

مجلة علم النفس التطبيقي
قسم علم النفس - كلية الآداب، جامعة المنوفية

التحديات والقضايا التي تواجه الأخصائي النفسي العيادي:
الوصمة العامة/ الاجتماعية والوصمة الذاتية

إعداد

أ.د. إلهام عبد الرحمن خليل

أستاذ علم النفس، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية

يوليو ٢٠٢٥ م

العدد (٥)

المجلد (٣)

التحديات والقضايا التي تواجه الأخصائي النفسي العيادي: الوصمة العامة/ الاجتماعية والوصمة الذاتية

أ.د. إلهام عبد الرحمن خليل

أستاذ علم النفس، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية

تشكل مشاكل الصحة العقلية تحديًا لكل المجتمعات، فهي تسبب أعباء كثيرة على مستوى الفرد والمجتمع، فبالإضافة إلى العبء الاقتصادي، يتعين على المتضررين تحمل عبء مزدوج. فهم لا يعانون فقط من أعراض مرضية محددة، أو إعاقات وظيفية، أو انخفاض جودة الحياة، فالمرض العقلي ظاهرة معقدة تخترق حياة الإنسان مثل سيف ذو حدين. فمن ناحية، تؤثر الآثار الجانبية للمرض والأدوية سلبًا على الانفعالات والقدرات المعرفية والذاكرة ومهارات حل المشكلات وقدرات اتخاذ القرار والمهارات الاجتماعية والتواصل بين الأشخاص وغيرها من مجالات الأداء. ومن ناحية أخرى، يؤدي المرض العقلي إلى وصمة عار عامة وذاتية تتداخل مع الفرص لتحقيق أهداف الحياة والحفاظ عليها. ويتطلب التدخل الكامل معالجة جانبي المعادلة. لأن المعاناة من وصمة العار العامة والتي تشكل فحًا إضافيًا لأنها مرتبطة بالوصمة الذاتية، تشكل حواجز أمام سلوك طلب المساعدة العلاجية (Corrigan , et al, 2010; Gärtner, et al, 2022, Pattyn, et al, 2014).

هناك مستوى مرتفع من الاحتياجات الصحية غير المُلباة بين الأفراد المصابين بأمراض عقلية. تشير هذه الاحتياجات إلى موقف لا يسعى فيه الفرد الذي يحتاج إلى علاج نفسي إلى الرعاية. ولأن المرض العقلي ليس واضحًا بسهولة، فإن الدخول في علاج نفسي هو عمومًا الوسيلة الأساسية التي يتم من خلالها تصنيف الشخص على أنه مريض عقليًا أم لا. ترتبط هذه التسمية بمجموعة من المعتقدات أو الصور النمطية المتفق عليها ثقافيًا والتي تتناقل من خلال التنشئة الاجتماعية. وبالتالي فإن التهديد بالارتباط بهذه الصور النمطية والخوف من الوصمة هما سببان لعدم طلب المساعدة ممن يعني من اضطراب عقلي (Pattyn, et al., 2014).

نشأ مصطلح الوصمة في اليونان القديمة، حيث كان يشير إلى الرموز المحروقة على جلد الأشخاص المستعبدين والأشخاص الذين يُحكم عليهم كمجرمين أو خونة. كانت هذه الرموز أو الوصمات تشير إلى أن الشخص "مُعيب" وأن الآخرين يجب أن يتجنبوه ويتعدوا عنه. وقد أعاد عالم الاجتماع إيرفينج جوفمان Erving Goffman صياغة المصطلح في عام ١٩٦٣، مما أعطاه معناه الحديث.

باختصار، تشير الوصمة إلى أي موقف سلبي أو تحيز أو اعتقاد خاطئ مرتبط بصفات أو ظروف أو أعراض صحية معينة. التمييز، وهو مفهوم مرتبط ولكنه متميز، يصف كيف يعاملك شخص ما بسبب هذه الوصمة.

تشمل السمات التي تتعرض للوصم عادةً ما يلي: العمر، حجم الجسم وجوانب أخرى من المظهر الجسدي، الصحة العقلية، التوجه الجنسي، حالة السكن (Swaim, 2023).

أنواع الوصمة

في حين يمكن للناس أن يوصموا بأي سمة تقريبًا، فإن التحالف الوطني للأمراض العقلية National Alliance on Mental Illness (NAMI) يصنف الوصمة إلى سبعة أنواع رئيسية:

١. الوصمة العامة: تصف الوصمة العامة المشاعر الشاملة التي يشعر بها المجتمع تجاه الأشخاص الذين لديهم سمة معينة. قد تظهر المواقف المجتمعية تجاه هذه السمات في وسائل الإعلام، وغالبًا ما تشجع بشكل خفي التصورات السلبية أو تقدم الصور النمطية على أنها حقائق. مثالًا لذلك: عندما تخبر صديقًا أنك تعاني من اضطراب الهوية الانشاقية (تعدد الشخصيات سابقًا)، ويتفاعل قائلاً، "هذا مخيف نوعًا ما. ماذا لو حاولت إحدى شخصياتك" قتل شخص ما؟ هل ستعرف حتى عن ذلك؟" إن الفهم (غير الدقيق) لهذه الحالة الصحية العقلية، بالطبع، يأتي من تصوير وسائل الإعلام المتعددة للأشخاص المصابين بهذا الاضطراب والذين ينخرطون في أعمال عنف.

٢. الوصمة الذاتية: تحدث الوصمة الذاتية عندما تقبل الوصمة العامة. ببساطة، قد تبدأ في اعتبار سماتك أو أعراضك "مخزية" وتستحق النقد، أو تعتقد أنك اكتسبت حكمًا سلبيًا بسببها. مثالًا لذلك: قد تعتبر نفسك ضعيفًا بسبب إصابتك باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، وخاصة عندما يشير الأشخاص في حياتك إلى أنك تبالي في رد فعلك على الصدمة التي تعرضت لها.

٣. الوصمة المدركة: تحدث الوصمة المدركة عندما تعتقد (بحق أو خطأ) أن الأشخاص من حولك، أو المجتمع ككل، سيحكمون عليك سلبيًا بسبب امتلاكك سمة معينة. مثال: قد تخفي مجموعة الحيوانات المحشوة الخاصة بك عن أصدقائك خوفًا من أن ينظروا إليك باعتباره غير ناضج أو يتساءلون عن اهتمامك بالألعاب الأطفال.

٤. تجنب التسمية: يحدث تجنب التسمية عندما تتأى بنفسك عن مجموعة موصومة بالعار. على سبيل المثال، قد تنكر علنًا وجود سمة معينة أو ترفض العلاج لتجنب الحصول على تشخيص. مثال: قد تتجنب الحصول على علاج للفصام لأنك تخشى أن يكلفك التشخيص حضانة أطفالك.

