الحفاظ على استقرار العلاقات والعمل والدراسة، التبدلات المفاجئة في السلوك والهوية قد تؤدي إلى سوء فهم متكرر مع الآخرين وفقدان الثقة المتبادل، يضاف إلى ذلك أن التدهور الوظيفي غالباً ما يتفاقم نتيجة وجود اضطرابات مصاحبة شائعة مثل الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية (Langjord, al et, 2023,p.8 )، هذه الاعتلالات المرافقة تزيد من الصعوبة التشخيصية، كما تؤثر على خطة العلاج المطلوبة.

الخصائص الإكلينيكية قد تمتد لتشمل إدراكات غير اعتيادية مثل سماع أصوات داخل الرأس تنسب لهويات بديلة، هذه الظاهرة ليست مطابقة للهلاوس الذهانية بل أكثر ارتباطا بالشعور الداخلي بوجود " آخرين " ضمن الذات لديهم

آراء ورغبات وأهداف مختلفة (Pietkiewicz, al et,2021,p.10)، في بعض الحالات، يلاحظ سلوك يشبه التجوال النفسي حيث يجد الفرد نفسه في مكان لا يعرف كيف وصل إليه، الأطفال والمراهقون قد يعرضون الأعراض بطريقة مختلفة عن البالغين، إذ يمكن أن تظهر كألعاب تخيلية غامرة وشديدة الواقعية يصعب التفريق بينها وبين الأداء التخيلي الصحي المعتاد هذا العمر، غير أن شدة وتواتر هذه الظواهر وارتباطها بصعوبات انفعالية وسلوكية بارزة يمكن أن يعطى مؤشرا مبكراً لاحتمال الإصابة، لا بد من الإشارة كذلك إلى أن انتقال السيطرة بين الهويات ليس دائماً دراماتيكياً، ففي العديد من الحالات تكون الحدود بين الهويات ضبابية والتحولات تدريجية تترك أثرها عبر تغير المزاج أو أسلوب التفكير أكثر من التغير الجسدي أو الصوتي الواضح، هذا يجعل التعرف عليه مرهوناً بالملاحظة الدقيقة لأنماط الخطاب والسلوك عبر مقابلات متعددة وجمع معلومات ممن يحيطون بالمريض (Pietkiewicz, al et, 2021,p.10)، هذه المجموعة المعقدة والمتشابكة من الأعراض تعكس الطبيعة متعددة الأبعاد لاضطراب الهوية الانشقاقية، المزج بين العناصر الانفصالية البحتة والتغيرات العاطفية والمعرفية والجسدية يجعل العرض السريري غنياً بالتفاصيل ولكنه أيضا يضع تحديات واضحة أمام التقييم الطبي والنفسي الدقيق.

**أنماط التحول بين الهويات**

تتسم أنماط التحول بين الهويات في اضطراب الهوية الانشقاقية بخصائص معقدة ومتنوعة، وغالبا ما ترتبط بمثيرات داخلية أو خارجية محددة تؤدي إلى نقل السيطرة التنفيذية من هوية إلى أخرى، هذه التحولات قد تكون فجائية وواضحة للمراقب، كما في تغير مفاجئ في نبرة الصوت أو لغة الجسد أو أسلوب الكلام، أو قد تكون تدريجية وأكثر خفاءً بحيث يقتصر التغير في البداية على المزاج أو توجه الأفكار قبل أن يظهر أي اختلاف سلوكي ملموس (Pietkiewicz, al et, 2021,p.10)، في الحالات الواضحة يمكن أن يتبدل المريض خلال ثوان من شخصية ودودة ومتعاونة إلى أخرى منسحبة وعدوانية، ويصاحب ذلك أحيانا تبدلات في المؤشرات الفسيولوجية مثل معدل ضربات القلب أو تعابير الوجه الانتقال بين الهويات لا يحدث بمعزل عن السياق، فكثير من المرضى يصفون كيف أن مواقف معينة تستدعي خبرات صادمة سابقة تعمل كمحفز للنقلة، قد يكون هذا المحفز كلمة ذات دلالة خاصة، أو رائحة 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 هشاشة وانفعالاً تعتمد على الآخرين للحماية (Burdzik & Burdzik,2023,p.156)، كذلك يلاحظ أن بعض التحولات مرتبطة مباشرة بمستويات الضيق العاطفي، فعندما يصل التوتر النفسي لذروة معينة، تصبح احتمالات حدوث الانتقال أعلى بكثير مقارنة بالحالات العاطفية المستقرة، كثير من المرضى يبلغون عن فجوات 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 إحدى حالاته الذاتية عن قراءة اللغة الأجنبية بينما هو قادر على ذلك بسهولة عندما تسيطر هوية أخرى (Pietkiewicz,al et, 2021,p.6)، 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 الحالية للمريض، العلاج الذي يتلقاه، ومدى قدرته على تنظيم انفعالاته (Saxena, al, et, 2023,p. 4)، كما أن هناك فروقاً نوعية بين الهويات بعض الحالات الذاتية 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 عنها، على المستوى الاجتماعي والوظيفي،

