

الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 مقاربة تحليلية نقدية من منظور الأنثروبولوجيا الطبية

د/ سعيد بوعون

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية – جامعة باتنة 1

الملخص:

يهدف المقال إلى اقتراح مقاربة تحليلية ونقدية للدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة 2013 من وجهة نظر الأنثروبولوجيا الطبية. في الجزء الأول من المقال نقترح تقديم الدليل وبالأخص أهم ما تضمنه من اختلافات مع الطبعة الرابعة المنقحة من حيث المجموعات التشخيصية الجديدة ومن حيث المعايير. وفي الجزء الثاني نقدم للقارئ أهم الدراسات في مجال ما يسمى بالطب العقلي العابر للثقافات والتي تمت على موضوع أصبح أساسيا في العالم الغربي وهو "التنازلات الخاصة بثقافة معينة" وكيف تم تناول هذه الأخيرة في الدليل. هذان التقديمان لهما هدف آخر لم تسمح لنا الاعتبارات الخاصة بالنشر تناولها وهي مدى تداخل المصالح الخاصة للخبراء الذين أشرفوا على تحرير الدليل والجمعية الأمريكية من جهة وبين الصناعة الصيدلانية من جهة أخرى.

الكلمات المفتاحية: الدليل الأمريكي للإحصاء والتشخيص للاضطرابات العقلية. الجمعية الأمريكية للطب العقلي. الأنثروبولوجيا الطبية. التنازلات الخاصة بالثقافة. الطب العقلي العابر للثقافات.

Résumé

Ce travail présente une évaluation critique d'un point de vu de l'anthropologie médicale du DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders -5). Après avoir résumé l'histoire et l'évolution du DSM, l'auteur rappelle les principales modifications qui ont touché les catégories des troubles mentaux dans cette nouvelle version du DSM. Les aspects les plus controversés sont ensuite rappelés, respectivement dans le domaine de la clinique et de la recherche notamment en matière de l'anthropologie médicale.. Seront aussi présentées, les

quelques recherches de psychiatrie transculturelle touchant essentiellement les troubles en lien avec les catégories morbides telles qu'elles sont définies dans le DSM 5.

Mots clés: DSM.5, APA, Troubles mentaux, diagnostique, anthropologie médicale, Culture-Bound Syndromes, Psychiatrie transculturelle,

مقدمة:-

ظهرت الطبعة الخامسة للدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM-5 بمناسبة الاجتماع السنوي للجمعية الأمريكية للطب العقلي الذي انعقد بين 18 و 22 ماي 2013 بسان فرانسيسكو. وهذه النسخة هي خلاصة سنوات من العمل لتنقيح ومراجعة الطبعة السابقة¹ DSM-IV-TR.

غير أن هذه الطبعة لم تلق الترحيب المنتظر في الأوساط العلمية، بل واجهت كثيرا من التحفظ والنقد من قبل المختصين الذين نعتوه "بالخطير" على صحة المرضى واتهموا القائمين عليه بتداخل المصالح مع الصناعة الصيدلانية. فهو يدفع إلى الإفراط في وضع التشخيصات والمبالغة في توسيع فضاء الشذوذ على حساب السواء مما يدفع بمستعمليه إلى إعطاء الأدوية لأشخاص ليسوا بالمرضى. ورغم أن الطبعة كانت متوفرة في نسختها الرقمية على الشبكة العنكبوتية منذ 2010 لفسح المجال أمام المختصين لطرح انتقاداتهم واقتراحاتهم، غير أن مضمونها على ما يبدو لم يتغير. ورغم ما وجه من انتقادات للطبعات السابقة لإهمالها للاختلافات الثقافية في التعبير عن المرض، يحاول الدليل في طبعته الخامسة، كما حاول في الرابعة المنقحة، إدخال كثير من المعايير السلالية والثقافية في عملية التشخيص وإعطاء هذه الأبعاد الموقع الذي تستحقه في التصنيف والتشخيص.

ويهدف هذا العرض المتواضع إلى تقديم هذه الطبعة الجديدة للباحث الجزائري بصفة خاصة والعربي عامة وما جاءت به من جديد مقارنة بالطبعة السابقة.

كما يهدف هذا التقديم في مسعاه الثاني إلى وضع هذه الطبعة تحت مجهر النقد من الناحية الأنثروبولوجية الطبية من خلال القيام بعملية تشريح للطبعة لفهم

===== الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 =====

مدى تطابق الادعاءات التي روجت لها الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA من إعطائها المكانة التي تستحقها للأبعاد الثقافية والسلالية في فهم الاضطراب العقلي.

الإشكالية العامة:

مع الغياب الهائل للدراسات العربية في مجال الاثنروبولوجية الطبية، خاصة في ارتباطها بمجال الصحة العقلية، ليس لنا في هذا المقام سوى أن نركز على الدراسات العالمية التي تمت في مجتمعات غير إسلامية وبالضرورة غير الغربية وهو ما لا يسمح لنا بالتعرض للخاصية العربية والإسلامية (على الأقل في هذا المقال) وهو ما يفتح ربما آفاقاً لدراسات واعدة في هذا المجال..

ومن هذا المنطلق يمكن لنا من خلال هذه المقاربة النقدية التركيز على نقطتين أساسيتين هما:

1- أولاً عرض أهم الاختلافات بين الطبعة الخامسة (2013) وبين الطبعة التي سبقتها DSM.IV.TR.

