البناء الاجتماعي للحقيقة الطبية: جدلية الطبي والاجتماعي

سالم ساري
قسم العلوم الانسانية والاجتماعية
جامعة فيلادلفيا

ملخص

هذه دراسة نقدية في علم الاجتماع الطبي، تأخذ من مفاهيم الصحة، الشعور بالمرض، المرض المشخّص، وعملية العلاج المؤسسي، اشكالية نظرية بحثية لها. وبتفحص نقدي لاهتمامات المنظورات الرئيسية ونتائج البحوث العملية في الميدان الطبي الاجتماعي، تجادل الدراسة ان الموضوع البيولوجي العضوي لا يوجد ولا يؤثر بفعل عوامل آلية موضوعية (الا تأثيرا احاديا ساذجا). وانما لا يوجد المرض حقيقة ولا يتطور الابتزاوج العضوي والاجتماعي، الموضوعي والذاتي معا بإتحادهما دون انفصام، بإرتباطهما بعلاقة جدلية مستمرة التفاعل ومتبادلة التأثير.

وتقترح الدراسة توجيه مسار البحث الاجتماعي الطبي، عمليا، نحو فهم العمليات الاجتماعية الحاسمة التي تبنى فيها الحقيقة الطبية بناءً اجتماعيا، وتحديد العوامل التأثيرية ذات الصلة الفعلية بأسباب المرض ومصادره وتطوراته والأبعاد المتغيرة للانسان والمجتمع المعاصر.

ABSTRACT:

This paper takes the problematic concepts of Health, Illness/Disease and Therapy not merely as medical, but equally as social facts and socio-cultural and politico-economic issues. It argues that both human biology and human society can provide only a partial, one-sided explanation of disease aetiology in any society. Disease can be produced, developed or transformed only in a dialectical process of on -going interaction/interrelation between medical objects and social subjects. It is the contention of this paper that there are no "diseases" as such-only sick people. Diseases do not, infact, exist and / or affect as substantial independent entities isolated from processes of definition, recognition, actions and reactions of sick individuals. The paper, therefore, suggests that socio-medical research should turn to address itself to new under-standing of the decisive processes in which medical fact is not merely medically defined, but also socially constructed.

مقدمة:

إن أحد الاهداف العريضة للدراسات السوسيولوجية هو اكتشاف مدى تأثير المجتمعات على افرادها في شتى جوانب حياتهم الاجتماعية. ورغم ان التحليل الاجتماعي قد رسم، بعمق وثراء، صورا واحجاما وابعادا مختلفة لهذه التأثيرات في الجوانب السوية من الحياة الاجتماعية، فإن التأثير المجتمعي في الجوانب الاخرى المقابلة – او ما يصطلح على تسميته بالجوانب الباثولوجية/ الانحرافية/ الاضطرابية – ما زال يكتنفه الغموض والتردد والتجاهل. اذ يسود الاعتقاد الشعبي، وكثيرا ما يتجدد الاعتقاد الاكاديمي، بأن الأمراض –كغيرها من الافرازات الباثولوجية الاخرى كالجريمة والانحراف – ليست الا انتاجات بيولوجية الية مجردة. يستمر ذلك الاعتقاد (بمغالطة عجيبة) وكأن التأثير المجتمعي يسير في بُعد تأثيري واحد ايجابي طوال الوقت: يؤثر

المجتمع على التوافق ولايؤثر على الاختلاف، يؤثر على السوية المعيارية ليس على الانحراف، يؤثر على الصحة دون تأثير مقابل على المرض!!

وحين أصبح الطب الحديث، نظرية وممارسة، احد الموضوعات الرئيسية للتحليل الاجتماعي في العقود القليلة الماضية، ترسخت قناعة سوسيولوجية، وبحثية، بأن الظواهر الاجتماعية الرئيسية التي درسها علماء الاجتماع باصرار على مدى عقود طويلة من الزمن (كالدين، القانون، الجريمة، البيروقراطية، المشكلات الاجتماعية... الخ). يمكن ان تسفر حقاً عن تنويرات حول الثقافة والمجتمع الأوسع، ولكنها نادراً ما تأخذنا إلى ابعد مما يتجاوز دائرة السواء والانحراف، الصحة والمرض، وذلك بالضبط لان الصحة والمرض ميدان محيط شامل يطوق حياتنا الاجتماعية الثقافية، ويحيط بنظمنا الاقتصادية السياسية جميعاً، ويتضمن جميع الجوانب والابعاد والامتدادات التي من شأنها ان توصلنا إلى فهم افضل للجوانب المقابلة: التشابه والاختلاف، القوة والضعف، الحياة والموت، السعادة والمعاناة، البطالة والانتاج، الاندماج والعزلة، البلادة والمشاركة... الخ (انظر Lewin & Olesen, 1985, P.19).

الاشكالية والاهداف:

تسعى هذه الدراسة النظرية التحليلية إلى تفحص نقدي لمفاهيم الصحة Health، الشعور بالمرض Illness، المرض المشخص Disease، والمعالجة الطبية Therapy باعتبارها مازالت مفاهيم اشكالية Problematic أمام النظرية والبحث الاجتماعي.

ويذهب التحليل النقدي للدراسة إلى ان هذه الافعال وانماط السلوك والظواهر الحيوية، رغم غرابتها وتفردها، ليست - بمصادرها واسبابها ونتائجها - حقائق بيولوجية جسمية محضة، أو مشكلات طبية حيادية خالصة لتكون شأناً طبياً متفرداً، وانما هي، بالقدر نفسه، حقائق نفسية اجتماعية وقضايا ثقافية اخلاقية ذات ابعاد سياسية اقتصادية لاصحابها المرضى، لخبراء المؤسسات الطبية، ولأي مجتمع معاصر.

وأمام قصور المنظورات والنماذج Paradigms / Perspectives الطبية

الاجتماعية التقليدية، ترمي هذه الدراسة إلى انتاج صيغة مختلفة من المعرفة الاجتماعية الطبية تتيح لنا تحديد العمليات التأثيرية الحاسمة في انتاج المرض وتطوّر مجراه، وفهم العمليات الذاتية/ الاجتماعية ذات الصلة التي لا تعرّف فيها الواقعة الطبية ببساطة، تعريفاً طبياً منعزلاً Medically defined وتنشأ منشأ فردياً وأحادياً Individually Originated وانما لا تكتمل حقيقة الا ببنائها بناءاً اجتماعياً عريضاً Socially constructed من خلال عمليات التفاعل الرمزي التي يقيم بها الافراد (المرضى) معانٍ وتعريفات لافعالهم (امراضهم) ويتخذون قرارات بشانها، ويستجيبون لردود الافعال الاجتماعية حيالها.

ومن المتوقع ان تسهم الاستخلاصات التحليلية للدراسة في تحويل الاهتمامات التقليدية للباحثين في الميدان الطبي الاجتماعي نحو اشكاليات نظرية وبحثية جديدة ذات صلةٍ فعلية بالمصادر العريضة للامراض المعاصرة وذات ارتباطات عملية باسبابها ونتائجها وابعادها للانسان والمجتمع المعاصر: وذلك باقتراح تطوير نماذجهم النظرية وادواتهم البحثية لادراك الحقيقة المتغيرة في ان ما أطيل النظر إليه باعتباره اهتمامات طبية (موضوعية) متخصصة أو التعامل معه باعتباره مشكلات مؤسسية احترافية ليس في المقام الأول، الا حقائق نفسية اجتماعية متشابكة لا تفهم بمعزل عن التجارب (الذاتية) لأصحابها المرضى والمجريات التفاعلية الجمعية، وعن الاطار التصويري الشامل للمشكلات الاجتماعية الثقافية والسياسية والاقتصادية للمجتع الاوسع.

أولاً: المرض انتاج البناء والنسق الاجتماعي

مضى وقت طويل على الاتجاه الطبي التقليدي بمداخله الفردية تحت وطأة الوضعية الطبية - Medical Positivism المهيمنة على التفكير والممارسة الطبية منذ القرن التاسع عشر – باختزال علل جميع انواع الأمراض إلى مستوى التكوين الجسمي والعقلي للفرد، بما يتبع ذلك من اعتقاد بأن العلاج لا يكون فعالاً، أو حتى ممكناً، الا عبر هذا المستوى الفردي العيادي.

وفي اكثر المحاولات الاجتماعية المبكرة هيمنة مغايرة على توجيه علم الاجتماع

الطبي، حاول بارسونز (Parsons, 1951) التحرك خارج الاطار الفردي إلى مستوى النسق الاجتماعي الكلي بتقديم نموذجه التحليلي للصحة والمرض والعملية العلاجية في المجتمعات الغربية الصناعية، يبرز فيه آليات التفاعل بين العوامل الفردية والقوى الاجتماعية، ضمن بناء ووظائف النسق الاجتماعي الكلي، كصيغة من صيغ السلوك المنحرف من حيث متطلباته واداته، واهدافه ومعانيه.

١-١- المرض كعدم قدرة على اداء الدور الاجتماعي: الصحة في هذا النموذج البارسوني (Parsons, 1951: 443) متطلب وظيفي مسبق لحفظ النسق الاجتماعي، باعتبارها حالة من القدرة القصوى للفرد على اداء للادوار الاجتماعية العادية التي استوعبها عبر عملية التنشئة الاجتماعية. وباعتبارها كذلك آلية دافعة لتقديم سيطرة الفرد على موارده وتحقيق سيادته على انجازاته. والمرض Illness، بصورة معاكسة، احباط لتوقعات نمط الحياة العادية يقطع الفرد المريض عن ممارسة نشاطاته المألوفة ويحرمه كثيراً من استمتاعاته المحببة، بل ويشعره بالاذلال لاحساسة بعدم القدرة على اداء وظائفه وادواره المتوقعة. ويتبع ذلك، بقليل أو كثير، اضطراب في مجرى علاقاته الاجتماعية الحاضرة وارباك خطير لطموحاته المستقبلية (التي ليس أقلها مجرد طموحه في أن يبقى حياً على الاطلاق).

ويستدعي الدور المريض Sick Role انسحاب الفرد المريض من الموضوعات والتفاعلات الاجتماعية العادية وتقهقره إلى حالة من السلبية والتبعية. ويستثير ذلك، بدوره، مجموعة ضابطة من الجزاءات تتضمن اعفاء المريض من واجباته ومهامه الاجتماعية وربما عزله ومراقبته. ومن شأن الجزاءات ان تبقى مستمرة طالما بقي الدور المريض قائماً، دون الغاء احتمالية ان تتحول، مع الوقت، مضار المرض، رغم عدم جاذبيتها، إلى مواضع استحسان من نوع خاص، للمريض.

