أوقفـــوا الجنـــون

علم النفس الإيجابي وتفكيك أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية .

سلسلة علم النفس الإيجابي (6)... سيكولوجية التمكين وتحسين نوعية الحياة.

من كلاسيكيات علم النفس الإيجابي

اختيار وترجمة: محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة

أستاذ الصحة النفسية المشارك، كلية التربية، جامعة دمنهور.

abou_halawa2003@yahoo.com

قائمة المحتويات [1]

1 -مقدمة.

2 -كيف أصبح علم النفس الكلينيكي " مرضيًا"؟

(2-1)العوامل التي أدت إلى تركيز المتخصصون في مجال علم النفس الكلينيكي على دراسة الأمراض النفسية والسلوكية.

(2-2) الافتراضات الأساسية لممارسة علم النفس الإكلينيكي.

3-علم النفس الإكلينيكي اليوم: أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

4-التفكيك الاجتماعي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

5-التفكيك العقلي (المعرفي) للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

(5-1) الافتراضات الخاطئة التي أسس عليها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

(5-1-1) **الفئات حقائق عن العالم أو وقائع حقيقية في العالم.**

(5-1-2) نستطيع التمييز بين السواء واللاسواء.

(5-1-3) تيسر أو تسهل الفئات الحكم الإكلينيكي.

(5-1-4) تيسر أو تسهل الفئات التشخيصية العلاج.

(5-2) ما بعد أيديولوجية المرض وما بعد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

(5-2-1) مدخل البعد أو التعامل مع الظاهرة النفسية بدلالة لغة الأبعاد وليس الفئات.

(5-2-2) المداخل الخاصة بالعلاقات بين الأشخاص.

(5-2-3) مدخل صياغة بنية الحالة.

(5-3) الخصائص المشتركة بين بدائل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

(5-3-1) رفض تأكيد أيديولوجية المرض على صيغ الخلل النفسي الوظيفي.

(5-3-2) رفض الافتراض القائل بأن المرض النفسي أو الخلل النفسي الوظيفي يكمن داخل أو يستوطن البنية الداخلية

---

[1] لم يتضمن الفصل هذا الفهرست التفصيلي وقد أثر المترجم فهرسته بشكل تفصيلي مع تصرف في العنصرة دون أي إخلال بالنص الأصلي تمكينًا للقارئ من رسم خريطة معرفية تفصيلية لما تضمنه هذا الفصل.

للناس.

(5-3-3) رفض نظم التصنيف والفئات التشخيصية الجامدة التي يأخذ بها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

(5-3-4) تتواءم أو تتطابق مع الأهداف والمبادئ الأساسية لعلم النفس الإيجابي.

6- خاتمة واستنتاجات.

7.- المراجع.

1. مقدمة:

مازالت الجذور الإغريقية لمصطلح علم النفس الكلينيكي **Clinical Psychology** تمارس تأثيرها على التفكير في هذا المجال بعد مدة طويلة من نسيان مثل هذه الجذور. وإذا نظرنا إلى كلمة " عيادة **Clinic** " نجدها مشتقة من كلمة إغريقية قديمة هي **Klinike** ومعناها " الممارسة الطبية بجوار سرير المريض " وإذا نظرنا إلى كلمة علم نفس **Psychology** نجدها مشتقة من الإغريقية القديمة **Psyche** ومعناها "نفس" أو " عقل" **(Webster's Seventh New Collegiate Dictionary, 1976)**.

والسؤال إلى أي مدى تغيرت الأوضاع منذ زمن هيبوقراطيس؟. وعلى الرغم من أن القليل فقط من علماء النفس الإكلينيكيين يمارسون عملهم حرفيًا بجوار آسرة المرضى، إلا أن الكثير من الممارسين العاملين في المجال " الكلينيكيون" ومعظم عامة الناس مازالوا يعتبرون علم النفس الكلينيكي نوعًا من "الممارسة أو العمل الطبي" مع مرضى النفوس أو ذوي النفوس المريضة [المرضى النفسيين] أو مرضى العقول أو ذوي العقول المريضة [المرضى العقليين]. لقد حان الوقت ليغير علم النفس الكلينيكي وجهته ونظرته إلى نفسه لتتغير بالتبعية الطريقة التي يراها به العامة. وعلم النفس الإيجابي، كما يصور في المرجع الحالي، يجسد فرصة لإحداث مثل هذا التغيير.

مازالت الجذور الإغريقية لمصطلح علم النفس الكلينيكي Clinical Psychology تمارس تأثيرها على التفكير في هذا المجال بعد مدة طويلة من نسيان مثل هذه الجذور

القليل فقط من علماء النفس الإكلينيكيين يمارسون عملهم حرفيًا بجوار آسرة المرضى

الكثير من الممارسين العاملين في المجال " الكلينيكيون" ومعظم عامة الناس مازالوا يعتبرون علم النفس الكلينيكي نوعًا من "الممارسة أو العمل الطبي" مع مرضى النفوس أو ذوي النفوس المريضة

2. كيف أصبح علم النفس الكلينيكي " مرضيًا [2]"؟:

يفيد التاريخ القصير لعلم النفس الكلينيكي، على أية حال، أن أي من مثل هذا التغيير المشار إليه لن يكون سهلاً ولن يأتي بسهولة. فمع تأسيس أول عيادة نفسية سنة 1896 في جامعة بنسلفانيا، بدأ لايتنير ويتمر **Lightner Witmer** مجال علم النفس الكلينيكي **(Reisman,1991)**.

وعمل ويتمر وغيره من المتخصصين في مجال علم النفس الإكلينيكي المبكرين أساسًا مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التعلم أو مشكلات مدرسية وليس مع المرضى ذوي الاضطرابات النفسية **(Reisman,1991;Ruoth,2000)**. وعليه، كانوا متأثرون أكثر بنظرية القياس النفسي وتأكيدها على القياس والتقييم أكثر من نظرية التحليل النفسي وتأكيدها على صيغ الأمراض النفسية والعقلية **psychopathology**.

ونتيجة زيارة فرويد سنة 1909 إلى جامعة كلارك، أصبح التحليل النفسي ومشتقاته مسيطرًا ليس فقط على مجال الطب النفسي بل على مجال علم النفس الإكلينيكي أيضًا **(Barone, Maddux,**

[2] " Pathology صفة تفيد " مرضي " والاسم منها Pathological كلمة باثولوجيكال قبل هذا الاسم بمعنى Psyhoباثولوجي " وهو علم دراسة وتحليل الأمراض. فإذا أضيف مقطع لأعطى معنى مباشر هو علم دراسة وتحليل الأمراض النفسية Psychopathologyأن يصبح والعقلية.

.&Snyder, 1997; Korchin, 1976)

[المرضى النفسيين] أو مرضى العقول أو ذوي العقول المريضة [المرضى العقليين]

(2-1) العوامل التي أدت إلى تركيز المتخصصون في مجال علم النفس الكلينيكي على دراسة الأمراض النفسية والسلوكية:

شجعت عوامل أخرى كثير من المتخصصين في مجال علم النفس الكلينيكي على تركيز انتباههم وتكريس جهودهم في دراسة وتحليل مختلف صيغ الأمراض أو الاضطرابات النفسية والعقلية بل وشجعتهم كذلك على النظر إلى الناس من عدسة نموذج المرض. من هذه العوامل:

حان الوقت ليغير علم النفس الكلينيكي وجهته ونظرته إلى نفسه لتتغير بالتبعية الطريقة التي يراها به العامة

(2-1-1) على الرغم من أن التدريب الأكاديمي لطلاب التخصص في علم النفس الإكلينيكي يتم في الجامعات، إلا أن تدريباتهم العملية تجرى أساسًا في المستشفيات والعيادات النفسية **(Morrow, 1946, cited, in Routh, 2000)**. وفي هذه المواقف الأخيرة، يعمل الأخصائيون الإكلينيكيين في ميدان التشخيص النفسي أساسًا في مجال التشخيص النفسي تحت إشراف وتوجيه الأطباء النفسيين المدربون طبيًا أو المدربون في مجال التحليل النفسي.

نتيجة زيارة فرويد سنة 1909 إلى جامعة كلارك، أصبح التحليل النفسي ومشتقاته مسيطرًا ليس فقط على مجال الطب النفسي بل على مجال علم النفس الإكلينيكي أيضًا

(2-1-2) بعد الحرب العالمية الثانية 1946 أسست إدارة أو هيئة المحاربين ثم ضمت سريعًا إلى الجمعية الأمريكية لعلم النفس لتمارس دورها في إنشاء وتأسيس مراكز تدريب ومعايير ممارسة الأخصائيين الإكلينيكيين. وبسبب أن هذه المراكز المبكرة كانت ملحقة بالمستشفيات، استمر تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين يتم أساسًا في أقسام الأمراض النفسية بهذه المستشفيات.

(2-1-3) أسس المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1946 ووجد الآلاف من علماء النفس بأنه من الممكن الاسترزاق من خلال ممارسة علاج الأمراض النفسية واعتبار هذه الممارسة مهنة يعيشون منها **(Seligman&Csikszentmihalyi,2000, p. 6)**.

وبناء عليه، مع نهاية حقبة الخمسينات من القرن العشرين، وصل الأمر بالمتخصصين في مجال علم النفس الإكلينيكي إلى " رؤية أنفسهم كمجرد جزء من مجال فرعي من المهن الصحية" **(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000: 6)**.

(2-2) <u>الافتراضات الأساسية لممارسة علم النفس الإكلينيكي:</u>

مع نهاية حقبة الخمسينات من القرن العشرين، ميز أو بالأحرى سيطر على الممارسة الكلينيكية في مجال علم النفس الإكلينيكي أربعة افتراضات أساسية فيما يخص مجاله وفيما يتعلق بطبيعة التوافق النفسي وسوء التوافق النفسي**(Barone ,Maddux &Snyder, 1997)**.

يعمل الأخصائيون الإكلينيكيين في ميدان التشخيص النفسي أساسًا في مجال التشخيص النفسي تحت إشراف وتوجيه الأطباء النفسيين المدربون طبيًا أو المدربون في مجال التحليل النفسي.

(2-2-1) <u>الافتراض الأول:</u>

يهتم علم النفس الإكلينيكي بصيغ الخلل أو الاضطرابات النفسية والعقلية، الانحراف، اللاسواء، وحالات سوء التوافق السلوكي والانفعالي.

(2-2-2) الافتراض الثاني:

الأمراض النفسية، المشكلات الإكلينيكية، والمجموعات الكلينيكية تختلف في النوع، وليس في الدرجة، عن المشكلات الحياتية العادية، المشكلات غير الإكلينيكية، والمجموعات غير الإكلينيكية أو المرضية.

(2-2-3) <u>الافتراض الثالث:</u>

تتناظر أو تتشابه الاضطرابات النفسية مع الأمراض البيولوجية أو الطبية وتقيم أو تسكن هذه الاضطرابات داخل الفرد المصاب بها.

أسس المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1946 ووجد

(2-2-4) <u>الافتراض الرابع:</u>

مهمة الإكلينيكي تعرف (تشخيص) الاضطراب (المرض) داخل الشخص (المريض) ووصف التدخل (العلاج) الذي سيزيل (يُشفي) الاضطراب الداخلي (المرض).

الآلاف من علماء النفس بأنه من الممكن الاسترزاق من خلال ممارسة علاج الأمراض النفسية واعتبار هذه الممارسة مهنة يعيشون منها

3. علم النفس الإكلينيكي اليوم: أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية:

بمجرد أن أصبح علم النفس الإكلينيكي "مرضيًا" أي علم يهتم فقد بدراسة وتحليل الأمراض النفسية والعقلية، لم تعد الحاجة قائمة له بعد لأن ينظر إلى الخلف أي لم يعد لتتأكد وجهته المرضية بحاجة إلى تبين جذوره الإغريقية التي أشير إليها.

ويفيد ألبي **Albee** (2000) أن "التقبل غير المتفق مع قواعد النقد النزيه للنموذج الطبي، للتفسير العضوي للاضطرابات النفسية، مع هيمنة أو سيطرة المفاهيم واللغة الطبية المرضية كان بمثابة الخرق القاتل لمعايير التدريب في مجال علم النفس الإكلينيكي التي أرسيت وثبتت في مؤتمر التأسيس الرسمي لهذا العلم سنة 1950" **(Albee, 2000: 247)**.

يهتم علم النفس الإكلينيكي بصيغ الخلل أو الاضطرابات النفسية والعقلية، الانحرافية، اللاسواء، وحالات سوء التوافق السلوكي والانفعالي

ويضيف ألبي أيضًا " بكل تأكيد أضر بل شوه هذا الخرق القاتل تطور علم النفس الإكلينيكي منذ هذا التاريخ وإلى الآن" **(Albee,2000,P.247)**. وفي الحقيقة تغيرت الأشياء قليلاً منذ سنة 1950. إلا أن هذه الافتراضات الأساسية المتعلقة بعلم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية استمرت تعمل كموجهات ضمنية لأنشطة المتخصصين العاملين في مجال الممارسة الكلينيكية.

بالإضافة إلى أن لغة علم النفس الإكلينيكي بقيت هي ذاتها اللغة الطبية المرضية . ما يمكن تسميته لغة أيديولوجية المرض ..

وتتسق مصطلحات كثيرة مثل: عرض، اضطراب، خلل، شذوذ، مرض، تشخيص، علاج، طبيب، مريض، عيادة، عيادي، إكلينيكي مع الافتراضات الأربعة التي سبق الإشارة عليها إذ تؤكد هذه المصطلحات: على الشذوذ أو اللاسواء النفسي بدلاً من السواء النفسي؛ على سوء التوافق بدلاً من التوافق؛ وعلى المرض أو الاعتلال بدلاً من الصحة والعافية.

