

## علم النفس المرضي: نماذجه ومفاهيمه الأساسية

### I. علم النفس المرضي ونماذجه:

#### 1. مفهوم علم النفس المرضي:

علم النفس المرضي يهتم بدراسة الأمراض العقلية. وهو "يتمثل في مجموعة البناءات النظرية التي تهتم بالآليات و بأسباب الاضطراب العقلي المحتملة". منهجيته هي قبل كل شيء إكلينيكية. فهي تنطلق من حقائق ملاحظة (أعراض، سمات الشخصية، نوعية العلاقة أثناء المقابلات) لتقديم فرضيات عليا محتملة (إفلين بيوزنر Evelyne 1995Pewzner: 5-7).

وأما في نظر لنظري-لورا، Lantéri-laura، (1991: 117-118) في إفلين بيوزنر، م.س.، ص 6) فإن علم النفس المرضي يمثل الوسيلة التي تستخدم، بفضل نوع من المعرفة السامية، لتفسير تفاصيل السيميولوجية (السمات الإكلينيكية) وحيرة العليات (الأسباب) وضعف الاتساق المنتظم.

علم النفس المرضي يهتم في نظر (بوني أنياس وفرنادز ليديا Bonnet Agnes Lydia Fernandez، 2017: 14) بوصف الاضطرابات النفسية الباتولوجية (أي المرض النفسي، العقلي، أو مرض العقل) وبالفهم الذي يتعلق بمصدر (علية) الاضطرابات وبآليات هذه الاضطرابات. وبالتالي يمكن أن يعرف بأنه العلم الذي يعنى بدراسة ووصف وفهم وعلاج الاضطرابات العقلية.

بالنسبة لجون منيشال Jean Ménechal (1997) علم النفس المرضي يعرف بأن علم المعاناة النفسية له علاقة مباشرة بدراسة العقل البشري من منظور علم النفس الإكلينيكي وبطب العقل من منظور الطب النفسي.

بالنسبة لجون لوي بدينيلي Jean louis Pedinielli (2009) علم النفس المرضي ينتمي إلى علم النفس الإكلينيكي الذي يعرفه بأنه "اختصاص فرعي من علم النفس موضوعه الدراسة والتقييم والتشخيص والمساعدة وعلاج المعاناة النفسية مهما كان مصدرها (بوني أ. وفرنادز ل. ، م.س. ص 15).

خلاصة القول بالنسبة لبوني أ. وفرنادز ل. ( م.س، ص 16) أن علم النفس المرضي يمكن اعتباره كمنهج يسمح بوصف الاضطرابات السيکوباتولوجية وكإطار نظري يهدف إلى فهم مصدر الأحداث الطبفسية. وهو يستعين بمجموعة من الأطر المرجعية والاختصاصات (الطب النفسي، علم النفس، التحليل النفسي، علم الاجتماع، الأنتربولوجيا الخ ...) التي بإمكانه أن تقدم عناصر من المعرفة عن المرض العقلي و الاختلالات النفسية بكل أبعادها.

وتتمثل أهداف علم النفس المرضي كذلك في نظر كثير من الباحثين في: الفهم والمعرفة من أجل الوصول إلى التفسيرات المحتملة المناسبة والكشف عن مدلولات الاضطرابات من خلال التمازج المتبادل (ياسبرس Jaspers) أي الإحساس والتصور لما يعيشه المريض

والاهتمام بحالته النفسية الراهنة وبتطوره التاريخي الداخلي والخارجي ومن خلال القدرة على الإصغاء وإقامة علاقة حوار متميزة بالاحترام والتسامح والانفتاح والتخلي عن الأحكام المسبقة (قابريل دوساي Gabriel Desahaies ، 1967 : 18-23).

ويجمل قابريل دوساي (م.س، ص 6-7) أهداف علم النفس المرضي في ثلاث خصائص:

- التعرف على البنى الأساسية للشخصية المضطربة وعلى محددات المرض العقلي.
- الاحتواء في نفس الوقت على رؤية نظرية و نقدية تشمل كل جوانب النشاط النفسي المضطرب.
- السعي إلى دمج معلوماته في المعرفة العلمية الكلية للإنسان.

ومن المهام المنوطة بعلم النفس المرضي كذلك السعي إلى تقديم معارف جديدة لعلاج الاضطرابات العقلية والوقاية منها.

ويعتمد علم النفس المرضي على تقنيات الملاحظة وعلى السيرة الذاتية للشخص وعلى مجموعة المعلومات المرتبطة بماضي المريض الضرورية للممارس المعالج من أجل إنجاز تقييمه وعلى ملاحظة السلوكات وتحليل الخطاب وسلاليم التقييم واختبارات الذكاء واختبارات الشخصية والاستبيانات ودراسة الحالات والمقابلات (قريبو إ. أرجيازي إ، بيون قالو، G. Billon ، Orgiazzi I. ، Grebot E. ، 2001 ، <http://experpts.numilog.com/books/2706109475/pdf>).

وأما نربارسيلامي (968-969) فيرى بأن السيكيوباتولوجيا تهتم بدراسة اضطرابات السلوك المتمثلة في اختلالات الوظائف النفسية (الفكر، الإدراك، القدرة الحركية الخ ...) التي تتميز عن الانحرافات والنقائص السلوكية.

وأما في نظر هنري فالون ( 1976 : 297-298) فإن علم النفس المرضي يسعى من خلال دراسته للاضطرابات العقلية إلى الكشف عن الآليات النفسية لهذه الاضطرابات و إلى تحديد السمات الأساسية التي تعكس انحراف الفرد عن النفسية السوية. ويتولد عن هذه الزملة السيكيوباتولوجية يقول فالون اختلال عميق للشخصية والحكم.

ولكن مهمة علم النفس المرضي في النهاية تكمن في عملية التأويل من أجل تجاوز التناول الوصفي للممارسة الإكلينيكية والنظرة الاختزالية للكشف عن مدلولات الاضطرابات من خلال الاهتمام بشخصية المريض بكاملها وبتاريخه الخاص وبارتباطاته الأسرية والاجتماعية والثقافية (إفلين بيوزنر، م.س، ص 6-7) لأن "الاضطراب العقلي بسبب تعقيده وثرأه وارتباطه الوثيق بعالم الثقافة ومكوناتها الرمزية يتطلب معرفة عميقة بهذه الثقافة" (إفلين بيوزنر، 1996 : 24-26).

إن عملية التأويل هي بالفعل و بكل تأكيد المهمة الأساسية و الخاصة لعلم النفس المرضي. يفهم من هذا بأن الأعراض عوض أن تكون مجردة من أي معنى فغنها على العكس من ذلك تحتوي على مدلولات.

وهذه المدلولات لا يمكن أن تستوعب إلا من خلال اللجوء إلى شخصية المريض. إن المعرفة العلمية التي تستهدف استجلاء مدلولات الظاهرة السيكوباتولوجية مهما بلغت من تطور و نضج فإنها لا تقوى على استيعاب هذه المدلولات إلا من خلال الاهتمام بالبعد الثقافي لأن الاعتماد عليه يعد ضروريا في كل الأحوال. فهو وحده الكفيل بالكشف عن مضمون خطاب المريض العقلي و عما يحمله من مدلولات ذات علاقة وطيدة بالمجموعة التي ينتمي إليها.

وبالتالي فإن المسعى السيكولوجي الذي يريد أن يحصر عملية تأويل السلوكات السيكوباتولوجية في الجانب الفردي أو يجعله بين أيدي الإنسانيين الجدد ذوي الميول البيولوجية يبقى في نظر الكثير من الباحثين قاصرا و أحيانا مغالطا (أحمد أبو زيد ، 2004: 30-34 ؛ طوماس ل. و لونور. في إبراهيم سو 1978: 135؛ إفلين بيوزنر، 1996: 31-37).

وإذا كانت السيكوباتولوجيا تستهدف الكشف عن كل الاضطرابات النفسية بجميع أشكالها ومضامينها التي يعاني منها الأفراد أو/لا التي لا تتحملها المجموعة التي ينتمي إليها فإنها كاختصاص حينما تريد أن تصف هذه الاضطرابات و تتعرف على آلياتها النفسية أو تكشف عن الأعضاء أو الأنظمة التي تتدخل في إحداثها أي على أسبابها ومحدداتها فإنها تلجأ إلى مختلف التناولات والنماذج النظرية والمنهجية المرتبطة بعلم النفس المرضي إذ أن تعقيد النفسية و تعدد العوامل المسؤولة عن السلوكات الإنسانية تبرر حتما هذا اللجوء وهذا التنوع (إفلين بيوزنر ، 1995: 6-7).

## 2. نماذج علم النفس المرضي:

### 1.2. النموذج العضوي:

النموذج العضوي في دراسته للاضطرابات العقلية انصرف اهتمامه في بداية الأمر إلى الكشف عن السمات الإكلينيكية الأساسية التي تسمح بتصنيف هذه الاضطرابات وفق مجموعات متميزة. "إن الآلية الطب نفسية بتبنيها لهذه المنهجية عمدت إلى تفتيت الحالات السيكوباتولوجية وحولتها إلى مجموعة من الذرات منفصلة عن الكل، لا تمثل الهلوسة مثلا إلا جزءا واحدا من هذه المجموعة حيث تم الكشف عن مائة نوع من هذه الهلوسات التي لم يعد ينظر إليها كأثر وإنما كعلة مولدة للهذيان. إنه تفسير الكل من خلال الجزء والعلوي بالسفلي يقول (هنري أي Henri Ey، 2006: 66-56). إنه تفسير الهذيان من خلال الهلوسة وتفسير اختلال الإنية من خلال اضطراب الصورة الجسمية وشلل الهستيريا باضطراب الحركة.

ما يهم هذا النموذج على وجه الخصوص هي الاستعدادات التكوينية والمراحل المتتالية والحالات الثابتة التي ينتهي إليها المرض. وهو بهذا الأسلوب يسعى إلى تحديد مختلف الوحدات المرضية وتتبع مراحل تطوراتها. ومما يؤكد عليه هذا النموذج في تفسيره لظهور الاضطرابات العقلية اهتمامه الشديد بالسبب العضوي وإهماله للبعد النفسي.

ويمكن القول كما يرى بوشان (Beauchesne 1986) في سربان يونسكو Serban Ionescu (2006: 39-40) بأن الطبيب الألماني إميل كرابلين Emil Kraepelin (1856-1926) يمثل ذروة الطب النفسي العضوي. ويمكن أن نعتبر بأن الطب النفسي الحالي بكامله هو مشتق من عمل كرابلين الذي استمر لأكثر من ثلاثة عقود أفضى إلى إصداراته التسعة المتتالية لمرجعه الذي احتوى على أكثر من 2500 صفحة وأربعة أجزاء. هذا الإصدار الذي "يعد في نفس الوقت تصنيفا ومرجعا عمليا للتعليم يسمح باستيعاب الطب النفسي إجمالا وبالطريقة الأكثر علمية في زمانه" (جريمي سنزل Jeremie Sinzelle، 2015: 42-47) حيث تمكن من الكشف عن أهم الوحدات الأكلينيكية وسماتها الأساسية.

إن كرابلين من خلال اعتماده على السيميولوجيا ومتابعته الدقيقة لتطور الاضطرابات واهتمامه بالسوابق العائلية تمكن من التمييز بين نوعين من الذهانات، الأولى موسمية ولا تتطور تدريجيا ولا حتميا نحو التدهور النهائي وهي أقل خطورة من الثانية وقابلة للعلاج وسمت في مرجعه بـ "جنون الهوس الاكتئابي" تندرج عند بعض الأطباء النفسيين من أمثال هنري أي ضمن الذهانات الحادة (جريمي سنزل Jeremie Sinzelle 2015: 42-47، دانيال قلبي Daniel Guelfi J.، 2015: 24-33). النوع الثاني من هذه الذهانات يتمثل فيما اصطلح على تسميته كرابلين بـ "الخبل المبكر" ويتكون من أشكال ثلاثة متميزة عن بعضها البعض وبإمكانها أن تتناوب عند نفس المريض، غير قابلة للعلاج، وتنتهي كلها إلى حالة خبلية وإلى ضعف عقلي تدريجي وشامل تعرف بالحالة النهائية (Verblödung). هذه الأشكال الثلاثة التي أدرجها كرابلين ضمن صنف الذهانات المزمنة تتمثل في الشكل الهيبيريني والشكل الكتاتوني والشكل البرانوي (إيف بليسيي Yves Pelicier، 1982: 92-93، هنري أي، Henry Ey et al، 1978: 534-535).

جنون الهوس الاكتئابي بالنسبة لكرابلين يمثل اضطرابا أساسيا. ويتعلق الأمر بزملة إكلينيكية و مترجمة لخلل عضوي (جريمي سنزل، م.س.). هذا الذهان يتطور عبر مراحل، أحيانا تكون هوسية وأحيانا ماليخولية، مع استرجاع كامل للعافية بين الطورين وهو قابل للعلاج (إيف بليسيي، م.س.).

كرابلين من خلال وصفه الدقيق للحالات المنتقلة والمتداخلة بين النوبات الهوسية والماليخولية توصل إلى مفهوم الحالات المختلطة مبينا بذلك الوحدة العميقة لهذين الشكلين من الاضطرابات. وبالتالي عمد إلى دمج كل الذهانات الموصوفة سابقا بالدائرية والموسمية في شكل ثنائي و متناوب اقترح إدراجه في إطار "جنون الهوس الاكتئابي" الذي عده كذهان داخلي أو تكويني بشكل أساسي (هنري أي، 1978: 286-298).

الخبل المبكر الذي يتكون من الأشكال الثلاثة المشار إليها سابقا يمثل عند كرابلين نوعا من الجنون المتميز بتطور تدريجي نحو حالة من الضعف النفسي وباضطرابات عميقة في العاطفة (لامبالاة، خمول، مشاعر متناقضة (هنري أي، م.س.)).

إلى جانب هذين الصنفين كرابلين أضاف صنفين آخرين من الذهانات هما البرانويا والبرافرينيا.

البرانونيا التي تتطابق مع الذهانات المنتظمة تمثل مجموعة من الهذيان بدون هلوسات و دون تطور خبلي وهي منطقية نوعا ما في تسلسلها (إيف بليسي، م.س). عرفها كرابلين سنة 1899 بأنها تمثل "نمو مخادع ذو صلة بأسباب داخلية و وفق تطور مستمر لنسق هذيانى دائم وغير قابل للزعزعة يتأسس مع الاحتفاظ الكامل بالوضوح والانتظام في الفكر والإرادة والفعل" (يان كروس وبرنار قلس، Yann Craus، Bernard Golse، 2016: 475-536).

وبين البرانونيا والخبيل المبكر ابتكر كرابلين (بين 1900 و1907) مجموعة أخرى من الذهانات هي البرافرنيا تحتوي على هذيانات هلوسية وتخيلية ولكنها تخلو من أي تدهور عقلي كذلك. هذا النوع من الهذيانات التي تعرف في مجال التصنيف الفرنسي بـ "هذيانات التخيل délires d'imagination (دوبري ولوفر Dupré et Logre، 1914) أو الهذيانات التخيلية délires fantastiques هي تتميز بالسمة التخيلية لموضوعاته وبثراء خيالي مميز للهذيان وبتعايش العالم الخيالي والعالم الواقعي لدى المريض و بانتظام ضعيف وغياب أي تدهور عقلي (ج. ل. بدينييلي و قي جموناز Jean Louis Gimenez Guy Pedinielli، 2009: 55-56).

كما نجد النموذج العضوي وهو يتطور يسعى إلى إلحاق المرض العقلي بالاختلالات الدماغية حتى كاد علم النفس المرضي يعادل نوعا من باتولوجيا الأعصاب وكادت أهدافه تنحصر في الكشف عن لائحة من الأمراض العقلية تكون مطابقة لمجموعة من الاختلالات الدماغية (قابريل دوسيز Gabriel Desaihes، 1967: 9-11).

"إن المنطق الميكانيكي العضوي الأصيل وهو يتطور رمى بالطب النفسي في أحضان تصنيف مشين يقول هنري أي (2006: 66-51) على أمل وبهدف اكتشاف تحت كل لائحة إكلينيكية محددة بدقة علة خاصة، بمعنى آخر اكتشاف وحدات مرضية أو أمراضا عقلية حيث الأعراض تبدو مرتبطة بأسباب عضوية تتطابق معها، وبالتالي جعل من كل مرض عقلي "مرضا خاصا".

ثم وجدنا بعد ذلك تناولات أخرى برزت منذ جاتيان دو كلرامبو Gaitan Gatian DeClérambault تناصر هذا النموذج تسعى إلى إلحاق هذه الاختلالات الدماغية المسؤولة في نظرها عن الاضطرابات العقلية إما بظواهر أساسية و إما باضطرابات الميكانيزمات العصبية الكيماوية وإما باختلالات جينية وإما بالتحويلات الديناميكية للنشاط العصبي:

أ. الظاهرة الأساسية أو "الآلية الذهنية" l'automatisme mental كما يسميها دو كلرامبو

أحد أنصار هذا النموذج تمثل النواة التي يتشكل منها كل ذهان هذيانى. وهي عبارة عن عملية عصبية تنتج عنها إحساسات غير عادية و غير إرادية تفرض على وعي الفرد بصفة ميكانيكية (هنري أي، 1978: 118-119).

من منظور دو كلرامبو فإن الذهان الهلوسي المزمن ( psychose hallucinatoire chronique ) هو الذهان الذي يمثل هذا النوع من الهذيان المزمنة التي ترتبط بزمنة الآلية الذهنية التي تشكل الأرضية التي يقام و يبنى عليها تمثال الهذيان. هذه الآلية الذهنية تتركز على إنتاج عفوي غير إرادي من نوع ميكانيكي لانطباعات وأفكار وذكريات تفرض على وعي الشخص رغما عنه و من خارجه وإن كانت بداخله. بعبارة أخرى فإن هذه الذهانات الهلوسية المزمنة ذات الصلة بالآلية الذهنية يمكن اعتبارها بأنها متولدة مباشرة عن عملية عصبية متنقلة محدثة لإحساسات غير عادية مولدة هي الأخرى للهذيان (هنري أي، 1978: 119 و521).

ومن الذهانات الأخرى التي انشغل بها دو كلرامبو على وجه الخصوص الذهانات العشقية (les psychoses passionnelles) التي تضم هوس الحب (l'érotomanie) وهذيان المطالبة (le délire de revendication) وهذيان الغيرة (le délire de jalousie) إلى جانب ذهان البرانويا.

الهذيانات العشقية هي محصورة في الغالب في مجال الرغبة وموضوعاتها مرتبطة باهتمامات العشق وبعقائد الهذيان بأنه محبوب. وهو منتظم ومنطقي خال من أي هلوسة. هذيان العشق، هذا الهذيان الغرامي يمر بثلاث مراحل، مرحلة الأمل ثم الخيبة ثم الغل والحقد، يحول صاحبه إلى مضطهد مغروم (persécuteur amoureux) (إيف قروس وبرنار قلس، 2016: 475-536).

وأما بالنسبة لظاهرة البرانويا فإن دو كلرامبو بعد تحليلاته الصارمة لهذه الظاهرة انتهى إلى إلحاقها بالظواهر الفكرية العاطفية و هي قريبة من الذهانات الهلوسية المزمنة التي تعود في نظره إلى أسباب عصبية صرفة .

هذه الذهانات تتميز بهذيانات منتظمة وبنائها المنطقي استنادا إلى عناصر خاطئة وأخطاء أو خداعات تمثل "المسلّمات" لرواية هذيانية. وهي تؤدي إلى تركيز كل القوى العاطفية في اتجاه بناء هذيان يسلّم كل النشاط النفسي إلى أهدافه.

أعراض الهذيان (التأويلات، الخداعات، الإدراكات الهذيانية، النشاط الهلوسي، التحريف، الحدس) كلها ذات صلة بباتولوجيا الاعتقادات. هذا النسق الهذيان يتطور وفق دو كلرامبو عن طريق الحدس والحجج الخاطئة والخداعات والتأويلات الخالية من أي هلوسة (هنري أي، 1978: 516).

ب. العامل الآخر المسؤول عن الاختلالات الدماغية المحدثة للاضطرابات العقلية يتمثل في اضطرابات المکانزّمات العصبية الكيماوية ذات الصلة بالنواقل الكيماوية التي تتحكم في تنظيم الوظائف العصبية للمخ مثل النورادرينالين والدوبامين والأستيلكولين. بعض الأمراض العقلية مثل الفصام يمكن أن تعود إلى هذا النوع من الاضطرابات حيث تبين لبعض الباحثين بأن تناول بعض المهدئات مثل الكلوربرومازين أو أي عقار آخر مضاد للدوبامين مثل الكلوزابين يؤدي إلى انخفاض مهم في الهلوسات والتفكك والانفعالات المضطربة، وكلها سمات مميزة لهذه الحالة المرضية (بول شلرشلاند Paul M. Churchland، 1999: 193-194).