2- ثم ثانياً عرض لأهم الدراسات والأبحاث التي تمت، خاصة في السنوات الأخيرة، فيما يعرف بالطب العقلي ما بين الثقافي Cross-Cultural Psychiatry لفهم التمايز بين التشخيص كما يضعه الدليل للمريض ذي الثقافة الغربية وبين حقيقة الاضطراب كما يعيشه المريض غير الغربي. هذه النقطة لها تفرعاتها الخطيرة مع الاتهامات التي توجه للدليل على أنه يشكل أداة هيمنة عالمية في يد الصناعة الصيدلانية الأمريكية على باقي المجتمعات لبيع منتجاتها، وفي أسوأ الأحوال القيام بتجريب بعض المنتجات على الإنسان غير الغربي قبل تسويقه في الدول الغربية. هذه النقطة، وبالرغم من أهميتها خاصة في ارتباطها بثقافتنا العربية الإسلامية، لا يمكن لنا التعرض لها في هذا المقال لأنها تستحق أكثر من مجرد إشارة.

تعريف الدليل وتاريخ تطوره:

يقصد بالدليل الأمريكي للتشخيص والإحصاء² DSM التصنيف الخاص بالأمراض العقلية والذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association. وقد مر هذا التصنيف منذ أول طبعة له عام 1952 بعدة مراحل. ويمكن اختصار هذه المراحل كما يلي :

فالتبعية الأولى DSM (1952)، تزامن ظهورها مع ظهور التصنيف الدولي للأمراض ICD/CIM الصادر عن المنظمة العالمية للصحة WHO/OMS والذي

أدخلت فيه لأول مرة عام 1949 فصلا خاصا بالأمراض العقلية، ولم يحدد الدليل في طبعته هذه سوى 60 شكلا من الاضطرابات العقلية.

بينما في الطبعة الثانية DSM-II (1968) ارتفع عدد الأشكال المرضية المعترف بها في الدليل إلى 145 شكلا. وكان الهدف من وضع الدليل في الطبعتين تقديم تشخيصات متعارف عليها لتسهيل عمل العياديين والأطباء وكذا إدارات الصحة والضمان الاجتماعي وشركات التأمين في الولايات المتحدة الأمريكية. ولم تكن الطبعتان الأولى والثانية بمعزل عما كان سائدا آنذاك من طغيان النظرية التحليلية الدينامية على الطب العقلي، بحيث كان التصنيف يعتمد أساسا على المفاهيم التحليلية مثل العصاب Névrose والذهان Psychose والصراعات النفسية وغيرها. ومع الطبعة الثانية بدأت تظهر بعض الخلافات حول بعض أشكال الاضطراب العقلي كما حدده الدليل، وتظهر معه كل الاحتمالات الممكنة لخضوع الدليل للجماعات الضاغطة ونسبية الاستقلالية التي يتمتع بها المشرفون على وضع الدليل.

من هذه الاضطرابات محل الخلاف "الجنسية المثلية" وما طرحته من إشكالية اعتبارها اضطرابا عقليا وضرورة إبقاء تشخيصها على هذا الأساس في الدليل أم لا. غير أن قوة الجماعات الضاغطة المدافعة على حقوق المثليين في الولايات المتحدة نجحت في الضغط على القائمين على الدليل مما أدى إلى سحبه من التصنيف عام 1973.

الطبعة الثالثة DSM-III تم نشرها عام 1980، وابتداء من هذه الطبعة بدأ الدليل يأخذ منحى جديدا ومنعرجا مغايرا من حيث توجهه العقائدي والفلسفي، وبرز اسم الباحث الذي سيكون له باع طويل في تشكيل منهج الدليل على مدى سنوات وهو الطبيب Robert Spitzer. فمع هذه الطبعة غير الدليل منحاه النظري وأصبح يوسم بالتوجه اللانظري، رغم أن معارضيه يعتبرونه ذا توجه سلوكي. كما اتضح أيضا تخليه عن المفاهيم التحليلية وتبنيه للنموذج البيوطبي Biomédical، وبلغ في هذه الطبعة عدد الاضطرابات 230 شكلا. وانطلاقا من هذه الطبعة أعطيت مكانة أولى للتجارب العلاجية خاصة على الأدوية الجديدة التي بدأت تعرضها الصناعة الصيدلانية.

ثم جاءت **النسخة المنقحة DSM-III-R** لهذه الطبعة عام 1987، وفي هذه الطبعة تم تفتيت الكثير من المجموعات الاضطرابية إلى عدة مجموعات تشخيصية

الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5

كالهستيريا بينما ظهرت مجموعات جديدة مثل "حالة الضغط ما بعد الصدمي E.S.P.T/P.T.S.D"³.

ثم جاءت الطبعة الرابعة DSM-IV عام 1994 وفيها تم تحديد ما يزيد عن 400 شكل من الاضطرابات العقلية. وتلتها مباشرة عام 2000 الطبعة الرابعة المنقحة DSM.IV.TR، وفي هذه الطبعة تم الاعتماد على المحاور لتحديد الاضطراب وتشخيصه.

وهذه المقاربة المتعددة المحاور تهدف إلى الفهم المتكامل للمريض من خلال التعرض للمحاور الخمس الأساسية (DSM IV TR, pp33-44):

- 1- الاضطرابات العيادية (وضعية أخرى تستدعي الفحص العيادي).
 - 2- اضطرابات الشخصية (10 اضطرابات) والتخلف الذهني.
 - 3- الإصابات الطبية العامة.
 - 4- المشاكل النفس اجتماعية والبيئية.
 - 5- التقييم العام للمريض (GAF) (Global Assessment of Functioning).
- وفي هذه الطبعة بدأ لأول مرة الحديث عن الاضطرابات ذات العلاقة بالثقافة C.B.S⁴ وخصص لها ملحق خاص بها (Annexe I). ويضم الملحق جزءا فيه عرض لأهم المظاهر الثقافية التي يمكن أن تساعد العيادي في تقدير أثر ودور الجانب الثقافي في تشكل الاضطراب. ثم في الجزء الثاني عرض لأهم التناقضات الثقافية المعروفة (DSM-IV-TR, pp 1015-1022).
- الجديد في الطبعة الخامسة:**

بشكل مختصر يمكننا أن نحدد أهم النقاط التي اعتمد عليها التنظيم في وضعه للمجموعات التشخيصية، وهي كما يلي :

اضطرابات النمو العصبي.