وفي مثل هذا التحليل الاولي تثور مجموعة من الاسئلة المتوقعة: هل كل تجربة مَرَضية، مهما كانت طفيفة، هي بالضرورة تجربة للدور المريض؟ هل يشكّل احساس الفرد بأنه «غير معافى» دوراً اجتماعياً شرعياً على الاطلاق؟ هل يميل المريض عادة إلى موقف مقاومة لمضار المرض أم موقف استسلام لمنافعه؟ ليست الاجابة على مجريات امور

مَرَضية معقّدة التداخل دائماً بهذا الوضوح أو الحتمية، ما دمنا لا نملك، إلى الآن، مقاييس محددة تتدرج فيها مستويات المرض من مجرد الشكاوى الغامضة العائمة إلى حالات العجز الدائم، فتتيح لنا بدقة معرفة: من هو المريض؟ بأي نوع من المرض؟ وكم هو مريض بالضبط؟ ولكن مقاييس كهذه، حتى وان وجدت عملياً، لا تحل مشكلة تحليلية لانها ستكون محاولات تصنيفية فنية اكثر منها مؤشرات تفاعلية علائقية (انظر Thompson, 1981 –) بينما لا يكون الجواب على اسئلة كهذه الا ضمن اطار ثقافي قيمي نسبي يظهر مدى توفر مجموعة من التوقعات المؤسسية، والمشاعر، والجزاءات الاجتماعية التي يتضمنها او يستثيرها الدور المريض.

المريض الذي من شأنه أن يأخذ دوراً مريضاً، طبقاً لهذا المضمون الثقافي، هو بالضبط عند بارسونز (Ibid) شخص لاحيلة له فيما حدث، لم يكن فعالاً في ضبط ظروف مرضه، بحاجة للرعاية، وساعٍ نحو المساعدة، مخوّل لها بفعل مرضه، وتلك مساعدة فنية احترافية فعالة.

لذلك، يصوّر بارسونز (Ibid: 438) الدور المريض كدور طارئ Contingent عارض مؤقت، يصل إليه صاحبه، بسلبية، من خلال عجزه ان يبقى سليماً معافى – رغم ما يزوّد صاحبه من ارضاءات وعوائد تدّر عليه ارباحاً ثانوية أو منافع جانبية من شأنها ان تعفيه، كلياً أو جزئياً، من مسؤولياته وارتباطاته المجتمعية.

ويلاحظ Gerhardt (1979:233) أن بارسونز يقدّم الدور المريض كقناة شبه شرعية للانسحاب من وطأة الضغوط المجتمعية، كأداة للضغط الاجتماعي بأن يفعل المريض ذلك، لا كحق مشروع له فحسب، وإنما كإلزام مجتمعي مفروض عليه ايضاً. وذلك إلى فترة يمكنه فيها اعادة بناء قدارته واستعادة اهليته وكفاءته. اذ يعطي الدور المريض لصاحبه فرصة اعادة ترتيب ضوابطه السلوكية المتصدّعة التي تعجز عن مواجهة توقعات الآخرين.

١ – ٢ المرض كسلوك دافعي منحرف: يمثل المرض، في احد معانيه الرئيسية الاخرى، صيغة سلبية انسحابية ملتوية من صيغ الاستجابة للضغوط المجتمعية بانتهاكه

لمعايير التوافق مع توقعات الادوار الاجتماعية أو التطابق مع متطلبات هرمية التنافس في المجتمع.

والمرض، بهذا المعنى الملتصق بأنحراف الدور الاجتماعي، ليس سلوكاً آلياً تلقائياً يخلو من معانية ودوافعه انما هو تعبير عن سلوك منحرف له دوافعه يتضمن دوافع غير ناضجة للإنحراف. كما يتضمن خصائص مشتركة تجعله متصلاً مع انماط الانحراف الاخرى التي تجد تعبيراً لها في قنوات أخرى متعددة (كالتمرد، الإحتجاج، المعارضة، اللّاولاء السياسي واللاانتماء الوطني.. الخ). تجسد، مهما اختلفت صورها، ان للمريض دوافع مقموعة يتجه بها نحو تجنّب المسؤوليات الاجتماعية واستبدال ضغوط العمل وتوتراته بضمانات الدور المريض وأمانه النفسي والاجتماعي. كما له رغبة خفية في ابقاء الظروف التي أدت إليه. والمريض، بهذه الدوافع المنحرفة والميول المرضية، شخص مضطرب عاطفياً بعكس مرضه سلوكاً باثولوجياً Pathological يظل مفتوحاً للتأثير العلاجي من خلال قنوات الدوافع.

١ – ٣ عملية العلاج كعملية ضبط اجتماعي: ليس المرض، في مثل هذا التفسير، الاسلوكاً عاجزاً منحرفاً ذا ازدواجية وظيفية للفرد والمجتمع معاً: ضار نافع في آن واحد، له وظائف جليّة Manifest واخرى كامنة Latent وكلاهما ضروري لتوازن الدوافع في النسق الاجتماعي الكلي. اذ يرى بارسونز ان المرض ينتمي إلى نسق من القنوات البديلة التي تتيح التصرف خارج اطار الجوانب الدوافعية (السّوية)، وبأعتباره بالتالي جزءاً مكملاً لنسق دينامي أوسع يسعي نحو التوازن الدوافعي العام (Parsons, 1951: 477).

ويظهر المبرر في تحليل بارسونز للمرض كمعوّق/ ضار وظيفياً كمبرر اجتماعي اقتصادي اساساً: اضطراب اداء قوة العمل، بفعل السماح بظهور وانتشار النزعات السلبية، أو التسامح مع الاتجاهات التبعية والطفيلية، مما يهدّد التنافس «الصحي» بين الافراد في سوق العمل.

ويمكننا أن نفكر، من جهة، ان المرض المؤدي إلى موت مبكر، مثلاً، لا يكون

مزعجاً بالمعنى المؤلم فحسب (المأسوف على شبابه/ شبابها. موته/ موتها «فجيعة كبرى») وانما بالمعنى الاجتماعي الاقتصادي أساساً (موته/ موتها «خسارة كبرى») وذلك لان الدولة لا تقدّم لمواطنيها شيئاً، حتى الخدمات الاساسية من صحة وتعليم وأمن وحماية، دون مقابل فعلي أو رمزي. وانما دائماً لقاء مساهمتهم في العملية الانتاجية الدافعة لاستقرار المجتمع واستمراره. اذ يدفع المجتمع أكلافاً costs كثيرة ثمناً لحياة افراده المؤهلين العاملين، من خلال عمليات الحمل والولادة ورعاية الطفولة والامومة والتنشئة والتعليم والتدريب والتأهيل الرسمي وقنوات اخرى عديدة. ولا يتيح الموت المبكر، بالطبع، أن يرّد الفرد الميت للمجتمع حصته كاملة أو شبه كاملة من النفقات.

كما يمكن النظر إلى المرضى، من جهة أخرى، لا كمجرد مستهلكين وانما كمنتجين ايضاً لنوع معين من المنتجات هو الدواء والرعاية والخدمات الصحية والاجتماعية.

ولذلك تأتي عملية العلاج كعملية ضبط اجتماعي تستند دائماً إلى عملية رد فعل مجتمعي متفاوت مأسس Institutionalized في اربعة نظم تقليدية رئيسية: الدين، القانون، الخدمة الاجتماعية، والطب.

ويدفع الطب، كنظام ضابط ذي نزعة محافظة اصلاً يفرض بها نفسه في ادارة المجتمع، النظم الثلاث الأولى بأستمرار لازاحتها عن طريقة برفق ونعومة اذا لم يستطع ان يدمجها في نظريته أو يحتويها في ممارسته (Zola, 1972)

وهكذا يكون بارسونز قد عمل، بلا شك، على ربط مبكر لعلم الاجتماع بعلم الطب، فأرّخ لنشأته حتى أننا قَلّ ان نجد باحثاً يبتدئ أو ينتهي بمنظّر آخر غيره. وجعل من علم الإجتماع، بتطبيقة على الطب، فرعاً شرعياً ومستفيداً اصيلاً من علم الاجتماع بنظرياته ومناهجه واتجاهاته الرئيسية في التحليل والتفسير. ولكن بارسونز كان حريصاً، في الوقت ذاته، على اثبات شمولية التحليل الوظيفي وتأكيد كليّته Wholeness وتحقيق صلته وقدرته على استيعاب وتفسير شتى تشعبات الظاهرة الاجتماعية (وميدان الطب عنده ليس استثناءً، تماماً كميدان التنظيم البيروقراطي والسلوك المنحرف) اكثر من

سعيه لتطوير علم اجتماع طبي ذي هوية علمية مهنية متميزة.

وليس من الصعب ملاحظة ان نموذج بارسونز الوظيفي للصحة والمرض والعلاج، إن لم يكن مشتقاً اصلاً من النوذج الطبي العلاجي Therapeutic Modle أو مطوّعاً لمواءمته، فإنه ليس، في نهاية التحليل، عدائياً له بما يرتبط به من سببية وضبط وأيدلوجية وتدخلات ذات مضمون طبي واضح، ولكن ليست بعيدة تماماً عن الميل نحو ترويض الافراد المرضى/ المختلفين لفكرة الإستسلام للمرض، وتكييفهم للايدولوجية الطبية المؤسسية بما تتضمنه من مزاعم اساسية ضمنية بأن المرض أمر واقع لا مرد له. المريض، بحكم مرضه، في موقف تفاعلي ادنى. العلاج مصلحة مجتمعية عامة قبل ان يكون مصلحة فردية خاصة.

ويرجع بعض النقاد (Frankenberg, 1974) رسوخ نزعة المحافظة في علم الاجتماع الطبي اليوم إلى التأثير المستمر لكتابات بارسونز المبكرة، وتناوله للموضوع الطبي الاجتماعي (الذي يعتبر، بمقاييس انجازته، ثورياً اساساً) ضمن اتجاه الوظيفية البنائية المحافظة اصلاً نظرية ومنهجاً. بل ويذهب نقاد آخرون(Gold, 1977 Gerhardt 1979) إلى أن باسونز، في تحليله لظواهر الصحة والمرض، قد اعطى لعلم الطب من القوة والهيمنة والمكانة ربما اكثر مما قد يدّعيه ذلك العلم لنفسه. ويكون بذلك قد ادخل علم الاجتماع الطبي، طواعية، إلى حظيرة الطب بمنظوراته وتوجهاته المحافظة.

