

الطب العقلي السلالي وإشكالية علاج المهاجر

د. سعيد بوعون

جامعة باتنة 1

sbououne@yahoo.fr

Abstract

The aim of this article is to present one of the new axes of psychopathology and psychotherapy specific to the migratory situation. In societies with a strong presence of immigrants, the care of people in difficulty requires a different care. The difference of the migrant will imply by logic, a difference in the nosography and in the therapeutic management. The different look towards the Other, the Immigrant, gave birth to a new discipline called "Ethnopsychiatry".

This new discipline "Ethnopsychiatry" is at the crossroads of many other disciplines that treat man in his connection with society and culture, he takes the source of these disciplines to make it a path proper to it. The complexity of the interconnections between human beings, society and culture has given rise to a rich and complex conceptual production which we propose to present to the reader through this article.

Keywords : Ethnopsychiatry, CBS «Culture Bound Syndroms», Cultural psychoanalysis, Immigrant, Medical anthropology.

ملخص

يهدف هذا المقال إلى طرح واحد من المحاور الجديدة في علم النفس المرضي وفي العلاج النفسي الخاص بالوضعيات المحجوبة. ففي المجتمعات ذات النسبة العالية من المهاجرين يصبح التكفل بالأفراد من ذوي الصعوبات النفسية أمرا يتطلب شكلا مخالفا مما هو معتاد عليه من تكفل وعلاج. فخصوصية المهاجر تتطلب تناولا جديدا لفهم الاضطراب العقلي والتكفل العلاجي به. فالوضعيات الجديدة الناتجة عن تواجد المهاجر وما نتج عنه من زعزعة للمفاهيم التقليدية الخاصة بتفسير المرض والتكفل به نشأ عنه ميلاد تخصص جديد يسمى "العلاج الطبي السلالي".

هذا التخصص الجديد "الطب العقلي السلالي" يقع في مفترق الطرق بين العديد من التخصصات الأخرى التي تتناول الإنسان في تشابكه مع المجتمع والثقافة وتشعب من هذه التخصصات لتصنع لنفسها مسارا خاصا بها. إن هذه التشابكات المعقدة بين الإنسان والمجتمع والثقافة سمحت بظهور مفاهيم غنية ومعقدة والتي نأمل من خلال هذا المقال طرحها على القارئ.

كلمات مفتاحية : طب عقلي سلالي "إثني"، تناذرات مرضية ثقافية، تحليل نفسي ثقافي، مهاجر، أنثروبولوجيا طبية.

مقدمة

لكل ثقافة منتوجها من المرض العقلي، ولكل مجتمع معاييرها في تحديد الشذوذ، ولكل مجموعة بشرية أنماطها التفسيرية لأسباب الألم والعجز والضياع. وأمام عجز الطب العقلي التقليدي وتقنيات البحث والعلاج النفسي في فهم تنوع التعابير المرضية في الحالات التي يواجهها ظهرت فروع جديدة انطلاقاً من الدراسات الأنثروبولوجية في ميادين الصحة والمرض والأنظمة العلاجية والطبية في المجتمعات غير الغربية. وبالرغم من التوجهات الفولكلورية والنظرة الأنثرومركزية *Ethnocentrisme* الناتجة من الوضع الاستعماري والتي أساءت للمجتمعات التقليدية من جهة ولجدية الأبحاث والدراسات التي تمت في هذا الميدان في بدايات هذه الأبحاث إلا أنه ومع تراكم الدراسات الميدانية وتنوعها بدأت تتحدد خيوط ميادين جديدة بدأت تفرض نفسها لضرورتها وأهميتها في الميادين التطبيقية.

إن ما يجب التأكيد عليه هو أن الأنماط السببية والعلاجية، حسب ما يذكره فرانسوا لابلانتي (1973) *Laplantine François*، هي أنماط ذات طابع لاشعوري. فأمام أشكال الألم والوجع غير المفهوم تضع كل ثقافة وكل مجموعة بشرية أنظمة خاصة بما لفهم المرض ولتفسيره ولوضع التقنيات الضرورية لمواجهته والحد منه وعلاجه. هذه الأنظمة "وهي حقيقة تمس كل ثقافة وكل مجتمع" لها تكوينها النظري وبناءها المنطقي وفعاليتها الرمزية في كل مجتمع مهما كان حظه من التمدن ومن الامتلاك المادي، أو كما يعبر عنها كلود ليفي ستروس "المطبوخ بالدار" "*fait maison*".

إن الطب العقلي السلافي (أو كما يفضل بعضهم ترجمته بالطب العقلي الإثني) إذا صحت ترجمته مصطلح *Ethnopsychiatrie* هو ذلك الجانب التطبيقي للأنثروبولوجيا الطبية *Anthropologie médicale* وتلك الأبحاث التي تمت في مجال انثروبولوجيا المرض *Anthropologie de la maladie* منذ فرازر ومورا بالدراسات الميدانية لجورج دوفرو *Georges Devereux* ووصولاً إلى الأبحاث التي قدمتها خاصة المدرسة الفرنسية و الكندية.

ومن هنا فالهدف هو طرح موضوع جديد بالنسبة للمتخصص في مجال علم النفس. تخصص يأخذ مكانه بشكل واضح في المجتمعات الغربية من خلال ارتباطه بإشكالية حديثة بالنسبة إليهم وهي كيفية التكفل بالمهاجر المتواجد على أراضيهم.

والتخصص يطرح العديد من المفاهيم التي تعد أساسية لبنائه وتميزه من بين التخصصات المختلفة التي تتقاطع معه في تناول الإنسان ومشكلاته. لقد اعتمدنا في تناولنا للموضوع على عرض

بعض المحاور التي نعتقد أنها أساسية لبناء مدخل أولي يتيح للقارئ أن تكون له رؤية متعددة الزوايا عن لبعض مكونات هذا التخصص من محاور ومفاهيم.

فالتعريف بالموضوع يسمح بوضع التخصص في حيزه بين باقي التخصصات ويعطيه صورة مختصرة. بينما إشكالية المنهج فتيح للقارئ تلمس خصوصية طرقه البحثية بالرغم من تقاطعه مع بعض التخصصات الأخرى. كما أن النماذج المطروحة فيما أصبح يعرف بالتناذر الثقافي «Culture Bound Syndrome» CBS تعطي فكرة عن أهمية هذا المفهوم الجديد في التصنيفات الدولية الحديثة مثل تصنيف المنظمة العالمية للصحة ICD.10 و الدليل التشخيصي والاحصائي DSM.5 التي لم تعد بإمكانها تجاوز هذه المفاهيم وإهمالها. أما علاقته بالتحليل النفسي فهي علاقة نشأة وتأسيس لأن الطب العقلي السلالي ولد من رحم التحليل النفسي خاصة مع جورج دوفرو. فالتعرض للتحليل النفسي يعطي فرصة التركيز على هذه العلاقة ومدى الترابط العضوي بينهما وما هي أهم النقاط المشتركة بينهما.