تتناظر أو تتشابه الاضطرابات النفسية مع الأمراض البيولوجية أو الطبية وتقيم أو تسكن هذه الاضطرابات داخل الفرد المصاب بها.

وتضع كذلك تصنيفات أو حدودًا فاصلة: بين السلوكيات السوية والسلوكيات غير السوية؛ بين المشكلات الكلينيكية والمشكلات غير الكلينيكية؛ وبين المجموعات الإكلينيكية (المريضة نفسيًا أو عقليًا) والمجموعات غير الإكلينيكية.

والأكثر من ذلك أن هذه الافتراضات والمصطلحات أو ما أشرنا إليه بأيديولوجية المرض تضع مركز التوافق النفسي وسوء التوافق النفسي لدى البشر داخل الشخص (المريض) بدلاً من تفاعلات هذا (المريض) الشخص مع البيئة أو في القيم الاجتماعية الثقافية والقوى الاجتماعية الثقافية مثل التحيز والاضطهاد والقمع.

تضع كذلك تصنيفات أو حدودًا فاصلة: بين السلوكيات السوية والسلوكيات غير السوية؛ بين المشكلات الكلينيكية والمشكلات غير الكلينيكية؛ وبين المجموعات الإكلينيكية (المريضة نفسيًا أو عقليًا) والمجموعات غير الإكلينيكية

بمعنى آخر اعتبار الاضطراب أو المرض النفسي دالة لعوامل داخل الشخص المريض ذاته كتكوينه الجيني أو تركيبته النفسية الشخصية.

وبناء على ذلك تصور أو تجسد هذه المصطلحات المرضية الناس الساعون إلى المساعدة كأنهم ضحايا سلبيين لا حول لهم ولا قوة لقوى نفسية داخلية وقوى بيولوجية داخلية أعلى بكثير من إمكانية ضبطها أو السيطرة وتتجاوز سيطرتهم المباشرة عليها. وعليهم إذن طالما ينشدون المساعدة أن يكونوا متلقين سلبيين لرعاية ووصفات الخبراء.

وتجدر الإشارة إلى أن أيديولوجية المرض هذه ولغتها الطبية والمرضية لا تتواءم ولا تتسق على الإطلاق مع علم النفس الإيجابي ورؤيته لعلم النفس والتي تتمثل في أن "علم النفس ليس فرعًا من علوم الطب يهتم بالمرض أو الصحة؛ إنه تخصص إنه علم أبعد وأوسع مدى من ذلك بكثير. إنه علم يهتم بالعمل، التعليم، البصيرة، الحب، الارتقاء، واللعب" **(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000: 7)**.

وما يبشر بالخير في الواقع، أن علم النفس الإكلينيكي الموجه بفرضيات المرض والنموذج الطبي بدأ يفقد فائدته. فمنذ عقود مضت شهد مجال الطب تحولاً نوعيًا في الحقيقة في مناط تأكيداته إذ تحول من التأكيد على علاج الأمراض إلى التأكيد على الوقاية من الأمراض بل مؤخرًا تحول من التأكيد على الوقاية من الأمراض إلى التأكيد على كل ما من شأنه تحسين وتعزيز الصحة **(Snyder, Feldman, Taylor, Schroeder &Adams, in press).**

واعترف وأقر علماء النفس المتخصصين في مجال علم نفس الصحة هذا التحول منذ أكثر من عقدين من الزمان **(Stone, Cohen, & Adler,1979)**. بل أصبح لهم تأثيرًا قويًا في تيسير تقبل هذا التحول وتدعيمه منذ هذا الوقت. ويحتاج علم النفس الإكلينيكي إلى إقرار ومسايرة هذا التحول وإلا سيجد المتخصصون فيه أنفسهم أمام صراع حتمي للدفاع عن هوية وهدف ذلك العلم، مثلما هي الوضعية التي يوجد فيها الطب النفسي منذ عقدين أو ثلاثة من الزمان **(Wilson,1993)**.

ولا يتطلب الطريق إلى التحديث في مجال علم النفس الكلينيكي التحرك للاقتراب من الطب النفسي المتمركز حول المرض، الشذوذ، والخلل، بل التحرك للاقتراب من المجرى أو المسار والتيار الرئيسي لعلم النفس بتأكيداته الصريحة والمباشرة على تفهم السلوك الإنساني بمعناه الواسع، وللارتباط بحركة علم النفس الإيجابي لبناء ما يصح تسميته بعلم النفس الكلينيكي الإيجابي أو الأكثر إيجابية.

ويفيد باندورا **Banadura** (1998) أن العلماء المتخصصين في مجال علم النفس الكلينيكي " كرسوا كل جهدهم وطاقاتهم البحثية في وضع وتطوير نظريات بالغة التعقيد لوصف وتفسير الفشل بدلاً من وضع وتطوير نظريات لوصف وتفسير النجاح" **(Bandura,1998: 3)**. وهم في أمس الحاجة الآن إلى الاعتراف بأن " أفضل ما يمكن فعله في حجرة الإرشاد النفسي تعظيم **مكامن القوة** لدى عملائهم بدلاً من إصلاح **بواطن الضعف** لديهم"**(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)**.

ومن المستحيل في الحقيقة تأسيس علم نفس كلينيكي إيجابي أو أكثر إيجابية بدون هجران أو التنكر والتخلي عن لغة أيديولوجية المرض وتبني لغة علم النفس الإيجابي التي تقدم طريقة جديدة صحية وسوية للتفكير في السلوك الإنساني.

وتمثل أنماط السلوكيات، المعارف، والانفعالات غير الفعالة في هذه اللغة الجديدة مشكلات في العيش أو في الحياة، وليست اضطرابات أو أمراض. ومشكلات الحياة أو العيش لا تتموضع داخل الأفراد بل تتموضع في التفاعلات بين الفرد والآخرين، بما فيها الثقافة بمعناها الواسع.

ومن يسعون لتلمس المساندة أو المساعدة لتحسن جودة حياتهم هم عملاء أو تلاميذ هم أشخاص وليسوا مرضى. والخبراء المهنيون المتخصصون في تيسير الصحة النفسية هم معلمون، مرشدون، استشاريون، مدربون، أو حتى ناشطون اجتماعيون، وليسوا كلينيكيون أو أطباء. واستراتيجيات وفنيات تحسين وتعزيز جودة الحياة ترتبط بصيغ التدخل التعليمي، الاتصالي، الاجتماعي، والسياسي، وليست علاجات طبية.

وأخيرًا، المؤسسات التي يهرع إليها من يعانون من مشكلات حياتية هي مراكز، مدارس، ملاذ، وليست عيادات أو مستشفيات. وربما تقدم مثل هذه الخدمات والمساعدات في مراكز المجتمع، المدارس العامة والخاصة، دور العبادة، ومنازل الناس بدلاً من المؤسسات المتخصصة.

وقد تواجه محاولات تغيير لغتنا وأيديولوجيتنا معارضة أو مقاومة كبيرة. وربما يكون العائق الرئيسي أمام التخلي عن لغة أيديولوجية المرض وتبني لغة علم النفس الإيجابي هو أن لغة أيديولوجية المرض اللغة الرسمية التي اعتمدت في أقوى كتب الطب النفسي وعلم النفسي الكلينيكي على الإطلاق ونعني به الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية **the Diagnostic and Statistical Manual**

تجدر الإشارة إلى أن أيديولوجية المرض هذه ولغتها الطبية والمرضية لا تتواءم ولا تتسق على الإطلاق مع علم النفس الإيجابي ورؤيته لعلم النفس والتي تتمثل في أن "علم النفس ليس فرعًا من علوم الطب يهتم بالمرض أو الصحة

إنه تخصص إنه علم أبعد وأوسع مدى من ذلك بكثير. إنه علم يهتم بالعمل، التعليم، البصيرة، الحب، الارتقاء، واللعب

لا يتطلب الطريق إلى التحديث في مجال علم النفس الكلينيكي التحرك للاقتراب من الطب النفسي المتمركز حول المرض، الشذوذ، والخلل، بل التحرك للاقتراب من المجرى أو المسار والتيار الرئيسي لعلم النفس

أن العلماء المتخصصين في مجال علم النفس الكلينيكي " كرسوا كل جهدهم وطاقاتهم البحثية في وضع وتطوير نظريات بالغة التعقيد لوصف وتفسير الفشل بدلاً من وضع وتطوير نظريات لوصف وتفسير النجاح

أفضل ما يمكن فعله في حجرة الإرشاد النفسي تعظيم مكامن القوة لدى عملائهم بدلاً من إصلاح بواطن الضعف لديهم

من المستحيل في الحقيقة تأسيس علم نفس كلينيكي إيجابي أو أكثر إيجابية بدون هجران أو التنكر والتخلي عن لغة أيديولوجية المرض وتبني لغة علم النفس الإيجابي

of Mental Disorders, the DSM والذي يسمى اختصارًا **the DSM**[3] والذي صدرت نسخته الأولى في بدايات حقبة الخمسينات من القرن العشرين من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي **(APA, 1952)** والذي يوجد الآن نسخته الرابعة والخامسة (بناءً على ما إذا كنا نأخذ في اعتبارنا التعديلات التي أدخلت على كل من الإصدار الثالث والإصدار الرابع من هذا الدليل) **(APA,2000)** .

ويزود الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية البناء التنظيمي لكل الكتب والمقررات الدراسية في علم نفس الشواذ وعلم نفس دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية التي تقدم لطلاب مرحلة ما قبل وما بعد الدرجة الجامعية الأولى، بل وأيضًا لكل الكتب المهنية المتخصصة في مجال قياس وعلاج المشكلات النفسية.

لذلك يبجل ويوقر الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في الكثير من البرامج الكلينيكية (بما فيها البرنامج الخاص بي) بل ويجبر الطلاب على حفظ وتذكر أجزاء منه سطرًا بسطر، كما لو كان معادلة رياضية أو نصًا مقدسًا.

وتمثل تصورات علم النفس الإيجابي لمجال وهدف علم النفس الأطروحة المضادة لتصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية وللطابع المرضي الشاذ الذي يسقطه هذا التصنيف على الخبرة الإنسانية.

وعلى الرغم من تنصل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في مقدمته بشكل صريح من معظم الافتراضات المتعلقة بأيديولوجية المرض التي سبق توضيحها **(APA,1994)**، إلا أن كل كلمة وردت في هذا الدليل بعد هذه المقدمة عمليًا غير متسقة على الإطلاق مع هذا التنصل. على سبيل المثال، يعرف الاضطراب النفسي **Mental Disorder** في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الهيئة الأمريكية للطب النفسي سنة 1994 بأنه " متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة كلينيكية مرضية أو نمط سلوك مرضي يحدث داخل الفرد" **(DSM-Iv,1994: XXI)**. أكثر من ذلك اعتبرت الكثير من المشكلات الحياتية العامة والشائعة اضطرابات نفسية.

لذلك يكمن في عمق أيديولوجية المرض أن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يصف ويعتبر الحالات الإنسانية الإيجابية مثل الانتماء، الحدس والتوقع، الإيثار، الفكاهة والمرح والدعابة مجرد " حيل أو ميكانيزمات دفاع نفسي" **(DSM-IV,1994,P.752)**.

ونتيجة تسبيح علم النفس الإكلينيكي لمدة طويلة بحمد أيقونة أيديولوجية المرض، فإن التغيير نحو أيديولوجية جديدة تؤكد على مكامن القوة وجوانب السواء سوف يكون متعذرًا بل مستحيل. والمطلوب بِناءً على ذلك تحطيم هذه الأيقونة أو هذا التمثال أو الصنم، ونقصد به على وجه الخصوص التمثال أو الصنم المجسد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية.

ولا يقصد بطبيعة الحال أن هذا التحطيم أو الهدم سيكون تحطيمًا أو هدمًا بالمعني البنائي الحرفي بل هو بمثابة تحطيمًا رمزيًا يطال الافتراضات الكامنة وراء لغة أيديولوجية المرض المشار إليها. والهدف بطبيعة الحال ليس تدمير أو إبادة الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية بل تفكيكه وإعادة

[3] من الأدلة التشخيصية والإحصائية المعتمدة أيضًا في مجال قياس، تشخيص، وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية النشرة الدولية لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية التي تصدرها منظمة الصحة العالمية ولهذه النشرة إصدارات متعددة منها النشرة العاشرة لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية. وتعتمد هذه النشرة أيضًا ما يسمى في المقال الحالي بلغة أيديولوجية المرض. وتجدر الإشارة إلى أن الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية والنشرة الدولية لتصنيف الاضطرابات النفسية تقدم وصفًا تصنيفيًا عامًا للاضطرابات النفسية والعقلية في ضوء محاور معينة بالتركيز على وصف الملامح المرضية أي الأعراض والمتلازمات المرضية لكل الاضطرابات انطلاقًا من محكات تشخيص هذه الاضطرابات دون تركيز يذكر على الأسباب أو تصور ما للعلاج.

تركيبه انطلاقًا من استكشاف وتعرف وفحص القوى الاجتماعية التي تمثل قاعدة قوة هذا الدليل والافتراضات العقلية الكامنة التي تزوده بشرعية علمية زائفة. وسيمثل هذا التفكيك الرحلة الأولى في رحلة إعادة بناء أو تكوين رؤيتنا للسلوك البشري ومشكلات الحياة.

تمثل أنماط السلوكيات، المعارف، والانفعالات غير الفعالة في هذه اللغة الجديدة مشكلات في العيش أو في الحياة، وليست اضطرابات أو أمراض

4. التفكيك الاجتماعي للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية:

مثلما هو حال كل الأيقونات (التماثيل)، بنت أو أسست قوى اجتماعية ثقافية، سياسية، مهنية، واقتصادية أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية واستمرت في تعزيزهما ومساندتهما.

