

الاعتقاد والمرض Belief and Illness



srudwan@hotmail.com

بيتر هاليجان¹،

ترجمة: سامر جميل رضوان - علم النفس - سوريا - عمان

حول أهمية المعتقدات المجتمعية والفردية في فهم الصحة

على الرغم من التحسينات في العديد من المقاييس الموضوعية للصحة على مدى العقود الماضية، فقد شهدت معظم الدول الغربية زيادة في عدد المرضى الذين يعانون من أمراض قائمة على الأعراض دون الإصابة بأمراض جسدية كامنة خلفها (على سبيل المثال Aylward, 2006 ؛ Salmon, 2006). في المملكة المتحدة، أفاد حوالي 70 في المائة من المستفيدين من استحقاقات العجز بأن المشاكل المتعلقة بالصحة ليست كافية لتفسير عجزهم بشكل كامل من الناحية الطبية البحتة (Waddell et al., 2002). إن الفجوة الناتجة بين كيفية وصف المرض والإعاقة والتفسيرات الطبية الحيوية التقليدية حيث لا يمكن إثبات وجود منشأ مرضي على صلة (Kirmayer et al., 2004) قد عززت الأساس الاجتماعي والثقافي للمرض.

ولسد هذه الفجوة دون التخلي عن فوائد النهج الطبي الحيوي، يتبنى العديد من المتخصصين في الرعاية الصحية منظورًا بيولوجيًا نفسيًا اجتماعيًا (White, 2005). من الأمور الحاسمة في هذا الاعتقاد أن المرض ليس فقط نتيجة لعمليات مرضية منفصلة، وإنما يمكن تفسيره بشكل مفيد من حيث العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية. فعلى وجه الخصوص، تعد المعتقدات التي يتبناها المرضى حول صحتهم ومرضهم أساسية في طريقة شرحهم لمرضهم واستجابتهم للعلاج وتقييم قدرتهم على العمل. ومع ذلك، فمن الواضح أن معتقدات المتخصصين في الرعاية الصحية والأكاديميين ومن هم في المجتمع الأوسع مهمة أيضًا عند فهم أسباب المرض ومدى الإعاقة وإمكانية العلاج (Wade & Halligan, 2004). تتناول هذه المقالة طبيعة المعتقدات، ولماذا تحتاج التطورات المستقبلية للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى أخذ معتقدات جميع المشاركين الرئيسيين المعنيين بعين الاعتبار (Halligan & Aylward, 2006).

المعتقدات - معتقداتنا الذهنية

إن معتقداتنا الذهنية عبارة عن مفاهيم موجودة مسبقًا، تختلف عن مصادر المعرفة الأخرى من حيث أنها عادةً ما تتضمن تأكيداً شخصياً قوياً لحكم يعد صحيحاً ولا يمكن تفحصه. فليس من الممكن تقدير العنصرية والتحيز والصراع السياسي والديني بشكل كامل دون مراعاة الاختلافات في أنظمة المعتقدات الأساسية.

ووفقاً لداماسيو (Damasio, 2000)، فإن الغرض الرئيسي من الاعتقاد هو توفير معنى للأمر التي لها علاقة بالأفكار التي نمتلكها عن أنفسنا. والمعتقدات جبارة على وجه التحديد من حيث كونها

على الرغم من التحسينات في العديد من المقاييس الموضوعية للصحة على مدى العقود الماضية، فقد شهدت معظم الدول الغربية زيادة في عدد المرضى الذين يعانون من أمراض قائمة على الأعراض دون الإصابة بأمراض جسدية كامنة خلفها

في المملكة المتحدة، أفاد حوالي 70 في المائة من المستفيدين من استحقاقات العجز بأن المشاكل المتعلقة بالصحة ليست كافية لتفسير عجزهم بشكل كامل من الناحية الطبية البحتة