ج. الاختلال الجيني كعامل محدث للاضطرابات العقلية أهاب بأنصار البيولوجيا الجزيئية إلى الاهتمام بالكشف عن الجينات التي تهيئ بعض الناس للإصابة بهذه الاضطرابات بسبب القصور الذي تحدثه في المخ (دانيال كيفلس ولوروي هود Daniel Kevles & Leroy Hood، 1977: 133). وحجة أنصار هذا الاتجاه في التمسك بهذا الطرح الذي يصر بشكل قاطع على رفض كل تنظيم نفسي لا يعكس اضطرابا عصبونيا ووراثيا هو اكتشافهم سنة 1992 على مستوى كروموزوم 19 لجين أبوه (APOE) الذي يتحكم في إنتاج البروتينات الدهنية (apolipoprotéine E4) حيث تبين لهم بأن هذا الجين يمثل السبب الرئيسي في ظهور مرض الزهايمر عند المسنين (مات ريدلي Ridley Matt، 2001: 300-301). وبعد هذا الاكتشاف تم التعرف مؤخرا على ثلاثة جينات جديدة تكون مسؤولة عن الأشكال الشائعة لمرض الزهايمر التي تظهر في وقت متأخر. يتعلق الأمر بالجين CLU و CR1 المكتشفين من قبل فريق فرنسي و جين PICALM المكتشف من قبل فريق بريطاني. وقد تبين من خلال هذه الدراسات المختلفة بأن التحولات التي تطال هذه الجينات هي المسؤولة عن الإزالة غير الفعالة لجزيئ البيبتيد بيتا أميلويد ( peptide béta amyloide) أو عن إنتاج المفرط الذي يتراكم في مخ هؤلاء المرضى المصابين بمرض الزهايمر ويكون صفائح (لامبار و آخرون J.C. Lambert ، 2009). وكل عمل أو دواء يسمح بمنع إنتاج الأميلويد أو محاولة إزالة الصفائح المكونة من خلال عملية التحصين إلى جانب التفكير في أساليب أخرى كالاتتماد على الخلايا الجذعية يمكن أن يمثل مسارا للعلاج (جون بيار بريون Jean Pierre Brion، 2009: [www.info-alzheimer.be](http://www.info-alzheimer.be)). لكن عملية الكشف عن الشفرة الوراثية يبدو أنها لم تحقق كل الآمال وتكون قد أحدثت نوعا من الخيبة في صفوف الباحثين لأن الشفرة الوراثية ميزتها أنها غير وظيفية. ولهذا فإن الاهتمام اتجه بعد ذلك إلى البحث في مجال الشفرة البروتينية ( le protéome). وهي مجموعة البروتينات التي تمثل منتج الشفرة الوراثية وتتحكم في الوظائف الفسيولوجية والباتولوجية (سمير حناش، جريدة لوموند، 2002/11/27). و يهدف التركيز على الشفرة البروتينية إلى التعرف على البروتينات التي تنتجها الجينات من أجل فهم بنيتها ونمط تعبيرها ووظائفها السوية والبنطولوجية.

وفي هذا الإطار تتحدث دراسة جديدة قام بإنجازها فريق من كلية الطب بجونيف بقيادة الأستاذ كارل هانز كروز Karl Heins Krause عن اكتشاف آلية خلوية تكون مسؤولة بصفة مباشرة عن الإصابة بمرض الزهايمر. ويتعلق الأمر بتلف على مستوى النسيج الدماغى ناجم عن بنية باتولوجية (صفائح أميلودية plaques amyloides) لها علاقة بتأثير بروتين. هذه الصفائح الأميلودية تؤدي إلى تنشيط خلايا المناعة التي تؤدي بدورها إلى تخريب العصبونات بسبب إفرازات سامة لإنزيم معروف بـ Nox2 منتج لجزيئات "الجنور الحرة" المضرة بهذه العصبونات (جريدة لوموند، 2005/11/22).

د. بدت العلوم العصبية في العقود الأخيرة منشغلة بفهم الاضطرابات العقلية من خلال التحولات الديناميكية للنشاط العصبي وليس من خلال التفسير المختزل القائم على الاختلالات العصبية (مارك جينورود Marc Jeannerod، 2002). إن السعي الحثيث للكشف عن الأسس البيولوجية والجزيئية لوظيفة الوعي بفضل علم البيولوجيا العصبية والتقنيات الحديثة للتصوير العصبي والعلوم المعرفية بصفة عامة يعكس إصرار هذا الاتجاه البيولوجي على

عدم الاعتراف بأي تنظيم نفسي قائم على اللاشعور كما يتصوره التحليل النفسي (بيار بوزر وريمي لستيان Pierre Buser et Remy Lestienne، 2001: 187-189). طريقة التصوير العصبي بواسطة الارتداد المغناطيسي الوظيفي النووي (IRMfonct.) تسمح برسم خرائط الأنشطة العصبية التي لها علاقة باضطرابات الوظائف العقلية مثل الهلوسات عند الذهانين (ج.ب. دوشانجو، J.P. De Changeux، 1983: 183-185). وتتميز هذه الطريقة بقدرة على الإيضاح جيدة إذ باستطاعتها أن تصل إلى الكشف عن أجزاء صغيرة تقدر بالمليمتر. وهي حساسة كثيرا للاختلافات الدقيقة المميزة للمادة الرخوة حيث بإمكانها أن تتعرف على التشريح الداخلي للمخ بكل سهولة وأن تكشف على المناطق العصبية الميتة أو المعطوبة منه (ب. شرشلان، 1999: 178-179). فبواسطة التصوير العصبي لمخ المريض الذي يعاني من الحبسة مثلا تم الكشف عن بقعة داكنة على مستوى النسيج الدماغي المصدوم من منطقتي بروكا و فرنيك (ب. شرشلان، م.س. ص 183). كما تم الكشف عن تلف بالمخ على مستوى حصان البحر (hippocampe) بالنسبة لمريض كرساكوف ومريض الزهايمر اللذان يعانيان من الأمنيذا (أ. لوري Leury A.، 1993: 32، شرشلان، م.س. ص 189).

وبالاعتماد على آلة الفحص عن طريق التصوير الشعاعي بواسطة انبعاث الإلكترون الموجب (TEP) يمكن أن نتعرف على مختلف جوانب النشاط المعرفي والعصبي للإنسان بكل دقة وبالتالي تحديد ومعرفة الملمح غير السوي لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات عصبية وطبفسية (ب. شرشلان، م.س. ص 176-178).

ولكن هذه الطرق برغم الانقلاب الذي أحدثته في مجال الممارسة الطبفسية تبقى في نظر بعض الأطباء النفسيين (هنري قريفوا Henri Grivois، جريدة لوموند، 2002/5/3) طرقا سطحية لن تتمكن في أحسن الأحوال إلا من تسجيل الأعراض وليس الأسباب لأن الهلوسات كبقية الأعراض الأخرى تعد نتيجة للمرض العقلي وليس سببا من أسبابها. وهو نفس الانتقاد الذي سبق أن وجهه جاك لكان لدو كلرامبو فيما يخص الظاهرة الأساسية. و بالتالي فإن هذه النظرة كما يرى سربان يونسكو Serban Ionescu (2006: 41) لم تستطع تقديم أجوبة نهائية.

## 2.2. النموذج العضوي الديناميكي:

هذا النموذج الذي أسسه هنري آي، انطلاقا من أعمال جاكسون هلنتون Jackson H. وبيار جاني Janet P. وموناكو ومورج Monakow et Mourgue وقلدشتاين Goldstein وفرويد Freud يتبنى نظرة كلية تريد أن تجمع بين ما تراه مهما ومقبولا في التحليل النفسي وبين النموذج العضوي (سربان يونسكو، 2006: 40). وعلى هذا الأساس فهو يهتم اهتماما بالغا بتأثير الاضطراب العصبي والعضوي في ظهور السلوك المرضي ويعتبر بأن القوى النفسية لها ديناميكية أساسية في تشكيل بنية اللائحة الإكلينيكية وتطور الأمراض العقلية. ومن تم فإن الاضطراب العقلي يبدو في نظر هذا النموذج كأنه اختلال للحياة النفسية وتنظيم جديد يعود بالفرد إلى الوراء و إلى مستوى متدني من النمو التكويني.

"إن الظاهرة السيكوباتولوجية يقول هنري آي (b:1978: 58-65) تتمثل في الاضطراب الدائم و القابل للانتكاس لتنظيم الذات النفسية التكويني ...

إنها تعكس نوعا من التعبير الواضح أو المعقول لخلل أو عجز يعيق الاندماج المعياري للحياة العلائقية لأن هذه الأخيرة بسبب نموها الكافي لم تصل إلى الحد الأقصى من النضج و التوازن والاستقلال أو لأنها بعدما بلغت مستوى مقبولا من النضج والتوازن لم تستطع البقاء فيه ...

فحقيقة المرض العقلي و تعقده الديناميكي يتضمن انحرافا عضويا إكلينيكي يمنع تحقيق التطابق المباشر بين الدماغ و الفكر و يستدعي حدوث عملية إعادة تنظيم أثناء عملية التفكك وحدثا نفسيا مميزا للظاهرة السيكوباتولوجية... "

ولأن التطابق قائم بين العضوية والتنظيم النفسي من جهة وبين البناء الديناميكي المتدرج الناجم عن تطور الشخصية والوعي والوظائف العصبية ونضجها. وهذا التطور يتمثل في الانتقال من البسيط إلى المعقد ومن المنتظم إلى المنتظم الأقل ومن الآلي إلى الإرادي وهي النظرة التي استلهمها هنري آي من هلنتون جاكسن (إمانوال دو ليل Emmanuel Delille، 2008: 203-219).

من جهة أخرى فإن الاضطراب العقلي ينتج عن التفكك الذي يهدم هذا البناء ويهدم نموه. ويتميز هذا التفكك بمنحى إيجابي ناتج عن نشاط العناصر العصبية غير المتأثرة بالعملية الباثولوجية المحدثة للتحويل من الأكثر انتظاما إلى الأقل تعقيدا والأكثر آلية (هذا المنحى الإيجابي يتبدى في الأعراض الإيجابية المتمثلة في الخداعات والهوسات والهذيانات والتصرفات الغريبة). وبالتالي فإن أفكار المرضى العقليين وأفعالهم تبدو كأنها بقايا لحالات صحية و كمظاهر لبقية من التكيف و الصحة إذ أن التفكك يخرب المستويات الأكثر وعيا ويكشف عن المستويات الدنيا التي تظل سوية بفضل رقابة المراكز العليا وفي نفس الوقت يحرك ويحرر المستويات العليا من المستويات الدنيا (دو ليل، م.س، ص 205).

ويعود سبب هذا التفكك في نظر هنري آي إلى العامل العضوي أما النكوص إلى المستوى المتدني وعدم النضج يمتح للاضطراب العقلي مظهره الإكلينيكي وتنظيمه الإيجابي (هنري آي، 1978: 58-65).

"فمدلول الجنون يقول (هنري آي، 2006: 51-66) يتجلى بكل سهولة في ذلك الاضطراب للحياة النفسية وفي ذلك التفكك الذي يتولد عن اضطراب القاعدة العضوية. فلا داعي إلى التساؤل هل المرض العقلي يعود إلى علة نفسية. إنه ليس كذلك. إنه نمط سفلي للحياة النفسية تبدو مضطربة في ومن خلال قاعدتها العضوية الخاصة..."

ويضيف: "إن المرض العقلي إذا كان دائما عضويا في عليته فإنه يكون دائما نفسيا في تكوينه إنه اختلال عقلي ذو طابع عضوي..."

ويترتب عن هذا التفكك و هذا النكوص نوعان من الأعراض الباثولوجية، تتمثل الأولى في الأعراض الأولية أو السلبية (symptomes négatifs) التي تعبر عن تفكك الوظائف مثل اضطراب الفكر أو اضطراب اللغة في حالة الفصام، والثانية في الأعراض الإيجابية أو الثانوية (symptomes positifs) التي تعبر عن تحرر الوظائف الكامنة المرتبطة

بالنشاط النفسي المتبقى على المستوى المتدني مثل هروب الأفكار والخيال والسلوك الصبباني والهذبان الخ ...

وبتم تفسير الاضطراب العقلي بالنسبة لهنري آي من خلال عاملين أساسيين هما الوعي والشخصية.

فالوعي كتنظيم بنوي يعكس الحاضر ويعبر عنه يمكن أن إلى التفكك، وقد تنجر عن هذا التفكك الذي يخل بوظائف اليقظة التي تسمح لنا بالتكيف في كل لحظة راهنة و يخل بالتواصل بين الذات ومحيطه أي بالحياة النفسية الراهنة اضطرابات مختلفة تتباين في خطورتها وحدتها بحسب درجة هذا التفكك. وتتمثل هذه الاضطرابات في الذهانات الحادة.

فالهوس والماليخوليا يرتبطان بالتفككات الخفيفة. وترتبط النوبات الهذيانبة بالأشكال المتوسطة. وأما الحالات الخلطية فتتجم عن الأشكال الخطيرة. وتندرج كل هذه الحالات ضمن ما يسميها هنري آي بالذهانات الحادة.

وإلى جانب تفككات مجال الوعي هذه نجد تفككات الشخصية التي تؤدي إلى الاضطرابات العقلية المزمنة التي تخل بوظائف اليقظة التي تسمح بالتكيف والتواصل مع المحيط. وهي تستند على خلفية دائمة ومستقرة أو تدريجية لاضطرابات الوعي (فصامات، ذهانات الخبل) أو اختلالات مزمنة عصابية أو هذيانبة للشخصية ناجمة عن عمل كامن أو سابق لاضطرابات الوعي (هنري آي، 2006: 171-172).

وينشأ عن التفكك الخفيف في مثل هذه الحالات كل أشكال العصابات وعدم الاتزان النفسي، وعن التفكك المتوسط حالة الفصام والهذيانبات المزمنة، وعن التفكك العميق حالات خبل الشيخوخة.

وإذا كان هنري آي قد اهتم كثيرا بالجانب النفسي فإنه يعد من ألد خصوم النظره الاجتماعية في تفسيره للاضطراب العقلي (روجي باستيد، 1965 Roger Bastide: 97-99). وهذا لا يعني بأنه لا يولي أي اهتمام للوسط أو للعامل الاجتماعي في فهم وتكوين وتطور الشخصية وإنما يرفض أن يكون للعلية الاجتماعية أي تأثير على ظهور الاضطراب العقلي لأنه لا يريد أن يفسر التفكك العقلي من خلال قوى التنظيم الاجتماعي أو في إطار علاقة الفرد بالوسط الاجتماعي. فبين المرض العقلي والسواء يوجد في نظره تباين نوعي ولا يوجد أي امتداد أو أي تباين كمي في اتجاه الزيادة أو النقصان.

وإذا كان هنري آي يعترف بوجود مواقف اجتماعية محدثة للاضطراب والشذوذ فإنه يرفض فكرة الذهانات الرجعية التي تنجم مباشرة عن الأحداث لأن الذهاني، خلافا للإنسان العادي الذي يستجيب للأحداث ويعرف كيف يتكيف مع تحولات الأوساط، يجد نفسه عاجزا وفاقدا لأي قدرة رجعية. فسبب الاضطراب لا يكمن في الموقف النفسي الاجتماعي المأساوي وإنما يعود إلى المنشأ العضوي لأن الاضطراب ليس له أي علاقة بتأثيرالموقف وإنما يرتبط بعتبة الاستجابة التي تجعل المريض يتفاعل مع الأحداث بشكل باتولوجي. إن ما يلاحظ على المريض من مظاهر نفسية هي في الغالب ذات صلة بما تبقى لهذا الشخص من قدرات، فإن فقدت هذه الأخيرة تلاشت الأولى واضمحلت (فالمريض العقلي مثلا لا يقوى على الهذيان إلا إذا كان يملك قسطا من القدرة على التكلم). و من هنا يأتي خطأ التحليل النفسي في نظره الذي يجعل من الأثر سببا للاضطراب.

إن الذهنية الطفولية سواء كانت فمية أو شرجية أو نرجسية التي تتحرر وتبرز لا تمثل في نظر هنري أي السبب المؤثر على مستوى اللاشعور بل هي أثر لتفكك الذهنية عند الراشد. "إن الأمراض العقلية يقول هنري أي هي عبارة عن شتائم وعوائق للحرية وليست ناجمة عن النشاط الحر أي أنها ليست نفسية تكوينية صرفة".

ولكن جاك لكان (Jacques Lacan، 1947: 123-165) يرى عكس هذا ويعتبر بدوره هذه النظرة منقوصة وخاطئة لأنها تلحق الاضطراب العقلي ب " لعبة الأجهزة المشكلة ... في ظل نسيج الجسم". وهي بالتالي لا تختلف عن نظرة هلينقس جاكسون Hulings Jackson التي تلحق الاضطرابات العصبية والطبية النفسية بمجموعة مشتركة من التفككات التي لا تسمح بالتمييز بين الحبسة و الخبل أو الألم الوظيفي و التوهم المرضي أو بين الإدراك المضطرب والهלוسة.

وهو بهذا التفسير غير المقنع من وجهة نظره لا يستطيع أن يفرق بين هذين النوعين من الاضطرابات لأن المريض الذي يعاني من الاضطراب العصبي لا تفتقر شخصيته المتبقية (أي المنقوصة) إلى القدرة على التجاوب مع الاضطراب السلبي. وبالتالي فهو لا يختلف عن المضطرب عقليا. ومن ناحية أخرى تبدو نظرتة هذه في رأيه متسمة بكثير من التناقض لأنه في الوقت الذي يثقل عروضه بالحديث عن الوصف البنيوي المشحون بالنشاط النفسي يصر على التكرار لفكرة التكوين النفسي.

### 3.2. النموذج الكرابليني الجديد (غير النظري):

يهدف هذا النموذج إلى التخلص من مفهوم الشخصية و إلى التقليل من أهمية الكفاية الإكلينيكية لدى الطبيب النفسي. ومبرره الأساسي في تبنيه لهذا الموقف هو فصل مشكل العلة عن السيميولوجيا أو علم الأعراض لتجنب إشكالية الاختلاف التي تواجه الطب النفسي فيما يتعلق بالأسباب الأساسية والأمراض الكامنة وراء الزملات. وتتمثل الوسيلة المعتمدة لتحقيق هذا الهدف في إيجاد معايير تشخيصية (critères diagnostiques) لوصف الزملات بدقة واستخدامها كأداة جيدة في عملية التشخيص.

هذا النموذج الذي تبلور في الولايات المتحدة كان له إسهام كبير في تغيير ملامح الطب النفسي في نهاية القرن المنصرم من خلال إصداره لوثقمة مهمة تعرف بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM III سنة 1980 التي تعترف ب 230 صنفا من الاضطرابات العقلية المختلفة . هذه الطبعة أحدثت تغييرا كبيرا في تصنيف الاضطرابات العقلية بسبب تخليها عن النظرة النفسية البيولوجية لأدلف ماير (Adolf Meyer) المعتمدة في التصنيفات السابقة (DSM و DSM II) والتي كانت تعتبر الاضطرابات العقلية ك"ردود فعل" الشخصية للعوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية.

هذه الطبعة الثالثة تم تعديلها سنة 1987 حيث نجد كثيرا من المؤشرات والزملات قد طالها التنقيح. ومقارنة بهذه النسخة (DSM III R) فإن DSM IV نجده هو الآخر قد أدخلت عليه بعض التغييرات .

ما نلاحظه أن أصنافا من الاضطرابات التي كانت موجودة في النسخة السابقة قد اختفت أو أدمجت في أصناف أخرى ضمن DSM IV. من بين هذه الاضطرابات المخفية نجد اضطراب الهوية، اضطراب التخنت، الشخصية المذعنة، العدوانية، الاضطراب الهذيانى

(البانويي) والعوامل النفسية المؤثرة في الإصابة الجسمية، وكذلك اختفاء الإشارة إلى مفهوم العصاب واستبداله بمصطلح اضطرابات القلق. وفي نفس الوقت نلاحظ إدراج اضطرابات جديدة ضمن DSM IV، من بينها زملة ريت وهيلر وأسبرجر، واضطراب التغذية لدى الطفل الصغير والهذيان الارتعاشي ذو العلل المتعددة والخبل ذو العلل المتعددة والاضطراب الكاتوني الناجم عن إصابة جسمية والاضطراب ثنائي القطب، والضغط الحاد والاختلال الوظيفي الجنسي الناجم عن إصابة جسمية والاختلال الوظيفي الجنسي الناجم عن مواد نفسية نشطة والسبخ واضطراب النوم المرتبط بالتنفس. فيما تم الجمع بين الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى. كما تم إدراج ضمن هذه النسخة ملحقا يقترح معطيات تتعلق بصياغات تخص الجوانب الثقافية ويضم لأول مرة قائمة بخمسة وعشرين زملة مرتبطة بالثقافة (سريان يونسكو، م.س. ص ص 9-26).

