

العنوان:	نحو بناء دليل تشخيصي للاضطرابات النفسية خاص بالحزام الثقافي لشمال أفريقيا : دراسة في علم النفس الإكلينيكي العابر للثقافات
المصدر:	المجلة العربية للعلوم الاجتماعية
الناشر:	المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية
المؤلف الرئيسي:	حدار، عبدالعزيز
المجلد/العدد:	ع1, ج1
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2012
الشهر:	يناير
الصفحات:	203 - 183
رقم MD:	651337
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	علم النفس الإكلينيكي، الاضطرابات النفسية، الحزام الثقافي، شمال أفريقيا
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/651337

نحو بناء دليل تشخيصي للاضطرابات النفسية
خاص بالحزام الثقافي لشمال أفريقيا
”دراسة في علم النفس الإكلينيكي العابر للثقافات”

د. عبد العزيز حداد

أستاذ محاضر – قسم علم النفس وعلوم التربية

جامعة سعد دحلب البليدة

الجزائر

نحو بناء دليل تشخيصي للاضطرابات النفسية خاص بالحزام الثقافي لشمال أفريقيا

”دراسة في علم النفس الإكلينيكي العابر للثقافات“

د. عبد العزيز حداد (٥)

مقدمة:

لقد بات من الواضح أن علم النفس هو منتج ثقافي، على غرار العلوم الاجتماعية والإنسانية، فهو وليد السياق الثقافي الذي نشأ فيه ونما في أحضانه، إنه نسق يتأثر بثقافة مجتمعه وعصره وتصوراته وقيمه ومعاييره، لذلك لا يمكن أن نفهم أي نظرية سيكولوجية وافترضاها ومفاهيمها وأدواتها دون معرفة تاريخها وسياقها الثقافي والاجتماعي، وما دام الأمر كذلك، فإن النظريات السيكولوجية السائدة هي نظريات المجتمعات والثقافات التي أنتجتها، وتحديدًا المجتمعات الغربية، وفي هذا الشأن تشير (Pewzner – Apeloig 2005)، أن علم النفس الذي أنتج في، ومن قبل الغرب، كمنتج ثقافي، أسندت له ضمناً قيمة عالمية، لكن منذ أقل من نصف قرن، فإن الالتقاء بوقائع تاريخية وثقافية أجنبية عن العالم الغربي، واكتشاف نماذج مختلفة أدى إلى اهتزاز الثقة العمياء في التفوق الذي لا يمكن سبقه للمعرفة الغربية، ذلك أن قراءة سريعة لتاريخ مفهوم علم النفس والتخصص يحدد الأصل الثقافي لعلم النفس، ويبرر وجاهة التساؤل حول القيمة العالمية لمفاهيم علم النفس التي نشأت أو تبلورت في السياق الغربي.

إن هذا الارتباط بين علم النفس والثقافة هو الذي يطرح معضلة تعميم نظرياته خارج الوعاء الثقافي المنتج، أو الحزام الثقافي الأصلي إلى أحزمة ثقافية أخرى مستهلكة، طالما أن لكل ثقافة ومجتمع خصوصياتها وفلسفتها الوجودية وقيمها ومعاييرها، مما يجعل النظرية السيكولوجية تستند في بنائها ونموها إلى هذه الخصوصيات - وعليه، فإن الحديث عن كونه علم النفس هو من قبيل محاولة فرض هيمنة ثقافية للمجتمعات المنتجة (خاصة الحزام الثقافي الأمريكي) على المجتمعات المستهلكة أو الأحزمة الثقافية الأخرى، مما دفع بعض الأوساط العلمية لهذه الأخيرة (خاصة الأوروبية والآسيوية) إلى أن تنتفض وتحاول الانفكاك من هذه الهيمنة السيكولوجية وطرح استراتيجيات مضادة أو سيكولوجيات معارضة، وفي هذا الصدد، يرى (Tiberghien et Beauvois 2008) أن السيكولوجيات المعارضة التي تتضمن علم النفس الناقد (Psychologie critique) وعلم النفس البديل (Alternative Psychologie) تنتقد السيكولوجية المهيمنة ذات المزايم البراجماتية والصبغة الأمريكية، حيث النقد الأساسي الموجه لعلم النفس الأمريكي هو أنه يتضمن قيم، ومبادئ، ومسلمات الجماعات المهيمنة في الثقافة الأمريكية، وتتجلى هذه الحقيقة في علم النفس الإكلينيكي بما تحويه من سببية إمرضية للاضطرابات النفسية وتحديد سيميولوجيتها وأعراضها وتصنيفها واستراتيجيات علاجها، ويؤكد (Thakker et al 1999)، إن هيمنة التناول الغربي بشكل عام، وتحديداً الأمريكي، في فهم الاضطرابات النفسية تظهر بشكل جلي في الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM) حيث تعتبر "الاضطرابات النفسية أشياء طبيعية (Natural kinds) وليست كيانات خفية (Discrete entites) التي تتمظهر كاختلال وظيفي داخل الأفراد، وبناء على هذا المنظور، فإن التنازلات الأولية للدليل التشخيصي () يعتبرها كونية حيث تقوم أساساً على الافتراض القائل: بأن الاختلال الوظيفي هو متشابه لدى مختلف الشعوب والسكان"، وتتعترف بصراحة (Santiago – Delefosse 2008)

