

الإضطرابات الانفصالية بين المعتقدات الشعبية والتصنيفات العلمفسية
**Dissociative disorders between popular beliefs and the modern diagnostic of
 mental disorders**

محمد الوناس^{1*}

¹ جامعى يحيى فارس بالمدينة (الجزائر)، الايميل lounmed968@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2023/03/15؛ تاريخ القبول: 2023/04/14

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى التعرض للإضطرابات الانفصالية في دراسة تحليلية توضح الفرق بين المعتقدات الشعبية الخاطئة والمغالطات السائدة في تفسير هذه الاضطرابات وأعراضها، وبين التشخيص العلمي والموضوعي لها، وقد استخدم الباحث لتحقيق هذا الهدف المنهج الوصفي التحليلي، من خلال جمع المعلومات حول المعتقدات الخاطئة والتفسيرات الماورائية والخرافية لأعراض الاضطرابات الانفصالية تحت مسمى المس والتملك والإقتران، وبين تفسيرات العلمية لهذه الاضطرابات وفق التصنيفات الدولية متمثلة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في اصداره الخامس (DSM5) وتصنيف الدولي للأمراض بإصداره العاشر والمراجعة الحادية عشر (ICD10-11)، وهو الامر الذي يخدم المختص والمصاب وحتى المحيطين به، فالهدف الأساسي من الدراسة ليس فقط جمع وتصنيف المعلومات وتنظيمها بل هو الوصول لاستنتاجات وتعميمات تساعد على فهم واقع هذه الاضطرابات حتى نصل الى التكفل السليم بهذه الفئة من المصابين دون المتاجرة بألامهم.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات انفصالية؛ معتقدات شعبية؛ تصنيفات علمفسية

Abstract : The present study aims to be exposed to Dissociative disorders in an analytical study that illustrates the difference between misconceptions and misinterpretations about these disorders and the global and objective scientific diagnosis. In order to achieve this goal, the researcher used the analytical descriptive approach, gathering information on the erroneous belief and superstitious interpretations of the symptoms of Dissociative disorder in its fifth edition (DSM5) and the International Classification of Diseases in its tenth and eleventh edition (ICD 10&11). The study's main objective is not only to gather, disaggregate and organize information, but also to arrive at conclusions and generalizations that help to understand the reality of these disorders so that we can guarantee this category of infected persons without bartering their pain.

Keywords: Dissociative disorders ; People beliefs ; Psychological classifications.

1-مقدمة:

إزداد الجدل في وقتنا الحاضر حول الإضطرابات النفسية التي تصيب الفرد وحول التفسيرات التي تغلف بها، وكيف أن الناس أصبحت أكثر ميلا للإسنادات الغيبية الماورائية لقوى وأرواح تتربص بنا الدوائر لتلحق بنا الأذى و المعاناة في عصر الثورة التكنولوجية والأنترنترنت و تأثير وسائل التواصل الاجتماعي في شخصياتنا، بما تطبعه على يومياتنا وفعاليتنا الحياتية وعلاقتنا البينية من ضغط وقلق وتوجس وخوف.. وما تناله من توازننا النفسي والاجتماعي لتزيد من شعورنا بالاعتراب وسوء توافقنا مع بيئتنا وأطرننا الاجتماعية والثقافية.

تبدو الأمور بسيطة ظاهريا، من جهة عندنا العلم وكل ما يحمله من قيم الصرامة والضبط والدقة والموضوعية، وما يعتمد عليه من أساليب ومناهج منطقية وتقنية التي تسمح بمعالجة المعلومات التي يتناولها بأكبر قدر من الموضوعية والحياد الانفعالي، ولدينا من جهة أخرى التفكير اللاعقلي الذي يعتمد في تفسيره للأشياء والظواهر على المعتقدات الخاطئة والممارسات السحرية الماورائية والإيمان بالخوارق والمعجزات، وسلطان الجن والشياطين والبحث عن الحلول وعلاج المشكلات في كتابة التمانم والحروز وممارسة الرقية والتقرب من أصحاب البركات والأولياء وتقديم القرابين والذبايح لتجنب "العين" والأرواح الشريرة.. وغيرها من السلوكات التي تعبر عن اعتلال في التفكير، وهذا غير مقتصر على أشخاص أميين لم يدخلوا المدارس أو حظهم من التعليم ضئيل، أو من أبناء الريف أو المناطق النائية، ولكن نجد ممن يسلكون هذه الطريق في التفكير المهندس والطبيب وأستاذ الجامعة ورجل الأعمال.

فهذه الممارسات والمعتقدات هي جزء من البنيات الرمزية للمتخيل الشعبي واللاشعور الجمعي، هي وليدة عصور ومراحل تاريخية قديمة وثقافات ما قبل إسلامية وهي غالبا ما تستدل بالدين وتوظفه حتى تظفي طابع القداسة عليها. بكلمة يمكن القول إنه مهما كانت طبيعة المرض، لا يمكن فصله عن السياق الاجتماعي والثقافي الذي يوجد فيه، وأن كل جماعة وكل مجتمع له نظرتة الخاصة والتي لها تأثيرها على الإجابات المقدمة حول طبيعة الضائقة، جسدية كانت أو نفسية، وكيفية التشخيص والتكفل والعلاج.

2. إشكالية البحث:

تنتشر الإصابة بالاضطرابات النفسية في كل بلدان العالم بنسب مختلفة، حيث تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية (WHO) في 2019 أن شخصا من كل 8 أشخاص، أو 970 مليون شخص في جميع أنحاء العالم مصابين باضطراب نفسي، ويجري الإبلاغ عن أنماط مماثلة من الاضطرابات في مختلف الثقافات. وتعتبر الاضطرابات العصبية النفسية من بين الأسباب للعجز لدى الشباب في جميع أنحاء العالم، مع ذلك فإن مناطق العالم ذات النسبة المئوية الأعلى من السكان تحت سن الـ 19 لديها أفقر مستوى من الموارد المخصصة للصحة النفسية، وحوالي 23% من جميع السنوات المفقودة بسبب العجز تنجم عن الاضطرابات النفسية ومعاقره مواد

الإدمان. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

وضع الجزائر ليس أحسن حالاً من بقية دول العالم، خاصة بعدما عاشته وكابدته من ظروف صعبة طيلة سنوات، أثرت على بنية الفرد النفسية، وخلفت عدة اضطرابات نفسية نعيش تبعاتها يومياً، من عنف وتناول للكحوليات والمخدرات ونسب الانتحار المرتفعة، وحوادث الطرقات.

قام المعهد الوطني للصحة العمومية بدراسة مسحية (INSP) سنة 1990 شملت عينة قدرها 93680 شخصاً، اختبروا بطريقة عشوائية، هدفت إلى تقييم واقع الصحة في الجزائر، قد وجدت أن أكثر من 16 % أي 15371 فرداً عانوا من اضطرابات نفسية. وفي تحديد دواعي وأسباب الفحص، شكل الاكتئاب نسبة 62.9%. (زعطوط وقريشي، 2005، 50).

في دراسة وبائية قامت بها الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس Société Algérienne de Transcultural (recherche en psychologie-SARP) بالشراكة مع المنظمة النفسية عبر الثقافات (Psychosocial Organisation-TPO) شملت مختلف شرائح المجتمع سنة 2003، بينت أن 43% من أفراد المجتمع تعاني من اضطرابات القلق، من بينها 13% تعاني من متلازمة أعراض ما بعد الصدمة (PTSD). (Kacha.F, 2005, P81).

تبرر (بن فرج الله بخته، 2017، ص146) هذا الارتفاع في الإصابة بالاضطرابات إلى أن الأزمة الأمنية التي مرت بها الجزائر تركت آثارا عميقة، ليس فقط على أوضاع الحياة العامة والصعوبات التي يعيشها الجزائري، بل أيضا على الصحة العقلية للسكان، فارتفعت نسبة المعاناة العقلية التي وجد أنها مرتبطة أساسا بأحداث العنف والفقدان التابعة للأزمة.