بناءات اجتماعية، توفر " الدعامة الذهنية " لتقييم الملاحظات الجديدة وشرحها ودمجها - مما يجعلنا نفهم أين نحن وتدعم بشكل جماعي المعنى المشترك للعالم ودورنا فيه. على المرء فقط أن يتذكر التأثير الأساسي لنظرية التطور لداروين، والأفكار الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لماركس، والنظرية النسبية لأينشتاين، وتركيز واتسون وسكينر على علم النفس السلوكي لتقدير كيف تطعن المعتقدات الناشئة الجديدة بالتفسيرات الجماعية الحالية للعلم والسلوك البشري وتنشطها وتؤثر عليها. ومن منظور نفسي، تظل المعتقدات مكونات أساسية للشخصية والشعور بالهوية من أجل تحديد أو تعريف الطريقة التي يرانا بها الآخرون. يمكن أن تُعزى العديد من مواقفنا (ميولنا الذهنية إلى التصرف)، وسلوكياتنا (طرق راسخة للاستجابة للناس والمواقف)، بما في ذلك تعابيرنا، والقدرة على التأقلم إلى معتقدات ضمنية أو صريحة (Lazarus & Folkman, 1984). ويبقى السؤال لماذا يؤمن بعض الناس بأفكار معينة دون البعض الآخر. هناك أدلة متزايدة على أن الناس لديهم ميل لتصديق ما لا ينبغي عليهم فعله. ووفقاً لجيلبرت وآخرون (Gilbert et al., 1993)، فإن "التعرض المتكرر للادعاءات أو الحجج التي لا يوجد عليها دليل يزيد من احتمالية تصديق الناس لتلك التأكيدات . بالإضافة إلى ذلك،" أشارت العديد من الدراسات إلى أنه في ظل بعض الظروف، سيعتقد الناس بتلك التأكيدات التي تم تصنيفها صراحةً على أنها خاطئة".

المعتقدات الطبية عبر العصور

من السمات الحاسمة للاعتقاد القدرة الكامنة على التأثير في السلوك والإدراك والتحكم في طريقة تفكير الناس وتصرفهم. ووفقاً لدينيت (Dennett, 1987)، يمكن اعتبار المعتقدات على أنها الأسباب الداخلية التي توفر وصفاً لسلوك الشخص والتنبؤ به (ما يسميه " اتخاذ الموقف المتعمد"، للقول إن شخصاً ما يعتقد أن شيئاً ما يعني أن شخصاً ما يميل إلى أن يتصرف بطريقة معينة في ظل ظروف معينة. وتعد العوامل النفسية والاجتماعية مهمة بشكل خاص كالمعتقدات عندما يأخذ المرء في الاعتبار المفاهيم السابقة والسائدة (التحيزات) الكامنة في الطب والمجتمع فيما يتعلق بأسباب المرض، والتعافي المتوقع وكفاءة الدواء. فعلى سبيل المثال، كان يُفترض (يُعتقد) على نطاق واسع أن الممارسة الطبية خلال القرنين التاسع عشر والعشرين لعبت دوراً حاسماً في وقف أو تقليل الأمراض الرئيسية القائمة على الوفيات، مثل السعال الديكي والحمى القرمزية والحصبة والسل وحمى التيفوئيد. ومع ذلك وكما أشار ماليسون (Malleison, 2002)

يشير إلى أن معظم هذه الحالات قد توقفت بالفعل عن كونها قاتلة رئيسية قبل إدخال التدخلات الطبية الفعالة إما لعلاجها أو لتدخلها... [وبالتالي] كانت العوامل الاجتماعية وليست الرعاية الطبية هي التي غيرت [هذه] الإحصاءات الصحية".

ماذا عن الأمثلة الأخرى من آخر ألفي عام؟ هناك دليل على أن التردد المجتمعي في استيعاب الظاهرة غير البديهية لـ " الإدراك الوهمي للأطراف المبتورة" كان مسؤولاً جزئياً عن الغياب المذهل للتقارير حول السرديات التاريخية historical account للتدخلات في "ألم الأطراف الوهمية " حتى أواخر القرن التاسع عشر (Halligan, 2002) وعلى مدى أكثر من 200 عام الماضية، أعرب الطب السريري عن تشاؤم كبير بشأن إمكانية "اللدونة" ("أي استعادة دارات الدماغ التالفة) في الجهاز العصبي للبالغين بعد التلف الدماغي المكتسب، وافق العديد من الأطباء على أن الشيء الوحيد الذي يجب فعله هو ترك الطبيعة تأخذ مجراها. وبالتالي ركز التدخل بشكل أساسي على المحاولات البراغماتية "للتعويض" بدلاً من إعادة التأهيل (Nadeau, 2002).