كما أن تناول الجانب التطبيقي يسمح بفهم أن التخصص ليس بمعزل عن كل إمكانيات تطبيقه في الميدان لحل المشكلات اليومية لقطاع كبير من المواطنين. هذه الإمكانية التطبيقية تملك بعض التقاطع الجاد مع العلاجات التقليدية وعلاقة كليهما مع مفهوم أساسي في العلاج النفسي وهي "الفعالية الرمزية". هذا الحضور الأكيد في مجال التطبيق العلاجي يمثله بوضوح أحد المراكز الهامة في أوروبا وهو مركز دوفرو بضواحي باريس.

مفهوم الطب العقلي السلالي

إن مصطلح الطب العقلي السلالي مركب من ثلاث جذور لغوية يونانية - سلالة *Ethno* ونفس *Psy* وعلاج *Iatreia*. و الطب العقلي السلالي خاصة في الدراسات الفرنسية والكندية يأخذ منحى تحليلي نفسي *Psychanalytique* عكس الدراسات التي تمت في مجال الأنثروبولوجيا الطبية واثروبولوجيا المرض وما يميزه أيضا هو اعتباره علم متعدد الاختصاصات *Pluridisciplinaire* من حيث أنه علم يتناول موضوع دراسته من خلال مجموع وجهات نظر متنوعة تبنى على أساس تقارب المختصين والتخصصات أو بتعبير آخر التواجد الآني لعدة تخصصات. في مقال له يوضح طوي ناطان أنه يمكن للطب العقلي السلالي أن يكون متعدد الأبعاد من خلال كونه مولدا للصراع بين التخصصات المكون له (علم السلالات والطب العقلي) وكيف لكل تخصص أن يلعب دور المشكك والحطم لادعاءات التخصص الآخر (Nathan, T. 2010) وليس بعلم متداخل التخصصات *intra-disciplinaire* يستعين بعناصره "التخصصية" الداخلية التي تشكل

تبادل داخلي أكثر منه تبادل مع عناصر خارجة عن الاختصاص -40 (Lenoir, Y. 2003, pp 48). ولتعريف المصطلح بشكل مبسط يمكن القول أن "الطب العقلي السلالي" "الإتني" هو تخصص يهتم بالاضطرابات العقلية والنفسية في علاقتها بالسياق الثقافي من جهة وبالأنظمة الثقافية المفسرة لها والمعالجة لها من جهة ثانية وهي من خلال ذلك تقترح طرقا علاجية للتكفل بالمهاجر في الكثير من الدول الغربية".

والمشكلة التي يطرحها هذا المجال الطبي الجديد هي نفس الإشكالية التي طرحتها ومازالت تطرحها كل العلوم الإنسانية وهي إشكالية التكامل المعرفي و ما تقصد به من خلال هذا التعبير هو التكامل في فهم الإنسان وفهم الثقافة والمجتمع الذي ينتمي إليهما والتي تحدد -على الخصوص في ما يهمنا في هذا المقام- طبيعة الاضطراب العقلي، تفسيراته، والأشكال العلاجية المقترحة.

إن المختص في الطب العقلي السلالي يسعى من خلال تدخلاته العيادية التطبيقية إلى إعادة وضع المريض في حيزه الأصلي والبحث عن تلك التشابكات والروابط المعقدة - الثقافية والعقائدية والاجتماعية والنفسية- التي تحدد المسار الذي يأخذه الاضطراب ونوعية التعبير السيميولوجي الذي يأخذه هذا الاضطراب وحتى الاستعانة في كثير من الحالات بالأشكال العلاجية التي تقترحها ثقافة المريض وعقيدته والمجموعة التي ينتمي إليها.

إن أول استعمال لمصطلح *Ethnopsychiatrie* يعود للباحث Louis Mars من هايتي الذي كان يهتم أساسا بظاهرة الفودو Vaudou وذلك في مقال نشره في "مجلة *Bulletin de l'Association médicale haïtienne*" ثم أخذه بعد ذلك الباحث جورج دوفرو ثم من بعده طوي ناتان الذي أنشأ أول إستشارة "طبعقلية إثنية" *consultation d'ethnopsychiatrie* بفرنسا وذلك عام 1979 بمستشفى ابن سينا Avicenne l'Hôpital بباريس والتي ظهرت مثيلات لها فيما بعد بكندا وإيطاليا وبلجيكا وسويسرا وغيرها. وفي 1993 أنشأ طوي ناتان مركز جورج دوفرو بجامعة باريس 8 والذي بقي على رأسه حتى عام 1999.

إشكالية المنهج في الطب العقلي السلالي

في كثير من الأحيان يبدو لغير المتخصص أن الطب العقلي السلالي هو شكل من المزج بين نظريات الطب العقلي التقليدي *La Psychiatrie* وعلم الأجناس والسلالات *Ethnologie*. لكن المشكلة التي طرحت مع الإرهاصات الأولى لهذا العلم والتي لا تزال تطرح في بعض الأحيان هو ما يتعلق بالجانب المنهجي.

فقد أظهر هذا العلم الحديث نقائص فيما تعلق بالجانب المنهجي (خاصة في منحاه الإثنولوجي) بحيث كان يبدو منهجه مجرد شكل من الجمع والجرد *Un Inventaire* لأهم التقنيات والأشكال الطبية والعلاجية المكتشفة والمعروفة في كل ثقافة ومجتمع دون تقديم منهج مؤسس وخاص به كعلم مستقل يميزه عن باقي العلوم وبالخصوص يعطيه استقلالته فيما يتعلق بالأطروحات التقليدية. لكن ما يجب التأكيد عليه رغم ما يحق لنا من نقد وطلب إعادة نظر في بعض النظريات المطروحة في هذا الإطار هو أن الاكتشافات التي طرحتها الدراسات السلالية - وهو ما نعتبره من أهم إسهامات الطب العقلي السلالي - كان أصلا لكشف نقائص نظريات الطب العقلي التقليدي وهو ما أكدته الطبقات المنقحة للتصنيف الأمريكي للأمراض العقلية DSM.IV (1994) و DSM.IV.TR (2000) و DSM.5 (2013) وكذا الاهتمام الذي توليه النظريات العقلية الحديثة للجوانب العقائدية والثقافية و السلالية في تشكيل الأمراض النفسية والعقلية.

ففي كتابه "*De l'angoisse à la méthode*" (1967) بين جورج دوفرو أهمية إعادة النظر في كل العملية الخاصة بعلاقة الباحث في مجال العلوم الانسانية بموضوع بحثه. فالباحث بالنسبة لدوفرو لا يجب عليه أن ينسى أن ما يلاحظه عندما يقوم بعمله إنما يلاحظ ردود أفعال الآخرين لملاحظاته. فليس هناك معطيات مستقلة عن ملاحظاته.

