

المحاضرة 01 + 02: مدخل لعلم النفس المرضي الاجتماعي

1- تاريخ علم النفس المرضي الاجتماعي:

خلال القرن العشرين لوحظ أن الدراسات الاجتماعية النفسية، والعيادية النفسية مفصولين، ليس فقط من حيث الظواهر المدروسة (السلوك الاجتماعي العادي مقابل الاضطرابات النفسية)، ولكنه حتى من حيث تطبيق أدوات الفحص والتحقق (التجارب المضبوطة مقابل دراسة الحالة). في نهاية سنة 1970 بدأ الباحثين في البحث والتركيز على القواسم المشتركة بين علم النفس الاجتماعي وعلم النفس العيادي، وأسفرت النتائج على كتابة العديد من المقالات التجريبية والفصول والكتب، والتي حاولت وصف وتجريب المقاربة بين علائقية والمعرفية لفهم التوافق النفسي.

مصطلح علم النفس العيادي (Clinical Psychology) أستخدم لأول مرة من طرف Lightner Witmer، أين أسس أول عيادة نفسية سنة 1896 في جامعة بنسلفينيا، واشتغل على المشاكل المدرسية والتعلم. تأثر هؤلاء الممارسين بالنمو والقياس كقياس الذكاء والقدرات، وكذا بنظرية التحليل النفسي التي لم تبرز كثيرا في علم النفس الأمريكي إلا سنة 1909 عند زيارة فرويد لجامعة كلارك (Clark University). أما في منتصف العشرين هيمنت المدرسة السلوكية، والمدرسة الإنسانية، ثم زاد الاهتمام بعلم النفس المرضي بعد نهاية الحرب العالمية الثانية بسبب مخلفاتها، وظهرت العديد من النظريات في التعلم الاجتماعي والمقاربة بين الشخصية، على غرار (Julian Rotter (1954)، (George Kelly (1955)، Harry Stack Sullivan (1953)، Timothy Leary (1957)، لكن لم يكن علم النفس الاجتماعي محل اهتمام العيادين كون أن تكوينهم يرتكز على مقاربة طبية بيولوجية تحليلية.

في سنة 1921 تم تغيير عنوان مجلة Journal of Abnormal Psychology إلى Journal of Abnormal and Social Psychology وبدأت الدراسات حول العمليات بين الشخصية العادية والسلوك المرضي، إلا أن هذه المحاولات باءت بالفشل والسبب هو هيمنة التحليل النفسي على علم النفس المرضي، وعدم القابلية للتجريب في السياق بين الشخصي والاجتماعي والثقافي.

النفسانيين الاجتماعيين اهتموا باكتشاف القواعد العامة للسلوك الاجتماعي من خلال استخدام أدوات تجريبية وموضوعية وتحليل بيانات الجماعة، أما الممارسين العيادين اهتموا بالتجارب الذاتية للأفراد، وباستخدام أدوات ذاتية، وهذا يحيل إلى أن الاجتماعيين استخدموا مقاربة كمية للوصف، أما العيادين مقاربة كيفية.

التكامل بين التخصصين كان سنة 1965 من خلال مجلة Journal of Personality and Social Psychology. في سنة 1970 ظهرت ثلاث كتابات، الأول: Handbook of Psychopathology and Behavior change من خلال فصل معنون ب: Social Psychological approaches to Psychotherapy.

والثاني كتاب ل Sharon Breml سنة 1976 ركز على: The clinical implications of the theories of reactance, dissonance, and attribution.

في سنة 1991 تم كتابة مقال من طرف (Snyder& Forsyth) حول العلاقة بين علم النفس الاجتماعي وعلم النفس العيادي بعنوان: Handbook of Social Clinical Psychology (Maddux& Tangney, 2010, p. 08).