رغم هذا الانتشار المخيف للاضطرابات النفسية في الجزائر، إلا أن المشكلة الأساسية التي قد تواجه المصاب والمختص على حد سواء هو التفسيرات الشعبية واللاعقلانية التي تعطى لأعراض هذه الاضطرابات، سواء من الأفراد المصابين أحيانا أو من المحيطين بهم، وكذا ممن يستغلون مصاب الأفراد بإعطائهم تفسيرات وهمية، وعليه يأتي دور الباحث والمختص في العلوم النفسية لايضاح هذا اللبس ولتقديم تفسيرات وفق اسس صحيحة لهذه الاضطرابات.

لقد صار هناك اعتقاد قوي لدى شرائح كبيرة من المجتمع الجزائري حتى المتعلمون منهم، خصوصا المصابين باضطرابات نفسية وأقاربهم بأن التلبس والمس والإصابة بالعين هي وراء ذلك، وهم يتفقون على ذلك كآفة حقيقة مسلم بها حيث يشير حمودي كاشا بأن نسبة 70 % من المرضى النفسيين في الجزائر يذهبون في البداية إلى الدجالين والمشعوذين. (Kacha,H 1994,353)

هذه التصورات أو التفسيرات الشعبية للمرض غالبا ما تكون موازية ومتناقضة مع التفسيرات العلمية والتصنيفات الدولية المعتمدة والمنطق عليها، والتي أثبتت سنوات من الممارسة والتجربة موضوعيتها ودقتها وفعاليتها.

نتطرق في هذه الدراسة التحليلية التوضيحية إلى نظرة المجتمع للضائقة النفسية، خاصة فيما تعلق بما يسمى باضطراب المس الجني أو التملك، وأهم الأعراض التي تظهر على الشخص الممسوس، والمعتقدات الشعبية الراسخة التي تحوم حول هذه الاضطرابات من حيث التفسير والتكفل والعلاج.

نتناول بعدها الاضطرابات الانفصالية والتفسيرات العلمية من خلال تعريف هذه الاضطرابات ومدى انتشارها عالميا وتصنيفها في القائمة الدولية العاشرة للأمراض (ICD10) التابعة لمنظمة الصحة العالمية والدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للأمراض العقلية (DSM) الاصدار الرابع معدّل والاصدار الخامس، وأهم مكوناته وأعراضه، وأوجه الشبه والاختلاف بين التصنيفين.

لذا جاءت هذه الدراسة لتجيب على التساؤلات الآتية :

- 1- ماهي المعتقدات الشعبية في تفسير الاضطرابات النفسية الانفصالية وما أنواعها؟
- 2- ما التفسيرات العلمية للاضطرابات النفسية الانفصالية حسب التصنيفات الدولية؟
- 3- ما أوجه الشبه والاختلاف التي جاءت في التصنيفات الدولية المختلفة (DSM) و (ICD)؟

1.2- المعتقدات الشعبية :

إن القيم والأفكار والمعتقدات التي نرثها أبا عن جد تؤثر تأثيرا غريبا على سلوكيات الأفراد النفسية والاجتماعية، وتلعب دورا فعالا في تكوين شخصياتهم، لذلك على الدارس لهذه المنظومة القيمية والمعتقدات أن يتسلح بمختلف المعارف، ويطلع على ما أمكنه الاطلاع عليه من العلوم، حتى يتمكن من الغوص في أعماقها وسبر أغوارها.

التعريف اللغوي: الأصل الاشتقائي لكلمة اعتقد هو عقد، فعل ثلاثي مزيد بحرفين، الهمزة والتاء، على وزن افتعل، لها أوجه استعمالات مختلفة و أنها ترمي في الظاهر الى معنى يكاد يكون واحد، يتمثل في الايمان و التصديق في أمر ما، و العقيدة هو ما عقد عليه المرء بضميره وعقله، فلا يحتمل فيه الشك أو الكذب أو التراجع أو التنازل عليه، فالمعتقدات انجاز الفكر، وقد ورد استعمالها في المعاجم اللغوية القديمة والحديثة بشكل ظاهر. ففي لسان العرب وردت على النحو التالي: عقد، العقد: نقيض الحل، عقده، يعقده، عقدا وتعاقدا، وعقده. (ابن منظور، 1994، 497)

تعني كذلك: اعتقد، اعتقادا، عقد الأمر أي صدقه، عقد عليه قلبه وضميره، أي تدين به. أما كلمة «الشعبية» فهي مشتقة من كلمة الشعب والتي تكررت تقريبا في جميع أمهات اللغة بنفس المعنى، وهو القبيلة العظيمة، والشعب أبو القبائل الذي ينتسبون إليه، أي جمعهم. لعل هذا الطرح أيده القرآن الكريم فورد في التنزيل " وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم". (سورة الحجرات، الآية: 13) فالشعب اعتبر قديما رأس مال الهرم الذي يقابله في المكانة ذاتها رأس الانسان الذي يحوي الدماغ ويمثل مركز التفكير عنده، فهو ببساطة رمز الوحدة و القوة " (ابن منظور، 1994، 498)

يقصد المعتقدات التي يؤمن بها الشعب، فيما يتعلق بالعالم الخارجي والعالم فوق الطبيعي. وقد يفهم من كلمة الشعبية كصفة ألحقت بالثقافة كل ما تقبله الشعب وتبناه وتحمله. (هرتكراس.أ.ت.ال.الجوهري، 1973.

(159)

أما التعريف الإصطلاحي للمعتقدات الشعبية فيمكن القول إنها كل ما يتعلق بالمشاعر والأحاسيس العميقة اتجاه العوامل والظواهر المؤثرة على النفس الإنسانية المتعلقة بالعالم الروحي وفوق الطبيعي.

يعتبر المعتقد قناع كاشف يختلج في نفوس الشعب من إحساس وشعور وفرح وخوف وايمان وتطيّر، خاصة إذا تعلق الأمر بالعالم الروحي، أو بعض مظاهر الواقع المعيشي، فالمعتقدات الشعبية راسخة في قلوب الناس، تؤثر على نفوسهم وترسم لها مخيلاتهم أشكالاً مختلفة، وهي مالا تلقن من الآخرين ولكنها تختمر وتتشكل بصعوبة، ويلعب فيها الخيال الفردي دوره ليعطيها طابعا خاصا. (محمد الجوهري، 1983،

(47)

فالمعتقدات كانت شعبية أو رسمية ليست وليدة حضارة معينة أو ديانة سماوية أو وضعية ما ولا زمان محدد، ولا تقتصر على المجتمع البدائي ولا المتطور، فهي عبارة عن شجرة ضاربة الجذور في الماضي، متفرعة الأغصان في الحاضر، لا يمكن قطع ظاهرها عن باطنها، هي بمنظور انثروبولوجي نتاج المراحل الفكرية الأولى للحضارة الإنسانية التي قبلت بمظاهر الحياة الجديدة، لكن لم تقبل بالتخلي نهائياً عن خصائصها القديمة التي لا يزال الإنسان المعاصر يتغذى منها وبها، هذا الغذاء الذي تشكل رموز بدائية تجسدت في مختلف أنماط حياته ليتعامل معها برفق، ويذهب به الأمر إلى حد الاستشهاد في سبيلها في أحيان أخرى (بلعربي فاطمة، 2013، 7 بتصرف).

تعتقد عالمة الاجتماع الفرنسية كلودين هرزليش Herzlich.C أننا لا نحتاج كثيرا من الوقت لحظة التفكير في الظواهر المرتبطة بالجسد لإدراك البعد الاجتماعي للمرض داخل كل المجتمعات الإنسانية بأكملها، حيث تتجه كل الجماعات البشرية إلى تأليف علاقة بين النظام البيولوجي والنظام الاجتماعي، إذ ليست المجتمعات المسماة بدائية وحدها من تعزو المرض إلى ظواهر ثقافية واجتماعية بل حتى داخل المجتمعات الغربية يتجه الأفراد، حسب هرزليش، إلى بناء المرض اجتماعيا من خلال إضفاء أبعاد اجتماعية على الظواهر الطبيعية الأولية كالموت والمرض والصحة، التي تبدو داخل السجل الطبي ظواهر موضوعية وفيزيولوجية تتعد كل البعد عن الاجتماعي، فالوضوح الفيزيولوجي لظواهر الشخوخة والموت تخفي وراءها أبعادا اجتماعية كثيرة، تفسرها وتؤولها وتضفي عليها بعدا رمزيا غير موجودة من الناحية الرمزية (Kohl , 2006, 31)

يؤكد روجي باستيد Roger Bastide "العامل الديني له دور كبير في ادماج الفرد داخل الجماعة، وفي حمايته من الاضطرابات النفسية والعقلية، إذ يلاحظ أن نسبة هذه الاضطرابات تزداد وترتفع كلما تلاشى التنظيم داخل الجماعة الدينية، وكلما كان النمط التربوي السائد فيها مبني على التسلط.