ولو عدنا للأعمال الأولى لدوفرو مع المهنود الموهاف في الأريزونا والتي تعد أهم دراسة في الطب العقلي السلالي (Devereux, G. 1961) لاستطعنا الخروج ببعض المبادئ المنهجية الأساسية لهذا العلم. فقد تحدث عن تصنيفات الموهاف للاضطرابات العقلية والتي ليس من السهل ترجمتها بشكل مقبول مثل "عصاب الصياد" وغيرها... وكذا حديثه عن الاضطرابات التي تسببها مثلا "نجاسة الأجنبي" أو التي يسببها "التعامل مع الأشباح". بل ويذهب إلى أن الموهاف يملكون نظرية واضحة عن مصدر الاضطرابات فيما يخص مثلا "نجاسة الأجنبي". ومن هنا يبدو واضحا أنه من الصعب تصور جسور بين هذه التصورات والمفاهيم الغربية في مجال الطب العقلي ليس فقط بسبب صعوب ترجمتها ولكن من خلال استحالة نقل روح هذا التصور من ثقافة لأخرى.

Zempléni A. وفي دراسة له حول الولوف *Wolofs* والليبو *Lébous* بالسنغال يوضح

منهجه في البحث برجوعه إلى الكيفية التي يحدد بها هؤلاء مفهومهم "للاضطراب العقلي". وهو يرى أن على الباحث أن لا يسعى إلى تفسير الظاهرة من منطلق سيكاتري غربي أو تحليلي نفسي بل عليه أن يعطي الأولوية للتفسيرات المحلية التقليدية.

إن إشكالية المنهج في الطب العقلي السلافي يطرح أيضا مشكلة اعتبار التقنية العلاجية على أنها ذات خصوصية ثقافية ومن هنا ما هو الطرح المفاهيمي الذي يمكن للباحث أن يتعامل به مع المعطيات التي أمامه؟ هل من خلال الطرح الانثروبولوجي؟ أم السيكتاري؟ أم من خلال الطرح الثقافي الذي ينتمي إليه المريض؟ وهو التساؤل الذي لا يزال يغذي النقاشات الحادة حول المجموعات المرضية في التصنيفات الدولية الحديثة ICD.10 و DSM.5.

الإشكال الثاني يطرح على مستوى فعالية التقنية في حد ذاتها من حيث السعي للإجابة عن سؤال هام يخص طبيعة الشفاء وهل ما تحققه التقنيات التقليدية هي من نفس طبيعة ما تحققه التقنيات العلمية "الغريبة"؟ فقد حاول الكثير إرجاع تفسير فعالية العلاج التقليدي إلى مفاهيم غريبة وهو ما يعكس النظرة الإتنومركزية المتعالية لبعضهم. فقد تم تفسيرها بإرجاعها إلى "التحويل" (روحيم) وبعضهم أرجعها إلى "الإيحاء" وبعضهم إلى ظاهرة "الاعتقاد وقوة المعتقد" (ليني ستروس) أو لإعادة التنظيم الاجتماعي *Réorganisations sociales* (زمبليسي) أو حتى لظاهرة تأثير البلاصيو *L'effet placebo* أو بإرجاعها لمفهوم "التجربة العاطفية الجماعية" في تفسير فعالية العلاجات الشامانية (مدرسة شيكاغو).

إشكالية المنهج تطرح أيضا من زاوية صحة النظرية الثقافية في حد ذاتها بإخضاعها للتجريب والملاحظة ومقارنة فعاليتها مع التقنيات "العلمية". غير أن هذه النظريات الثقافية هي غير النظريات "العلمية" "الغريبة" فهي لا تدرس ولا تنتقل من شخص إلى آخر وهي لا تعرض على أنها مجموع أفكار واضحة ومطروحة وعلى كل من يريد تعلمها أن يتبنى هوية المعالج التقليدي بحيث يصبح من الصعب على الطبيب الغربي مثلا أن يأخذ هوية المعالج التقليدي في ثقافة ما وأن يتبنى مكانته بين الجماعة الثقافية.

الاضطراب العقلي المحدد ثقافيا CBS : بعض النماذج

بالرغم من التوجه الحديث في مجال الأنثروبولوجيا العيادية إلى اعتبار العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية كتناذرات ثقافية بعضها ترتبط بالثقافات الغربية والمجتمعات الغربية كاضطراب كرب ما بعد الصدمة (Hinton Devon E. Good Byron J. 2015) والاضطراب الاكتئابي (Kleinman A. 2004) واضطرابات التغذية (Abou-Saleh, M. T., 1998) .. Younis, Y., & Karim, L. 1998) والتي بدأت تجد مكانها في التصنيفات الدولية المعتمدة (CIM-10 1992) و (DSM) في طبعاته الأخيرة (1994، 2000، 2013). والاضطراب العقلي المحدد ثقافيا مفهوم يعكس مجموع الاضطرابات النفسية والعقلية والعضوية ذات المعنى الخاص

والمرتبط بثقافة وبمناطق جغرافية محددة وهو كما يعرفه الدليل الأمريكي (DSM.5 2013) هي مجموعة أعراض Cluster ثابتة نسبيا وخاصة بمجموعة ثقافية أو إتنية أو بمنطقة جغرافية معينة والتناذر يمكن أن يعتبره أهله اضطرابا كما يمكنهم أن يعتبروه سلوكا سويا (DSM.5 p. 14).

ومن النماذج المرضية الثقافية الشهيرة يمكن ذكر :

- **الكورو Koro** : وهو شكل من الاكتئاب يمس مجموعة بشرية من أصل صيني. بحيث يعتقد المصاب أن قضيبه سيصاب بشكل من الضمور والاضمحلال داخل الجسد حتى الوصول إلى الموت.
- **لاطاه Latah** : وهو أيضا شكل من الاكتئاب يمس سكان الشرق الأقصى وشمال إفريقيا ويتميز بالصدى اللفظي و الصدى الحركي وهو ما يقترب في بعض أشكاله من تناذر بيك .PICK
- **وينديغو Windigo** : وهي إصابة على شكل اكتئاب في أوساط قبائل الهوبي الهندية بأمريكا الشمالية وخاصة لدى قبيلة ألغونكا بكندا. وفيه يشعر المريض بأنه يتحول إلى كائن أكل للحوم.
- **سيستو Susto** : وهو اضطراب يمس المجموعة السلالية اللاتينية بالولايات المتحدة و هو شكل من الإحساس بالخوف المرضي أو بالغصة ما بعد الصدمة *Stress Post-traumatique*. ومن الاضطرابات الذهانية يمكن ذكر الأشكال ومنها :
- **بيبلوكتو Pibloktoq** : وهو قريب من الهستيريا حسب الباحث إيلينرجر إلا أن هذا النوع من الاضطراب لم يعد له وجود بسبب ما أصاب هذه القبائل من تحلل ثقافي وبالأخص ما لحق بهم من مآسي أكبر قضت عليهم وعلى خصوصيتهم الثقافية بسبب الإدمان على الكحول. إلا أن بعض الباحثين يرفضون هذا الوصف ويعتقدون أن البيلوكتو في حقيقته خاصة لدى قبائل الإنويت هو نوع من الفصام يمس خاصة الإناث ويتميز بالعدوانية الخطيرة التي قد توصل بالمریضة إلى المرور إلى الفعل "القتل" *Passage a l'acte*.
- **الأموك Amok** : وهو تناذر اكتشائي لوحظ بالخصوص في منطقة البولونيزيا وفي أغلب منطقة جنوب شرق آسيا. وهذا الشكل يأخذ صورة العدوانية القاتلة.