وعليه، لنبدأ عملية تفكيك هذه الأيقونة، يجب أن ندرك أن مفاهيمنا للسواء النفسي وللشذوذ النفسي، وتصنيفاتنا وتسمياتنا للاضطرابات النفسية والسلوكية ليست حقائق عن الناس بل هي تكوينات اجتماعية . مفاهيم مجردة صيغت بصورة تعاونية من قبل أعضاء المجتمع (الأفراد والمؤسسات) عبر الزمن وتجسد رؤية مشتركة للعالم .. وكما يقول ويدايجير وترول (1991) فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية " ليس وثيقة علمية ... بل وثيقة اجتماعية"**(Widiger&Trull,1991,p. 111).**

مشكلات الحياة أو العيش لا تتموضع داخل الأفراد بل تتموضع في التفاعلات بين الفرد والآخرين، بما فيها الثقافة بمعناها الواسع

وأيديولوجية المرض ومفهوم الاضطراب النفسي الذي أرشد نشأة وتطور الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية صيغ أو بُنِيَ من خلال التعاون الضمني والمباشر بين المنظرين، الباحثين، المهنيين، عملائهم أي المرضى، والثقافة التي تطوقهم جميعًا.

لهذا السبب، فإن "الاضطراب النفسي" وعديد من الفئات التشخيصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لم " تُكتَشف " بنفس الطريقة التي يكتشف بها عالم الآثار الأثر المدفون تحت الأرض أو بنفس الطريقة التي يكتشف بها الباحثون الطبيين الفيروسات. وبدلاً من ذلك فإن هذه الفئات والمسميات **Labels**[4] التشخيصية الكلينيكية تُخْتَرَعُ. وعن طرق وصف الاضطرابات النفسية بأنها اختراعات، فأنا لا أعنى بأي حال من الأحوال أنها أوهام أو خرافات **(Szasz, 1974)** أو أن الكدر والضيق والمعاناة التي يبتلى بها من نسميهم المضطربين نفسيًا ليست حقيقية. وبدلاً من ذلك، أقصد أن هذه الاضطرابات لا " توجد " ولا " تمتلك خصائص "بنفس الطريقة التي توجد بها الآثار أو الفيروسات.

أخيرًا، المؤسسات التي يهرع إليها من يعانون من مشكلات حياتية هي مراكز، مدارس، ملاذ، وليست عيادات أو مستشفيات

لهذه الأسباب، فإن تصنيف الاضطرابات النفسية على نحو ما هو وارد مثلاً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية " لا يصف ولا يصنف ببساطة خصائص مجموعات من الأفراد، لكن... يشكل أو يبني بصورة نشطة نسخة لكل من السوي وغير السوي... التي تطبق بعد ذلك على الأفراد الذين ينتهي بهم المطاف في هذا المسار إلى التصنيف هكذا تحت مظلة سوي أو غير سوي" **(Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin, Stowell. & Smith, 1995 :93).**

---

[4] حرفيًا رقعة تثبت علي شي؛ يلصق رقعة (يافطة) Labeling يعني بالوسم أو التسمية علي شيء ما لتدل علي محتوياته أو مالكه أو الجهة المرسل إليها . مادة مكتوبة أو مطبوعة ترفق بشيء للتعريف أو التوضيح ؛ نعت، لقب . (منير البعلبكي ، 1987، قاموس المورد، ص 508 ، دار العلم للملايين، بيروت). تثير عملية الوسم أو التسمية أي عملية إطلاق الأوصاف والتسميات التشخيصية علي ذوي الناس بصفة عامة والمعوقين منهم بصفة خاصة وإدراجهم بناء علي متلازمات الأعراض تحت فئة أو أخري من فئات الإعاقة نوعين سلبيين من الاستجابات أو ردود الأفعال : الأول استجابات الشفقة والأسى. والثاني: استجابات التجنب والابتعاد. وكلا الاستجابتين مدمرتين للبناء النفسي لمن تطلق عليهم هذه الأوصاف والتسميات. صحيح الحاجة ماسة إلي تسمية الأشياء بمسمياتها لأغراض عملية ولكن الحاجة إلي أوصاف Labelingبحتة كما يدعي أنصار استراتيجية الوسم والتسمية وتسميات إيجابية أكثر إلحاحًا عند التعامل مع منطقة المشاعر الإنسانية الرقيقة للبشر حيث أن الوصف أو التسمية يساوي الهوية الشخصية.

ومفهوم أيديولوجية المرض " للاضطراب النفسي" ولفئات الاضطرابات النفسية المختلفة في الدليل التشخيصي والإحصائي لا يجسد تصويرًا وتخطيطًا فعليًا للحقائق النفسية عن الناس. وبدلاً من ذلك، يجسد منتج اجتماعي يخدم نفس الأهداف الاجتماعية الثقافية مثل مفاهيمنا عن العرق، الجنس أو النوع، الطبقة الاجتماعية، والتوجه الجنسي . التي تحافظ على وتوسع من مدى قوة أفراد ومؤسسات معينة والإبقاء على النظام الاجتماعي وإعادة إنتاجه بنفس مواصفاته، كما يريد من هم في موضع القوة . **(Beall, 1993; Parker, etal., 1995 ; Rosenblum & Travis, 1996).**

ومثل المفاهيم الاجتماعية الأخرى، ترتبط مفاهيمنا الخاصة بالسواء النفسي وباللاسواء النفسي بالقيم الاجتماعية السائدة . خاصة قيم الأفراد، الجماعات، ومؤسسات المجتمع الأكثر قوة . وبالقواعد المنظمة للسلوك والمشتقة من هذه القيم **(Becker, 1963 ;Parker, etal., 1995; Rosenblum & Travis, 1996).**

وكما يعلن ماك نامي وجيرجين (1992) فإن "مهنة الصحة النفسية ليست محايدة سياسيًا، أخلاقيًا، أو قيميًا. بل إن ممارسات هذه المهنة والعاملين فيها تعمل أساسًا على الإبقاء على قيم، ترتيبات سياسية، ونسق توزيع هرمي لميزات معينة" **(McNamee & Gergen, 1992: 2).**

وعليه، فإن الجدل الدائر حول تعريف الاضطرابات النفسية، والصراع الناشب حول من أجدر بتعريف الاضطرابات النفسية، والاستمرار في عملية تعديل إصدارات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لا تمثل سعيًا للبحث عن الحقيقة، بل يتمثل جدلاً حول مجموعة من التجريدات، صراعًا على القوة الشخصية، السياسية، والاقتصادية التي تنبع من سلطة تعريف هذه التجريدات وبالتالي تحديد من يعتبره المجتمع سويًا ومن يعتبره غير سويًا.

وقد عبر الطبيب الفيلسوف لاري ريزنيك (1987) عن رأي رئيسي في هذا الصدد مفاده " أنه حتى تعريفنا للمرض البدني يمثل مفهومًا معياريًا أو تقويميًا بسبب أن إسقاط وصف مرض على حالة ما يتضمن الحكم على الشخص المصاب بهذه الحالة بعدم قدرته على صنع حياة طيبة أو لها وزن وتقدير"**(Resnek, 1987: 211)**. فإذا كان هذا الوضع صحيحًا بالنسبة للمرض البدني، فإن صحيح أيضًا فيما يخص الأمراض النفسية.

وبسبب أنها مفاهيم أو تكوينات اجتماعية تخدم أهدافًا وقيمًا، فإن أفكارنا عن السواء واللاسواء النفسي والصحة والمرض ترتبط بقوة بافتراضاتنا عن كيف يجب أن يعيش الناس حياتهم وعن ما يجعل للحياة قيمة أو جدارة تجعلها جديرة بالعيش فيها.

ويمكن إيضاح هذه الحقيقة بجلاء بمثال بارز في هذا المجال وهو قرار اعتبار ما يعرف بالجنسية المثلية اضطرابًا وبالتالي إدراجه ضمن فئات الاضطرابات النفسية في الإصدار الأول للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية سنة 1952 ثم صدور قرار الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1973 بسحب أو إبطال الطابع المرضي لهذا الاضطراب وبالتالي عدم اعتباره حالة مرضية **(Kutchins & Kirk, 1997; Shorter, 1997).**

ويعلن الطبيب النفسي ميتشيل ويلسون (1993) تأكيدًا لهذا المعني " يبدو أن الخلاف أو الجدال حول الجنسية المثلية يظهر أن التشخيصات الطب نفسية المرضية مطوقة أو مربوطة بالمفاهيم الاجتماعية للانحراف"**(Wilson, 1993: 404).**

وكانت هذه المسألة في القائمة الأمامية للجدل والخلاف الدائر حول الكثير من حالات الاضطرابات النفسية الأخرى مثل: اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الانحرافات الجنسية، واضطراب الشخصية المازوخية التي تتلذذ بإيذاء الذات **(Kirk&Kutchins,1997)**. إضافة إلى حالات الاعتماد على

أن لغة أيديولوجية المرض اللغة الرسمية التي اعتمدت في أقوى كتب الطب النفسي وعلم النفسي الكلينيكي على الإطلاق ونعني به الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية

يزود الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية البناء التنظيمي لكل الكتب والمقررات الدراسية في علم نفس الشواذ وعلم نفس دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية التي تقدم لطلاب مرحلة ما قبل وما بعد الدرجة الجامعية الأولى

تمثل تصورات علم النفس الإيجابي لمجال وهدف علم النفس الأطروحة المضادة لتصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية وللطابع المرضي الشاذ الذي يسقطه هذا التصنيف على الخبرة الإنسانية

الكافيين، صيغ الأفعال الجنسية القهرية، انخفاض مستوى ذروة الاهتياج الجنسي (هزة الجماع بالنسبة للأنثى و دفعات القذف بالنسبة للذكر)، التنافس بين الأشقاء، الشخصية الهازمة أو القاهرة للذات، الفتور والتبلد، الإنهاك المرضي، خلل النوم المرتبط بألم الانتصاب، وكل هذه حالات اضطرابات اقترح تضمينها في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية **(Widiger&Trull,1991)**.

أكثر من ذلك يفيد بعض الباحثون أن حالات "الفصام أو الإسيكزوفرينيا" **(Gilman,1988)**، " الإدمان **Addiction** " **(Peele,1995)**، "واضطراب الشخصية **Personality disorders**" **(Alarcon,Foulks,&Vakkur,1998)** تجسد فئات اجتماعية وليس وحدات مرضية.

وبالتالي، عندما يعلن ويديجير وسانكيس (2000) أن "الاعتبارات الاجتماعية والسياسية ربما تحول دون تعرف التقدير الدقيق لمعدل الاضطرابات النفسية والسلوكية" **(Widiger &Sankis, 2000)** فإنهم يفتقدون إلى الدليل الذي يؤيد مثل هذا الإعلان. والمعدل الحقيقي للأمراض النفسية لا يوجد منفصلاً عن الاهتمامات الاجتماعية والسياسية المتضمنة في بناء وتحديد تعريف المرض النفسي بصورة عامة وتحديد وتعريف فئات الأمراض النفسية المختلفة بصفة خاصة.

وقد اقترب كل من لوبيز وجيوراناكسيا (2000) من الحقيقة عندما أعلنا أن " الاضطرابات النفسية والعقلية تعكس حالة مرضية للعالم الاجتماعي بنفس قدر الحالة المرضية للنفس أو للبدن" **(Lopez&Guarnaccia,2000,578)**. ومع كل نسخة جديدة منقحة، يجد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية المزيد مما يمكن قوله عن كيف يجب أن يعيش الناس الحياة وعن ما يمكن أن يجعل الحياة جديرة بأن تعاش. فقد زادت عدد صفحات هذا الدليل من 86 صفحة سنة 1952 إلى 900 صفحة تقريبًا سنة 1994، كما زاد عدد الاضطرابات النفسية من 106 إلى 297 اضطرابًا.

ومع اتساع وزيادة حدود الاضطراب النفسي في كل إصدار جديد من إصدارات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، أضحت الحياة ذات طابع مرضي أكثر، أكثر من ذلك زاد بشكل واضح عدد الناس الذين يسقط عليهم تشخيص أو آخر من تشخيصات الاضطرابات النفسية.

والأخطر من ذلك، أننا نحن المتخصصون في مهن الصحة النفسية أصبحنا غير مقتنعون بإسقاط نعت أو وصف "اضطرابات نفسية " على أنماط العجز النفسي الوظيفي للتصرف، التفكير، والمشاعر الواضحة أو الصريحة فقط، بل أصبحنا كذلك أكثر ميلاً إلى نعت وتسمية تقريبًا كل مشكلة إنسانية في الحياة بأنها دليلاً على أو تجسيدًا لحالة مرضية أو لاضطراب ما.

تأمل معي فقط بعض الاضطرابات النفسية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية سيتأكد لك هذا المعني. فقد سمي مثلاً التغير الانفعالي المصاحب لمرحلة ما قبل الطمث اضطراب قنوط ما قبل الطمث **Premenstrual Dysphoric Disorder** . وأطلق على مدخني السجائر نعت الاعتماد على النيكوتين. فإذا شربت كميات كبيرة من القهوة، قد يتطور لديك ما يسميه الكلينيكيون التسمم بالكافيين أو اضطراب النوم الناتج عن الكافيين. فإن تناولت الكحول فأنت ممن يطلق عليهم ذوي حالات التسمم أو السكر بالكحول. وإن كان لديك انشغال زائد بالقصور في المظهر يسبب لك ضيقًا أو كدرًا أو إعاقة في الأداء الوظيفي السلوكي العادي لك، فلديك إذن ما يسميه الكلينيكيون اضطراب تشوه صورة البدن.