يقول جاك برك Jaques Berque في هذا الصدد " النص القرآني أهم مرجع لغوي بالنسبة لفئات المثقفة، فهو يمثل القاعدة الأساسية التي تبنى عليها تربية الصغار، فحروفه المقدسة التي تمتزج بشخصيتهم منذ الصغر، تترك آثارا جد نبيلة في نفوسهم و مشاعرهم، فتحمي بذلك هويتهم من التشوهات وتحصنهم من مخاطر التشتت و التدهور النفسي (ميسوم، 2014، 49).

كما توصل جاك سيلوس Jaques Selosse في إطار دراستين حول الشخصية المغاربية وخصائصها الفردية والجماعية، إلى أن الأفراد الذين خضعوا للتعليم المزدوج يعيشون أزمة ضمير حقيقية، يغلب عليها إحساس شديد بالذنب، مصحوب بالقلق والغيرة واضطرابات في الشخصية.

الاعتقاد بتأثير القوى الغيبية على صحة البشر واصابتهم بأمراض جسمية أو نفسية اعتقاد قديم مازال قائما عند فئات واسعة في المجتمع الجزائري " فالصحة كالمريض كما يقول مصطفى حجازي، سواء على صعيد الجسد أم النفس، هي قضية معيارية بامتياز، ولو كان بالإمكان تحديدهما طبيا وعلميا، إلا أنهما مسألتان ثقافتان في المقام الأول تبعا لتوجهات كل مجتمع وأنشطته وخياراته، وسلم القيم فيه، فما يعتبر دليل صحة نفسية في مجتمع زراعي تقليدي من مثل الامتثال للأعراف، قد يعتبر دليل على قصور و تبعية غير صحيين في مجتمعات الحداثة والمبادرة الفردية". (حجازي، 2006، 22).

المخيلة الجماعية تبدو مصبوغة بتصورات تتعلق بكائنات غيبية ماورائية، تربطها بالشخص الجزائري إما علاقة ود وتقارب، وإما علاقة تخاصم وتنافر، إلى جانب أن بعض التصورات الشعبية تعتقد أن هذه المخلوقات تمثل في بعض الحالات سببا من أسباب اختلال الشخصية وفقدان توازنها. هذه المعتقدات التي تطبع الهوية الثقافية وتقوم بعملية اشراط الكثير من السلوكات، تشتمل على ما يعرفه منذ زمن حسب ابن خلدون بعالم السحر والطلاسم وعالم المس والعين الشريرة. هذه المعتقدات تبدو في نظر المجتمع التقليدي الجزائري، العناصر الفاعلة التي تكمن وراء مجموعة من الأشكال النفسية المرضية.

إن الاعتقاد ب "المس" و "العين" تعتبر من أقوى الاعتقادات تأثيرا في حياة الناس وفي سلوكياتهم، وأفكارهم، وعلاقاتهم. وفيما يلي أهم هذه المعتقدات:

1.1.2- المس في المعتقد الشعبي:

يعتبر المس والاستحواذ والاقتران والصرع من المفاهيم التي تستخدم كنموذج لتفسير بعض المظاهر النفسية المرضية التي تنتشر في وسط المجتمع الجزائري. فمفهوم "المس" في المعتقد الشعبي حسب ما يذكره علي عويطة مرتبط بفكرة احتلال أو امتلاك الجن أو الشيطان لجسم الانسان، دون أن يكون لهذا الأخير علم مسبق، أو نصيب من المسؤولية فيما يحدث حسب (ميسوم، 2014)

تشير الدراسات في المعتقدات الشعبية والدينية في المجتمعات العربية والإسلامية على وجه الخصوص أن المرض النفسي والآلام الجسدية التي لا أساس عضوي لها، هي إلى حد كبير، غيبية ولا يملك المريض مجالا واسعا لتفاديها، وبما أنها قدرية وغيبية، هناك حاجة ماسة إذن لوسيط بين الإدارة الإلهية والناس. تشكل المخلوقات الماورائية كالجن والعفاريت والشياطين والأرواح الشريرة..الخ هذا الوسيط، فتقوم بإيذاء الإنسان وتسبب له المرض النفسي. ومسألة عزو المرض والآلام إلى هذه المخلوقات، يشعر المريض بنوع من العزاء ويرفع عنه المسؤولية. (نصار في حامق د.ت: ص245)

إن العديد من الأمراض النفسية والعصبية ما زالت إلى يومنا هذا تفسر على أنها حالات من المس، فمرض الصرع عند الطفل مازال يفسر في المعتقد الشعبي على أنه حالة من وجود قوى غيبية لا مرئية. والجن بحكم أثريتهم يستطيعون أن يخرقوا جلد الانسان والسكن في جسده، مما يعطيهم سلطة التأثير على صحة الشخص "المضيف" وعلى سلوكه.

تظهر الأساليب التي تستخدمها هذه القوى الخفية، في الإستحواذ على الشخص المستهدف حسب المنظور الثقافي الشعبي من خلال اللائحة الإكلينيكية التي يشير إليها كل من فقيه العيد (2010) و(إيلي ميسوم، 2014) و(سليمان بومدين، 2005) والتي تتميز بمجموعة من السمات يمكن تلخيصها كما يلي:

المسكون: هو الشخص الذي يسكن أو يقتحم جسده الجن أو يتلبسه، ويتحكم في كل صغيرة وكبيرة فيه، في سلوكه وتفكيره ووجدانه وانفعالاته، فيصبح الانسان كالسكن، يفقد في هذه الحالة ارادته وقدرته على التمييز والحكم، وتغيب فيها شخصيته الأصلية، وتحل محلها شخصية أخرى تتميز بمجموعة من الأعراض منها فقدان الوعي والارتعاشات والتشنجات والهذيان والهلوسة واضطراب في التفكير والسلوك وكلام غير

منسجم وغامض وغير منطقي كالاطلاع على الغيب، وربما يتكلم بعض الكلمات بلغة اجنبية وتتغير نبرة صوته، وغالبا لا يقوم المريض بأعمال عنيفة اتجاه الغير، فتشبه هذه الحالة تبدد الشخصية والغربة عن الواقع في الاضطرابات الانفصالية.

المضروب: المعروف في ثقافتنا الشعبية قدرة الجن على ضرب الانسان، فيقال "ضربو جن" أي الشخص الذي يتعرض للضرب من قبل الجن، كما يقال فلان شحط أو مشحوط أو "شحطه الجن" وأسقطه أرضا، وتتم عملية الضرب بسرعة فائقة، وعادة ما يكون مكان الايذاء في المجاري المائية أو الأماكن المهجورة أو المزابيل عندما يتعدى حرمة مكان سكن الجن دون أن يذكر الله ويستعيذ به.

غالبا ما يحدث هذا "الضرب" ما بين العصر والمغرب، وهو وقت انتشار هذه المخلوقات، وشدة الضربة تتوقف على درجة إيذاء الانسان للجن، ومكان وزمان الضربة، فتظهر مجموعة من الأعراض، أهمها الذهول والحيرة والقلق مع حالة من الاستثارة، وهنا لا يفقد المصاب اتصاله بالواقع كما هو معروف عند الفصامين.

