

المكون الثقافي وعلاقته بتكوين الأمراض النفسية الاجتماعية

The cultural component and its relationship to the formation of mental illness

تاريخ الاستلام: 2020/01/18؛ تاريخ القبول: 2020/06/30

ملخص

يولد الإنسان في بيئة، تصقله بمعالمها وتتطبع شخصيته بما تحمله ثقافتها، حيث يظهر منحى السواء الذي ينشده كل عضو متعلق بعدة متغيرات، بداية بآليات التكيف مع معطيات الموقف خلال تجارب الحياة اليومية.

كان إدراج البعد الثقافي ضمن أدبيات المؤسسات العالمية متدرجا ومتباينا على غرار الجمعية الأمريكية للطب النفسي، عبر إصدارات المتتالية، حيث اتضح أكثر في الإصدار الخامس أهمية المكون الثقافي الذي لا يتسع فقط في مضمونه التكويني بل في تأثير السياق الثقافي وتفاعلاته المتعددة في تكوين الأمراض النفسية، كما هو عند المرأة كنوع اجتماعي.

تناولت هذه الورقة أهمية المكون الثقافي وضرورة إدراجه ضمن إصدارات الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM) خلال التشخيص، انطلاقا من نموذج مرضي نفسي - اجتماعي كالقلق المتغير مفهوما وتكوينا وأعراضا بتعدد الثقافات.

الكلمات المفتاحية: ثقافة؛ مكون الثقافي؛ قلق؛ أمراض نفسية، اجتماعية.

1 مقالي سامي

2 بشقه عزالدين

1 مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة باتنة 1، الجزائر.

2 مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية، جامعة باتنة 1، الجزائر.

Abstract

Man is born in an environment, refined by its features, and his character is imprinted with what culture holds, where the direction of the normality that each member seeks is related to several variables, beginning with the mechanisms of adapting to the data of the situation during the experiences of daily life. The inclusion of the cultural dimension in the literature of international institutions has been gradual and differentiated, similar to (APA), through successive versions, as it became clear in the fifth edition the importance of the cultural component, which not only expands in its formative content but also in the influence of the cultural context and its multiple interactions in the formation of mental illness, as well as It is with women as a gender.

This paper examined the importance of the cultural component and the necessity of including it in the publications of (DSM) during diagnosis, starting with a psycho-social pathology model such as anxiety.

Keywords: culture; cultural component; anxiety; Psychosocial diseases.

Résumé

L'homme naît dans un environnement, affiné par ses caractéristiques, et son caractère est imprégné de ce que la culture détient, où le sens de la normalité que chaque membre recherche est lié à plusieurs variables, à commencer par les mécanismes d'adaptation aux données de la situation au cours des expériences de la vie quotidienne. L'inclusion de la dimension culturelle dans la littérature des institutions internationales a été progressive et différenciée, similaire à (APA), à travers des versions successives, comme il est devenu clair dans la cinquième édition l'importance de la composante culturelle, qui ne se développe pas seulement dans sa formation contenu mais aussi dans l'influence du contexte culturel et de ses multiples interactions dans la formation de la maladie mentale, ainsi, comme chez les femmes en tant que genre.

Cet article a examiné l'importance de la composante culturelle et la nécessité de l'inclure dans les publications de (DSM) lors du diagnostic, en commençant par un modèle de pathologie psychosociale tel que l'anxiété.

Mots clés: culture; composante culturelle; anxiété; maladies psychosociales.

* Corresponding author, e-mail: azzeddine.bechka@univ-batna.dz

I - مقدمة

في عام 1977 بشر كلاينمان " Kleinman " بداية منهج بحث متعدد التخصصات يدمج الأساليب والمفاهيم الأنثروبولوجية مع الأساليب النفسية والعقلية التقليدية سمي "الطب النفسي الجديد بين الثقافات".

تم تشجيع الباحثين على احترام فئات الأمراض الأصلية والاعتراف بحدود فئات الأمراض التقليدية، مثل الاكتئاب والانفصام، كما ميز الطب النفسي الجديد بين الثقافات بين المرض (disease) الذي هو "خلل أو سوء تكيف للعمليات البيولوجية أو النفسية" والمرض الذي يعتبر "تعبيرات الأعراض حسب أصحابها (illness) و"التفاعل الشخصي والبيئي- الشخصي والثقافي تجاه المرض" (sickness) (1) حيث تظهر دراسة أشكال المعاناة لسويدر Shweder (1991) كنفذ لهذا التمييز (2).

يعكس المنظور الذي صاغه كلاينمان وآخرون Kleinman (1978) (3) وكذلك فبريغا Fabrega (1975) (4) في سبعينيات القرن العشرين اتجاهًا مهمًا لدراسة الثقافة وعلم النفس المرضي – لفهم العالم الاجتماعي في إطار المرض العقلي.

لقد حددت الجهود البحثية الموازية في علم النفس عبر الثقافات أيضًا الطرق التي تشكل منحى الاضطرابات داخل الثقافة، وتم إحراز تقدم كبير خلال العقد الأول من الطب النفسي الجديد عبر الثقافات. خلال فترة عشر سنوات، أجريت دراسات وبائية واسعة النطاق، ثم بدأت الدراسة الثانية متعددة الجنسيات لمنظمة الصحة العالمية حول مرض انفصام الشخصية، وتم الإبلاغ عن نتائجها الأولية (5).

إن معظم المراجعات حول الثقافة والعرق والاضطرابات العقلية اليوم تشير إلى النتائج التي توصلت إليها دراسات منظمة الصحة العالمية واللجنة الاقتصادية لأفريقيا لمعالجة كيف أن العوامل الاجتماعية والعرقية والثقافية قد تكون مرتبطة بتوزيع الأمراض النفسية (6)

وخلال هذا الوقت أيضًا، قام المعهد الوطني الأمريكي للصحة العقلية بتمويل مراكز البحوث بغرض وحيد هو إجراء البحوث حول الموضوع وبالضبط حول أقليات عرقية معينة (الأمريكيين من أصل أفريقي، والهنود الأمريكيين، واللاتينيين، والآسيويين الأمريكيين) حيث ساهمت بعض الأبحاث من هذه المراكز في زيادة قاعدة البيانات النفسية المرضية الثقافية (7). بدأت الحوارات عبر التخصصات أيضًا خلال هذا الوقت، على سبيل المثال: أبحاث كليمان وجودس Kleinman & Good's (1985) (8) في المجلد الكلاسيكي، الثقافة والاكتئاب، كبحث متعدد ليس فقط بين علماء الأنثروبولوجيا، ولكن أيضًا بين علماء النفس والأطباء النفسيين. ورغم ذلك يبقى هناك مؤشرًا مهمًا آخر لتطور هذا المجال يتمثل في نجاحه في جذب محققين جدد، على النحو الذي اقترحه كلاينمان وزملاؤه بتوفير منحة تدريب طويلة في مجال الأنثروبولوجيا الثقافية والصحة العقلية (9). باختصار، يمكن وصف هذه السنوات العشر الأولى بأنها فترة مثيرة وخصبة لدراسة الطب النفسي الجديد بين الثقافات، رغم تقديم انتقادات مهمة، لكنه طور قاعدة بيانات تجريبية، وتزايد الاهتمام بالمجموعات العرقية الأمريكية، وإنشاء حوارات متعددة التخصصات، وتم جذب محققين جدد إلى هذا المجال.

في مناسبة نادرة، قد يجد الباحث عددًا خاصًا من البحوث الثقافية في مجلة عامة (مثل: مجلة الاستشارات وعلم النفس العيادي ؛ كلارك "Clark" (1987) (10)، أو في محاولة لإيصال رسائل المجال البحثي الجديد إلى جمهور أوسع (الطب النفسي العام ومجالات الصحة العقلية الأخرى)، حيث قدم كلاينمان Kleinman (1988) مراجعة شاملة للثقافة، وعلم الأمراض النفسية، والبحوث ذات الصلة بالاعتماد على البيانات النظرية والتجريبية، حيث جادل كلاينمان Kleinman ببلاغة أن الثقافة

مهمة لدراسة وعلاج الاضطرابات العقلية، وتعتبر المراجعة الأكثر شمولية لهذا المجال حتى الآن. ومع ذلك، حدثت العديد من التطورات منذ نشرها. في نفس السياق اعتكفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي، منذ نشأتها حول جمع الباحثين والخبراء من أجل وضع معايير وصفية لكثير من الأمراض العصبية والذهانية المنتشرة حول العالم وبالخصوص عبر إصدارتها المتتالية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية منذ 1952 والمراجعات التصحيحية والإضافية المتتالية، حيث كان البعد الثقافي أكثر جلباً للاهتمام مع تطور المراجعات حيث ظهر اهتماماً أكبر خلال المراجعة الرابعة حول كيفية تأثير العوامل الثقافية على التعبير عن الاضطرابات ووضع منهج متعدد المحاور عبر الخطوط العريضة لصياغة ثقافية للتشخيص السريري؛ وإضافة مسرد للمتلازمات الثقافية. لكن النقد المقدم أقصى بفريق البحث بالتأكيد حول قيمة الثقافة في التشخيص، مع وجود اختلافات بين الثقافات في التعبير عن الاضطراب كنقطة انطلاق.