٥. الوصمة البنيوية: تشير الوصمة البنيوية إلى السياسات المؤسسية القائمة على مواقف الوصم. قد لا يكون لدى الأفراد الذين يعملون في تلك المؤسسة أي تحيز ضدك، لكن النظام يعمل بطريقة تضعك في وضع غير مؤات. مثال: تقدم بطلب عبر الإنترنت لوظيفة جديدة بعد قضاء عام (بدون عمل) في التعافي من مرض كوفيد-١٩ الطويل. يقوم برنامج التوظيف الخاص بالشركة بخلط سيرتك الذاتية إلى أسفل الكومة الرقمية، مما يضمن تقريبًا عدم قيام أي شخص بمراجعتها على الإطلاق، وذلك ببساطة لأن المبرمجين افترضوا أن أي شخص لديه فجوة كبيرة في التوظيف سيثبت أنه غير موثوق به.

٦. وصمة العار التي تلحق بممارسي الرعاية الصحية: تحدث وصمة العار التي تلحق بممارسي الرعاية الصحية عندما يعيق اعتقادهم في الصور النمطية العنصرية أو الجنسية أو غيرها من الصور النمطية قدرتهم على تقديم رعاية فعالة. مثال: تتواصل مع مستشار للحصول على

الدعم لاضطراب الشخصية التجنبية. لكنهم يعتقدون أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لا يمكنهم تغيير سلوكهم، لذلك يرفضون العمل معك فقط بسبب تشخيصك.

وهذه الوصمة تهدد السلامة الشخصية لممارسي الرعاية الصحية، فأثناء تفشي الأمراض المعدية، يواجه حوالي ٣ من كل ١٠ من العاملين في مجال الرعاية الصحية وصمة العار بسبب مهنتهم. قد يتهمهم آخرون بنشر المرض أو يعاملونهم على أنهم "نجسون" إلى الأبد. فقد خلقت جائحة سارس وكوفيد ١٩ وصمة عار أكثر من معظم الأوبئة السابقة، مع تقارير عديدة عن تجنب العاملين في مجال الرعاية الصحية، وحرمانهم من الخدمات العامة، وحتى الاعتداء عليهم. ووفقًا لتقرير صادر عام ٢٠٢٢ عن جمعية المستشفيات الأمريكية، تعرض ٤٤٪ من الممرضات للعنف الجسدي، بينما تعرض ٦٨٪ للإساءة اللفظية.

يمكن أن تتسبب وصمة العار التي تلحق بممارسي الرعاية الصحية في حدوث تباينات في العلاج وخفض جودة الرعاية مثل: قضاء وقت أقل في المواعيد، تقديم قدر أقل من المعلومات حول إصابة الشخص أو مرضه أو أي حالة صحية أخرى، رفض الاختبارات التشخيصية أو الأدوية المطلوبة. مثال، غالبًا ما يتعرض الأشخاص الذين لديهم وزن أكبر للتمييز والرعاية ذات الجودة المنخفضة من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يؤيدون وصمة العار المرتبطة بالوزن. قد يقدم الأطباء نصائح حول إنقاص الوزن والنقد بدلاً من العلاج الفعلي لأعراضهم الصحية. وعلى نحو مماثل، قد يواجه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات التمييز من جانب المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يربطون تعاطي المخدرات بـ "عيب في الشخصية" أو "نقص قوة الإرادة" بدلاً من الاعتراف بالإدمان كحالة خطيرة تتعلق بالصحة العقلية.

٧. الوصمة الترابطية: تستهدف الوصمة الترابطية الأشخاص المرتبطين بشخص لديه سمة معينة. قد تواجه انتقادات وحكمًا لاختيارك البقاء على اتصال بشخص قام بشيء "خطأ"، وفقًا لمعايير المجتمع. مثالًا لذلك: قد يتهمك أصدقاؤك بـ "تمكين" اضطراب تعاطي المواد لدى

شقيقك عندما تختار دعمه خلال العلاج والتعافي بدلاً من قطع كل الاتصال (Swaim, 2023).

إذا الوصمة ظاهرة متعددة الأبعاد، وقد أكد كوريغان وواتسون Corrigan and Watson ٢٠٠٢ على الاختلاف النظري بين الوصمة العامة المدركة perceived public stigma والوصمة الذاتية المتوقعة anticipated self-stigma. تشير الوصمة العامة المدركة إلى الوعي بالصور النمطية التي يحملها عامة الناس عن مستخدمي خدمة العلاج النفسي، وتشير الوصمة الذاتية المتوقعة إلى تطبيق مثل هذه الصور النمطية على الذات، مما يؤدي إلى انخفاض القيمة الداخلية وعدم التمكين disempowerment. ومع ذلك، يمكن للشخص أن يكون على دراية بالصور النمطية دون أن يتفق معها. لذلك، تعتبر الوصمة العامة المدركة والوصمة الذاتية المتوقعة بُعدين مختلفين للوصمة (Pattyn, et al., 2014).

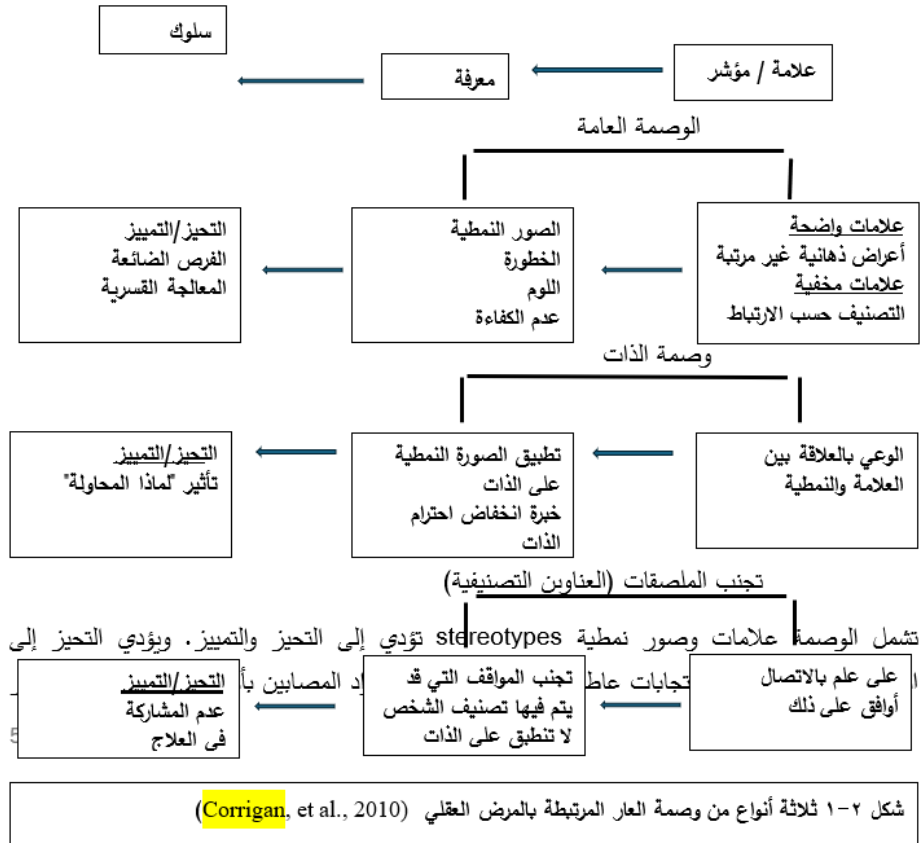
كما أن الوصمة مصطلح متعدد المستويات يمثل بالتناوب الإشارات أو العلامات التي تشير إلى الصور النمطية والتحيز، وهي تعتبر النموذج الذي يمثل العملية النمطية والتحيزية الشاملة. توصف النماذج الحالية لوصمة المرض العقلي بأنها بنيات معرفية سلوكية وهي موضحة في الشكل ١-٢. العلامات هي الإشارات التي تشير إلى العمليات المعرفية السلوكية. إن تصنيف الفرد بمرض عقلي هو الخطوة الأولى في عملية الوصمة، الصور النمطية هي المنتجات المعرفية التي تنشأ من الإشارة أو العلامة؛ فهي توفر هيكل المعرفة الاجتماعية التي تصنف المعلومات حول المجموعات الاجتماعية بكفاءة. تعتبر هذه الأفكار اجتماعية لأنها تمثل مفاهيم متفق عليها جماعياً لمجموعات محددة؛ وهذه الأفكار فعالة لأنها تسمح للناس بتوليد الانطباعات والتوقعات بسرعة حول الأفراد المنتمين إلى المجموعة النمطية (التي هي المرضى العقلين).