ينتج عن هذا الإيذاء حسب (بن عبد الله محمد 2000، ص90) شلل جزئي ومفاجئ للجسم، صمم، عمى، أو شلل في الشفتين، أو شق في الوجه، وهذا ما يعرف في علم النفس المرضي بالاضطراب التحولي. ويكون الاستحواذ على جسد "المضروب" أقصر من ذلك الذي يتعرض له "المسكون".

المركوبة: هي امرأة تأخر زواجها أي عانس، غالبا ما تقارب الأربعين سنة، في مجتمع يفرض رقابة قوية على كل ما يمس بكيانها، سلوكها وتفكيرها وعواطفها وأخلاقها، تعيش حالة قوية من الاكتئاب، تشتكي هذه المرأة من علاقة جنسية عنيفة مع الجن، تسبقها علاقة تحضيرية غالبا ما تكون طويلة، فتحس المرأة بالقلق والتوجس والحيرة وأرق ليلي وفقدان الشهية وأحلام مزعجة، حيث ترى فيها أن الجن يكلمها ويراودها، ثم يتعدى ذلك إلى مرحلة اليقظة، فتظهر عليها بعض الأعراض المرضية كالهلاوس Hallucinations، والضلالات الفكرية، وأثناء ظهور الجن، في الظلام حيث يخلد الكل للنوم، يبدأ بالتودد لها والاقتراب مع رفض هذه الأخيرة، فهي لا تستطيع الهروب منه، وفي أثناء العلاقة الحميمة، تبدأ بالصراخ على شكل نوبات هستيرية، حتى يتمكن في النهاية من السيطرة عليها وتملكها، ويخبرها أنه يريد كجارية، فيصبح بذلك الجن حقيقة وواقع.

المملوك: من المعتقدات الشعبية المنتشرة بقوة، خاصة عند فئة الرجال، والتي تعبر عن رغبات دفينية لدى الرجل، يمنعه مركزه الاجتماعي أو ظروفه الخاصة من البوح بها علنا، ارتباطه من جنية، وعلى هذا الأساس ف"المملوك" هو رجل انسي متزوج، إلا أن له زوجة أخرى (جنية) تسكن معه في البيت، ترعاه وتشبع حاجاته فهو يصرح أنه الوحيد الذي يراها، كما يصرح أهل البيت أحيانا أنهم يشعرون بوجودها ويسمعون صوتها، إذ تساعدهم في ترتيب شؤون البيت.

فالمملوك انسان يرفض إقامة علاقة جنسية غير شرعية مع الجنية، ظاهريا، وهنا يقع الصراع بين الرغبة والواقع، حيث تظهر فجأة وتتودد له فترغمه على إقامة هذه العلاقة وتقول أنها مغرمة به فتقدم له وعودا بالثراء، فيقابلها المريض بتمنع ورفض شديد، وبذلك تظهر عليه نوبات دورية من القلق والحيرة مثل "المركوبة" دون ان يمس بوعيه وادراكه الزمكاني، ثم يعود إلى سابق حالته.

المخطوف: يستخدم هذا المفهوم للدلالة على ما يشبه الجنون بالمفهوم الشعبي، أو الذهان حسب تشخيصات علم النفس المرضي إنه اضطراب صلة الشخص بالواقع والذي يؤدي إلى عدم التمييز بين العالم الخارجي وبين عالمه الداخلي ويتراقق هذا الاضطراب بخلل في الوظائف العقلية للشخص يتظاهر بالضلالات والهلاوس. والتفسيرات الشعبية تؤكد على استحواذ الجن عليه، ف "المخطوف" هو من تعرض لنوع من الخطف والافراغ، فينسحب من العالم ويصبح عاجزا عن التواصل مع الغير، فأصبح سلوكه غريبا مضطربا وشاذا، وكلامه غير مترابط مع الهيجان أو الانطواء الاجتماعي، وتراجع مهاراته اليومية والوظيفية، بحيث تشير تصرفاته هذه بأنه قد فقد الاتصال المنطقي بواقعه، وغير واع بالأحداث الخارجية، بسبب التأثير السيء لعملية الاستحواذ.

المصروع: "المريوح" أو "المرياح" هو كل شخص تعرض لهزات متكررة نتيجة استحواذ الجن عليه، فتتجسد في السقوط على الأرض نتيجة الإغماء وتكون مصحوبة بحركات متشنجة، ويختار مكان وزمان وظروف سقوطه حيث تستدعي من المحيطين بالمريض استعمال مفتاح لإسعافه والعودة به إلى حالته الطبيعية.

إذا ومن خلال ماسبق ذكره من تصنيفات لأهم المعتقدات الشعبية للاضطراب النفسي وأهم الأعراض التي تظهر على المصاب والتفسيرات التي تفسر بها، نستعرض فيما يلي النظام النزولوجي (تصنيف) Nosologique للاضطرابات الانفصالية حسب ما جاء في القائمة الدولية للأمراض (CIM) والدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية (DSM)، حيث استطاعا تقديم تصنيف دقيق مع وصف أمبريقي لأعراضها الباثولوجية.

2.2- الاضطرابات الانفصالية حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD):

1.2.2- مفهوم الاضطرابات الانفصالية:

استعمل في علم النفس مفهوم الانفصال أو التفتك أو الانشقاق أو التفارق عكس "الارتباط" في العمليات النفسية، حيث استخدم الأطباء العاملون في منتصف القرن التاسع عشر إلى أواخره فهما مشابها للانفصال بمعنى انقسامات في الوعي لشرح أعراض الهستيريا والهستيريا. وبالنسبة للعديد من منظري الانفصال، قدم بيار جانيه، بلا شك التفسير الأكثر تفصيلا وتوضيحا للعلاقة بين انقسام الشخصية أو الوعي (الانفصال) والهستيريا. (Paul F.Dell and John A.O'Neil.2009.P7)

تحدث جميع الاضطرابات الانفصالية بسبب ميكانيزم يسمى الانفصال Dissociation وهو ينتج عن عدم وصول الوعي إلى بعض عناصر المعرفة أو الخبرة، وبالتالي يرتبط الانفصال بعدم قدرة الوعي على أداء دوره الطبيعي في تكامل إدراكاتنا وانفعالاتنا ودوافعنا، وغيرها من جوانب الخبرة في الوعي.

2.2.2- التصنيف الدولي للاضطرابات الانفصالية:

التصنيف الدولي للأمراض (ICD) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (WHO) ويجري تحديثه بانتظام يعرف الاضطرابات الانفصالية أو التفارقية بما يلي:

" تتسم الاضطرابات التفارقية بالاختلال أو الانقطاع اللاإرادي في الاندماج الطبيعي لواحد أو أكثر مما يلي: الهوية أو الاحاسيس أو الإدراك أو الوجدان أو الأفكار أو الذكريات أو التحكم لأي حركات الجسم أو السلوك. قد يكون الاختلال أو الانقطاع كاملاً، ولكن الانقطاع الجزئي أكثر شيوعاً. ويمكن أن يختلف من يوم لآخر أوحى من ساعة لساعة. لا ترجع أعراض الاضطرابات التفارقية إلى التأثيرات المباشرة لدواء أو مادة بما في ذلك تأثيرات السحب، ولا يتم تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي أو سلوكي أو تطوري عصبي آخر أو اضطراب النوم - اليقظة أو مرض في الجهاز العصبي أو غيره من الحالات الصحية، وليست جزءاً من ممارسة ثقافية أو دينية أو روحية مقبولة. أعراض التفارق في الاضطرابات التفارقية شديدة بما يكفي لتؤدي إلى ضعف كبير في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. (الحمادي، 2021، 399).