يؤدي نمط التحول المفاجئ إلى إرباك المحيطين بالمريض واضعاف الثقة في استقراره السلوكي، الأصدقاء وأفراد الأسرة قد يجدون أنفسهم أمام الشخصيات مختلفة تحمل اتجاهات متباينة تجاههم، مما يخلق دوائر متكررة من سوء الفهم والخلافات الشخصية، بعض الدراسات تشير أيضا إلى أن لبعض الهويات تأثيرا سلبياً واضحاً مثل الانخراط في سلوكيات خطرة أو إيذاء الذات، بينما تعمل هويات أخرى كآلية حماية وتحاول إصلاح الضرر الاجتماعي والنفسي الذي تسببه الحالات الأكثر اندفاعاً (Langjord, al et, 2023,p.8)، آليات الانتقال نفسها تبقى غير مفهومة بالكامل من الناحية العصبية، والنفس - فسيولوجية، إلا أن نتائج أولية باستخدام تقنيات تصوير الدماغ توحي بأن هناك تغييرات ديناميكية في نشاط مناطق مرتبطة بالتنظيم العاطفي والذاكرة أثناء هذه التحولات ( Voltman & Reinders 2021,p.414)، هذا يدعم فكرة أن الانتقال بين الهويات ليس فقط الظاهرة 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 تتفاوت، فبينما تحدث بعض التحولات قسراً 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 وثِقت تفاعلات تعاونية بين حالات متعددة تهدف لتحقيق هدف مشترك مثل حماية الجسد من الأذى أو الحفاظ على القدرة العملية للعمل والدراسة، هذه الديناميكيات الداخلية قد تعزز عبر التدخلات العلاجية التي تشجع الحوار الداخلي والتفاوض السلمي بين الحالات الذاتية المختلفة، غير أنه يبقى تحديا سريريا كبيرا عند وجود هويات عدائية تجاه بعضها البعض بشكل يهدد سلامة الشخص، أخيرا التقييم الإكلينيكي لأنماط التحول يجب أن يعتمد على دمج الملاحظة المباشرة بما يدليه المقربون من المريض حول سلوكه اليومي وتغيراته المفاجئة، إذ إن كثيرا من عمليات الانتقال قد تمر دون وعي الشخص بها تماما لكنها تكون واضحة لمن حوله، إدراك الفروق الدقيقة في طبيعة وتواتر ومسببات هذه التحولات يشكل خطوة محورية لفهم البنية الداخلية لاضطراب الهوية الانشقاقية وتطوير استراتيجيات علاج شخصية أكثر فاعلية لكل مريض على حدة.