انطلاقاً من أهمية الثقافة عبر العناصر المعرفية، العاطفية، الجسدية، السلوكية (على سبيل المثال، تفسيرات المرض، وردود الفعل على الضغوطات) حيث تؤثر على تطور المرض أو على التعبير عن متلازمات الطب النفسي، ومن خلال دور العناصر الثقافية في تكوين الاضطرابات وتعبيراتها، جاءت هذه الورقة عبر المراجعة لأهم التطورات التي حصلت في البحث عن علاقة الثقافة بعلم النفس المرضي كالقلق، الطيف الوسواس القهري، اضطرابات ما بعد الصدمة والانفصام⁽¹¹⁾ للإجابة بالدرجة الأولى عن كيف صيغ هدف البحث الثقافي في المراجع العالمية (DSM4,5) وتقرير الصحة العقلية العالمي؟

1- الاضطراب النفسي- الاجتماعي: من تعدد المصطلح إلى تعدد الأشكال.

الاضطراب النفسي - الاجتماعي هو مرض تسببه أو تتأثر به تجارب الحياة، وهو كذلك سوء توافق العمليات المعرفية والسلوكية مع معطيات التجربة.⁽¹²⁾ هذا التعريف المعمم، يستوقفنا من أجل تفصيل العناصر المتحكمة في سوء التوافق المعرفي والسلوكي خلال انخراط العضو الاجتماعي في الموقف (التجربة). فالاضطراب النفسي- الاجتماعي يشير إلى العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الصحة العقلية في بيئة معينة تحكمها عوامل محددة: اجتماعية، اقتصادية، فيزيقية، وثقافية، نوجزها في:

- التأثيرات الاجتماعية في: تتمثل في ضغط الأقران، دعم الوالدين، الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) وكذا ترتيبها ودورها الاجتماعيين (إشكالية الجندر) والعلاقات بين-الشخصية تساعد جميعها على تشكيل الشخصية والتأثير على التركيب النفسي.

- التأثيرات الاقتصادية: تتمثل في مستوى الدخل الأسري، مستوى الرفاهية (الفقر، العوز، الغنى....)

- التأثيرات الفيزيكية: تتمثل في طبيعة المنطقة التي يقطنها ذلك المضطرب (جغرافياً، مناخياً)، موقع المسكن (حضري، ريفي)، طبيعة المسكن وتوفر عناصر الرفاه فيه.

- التأثيرات الثقافية: تتمثل في مستوى التعليم للوالدين، طبيعة العرف السائد والدين المشكلين لأساليب التنشئة الاجتماعية والمحددة لنظام العلاقات داخل الشبكة الاجتماعية والتي تؤثر مباشرة في طريقة تعامل العضو في تلك البيئة مع الموقف.

هذا التنوع في العوامل المؤثرة كما (أربعة عوامل) وكيفا بتعدد البيئات الاجتماعية، تجعل صور الاضطرابات -رغم وجود قواسم مشتركة- أنها تختلف من بيئة لأخرى، حيث تتمحور فيها طبيعة الثقافة السائدة كعنصر فاعل في تشكيله وظهوره، وأوله على المستوى اللغوي حيث يبدو للكثيرين في صورة مرادفات، فالمرض هو الاضطراب سواء على المستوى البدني أو النفسي أو العقلي لكن في الحقيقة هناك اختلاف في

تسمية المرض كما يشعر به صاحبه أو كما يتمظهر خارجيا أو كما يشخصه الخبير، حيث يبدو التوافق في تعبيرات المصطلح مع المعنى الثقافي والموقف كما في اللغة الانجليزية حيث أن(13):

* المرض "illness": يُعرف المرض هنا بتعبير "illness" بأنه سوء الصحة الذي يتعرف عليه الشخص، وغالبا ما يكون ذلك بناء على الأعراض النفسية أو الجسدية المبلغ عنها ذاتيا.

في بعض الحالات، قد يعني هذا مشاكل بسيطة أو مؤقتة فقط، ولكن في حالات أخرى قد يشمل المرض المبلغ عنه ذاتيا مشاكل صحية أو معاناة حادة(14) وقد يشمل ذلك الظروف الصحية التي تحد من قدرة الشخص على العيش حياة طبيعية.وفقا لهذا التعريف يعتبر المرض "illness" مفهوما واسعا إلى حد ما.

* المرض "disease": يُعرف المرض هنا بتعبير "disease" كحالة يتم تشخيصها بواسطة طبيب أو خبير آخر. من الناحية المثالية، سوف يشمل هذا تشخيصا محددا وفقا لرموز التشخيص الموحدة والمنهجية. هذا في معظم الحالات يعني أيضا أن الحالة المحددة لها سبب طبي حيوي معروف وعلاجات معروفة في كثير من الأحيان. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من القيود على هذا الرؤية المثالية في الممارسة العملية، الأول هو حقيقة أن عددا من التشخيصات الطبية يجب أن تستند إلى معلومات شخصية من المريض تتعلق بالألم والمشاعر، وثانيا أن عددا من التشخيصات تستند إلى متلازمات وعلاقات متبادلة معقدة بين أجهزة أعضاء مختلفة، وبالتالي فهي ليست دائما محددة بدقة.

* المرض "sickness": معنى المرض هنا يرتبط بظاهرة مختلفة، وهي الدور الاجتماعي الذي يتخذه الشخص المريض أو كيف يُظهره في المجتمع، في ساحات مختلفة من الحياة.

غالبا ما يعتقد أن هذه المفاهيم الثلاثة متداخلة، وفي الواقع ليست كذلك، فرغم أن الشخص الذي لا يشعر بصحة جيدة، يتم تشخيصه من قبل الطبيب، ومن ثم، إذا كانت المشكلات خطيرة وتؤثر على قدرته على أداء أعماله، فالمرض مدرج في القائمة. ولكن في الواقع الأمر ليس بهذه البساطة. ففي بعض أشكال المرض، لا ينزعج الشخص أبدا تأكيد الحالة من قبل الطبيب، إما لأن المشكلة صغيرة جدا أو بسبب توفر الكثير من المساعدة. فبعض الأمراض في صورة "illness" (الذي يتعرف عليه الشخص عبر الأعراض) والأمراض في صورة "disease" (المشخصة من قبل طبيب) لا تؤدي بالضرورة إلى المرض في صورة "sickness" (كيف يظهره في بيئة ثقافية معينة)، لأن المريض يمكن أن يتعرف على مرضه عبر أعراضه ولا يتجه نحو الطبيب، كما أنه قد يكون له القدرة على التحكم فيه عبر الأعراض والتشخيص ولكن لا يظهره في ساحات الحياة المختلفة.

بصرف النظر عن هذه المفاهيم الثلاثة، التي يبدو أنها مرتبطة بطريقة معقدة، فهي ترتبط جميعها مع مفهوم الصحة.

تم تعريف مفهوم الصحة وفهمها بعدة طرق مختلفة(15). غالبا ما يتم استخدام المصطلح على أنه عكس المرض "illness" (المعروف ذاتيا عبر الأعراض) أو المرض "disease" (المعروف عبر التشخيص)، فكلما كانت لديك صورتان كلما قلت صحتك و العكس صحيح.

لكن في العقد الماضي، غالبا ما يفهم أن الصحة تنتمي إلى بعد مختلف تماما عن المفهومين وبالتالي، لم يتم تعريفها على أنها عكس ذلك (الخلو من الإحساس بأعراض المرض ذاتيا أو تشخيص الطبيب لها)، حيث يتم استخدام تعريفات مختلفة للصحة، على سبيل المثال يتم تعريفها على أنها الرفاهية، أو كقدرة على العمل للوصول إلى

أهداف حيوية، أو إمكانية تجربة حياة ذات معنى، حيث ترتبط الصحة بالبعد الثقافي (الخلو من ظهور أعراض المرض في البيئة الثقافية " sickness ")، بتعبير آخر مدى إمكانية القيام بعمل أو لعب دور اجتماعي مهم داخل الظروف الفعلية في المجتمع و بالقدرة على التعامل مع هذه الظروف.(16)

2- الثقافة في البحوث النفسية

تعرف الثقافة حسب وايت " White " بأنها : " تنظيم لأنماط السلوك والأدوات والأفكار، والمشاعر التي تعتمد على استخدام الرموز أو بعير "الف لينتون " Linton : "هي التشكيل الخاص بالسلوك المكتسب ونتائج السلوك التي يشترك جميع أفراد مجتمع معين في عناصره المكونة ويتناقلونه. (17)

تعتمد الكثير من الأبحاث السابقة وحتى الحالية على تعريف هذا التعريف للثقافة. في الواقع، كتب بنتكورت ولوبيز Betancourt & López (1993) (18) مراجعة نقدية للبحوث النفسية المتعلقة بالثقافة التي تم تعريف الثقافة فيها على أنها القيم والمعتقدات والممارسات المتعلقة بمجموعة إثنية ثقافية معينة. تكمن قوة هذا التعريف في أنه يبدأ في "تفريغ" الثقافة. بدلاً من القول إن تعبيراً معيناً عن الشدة يقع داخل مجموعة إثنية – ثقافية معينة، على سبيل المثال يجادل الباحثون بأن التعبير عن الكرب مرتبط بنوع معين من القيمة أو توجه المعتقد، وبذلك يعتبر هذا التعريف تقدماً كبيراً. لأنه يساعد الباحثين على البدء في تفعيل ما يتعلق بالثقافة في السياق المحدد. علاوة على ذلك، إنه يعترف بعدم التجانس داخل مجموعات إثنية ثقافية محددة.