بارتباط علم النفس بالثقافة، بقولها إنه إذا أخذنا بجدية وجهة نظريتنا والطرق والممارسات التي تنبثق منها، فإنه ينبغي أن نعترف بالتبعية المتبادلة بينها وبين القيم الثقافية السائدة، ومع نماذج الفرد التي تنشدها، فليست الثقافة إذن وسيلة لتمثل المرض، بل إنها أساسية في عملية تشكل هذا المرض كواقع إنساني، إذ يتم من خلالها تعريف ظواهر إنسانية معقدة كمرض، وبالتالي تصبح هذه الظواهر موضوع الممارسات الطبية (In Taïeb et al 2005)، وقد دلت عدة دراسات (Hanck et al 1981) (Levine et Gaw 1995) (Han et Silove 1997) أن التعبير عن الباثولوجيا النفسية يتأثر بشدة بالعوامل ذات الصلة بالانتماء للإثنية أو لمجتمع معين، وفي سياق محاولة الانفكاك عن الهيمنة الأمريكية، يتخذ الباحثون والأخصائيون الفرنسيون موقفاً متحفظاً في استخدام نظريات إكلينيكية وتعميمها على المجتمع الفرنسي، وتشير (Ameli et al 2002) أنه على الرغم من عدم وجود معطيات تتعلق بالاختلافات بين الفرنسيين وسكان أمريكا الشمالية، كما لا يمكن أن نقلل من الروابط المشتركة مع الثقافة الأمريكية، غير أنه من المهم ألا نهمّل التباينات التي تميز المجتمعين، مثلما توضحه دراسة حديثة (Swendsen et Compagnone 2000) حول النظرية المعرفية للاكتئاب، لذلك يدعو هؤلاء المختصون إلى ضرورة تحديد طبيعة وشدة تأثير الاختلافات الثقافية على المتغيرات الأساسية للعديد من النظريات المعرفية التي تمت صياغتها في الأدبيات الأمريكية، ويعتبرون ذلك شرطاً أساسياً يسمح بالاستعمال الإكلينيكي المنسجم للتناول المعرفي في فرنسا (Good 1998)، ونجد مثل هذا الرفض لدى بعض الإحصائيين النفسانيين والسيكاطريين من الحزام الثقافي لشمال أفريقيا حيث تقول (El Khayat 1994): "لقد كنت أعتقد أن السيكاترية أمر غريب، لكن تبين لي بمرور الزمن أن النسبية مطروحة في هذا الميدان... لذلك سأبرهن للغرب بجداته أنه ينبغي أن ينصت لأناس مثلنا، حيث نستطيع أن نكشف من خلال تناقضاتنا جوانب العجز في الحداثة، وتحديداً في العلوم النفسية،

فهذه العلوم هي أبعد من تقدم الشفاء، إنها تمثل جانب من الإفلاس للقوة الظاهرة للعلوم الغربية الراهنة، ويشير (Garrabé 2002) إلى أن تصنيفات الأمراض العقلية، وتحديدًا المعجم ومدونة المصطلحات، ترتبط بثقافة المكان والزمان حيث تمت صياغتها، لكي نسمح للتواصل بين الثقافات، يتوجب على هذه التصنيفات أن تكون متلائمة مع التصنيفات الدولية، ولا يعني هذا التلاؤم وجود تكافؤ مفهوم بمفهوم من فئة تشخيصية إلى أخرى. إن الأمر يتطلب أن يفسر المعجم تصور التناذرات الخاصة بثقافة معينة، والبحث عن تناذرات معادلة لها في ثقافات أخرى، إن وجدت. ويؤكد (Me Cabe et al 2004) وجود أربعة نماذج تفسيرية أساسية للاضطرابات النفسية: النموذج البيولوجي، والنفسي، والاجتماعي، وما وراء الطبيعي، ويميل الأفراد المنحدرين من الأصول الثقافية غير الأوروبية إلى النموذجين التفسيريين الاجتماعيين وما وراء الطبيعي، مثلما يشير (Quresh et al 2008) إلى أن أحد مخاطر التعليم السيكايري الغربي هو إلى الاعتقاد أن المنظور ما وراء الطبيعي هو متخلف Backward، وبدل على قلة ذكاء أصحابه الذين يفتقرون إلى الخلفية أو قدرة مقارنة وتقييم العالم مثلما هو كائن في الواقع، ومن منظور آخر، فإننا لا نتعامل مع حقائق خام طبيعية في المجال العيادي والباثولوجيا وإنما كان يقول (Kleinman 1997) ينبغي أن نستحضر في أذهاننا أن التشخيص النفسي هو "تفسير التفسير"، فليس هناك أي متغير طبيعي قابل للقياس قد تم التعرف عليه في مجال السيكايرية، فالعميل يفسر تجربته وينقلها لنا، ونحن بدورنا نفسر مجموعة من المعطيات، وكل من هاتين السيوريتين متجذرتين في سجلات ثقافية، إن التعامل في إطار العلاقة العلاجية بين المعالج الغربي والعميل المغترب الذي ينتمي إلى ثقافة مغايرة هو الذي زاد من قناعة وجود تباينات ثقافية تؤثر على السببية الإراضية وسيمولوجيا وبالتالي على أساليب العلاج. وقد تمت دراسة هذه المواقف العلاجية من قبل العديد من المختصين.

المواقف العلاجية في الوضعية عبر الثقافية:

حدد (Devereux 1978) ثلاثة مواقف علاجية، فيما أسماه بالسيكاتيرية الإثنية.