ومن بين الأعراض التي تظهر على هذه الاضطرابات نذكر ما يلي:

1.2.2.2- حالة الاستحواذ التفارقي: Dissociative possession

الصورة السريرية لهذا العرض هي اعتقاد الشخص وقناعته بأن أحداً قد استحوذ عليه أو تملكه أو سيطر عليه، وحالة الاستحواذ هذه مزعجة للشخص وهي غير ارادية وغير مقصودة وغير مرغوب فيها وغير مفتعلة، وليس لها أية صلة بظروف روحية أو اجتماعية أو طقوس دينية، وتتصف بالصفات الأساسية للأعراض التفارقية، وقد يعتقد الشخص أن هذا الاستحواذ قد تم من روح أو جن أو قوة خارجية أو من إنسان ما سيطر على إرادته ليصبح أسيراً له، وقد يصاحب هذا الاستحواذ حالة من الغيبة التفارقية الانفصالية. (الخاني الفضل، 2006، ص73)

كما يتسم اضطراب غيبة التملك بحالات الغيبة التي يوجد فيها تغيير ملحوظ في حالة وعي الفرد، كما أن الإحساس المألوف للفرد بالهوية الشخصية يستبدل بحياسة هوية خارجية حيث تختبر مشاعر الفرد أو حركاته على أنها تقع تحت سيطرة العامل الحائز. نوبات التملك متكررة، وقد تستمر لعدة أيام على الأقل، ولا ترجع إلى التأثيرات المباشرة لدواء أو مادة، بما في ذلك تأثيرات السحب ولا من خلال اضطراب عقلي أو سلوكي أو تطوري عصبي آخر. (الحمادي، 2021، 399).

يجب تفریق الاستحواذ التفارقي الانفصالي هذا عن عرض فقدان التحكم والسيطرة الذي هو من الأعراض الفصامية. والصفة السريرية لهذا العرض هي فقدان الشخص إحساسه بذاته وبهويته وبما يدور حوله فقدماً مؤقتاً أو عابراً، وتصبح حركاته خلال الغيبة محدودة متكررة وكلامه مجرد تمتمات. وتتصف هذه الغيبة بالصفات الأساسية للأعراض التفارقية. كلمات قليلة و مكررة. درس غاو ودينغ وليفين و غاو (1998) Gaw,Ding,Levine and Gaw على عينة صينية من المرضى الداخليين تعاني من الاستحواذ، ومن بين الأعراض التي تمت ملاحظتها عندهم أعراض فقدان السيطرة على الفعل، وغياب الوعي بالمحيط، وبالهوية الشخصية وعدم الإحساس بالألم وتغيرات في نبرة الصوت ومشاكل في تمييز الواقع عن الخيال. وفي عينة من المرضى المنومين السنغافوريين، واجه نغ (2000) Ng مظاهر مماثلة. أصوات وحركات غير عادية بما في ذلك الاهتزاز وعدم الشعور بالألم والنظرة غير المركزة أو الثابتة، وافترض وجود هوية مختلفة.

نفس الأعراض وصفها كيانبور وراودس (2005) Kianpoor and Rhaodes في إيران باعتبارها حالات حيازة أو استحواذ التي تتطوي على عدم الاستجابة للمثيرات الخارجية، ونبرة الصوت والكلام وبديل الهوية وفقدان الذاكرة اللاحق. (Paul F.Dell and John A.O'Neil.2009.P173)

كما ميّز بورغينيون (1979) Bourguignon بين الغيبة وغيوبة الاستحواذ، فحسبه تأتي غيبوبة الاستحواذ في حالة وعي متغيرة يتم خلالها استبدال هوية الفرد بهوية أخرى. أما الغيبة من ناحية أخرى فهي تغير في الوعي لا يقترن بالاعتقاد بأن التغيير سببه روح أو كيان.

نجد أن تمييز بورغينيون يمثل مشكلة لأن مصطلح غيبة متعدد المعاني وغامض، علاوة على ذلك لا يوجد دليل قاطع عن حالة تسمى غيبة متجانسة أو أنها تختلف عن غيبوبة الاستحواذ فقط في اسنادها السببي .

بينما كاردينا (1992) Cardena يميّز بين الغيبة و الاستحواذ على النحو التالي:

الغيبة هي بديل مؤقت للوعي و/أو الهوية، وأن السلوك يتضح من خلال مايلي:

1-تغير ملحوظ في الوعي أو فقدان الإحساس المعتاد بالهوية واستبدالها بهوية بديلة.

2-تضييق الوعي بالمحيط المباشر، أو التركيز الضيق والانقائي بشكل غير عادي على المحفزات

البيئية.

3-ينظر إلى السلوك أو الحركة النمطية على أنها خارجة عن إرادة الفرد.

(Paul F.Dell and John A.O'Neil.2009:173)

2.2.2.2-السبات التفارقي:

أما في حالة السبات التفارقي، فإن الشخص يكون في حالة تشوش في الوعي، وحالة نقص أو غياب الحركات الإرادية مع قلة الحركات التلقائية اللاإرادية وقلة الكلام، وعدم وجود الاستجابة العادية للمنبهات الخارجية كالأصوات والضوء واللمس، إلا أنه في السبات الانفصالي تبقى حركات التنفس والمقوية العضلية طبيعية، وأحيانا يفتح الشخص عينيه وتكون حركاتهما التوافقية قليلة، ويبقى المريض كذلك لفترة غير قصيرة من الوقت، وهذا يدل على أنه ليس نائما ولا فاقد للوعي، ويكون في حالة من التأمل و التعمق الذاتي والنشوة وكأنه متصل بعالم آخر، كما أن لهذا العرض الصفات الأساسية للأعراض التفارقية وهي أن الفحص السريري للشخص لا يظهر أي دليل على وجود سبب جسمي أو علامات عصبية أو اضطراب نفساني معين، ويظهر الاستقصاء سببا نفسيا حادا واجه الشخص في أشكال أحداث قريبة من كرب شديد أو مشكلات اجتماعية مؤثرة. (الخاني الفضل، 2006 ص72).

3.2.2.2-الهذيان التفارقي:

يصاحب هذين العرضين المتمثلين في الاستحواذ التفارقي و السبات التفارقي حالة ما يسمى بالهذيان التفارقي Dissociative delirium ،حيث يهذي المريض بكلمات غير مفهومة ثم يتكلم لغة خاصة به ويكون في حالة من تشوش الوعي، مما قد يحمل على الاعتقاد بأن أحدا من الجان يتقمصه، ويكثر هذا لدى أصحاب الشخصية الهستيرية في مجالس المعالجين الشعبيين والروحانيين، وربما تتطور الأمور ليدخل المريض في نوبات التشنجات التفارقية Dissociative convulsion Fits وهي تشبه إلى حد كبير

النوبة الصرعية الكاذبة، حيث تهتز أو تختلج أعضاء الجسم جميعها أو جزء منها بشكل مفاجئ، ويتسارع تنفس الشخص دون أن يتغير لونه. (الخاني الفضل، 2006، ص74).

4.2.2.2- النوبة التشنج التفارقية:

حسب (CIM11) يتسم اضطراب هذا العرض التفارقي باختلاجات غير صرعية بأعراض نوب اختلاجية لا تتماشى مع مرض معترف به للجهاز العصبي أو اضطراب عقلي أو سلوكي آخر أو أي حالة صحية أخرى. وفي أعراض أخرى حسب نفس التصنيف يظهر على شكل تشنج الوجه ورعاش بالتذبذب اللاإرادي لجزء من الجسم وعسر التوتر العضلي بتقلصات عضلية مستمرة تسبب في كثير من الأحيان حركات ملتوية ومتكررة أو أوضاع غير طبيعية لا تتماشى مع مرض معترف به للجهاز العصبي. (الحمادي، 2021، 399).

تبدأ النوبة تدريجياً، فيشعر الشخص بمقدمها، فيتخذ الاحتياطات التي تمنع سقوطه واصابته، فهو يقع على الأرض بهدوء دون أن يؤدي نفسه، ويغمض عينيه، ولا تترافق النوبة بفقد الوعي أو تغييمه بل بحالة من الذهول أو السبات التفارقي أو الغيبة، ولا يحدث فيها عض اللسان أو كدمات أو كسور أو تبول لإرادي كالتالي تحدث غالباً في نوبة الصرع. عادة عند وجود الشخص بين عدد من الناس، وبعد أزمة انفعالية، بعكس نوبة الصرع التي تتاب المريض في أي وقت وقد تحدث ليلاً أثناء النوم، وبغض النظر عن المشاهدين للشخص.