ثانياً: المرض حقيقة تفاعلية جمعية

اذا كان الانحراف يكسر نظاماً معيارياً راسخاً، وتخرق الجريمة نظاماً قانونياً محدداً... فأي نظام ذاك الذي يكسره المرض؟؟

٢ – ١: المرض (العقلي) ومشكلات التفاعل الاجتماعي: أجاب Szasz ان كثيراً من المشكلات الجسمية العقلية التي يعرّفها المجتمع، عبر وكالاته وخبرائه "كأمراض" ليست الا أنماطاً سلوكية تكسر، بدرجات متفاوتة، نظام المعايير الاجتماعية المتصلبة. وليست هذه الأمراض في واقع الأمر الا مشكلات معيشية حقيقية يتيح تعريفها كحالات مَرَضية مدرجة للعلاج ازاحة البساط من تحتها وتحويل الاهتمام عنها

كمشكلات اجتماعية Social problems فعلية يجب مواجهتها في المقام الأول على هذا الأساس. وليس المرض العقلي، بهذا المعنى، الا «خرافة» خارج اطار تعريفه الثقافي المحدد.

ويجيب Goffman (1967)، ناسك المؤسسات الطبية المقفلة، ان المرض العقلي سلوك اجتماعي ذو خصائص تفاعلية سيئة يكسر، بصورة حادة، معايير التوافق مع القواعد الراسخة للسلوك ضمن مجريات التفاعل اليومي المباشر وشعائره في الأماكن العامة وشبه العامة. لذلك يأتي المرض خاصة المرض العقلي، في معظمه، كحقيقة جمعية عامة قبل ان يعرّفه الأطباء النفسيون كحقيقة طبية.

يلاحظ جوفمان (Goffman 1967: 137 - 148) ان الاشخاص الذين يؤتى بهم إلى انتباه الطبيب النفسي يسترعون أولاً انتباه افراد جماعاتهم الذين يعيشون بينهم أو يعملون معهم. فما يراه افراد المجتمع المتفاعلون كسلوك غريب بصورة حادة يراه الاطباء فيما بعد بصورة مطابقة بتشخيصهم لعلاماته كمرض عقلي. لذلك يكون الجانب الآخر في دراسةاعراض المرض العقلي، في رأي جوفمان، هو دراسة القواعد والنظم والمعايير الاجتماعية في المواقف التفاعلية اليومية. اذ يرتبط الجانبان، السوي والمنحرف، تحليلياً، بلا انفصال بحيث ان معرفة جانب منهما يعلمنا الشيء الكثير عن الجانب الآخر: تعلمنا دراسة السلوك السوي متى وكيف يكون السلوك مرضياً/ منحرفاً. وتتيح لنا دراسة المرض العقلي الوقوف على معاني السلوك "المجنون" بالنسبة للجماعة ولصاحبه المريض. واذا اتّبعنا هذه العناصر التفاعلية الموقفية الجمعية، كما يخبرنا جوفمان، فاننا سنجد انفسنا في موقف نتفهم فيه الحقيقة المربكة لمفاهيمنا التقليدية حول ما نسميه عادة «بالصحة العقلية» Sanity و«الجنون» Insanity وندرك مدى سيولة الحد الفاصل بينهما لدرجة أن سلوك الشخص الذي يظهر أمامنا يوماً أحمق أخرق، أرعن، أو «مجنوناً» قد يتحول في أعيننا في اليوم التالي مباشرة، من خلال اعادة النظر والتسامح التلقائي مع الاختلاف، إلى سلوك سليم عاقل رشيد، بل ربما نراه سلوكاً حكيماً. وإذا كان هدف الطب النفسي Psychiatry دائما هو التدخل بمنظور علاجي فني Technical فإن ذلك يجب أن يكون لمصلحة المريض. ويقتضي ذلك أن يحلّ التعامل

والفهم والتواصل محل العقاب والاحتقار وحجب التفاعل، ويحلّ الاهتمام بمنظور المريض ومفاهيمه ومعانيه محل الانشغال بطقوسية العلاقات العامة أو قدسية المعايير الاجتماعية التي أُسيء إليها؛ وأن يتوجه العلاج إلى الإنسان دون اتّخاذه موضوعاً للرثاء أو أداة لتقنيات الإبتزاز المنظّم بدفعه للاعتراف بضعفه أو حمله على تغيير شعوره نحو الإحساس بالذنب.

٢ – ٢: المرض (النفسي) والمحتوى الاجتماعي المباشر: جاءت أعمال لانغ، الطبيب البريطاني اللامع (Laing, 1971, 1969, 1967, 1965) لتحوّل بعض وجهات النظر التقليدية في الطب النفسي التحليلي إلى اتجاه اجتماعي حول سببية المرض وعلاجه. وبؤرة هذا الاهتمام الجديد هو السياق الاجتماعي المباشر للمريض Immediate Social Context بما يحتوي من علاقات وخبرات وصور وتصورات حالية للفرد مع عائلته وجماعته الأولية.

وتجادل بعض أعمال لانغ، مثلاً (Laing, 1965) أن انفصام الشخصية Schizophrenia ليس مرضاً بقدر ما هو نمط اتصال معذب Tortured Communication: اعراض لمحاولات اتصال مأزقية بين اطراف متفاعلة بصورة زائفة. ولانغ مقتنع هنا بعمق، على ضوء خبرته العيادية الواسعة، أن لا بد للطب النفسي من توسيع دائرته السببية العلاجية التي تدور عادة حول البحث عن أخطاء مبكرة في التكوين النفسي الجسمي للفرد أو التدقيق في سمات مترسبة في شخصيته، ليصل إلى المضمون العائلي الحالي المثير لأنفصام الشخصية أو ما يسميه فوكو (Foucault 1987: 253) «المركّب الوالدي المعقد» «Parental Complex» المتجسد في الخرافة التاريخية التي تلوّن ما يسمى «بنقاء العائلة» في الثقافة الغربية.

وقد جادل (Laing, 1971) أن كثيراً من الباحثين الذين أجروا دراسات جدّية عن العائلات التي يعاني بعض أفرادها من انفصام الشخصية لا بد لهم أن يعترفوا اليوم بأن معظم تصرفات هؤلاء الأعضاء التي تبدو انفصامية لا عقلانية Irrational لا يمكن أن تفهم بمعزل عن المحتوى الفعلي للعائلة. فضمن إطار العائلة نفسها، بنمط اتصالاتها وتفاعلاتها، تجد هذه الأفعال عقلانيتها Rationality. فإن يعيش الفرد في عائلة معينة

ليس خبرة عابرة يمكن التخلص منها بسهولة وإنما هي تجربة إنسانية كلية مستمرة تعني أن تعيش العائلة كاملة كامنة معه، حيّة مستمرة فيه. وتعني أن يستوعب الفرد نظامها العائلي وعلاقاتها وأدوارها. إذ أن هويته قد تصبح مختلطة مضطربة مهددة من خلال الصور والتصورات المتضاربة التي يتلقاها حول نفسه من الآخرين.حيث يتطلب تحقيق الفرد لاستقلاله الذاتي أن يكسر أحياناً ما استوعبه من نظام عائلي. بمعنى أن أفعال الفرد، حول ما يراه استقلالاً ذاتياً له، قد تأتي متصادمة مع نظام الأدوار الراسخ في العائلة، مهددة بالتالي لما تراه العائلة تكاملاً عائلياً ترى أية عائلة صحية مستقرة أن دورها يتمثل في الحفاظ عليه أساساً. وكثيراً ما يُعبّر عن نمط هذه العلاقات، لعدم ترابطها وانسجامها مع أنماط التفكير والاتصال في العائلة، بأنها سلوك انفصامي يراه الوالدان أولاً ثم يشخّصه الأطباء بعد ذلك على هذا الأساس (انظر كذلك، Tuckett 1976: 87).

وضمن هذا الاهتمام المعمق بالمحيط الاجتماعي المباشر للمريض، يقدّم براون وهاريس (Brown & Harris 1984: 270-71) نموذجا تفسيرياً يتكون من ثلاثة عوامل وسيطة Mediating factors يرتبط بتأثيراتها، سببيا تكوّن المرض و اتجاه تأثيره:

١ – عوامل مثيرة للمرض Provoking Agents كمحركات تطلق العنان وتفسح المجال للمؤثرات المختلفة لتمارس تأثيرها.

٢ – عوامل التعرض للمرض Vulnerability Factors كعوامل تحدد وضع الفرد تحت التأثير المباشر للعوامل الموثرة.

٣ – عوامل تكوين الاعراض المرضية Symptom Formation Factors كعوامل تحدد درجة التاثير والاصابة شدة وضعفاً.

وقد وجد الباحثان أن حدة تأثير العامل البائولوجي لا تظهر/ لا تؤثر إلّا بحدّة تأثير العوامل الاجتماعية المصاحبة.

كما يلاحظ الباحثان أن من أهم العوامل النفسية الاجتماعية المتفاعلة والمؤثرة في تكوين وتطور مرض الاكتئاب Depression، موضوع دراستهما، بين نساء الطبقات العاملة الفقيرة في أحياء لندن الحضرية ليست مفعولات خصائص فردية أو سمات

شخصية مجرّدة، وإنما هي تأثيرات متفاعلة لأحداث الحياة Life Events القاسية، والصعوبات الرئيسية المستمرة ذات المعنى المترابط والنتائج التراكمية، التي من شأنها أن تحدث تهديدا طويل الأمد لمجرى الحياة العادية للإنسان. ومن ضمن سلسلة هذه الأحداث المؤلمة الاحباطات وخيبات الأمل والانفصال والموت والفقدان، بكل صوره وأشكاله كفقدان العمل والسكن والروابط العائلية المستقرة والحماية واحترام الذات وحتى فقدان الأمل وفكرة الحياة ذاتها.

ويفترض باحثون آخرون (Hannay, 1988: 125) أن غلبة نمط محدد من المرض وانتشاره ضد آليات تكيف الفرد ودفاعاته ليس أمراً تلقائياً وإنما هو أمر يعتمد كثيراً، في المواقف العملية، على الاجابة عن سلسلة من الأسئلة المترابطة التالية: ماذا يحدث؟ لمن؟ متى؟ وأين؟. وأية إجابة عملية لا تفقد صلتها بالواقع، لا بد وأن تكون مشتملة على بيان التأثير المتبادل بين الصراع الداخلي Internal Conflict للفرد والضغط الخارجي External Pressure، أو التداخل المستمر بين الخصائص الفردية وأحداث الحياة التي تحدث للفرد، والسياق الاجتماعي الذي تحدث فيه.

ولكن لا بد لمثل هذه المحاولات التفسيرية الجريئة من تطوير إطار مرجعي أكثر شمولاً يمكن أن يحدد كيف تتشكل تصورات الصحة والمرض بالجوانب الثقافية والبنائية العريضة، وتفحص المجالات التي تتلوّن وتتباين فيها مفاهيم الصحة وإدراكات المرض ضمن المحتوى الثقافي الاجتماعي الأوسع.