✓ **الموقف الأول داخل الثقافي Intraculturelle**: حيث ينتمي كل من المعالج والعميل إلى

ذات الثقافة، ويراعي المعالج الأبعاد الاجتماعية والثقافية، فيما يتعلق باضطراب العميل، أو

يسير العلاج؛

✓ **الموقف الثاني ما بين الثقافي Intraculturelle**: لا ينتمي العميل والمعالج إلى نفس

الثقافة، غير أن هذا الأخير يدرك جيداً ثقافة العمل، ويستخدمها رافعة علاجية Levier

؛therapeutique

✓ **الموقف الثالث ما وراء الثقافي Metaculturelle**: ينتمي العميل والمعالج إلى ثقافتين

مختلفتين، بحيث إن هذا الأخير لا يعرف ثقافة العميل، وفي المقابل يفهم جيداً مفهوم "الثقافة"،

ويستخدمه في وضع التشخيص وفي سير العلاج.

هذه المواقف لا تطرح إشكالات تشخيصية علاجية، طالما أن المعالج يدرك ويتفهم أهمية المعطي الثقافي

في الباثولوجيا ويراعيها بدرجات متفاوتة، لكن الإشكال يحدث في الموقفين التاليين:

✓ **الموقف الإشكالي الأول ما بين الثقافي Intraculturelle**: حيث ينتمي العميل والمعالج

إلى ثقافتين مختلفتين، أي أن هذا الأخير يدرك ذلك، غير أنه يتجاهل هذا المعطي ويصر على

التكفل بالعميل من وجهة نظر ثقافته، أو وفق السياق الثقافي الذي في حضنه صيغت الأطر

النظرية والمحكات التشخيصية والاستراتيجيات العلاجية، وهذا الأمر جد شائع في المجتمعات

الغربية، حيث ينتمي المعالج للثقافة الغربية بينما يكون العميل مغترباً أو ينتمي إلى أصول ثقافية مغايرة؛

✓ **الموقف الإشكالي الثاني داخل الثقافي Intraculturelle:** حيث ينتمي كل من العميل

والمعالج إلى نفس الثقافة، غير أن هذا الأخير لا يراعي الخصوصية الثقافية لمجتمعه ويتكفل

بالعميل تشخيصاً ومعاملة وعلاجاً وفق الأطر النظرية والمحكات التشخيصية والاستراتيجيات

العلاجية مثلما تعلمها وبنوع من الدوغماتية المفرطة.

وهو الموقف العلاجي الذي يعنينا في هذا السياق، والذي يعيشه الكثير من الاخصائيين للحزام الثقافي

لشمال أفريقيا، حينما يحاولون التعامل مع العميل بالأطر النظرية للوعاء الثقافي الغربي، بكثير من

التصلب النظري والممارساتي والدوغماتية، رغم أنهم يفهمون جيداً السياق الثقافي للعميل بما يحتويه من

قيم ومعايير وفلسفة وجودية، ومع ذلك يصرون على رؤية باثولوجية الشخصية العربية بمنظور غربي،

وتطرح هذه الإشكالية بالفعل على مستوى البحث والتنظير والتدريس، وعلى مستوى الممارسة العيادية

والسيكاثيرية، وفي هذا الشأن، يؤكد بن عبد الله محمد (2010) أن المتبع للتجربة السيكوباتولوجية في

المجتمع المغربي يمكنه أن يدرك بكل بساطة أن أغلب الدراسات التي اعتنت بالظاهرة السيكو باثولوجية،

وحاولت فهمها واستيعابها، كانت ولا زالت متأثرة بتوجهات وقناعات ذات الصلة الوثيقة بالتفكير

السيكولوجي والسيكو باثولوجي الغربي وبنظرياته وتصنيفاته وتفسيراته الجاهزة، ومن ثم فإنها تتمادى في

عدم الاهتمام بسمات نشاط الإنسان المغربي وبتكوينه المعرفي واضطراباته السلوكية المحددة بمرجعياته

الثقافية، ومن المؤكد أن القفز على هذه الحقيقة الثقافية في الممارسة العيادية والسيكاثيرية هي التي تفضي

إلى أخطاء تشخيصية وتقلل من فرص نجاح العلاج، بل تقضي مسبقاً على أي علاقة علاجية أو تحالف

علاجي ممكن، فالعميل في هذه المنطقة إذا كان لا يتمتع بالتبصر التام بحالاته، فإنه يستطيع أن يدرك بما

تبقى له من هذا التبصر أن خطاب المعالج وتفسيراته لا تتطابق مع واقعه وحالته ومعاناته، إن رفض استماع الأخصائي للمعطي الثقافي، كما يشير (Baubet 2009) هو بمثابة ركوب مجازفة ارتكاب خطأ تشخيص، ودفع العميل نحو الانشطار والعزلة في البناء.

أخطاء التشخيص في المواقف عبر الثقافية:

اقترح (Kleinman 1977) مفهوم وهم أو خطأ الفئة Category Fallacy ويعني به تطبيق على مجموعة ثقافية معينة، محكات تشخيصية تمت تحديدها وصياغتها في مجموعة أخرى، ولم يتحقق بعد من صدقها الثقافي، ما يفضي إلى ارتفاع احتمالات الخطأ التشخيصي (Misdiagnosis)، وبالفعل، فإن محاولة تطبيق المحكات التشخيصية للدليل (DSM) على مجتمعات وثقافات أخرى، غير المجتمع الغربي، وتحديدًا الحزام الثقافي لأمريكا الشمالية، سيعرض الإحصائي إلى مخاطر ارتكاب أخطاء في عملية التشخيص، وما يترتب عن هذه الأخطاء من تداعيات على مستوى العلاج، هذا فقد دلت دراسة (Mukherjee et coll 1983) أن العملاء الأفروأمريكيين وأسيانوأمريكيين الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب، يتعرضون إلى مخاطر ذات دلالة عالية في أن يتم تشخيصهم على أنهم فصامين، قياساً بالعملاء من القوقاز، وقد شكل حدوث ظواهر هلوسة خلال الهجمة المرضية، عامل منبئ للوقوع في الخطأ التشخيصي، ذلك أن العديد من العوامل تتدخل في عملية التشخيص، خاصة في المجتمعات غير الغربية، ولهذا يتوجب على الإحصائي النفساني والسيكاتري أن يدركها ويتعرف عليها، إذ من شأنها أن تسبب تحيزات ثقافية في التقرير العيادي، فالبعد الثقافي يؤثر في عملية تشخيص الاضطرابات النفسية، إن على مستوى السببية الإراضية، أو التصنيف الفتوى وسيمولوجيا، أو على مستوى الشدة، والأبعد من ذلك على مستوى إقامة علاقة علاجية أو التحالف العلاجي واختيار الاستراتيجيات العلاجية المناسبة.

الدليل التشخيصي (dsm iv) والبعد الثقافي:

لقد تجلت البوادر الأولى في الاهتمام بالمعنى الثقافي في تصنيف (DSM) في الإصدار الثالث، والإصدار الثالث المعدل، حيث وردت بعض الإشارات لهذا الاهتمام، غير أنه تم مراعاة الجوانب الثقافية بشكل جدي في مرحلة الإعداد لصياغة الإصدار الرابع سنة 1990.

ففي مؤتمر حول الثقافة والتشخيص السيكياتري الذي انعقد بمدينة بتسبورغ سنة 1991، برعاية المعهد الوطني للصحة النفسية للولايات المتحدة الأمريكية (NIMH) والجمعية السيكياترية الأمريكية (APA)، التقى 15 خبيراً مكلفين بإعادة النظر وتحديد الدليل التشخيصي الثالث المعدل بمعية 45 مختصاً في السيكياترية الثقافية والانتروبولوجية، حيث تم تقديم العديد من المقترحات لإدخال تعديلات جوهرية في الدليل، تمس بالدرجة الأولى الجانب الثقافي.

إن هذه الحزمة من المقترحات لم تلق صدى حقيقياً لدى المشرفين على إصدار الدليل، إذ تمت مراعاة فقط المقترحات التي تمس الأقسام **rubriques** التالية:

✓ إدراج على شكل إعلان عن الجوانب الثقافية في مقدمة الدليل: يدعو الإعلان الإحصائي إلى ضرورة توخي الحذر والتحفظ في استخدام هذا الدليل مع العملاء غير المنتمين للحضارة الغربية؛
 ✓ مراعاة الاعتبارات الثقافية لمختلف الاضطرابات والفئات التشخيصية المدرجة في الدليل من خلال طرح عدة فقرات وجيزة، تتناول التنوعات العابرة للثقافة والتي تمس أعراض **Semiologie**، وتواتر؛ الاضطراب المعني؛

✓ إدراج دليل للصياغة الثقافية للتشخيص في الملحق؛

✓ إدراج معجم (Glossaire) للتناذرات المتعلقة بالثقافة في الملحق.

لقد اشتغلت مجموعة عمل حول الثقافة والتشخيص متكونة من 100 أخصائي عيادي وباحث في العلوم الاجتماعية لمدة ثلاث سنوات في الاطلاع والدراسة المكثفة للتراث السيكلوجي الإكلينيكي الحديث، ومقترحات تعديلات الدليل التشخيصي، غير أن ذلك لم يثمر ذلك إلا تعديلات محدودة. من الواضح أن هذه التعديلات الجزئية تعد اعترافاً صريحاً بضرورة مراعاة المعطى الثقافي في تناول الاضطرابات النفسية، غير أنها لم تمس جوهر الدليل التشخيصي، بل إنها لم ترق إلى مستوى انتظارات الكثير من الاخصائيين الذين وصفوها بأنها غير كافية (Kirmayer 1998, Mezzich et coll 1999)، ويشير (Kirmayer 1998) في هذه المسألة إلى أن رفض إدراج بعض المقترحات لا يعود إلى نقص الأدلة العلمية بالدرجة الأولى، وإنما يرجع إلى رفض إدماج تعليقات من شأنها أن تصطدم بالمواقف النظرية الضمنية للدليل التشخيصي.

إن خيبة أمل العديد من الاخصائيين إزاء تجاهل الدليل التشخيصي (DSM) في تناول المعطى الثقافي بالجدية المطلوبة وإجراء التعديلات اللازمة على هذه الأداة التصنيفية التشخيصية، جعلت (Lilittlewood 2000) يتساءل عما إذا كانت الجمعية السيكاتيرية الأمريكية مستعدة أن تختار بين التقليل من شأن دليلها في الوضعية العابرة للثقافة، أو أن تقدم على تحويلات جذرية، لتجعله أداة ذات مصداقية على المستوى العالمي، فيما يرى (Kirmayer 1998) وكأنه يجب عن تساؤل (Lilittlewood) أنه يمكن الاعتقاد بأن هناك حدود - في الحالة الراهنة للأمور - لا تسمح لمؤسسة كالدليل التشخيصي (DSM) بإدخال تعديلات جوهرية دون أن يكون مشروعها محل إعادة النظر كلية.