الطبعة المعدلة DSM IV-TR صدرت سنة 2000 والتي تواصل وتعمق العمل الذي شرع فيه منذ DSM III تضم مجموعة من التعديلات يقول أصحابها (DSM IV-TR، 2000) بأنها تهدف إلى ضمان استمرار النص الوصفي في إدراج التعديلات المتجددة حول مختلف الاضطرابات الموجودة في هذا التصنيف.

ومن هذه التعديلات التي "تتميز بأهمية كبيرة محتملة بالنسبة للإكلينيكين والباحثين والتي بإمكانها أن تكون ذات تأثير على الاستخدام اليومي لـ DSMIV" ويشار إليها ضمن ملخص الاستخدام:

1. توضيح يتعلق بتعريف اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر.
2. تغيير مؤشر المدلول الإكلينيكي من خلال مجموعة المؤشرات الخاصة باضطراب اللزمات.
3. تعديل التعبير الخاص بمؤشر المدلول الإكلينيكي للانحرافات الجنسية.
4. تغيير في علامات الترميز بهدف تحديد الأعراض الطبفسية ذات المدلول الإكلينيكي المميزة لأصناف من الخبل.
5. رفع اللبس عن الخصائص المميزة لحالة الاكتئاب الحاد.
6. توضيح فيما يخص الإجراءات الخاصة بالمحور الخامس المتعلق بتقييم السير الشامل (EFG).
7. توضيح فيما يخص مفهوم "الإدمان على مجموعة من المواد".

النسخة الخامسة لـ DSMV صدرت سنة 2013. وهي الأخرى عرفت عدة تعديلات مهمة. هذه الطبعة التي أنجزت تحت إشراف دافيد كبر David J. Kupfer وزميله دانيال رجبي Daniel A. Regier تشتمل على ثلاثة فصول، الفصل الأول خصص للمقدمة وتوضيح طريقة الاستخدام، والفصل الثاني وهو الأساسي تضمن المحكات التشخيصية والرموز المميزة لـ 22 صنف من الاضطرابات عوض 17 الموجودة ضمن DSM IV. وأما الفصل الثالث فقد اشتمل على وسائل القياس المستجدة والحديث عن نموذج DSM V لاضطرابات الشخصية البديل. وضمن الجزء الأخير المخصص للملاحق فقد تمت الإشارة إلى التعديلات التي طرأت على DSM V كما احتوى على قائمة للمفاهيم الثقافية ذات الصلة بالمعاناة.

وأول تعديل نكتشفه ضمن هذا التصنيف، التعديل الذي يتعلق بتعريف الاضطراب العقلي ومفاده كما يلي: "الاضطراب العقلي يمثل زملة متميزة بتدهور إكلينيكي واضح على مستوى المجال المعرفي والتنظيم الانفعالي والسلوكي للفرد يعكس اختلالا في عملية السير الذهني الأساسي النمائي البيولوجي أو النفسي.

وتكون الاضطرابات العقلية في الغالب مصحوبة بمعاناة واضحة أو عدم التكيف في المجال الاجتماعي أو المهني أو أنشطة أخرى مهمة. بينما الاستجابة المتوقعة أو المعززة ثقافيا لضغوط عادي أو لفقدان بسبب الموت أو بسبب فقدان محبوب لا تعد اضطرابا عقليا. كما أن الانحراف السلوكي الاجتماعي (مثل الانحراف السياسي أو الديني أو الجنسي) والصراعات التي تحدث بشكل أساسي بين الفرد و المجتمع لا تعد من الاضطرابات العقلية باستثناء الانحرافات أو الصراعات الناجمة عن اختلال على مستوى الفرد كما هي موصوفة سابقا" (DSMV: 20).

وهو التعريف الذي حل محل التعريف الوارد ضمن التصنيفات السابقة حيث الاضطراب العقلي نجده يمثل "زملة أعراض أو مجموعة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية تميز الفرد وتكون مرتبطة بمأساة راهنة (عرض المعاناة) أو بعجز (إعاقة في إحدى الميادين الأساسية للتنظيم، أو بزيادة في خطورة التعرض إما للموت أو الألم أو العجز أو فقدان لقسط كبير من الحرية" (DSMIIR: XXV).

وأما التعديلات الأخرى المشار إليها ضمن (DSM V، ص ص 809-816) فتتعلق:

1. بفصل بعض الاضطرابات عن أصناف سابقة مثل الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة. الصدمات و الضغوط و الاضطرابات المرتبطة. اضطرابات الإخراج. اختلال الجنس gender dysphoria. اضطرابات الشذوذ Paraphilic disorders.

2. إضافة اضطرابات جديدة تتمثل في " اضطراب اختلال المزاج المخرب mood dyregulation disorder disruptive عند الأطفال.

3. تغيير مسميات بعض الاضطرابات (طيف الفصام و اضطرابات ذهانية أخرى، اضطرابات عصبية معرفية).

4. إلغاء الاضطرابات الاصطناعية وإدماجها ضمن الأعراض الجسدية والاضطرابات المرتبطة.

5. الاهتمام بالعوامل الثقافية بنظرة جديدة حيث تم تعويض الزمالات المرتبطة بالثقافة بثلاثة مفاهيم أخرى متمثلة في الزملة الثقافية والتعبير الثقافي عن المعاناة و التفسير الثقافي أو العلة المدركة.

ولعل ما يميز هذا النموذج الذي بدأت ملامحه تلوح في الأفق منذ السبعينات هو اهتمامه بالعامل البيولوجي والنفسي والاجتماعي في تفسيره وتقييمه للاضطراب العقلي وتركيزه على الوصف الإكلينيكي بهدف الوصول إلى تحسين الثبات التشخيصي من خلال معايير دقيقة تسمح للإكلينيكين بتبني نفس التشخيص أثناء فحصهم للمريض.

وبالتالي فإن مفهوم البنية السيكوباتولوجية أو المدلول الي يسمح العرض بالكشف عنهما لم يعد لهما أي أهمية بالنسبة لهذا التناول الكرابليني الجديد حيث أصبح ينظر للأمراض على أنها وحدات خفية تتمثل في مجموعة من الزمالات تشخص من خلال سمات إكلينيكية

محددة بدقة. وينصرف تركيزه إلى الاهتمام بالتناول الوصفي الذي يعتمد على معايير تشخيصية دقيقة تسمح بإدماج أو إبعاد أي نوع من أنواع الاضطرابات بسبب رفضه لمختلف النظريات العلية المتعارضة في تفسيرها. وهو بهذا الموقف يريد أن يكون نموذجاً غير نظري يركز على ما يجمع بين الإكلينيكيين وليس على ما يفرقهم.

إن التناول المعتمد في DSMIII يقول سبيتزر (Spitzer، 1985: 10) "هو غير نظري ... باستثناء الاضطرابات التي تكون أسبابها معروفة بوضوح و هي بالتالي مدرجة ضمن التعريف بومع الوقت لا شك أننا سنتعرف فيما يخص بعض الاضطرابات ذات الأسباب المجهولة على أسباب بيولوجية خاصة، وبالنسبة للبعض الآخر على أسباب نفسية خاصة وبالنسبة للبعض الآخر المتبقى على تداخل العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية".

كما أن النموذج الكرابليني الجديد يتميز عن النظرة الكرابلينية القديمة بتركيزه على المعطيات والتناول الإمبريقي (كليرمان، Klerman 1985) وعلى وجود التباين بين السواء والمرض والوجود الحقيقي للأمراض العقلية ... وعلى استخدام التقنيات المتقدمة للبحث الكمي (سربان يونسكو، م.س. ص 13-14).

وتستند المعايير التشخيصية التي يعتمد عليها هذا النموذج في مجملها على محتويات الأدبيات وعلى بحوث وبائية على نطاق واسع تشتمل على مجموعة من الأصناف التشخيصية وعلى أدوات إحصائية لقياس صدقها بهدف الوصول إلى تحديد "ما تمثله مظاهر الاضطرابات العقلية بصفة مكتملة والإبانة عن منشأ هذه الاختلالات في حالات نادرة فقط" (ربار سبيتزر، م.س.). وباعتماده على التشخيص المتعدد المحاور فإن النموذج الكرابليني الجديد يهدف في النهاية إلى تمكين كل الإكلينيكيين من القيام بتشخيصه بكل حرية من خلال عدة محاور تعتنى بالجانب البيولوجي والنفسي والاجتماعي من منظور يريده تكاملياً وليس متناقضاً.

ويتضمن المحور الأول مجموعة الزمالات الإكلينيكية (18 صنفاً ضمن DSM IV). ويتعلق المحور الثاني باضطرابات النمو واضطرابات الشخصية أي الشخصيات الباتولوجية (10 أصناف ضمن DSM IV عوض 12 في DSM III R). المحور الثالث يعنى بالاضطرابات والإصابات العضوية والجسمية. المحور الرابع خاص بعوامل الضغط النفسية والاجتماعية.

ويهتم المحور الخامس والأخير بالتقييم الشامل للسير أي بحكم الإكلينيكي المشخص لسير الشخص المقوم الشامل. ولكن هذا الاهتمام نجده مع صدور النسخة الخامسة قد تحول إلى التركيز بشكل أساسي على العامل البيولوجي.

### الانتقادات الموجهة للنموذج الكرابليني الجديد:

أول هدف للانتقادات الموجهة لهذا النموذج في نظر سربان يونسكو هو توجهه السلوكي الرفض لأي نظرية سيكوباتولوجية. ثم تأتي بعد ذلك مؤاخذته لاعتماده على تصنيف DSM الذي لا يتوانى في "إدماجه ضمن اللائحة الإكلينيكية لسمات كامنة تتعلق على وجه الخصوص باضطرابات الشخصية". كما أن عملية التقييم المعتمدة بواسطة العرض والاختيار المحدود للمؤشرات يحتم على الإكلينيكي عندما يقوم بالتشخيص أن يختار فقط الأعراض المقترحة عليه.

ومنهم من يرى مثل سنجر (Singer) بأن الرافض النظرى المزعوم هو نوع من الخداع لأن المفاهيم النفسديناميكية تظل تطبع الحالات الجسمية واضطرابات التحويل (سربان يونسكو، 2006: 9-26).

ومن خلال تناوله الوصفى للأعراض النفسية و نظرتة للكائن البشرى المجرى من نفسيتة التى يثمنها هذا التناول فإن (DSM) يشارك بشكل فعال فى عملية طمس الشخص ومعاناته "من خلال إنكاره بشكل كلى لكل ما يربط العرض أو القلق أو الجنون بالثقافة أو التاريخ". ومنهم من يرى بأن (DSM) لا يمثل إلا وسيلة قوية للكشف عن السلوكات خارج المعايير بهدف إزالتها عن طريق العلاجات بواسطة المهذئات النفسية أو السلوكية ( هذا الطب النفسى الجديى الذى يسخر بوقاحة مما يمثله الشخص ومما يحس لى "يختفى كل شخص وراء الإنسان السلوكى المجرى من أى كينونة داخلية ومن أى إحساس أو عاطفة أو نزوة أو محيط أو تاريخ" (سرىل بوفى Cyrille Bouvet ، 2010 : 655-668).

وبالرجوع إلى ما دونه (جون كلود مالفال Jean Claude Maleval ، 2003 : 39-61) الأستاذ بجامعة "ران 2 Rennes" فى مقالة مطولة بمجلة "التطور الطبى النفسى *l'évolution psychiatrique*" فإن القارئ قد يخلص إلى التساؤل عن مصداقية وقيمة تصنيف مثل DSM الذى ينعته بالمحدودية والخطورة ويكشف عن مجموعة من سلبياتة منذ الإصدار الثالث لهذا الدليل التشخيصى سنة 1980. إن تصنيف DSM فى نظره لم يتمكن من تحقيق الثبات التشخيصى الذى يمثل المبرر الأساسى لاعتماد التناول الموصوف بغير النظرى خلال عشرين عاما والسبب فى ذلك هو إبعاده لعامل الذاتية، ذاتية المريض و ذاتية الإكلينيكى، التى بفضلها يمكن الوصول إلى استخدام لغة مشتركة تسمح بالوصول إلى ثبات تشخيصى كبير بين المقيمين. كما أن DSM باعتماده على منطق اللانتهاء فى الكشف عن الاضطرابات العقلية قد يؤدى استمراره إلى تسليم الطب النفسى إلى الحواسب وإلى إفقار المقابلات الإكلينيكية. وبرفضه لأى نموذج تفسيرى للاضطرابات العقلية فهو يسعى إلى البحث عن مرجعية براغماتية كحل لغياب الثبات فى التشخيصات الطبى النفسى. وبالافتناء بوصف السلوكات الملاحظة والاعتماد على الاهتمام بالعلية فقط مع وجود البراهين المؤكدة التى تسمح بذلك أى مع العلية العضوية فحسب، فإنه لم يعد يفرق بين العصاب والذهان بشكل نزيه. وأما المقابلات المقننة فقد أدت نتائجها إلى انعكاسات سلبية على الممارسة على مستوى التشخيص والتقييم من خلال وضع الشخص ضمن مصفوفة معدة مسبقا لأن التركيز على الأعراض الملاحظة المفصولة عن كل وظيفة ذاتية يوحى بسبب عدم الاستناد إلى أى نظرية بأن الزمالات تمثل وحدات طبيعية بيولوجية وفق نظرة الطب النفسى الكلاسيكى. وباقتراحه للتشخيص المتعدد المحاور ضمن DSM IV فإنه يقيد وضعية المشكل عندما يفترض بأن الزملة الطبى النفسى يمكن أن ترتبط إما بنمط من الشخصية أو باضطراب جسمى أو بضغط حاد. وهذه الفرضيات المختلفة هى بالأساس فى نظره فرضيات الطب النفسى البيولوجى. ثم إن الانشغال كثيرا بعملية اللانتهاء التى تشجع على التنظير لإدراج محاور إضافية و أصنافا جديدة قد تؤدى إلى مسلكين، إما إلى اندثار الطب النفسى بسبب هذا التضخيم فى الكشف عن الأصناف التشخيصية الذى لم يتوقف وإما إلى تسليم القرار التشخيصى إلى الحواسب بعد أن انتقل عدد هذه الأصناف من 106 ضمن DSM I فى 1952 و 182 ضمن DSM II فى 1968 و 265 مع DSM III سنة 1980 و 292 مع DSM III R سنة 1987 و قفز إلى 392 مع DSMIV سنة 1994.

وكثيرة هي كذلك الانتقادات الحديثة التي صدرت عن باحثين وأطباء نفسيين أنجلوساكسونيين قام بتقديم حوصلة مفصلة عنها الباحث فرانسوا جونون، François Gonon (2013: 285-294).

إن ثبات التحكيم المشترك بالرجوع إلى DSM IV و DSM III إذا كان مقبولا بالنسبة للباتولوجيات الخطيرة هو فيما يتعلق بالباتولوجيات غير الذهانية مبالغ فيه بحسب ميكال فرست و ألان فرنسيس Allen Frances et Michael first و هما من معدي DSM.

وبالنسبة لربار كندل Robert Kendell الطبيب النفسي البريطاني المشارك في إعداد تصنيف DSM III و DSM IV فإن "التشخيصات الطبفسية المحددة من قبل DSM IV لا يمكن أن نعتبرها صادقة" وذلك في نظره بسبب معاناة المرضى من عدة اضطرابات في نفس الوقت و شيوع الاضطرابات المرافقة، وبسبب اعتماد الإكلينيكين في كثير من الأحيان على الوحدات غير المحددة وبخاصة من قبل الأطباء العامين، وبسبب كذلك ضعف التمييز بين السواء والشذوذ فيما يخص الباتولوجيات الحميدة مثل الاكتئاب.

ثم إن نفس العلة يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات مختلفة. وبالتالي فإن عدم توفر التشخيص الصادق قد يؤدي إلى عدم الاتفاق على تعريف الاضطراب العقلي.

من ناحيته نجد ستيفان هيمن Steven Hyman وهو مدير المعهد الوطني للصحة النفسية يعترف بأن DSM مثل عائقا أمام البحث لأن DSM III أعد لتسهيل عملية البحث عن المحددات البيولوجية، ولكن هذا الهدف بعد 30 سنة لم يتحقق.

وفي مجال الدراسات الوبائية فإن استخدام DSM يكون قد أفضى إلى اختلافات كبيرة فيما يتعلق بتقدير نسبة الانتشار بسبب المرافقة المشتركة لعدة اضطرابات وعدم الوضوح بين السواء والشذوذ.

كما أن استخدام DSM لم يساعد كثيرا الإكلينيكين في نظر هؤلاء الباحثين على اختيار العلاج المناسب فيما يخص الاضطرابات غير الخطيرة والشائعة بكثرة مثل الحالات الاكتئابية غير الخطيرة.

وبالتالي فإن ثلثي الممارسين الإكلينيكين يفضلون استخدام تصنيف CIM 10 بسبب اقتراحه لأوصاف محددة عوض الاعتماد على قوائم المحكات، وبسبب تعقيد DSM IV الذي يحتوي على عدد ضخم (410) من الاضطرابات. وهو الرأي الذي أصبح يتبناه كثير من الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة من أمثال ألان فرانسيس ومكال فرست وستيفان هيمن وملفين سابشين Melvin Sabshin الذي يحذر من اتخاذ DSM كمرجع للطب النفسي وعدم الاعتراف بالاختلافات بين المرضى ومن الخطر الذي يهدد بضمور المهارات العلاجية النفسية وفقدان الإكلينيكين لإنسانيته. وهو الأسلوب الوحيد في نظر الآن فرنسيس الذي يسمح ويساعد على تحقيق فعالية التشخيص والحد من مضاعفة الاستهلاك للمهدئات التي ارتفعت كلفتها في USA من 40 مليار دولار إلى 135 مليار ما بين سنة 1985 و 2005.

ولكن في المقابل فإن سريل بوفي (م. س، ص655-668) لا يتردد في إثبات بعض المحاسن التي تميز هذا التناول وينافح عن بعض الفوائد التي جاء بها. فهو بداية يعتبر بأنه من التعسف الاعتقاد بأن هذا النموذج يفرض نظرة فلسفية عن الكائن البشري والشخص ولا يعني هذا بأن معديه ومستخدميه لا يقاسمون قناعة الطروحات الإنسانية. وبالنسبة

للأهمية الممنوحة لمدلول العرض فإن DSM إذا كان يترك الأمر لكل إكلينيكي أن يكشف عن الأعراض بكيفية صادقة دون تأويل نظري فإنه لا يمنعه من أن يؤول تشخيصاته وفق مجاله النظري الخاص. كما أنه من الغريب أن نرفض بأن يكون DSM قد أسهم في تخفيف معاناة المريض النفسية رغم نقائصه لأن هدفه الأساسي هو التسلح بأدوات يريدها فعالة من أجل تحقيق أهدافه وفق عقلانيته الخاصة وتناوله التشخيصي الوصفي الموائم مع النظريات السلوكية والمعرفية وكذلك مع الاختيارات المنهجية للتناولات الإمبريقية وبخاصة الطبية منها. وبالرغم من أن نظرتة للاضطرابات غير واضحة وغير نفسية لأن محكاته الوصفية لا تأخذ بعين الاعتبار الديناميكية النفسية فإن القدر في بنائه وصدقه يكون غير مبرر في نظر سريل بوفي لأنه لا يوجد بحسبه تصنيفات تمتاز بخصائص قياسية جيدة.

#### 4.2. النموذج السيكوباتولوجي المعرفي :

يركز هذا النموذج في اهتمامه بالظواهر السيكوباتولوجية على الاضطرابات المزاجية والفصامية والعصابية. وهو يسعى في محاولته لاستيعابها و فهمها إلى الاعتماد على المكاسب النظرية لعلم النفس المعرفي.

ويهتم هذا النموذج في المقام الأول بمضامين الفكر والإدراك والانتباه والذاكرة واللغة لدى هؤلاء المضطربين لأنه يعتبر بأن منشأ الاضطرابات النفسية والعقلية يعود إلى الأفكار والمعتقدات الخاطئة غير المنطقية وغير المعقولة التي يتبناها الفرد عن ذاته و عالمه ومستقبله (كريستال باش ريشار، Chrystel Besche-Richard، 2000: 8-21).