كما أن المدى الذي وصل إليه توقعات 'شكل' المعتقدات ونتائج العلاج المركبة (مثل تحيز

من الأمور الحاسمة في هذا الاعتقاد أن المرض ليس فقط نتيجة لعمليات مرضية منهكة، وإنما يمكن تفسيره بشكل مفيد من حيث العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية

تعد المعتقدات التي يتبناها المرضى حول صحتهم ومرضهم أساسية في طريقة شرحهم لمرضهم واستجاباتهم للعلاج وتقييم قدرتهم على العمل.

تتناول هذه المقالة طبيعة المعتقدات، ولماذا تحتاج التطورات المستقبلية للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى أخذ معتقدات جميع المشاركين الرئيسيين المعنيين بعين الاعتبار

الانتقاء، وتحيز المراقب، وتحيز الإبلاغ، وتحيز المحكم) راسخ جيداً في الطب. فقد وجد شولتز وآخرون (Schultz et al., 1995) أن الدراسات غير العشوائية مقارنة بالدراسات التي استخدمت إجراءات تعمية بشكل كاف، تميل إلى المبالغة في تقدير آثار العلاج بنسبة 41 في المائة. كما أن الجوانب الثقافية متورطة كذلك (Vickers et al., 1998). فقد أظهر أن تجارب الوخز بالإبر التي أجريت في شرق آسيا كانت إيجابية دائماً، في حين أن التجارب المماثلة في أستراليا / نيوزيلندا أو أمريكا الشمالية أو أوروبا الغربية كانت إيجابية لنصف الوقت فقط.

كان الإدراك بأن معتقدات المشاركين في التجارب السريرية وتنظيمها يمكن أن يربك أو يضر بتفسير وأهمية النتائج عاملاً محفزاً رئيسياً وراء العديد من التحسينات في تصميم البحث في الطب الحديث (بما في ذلك استخدام تجارب التحكم العشوائية مزدوجة التعمية، وفي تزايد المراجعات المنهجية (بما في ذلك ومؤخراً، سياسة المجلات العلمية الرسمية التي تتطلب تصريحات من الباحثين بوجود تضارب في المصالح). ومع ذلك، كان من الصعب السيطرة على تحيز النشر. لتصحيح ذلك، وافقت العديد من المجلات الطبية الرائدة فقط على النظر في التجارب للنشر التي تم تسجيلها في سجل التجارب (Eysenbach, 2004) والأمل هو أن هذا سيساعد المراجعين المنتظمين على تحديد التجارب غير المنشورة وتقليل "تجريف البيانات" اللاحق (أي التفتيح عن الأهمية) أو الإبلاغ الانتقائي.

إن العلاقة بين المعتقدات (المرضية) والمرض النفسي الحاد مقبولة جيداً، وقد تم إبراز أهمية المعتقدات لجوانب المرض الأكثر عمومية في علم نفس الصحة (for example Ogden, 2004) والعديد من التقارير النفسية الاجتماعية (for example Horne, 1999; Weinman & Petrie, 1997). وهذا التركيز على الاعتقاد كأحد العوامل المسببة للأمراض / التأثير المُعدّل لعرض المرض وتفسيره يتطلب فهماً وتقديراً أفضل للطبيعة المعرفية الاجتماعية للمعتقدات، بما في ذلك الدور المهم للانفعال (Evans & Cruse, 2004).

الإدراك هو الاعتقاد

زعم فودور (Fodor, 1981) أنه من المهم فهم الخصائص الدلالية للمعتقدات، لأن النظريات في العلوم المعرفية تدور إلى حد كبير حول المعتقدات. ومع ذلك، لم تحظ الدراسة الرسمية للمعتقدات باهتمام كبير نسبياً من علوم الأعصاب الاستعرافية cognitive neuroscience (Bell et al., 2006b). وهناك عدة أسباب لذلك، ليس أقلها الطبيعة الغامضة للبناء والنجاح في تفسير البنية الوظيفية والعصبية لعملية معرفية تكون أكثر قابلية للضبط (مثل الانتباه والذاكرة والإدراك واللغة وأنظمة الأداء action systems)، علاوة على ذلك، اعتبر فودور (Fodor, 1981) المعتقدات بأنها "عمليات مركزية" تختلف نوعياً عن العمليات المعيارية التي يستكشفها تقليدياً علم النفس العصبي المعرفي. لذلك، على الرغم من السهولة الواضحة في الاستخدام والقبول في الحياة اليومية، فإن توصيف العمليات الفرعية المعرفية المحددة والأنظمة العصبية للاعتقاد تظل تمثل تحدياً بحثياً مستمراً (Bell et al., 2006a). كما هو الحال مع العمليات المعرفية الأخرى، فإننا نمتلك القليل من المعرفة الاستبطانية عن المعالجة المسبقة للوعي التي ينطوي عليها تكوين المعتقد (Halligan & Oakley, 2000). علاوة على ذلك، تشير التجربة البديهية إلى أننا لا نختار معتقداتنا بوعي ومن المحتمل أن الآليات التي تسمح لنا بتطوير أساس المعتقدات، وكذلك الآليات التي نستعيد فيها ونعبر عنها، تعمل بشكل محجوب إلى حد كبير (Damasio, 2000).