أما الطفل الذي ينخفض تحصيله الدراسي بصورة دالة عن المتوقع منه بناء على عمره، والفرقة الدراسية التي يفترض أن يكون عليها، ومستوى ذكائه لديه إذن اضطراب [صعوبة] تعلم. والأطفال الصغار الذين تنتابهم بصورة متكررة نوبات غضب وهياج انفعالي عصبي لديهم اضطراب انحراف الخلف أو المعارضة. حتى لمشكلات العلاقات بين الأشقاء، وشقاء الآباء لها مكان في الدليل التشخيصي

أيديولوجية جديدة تؤكد على مكامن القوة وجوانب السواء سوف يكون متعذرًا بل مستحيل

المطلوب بناءً على ذلك تحطيم هذه الأيقونة أو هذا التمثال أو الصنم، ونقصد به على وجه الخصوص التمثال أو الصنم المجسد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية.

الهدف بطبيعة الحال ليس تدمير أو إبادة الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية بل تفكيكه وإعادة تركيبه

سيمثل هذا التفكيك الرحلة الأولى في رحلة إعادة بناء أو تكوين رؤيتنا للسلوك البشري ومشكلات الحياة.

أن هذه الاضطرابات لا " توجد " ولا " تمتلك خصائص "بنفس

والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، على الرغم من أنها قد لا تمثل اضطرابًا نفسيًا رسميًا.

فلو نظرنا كذلك إلى السلوك الجنسي لدى البشر لوجدناه يأتي في صيغ متنوعة مما يجعل مهمة تحديد " العادي" و " التوافقي " مهمة بالغة الصعوبة[5]. وبالرغم من ذلك، يمتلئ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بالكثير والكثير من صيغ الخلل أو القصور في السلوك الجنسي. فعدم الاحتياج إلى الجنس وعدم الرغبة فيه كافيًا لإسقاط وسم اضطراب ضعف الرغبة الجنسية على من تتبدى عليه مؤشرات عدم الاحتياج هذا. في حين الإعراب عن عدم الحاجة على الإطلاق للجنس كاف لإسقاط وصف اضطراب النفور الجنسي على من يعبر عن ذلك. والدخول في علاقة جنسية دون أن تكتمل إلى مرحلة الذروة أو الوصول إلى هذه المرحلة مبكرًا جدًا أو متأخرًا جدًا يميز ما يعرف باضطراب ذروة الاهتياج الجنسي. أما فشل (بالنسبة للرجال) الوصول إلى انتصاب مناسب،... لدرجة تسبب توترًا في العلاقة البينية الحميمة يمثل ما يعرف باضطراب الانتصاب لدى الذكور. أما فشل (بالنسبة للسيدات) التوصل إلى والإبقاء على رطوبة أو طراوة واستجابة انتفاخ التهيج الجنسي، مع اقتران ذلك بالضيق والتوتر فيجسد ما يسميه الدليل التشخيصي والإحصائي اضطراب التهيج أو الاستثارة الجنسية. ومن المعتاد أن ينظر إلى الإفراط في اللجوء إلى ممارسة العادة السرية كعلامة دالة على اضطراب نفسي(**Gilman,1988**).

وربما يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن عدم ممارسة العادة السرية على الإطلاق، إذا اقترن هذا الامتناع بضيق أو توتر واضح وبصعوبة في العلاقة مع الآخرين، دالاً على اضطراب نفسي معين يسمى " اضطراب النفور من الإثارة الجنسية **"Autoerotic Aversion Disorder**. وتغمرنا التقارير الإعلامية في الآونة الحديثة بملايين التقارير عن حالات إدمان الإنترنت، الاعتداء وقطع الطرق، والسرقات بالإكراه للمحلات التجارية.

وقد يفضي استمرار مناقشة مثل هذه الاضطرابات الجديدة في الاجتماعات العلمية إلى أن تجد هذه الاضطرابات لنفسها مكانًا داخل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية إذا استمر التعاون بين الإعلاميين والعاملين في مهن الصحة النفسية في بلورة هذه الاضطرابات، وعلاجها بل إن كتابة كتب عن هذه الاضطرابات الجديدة أصبح مربحًا بصورة واضحة.

إذن الاتجاه واضح، أولاً ننظر إلى نمط سلوك، تفكير، انفعال، أو رغبة ينحرف عن المعيار أو المثال الاجتماعي المتخيل؛ أو نعرف ونحدد شكوى عامة وما إلى ذلك، كما يتوقع، يتم إظهارها بتواتر كبير أو بشدة من قبل بعض الناس أكثر من الآخرين الذين نعتبرهم عاديين؛ أو نقرر أن سلوكًا معينًا مستهجنًا أو غير مرغوب فيه، مزعج وغير شائع وغير مناسب، أو مخرب ومضايق. هنا نعطى هذا النمط اسمًا ذو دلالة مرضية طبية، ربما بتفضيل الأصل الإغريقي أو اللاتيني الذي استخدم لوصف هذا النمط المختل.

إلى أن يتم أخيرًا تخفيض أو اختزال هذا الاسم المركب في صيغة مختصرة، مثل صيغة **(OCD)** دلالة على (اضطراب عصاب الوساوس . القهر **Obsessive –Compulsive Disorder**)، **ADHD** دلالة على (اضطراب قصور الانتباه/النشاط الحركي الزائد **Attention– Deficit/Hyperactive Disorder**)، و **BDD** تعبيرًا عن (اضطراب تشوه صورة البدن **Body Dysmorphic Disorder**). ثم يأخذ الاضطراب الجديد مسار حياته الخاصة ويصبح كينونة **Identity** وجود لمرض له اسم خاص يعرف به. ومع انتشار أخبار مثل هذا المرض، يبدأ الناس في التفكير بأنهم ربما يمتلكونه؛ ويبدأ المهنيون العاملين في مجال مهن الصحة النفسية في تشخيصه وعلاجه؛ ويبدأ الإكلينيكيون والعملاء في نفس الوقت طلب أن تغطي سياسات التأمين الصحي علاج هذا

الطريقة التي توجد بها الآثار أو الفيروسات

إن تصنيف الاضطرابات النفسية على نحو ما هو وارد مثلاً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية " لا يصف ولا يصنف ببساطة خصائص مجموعات من الأفراد، لكن... يشكل أو يبني بصورة نشطة نسخة لكل من السوي وغير السوي

مفهوم أيديولوجية المرض " للاضطراب النفسي" ولفئات الاضطرابات النفسية المختلفة في الدليل التشخيصي والإحصائي لا يجسد تصويرًا وتخطيطًا فعليًا للحقائق النفسية عن الناس

إن "مهنة الصحة النفسية ليست محايدة سياسيًا، أخلاقيًا، أو قيميًا. بل إن ممارسات هذه المهنة والعاملين فيها تعمل أساسًا على الإبقاء على قيم،

[5] من وجهة نظر مؤلف الفصل بالتأكيد. أما بالنسبة للكثير من المجتمعات خاصة المجتمعات الإسلامية فالأمر على نحو جد مختلف.

ترتيبات سياسية، ونسق توزيع هرمي لميزات معينة

المرض أو الاضطراب.

وعبر السنوات، صكت جامعتي شيئًا ما أسمته "صعوبة تعلم اللغة الأجنبية". وبناءً عليه تتلقى عيادة التدريب الخاصة بهذه الجامعة حوالي خمس أو ست طلبات كل سنة لتقويم أصحابها بشأن هذا الاضطراب ويكونون عادة من بين الطلاب الجدد الذين يسعون للإعفاء من دراسة متطلب اللغة الأجنبية.

وعادة ما تأتي لنا هذه التحويلات من قبل معلم لغة أجنبية معتبر ومن مركز خدمات الطلاب ذوي صعوبات التعلم. وبالطبع ساعد برنامج علم النفس الذي يدرس في صك وإنشاء هذا الاضطراب وذلك بسبب مجرد حركة قبول هذه الإحالات، وبل وفي مناسبات كثيرة، إيجاد الدليل عليها. وأشار آلان روس (1980) إلى هذه العملية باسم عملية بلورة الاضطراب.

يبدو أن الخلاف أو الجدال حول الجنسية المثلية يظهر أن التشخيصات الطب نفسية المرضية مطوقة أو مربوطة بالمفاهيم الاجتماعية للانحراف

وفي ضوء تبجيل خبراء الصحة النفسية للمصطلحات التشخيصية والقوة التي تفرضها مثل هذه المصطلحات عليهم وعلى عملائهم فإن المصطلح الأكثر وصفًا لهذه العملية هو مصطلح تأليه الاضطراب **(Alan Ross,1980)**.

ونصل بسرعة إلى النقطة التي نعتقد بموجبها أن كل شيء يفكر فيه، يشعر به، يؤديه، ويرغبه الكائن الإنساني يكون غير منطقي، غير توافقي، أو غير فعال يستحق أن ينعت بوصف أو بأحد مسميات الاضطراب النفسي. وكل فئة اضطراب نفسي جديدة لا تُهين أو لا تتف معاناة الناس ذوي الصعوبات النفسية الشديدة فقط، بل تصبح كل فئة اضطراب نفسي جديدة فرصة للأفراد للتهرب أو للتنصل من المسئولية الأخلاقية والقانونية عن سلوكياتهم. إذن لقد حان الوقت لنوقف هذا الجنون وهذا العبث **(Resnek, 1997)**.

المعدل الحقيقي للأمراض النفسية لا يوجد منفصلاً عن الاهتمامات الاجتماعية والسياسية المتضمنة في بناء وتحديد تعريف المرض النفسي بصورة عامة وتحديد وتعريف فئات الأمراض النفسية المختلفة بصفة خاصة

5. التفكيك العقلي أو المعرفي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:

على الرغم من تبين تهافت الافتراضات التي يؤسس عليها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وتهافت أيديولوجية المرض التي تصبغ مجال علم النفس الإكلينيكي إلا أن هذه الافتراضات وتلك اللغة مازالت قوية لكونها تخدم اهتمامات اجتماعية، سياسية، ومهنية معينة. ومازال للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أسس أو أصول عقلية أو معرفية، وإن تكن بين الخطأ، إلا أنها جديرة بالفحص والتحليل.

انطلق بطبيعة الحال معدو ومطورو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية من عددٍ من الافتراضات المتعلقة بالسلوك البشري وكيف يمكن فهمه إلا أنهم لم يبذلون الجهد الكافي لتبيان مدى الدقة المنطقية لمثل هذه الافتراضات.

أن " الاضطرابات النفسية والعقلية تعكس حالة مرضية للعالم الاجتماعي بنفس قدر الحالة المرضية للنفس أو للبدن

(5-1) <u>الافتراضات الخاطئة التي أسس عليها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:</u>

يمكن تلخيص أهم الافتراضات الخاطئة التي مازالت عاملة في الميدان في النقاط التالية:

(5-1-1) <u>الفئات "التصنيف الفئوي" حقائق عن العالم أو وقائع حقيقية في العالم:</u>

يتمثل الافتراض الرئيس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في أن نظام الفئات المصاغة اجتماعيًا مجموعة من الوقائع أو الحقائق عن العالم. والقضية الأساسية التي يتضمنها هذا الافتراض أن المسألة ليست مدى ثبات التصنيفات المرضية بصفة عامة أو ليست ثبات تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بصفة خاصة، بمعنى ليست القضية متمثلة في مدى درجة تمكننا من تعريف الفئات المرضية بطريقة تفضي إلى الاتفاق في تعيين الأشياء تحت الفئات. بدلاً من ذلك تتعلق القضية الفعلية بصدق هذه الفئات.

لو نظرنا كذلك إلى السلوك الجنسي لدى البشر لوجدناه يأتي في صيغ متنوعة مما يجعل

وكما لوحظ من قبل، يشير صدق التصنيف ليس إلى مدى توفيره لخريطة دقيقة للواقع، لكن يشير بدلاً

من ذلك، إلى مدى تحقيق أو خدمة هذا التصنيف أهداف من وضعوه. لهذا السبب، فإن كل نظم التصنيف عشوائية أو بمعنى آخر نظم اعتباطية وتحكمية في نفس الوقت.

ولا يعني ما تقدم أن كل نظم التصنيف متقلبة الأطوار أو طائشة ولا معنى لها، بل، كما لوحظ سابقًا، تصاغ لتحقيق أهداف من يضعونها. فقد تسائل ألان واتس (1951) هل من الأفضل تصنيف الأرانب وفقًا لخصائص فرائها أم وفقًا لخصائص لحمها؟. ويجيب عن هذا السؤال بأن الأمر يتوقف على ما إذا كنت جزارًا أم صاحب محل فراء. إذن اختيارك لكيفية تصنيف الأرانب يعتمد على ما تريد أن تفعله بهذا التصنيف. وما يمكن ادعائه أنه لا يوجد نظام تصنيف أكثر صدقًا أو أكثر صحة من نظام تصنيف آخر. ويمكن أن يصدق هذا القول على كل نظم التصنيف. إنها نظم ليست صادقة (صحيحة) أو غير صادقة (مزيفة).

وبدلاً من ذلك فهذه النظم عبارة عن مفاهيم اجتماعية فقط ذات فائدة كثيرة أو ذات فائدة قليلة. وعليه، يمكن تقييم مدى " صدق " نظام تصنيفي ما يصور الواقع فقط بِناءً على مدى فائدته، وفائدته يمكن تقييمها فقط بالعودة إلى مجموعة أهداف مختارة، مؤسسة بدورها على قيم معينة. لذا، بدلاً من طرح السؤال " إلى أي مدى هذا النظام التصنيفي صحيح؟".

يتعين علينا أن نطرح السؤال،" ما الذي نقدره؟ ما الأهداف التي نود تحقيقها؟ إلى أي مدى يساعدنا هذا النظام التصنيفي في تحقيق هذه الأهداف؟" ومن هنا يتعذر علينا التحدث عن " الصدق والفائدة التشخيصية " **(Nathan & Langenbucher, 1999: 88)** كما لو كانا مفهومين مختلفين. فهما في الحقيقة مفهومًا واحدة ويجسدان نفس المعنى. ويبرر الغالبية العظمى من أنصار التصنيف التقليدي للاضطرابات النفسية جهودهم النظرية والعملية في المجال بالتأكيد على الافتراض الذي مفاده أن " التصنيف قلب أي علم "**(Barlow ,1991: 243)**.