**الجوانب التشخيصية**

**معايير DSM-5**

معايير الاضطراب الهوية الانشقاقية ترتكز 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 الذاتية، ترافق مع تغيرات ملحوظة في الإحساس بالذات وأنماط الإدراك والانفعال والسلوك، بحيث تكون هذه التغيرات قابلة للملاحظة سواء من قبل الشخص نفسه أو من المحيطين به ( Pietkiewicz,al.et,2021,p.2)، يتطلب 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 بسيطا وإنما يمثل انهيارا مؤقتاً في الوظيفة التكاملية للذاكرة الذاتية، تضيف المعايير شرطا أن تسبب الأعراض ضائقة سريرية ملحوظة أو تؤثر بشكل كبير على الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من مجالات الحياة المهمة (Clark &Ro,2014,p.61)، كذلك تشترط ألا تكون الاضطرابات ناتجة عن ممارسات ثقافية مقبولة أو طقوس دينية (مثل حالات الشعور بالتقمص الروحي في بعض الثقافات)، وألا تكون نتيجة مباشرة التعاطي 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 تفصيلية، تفرق المعايير بين التغيرات التي يشعر بها الفرد بنفسه وتلك الملحوظة خارجيا، في بعض الحالات يكون المريض مدركا بدرجة ما لانتقال السيطرة بين هويات متعددة، بينما في حالات أخرى يكون غير واع تماما لما يحدث ولا يلاحظ الأمر إلا عبر فقدانه للمذاكرة لأحداث معينة أو عبر رؤى وملاحظات الآخرين (Pietkiewicz, 2021,p.10)، إضافة إلى ذلك، يمكن لهذه التبدلات أن أشمل اختلافات في القدرات والمهارات وحتى الاستجابات الجسدية، وهو ما يجعل المراقبة الموضوعية والتقاط الفروق الدقيقة عنصراً محوريا أثناء تطبيق المعايير على الصعيد الإكلينيكي، غالباً ما يتم استخدام أدوات تشخيص مساعدة إلى جانب معايير بهدف تقليل احتمالات التشخيص الخاطئ وزيادة دقة التمييز عن اضطرابات أخرى ك الفصام واضطرابات الشخصية الحدية (Clark &RO, 2014,P. 65)، ورغم وضوح البنود التشخيصية نظريا، 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 حول موقع المعيار الأهمية السريرية الذي يتطلب إثبات أن الأعراض تسبب ضائقة أو تدهور وظيفي، فهل يعد هذا التدهور جزءا 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، بينما صيغ تبدو أكثر دمجاً للعاملين معا (Clark & Ro 2014,P.60 )، هذا الجدل 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 والصدمي وفترة استمرار الأنماط الانفصالية، يزداد الأمر تعقيدا إذا كان المريض ينخرط في بيئات علاجية قد تحمل شحنة إيحائية أو نمط أسئلة يوحي بشكل غير مباشر بوجود هويات متعددة، مما يستدعي التحري 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 بصراحة، إذ قد يستخدم المرضى استعارات ومفاهيم ثقافية لتوصيف تجاربهم الداخلية يصعب مواءمتها 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 إطارا مبدئيا يجب دعمه بالأدوات السيكومترية والملاحظة السريرية الممتدة للحصول على تقييم شامل وموثوق، كما أن تفسير بنود فقدان الذاكرة والانقطاع الهوياتي يحتاج إلى دعم الأدلة الذاتية والموضوعية وربطها بمؤشرات زمنية وسياقية واضحة لضمان الفصل بين ما هو نتاج اضطراب انفصالي حقيقي وما هو انعكاس العوامل ظرفية أخرى.