ويرجع هذا الأمر بحسبه إلى الاختلالات التي يعاني منها في معالجته للمعلومة التي تجعله يتجاهل المعلومات الإيجابية ولا يحتفظ إلا بالمعلومات السلبية.

إن هذا النموذج لم يعد يهتم فقط بالسلوكات الملاحظة بل انصرف إلى الانشغال بالتمثلات الذهنية التي ينظر إليها على أنها "مخططات معرفية" (schémas cognitifs) لاشعورية تعمل بشكل آلي وتظهر بحضور بعض المثيرات الخارجية مثل الضغط. هذه المخططات تكتسب بواسطة التعلم استنادا إلى استعدادات فطرية مخزنة في الذاكرة، تتحول إلى أفكار آلية لتنفذ بعد ذلك إلى الوعي. إن ترسيخ هذه الأفكار الآلية يندرج ضمن أسلوب معرفي يستند إلى منظومة من المعتقدات الخاصة بكل فرد. فمن خلال التربية والضغط العائلي والتعلم الاجتماعي والتجارب الفردية تترسخ عند كل واحد منا قواعد للحياة قسرية ومبادئ صارمة وفرضيات صلبة وصامتة هي التي تقوم فيما بعد بتوجيه تفكيرنا اليومي. وفي موقف من المواقف فإن استجابة كل واحد منا تتركز على مخططات فردية تحدد نظرتنا إلى العالم وإلى الآخرين وإلى ذواتنا.

إن اختلالات هذه العمليات هي التي تفسر الاضطرابات الملاحظة في المجال الإكلينيكي (هردي-بايلي م.، Hardy-Baylé Marie Christine في قلبي دانيال ورويون فرديريك، 2007: 13-22).

#### 1.4.2. حالة الاكتئاب :

ومن هنا فإن النموذج السيكوباتولوجي المعرفي ينظر إلى ظاهرة الاكتئاب على أنها حالة تمثل استجابة غير متكيفة ناجمة عن تصور سلبي عن الذات وعن المحيط وعن المستقبل

تدفع بالمريض إلى تفسير الأحداث و المواقف وفق تصورات سوداوية تفضي به إلى الانتقاص من قيمته الذاتية وإمكانياته و قدراته (عبد الستار إبراهيم، 1999 : 173-179).

فقد أثبتت كثير من الدراسات ومنها دراسات الطبيب النفسي البارز آرون بيك بأن المكتئب يعاني من اختلالات معرفية واضحة تنشأ بشكل تلقائي وانعكاسي يصعب التحكم فيها أو إيقافها، يسلم صاحبها بصحتها ويعدها مقبولة ومنطقية (بيك، 1976: 36-37). "الشعور بالاكتئاب أو الحزن المرضي أو خسارة شخص مهم، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة. وتصوري مثلا أن الفشل أمر يضيف إلى استنتاجات خاطئة تبنيها في السابق، بأن الفشل معناه أنني إنسان ضئيل الأهمية أو غبي أو وحيد" (عبد الستار إبراهيم م.س. ص 176).

ومن هذه الاختلالات التي تتميز بها حالة الاكتئاب في نظر آرون بيك القفز إلى الاستنتاجات. ويتعلق الأمر بتفسيرات وتصورات وهمية مبنية على أدلة وهمية ومعلومات غير صحيحة. وقد يعاني المصاب بهذا الاضطراب من الانسحاب وينفر من بعض الأشخاص لا اعتقاده بأنه غير محبوب وأنه لا يحظى بالتقدير والاحترام الكافي (إبراهيم عبد الستار، م.س، ص 180-193).

وتشتمل الاختلالات المعرفية كذلك على الانتقاء التجريدي حيث يجنح الشخص المصاب بالاكتئاب إلى التركيز على التفاصيل السلبية و يتجاهل الموقف الشامل إذ يرى نفسه منقوصا لاقتناعه بأن زملاء المهنة يتجاهلونه ولا يقدرونه.

ومن الاختلالات الفكرية التي ترتبط بحالة الاكتئاب ما يعرف عند بيك بالشخصانية أو التفسير الشخصي للأمر. ويميل المريض هنا إلى أن ينسب إلى دسخصه دون أي دليل مقنع مسؤولية النتائج السلبية التي يواجهها في مختلف المواقف. فكل إخفاق أو عجز أو لامبالاة من قبل الغير يعزوها إلى نفسه و يعتبر بأنه المسؤول عنها.

إن المكتئب يميل في تفكيره في الغالب إلى تجاهل كل شيء إيجابي عن حياته وتفسيره نفسيرا سلبيا. الأمر الذي يسلمه إلى الإحساس بالخسارة الدائمة والتعاسة وعدم الاستمتاع بالأشياء الإيجابية.

كما يتميز خطاب المكتئب بتفكير يرتكز على التهويل والمبالغة في إبراز جوانب القصور الذاتي والتهوين من إمكانياته ومزاياه والتردد في أخذ القرار والشعور بالذنب واللوم وخيبة الأمل.

ويعد التعميم الخاطئ للخبرات الجزئية السلبية من الاختلالات التي تهيمن على تفكير المكتئب وتجعله يعيش في حالة من القلق وعدم الاستقرار و سوء التوافق و الخوف من الرفض من قبل الغير.

ويتميز المكتئب كذلك باستجاباته السريعة و السلبية التي تقوده في كثير من الأحيان إلى أن يسلك سلوكات خاطئة. كما أن قراءاته للمستقبل المبنية على توقعات تشاؤمية وسلبية تجعله يعاني و يحس بياس شديد (دو بوريس م. De Boris M.، 1978: 101-108 في بيشو بيار (Pichot Pierre)).

وأما نظرية سليمان (Seligman، 1974، 1975) التي تتبنى هي الأخرى النظرة المعرفية التي تعنى على وجه الخصوص بالاستراتيجيات السلوكية غير الفعالة أي بالمرجع

السلوكي عوض المدخل المعلوماتي فهي تربط ظاهرة الاكتئاب بالعجز أو الإذعان المكتسب. ويتميز الاكتئاب الذي تشير إليه نظرية سليمان بالأعراض التالية:

- التأخر في بداية الاستجابات الإرادية (عرض تحفيزي)
- صعوبة إدراك الفرد بأن استجاباته يمكن أن تضاعف من احتمال ظهور نتائجه المقيمة والمقيمة جدا من قبل محيطه. وهي النتائج التي يعتبر بأنه غير قادر على إدراكها بسبب اليأس الذي يعاني منه (عرض معرفي).
- مزاج مكتئب (عرض انفعالي).
- نقص في تقدير الذات (سربان يونسكو، Serban Ionescu، 2003: 447-449).

وللنموذج المعرفي اهتمام ملحوظ ببعض الحالات العصائية مثل الخوفات والوساوس القهرية والقلق العام وكذلك ببعض الحالات الذهانية مثل الفصام.

## 2.4.2. الخوف:

هذا النموذج يفترض أن يكون المصابون بحالات الخوف عاجزين عن تطوير إشارات الأمن أو اكتساب مخططات معرفية تسمح لهم باستيعاب الخطر في وقت مبكر.

فحسب بيك وإموري (في جون كطرو Jean Cottraux، 2001: 37-55) فإن الأشخاص الذين يعانون من القلق يتميز فكرهم باختلالات معرفية تؤدي بهم إلى معالجة خاطئة للمعلومة الخاصة بالأمن و إلى مبالغة الأخطار والتهوين من المواقف المؤمنة.

## 3.4.2. الوسواس القهري:

بينما نجد نفس النموذج السيكوباتولوجي المعرفي يربط حالات الوسواس القهري والأفكار التسلطية بمنبه داخلي يشعر الشخص أمامه بالعجز عن إيجاد استجابات التعود كما أن المخططات المعرفية الآلية للإحساس بالذنب وبالمسؤولية تؤدي به إلى التأويل السلبي لكل الأفكار المتسلطة.

ويترجم هذا التأويل السلبي بأفكار آلية يعمد الشخص من خلالها إلى إيجاد أنظمة للتحييد (neutralisation) عن طريق أفعال ذهنية (حساب، استرجاع للحفظ، استحضر لصور، الخ...) أو عن طريق أفعال حركية (تنظيف، غسل، مراقبة) ترمي إلى إلغاء الإحساس بالذنب أو إلى اللجوء إلى إسقاط المسؤولية على الغير طلبا لاسترجاع الأمن (جون كطرو، م.س. ص 37-55).

## 4.4.2. القلق العام:

و أما فيما يخص حالات القلق العام التي تتميز بهموم دائمة وغير مبررة تتعلق بمواقف الحياة العادية (صحة، مال عمل) فإن النموذج المعرفي يفسر ظهورها بوجود اختلالات في معالجة المعلومة التي تتجلى في شكل اهتمام انتقائي حيال علامات الخطر بخلاف علامات الأمن. ومن هذه الاختلالات نجد القابلية للتأثر البيولوجي والنفسي بأحداث الحياة السلبية، والقابلية للاهتمام بالأخطار المحتملة، والشعور بالعجز وعدم القدرة على مواجهة الأخطار. الأمر الذي يؤدي بالشخص القلق إلى الإحساس بالتشاؤم والبحث عن الظفر بالأمن واللجوء إلى التحقيقات وتجنب العديد من المواقف (جون كطرو، م.س.).

## 5.4.2. الفصامات:

وأما بالنسبة لموضوع الفصامات فلقد أثبتت كثير من الدراسات التي اعتنت بخطاب المريض ولغته وذاكرته وإدراكه وانتباهه ووعيه بأن هذه الوظائف تتعرض لكثير من الاختلالات والاضطرابات. الدراسات التي اهتمت بتحليل خطابات الفصامي أوضحت بأن منتوجاته الكلامية تتميز باختلالات نحوية وبنية نحوية أقل ثراء من بنية الفرد العادي (اختلال الارتباطات، الميل إلى الدمج) (كريستال باش ريشار، 2000: 43؛ جورجيف وآخرون Georgieff et al في جون سكوتو وتييري بوجرول Jean Scotto Bougerol Thierry، 1997: 97-98). بينما منتوجاته الفصامية (البدع الكلامية، الاضطرابات النحوية) نجدها لا تختلف من الناحية النوعية عن اضطرابات الذين يعانون من الحبسة ولا عن الاضطرابات الوظيفية عند الناس العاديين (زلات الكلام مثلا)، مقارنة بمن يعاني من الحبسة فلا نلاحظ عند الفصامي أي عجز في القدرات اللغوية وإنما يكمن اضطرابه كما يبدو في المهارة اللغوية أي في إنتاج الخطاب بشكل عام وليس في البنية الأساسية للتعبير (المنتوجات).

اضطراب إنتاج الخطاب يتبدى بشكل أساسي على مستوى التنظيم العام للخطاب و تسلسله أو بنيته إذ أن الفصامي يجد صعوبة في تكييف الخطاب مع السياق بسبب افتقاره إلى خطة للعمل، بينما قدراته الدلالية والتركييبية الأساسية تبدو غير مختلة. الملاحظ إذن أن الاضطراب يكمن في الغالب على مستوى الكفاية واستخدام اللغة واستغلال استراتيجيات التكيف مع الموقف المتجدد. إن الفصامي يعاني من عدم القدرة على احترام القواعد الضرورية للمحادثة و لا يستخدم بشكل جيد أدوات الإشارة والروابط والضمائر ولا يأخذ بعين الاعتبار السياق الخاص بعلم ومعتقدات مخاطبه و بخاصة حالاته الذهنية ومقاصده (جورجيف وآخرون، م.س. ص 98).

وإذا كانت اضطرابات الذاكرة التي يعاني منها هؤلاء المرضى الفصاميون تعتبر في السابق ناجمة عن بعض الأعراض مثل الهلوسات والأفكار الهذيانية واضطرابات الفكر التجريدية فإن الدراسات الحديثة للسيكوباتولوجيا المعرفية تبين بأن هؤلاء المرضى يمتلكون مهارات في مجال الذاكرة الضمنية والذاكرة الإجرائية (ذاكرة الأعمال) والذاكرة قصيرة المدى شبيهة بمهارات الأفراد العاديين.

في المقابل فإن الذاكرة المعروفة بـ "الذاكرة العاملة" تبدو مضطربة وبخاصة عندما تكون المعلومة معقدة والعبء ثقيلًا. لكن الاضطرابات الأكثر وضوحا عند الفصامي هي التي تصيب الذاكرة طويلة المدى والصريحة و تتعارض مع سلامة الذاكرة الضمنية لأنها تتطلب تنظيم المعلومة من الناحية الدلالية (كريستال باش ريشار، م.س، جورجيف وآخرون، م.س. ص 96-97).

دراسة ذاكرة المصدر عند الفصامي هي الأخرى مطلوبة. هذا النوع من الذاكرات يتعلق بالقدرة الذاكرية على تحديد مصدر الفعل.

ذاكرة المصدر نوعان، ذاكرة المصدر الخارجي التي تسمح بتمييز الأحداث الصادرة من الخارج (التمييز مثلا بين ما يقوله شخص معين وبين ما يقوله شخص آخر)، و ذاكرة المصدر الداخلي التي تسمح للشخص بالتمييز مثلا بين ما يقوله وبين ما يفكر فيه، و كذلك

ذاكرة الواقع (reality monitoring) التي تسمح بالتمييز بين ما يصدر عن الشخص وبين ما يأتي من الخارج.

إن الاهتمام باضطراب ذاكرة المصدر ضروري لأن اختلالها يفضي بمرضى الفصاميين إلى عدم القدرة على التمييز بين ما يفعلون هم وما يفعل الآخرون. وهم عندما يعانون من اختلال ذاكرة المصدر الداخلي يخلطون بين الأحداث الخاصة والأحداث الخارجية. فإذا اختلت ذاكرة الواقع لديهم اعتقدوا بأن ما يصدر عنهم هو ذات صلة بأحداث خارجية.

هذه الاختلالات المعرفية هي التي تعرض بعض المرضى الفصاميين إلى الهلوسات بسبب الاعتقاد بأن تجاربهم الشخصية هي مرتبطة بمنشأ خارجي (نيكولا فرانك Franck Nicolas، 2007: 236-238 في جون قلبي وفرديريك رويون J. Guelfi, F. Rouillon).

الوعي الذاتي هو الآخر قد يختل لدى الفصامي وبالتالي قد يتسبب في إحداث الأعراض الإيجابية بسبب عدم القدرة على الحصول على المعلومة التي تمكنه من الوعي بأنه هو المصدر لبعض أفعاله. إن اختلال النظام الذي يسمح بالتمييز بين أفعالنا و نوايانا هو المسؤول عن ظهور أعراض الفصام الإيجابية بسبب عدم تمكن المريض من الحصول على المعلومات الأساسية التي تؤكد على أنه هو المسؤول عن الأفعال الصادرة عنه (نيكولا فرانك، م.س. ص 238-239).

الدراسات المهمة بالإدراك أثبتت كذلك بأن الفصاميين يعانون من اختلالات ذات الصلة بعدم القدرة على معالجة المعلومة واستخراجها و تنظيمها. الاضطراب هنا يتعلق بعدم القدرة على استخدام واستغلال الاستراتيجيات التي تسمح بتمييز المثير المحدد المقدم عن بقية المثيرات الأخرى الملقنة للانتباه على إنجاز العمل. هذا الإنجاز يحتاج إلى القدرة على الانتباه الانتقائي الذي يختلف عن اليقظة لأن الانتباه الانتقائي هو الذي يسمح بغرلة المعلومة الإدراكية والقيام بعملية الانتقاء ضمن كمية من المعلومات الواردة على النسق المعرفي في كل لحظة.

اضطراب الانتباه قد يلحقه بعض الباحثين من أمثال برودبنت Broadbent (في جورجيف وآخرون م.س. ص 95-96) إلى الاضطراب في الأجوبة وإلى اختلال عملية انتقاء برامج العمل أي إلى التنظيم و التخطيط للعمل في بعض المواقف.

## 5.2. النموذج الإثنوسيكوباتولوجي :

### 1. مقدمة:

المتبع للأدبيات والممارسات في مجال الطب النفسي والسيكوباتولوجيا في مختلف ربوع الدنيا التي بدأت تشغل بهذه العلوم المهمة في بداية الأمر بمعاناة المريض العقلي ثم بعد ذلك بعلمية الاضطرابات المختلفة التي يتعرض لها ثم بعد هذا و ذاك بالبحث عن الأساليب العلاجية التي يمكن أن تفيده في تخفيف معاناته يكتشف بل يتيقن بأن الاضطراب السيكوباتولوجي أو الاستلاب العقلي كما كان ينعت في المرحلة الأولى من مراحل تبلور التجربة الإكلينيكية ظلت تتجاذبه تناولات وأطروحات متعارضة بل وفي أغلب الأحيان متصارعة.

وكما لا يخفى على كل متبصر بالتطورات التي عرفها علم السيکوباتولوجيا - وأفضل هنا استخدام مصطلح السيکوباتولوجيا في مقابل الطب النفسي للفتاعة التي أشاطر بها كثيرا من الإكلينيكين - أن التناول الذي كان يهيمن على كل التناولات الأخرى في منطلق هذه المسيرة وفي منتهاها حاليا هو التناول العضوي أو البيولوجي أو الكرابليني أو الكرابليني الجديد، أو كما يصطلح عليه هنري أي في دراسته الثالثة من دراساته السبع و العشرين في منتصف القرن العشرين بالتناول الميكانيكي (mécaniciste). و التناول الميكانيكي هذا أو الكرابليني لا أحد ينكر بأنه أفضى إلى انجازات جليلة جديرة بالذكر استفاد منها إلى يومنا هذا علم السيکوباتولوجيا. ولعل ما يميز انجازات هذا التناول هو إسهاماته في دعم تبلور اللائحة السيميولوجية لمختلف الحالات السيکوباتولوجية و حرصه الحثيث على إلحاق هذه الحالات باختلالات المراكز العصبية أو استثارتها (دوكلرامبو De clerambault) أو تحولات نشاطات ووظائفها (دوشانجو، 2002 J.P.De Changeux).

لكن الاعتراف بهذه الانجازات لم يمنع السيکوباتولوجيين منذ انطلاق مسيرة هذه التجربة من تبني طروحات و تناولات أخرى مختلفة و متناقضة بالكلية لاعتقادهم و قناعتهم بأن التفسيرات التي تعرضها النظرية الميكانيكية أو الكرابلينية هي تفسيرات لم تكن دائما صائبة. فلنستمع لما يقوله هنري أي بشأن هذه المسألة في الدراسة المشار إليها سابقا:

"إن الميكانيكية التي انطلقت من سيکوباتولوجيا ذرية خاطئة انتهت بالضرورة إلى سيکوباتولوجيا فارغة" (ص 60) كل من اهتم بمسيرة هذا الرجل الذي يعتبر الأب الروحي للطب النفسي في الأوساط العلمية الفرانكفونية إبان القرن العشرين يعرف و يدرك بأن تناوله ونظريته المعروفة بالنظرية العضوية الديناميكية organo-dynamiste (هنري أي، 2006) جاء بها ليعارض النظريات الميكانيكية العضوية التي "تفسر بشكل واضح الحالة السيکوباتولوجية من خلال اضطراب قاعدي (Basal) وجزئي (partiel)".

ولم يكن صاحب النظرية العضوية الديناميكية وحده الذي تعرض للنظرية الكرابلينية، بل سبقه إلى ذلك مؤسس المدرسة الفرويدية في باريس الطبيب النفسي جاك لكان حينما بادر إلى الإنكار على كرابلين (في عمله المشهور "الذهان البرانوي و علاقته مع الشخصية" وأصر على تكراره في كتاباته اللاحقة "الذهانات" (1955 les psychoses)) إلحاق الذهان البرانوي هذا بالأسباب الداخلية العضوية : "إننا حينما نبحث عن الأسباب المحدثة للبرانويا إننا نشير دائما من خلال عملية التساؤل الضرورية إلى العنصر الانفعالي في حياة الشخص وإلى أزمة حياته ذات الصلة بكل تأكيد بالعلاقات الخارجية" (ص ص 26-27). كما ينكر عليه تعريفه الخاص بالحالة السيکوباتولوجية ويعتبره مناقضا بالتمام لكل المعطيات الإكلينكية.