التحليل النفسي والطب العقلي السلافي

إن من أنصار الاتجاه التحليلي النفسي من يدعو ويدعي بأن الإنسان أو الفرد الذي يبحث فيه الطب العقلي السلافي لا يتفق مع أي من التوجهات النفسية التي تقترحها العلوم النفسية الأخرى وإن التيار الوحيد القادر على تقديم الإطار النظري وحتى التطبيقي ولما لا الفلسفي لهذا المجال الجديد من الطب العقلي يبقى في نظرهم التيار التحليلي النفسي. في هذا الإطار هناك سؤال يفرض نفسه على كل باحث في هذا الميدان وهو ما مدى قدرة الأبحاث الأنثروبولوجية على الأخذ بعين الاعتبار بكل ما تم من اكتشافات قدمها ولا يزال يقدمها التحليل النفسي الفرويدي وما هي قدراته على استغلالها في تطبيقاتها العيادية والميدانية. وأمام هذا السؤال وصعوبة اختصار الإجابة في هذا المقام، يمكن الإشارة إلى الإجابات التي قدمتها مدرسة "الثقافة والشخصية" *Culture et personnalité* " من خلال دراساتها الأكاديمية المتنوعة.

فقط يمكن ذكر الأبحاث التي تمت حول موضوع عقدة الأوديب في الثقافات غير الأوروبية والتي جاءت إما لتفنيد النظرية التحليلية كما هو حال الدراسات التي قام بها الأنثروبولوجي الإنجليزي بوريسلاف مالينوفسكي *Malinowski* في قبائل تروبرياندي *Trobriandais* ليثبت بطلان نظرية فرويد التي تقول بعالميتها وصحتها في كل الثقافات ويقول بأن الخصوصيات الثقافية كما تثبتتها المجتمعات الأمومية كقبائل تروبرياندي حيث لا وجود لعقدة أوديب كما تحددها النظرية التحليلية النفسية. ثم ما جاء به بعده العالم النفساني جيزا روهيم *Geza Roheim* الذي قام بأبحاثه فوق نفس الميدان المالنوفسكي لتأكيد نظرية فرويد وتفنيد نتائج دراسة مالينوفسكي. يمكن أيضاً ذكر الأبحاث التي قام بها بعاصمة السنغال "ذاكار" عالمي التحليل النفسي أورتيق و زوجته *Ortigue* *M.C et E.* حول ما أصبح يعرف بإسم الأوديب الإفريقي *L'Édipe Africain*. فالملاحظات العيادية التي قاما بها على مرضى من أصول مختلفة *Serrer* و *Wolof* و *Lebou*. وما أستخلصه هذين الباحثين هو أن عقدة أوديب يتم حلها من خلال "تقمص الموضوع الغائب" *Identification à l'objet disparu* باللجوء إلى عملية نفسية شبيهة بعملية الحداد الفرويدي *Deuil* والوصول من خلال ذلك إلى ما يسمى "بالوعي الأخلاقي" *Conscience morale* وهو ما يطابق الأنا الأعلى في النظرية الفرويدية.

هذه الإشكالية لم تحلها كل الدراسات التي تناولت مفهوم أساسي والذي يعد رابطاً محورياً بين التحليل النفسي والطب العقلي السلافي وهو مفهوم الشمولية النفسية *L'universalité du psychisme humain*. فإذا كان فرويد خاصة في (*Totem et Tabou*) مقتنعاً بالمسلمة القائلة

بشمولية الظاهرة النفسية وأن اللاشعور وعقدة أوديب وقلق الإخضاء والإغراء يشترك فيها كل الناس إلا أن البحوث الميدانية التي أسس لها مالنوفسكي والمدرسة الثقافية (ميد، كاردينر، بينيديكت...) غيرت من رؤية الأنثروبولوجيا والتحليل النفسي من خلال رفضها فكرة شمولية الظاهرة النفسية ومنحها للثقافة دوراً أساسياً في تشكيل الظاهرة النفسية (الشخصية القاعدية مثلاً) بالرغم من الاعتراضات التي أبدتها فيما بعد جيزا روهيم (1943، Géza Róheim 1950).

ويعتبر دوفرو من أبرز الباحثين الذين قدموا لمفهوم "شمولية الظاهرة النفسية" الكثير من العمق والدقة خاصة من خلال نظريته "التكاملية" *Complémentariste*. فالباحث يعتبر الثقافة والنفس ذات نشوء مشترك *La culture et l'esprit humain sont des coémergents et se présupposent réciproquement*. (1970, p 371) فبالنسبة إليه كل ظاهرة نفسية فردية تتكون في قالب ثقافي وهو يؤمن بشمولية الظاهرة النفسية بوجود ثوابت *Invariants* كالغرائز والدفاعات النفسية والأوديب وغيرها التي نجدها في كل الثقافات إلا أنها تأخذ تعابير متميزة بحسب الثقافة التي تحتويها وتضمها. فهناك اللاشعور الفردي الخاص بالشخص وتاريخه الفردي وهناك اللاشعور الإثني *L'inconscient ethnique* الذي يتقاسمه كل فرد مع من يشاركه في ثقافته من الأفراد. فحتى فيما يخص الاضطرابات العقلية يقترح دوفرو (Devereux, 1972) أن ينظر إليها بمنظار مزدوج، نفسي (تحليلي) وثقافي (إثنولوجي) بل ويرى أن كل محاولة لتهميش إحدى المقاربتين سيكون لها أثر في تحريف الموضوع المدروس والابتعاد عنه. فقد أستند دوفرو لمفهوم "التكاملية" تأثراً بأعمال Bohr و Heisenberg في الفيزياء الكمية التي تقول باستحالة قياس وضعية الالكترون ولحظته في آن واحد والتي تتطلب شبكة قراءة مزدوجة. نفس الحال بالنسبة لدوفرو الذي يقترح قراءة مزدوجة انثروبولوجية وتحليلية نفسية في تتابع وليس في الوقت ذاته بحيث يحافظ كلا الخطابين على استقلاليتيه (Devereux, G. 1970, p 16).