يتألف التحيز من تأييد الصورة النمطية والاستجابة العاطفية، إن مجرد إدراك الأفراد للصور النمطية لا يعني بالضرورة أنهم يؤيدونها، ومن خلال هذه العملية التقييمية، تؤدي المواقف المتحيزة عادةً إلى وجهات نظر سلبية حول المجموعة المستهدفة (المرضى)، والتمييز هو

النتيجة السلوكية للتحيز (على سبيل المثال، اتخاذ قرار بعدم توظيف شخص ما لأنه عضو في مجموعة ذات صورة نمطية سلبية) (Corrigan, et al., 2010)

الوصمة العامة

يواجه العديد من الأشخاص الذين تم تصنيفهم على أنهم "مرضى عقلياً" التحيز والتمييز المرتبطين بـ "الهوية الفاسدة spoiled identity". ويظهر عامة الناس الوصمة العامة من خلال ردود الفعل السلبية تجاه الأشخاص المصابين بأمراض عقلية شديدة. وكما هو موضح في الشكل ١-٢ وبما يتفق مع نموذجنا الهيكلي، تتكون الوصمة العامة من الصور النمطية والتحيز والتمييز. وتؤدي العلامات الواضحة إلى الصور النمطية؛ وقد تشمل هذه العلامات السلوك الذهاني أو المظهر غير اللائق أو التفاعلات غير الاجتماعية (بين ومارتن، ١٩٩٨). تجسد التسميات علامة بديلة، وقد يتم وسم بعض الأشخاص الذين تم تصنيفهم على أنهم مرضى عقلياً بالصور النمطية. تُمنح التسميات بشكل مباشر عندما تتم مناقشة حالة مرض الشخص العقلي علناً أو بشكل غير مباشر من خلال الارتباط؛ على سبيل المثال، يرى شخص ما خارجاً من مكتب طبيب نفسي. ورغم أن العلامات أكثر دقة من العلامات الواضحة، إلا أن تأثيرها قد يكون أقوى بنفس القدر. وهناك ثلاثة أنواع من الصور النمطية الشائعة فيما يتعلق بالمرض العقلي: الخطورة: فالأشخاص المصابون بالمرض العقلي لا يمكن التنبؤ بتصرفاتهم، مما يؤدي إلى مخاوف بشأن العنف؛ واللوم: فالأشخاص المصابون بالمرض العقلي يفتقرون إلى النزاهة الشخصية وبالتالي فهم مسؤولون عن مرضهم العقلي؛ وعدم الكفاءة: فمن غير المرجح أن ينجح الأشخاص المصابون بالمرض العقلي في تحقيق أهداف العمل أو السكن المستقل (Corrigan, et al., 2010)



تشمل الوصمة علامات وصور نمطية stereotypes تؤدي إلى التحيز والتمييز. ويؤدي التحيز إلى الغضب والخوف واللوم واستجابات عاطفية أخرى سلبية تجاه الأفراد المصابين بأمراض عقلية، ويقلل التمييز من جودة حياة الأفراد المصابين بأمراض عقلية، وقد تحرم الوصمة الأفراد من فرص الحياة المهمة، بما في ذلك العمل المريح، والسكن الآمن، والعلاقات، والوظائف المجتمعية، والفرص التعليمية، وقد تحدث أمثلة على هذه التأثيرات بطريقتين. أولاً، يجد الأفراد الذين تم تصنيفهم على أنهم مصابون بمرض عقلي صعوبة في تحقيق أهدافهم المهمة في الحياة بسبب الممارسات التمييزية التي يقرها أصحاب العمل وغيرهم من المجموعات المجتمعية المختلفة. ثانياً، تحجب بعض أنظمة الرعاية الصحية الخدمات العلاجية المناسبة عن الأفراد بسبب الوصمة. وعلى وجه التحديد، يتلقى الأفراد المصابون بمرض عقلي مزايا

تأمينية وخدمات علاجية أقل من عامة الناس، وتوفر خطط التأمين مزايا صحية عقلية أقل من خدمات الصحة البدنية (Corrigan, et al., 2010)

الوصمة الذاتية

يستوعب بعض الأشخاص الوصمة العامة، فيؤذون أنفسهم بطرق تتوج بنتائج معرفية وسلوكية سلبية؛ انظر الشكل ١-٢. أظهرت دراسة أجراها لينك وكولن وفرانك ووزنيك Link, Cullen, Frank, and Wozniak ١٩٨٧ أن التأثيرات السلبية للوصمة الذاتية على الرفاهية النفسية يمكن أن تستمر حتى عندما تتحسن الأعراض النفسية بسبب العلاج. قد تتداخل الوصمة الذاتية أيضًا مع السعي لتحقيق أهداف إعادة التأهيل مثل العيش بشكل مستقل والحصول على عمل تنافسي. عرّف لينك Link ١٩٨٢ شكلاً أساسياً للوصمة الذاتية من حيث الصور النمطية المتصورة. زعم لينك وآخرون ١٩٨٧ أن الأشخاص المصابين بأمراض عقلية والذين يستوعبون الصور النمطية حول الأمراض العقلية يعانون من فقدان احترام الذات والكفاءة الذاتية. قد يتوقع بعض الأشخاص الذين تم تصنيفهم على أنهم مصابون بأمراض عقلية والذين يعيشون في ثقافة تسود فيها الصور النمطية حول هذه الأمراض ويستوعبون تلقائياً مواقف تعكس انخفاض القيمة.