2- المسلمات الرئيسية لعلم النفس المرضي الاجتماعي:

- المشاكل النفسية هي مشاكل ما بين شخصية (علائقية): أغلب من دخل للمصحات النفسية هو بسبب اهتمامهم بالعلاقات مع أشخاص آخرين. هذه الفرضية لا تنفي الدور البيولوجية للاضطرابات النفسية، إلا أنها توضح أن حتى للقوى العلائقية دور هام في ظهور هذه الاضطرابات.
- السلوك العادي يختل في بعض المرات، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات حول الإدراك الخاطئ، والعزو الخاطئ لسلوك الآخرين في العلاقات.
- المعايير الاجتماعية تفرق بين العادي والمرضي: خرق القواعد الاجتماعية دائما ما يرتبط بما هو مرضي أو غير العادي.
- السلوك الاجتماعي غير العادي هو تشوهات في السلوك العادي
- الأحكام العيادية تتضمن نفس العمليات في الأحكام الاجتماعية اليومية: المختصون العياديون يرتكبون أخطاء في الأحكام العيادية مثل غير العياديين في سياقات غير عيادية. (Maddux& Tangney, 2010, p. 12).

3- الوصم الاجتماعي:

هناك الوصم العام (Public Stigma)، وهو الاتجاه السلبي والسلوكيات السلبية لعموم الناس نحو الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية، وهناك الوصم الذاتي (Self-stigma) وهي النتائج السلبية لاستدخال الوصم العام. الوصم الذاتي يؤثر على تقدير الذات والفعالية الذاتية (Self-efficacy). الوصم هو مستويات مختلفة تمثل العلامات أو التفسيرات المرتبطة بالتمييزات (Stereotypes)، والأحكام المسبقة (Prejudice) (Maddux& Tangney, 2010, p. 53).

➤ العلاقة بين علامات الوصم والاتجاهات والتمييز (discrimination):

العلامات (Cues): تسميات، أعراض، عجز في المهارات، مظهر.

السلوكيات: التمكين، الإسكان، الانتماء، العلاج

الاتجاهات: الاستبداد، الاحسان، قيد اجتماعي، المخاطر.

كما أن نظرية العزو (attribution theory) لديها علاقة بالوصم. إنها نظرية أساسية للدافعية الإنسانية والانفعال، تقوم على افتراض أن الأشخاص يقومون بتحديد أسباب لفهم لأحداث الحياة اليومية. عندما نواجه نتائج النجاح والفشل، الأفراد يسألون ذواتهم لماذا هذه وليس الأخرى، وتظهر استجابات سلوكية وانفعالية حول ذلك. الفائدة من نظرية العزو هي تأييد تلميحات معينة (مثلا: اتجاهات وصم حول المرض العقلي) والسلوك اللاحق، سنتوقع مثلا أن تبني اتجاهات سلبية حول المرض العقلي سيقود نحو الابتعاد الاجتماعي (Social distance) من الشخص الذي يعاني من اضطرابات عقلية (مثلا عدم توظيفه أو كراء شقة له).

هناك عزوين للوصم: نظرية العزو تصف العلاقة بين اتجاهات الوصم وسلوكيات التمييز. هناك العزو للمسؤولية الشخصية (attributing personal responsibility) لحادث سلبي، أي اسناد المسؤولية للشخص صاحب الحادث السلبي (مثلا: هذا الشخص سبب سلوكه المجنون، وهذا ما يدفع إلى العصب: أنا جد متعب من هذا النوع من البشر اللامسؤول، ثم تبرز السلوكيات العقابية: سأحبسه في أحد المؤسسات). بالمقابل، العزو للحدث بدون لوم الشخص الذي قام به (مثلا: إنه مريض نفسي لا يمكنه مساعدة نفسه، هذا يقوم إلى الشفقة: هذا الرجل الفقير محطم بسبب المرض العقلي، وأرغب في مساعدته، أعتقد بأنني سأجيره الغرفة حتى يقف على قدميه (Corrigan, 2011, pp. 234-241)).