اضطرابات الطيف الفصامي والاضطرابات الذهانية الأخرى.

الاضطرابات ثنائية القطب وما يصاحبها.

الاضطرابات الاكتئابية.

الاضطرابات الحصرية.

الاضطرابات الوسواسية القهرية وما يصاحبها.

الاضطرابات المرتبطة بالضغوطات والصدمات.

الاضطرابات التفكيرية.

- اضطرابات العرض الجسدي.
- اضطرابات السلوكيات الغذائية.
- اضطرابات الإخراج.
- اضطرابات النوم واليقظة.
- الاضطرابات الجنسية.
- اختلال الهوية المرتبط بالجنس (النوع).
- اضطرابات التحكم في الاندفاعية والسلوك.
- اضطرابات الإدمان والتبعية.
- الاضطرابات العصبية المعرفية.
- اضطرابات الشخصية.
- اضطرابات الميول الجنسية "البارافيليا".
- الاضطرابات الأخرى.

وبشكل عام ليس هناك كثير من الفروقات على مستوى معايير التشخيص بين الطبعة الخامسة DSM.5 وبين الطبعة السابقة DSM-IV-TR.

لكن بصفة عامة يمكن اختصار أهم التغييرات التي جاءت بها الطبعة الخامسة في العناصر التالية، غير أن الجديد الذي جاء به وما أثاره من نقد وتحفظ بين المختصين يستحق الإشارة إليه.

يمكن الإشارة إلى أن بعض التشخيصات التي كانت مستقلة في الطبعة الرابعة تم الجمع بينها وأصبحت تمثل تشخيصا واحدا. من الأمثلة على ذلك ما تم جمعه في الفصل الأول من DSM.5 "الاضطرابات العصبية النمائية" بعد أن تم حذف الفصل الأول "الاضطرابات المعتاد ملاحظتها في الطفولة الأولى والثانية وفترة المراهقة" من الطبعة الرابعة المنقحة.

فمن الأمثلة على ذلك ما تعلق باضطراب الطيف التوحدي Autism Spectrum Disorder الذي يتضمنه الفصل الأول "الاضطرابات النمائية العصبية" Disorders Neurodevelopmental. فمما كنا نعرفه في DSM.IV.TR هو أنه يمكن تشخيص المصابين من الأطفال بما كان يسمى بالاضطرابات الاجتياحية للنمو Pervasive developmental disorders حسب خمس تناذرات هي :

- الاضطراب التوحدي Autistique trouble.

- تناذر "رات"، Rett Syndrome.

===== الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 =====

- الاضطراب التفككي للطفل Childhood disintegrative disorder.
- تناذر أسبرجر Asperger Syndrome.
- إضافة إلى التشخيص الجامع تحت اسم التناذر الاجتياحي للنمو غير المحدد Pervasive development disorder not otherwise specified (DSM.IV.TR.81-99).
هذه الاضطرابات المستقلة في DSM.IV.TR، تم جمعها في الطبعة الخامسة تحت اسم موحد هو اضطراب الطيف التوحدي (DSM.5, pp. 50-59).
وفي فصل يتعلق بالتبعية والإدمان لم يعد الدليل في طبعته الخامسة يميز بين تشخيص "الاستعمال المفرط للمادة" Substance Abuse والتبعية للمادة" Substance Dependence وجمعهما في تشخيص واحد هو "اضطرابات الإدمان وما تعلق بالمادة" (DSM-5, P Substance-related and Addictive Disorders).
(481) كما تم إضافة الإدمان على اللعب Gambling Disorder في الطبعة الخامسة داخل هذا الفصل (DSM.5 p. 585). وعلى مستوى المعايير التشخيصية تم في الطبعة الخامسة حذف المعيار الذي كان حاضرا في الطبعة السابقة والمتعلق بالمشاكل المتكررة للشخص مع العدالة وإضافة معيار الرغبة الملحة والمستعجلة لاستعمال المادة Craving or a strong desire or urge to use a substance الذي لم يكن في الطبعة السابقة.
وفي فصل اضطرابات النوم واليقظة تم إدخال بعض التغييرات كاستبدال تشخيص الأرق الثانوي باضطراب الأرق. كما أصبح يفرق بين النوبات السباتية Narcolepsy وبين أشكال السبات المفرط Hypersomnolence، وتم تقسيم اضطرابات النوم المرتبطة بمشاكل التنفس إلى ثلاث مجموعات مستقلة.
وعلى مستوى الاضطرابات الجنسية (DSM.5 p. 423) تم إضافة تشخيص جديد هو "الاختلالات الجنسية الخاصة بالنوع⁵ Gender-specific sexual dysfunction". وتم أيضا الجمع بين تشخيصين خاصين باضطرابات الجنسية الأنثوية (اضطراب الرغبة الجنسية Sexual desire arousal) واضطراب الإثارة الجنسية (arousal) في تشخيص واحد هو "اضطراب الإثارة والرغبة الجنسية الأنثوية".
وأضيف إلى جانب هذا الفصل فصل جديد هو "اضطراب الهوية الجنسية" Gender Dysphoria.