والتفكير بلغة الفئات ليس الوسيلة الوحيدة، على أية حال، للتوصل إلى معنى العالم على الرغم من أن هذا النمط من التفكير الخاصية الأساسية التي يتبناها الغرب في التوصل إلى هذا المعنى. فقد آل المفكرون الغربيين على الدوام على تكريس طاقاتهم وبراعتهم في تقسيم العالم إلى مجموعات أشياء منفصلة وتحليل الواقع إلى فئات منفصلة متمايزة، وإعادة صياغته وفق بعدي أبيض في مقابل أسود. ويبدو أن الغربيين عمومًا يعتقدون أن العالم يرتبط معًا وفق فئات التفكير الإنساني، وأن التوصل إلى معنى الحياة مستحيل بدون حدوث تدفق للأحداث بصورة تتسق أو تتلاءم مع إطار مرجعي لصيغ جامدة محددة **(Watts, 1951 : 3-44)**.

ولسوء الحظ، بمجرد تشكيل فئاتنا، نرى أنها تصور أو تمثل أو تجسد " الأشياء " والأخطر من ذلك أننا نمزجها أو نخلطها مع العالم الحقيقي بصورة يتعذر فصلها عنه. ونصل بعد ذلك إلى الاعتقاد بأنه وعلى نحو ما قال جريجوري كيمبلي (1995) "إذا وجدت لكلمة له، يتعين إذن أن تتطابق هذه الكلمة مع شيء من الواقع. فإذا وجد كلمتين له، يتعين أن يوجد واقعين ويتعين أن يكون هذين الواقعين مختلفين " **(Kimble,1995,p.70)**. وما فشلنا في إدراكه على نحو ما يشير الفيلسوف آلان واتس (1966) هو "مهما قسمنا، أحصينا، رتبنا، أو صنفنا [العالم] إلى أشياء وأحداث معينة، فإن ذلك لا يمثل إلا طريقة تفكير في العالم، إنه عالم غير قابل للتقسيم على الإطلاق" **(Watts, 1966: 54)**.

وبسبب أيضًا إدماجنا ومزجنا لفئاتنا بالعالم الفعلي، فإننا غالبًا ما نربط خطأ في الواقع التصنيف بالفهم، والتسمية أو الوسم بالتفسير **(Ross, 1980; Watts, 1951)**. وننسى في زحمة مثل هذا التوجه أن الاتفاق على أسماء الأشياء لا يعنى أننا نفهم ونستطيع أن نصف ونفسر هذه الأشياء.

(5-1-2) نستطيع التمييز بين السواء واللاسواء:

يتمثل الافتراض الخطأ الثاني الذي انطلق منه وتبناه معدو الدليل التشخيصي والإحصائي

مهمة تحديد " العادي" و " التوافقي " مهمة بالغة الصعوبة . وبالرغم من ذلك، يمتلئ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بالكثير والكثير من صيغ الخلل أو القصور في السلوك الجنسي

ربما يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن عدم ممارسة العادة السرية على الإطلاق، إذا اقترن هذا الامتناع بضيق أو توتر واضح وبصعوبة في العلاقة مع الآخرين، دالاً على اضطراب نفسي معين يسمى " اضطراب النفور من الإثارة الجنسية

في ضوء تبجيل خبراء الصحة النفسية للمصطلحات التشخيصية والقوة التي تفرضها مثل هذه المصطلحات عليهم وعلى عملائهم فإن المصطلح الأكثر وصفًا لهذه العملية هو مصطلح تأليه الاضطراب

تصبح كل فئة اضطراب نفسي جديدة فرصة للأفراد للتهرب

للاضطرابات النفسية في التسليم بأن بإمكاننا تأسيس محكات واضحة للتمييز بين التفكير، الانفعال، والسلوك السوي وغير السوي، وكذلك التمييز بين الأداء النفسي الوظيفي الصحي أو السوي والأداء النفسي الوظيفي المرضي أو الشاذ.

وعلى الرغم من أن معدي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يزعمون بأنه " لا يوجد افتراض يفيد بأن كل فئة من فئات الاضطراب النفسي وحدة أو كينونة منفصلة لها حدود مطلقة خاصة بها تفرقها عن الاضطرابات النفسية الأخرى "**(APA, 1994: xxii)**، فإن بقية ال 800 صفحة الباقية من هذا الدليل مكرسة لتقديم أوصاف بالغة الصرامة للفئات المرضية المتضمنة فيه بما يدحض مصداقية هذا الادعاء أو الزعم. وافتراض الانفصال بين فئات الاضطرابات النفسية هذا بين الخطأ لثلاثة أسباب على الأقل:

(5-1-2-1) يتجاهل أن الغالبية العظمى من الناس الأسوياء أساسًا ينشدون المساعدة المهنية قبل أن تخرج مشكلاتهم من نطاق سيطرتهم عليها (ومن لديهم تغطية تأمين صحي جيدة)، كما يتجاهل أيضًا وجود عدد كبير من الناس يعانون من مشكلات تتشابه أو تتطابق مع المشكلات التي يخبرها القلة من الناس الذين يظهرون أو يحولون إلى الأماكن التي تسمى العيادات، ومع ذلك لا ينشدون المساعدة المهنية **(Wills & DePaulo, 1991)**. وكما أعلن باندورا (1978) " لم يهتم أي شخص بمهمة دراسة كيف تختلف العينة الصغيرة من زبائن العيادات عن الغالبية العظمى من الأشخاص المضطربين غير المتواجدون بهذه العيادات "**(Bandura,1978,p.94)**. وشجعت نظم تطبيق الخدمات الكلينيكية التمييز بين السواء واللاسواء، وبين صحي ومرضي على اعتبار أنهما يمثلان مجمعتين أو شيئين متضادين أو مختلفين تمامًا. وامتلاكنا لأماكن اسمها " عيادات " شجعنا على تقسيم العالم إلى مواقف أو سياقات كلينيكية مرضية ومواقف أو سياقات غير كلينيكية غير مرضية، وعلى التمييز بين المشكلات النفسية وتقسيمها إلى مشكلات كلينيكية (شاذة) ومشكلات غير كلينيكية (سوية)، وعلى تصنيف الناس تحت فئات جماعات كلينيكية مرضية وجماعات غير كلينيكية أو سوية. ومع ذلك، مثلما يتعذر اتخاذ الديانات المنظمة ودور العبادة المرتبطة بها كدليل إلى إثبات وجود الله، فإن وجود مهن الصحة النفسية والعيادات المرتبطة بها لا يثبت وجود الاضطرابات الكلينيكية والمجتمعات الكلينيكية. وحضور شخص إلى مؤسسة اسمها " عيادة " ليس سببًا كافيًا لافتراض أن مرضًا نفسيًا يستوطن داخله بما يجعل مشكلته مختلفة إما في النوع أو في الدرجة عن المشكلات التي يخبرها معظم الناس في مسارات حياتهم اليومية.

(5-1-2-2) يتناقض افتراض الانقطاع أو عدم الاتصال هذا (الخاص بالتمييز الفارق بين الاضطرابات) مع الافتراض الرئيسي الذي يأخذ به كل المتخصصون الرئيسيين تقريبًا في مجال بحوث الشخصية والذي مفاده أن ظاهرة التوافق النفسي السوي والتوافق النفسي الشاذ لا تختلف في الدرجة وأنه يوجد نوعًا من الاتصال بين السوي وغير السوي، وبين الأداء النفسي الوظيفي التكيفي والأداء النفسي الوظيفي غير التكيفي. وقد صك افتراضًا رئيسيًا في المداخل السلوكية والاجتماعية المعرفية في مجال الشخصية وعلم نفس دراسة الأمراض النفسية مؤداه أن سواء السلوك أو شذوذه لا يؤسس على طبيعة السلوك ذاته، بل يتوقف على فعالية هذا السلوك في سياق أهداف الشخص والمعايير، التوقعات، والمطالب الموقفية**(Barone, Maddux, & Snyder,1997)** . ويرفض أنصار المدخل الوجودي في علم النفس الفصل أو التمييز التعسفي بين الصحة النفسية والمرض النفسي، كما يفعل المنظرون المنضوون تحت عباءة حركة العلاج النفسي البنائي **(Neimeyer & Mahoney, 1994, Neimeyer & Raskin, 1999)**. بل حتى مداخل التحليل النفسي، التي تعتبر الأكثر توجهًا نحو أيديولوجية المرض من بين كل النظريات، تفترض أن المرض النفسي لا يمتاز بوجود صراعات لا شعورية وميكانيزمات أو حيل دفاع نفسي فقط، ولكن يمتاز بمدى أو درجة تأثير مثل هذه الصراعات والدفاعات أو الحيل على الأداء النفسي الوظيفي للفرد في الحياة اليومية في نفس الوقت **(Brenner,**

أو للتنصل من المسئولية الأخلاقية والقانونية عن سلوكياتهم. إذن لقد حان الوقت لنوقف هذا الجنون وهذا العبث

مازال للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أسس أو أصول عقلية أو معرفية، وإن تكن بين الخطأ، إلا أنها جديرة بالفحص والتحليل.

يشير صدق التصنيف ليس إلى مدى توفيره لخريطة دقيقة للواقع، لكن يشير بدلاً من ذلك، إلى مدى تحقيق أو خدمة هذا التصنيف أهدافه من وضعه. لهذا السبب، فإن كل نظم التصنيف عشوائية أو بمعنى آخر نظم اعتباطية وتحكمية في نفس الوقت

يمكن تقييم مدى " صدق " نظام تصنيفي ما يصور الواقع فقط بناءً على مدى فائدته، وفائدته يمكن تقييمها فقط بالعودة إلى مجموعة أهدافه

.1973)

(3-2-1-5) يتناقض الفصل التعسفي بين السواء واللاسواء مع فرض أساسي آخر وضعه معظم المنظرون والباحثون في مجال الشخصية، علم النفس الاجتماعي، وعلم النفس الإكلينيكي المعاصرون. ومفاد هذا الافتراض أن " العمليات التي يتكسب ويستمر بموجبها السلوك غير التوافقي [الشاذ، غير السوي، المرضي] هي ذات العمليات التي نصف ونفسر بها اكتساب واستمرار السلوك التوافقي [السوي، الصحي]. ولم يظهر لنا أي شخص إلى الآن أن العلميات النفسية التي تصف وتفسر مشكلات الناس الذين يعرضون أنفسهم على خبراء الصحة النفسية (المجموعات الكلينيكية) تختلف عن تلك العمليات النفسية التي تصف وتفسر المشكلات الحياتية التي يخبرها الناس العاديين الذي لا يعرضون أنفسهم على خبراء الصحة النفسية. مما يصح معه القول، بأنه لا يوجد أسباب لافتراض أن السلوكيات التي يحكم عليها بأنها سوية، والسلوكيات التي يحكم عليها بأنها تنتهك المعايير الاجتماعية وبالتالي هي مرضية محكومة بعمليات مختلفة(**Leary & Maddux, 1987**).

(4-2-1-5) يتناقض الفصل التعسفي بين السواء واللاسواء مع التزايد الواضح في الشواهد والأدلة الإمبيريقية التي تفيد بأن السواء واللاسواء، وأيضًا الأداء النفسي الوظيفي الفعال والأداء النفسي الوظيفي غير الفعال يقع على طول متصل، وبالتالي فإن الاضطرابات النفسية ببساطة تنوعات أو تباينات متطرفة أو شديدة لظاهرة السواء النفسي والمشكلات العادية في الحياة (**Keyes & Lopez,2000**). ولا يهتم مدخل التعامل مع الاضطرابات النفسية بمنطق لغة الأبعاد بتصنيف الناس أو الاضطرابات بل يهتم أساسًا بتعرف وقياس الفروق الفردية في الظاهرة النفسية مثل الانفعال، المزاج، الذكاء، والأساليب الشخصية (**Lubinski, 2000**). ومن المتوقع بطبيعة الحال وجود فروقًا فردية كثيرة بين الأفراد في الأبعاد موضوع الاهتمام، مثل الفروق الفردية التي نجدها بين الأفراد بعد تطبيق اختيارات الذكاء عليهم. ومثلما هو الحال مع الذكاء، فإن أي تقسيمات بين السواء واللاسواء قد تكون مقنعة أو فعالة اجتماعيًا لكنها لا تدل على الإطلاق صحة الانقطاع أو الانفصال بين أنماط الظاهرة أو بين أنماط الناس.

والانحراف الإحصائي، أيضًا، لا يعتبر أمرًا ضروريًا لتحديد المرض النفسي، على الرغم من أن التباينات أو التنوعات المتطرفة على أحد طرفي البعد (الانبساطية . الانطوائية، العُصابية، الذكاء) ربما تكون غير توافقية إذا عبرت عن جمود أو عدم مرونة في الأداء النفسي الوظيفي.

والشواهد الإمبريقية التي تدلل على صدق مدخل الأبعاد في دراسة التوافق النفسي هي الأقوى في مجال الشخصية والاضطرابات النفسية. إذ تظهر دراسات التحليل العاملي لمشكلات الشخصية بين المجتمع العام ومجتمع الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية تشابهًا لافتًا للنظر بين المجموعتين. بالإضافة إلى أن هذا البناء العاملي غير متسق مع نظام تصنيف اضطرابات الشخصية إلى فئات في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (**Maddux &Mundell, 1999**).

والتعامل بلغة الأبعاد مع اضطرابات الشخصية يلقى تدعيمًا من نتائج البحوث عبر الحضارية المقارنة (**Alarcon,etal.,1998**). وتدعم نتائج بحوث مشكلات أخرى أسلوب التعامل مع الاضطرابات النفسية وفق مفهوم البعد.