تحدث بعض المفارقات الجالية للانتباه كتوفر المعرفة بأن شخصاً ما ينتمي إلى مجموعة عرقية معينة تقدم إرشادات للقضايا الثقافية المحتملة في علم النفس المرضي، لكن هذا لا يعني أن الشخص يلتزم بجميع القيم والممارسات الثقافية للمجموعة(19). وعلى الرغم من إسهام القيم والمعتقدات والممارسات في تعريف الثقافة، إلا أنها تنطوي على قيود مهمة(20). يشير التركيز على القيم والمعتقدات إلى الطبيعة النفسية للثقافة. علاوة على ذلك، فإن وضع الممارسات (العادات والطقوس) مع القيم والمعتقدات يعطي الانطباع بأن الممارسات في العالم الاجتماعي هي وظيفة القيم والمعتقدات. على سبيل المثال، يُعتقد أن الناس يعتمدون على أسرهم في أوقات الأزمات لأنهم يتمتعون بدرجة عالية من النزعة الأسرية أو التوجه العائلي. ربما ظروف البيئة القاسية تساهم في توحيد العائلات للتغلب على الشدائد. عند تطبيق تعريف القيم والمعتقدات للثقافة، هنا يتم إخضاع العالم الاجتماعي للعالم النفسي للفرد. على عكس هذا المنظور، ينتهي الاعتقاد بأن العمل في العالم الاجتماعي والمادي هو الذي ينتج الثقافة بقدر ما تنتج الناس أفكاراً عن العالم؛ وبالتالي يتفاعل العالم الاجتماعي على قدم المساواة مع العالم النفسي في إنتاج السلوك البشري.

القيد الثاني لهذا التعريف المستخدم بشكل متكرر للثقافة هو أنه يصور الثقافة كظاهرة ثابتة. نحن نعتقد أن الثقافة هي عملية بقدر كيان(21). ستؤدي محاولات تجميد الثقافة إلى مجموعة من التوجهات أو السلوكيات ذات القيمة المعقدة إلى إساءة تمثيل الثقافة بشكل مستمر. أي أن الثقافة هي عملية ديناميكية وإبداعية، يتم مشاركة بعض جوانبها الناتجة عن ظروف وتاريخ حياة معينة من قبل مجموعات كبيرة من الأفراد. بالنظر إلى الطبيعة المتغيرة لعالمنا الاجتماعي وبالنظر إلى الجهود التي يبذلها الأفراد للتكيف مع هذه التغييرات، يمكن النظر إلى الثقافة على أنها عملية مستمرة، نظام أو مجموعة من الأنظمة في التدفق.

تتمثل أحد القيود ذات الصلة بتعريف الثقافة القائم على القيم في أنه يصور الناس كمتلقين للثقافة من "مجتمع" معمم مع إدراك ضئيل لدور الفرد في التفاوض مع عواملهم الثقافية. وقد ركزت المقاربات الأكثر حداثة للثقافة في مجال الأنثروبولوجيا، مع عدم تجاهل أهمية الميراث الثقافي للأفكار والقيم وطبيعة العلاقات، وذلك بالموازاة

مع ظهور أهمية الثقافة عبر تجارب الحياة للأفراد والجماعات الصغيرة. يمكن للأشخاص تغيير العناصر الثقافية أو إضافتها أو رفضها من خلال عمليات اجتماعية مثل الهجرة والتثاقف، حيث أن هناك تعريفاً عملياً للثقافة يقر بقوة الأفراد في تأسيس عوالمهم الاجتماعية.

باختصار، إن وجهات النظر الحالية للثقافة تهتم أكثر بكثير بالعالم الاجتماعي للناس أكثر من الآراء السابقة للثقافة التي تؤكد على الفرد. من الأمور ذات الأهمية الخاصة الروتين اليومي للناس وكيف ترتبط هذه الأنشطة بالعائلات والأحياء والقرى والشبكات الاجتماعية. من خلال فحص الروتين اليومي للأشخاص، يمكن للمرء تحديد ما هو أكثر أهمية⁽²²⁾ أو الأكثر عرضة للخطر بالنسبة للأشخاص⁽²³⁾. علاوة على ذلك، فإن هذا المنظور يجسد الطبيعة الديناميكية للثقافة لأنه نتاج لقيم المجموعة وقواعدها وتجاربها، فضلاً عن الابتكارات الفردية وتاريخ الحياة. يجب أن يساعد استخدام هذا التعريف الأوسع للثقافة في توجيه الباحثين بعيداً عن المفاهيم المسطحة الأحادية البعد للثقافة، لاكتشاف ثراء التحليل الثقافي لدراسة علم النفس المرضي. ومن العناصر المهمة في هذا المنظور فحص التنوع داخل الثقافة الواحدة، على وجه الخصوص، حيث لا تزال الطبقة الاجتماعية والفقر والجنس تؤثر على مستويات مختلفة من الصحة العقلية داخل المجموعات الثقافية وعبرها.

3- هدف البحث الثقافي:

هناك وجهات نظر متباينة بشأن الغرض من البحث الثقافي. يشير بعض الكتاب إلى ضرورة إجراء البحوث الثقافية لاختبار عمومية الأفكار النظرية المعطاة. على سبيل المثال، في تحليل مدروس للبحث الثقافي، لاحظ كلارك أن "التقدم المفاهيمي في علم النفس يتطلب قاعدة موحدة للتحقيق في الظواهر النفسية، مع تضمين المتغيرات الثقافية ذات الصلة كجزء من المصنوفة"^(1987: 465). من وجهة نظر كلارك، يمكن للعمل عبر الثقافات أن يعمل على تعزيز عمومية نماذج مفاهيمية معينة من خلال إضافة متغيرات ثقافية عند الضرورة إلى نموذج نظري قائم لشرح التباين بين المجموعة من جهة وداخل المجموعة من جهة أخرى. فعلى الرغم من اعتراف كلارك باحتمال ألا يكون للمرض المطور في بلد ما نظير في بلد آخر، فإن هذا لا يلغي وقت وقيمة نماذج مستمدة من كيانات سريرية متميزة موجودة في بلد واحد أو مجموعة إثنية - ثقافية. من هنا الإشارة إلى أن الغرض الرئيسي لدراسة الثقافة بالنسبة لكلارك هو تعزيز صحة النماذج النفسية الموجودة من خلال الاهتمام بالتغيرات عبر الثقافات.

في المقابل، ينتقد كل من فابريجا (Fabrega) (1990) وروجلر (Rogler) (1989)⁽²⁴⁾ الباحثين لعدم اهتمامهم بالخصوصية الثقافية للأمراض العقلية والصحة العقلية. فالباحث فابريجا بحث استخدام الباحثين للأدوات السائدة ومفاهيمهم في دراسة الاضطرابات العقلية بين اللاتينيين ويتحدى هؤلاء الباحثين ليكونوا أكثر جرأة في انتقاداتهم لـ "إنشاء الطب النفسي المؤسسي". بالنسبة لكل من فابريجا وروجلر، فإن خطر التناقص عن الاختلافات الثقافية أكبر بكثير في أبحاث علم النفس المرضي الحالية من النظر في أوجه التشابه الثقافية. وهكذا، يحث فابريجا وروجلر الباحثين على النظر في الخصوصية الثقافية والتوصية بالخطوات العملية لدمج منظور ثقافي في دراسة علم الأمراض النفسية.

ويبقى الغرض من البحث الثقافي هو تعزيز فهمنا للعمليات العامة والعمليات الخاصة بالثقافة والطريقة التي تتفاعل بها في سياقات محددة. أي تحديد رموز الثقافة وسط انتشار المعاناة الإنسانية.⁽²⁵⁾ (Draguns, 1990)

4- أهم التطورات في الاهتمام بالبعد الثقافي: الدليل التشخيص والإحصائي الرابع وتقرير الصحة العقلية العالميين.