إن كل معرفة تسعى إلى تحديد طبيعة العلاقات الاجتماعية وفهم بُعد وأثر هذه العلاقات على إنتاج الاضطراب النفسي والعقلي لا يجب عليها أن تركز فقط على ما يعتبره بعض علماء الاجتماع كمبادئ أساسيين وهما :

- أولاً ما يتعلق بالإرث الجيني للإنسان العاقل بحيث لا يعبر هذا المفهوم عما نعرفه بالنوع الاجتماعي *Une Espèce sociale* كما هو حال بعض الأنواع مثل النحل والنمل وغيرها من الأنواع الحيوانية الاجتماعية ولكن عما يعبر عنه في اللغات اللاتينية بالنوع الاجتماعي اللاجتماعي *Grégaire* والذي يعني قدرة هذا النوع على العيش في مجموعة اجتماعية دون

الإحساس بضرورة الانتماء إليها وبالأخص قدرته على العيش بارتباطه بهذا المجتمع وهو ما يسمى في اللغات اللاتينية بـ *Une Espèce Grégaire* .

- ثانيا ما يتعلق باستحالة وعدم قابلية إعطاء المجتمع ما يقابله نفسيا أي أن المجتمع أو الجماعة لا يمكن وصفها بما نصف به النفس فالمجتمع ليس له بنية مطابقة لبنية النفس البشرية. وأهم هذه الأوصاف هي العقل والإرادة، فالمجتمع لا يعقل ولا يريد ولكن من يعقل ومن يريد هي غالبية الأفراد. وهي إشكالية تطرح بشكل ترددي في كثير من المجتمعات التقليدية.

هناك نقطة هامة أيضا أكد عليها كثير من العاملين في حقل الأنثروبولوجيا و التحليل النفسي وهي كيفية استغلال المادة المتوفرة أمام الباحث. هل هي قوى خارقة غير طبيعية تؤثر من الخارج في المسار الحياتي للإنسان أم هي مجرد غرائز ونزوات لاشعورية تؤثر من الداخل.. إضافة إلى مفهوم النظام و غياب النظام *Ordre et désordre* في الفكر الشاماني وعلاقة هذه الفكرة مع النظرية المكانية الثانية لفرويد، الهو والأنا والأنا الأعلى.

ومن هذا المنطلق يرى دوفرو في إحدى مقالاته أن الطب العقلي السلالي في أهم مكوناته هو علم التسامي *Sublimation* كما نفهمه في تعريفه التحليلي النفسي أكثر منه أن يكون علم أمراض واضطرابات. وهو بذلك أكثر التصاقا بماهية الإنسان لأن هذا الأخير «الإنسان» وهو وحده دون باقي الأنواع قادر على استغلال المادة النفسية الأولية بل حتى المادة النفسية العصائية بطريقة إبداعية كما هو الحال في كثير من الطقوس العلاجية.

يجب الانتباه إلى أن تحليل المادة التي تم التسامي بها *le matériel subliminé* وتحليل عملية التسامي *Processus subliminal* تختلف عن تحليل مادة التسامي. ولنفهم هذا الأمر يستحب التذكير بما قدمه فرويد في دراسته التي قام بها فيما تعلق بالأعمال الإبداعية للفنان ليوناردوفينسي " *Un souvenir d'enfance de Leonard De Vinci 1927* " والتي حاول من خلالها الكشف عن المركبات العصائية في الأعمال الفنية وفي شخصية الفنان دافينسي.

هذا الجانب من الدراسة تسعى إلى كشف الإنسان في حد ذاته وليس إبداعاته. إن ما قدمه فرويد من تحليل للعمل الإبداعي "موسى" و "ميكائيل أونج" لنفس الفنان يعكس ما يجب أن يهتم به الطب العقلي السلالي لأنه يقوم بتحليل المواد المتسامية وعملية التسامي لكن لدى الإنسان الآخر "غير الغربي".

من خلال هذا العرض يمكننا الخروج بفكرة واضحة هي أن الطب العقلي السلالي من خلال الطرح الذي يقترحه جورج دوفرو هو طرح تحليلي دينامي *L'ethnopsychiatrie*,

nécessairement conçue comme ethnopsychanalyse. فالمجتمع الغربي اليوم بما يضمنه من مآسي الإنسان المهاجر هو مجتمع الحضارة التي تعاني من القلق "الفرويدي" malaise dans la civilization من حيث شعورها بالذنب تجاه هذا الإنسان وعجزها "وربما" رفضها اللاشعوري" للتكفل به. فالاضطراب العقلي لا يمكن فهمه إلا من خلال أغلفته الثقافية المتنوعة وغطاءه الإثني السلالي والسياق الذي يحيط به ويحتويه وما يتضمنه كل هذا التشابك من حركية لاشعورية تأخذ كل مقوماتها من حيث أن النفس هي الثقافة "المستدخلة" *Culture introjectée* والثقافة هي النفس المسقطه *Psychisme projeté*.

الجانب التطبيقي من الطب العقلي السلالي

ما يجب الإشارة إليه قبل كل شيء هو أن هذا النمط العلاجي موجه بالخصوص للمرضى المنتمين لثقافات غير الثقافة الغربية والتي يصبح العلاج المتداول "الطب العقلي" غير موافق لحالاتهم وهم في الغالب أشخاص ذوو مسارات مؤسسية طويلة سواء في مؤسسة الطب العقلي أو حماية الطفولة أو مع العدالة.

على مستوى التطبيق العلاجي العيادي فإنه يمكن الفصل بين ثلاث أشكال علاجية نفسية تنتمي إلى مجال الطب العقلي السلالي حسب ما حدده جورج دوفرو في مقال له (Devreux G. 1978, pp. 7-13).

- العلاج الثقافي من الداخل *Intraculturel* بحيث يكون المعالج والمريض ينتميان إلى نفس الثقافة وأن المعالج في مساره العلاجي يأخذ بعين الاعتبار الأبعاد الاجتماعية والثقافية لكل من المرض والاضطراب و لجزى العلاج "المريض من أصل عربي مسلم على سبيل المثال والمعالج كذلك".

- العلاج الثقافي التبادلي *Interculturel*. في مثل هذه الحالة تكون ثقافة المعالج مختلفة عن ثقافة المريض لكن المعالج يعرف معرفة جيدة ثقافة المريض ويستعملها كخيط لتوصله للعلاج "المريض من أصل مغاربي مسلم مثلا والمعالج من أصول أوروبية بشرط أن يكون المعالج متمكن من ثقافة مريضة و على دراية بها".

- العلاج ما بعد الثقافي أو ما وراء الثقافي *Metaculturel*. في هذه الحالة، يكون المعالج من ثقافة غير ثقافة المريض و جاهلا لها غير أنه يمتلك معرفة جيدة لمفهوم الثقافة بشكل عام "المريض من أصل مغاربي مسلم مثلا والمعالج من أصول أوروبية غير عارف وغير متمكن من ثقافة مريضه لكن على دراية وتمكن من مفهوم الثقافة في أشكالها العامة".