يعد فصل "الاضطرابات السلوكية والضبط الانفعالي" Disruptive, Impulse-control, and conduct Disorders (DSM.5, p. 461) واحدا من الفصول الجديدة التي دخلت الطبعة الخامسة. وهو يجمع ما كان مقسما في الطبعة الرابعة المنقحة في فصلين مستقلين "الاضطرابات المشخصة في الطفولة والمراهقة" (DSM.IV.TR p. 45) وفصل "اضطرابات الضبط الاندفاعي" (DSM.IV.TR p. 765). وقد تم إدخال 4 تعديلات هامة فيما يخص اضطراب المعارضة والتحدي: أولا تم جمع الأعراض في ثلاث مجموعات (الغضب، التحدي، الحقد والانتقام)، ثانيا تم التخلي عن معيار الاضطراب السلوكي، وثالثا تم التخلي عن اعتبار بعض سلوكيات التحدي والغضب التي تعتبر سوية بالنسبة للنمو العادي للطفل، ثم رابعا تم إدخال معيار الحدة Severity في تحديد الاضطراب (DSM.5 p. 462).

وأما الفصل الذي كان يسمى بالفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى في DSM.IV.TR فقد أصبح في الطبعة الخامسة في فصل يسمى "الطيف الفصامي والذهانات الأخرى" (DSM.5 p. 87). ومن أهم التغييرات التي أدخلت عليه يمكن اختصارها كما يلي:

فيما يخص الفصام تم سحب شرطين من شروط التشخيص في المعيار الأول (Criterion A) التي كانت في الطبعة السابقة وهما غرابة التخييلات وهلاوس سنايدر السمعية Schneiderian auditory hallucinations (DSM.5 p. 9) وأصبح يشترط لتشخيص الفصام توفر عرضين أو أكثر من المعيار Criterion A.

وعلى مستوى المجموعات Subtypes التي تدخل تحت الفصام فقد تم التخلي عن المجموعات التي كانت من قبل (الفصام شبه العظامي، الفصام غير المنظم، التخشبي، غير المميز والنماذج المتبقية).

وفي فصل الاضطرابات الاكتئابية أضاف DSM.5 كثيراً من الاضطرابات الجديدة، منها على سبيل المثال اضطراب المزاج الانفجاري Disruptive mood dysregulation disorder وقد تم إدخال هذا الاضطراب خصيصاً لتشخيص بعض الحالات المزاجية لدى الأطفال أقل من 18 سنة وأكثر من 6 سنوات (المعيار G) (DSM.5 p 156). إضافة إلى الاضطراب المزاجي الطمثي premenstrual dysphoric disorder (DSM.5 p171) واضطراب الاكتئاب المستديم Persistent depressive disorder (DSM.5 p. 168) الذي جاء مكان الاضطراب المزاجي Dysthemia الذي كان في DSM.IV.TR.

===== الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 =====

يمكن أيضا أن نذكر أنه تم في الطبعة 5 حذف استثنائية المزاج الاكتئاب المرتبط بالحداد على فقدان شخص عزيز Bereavement exclusion. وهو ما أثار كثيرا من النقد خاصة ما كتبه Arthur Kleinman أستاذ الأنثروبولوجيا الطبية بجامعة هارفارد عما إذا كان ما شعر به من حزن و أسى حينما فقد زوجته في مارس 2011 ولا يزال يشعر به كما يقول يمكن اعتباره حالة مرضية حسب معايير DSM.5. يقول Kleinman أنه استلزم 6 أشهر ليصبح أساه أقل حدة وبعد أكثر من عام لا يزال يشعر ببعض من الحزن ويضيف معلقا هل "يعني ذلك أنني مصاب بالاكتئاب".

وفي فصل اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات المتعلقة به فقد تم التخلي في هذه الطبعة 5 عن اضطراب الجسدية Somatization وتوهم المرض Hypochondriasis واضطراب التآلم Pain Disorder والاضطرابات جسدية-الشكل غير المميزة (DSM-5, P 309) Undifferentiated somatoform disorder . وأما فيما تعلق بالإضافات فرغم أن عدد الاضطرابات هو تقريبا نفس العدد الذي كان في الطبعة الرابعة المنقحة إلا أن هناك الكثير منها تدخل لأول مرة :

- اضطراب الشره المفرط القهري (Binge L'hyperphagie incontrôlée

Eating Disorder)

- اضطراب المزاج الانفجاري (الخاص بالأطفال)

- اضطراب الاكتناز القهري Trouble d'accumulation compulsive

«hoarding» .

وأما على مستوى الاضطرابات الحصرية فيمكن الإشارة إلى أن العلاقة بين اضطراب الهلع المصاحب للأغورافوبيا وغير المصاحب Panic Disorder with Agoraphobia and without Agoraphobia تم التخلي عنها لتصبح في الطبعة 5 تشخيصين مستقلين هما اضطراب الهلع واضطراب الأغورافوبيا.

وتم إضافة تشخيص اضطراب الحصر الانفصالي Separation Anxiety Disorder إلى هذا الفصل بعد أن كان مُتضمنا في فصل اضطرابات الطفولة والمراهقة في الطبعة الرابعة المنقحة.