مدة نوبة التشنج التفارقية عادة أطول من نوبة الصرع، وتنتهي بأن يفيق الشخص فجأة وهو في حالة من الصداع والنعاس والإرهاق الجسمي، وقد تأخذ نوبة الصرع الكاذب شكل تهيج يحطم فيها الشخص كل شيء أمامه. (الخاني الفضل، 2006، ص74).

5.2.2.2- الشرود التفارقي:

كما يمكن للشخص أن يعيش حالة من الشرود التفارقي Dissociative fugue والصورة السريرية لهذا العرض هي حدوث تغيير واضح في الوعي وليس اضطراباً في الوعي، بعد تعرض الشخص لأحداث أو ظروف مقلقة ومؤلمة، حيث يسافر الشخص بشكل غير متوقع إلى مكان بعيد عن البيت أو مكان العمل المعتاد مع اتخاذ هوية جديدة وعدم تذكر هويته السابقة، وقد يصاحب ذلك ارتباك واضطراب الاهتداء Disorientation، وبعد شفاؤه لا يذكر الأحداث التي وقعت أثناء فترة الشراد، وليس لذلك سبب عضوي. وفي بعض الحالات قد يتميز الاضطراب باتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشراد وعادة تكون أكثر اجتماعية من الشخصية السابقة، وفي مثل هذه الأحوال قد يعطي الشخص نفسه اسماً جديداً ويتخذ عنواناً جديداً وينخرط في نشاطات اجتماعية معقدة ومتكاملة. (مازن خليل، 2001، 160)

كذلك من الأهمية بمكان في الاضطرابات الانفصالية استبعاد الأسباب الشائعة لحدوث فقدان الذاكرة مثل العته وسوء استخدام المواد الفعالة.

يحدث فقدان الذاكرة بعد التعرض لمشقة شديدة كما في حالات الخلاف الزوجي، الصعوبات المادية أو الوظيفية أو الخدمة في الحرب، أو كارثة طبيعية، لكن ليس كل فقدان يبدو ناتجاً تالياً مفاجئاً للصدمة وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنه حتى بين الأفراد الذين عانوا الصدمات النفسية الشديدة مثل السجن في

معتقل، نادرا ما يحدث لهم فقدان الذاكرة والشروود الانفصالي (شيري ل.جونسون، وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص452).

3.2- الاضطرابات الانفصالية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:

1.3.2- الاضطرابات الانفصالية حسب الإصدارات الأولى للدليل التشخيصي:

جاء تصنيف الاضطرابات الانفصالية في الإصدارات الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM التي تصدره الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية مع اضطرابات القلق في فئة العصاب Neuroses، لأن القلق كان يعتبر السبب الرئيس لهذه الأعراض.

بدءا من الإصدار الثالث للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، تم التخلي عن الفئة التشخيصية لما يسمى "عصاب" وبدأ التركيز على التصنيف من خلال ملاحظة الأعراض عوض التركيز على الأسباب المفترضة. في هذا السياق جاء تصنيف الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية الشكل، التي يفترض بأن الإصابة بهاتين المجموعتين من الاضطرابات ترجع إلى التعرض لصدمات شديدة وبعض الخبرات الضاغطة التي تتسبب في المشقة.

في حالة الاضطرابات الانفصالية يعاني الفرد من حالات خلل الوعي Disruption of Consciousness حيث يفقد الوعي بالذات والذاكرة والهوية. أما حالة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية فنجد الفرد يشكو من أعراض جسدية توحى بإصابته بخلل أوعيب وظيفي جسدي، قد يكون خطيرا في بعض الأحيان، ولكن في هذه الحالة لا يوجد عيب أو أساس فيزيولوجي لهذا العيب أو الخلل، بينما الاستجابات النفسية لهذه الأعراض تبدو شديدة. بالإضافة إلى فكرة أن هاتين الحالتين ترتبطان "بالمشقة"، غير أن الاضطرابات الانفصالية والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية تتصفان بالتزامن معا. فالمرضى ذوو الاضطرابات الانفصالية عادة ما يتم تشخيصهم في مرحلة ضمن فئة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية يتم تشخيصهم ضمن الاضطرابات الانفصالية (شيري ل.جونسون، وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص444).

اقترح كاردينيا (1994) معنيين وصفيين رئيسيين لمصطلح "الانفصال":

أولاً: يحدث في خبرة الانفصال تغير في الوعي، حيث يكون فيه الانفصال عن الذات أو المحيط شيء مجرب (على سبيل المثال تجربة الخروج عن الجسد، تبدد الشخصية، الغربة عن الواقع).
ثانياً: التقسيم Cloisement النفسي يشير إلى عمليات نفسية منفصلة أو غير متكاملة للأنظمة التي يجب ان تكتمل عادة.

ويوضح هذه الحالة أكثر بما يلي:

يمكن تقسيم الشعور بالانفصال إلى ثلاث فئات من الحالات:

1. قلة الوعي في الوقت الحاضر أو المعلومات السابقة والتي من المفروض توافرها.
2. غياب الانسجام بين الأنظمة العقلية والتي يجب أن تتكامل عادة في الوعي والذاكرة والهوية.
3. تناقض ما بين السلوك الاعتيادي أو الإدراك والحوار الداخلي.

غياب الوعي التأملي للمثيرات والسلوك (الغيبية)، وعدم تكامل الهويات والذكريات المختلفة (استحواذ روحي) كما يغلب وجوده في جميع أنواع الظاهرة الانفصالية.

(Paul F.Dell and John A.O'Neil.2009:173)

يختلف تصنيف المتلازمات لمجموعة الاضطرابات الانفصالية في التصنيف الدولي للأمراض (ICD) عن بعض اضطرابات التحويل (اضطرابات الحركة والنوبات)، والتي تعتبر اضطرابات جسدية الشكل في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (الاختلاف في التشخيص بين التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية (DSM)) فيما يتعلق بالاضطرابات الانفصالية.

خصائص هذه الاضطرابات التغير في الأداء التكاملية للهوية أو الذاكرة أو الوعي، على الرغم من أن الأشكال الانفصالية للاضطرابات تمثل كيانا مرضيا في حد ذاتها، إلا أن الظواهر الانفصالية توجد بشكل متكرر عند عموم السكان الذين يعانون العديد من الاضطرابات النفسية المختلفة، وفي أكثرها شيوعا اضطراب ما بعد الصدمة والاضطرابات الانفصالية. (Hans Reinecker,1998, P321)

2.3.2- الاضطرابات الانفصالية في الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية الإصدار

الخامس:

اشتمل الدليل التشخيصي والاحصائي الإصدار الخامس على ثلاث فئات رئيسية للاضطرابات الانفصالية:

- فقدان الذاكرة الانفصالي Dissociative Amnesia

- اضطراب تبدد الشخصية/الغربة عن الواقع Depersonalization /Derealization Disorder

- اضطراب الشخصية الانفصالية Dissociative Identity Disorder

وتعد معرفة الباحثين قليلة بالاضطرابات الانفصالية مقارنة بالاضطرابات الأخرى، وهناك جدل كبير حول الأسباب المستهدفة لهذه الاضطرابات بجانب أفضل العلاجات، ولا يوجد الا أقل القليل من الدراسات العلمية حول معدل انتشار الاضطرابات الانفصالية، ولعل أفضل تلك الدراسات حتى يومنا هذا هي تلك الدراسة التي اكتشفت وجود معدلات انتشار على مدى الحياة تصل إلى 7% و 2,4% بالنسبة لفقدان الذاكرة الانفصالي، واضطراب تبدد الفردية 1991. بينما حصلت دراسات أخرى على نسب انتشار أقل لهذا التشخيص في الممارسة الإكلينيكية. ففي إحدى الدراسات التي احتوت على مقابلات غير مقننة لـ 11 ألف خارج المستشفى، وجد أن واحدا لكل ألف مريض يشخص باضطراب انفصالي 1989. (شيرري ل.جونسون وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص445)

1.2.3.2- فقدان الذاكرة الانفصالي: Dissociative Amnesia

يكون المصاب بفقدان الذاكرة الانفصالي غير قادر على استدعاء المعلومات الفردية المهمة، وهي عادة ما تكون معلومات حول تجربة صادمة. ونجد هنا أن مظاهر الخلل في الذاكرة كثيرة جدا بحيث لا يمكن القول إنها نتيجة للنسيان العادي، وهذه المعلومات لا تفقد إلى الأبد، إلا أنه لا يمكن للمريض استعادتها خلال نوبة فقدان الذاكرة، ويمكن أن تكون تلك النوبة قصيرة تستمر لمدة عدة ساعات أو طويلة تستمر لمدة عدة سنوات.