الاهتمام بدراسة الثقافة وعلم النفس المرضي، نبذوه بمناقشة مشروعين من أهم المشاريع التي تم تنفيذها خلال العقود الماضية، ودمج العوامل الثقافية في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV) (الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) (26) ونشر تقرير الصحة العقلية العالمي (27) من خلال جهود بارون وزملائه " Parron"، قام المعهد الوطني للصحة العقلية بتمويل إنشاء فرقة عمل لتطوير المواد الثقافية لإدماجها في جميع أقسام DSM-IV. تجمع فرقة العمل برئاسة أعضاء اللجنة التوجيهية وهم Horacio Fabrega, Byron Good, Arthur Kleinman, Keh-Ming Lin, Spero Manson, Juan Mezzich, and Delores Parron) معاً لدراسة البحوث المتاحة وأوصت بأفضل طريقة لدمج المنظور الثقافي، وقد تم نشر ثلاثة مساهمات رئيسية في DSM-IV: (أ) إدراج كيفية تأثير العوامل الثقافية على التعبير عن اضطرابات معينة وتقييمها وانتشارها؛ (ب) الخطوط العريضة لصياغة ثقافية للتشخيص السريري لاستكمال التقييم متعدد المحاور؛ و (ج) مسرد للمتلازمات الثقافية ذات الصلة من جميع أنحاء العالم، وخلص إلى توفير وثائق أكثر اكتمالاً عن نتائج فرقة العمل في كتاب مرجعي (DSM-IV) (28) وفي منشورات أخرى على سبيل المثال عدد خاص من عيادات الطب النفسي في أمريكا الشمالية (29)، وهو عدد خاص من الطب النفسي عبر الثقافات (30)، ومجموعة من الأوراق ذات الصلة (31).

لا شك أن الاهتمام بالثقافة في (DSM-IV) هو إنجاز رئيسي في تاريخ تصنيف الاضطرابات العقلية حيث لم يسبق لمخططات التصنيف أو المقابلات التشخيصية ذات الصلة تناول دور الثقافة في علم النفس المرضي إلى هذه الدرجة (32) على الرغم من أن الاهتمام بالثقافة في (DSM-IV) هو تقدم كبير، إلا أن له حدوده. لاحظ بعض المراقبين أن أجزاء كبيرة مما أوصت به فرقة العمل المعنية بالثقافة والتشخيص قد تم إهمالها بواسطة المحكمين النهائيين في (DSM-IV) (33). هذه الجوانب من الثقافة التي تم تضمينها ليست سوى انعكاس جزئي للدور الهام والديناميكي الذي تلعبه الثقافة في علم النفس المرضي. فمناقشة محدودة للغاية من أعراض محددة والتي يمكن أن تكون كل من الخبرات المعيارية الثقافية وعلامات الكرب، ووضع المتلازمات المرتبطة بالثقافة في التذليل مساهمة في توضيح دور الثقافة؛ لأن الباحثين الثقافيين يعترضون على الرأي القائل بأن الثقافة لا تتعلق إلا بمرضى ينتمون إلى مجموعات محددة من "الأقليات الثقافية"، والتي تظهر عليها أعراض أو متلازمات محددة؛ وبدلاً من ذلك، يرى الباحثون الثقافيون أن الثقافة تغرس عرض جميع الاضطرابات بين جميع الناس.

على هذا المنوال، أوصت فرقة العمل المعنية بالثقافة والتشخيص بإدراج اضطرابات (DSM-IV) مثل مرض فقدان الشهية العصبي ومتلازمة التعب المزمن في "مسرد متلازمات حدود الثقافة" لأنها تمثل اضطرابات أمريكا الشمالية التي شكلتها الثقافة بقوة. كان يعتقد أن القيام بذلك من شأنه أن يقاوم الانطباع بأن المتلازمات الثقافية لها صلة فقط بأفراد الأقليات العرقية. رفض مطورو (DSM-IV) هذا الاقتراح، مدعين أن هذه الاضطرابات ليست ثقافية بطبيعتها، لأنها كانت بالفعل في تركيبة DSM-IV.

5- الطب النفسي بين الثقافات ومصادقته في (DSM-V)

إن تقوية الهيكل وتوسيع نطاق وثيقة مثل (DSM)، وبشكل أكثر تحديداً، إحراز تقدم ثقافي كأداة تشخيص طبية هدفها الأساسي توفير صلاية مقنعة لخطوة سريرية حاسمة، يتطلب المثابرة والصبر. من البداية، أصدرت لجنة (DSM-V)

تصريحات صريحة حول قيمة الثقافة في التشخيص، مع وجود اختلافات بين الثقافات في التعبير عن الاضطراب كنقطة انطلاق. ومع ذلك، كان من الواضح أن مهمة مجموعة دراسة القضايا الجنسانية والثقافية، التي تم تعيينها في الفترة ما بين 2007-2008، كانت معقدة للغاية، وأن مصالح العديد من أعضائها تختلف اختلافاً كبيراً في بعض الأحيان، وقد ركزت المناقشات الأولية في الغالب على الجوانب الوبائية لتلك الموضوعات فقط. بعد حوالي عامين من المداولات (أوائل عام 2010) تم إنشاء مجموعة فرعية للعمل في القضايا الثقافية وكلفت (بدعم كامل من قيادة لجنة DSM-V) للتركيز على مجموعة أكثر شمولاً ودقيقة من ميزات التشخيص الثقافي.

قدمت مساهمة منظمات مثل جمعية دراسة الطب النفسي والثقافة، ومجموعة النهوض بالطب النفسي، والرابطة العالمية للطب النفسي الثقافي، ومجموعة أمريكا اللاتينية للدراسات عبر الثقافات، تدفقاً قيماً للتنوع، حيث تركزت المداولات تدريجياً حول ثلاثة مجالات أصبحت، في النهاية، أعمدة التكوين الثقافي للدليل الجديد، بالإضافة إلى اقتراحات موجزة للجوانب الثقافية لكل مجموعة من الاضطرابات: نص تمهيدي يحدد الجوانب الثقافية لل (DSM-V)، ووضع ما أطلق عليه "المفاهيم الثقافية للكرب"، وأخيراً إعداد هيكل واختبار التجارب الميدانية لمقابلة الصياغة الثقافية.⁽³⁴⁾

تركز الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-V)، بشكل أكبر من الإصدارات السابقة على العوامل متعددة الثقافات التي تؤثر على الأمراض العقلية (APA, 2013). تمت مراجعة معايير التشخيص لمراعاة الاختلاف بين الثقافات، وهناك صياغة ثقافية أكثر تحديداً وقائمة مسرد. لكن الدليل "DSM" لا يقدم رؤية واضحة حول ما إذا كان يفترض أن الأمراض العقلية عالمية وتنطبق على جميع الثقافات أو ما إذا كان يمكن أن تكون محددة ومحلية لثقافات معينة. كما أنها لا تفسر المفاهيم الثقافية لبقية تصنيف الاضطرابات أو إلى أي مدى يتم طرحها كتشخيص صحيح.

يقدم "DSM-V" معالجة موسعة للعوامل الثقافية في التشخيص النفسي مقارنة بـ DSM-IV (APA, 2013)⁽³⁵⁾. من خلال الدليل، تمت مراجعة معايير التشخيص لتعكس الاختلافات بين الثقافات في عروض الاضطرابات. ففي الملحق، يوجد "مسرد للمفاهيم الثقافية للضائقة" الذي يصف تسع حالات شائعة، كما تحذر المقدمة من أن العوامل الثقافية قد تؤثر على التشخيص وبالتالي ينبغي التحقيق في الصياغة الثقافية. يشير الدليل إلى أن الثقافة يمكن أن تؤثر على أي مما يلي:

- الحدود بين الحالة الطبيعية وعلم الأمراض لأنواع مختلفة من السلوك.
- الهشاشة والمعاناة (على سبيل المثال، من خلال تضخيم المخاوف التي تحافظ على اضطراب الهلع).

- وصمة العار أو دعم المرض العقلي.
- توافر استراتيجيات المواجهة.
- قبول أو رفض التشخيص والعلاج، مما يؤثر على مسار المرض والشفاء.
- إجراء المقابلة السريرية نفسها وكيف يؤثر ذلك على دقة التشخيص وقبول العلاج والتشخيص والنتائج السريرية.

تلخص مقدمة DSM-V أيضاً ثلاث طرق مختلفة يمكن أن تؤثر بها الثقافة على التشخيص. يتم استبدال فكرة واحدة من المتلازمات المرتبطة بالثقافة من (DSM-IV) بثلاثة مفاهيم: المتلازمات الثقافية، التعابير الثقافية للاضطراب والتفسيرات الثقافية (أو الأسباب المتصورة) للأمراض (أو الأعراض). إنها تستحق اقتباس كامل الملخص التالي (APA, 2013):

1. المتلازمة الثقافية هي مجموعة من الترافق المشترك، نسبياً في الأعراض المختلفة الموجودة في مجموعة أو مجتمع أو سياق ثقافي معين (مثل: *ataque de nervios*). قد يتم أو لا يتم التعرف على المتلازمة كمرض في الثقافة (أو قد يتم تصنيفها بطرق مختلفة)، ولكن قد لا تكون هذه الأنماط الثقافية للاضطراب وميزات المرض أقل تمييزاً من قبل مراقب خارجي.