بينما في فصل الاضطرابات الوسواسية والقهرية تم إدخال كثير من الاضطرابات الجديدة في الطبعة 5 بعد أن أصبح هذا الاضطراب مستقلا (في DSM.IV.TR كان ضمن الاضطرابات الحصرية). ومن الاضطرابات الجديدة

التي تم إدخالها في هذا الفصل: - اضطراب الاكتناز القهري – التناول القهري للمواد الطبية - اضطراب النتف الجلدي (Excoriation (skin-picking) disorder). أما فيما يخص اضطراب الضغط ما بعد الصدمي PTSD فالمعايير تختلف بشكل جذري في DSM.5 عنها في DSM.IV.TR. فعلى سبيل المثال فقط يمكن ذكر المعيارين Criterion A و Criterion B. فالأول أصبح أكثر تصريحا للكيفية التي يعيشها الفرد لما يسمى بالحدث الصدمي بينما في الثاني (رد الفعل الذاتي) تم حذفه من المعايير. ولم يعد في الطبعة 5 سوى 4 عناوين عرضية Symptom Clusters.

الثقافة والاضطراب العقلي في الدليل الأمريكي " الطبعة الخامسة"

رغم الغياب الفاضح لأثر التناذرات الخاصة بالثقافة Culture-Bound Syndromes في طبقات الدليل السابقة والانتقادات التي وجهت لها خاصة من قبل علماء الانثروبولوجيا الطبية والمختصين في الطب العقلي من ثقافات غير غربية، إلا أن الدليل في طبعته الخامسة بقي أصما أمام هذه الانتقادات. في طبعته الرابعة المنقحة ضم الدليل 25 تناذرا ثقافيا منها AMOK, LATAH, KORO. كما قدم الدليل تعريفا للتناذر الثقافي في الملحق الخاص بذلك (DSM-IV-TR, p1016).

وفي الطبعة الخامسة من الدليل إشارات واضحة لأهمية الأبعاد الخاصة بالانتماءات الثقافية والاجتماعية والسلالية في فهم الاضطرابات العقلية (DSM.5 p. 14). وقبل هذا كان للتفسيرات الثقافية للاضطراب موقع غير ذي أهمية في التصنيف الدولي العاشر CIM-10، فقد أدخل هذا الأخير في الزمرة F48 ما عنونه ب"اضطرابات عصابية أخرى" ثم في الزمرة F48.8 "اضطرابات عصابية أخرى غير محددة". وتتحدث هاتان الزمرتين عن سلسلة من الاضطرابات والسلوكيات والاعتقادات في المرض تلاحظ بشكل دائم لدى مجموعة ثقافية معينة. ويوضح هذا التصنيف في الصفحة 154 أن هذه الأعراض بما أنها مرتبطة باعتقادات وثقافة معينة فلا يجب اعتبارها هذيانية.

ومن هذه الاضطرابات التي يشير إليها التصنيف ويقول إن طريقة تفسير أسبابها ووصف أشكالها تبقى غير مؤكدة يمكن ذكر بعض منها: تناذر Dhat في آسيا الجنوبية خاصة وهو نوع من الحصر الشديد والانشغالات المرضية مرتبطة بالاعتقاد بفقدان المنى وتلون البول بلون أبيض.

===== الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 =====

تناذر كورو Koro وهو نوبة من الحصر الحاد مرتبطة بالخوف الشديد من ضمور العضو الذكري وانحساره داخل البطن مما يسبب الموت. تناذر اللطا Latah وفيه يستجيب المريض لمخاوف فجائية بحركات نمطية تكرارية Echopraxie وتكرار الأصوات التي يسمعها Echolalie. ولأن التشخيص يجب أن يأخذ بعين الاعتبار الواقع الثقافي والاجتماعي والأسري للمريض فقد شمل الدليل DSM.5 في جزئه الثالث Section III وتحت عنوان "التعبيرات الثقافية" بعض المفاهيم كالثقافة Culture والسلالة Ethnicity والعرق Race (DSM.5 p. 749) كما يشمل في ملحقه تعريفا ببعض التناذرات الثقافية والمفاهيم الخاصة بثقافة أو مجتمع أو سلالة ما. كما يعطي أيضا بعض التفسير السببية للاضطراب والتي تختص بها ثقافة ما (DSM.5, pp 749-750). وقد بُني الدليل في طبعته الخامسة على 3 مفاهيم أساسية:

التناذر الثقافي وهو مجموعة مرضية بأعراض ثابتة وخاصة بمجموعة ثقافية أو سلالية ما.

المفاهيم الثقافية الخاصة بالاضطراب، وهي كل تلك العبارات والكلمات الخاصة بمجموعة ثقافية بحيث تستعمل لوصف أشكال من الألم النفسي، أو الحديث عن عرض مميز أو تفسير سبب الاضطراب كما تراها المجموعة الثقافية.

التفسيرات الثقافية للمرض أو الأسباب المدركة وهي تلك النماذج السببية للاضطراب كما تراها المجموعة السلالية.

ولتسهيل عمل العيادي لتشخيص الحالات الخاصة "التناذرات الثقافية" وضع الدليل أداة محددة هي **المقابلة ذات التعبير الثقافي** (CFI) Cultural Formulation Interview وهي مكونة من 16 سؤالاً يطرحها العيادي على المريض لفهم تأثير الجوانب الثقافية. ويجب أن تكون مرجعية هذه الأسئلة هي القيم والتوجهات والمعارف الخاصة بالمريض، إضافة إلى تجاربه والخبرات التي مر بها وبعض الظروف المميزة كالهجرة والتوجهات الجنسية وغيرها. ثم تتوج هذه المقابلة بأسئلة حول تأثير الأسرة والأصدقاء (DSM.5 pp. 752-757).