ولم ينج دوكلرامبو أستاذه المحترم عنده و"المدافع العنيد عن النظرية العضوية المتطرفة" كما يصفه جاك لكان ( Jacques Lacan,1981:13) من الانتقادات الموجهة لتفسيراته الخاصة بالذهانات العشقية (les psychoses passionnelles) التي يربطها "بالظاهرة الأساسية" المتولدة عن الإستثارة العصبية التي يعدها "ساذجة" رغم إشدته بالقيمة الإكلينكية لدراساته عن الذهانات الناجمة عن التسممات (ص 14).

وقد يطول الحديث عن السجال الدائر بين مختلف الطروحات و التناولات النظرية المهمة بالفهم والكشف عن مدلولات الظاهرة السيكوباتولوجية التي ظلت تصر على تبني رؤى تفسيرية وصفت بالأحادية وتارة بالمنقوصة و الخاطئة (جاك لكان عن نظرة هنري أي) وأحيانا بالمختزلة المغالطة. ويستمر البحث و تتواصل المحاولات من أجل الوصول إلى "الفهم الصادق والموضوعي" للظاهرة السيكوباتولوجية رغم استحالة المهمة بالنسبة لجاك لكان واعتبارها "محض سراب" (1981: 14) .

ولكن التطورات المباغثة و المتسارعة التي عرفتها العقود الأخيرة أنجبت تيارا نظريا يصف نفسه "بغير النظري" "a-théorique" يريد كما يقال أن يغرد خارج السرب و يبحث عن مخرج للتخلص من اشكالية الاختلاف التي أنهكت في رأيه علم السيكوباتولوجيا ويعود بنا في النهاية من خلال نظرتة الكرابلينية الجديدة إلى عهد الذرية السيميولوجية" المشغوفة بالثبات الإكلينيكي الذي مكن من الاستغناء عن كفاية الممارس الإكلينيكي و مهاراته.

النموذج الكرابليني الجديد بتبنيه لهذه الطروحات لم يفلح في اختراق صفوف السيكوباتولوجيين بحججه و أفكاره فحسب و إنما أدى كذلك إلى إحداث هلع كبير في أوساطهم حيث تداعى جمع غفير منهم من خلال الملتقيات التي عقدها و الكتابات العديدة التي أصدروها إلى التحذير من أخطاره التي تمهد لسحق السيكوباتولوجيا و إقصائها.

"إن الذي يعرض السيكوباتولوجيا للتدمير وإلى خطر الزوال يقول أنجولورج روني Angelergues René (2007: 810-803) ليس هو التعدد النظري: إنما ثلاثة عوامل هي المدمرة ... غياب الاعتماد على العلية النفسية ... والامبريالية النظرية التي تفترض حيازة الحقيقة والنظرية الجمعية والعملية".

"إن السيكوباتولوجيا يضيف أنجولورج روني هي عكس النظرية غير النظرية (a- théorisme) إنها اليوم أمام النموذج غير النظري معرضة للإقصاء و ربما إلى الفناء، لأن النموذج غير النظري يفضي إلى سيميولوجيا وإلى ممارسة إكلينيكية تدعى بلوغ مرحلة العالمية من خلال منهج سبر الأراء، و هو بالتالي يمد يده إلى عالمية نظرية، هي عالمية الطب النفسي المعروف بالبيولوجي. إن النموذج غير النظري يلغي بالفعل التعددية وتبادل الأفكار من أجل استبدالها بالنزوع إلى الكمالية الوصفية...."

وإذا فحصنا كتابات أخرى وجدناها تصب في نفس الاتجاه. فحسب رولان جوري (gori Roland) مثلا إن DSM "من خلال تناوله الوصفي للأعراض النفسية و نظرتة للكائن البشري المجرد من نفسيته التي يثمنها هذا التناول يشارك بشكل فعال في عملية طمس الشخص ومعاناته، من خلال إنكار بشكل كلي كل ما يربط العرض أو القلق أو الجنون بالثقافة والتاريخ".

ف( سيريل بوفي ، م.س، ص668-655) الذي يشير إلى هذا الأمر و يبذل كثيرا من الجهد لعرض بعض الخصائص التي ينفرد بها هذا التناول يقر بأن " تصنيفه التشخيصي يترك مجالاً ضيقاً للنظرة البعدية التي تبدو أقدر على تناول الحقيقة الإكلينيكية... بالإضافة

إلى هذا فإن نجاحه العالمي قد أنتج نوعا من النمطية في النظرة للاضطرابات النفسية خارج الاختلافات الثقافية".

جون كلود مالفال (م.س.، ص89-61) الذي يحذر هو الآخر من أخطار DSM أي التصنيفات المنجزة من قبل النموذج غير النظري يرى بأن تركيز هذا النموذج على الأعراض المفصولة عن كل وظيفة ذاتية يوحى دون الاستناد إلى أي نظرية بأن الزمالات تمثل وحدات طبيعية بيولوجية. ويفترض بأن الزملة الطبنفسية بإمكانها إما أن ترتبط بنمط من الشخصية وإما باضطراب جسمي وإما ذات صلة بحدة من الضغط. وهذه الفرضيات المختلفة هي بالأساس فرضيات الطب النفسي البيولوجي. "وهو بالتالي يرفض أي نموذج تفسيري للاضطرابات العقلية وبخاصة التحليل النفسي الذي كان يحتل في السبعينات مكانا مميزا في الولايات المتحدة".

وقد تتضاعف المآخذ إلى مالا نهاية إذا واصلنا عملية جرد كل ما قيل عن هذا النموذج النظري وعن سلبياته الحقيقية أو المفترضة التي كشف عنها كثير من السيکوباتولوجيين.

لكن الشيء الإيجابي الذي نريد أن نصل إليه في نهاية هذا العرض أن هذه الهيمنة أو هذه الامبريالية التي يتحدث عنها أنجولورج روني أو هذه العالمية المنسوبة إلى هذا النموذج غير النظري هي التي أهابت بالفعل كما رأينا سابقا بكثير من السيکوباتولوجيين والممارسين الإكلينكيين للرجوع إلى النظرة التعددية أو البعدية أو الإدماجية التي كان يدعو إلى تبنيها في وقت مبكر أوجين مانكوفسكي (Eugene Minkowski) ويشيد بمزاياها. فهو الذي كتب في مجلة *l'évolution psychiatrique* 1929 "حينما نحاول كسيکوباتولوجيين أن نفهم الخلفية التي تشرط كل الاضطرابات التي تبدو معقدة جدا بحكم طبيعتها فإننا نجد أنفسنا نفتقر إلى المفاهيم الملائمة. ومن هنا الرغبة في توسيع الطروحات العادية وتناول الاضطرابات العقلية من زاوية مختلفة عن الزاوية التي تعودنا عليها".

إننا هنا ننحاز في تناولنا وتعاملنا مع الاضطرابات السيکوباتولوجية من أجل فهمها و التكفل بها في المجال الإكلينكي إلى هذه النظرة التعددية أو البعدية أو الإدماجية لأننا مقتنعون نحن كذلك بأنها النظرة الأقدر كما يقول سيريل بوفي على تناول الحقيقة الإكلينكية. و هي النظرة التي "تحظى بالموضوعية كما يرى روني أنجلر (2007) من منظور الجودة التي تزودنا بتصور صادق عن الموضوع أي عن النفسية". إن السيکوباتولوجيا في نظر هذا الممارس الإكلينكي تشتمل على مجال واسع و متنوع ومن الغرور الادعاء بأن بعض الاختصاصات هي المناسبة والأخرى مرفوضة لأنها زائفة.

هذه النظرة التي نعتناها في إصدار سابق بديوان المطبوعات الجامعية (سيکوباتولوجيا الشخصية المغاربية، 2010: 43-50) بالنظرة التكاملية ليس بالمفهوم الجمعي (cumulatif) الذي يتحدث عنه وإنما بالمفهوم المتعدد الاختصاص (pluridisciplinaire) الذي تعتبره (إيفلين بيوزنر، 1996: 50) منعطفا ضروريا من أجل الكشف عن المدلول في مجال السيکوباتولوجيا.

المفهوم التكاملي الذي يقبل بتعدد المدلولات ويطمح إلى تجاوز التصور الذري القديم و الجديد المتمثل في الذرية السيميولوجية ويسعى إلى استبداله بنظرة مفتوحة لا مهيمنة ولا منغلقة ولا مجزئة ولا مختزلة للإنسان. و هي النظرة التي تأخذ بعين الاعتبار شخصية المريض بجميع مكوناته وتهتم بتاريخه الخاص والمميز وبارتباطاته الأسرية والاجتماعية والثقافية من أجل التمكن من استجلاء مدلولات الأعراض التي تتميز بها كل حالة من الحالات السيكوباتولوجية.

فالاكتفاء على الاختصاصات المختلفة و المتكاملة تفرضه كما أوضحنا سابقا (بن عبد الله محمد: 2010 :43-50) طبيعة الظاهرة السيكوباتولوجية لأنها تمثل بالفعل تحديا لكل من يريد فهمها و تأويلها بسبب تعقدها و ثرائها و ارتباطها الوثيق بعالم الثقافة و مكوناتها الرمزية (إيفلين بيوزنر ، م.س.، ص26) .

و من هنا نفهم لماذا نريد أن نهتم في ظل هذه النظرة التكاملية بالتناول الاثنوسيكوباتولوجي الذي لا يتجاهل تأثيرات العوامل الثقافية التي تغذي الشخصية المغربية و الجزائرية و تسهم في تلوين خصائصها الباتولوجية والإكلينيكية والوبائية.

فمن المؤكد أن السيكوباتولوجي باهتمامه بكل أبعاد الشخصية ولا سيما البعد الثقافي والاجتماعي و التاريخي يكون مزودا بما يسمح له بالإبانة عن مدلولات السلوكات الباتولوجية من خلال تأويل حقيقي و صادق و موضوعي كما أكد على ذلك ا. سو(1978) سابقا و كما يرى أنجولورج روني (2007) و إيفلين بيوزنر (1996) لاحقا.

وضمن هذا السياق تأتي هذه الدراسة الموسومة: «تتاول الاضطرابات السيكوباتولوجية من منظور النموذج الاثنوسيكوباتولوجي في مجال علم النفس العيادي في الجزائر» لتبحث في إشكالية علاقة علم النفس الإكلينيكي في الجزائر و في نظريته و اتجاهاته و توظيفه لهذا التناول غير النظري الذي يلقي اهتماما بالغا في كثير من الإصدارات و التصنيفات ( حتى DSMIV غير النظري أصبح يتحدث عن "الصياغة الثقافية") والتكوينات الممنوحة ضمن معاهد قسم علم النفس في كثير من الأوساط العلمية الغربية في العهد المعاصر.

ولأن المعرفة السيكوباتولوجية و الطب نفسية المهتمة بهذا النموذج الاثنوسيكوباتولوجي متباينة هي الأخرى في طروحاتها و عند المقتنعين بها من كرابلين في ألمانيا إلى هنري كولومب وإبراهيم سو و فرونتز فانون Frantz Fanon في إفريقيا إلى روبرت بيرتولي Robert Berthelie إلى رشيد بنقادي Rachid Bennegadi إلى محفوظ بوسبسي إلى ب. بن سماعيل B. Bensmail إلى سليم عمار Sleim Ammar و غوربال Ghorbal و علي عويطة Ali Aouitah وموساوي Moussaoui في المغرب العربي إلى جورج دوفورو Goerges Devereux و تلميذه ناتان توبي Nathan Tobie و إلى إيفلين بيوزنر Eveline Pewzner وماري روز مورو Marie Rose Moro في فرنسا إلى أليركون ريناتو Alarcon Renato في الولايات المتحدة حاليا فإننا سنحاول في هذا العرض ضمن مجموعة من العناصر إلى التعريف أولا بـ :

1) مفهوم النموذج الاثنوسيكوباتولوجي و بالطروحات المشار إليها سابقا المتبناة من قبل مختلف الباحثين لنخلص في آخر المطاف إلى التنويه و الإشادة بالرأي الذي نراه راجحا ومناسبا.

2) ثم بعد ذلك نأتي إلى محاولة الكشف عن الدوافع التي جعلت فئة من الممارسين الإكلينيكين المعاصرين يتبنون النظرة الاثنوسيكوباتولوجية .

3) ثم بعدها نحاول عرض قراءة لمبررات عدم توظيف طروحات وإنجازات هذا التناول الاثنوسيكوباتولوجي في المجال الإكلينيكي المغاربي و الجزائري.

4) وأخيرا نحاول تقديم توصيف لملامح العودة المحتشمة للاهتمام بالخصائص الثقافية تأثيراتها على الظاهرة السيكوباتولوجية من قبل الإكلينيكين و الباحثين في المجتمع المغاربي وبشكل عام و الجزائري بشكل خاص.

## 2. مفهوم النموذج الاثنوسيكوباتولوجي من منظور التناولات المعاصرة :

إن الاثنوسيكوباتولوجيا سربان يونسكو (2006) أو الطب النفسي الثقافي ر.الاركون (2009 Alarcon R.) تعنى بالوصف والتعريف والتقييم والتكفل بكل الحالات السيكوباتولوجية (أو الطب نفسية) التي تعكس وتتأثر بشكل واضح بالعوامل الثقافية.

إن الاثنوسيكوباتولوجيا أو الطب النفسي الثقافي لا يمثل تخصصا جديدا و إنما هو يمثل نتاجا لتطور تاريخي يتعلق بقطاعات واختصاصات كانت تعرف قديما بالطب النفسي المقارن أو الطب النفسي العابر للثقافات أو الطب النفسي الاجتماعي... إلخ

التطور التاريخي الذي عرفه هذا العلم مر بمراحل تاريخية مميزة أفضت إلى ثلاثة اتجاهات (ر.الاركون و آخرون، 2002: 219-282).

### 2. 1. الاتجاه الأول: الاهتمام بالزمالات الثقافية.

الاتجاه المبكر قام بعقد مقارنة في مجال الطب لِنفسي و السيكوباتولوجي من خلال النظرة السائدة في الملاجئ و عند الأطباء النفسيين في عهد الاستعمار.

هذا العمل أدى إلى وصف ما يعرف بالزمالات الثقافية ( culture bound syndroms ). إن الزمالات الثقافية الخاصة أو "المرتبطة بالثقافة" تمثل وحدات إكلينيكية موصوفة عند أشخاص ينتمون إلى بعض المجموعات الثقافية و بالتالي هي لا تظهر إلا في بعض المناطق الجغرافية المحددة بدقة.

القائمة المعدة من قبل هوك Hugues ضمن الكتاب الخاص بالزمالات المرتبطة بالثقافة 1985 هوك و سيمونس تحتوي على 182 صنف بعضها تتميز بمجموعة من الأعراض تتشابه فيما بينها بشكل ملحوظ (سربان يونسكو، 2006: 99-95). فالاضطراب المعروف بـ Le latah مثلا يتعلق بصنف يشتمل على اضطرابات حقيقية ملاحظة في أماكن مختلفة من العالم، في ماليزيا، وفي أندونيسيا، في سيبيريا وفي شمال اليابان وفي شمال إفريقيا و عند البانتو Les Bantous في إفريقيا... إلخ.

هذا الاضطراب الذي ينجم في العادة عن مثيرات بسيطة، عن صوت أو خوف أو موقف مزعج، يتمثل في استجابة فزع أو دهشة يترتب عنها لبعض الدقائق اختلال في التحكم أو الضبط الذاتي (perte de contrôle) والكلام البذيء (coprolalie) ...

بسبب الطابع المميز لهذه الزملات المرتبطة بالثقافة كان سيمونس (1987) و كذلك برانس وتشنغ لاروش Prince et Tchong-Laroche (1987) قد اقترحا إدراجهما ضمن تصنيفات CIM و DSM. وهذا ما تم انجازه بالفعل ضمن DSMIV حيث تم إدراج لأول مرة في DSM قائمة بخمسة وعشرين (25) زملة مرتبطة بالثقافة تسمح بالتعرف على الزملة وعلى الثقافات التي وصف الاضطراب ضمنها لأول مرة و تعرض وصفا مختصرا للسيكوباتولوجيا (DSM IV TR: 2003; XXXIX) هذه الزملات يقول عنها معدو DSMIVTR ترتبط بمجتمعات خاصة وبمناطق ثقافية وتتطابق مع أصناف تشخيصية محلية وتقليدية تتناسب بشكل متسق مع بعض الملاحظات والتجارب المتكررة المنمطة و المختلفة.

كما أن بعض الاضطرابات المدرجة ضمن DSMIV المرتبطة بالثقافة في البلدان الصناعية (مثل فقد الشهية و اضطراب الهوية التفككي) عدت هتي الأخرى من الزملات المرتبطة بالثقافة لأنها تعتبر إما نادرة أو غائبة في الأوساط الثقافية الأخرى (DSMIVTR).

## 2.2. الاتجاه الثاني: اتجاه الطب النفسي المقارن.

المظاهر العلية والباتولوجية التكوينية والإكلينيكية لهذه الزملات الثقافية لا تتطابق مع الوحدات المرضية التقليدية المدرجة ضمن أغلب التصنيفات الغربية. فهذه الزملات المرتبطة بالثقافة لها تاريخ جليل وثرى بمساهمات الإكلينكيين والباحثين البارزين خلال العقود الرابعة والخمسة الأخيرة وبالتالي قد تبدو هذه القائمة الجزئية الخاصة بالزملات المرتبطة بالثقافة متقوصة في نظر ر. الاركون (2009: 11) لأنها لم تعترف بالحق الكامل للأدبيات الكثيفة المخصصة لهذا الموضوع.

الاتجاه الثاني ظل يشجع على دراسة التنوع الثقافي على مستوى المجموعات متعددة الثقافات من خلال تركيزه واهتمامه بالسلوك الشاذ و التشخيص الطبني عند المجموعات العرقية والمهاجرين واللاجئين والأثنيات العرقية المقيمة في الغرب.

وقد يكون الطبيب النفسي الألماني ا. كرابلين حسب مورفي Murphy H.B.M (1986) هو الذي أرسى قواعد الطب النفسي الثقافي المقارن ومن الاختصاصيين الذين كان لهم فضل السبق حسب ا. بيوزنر (1996: 19-82) في إبراز خصوصية السميولوجيا (علم الأعراض) الإكلينيكية و في لفت الأنظار إلى قيمة المرجعية الثقافية في نشأة الأمراض العقلية (عمار سليم، 1970: 217-223) رغم أفكاره عن الجفانيين "Les javanais" المثيرة للجدل والمساهمة في تغذية الايدولوجيا السياسية للاحتلال في فترة الاستعمار كما يرى رشيد بنقادي (1994: 8) في روبر بيرتولي (1994) .

فهو الذي قال وهو يناقش تشكل الذهان الهوس الاكتئابي عند أهل جاف Java بإمكان " عقد مقارنة بين سلوك المرضى الجفانيين و سلوك مرضانا المراهقين أي بين مجموعة سكانية متخلفة نفسيا وشببية أروبية غير ناضجة "رشيد بنقادي ( نفس المرجع).

و لكنه هو الذي يقول في نفس الوقت " إن وصف الأمراض العقلية التي تحويها مؤلفاتنا الكلاسيكية ومراجعتنا هو مبني فقط على الملاحظة و الفحص لمرضى عقليين غربيين " .

و ضمن نفس السياق نجد أن الطب النفسي الفرنسي هو الآخر كان له اهتمام مبكر منذ منطلق القرن 19 مع مورو دو تورس Moreau de Tours و دو بوامون de Boismont وميلون Meilhon وبواجي Boigey وليمانسكي Lemanski وفريبور فريبورغ-بلان Fribourg-blanc وكوستودوات Costedoat و آري Arri وجون سوتر Jean Sutter و انتوان بورو Antoine Porot و سوزان طيب Suzane Taieb و ايف بيليسي Yves Pelicier بعقد دراسات مقارنة في مجال السيکوباتولوجيا من خلال فحص و تشخيص ومحاولة فهم و كشف الأسباب المحدثة للاضطرابات العقلية في الأوساط الثقافية غير الغربية في المشرق وفي المغرب العربي و في إفريقيا.

فمع مورو دو تورس يتأكد بروز إطار نظري ممد للثنوسيكوباتولوجيا الذي يفترض وجود علاقات متبادلة بين الثقافة والشخص والمرض العقلي (روبير بيرتولي، 1994:27).

ومعه نكتشف من الناحية الوبائية بأن الجنون أقل شيوعا في المشرق من المغرب. وهذا يعود في نظره بالطبع إلى تحمل الوسط الثقافي للمرض العقلي وإلى الخلفية الذهنية والمؤسسات الاجتماعية التي تحمي من الإصابات بالجنون ولكنه في نفس الوقت يزعم بأن الأفكار وممارسة الشعائر الدينية يمكن أن تمثل السبب الرئيسي في انتعاش حالات الاستلاب والجنون في هذا الوسط (روبير بيرتولي: 22-18).