من الناحي التطبيقية البحتة يمكن الإشارة إلى أن الممارسة في مجال التطبيق العقلي السلافي يركز على عدة نقاط أساسية مثل أهمية "الممارسة الجماعية" من حيث وجود عدة معالجين و"معالج وسيط" (يقتسم نفس ثقافة المريض ويتحدث لغته وعارف بتقنيات العلاج التقليدية الخاصة بهذه الثقافة) وعلى هذا الوسيط أن يكون له تكويننا جامعيا خاصا بالمجتمع الغربي الذي يعيش فيه وعلى دراية جيدة أيضا بالمؤسسات الصحية الخاص بالبلد المضيف. أهمية العمل الذي يقوم به هذا "المعالج الوسيط" تكمن في قدرته على الترجمة "اللغوية والثقافية" لمضامين وروح المفاهيم التي يتداولها المعالج والمريض وإدراك الأبعاد الرمزية للخطاب المنقول من طرف المريض.

كما أن البعد الجماعي للممارسة الطبية العقلية السلافية تتطلب حضور عناصر مكونة للجماعة (ومن غير الممكن أن تمارس هذه التقنية في وضعية ثنائية أو وجها لوجه). هذه الممارسة الجماعية تتيح للمريض التملص المؤقت من ضغوط الثقافة الجديدة والعودة لثقافته الأصلية. ففي أغلب الجماعات التقليدية يعتبر المرض حدثا جماعيا يخص الجماعة ككل. فحسب طوبي ناتان (Nathan, T. 1991) تضمن الجماعة وظائف السند *Fonctions d'étayage* من خلال اللجوء إلى اللغة الأصلية. وترى من جهتها الباحثة ماري روز ماري (Moro, M.R 1998, p. 102) أن جماعة المعالجين في هذا الشكل من الممارسة يجب أن تكون مرنة على حسب ثقافة المريض وأصوله.

يهتم الطب العقلي كذلك بالمسارات العلاجية التي مر بها المريض سواء كان ذلك عبر المؤسسات الدينية (زاوية، كنيسة، معبد، قبيلة...) أو عبر أشخاص ممثلين لقوة علاجية ما (إمام راقى، راهب، رجل دين كنيسي، شامان تقليدي...).

وبالموازات مع المعالجين هناك ما يعرف في لغة الطب العقلي السلافي "بالمعالج الشريك" *Co-thérapeutes*. فالمعالج الأساسي هو من يقود الحصة العلاجية، من يستقبل المريض وعائلته وهو من يحدد المواعيد القادمة. أساس العمل الذي يقوم به المعالج هو التركيز على الخطاب الذي يحمله المريض وأسرته وإعطاء الفرصة لكل المعالجين الشركاء للمشاركة بصورة محددة وعليه أن يعتبر أن الوظيفة الدينامية للأسرة ليس بنفس الشكل الذي هي عليه دينامية الفرد. بينما المعالج الشريك لا يتدخل إلا حينما يطلب منه المعالج الأساسي ذلك وحين يجب عليه الحديث يمر بالضرورة عبر المعالج لأساسي وليس له أن يتوجه مباشرة نحو الأسرة.

مفهوم الفعالية الرمزية في الطب العقلي السلالي

من أهم المفاهيم التي جاءت بها الأنثروبولوجيا والطب العقلي السلالي وأعطت لها بعداً علمياً، نظرياً وتطبيقياً منذ الأعمال الجادة التي قدمها كلود ليفي ستروس في كتابه "الأنثروبولوجيا البنوية" هو ما يعرف بالفعالية الرمزية في العلاج النفسي وبالخصوص في الطب العقلي السلالي. والفعالية الرمزية في الطب العقلي تلتزمنا بالرجوع لمفاهيم "المضمون" و"العلاقة" لأن المضامين الرمزية والعلاقات المشبعة بالرمزية هي مصدر الفعالية. فالمضمون تشكله الطقوس ومحتويات الخطاب "الديني" أو "العلمي" بينما العلاقة فيشخصها "القائم بالعلاج" أي "المعالج" كيفما كانت تسميته من مجتمع لآخر. ففي كتابه "الأنثروبولوجيا البنوية" يتناول ليفي ستروس مفهوم الفعالية الرمزية في فصل كامل والذي يعتبر فيه الثقافة كمجموع من الأنظمة والأنساق الرمزية وفي مقدمة هذه الأنظمة هناك اللغة والروابط الزوجية والقواعد الاقتصادية والفن والعلوم والديانة.

لقد كتب برتراند هال B. Hell في هذا المجال "النقطة الهامة التي يجب التأكيد عليها هي إشكالية الفعالية الرمزية في ظاهرة العلاج الشاماني" (Coppo, P. 1998, p. 63). وقد طرح الكاتب من خلال هذه العبارة المشكلة التي ما فتئ يدرسها ويناقشها عبر الدراسات التي قام بها عبر أنحاء العالم. رغم أنه يبقى وفيما ميدان بحثه الأصلي "الغناوة المغاربة". فبالنسبة لهذا الباحث فإن الشامانية وظاهرة المس يمكن اعتبارهما شكل من اللغة وأنه يجب أن نعطي للطقوس كل بعدها اللغوي". اللغة باعتبارها واسطة بين الداخل والخارج بين "الأنا" وبين "الآخر". واسطة بين "نحن" ككائنات أرضية وبين "الآخرين" ككائنات سماوية غير طبيعية.

هذا الإثبات يلتقي مع ما طرحه من قبل العالمين لابلانش و بونتاليس Laplanche et Pontalis (1967) حينما كتبا في قاموس مصطلحات التحليل النفسي "فعالية العلاج يمكن أن تأخذ الطابع المؤسس للغة". ثم يضيفان "نستعمل مصطلح الرمزية لنعني به تلك العلاقة بين المضمون الظاهر *Le contenu manifeste* لسلوك أو لفكرة أو لكلمة مع مضمونها الخفي *Le contenu latent*" (Laplanche et Pontalis 1967, p. 477). بل أكثر من ذلك وبما أن مؤسس التحليل النفسي من فرويد Freud وحتى لاكان Lacan يعتبرون الفرد يُشكّل انطلاقاً من الخطاب اللغوي الأُسري. فالحلل النفساني لاكان يقول بأن النظام أو المنظومة النفسية يتشكل على أساس لغوي.

مركز دوفرو لعلاج المهاجرين

منذ سنوات بدأت تظهر في كثير من المجتمعات التي تعتبر نفسها متعددة الأجناس *Multiraciales et Cosmopolites* مراكز لعلاج المرضى ذوو الثقافة غير الثقافة المحلية. ورغم التحفظات والانتقادات التي وجهت لهذه التجربة خاصة تجربة طوبي ناطان *Tobie Nathan* بباريس والتي رغم أصالتها يبقى يشوبها كثير من الارتجالية والنقائص العلمية إلا أنه يمكن الإشارة إليها لأنها ستسمح لنا بتقديم مثال عن العلاجات التي يطرحها ما يسمى بالطب العقلي السلالي.