موقع التناذرات الخاصة بالثقافة CBS في الدليل:

إن المشكلة تكمن في تحديد سواء والشذوذ ومن يحدد ذلك وعلى أي أساس. فمما يواجهه علماء الأنثروبولوجيا الطبية هو كيفية الخروج من مأزق حل السؤال التالي: هل المرض العقلي يتأثر بشكل سببي مباشر بالثقافة؟ أم أن هناك

اضطرابات عقلية لها خصائص مشتركة عالمياً؟ وهي الإشكالية التي حاول الإجابة عليها (Low 1985) الذي اقترح تبديل مصطلح C.B.S ب«العرض المفسر ثقافياً». ومن الإشكاليات التي تطرح على هذا المستوى هو التساؤل عما إذا كان للتناذر استقلالية باعتباره وحدة خاصة ومعترفاً بها في مجموعة ثقافية معينة، أم هي مجرد أشكال محلية ذات تعبير مخالف لاضطرابات متعارف عليها عالمياً؟ فهل في مجتمعنا الجزائري المسلم يمكن أن نعتبر "العين" أو "السحر" أو غيرهما من الأشكال المرضية اضطراباً ذا تعبير محلي لاضطرابات متعارف عليها عالمياً (بارانويا، اضطراب جسدي، تفككي...) أم هي اضطراب ثقافي خاص بالثقافة الجزائرية ولا يمكن تفسيرها بأي تناذر معروف في الطب العقلي؟

فالتناذرات الخاصة بالثقافة وهو ترجمة للمصطلح الانجليزي Culture-Bound Syndromes الذي يقصد به تلك الجداول العيادية الخاصة بالاضطرابات العقلية التي لا تلاحظ إلا في ثقافات خاصة، ويعد Yap (1969) أول من استعمل هذا المصطلح وعرفها على أنها "أشكال مرضية تنتجها بعض الأنظمة الثقافية والبنى الاجتماعية والتي تشترك في الاعتقاد فيها أعضاء من سلالة بشرية واحدة و في منطقة محددة"⁶ (Levine & Graw 1995:524).

غير أنه وكما يذكره الباحث Ellenberger (1965, p. 14) فإن أول أثر لوصف طبي لمثل هذه التناذرات يرجع إلى ما كتبه أبيقراط عن مرض خاص بسلالة بشرية تعرف ب Les Scythes والذين لوحظ على بعض رجالهم إصابتهم بالعجز الجنسي وإصدارهم لأصوات ذات طابع أنثوي. وقد أرجع الطبيب اليوناني أسباب هذا المرض إلى مناخهم الصعب ونمط عيشهم الخاص.

ويعد الطبيب الألماني كريبلان أول من أشار إلى العلاقة بين المرض العقلي وبين الثقافة. غير أن المسار الحقيقي لهذا التوجه وضع لبناته الأولى علماء الأنثروبولوجيا الطبية من خلال اهتمامهم ببعض السلوكات الخاصة التي لاحظوها في المجموعات التي يدرسونها والتي اعتبروها مرضية.

وحتى نفهم هذه الطروحات سنستدعي في مقامنا هذا ثلاثة مظاهر من الاضطراب للتحليل: الأول يتناول تناذر ثقافي (الكورو واللاطا)، والثاني اضطراب الغصة ما بعد الصدمية PTSD من خلال بعض الدراسات التي تناولته، والثالث هو الاضطراب الحصري من خلال أبحاث تعرضت له.

===== الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 =====

لقد حاول الكثير من الأطباء تفسير الأعراض الخاصة بالثقافة من خلال إخضاعها للمعايير الغربية والمجموعات التصنيفية المعروفة هناك. فالكورو باعتباره من أشهر التناذرات الثقافية CBS عرف الكثير من هذه التشخيصات. فقد اعتبره بعضهم اضطراباً جسدي الشكل Bernstein & Gaw (1990). بينما يرى فيه آخرون شكلاً من الاضطراب الحصري Levine & Gaw (1995).

والأمر نفسه مع التناذر الثقافي Latah الذي يرى فيه الباحث Simon (1985) بأنه تناذر ذو أصل نفسي-عصبي وأن السمة الغالبة فيه هو "رد فعل انفجاري فيزيولوجي عصبي" Neurophysiological Startle Reflex بينما يعتقد الباحث Kenny أن منشأ الاضطراب يرجع إلى الصعوبات الاجتماعية الخاصة بقبول المرافقة لمكانتها كامرأة (Ibid).

أما Van Brero فيرى في الكورو شكلاً من الأوهام الحسية كما هي معروفة لدى العصابي. بينما يرى فيه Ellenberger شكلاً من الرغبة في الموت حسب المفهوم التحليلي. ويصنفه كذلك في المجموعة العصابية ويتحدث عما سماه بالعصاب الجنسي. بينما لا يرى فيه بعضهم سوى نوع من الاضطراب الحصري، وبعضهم على أنه نوع من اضطراب الهلع أو اضطراب جسدي الشكل أو اضطراب تفككي. ويمكننا أن نلاحظ مدى استدعاء المجموعات المرضية الغربية لتفسير هذين التناذرين بصورة نعتقد أنها تخل بطبيعة الاضطراب.