**التمييز بين DID واضطرابات أخرى**

التمييز بين اضطراب الهوية الانشقاقية وغيره من الاضطرابات النفسية يمثل تحديا إكلينيكيا معقدا، نظراً للتداخل الكبير في المظاهر السريرية مع طيف واسع من الاعتلالات العقلية، إحدى أكثر نقاط الالتباس شيوعاً هي مع الفصام واضطرابات الطيف الذهاني 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,p.3041)، إضافة إلى ذلك، يغيب عن مرضى DID عادة العرض الكلاسيكي للأعراض السلبية التي تميز الفصام، مثل التبلد 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 كتأرجح مزاجي ضمن هوية واحدة متماسكة نسبيا ( Burdzik & Burdzik,2023,p.156)، إضافة لذلك فإن فقدان الذاكرة الانفصالي واسع النطاق يعد نادراً في اضطراب الشخصية الحدي مقارنة بما يلاحظ لدى المصابين بDID، 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 وأنماط يوم محددة ومختلفة نوعياً، 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 لـــDID، على سبيل المثال، تبدد الشخصية يصف باستمرار الشعور بعدم الواقعية تجاه الذات أو البيئة دون انقطاع السيطرة التنفيذية من هوية لأخرى، أما فقدان الذاكرة الانفصالي فيقتصر على فجوات ذاكريه مرتبطة عادة بأحداث ضاغطة أو صادمة ولا يصاحبه تغير في السمات الجوهرية للإدراك والسلوك طوال الوقت، جانب إضافي 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,p.3 )، هنا يصبح التقييم الدقيق لتاريخ ظهور الأعراض ضرورياً فالأعراض التي تبدأ فجأة بعد دخول علاج نفسي مكثف ذي طبيعة إيحائية قد تستدعي مراجعة احتمال التأثير السياقي على تعبير المريض عن نفسه، أيضا 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 والاندفاع، الأمر الذي قد يختلط ظاهريا ببعض التحولات بين الهويات في DID ولكن دمج التحليل الزمني للنوبات ومتغيراتها الفيزيولوجية وتاريخ التعرض للصدمات يساهم في رسم حدود فاصلة واضحة بينهما ( Silvestri, al, et, 2023,p.7) ، أما بالنسبة لاضطرابات الطيف الذهني الوجداني والانتحاري فهي تمثل تحديا آخر خصوصا عندما تقترن بملامح انفصالية ثانوية نتيجة الإجهاد المزمن أو الصدمات الحديثة، بعض مرضى DID يحصلون قبل تشخيصهم النهائي على عدة تشخيصات مختلفة تشمل الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية والفصام Lanjord, (al, et, 2023,p.9)، وهذا يكشف عن عمق التشابه المظهري وأهمية 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، ففي حين ترتبط التحولات في DID غالباً بمثيرات خاصة بالصدمة الماضية 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,p.155)، التشخيص يعتمد كذلك على مستوى التنظيم الداخلي بين الحالات الذاتية المختلفة. بعض المرضى لديهم وعي متبادل وتواصل داخلي بين الهويات مما يسمح بمستوى معين من التنسيق الوظيفي، وهذا يختلف عن التفكك الجذري الذي يراه الأطباء أحياناً لدى مرضى الذهان حيث ينقطع الرابط المنطقي والتسلسلي للتجربة الواعية بكاملها.