2. المصطلح الثقافي للكرب أو الضيق هو مصطلح لغوي أو عبارة أو طريقة للحديث عن المعاناة بين أفراد مجموعة ثقافية (مثل العرق والدين على سبيل المثال) في إشارة إلى المفاهيم المشتركة لعلم الأمراض وطرق التعبير عن السمات الأساسية للتواصل معها أو تسميتها. لا يجب أن يرتبط مصطلح الضيق بأعراض أو متلازمات أو أسباب محددة. قد يتم استخدامه لنقل مجموعة واسعة من الانزعاج، بما في ذلك التجارب اليومية، أو الظروف دون السريرية، أو المعاناة بسبب الظروف الاجتماعية بدلاً من الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، فإن معظم الثقافة تنزع التعبيرات الجسدية الشائعة للضائقة المستخدمة للتعبير عن مجموعة واسعة من المعاناة والمخاوف.

3. التفسير الثقافي أو السبب الملحوظ هو تسمية أو إسناد أو سمة من سمات نموذج توضيحي يوفر مسببات متصورة ثقافياً أو سبباً للأعراض أو المرض أو الضيق. قد تكون التفسيرات الموضوعية من السمات البارزة للتصنيفات الشعبية للمرض المستخدمة من قبل الأشخاص العاديين أو المعالجين (36) على الرغم من أن المؤلفين يميزون بين هذه الأفكار المختلفة، إلا أنهم يقرون بأن نفس العناصر قد تلعب دوراً في الفئات الثلاث. على سبيل المثال، يتم استخدام الاكتئاب كتعريف للكرب سواء كان مرضاً، أو اعتلالاً طبيعياً ولكن مهم. ومن المعترف به أيضاً أنه تجمع لمتلازمة الأمراض العقلية للحصول على عدد من الأعراض.

بالنظر إلى هذا التعقيد، وعلى الرغم من أن "مسرد المفاهيم الثقافية للضائقة" يصف تسع متلازمات ثقافية شائعة، إلا أن المفاهيم الموصوفة قد تلعب أيضاً دوراً للتعبير عن الضيق والتفسيرات المزعومة أو أسباب التجارب.

التطور الرئيسي الثاني خلال العقد الماضي كان نشر تقرير الصحة العقلية العالمي (37). قام ديجارلي "Desjarlais" وزملاؤه بتجميع أبحاث من جميع أنحاء العالم لتحديد نطاق مشاكل الصحة العقلية والسلوكية (مثل الاضطرابات العقلية والعنف والانتحار)، لا سيما بين البلدان المنخفضة الدخل في إفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا والمحيط الهادئ، حيث استخلص المؤلفون عدة استنتاجات. ربما كان الأهم هو أن الأمراض العقلية والمشاكل المرتبطة بها تلحق خسائر كبيرة بصحة ورفاهية الناس في جميع أنحاء العالم، وتنتج عبئاً أكبر استناداً إلى مؤشر "سنوات الحياة المعدلة حسب الإعاقة" مقارنةً بالسل أو السرطان أو مرض القلب.

تم العثور على اضطرابات الاكتئاب وحدها لإنتاج خامس أكبر عبء على النساء وسابع أكبر عبء على الرجال في جميع الأمراض الجسدية والعقلية.

الملاحظة الثانية المهمة هي أن الأمراض العقلية والمشاكل السلوكية مرتبطة بشكل معقد بالعالم الاجتماعي. على سبيل المثال، حدد المؤلفون الجذور الاجتماعية لضعف الصحة العقلية للمرأة. من بين العديد من العوامل التي تشمل: الجوع - (يعاني من نقص التغذية أكثر من 60% من النساء في البلدان النامية)، والعمل - (النساء يعملن بأجر ضعيف مقابل وظائف كثيفة العمالة، وفي كثير من الأحيان في ظروف العمل الخطرة)، والعنف المنزلي - (استطلاعات الرأي يشير بأن 50% و 60% من المجتمعات المحلية في جميع أنحاء العالم تتعرض النساء فيها للضرب). وكذا ارتباط مشكلة الصحة العقلية الاجتماعية العالمية الذي يتعلق بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المعقدة التي تساهم في تطوير مرضى كتحاطي المخدرات. أحد هذه العوامل هو الاضطراب الاجتماعي الذي يحدث عندما يهاجر المراهقون والشباب من المجتمعات الريفية إلى المدن الحضرية بحثاً عن إعالة اقتصادية. دون أن ننسى الصدمة الثقافية،

والافتقار إلى الدعم الاجتماعي، وعدم القدرة على إيجاد عمل ثابت هي من بين العديد من عوامل الخطر التي تتوقع تعاطي المخدرات (38) بناءً على النتائج التي توصلوا إليها. يقدم Desjarlais ورفاقه (1996) توصيات محددة لتعزيز كل من سياسة الصحة العقلية والبحوث للمساعدة في تخفيف العبء الكبير للأمراض العقلية في جميع أنحاء العالم، وذلك بتدخلات محددة لمعالجة ليس فقط المشكلة السريرية ولكن أيضاً الظروف الاجتماعية التي يقيمون فيها.

في معالجة الصحة العقلية السيئة للمرأة، على سبيل المثال، يطالبون ببذل جهود منسقة لتمكين المرأة اقتصادياً وكذلك للحد من العنف ضد المرأة بجميع أشكاله. بالإضافة إلى ذلك، تم تحديد الصحة العقلية للمرأة باعتبارها واحدة من أولويات البحوث الخمسة الأولى في جميع أنحاء العالم، ويبقى البحث مطلوباً لدراسة العوامل الاجتماعية التي تؤثر على صحة المرأة في سياقات ثقافية محددة ولتحديد التدخلات المجتمعية الفعالة في تحسين الوضع الصحي للمرأة.

على الرغم من مساهماته الكثيرة، كمثال على البحوث المتعلقة بالثقافة وعلم النفس، فإن تقرير الصحة العقلية العالمي له قيود. بسبب نطاقه الواسع، هناك القليل من الاهتمام بالمسائل المنهجية، والتي قد تكون مهمة في فهم بعض النتائج. على سبيل المثال، في الدراسات المراجعة للعنف المنزلي، ليس من الواضح كيف تم تعريف "الضرب" وقياسه عبر الدراسات، وهو أمر مهم يجب معالجته، ولكن من غير الواضح الدور الذي يمكن أن يلعبه الباحثون أو الممارسون في مجال الصحة العقلية في تنفيذ بعض الأهداف الحيوية، مثل زيادة الاستقلال الاقتصادي والإنتاجية للمرأة.

على الرغم من القيود المفروضة عليها، يقدم كل من الدليل التشخيصي وتقرير الصحة العقلية العالمي مساهمات كبيرة في دراسة الثقافة والاضطرابات النفسية. وعلاوة على ذلك، فإنها توضح مجموعة من مفاهيم الثقافة وأهمية

المجال الاجتماعي في الدليل التشخيصي (DSM-IV)، تميل الثقافة إلى تصويرها على أنها غريبة من خلال تأثيرها على التعبير عن الأعراض، والمتلازمات المرتبطة بالثقافة، والإشارة إلى أشخاص من مجموعات "مختلفة ثقافياً". هناك القليل من الاهتمام بالثقافة في سياق اجتماعي متعدد الأوجه يتفاعل معه الأفراد. من ناحية أخرى، يعترف تقرير الصحة العقلية العالمي بالعمليات الديناميكية والاجتماعية المرتبطة بالثقافة، لأن مشكلات كالجوع والعمل والتعليم ترتبط، على سبيل المثال، بشكل متكامل بكيفية تكيف الناس أو فشلهم في التكيف.

طوال الوقت، يتعرف المؤلفون بالتباين الثقافي، لكن موقفهم ليس هو النسبية الثقافية المتطرفة، لأنهم يدركون الآثار الأخلاقية والصحية للممارسات المثيرة للجدل، مثل ختان الإناث، فعلى الرغم من الاختلافات الكبيرة في معالجة مشكلة الثقافة من قبل "DSM-IV" والتقرير العالمي للصحة العقلية، تشير كلتا الوثيقتين إلى أن الثقافة كموضوع لم يعد ضمن اختصاص علم النفس الثقافي والطب النفسي وعلم الأنثروبولوجيا. إنه الآن موضوع جميع مستخدمي الدليل التشخيصي وواضعي السياسات وباحثي الصحة العقلية في جميع أنحاء العالم.

6- البحوث المتعلقة بالاضطرابات النفسية

تمت عدة مراجعات حول أهم الاضطرابات النفسية المتعلقة بعلم النفس الثقافي على غرار القلق والفصام والاضطراب النفسي للطفولة لكن سنركز على المراجعات الحديثة المتعلقة بدراسة اضطرابات الثقافة والقلق كالدراسات التي قام بها هؤلاء الباحثين (39)، بما في ذلك مراجعة (40) Neal & Turner's (1991) لدراسة اضطرابات القلق بين الأميركيين الأفارقة التي اعتمدت بشكل مباشر أو غير مباشر

على مراجعة كلايمن وجود Good & Kleinman (1985) السابقة(41). اخترنا التركيز على دراسة 'هجمات عصبية' "ataques de nervios" حيث يعد هذا موضوعاً مهماً من الأبحاث لأنه يركز على ظاهرة خاصة بالثقافة والتي قدمت لها الإثنوغرافيا والوبائيات والبحث السريري مساهمات مهمة. وبالتالي، سوف تكون لدينا إطلالة على دراسة بعض الطرق التي تُعلم بها الإثنوغرافيا أبحاث علم الأمراض النفسية السائدة.