إن الفكرة القائلة أن الكثير من تجربتنا الظاهرية هي نتاج عمليات إعادة بناء خفية من أعلى إلى أسفل ليست جديدة وتظل سمة مميزة لعلم النفس المعرفي (Hassin et al., 2005). ونظرًا لأن الخبرة

إن معتقداتنا الذهنية عبارة عن مفاهيم موجودة مسبقاً، تختلف عن مصادر المعرفة الأخرى من حيث إنها عادةً ما تتضمن تأكيداً شخصياً قوياً لحكم يعد صحيحاً ولا يمكن تفحصه

إن الغرض الرئيسي من الاعتقاد هو توفير معنى للأمر التي لها علاقة بالأفكار التي نمتلكها عن أنفسنا.

من منظور نفسي، تظل المعتقدات مكونات أساسية للشخصية والشعور بالهوية من أجل تحديد أو تعريف الطريقة التي يراها بها الآخرون

يمكن أن تُعزى العديد من مواقفنا (مبولنا الذهنية إلى التصرف)، وسلوكياتنا (طرق راسخة للاستجابة للناس والمواقف)، بما في ذلك

ليست مجرد تسجيل " للخبرة الحسية الخالصة " بل هي تكامل بناء للمعلومات الحسية التي تمت تصنيفها من خلال "الفرضيات التنبؤية المستندة إلى الدماغ"، فإن مصفاة التفسير Interpretation filter مهمة لأنها توفر معنى وبنية ووحدة للخبرة المباشرة (Gregory, 1998).

توفر الأوهام البصرية توضيحاً مفيداً. فكثير منها ناتج عن التحيز أو الميول الداخلية لرؤية العالم بطريقة معينة. حتى في حالة الوهم المستقر والدائم مثل خداع مولر-لاير² Müller-Lyer illusion، فإن النتيجة التي لا يمكن السيطرة عليها للتمثيل المرئي تتطلب من المرء أن يرفض بوعي الافتراض بأن كلا الخطين الأفقيين لهما نفس الطول لصالح إدراك فرق واضح في طول الخط.

وعلى هذا النحو، يمكن اعتبار الاعتقاد مشابهاً للإدراك، وبالنظر إلى أنه ليس كل إدراك ينتج صورة دقيقة للواقع، فإن معرفة الدور الذي تلعبه المعتقدات أمر مهم.

فامتلاك اعتقاد يغير طريقة جمع الأدلة وتقييمها (Reisberg et al., 2003). إن الميل إلى تقييم الأدلة الواردة لدعم المعتقدات الحالية يمكن أن يكون له عواقب وخيمة. فقد أظهر كارلسون وروسو (Carlson und Russo, 2001) أن " التشويه المسبق " لدى المحلفين المحتملين يعني أنهم معرضون بدرجة كبيرة للوصول إلى أحكام غير عادلة، ويرجع ذلك أساساً إلى الميل إلى النظر إلى كل دليل جديد مع وجود تحيز تجاه الطرف الذي يرى المحلف أنه يفضل بالفعول. وهما يؤكدان أن "الناس يصنعون قصصاً تستند إلى تجاربهم الخاصة لجعل حقائق القضية مفهومة لأنفسهم".

ويمكن أن تؤثر هذه الأفكار المسبقة أيضاً على تفسير الأعراض من قبل الأطباء. ففي إحدى الدراسات (Van Gijn & Bonke, 1977) طلب من 20 طبيب أعصاب الحكم على أفلام حول عدد من الاستجابات الأخمصية - حركات أصابع القدم باعتبارها استجابةً لجسم يتم كشطه على طول باطن القدم. وقد تم الاستنتاج أنه يمكن أن يكون تفسير طبيب الأعصاب لحركتين ملتبستين في أصابع القدم متحيزاً بشكل كبير إذا تم تقديم قصة ونتائج فحص وهميين؛ في حين لم يظهر هذا التحيز 30 طبيباً من أطباء الأعصاب الآخرين ممن صنّفوا الأفلام بدون بيانات سريرية.