ثالثاً: الصحة والمرض حقائق ثقافية متباينة

ساهم البحث الانثربولوجي/ السوسيولوجي بإزالة التجريد والغموض عن مفاهيم الصحة والمرض والعلاج، كمفاهيم تحليلية ثقافية نسبية بالتحث لها عن تفسيرات في بيئات ثقافية اجتماعية مقارنة وباعطاء اهمية مناسبة للعوامل الثقافية المؤثرة (التعريفات، الاعتقادات، المدلولات) كعوامل تأثيرية وسيطة. فضمن محتواها الثقافي الاجتماعي فقط، تجد هذه المفاهيم مصادر Origins ومعان Meanings وتتجسد لها مؤشرات Indicators ويستدل منها على تحولات Transformations مختلفة.

وقد ظهرت في السنوات الأخيرة محاولات تحليلية جادة للتمييز بين هذه المفاهيم الطبية الاجتماعية والثقافية المتداخلة باعتبارها حاسمة للتحليل والممارسة.

تجادل كاثرين ستائينو (Staiano 1986: 2 - 3) أن التجربة التي تسمى شعوراً بالمرض Illness والعلامات Signs والأعراض Symptoms كما يكتشفها، المداوون، أو كما يعبّر عنها أصحابها، والعملية التفسيرية التي تُفسر بها تلك الأعراض/ الأمراض كوسائل اتصالية، كلها ظواهر اجتماعية طبية ذات مضمون ثقافي أصيل تظل موضوعاً مناسباً للتفسير الاجتماعي الطبي المتكامل.

فإذا كان الشعور بالمرض تجربة ذاتية حقاً فإن المرض Disease نفسه تجربة ذاتية اجتماعية في آن واحد؛ لا يكون التعبير عنها وتقديمها للآخرين إلّا مستمداً من الخبرة الجمعية ومتأثراً بالنماذج الثقافية السائدة. لا يعبّر المرض عن الثقافة فحسب، وإنما يتضمنها أيضاً كمعنى من معانيه الرئيسية. ولا ينتج المرض من الممارسات الثقافية فحسب، وإنما لا بد أن يُعالج أيضاً ضمن البيئة الثقافية نفسها، حيث يستخدم المعالجون/ المطببون حياله فنّيات علاجية مستمدة من، ومتطابقة مع، توقعات ثقافية معينة.

ويبرز في هذا التحليل مفهوم العلاماتية Semiotics للدلالة على اعراض المرض الثقافية باعتبارها وسائل اتصالية مشحونة بالمعاني، ذات مؤشرات وقدرات وظيفية هائلة. علامات المرض وأعراضه بؤرة يتجسّد فيها عمق الذاتي والموضوعي معاً. إنها رموز Symbols ثقافية، وفهارس Index جسمية ونفسية اجتماعية. بل هي، فوق هذا، على حدّ تعبير ستائينو (Ibid: 5) «نماذج للحكمة» تستخدم النماذج الثقافية فتفسرها وتعززها بترتيبها المحكم للصور والإشارات التي تعكس تنظيم العالم في ثقافة معينة.

ومن المهم ملاحظة أن المداوين لا يأخذون الأعراض العضوية كقوى بارزة ذات دلالة مَرَضية بحدّ ذاتها وإنما باعتبارها عادة مؤشرات ومفسّرات لتغيرات أو تعديلات أقوى منها ليس الجسم وحدهُ مكانها وإنما المحيط الاجتماعي Social Milieu للمريض، بحيث أنه «إذا لم يستطع المريض التعبير عن معاناته بتغيرات يمكن قياسها أو يمكن أن تتضمنها نظرية (طبّية) تفسر أعراض المرض بجوانب جسيمة فسيولوجية ملموسة، فإنه

لا يمكن حينئذ اعتبار المريض مريضاً Diseased من وجهة النظر العادية للطبيب. فغالباً ما يربط المعالج هذه الإشارات بموضوعات اجتماعية، فيرى في الأعراض الجسمية معلومات أكثر أهمية من تحوّلات أخرى تجري في البيئة الاجتماعية للمريض (Staiano, 1988: 27).

وتدلّ الدراسات الانثربولوجية أن المرض، بأسبابه ومدلولاته الثقافية، غامض مجهول ومثير. يستثير أسئلة مربكة لأي مجتمع معاصر؛ حول مدى رسوخ ترتيباته الاجتماعية، وسلامة نظمه الاقتصادية السياسية القائمة، ومدى ثبات معاييره الثقافية الأخلاقية السائدة. كما يعكس المرض مدى قلق المجتمعات على استقرارها واطمئنانها على مستقبلها. ومعه تظهر حاجة المجتمعات الإنسانية للربط والتفسير. وتستنفذ الثقافات الإنسانية جزءاً مهماً من طاقاتها الفكرية والدينية للوصول إلى ما تقبله كتفسيرات معقولة لمصادره وما ترتأيه كعلاج مناسب له. فمن المخيف حقاً لأية ثقافة معاصرة ان تواجه المجهول دون فهمه وتفسيره أو، على الأقل، استخلاص معانيه ومدلولاته الرمزية المختلفة.

ويلاحظ Richman (1987) من جهة، أن المجتمعات التقليدية تميل عادة إلى ربط أسباب المرض في مكان ما خارج إطار الجسم. كما تميل كثير من المجتمعات الصناعية إلى رؤية مصادره خارجية أيضاً متصلة بعلاقات ومواقف الضغط المجتمعي والتوتر العائلي والتفكك البيئي. ويلاحظ من جهة أخرى (Ibid: 15 - 17) أن بعض الأمراض تظهر فجأة كالهيربس Herpes وفقدان المناعة المكتسبة Aids دون أن يُعرف لها مصدر محدد فتثير فزعاً جمعياً، وتحرك شكوكاً اجتماعية، وتشير إلى تفسخ اخلاقي وتفكك اجتماعي، وتستثير إدانة لأصحابها المرضى تبرر اجراءات الرقابة الاجتماعية بشأنها. فتكشف بذلك هشاشة بعض المفاهيم الأخلاقية حول ما يُسمى بالنقاء الاجتماعي والديني والعرقي. كما تتضمن معنى تسخير الصحة لأغراض سياسية دعائية. وترتبط أمراض أخرى كالسل T.B والأمراض الجنسية Venereal Disease في أذهان كثير من الناس بجماعات خارجية منافسة - كالعمالة الأجنبية مثلاً - فتكشف مدى جهل الثقافات المحلية بالثقافات المغايرة. وتستمر بعض الأمراض كالسرطان Cancer بأنواعه المتعددة بتعدد وحدات الجسم البشري، دون أن يجد أي

فرد، مريضاً كان أو طبيباً على السواء، لنفسه القدرة الفعلية في أن يكون بمنأى عن شرها. فتكشف بذلك مدى تعرّض الحياة الاجتماعية العصرية، حتى بمكوناتها الأساسية، لهجمات المرض القاتل. كما تكشف مدى قصور المحاولات الطبية باكتشاف مصادر الأمراض وعقم المزاعم العلاجية باستئصالها من جذورها.

وتدل الدراسات الأنثربولوجية/ السوسيولوجية المتفحصة للمنظورات الشعبية Lay Perspectives، بمفاهيمها العادية للصحة والمرض، أن هذه المفاهيم لا تعني شيئاً واحداً محدداً بوضوح في أذهان الناس حتى داخل المجتمع الواحد. وإنما تختلف مفاهيم الصحة وطرق الحفاظ عليها، وتعريف المريض، وطرق الوقاية منه، ووسائل ضبطه وإدارته، باختلاف طريقة حياة Way of Life الجماعات والطبقات الاجتماعية ضمن الاطار المجتمعي الواحد (Calnan, 1987). كما تختلف باختلاف تأكيدات الثقافات الفرعية Sub - Cultures وتنوّع الوسط الثقافي المباشر Cultural Milieu وامتداد المجال الحياتي Life Space للأفراد (Cornwell, 1984 Colby, 1987) وتتشكل، طبقاً لأشكال الوعي الفردي والتصورات والتقييمات الجمعية، أنماط الاستجابة للمرض والعلاج (Ibrahim, 1995). إذ نلاحظ في هذا الصدد أن بعض الجماعات الاجتماعية الثقافية تعطي وزناً أكبر للفشل العائلي وآخر للوراثة وثالثة للظروف الاجتماعية والاقتصادية وحظوظ الحياة. «فاللياقة» Fitness مثلاً، مفهوم ايجابي يكاد يكون مشتركاً بين الطبقات المتعلمة والغنيّة يقترن عند أفرادها عادة بمفهوم الصحة. ولكن المفهوم نفسه يكاد يكون مفهوماً «رفاهياً» لا معنى له في حياة وتوقعات الطبقات العاملة والفقيرة التي تستهلك أجسام أفرادها يومياً في معاركهم المتعددة الجبهات ليس من أجل تأمين نوعية خاصة ممتازة من الحياة وإنما من أجل الحفاظ على مقومات الحياة نفسها. ويميل هؤلاء الفقراء والأقل تعلماً إلى رؤية الصحة والمرض عادة بنوع من «النظرة القدرية» Fatalistic، كأمور خارج حدود مشيئتهم وضوابطهم الخاصة (Weir et al,, 1988).

ولا تخضع هذه المنظورات الشعبية بالطبع لمنطق الصواب والخطأ وإنما تظل أحكاماً قيمية نسبية Value Judgments تحتفظ، مهما اختلفت مفاهيمها وتباينت اعتقاداتها،

بقوة وخصوصية منطقها التفسيري المقبول بالقدر الذي يكون لها تأثير ملموس على مجريات السلوك الصحي والمَرَضي لدى أفرادها في حياتهم الاجتماعية الثقافية العامة.

رابعاً: الصحة والمرض حقائق اجتماعية متفاعلة

خضعت التفسيرات التقليدية للصحة والمرض والعلاج لتطويرات نظرية جوهرية وشهدت تحولات عملية ملموسة. فما كان يُعرف كاهتمام وحيد لممارسي المهن الطبية أو اهتمام تقليدي لأولئك المشتغلين بتطبيق علم الاجتماع على الطب، قد تحول تدريجياً إلى اهتمام جديد لعلم الاجتماع الطبي على مستويات كثيرة متداخلة. لا ليكون بالطبع بديلاً لمهنة الطب أو منافساً لممارسيه وإنما ليكون ذا صلة علمية مجتمعية فعلية بتفسير أنماط الأمراض المنتشرة كإحدى أكثر انتاجات المجتمعات الحديثة تميزاً وأشد مآزق الإنسان الحديث تعقيداً.