**العلاج والتدخلات.**

**العلاج النفسي**

يُعد العلاج النفسي حجر الزاوية في معالجة اضطراب الهوية الانشقاقية، حيث يسعى إلى تحقيق استقرار المريض، تحسين التنظيم العاطفي، وتعزيز التكامل أو التعاون بين الهويات المختلفة، التيارات العلاجية المعتمدة تتباين في منطلقاتها النظرية وأساليبها التطبيقية، مما يوفر طيفا واسعا الخيارات التي يمكن تكييفها بحسب خصائص كل حالة، البداية غالبا ما تركز على بناء تحالف علاجي قوي بين المريض والمعالج، إذ إن الثقة المتبادلة تمثل أساسا للتعامل مع الأعراض شديدة الحساسية مثل فقدان الذاكرة الانفصالي والأصوات الداخلية المرتبطة بالهويات الأخرى، برامج العلاج المبنية على الصدمات تعتمد خطوات مرحلية واضحة المرحلة الأولى تهتم بتأمين الشعور بالأمان وضبط الأعراض الحادة، 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، وأخيرا تأتي مرحلة الاندماج أو التعاون بين الهويات، حيث يتم العمل على تحسين التواصل الداخلي وتقليل الحواجز النفسية بين الحالات الذاتية (Asoglu & Fodai Atilan,2022,p.3036)، هذا النهج المرحلي يقلل من خطر الانهيار النفسي المفاجئ ويمنح وقتا كافيا لبناء قدرات التأقلم، أنماط علاج معرفي سلوكي معدلة CBT و CBT-TF تستخدم أحياناً خصوصا عندما يصاحب الاضطراب أعراض قلق أو اكتئاب مستمرة، هذه الأساليب تعمل على تعديل الأفكار السلبية والأنماط السلوكية غير المتكيفة 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 إدماج مقاربات تحليل نفسي تستند إلى مفاهيم ديناميكيات الأنا أو علاقات الموضوع كأساس لفهم الصراع الداخلي ونشأة الهويات البديلة، رصدت حالات مرضى DID استطاعوا تحقيق فترات طويلة من الحرية من السيطرة المتقطعة للهويات بعد خضوعهم لتحليل فردي مكثف يتيح معالجة الجوانب اللاواعية المرتبطة بالصدمة وبنية الشخصية (Lanzillotti,al, et, 2021, p.1833)، 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 أساسا 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, al ,et, 2017, p.545)، وعند وجود تعاط للمواد أو اندفاعيات سلوكية كبيرة فإن دمج وحدات DBT مع عناصر التحكم بالسلوكيات الخطرة يكون ذا أثر ملموس في خفض الضرر وتحسين فرص الاستمرارية في العلاج، هناك أيضا تدخلات نفس - تعليمية تلعب دورا مهما خصوصا في السياقات قليلة الموارد، 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 وتيرة النوبات غير الصرعية وتعدل تصور المرض لدى المصابين وتحسن جودة حياتهم (Lanzillotti,al, et, 2021, p.1832)، أدوات مثل نموذج العوامل المهيئة والمسببة والمستدامة (PPT) قد توظف لبناء خطة علاج شخصية تأخذ بالحسبان الخلفيات الحياتية ومصادر الضغط الحالية وموارد الدعم المتوفرة.

**العلاج الدوائي**

العلاج الدوائي في اضطراب الهوية الانشقاقية يطرح تحديات خاصة، إذ لا توجد أدوية موجهة حصريا لعلاج جوهر 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 والاندفاعيات الشديدة، إذ أن وجود هذه الحالات بشكل متزامن قد يعرقل التقدم العلاجي ويضع المريض تحت ضغط مستمر يقلل من فعالية العمل النفسي طويل الأمد ( Dergaa, al, et, 2024,p.7)، 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 يسهم أيضا في خفض شدة بعض الأعراض الانفصالية غير المباشرة، خاصة تلك التي تفاقم تحت الضغط العاطفي السلبي، وفي المقابل، عند وجود أعراض قلق شديدة تعيق الأداء اليومي أو تسبب نوبات هلع متكررة، يمكن اللجوء إلى أدوية مهدئة قصيرة المدى مثل البنزوديازيبينات بجرعات مدروسة ومدد محدودة لتجنب مخاطر الاعتماد (Saxena, al , et , 2023, p.4)، من الأخطاء الشائعة محاولة استخدام الدواء كعلاج أحادي للاضطراب الأساسي، 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 سنياً على الاستقرار النفسي وتزيد احتمالات حدوث التحولات بين الهويات هنا قد يقترح استخدام منومات قصيرة المفعول أو أدوية ذات تأثير مزدوج مهدئ ومحسن المزاج لمن يعانون أيضا 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 كرب ما بعد الصدمة كتشخيص مرافق، حيث تشير بعض الأدلة إلى ارتباط تحسن أعراض PTSD بانخفاض تدريجي لبعض سمات اضطرابات الشخصية والانفصال ( Bovin, al.et, 2017,p.4)، لذا فإن اختيار دواء فعال ضد أعراض هذا الاضطراب قد يعطي مردوداً مضاعفاً على جودة الحياة والمشاركة العلاجية، بعض الدراسات الاستكشافية 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 المعممة أو الاجتماعية في التجارب السريرية حتى الآن.