وإحدى الطرق التي أثبتت جدواها في فهم المعتقدات هي دراسة الأوهام أو "أمراض الاعتقاد Pathologies of Beliefs" (Bell et al., 2003). والأوهام مهمة سريريًا على وجه التحديد لأنها، مثل المعتقدات العادية، تكون منطقية بالنسبة للمؤمن بها، ويتم اعتبارها صحيحة بشكل واضح، ولكنها غالباً ما تؤدي إلى الضيق والإعاقة.

يحاول التطبيق الأخير لنهج علم النفس العصبي المعرفي على الأعراض النفسية (الطب النفسي العصبي المعرفي cognitive neuropsychiatry) فهم الوظائف النفسية الطبيعية بشكل أفضل من خلال دراسة علم النفس المرضي وشرح الأعراض النفسية وعن طريق النماذج الطبيعية للوظيفة العصبية النفسية (Halligan & David, 2001)، لقد شهد العقد الماضي نمواً مرحباً به في الأبحاث حول الطبيعة المعرفية للأوهام (Bell et al., 2006b) ويوجد الآن دليل كبير من الطب النفسي العصبي المعرفي على تورط الإدراك الشاذ (Bell et al., 2006a; Ellis & Young, 1990) والتفكير الاحتمالي (Garety et al., 1991) وتشويهات كل من استعارات الانتباه، وما وراء المعرفة [المعرفة العليا Metacognition] وتحيزات العزو (Kaney & Bentall, 1989) في تشكل الوهم. كل هذا قدم أطراً مفيدة وقابلة للاختبار بشكل متزايد يمكن من خلالها فهم الأنظمة المعرفية والعصبية المشاركة في الأوهام (Bell et al., 2006a). لقد قادت النجاحات المبكرة إلى إنتاج آليات محددة ومعقولة لكيفية ظهور معتقدات مرضية معينة، وعلى الأخص بالنسبة إلى خداع كاجراس³ Capgras Delusion (Breen et al., 2000; Ellis & Young, 1990). ففي هذا التقرير، يكون الضرر الذي يلحق بمسار التعرف على الوجوه غير الواعي ضعيفاً، مما يجعل الذين يعانون من

من السمات الحاسمة للاعتقاد
القدرة الكامنة على التأثير في
السلوك والإدراك والتحكم في
طريقة تفكير الناس وتصرفهم

إن العلاقة بين المعتقدات
(المرضية) والمرض النفسي
الحاد مقبولة جيداً، وقد تم
إبراز أهمية المعتقدات لجوانب
المرض الأكثر عمومية في علم
نفس الصحة

تشير التجربة البديهية إلى أننا لا
نختار معتقداتنا بوعي ومن
المحتمل أن الآليات التي تسمع
لنا بتطوير أساس المعتقدات،
وكذلك الآليات التي نستعيد بها
فيها ونعبر عنها، تعمل بشكل
مجهوب إلى حد كبير

خداع كاجراس عاجزين عن الاستجابة الوجدانية المناسبة للوجوه المألوفة، مما قد يفسر سبب اعتقادهم أن الأشخاص المألوفين قد تم استبدالهم بمحتالين متطابقين في المظهر. وعلى الرغم من أنه من غير المحتمل أن تتم صياغة عملية موحدة لتشكل المعتقد على أساس الأدلة النفسية العصبية وحدها، إلا أن هذا المسار المثمر للبحث قد أسفر بالفعل عن عدة خيوط مثيرة للاهتمام (Bell et al., 2006b).