تعد الهجمة العصبية "Ataque de nervios" أو النوبات العصبية تعبيراً عن الضيق أو الكرب التي تبرز بشكل خاص بين اللاتينيين من منطقة البحر الكاريبي، ولكنه معروف أيضاً بين مجموعات لاتينية أخرى، وتشمل الأعراض الشائعة التي تحدث مع الأذى العصبي، الارتعاش، وهجمات البكاء، والصراخ بشكل لا يمكن السيطرة عليه، وتصبح عدوانية لفظية أو جسدية. كما أن الأعراض الأخرى التي تبرز في بعض النوبات وليس غيرها هي نوبات تشبه النوبات أو الإغماء، والتجارب الانفصالية "dissociative experiences"، والإشارات الانتحارية. هناك ميزة عامة يعاني منها معظم الذين يعانون من النوبات العصبية وهي شعور خارج عن السيطرة. تحدث معظم الحلقات كنتيجة مباشرة لحدث حياة مرهق مرتبط بأسرة أو غيرها من الأحداث الهامة (مثل الوفاة أو الطلاق). بعد النوبة، لا يتذكر الكثيرون منهم تجربة فقدان الذاكرة خلال الحدث، ولكن بعد ذلك يعودون بسرعة إلى مستوى أدائهم المعتاد.

بدأ غارناشيا "Guarnaccia" برنامجاً للبحث عن طريق إجراء البحوث الإثنوغرافية أولاً في البيئات السريرية(42) بالاعتماد على الوصف الغني للحالات السريرية وفهم التاريخ الاجتماعي للبرتوريكيين الذين يعيشون في الولايات المتحدة، حيث أشار المحققون إلى وجود علاقة بين الاضطرابات الاجتماعية (الأسرة والشبكات الاجتماعية المباشرة) وتجربة النوبات العصبية. للبناء على الأساس الإثنوغرافي، لجأ غارناشيا وزملاؤه إلى إجراء البحوث الوبائية لفحص مدى انتشار وباء "ataques de nervios" في بورتوريكو. بعد البحث الوبائي الأولي الذي تم فيه استخدام مؤشر مقياس الأعراض الجسدية كإجراء بديل للأتوكيس (43)، تم إجراء دراسة لاحقة تم فيها استجواب المشاركين بشكل مباشر لمعرفة ما إذا كانوا قد عانوا من خلل في الجهاز العصبي وكيف كانت التجربة مثل دراسة غارناشيا وآخرون (1993) (44). تم العثور على معدل انتشار مرتفع، من 16% - 23% من عينات المجتمع الكبيرة (Ns 4 و 1513)، وقد وجد أن هذا الوباء يرتبط بمجموعة واسعة من الاضطرابات العقلية، وخاصة اضطرابات القلق والمزاج، حيث ظل السياق الاجتماعي مهماً في فهم هذا الاضطراب.

تم العثور على نسبة مرتفعة من انتشار الهجمات العصبية أكثر بين النساء، والأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 45 سنة، وهؤلاء من بيئات اجتماعية واقتصادية متدهورة وتعطل الزواج عندهم. في أحدث دراسة أجريت حتى الآن، عاد جوارناشيا وزملاؤه (1996) إلى الوضع الإثنوغرافي لتوضيح تجربة النوبات العصبية لدى الأشخاص الذين أبلغوا عن معاناتهم من مرض عصبي في الدراسة الوبائية.

من خلال إجراء مقابلات متعمقة، تم تحديد مجموعة كاملة من الأعراض والسياقات الاجتماعية المحددة. مكّن هذا النهج البحثي "الخبرة القريبة" لغارناشيا والمنتسبين له من أن يدرس بعناية كيف يمكن للعالم الاجتماعي أن يصبح جزءاً من الذات الجسدية كما يتضح من هذا المرض.

البحوث السريرية الحديثة قد أوضحت العلاقة بين النوبات العصبية "ataques de nervios" والتشخيصات السريرية. أجرى لييوفيتز "Liebowitz" وزملاؤه(45) مقابلات تشخيصية سريرية لـ 156 مريضاً لاتينياً من عيادة نفسانية حضرية

متخصصة في علاج القلق. قاموا بفحص العلاقة بين المرضى الذين يعانون من مرض عصبي وتلبية معايير اضطراب الهلع، واضطرابات القلق الأخرى، أو اضطراب عاطفي. يوحي تحليلهم الدقيق أن تعبير "ataque de nervios" يتأثر بالاضطراب العقلي المشترك. في حالة اضطراب الهلع، فإن الأشخاص الذين يعانون من أعراض عصبية لديهم أعراض شبيهة بالهلع إلى حد كبير؛ ومع ذلك، مع اضطراب عاطفي تتميز الهجمات العصبية بالمنحى العاطفي، وخاصة الغضب(46). وبالتالي، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية التي سبقت الإشارة إليها، تشير هذه النتائج إلى أن السياق السريري قد يلعب أيضًا دورًا في الفهم هذا المرض.

إن دراسة اضطراب "ataques de nervios" مثالية للعديد من الأسباب. الأمر الأكثر إثارة للدهشة هو الحوار المنتظم والمستمر الآن بين أساليب البحث الإثنوغرافية والوبائية والسريرية لتعزيز فهمنا للإشارات العصبية وكيف يتفاعل العالم الاجتماعي مع العمليات النفسية والجسدية داخل الفرد. مع هذه الأساليب المتعددة، تحول عدسات الباحثين في العمل الإثنوغرافي المبكر، حيث استمد Guarnaccia وزملاؤه من عدد صغير من الحالات السريرية الملاحظات الهامة وفسروا النتائج التي توصلوا إليها مع السكتات الدماغية الواسعة النطاق مع التركيز على "النصوص الدقيقة للسلطة" والهجرة إلى بيئات غريبة وعدائية.(47)

في هذا البحث، تم اختصار السياق الاجتماعي حسب جنس المجيبين وعمره ومستواه التعليمي والحالة الزوجية، وهو ما يوفر بعض الأساس للتفسير ولكنه يفتقر بالتأكيد إلى ثراء المواد الإثنوغرافية. توفر الدراسات السريرية لمحة معمقة عن أعراض المرضى وأنماط أعراض أولئك الذين يعانون من هذه الهجمات العصبية، لكنها توفر إحساسًا أقل بالعالم الاجتماعي للمتألم.

في جميع الدراسات تقريبًا، يتم تقديم اضطراب "ataque de nervios" ليس كمتلازمة ثقافية أو ككيان سريري يتواجد داخل الأفراد، ولكن كمرض شائع يعكس التجربة المعيشية للنساء إلى حد كبير مع قليل من القوة والعلاقات الاجتماعية المعطلة. عند تبني طرق متعددة، من المرجح أن يتحول التركيز على المجال الاجتماعي. ومع ذلك، عبر العديد من الدراسات، حافظ غوارناسيا وزملاؤه على اهتمام كبير بالسياق الاجتماعي. وبهذه الطريقة، أظهرت كيفية تضمين الدراسات الاجتماعية في علم الأوبئة مثل دراسة Guarnaccia (1993) (48) والسريرية Salma'n (1998) (49)، وكذلك الدراسات الإثنوغرافية.

هذا البحث لا يخلو من حدود، على وجه الخصوص، فإن معايير الاجتماع في اضطراب "ataques de nervios" هي ببساطة ما إذا كان الشخص يرد بالإيجاب على السؤال، "هل سبق لك أن واجهت هذه الهجمات العصبية؟" هذا تعريف واسع مفيد بشكل خاص في المراحل الأولى من البحث لتحديد هذا المرض والخبرات المتنوعة للعديد من الأشخاص الذين يعانون من هذه المتلازمة، كما كان الحال في دراسة بورتوريكو للكوارث. وبالتالي إن استخدام معيار واحد من أجل معرفة هذا المرض قد يقدم نظرة منهجية في دراسة العلاقة المتبادلة بين الهجمات العصبية والاضطرابات النفسية، ويبقى العمل مستمرًا لتطوير قياس النوبات العصبية باستخدام معايير متعددة يمكن استخدامها في الدراسات المستقبلية.

إن دراسة اضطراب "ataques de nervios" تعكس نموذجًا للتحقيق في العلاقة بين الثقافة والاضطراب العقلي، لا سيما البحث الذي يبدأ بنوع معين من الكرب. تشير الأسئلة المهمة التي تم طرحها إلى أن دراسة النوبات العصبية ستستمر في تقديم مساهمات كبيرة في دراسة الثقافة والاضطرابات النفسية في السنوات القادمة

ويمكن أن تكون نموذجًا للباحثين الذين يعملون عبر الثقافات.