تتضمن أربعة عوامل إدراك العلامة والقوالب النمطية اللاحقة التي تشكل وصمة العار الذاتية (انظر الشكل ١-٢). وتسمى هذه العوامل الثلاثة بالإضافة إلى التأثير الشخصي لوصمة العار الذاتية. يتداخل العاملان الأولان من العوامل الثلاثة مع عوامل الوعي والموافقة في نموذج لينك للوصمة المتصورة. أولاً، هل الشخص على دراية بالرباط بين علامات المرض العقلي والقوالب النمطية المقابلة؟ تشير الأبحاث إلى أن العديد من الأفراد المصابين بمرض عقلي أفادوا بأنهم على دراية بهذه القوالب النمطية. ثانياً، إذا كانوا على دراية بالقوالب النمطية، فهل يتفقون معها؟ حتى هذه النقطة، إذا لم يتم استيعاب الصور النمطية، بالتالي لا تنتج أي آثار وصمة عار ذاتية. ثالثاً، هل يتم تطبيق الصور النمطية المعترف بها والمتفق عليها على الذات؟ بعد الموافقة على الصورة النمطية، يطبق الأفراد الصورة النمطية على أنفسهم، مما

يؤدي إلى انخفاض كفاءتهم الذاتية واحترامهم لذاتهم. على سبيل المثال، "لدي مرض عقلي، والذي يجب أن يكون خطئي، ولن أكون ناجحاً". تؤدي هذه الصورة النمطية إلى التمييز الذاتي، حيث ينخرط الأفراد في سلوكيات مرتبطة بتطبيق الصورة النمطية. على سبيل المثال، "لدي مرض عقلي ولن أكون قادراً على النجاح، لذلك لن أبحث عن وظيفة". في هذا المثال، يؤدي التمييز الذاتي إلى سلوك تجنب السعي للحصول على وظيفة. ينخرط بعض الأفراد في التمييز الذاتي، مما يؤدي إلى سلوكيات تؤثر سلباً على السعي لتحقيق الأهداف، بينما يتجاهل آخرون عملية وصمة العار الذاتية أو يعالجونها بشكل إيجابي من خلال مهارات التأقلم الشخصية. يؤدي التمييز الذاتي وانخفاض فعالية الذات واحترام الذات المصاحب له إلى تأثير "لماذا المحاولة"، والذي يقوض الثقة في تحقيق أهداف الحياة مثل الحصول على وظيفة، والعيش بشكل مستقل، وتطوير علاقات ذات مغزى. تشمل أمثلة "لماذا المحاولة"، "لماذا يجب أن أحاول الحصول على عمل؟ شخص مثلي غير قادر على التعامل مع وظيفة!" "لماذا يجب أن أحاول العيش بمفردي؟ شخص مثلي لا يستحق مثل هذه الأهداف!" (Corrigan, et al., 2010)

أثر الوصمة العامة (أو المدركة) والوصمة الذاتية (المتوقعة) على طلب الخدمة العلاجية

قد تؤدي الوصمة العامة المدركة إلى تجنب الأفراد لطلب المساعدة، إذا كانوا يتوقعون أن يمارس الآخرون التمييز ضد مستخدمي الخدمة ويقللون من قيمتهم. قبل أن يقوم الأشخاص بسلوك ما، فإنهم يتبنون وجهة نظر الآخر المعمم من خلال عملية أخذ الأدوار. وبالتالي، خوفاً من ردود الفعل السلبية للآخرين، فإنهم يتكيفون مع سلوكهم وقد لا يطلبون المساعدة. وقد أظهرت الدراسات التجريبية أن الوصمة المدركة مرتبطة بموقف أكثر سلبية تجاه طلب المساعدة، وقلة الرغبة في طلب الرعاية الرسمية.

وقد تؤدي الوصمة الذاتية المتوقعة أيضاً إلى تجنب الأشخاص لطلب المساعدة لأن الوصمة الذاتية تؤثر على مشاعر احترام الذات والكفاءة الذاتية. على سبيل المثال، قد يؤدي تأييد الصورة النمطية للوم (أن الأفراد المصابين بأمراض عقلية مسؤولون عن حالتهم) إلى إثارة

مشاعر الذنب والعار، ولتجنب هذه المشاعر، يختار الأشخاص استراتيجيات التأقلم مثل السرية أو الانسحاب الاجتماعي بدلاً من طلب المساعدة. هناك أدلة تجريبية على أن الأشخاص الذين لديهم مستوى أعلى من الوصمة الذاتية المتوقعة هم أكثر تردداً في طلب المساعدة (Pattyn, et al, 2014).

تدرس الأبحاث المتعلقة بطلب المساعدة المصادر الرسمية وغير الرسمية للرعاية. أولاً، من المهم التمييز بين أنواع مقدمي الرعاية الرسمية لأن تأثير الوصمة يعتمد على مصدر الرعاية الذي يتم أخذه في الاعتبار. إن الارتباط السلبي بين الوصمة وطلب المساعدة الرسمية أقوى عموماً في حالة الرعاية المتخصصة مقارنة بالرعاية العامة. ثانياً، من الأهمية بمكان أخذ الرعاية غير الرسمية في الاعتبار. قد يسهل الحصول على الدعم غير الرسمي الدخول إلى قطاع الرعاية الرسمية وقد يشجع أيضاً على الالتزام بالعلاج. وعلاوة على ذلك، يمكن للدعم غير الرسمي أن يساعد في منع الانتكاس بعد العلاج. وقد أقر جورم وزملاؤه Jorm ٢٠٠٤ بفوائد الدعم غير الرسمي (التمثل في المساعدة من الأصدقاء مقارنة بأفراد الأسرة، فالوصمة لها تأثير أقل على العلاقات الوثيقة لأن أفراد الأسرة يشعرون بأنهم ملزمون بالمساعدة، وفقاً لتسلسل المسؤولية) (Pattyn, et al, 2014).

بالإضافة إلى ذلك، ينبغي للبحوث المتعلقة بطلب المساعدة أن تتحكم في بعض العوامل المركبة (الدخيلة) المحتملة. حيث أن النساء أكثر استعداداً لطلب المساعدة، في حين يميل الرجال أكثر إلى إدارة المشاكل العاطفية بأنفسهم. ومن المرجح أن يلجأ الشباب إلى مصادر غير مهنية للرعاية، كما من المرجح أن يختار كبار السن الرعاية العامة. وعلاوة على ذلك، فإن الأشخاص الذين يتمتعون بمستوى أعلى من التعليم هم أكثر عرضة لطلب الرعاية المتخصصة، ومن المرجح أن يعتمد المطلقون أو المنفصلون عن أزواجهم أكثر من المتزوجين أو الذين يعيشون معاً على الرعاية المهنية. كما يرتبط الوضع الوظيفي بطلب المساعدة الرسمية. وأخيراً، من المهم أن نأخذ في الاعتبار ما إذا كان المستجيبون يبلغون عن شكاوى

الصحة العقلية بأنفسهم وما إذا كانوا على دراية بخدمات الصحة العقلية (Pattyn, et al, 2014).

عامّة: يمكن أن يكون للوصمة عواقب صحية وعقلية طويلة الأمد، بما في ذلك: (١) عدم القدرة على الوصول إلى العلاج.