معتقدات المرض

ما يعتقد الناس حول طبيعة مرضهم وطريقة شرحه (عرضه للآخرين) يؤثر على كيفية تعاملهم مع أطبائهم والتعامل مع المرض (Bates et al., 1997) وله أهمية أساسية بالنسبة لعدد من النماذج النظرية لسلوك المرض (Wade & Halligan, 2003) والعلاقة السببية (Srinivasan & Thara, 2001) والامتثال للأدوية (Horne, 2006b) إن معرفة معتقدات المريض فيما يتعلق بحالته (أي تمثيل المرض) له صلة إكلينيكية بإدارة حالتهم ويمكن أن يساعد أيضًا في التنبؤ (Weinman & Petrie, 1997) بالخبرة الذاتية والقدرة على التأقلم والتعافي (Diefenbach & Leventhal, 1996)، والامتثال للعلاج والسلوك (Horne, 2006a). ويمكن أن نلاحظ مثالاً جيداً على ذلك في دراسة ميتتبيرغ وزملاءه (Mittenberg et al., 1992)، الذي شرع في معرفة ما إذا كانت أعراض تلف الدماغ الخفيف يمكن أن تكون مرتبطة بما يعتقد المرضى أنه الأعراض المحتملة التي تلت إصابة الرأس. فقد طلبوا من 223 مفحوص ضابط Control persons ليس لديهم خبرة شخصية أو معرفة بإصابة في الرأس إكمال قائمة مراجعة عاطفية وجسدية وذاكرة لتوقعاتهم لأعراض بعد ستة أشهر من إصابة الرأس. وتم إعطاء قائمة مرجعية مماثلة لـ 100 مريض مصاب في الرأس للمقارنة. وهنا أظهرت أعراض الارتجاج المتوقعة في العينة الضابطة العشوائية بشكل دال مجموعة متماسكة من الأعراض المتطابقة تقريباً مع متلازمة ما بعد الارتجاج التي أبلغ عنها المرضى المصابون بصدمات في الرأس، مما يشير إلى دور محتمل في المسببات المرضية للتوقعات في الخبرة والتعبير عن الأعراض - ربما يكون لدى الناس فكرة معقولة ما سيكون عليه الأمر عند التعرض لإصابة في الرأس، وهذه المعتقدات تؤدي إلى ظهور بعض أعراض ما بعد الإصابة. ومن ناحية ثانية فقد قلل المرضى باستمرار من الانتشار السابق لأعراض المرض مقارنةً بالعينة الضابطة - فالأشخاص الذين أصيبوا في الرأس قللوا تقدير ما كانت الحياة من قبل. وفي سياق مماثل، ولكن على نطاق أوسع، أظهر بوكنبندر (Buchbinder, 2006) الدور الذي يمكن أن يلعبه استهداف مبادرات الصحة العامة الوقائية بشكل انتقائي بشأن المعتقدات في تغيير معتقدات السكان والسلوكيات الخطرة على الصحة بنجاح. و تقدم هذه الدراسة نتائج تجريبية مقنعة لدعم فعالية حملة إعلامية رائدة في فيكتوريا بأستراليا، والتي عززت المعتقدات الإيجابية حول آلام الظهر وشجعت استراتيجيات التأقلم الذاتي بين عامة الناس ولم تقدر الحملة إلى حصول انخفاض كبير في الإعاقة الناجمة عن آلام الظهر والاعتماد على المتخصصين في الرعاية الصحية فحسب، بل غيرت معتقدات الأطباء ومواقفهم تجاه آلام أسفل الظهر وإدارتها التقليدية كذلك. كما يمكن أن تتأثر معتقدات الطبيب بتوقعات المريض وعوامل نفسية اجتماعية أخرى. ففي مراجعة الجائحة الأسترالية لإصابات الإجهاد المتكرر⁴ (RSI) repetitive strain injury في أوائل الثمانينيات (حيث شهدت نيو ساوث ويلز زيادة قدرها 11 ضعفاً في مطالبات الإعاقة)، جادل لوسير بأن الأطباء لعبوا دوراً مهماً (حتى وإن كان غير معلوم) في الاعتقاد بأن إصابة الإجهاد المتكرر كانت النتيجة الأولية لإصابة مهنية ناجمة عن ظروف عمل غير إنسانية (Lucire, 2003).

وبوصفه حالة ذاتية من الشعور بالتعوك فإنه يتم تعريف المرض ثقافياً ومعاقبته اجتماعياً. ومن هنا فإن النماذج الطبية الحيوية التقليدية ستعاني دائماً من صعوبات في تفسيرات باعثة على الرضا للمريض

الخبرة ليست مجرد تسجيل "الخبرة الحسية الخالصة" بل هي تكامل بناء للمعلومات الحسية التي تمت تصنيفها من خلال "الفرضيات التنبؤية المستندة إلى الدماغ".