وأما في مجال اضطراب الغصة ما بعد الصدمة PTSD فقد اعتقد بعضهم أن البحث عن وضع معايير عالمية للاستجابات المرضية (خاصة أمام الصدمات) تبقى أقل دقة أمام الأشكال المحلية والثقافية للتعبير عن الحالة. فمما يعيبه بعض الباحثين على المعايير التي وضعها الدليل فيما يخص اضطراب الغصة ما بعد الصدمة PTSD هو عدم صلاحية معيار "الصور الارتدادية Flashbacks" لأنه معيار خاص بالمجتمعات الغربية (Jons E, et al. 2003). فالاستجابات وعودة الصور بعد الصدمات حسب هؤلاء تختلف من ثقافة إلى أخرى. وعلى مستوى آخر تمت بعض الدراسات على مجموعات سلالية متنوعة تعرضت كل واحدة منها لأحداث صدمية جماعية خطيرة (هجمات إرهابية، حروب، تعذيب، تهجير...) لتحديد مستويات الإصابة ب PTSD.

فقد بينت دراسة (Galea S. et al. 2004) على سكان نيويورك بعد 8 أسابيع من هجمات 11 سبتمبر 2001 أن هناك تبايناً بين الأعراق والثقافات وأن مستويات الإصابة ب PTSD هي أعلى لدى المنحدرين من أصول لاتينية. وفي دراسات عديدة أخرى تمت في الولايات المتحدة على مجموعات سكانية مختلفة بينت بعض النتائج تبايناً هاماً بينها. ففي بعض المجموعات التي عانت من صدمات خطيرة أثناء الحروب (فيتنام، العراق...) بينت أن هناك مستويات عالية من اضطراب PTSD لدى اللاتينيين والمنحدرين من أصول إفريقية والهنود، بينما هي منخفضة لدى ذوي الأصول الآسيوية. ومن التفسيرات التي تم طرحها هو أن الأمريكيان من أصول يابانية ممن كانت لهم مستويات منخفضة من PTSD ترجع إلى طبيعة القيم الثقافية اليابانية التي تحث على الصبر والإيمان بالقدر (Freidman MJ. et al. 2004). ونفس النتائج وصلت إليها دراستان تمتا على سكان التبت ووجدت أن مستويات PTSD منخفضة للغاية رغم الضغوط والتعرض المستمر للصدمات بسبب وحشية السلطات الصينية ومرد ذلك حسب هاتين الدراستين للدور الذي تلعبه الديانة في حياة أهل التبت (Sachs E. et al. 2008) (Holtz TH. 1998).

وأما على مستوى الدراسات التي تمت في مجال الاضطراب الحصري Anxiety Disorder فقد بينت دراسة (Himl J. et al. 2009) أن هناك اختلافات بين المجموعات السكانية فيما يخص اضطراب الأغورافوبيا غير المصاحب لاضطراب الهلع (AWOPD⁷) بين الزوج الأمريكيان وبين الزوج المنحدرين من جزر الكرايب و بين البيض غير اللاتينيين. وفي دراسة أخرى (Chapman L. et al. 2008) تناولت اضطراب الرهاب المميز (Specific Phobia) فقد تبين أن هناك فروقات فيما يخص مضامين هذه الرهابات بين السلالات التي تم دراستها. فقد تبين أن الأمريكيان الزوج لديهم مضامين رهابية متعلقة بالحيوانات بينما الأمريكيان البيض فالمضامين الرهابية لديهم متعلقة بالحقن الدموية Blood injections.

الخاتمة:

خلاصة لما تم عرضه يمكن أن نقول: أن الشكوك التي تحوم حول العلاقات "غير الشرعية" بين الجمعية الأمريكية APA وفريق الخبراء الذين حرروا الدليل من جهة وبين الصناعة الصيدلانية المنتجة للأدوية العقلية من جهة أخرى هي أقرب إلى الحقيقة منها إلى المخاوف "الهوائية".

===== الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5 =====

لماذا هذه الشكوك؟ أغلب التحويلات التي تم إدخالها لم تكن بريئة وخالية من تداخل المصالح بين الأعضاء وبين مصنعي الأدوية العقلية. فالإضافات والحذف والتغييرات في الأشكال التشخيصية تخضع في جزء منها لمنطق تسويقي يتحكم في خيوطه بعض المخابر المنتجة للأدوية العقلية.

في كتابهما "بيع الأمراض" (2005) Selling Sickness أوضح الكاتبان Moynihan et Cassels مدى تداخل العلاقات بين الأطباء النفسانيين وبين المخابر الصيدلانية. ففي الفصل الثاني من الكتاب والخاص بالاكنتاب عنونه صاحباً الكتاب بـ "كعكات للدكاترة" Doughnuts for Doctors وبيننا فيه التوجه الأخير لدى الأطباء للمبالغة في تشخيص الاكنتاب ومن ثمة الزيادة في مبيعات مضادات الاكنتاب بحيث وصلت نسبة الأمريكيين المصابين بها إلى 30% حسب دراسة تمت عام 1994 وهذا التوجه لدى الأطباء له مقابله "كعكة" لدى المخابر وصناع الأدوية. كما أن الحضور المخيف للصناعة الصيدلانية الأمريكية تعكسه بعض الأرقام الدالة؛ فهي تمثل واحدة من أكثر الصناعات في العالم مردودية، وتمثل المبيعات من مضادات الاكنتاب Antidepressants الصف الثالث عالمياً من بين كامل الأدوية بـ 13.4 مليار دولار، بينما تمثل المضادات الذهانية Antipsychotiques ما يزيد عن 6.5 مليار دولار. (Minard M. 2013 p 345)

حضورها أيضاً تعكسه العلاقات الوطيدة بينها وبين APA فقد زادت نسبة تمويل الجمعية بأموال هذه الصناعة أكثر من 62.5 مليون دولار (نفس المرجع، ص 351). ولنفهم أكثر خطورة الروابط بين الدليل والصناعة الصيدلانية يوضحه لنا المثال الذي يقدمه معارضو الدليل. المثال هو الطبيب العقلي Joseph Biederman من هارفارد الذي كان وراء توسيع تشخيص اضطراب ثنائي القطب ليشمل الأطفال. فاستناداً لبعض التحريات التي قامت بها جهات مختصة في أمريكا عام 2007 كشفت أن الطبيب تربطه علاقات مالية مع مخابر Johnson & Johnson التي تنتج وتسوق دواء Risperdal الذي سمحت به FDA⁸ لاستعماله في علاج اضطراب ثنائي القطب Trouble Bipolaire.