هذا وقد حلل (Kleinman 1996) بعض من هذه المواقف النظرية الضمنية التي يتأسس عليها الدليل التشخيصي (DSM):

✓ الاضطرابات النفسية هي ظاهرة طبيعية، كيان مستقل، يمكن التأكيد من وجوده أو غيابه من خلال الملاحظة، هذا ما يطرح بالفعل التقدير المفرط لمسألة صدق التشخيص، بسبب تجاهل مسألة صدقه الثقافي؛

✓ تطور والتاريخ الطبيعي للاضطرابات يكونان متضمنين في تعريف الفئة التشخيصية، غير أنه قد اتضح بأن أساليب السير (modalités évolutives) للاضطرابات تتأثر على الأقل في بعض جوانبها بالسياق الثقافي والاجتماعي (على سبيل المثال: مآل الفصام يكون أفضل في البلدان في طور النمو منه في البلدان الغربية)؛

✓ ثنائية الجسد والروح التي تتضمنها بعض الفئات كتلك المتعلقة بالاضطرابات ذات الشكل البدني (troubles somatoformes) والتمييز بين الشكل والمحتوى المتضمن في توصيف الفئات التشخيصية الكبرى والتغيرات الثقافية، تصور الشخصية ككيان مستقر وخفي المتضمن في مفهوم الاضطرابات التفككية (troubles dissociatifs) كل ذلك لا يلقى إجماعاً عالمياً واتفاقاً مشتركاً.

هذا وتجاهلت مجموعة العمل المشرفة على إعادة النظر في الدليل التشخيصي أن تستحدث المحور الثقافي المقترح، كما لم تنقل اضطراب الشره العصبي Anxieté mentale نحو فئة التنازلات المرتبطة بالثقافة (culture bound syndromes) وتحديداً الثقافة الغربية، ومن جهة أخرى، فإن تعريف مفاهيم الثقافة الإثنية والعنصر لم تدرج ضمن الدليل، وأبعد من ذلك، كما يشير (Baubet et al 2009) هو إهمال المقترح الذي يتعلق بالاعتراف الصريح بأن الدليل التشخيصي (DSM) هو بناء وصياغة ثقافية،

بالإضافة إلى ذلك فإنه لم يتم مراعاة الملاحظات حول غياب الواجهة في التمييز بين الاضطرابات الوجدانية، اضطرابات القلق، واضطرابات ذات الشكل البدني، والتفككية وهي الاضطرابات التي لا تبدو أنها كيانات خفية في جميع الثقافات.

ملحق الصياغة الثقافية للدليل التشخيصي (DSM)

يقترح الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM) في ملحقه موجهاً الصياغة الثقافية في إطار المجتمعات المتعددة الثقافات، حيث يمكن الاستعانة بها للتقليل من احتمالات الوقوع في الأخطاء التشخيصية، كما سيسمح استخدامه بإضافة إجراء "المسعى" (démarche) في التشخيص، وهو إجراء مكماً لتقييم خبرة الاضطراب، مثلما يعايشها العميل وفق مرجعيته الخاصة، حيث يتم (Yilmaz et weiss 2001) تقييم خمسة أبعاد:

✓ الهوية الثقافية للعميل:

- أ- الجماعة الثقافية: التي يتماهى معها العميل، أو تلك التي لا يعترف بالانتماء إليها؛
- ب- اللغات: لغة الأم المتحدث بها خلال مرحلة الطفولة المبكرة وفترة التعليمات الأولية، اكتساب اللغات الجديدة، اللغات المتحدث بها في الشغل، وفي المنزل من قبل العميل وعائلته، اللغة المستخدمة خلال العلاج، اللغات التي يقرأ ويكتب بها العميل؛
- ج- العلاقة مع الثقافة الأصلية: المحافظة على صلات عاطفية مع أشخاص بقوا في البلد، الانخراط ضمن جمعيات الجاليات، والمجموعات الدينية والترفيهية، والسياسية التي تجمع أو تضم المغتربين من نفس الأصول والجدور، مكانة الأقران من نفس الأصول في التنشئة الاجتماعية، الاتصال بالعائلة الممتدة، تموقع العميل ضمن ثقافته الأصلية، إدراك ثقافة البلد المستضيف، تجربة التمييز العنصري.

✓ النماذج السببية للأمراضية للاضطرابات:

تسمية المشكل (على سبيل المثال: الأعصاب، الحظ السيئ، شكاوى جسدية...) والتمظهرات الأساسية؛ دلالات هذه الاضطرابات، درجة الشدة المدركة بالنظر للثقافة الأصلية، وثقافة البلد المستضيف؛ النماذج التفسيرية للمرض، وما يتضمنه من: أسباب، تطور، ميكانيزمات، سير منتظر، معالجة موجودة؛ المسار العلاجي؛ في نظام العلاج الرسمي، مع المعالجين التقليديين، أطباء في الطب البديل.. إلخ)، وأسباب هذه الاختيارات ودلالة الطب الحالي.

✓ العوامل الثقافية المرتبطة بالوسط النفسي الاجتماعي ومستوى الأداء:

عوامل الضغط: الوضعية السياسية في البلد الأصلي، والبلد المستضيف، الضواغط الأساسية حسب الفرد وعائلته؛ عوامل الحماية والسند؛ مستوى الأداء والإعاقة في البيت والشغل وفي الأسرة الذرية، والممتدة مع الزملاء من نفس الأصول، مع أعضاء المجتمع المستضيف.