حينما قدم جورج دوفرو *G. Devereux* من الولايات المتحدة إلى باريس برغبة ورعاية شخصيات هامة من مثل كلود ليفي ستروس *Claude Levi-strauss* و فارنان برودال *Fernand Braudel* أخذ بزمام المدرسة التطبيقية للدراسات العليا وكوّن كثير من الباحثين في هذا المجال. من هؤلاء التلاميذ يمكن الحديث عن طوبي ناطان *Tobie Nathan* الذي أسس فيما بعد المركز الذي سماه باسم أستاذه "مركز جورج دوفرو للطب العقلي السلالي *Centre G. Devereux d'ethnopsychiatrie*" بجامعة سان ديني بباريس.

تأسس مركز دوفرو للطب العقلي السلالي "الإثني" عام 1993 على يد طوبي ناطان وبقي يديره حتى عام 1999. وقبل تأسيس المركز فتح طوبي ناطان استشارة طبية خاصة بالمهاجرين بمصلحة طب الأطفال بمستشفى ابن سناء ببوبيني بضواحي باريس عام 1979.

في هذا المركز يتم استقبال العائلات المهاجرة "من مغاربة و أفارقة و آسيويين وغيرهم" التي تعاني من اضطرابات نفسية وإصابات عقلية. المتدخلين في هذا المركز ينتمون في حالات كثيرة إلى نفس الثقافة المحلية للمريض أي أن المريض من سلالة الزولو يتولى به معالج من نفس سلالته والأمر نفسه لباقي المرضى. هؤلاء المتدخلين المعالجين المساعدين الذين يطلق عليهم *Co-therapeutes* يقومون بما يسمى في تعبيرات الطب العقلي السلالي بالعلاج من الداخل *La thérapie par l'intérieur*. يظهر في تطبيقات هذا المركز المكانة التي يعطيها المعالج للخطاب الثقافي وما يحمله المريض من رمزية مرضية ومرجعية ثقافية ودينية بحيث تؤخذ كل هذه المعطيات بعين الاعتبار دون تحليل أو محاولة تفسير للمادة. المرجعية العلاجية بدورها محترمة بحيث يحدث نوع من التواطؤ مع المريض في تحديد إمكانيات الاستعانة بهذه المرجعيات لتحقيق الشفاء.

نقد واعتراض

إن مشكلة الطب العقلي السلالي ليس في كونه حديث العهد والولادة بل لأنه يبحث عن مكان له بين باقي العلوم الأخرى بشكل متسرع. ونحن نعرف أن أصعب المهام التي يجب على

العاملين في هذا الحقل تحقيقها هو بناء نظرية محكمة ومنهجية خاصة به. وانطلاقاً من هذا يمكننا أن نذكر بعض مما يعاب على الطب العقلي السلالي فيما يلي :

- اعتمادها على مفهوم النسبية الثقافية *relativisme culturel* من خلال الاعتقاد أن التكيف هو شكل من الصحة النفسية وغياب التكيف هو المرض عينه وأن الاضطراب شكل من العجز في التكيف مع مقومات وقواعد المجتمع الذي نعيش فيه. رغم أننا نعرف أن التكيف هو مفهوم اجتماعي نسبي بينما مفهوم السواء وعدم السواء مفهومان نفسيان.
- مفهوم التبسيط من خلال إصاق الصفات النفسانية على المجتمع والجماعة أو من خلال اعتمادها على مواد تاريخية أو استغلالها للمنتوج الثقافي للجماعة محاولة فهم العمليات النفسية الظاهرة على الفرد.
- اعتمادها على اللاعقلانية الناكسة *Irrationalisme régressif* من خلال اللجوء إلى الطقوس العلاجية في مختلف الثقافات ومحاولة إعطائها الفعالية الرمزية العلاجية كما يفهمها ويراها الباحث الغربي ذو الثقافة المشبعة بالمفاهيم التحليلية والسيكاترية.
- في حالات نادرة إيمانها بالعضوية البدائية التي لا تزال تؤمن باستعمال الطرق العلاجية الصدمية وبعض الطرق الكيماوية رغم كونها لا تزال في مرحلتها التجريبية.. وهو ما يجعل من المصابين بالاضطرابات العقلية في "المجتمعات الأخرى" مجرد فئران تجربة لما يظهر من أدوية كيماوية جديدة على السوق الغربية قبل طرحها واقتراحها على المرضى الغربيين.
- نقطة أخرى يعاب عليها الطب العقلي السلالي هو اعتماده نشر دراسات تمت على مختلف السلالات البشرية والتي لم يتم تحليل موادها المجمعة إلا في إطار الطب العقلي التقليدي *Psychiatrie* أو في إطار علم السلالات *Ethnologie* دون أن تكون لهذه الدراسات استقلالية تمنحها انتماء لإطار خاص بها.
- في بعض الحالات أيضاً هناك من الدراسات التي تم نشرها ثم اعتمدت بعدها على نتائج الاختبارات الإسقاطية والتي تم تطبيقها على المرضى قبل وبعد خضوعهم للعلاج وهي طريقة تلحق كثير من الإساءة للطب العقلي السلالي.
- هناك أيضاً كثير من المطبات التي يجب على الطب العقلي تجنبها. أخطرها هو أنه ومن خلال البحث عن تكوين وبناء نظرية ومنهجية خاصة بالطب العقلي السلالي فإن دراسة الحقائق الاجتماعية وتفسيرها لا تحترم مبدأ التكاملية كما يعرفه جورج دوفرو G. Devereux (1970). فحين نقوم بتحليل العلاقة بين المادة الثقافية والعمليات الثقافية من جهة وبين المادة النفسية

والعمليات النفسية من جهة أخرى فإن الباحث قد تغريه الرغبة في وضع نوع من الروابط السببية بين بعض الأنماط الثقافية وبعض ميكانيزمات الدفاع النفسية، بين بعض المظاهر الثقافية كالشامانية مثلا و بعض الأنماط الاضطرابية "كالعصاب".

في نفس الاتجاه وفي مقال له بعنوان "النفسية بين الأنثروبولوجيا و التحليل النفسي" يرى أندري قرين *André Green* أن ما يجب تجنبه هو خطر وضع نظام على نظام آخر. بل يذهب إلى الاعتقاد أنه ليس هناك توافق كامل بين مجموع المعطيات النفس تحليلية ومجموع المعطيات الأنثروبولوجية وعلى الباحث احترام الاختلاف والتباعد بين الثقافات المختلفة (Hureiki J. 2005).

يمكن الإشارة أيضا إلى أن روجي باستيد *Roger Bastide* في كتابه الشهير "سوسولوجيا الأمراض العقلية" 1965 دعا إلى القيام بنوع من الجرد لكل المنهجيات المتواجدة في الساحة الأنثروبولوجية حتى نتقي أنواع الغرور الثقافي و الاعتبار الدونية للثقافات الأخرى (Bastide, R. 1965).