7- القلق كنموذج نفسي مرضي ثقافي

إن النوبات العصبية التي تم دراستها والتي هي محددة إكلينيكيًا ومعروفة الأعراض والتي يمتد طيفها من أعراض بسيطة: تعبيرات وإشارات سلوكية، لغوية، انفعالية، إلى غاية درجاتها القصوى، الدخول في سلوك قاهر عنيف ثم عدم تذكر الحدث بعد مرور النوبة نجد في هذا الطيف وفي صورته البسيطة حالة مشابهة تختلف درجاتها من شخص لآخر ومن منطقة لأخرى، لكن عادة تعمم على أن الجزائري معروف "بالنرزة"

إن القلق المعبر عنه بالنرزة بالثقافة الجزائرية مثلًا، لم تلج إليها الكثير من الدراسات على غرار دراسة مصطفى عشوي (2018) (50) حول الشخصية الجزائرية حيث لم تتضح الأحكام الصادرة حول القلق في المجتمع الجزائري لأن تأثير العوامل الثقافية التي تبدو أنها تنتمي إلى نسق ثقافي معمم (macro-culture)، ولكنها في الحقيقة تضوي تحتها ثقافات فرعية متعددة تختلف من منطقة لأخرى داخل نفس البيئة الثقافية الكبرى، ففي منطقة العاصمة مثلًا قد نجد هذه الثقافات الفرعية أو المجهرية (micro-culture) متعددة ليست فقط في تصنيفاتها العرقية (عربية/أمازيغية) ولكن حتى داخل كل صنف حيث النوع العربي يشمل أنساق ثقافية صغرى ذات الجذور القبلية (النايلية...)، ونفس الشيء يقال عن النوع الأمازيغي الذي يشمل: القبائلي، الشاوي، الميزابي، التارقي...

ومن هنا بات الحكم على سمة القلق (النرزة) تنفرد إلى أثر الثقافة المجهرية في تفاعل أفرادها مع المعطى الاجتماعي، والاقتصادي والسياسي حيث أن التوزيع غير منتظم للعينة المدروسة لا توفر المصادقية الكافية لما للموقع الجغرافي من أثر على انتشار الأمراض النفسية والعقلية، فالنسبة 31% للمستجوبين الذين يقطنون الجبال كأعلى نسبة ثم يليها منطقة الهضاب العليا، ثم السواحل لها من الخصائص ما قد تجعل التباين واضحًا في كيفية تعامل أفرادها ظاهريًا عبر الانفعالات والسلوكيات، فالموقع الجغرافي فاعل مؤثر في نشأة وتطور وحتى استقرار الاضطرابات النفسية للإنسان الذي يقطنه (51)، وهذا ما أشارت إليه دراسة الشخصية الجزائرية نفسها حيث أن 30.3% من أفراد العينة تأثرت بإحدى الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والحرائق. (52)

كما أن دور العوامل التاريخية مهما حيث أثرها بارزا في تفاعل المعطى التاريخي مع نمط الثقافة السائدة، فالشباب الذي عايش الثورة والآن متقدم في السن (34.7% من عينة الدراسة) هل سيتمظهر لديه القلق كمن لم يعايشها؟ ونفس السؤال يطرح على المقارنة بين هذه الفئة (34.7%) والفئة التي عايشت الحقبة السوداء (41.9% من عينة الدراسة).

إن مدى انتشار القلق والاكتئاب وأثار ما بعد الصدمة مؤثر فاعل على توزيع الاضطرابات النفسية والعقلية، وهذا ما عبرت عنه نسبة 22.7% الذين يعانون من القلق والاكتئاب والهستيريا والخجل، لكن هل هي نتاج تأثير العامل الجغرافي والتاريخي فقط، أم أنه نتيجة تفاعل هذين المعطيين مع عوامل التنشئة الاجتماعية الذي يشكل فيه البعد الثقافي حجر الزاوية والذي أي العامل الثقافي لم يرع اهتمام أصحاب الدراسة؟

خاتمة:

تم تحديد اضطرابات القلق المحددة في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي بصيغته "المراجعة" (DSM-IV-TR) عالميا في المجتمعات البشرية، والذي تم فيه إظهار الخصائص الثقافية الكبيرة في انتشار الأعراض، حيث تتضمن

التفسيرات المحتملة للتغيرات الوبائية المرصودة الافتقار إلى معادلة القياس، والاختلافات الحقيقية في الانتشار، ومحدودية صلاحية أو دقة معايير التشخيص. أجريت أبحاث عن أدب الصحة العقلية، خاصة منذ عام 1994، فيما يتعلق بالعوامل الثقافية أو المتعلقة بالعرق / الإثنية التي قد تحد من قابلية التطبيق العالمي للمعايير التشخيصية لاضطرابات القلق مثلاً، حيث تم العثور على عدم التطابق المحتمل بين معايير الدليل (DSM) والظواهر المحلية للاضطراب في سياقات ثقافية محددة اضطرابات قلق.

ويرجع ذلك إلى اختلاف التعريفات المقدمة حول القلق والتي تختلف باختلاف المجموعة المرجعية الاجتماعية في اضطرابات القلق الاجتماعي؛ والأولوية الممنوحة للأعراض النفسية للقلق في اضطراب القلق العام.

تم العثور على أدلة محدودة في جميع أنحاء العالم، ولا سيما من حيث العلامات البيولوجية العصبية، وعوامل الخطر الجيني، والاستجابة للعلاج، وغيرها من أدوات التحقق للدليل DSM-V التي يمكن أن تساعد في توضيح قابلية تطبيق المعايير بين الثقافات، وهذا ما أوضحته أحد الاكتشافات الرئيسية للمسح الوبائي الذي أجري مؤخراً في الصين باستخدام أدوات التشخيص، وهو أن ما يقرب من 60٪ من جميع حالات اضطرابات القلق المحددة DSM-IV تندرج في فئة "غير محدد خلاف ذلك" (53) وبالتالي هناك احتمالاً هو أن معايير دليل (DSM) المضمنة في أداة التشخيص لا تعكس الجوانب الرئيسية للقلق المرضي الصيني، مما يؤدي إلى اضطرابات غير محددة.

إن إعطاء الأولوية لتوصيف الأعراض يُبقي التساؤل حول ما إذا كانت الأنماط المتشابهة تنطوي على مستويات معادلة من علم الأمراض، ناهيك عن العوامل السياقية المرتبطة بأنماط الممارسة التشخيصية المهنية، ومستوى الوعي الشعبي أو قبول أشكال المعرفة من الأمراض النفسية في المجتمعات، ومجموعات الاستجابة المحلية لأدوات المسح، والتي قد تؤثر جميعها على معدلات الاضطراب القابلة للتشخيص. من الممكن أن تختلف المعدلات الوبائية بين الثقافات أكثر على أساس هذه المعالم السياقية كنتيجة للتجربة الفردية التي تأخذ بعين الاعتبار عدة متغيرات لا تختلف من ثقافة لأخرى بل بين شخص وآخر داخل نفس الثقافة.

المراجع:

- 1- Kleinman AM (1977). "Depression, somatization and the New Cross-Cultural Psychiatry." *Soc. Sci. Med.* 11:3-10.
- 2- Shweder RA.(1991). « Suffering in style » : on Arthur Kleinman. In *Thinking Through Cultures: Expeditions in Cultural Psychology*, pp. 313-31. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press. p404.
- 3- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. (1978). "Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research". *Ann. Intern. Med.* 88:251-58.
- 4- Fabrega H. (1975). « The need for an ethnomedical science ». *Science* 189:969-75.
- 5- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, et al. (1986). « Early manifestations and first- contact incidence of schizophrenia in different cultures. " *Psychol. Med.* 16:909-28.

- 6- * Edgerton R, Cohen A. (1994). "Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge". *Br.J. Psychiatry* 164:222–31.
- *Fabrega H. (1990). "Hispanic mental health research: a case for cultural psychiatry". *Hisp. J. Behav. Sci.* 12:339–65.
- *Guarnaccia PJ, Kleinman A, Good BJ. (1990). « A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican mental health ». *Am. J. Psychiatry* 147:449–56.
- 7- * Cervantes RC, Padilla AM, Salgado de Snyder VN. (1991). « The Hispanic Stress Inventory: a culturally relevant approach to psychological assessment ». *Psychol. Assess.* 3:438–447.
- * Manson. SM, Shore JH, Bloom JD. (1985). « The depressive experience in American Indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis. » In *Culture and Depression*, ed. A Kleinman, BJ Good, pp. 331–68. Berkeley, CA: Univ. Calif. Press.
- * Neighbors HW, Jackson JS, Campbell L, Williams D.(1989). "The influence of racial factors on psychiatric diagnosis: a review and suggestions for research". *Commun. Ment. Health* 25:301–10.
- * Rogler LH. (1996). « Framing research on culture in psychiatric diagnosis: the case of the DSM-IV ». *Psychiatry* 59:145–55
- 8- Kleinman A, Good BJ, eds. (1985). « *Culture and Depression* ». Berkeley: Univ. Calif. Press. p535.
- 9 -Kleinman A. (1988). « *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience* ». New York: Free. p237.
- 10-Clark LA.(1987). « Mutual relevance of mainstream and cross-cultural psychology ». *J. Consult. Clin Psychol.* 55:41–70.
- 11- Roberto Lewis-Fernández, M.D., Devon E. Hinton, M.D. Ph.D., Amaro J. Laria, Ph.D., Elissa H. Patterson, Ph.D., Stefan G. Hofmann, Ph.D., Michelle G. Craske, Ph.D., Dan J. Stein, M.D. Ph.D., Anu Asnaani, M.A., and Betty Liao, B.A.(2009). « CULTURE AND THE ANXIETY DISORDERS: RECOMMENDATIONS FOR DSM-V ». Review : DOI 10.1002/da.20647 , Published online 27 December 2009 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
- 12- Satcher, David.(1999). "Mental Health: A Report of the Surgeon General". Washington, DC: Government Printing Office.
- 13- Anders Wikman, Staffan Marklund, Kristina Alexanderson (2005). « Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health », *Epidemiology & Community Health*; 59:450–454. doi: 10.1136/jech.2004.025346