✓ العناصر الثقافية في العلاقة بين الفرد والأخصائي العيادي:

الهوية الثقافية للأخصائي، اللغة المستخدمة من قبل الأخصائي، معارف خاصة بثقافة العميل؛ تاريخ العلاقات بين المجموعات الثقافية للعميل والأخصائي (على سبيل المثال: الاستعمار، النزاع، الحرب، التمييز العنصري... إلخ)؛ وجود صراع قيمي بين الأخصائي والعميل؛ إمكانية تقييم هذه الجوانب؛

✓ استنتاجات التقييم الثقافي من شأنها توضيح التقدير التشخيصي والعلاج:

تناول كل فئة، واستنباط التدايعات للحالة المدروسة؛ أي دور تؤديه العوامل الاجتماعية والثقافية في إشكالية العميل وفي إيجاد حلول ممكنة؛ هل تؤدي الصياغة الثقافية إلى تعديل التقدير والتقييم

التشخيصي، وتقييم درجة الشدة، مستوى الأداء، مستوى عوامل الضغط والسند الاجتماعي، والمآل، والعلاج المتخذ، والتحالف العلاجي... إلخ؟

هذا ورغم هذه الانتقادات الموجهة نحو الدليل التشخيصي (DSM) ينبغي الإقرار أن استخدام هذا الدليل المنهجي في التعامل مع الاضطرابات النفسية، تصنيفاً وتشخيصاً، يسمح في الوضع الراهن بإضافة مسعى آخر تكاملي، غير مسعى التشخيص، لتقييم خبرة الاضطراب، كما يصفها ويعيشها العميل وفق نظرتة ومرجعيتة الاجتماعية والثقافية، ومن جهة أخرى، تجدر الإشارة إلى أن قلة المعطيات العلمية والدراسات الوبائية، في الأحزمة الثقافية الأخرى غير الغربية قد ساهم بشكل معين في أن يرفض منظرو الدليل التشخيصي (DSM) الكثير من هذه المقترحات.

التصنيفات المحلية وحل إشكال المعطى الثقافي:

إن وجود مثل هذه العضلات الثقافية في تصنيف الاضطرابات وتشخيصها ونقص تلاؤم هذه التصنيفات الدولية مع احتياجات وانتظارات الاخصائيين النفسيين والسيكياتريين في الأحزمة الثقافية غير الغربية، وحتى لدى الحزام الثقافي الأوروبي، أدى إلى ظهور تصنيفات محلية إقليمية في أوروبا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية، وتحديدًا في كل من دول أمريكا اللاتينية وكوبا، والصين، واليابان، وروسيا وفرنسا، ففي اليابان، على سبيل المثال، فإن المؤسسة اليابانية للمحكات التشخيصية الدولية في السيكاثيرية (Japanes society for international diagnostic criteria in psychiatry) قد طرحت دليلاً تشخيصياً خاصاً، حيث تضمن الاحتفاظ بمفهوم العصاب، واعتبر الاكتئاب الخفيف كاضطراب عصابي، وليس كاضطراب المزاج، كما أن اضطرابات ذات (الشكل البدني) لم يتم إدراجها في الدليل، وفي أمريكا اللاتينية، طور دليل إقليمي خاص بدول هذه المنطقة، وهو الدليل الأمريكي اللاتيني للتشخيص السيكاثيري *Latin American guide for psychiatry diagnosis*

حيث يحتوي على ثلاثة أقسام: قسم خاص بالتاريخ والسياق الثقافي للسيكاتيرية الأمريكية اللاتينية، وقسم خاص بالإجراءات التشخيصية والتصنيف تضمنت فئات التصنيف الدولي للأمراض العاشر (10 - CIM) حيث تم تكييفها حسب التناذرات الخاصة بأمريكا اللاتينية مثل اضطرابات (L'ataque de nervios, susto, mal de ojo) وقسم خاص بالمعجم (Glossaire). وفي كوبا، طور المعجم السيكاتيري الكوبي (Cuban glossary of psychiatry) الذي يتماشى نسبياً مع التصنيف الدولي للأمراض (10 - CIM). وفي الصين، تم تطوير التصنيف الصيني للاضطرابات العقلية (3 - CCMD) من قبل المؤسسة السيكاتيرية الصينية التي اقتبست بنوية التصنيف الدولي للأمراض (10 - CIM) وأدخلت تعديلات وإضافات في الفئات التشخيصية مستوحاة من الوسط الصيني. حيث أدرجت بعض الاضطرابات التشخيصية النفسية الخاصة مثل كيغونغ (Qigong) وذهان السفر (Lulu jingshen bing)، وحذفت الاضطرابات ذات الشكل البدني واللعب الباثولوجي، وقد أكدت العديد من الدراسات صدق هذه التصنيفات والمعايير التشخيصية في الصين (Lee 2001).

نحو دليل تشخيصي خاص بمنطقة شمال أفريقيا:

يمكن الحديث دون أدنى شك عن شخصية متميزة في الحزام الثقافي لشمال أفريقيا تتسم بخصائص مورفولوجية ونفسية ومعرفية ولغوية واجتماعية وثقافية معينة، وهي تختلف عن بقية الشخصيات في الأحزمة الثقافية الأخرى. ومن هنا، فإن فهم واستيعاب السلوكيات الباثولوجية لهذه الشخصية يعتمد أساساً على إدراك الأبعاد الأساسية لهذه الشخصية، وبالمرجعية الاجتماعية والثقافية التي تشكلت في سياقها. فهناك بعض الكيانات والتناذرات السيكوباثولوجية المعروفة بأعراضها الإكلينيكية المميزة لا يوجد ما يعادلها في الأحزمة الثقافية الأخرى. أما فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية المتبقية، فهناك