لقد قادته النجاحات المبكرة إلى إنتاج ألياء محددة ومعقولة لخصيصة ظهور معتقدات مرضية معينة، وعلى الأخص بالنسبة إلى خداع كاجراس Capgras Delusion

الذين يعانون من خداع كاجراس عاجزين عن الاستجابة الوجدانية المناسبة للوجوه المألوفة، مما قد يفسر سبب اعتقادهم أن الأشخاص المألوفين قد تم استبدالهم بمحتالين متطابقين في المظهر

ما يعتقد الناس حول طبيعة

مرضهم وطريقة شرحه (مرضه
للآخرين) يؤثر على كيفية
تعاملهم مع أطباؤهم والتعامل مع
المرض

أو الطبيب. ومن المهم بنفس القدر إدراك أن معتقدات المرض ترتبط بشكل حاسم بأراء المتخصصين في
الرعاية الصحية والمجتمع، وكلها تسهم بشكل ديناميكي في تفسير الأعراض، وطريقة تقديم المريض
لمرضه ونتائج العلاج (Cherkin et al., 1995). إن أي فهم مناسب للمرض والإعاقة المرتبطة به
يحتاج أيضًا إلى النظر في المعتقدات التي يحملها متخصصو الرعاية الصحية والأكاديميون وأفراد
المجتمع الأوسع فيما يتعلق بأسباب المرض ومدى الإعاقة والتعافي وإمكانية العلاج. ومن الأمور
المركزية في هذا الاعتبار "وجهة النظر القائلة بأن [جميع] الأفراد يقومون ببناء نماذج أو تمثيلات داخلية
أو مخططات تعكس فهمهم المجمع للتجارب السابقة وتستخدم لتفسير التجارب الجديدة وتخطيط السلوك"
(Weinman & Petrie, 1997).

وتتعلق أنظمة الرعاية الصحية باعتبارها أنظمة اجتماعية بان يعتمد أفراد المجتمع نظام (نموذج)
معتقدات منسجم بشأن التوقعات والمسؤوليات المرتبطة بالمرض ودور المرضى. ويشير كل من ويد
وهاليجان (Wade and Halligan, 2004) أن تبني نموذج نفسي اجتماعي مشترك قد يحسن تقديم
صحة أفضل أكثر من أي تغيير آخر في منظمة الرعاية الصحية.

ناقش ووضع

1. ما هو نطاق ومستويات العمليات المعرفية المتضمنة في توليد المعتقدات والحفاظ عليها؟
2. بالنظر إلى أنه يتم تخزين المعتقدات والوصول إليها من خلال أنظمة ذاكرة مخصصة، فهل
يمكن تمييزها بيولوجيًا عن الأشكال الأخرى من المعرفة وتكريات السيرة الذاتية؟
3. إلى أي مدى يمكن أن تساعد "الأوهام" السريرية في فهمنا لطبيعة المعتقدات؟

"بوهم نحتسي ألم الحياة...ونمضي دون إدراك الممات
تكرر وهمنا والعيب فينا...وما عينا طوابير العتاة"

مراجع المقال

¹ Peter Halligan, winner of the Society's
Presidents' Award, on the importance of societal and
individual beliefs in understanding health. على
حائز على
جائزة رؤساء الجمعية البريطانية لعلم النفس، يعمل في
الكلية علم النفس بجامعة كارديف
the
psychologist.volume-20/edition-6/belief-and-illness.

² وهم مولد - لايق هو أحد أنواع الخداع البصري، تم
تسميته نسبة إلى مكتشفه النفساني الألماني فـانز كارل
مولد-لايق عام 1889. يكمن بالمقارنة بين سهمين مختلفا
التوجيه، حيث يبدو السهم ذو الـقوقوس المتنافسة أطول
بكثيرة من السهم ذو الـقوقوس المتقابلة مع أن قياس الطولين
واحد، كما يمكن التأكد من ذلك بالقياس المباشر

³ أو متلازمة كاجـاس هو اضطراب يصاب به الشخص بحيث
يتوهم أن صديقه، أو زوجته، أو والديه أو أي شخص قريب من
العائلة (أو حيوانه الأليف) استبدلهم شخص محتال يشبههم
بمظهرهم. يصنف مرض وهم كاجـاس من متلازمة عدم التعاف
الوهمية وهي نوع من المعتقدات الوهمية والتي تتضمن عدم
التعاف على الأشخاص أو الأماكن أو الاجسام (عادة غير
مقتبنة). قد يكون حاداً أو مؤقتاً أو مزمناً. يحدث هذا
الوهم عادة لدى المرضى المصابين بالفصام العظمي (وهم