**الأبعاد الثقافية والاجتماعية**

تشكل الأبعاد الثقافية والاجتماعية عاملاً جوهرياً في تشكيل تجربة واضطراب الهوية الانشقاقية 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 حلول كائن خارق، وليس كمؤشر مرضى يحتاج تدخلاً نفسياً، هذا التفسير يمكن أن يوجه المصاب وعائلته أولاً نحو المعالجين الروحيين أو التقليديين قبل التفكير باللجوء إلى الرعاية الصحية النفسية (Lesmana, al, et, 2024,p.142)، في هذه السياقات، يمثل التعاون بين مقدمي الرعاية النفسية والمعالجين الروحانيين فرصة لتقديم نموذج دعم هجين يجمع بين الاحترام للموروثات الثقافية والتقنيات العلاجية الحديثة، مما يزيد احتمالية قبول الخدمات الطبية واستمرارية التزام المريض بها، على مستوى الأنظمة الصحية،

ثمة تأثير واضح للانحيازيات الثقافية والجغرافية على تطوير أدوات التشخيص ومعايير الفحص، فقد لوحظ أن معظم مقاييس التقييم النفسي قد طورت وتمت معايرتها في سياقات غربية ذات موارد عالية وبغلبة عينات مكانية من أصول أوروبية ناطقة بالإنجليزية، هذا يجعل تطبيقها في مجتمعات أخرى عرضة لتحريف النتائج بسبب عوامل لغوية ودلالية واختلاف طرق التعبير من الأعراض (Jacquemont, al. et, 2022,p.197)، كثير من التعبيرات الشعبية عن الضيق النفسي أو معاناة الصدمة لا تتطابق حرفياً مع اللغة المستعملة في أدوات الفحص المعيارية، وبالتالي قد يساء تفسير الأجوبة وتفقد دقة التقدير السريري، الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية عامة والانفصالية خاصة تمثل حاجزا أمام طلب المساعدة والعلاج الفعال، ففي العديد من الثقافات، يحمل الاعتراف بوجود أصوات داخلية" أو "الشخصيات متعددة دلالات سلبية مرتبطة بفقدان العقل أو 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, al.et,2022,p.2)، حتى على مستوى العائلة قد يتعرض الفرد وأسرته لموجة من الإقصاء الاجتماعي والتحامل تجعلهم أكثر انغلاقاً ورفضا للتواصل مع الخدمات الصحية، هناك أيضًا أثر للتغيرات الاجتماعية السريعة وانهيار شبكات الدعم التقليدية في تفاقم المعاناة المرتبطة بDID، فقد يؤدي انتقال الفرد من بيئة مجتمعية صغيرة مترابطة إلى مدينة كبيرة ذات نمط حياة سريع وتوقعات متزايدة إلى كشف الأعراض وزيادة حدتها، وفي المقابل يمكن لوجود شبكة دعم قوية - سواء كانت أسرية أو مجتمعية - أن يقلل العبء النفسي ويمنح شعوراً أكبر بالأمان والاستقرار، يلعب الإعلام دوراً مزدوج التأثير، إذ يمكن للأعمال الفنية التي تقدم صورا مبالغ فيها ومثيرة للهويات المتعددة أن تعيد إنتاج الصور النمطية السلبية وتعزز سوء الفهم لدى الجمهور العام وحتى لدى بعض العاملين بالصحة النفسية ( Radclifie & Rix, 2019,p.297) هذه الصور الدراماتيكية قد تسهم أحيانا في جذب بعض الأشخاص إلى تبني خطاب يشبه ما شاهدوه بحثا عن هوية تفسيرية لمعاناتهم، ما يعزز جزئيا طرح النموذج الإيحائي الاجتماعي الذي يرى في المحيط الثقافي والعلاجي بيئة خصبة لتشكل العرض بطريقة معينة ( Meganck 2017,p.4)، وفي حدود معينة يمكن للإعلام الواعي والبرامج التثقيفية أن يساهما أيضا في تصحيح المفاهيم المغلوطة وزيادة تقبل المجتمع لدور العلاجات النفسية، التفاوت الاقتصادي وعدم تكافؤ فرص الوصول للخدمات الصحية يترك أثره كذلك 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، البعد القانوني والاجتماعي بشكل ميدانا آخر للتفاعل بين DID والمحيط، ففي بعض القضايا القضائية أثيرت مسائل تتعلق بقدرة الشخص المصاب بDID على تحمل المسؤولية القانونية عن أفعال ارتكبتها هوية مختلفة داخله، وهو ما يخلق نقاشات حادة حول مفاهيم النية والمساءلة(Radclifie & Rix, 2019,p.297)، القرارات القانونية الناتجة عن مثل هذه الحالات تؤثر بدورها على الصورة العامة للاضطراب و على 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 بDID، 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 وجماعته المرجعية التدريب على الثقافة المضادة للوصمة يصبح ضرورة ضمن برامج إعداد المعالجين، فهو يزيد قدرة