اختلاف شاسع فيما بينها، إن على المستوى السيميولوجي (الأعراض) أو على المستوى التعبيري أو على المستوى التصنيفي والوبائي، أو على مستوى السير والمآل. ويلاحظ هذا التباين في اضطراب الاكتئاب على سبيل المثال، حيث أظهرت دراسات حديثة (Pewzner 1996) أن الشعور بالذنب في الحزام الثقافي لشمال أفريقيا غائب من معظم حالات الاكتئاب الماليخولي. وذات الملاحظة يسجلها كل من (Change, Wittkover, Murphy 1967) حينما يشيرون إلى غياب مشاعر الإحساس بالذنب خارج الثقافات المسيحية الغربية، كما تغطي أعراض الجسدنة في الاكتئاب لدى هذه الشخصية حيث تؤكد دراسة (Bouchami et Benyakoub 1981) عن وجود أعراض الجسدنة التي تهيمن على الحالة الاكتئابية، وتكون مصحوبة غالباً بالأرق والخلفة المفضي إلى الإحساس بالوهن الشديد، وبشكل عام، يرى بوسبسي (Boucebci 1984) بأن الحالة الاكتئابية لدى هذه الشخصية تتصف بسمات أساسية تتمثل في الاضطهاد وندرة الإحساس بالدونية، و، لوم الذات والشعور بالذنب، وندرة السلوكيات الانتحارية. وبالتالي، فإن الاكتئاب في هذا الحزام الثقافي تغطي عليه مشاعر الاضطهاد والجسدنة، وتغيب عنه نسبياً أعراض لوم الذات والذنب والشعور بالدونية وسلوكيات الانتحار. هذه بعض من الاختلافات التي تمس الاكتئاب في جانبه السيميولوجي فقط.

وعليه، وعلى ضوء هذه الرؤية، فإن العاملين في مجال الصحة النفسية من أخصائيين نفسانيين وسيكاتيريين، أو أساتذة باحثين هم بحاجة ماسة إلى إدراك المكونات الأساسية لإنسان منطقة شمال أفريقيا ومرجعياته الثقافية والاجتماعية التي تتشكل من خلالها شخصيته، ما يسمح لهم بتناول اضطراباته النفسية، دراسة وتشخيصاً وعلاجاً برؤية موضوعية علمية تستوعب مدلولات هذه الباثولوجيا، تفضي إلى دقة التشخيص وفعالية العلاج. ومن هنا بات من الضروري بناء وصياغة دليل تشخيص محلي

للاضطرابات النفسية خاص بمنطقة شمال أفريقيا على غرار التصنيفات المحلية الأخرى، يستند إلى دراسات معمقة في المستويات التالية:

- **مستوى البحث الإستمولوجي:** ويتوجه البحث نحو إعادة النظر في الوضعية المنطقية، مثلما فعلته المدارس المضادة لها، وطرح براديجمات جديدة تتيح للباحثين من توسيع مجال إدراك شتى العوامل المساهمة في تشكيل شخصية هذه المنطقة، وباثولوجيتها؛
 - **مستوى البحث النظري:** يتم إنجاز بحوث بيبولوجرافية تجمع كل الدراسات السابقة، التراثية القديمة، والأنثروبولوجية والحديثة التي تناولت هذه الشخصية وباثولوجيتها لتكوين الإطار النظري المرجعي لهذه الشخصية؛
 - **مستوى البحث الأميريقي:** القيام بإنجاز دراسات وبائية حول الباثولوجيا النفسية في الحزام الثقافي لشمال أفريقيا، وأخرى مقارنة بين هذا الأخير والأحزمة الثقافية الأخرى.
- إن مثل هذه الدراسات المعمقة من شأنها أن تسمح للباحثين من تكوين صورة مفصلة عن هذه الشخصية، وتحديدًا باثولوجيتها النفسية، من خلال العناصر التالية:
- تحديد الاضطرابات النفسية أو التناذرات "الكونية" المشتركة بين جميع الأحزمة الثقافية (في التصنيف الفئوي، والمحكات التشخيصية، والسير والمآل)؛
 - تحديد الاضطرابات النفسية أو التناذرات "شبه كونية" حيث توجد بعض التباينات على مستوى السيميولوجي، أو السير أو المآل؛
 - إيجاد واستكشاف محتمل لاضطرابات نفسية أو تناذرات خاصة بشخصية منطقة شمال أفريقيا، لا يوجد لها نظير في الأحزمة الثقافية الأخرى أو في التصنيفات الغربية السائدة؛

• تناول الكيانات ما وراء الطبيعية (المس، السحر، العين...) بالدراسة العلمية وفق البراديجمات

الجديدة التي تتجاوز مبادئ الوضعية المنطقية، لإثبات أو دحض وجودها بالمنهج العلمي، بعيداً

عن هذه الثنائية القطبية (منطق الرفض المطلق الوضعي ومنطق الاستغراق الشعوذي الخرافي).