(٢) قد يقاوم بعض الآباء تقييم طفلهم فيما يتعلق بقضايا الصحة العقلية أو الإعاقات النمائية العصبية أو يتجنبون إخبار الطفل بالتشخيص لأنهم: يعتقدون أن التصنيف من شأنه أن يثبط عزيمته طفلهم، يريدون حماية طفلهم من التمر، يعتقدون أن الآخرين سوف يلومونهم على حالة طفلهم.

(٣) تشير الأبحاث إلى أن الآباء الذين لا يريدون "تصنيف" طفلهم هم أقل عرضة لمساعدة طفلهم في الحصول على العلاج لأعراضه. ومع ذلك، فإن حرمان الطفل من الرعاية التي يحتاجها من المرجح أن يؤدي إلى تفاقم صحته العقلية بمرور الوقت. علاوة على ذلك، قد لا يزال الطفل يعاني من وصمة العار بسبب أعراضه - ولأنهم لا يفهمون السبب، فقد يلومون أنفسهم على سوء معاملتهم (Swaim, 2023).

لماذا تحدث الوصمة؟ لقد حاولت العديد من النظريات تفسير الأسباب المحتملة للوصمة. وبعضها ما يلي باختصار:

١. **نظرية الوسم:** التفاعلات الاجتماعية معقدة، لذلك يجب عقلك أن يختصر الطرق عندما يستطيع، إن وسم بعض السمات يوفر طريقة سريعة لتصنيف الأشخاص على أنهم "جيدون" أو "سيئون" دون معرفة قصة حياتهم بالكامل. هنا، تعتمد السمات الموصومة عادةً على القيم الثقافية والأعضاء الذين لديهم أكبر قدر من القوة. على سبيل المثال، قد يوصم المجتمع الذي يديره الانطوائيون، الأشخاص الذين يتحدثون بشكل مفرط. وفي الوقت نفسه، قد يوصم المجتمع الذي يقوده المنفتحون، أولئك الذين ينعزلون عن الآخرين.

٢. نظرية الهوية الاجتماعية: وفقًا لنظرية الهوية الاجتماعية، يبني الناس هوياتهم من المجموعات التي ينتمون إليها. على سبيل المثال، قد يرسم شخص يعرف نفسه بأنه من الجيل Z أو من جيل طفرة المواليد سمات معينة، مثل أخلاقيات العمل، أو الاقتصاد، أو الاستقلال، بناءً على الجيل الذي ينتمي إليه. كقاعدة عامة، قد ينظر الناس إلى مجموعتهم بشكل أكثر إيجابية وينسبون صورًا نمطية سلبية إلى المجموعات المنافسة. يخدم وصم الغرباء ثلاث وظائف:

إن الاعتقاد بالانتماء إلى المجموعة "الأفضل" يمكن أن يعزز احترام الذات.

يساعد في تبرير اكتناز الموارد مثل الثروة أو السلطة أو المكانة الاجتماعية.

يوفر عذرًا لاستغلال المجموعات الموصومة للحصول على موارد إضافية.

٣. نظرية إدارة الرعب **Terror management theory**: تقترح نظرية إدارة الرعب أن الناس يصمون علامات المرض أو سوء الحظ لتهديئة مخاوفهم الوجودية. لنفترض أنك تركت علاقة مسيئة، قد يحاول بعض الناس إلقاء اللوم عليك، على الرغم من أن الإساءة يمكن أن تحدث لأي شخص، قد يسألون عما إذا كنت قد استفزت شريكك السابق، أو يقولون إنه كان يجب ألا تبدأ في مواعده. قد يحدث هذا التفاعل، جزئيًا، لأنهم يجدون صعوبة في الاعتراف بالاحتمال المخيف بأن أحبائهم قد يؤذونهم أو يخونونهم يومًا ما. إن اقتراح أنك تسببت بطريقة ما في إساءة معاملتك يسمح لهم بإنشاء خيال مريح حيث لن يواجهوا نفس الخطر أبدًا (Swaim, 2023).

تجنب الوصمة

يمكن أن تلحق الوصمة الضرر أيضًا بمجموعة بأولئك الذين ليس لديهم تاريخ مرض عقلي حتى الآن والذين يتجنبون الرعاية الصحية العقلية من أجل البقاء غير مصابين (بداية الإصابة). تحدث مثل هذه القرارات الشخصية على الرغم من الأبحاث الواسعة التي تظهر أن الأعراض النفسية والضائقة النفسية والإعاقات الحياتية الناجمة عن العديد من الأمراض العقلية يمكن علاجها بشكل كبير من خلال مجموعة متنوعة من العلاجات النفسية الدوائية والنفسية

الاجتماعية. ومن المؤسف أن الأبحاث تشير أيضًا إلى أن العديد من الأشخاص الذين يستوفون معايير العلاج والذين من المرجح أن يتحسنوا بعد المشاركة، إما يختارون عدم طلب الخدمات أو يفشلون في الالتزام الكامل بالعلاجات بمجرد وصفها. وتُظهر نتائج أحد الدراسات أن ٦٠٪ فقط من المصابين بالفصام يشاركون في العلاج (Reiger, Narrow, Rae, & Manderscheid, 1993). وأظهر المسح الوطني للأمراض المصاحبة (NCS)، حول وبائيات الأمراض النفسية لدى البالغين أن الأشخاص المصابين بأمراض عقلية خطيرة ليسوا أكثر مشاركة في العلاج من الأشخاص المصابين باضطرابات بسيطة، كما أن الكثير من الأشخاص الذين قد يستفيدون من الخدمات لا يشاركون فيها (Corrigan, et al., 2010). يُفسر ذلك بأن أشخاص يختارون عدم متابعة خدمات الصحة العقلية لأنهم يريدون تجنب وصف "المريض العقلي" الذي يؤدي إلى التحيز والتمييز. وقد دعمت الدراسات الوبائية العلاقة بين الوصمة والمشاركة في خدمات الرعاية الصحية العقلية، فتشير نتائج NCS إلى العديد من المعتقدات التي قد تثني الناس عن العلاج، والتي تشمل المخاوف بشأن ما قد يعتقده الآخرون والرغبة في حل مشاكل المرء بنفسه، وباستخدام مقياس الوصمة المدركة (وهو مقياس مكون من ٢٠ بندًا يمثل المعتقدات حول التقليل من قيمة الأشخاص المصابين بأمراض عقلية والتمييز الموجه إليهم) وجد سيري وزملاؤه Sirey ٢٠٠١ علاقة مباشرة بين مواقف الوصمة، كما يدركها الأشخاص المصابون بأمراض عقلية، والالتزام بالعلاج. وارتبطت الدرجات على المقياس بما إذا كان المشاركون في البحث ملتزمين بنظام أدويتهم المضادة للاكتئاب بعد ٣ أشهر. وبالتالي، فإن إدراكات الصور النمطية الموجودة حول الأمراض العقلية والتماهي معها يمكن أن تعيق الأشخاص من الحصول على مساعدة الصحة العقلية، والتي قد يؤدي غيابها إلى جعل حياتهم أكثر صعوبة بشكل غير ضروري. وقد تشير هذه النتائج الارتباطية بدلاً من ذلك إلى أن الأشخاص الذين يفشلون في الالتزام بنظام أدويتهم يزعمهم الوصم أكثر من الأشخاص الذين يستخدمون مضادات الاكتئاب. وهناك حاجة إلى أبحاث مستقبلية لتحديد اتجاه هذا الارتباط (Corrigan, et al., 2010).