وتحدث النسوة خلال كبيراً لدرجة لا يمكن فهمه في إطار النسيان الطبيعي، ولا يحدث سفر لمكان آخر واتخاذ هوية جديدة كما في الشرد النفسي وليست النسوة عرضاً ضمن اضطراب الهوية الانشقاقي. (مازن خليل، 2001، 156) وعادة مل يختفي فقدان الذاكرة فجأة كما ظهر فجأة، ويستعيد المريض ذاكرته بالكامل.

وغالباً ما يتم فقدان المعلومات الخاصة بجانب معين من إحدى الخبرات الصادمة، مثل رؤية أحد الأحياء يموت فجأة، ويحدث في حالات أكثر ندرة أن يتم فقد الذكريات الخاصة بجميع الأحداث الخاصة بفترة محددة من الضغط النفسي. وفي حالة الفئة الفرعية لفقدان الذاكرة الشديد التي تسمى بالشرد التفارقي fugue Dissociative حيث يكون فقدان الذاكرة أكثر شمولاً، حيث يصبح الفرد ليس فقط فاقداً للذاكرة تماماً، ولكن فجأة يترك المنزل والعمل، فبعضهم يتجول بعيداً عن المنزل وهو في حالة ذهول وتيه. والبعض الآخر يأخذ اسماً جديداً، ومنزلاً جديداً ووظيفة جديدة، وربما حتى زوجة جديدة، حتى قد تصل إلى مجموعة جديدة من خصائص الشخصية وإقامة حياة اجتماعية معقدة. (شيري ل.جونسون، وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص451)

تسبب أعراض فقدان الذاكرة الانفصالي تدنياً أو احباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى. (أنور الحمادي، دت، ص121).

2.2.3.2- اضطراب تبدد الشخصية/الغربة عن الواقع: Depersonalization/Derealization Disorder

يتميز بتغير ثابت ومتكرر في إدراك النفس إلى الحد الذي يفقد فيه الشخص واقعيته مؤقتاً، وتوصف من قبل الشخص بشعوره بأنه آلة، أو كأنه في حلم أو شعوره بالانسلاخ بعيداً عن جسده وكأنه ينظر لنفسه من بعيد، أو يصف أنواع من الخدر الحسي أو الإحساس أنه غير مكتمل السيطرة على أفعاله بما في ذلك كلامه، فكل هذه المشاعر مناوئة لأننا رغم محافظة الشخص على علاقته بالواقع وفهمه له، وهذا التغير تكفي شدته لإزعاج الشخص، وليس سببه اضطراب آخر. (مازن خليل، 2001، 164)

وعادة ما تتغير الإدراكات بعد التعرض للصدمة، وعلى النقيض من الاضطرابات الانفصالية الأخرى، فإنه لا ينطوي على أي اضطراب في الذاكرة.

وبالرغم من أن المعايير التشخيصية للدليل الرابع المعدل تشمل عرضاً واحداً لتعريف هذا الاضطراب وهو التبدد Depersonalization، إلا أن الدليل التشخيصي الخامس اشتمل على عرض آخر وهو الغربة Derealization عن الواقع بجانب عرض التبدد، ويشير عرض الغربة عن الواقع الإحساس بأن العالم أصبح غير واقعي. فالنغير في الدليل الخامس يعتمد على وجود دليل بأن أغلب الأعراض تتشابه مع خبرة التبدد وأيضا خبرة الغربة عن الواقع. (شيري ل.جونسون، وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص453).

عادة ما يظهر اضطراب تبدد الشخصية/الغربة عن الواقع في مرحلة المراهقة، ويبدأ بشكل فجائي أو يزحف ببطء. كما أن الأعراض لا يمكن تفسيرها في ضوء اضطرابات أخرى، ولذلك فمن المهم استبعاد الاضطرابات التي تشمل عادة أعراض تبدد الشخصية بما في ذلك الفصام، واضطراب ما بعد الصدمة،

واضطراب الشخصية الحدية، وقد يظهر أيضا عرض تبدد الشخصية بسبب فرط التنفس، أو كعرض شائع ضمن اضطراب نوبات الهلع.

3.2.3.2- اضطراب الهوية الانفصالية: Dissociative Identity Disorder

طبقا للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس فإن اضطراب الهوية الانفصالية تتميز بانثين أو أكثر من حالات الشخصية المتميزة والتي يمكن وصفها في بعض الثقافات كتجربة الاستحواذ، الاختلال في الهوية ينطوي على انقطاع لاف في الشعور بالذات والشعور بالوكالة، أي حالات مختلفة من الوجود والتفكير والإحساس والسلوكيات مستقلة عن بعضها البعض، وتظهر في أوقات مختلفة ويرافقه التغيرات ذات الصلة في الوجدان، والسلوك، والوعي، والذاكرة، والادراك، والاستعراف، و/أو الأداء الحسي الحركي، هذه العلامات والأعراض يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين أو تذكر من قبل الفرد. إضافة إلى ثغرات متكررة في استدعاء أحداث الحياة اليومية، والمعلومات الشخصية المهمة، و/أو الأحداث المؤلمة التي تتعارض مع النسيان العادي. كما تسبب الأعراض تدينا وأحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى. لا يعد الاضطراب جزءا طبيعيا من ممارسة ثقافية أو دينية مقبولة على نطاق واسع. (أنور الحمادي، دت، ص121) كما أنه من الشائع وجود مظاهر خلل في الذاكرة، حيث يحدث في معظم الحالات ألا يكون هناك أي اتصال بين أحد البدلاء على الأقل مع بدلاء آخرين. فنجد مثلا أن البديل الرئيس قد لا يكون مدركا أبدا لوجود بدلاء آخرين، وقد لا يتذكر أبدا ما يقوم به هؤلاء البدلاء وما يحدث لهم عندما يظهرون. كما يتطلب ذلك التشخيص أيضا وجود هؤلاء البدلاء على نحو مزمن، فلا يمكن مثلا أن نطلق هذا التشخيص على شخص يعاني تغيرا مؤقتا ناتجا عن تناول أحد العقاقير.

يمكن أن يكون كل بديل على درجة كبيرة من التعقيد، بحيث يكون له أنماط سلوكية وذكريات وعلاقات خاصة به، وعادة ما تختلف شخصيات البدلاء المختلفين عن بعضها البعض، بل قد تكون متناقضة تماما.

تبدأ الإصابة باضطراب الهوية الانفصالية في الطفولة، إلا أنه يندر تشخيصه إلا مع بداية الرشد، ويعد هذا الاضطراب أكثر شيوعا عند النساء من الرجال، وكثيرا ما يصاحب هذا الاضطراب اضطرابات أخرى، وعلى وجه الخصوص اضطراب الكرب التالي للصدمة، واضطراب الاكتئاب الرئيس، وتناول المواد الفعالة نفسيا وعصبيا، وحالات الرهاب، واضطراب الشخصية الحدية، والخلل في الأداء الجنسي، والاضطرابات المرتبطة بالجسد.

كما يصاحب اضطراب الهوية الانفصالية أعراض أخرى مثل حالات الصداع والهلاوس، ومحاولات الانتحار والسلوكيات المسيئة للذات، وكذلك أعراض انفصالية أخرى مثل فقدان الذاكرة وتبدد الشخصية (شيرير ل. جونسون، وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص456)

يحدث في بعض الأحيان أن يكون هناك خلط بينه وبين الفصام والذي يعني "الانفصال عن" إن أعراض الفصام تختلف تمام الاختلاف عما يحدث في اضطراب الهوية الانفصالية من انقسام إلى اثنتين أو أكثر من الكيانات التي تتفصل عن بعضها البعض تمام الانفصال، ويتميز كل منها بالترابط، وتتواجد في

ذات الوقت وعلى نحو تبادلي في نفس الفرد. كما أن المصابين باضطراب الهوية الانفصالية لا يصابون بتشوش التفكير واضطراب السلوك اللذين يميزان الفصام.