٤ – ١ مفاوضة الحقيقة الطبية الاجتماعية: لا يزال المنظور الطبي يتخذ من المرض المشخّص موضوعاً وحيداً له. ولا يزال ينظر إلى الأمراض، باصرار، كأشياء مجردة أو وحدات معتلّة لها خصائصها الذاتية مستقلة عن مشاعر أصحابها المرضى وظروفهم الاجتماعية الثقافية. إذ لا يزال المرض في هذا المنظور يطلق بحرفية تامة على:

«مجموعة من الوحدات الباثولوجية، كالسل والسكري، تؤلف بمجملها النموذج الطبي للصحة التي يمكن تمييزها أو وصفها بصورة محددة بالرجوع إلى أدلة بيولوجية أو كيميائية معينة... وهي بهذه الخصائص عالمية في صورتها وعلاجها ومضمونها. وتتشابه مسبباتها وأعراضها وتاريخها الطبيعي. كما تتشابه تشخصياتها وعلاجاتها دون اعتبار للأفراد والجماعات والثقافات التي تحدث فيها» (Helman, 1981).

وليس من الصعب هنا إدراك أن كثيراً من الصعوبات التي تواجه المنظور الطبي تتمثل في استمرار الأطباء في التفكير بطريقة نمطية متماثلة وتعودهم على الرؤية بعين واحدة، والإصرار بالتالي على انتاج منظور ذي بُعد واحد: التعامل مع المرض، بكفاءة، باعتباره شيئاً مجسّداً يملكه العضو المريض Diseased Organ دون الاهتمام بكفاءة

مماثلة، بالتوافق والانسجام (أو حتى تقدير) المنظور العادي للمريض Lay Perspctive وبتجربة الشعور بالمرض Illness Experienceباعتباره شيئاً ذاتياً يملكه الانسان المريض Sick man. ومثل هذا التناقض بين الطبي والاجتماعي، الموضوعي Objective والذاتي Subjective لا بد أن يُحلّ بعملية تفاوض Negotiation بين منظورات الأطراف المعنية بالعملية الطبية الاجتماعية – الطبيب والسوسيولوجي والمريض نفسه.

ويجادل Dingwall (1976) أنه ما دامت المنظورات الطبية العيادية تفتقد إقامة علاقة ارتباط جوهرية بتجربة الناس المرضى فلن تستطيع أبداً فهم المرض كسلوك اجتماعي، ولا يمكن بالتالي تطوير نظرية طبية وممارسة مهنية فعالة بل ومقبولة على الإطلاق في المجتمعات المعاصرة؛ حيث تتنوع انماط الأمراض، وتتعدد أنواع المعاناة الإنسانية، ويشتد غموض مصادرها، وتتعقد مدلولات أبعادها وتأثيراتها.

وأول ما يهتم به التحليل الاجتماعي، ضمن هذا التوجّه (Tuckett, 1976: 32) هو التمييز الحاد بين الشعور بالمرض والمرض نفسه باعتبارهما ينتميان إلى عالمين مختلفين من المعاني والحقائق ليس من الضروري أن يلتقيا. فالشعور بالمرض Illness احساس ذاتي بالاختلاف وعدم الرضا وميل نحو التذمر والشكوى والتبرم بالحياة مثلما يخبره أو يراه أو يعبّر عنه الشخص الذي يعاني منه. والمرض Disease حالة مرضية مشخصة، تجسدها إشارات وعلامات ودلائل وأعراض يراها الأطباء ويشخصونها تشخيصاً مرضياً. الشعور بالمرض، بكلمات أخرى، هو ما يعاني منه المريض عادة وينغص عليه مجرى حياته اليومية بنشاطاتها المألوفة. أما المرض فهو تجسيد طبي لذلك الشعور تتبعه عادة طرق للمعالجة. وليس من الضروري أن يتطابق المفهومان بالمعنى، بل كثير اً ما يكون بين المفهومين تناقض وتضارب. فهناك حالات يرى فيها أصحابها أنفسهم كمرضى Ill ولكنهم ليسوا مرضى Diseased بتشخيص الأطباء (كحالات المتمارضين Malingeers). وهناك حالات أخرى يشخص الأطباء بعض الأفراد كمرضى Diseased بينما يصرّ هؤلاء بأنهم ليسوا مرضى Ill على الاطلاق (كالحالات التي يُقتاد فيها بعض الأشخاص قسراً إلى مصحات الأمراض العقلية).

ويقتضي ذلك الفهم الجديد، كما يرى West (1979) تغيير الاهتمام الطبي الاجتماعي عموماً من صياغة المشكلة البحثية كصيغة ينصبّ فيها الانشغال باكتشاف متغيرات نفسية اجتماعية ثقافية متضمنة في النمط الأصلي للمريض Proto - Patient الذي يعمل ما يجب عليه عمله (استشارة الطبيب وإطاعة أوامره)، إلى صيغة مغايرة يتجّه فيها الاهتمام الأكبر إلى الفرد المريض كفرد عقلاني واع وفاعل مدرك مستجيب قادر على إقامة معنى لأنواع التغيرات الجسمية ضمن إطار معرفته العادية.

ولكن الإشكالية التي تواجه الباحثين هنا هي أن المرضى أنفسهم قد يتنازلون، طواعية أحياناً، عن فضيلة عقلانيتهم التي تتيح لهم معرفة المصادر الحقيقية لأمراضهم كما يحسون بها فعلياً. ويتخلون عن وعيهم الذاتي الذي يمكنّهم من رصد تحولاتها ونتائجها كما يعايشونها في واقع الأمر. فيساهم المرضى، بوعي أو بإهمال، في تشويه مضمون ومدلولات تجاربهم الذاتية لتكون متطابقة مع مواصفات المرض كما يراه الأطباء، أو تطويع تجاربهم لتكون منسجمة مع التفسيرات الطبية الشعبية كما تراها وسائل الاتصال الجماهيري (الصفحات والأفلام والبرامج الطبية المبسّطة التي تحتفظ باغراءاتها وإثارتها لعامة الناس) رغم عدم مصداقيتها الفعلية بالنسبة لتجاربهم الذاتية مع المرض.

ومع ذلك كله، تظل التجربة الذاتية الاجتماعية للمرض - سلباً أو إيجاباً - تجربة ثرية معمقة تنفي عن الحقيقة الطبية قيمتها المجردة ومعرفتها المطلقة، ولا بديل أمام الباحث الاجتماعي الطبي اليوم من الاعتماد عليها لا باعتبارها القصّة كلها ولكن بتثمينها كتجربة انسانية ذات مدلول اجتماعي عملي فعلي لا يمكن تجاهله في أي تحليل وتفسير ذي معنى للمرض وأسبابه ومدلولاته، ومدى فعالية الممارسات والسياسات الطبية حياله: فإذا كانت تكنولوجيا تطبيب المرض واحدة، فإن سوسيولوجية المرض وسيكولوجية المرضى أنفسهم مختلفة متباينة، وهي التي تصنع الفرق الكبير. فلم تعُد أمراض اليوم المنتشرة، باعتراف الأطباء أنفسهم، أوبئة فتاكة يُبتلى بها الناس على السواء بغض النظر عن أفعالهم وردود أفعالهم بدون اعتبار لإدراكاتهم وتعريفاتهم وقراراتهم بشأنها.

٤ – ٢ المرض كتعريف اجتماعي منحرف: اتجه التحليل الاجتماعي الطبي مؤخراً إلى الاهتمام بالمرضى – المعرفين بهذا التعريف The defined لا بالمعنى النفسي الضيق المعلول سببياً Aetiological وإنما بعملياتهم التفاعلية الجمعية؛ بمنظوراتهم الذاتية الاجتماعية للمرض؛ بتعريفاتهم وأفعالهم وردود أفعال المجتمع تجاهها.

لقد أشبع الفرد بحثاً، بل تشريحاً، على أيدي الأطباء/ الخبراء، في محاولات متكررة متعثرة، للإجابة عن السؤال التقليدي: ما العلة في الفرد الذي يمرض دون غيره في المجتمع؟. واتجهت محاولات جديدة للتفكير في جدوى السؤال المقابل: ما الخطأ في المجتمع الذي يصبح أفراده مرضى بصورة متزايدة رغم تقدم تكنولوجيا الطب ومهارة الأطباء؟

يحاول منظور العنونة المنحرفة Deviant Labelling تحييد مفهوم المرض بابطال مفعوله التأثيري (النظري على الأقل) وذلك للاعتقاد بأن المرض ليس صفة نوعية مبنيّة في الأفعال والمواقف والظواهر المرضية. وإنما هو، بالأحرى، صفات ونعوت منسوبة/ أو مضافة إليها وأحكام اجتماعية بشأنها.

المرض هو ما يعرّفه المجتمع، أو جماعة قوية منه، بهذا التعريف. ونادراً ما تكون علمية التعريف عملية كليّة موضوعية برئية. مما يستدعي أن لا يؤخذ اللقب المريض، تماماً كاللقب المنحرف، كأمر مسلّم به وإنما لا بد أن يُستعمل «بين قوسين» وبتحفظ شديد، متبوعاً دائماً بالأسئلة التعريفية التي يجب أن تليه فوراً: «مريض» – يقول مَنْ؟ «مريض» بالنسبة لمن؟ لأن معرفة المعرّف Definer تخبر الشيء الكثير عن مصالحه من وراء التعريف.

ليس المرض بحدّ ذاته Per se هو الإشكالية Problematic بقدر ما هي المعاني الصريحة والرمزية التي يتضمنها، والعمليات الاجتماعية التي يثيرها عند الأطراف المتفاعلة. وليست الأسباب الأولية المؤدية إلى المرض هي القضية (النظرية والبحثية) وإنما الإشكالية الحقيقية هي الآثار الاجتماعية التي تترتب عليه.

٤ – ٣ العمليات الاجتماعية المؤثرة: لا يأتي المرض (المؤثر) في هذا المنظور بين

يوم وليلة، وبصورة حادة محددة. وإنما هو عملية اجتماعية يصبح من خلالها الفرد مريضاً: ينمو المرض ويتشكل ويتلّون ويتطور مع الوقت ومن خلال عمليات التفاعل الاجتماعي الرمزي والممارسات الفعلية بين الأطرف المعنية.

يأخذ منظور ردّ الفعل الاجتماعي اشكاليتهُ من عمليات التعريف الاجتماعي والتشخيص الطبي والعلاج المؤسسي، كعمليات اجتماعية طبية حاسمة تحدد، بقليل أو كثير، نوعية المرض وحجمه، وتلّون بصورة أو بأخرى، شكل سلوك المريض واتجاهاته مع المرض. فتؤرخ بذلك لمراحل المرض ورصد تحولاته المختلفة.

إنه عبر هذه العمليات المحورية فقط للضبط الاجتماعي: مجموعة الأفعال وردود الأفعال المتصلة، وسلسلة التأثيرات والتأثرات المستمرة، يقدّم هذا المنظور إطاراً نظرياً ذا صلة متزايدة بتحليل الصحة والمرض والعلاج في المجتمعات المعاصرة (تماماً كالسواء والانحراف، التشابه والاختلاف، القوة والعجز.. الخ) لا كحقائق موضوعية مسلّم بها وإنما كأحكام خلافية وتقارير إشكالية من المناسب أن يكون فيها جميع الأطراف المعنية بالمشهد الطبي الاجتماعي (المرضى، الأطباء، الناس المتفاعلين معهم، على السواء) موضوعاً ملائماً للبحث الاجتماعي الطبي (انظر، مثلاً Lemert, 1967: Becker, 1973).