الأخصائي النفسي على بناء تحالف علاجي فعال رغم الاختلافات في الخلفيات المرجعية ويقلل الحواجز التي التحول دون الإفصاح الكامل عن الأعراض، إضافة لذلك فإن السياسات الصحية العامة التي تدمج مكونات الصحة النفسية الخاصة بـDID ضمن وامج وطنية للتوعية والدعم يمكن أن تخفف الوصمة وتعزز الوعي المجتمعي بحقيقة الاضطراب بعيدا عن المبالغات والصور النمطية، العمل المؤسسي المنظم الذي يتبنى خطاباً علمياً مبنيا على الأدلة قادر على توصيل رسالة مزدوجة تثقيف المجتمع حول طبيعة الحالة وطمأنة المصابين بأن الحصول على المساعدة أمر مقبول ومحي اجتماعياً وقانونيا، وعليه فإن معالجة DID بكفاءة تتطلب أخذ هذا النطاق الواسع من التأثيرات بعين الاعتبار منذ المحفظة الأولى للتقييم وحتى تطوير خطط متابعة طويلة المدى تجمع بين التدخل الفردي والدعم الأسري والمبادرات الهيكلية المواءمة البيئة الاجتماعية والثقافية مع احتياجات المصاب بهذه الطريقة يمكن تطبيق فجوة الفهم والقبول المجتمعي وتحسين النتائج العلاجية بصورة مستدامة ومتوازنة.

**التطورات البحثية الحديثة**

سلطت التطورات البحثية الأخيرة في اضطراب الهوية الانفصامية (DID) الضوء على التطورات الكبيرة في فهم انتشاره والأسس العصبية الحيوية وأساليب العلاج. توسعت مجموعة الأدبيات، وكشفت أن اضطراب الشخصية الانفصامية أكثر شيوعًا مما كان يُعتقد سابقًا، مع معدلات انتشار تتراوح بين ٣-٦٪ بين المرضى الداخليين النفسيين و٥-١٨٪ في أماكن تعاطي المخدرات، هذه الزيادة في التشخيص مدعومة بظهور ١٣٥٤ حالة جديدة في الدراسات الحديثة (Boysen, 2024,P.174) .

وتركز التطورات البحثية الحديثة في اضطراب الهوية الانفصامية (DID) على تحديد الارتباطات العصبية الحيوية والتوقيعات العصبية المحتملة، والتي يمكن أن تعزز فعالية العلاج. تهدف هذه النتائج إلى الحد من وصمة العار وتحسين التقييم وتوجيه التدخلات الدوائية والعلاج النفسي 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 بالصدمات، كما هو موضح في مراجعة منهجية للدراسات من السنوات الخمس الماضية (Rodrigues et al., 2024,p.1038).

وكشفت الدراسات العصبية الحيوية 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 الجزيرة والحزامية الأمامية، المرتبطة بالأعراض الانفصالية وصدمات الطفولة المبكرة ( Reinders et al., 2018,p.157).