وختاماً، فإن هذه الأفكار قد تم التعبير عنها من طرف بعض من الأساتذة والأخصائيين، بعد أن

اصطدموا بمثل هذه التباينات في تفاعلاتهم وتعاملاتهم المستمرة مع إنسان هذه المنطقة واضطراباته، ما

ولد لديهم قناعة بضرورة إعادة النظر في مرجعيتهم النظرية أو الإطار النظري الغربي السائد، والموصوف بـ

"الكونية"، بعدما انكشفت لهم بوضوح النماذج السيكولوجية الغربية التي لا تتطابق بشكل تام مع واقع

باثولوجية شخصية منطقة شمال أفريقيا، ما جعلها غير ذات جدوى علاجياً في الكثير من الحالات، إن

البعض من هؤلاء الاخصائيين قد سعى، والحال كهذه، إلى محاولة التفريق أو التوفيق، بكثير من الجهد

والتمزق والمعاناة، بين عناصر الثقافة العربية والأطر النظرية الغربية، في تناول انتقائي إدماجي مرتجل،

كحل من الحلول المتاحة والمؤقتة في الوقت الراهن في ظل غياب إطار مرجعي أصيل، بما يتضمنه من

افتراضات ومبادئ وقوانين ونسق تفسيري وتصنيفي وتشخيصي وعلاجي، وقد عبرت بجلاء عن هذه

الحالة العسيرة (El Khayat 1994) حيث كتبت تقول: "من واجبي أن أقدم المساعدة والعلاج حتى

لو كنت بين ثقافتين، ولغتين، وطريقتين، وسأحاول أن أبرهن عبر هذا التمزق أنه توجد فرص لا متناهية

لمعالجة الاضطراب العقلي، وفي السياق ذاته، يدعو (Aouttah 1993) إلى بناء تسوية، مثلما تقترحه

السيكاثيرية الإثنية التي لا تتناقض لا مع الطلب الثقافي للعميل، ولا مع التناول الطبي للسيكاثري،

ومهما يكن من أمره، فإن صياغة هذا الدليل التشخيصي يسبقه بلورة إطار نظري ومرجعي أصيل يعبر

بصدق عن شخصية هذه المنطقة في إمراضياتها وباثولوجيتها.

المراجع

- بو عبد الله محمد (2010): سيكو باثولوجيا الشخصية المغاربية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- Ameli R, Swendsen J, Compagnone P, Grillon C. (2002) : Validité cross - culturelle de la théorie cognitive de la dépression: Une comparaison Franco / Nord-américaine. Annales Médico - psychologiques, 160 : 362-368.
- Aouattah A (1993): Ethnopsychiatrie Maghrebine Harmattan, Paris.
- Banbet T, Moro, M.R.(2009) : Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte. Masson, Paris.
- Baubet T, Taïeb O, Heidenreich F, Moro M.R (2009) : Culture et diagnostic psychiatrique: L'utilisation du «guide de formulation culturelle» du DSM-IV en clinique. Annales médico psychologiques 163 :38-44.
- Boucebc. M (1984): Maladie mentale et handicap mental Enal. Alger.
- Bouchami F, Bouyakoub. A (1981) : Reconnaître la dépression chez les Maghrébins, la revue de médecine, n° 20, 1, XII (1981).
- Devereux G(1978): L'ethnopsychiatrie. Ethnopsychiatria ; 1 (1) : 7 - 13.
- El Khayat G (1994): Une psychiatrie moderne pour le Maghreb Marmattan, Paris.
- Garrabé. J (2002): La dimension culturelle des classifications des maladies mentales. Annales médico- psychologiques : 160:253-256.
- Good. B (1998); Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. Le plessis-Robinson: les empêcheurs de tourner en rond, New York, Cambridge University Press 1994, traduction de médecine, rationality, and experience.
- Kleinman. A (1996) : How is culture important for DSM-IV ? in: Mezzich JE, Kleinman A, Fabregatt, Parron DL, culture and

psychiatry diagnosis, Washington. American psychiatry press 15-25.

- Krimayer. LJ (1998): The fate of culture in DSM-IV. Transcultural psychiatry. 35 (3): 339-342.
- Lee S. (2001): From diversity to unity : the classification of mental disorders in 21st century china. Psychiatry clinicql zith Q;ericqn, 24 53-. 421 - 431.
- Littelwood R. (2001 a) : Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures ; les « syndromes liés à la culture » l'autre, cliniques, cultures et sociétés, 2 (3) : 441-466.
- Mc Cabe, Priebe S. (2004): Explanatory models of illness schizophrenia : comparison of four ethnic group. British journal psychiatry; 185: 25-30.
- Mukherjee S, Shukla S, Woodle J et al (1983) : Misdiagnosisoy scrizophrrnia in bipolar patients: a multiethnic comparison, American journal 140 (12) : 1571 - 1574.
- Pewzner - Apeloig. E (2009) : L'homme coupable, la folie et la faute en accident, Odile Jacob. Paris.
- Pewzner - Apeloig. E (2009) : Psychologie universelle, psychologie plurielle: La psychologie est-elle une production culturelle ? Annales médico psychologiques. 163. 107-117.
- Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casus M (2008) : Cultural competency training in psychiatry. European Psychiatry 23: 549-558.
- Swendsen J. Compagnone P. (2000) : The expression of cognitive vulnerabilities for depression in daily life : a French - American study. European psychiatry, 1 (supp 2.1): 22-28.
- Taïeb. O, Heidenreich, Banbet. T, Moro. M.R (2005) : Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecine et maladies infectieuse. 35. 173-185.
- Thakker J, Ward T, Strongmann T (1999) : Mental disorder and cross-cultural psychology : a constructivist perspective. Clinical psychology Reviez. Vol 19 n° 7m PP 843-874.

- Tiberghien G, Beurois J.L (2008) : Domination et impérialisme en psychologie, *psychologie Française*. 53,135-155.
- Yilmaz AT, Weiss M.G (2001) : Cultural formulation : clinical case study, in : Yilmaz AT, Weiss M.G, Riecher- Rössler A, editors *cultural psychiatry: euro international perspective basel*: Karger: 129-140.