ولذلك يوجّه هذا المنظور اهتمام الباحثين إلى تتبع مجرى المرض Disease Course وتطورات المرض Disease Developments تبعاً لاتجاهات الترتيبات الاجتماعية السياسية الاقتصادية القائمة؛ وذلك بتتبع نشوئه وتطوره منذ أن كان مستتراً كامناً ضمن الحدود والضوابط الذاتية للفرد الذي يشعر به أو يعاني منه ويتعامل معه بطرقه الخاصة، ثم تشكلّه وتبلوره وبروزه من خلال العمليات التي يُصبح فيها معرّفاً ومردوداً عليه وموضوعاً معلناً للعلاج الطبي.

ويمكن تحديد التطورات النظرية والبحثية الرئيسية بما يلي:

١ - إن العملية الاجتماعية التي يوصف فيها سلوك الفرد «كمرض» واضفاء اللقب «المريض» على صاحبه هي عملية تعريفية Definitonal Process مهنية احترافية

Professional انتقائية Selective. وتقاريرها تقارير طبية مثلما هي تقارير اخلاقية أيضاً، يقوم فيها الأطباء كخبراء (تماماً كأساتذة الجامعات والقضاة والمحامين والصحفيين وحُرّاس الاخلاق الاجتماعية..الخ) بتحديد معايير الصحة والمرض، ومواصفات الأشخاص الذين يندرجون، بنجاح، تحت مسمياتهم وتصنيفاتهم وتنميطاتهم الطبية الفنّية. فهؤلاء الاطباء/ الخبراء وكلاء رسميون للضبط الاجتماعي ومعرّفون أقوياء هامون للحقيقة الاجتماعية وللأشخاص والأشياء ذات الصلة، ومعرّفون أقوياء هامون للحقيقة الاجتماعية وللأشخاص والأشياء ذات الصلة بما فيها حقائق الصحة والمرض.

٢ - ليست عملية التشخيص الطبي Medical Diagnosis مجرد عملية اكتشاف عادية تتقرر فيها حقائق طبية محضة، أو تتضمن قرارات عقلانية خالصة. وإنما هي، بالمواقف الميدانية، عملية «مواجهة درامية» Dramatic Encounter تضع حداً للشكوى والغموض وعدم التأكد عند الرجل/ المرأة العادية وتتحول فيها خصوصية التجربة الذاتية إلى شأن طبي مهني. إنها عملية يلتقي فيها الذاتي بالموضوعي، والفردي بالاجتماعي. وتنهي فعلياً بخلق حقيقة اجتماعية جديدة. (انظر، Freidson, 1970).

٣ - وتأتي عملية العلاج المؤسسي Institutional Medicalization، بما تقتضيه من أدوية وعلاجات وما تتطلبه من إقامة بالمؤسسات الطبية المفتوحة والمقفلة، لتضاعف من أمور المرض وتعدل من نظرة المريض لذاته. وقد يطوّر المريض من خلالها (ولا إصرار على الحتمية هنا) مجرى حياة مرضي Sickness Career. كما قد يصبح، بترويضه وتكييفه النفسي والجسدي مع المتطلبات التنظيمية للحياة اليومية داخله، بما تتضمنه من روتين ونمط علاقات واتصالات تجلب خصوصية العالم الداخلي للفرد المريض إلى تدخلات عمومية العالم التفاعلي الأوسع، مريضاً مزمناً Chronic Patient موصوم الهوّية Stigmatized في كثير من الأحيان، نادراً ما يجد طريقه خارجها صحيحاً معافى، أو يواصل نشاطات حياته اليومية المألوفة خارجها «بعادية» تامة مثلما كان يفعل ذلك يوماً (أنظر - Goffman, 1968^{A}: 1968^{B}).

خامساً: تطبيب الحياة الاجتماعية

المؤسسات الطبية الحديثة، بقدرتها المتخصصة وقراراتها العقلانية وإجراءاتها الفنّية المعقدة، مؤسسات بيروقراطية Bureaucratic Organizations بدرجات متفاوتة (انظر - Tuckett, 1976: 225 - 51).

ولم تَعُد هذه المؤسسات الضخمة الممتدة تزاحم، وإنما تحتكر، اليوم، بتنظيمها وصناعاتها وأيدلوجيتها، كل ما يتصل بظاهرة الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة. ولم يعد المنظور العلاجي Therapeutic Perspective لهذه المؤسسات يهيّمن على مجرى المعرفة والممارسة الطبية داخلها (الهيئة الطبية والتمريضية والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ومجموعة المرضى)، وإنما غدا يؤثّر بازدياد على نمط حياة الأفراد Style of Life المتفاعلين معها. بل ويمتدّ تأثيره تدريجيا ليؤثر، بصورة مذهلة، على نوعية الحياة نفسها Quality of Life التي يعيشها الأفراد في مجتمعهم الكبير. لدرجة يرى فيها نقّاد هذه المؤسسات بأن أنماط الأمراض الحديثة، كأمراض القلب وسرطان الرئة وقرحة المعدة والسكري والاكتئاب والشقيقة Migraine.. الخ، هي إحدى انتاجات المجتمعات الحديثة وإحدى مآزقها في آن واحد (Black, 1987: 195). ويمكن ملاحظة أن التعريفات والتدخلات الطبية Medical Interventions التي تتجه باستمرار نحو تطبيب الحياة الاجتماعية Medicaliztion of Social Life من شأنها أن تحوّل كثيراً من النشاطات العادية للأفراد إلى حالات مَرَضية، لتفرض بذلك نمطاً زائفاً مما يسمى «بالتوافق المجتمعي الصحي» ولو باخضاع «رفاهية» الفرد لمراقبة الدولة. كما يمكن ملاحظة أن هذه التدخلات الطبية تمتد اليوم إلى مجالات اضافية من الحياة الاجتماعية لتشمل أنماطاً من الحياة والتفكير والتعبير لتعتدي بذلك على استقلالية الفرد وانتزاع حقه في أن يكون ببساطة مختلفاً Different دون أن يكون منحرفاً Deviant أو مريضاً Diseased.

ومن هذه الحالات مجموعة متنامية من الإفرازات الباثولوجية للحياة الاجتماعية كالتدخين والكحول والمخدرات ونظام التغذية الاستهلاكي. بحيث لم تعد المؤسسات الطبية ترى هذه النشاطات/ العادات، كغيرها من انتاجات الحياة المجتمعية العصرية،

معضلات شخصية وتحديات اخلاقية من شأن أصحابها وحدهم. وإنما تنظر إليها باعتبارها أعراض شرور مَرَضية ومشكلات صحية عامة. ولا ترى مسؤوليتها الاجتماعية بوقاية جميع أفرادها منها أساساً، بتجفيف مصادرها الاجتماعية العريضة، وإنما بممارسة ضبط اجتماعي طبي على أصحابها المرضى.

وضمن هذا التأثير على الإنسان المعاصر، يقرر فوكو (1973) Foucault، برؤية فلسفية ناقدة، أن الطب الحديث خطاب فكري عميق Discourse يفرض، بقوة مفرداته الجديدة، بناء اجتماعياً معرفياً جديداً على العالم. ولا يكفّ هذا الخطاب الطبي القوي، بما يتبعه من ممارسة، عن تشويه مفاهيم المريض عن ذاته وتحريف تجربته الخاصة مضيفاً بذلك إلى أعراض الإغتراب الاجتماعي أبعاداً طبية مَرَضية جديدة.

ويذهب إيڤان اليش Illich في كتابه المثير للجدل «اللعنة الطبية» Medical Nemesis بأن الطب الحديث لا يحل مشكلات (طبية) قديمة بقدر ما يخلق مشكلات (اجتماعية) جديدة. إذ يعزز النزعة الصناعية التكنولوجية على حساب النمو الشخصي. وطب كهذا ليس إلّا «أداة مصاغة بشرعية لإقناع أولئك المرضى المتبرمين والمتعبين من المجتمع بأن المرض يكمن فيهم لا في مجتمعهم، وأنهم وحدهم العاجزون الفاشلون والمحتاجون لاصلاحات طبية فنيّة «Illich, 1976).

ويمكن أن يُستغل الطب، كما يرى Gerhardt(1979). كأداة علمية مبررة لضبط قوى مختلفة متصارعة في المجتمع، ومراقبة فئات كاملة تميل نحو المعارضة والاحتجاج والتمرد. ويمكن أن تُستغل الممارسات الطبية كصمام أمان قادر على احتواء هذه المعارضات بالحَجْر والعزل والعزلة والتحييد أوقات اشتداد الاختلافات والاضطرابات والأزمات الأيدلوجية والأثنية والمذهبية.

وينصّب الجزء الأكبر من نقد التدخلات الطبية على ما يمكن تشخيصه «بأزمة» الطب الغربي الحديث Crisis of Western Medicine المتمثلة في قصوره وعدم تأكداته وتحيزاته وعدم فعاليته - منظوراً وممارسة.

إذ يُصرّ المنظور العلاجي الطبي على رؤية الجسم البشري كمجموعة متناثرة

الأجزاء، ولا يرى دوره إلّا محصوراً (فنياً أو اختصاصياً) في العلاج أو ترميم الجزء المعطوب منه. ويفشل بذلك أن يرى الإنسان كوحدة متماسكة ضمن جماعته ومجتمعه.

وهنا يقرّر اليش (Illich (1976: 11، أحد أشهر نقاد الممارسات الطبية وأكثرهم اقتناعاً بعدم جدواها، إلى أن فلسفة الضبط والتحكم التي تمارسها المؤسسة الطبية قد وصلت إلى حالة «شلل وبائي» Epidemic. وما دامت تصرّ على تطبيق فلسفة آلية للصحة والمرض فإنها لم تعد مؤسسة للرعاية الصحية وإنما تتحول إلى تهديد رئيسي للصحة بمفهومها الاجتماعي المتغير.

ولا يمكن للتاريخ الطبي أن ينكر حقيقة واحدة، على الأقل، مترسبة مستمرة إلى عصرنا هذا: إنه رغم التدخلات الطبية الهائلة، ما تزال نفقات حفظ الصحة باهظة وتهدر بإسمها كثير من الموارد. وما زالت، مع ذلك الأمراض تأتي وتذهب. وما يزال تأثير الأطباء فيها محدوداً للغاية: «إن دراسة تطور أنماط الأمراض يعطي الدليل على أن الأطباء لم يؤثروا اليوم في الأوبئة بعمق أكبر من تاثير القساوسة في حقب سابقة. بل أن الأمراض لم تتأثر بشعائر الأطباء في ممارساتهم العيادية بحسم أكبر من تأثرها بالشعائر الدينية المألوفة عند زيارة أضرحة القديسين» (Illich, 1979: 23).