يعني ما سبق أن الوصمة العامة هي ما يفعله السكان بالمجموعة من خلال تأييد وتنفيذ الصور النمطية والتحيز والتمييز التي تشكل وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي. والوصمة الذاتية هي ما يفعله الأشخاص داخل المجموعة بأنفسهم. لذا تجنب الوصمة هو التهرب من المجموعة تمامًا من أجل الهروب من الآثار السلبية للوصمة العامة والذاتية. والأشخاص الذين يتجنبون الوصمة يدركون الصورة النمطية وقد يتفقون معها. ومع ذلك، فإنهم يميلون بشدة إلى عدم تطبيق الوصمة على أنفسهم ويسعون إلى تجنب أي مجموعة من شأنها أن تؤدي إلى هذه العلامة (Corrigan, et al., 2010).

الوصمة والأعراض النفسية والإعاقات المرتبطة بالمرض العقلي Stigma, Psychiatric Symptoms, and the Disabilities of Mental Illness

تستند العديد من افتراضات نموذج الوصمة لدينا إلى أبحاث نفسية اجتماعية أجريت على مجموعات أخرى تعاني من التمييز، بما في ذلك الأشخاص الملونون (مثل السود في أمريكا) والنساء. ومع ذلك، هناك خاصيتان مميزتان للأشخاص المصابين بأمراض عقلية تخففان من التطبيق المباشر لهذه النظريات على الوصمة النفسية. أولاً، على عكس المجموعات الأخرى التي تعاني من الوصمة، فإن انخفاض احترام الذات والكفاءة الذاتية أمر جوهري في تعريفات بعض الأمراض العقلية المحددة مثل الاكتئاب (وفقا الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ١٩٩٤). قد تنشأ مشاكل احترام الذات والكفاءة الذاتية بشكل مباشر من المرض العقلي، وليس بشكل ثانوي من الوصمة التي تعاني منها المجموعة. ومن ثم، يحتاج الباحثون إلى تطوير استراتيجيات بحثية تميز بين مشاكل احترام الذات والكفاءة الذاتية الناتجة عن المرض العقلي وتلك الناجمة عن الوصمة وحدها. وبالتالي قد يكون الاكتئاب، وليس الوصمة الذاتية، هي المسؤولة عن انخفاض قيمة الذات.

ثانياً، تشمل الأمراض العقلية الخطيرة مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب مشاكل في متغيرات نفسية مثل المهارات الاجتماعية، والإدراك الاجتماعي. ومن المرجح أن تؤثر هذه الاختلالات على العوامل التي تؤثر على الوصمة العامة والذاتية. فعلى سبيل المثال، قد لا

يفهم الأفراد الذين يعانون من قيود في الإدراك الاجتماعي تداعيات التحيز والتمييز اللذين يشكلان وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي. يحتاج المدافعون إلى النظر في هذه المتغيرات عند صياغة استراتيجيات مناهضة للوصمة. يجب على المدافعين أيضًا تجنب الوقوع في فخ وصف جميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي على نحو مماثل من خلال الاعتراف بأنهم يشكلون مجموعة غير متجانسة.

السؤال الأخير الذي يجب وضعه في الاعتبار فيما يتعلق بالأعراض والإعاقات، هو ما إذا كان ما نسميه التمييز هو استجابة طبيعية أم لا للسلوكيات الغريبة والتهديدية للأشخاص المصابين بأمراض عقلية شديدة. تشير أبحاث لينك وزملائه ١٩٨٧، ١٩٨٩، ٢٠٠١ إلى أن بعض الاستجابات التي تحمل وصمة العار للأمراض العقلية الشديدة هي في الواقع ردود فعل معقولة لأعراض وإعاقات هذه الأمراض. ومع ذلك، فقد أظهروا أيضًا أن التحيز والصور النمطية مسؤولة عن ردود الفعل العامة بعد تحليل ردود الفعل المعقولة. وأشارت أبحاث إضافية إلى أن أفراد الجمهور أكثر عرضة للانخراط في التحيز والتمييز عندما يبالغون في تعميم الخصائص السلبية حول مجموعة فرعية من الناس (Corrigan, et al., 2010).

استراتيجيات لتحدي الوصمة Strategies That Challenge Stigma

إن البحث الوصفي والتفسيري حول وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي ما هو إلا الخطوة الأولى في فهم ومعالجة الصور النمطية والتحيز والتمييز. ويعلم المدافعون بالفعل أن الوصمة بارزة وخبيثة؛ وهم يريدون تعلم طرق فعالة لتحدي ومحو آثارها. وقد تطورت نماذج البحث والتطوير بشكل منفصل إلى حد ما عند فحص الاستراتيجيات التي تقلل من وصمة العار العامة مقابل وصمة العار الذاتية. إن البحث في معالجة الوصمة المرتبطة بتجنب التصنيف بشكل فعال محدود نسبيًا وبالتالي يتم مراجعته بإيجاز هنا فقط (Corrigan, et al., 2010).

تحدي الوصمة العامة

أظهرت مراجعة للبحوث في مجال علم النفس الاجتماعي ثلاثة أساليب تعمل على تقليل تأثير الوصمة العامة التي يعاني منها الأشخاص المصابون بأمراض عقلية: الاحتجاج، والتعليم،

والتواصل. تحتج المجموعات على التمثيلات غير الدقيقة والمعادية للمرض العقلي كوسيلة لتحدي الوصمات التي تمثلها. وترسل هذه الجهود رسالتين. إلى وسائل الإعلام: التوقف عن نشر التمثيلات غير الدقيقة للمرض العقلي. إلى الجمهور، والتوقف عن تصديق الآراء السلبية حول المرض العقلي. غالبًا ما يتم تقديم هذا النوع من الرسائل في محاضرة حيث يقدم المتحدث صورًا غير محترمة للمرض العقلي (على سبيل المثال، يقدم فيلم Psycho فكرة أن الأشخاص المصابين بأمراض عقلية يشكلون خطرًا). ومع هذا النوع من العرض التقديمي، يتم تشجيع الناس على قمع الأفكار "السيئة" حول المرض العقلي.

لسوء الحظ، يبدو أن الاحتجاج له تأثير محدود على التحيز العام. وبدلاً من ذلك، تشير الأبحاث إلى أن الاحتجاج قد يؤدي في الواقع إلى ارتداد، بحيث يصبح الناس أكثر ميلاً إلى تأييد المواقف التي تحمل وصمة العار فيما يتعلق بالمرض العقلي. على سبيل المثال، أظهر جيتن وآخرون Jetten ١٩٩٤ أن المواقف تجاه مجموعة لا تحظى بالاحترام العام مثل "حليقي الرؤوس" زادت بالفعل عندما تم توجيه المشاركين في البحث لقمع وجهات النظر السلبية حول هذه المجموعة. في الواقع، ساءت مواقف المشاركين في البحث الذين تم توجيههم لقمع الأفكار السلبية حول مجموعة مُدرجة لاحقًا تجاه هذه المجموعة.