وفي نفس الوقت و حتى نهاية القرن 19 تقريبا وجدنا طائفة أخرى من الإكلينيكين من أمثال بريار دو بوامون (1830) و ا. كوشار (1883) يميلون إلى تأكيد نفس الندرة وربطها بنفس المبرر عن المسلم المغاربي.

ولكن مع نهاية القرن 19 تواصل اهتمام الطب النفسي الفرنسي بالبحث في مميزات الحالات السيکوباتولوجية التي يعاني منها الأهلي (L'indigène). كان ذلك نعتهم للعربي المسلم.

ولكن اهتمامهم هذا كما يشير إلى ذلك. Begue J.M. (1989) في روبير بيرتولي (199: 30) أصبح موجهة للتكوين العضوي النفسي الذي يميز العربي عن بقية الأعراق ويؤهله للإصابة بكل الاضطرابات العقلية.

إن الانحرافات الجنسية والإدمان على الكحول والماليخوليا والهذيان الغببية والهوسات السمعية والبصرية والوسواس والتخلف العقلي الشائع والصرع والهستيريا كلها حالات ذات صلة بهذا الطبع السيکولوجي الخامل L'inactif حسب بواجي (1908). وهي تتميز

بالاضمحلالية الوراثية وبالاندفاعية وبالخطورة وبالعجز العصبي والقابلية للتصديق والإيحاء وفقد القابلية للانفعال والبدائية وبالصبيانية الذهنية في نظر هذا التيار المنظر لطب نفسي مقارن يفتقر إلى الموضوعية والمصدقية ويبيّن ملاحظاته على الملفات المفبركة حسب رشيد بنقادي ويسخر علمه "لتزكية الاحتلال و تقوية الاستعمار" بيرتولي (المرجع السابق ص ص 45-46).

ولكن في المقابل نجد تيارا آخر يسنده عدد من الإكلينكيين من أمثال ميلون ( 1896 ) ولوفي (1909) و ريجيس (1912) و ليمنسكي و كوستودوات و فرانتز فانون (1956) يرفض الانصياع لهذه الطروحات المثيرة للجدل والإنكار ويصر على تناول الظواهر السيكوباتولوجية التي يعاني منها الإنسان المغربي في إطار حضارته وعدم فصله عن ثقافته.

"فلا المكانة التشريحية الفسيولوجية ولا الاضمحلالية الوراثية تكفي لتفسير خصوصيات المرض العقلي عند العرب يقول ميلون ، في بيرتولي ( نفس المرجع :34) بل علينا أن نبحث في المميزات الخاصة بالثقافة التي بإمكانها أن تحدد شكل المرض و كذلك شيوعه".

إننا نهدي يضيف ميلون (1896) وفق قدراتنا النفسية وحسب استعداداتنا الطبيعية لأن الطبائع والعادات والتربية ونمط الحياة وباختصار الحضارة هي التي تطبع بالفعل بصبغتها الخاصة انحرافات الحالة العادية لقدراتنا الفعلية وبالتالي لا نستغرب إذا رأينا العربي يهذي بكيفية مختلفة عن الأوربي (بيرتولي، ص 35) .

كما أن كلا من لوفي (1909) و ريجيس (1912) بدورهما يؤكدان على ضرورة التزود بالمعرفة الكاملة عن ثقافة العربي التي تسمح بالفهم الجيد للباتولوجيا الفعلية والتأثير عليها علاجيا لأن الجهل بحقائق الثقافة و غياب المعلومة الصادقة هي المتسبب الرئيسي في عرض تأويلات خاطئة عن شخصية الإنسان المغربي في نظر بيرتولي (ص 81 نفس المرجع).

ومن ناحيته فإن كوستودوات (1934) لا يشذ عن هذا الرأي وهو بالتالي يشترط على الطبيب المعالج أن يكون على دراية واسعة بلغة الجزائري وبتقافته وثقافته الفرعية لأن السيكوباتولوجيا لدى الجزائري لها خصوصياتها وأن جودة ودرجة الحضارة تؤثر على شكل الاضطرابات العقلية.

ونفس الطرح ونفس النظرة الإثنوسيكوباتولوجية تبناها فرانتز فانون وينافح عنها حينما يدعو إلى تناول المرض العقلي عند الجزائري المسلم في إطار الفهم العميق للثقافة التي يبرز فيها (بيرتولي، نفس المرجع، ص 122).

سوزان طيب في أطروحتها (Alger 1939) "أفكار التأثير عند الجزائري" وبفضل إتقانها للغة العربية اهتمت هي الأخرى بخطاب الجزائري ومعايشه النفسي" وبلورت سيكوباتولوجيا تعتمد على الإصغاء لثقافة الأهلي ودراسة الوسط الاجتماعي" (بيرتولي،

ص 125). ونفس التوجيه يكون قد تبناه ايف بيليسي حينما قرر الأخذ بعين الاعتبار المعطيات الاجتماعية ضمن الطب النفسي الإكلينيكي.

## 2.3 . الاتجاه الثالث : الاتجاه الإثنوسيكوباتولوجي المعاصر.

ومع الجيل الثالث للأطباء النفسيين من أمثال ف. فانون و ايف بيليسي و غ. باسكاليس الذين كان لهم احتكاك واسع واهتمام بالغ بالظاهرة السيكوباتولوجية لدى الشخص المغربي ظهر تيار اثنوسيكوباتولوجي مهد لتحول حقيقي يعترف بثقافة المريض العقلي في المجتمع المغربي والتعجيل بإنهاء هيمنة النماذج السائدة المتأثرة بالنظرة الكرابلينية القديمة العضوية الوراثية بقيادة أ. بورو التي لم تكن تعير أي اهتمام لمرجعية الإنسان المغربي الثقافية المختلفة عن الثقافة الأوروبية.

هذا التحول التدريجي هو الذي أثمر وأفضى إلى إيجاد رجال و أطباء نفسيين من أمثال روبير بيرتولي و ايفلين بيوزنر وسليم عمار وآخرون من خلال كتابات أصلية تدعو إلى استيعاب الثقافة الأصلية للشخص المغربي من أجل الفهم الحقيقي للعرض، روبير بيرتولي (المرجع السابق ص ص 161-163) تتفق على وجود خلفية ثقافية مغربية مشتركة تمثل مصفوفة ممكنة لقراءة اللوائح الباتولوجية و السوية رغم الإختلافات المحلية (روبير بيرتولي ، 162-163)، بن عبد الله محمد (2010).

هذا التحول الذي تحقق بفضل إسهامات تلك النخبة من الأطباء النفسيين والإكلينكيين مع منتصف القرن العشرين ويستمر إلى يومنا هذا يلتقي ويتقاطع في كثير من أفكاره وقناعاته مع أطروحات الاتجاه الإثنوسيكوباتولوجي المعاصر الذي يبني تفسيراته على التحليل المعقول للمعرفة الطب نفسية والممارسة كنتيجة للعوامل الاجتماعية والثقافية وحتى الاقتصادية والسياسية كما يرى ريناتو ألكون (2009).

هذا الاتجاه لا ينظر للإثنوسيكوباتولوجيا على أنه اختصاص فرعي للطب النفسي لأن الثقافة تصنع كل حدث إكلينيكي و غير إكلينيكي في أي مرض من الأمراض.

وهو لا يعد من خصوم البيولوجيا لأنه يعترف باختلاف الظواهر السيكوباتولوجية ذات الصلة بالعلية المتعددة (البيولوجية المحتملة و التكوين النفسي الاجتماعي الثقافي المحتمل كذلك).

كما أنه لا ينظر للسيكوباتولوجيا على أنها تهتم فقط بالأقليات العرقية أو المجتمعات الغربية والأجنبية لأن هذه النظرة قد تنتكر لتأثير العوامل الثقافية في الحياة اليومية للأغلبية من السكان في أي بلد أو قارة و تحصر وجود هذه العوامل في بعض المجتمعات البعيدة عن المراكز الحضرية و البلدان النامية أو الأمم الغربية بوجه عام .

إن الإثنوسيكوباتولوجيا أو الطب النفسي العابر للثقافات كما يسميه رشيد بنقادي في روبير بيرتولي (1994) لم يجد طريقه الحقيقي إلا حينما ارتكز على الانتروبولوجيا و على الملاحظة المشاركة وعلى الملفات غير المصطنعة عن المجموعات العرقية و على التأويلات المناسبة في واقعها الثقافي.

فالمرض والعلاج تقول ايفلين بيوزنر (2005: 107-177) ليس بالإمكان تناولهما بنفس المصطلحات في الأوساط الثقافية المختلفة إذ أن الرباط الموجود بين النموذج السيكولوجي والنموذج السيکوباتولوجي يدعونا إلى الرجوع إلى النموذج الانتربولوجي الذي يمكن من الوصول إلى فهمهما. فمع الفكرة عن الإنسان وعلاقاته مع العالم ومع دائرة الواقع والخيال تتطابق التصورات المختلفة عن الشخصية وعن اضطراباتهما.

إن التصرف بهذه الطريقة تقول ايفلين بيوزنر لا يعني التخلي عن الموضوعية بل يدل على وعي أكثر صدقا بمدلول الواقع وشروط الموضوعية. فالموضوعية تقتضي في نظرها القبول دائما بالابتعاد عن الإنسان المجرد والالتفات إلى الإنسان الواقعي، الإنسان الموجود في الواقع المرتبط بتاريخه ووسطه الاجتماعي مع الأخذ بعين الاعتبار معتقداته.

والموضوعية تقتضي في نفس الوقت من أجل أن نستمتع إلى معاناة الناس وأن نكشف عن مدلولاتها أن نأخذ بعين الاعتبار نماذج تصوراتها عن العالم والإنسان ضمن أوساطها الثقافية غير القابلة للكشف بواسطة المفتاح الوحيد لخطاب الغرب. والموضوعية تقتضي دائما التخلص من الإشكال المنطقي والإخفاق الذي لحق بالعمل الإكلينيكي والممارسة العلاجية عديمة الفعالية المعروفة بـ"الكلاسيكية" ذات التوجه العالمي المطبقة على الأفراد المنتمين إلى الثقافات الغربية.

فاستيعاب مدلول كثير من السلوكيات الباتولوجية المرتبطة بحالات مثل الفصام والإدمان على المخدرات وفقدان الشهية وتبني الصفات العلاجية المناسبة يقتضي في كثير من الأحيان وفي نفس الأوساط الثقافية الغربية أن تؤخذ بعين الاعتبار بشكل صريح وواقعي الأبعاد الخارجية الواقعية والموضوعية، (ايفلين بيوزنر 2005).

### 3. دوافع تبني النظرة الاثنوسيكوباتولوجية من قبل الأكلينيكين الممارسين المعاصرين:

بما أن الاضطرابات العقلية تعود بشكل طبيعي إلى عدة عوامل، فإن أي تشخيص طبي نفسي أو سيكوباتولوجي لكي يكون مفهوما بشكل حقيقي وموضوعي فعليه أن يأخذ بعين الاعتبار مجموعة من العوامل التي تسهم في علية و تكوين الاضطراب وكذلك في فهم شامل لعلاجها ونتائجها. ومن هذه العوامل بالطبع العامل الثقافي الذي يبرجى ويطلب من الإكلينيكي أن يعترف بتأثيره. فتأثيره يمكن أن يمثل مصدرا خاصا للضغط والمعاناة. فقد يسهم في إحداث الاضطراب و في مضاعفته أو خفض حدته (تأخير الوقت من أجل طلب المساعدة مثلا عندما تظهر الأعراض الذهانية عند عضو من أعضاء الأسرة). ودوره بارز في تحديد شكل ونوع التجربة المرضية. وبإمكانه أن يكون أداة مؤثرة في سيميولوجيا الاضطرابات العامة والزمالات الخاصة وفي تكوين الأعراض الإكلينيكية التي تعكس الموضوعات السائدة في الفترة التاريخية التي يظهر فيها المرض. ويمكن الاعتماد عليه من قبل الإكلينيكي في تأويل الأعراض و في الكشف عن نتائجها المعرفية وأثارها الاجتماعية. وهو يعد بلا ريب من العناصر الأساسية التي تؤخذ بعين الاعتبار أثناء عملية التكفل

بالمريض و مساعدته على تجاوز معاناته (ريناتو أاركون وآخرون (1999) يونغ وكيرماير (1999)، ريناتو أاركون، 2009).

ولأن معظم الإكلينيكيين في الوقت الراهن مجمعون على أن نظام التشخيص العالمي الصارم يخل بالهدف الأساسي للنظرة الأثنوسيكوباتولوجية، فإن أنصار النموذج الأنجلوساكسوني غير النظري هم الآخرون كان لهم حرص أكبر للاهتمام بالصياغة الثقافية ضمن تصنيفاتهم الأخيرة (DSMIV و DSMIVTR إلى جانب الزملات المرتبطة بالثقافة) التي جعلوا منها "أداة مهمة لمساعدة الإكلينيكي على القيام بتشخيص كامل ومفهوم بشكل حقيقي يسمح بالكشف عن عملية الاضطراب وتكوينه وتقديم العلاج المناسب من خلال الاهتمام بالأصل الثقافي للفرد ودور الوسط الثقافي في التعبير عن الأعراض والاختلالات وتقييمها وتأثير الاختلافات الثقافية على العلاقة بين الفرد والإكلينيكي" (DSMIVTR، 2003: 1015) كما تمنح هذه الصياغة الثقافية الفرصة للإكلينيكي للحصول على معطيات إكلينيكية تتعلق بنظرة المريض ذاته و هويته الثقافية و بالنماذج المفسرة للمرض الوظيفية والعجز .. وأخيرا بالتقييم الثقافي الشامل و التكفل العلاجي.

كل هذا بهدف الوصول إلى فهم أحسن للأعراض و الرفع من مصداقية التقييم الإكلينيكي.

ولكن رغم هذا الاهتمام الكبير الذي وجه للطروحات الثقافية في التصنيفات الانجلوساكسونية الأخيرة إلا أن البعض ومنهم أاركون ريناتو (2009) يرى بأنها لم تكشف عن الدور الديناميكي للثقافة المرتبطة أساسا بالعالم الاجتماعي للمريض وأنها تكتفي فقط بتوظيف تناول الثقافي للأقليات الثقافية عوض الانشغال بالمتغيرات الثقافية المؤثرة في عملية التشخيص السيكوباتولوجي في الأوساط الثقافية وبالنسبة لكل المجموعات الإكلينيكية.

فالمتغيرات الثقافية هذه تخص مجموعة من الميادين والخصائص التي يجب أن يحصل الإكلينيكي بشأنها خلال المقابلة على المعلومات الضرورية التي تتعلق باللغة والاتجاهات والتقاليد والمعتقدات وكذلك التي ترتبط بالأسرة وبنيتها وبالطرق التربوية والأدوار الاجتماعية ونشاطات التعلم والتفاعلات الاجتماعية وكذلك على تقييم أثر الأدوات الأخرى مثل وسائل الإعلام والبنى الاجتماعية والسياسية وقواعد وقيم السلوك ... إلخ، ريناتو أاركون (2009).

الإكلينيكي من هذا المنظور هو مقتنع بأن البيئة هي التي تصبغ الشكل و ليس المحتوى فحسب للأعراض المعبر عن الاتجاه الثقافي المهيمن. فهذان مريض القرن 21 الذي ترعرع في عالم حضري تسوده التكنولوجيا يقول ريناتو أاركون (2009) هو مختلف بلا شك عن هذان المريض الذي يعود إلى 200 سنة الذي عاش في محيط ريفي أقل تعقيدا.

وتعد النماذج المفسرة التي تقدم النظرة المتميزة الخاصة بكل مريض وأسرته فيما يخص العملية الثقافية للأعراض والتكوين الباتولوجي من المكونات الحاسمة لكل تأطير ثقافي في التشخيص السيكوباتولوجي أو الطب النفسي.

وهذه القناعة التي يزهد فيها كثير من الإكلينيكيين المعاصرين نجدها محتضنة في وقت مبكر بشكل استثنائي من قبل بعض الإكلينيكيين كما أوضحنا سابقا.

ومبرراتهم ودوافعهم في تبني تلك النظرة الاثنوسيكوباتولوجية هو التمكن من التعرف على الأشكال السيكوباتولوجية المميزة للاضطراب العقلي عند الشخص المغاربي والتمكن من فهمها والكشف عن مدلولاتها بموضوعية غير فاقدة للمصداقية والتأثير عليها علاجيا كما كان يقول ريجيس (1912).

ومن الدوافع كذلك التي أهابت ببعض الإكلينيكيين لمناصرة النظرة الاثنوسيكوباتولوجية هي رغبتهم الملحة في الرد على التفسيرات المزيفة التي لم تكن تستند على المعرفة و الثقافة الأصلية للشخص الجزائري من أجل الفهم الحقيقي للعرض كما يرى بيرتولي (160-161) واستبدالها بنظرة أخرى تسعى بالطبع التي تجاوز هذه النقائص وتسهم في إيجاد الحلول الناجعة للخبرات المأساوية التي يمكن أن يواجهها الشخص المغاربي في أي ظرف من الظروف التي بإمكانها أن تخل بتوازنه النفسي.

وإن كانت الثقافة لا تشرط إلا السيميولوجيا كما ظل يعتقد كثير من الإكلينيكيين ضمن المدرسة الفرنسية السيكوباتولوجية وعلى رأسهم هنري أي لأن المرض العقلي والنفسية البشرية هي واحدة عند كل الشعوب (بيرتولي : 96).

الدافع الآخر الذي أدى بكثير من الإكلينيكيين والسيكوباتولوجيين المعاصرين إلى الاهتمام بالنظرة الاثنوسيكوباتولوجية هو اعتقادهم الراسخ بأن فهم الإنسان وتأويل سلوكاته السوية والشاذة لا يمكن أن يتحقق في ظل "نظرة مغلقة و مجزئة و مختزلة للإنسان" (إدقارموران في بيوزنر (1996) مخاصمة للعالم الخارجي (إبراهيم سو، 1978 : 103) ولا في صورة مصغرة معزولة مبنية على إشكالية الرغبة والنقص ولا على نظرة لا تهتم إلا بالجانب الفردي من تاريخ الشخص سواء كانت عضوية خالصة أو نفسية تكوينية صرفة بسبب تعقد الظاهرة السيكوباتولوجية أو بسبب الاستيعاب و الفهم الجزئي الذي يمكن أن يترتب عن تلك التناولات وإنما في ظل نظرة متكاملة متعددة الاختصاصات تعتمد على الجانب الثقافي وتعتبره ضروريا في كل الأحوال لأنه وحده الكفيل بالكشف عن مضمون خطاب المريض العقلي وما يحمله من مدلولات ثقافية واجتماعية تتميز بها المجموعة التي ينتمي إليها (بن عبد الله محمد، 2010: 46-47)، وهو يمثل الأسلوب المفضل و الهدف الأساسي لدى الأخصائي الإكلينيكي للوصول إلى المعرفة التي تضمن و توفر العلاج المناسب و الفعال (ا. سو ، 1978 : 46-47).

أما ساربان يونيسكو في الفصل السابع المخصص للاثنوسيكوباتولوجيا من إصداره الموسوم بـ "14 متناولا للسيكوباتولوجيا" (14 Approches de la psychopathologie) الذي لقي إقبالا ملحوظا و طبع ستة مرات منذ إصداره الأول فيرى بأن الاهتمام الموجه لهذا النموذج يفسر بلجوء المهنيين الممارسين إلى تشخيص و علاج أشخاص ينتمون إلى ثقافات أخرى بسبب الهجرات الاقتصادية وحركات اللجوء و الذهاب إلى الدراسة في الخارج و كذلك إلى التنوع الثقافي و الاختلافات الاجتماعية و

الاقتصادية التي أصبحت تميز المجتمعات الغربية. كما أن إنشاء تشكلات للدعم الطبني و السيكولوجي في البلدان النامية و القيام ببرامج بحثية في هذا المجال تفسر هي الأخرى في نظره الاهتمام المتزايد بهذا التناول الاتنوسيكوباتولوجي (ساربان يونيسكو، 93 :2006).

#### 4. قراءة في مبررات عدم توظيف طروحات و إنجازات التناول الاتنوسيكوباتولوجي في المجال الإكلينيكي المغربي :

الافتراض الأول الذي يدعونا إلى القول بأن قلة الاهتمام بطروحات التناول الاتنوسيكوباتولوجي و عدم توظيفها في المجال الإكلينيكي المغربي قد يعود إلى التأثير الذي مارسه الأفكار السائدة في الأوساط العلمية في البلاد الغربية المجاورة كأفكار هنري أي كما يذكر ساربان يونيسكو (1996:40) وغيرها من الأفكار التي تشبع بها الإكلينيكيون الممارسون في البلاد المغربية الذين تلقوا تكوينهم على الخصوص في المجال الإكلينيكي الطبني أو السيكوباتولوجي.