إلى جانب هذا، هناك ما يمكن اعتباره نوع من الصعوبة في الفصل بين ما يسمى بأنثروبولوجيا الاضطراب العقلي *Anthropologie de la folie* وبين ما يسمى بالطب العقلي السلاي *Ethnopsychiatrie*. كما يمكننا أيضا الإشارة إلى أهم الدراسات العالمية التي تناولت ما يسمى بالطب العقلي السلاي الجديد *New-ethnopsychiatrie* والتي يفضل بعض الباحثين بتسميتها ب "أنثروبولوجيا الصحة العقلية" *Anthropologie de la santé mentale* باعتبار أن هذا النوع من الدراسات ينتمي إلى الدراسات التي يخضع فيها كل من الطب العقلي التقليدي والتحليل النفسي والطب العقلي السلاي وكل العاملين في مجال الصحة العقلية، كل هؤلاء يخضعون للدراسة الميدانية الأنثروبولوجية باعتبار أن الأنثروبولوجيا هي المحدد العام لباقي المجالات السابق ذكرها. هذه الإشارة ذكرها أيضا ليتون *Leighton* الذي ركز خاصة على ما أسماه "حركة الأرجوحة" التي يعاني منها كثير من العاملين في حقل الطب العقلي وتعني إذا بسطنا التقديم انتقال الطب العقلي من اللجوء إلى المقاربات العضوية *Organiciste* وبين المقاربات النفس علائقية *Psycho-relationnelles*.

خاتمة

من خلال هذا التقديم العام لأهم المحاور التي يتشكل منها ميدان جديد وتخصص حديث يهتم أساسا المجتمعات الغربية التي بما تواجد كبير للحاليات الأجنبية (فرنسا وكندا والولايات المتحدة

الأمريكية... وهو الطب العقلي السلالي وما مدى التقاطع والتلاقح الذي يمكن تحديده مع مجالات الأنثروبولوجيا والطب العقلي التقليدي وغيرها من التخصصات الأخرى يمكننا السعي في محاولة ابستمولوجية جريئة إسقاط مضامينه على واقع المجتمع الجزائري في ترابطاته وتشابكاته مع جزء من مواطنيه في حركيتهم من وإلى هذه المجتمعات الغربية من خلال التكفل بهم في حالات جد محددة.

فكثير من الجزائريين وبحكم مكان ولادتهم (على أرض غربية مثلا) وبحكم تواجدهم المستمر لعقود من الزمن في هذه المجتمعات يجدون أنفسهم ذوو انتماء مزدوج لثقافتين غربية وجزائرية مغاربية وحركيتهم من وإلى الجزائر يفرض علينا في كثير من الظروف أن نجد أنفسنا مجبرين على التكفل ببعضهم ممن يعانون من مشكل نفسي أو اضطراب عقلي. هذا الواقع يحتم على المختص أن يكون ملما وعارفا بالتخصص وبتقنياته حتى يمكنه التكفل بصورة أفضل بمثل هؤلاء المرضى.

إن التحليل الجاد للمفاهيم الخاصة بالطب العقلي السلالي ومن خلاله لكل المفاهيم التي تقترحها كل تفرعات الأنثروبولوجيا (طبية، عيادية، خاصة بمجالات الصحة أو الخاصة بالاضطرابات العقلية...) تسمح لنا كباحثين ننتمي لمجتمع ذو خصوصية تكمن في علاقاته بالمجتمعات الغربية بحكم التواجد الهام لمواطنينا في كل هذه المجتمعات المذكورة سابقا كما تتيح لنا فرصة تناول ما ينتجه الغرب من مفاهيم وتصورات بقليل من النسبية والتريث في الأخذ بها كحقائق لا تحتاج للتحصيص والتأكد من صحتها.

يمكننا من جهة أخرى استغلال هذا المنتج البحثي الذي وفرته بيئات أخرى لضرورات خاصة بمجتمعاتها والسعي لإيجاد بناءات مفاهيمية *Constructions conceptuelles* أخرى ترتبط أساسا مع البيئة الخاصة بمجتمعنا والتي يجب أن تبقى متفتحة على باقي البيئات الأخرى.

المراجع

- American Psychiatric Association. (2013). « *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aouattah A. (1993) « *Ethnopsychiatrie maghrébine: représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc* ». L'Harmattan. Collection Santé, sociétés et cultures. Paris.
- Bastide R. (1965) « *Sociologie des maladies mentales* ». Flammarion. Paris.
- Coppo P. (1998) *Les Guérisseurs de la folie. Histoires du plateau Dogon* ». Empêcheurs de penser en rond. Paris.
- Devereux G. (1969) « *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves* ». Empêcheurs de penser en rond. Paris, 1996.

- Devereux G. (1970) « *Essais d'ethnopsychiatrie générale* » Gallimard. Paris.
- Devereux G. (1972) « *Ethnopsychanalyse complémentariste* », Flammarion, Paris.
- Devereux G. (1978) « *L'ethnopsychiatrie* » Ethnopsychiatria I, (7-13).
- Fourasté R. (1985) « *Introduction à l'ethnopsychiatrie* ». Privat. Paris.
- Freud S. (1910) « *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* » PUF. Coll. Quadriges. Paris, 2000.
- Freud, S. (1912-13). « *Totem et Tabou* », Payot, Paris, 1965.
- Hureiki J. (2005) « *Ethnopsychiatrie compréhensive ; Anthropologie critique de la psychiatrie* ». L'Harmattan. Paris.
- Laplanche J., Pontalis J-B (1967) « *Vocabulaire de la Psychanalyse* ». PUF. Paris.
- Laplantine F. (1973) « *L'Ethnopsychiatrie* ». PUF. Que sais-je ? Paris.
- Lenoir, Y. (2003). « *La transdisciplinarité, un phénomène naturel redécouvert, mais aussi chargé de prétentions* ». L'autre forum, 7(3), p. 40-48.
- Mazzeti M. (1998) « *Psychologie et psychopathologie des immigrants en Italie: Les nouveaux déracinés* » L'Harmattan. Paris.
- Montenegro M. (2005) « *Les bruxos: des thérapeutes traditionnels et leur clientèle au Portugal* ». L'Harmattan. Paris.
- Nathan T. (1986) « *La folie des autres ; Traité d'ethnopsychiatrie clinique* ». Dunod. Paris.
- Nathan T., Grandsard C., Loonis E., Fernandez L., Cerclé A. (2000) « *Le paradigme de l'ethnopsychiatrie: les addictions* ». Presses Universitaires de Grenoble.
- Nathan N. (2010) « *Ethnosychiatrie* » repéré le 28 Aout 2017 à <http://www.ethnopsychiatrie.net/SanteMentale145.htm>
- Ortigue E., Ortigue M.C., (2000) « *Oedipe Africain* » Broché. Paris.
- Salmi H. (2004) « *Ethnopsychiatrie : cultures et thérapies* ». Vuibert. Paris.
- Tison B. (2013) « *Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs* ». Elsevier Masson. Paris.