كانت تأثيرات القمع أقل وضوحًا في دراسة أجريت على وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي. ولم يتم العثور على تأثير سلبي في حد ذاته. وبدلاً من ذلك، في إحدى الدراسات التي قورنت فيها الاحتجاج بأشكال أخرى من تغيير الوصمة (التعليم والاتصال، كما هو موضح أدناه)، تبين أن الأساليب الأخرى تحقق مكاسب إيجابية، في حين لم يتم العثور على مثل هذه التأثيرات للاحتجاج. في الواقع، أدى تحدي الوصمة بسبب الاحتجاج إلى انخفاض طفيف في درجات الوصمة في هذه الحالة مقارنة بتلك الموجودة في مجموعة التحكم التي لم تتدخل.

ولكن الأدلة القصصية تشير إلى أن حملات الاحتجاج كانت فعالة في إزالة الصور التي تحمل وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي من وسائل الإعلام. وفي هذا الصدد، قد يكون الاحتجاج وسيلة للحد من السلوك التمييزي للأشخاص الذين يؤيدون التحيز عن عمد أو عن

غير قصد. ولنتأمل على سبيل المثال ما حدث لبرنامج Wonderland الذي تبثه شبكة ABC في عام ٢٠٠٠، والذي صور في الحلقة الأولى شخصاً مصاباً بمرض عقلي يطلق النار على العديد من ضباط الشرطة ويطعن طبيبة نفسية حاملاً في بطنها بإبرة تحت الجلد. ورداً على جهد منسق، أجبر المدافعون الشبكة على قطع البرنامج بعد بضع حلقات فقط. وعلى نحو مماثل، قد تكون المسارح والصحف وغيرها من وسائل الإعلام أقل ميلاً إلى توزيع منتج يحمل وصمة العار عندما تواجه استنكار الاحتجاج من قبل الأشخاص المصابين بأمراض عقلية وأسره. ويشير هذا الواقع إلى أن "الاحتجاج الاقتصادي" قد يكون له تأثير كبير على وسائل الإعلام الإخبارية والترفيهية. ومع ذلك، هناك حاجة إلى إجراء البحوث لاستكشاف هذه التأثيرات (Corrigan, et al., 2010).

الوصمة والتعليم Stigma and Education

يتضمن التعليم تحدي للأساطير المتعلقة بالمرض العقلي (على سبيل المثال، الأشخاص المصابون بالمرض العقلي غير قادرين على أن يكونوا أعضاء منتجين في عالم العمل) بالحقائق (العديد من الأشخاص الذين يتلقون إعادة تأهيل مهني للإعاقة النفسية يحققون أهداف التوظيف). تُظهر الأدلة عمومًا أن الأشخاص الذين لديهم فهم أفضل للمرض العقلي أقل عرضة لتأييد الوصمة وأقل عرضة للتمييز. إن البرامج التعليمية تنتج تحسينات قصيرة المدى في المواقف. ومع ذلك، تشير الأبحاث إلى أن تأثير البرامج التعليمية قد يكون محدودًا. فقد وجدت الأبحاث حول التأثيرات المباشرة للبرامج التعليمية أن هذه الأنواع من البرامج تنتج انخفاضًا طفيفًا في وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي. ومع ذلك، عادت هذه التأثيرات الإيجابية إلى خط الأساس عند فحص إجراءات المتابعة لمدة أسبوعين.

إن إحدى فوائد السعي إلى تحقيق أهداف مكافحة الوصمة يكون من خلال التعليم وإمكانية تطوير المواد التعليمية، بما في ذلك المناهج الدراسية والشهادات المسجلة بالفيديو، وتوزيعها على عامة الناس. فعلى سبيل المثال، يوفر مركز خدمات الصحة العقلية (CMHS) في إدارة خدمات إساءة استخدام المواد والصحة العقلية (CMHS) موقعًا إلكترونيًا يحتوي على معلومات

حول البرامج التعليمية التي تحاول معالجة وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي (Corrigan, et al., 2010).

تحدي الوصمة من خلال الاتصال Challenging Stigma through Contact

الاتصال هو النهج العام الثالث لمعالجة الوصمة. إن أفراد الجمهور الذين يتعاملون مع الأشخاص المصابين بأمراض عقلية أقل عرضة لتأييد المعتقدات التي تؤدي إلى الوصمة وأكثر عرضة لتأييد التصريحات الإيجابية حول المجموعة الموصومة. ومن بين الأبحاث النموذجية في هذا المجال مقارنة الاتصال ببرامج مكافحة الوصمة مثل التعليم؛ حيث يتم إجراء هذه الدراسات باستخدام ظروف عشوائية. أظهرت إحدى الدراسات أن أولئك الذين تم تعيينهم عشوائيًا في حالة اتصال شهدوا انخفاضًا أكبر بكثير في المواقف التي تؤدي إلى الوصمة مقارنة بالأشخاص الذين تم تعيينهم في حالة تعليمية فقط. أظهرت دراسة ثانية أن تأثيرات الاتصال على المعتقدات التي تؤدي إلى الوصمة كانت أفضل بكثير من ظروف التعليم والتحكم. كان هذا التأثير واضحًا بغض النظر عن محتوى الظروف؛ ففي الدراسة الأخيرة، تم توزيع المشاركين في البحث عشوائيًا على تأثيرات الاتصال والتعليم التي تباينت في المحتوى (حول ما إذا كان الأشخاص المصابون بأمراض عقلية مسؤولين عن إعاقتهم أو أن الأشخاص المصابين بأمراض عقلية يشكلون خطرًا). وقد تبين أن الاتصال يؤدي إلى تأثيرات أفضل، سواء كان اللوم أو الخطورة هو الموضوع الذي تمت مناقشته. وقد تم التحقق من صحة تأثير الاتصال في تجربتين عشوائيتين أخريتين (Corrigan, et al., 2010).

هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن الاتصال يؤدي إلى تغيير سلوكي إيجابي عند مقارنته بظروف التحكم أو التعليم. أظهرت إحدى الدراسات أن الدعم المالي للتحالف الوطني للأمراض العقلية (NAMI)، وهي مجموعة مناصرة معروفة على المستوى الوطني، زاد بشكل ملحوظ بعد الاتصال. في هذه الدراسة، قيل للمشاركين في البحث، عند تلقي ١٠ دولارات مقابل عملهم، أنه يمكنهم التبرع بأي أو كل هذه الأموال إلى NAMI. تبرع المشاركون في البحث في مجموعة الاتصال بمزيد من المال مقارنة بأولئك في مجموعات التعليم أو التحكم.