وهنري أي بالطبع كما هو شأن كثير من السيكوباتولوجيين الذين ذاع صوتهم في العقود الأخيرة من القرن العشرين باستثناء السيكولوجي البارز هنري فالون لم يكونوا ليولوا للعامل الاجتماعي ولا الثقافي أي تأثير أساسي وفاعل في تناولهم للاضطرابات السيكوباتولوجية وخاصة فيما يتعلق بعليتها.

فهنري أي رغم اعترافه بتأثير الموقف الاجتماعي المأساوي على الشخص و الشخصية إلا أنه يرفض أن يكون للاضطرابات السيكوباتولوجية علاقة مباشرة بالأحداث الاجتماعية و إنما فقط بعتبة الاستجابة التي تجعل المريض يستجيب للأحداث بشكل باتولوجي. وفي نفس الوقت إذا كان لا ينكر أن يكون للظروف الاجتماعية و الثقافية دور في تلوين أعراضها (هنري أي، 1978: 987-992) فإنه يرى أن التباينات الثقافية ليست لها أي قدرة على الإخلال بينيتها.

وهي النظرة التي يتبناها بعض الإكلينيكيين (دوكي و آخرون، 1987) والسيكولوجيين في المجتمع المغربي التي تتباهى بتقديم تفسيرات لا تتعارض مع التفسير السابق لأن بنية الإنسان المغربي في نظرهم تظل مشروطة بأحادية العملية السيكولوجية والباتولوجية. وهي التفسيرات التي تبقى في نظر الباحث الغالي أحرشاو (1994:12) معزولة و مفصولة عن اهتمامات الإنسان المغربي والعربي وعن واقعه الاجتماعي و الثقافي (محمد بن عبد الله، 2007: 167-169) .

فالاعتماد على تفسير السلوكات والمنتجات السوية والباتولوجية من خلال التنظير لشخص عالمي و غير زمني وتوجيهه وحيد وأحادي يفترض وجود نمط بيونفسي ثقافي و حيد هو

الذي يدفع ببعض الإكلينيكيين كهؤلاء إلى تجاهل التطور التاريخي للشخص المغربي و ثقافته الحقيقية كما يقول جون كلود فيلو (J.-C. FILOUX: 1967: 54).

إن الافتقار إلى ثقافة حقيقية عن الشخص والشخصية المغربية يمثل بالتأكيد مبررا آخر لانصراف كثير من الإكلينيكيين المغاربة عن اهتمامهم بالتناول الاثنوسيكوباتولوجي، وهذا الأمر يدركه بكل وضوح كل من أراد أن يستوعب مفهوم الشخص المغربي من خلال الأدبيات السيكولوجية والسيكوباتولوجية. فقد يصطدم بفقر مدقع في هذا المجال باستثناء ما دون حول هذا الموضوع من قبل الباحثين الغربيين القدماء منهم والمحدثين. و لعل إنتاج الطبيب النفسي بيرتولي (1994) الذي مارس مهمته في مؤسسة سيدي الشحمي بوهران الموسوم " l'Homme maghrébin dans la littérature psychiatrique " يعتبر حجة وإنجازا بالنسبة لكل سيكوباتولوجي مغربي يطمح إلى الإسهام في سد هذه الثغرة.

وهي القناعة نفسها التي أهابت بنا إلى إصدار عمل من هذا النوع حول موضوع الشخصية المغربية سنة 2010 (بن عبد الله محمد، 2010) .

## 5. توصيف لملاح العودة المحتشمة للاهتمام بالتناول الاثنوسيكوباتولوجي في المجتمع المغربي :

إن الإقبال على الاهتمام بالاضطرابات السيكوباتولوجية لدى الشخص المغربي في ظل التناول الاثنوسيكوباتولوجي لم يكن ليتحقق لولا تضافر الجهود المبذولة من قبل نخبة من الإكلينيكيين أطباء نفسيين وسيكوباتولوجيين ممارسين على ضفتي البحر المتوسط وفي مقدمتهم الطبيب النفسي البارز ف. فانون الذي تصدى لطروحات مدرسة أنطوان بورو التي ظلت تتجاهل بالكلية حتى بداية الستينيات الأطر المرجعية للوسط الثقافي الاجتماعي لهذه الشخصية المغربية (بيرتولي، 1969: 173) .

إن فرانتز فانون (1952: 124 ) كما أشرنا في الإصدار السابق بن عبد الله محمد (2010: 28-29) هو الذي أثار عند المنشغلين بالظواهر السيكوباتولوجية اهتمامهم بالجوانب الأساسية لدى الفرد المغربي. و هو الذي مهد للنضج الذي مكن من الالتفات إلى العنصر الثقافي الاجتماعي لهذه الشخصية و أعطى دفعا قويا لترسيخ الإرادة العلمية لفهمها بعمق و دون تحيز دغماني كما يقول ب.أ. كارسون، ج. نيكولا ( , [www.walmart.com](http://www.walmart.com) ) .(Nicholas J. Carson B.A).

وبهذه الإرادة العلمية و بهذه القناعة الاستمولوجية بدأت هذه النخبة من الإكلينيكيين تحاول التعرف على مختلف الأشكال السيكوباتولوجية المنتشرة في الفضاء الثقافي المغربي وتحاول الكشف كذلك على التغيرات الوبائية و الإكلينيكية المميزة لها و المترجمة للمعاناة

النفسية التي يعيشها الفرد المغربي والمشبعة بالدلالات الثقافية والاجتماعية الخاصة بالمجموعة الثقافية التي ينتمي إليها و تبحث كذلك في عليتها وأساليب علاجها.

ولعل فرانتز فانون هو واحد من هذه النخبة كما هو معلوم الذي ارتبط اسمه بزملة شمال إفريقيا Le Syndrome Nord-africain المتسمة بالتعبير الجسمي المفرط والتميزة عن حالة الهستيريا التحويلية التي كانت تعتبرها مدرسة أنطوان بورو اضطرابا شائعا في الواقع الجزائري.

وهو الذي حاول أن يقنعها في كتاباته المختلفة بأن الوضع الاجتماعي المزري الذي كان يعيشه الفرد المغربي و خاصة في الجزائر هو الذي يفسر مختلف الظواهر النفسية والمرضية التي تتميز بها الشخصية المغربية. هذه الوضعية الثقافية يقول ( فرانتز فانون 1952: 124 )، هي التي تقف وراء "كل عصاب وكل سلوك شاذ، و كل توتر عاطفي" .

وإذا أردنا أن نواصل الحديث عن إنجازات هذه النخبة من الإكلينيكين وعن اهتمامهم بتناول الاضطرابات السيكوباتولوجية من منظور النموذج الاثنوسيكوباتولوجي في المجتمع المغربي في هذه العقود الأخيرة أي منذ ستينيات القرن الماضي فقد يستغرق منا هذا الأمر وقتا طويلا. لكن بإمكاننا أن نحيل القارئ إلى الفصل الذي خصصناه لهذا الموضوع في إطار إصدارنا المشار إليه سابقا.

ومع ذلك فإننا لن نمتنع من أن نعرض هنا ملخصا عما جادت به قريحة هؤلاء الإكلينيكين من أفكار ومعلومات فيما يتعلق بمدلولات الاضطرابات السيكوباتولوجية الأكثر شيوعا وعلياتها وخصائصها الوبائية والسيميولوجية.

فمن الناحية الوبائية والعلية نكتشف مع هذه الدراسات الاثنوسيكوباتولوجية بأن تزايد حالات الاكتئاب مثلا وهي واحدة من هذه الأصناف المرضية التي انشغل بها باحثون كثيرون في العقود المتأخرة وحاولوا الكشف عن مميزاتها و أشكالها الثقافية لم يحدث بسبب التحولات الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالانفجار العمراني والتغريب وانحلال الروابط العائلية وإنما بسبب تطور الطروحات التشخيصية التي تعنى بضرورة التعرف على الأعراض والسمات الإكلينيكية المميزة للحالة المرضية وتعنى بخطاب المريض الذي يعبر من خلاله على معاناته النفسية

هذا التأويل تعارضه تأويلات أخرى مقدمة من قبل الإكلينيكين الآخرين المنشغلين بثقافة المغرب العربي من أمثال غربال، أغلبهم يؤكدون على غياب الإشكالية الاكتئابية من النوع المايلخولي. فلا وجود في نظرهم للألم المعنوي ولا للشعور بالذنب ولا للسلوك الانتحاري في هذا النوع من الثقافة.

ولهذا السبب يتطلب البحث على علة المرض بالنسبة للمكتئب المغربي على مستوى العلاقات بين الأفراد المطبوعة بالصراعات. نفهم من هذا لماذا يهيمن موضوع الاضطهاد على كل الموضوعات الأخرى بما فيها موضوع الشعور بالذنب. فالشخص هنا يحس بأنه ضحية لمؤامرة و بأنه لا قيمة له في نظر المجموعة أو الأسرة و لا يحس على الإطلاق بأنه مذنب.

المتسببون في اضطهاده يقول غربال ( 1980: 855-866 ) يتواجدون في العالم الخارجي وفي العالم الإنساني المحيط به، كما أن العدوانية الذاتية المصحوبة بخطر الانتحار التي نلاحظها عند المكتئب لا تمثل في المجتمع المغربي إلا مشكلا ثانويا، في حين أنها تمثل في المجتمع الغربي الشغل الشاغل بالنسبة للفريق الطبي النفسي.

وأما بالنسبة لـ فريد كاشا ( Farid Kacha ، 1979 : 179 ) الذي يشير في أطروحته عن "الخصائص الثقافية للإكتئاب" إلى شيوع مشاعر الذنب في الوسط المغربي فإنه يعتبرها في مجملها شعورية وأنها مرتبطة بمراقبة المجموعة الاجتماعية أو الأسرية و ليس لها أي علاقة بالبعد الداخلي أو الشخصي. ومن هنا فهو يتحدث عن "أنا أعلى جماعي" يتضمن إحساسا بالذنب "موجها نحو حقوق وواجبات المجموعة و الشيخ".

وتظل حالة الاكتئاب كما أوضح ذلك من قبل الطبيب النفسي بوسبسي (1984 : 81) الحالة المميزة للطب النفسي المغربي منذ ثلاثة عقود وأن سماتها الأساسية تتمثل في الاضطهاد وندرة الإحساس بالدونية ولوم الذات والذنب وندرة السلوكات الانتحارية ولكنه في نفس الوقت يرى بأن هذه المشاعر يمكن أن تظهر عند المكتئب مع التحولات الثقافية التي تغير الروابط بشكل جذري وتؤثر على تنظيم النموذج العلائقي الذي ينتقل من البعد الجماعي إلى البعد الفردي. وفي نفس السياق تشير دراسة سليم عمار و بن جلون ن. ( Benjelloun N. ) (1980) إلى انتشار هذه الحالة بكثرة في الواقع الثقافي المغربي و التونسي وتتميز بسمة أساسية تتمثل في التجسيم تهيم على باقي السمات الأخرى المشار إليها سابقا. المغربي يقول الباحثان يفضل استخدام جسمه أي من خلال شكاويه الجسمية للتعبير عن معاناته، الأمر الذي يبرر شيوع الظاهرة المعروفة بـ Koulchialgies "أي كل شيء يؤلمني" ...

ويمكن أن نواصل الحديث بشأن الحالات السيكوباتولوجية الأخرى من خلال باقي الإنجازات الاثنوسيكوباتولوجية للتعرف على خصائصها الثقافية و لكن بسبب ضيق المجال ليسعنا إلا أن نحيل القارئ الكريم مرة أخرى إلى العملين السابقين المشار إليهما في هذه الدراسة.

## II. مفاهيم أساسية في علم النفس المرضي

### 1. مفهوم الشذوذ والسواء:

إن الشذوذ والسواء من المفاهيم التي يحيطها كثير من الغموض وقد يبدو تحديدها بصفة دقيقة وحاسمة شبه مستحيلًا بسبب الصعوبات التي تعود إلى كيفية تناولها ومحاولة فهمها واستيعابها وبسبب المعايير والمحكات المتشعبة وتعدد الطروحات النظرية والتحليلات الإكلينيكية التي يرجع إليها من أجل التعمق في مدلولاتها.

ولكن رغم هذا التعقيد الذي يتجلى في كثير من المحاولات فإن التناول الذي يكون مفيدًا أكثر من غيره ويساعد أكثر على الفهم والاستيعاب هو الذي يمنح في نظر بعض السيكوباتولوجيين (جون برجوري Jean Bergeret، 1998 : 130) دورًا فعالًا في تشخيص الشذوذ وتعريف السواء ويستغني عن مفهوم البنية. في حين أن البعض الآخر يعتبر بأن النظرة الجامعة الشاملة هي التي تبني أوجهًا متعددة تبعًا لتنوع وتعدد المنظورات التي يحددها مفهوم السواء والشذوذ وتعني بالمنظور الكمي أي بالفروق في الدرجات كما تهتم؟ النوعية فيما بينهما.

هذه المنظورات التي حاولت الكشف عن مدلول الشذوذ والسواء يمكن التعرف عليها كما يلي:

#### 1.1. النظرة الكمية:

حينما نحاول فحص مفهوم الشذوذ وفق النظرة الكمية نصطدم بموقفين، الموقف الذي يتبنى المفهوم الإحصائي والموقف الذي يتبنى المفهوم التدريجي.

##### أ. 1. المفهوم الإحصائي:

يعتبر بأن الشاذ أو غير العادي هو ذلك الفرد الذي يبعد ويبعد عن المتوسط الإحصائي الذي تحدده العوامل الثقافية والاجتماعية (هنري آي، 1978 : 67) وبالتالي فإن السواء يمثل ما يحدده المعيار الاجتماعي أي القانون الإحصائي للمتوسط الذي يشير إلى امتثال أغلبية الأفراد للمعايير المحددة من قبل المجتمع. ويمكن لهذه المعايير أن تتغير بتغير عادات وتقاليد المجتمع. فالسواء إذن مفهوم نسبي يكون قابل للتغير مع تغير الأزمنة والأوساط الثقافية يعادل مفهوم الشيوخ والتكرار أي ما يلاحظ بكثرة في وسط اجتماعي معين وفي وقت معين (جوليان دو أجورياجيرا، J. De Ajuriaguerra، 1980 : 152-159).

لكن الطرح الذي يبسطه جورج كانغويلام (Canguilhem) في كتابه "السواء والشذوذ" هو على النقيض من هذا تمامًا. فهو يرى بأن المتوسط لا ينطبق مع المعيار (la norme) وإنما يعد المتوسط في نظره علامة (indice) عن المعيار الخاص بكل وسط. ولهذا فهو يقترح استبدال فكرة المعيار بالمعيارية التي تفيد "كما يجب أن يكون". فالمعيار لم يعد يمثل الامتثال لقانون أساسي وإنما يمثل تكيف العضوية الأحسن لبيئته الخارجية. فالسلوك يكون شائعًا أكثر من السلوكيات الأخرى في وسط بيولوجي أو اجتماعي معين لأنه يمثل السير

الأسمى للأفراد الموجودين في هذا الوسط. هذه النظرة انتقدتها F. Duychaerts (1954) في (ليديا فرناداز Lydia Fernandez ، cours on line ، ص5) الذي يرى بأن الشبوع الإحصائي لا يعبر أحسن من أي نؤشر موضوعي آخر عن معيارية الكائن البشري. فالظواهر الأكثر شبوعا في مجال البيولوجيا أو علم النفس ليست هي وحدها التي تشهد على معيارية الحياة. فالحدث البيولوجي أو النفسي يمكن أن يكون نادرا في مجموعة من السكان ويمثل في المقابل جهدا لتكيفي العضوية مع وسطه البيولوجي والاجتماعي.

فالسوي في نظر F. Duychaerts من الوجهة المعيارية هو إنن من يكون متكيفا أي ممثلا للقواعد الاجتماعية سواء كان هذا الامتثال نادرا أو شائعا. فالذي يجعل من سلوك كائن ما في وسط ما يتميز بطابع السواء أو عدم السواء هو مدلول هذا السلوك. فلا يمكن لسلوك أن يعد سويا إلا إذا كان غير متصل بقلق ناجم عن إحباط (فمص الإبهام فند الطفل قد يحمل مدلولاً مختلفاً بحسب الطفل عندما يكون جائعا (سلوك محفز) أو عندما يكون قلقا (سلوك محبط). فما يميز السلوكات السوية هي أنها خلافة مبدعة موجهة نحو الآخر ونحو المستقبل.

فالسواء يمثل في هذه الحالة إلى حد ما يرى أجورياجيرا ج. د. (1980: 154) الإبداع في إطار الإمكانيات التي منحت لنا والمكتسبات التي حصلنا عليها.

ويقصد بهذا أن العادي في ظرف معين هو الذي يكون متكيفا مع هذا الوضع كما يمكنه أن يكون متكيفا مع أوضاع أخرى. أما المريض فهو الذي يكون متكيفا في ظروف حياتية معينة لكنه يفقد القدرة المعيارية أي القدرة على إيجاد معايير أخرى في ظروف أخرى. نفهم من هذا بأن العادي الذي يكون متكيفا في ظروف معينة قد يصبح شادا في ظرف آخر إذا بقي كما هو على حاله.

أما جون دولاي وبيشو J. Delay et P. Pichot (1990: 26-28) وفي نفس الإطار يعتبران بأن الكشف عن الحالة التي يصبح فيها الانحراف عن المتوسط باتولوجيا يتم من خلال معيار يأخذ بعين الاعتبار ما يسميانه بالسواء الوظيفي ( la normalité fonctionnelle). هذا المعيار يسمح بالحكم على الانحراف بأنه باتولوجي عندما يؤدي إلى معاناة الفرد أو المجتمع.

وقد ينجم الانحراف الباتولوجي عن المتوسط في نظرهما كذلك عن أسباب باتولوجية تعرف بالعمليات ( processus) تؤدي بدورها إلى تغيرات نفسية باتولوجية (مثل ذلك التحول أو الاختلال الوراثي المحدث للتخلف العقلي).

هذه المعايير هي نفسها التي يتبناها كرت شنايدر Kurt Schneider (في طراز لمبريار، أندري فلين ، André Féline , Thérèse Lemperière , 1977: 123) في تقييمه لمفهوم السواء حيث يعتبر بأن الاختلالات الكمية للشخصية لا يمكن أن تصبح باتولوجية إلا عندما تفضي إلى معاناة الفرد ذاته وتخل بالسير الحسن لتنظيمه وتطوره الداخلي وكذلك إلى معاناة المجتمع.

فالسواء هنا يمثل السيرورة القصوى للفرد بالنسبة لخصائصه النفسية الذاتية، أي الفرد الذي لم يواجه صعوبات تفوق قدراته العاطفية والتكيفية والدفاعية.

أ. 2. المفهوم التدريجي:

بالنسبة لهذا المفهوم إن الشذوذ يحدث عندما تتعرض الظاهرة السوية إلى حالة من التحول الكمي في اتجاه الزيادة أو النقصان.

ويمثل الشذوذ في هذا الوضع حالة من الامتداد لظاهرة السواء التي لا تحتوي على معنى الاضطراب بمفهوم التغيير والاختلاف وإنما على الاضطراب بمفهوم الزيادة أو النقصان فقط.

نفهم من هذا بأن لا شيء يميز بين السواء والشذوذ ما دام يخضعان لنفس القوانين ويوجد بينهما نوع من التطابق والتجانس والقابلية للتحول.

هذا الطرح نجده عند ريبو Ribot الذي يتبناه بعد كلود برنار واعتمد عليه في تأسيس المنهج السيكوباتولوجي. فالشذوذ أو الاضطراب الباتولوجي في نظر ريبو لا يعبر إلا عن حالة من النكوص أو التناظر المعكوس للتنظيم السوي التي تنجم عن انفراط الوظائف النفسية وتفككها دون أن تصاب هذه الوظائف بأي خلل أو اعتلال في طبيعتها (جورج كانقيلام، م.س، ص71). ونفس التفسير لمفهوم الشذوذ نجده عند جاني Pierre Janet الذي يرى هو كذلك بأن السلوك الشاذ يتولد عن انخفاض التوتر النفسي وتقلص مجال الوعي.

فكلما ازدادت قوة التوتر النفسي عند الفرد كلما كان قادرا على تكيف سلوكه مع الواقع ولكما تعرض هذا التوتر النفسي إلى النقصان وكان غير كاف كلما كان السلوك مضطربا وآليا وغير فعال لا يحقق أي هدف.