ويجد مثل هذا التحليل، والنقد الليبرالي الذي ينطلق منه، صلة ومصداقية متزايدة في المجتمعات الصناعية غير المتجانسة حيث تتنافس القيم وتتصارع المصالح ويشتد تدّخل المؤسسات الطبية.

وأهم ما يسهم به هذا التحليل والنقد معاً أنه يضع تجربة المرض وإدارته في أيدي أصحابها الشرعيين – الناس المرضى انفسهم، ويعيد إلى الجمعيات والهيئات المدنية والروابط المحلية إرادتها وفعاليتها المسلوبة في التعامل مع المرض. ولكن أهم ما يغيب في هذا المنظور إقامة علاقة ارتباط واضحة بين البناء الاجتماعي الاقتصادي السياسي للمجتمع وتحولاته وتغيراته الجارية، من جهة، وتطورات الصحة والمرض ومحصلاتها من جهة أخرى. ففي ميله لرؤية أسباب المرض ومشكلاته متعلقاً بسوء إدارة المؤسسات

وممارساتها، يميل المنظور إلى تجاهل تجذّر مصادرها في الضوابط البنائية للمجتمع الأوسع وارتباط أنماطها بنمط المجتمع الذي توجد فيه وتنمو وتنتشر.

سادساً: الصحة والمرض انتاج علاقات طبقية

في حين يجادل أصحاب الاتجاه الرأسمالي، بصيغ متفاوتة التأكيد، أن الناس ينتهون إلى وضع طبقي متدنٍ لأنهم مرضى، أضعف صحة وأقل انتاجاً وأدنى طموحاً من الآخرين، فإن أصحاب الإتجاه الماركسي يجادلون بطرح المقولة المعاكسة تماماً: يصبح الناس مرضى لأنهم في وضع طبقي متدنٍ أساساً.

وبذلك يأخذ أصحاب المنظور الماركسي قضايا الصحة والمرض والعلاج، إلى أعلى سلم الأولويات السياسية الاجتماعية الاقتصادية الأخلاقية للمجتمع والدولة. فيرون أن الطبقات الاجتماعية المختفلة لا تتساوى في امكانيات الصحة وتوزيع المرض ولا حتى في معدلات الموت. إذ تحدد الطبقة الاجتماعية لأفرادها وضعهم الطبقي وبالتالي مدى إمتلاكهم لإمكانيات الصحة ومدى القدرة على النفاذ إلى خدمات الرعاية الصحية ومدى الرغبة في الاستفادة منها. ويحدد الاختلاف الاجتماعي الاقتصادي (اللامساواة الاجتماعية الاقتصادية، المكانة الاجتماعية الهامشية، البطالة، معدلات التعليم، الدخل، المهنة.. الخ) حجم المرض واتجاهه بين الطبقات المختلفة (انظر – Wilkinson, 1986).

وفي حين تتجه المحاولات النظرية السابقة إلى تحليل الطب كأحد المكونات الرئيسية للنسق الاجتماعي من أجل فهم ضواغط المجتمع الكلّي وضوابطه، يصرّ الإتجاه الماركسي، بصورة مباشرة، على تحليل المجتمع الكلي نفسه من أجل فهم الطب كأحد حقائق مكوناته الرئيسية. وذلك لأن الطب، كغيره من موضوعات التحليل الاجتماعي، لا يمكن فهمه، تاريخياً، خارج إطار مفاتيحه التحليلية المركزية: العلاقات الطبقية Class Relations والصراع Struggle. الطب علاقة اجتماعية في تناقض يجسّد حقيقة أن الطبقات الاجتماعية المهيمنة التي تشكّل طبيعة المجتمع واتجاهاته هي نفسها التي تشكّل أيضاً تنظيم الطب طبقاً لمصالحها، وتعرّف أهدافه طبقاً لغاياتها، وتقرر مساره وتكوّن أيدلوجيته طبقاً لاتجاهاتها. ويظهر هذا التحليل الذي يتزعمه نافارو، منذ أواخر

السبعينات من هذا القرن (Navarro, 1976: 1978, 1986)، عدائياً بصورة خاصة لعدد من المفاهيم المركزية التي يقوم بها التحليل الاجتماعي الطبي، التقليدي والليبرالي والنقدي على السواء، باعتبارها تشوّه تحليل الطب، شكلاً وموضوعاً، على النحو التالي:

١ – يحتفظ منظور العنونة المنحرفة، رغم اتجاهه الليبرالي النقدي، بأول هذه المفاهيم المشوهة عندما يختزل تحليل الطب إلى مجرد صراع بين معرّفين مرئيين بارزين (أطباء، صناعات أدوية، شركات تأمين) تتحدد أنماط سلوكهم ودوافعهم طبقاً لطبيعة المصالح الجارية. متجاهلاً بذلك مجموعة مؤثرة من المعرّفين غير المرئيين الذين يعرّفون القواعد والقيم والغايات للجماعات الداخلة في عملية الصراع طبقاً لمصالحهم الطبقية وهؤلاء المعرّفون، كجماعات مصالح خفيّة تتصارع من أجل القوة والتأثير، لا يظهر وجودهم من خلال الخطاب الطبي العادي. وما دام هؤلاء طبقة غير مرئية فإنهم لا يكونون بالطبع هدفاً للنقد الاجتماعي.

٢ – وبالمثل، عندما تتحرك المنظورات النقدية من سباتها وتنصبّ كليّة على ما تراه «أزمة للطب الغربي»، فإنها تميل إلى اعتباره، بوعي أو بإهمال، أزمة كلية شاملة، متجاهلة بذلك أن الطب – رغم شموليته وأهميته المطلقة – ليس إلّا جزءاً متصلاً من كلٍّ واحد متداخل متفاعل لا يجعل من ازمة الطب في ظل الرأسمالية إلّا أزمة للرأسمالية في الطب. وذلك بالضبط لأن الطب معرفة وممارسة ونظاماً ومؤسسة، ليس إلّا «توليفة» محكمة لعلاقات القوة. وهو بهذا المعنى ليس شيئاً حيادياً جامداً ولا ملحقاً اضافياً للرأسمالية. وإنما الطبّ في ظل الرأسمالية، أداة من أدواتها، علاقاته علاقاتها، وأزمته أزمتها. هو الرأسمالية بعينها (Navarro, 1986: 245).

والطب في هذا التحليل وظيفي أيضاً. لا بالمعنى التقليدي المحافظ أو المعنى الليبرالي الناقد، ولكن بمعنى مختلف: للطب حقاً وظيفة تحريرية، تجد جذورها في الايدلوجية الوضعية الطبية منذ القرن التاسع عشر وتعمل على فك قيود الإنسان من عبودية الحاجة والعوز والمرض. ولكن للطب أيضاً وظيفة هيمنة تتسلط بها الجماعات الأقوى على الآخرين الأكثر حاجة وضعفاً ومرضاً. ولا تمارس وظيفة التحرير بانفصال عن وظيفة الهيمنة، وإنما دائماً من خلالها وعبر تطبيق عملياتها النظرية والعملية، ومن خلال

ممارساتها المعرفية والعلاجية (Navarro, 1986: 242).

٣ - والمفهوم الثالث الذي يوجّه إليه التحليل الماركسي نقده هو ما يصفه نافارو Navarro (1986: 245 - 47) «بالذرائعية في الطب» Medicine Instrumentalism التي يزعم أصحابها أن استخدام الطبقات المهيمنة للطب في طرق ملتوية أو تسخيره لأغراض لا إنسانية لا ينفي عن الطب صفته الأصلية كقوة ذاتية تقدمية حرّة أساساً. أن هذا الإدعاء، ببساطة، نظراً لطبيعة الأمور ومجرى العلاقات الطبقية، غير ممكن. فليس الطب، لسوء الحظ، أداة مرنة يمكن تجزئتها إلى أجزاء متناثرة أو وحدات منفصلة ذات معنى. كما أنه ليس وسيلة بريئة يمكن إنقاذ جوانبه الأكثر علمية وإنسانية ونفعاً والقاء جوانب العنصرية الجنسية جانباً. فالطب قوة معرفية هائلة، تعيد بناء علاقات القوة وتتيح للمجتمع ضبطاً اجتماعياً سياسياً على بعض طبقاته.

وبمثل هذه القناعة، لا يرى هذا المنظور الأهداف الإنسانية للطب (الرأسمالي) كقوة ضابطة إلّا أهدافاً مزعومة مضللة و «مغالطة كليّة ابتلعها الناس طويلاً من خلال غرقهم في ظلام الجهل الكلي» (Navarro, 1986: 242).

ويبدو واضحاً أن في هذا التحليل، اللامهادن، رغم وضوح رؤيته التاريخية لمصادر الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة، ميلاً راسخاً لرؤية نفسه كنظرية عامة شاملة للمجتمع والدولة، ولكنه يقترن بمنطق عقائدي متصلب Dogmatic ينكر به كثيراً من الإستبصارات النظرية والتفسيرات العملية التي لا تناسب منطقهُ في التحليل والتفسير.

إذ يميل مثلاً إلى تجاهل تجارب كثير من المجتمعات الرأسمالية غير الصناعية في تطويع الطب لأغراض مجتمعية إنسانية محضة. وبتركيزه الكلي على البناء الاجتماعي الطبقي كمستوى وحيد للتحليل، فإنه يتجاهل تماماً الإمكانية المقابلة في أن يتضافر الذاتي والموضوعي، الإنسان والمجتمع معاً في إنتاج المرض وإعادة انتاجه، في بناء الحقيقة الطبية بناءاً اجتماعياً، وجوداً موضوعياً، ومعنى ذاتياً في آن واحد.

فحيث تكون الأفعال الاجتماعية، العادية والمرضية على السواء، هي المعنية، كما

يقترح الباحثون المنخرطون في الميدان (انظر Fitzpatrick et al, 1984: 4)، فإن الباحث يحتاج بالتأكيد إلى مستويات متعددة مختلفة من التفسير تجمع ما بين الذاتي والموضوعي، بين الفردي والاجتماعي، بين الخاص والعام، بين الساكن والمتحرك، كما أن نتائجه لا بد أن تستند على مجموعة متنوعة من الأدلة الميدانية.