أما عن أسباب اضطراب الهوية الانفصالية، فقد ذكر أغلب مرضى اضطراب الهوية الانفصالية عن وجود إساءة شديدة في مرحلة الطفولة، وهناك دليل أيضا حول أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة هم أكثر عرضة للإصابة بأعراض انفصالية، إلا أنه لا نستطيع الجزم إن كانت تلك الأعراض ترقى إلى مستوى تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية أم لا. (شيري ل. جونسون، وآخرون ترجمة أمثال هادي الحويلة، 2016، ص 458).

خاتمة:

تلعب التربية الخاطئة التي يتلقاها الشخص داخل الأسرة وفي المدرسة والمجتمع على تكوين شخصيته وعلى نموه العقلي وتجعله شخصية هشّة سريعة الإيحاء والتأثر بمشاكل الحياة وشدائدها. مما يجعله يفسر الطريقة التي يستجيب بها لما يواجهه من ضغوط بتفسير اعتباطي ماورائي سببه تحكم الجن في سلوكياته. أما في حقيقة الأمر فإن ما يعانيه الفرد هو عبارة عن اضطرابات نفسية. التي اصطلح على تسميتها وتصنيفها بالاضطرابات النفسية الانفصالية، وتكون هذه الاضطرابات ناتجة عن تضافر مجموعة من العوامل، أهمها حسب نتائج هذه الدراسة هي التربية الخاطئة التي تعمل على تهميط تفكير الافراد بالتفسيرات الخرافية اللاعقلانية، وكذا الظروف الاجتماعية المهيئة، التي تجعل لدى الشخص استعدادا للإصابة باضطراب معين. كما ان للممارسات العلاجية اللاعلمية والتي تدعي انها تستمد شرعيتها من الدين، وخبرة الأجيال، والكرامة، وتوارث الممارسة في نفس العائلة. دور في تعميق هذه التفسيرات اللاموضوعية.

هنا يأتي دور الباحث والمعالج النفسي لمجابهة هذه التفسيرات، من خلال اعتماده على معايير التشخيص العلمية الموضوعية التي تسمح له بتشخيص هذه الاضطرابات وفق التصنيف الدولي للأمراض ICD والدليل التشخيصي للأمراض العقلية DSM بمختلف إصداراتهم. وذلك من اجل التكفل السليم بهذه الحالات وعدم تركها في أيدي الاستغلاليين.

خلصت هذه الدراسة إلى عدة اقتراحات نجملها في النقاط التالية:

- التعمق في دراسة التفكير الاجتماعي عند مختلف الفئات الاجتماعية للوقوف على قصوره ونقائصه وأسباب نزوعه للإيمان بالخوارق والماورائيات والتفسير الاعتباطي للظواهر والاعتقاد بسلطان الجن وتحكمه في مصير الفرد ودور الحظ والصدفة في سلوكه اليومي.
- تكوين فرق بحث متعددة الاختصاصات تقوم بدراسة المعتقدات الشعبية حول الظواهر النفسية الاجتماعية وكل ما له علاقة بالتربية والصحة وقيم المواطنة... الخ
- مواجهة التربية الخاطئة ودورها في تهميط تفكير الطفل باللاعقلانية والخرافية، بتلقيه أساسيات التفكير العلمي الموضوعي، وتشجيعه على إبداء الرأي وحرية الطرح والنقد والاستقلال الذاتي.

- دور وسائل الاعلام محوري في نشر الثقافة الصحية السليمة في الأوساط الشعبية ومحااربة ثقافة الدجل والشعوذة وتجار الدين الذين يستغلون ضعف الناس وحاجتهم للعلاج للتكسب والربح المادي.
- على علماء الدين والأئمة أن يأخذوا موقفا واضحا لا لبس فيه من موضوع تلبس الجن التي أخذت أبعادا خطيرة وأصبحت تهدد عقيدة الناس، وتشككهم في قيم العلم والأخذ بالأسباب والعلل.

- الإحالات والمراجع:

1. المصادر:

1.1. القرآن الكريم.

1.2. أبو الفضل، ابن منظور (1994): لسان العرب، ج3، دار صادر للطباعة والنشر. بيروت.

2. الكتب:

- 1.2. شيري جونسون وآخرون. الحويلة، أمثال هادي. (2016). علم النفس المرضي - استنادا على الدليل التشخيصي الخامس. مكتبة الأنجلوالمصرية. مصر
- 2.2. عادل عبد الله محمد (2000): دراسات في الصحة النفسية، دار الرشد، القاهرة.
- 3.2. العيد، الفقيه. (2010). محاضرات في الأنثروبولوجيا والصحة النفسية. جامعة تلمسان (سنة أولى ماجستير الصحة النفسية والالتماس العلاجي. جامعة تلمسان
- 4.2. محمد أحمد الفضل الخاني (2006): المرشد إلى فحص المريض النفساني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت
- 5.2. محمد، الجوهري. (1983). كالدراصة العلمية للمعتقدات الشعبية. دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 6.2. محمد، بن عبد الله. (2010). سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر
- 7.2. محمد، حامق (2014): العلاج بالرقية بين علم النفس والدين، ط1، الشروق للإعلام والنشر، الجزائر
- 8.2. مصطفى، حجازي. (2006). الصحة النفسية، منظور دينامي، تكاملي، للنمو في البيت والمدرسة، ط3، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء.
- 9.2. هرلترالس أيكه.ت محمد، الجوهري وآخرون. (1973). قاموس مصطلحات الأنثروبولوجيا والفولكلور. دار المعارف، مصر.

3. المقالات:

- 1.3. رمضان، زعطوط. عبد الكريم، القرشي (2005)، الإكتئاب وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين مجلة العلوم الانسانية، عدد 24 ديسمبر 20 ص ص 49-78 جامعة منتوري قسنطينة.
- 2.3. سليمان، بومدين (2005): التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر، حالة مدينة سكيكدة. ص ص 243-257، مجلة شؤون اجتماعية، العدد 88، السنة 22، شتاء 2005-الشارقة.

4. رسائل الماجستير والدكتوراه:

1.4. فاطمة، بلعربي. (2013). توظيف المعتقد الشعبي في دراسة القصص القرآني-ابن كثير أنموذجاً. رسالة دكتوراه في الأدب الشعبي. جامعة تلمسان. الجزائر.

2.4. ليلي، ميسوم(2014): الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي غير منشورة. جامعة تلمسان. الجزائر.

5. المواقع الإلكترونية:

1.5. بخته، بن فرج الله. (2017). واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، المجلد 1، العدد 4.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/467/1/4/146113>

2.5. لتصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية (ICD) الاصدار 11، الصادر عن منظمة الصحة العالمية ترجمة أنور، الحمادي.(2021). رابط التحميل

<https://www.noor-book.com/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8>

3.5. الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5-TR)، ترجمة انور حمادي. (2023)

<https://www.noor-book.com/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8-DMS-5-pdf>

4.5. منظمة الصحة العالمية.(2022). <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
المراجع باللغة الاجنبية

1. KACHA F. (2005), L'information psychiatrique .Vol.81.N°2-fevrier 2005.
2. Kacha, Hammoudi A.(1994). Le sens du symptôme dans les thérapies traditionnelles.OPU.Alger
3. Reinecker .H,(1998). Lehrbuch der Klinischen Psychologie.Hogrefe. Verlag für Psychologie Göttingen. Bern. Toronto. Seattle.
4. Paul F. Dell & John A.O'Neil (2009). Dissociation and Dissociative Disorders. Routledge –Taylor & Francis Group. New York- London.
5. KOHL F.S, (2006), Les représentations sociales de la Schizophrénie, MASSON. PARIS