إن معرفة معتقدات المريض
فيما يتعلق بحالته (أي تمثيل
المرض) له صلة إكلينيكية
بإدارة حالتهم ويمكن أن يساعد
أيضاً في التنبؤ بالخبرة الذاتية
والقدرة على التأقلم والتعافي . .
والامتثال للعلاج والسلوك

من هنا فإن النماذج الطبية
الحيوية التقليدية ستعاني دائماً
من صعوبات في تفسيرات
باعتناء على الرضا للمريض أو
الطبيب. ومن المهم بنفس
القدر إدراك أن معتقدات
المرض ترتبط بشكل حاسم بأراء
المتخصصين في الرعاية الصحية
والمجتمع، وكلها تسهم بشكل
ديناميكي في تفسير الأعراض،
وطريقة تقديم المريض لمرضه
ونتائج العلاج

العظمة) وقد يظهر على المضي الذين يعانون من إصابة بالدماع والخفق. ويظهر غالباً عند أفاد لديهم أمراض عصبية، خاصة كبار السن. كما عرف أنه يحصل أيضاً لدى المصابين بداء السكري ومن يعانون نوبات الصداع النصفي. في إحدى حالات المرض المنعزلة يكون وهم كالجاس موقتاً لاسباب صحية كتناول مخدرات الكيتامين. ويحدث أكثر للإناث من نسبة الذكور: الإناث 3:2

4 إصابة الإجهاد المتكرر أو تأذي الإجهاد المتكرر أو إصابة الإجهاد المتكرر واضطرابات الصدمة التباطية هي نظم إصابات وآلام في الجهازين العصبي والعضلي الهيكلي والعظام التي قد تكون ناجمة عن المهام المتكررة، والإجهاد المتكرر، والإهتزازات، والضغط الميكانيكي، وأعراض الإفراط في عمل الملتمزمات المهنية والبياضية، والوضعية الغيئة ملائمة أو المستديمة كوضعية الوقوف الخاطئة. وإصابات الإجهاد المتكررة تعرف أيضاً باسم اضطرابات الصدمة التأكمية وإصابات الإجهاد المتكررة وإصابات الحكة المتكررة أو المضطربة والاضطرابات العضلية الهيكلية. بعض الحالات التي قد تُنسب لهذه الأسباب: ومن الأمثلة على هذه الحالات التي من الممكن أحياناً أن تُنسب لهذه لأسباب: الاستسقاء (أو ريما)، والتهاب الأوتار، ومتلازمة النفق الرسغي، ومتلازمة النفق الرسغي، ومتلازمة دي كورفان، ومتلازمة المخج الصدرى، ومتلازمة مرفق لاعب الغولف (التهاب لقيمة العضد الإنسية)، ومتلازمة مرفق لاعب التنس (التهاب لقيمة العضد الوحشية)، وإصبع الزناد (أو ما يسمى بالتهاب الوتر الضيق)، ومتلازمة النفق الرسغي، وخلل التوتو البوري.

إرتباط كامل النص:

<http://www.arabpsynet.com/Documents/Doc.Rudwan-Belief&Illness.pdf>

*** **

شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تعاون عربي رقياً بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

<http://www.arabpsynet.com/>

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوي 2024 لـ "شبكة العلوم النفسية العربية" (الاصدار الخامس عشر)

الشبكة تدخل عامها 24 من التأسيس و 21 على الويب

24 عاماً من الضح... 21 عاماً من المنجزات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الويب: 2003/06/13)

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf>

كتاب " حصاد النشاط العلمي لمؤسسة العلوم النفسية العربية للعام 2023

التحميل من الموقع العلمي

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet-AIHassad2022.pdf>

الكتاب الذهبي لشبكة العلوم النفسية العربية 2024 (الفصل السابع: من الكتاب السنوي للشبكة)

<http://arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynetGoldBook.pdf>

إن أي فهم مناسب للمرض والإعاقه المرتبطة به يحتاج أيضاً إلى النظر في المعتقدات التي يحملها متخصص الرعاية الصحية والأكاديميون وأفراد المجتمع الأوسع فيما يتعلق بأسباب المرض ومدى الإعاقه والتعافي وإمكانية العلاج.

يشير كل من ويد وهاليجان أن تبني نموذج نفسي اجتماعي مشترك قد يحسن تقديم صحة أفضل أكثر من أي تغيير آخر في منظمة الرعاية الصحية.