استخلاصات واقتراحات

ليست حالة العادية Normality مجرد الخلو من الأمراض. وليست الصحة Health ظاهرة اضافية تسمح بتكديس آلي لقوى جسمية فيزيقية متراكمة. وما دامت الصحة لا تتحقق، بتعريف منظمة الصحة العالمية W. H. O.، إلا «بالشعور الغامر بالسعادة والتوازن والإنسجام الجسمي - النفسي - الاجتماعي معاً»، فإن الحياة مجردة ليست هي التي تصنع الفرق الكبير عند الإنسان، وإنما بالأحرى نوعية الحياة نفسها Quality of Life؛ العيش بايجابية، ونمط الحياة Style of Life وتجارب الحياة. وهذه وتلك انتاج فردي - مجتمعي مميز.

فليست المشكلة، من جهة، أن المرض Disease وحده هو الذي يؤثر على المجتمع بصورة أُحادية آلية ميكانيكية حتى يستأثر بهذا الإهتمام الكلي للأطباء. وإنما المجتمع Society ايضاً يؤثر على المرض، بصورة موازية، ولو عبر عوامله النسبية الوسيطة.

فالمجتمع بنمط بنائه الاجتماعي الثقافي، بنظامه الاقتصادي السياسي، بمدى تنوّع جماعاته وتفاوت طبقاته الاجتماعية، بمدى جمود تقسيماته وتأكيداته وانتماءاته الأيدلوجية والعرقية والطائفية والمذهبية، بمدى عمق توتراته وضغوطاته، يكون، بدوره، إما رافضاً للأمراض أو مستجيباً لها، مثيراً مولّداً للعلل أو ممتصّاً محتوياً لتأثيراتها، ولكن العوامل النفسية والمؤثرات الاجتماعية نادراً ما تبرز على السطح حتى يتوصل إليها الأطباء مباشرة. فتظل، رغم تجاهلهم لمفعولها، هي العوامل النشطة والمؤثرات المحيطة بمصادر المعاناة والمرض في أي مجتمع.

وليست المشكلة، من جهة أخرى، باستنتاج أحد أبرز الأطباء الموجهين لإهتمامات

الرابطة الطبية البريطانية (Black, 1987: 28)، مشكلة أمراض بقدر ما هي مشكلة أناس مرضى.

ورغم أن هؤلاء المرضى هم المعنيون الرئيسيون بالأمر، فإنهم ما زالوا إلى اليوم هم الأكثر غياباً في المنظورات والممارسات الطبية. فإذا أراد الباحثون في علم الاجتماع الطبي فهماً جديداً للمرض كسلوك اجتماعي بكل تفاعل مصادره العريضة وأسبابه المباشرة وتحوّل أنماطه وصوره، وتنوّع اتجاهاته وابعاده للإنسان والمجتمع المعاصر، فلا بد أن تتوجه إشكاليات بحوثهم إلى العمليات التأثيرية الحاسمة التي لا تبنى فيها الحقيقة الطبية الكلية إلا بناءاً اجتماعياً كلياً؛ من خلال الوقوف على تجربة المرض وأنماط حياة الناس المرضى، وعمليات التفاعل الرمزي المستمرة؛ التعريف الذاتي للمرض، الاعتراف به، القرار بفعل شيء تجاهه، الأفعال الفردية وردود الأفعال الاجتماعية نحوه.

لقد حاولت هذه الدراسة ابتداءاً وانتهاءاً، إن تبيّن أن مجريات المرض، في مصادره وتطوراته وارتباطاته العريضة، تجعل تركيز اهتمام الباحثين الغربيين في علم الاجتماع الطبي أمراً غير مبرّر، نظرياً ومنهجياً، على الأقل في مجالينْ أساسيين:

١ - اصرار منظوراتهم على الرؤية الضيقة في المكان الضيق، بالبحث في الفرد المنفصل، عن أسباب باثولوجية عضوية خالصة، باعتبارها القصة كلها.

٢ - التركيز المنفرد لبحوثهم الميدانية على ممارسات الأطباء، باعتبارهم خبراء المشهد الطبي الاجتماعي كله؛ يعرفون أكثر، ويصدقون أكثر.

فبعد مسيرة أكثر من أربعين عاماً في المجتمعات الغربية الصناعية الكبرى، يجب أن لا تنبؤنا القوة العلمية، والاحتراف المهني، والمصداقية الاجتماعية، للاطباء عن تقدم هائل في قدراتهم الفعلية Actual Potency في فهم أسباب المرض وتطوراته وتعقيداته، بقدر ما تنبؤنا الشيء الكثير عن القوة الفعلية والتقدم المذهل في تكنولوجيا الطب Medicine Technology المتاحة أمامهم.

وتقترح الدراسة أن أمام الباحثين العرب فرصة نادرة اليوم في تطوير علم الاجتماع الطبي، نظرية ومنهجاً، إذا آثروا البدء من القناعات النظرية والنتائج العملية التي انتهى

إليها زملاؤهم الغربيون، وباشروا في التحوّل عن التمسك بمزاعم «خُرافتين» تقليديتين حكمتا الميدان الطبي الاجتماعي طويلاً:

١ - يستطيعون أن يؤنسنوا Humanize علمهم الطبي الاجتماعي باكسابه صلة مجتمعية وإنسانية وعمقاً معرفياً يدخلونه بها جميعاً دائرة الإسهام القيّم لعلم اجتماع المعرفة Sociology of Knowledge إذا ابتعدوا عن الإنجذاب نحو إغراءات «العلمية الشكلية» Formal Scientism التي تعكسها، عادة، احصاءات مشوّهة للواقع الاجتماعي وموضوعاته البشرية.

٢ - يستطيعون أن يطوروا مناهجهم وأساليبهم البحثيّة، بتعميق مقابلاتهم Intensive Interviews، وترك أسئلة استباناتهم البحثية مفتوحة النهايات Open - ended Questionnaires، لإستيعاب الحقيقة الطبية في بنائها الاجتماعي المتغير - إذا ابتعدوا عن التمسك بمعايير «هرمية المصداقية». Hierarchy of Credibility التقليدية، التي يجسّدها، عادة، غياب المرضى في بحوث علم الاجتماع الطبي لعدم ثقة الباحثين في أهليتهم وعقلانيتهم ومصداقيتهم في الحديث عن تجاربهم المَرَضية في محيطهم الاجتماعي المباشر والعريض.

REFERENCES

Becker, H. S. (1973) "Labelling Theory Roconsidered" paper presented at the meetings of the B. S. A. London, April, 1971. Rep. in Becker, **Oustsiders: Studies in the Sociology of Deviance.** London: The Free press.

Black, D. (1987) **Invitation to Medicine.** London: Basil Blackwell.

Brown, G.& Harris, T. (1984) **Social Origins of Depression.** London: Tavistock.

Calnan, M. (1987) **Health and Illnes: The lay Perspective.** London: Tavistock.

Colby, B. (1987) "Well - being: A Theoretical program:, **American Anthropologist,** vol. 89: 889 - 895.

Cornwell, J. (1984) **Hard - Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London.** London: Tavistock.

Dingwal. R. (1976) **Aspects of Illness.** London: Martin Robertson.

Fitzpartic, R. et al (1984) The Experience of Illness, Tavistock, London.

Foucault, M. (1973) **The Birth of the Clinic: An Archaelogy of Medical Perception.** London: Tavi-

stock.

Foucault, M. (1987) **Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason.** London: Tavistock.

Frankenberg, R. (1974) "Functionatism and After? Theory and Developbents in Social Science Applied to the Health Field". **Innternational Journal of Health Services.** Vol. 4 No. 3: 411 - 427.

Freidson, E., (1970) **Profession of Medicine,** Harper Row, New York.

Gerhardt, U. (1979) "The Parsonian Paradigm and the Identity of medical Sociology "**Sociological Review,** Vol. 27, No. 2: 229 - 251.

Gold, M. (1977) "A Crisis of Identity: The case of Medical Sociology" **Journal of Health and Social Behaviour,** Vol. 18: 160 - 168.

Goffman, E (1967) **Interaction Ritual.** London: Allen Lane, Penguin Books.

Goffman, E. (1968a) **Asylums:** Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. London: Penguin Books.

Goffman, E (1968b) **Stigma:** Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Perguin Books.

Hannay, D. (1979) **The Symptom Iceberg - A study of Community Health.** London: Routledge& Kegan Paul.

Hannay, D, (1988) **Lecture Notes on Medical Sociology.** London: Blackewell.

Ibrahim, Iman (1995) "The concept of Health and Illness among the Women of Al - Baqqa Palestinian Reffugee Camp", **Ph. D. Thesis, University of London.**

Illich, I. (1976) **Limits to Medicine - Medical Nemesis: The Expropriation of Health.** London: Penguin Books.

Laing, R. D. (1965) **The Divided Self.** London. Penguin Books.

Laing, R. D. (1976) **The Politics of Experience.** London: Penguin Books.

Laing, R. D. (1969) **Self and Others.** London: Tavistock.

Laing, R. D. (1971) **The Politics of the Family and other Essays.** London: Tavistock.

Lemert, E. (1967) **Human Deviance. Social Problems and Social Control.** Newjersey: Prentice Hall.

Lewin, E. & Olesen, V. (eds.) (1985) **Women, Health, and Healing:** Toward anew Perspective. London: Tavistock.

Navarro, V. (1976) **Medicine under Capitalism.** New York: Neale Watson.

Navarro, V. (1978) **Class Struggle. the State and Medicine.,** London Martin Robertson.

Navarro, V. (1986) **Crisis Health and Medicine: A Social Critique.** London Tavistock.

Parsons, T. (1951) "Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice". pp.. 428 - 479 in Parsons, The **Social System.** New York: The Free Press. (Rep. 1967).

Parsons, T. (1964) "The Defiinition of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure" in Parsons Social Structue and Personality. New York: The Free Press.

Salmon, W. (ed.) (1984) **Alternative Medicines: Popular and** Policy Perspectives. London: Tavistock.

Staiano, K. V. (1986) **Interpreting Signs of Illness: A Case** Study in Medical Semiotics. New York: Moutor de Gruyles.

Szasz, T. (1962) **The Myth of Mental Illness.** London: Secker& Warberg.

Thompson, r, (1981) 'The Role of Models in the Medical Explanation of Socially Maladptive Behaviour", **Journal of Social Science**

and Medicine. Vol. 6: 423 - 436.

Tuckett, D, (ed) (1976) **An Introduction to Medical Sociology.** London: Tavistock.

Weir, R. Et al (1988) **Community Medicine: A Study Guide,.** London Heinemann Medical Books.

West, P. (1979) Making Sense of Epilepsy. in Osborne, D. et al (eds.) **Social Aspects, Attitudes, Comunication, Care and Training.** London: Academic Press.

Wilkinson,R.(ed.) (1986) **Class and Health:** Research and Longitudinal Data. London: Tavistock.

Zola, I. (1972) "Medicine As An Institution of Social Controt" **Sociological Review,** Vol. 20, No. 4: 487 - 504.