وتفيد نتائج دراسات التنوع في الخبرات الانفعالية العادية (**Oatley&Jenkins,1992**) أن الاضطرابات الانفعالية الكلينيكية غير منفصلة عن مجموعات الخبرة الانفعالية كما أنها لا تنفصل أيضًا عن صيغ الكدر والمشكلات الانفعالية اليومية. كما تفيد نتائج بحوث أنماط تعلق الراشدين في علاقاتهم المتبادلة مع الآخرين أن الأبعاد تقدم أوصافًا أكثر فائدة لمثل هذه الأنماط مقارنة بالفئات(**Fraley&Waller,1998**).

وتظهر أيضًا نتائج بحوث سلوكيات قهر أو هزيمة الذات أنها سلوكيات عامة شديدة متطرقة ولها

مختارة، مؤسسة بدورها على قيم معينة. لذا، بدلاً من طرح السؤال " إلى أي مدى هذا النظام التصنيفي صحيح؟". يتعين علينا أن نطرح السؤال، " ما الذي نقدره؟ ما الأهداف التي نود تحقيقها؟

بسبب أيضًا إدماجنا ومزجنا لغاتنا بالعالم الفعلي، فإننا غالبًا ما نربط خطأ في الواقع التصنيف بالفهم، والتسمية أو الوسم بالتفسير

ننسى في زحمة مثل هذا التوجه أن الاتفاق على أسماء الأشياء لا يعني أننا نفهم ونستطيع أن نصف ونفسر هذه الأشياء.

يتجاهل أن الغالبية العظمى من الناس الأسوياء أساسًا ينشدون المساعدة المهنية قبل أن تخرج مشكلاتهم من نطاق سيطرتهم عليها (ومن لديهم تغطية تأمين صحي جيدة)

شيوع كبير لكن لا تعد بذاتها علامات لعدم السواء أو أعراض لاضطرابات (Baumeister&Scher,1988). وتفيد كذلك نتائج بحوث مشكلات القراءة لدى الأطفال مثل " عسر القراءة dyslexia [6] " ليست حالة يفترض التعامل معها من منطق طريقة الكل أو لا شيء بمعنى يتعذر التعامل معها بمنطق إما أنها موجودة أو غير موجودة لدى الأطفال بل الأوفق أن يتم التعامل معها باعتبارها حالة تعوق تحدث بدرجات مختلفة أو متفاوتة بدون أن نضع تقسيمًا طبيعيًا بين الأطفال ذوي عسر القراءة والأطفال غير المصابين بهذه الحالة (Shawitz, Escobar, Shaywitz, Fletcher & Makuch,1992).

يتجاهل أيضًا وجود عدد كبير من الناس يعانون من مشكلات تتشابه أو تتطابق مع المشكلات التي يخبرها القلة من الناس الذين يظهرون أو يحولون إلى الأماكن التي تسمى العيادات، ومع ذلك لا ينشدون المساعدة المهنية

إضافة إلى أن نتائج البحوث التي تناولت اضطراب قصور الانتباه/النشاط الحركي الزائد (Barleley,1997) واضطراب الضغوط التالية للصدمة (Anthony, Lonigan & Hecht,1999) تظهر نفس مضامين أو دلالات فكرة الأبعاد. وتفيد كذلك بحوث الاكتئاب والفُصام (الإسيكزوفرينيا) أنه من الأفضل التعامل مع هذه الاضطرابات من خلال اعتبارها تجمعات على أبعاد تتضمن أو تستوعب الفروق الفردية، وليس التعامل معها كما لو كانت متلازمات مرضية منفصلة(Claridge, 1995; Costello, 1993a, 1993b ;Persons, 1986).

إن وجود معن الصحة النفسية والعيادات المرتبطة بها لا يثبت وجود الاضطرابات الكلينيكية والمجتمعات الكلينيكية. وحضور شخص إلى مؤسسة اسمها " عيادة " ليس سببًا كافيًا لافتراض أن مرضًا نفسيًا يستوطن داخله بما يجعل مشكلته مختلفة إما في النوع أو في الدرجة عن المشكلات التي يخبرها معظم الناس في مسارات حياتهم اليومية

(5-2-1-5) مازالت تظهر نتائج البحوث البيولوجية في المجال عن وجود تتابعات أو استمرارية بين ما يسمى حالات السواء النفسي وحالات اللاسواء النفسي (Claridge, 1995; Livesley, Jang & Vernon,1998).

(5-1-3) تيسر أو تسهل الفئات التشخيصية الحكم الإكلينيكي:

لكي تكون أكثر فائدة، يجب أن تيسر الفئات التشخيصية التوصل إلى قرار إكلينيكي دقيق وأن تسهل عملية صنع ذلك القرار بالحكم. وبطرق عديدة، على أية حال، يمكن أن تغيم بل تشوه الفئات التشخيصية الأحكام المهنية الإكلينيكية من خلال إطلاق حركة دائرة معيبة يشجع ويحافظ فيها على الخطأ والتحيز على الرغم من النوايا المهنية الطيبة. وتبدأ هذه الدائرة الفاسدة أو المعيبة بأربع **اعتقادات** يفعل دلالاتها المهنيون المتخصصون في العمل الإكلينيكي أثناء المواجهة الأولية أو اللقاء الأول مع العميل [المريض]:

(5-1-3-1) يوجد تمييز أو اختلاف فارق بين الأداء النفسي الوظيفي السوي والأداء النفسي الوظيفي غير السوي أو الشاذ. أي تأكيد الفصل بينهما على أساس كونهما (السواء، اللاسواء) شيئين أو مجموعتين متضادتين أو مختلفتين تمامًا.

(5-1-3-2) أن المتلازمات المنفصلة التي تسمى " اضطرابات نفسية " لها وجود واقعي فعلي ولها خصائص فعلية حقيقية بمعنى أن لها كينونة وجود مادي فعلي في الواقع.

أن ظاهرة التوافق النفسي السوي والتوافق النفسي الشاذ لا تختلف في الدرجة وأنه يوجد نوعًا من الاتصال بين السوي وغير السوي، وبين الأداء النفسي الوظيفي التكيفي والأداء النفسي الوظيفي غير التكيفي

(5-1-3-3) يتعين أن يوجد لدى من يحضرون إلى العيادات " مشكلة كلينيكية مرضية " ويتعين أن ينطبق على هذه المشكلة واحدة من المتلازمات المرضية المتضمنة في الأدلة التشخيصية.

(5-1-3-4) **أن المهني الإكلينيكي مقدر، ملاحظ، مدرك دقيق للآخرين، جامع نزيه موضوعي للمعلومات عن الآخرين ومعالج دقيق وموضوعي أيضًا لها، وأيضًا صانع ومتخذ قرار موضوعي:**

والواقع أن هذه الاعتقادات تفضي إلى تبني أسلوب تعامل خاطئ ومتحيز أثناء التفاعل مع، التفكير في، وجمع المعلومات عن العميل [المريض]. والخرافة الكبرى المتعلقة بالتدريب في علم النفس الإكلينيكي هي أن المهنيين ذوي التعليم الجامعي أكثر دقة، أقل عرضة للخطأ، أقل تحيزًا في جمع المعلومات عن

---

[6] Dyslexia خلل بسيط في الدماغ يسبب صعوبة في القراءة والكتابة. وهي شكل من أشكال صعوبات التعلم تتمثل في " ضعف القدرة على القراءة، أو فقدان القدرة جزئيًا عليها، وغالبًا ما تكون مرتبطة بالاختلال الوظيفي [البسيط] للمخ، أو الاختلال المخي البسيط، والمريض [المعاق] بهذه الحالة لا يفهم بوضوح ما يقرأ " . (عادل عز الدين الأشول، موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1987، ص: 293).

العميل وأقل تشكيلاً للانطباعات عن الآخرين مقارنة بالأشخاص الذين لم يتعرضوا لمثل هذا التدريب.

والحقيقة أن نتائج البحوث المعتمدة في المجال تظهر عكس هذه الصورة **(Garb,1998)**. خاصة وقد أصبح واضحًا وجود ما يعرف بالتحيز الفاسد نحو الاختبار الإثباتي التأكيدي للفرض والذي ينشد ويسعى المهنيون الإكلينيكيون تأثرًا به إلى تلمس وجمع كل المعلومات المساندة أو المؤدية للافتراض الذي مفاده أن لدى العميل [المريض] اختلالاً نفسيًا كلينيكيًا دالاً أو اضطرابًا نفسيًا دالاً. ويزيد بطبيعة الحال استخدام هذه الاستراتيجية احتمال الخطأ والتحيز في الإدراك والحكم.

أكثر من ذلك، محكات السواء واللاسواء (أو الصحة والمرض) ومحكات اضطرابات نفسية معينة محكات بالغة الغموض وبالتالي غالبًا ما تفضي في معظم الحالات حدوث أخطاء وتحيزات في الإدراك والحكم بنفس ميكانيزمات أنماط الأخطاء والتحيزات في الإدراك والحكم التي تظهرها نتائج بحوث صنع واتخاذ القرار في ظل ظروف عدم التأكد**(Dawes,1998)**.

وبسبب أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يصف فقط فئات الاضطرابات أو حالات الاختلال النفسي الوظيفي، فإنه لا يقدم إلا القليل جدًا من التشجيع على بحث أدلة أو شواهد الأداء النفسي الوظيفي السوي أو الصحي. وعليه، من المتوقع أن يطور تحيزًا سلبيًا أساسيًا لدى المهنيين الإكلينيكيين يولون بموجبه انتباهًا كبيرًا وعن قرب للشواهد والأدلة المؤدية للمرض أو للخل واللاسواء وتجاهل الشواهد الدالة على الصحة أو السواء**(Wright&Lopez,2000)**. ومن نقطة انطلاق علم النفس الإيجابي، فإن التصور السابق واحدًا من أكثر جوانب القصور في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وفي أيديولوجية المرض التي تقف وراءه. ويلي هذا الخطأ البين، أن تفضي هذه الأخطاء والتحيزات بالمهني الإكلينيكي بأن يجمع معلومات ويكون انطباعات عن العميل [المريض] على الرغم من أنها غير دقيقة، إلا أنها تتسق مع افتراضه أن لدى العميل مرضًا أو مشكلة إكلينيكية.

ووفقًا لذلك يكتسب المهني الإكلينيكي إحساس مزيف بالثقة في إدراكه الاجتماعية وقدراته على الحكم. مما يؤدي بدوره إلى اعتقاده بأنه يعلم أو يعرف المرض أو الخلل عندما يراه وأن هؤلاء الناس الذين يتعامل معهم تنطبق عليهم الفئات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

وبسبب قابلية العملاء [المرضى] لقبول نتائج تقييمات وتصريحات المهني الإكلينيكي **(Snyder,Shenkel,&Lowery,1977)**، فإن ثقة ذلك المهني في تقييماته وأحكامه تتعزز. وبالتالي فإن العملاء والمهنيين الإكلينيكيين على السواء يشكلون هذا " الوهم المشترك ". وبسبب هذه التغذية الراجعة السلبية وما يعقبها من إحساس مزيف بالدقة والثقة، يصبح المهنيون الإكلينيكيون أكثر ثقة وبالتالي تزداد القابلية للتحيز والخطأ، كما تظهر نتائج البحوث وجود ارتباط موجب بين خبرة المهني الإكلينيكي والخطأ والتحيز في تقدير وإدراك والتفكير في العملاء [المرضى] **(e.g.,Garb,1998)**. وعليه يندفع المهنيون الإكلينيكيون بثقة متهورة في الواقع إلى خطوة المواجهة الإكلينيكية التالية بقابلية أعلى لعملية التحيز والخطأ.

(5-1-4) تيسر أو تسهل الفئات التشخيصية العلاج:

كما لوحظ سابقًا، أن صدق مخططات التصنيف من الأفضل أن يقيم تأسيسًا على فائدتها أو " إلى أي مدى هي ناجحة في تحقيق أهدافًا معينة"**(Follett &Houts, 1996: 1120)** . والهدف النهائي فيما نعلم لنظام تصنيف وفهم السلوك البشري واضطراباته هو تطوير طرق أو أساليب لإزالة أو على الأقل لتخفيف المعاناة، ووفق روح علم النفس الإيجابي، تحسين وتعزيز جودة الوجود الشخصي الذاتي ورفاهية الحياة البشرية. وعليه، لتقرير صدق نظام تصنيف " الاضطرابات النفسية " نحتاج إلى عدم طرح السؤال " هل هو صحيح ؟" بل طرح سؤال " إلى أي مدى يسهل هذا النظام التصنيفي تصميم طرق فعالة

أن سواء السلوك أو شذوذه لا يؤسس على طبيعة السلوك ذاته، بل يتوقف على فعالية هذا السلوك في سياق أهداف الشخص والمعايير، التوقعات، والمطالب الموقفية

يرفض أنصار المدخل الوجودي في علم النفس الفصل أو التمييز التعسفي بين الصحة النفسية والمرض النفسي، كما يفعل المنظرون المنضوون تحت عباءة حركة العلاج النفسي البنائي

حتى مداخل التحليل النفسي، التي تعتبر الأكثر توجهًا نحو أيديولوجية المرض من بين كل النظريات، تفترض أن المرض النفسي لا يمتاز بوجود صراعات لا شعورية وميكانيزمات أو حيل دفاع نفسي فقط، ولكن يمتاز بمدى أو درجة تأثير مثل هذه الصراعات والدفاعات أو الحيل على الأداء النفسي الوظيفي للفرد في الحياة اليومية في نفس الوقت

لمساعدة الناس على العيش حياة أكثر سعادة أو رضا"؟. وقد أعلن ريجازيو- ديجاليو (2000) أن " الكلام في " المرض" و" الشفاء" بذاته اختياري.