وظيفة الواقع (تحكم + توتر نفسي مرتفع) ← سلوك فعال ومتكيف

وظيفة مضطربة (تحكم مفقود + توتر نفسي ضعيف) ← سلوك مضطرب وغير هادف

## 2.1. النظرة النوعية:

إن الانتقال من حالة السواء إلى حالة الشذوذ مع ديمومة التواصل والارتباط بين هاتين الحالتين لا يتعارض مع إمكانية التمايز البنيوي للاختلاف النوعي.

فالشخصية المضطربة في نظر الكثير من الإكلينيكيين مثل لقاش Lagache ومنكوفسكي Minkowski وفالون Wallon وبلوندال Blondel وآي Ey لا يمكن أن تعادل بأي حال من الأحوال الشخصية السوية السابقة. ولهذا فهم يرفضون الفكرة التي تجعل من الشذوذ امتدادا طبيعيا للسلوك السوي. بل إنهم خلافا لذلك يعتبرون بأن للظاهرة المرضية قدرة

على إفران بنى وظيفية جديدة مختلفة تماما عن البنى السوية ويضيفون بأن هذه البنى الجديدة قد تتميز وتنفرد بطاقات لا تتوفر حتى لدى الأشخاص الاسوياء أحيانا.

فتفسير الشذوذ بهذا المعنى الذي يتضمن الاختلاف والتعديل سمح للإكلينيكين بالكشف عن نوعين من الأعراض الباتولوجية ، الشكل السلبي والشكل الإيجابي.

## ب. 1. الشكل السلبي:

إن الشذوذ في نظر كرت قولدشتاين Goldstein ينجم عن الاعتلال الذي يصيب الظواهر السوية. فالسلوك المضطرب الذي يخل بالشخصية بصفة كاملة يجعلها غير قادرة على القيام بعمل فعال لأنها منقوصة وتفتقر إلى الجرأة والقوة الخلاقة بسبب تقلص مجال الوعي والاستقلال الذاتي والتكيف (جابريل دوسي ، م.س. ص 42-46).

وللكشف عن النقص الذي يمثل الجانب السلبي من الشخصية المضطربة فإنه يعتمد في الغالب على تقييم سلوك الفرد من خلال وظائف البنية العضوية للشخصية السوية ومن خلال الوسط الذي ينتمي إليه ( نعيم الرفاعي، 2010 : 68-69 ).

ولهذا السبب لا نستطيع أن نسوي بين الشخصية المرضية ودهنية الطفل أو الذهنية البدائية كما كان يزعم أنصار النظرية التطورية (la théorie de l'évolutionnisme) لأن الذهنية البدائية ليست مختلة ولا مضطربة ولا هي منقوصة العقل أو غير متزنة عاطفيا وإنما هي ذهنية غير مكتملة النضج ( إبراهيم سو ، 1977 : 63-64 ).

## ب. 2. الشكل الإيجابي:

من منظور الإكلينيكين الذين يتبنون الرؤى العضوية الديناميكية (قلدشتاين، أي، جاني وغيرهم) فإن الشذوذ لا يتولد عن العجز أو النقص فحسب وإنما ينجم كذلك عن بعض الظواهر الإيجابية أو الثانوية (هذيانات، مخاوف، سلوكيات صبيانية) التي تعكس نوعا من التجديد والتعديل العميق على مستوى الشخصية وتعبر عن تحرر الوظائف الكامنة والآلية المتبقية من الشخصية السوية الفردية (بالطبع ليست لها أي علاقة بالخيال الاجتماعي).

ويمكن أن يكون الشذوذ في هذه الحالة كما يقول جابريل دوساي ( م.س.، ص 52 ) خلاقا بنسبة معينة ولوقت معين حتى وإن بقي هذا الخلق وهذا الابداع داخليا وخاليا.

## 2. مفهوم البنية:

إن مفهوم البنية من المفاهيم التي تبنتها واستخدمتها جميع التيارات النفسية المعاصرة. ولقد عرف هذا الاستخدام في مجال علم النفس تحولات وتعديلات عميقة جعلت النظرة الديناميكية التكوينية والتاريخية تحل محل النظرة الساكنة اللاتكوينية واللاتاريخية.

وعلى هذا الأساس فإن مفهوم البنية قد يختلف باختلاف هذه الطروحات. فمدلول البنية من منظور البنيوية المنطقية الرياضية اللاتاريخية واللاتكوينية يعادل تنظيم الكليات أو المجموعات الرياضية التي تحتفظ بشكلها عبر تحولاتها الإجرائية. بمعنى آخر فإن مدلول البنية يعبر عن الكيفية التي تنتظم بها عناصر المجموعة فيما بينها بحيث لا يمكن أن يكون لهذه العناصر أي مدلول وأي قيمة إلا في إطار الوحدة أو المجموعة التي تمثل البنية.

بياجي: "نتحدث عن بنية عندما تكون العناصر مجتمعة في كلية تتميز ببعض الخصائص الكلية وعندما تكون خصائص العناصر مرتبطة كلياً أو جزئياً بخصائص الكلية" (بياجي Piaget، 1957: ص 34).

وبالتالي فإن البنية يمكن أن تمثل وفق هذه النظرة في "نسق من التحولات يخضع لقوانين كنسق (في مقابل الخصائص المميزة للعناصر) وبفضل تحولاته تحتفظ وتستغني دون أن تتجاوز هذه التحولات حدوده أو تعتمد على عناصر خارجية. وبالمجمل فإن البنية تتميز بثلاث خصائص، خاصة الكلية وخاصة التحول وخاصة التعديل الذاتي" بالإضافة إلى القدرة على التحول إلى صياغة.

والمطلوب عندئذ في دراسة البنية في نظر هنري فالون Henri Wallon ، (1982: 121-122) مثلاً هو تحديد الترابط المتبادل بين الأجزاء لأن التحديد يمكن في الكل وليس في الجزء المكون للكل ولأن أي تغيير أو اختلال يصيب عنصراً من عناصر هذا الكل قد يحول البنية بكاملها.

ويقابل هذا المفهوم المدلول التي تتبناه البنيوية النفسية الديناميكية والتكوينية. فالبنية في نظر جان بياجي يجب أن تكون في نفس الوقت بنية ديناميكية تكوينية وتاريخية.

ومن ثم فإن البنية لا يمكن أن تمثل إلا مفهوماً إجرائياً للبناء التكويني الذاتي لأن "كل بنية تعتمد على التكوين" (بياجي، 1964: ص 168) "وكل تكوين ينطلق من بنية وينتهي إلى بنية" (طران ثونج، Tran-Thong، 1978: 171).

ولكن علم النفس عندما يأخذ في الحسبان العامل الاجتماعي فإنه لا يكفي لا بالنظرة الرياضية الساكنة ولا بالنظرة التكوينية التاريخية لأنه يصبح مقتنعاً بأن للمجتمع إسهام كبير في تكوين الإنسان. فالإنسان عندئذ لا يمكن أن يتشكل في بنية نفسية إلا عن طريق البنية الاجتماعية التي يرتبط بها.

وبالتالي فإن مدلول البنية التي يجب أن يهيمن ويسود في مجال علم النفس في نظر الكثير من الإكلينيكين المعاصرين (هنري أي، م.س. ص 48-49) هو ذلك الذي يسعى إلى تحقيق نوع من التكافل بين مختلف هذه الجوانب كلها من أجل تجاوز نقائص كل هذه الطروحات المتباينة. ويتناول مفهوم البنية عندئذ بمنظور يمزج بين الطرح التكويني والطرح البنيوي (الرياضي) والديناميكي ويأخذ بعين الاعتبار المكونات العصبية والبيولوجية والاجتماعية.

ورغم هيمنة هذه النظرة التكاملية في مجال هلم السيكولوجية فإنه من الضروري أن نعنى بمفهوم البنية من خلال البنية الفرويدية لأن أصحابها يعتقدون بأن هذه البنية هي المشرطة والمحددة لكل سلوك مرضي ويرون بأنه من الواجب أن يعود إليها كل إكلينيكي في تفسيره للظاهرة المرضية لأن فرويد هو وحده في نظرهم الذي استطاع بكشفه عن مضمون بنية العصاب أن يتعرف عما يعبر عنه العصابي ( هنري أي ، م.س. ص 443-444).

ويدل مفهوم البنية في هذا الإطار على نفسية الفرد التي تنتظم وتتشكل في الطفولة المبكرة من خلال العوامل الوراثية ونمط العلاقات القائمة مع الوالدين منذ اللحظات الأولى للمجيء إلى الحياة وكذلك تشكيلها من خلال الحرمانات والصدمات والصراعات التي يواجهها الفرد في هذه المرحلة والدفاعات المنتظمة التي يجندها الأنا لمقاومة الضغوطات الداخلية والخارجية ونزوات الهو والواقع (جون برجوري، م.س. ص 132-136).

ومن هنا فإن النفسية الفردية التي تتشكل وتتصهر بصفة تدريجية وتتسم بملامح متميزة وثابتة تنتهي إلى بنية مستقرة تكون إما عصابية أو ذهانية أو بينية يصعب عليها أن تتغير وتتحول فيما بعد.

ويمثل العنصر الأساسي والثابت بالنسبة للبنية العصابية تنظيم الأنا حول العامل الجنسي وأوديب وينشأ الصراع ساعتها بين الأنا والنزوات وسيطر الكبت على كل الدفاعات الأخرى.

وأما بالنسبة للبنية الذهانية فيكون الرفض عوض الكبت موجهاً نحو جزء من الواقع وتهيمن في هذه الحالة الليبدو والنرجسية والعملية الأولية بطابعها الآلي والمباشر. فإذا تعرضت كل من هاتين البنيتين إلى أي صدمة عنيفة أو أي حرمان حاد فإنها تتحول إلى اضطراب عصابي أو اضطراب ذهاني.

وأما البنية البينية فإنها بنية هشّة وغير أصلية ولا ثابتة، قابلة للتحويل في أي لحظة وبشكل نهائي إلى إحدى التنظيمات المجاورة والصلبة المشكلة في بنية عصابية أو بنية ذهانية.

## 1.2. البنية العصابية:

البنية العصابية من منظور التحليل النفسي أو التنظيم أو الإشكالية العصابية تمثل الارتباط الموجود بين العناصر المتمثلة في الدفاعات والصراعات والقلق والعلاقة بالموضوع. هذه العناصر تدل عند برجوري على العلاقة بالنقص والرغبة. وكل بنية (عصابية كانت أو ذهانية أو انحرافية) أي متميزة عن الأخرى ولا شعورية تنكشف من خلال خطابات الفرد المتكررة. الحديث عن البنية حديث يريد أن يتجاوز المرئي والعلامة لينشغل فيما هو مخفي ومحتمل لأن تشخيص العصاب يظل مكتنفاً بعدم الوضوح والشك.

وإذا كان مفهوم البنية هذا مرتبطاً بمدلول عناصر الخطاب وبالوضعيات الذاتية المتناقضة في المظهر فإن بعض الكتابات تستخدم المفهوم للدلالة على "التكوين" و "الشخصية".

بالنسبة لجون برجوري فإن وصف البنية العصابية يتمثل في المخطط الثابت: العلاقة بالموضوع المحدثة لنوع من القلق الذي يواجهه بالآليات دفاعية.

العلاقة بالموضوع هي غريزية تهيمن عليها قلق الخصاء الذي يقاوم آلية الكبت الأساسية المرتبطة بالآليات دفاعية ثانوية (حسب العصاب، حيث تتمثل في الإلغاء أو التثبيت أو الإزاحة والتجنب).

إن البنية العصابية تتكون من كبت الرغبات الغريزية (جنسية تتعلق بالموضوع) مهددة لأننا بسبب قلق الخصاء. اختلال التوازن المتولد عن ذلك هو الذي يؤدي إلى المظاهر العصابية (المتتمثلة في الأعراض من المنظور الطب نفسي). (جون لويس بدينيلي وبسكال بروتان Pascale Bretagne et Jean-Louis Pedenielli ، 2013 : 34-35)

## 2.2. المفاهيم الأساسية للبنية:

- البنية بناء، تتمحور فوق الظواهر ويستتبط من دراستها نسق من العلاقات المتسقة. البنية نموذج (لفي سطرورس Levi-Strauss) أي تمثل شكلي (représentation formelle) لمجموعة من العلاقات، مبني بهدف دراسة مجموعة من الظواهر ومشكلا خاصا متعلقا بها.
- البنية هي الماهية (l'essence) أو المعقول، هذا المفهوم المتولد بشكل صريح عن نظرية الجشطلت هي نظرية الشكل والوظيفة والبنية. وهذه المصطلحات هي كلها مماثلة لمصطلح "الكلية".
- البنية ثابت نسبي، تمحورها ليس مرتبطا لا بمستوى الواقع ولا بمستوى التجريد المبني. البنية ثابت نسبي تتمثل في توازن غير مستقر بين قوى متفارقة تعمل على تغييرها ضمن حركة من التشكل وإعادة التشكل دائمة بينما تعمل قوى أخرى على مراقبتها (قرافيتش م. ، Grawitz M. ، 1979: 446-447).

## الاضطرابات العصابية

### 1. مفهوم العصاب:

يرى كثير من السيكولوجيين والسيكوباتولوجيين (شلدون كاشدان ، 1985: 58 ؛ جوليان روتر ، 1985: 99 ؛ هنري آي، م.س. ص 445-421 ؛ جون منيشال، Jean Ménéchal 1999: 66-9 ؛ هنري باروك، Henri Baruk 1982: 10-9 ؛ دانيال لقاش Daniel Lagache 1973: 75-58 ؛ إفلين بيوزنر، م.س. ص 148-109) أن العصابات من أمراض الشخصية التي تنجم عن اضطرابات نفسية داخلية أو أحيانا عن عوامل خارجية تفسد على الفرد توازنه الداخلي أكثر مما تعيق توافقه مع البيئة وتكون مصحوبة بأعراض خاصة معبرة عن هذه الحالة م الاضطراب أو القلق.

ولكن هذه الأمراض هي في تصورهم أقل حدة وأقل خطورة من تلك التي تعرف بالذهانات لأن العصبيين لا يعانون من انحلال الشخصية الشامل الذي يتمثل في الهذيان والهوسات ولا من اضطرابات خطيرة في السلوك الظاهر.

ومما يميز العصابي عن الذهاني هو إحساسه ووعيه المتعلق بمشكلاته واضطرابه. ولكن بالرغم من هذا الإحساس وهذا الاستبصار فإن المريض يظل غير قادر على تلبية رغبات شخصيته وتحقيق إمكانياته والتوافق مع متطلبات واقعه.

ويبقى العصابي يعاني من توتره الداخلي المرفق بالقلق إذا لم يستطع تجنيد آلياته الدفاعية بشكل فعال.

لكنه يتمكن أحيانا من ضبط هذا القلق وتحويله إلى حدث أو عرض جسمي (كما هو الشأن في الهستيريا) أو تحريفه عن معناه الأصلي (العصاب القهري، عصاب الخواف) لإخفاء الصراع الداخلي.

وتتباين العصابات في نظر الطبيب النفسي هنري آي عن الذهانات بمميزات خاصة. فالعصابات تتميز باضطرابات سلبية خفيفة وتقهقر غير عميق وبنشاط نفسي متبقي منتظم على مستوى أعلى وقريب من السواء.

وأما في الذهانات فتمثل الاضطرابات السلبية وضعف الأنا وتقهقر النشاط النفسي أهم الأعراض في اللائحة الإكلينيكية وأما ما تبقى من النشاط النفسي فينتكس تنظيمه إلى مستويات متدنية جدا.

ومن الأعراض الأخرى المنفق عليها من قبل أغلب الإكلينيكين ( بوطيرو ألان ، Alain Bottero ، 1992: 68) المميّزة للعصابات نجد :

اضطرابات المشاعر والأفكار والسلوك والاضطرابات الجسمية والوظائفية التي تعكس في نظر الفرويديين نوعا من الدفاع ضد القلق وتمثل تجاه الصراع الداخلي حالة من التوافق.

(أ) اضطرابات المشاعر والأفكار:

- القلق والتوتر المستمر.
- المخاوف، الوسوس والأفكار القهرية.
- الشعور بالذنب والاكئاب والاضطهاد.
- اضطرابات الطبع والمزاج (مزاج متقلب، عدوانية، استثارة، مشاكسة، غضب، نوبة أعصاب، طبع سيء).
- الشعور بالضجر والضيق (mal-être).
- اختلال الأنية (dépersonnalisation)
- اضطرابات تفككية.
- ب) اضطرابات السلوك:
  - اضطرابات النشاط الجنسي (برودة جنسية، عجز جنسي، استمناء).
  - صعوبات علائقية أسرية ومهنية.
  - كف عقلي وعاطفي.
  - سلوك فشل.
- ج) اضطرابات جسمية ووظائفية:
  - إرهاق عصبي (asthénie névrotique) (تعب، ملل وإرهاق).
  - أرق.
  - تأتأة، تبول لإرادي، رعشات (tics)، فقدان الذاكرة (amnésie)، احمرار (rougissement).
  - توهم مرضي (hypochondrie).
  - قيء، فقدان الشهية، شره أو قهم (boulimie).

ويدرج الباحثون ضمن العصابات أشكال مختلفة وأساسية تتمثل في عصاب القلق، عصاب الخوف وعصاب الهستيريا والعصاب القهري أو الوسواسي وعصاب النوراستينيا أو السيكاتينا. سنحاول فيما يلي الكشف عن أهم مميزات الإكلينيكية وعن أسبابها وتقديم لمحة عن أنسب الطرق المستخدمة لمعالجتها.

## الاضطرابات الذهانية (les psychoses) :

يكاد يجمع أهل الاختصاص في علم السيكوباتولوجيا والطب النفسي (باروك هنري، م.س.، ص 10 وص 41 ؛ دوساي ج.، م.س.، ص 184-185 ؛ بيوزنر إ.، م.س.، ص 39؛ هنري أي، م.س.، ص 299 وص 526 ؛ مالفال ج.ك.، م.س.، ص 689-708؛ شلدون كاشدان، م.س.، ص 92) على اختلاف توجهاتهم ومشاربهم في الوقت الراهن على أن الذهانات تعد من الأمراض العقلية التي تخل بالشخصية والوعي. الأمر الذي يترتب عنه تحول جذري في العلاقة التي تجمع الشخص المصاب بالواقع وبالغير فينزح عندئذ إلى الانعزال عن المحيط الخارجي والانزواء في عالم غريب ومبهم يفقده أحيانا الإحساس بذاته وبالآخرين.

وتتميز هذه الاضطرابات على العموم بأعراض خطيرة يمثل النشاط الهذيان من ضمنها أهم خاصية في اللائحة الإكلينيكية التي تشتمل في الوقت ذاته على أنواع أخرى من الاضطرابات تتصل على وجه الخصوص باللغة والفكر والمزاج والإرادة والحكم والذاكرة والإدراك والحركة والسلوك... الخ.

وتصنف هذه الذهانات من قبل بعض الأطباء النفسيين والسيكوباتولوجيين من خال المواصفات الإكلينيكية التي تنسم بها إلى صنفين:

الصنف الأول الذي يوصف بالحاد يكون النشاط الهذيان فيه مفاجئا وعابرا ومتعدد الأشكال والمضامين ويندرج ضمنه ما يعرف بالذهانات الحادة التي تضم ذهان الهوس الاكتئابي والنوبة الهذيانية والذهان النخلطي والذهان الهلوسي الحاد وذهان النفاس وحالة الصرع الحادة.

وأما الصنف الثاني الذي يوصف بالمزمن فيكون النشاط الهذيان فيه متميزا بشيء من الدوام والرسوخ ويندرج ضمنه ما يعرف بالذهانات المزمنة التي تحوي ذهانات البرانويا والذهان الهلوسي المزمن والفصامات وذهانات الخبل.

هذا التصنيف هو الذي نجح في هذا المقام إلى الاعتقادنا بأن الاعتماد على التصنيف الآخر الذي ينشغل بالعلة لا زال يكتنفه إلى يومنا هذا كثير من التضاد والتباين إذ أن الأمر بالنسبة لهذه المسألة يبقى غير محسوم. وبالتالي فقد يصعب على الإكلينيكي المصنف القبول بكل يسر بالحديث عن ذهانات عضوية وأخرى وظيفية في ظل غياب هذا الاجماع المقتقد.

بالإضافة على هذا فإن الكشف عن الأسباب المحتملة والكامنة وراء كل اضطراب عقلي يظل يمثل الغاية الجوهرية التي تريد إدراكها كل من السيكوباتولوجيا والطب النفسي دون الانحياز إلى أي تناول أو رؤية مسبقة وجاهزة.