تتقاطع كل هذه الاتهامات والشكوك مع الإهمال الفاضح لأهمية الجوانب الثقافية والسلالية في فهم الاضطراب العقلي. فمحاولة اعتبار التناذر الثقافي مجرد شكل محلي التعبير لاضطراب متفق عليه في التصنيفات العالمية يزيد من الهيمنة الأمريكية في فرض تشخيصاتها ومن ثمة اقتراح أدويتها لعلاجها. الدليل في طبعته

الخامسة لا يعطي لهذه التناذرات سوى 5 صفحات (833-837) تحوي في مجملها 9 تناذرات⁹ (DSM.5 pp 833-837) هي في أغلبها لاتينية وأسيوية وتبقى الكثير من التساؤلات الأنثروبولوجية حول الاضطراب كما نعرفه في ثقافتنا. هل نمحه علاجاً طبيياً يعتمد على التشخيصات الأمريكية أم تكفلاً نابعا من داخل ثقافتنا ونعتبر تشخيصاتنا للاضطراب قابلة لأن تكون صائبة؟

قائمة المراجع:

- American Psychiatric Association. (2000). “**Manuel Diagnostique et statistique des Troubles mentaux** » (4^{ème} éd. TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. fr. Masson. 2005
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bernstein RL, Gaw AC: “**Koro: proposed classification for DSM-IV**”. Am Jour. Psychiatry 1990;. 147: 1670-1674.
- Chapman L, Kertz S, Zurlage M, Woodruff-Borden J, “**A confirmatory factor analysis of specific phobia domains African American and Caucasian American Young adults**”. - J Anxiety Dis 2008;22:763-771.
- Ellenberger HF. “**Ethnopsychiatrie**” Encycl Med Chir Psychiatrie Editions Techniques. Ed., Paris 1965
- Friedman MJ, Schnurr PP, Sengupta A, et al. “**The Hawaii Vietnam Veterans projects: is minority status a risk factor for posttraumatic stress disorder?**” J Nerv Ment Dis 2004;192:42-50.
- Galea S, Ahern J, Resnick HS, et al. « **Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks**”. Am J Epidemiol 2003;158:514-524.
- Himl J, Baser R, Taylor R, et al. « **Anxiety disorders among African American, blacks of Caribbean descent, and non Hispanic whites in United States**”. J Anxiety Dis 2009; 23:578-590.
- Holtz TH. “**Refugee trauma versus torture trauma; a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees**. J Nerv Ment dis 1998; 186:24-34.

الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة DSM-5

- Jones E, Vermaas RH, McCartney H, et al. **“Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis”**. Br J Psychiatry 2003; 182:158-163.
- Keel PK, Klump KL. **“Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology”**. Psychological Bulletin. 2003; 129, 5, 747-769
- Kirk S, Kutchins H, 1998 « **Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine** ». Trad. O.Ralet et D. Gilles, Le Plessis-Robinson, Ed. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, coll. «Les empêcheurs de penser en rond». Ed. originale (1992): «The Selling of DSM-III. The Rhetoric of Science in Psychiatry, Walter de Gruyter Inc., New York.
- Kleinman A, Kleinman J, **“Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience”**. Cult. Med. Psychiatry 1991;15:275-301.
- Kupfer, D. and Regier, D. **Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5**. American Journal of Psychiatry, 2011;168:672-674.
- Levine RE, Gaw AC, **“Culture-bound syndromes”**. Psychiatr. Clin North Am 1995; 18:523-536.
- Low SM, **“Culturally interpreted symptoms or Culture-Bound Syndromes: a cross-cultural review of Nerves”**, Soc Sci Med 1985; 21:187-196.
- Minard M. **“Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics»**. 2013. Coll. Des Travaux et des Jours. Ed.Eres. Toulouse.
- Reidel D, **“Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest”**. Dordrecht, the Netherlands, 1985.
- Sachs E, Rosenfeld B, Lhewa D, et al. « **Entering exile : trauma, mental health, and coping among Tibetan refugees arriving in Dharamsala** », India. J Trauma Stress 2008; 21:199-208.
- Somer E, « **Culture-Bound Dissociation: A Comparative Analysis** ». Psychiatr Clin N Am 2006 ;29 :213-226.

الهوامش:

- ¹- يمكن ملاحظة التغيير في ترقيم الطبقات من الرقم الروماني في الطبقات السابقة إلى الرقم العربي في الطبعة الخامسة.
- ²-Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders
- ³-Post-Traumatic Stress Disorder/ Etat de Stress Post-Traumatique
- ⁴- Culture-Bound Syndromes
- ⁵- يقصد بالنوع الذكر أو الأنثى.
- ⁶- الترجمة لكاتب المقال كما هو الحال لكل المفردات الواردة في المقال (من الفرنسية ومن الإنجليزية إلى اللغة العربية).
- ⁷-Agoraphobia without Panic Disorder
- ⁸-Food and Drug Administration
- ⁹-(Ataque de Nervios, Dhat Syndrome, Khyâl Cap, Kufungisisa, Maladi moun, Nervios, Shenjing shuairuo, Susto, Tayjin kyofusho).