وإذا كان هدف مهنة الصحة النفسية مساعدة العميل [المريض]... فإن الباب مفتوح على أسئلة أكثر براجماتية أو أكثر عملية. تدور في الأساس حول إلى أي مدى يساعد أو يضار العميل [المريض] بمطلب التصنيف؟"(**Rigazio-DiGilio,2000,PP.336-337**) . ويعلن راسكين وليواندووفسكي (2000) أنه " إذا لم يستطع الناس التوصل إلى الحقيقة الموضوعية فيما يخص تحديد الاضطراب، إذن هناك مشروعية أن يحدث تصارع أو تنافس بين المفاهيم الحيوية المتاحة للاضطراب تأسيسًا على استخدامها ومعناها وقيمتها في مواقف كلينيكية معينة(**Raskin&Lewandowski,2000,p.26**).

أن " العمليات التي يتكسب ويستمر بموجبها السلوك غير التوافقي [الشاذ، غير السوي، المرضي] هي ذات العمليات التي نصف ونفسر بها اكتساب واستمرار السلوك التوافقي [السوي، الصحي]

وبسبب أن التدخلات العلاجية الفعالة يجب أن توجه مم قبل النظريات والمفاهيم، فإن صياغة وتطوير التدخلات العلاجية الفعالة يتطلب وجود تصور أو إطار نظري مرجعي للأداء النفسي الوظيفي للبشر يؤصل نظرية متماسكة عن كيف تنمو أو تتطور أنماط السلوك، التفكير، والانفعال وعن كيف يمكن الإبقاء على هذه الأنماط أو تصحيحها بغض النظر عن صيغ الخلل فيها وبالتالي عدم التوافق النفسي بصفة عامة.

والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بحكم صياغته دليلاً وصفيًا فقط وغير مؤسس على أي إطار مرجعي نظري بما يصح القول بأنه مضاد للنظرية أو غير نظري. وبسبب ذلك لا يتعامل هذا الدليل مع التشخيص السببي **Etiology** [7] للاضطرابات التي يصفها. وبالتالي، لا يقدم لنا أية تصورات مرجعية مؤسسة على نظرية لتطور وبقاء مشكلات التوافق كانت ربما تفضي لو وجدت إلى استراتيجيات تدخل. بسبب أن النظام الوصفي للفئات يشمل سلوكيات مشكلة رئيسية (أعراض)، ربما يحدد إلى مدى ما المزيد ما الذي يتعين تغييره، لكنه لا يقدم إرشادات توضح كيف يمكن إحداث أو تسهيل هذا التغير.

أنه لا يوجد أسباب لافتراض أن السلوكيات التي يحكم عليها بأنها سوية، والسلوكيات التي يحكم عليها بأنها تنتهك المعايير الاجتماعية وبالتالي هي مرضية محكومة بعمليات مختلفة

(2-5) ما بعد أيديولوجية المرض وما بعد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:

تتركنا عملية تفكيك أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية مع سؤال عام رئيسي مفاده " لكن ما البديل؟" ببساطة لنقل أن علم النفس الإيجابي الذي يصفه بالتفصيل بقية فصول المرجع الحالي يقدم بديل أيديولوجية المرض. يقدم علم النفس الإيجابي على: جودة الوجود الشخصي، الرضا، السعادة، مهارات العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، المواظبة والمثابرة، الموهبة، الحكمة، والمسئولية الشخصية. إنه يهتم أساسًا بفهم كل ما يمكن أن يجعل الحياة جديرة بأن تعاش، مع مساعدة الناس على التمكن من تنظيم وتوجيه ذاتهم،

يتناقض الفصل التعسفي بين السواء واللاسواء مع التزايد الواضح في الشواهد والأدلة الإمبيريقية التي تفيد بأن السواء واللاسواء، وأيضًا الأداء النفسي الوظيفي الفعال والأداء النفسي الوظيفي غير الفعال يقع على طول متصل

في إطار إدراك أن الناس والخبرات يطوقها ويحكمها سياق اجتماعي (**Seligman & Csikszentmihalyi, 2000: 8**). وعلى عكس أيديولوجية المرض، المؤسسة على أرضية قيم اجتماعية معينة تخبر الناس ضمنيًا أو بصورة صريحة كيف يعيشون حياتهم، يعلم علم النفس الإيجابي الأفراد الاختيارات عبر مسار حياتهم، دون الوقوف على تحبيذ أو استحباب مسارات حياة معينة (**Seligman & Csikszentmihalyi, 2000: 12**).

(1-2-5) بدائل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:

التنبؤ ببديل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أمرًا بالغ الصعوبة، على الرغم من رؤية ثلاثة منافسين له في المشهد منذ بعض الوقت.

---

[7] Etiology علم دراسة وتحليل الوقائع والظواهر سواء كانت ظواهر أو وقائع مادية أو نفسية اجتماعية سوية أو مرضية بدلالة الأسباب التي أدت إليها أو الكامنة ورائها.

(5-2-1-1) مدخل البعد أو التعامل مع الظاهرة النفسية بدلالة لغة الأبعاد وليس الفئات:

يهتم **مدخل البعد The dimensional approach** كما سبق القول بوصف وقياس الفروق الفردية على طول متصل بدلاً من تأسيس أو تكوين فئات منفصلة. ويفترض هذا المدخل أن الناس سوف يظهرون انحرافًا إحصائيًا معتبرًا في الظاهرة السلوكية، المعرفية، والانفعالية ولا يفترض أن هذا الانحراف ابتداءً غير تكيفيًا أو مرضيًا.

(5-2-1-2) المداخل الخاصة بالعلاقات بين الأشخاص Interpersonal approaches:

يبدأ هذه المداخل بافتراض أن " السلوك غير السوي يقيم أو يسكن أو دالة لعلاقات الشخص الحالية المتبادلة مع الآخرين.. [و] ينتج من... فشل الشخص في الانتباه إلى وتصحيح قهر أو هزيمة الذات، ومن الفشل في تصحيح جوانب العلاقات غير الناجحة المتعلقة بأفعاله أثناء علاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين **(Kiesler,1991,pp.443-444)**.

ولا تركز هذه المداخل على سلوك الأفراد لكن تركز بالأساس على سلوك الأفراد المتفاعلين في نسق أو نظام مع الآخرين**(Benjamin,1996;Kiesler,1991)**. على سبيل المثال، يهتم ما يعرف بالتشخيص العلاقي **Relational Diagnosis** " بفهم بناء، وظيفة، وأنماط التفاعل، ويفترض أن التشكيلات النظرية والتدخلات الإكلينيكية يجب أو تستهدي بفهم العرق، الثقافة، الدين، النوع، والتفضيل الجنسي"**(Kaslow,1996,p.v)**. مما يمثل تناقضًا بينًا مع و/أو هدمًا صريحًا لافتراض الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أن الاضطرابات النفسية تكمن أو تستوطن داخل الفرد.

(5-2-1-3) مدخل صياغة بنية الحالة The Case Formulation Approach:

يقر هذا المدخل أن الطريقة الأكثر فائدة لفهم المشكلات النفسية والسلوكية لا تتمثل في تعيين، نسبة، أو ,ضع الناس ومشكلاتهم تحت فئات معينة بل تكوين وصياغة فروض حمل " أسباب، العوامل المرسبة، والمؤثرات التي تبقي على مشكلات الشخص النفسية والسلوكية، وعلى مشكلات علاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين" **(Eells,1997,p.1)**.

وبسبب أن مدخل صياغة بنية الحالة توجه بنظرية معينة، فإنه يعد إذن أطروحة مضادة للمدخل الوصفي غير النظري الذي يأخذ به الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. ويولي أنصار مدخل صياغة بنية الحالة معظم انتباههم للتوجهات السلوكية والمعرفية في علم النفس بل ويعتبرون أنفسهم منظرون سلوكيين ومعرفيين، لكنهم في ذات الوقت يدافعون عن مدخل التحليل النفسي، صيغة التحليل النفسي محدودة الوقت، والتوجهات التي تركز على تعرف وتحليل العلاقات بين الشخصية، والتوجهات التجريبية**(Eells, 1997)**.

وعلى الرغم من تنوع مداخل صياغة بنية الحالة إلا أنها تشترك جميعًا في عدة **خصائص منها:**

(5-2-1-3-1) تجنب الفئات والتسميات أو النعوت التشخيصية.

(5-2-1-3-2) الاهتمام بما يفعله، يفكر فيه، يشعر به الشخص وليس بمن هو أو بما يمتلكه.

(5-2-1-3-3) التأكيد على صياغة وتطوير تدخلات علاجية مؤسسة أو موجه بنظرية تتسق مع أو تتواءم مع احتياجات وأهداف الفرد المحددة.

(5-3) الخصائص المشتركة بين بدائل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:

على الرغم من الاختلافات الواضحة، إلا أن المداخل الثلاث المشار إليها تشترك جميعها في عدة نقاط منها: (5-3-1) رفض تأكيد أيديولوجية المرض على صيغ الخلل النفسي الوظيفي فقط.

(5-3-2) رفض الافتراض القائل بأن المرض النفسي أو الخلل النفسي الوظيفي يكمن داخل أو يستوطن البنية الداخلية للناس.

(5-3-3) رفض نظم التصنيف والفئات التشخيصية الجامدة التي يأخذ بها الدليل التشخيصي

الشواهد الإمبريقية التي تدلل على صدق مدخل الأبعاد في دراسة التوافق النفسي هي الأقوى في مجال الشخصية والاضطرابات النفسية

تظهر دراسات التحليل العاملي لمشكلات الشخصية بين المجتمع العام ومجتمع الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية تشابهًا لافتًا للنظر بين المجموعتين

أن الاضطرابات الانفعالية الكلينيكية غير منفصلة عن مجموعات الخبرة الانفعالية كما أنها لا تنفصل أيضًا عن صيغ الكدر والمشكلات الانفعالية اليومية

تفيد كذلك بحوث الاكتئاب والفُصام (الإسيكزوفرينيا) أنه من الأفضل التعامل مع هذه الاضطرابات من خلال اعتبارها تجمعات على أبعاد تتضمن أو تستوعب الفروق الفردية، وليس التعامل معها كما لو كانت متلازمات مرضية منفصلة

والإحصائي للاضطرابات النفسية.

(5–3–4) أيضًا، بسبب أن هذه المداخل البديلة تهيئ المجال لدراسة وفحص وتحليل الأداء النفسي الوظيفي السوي التكيفي والأداء النفسي الوظيفي الشاذ أو غير التكيفي، فإنها تتواءم أو تتطابق مع الأهداف والمبادئ الأساسية لعلم النفس الإيجابي.

يوجد تمييز أو اختلاف فارق بين الأداء النفسي الوظيفي السوي والأداء النفسي الوظيفي غير السوي أو الشاذ

6. خاتمة واستنتاجات:

لقد عمرت أيديولوجية المرض أكثر من اللازم وحان الوقت بالفعل ليغير الأخصائيون الإكلينيكيين طريقة نظرتهم إلى وتعاملهم مع المجال، وتغيير الطريقة التي ينظر بها العامة إلى مجال وموضوع علم النفس الإكلينيكي.

ويقدم علم النفس الإيجابي فرصة لإعادة توجيه وإعادة تشكيل رؤانا لعلم النفس الإكلينيكي عبر تمكيننا من إعادة بلورة وصياغة رؤى جديد للصحة النفسية والتكيف والتوافق الإنساني. ونحن في الحقيقة في حاجة إلى علم نفس إكلينيكي غير مؤسس على أيديولوجية المرض بل يؤسس على وينطلق من أيديولوجية علم النفس الإيجابي التي تتبنى بقوة:

أن المتلازمات المنفصلة التي تسمى " اضطرابات نفسية " لها وجود واقعي فعلي ولها خصائص فعلية حقيقية بمعنى أن لها كينونة وجود مادي فعلي في الواقع

(1) تفتيت وتصنيف البشر والخبرة الإنسانية والنظر إليهم من زاوية المرض والخلل والشذوذ.

(2) الافتراض القائل بأن ما يطلق عليه الاضطرابات النفسية توجد، تقيم، تسكن، أو تستوطن داخل الأفراد، بل التعامل مع هذه الاضطرابات باعتبارها دالة للعلاقات المتبادلة بين الفرد والآخرين والثقافة بصورة أوسع. (3) نبذ الفكرة التي مفادها أن فهم ما هو أسوأ وما هو أضعف أكثر أهمية من فهمنا لما هو أفضل وما هو أقوى.

ويجب أن تبدأ عملية تغيير أيديولوجية المرض بتغيير اللغة التي نستخدمها في التحدث عن السلوك البشري وعن المشكلات التي يخبرها أو يعاني منها الكائنات البشرية خلال مسارات حياتهم . تغير من استخدام لغة أيديولوجية المرض إلى إثراء واستخدام لغة علم النفس الإيجابي . .

قد أصبح واضحًا وجود ما يعرف بالتحيز الفاسد نحو الاختبار الإثباتي التأكيدي للفرض والذي ينشد ويسعى المهنيون الإكلينيكيون تأثرًا به إلى تلمس وجمع كل المعلومات المساندة أو المؤيدة للافتراض الذي مفاده أن لدى العميل [المريض] اختلالاً نفسيًا كلينيكيًا دالاً أو اضطرابًا نفسيًا دالاً. ويزيد بطبيعة الحال استخدام هذه الاستراتيجية احتمال الخطأ والتحيز في الإدراك والحكم

وبسبب أن لغة أيديولوجية المرض هي اللغة التي اعتمدها وأثراها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن إعادة صياغة هذه اللغة يجب أن تبدأ بتفكيك ودحض أيقونة أيديولوجية المرض، وإذا استمر توقيرنا أو تبجيلنا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، تصبح عملية تغيير تحدثنا عن الناس وعن المشكلات في الحياة شديدة البطء، إن لم تكن مستحيلة.