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,p.1) 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 الظهري 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:**

تشير الدراسات الحالية إلى أن اضطراب الهوية الانشقاقية يظل حالة نفسية معقدة تتطلب مزيدا من البحث لفهم آلياته وعلاجاته بشكل أفضل، تظهر الأبحاث الحديثة اهتماما متزايدا بدمج المؤشرات البيولوجية مع التقييمات النفسية لتحسين دقة التشخيص وفعالية العلاج، استخدام تقنيات التصوير العصبي المتقدمة مثل التصوير الطيفي بالرنين المغناطيسي، يوفر رؤى جديدة حول التغيرات الكيميائية في الدماغ المرتبطة بالاضطراب، مما قد يفتح أبوابا العلاجات دوائية أكثر تخصصا. كما تسلط الدراسات الضوء على أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية في تشكيل تجربة المريض واستجابته للعلاج، هناك حاجة ملحة التطوير أدوات تشخيصية تكون حساسة 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 الانشقاقية 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

- **المصادر:**


1. Atilan Fedai, U, & Asoglu, M. (2022). Analysis of demographic and clinical characteristics of patients with dissociative identity disorder. Neuropsychiatric disease and treatment, 3035-3044.
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, 8, 6.
3. Boysen, G. A. (2024). Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *212*(3), 174–186. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001764.
4. Burdzik, E., & Burdzik, M. (2023). Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości jako problem interdyscyplinarny. Część I-aspekty psychiatryczne i psychologiczne. Psychiatria Polska, 57(1).pp.147-162.
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.
6. Corrigan, F., & Hull, A. (2022). The shadow costs of dissociative identity disorder. The British Journal of Psychiatry, 220(2), 58-69.

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.
8. 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.
9. 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, 1277-756.
10. Drissi, E., Hami, H., Ahami, A., & Boulbaroud, S. (2023). Personality traits among Moroccan officials in the Rabat-Sale-Kenitra Region. European Psychiatry, 66(S1), S969-S969.
11. 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.
12. Elmore, J. L. (2000). Dissociative spectrum disorders in the primary care setting. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, (2), 37–41. [https://doi.org/10.4088/pcc.v02n0202](https://doi.org/10.4088/pcc.v02n0202).
13. Elmore, J. L. (2000). Dissociative spectrum disorders in the primary care setting. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 2(2), 37.
14. 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.
15. 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.

16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Meganck, R. (2017). Beyond the impasse–Reflections on dissociative identity disorder from a Freudian–Lacanian Perspective. Frontiers in psychology, 8, 789.
20. 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.
21. 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.
22. Pacetti, M., & Salmaso, D. (2022). Alexithymia and dissociation in personality disorders: a retrospective cross-sectional study. *European Psychiatry*, *65*(S1), S665-S665.
23. Pietkiewicz, I. J., Bańbura-Nowak, A., Tomalski, R., & Boon, S. (2021). Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. Frontiers in Psychology, 12, 637929.
24. Radcliffe, P., & Rix, K. (2019). DID in resurgence, not retreat: COMMENTARY ON… Dissociative identity disorder. BJPsych Advances, 25(5), 296-298.
25. Reinders, A. A. T. S., Reinders, A. A. T. S., Chalavi, S., Chalavi, S., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Jäncke, L., Veltman, D. J., Ecker, C., & Ecker, C. (2018). Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology

in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(2), 157–170. https://doi.org/10.1111/ACPS.12839.

26. 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.
27. Rodrigues, S. P. M., Lima, C. S. de O., De Souza, M. F., Machiti, J. S., Souza, F. de O., Bolwerk, M. B. de C., Fleury, F. E. R., Freitas, M. L. O. de, Saraiva, F., Lopes, J. do V., Santos, B. R., & Nepomoceno, V. dos S. (2024). Uma análise do manejo de pacientes com transtorno dissociativo de identidade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *6*(7), 1038–1052. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p1038-1052.
28. 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.
29. Saxena, M., Tote, S., & Sapkale, B. (2023). Multiple personality disorder or dissociative identity disorder: Etiology, diagnosis, and management. Cureus, 15(11).
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Thompson Jr, R. G., Eaton, N. R., Hu, M. C., & Hasin, D. S. (2017). Borderline personality disorder and regularly drinking alcohol before sex. Drug and alcohol review, 36(4), 540-545.
34. 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.