- 14- Idler EL, Benyamini Y. (1997). « Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies”. *J Health Soc Behav*; 38:21–37.
- 15- Medin J, Alexanderson K. (2000). *Begreppen Ha`lsa och Ha`lsofra`mjande—en litteratur studie [The concepts of health and health promotion – a systematic literature review]*. Lund: Studentlitteratur,
- 16- Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. (2000). «Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism ». *J Epidemiology Community Health*; 54:502–9.
- 17- White, J. D., White, T.(1975). “Cultural scripting ». *Transactional Anal. I* 5: 1 2-23.
- 18- Betancourt H, Lo´pez SR. (1993). « The study of culture, race and ethnicity in American psychology”. *Am. Psychol.* 48:629–37.
- 19- * Helms JE. (1997). « The triple quandary of race, culture, and social class in standardized cognitive ability testing”. In *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*, ed. DP Flanagan, JL Genshaft, PL Harrison, pp. 517–32. New York: Guilford. P598.
- *Clark LA. (1987). « Mutual relevance of mainstream and cross-cultural psychology ». *J. Consult. Clin Psychol.* 55:41–70.
- 20- * Lewis-Fernandez R, Kleinman A. (1995). « Cultural psychiatry: theoretical, clinical and research issues”. *Psychiatr. Clin. North Am.*18:433–48.
- * Guarnaccia PJ, Rodriguez O. (1996). « Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services”. *Hisp. J. Behav. Sci.*18:419–43
- 21- Greenfield .PM. (1997). « Culture as process: empirical methods for cultural psychology ». In *Handbook of Cross-Cultural Psychology: Theory and Method*, ed. JW Berry, YH Poortinga, J Pandey, 1:301–46. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. p 406.
- 22- Gallimore R, Goldenberg CN, Weisner TS. (1993). « The social construction and subjective reality of activity settings: implications for community psychology”. *Am. J. Commun. Psychol.* 21:537–59.
- 23- Ware N, Kleinman A. (1992). « Culture and somatic experience: the social course of ill ness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome”. *Psychosom. Med.* 54:546–60.
- 24-Rogler LH. (1989). « The meaning of culturally sensitive research in mental health ». *Am. J. Psychiatry* 146:296–303.
- 25- Draguns JG. (1990). « Culture and psychopathology: toward specifying the nature of the relationship”. In *Nebraska Symposium on Motivation 1989: Cross-Cultural Perspectives*, ed. J Berman, pp. 235–77. Lincoln: Univ. Neb.

- 26- American Psychiatric Association. (1994). « *Diagnostic and Statistical Manual: IV* ». Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. pp886.
- 27- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. (1996). « *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries* ». Oxford: Oxford Univ. Press. p382.
- 28- Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, et al. (1999). « The place of culture in DSM-IV ». *J. Nerv. Ment. Dis.* 187:457-64.
- 29- Alarcon RD. (1995). « Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and ICD-10 ». *Psychiatr. Clin. North Am.* 18:449-65.
- 30- Kirmayer LJ. (1998). « Editorial: the fate of culture in DSM-IV ». *Transcult. Psychiatry* 35:339-42.
- 31- Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, eds.(1996). « *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective* ». Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. P360.
- 32- * Lo'pez S, Nu'n'ez JA.(1987). « The consideration of cultural factors in selected diagnostic criteria and interview schedules ». *J. Abnorm. Psychol.* 96:270-72.
- * Rogler LH.(1996). « Framing research on culture in psychiatric diagnosis: the case of the DSM-IV ». *Psychiatry* 59:145-55.
- 33- Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, et al.(1999) «The place of culture in DSM-IV ». *J. Nerv. Ment. Dis.* 187:457-64.
- * Kirmayer LJ. (1998). « Editorial: the fate of culture in DSM-IV ». *Transcult. Psychiatry* 35:339-42.
- 34- Alarcón .RD, Foulks EF, Westermayer J, (1999). «Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry ». *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187:465-71.
- 35- American Psychiatric Association (2013). « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)* », Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 36- Thornton, Tim (2017) . « *Cross-Cultural Psychiatry and Validity in DSM-5*. In: *The Palgrave Handbook of Socio-cultural Perspectives on Global Mental Health* ». Palgrave Macmillan, pp. 51-69. ISBN 978-1-137-39510-8.
- 37- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. (1996). « *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries* ». Oxford: Oxford Univ. Press. p382.
- 38- Steven Regeser Lo'pez and Peter J. J. Guarnaccia (2000). *Annu. Rev. Psychol.* 51:571-598.
- 39- * Al-Issa I, Oudji S.(1998). « Culture and anxiety disorders. » In *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*, ed. SS, Kazarian, DR Evans, pp. 127-51. Oxford: Oxford Univ. Press. pp. 410.

- *Guarnaccia PJ. (1997). « A cross-cultural perspective on anxiety disorders ». In Cultural Issues in the Treatment of Anxiety, ed. S Friedman, pp. 3–20. New York: Guilford. p261.
- * Kirmayer LJ, Young A, Hayton BC. (1995). « The cultural context of anxiety disorders ». *Psychiatr. Clin. North Am.* 18:503–19.
- * Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM, eds. (1996). « Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues .Research, and Clinical Applications”. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc. p576.
- 40- Neal .AM, Turner SM.(1991). « Anxiety disorders research with African Americans: current status”. *Psychol. Bull.* 109:400–10.
- 41- Kleinman A, Good BJ, eds. (1985). « *Culture and Depression* ». Berkeley: Univ. Calif. Press. p535.
- 42- * De La Cancela V, Guarnaccia P, Carrillo E. «(1986). « Psychosocial distress among Latinos ». *Humanit. Soc.* 10:431–47.
- * Guarnaccia PJ, De La Cancela V, Carrillo E. (1989a). « The multiple meanings of ataques de nervios in the Latino community”. *Med. Anthropol.* 11:47–62
- 43- Guarnaccia PJ, Rubio–Stipek M, Canino G. 1989b. Ataques de nervios in the Puerto Rican Diagnostic Interview Schedule: the impact of cultural categories on psychiatric epidemiology. *Cult. Med. Psychiatry* 13:275–95
- 44- Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio–Stipek M, Bravo M. (1993). “The prevalence of *ataques de nervios* in the Puerto Rico study: the role of culture in psychiatric epidemiology”. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181:157–65.
- 45- Liebowitz MR, Salma’n E, Jusino CM, Garfinkel R, Street L, et al. (1994). « Ataque de nervios and panic disorder ». *Am. J. Psychiatry* 151:871–75.
- 46- Salma’n E, Liebowitz M, Guarnaccia PJ, Jusino CM, Garfinkel R,(1998). Subtypes of ataques de nervios: the influence of coexisting psychiatric diagnosis. *Cult. Med. Psychiatry* 22:231–44.
- 47- Kleinman A, Kleinman J. (1991). « Suffering and its professional transformations: toward an ethnography of experience”. *Cult. Med. Psychiatry* 15:275–301.
- 48- Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio–Stipek M, Bravo M.(1993) . “The prevalence of *ataques de nervios* in the Puerto Rico study: the role of culture in psychiatric epidemiology”. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181:157–65.
- 49- Salma’n E, Liebowitz M, Guarnaccia PJ, Jusino CM, Garfinkel R, (1998). « Subtypes of ataques de nervios: the influence of coexisting psychiatric diagnosis”. *Cult. Med. Psychiatry* 22:231–44.
- 50- مصطفى عشوي وآخرون، (2018). الشخصية الجزائرية، دراسة نفسية ميدانية، ديوان المطبوعات الجامعية، (2018).
- 51- Kirsten Weir, (2017). « Exploring how location affects mental health »,

American psychological association, Vol 48, No. 1, p18.

52-مصطفى عشوي وآخرون، (2018). الشخصية الجزائرية، دراسة نفسية ميدانية، ديوان المطبوعات الجامعية، 2018. ص 197
53- Roberto Lewis-Fernández, M.D., Devon E. Hinton, M.D. Ph.D., Amaro J. Laria, Ph.D., Elissa H. Patterson, Ph.D., Stefan G. Hofmann, Ph.D., Michelle G. Craske, Ph.D., Dan J. Stein, M.D. Ph.D., Anu Asnaani, M.A., and Betty Liao, B.A.(2009). « CULTURE AND THE ANXIETY DISORDERS: RECOMMENDATIONS FOR DSM-V ». Review : DOI 10.1002/da.20647 , Published online 27 December 2009 in Wiley InterScience (www.interscience. Wiley .com).