وصيغت أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لخدمة والاستمرار في خدمة أهدافًا اجتماعية، سياسية، واقتصادية لمن شاركوا في صياغته. ولم تتعزز هذه الأيديولوجية وذاك الدليل عن طريق جهود الأفراد والمؤسسات التي تعمل هذه الأيديولوجية وذاك الدليل على خدمتها فقط، بل استقرت وعززت أيضًا بسبب مجموعة من الافتراضات غير المنطقية وغير المؤيدة إمبريقيًا عن الفهم الأفضل للسلوك البشري، التكيفي وغير التكيفي.

ويجب على علماء النفس الوعي بطبيعة التكوين والمضامين الاجتماعية للافتراضات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والتي توجه أنشطة الممارسات المهنية في مجال علم النفس الإكلينيكي، كما يجب أن يعي الإكلينيكيون الضعف والقصور المنطقي والإمبريقي لهذه الافتراضات.

كما علينا أن لا نتوقف عن التساؤل عن و/الشك في القوى الاجتماعية الثقافية والافتراضات الفلسفية التي تجسد أرضية أيديولوجية المرض، الدليل التشخيصي والإحصائي، وأرضية علم النفس الإكلينيكي المرضي المشوه والضار الذي يسود المجال في الوقت الحالي. ونحتاج أخيرًا إلى أن نشجع طلابنا، عامة الناس، وصناع السياسة لتفكيك ودحض أيديولوجية المرض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

محكات السواء واللاسواء (أو

7. المراجع

1. Alarcon, R. D., Foulks, E. F., & Vakkur, M. (1998). Personality disorders and culture:

2. Albee, G. W. (2000). The Boulder model's fatal flaw. American Psychologist, 55, 247-248.

3. American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental

4. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental

5. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental

6. Anthony, J. L., Lonigan, C. J., & Hecht, S. A. (1999). Dimensionality of post-traumatic

aspects of humanity. Invited address presented at the annual meeting of the American

assessment. Washington, DC: American Psychological Association.

7. Bandura, A. (1978). On paradigms and recycled ideologies. Cognitive Therapy and

8. Bandura, A. (1998, August). Swimming against the mainstream: Accenting the positive

9. Barkley, R. A. (1997). ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford.

10. Barlow, D. H. (1991). Introduction to the special issue on diagnosis, dimensions, and

11. Barone, D. F., Maddux, J. E., & Snyder, C. R. (1997). Social cognitive psychology: History and Current Domains. Ney York: Springer.

12. Baumeister, R. F., & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. Psychological Bulletin, 104(1), 3-22.

13. Beall, A. E. (1993). A social constructionist view of gender. In A. E. Beall & R. J.

14. Becker, H. S. (1963). Outsiders. New York: Free Press.

15. Benjamin, L. S. (1996). Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders (2nd ed.). New York: Guilford.

16. Brenner, C. (1973). An elementary textbook of psychoanalysis. New York: Anchor CA: Sage.

17. Claridge, G. (1995). The origins of mental illness. Cambridge, MA: Malor Books.

18. classification. Annual Review of Psychology, 50, 79-107.

19. Clinical and conceptual interactions. New York: Wiley.

clinical/counseling psychology. American

الصحة والمرض) ومحكات اضطرابات نفسية معينة محكات بالغة الغموض وبالتالي غالبًا ما تفضي في معظم الحالات حدوث أخطاء وتحيزات في الإدراك

يكتسب المهني الإكلينيكي إحساس مزيف بالثقة في إدراكه الاجتماعية وقدراته على الحكم. مما يؤدي بدوره إلى اعتقاده بأنه يعلم أو يعرف المرض أو الخلل عندما يراه وأن هؤلاء الناس الذين يتعامل معهم تنطبق عليهم الفئات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

تظهر نتائج البحوث وجود ارتباط موجب بين خبرة المهني الإكلينيكي والخطأ والتحيز في تقدير وإدراك والتفكير في العملاء [المرضى]

أن صدق مخططات التصنيف من الأفضل أن يقيم تأسيسًا على فائدتها أو " إلى أي مدى هي ناجحة في تحقيق

Psychologist, 42, 904-911.

20. constructions of race, sex and gender, social class, and sexual orientation. New York: McGraw- Hill.

Costello, C. G. (1993a). Symptoms of depression. New York: Wiley.

21. Costello, C. G. (1993b). Symptoms of schizophrenia. New York: Wiley.

22. Costello, C. G. (1996). Personality characteristics of the personality disordered. New York: Wiley.

23. Dawes, R. M. (1998). Behavioral decision making and judgment. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), Handbook of social psychology (Vol. 1) (pp. 497-548). New York: McGraw-Hill.

24. Deconstructing psychopathology. London: Sage.

25. disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

26. disorders (4th ed., text revision).

27. disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

28. DSM-IV: The science of classification. Journal of Abnormal Psychology, 100, 243-244.

29. Eells, T. D. (1997). Psychotherapy case formulation: History and current status. In T. D. Eells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation (pp. 1-25). New York: Guilford.

30. Evidence that dyslexia may represent the lower tail of normal distribution of reading ability.New England Journal of Medicine, 326, 145-150.

31. Follete, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of

32. Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the

33. frameworks for psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association.

34. Garb, H. N. (1998). Studying the clinician: Judgment research and psychological

35. Gilman, S. L. (1988). Disease and representation. Ithica, NY: Cornell University Press.

36. History and current domains. New York: Plenum.

37. individual differences? In V. J. Derlega, B. A. Winstead, & W. H. Jones (Eds.), Personality: Contemporary theory and research. (pp. 541-571). Chicago: Nelson-Hall.

38. Kaslow, F. W. (Ed.). (1996). Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family

39. Kiesler, D. J. (1991). Interpersonal methods

أهدافًا معينة

إلى أي مدى يسهل هذا النظام التصنيفي تصميم طرق فعالة لمساعدة الناس على العيش حياة أكثر سعادة أو رضا"؟.

إذا كان هدف مهنة الصحة النفسية مساعدة العميل [المريض]... فإن الباب مفتوح على أسئلة أكثر براجماتية أو أكثر عملية. تدور في الأساس حول إلى أي مدى يساعد أو يضار العميل [المريض] بمطلب التصنيف؟

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يحكم صياغته دليلاً وصفيًا فقط وغير مؤسس على أي إطار مرجعي نظري بما يصح القول بأنه مضاد للنظرية أو غير نظري. وبسبب ذلك لا يتعامل هذا الدليل مع التشخيص السببي Etiology للاضطرابات التي يصفها

of assessment and diagnosis. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology (pp. 438-468). New York: Pergamon.

40. Kimble, G. (1995). Psychology stumbling down the road to hell. The General Psychologist, 31, 66-71.

41. Korchin, S. J. (1976). Modern clinical psychology. New York: Basic Books.

42. Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and

43. Leary, M. R., & Maddux, J. E. (1987). Toward a viable interface between social and

44. Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genotypic structure of traits delineating personality disorder. Archives of General Psychiatry, 55, 941-948.

45. Lopez, S. R., & Guarnaccia, P. J. J. (2000). Cultural psychopathology: Uncovering the

46. Lubinski, D. (2000). Scientific and social significance of assessing individual differences: "Sinking shafts at a few critical points." Annual Review of Psychology, 51, 405-444.

47. Maddux, J. E., & Mundell, C. E. (1999). Disorders of personality: Diseases or

48. McNamee, S., & Gergen, K. J. (1992). Therapy as social construction. Thousand Oaks,

49. Morrow, W. R. (1946). The development of psychological internship training. Journal of Consulting Psychology, 10, 165-183.

50. Nathan, P. E., & Langenbucher, J. W. (1999). Psychopathology: Description and

51. Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (Eds.). (1994). Constructivism in psychotherapy.

52. Neimeyer, R. A., & Raskin, J. D. (1999). Constructions of disorder: Meaning-making

53. Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1992). Human emotion: Function and dysfunction. Annual Review of Psychology, 43, 55-86.

54. Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T., & Stowell-Smith, M. (1994).

patterns. New York: Wiley.

55. Peele, S. (1995). Diseasing of America. San Francisco: Lexington Books.

56. Persons, J. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than perspective: A systemic coconstructive-developmental framework. In R. A. Neimeyer & J. D. (52) Raskin (Eds.), Construction of disorder: Meaning making frameworks for psychotherapy (pp. 309-332). Washington, DC: American Psychological Association.

process. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology. (pp. 350-

التنبؤ ببديل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أمرًا بالغ الصعوبة، على الرغم من رؤية ثلاثة منافسين له في المشهد منذ بعض الوقت

رفض تأكيد أيديولوجية المرض على صيغ الخلل النفسي الوظيفي فقط

رفض الافتراض القائل بأن المرض النفسي أو الخلل النفسي الوظيفي يكمن داخل أو يستوطن البنية الداخلية للناس

رفض نظم التصنيف والفئات التشخيصية الجامدة التي يأخذ بها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية

لقد عمرت أيديولوجية المرض أكثر من اللازم وحان الوقت بالفعل ليغير الأخصائيون الإكلينيكيين طريقة نظرتهم إلى وتعاملهم مع المجال، وتغيير الطريقة التي ينظر بها العامة إلى مجال وموضوع علم النفس الإكلينيكي

375). New York: Pergamon.

57. psychiatric diagnosis. American Psychologist, 41, 1252-1260.

58. Psychological Association, San Francisco, CA.

Psychology, 45, 104-114.

59. Raskin, J. D., & Lewandowski, A. M. (2000). The construction of disorder as human enterprise. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), Constructions of disorder: Meaning making frameworks for psychotherapy (pp. 15-40). Washington, DC: American Psychological Association.

60. Reisman, J. M. (1991). A history of clinical psychology. New York: Hemisphere.

61. Research, 2, 79-103.

62. Resnek, L. (1987). The nature of disease. New York: Routledge & Kegan Paul.

63. Resnek, L. (1997). Evil or ill? Justifying the insanity defense. London: Routledge.

64. Rigazio-DiGilio, S. A. (2000). Reconstructing psychological distress from a relational

65. Rosenblum, K. E., & Travis, T. C. (Eds.). (1996). The meaning of difference: American

66. Ross, A. O. (1980). Psychological disorders of children: A behavioral approach to theory, research, and therapy (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

67. Routh, D. K. (2000): Clinical psychology training: A history of ideas and practices prior to 1946. American Psychologist, 55, 236-240.

68. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An

69. Shaywitz, S. E., Escobar, M. D., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M. & Makuch, R. (1992).

70. Shorter, E. (1997). A history of psychiatry. New York: Wiley.

71. Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams, V. (in press).

72. Snyder, C. R., Shenkel, R. J., & Lowery, C. (1977). Acceptance of personality

social world of mental illness. Annual Review of Psychology, 51, 571-598.

73. Sternberg (Eds.), The psychology of gender. (pp. 127-147). New York: Guilford.

74. Stone, G. C., Cohen, F., & Adler, N. E. (Eds.). (1979). Health psychology: A handbook.

75. Szasz, T. J. (1974). The myth of mental illness. New York: Harper & Row.

the creation of mental disorders. New York: Free Press.

يجب أن تبدأ عملية تغيير أيديولوجية المرض بتغيير اللغة التي نستخدمها في التحدث عن السلوك البشري وعن المشكلات التي يخبرها أو يعاني منها الكائنات البشرية خلال مسارات حياتهم. تغير من استخدام لغة أيديولوجية المرض إلى إثراء واستخدام لغة علم النفس الإيجابي

ويجب أن تبدأ عملية تغيير أيديولوجية المرض بتغيير اللغة التي نستخدمها في التحدث عن السلوك البشري وعن المشكلات التي يخبرها أو يعاني منها الكائنات البشرية خلال مسارات حياتهم. تغير من استخدام لغة أيديولوجية المرض إلى إثراء واستخدام لغة علم النفس الإيجابي

بسبب أن لغة أيديولوجية المرض هي اللغة التي اعتمدها وأثراها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن إعادة صياغة هذه اللغة يجب أن تبدأ بتفكيك وحدض أيقونة أيديولوجية المرض

76. Washington, DC: American Psychological Association.

77. Watts, A. (1951). The wisdom of insecurity. New York: Vintage Books.

78. Watts, A. (1966). The book: On the taboo against knowing who you are. New York:

79. Widiger, T. A. & Sankis, L. M. (2000). Adult psychopathology: Issues and controversies. Annual Review of Psychology, 51, 377-404.

80. Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1991). Diagnosis and clinical assessment. Annual Review of Psychology, 42, 109-134.

81. Wills, T. A., & DePaulo, B. M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking

82. Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. American Journal of Psychiatry, 150, 399-410.

ويجب على علماء النفس الوعي بطبيعة التكوين والمضامين الاجتماعية للافتراضات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والتي توجه أنشطة الممارسات المهنية في مجال علم النفس الإكلينيكي، كما يجب أن يعي الإكلينيكيون الضعف والقصور المنطقي والإمبريقي لهذه الافتراضات

إرتباط كامل النص:
http://www.arabpsynet.com/Documents/DocAbouHalawa-StopTheMadness.pdf

شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تعاون عربي رقيا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي
http://www.arabpsynet.com/
المتجر الالكتروني
http://www.arabpsyfound.com

*** *** ***

الكتاب السنوي 2020 لـ " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار الثامن)

الشبكة تدخل عامها21 من التأسيس و 18 على الويب

21 عاما من الكدح... 18 عاما من الإنجازات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الويب: 2003/06/13)
http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf

اشتراكات العضوية بموسسة العلوم النفسية العربية للعام 2021

اشتراكات العضوية

عضوية "الشريك الفخري الماسي المميّز" / "الشريك الفخري الماسي"

عضوية "الشريك الشرفي الذهبي "

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_category=36&controller=category&id_lang=3

*** *** ***

شاركونا اعمالنا على صفحاتكم للتواصل الاجتماعي....

معا يصل صوتنا ومعكم نذهب أبعد...

معا نرقى بانساننا، فترقى اوطاننا، وترقى امتنا