لقد اختبر الباحثون العديد من المتغيرات التي تعزز تأثيرات الاتصال. حيث يؤدي الاتصال إلى نتائج أفضل عندما يتفاعل الشخص المصاب بمرض عقلي مع مجموعة مستهدفة كأقران. بالإضافة إلى ذلك، فإن الاتصالات مع الأفراد في مناصب محترمة (مثل: طبيب أو رجل دين) مصابين بمرض عقلي تقلل من الوصمة العامة. ويكون الاتصال أكثر فعالية عندما يتفاعل الشخص المصاب بمرض عقلي فعليًا مع مجموعة مستهدفة في مهمة مشتركة. ومن الأمثلة على هذا النوع من الجهود المشتركة التعاون بين الأشخاص المصابين بمرض عقلي وغير المصابين به والذين يعملون على برنامج لمكافحة الوصمة للأشخاص المصابين بمرض عقلي. وأخيرًا، تتعزز تأثيرات الاتصال عندما يتمتع الشخص المصاب بمرض عقلي بالدعم الاجتماعي من أصحاب السلطة في المجموعة المعنية (الموصومة) (Corrigan, et al., 2010).

وعلى الرغم من التأثير الواعد للاتصال، إلا أن له حدوده، حيث يتطلب من الأفراد أن يتحلوا بالشجاعة "الخروج من الخزانة" (الخروج من القوقعة) لسرد قصصهم لمجموعة واحدة في كل مرة. وقد حاولت بعض التدخلات معالجة حدود استراتيجيات الاتصال. وقد ثبت أن مقاطع الفيديو لظروف الاتصال (لشخص يتحدث عن صحته العقلية) تحقق نتائج أفضل من جلسة تعليمية مسجلة بالفيديو. كما تم تقديم برنامج مناهض للوصمة قائم على أن يروي فيه المشاركون قصتهم عن المرض والتعافي؛ وقد أظهرت الأبحاث الأولية انخفاضًا كبيرًا في معتقدات الوصمة لدى المشاركين في البرنامج. كما أظهرت الأبحاث حتى الآن، أن اتصالاً واحدًا يؤدي إلى نتائج إيجابية. ومن ثم، فإن الاتصالات المتعددة تؤدي إلى تأثيرات أفضل (Corrigan, et al., 2010).

إن النهج المستهدف الذي يركز على تغيير السلوكيات التمييزية المحددة لمجموعات محددة يناسب النهج العملي الموضح في الجدول ١-٢. أولاً، تستهدف برامج مكافحة الوصمة المجموعات القوية - مثل أصحاب العمل، وملاك العقارات، ومحترفي العدالة الجنائية، وصناع السياسات، ووسائل الإعلام - التي تتخذ قرارات مهمة بشأن الموارد والفرص المتاحة للأشخاص

المصابين بأمراض عقلية. يتأثر الأفراد الذين يمارسون أدوار القوة هذه بشكل كبير بالعوامل المؤسسية والتنظيمية. وقد يكونون أكثر ميلاً إلى الاعتماد على الصور النمطية حول مجموعة ما مقارنة بالأشخاص الذين يشغلون أدواراً أقل قوة. وبالتالي، بالنسبة لكل مجموعة، تحدد برامج مكافحة الوصمة السلوك التمييزي والمواقف المقابلة التي يرغبون في تغييرها. على سبيل المثال، قد تعالج برامج مكافحة الوصمة عدم رغبة أصحاب العمل في توظيف الأشخاص المصابين بأمراض عقلية. وقد ترتبط المواقف الإشكالية المقابلة بالاعتقادات بعدم الكفاءة والخطورة التي يشكلها الأشخاص المصابون بأمراض عقلية على الموظفين الآخرين. (Corrigan, et al., 2010).

الجدول ٤.١. نموذج مستهدف لتغيير الوصمة		
الأهداف	السلوك التمييزي	المواقف
أصحاب العمل	• الفشل في التوظيف • عدم وجود تسهيلات معقولة	• الخطورة • عدم الكفاءة
أصحاب العقارات Landlords	• الفشل في التأجير • عدم وجود تسهيلات معقولة	• الخطورة • عدم المسؤولية
المتخصصون في العدالة الجنائية Criminal justice professionals	• الإكراه بلا داع • الفشل في استخدام خدمات الصحة العقلية	• الخطورة • المسؤولية/اللوم
صناع السياسات Policymakers	• عدم تخصيص الموارد الكافية • التفسير غير الودي للوائح	• الخطورة • المسؤولية/اللوم
وسائل الإعلام	• إدامة ونشر صور الوصمة	• الخطورة

•المسؤولية/اللوم		
•عدم الكفاءة		
• عدم المسؤولية		

(Corrigan, et al., 2010).

بمجرد تحديد سلوكيات ومواقف المجموعة المستهدفة، يمكن اختيار الاستراتيجية الأكثر ملاءمة لتغيير الوصمة. وعلى الرغم من أن تأثير الاحتجاج على المواقف غير واضح، إلا أنه يبدو مفيداً في القضاء على السلوكيات غير المرغوب فيها مثل الصور السلبية في وسائل الإعلام وممارسات العمل التمييزية. ويبدو أن التعليم يحسن المواقف على المدى القصير ويمكن تنفيذه بتكلفة زهيدة نسبياً. ويبدو أن الاتصال هو الاستراتيجية الأكثر إيجابية، خاصة عندما يتم هيكلتها لتشمل التفاعلات "المثلى". وفي النهاية، قد تستخدم حملات مكافحة الوصمة مجموعة من الاستراتيجيات لمعالجة المواقف والسلوكيات الإشكالية لمجموعة معينة (Corrigan, et al., 2010).

التقليل من وصمة العار الذاتية Diminishing Self-Stigma

يستوعب بعض الأشخاص تجربة وصمة العار. وتوفر الاستراتيجيات الرامية إلى التقليل من وصمة العار الذاتية وسائل للتخفيف من تأثير هذه الخبرة. وسنستعرض هنا ثلاث استراتيجيات محددة مفيدة للحد من وصمة العار الذاتية: البرامج التي تعزز التمكين بشكل مباشر؛ وتمكين القرارات المتعلقة بالكشف عن التاريخ النفسي للفرد؛ وإعادة صياغة العبارات السلبية التي تنجم عن وصمة العار على المستوى المعرفي، وتفصيلاً كما يلي.

١. برامج التمكين ومكافحة الوصمة Empowerment and Anti-Stigma Programs

يُنظر إلى فقدان احترام الذات والكفاءة الذاتية الناجم عن الوصمة الذاتية على أنه تثبيت لطرف واحد من سلسلة متصلة مع التمكين الشخصي في الطرف الآخر. فالأشخاص الذين يعتقدون

أنهم يسيطرون على علاجهم، وحياتهم، بشكل عام، هم أقل عرضة للإصابة بالوصمة الذاتية. تعمل العديد من عناصر تصميم البرنامج وقرارات العلاج على تعزيز التمكين وتقليل الوصمة الذاتية. أولاً، تعتبر الخدمات الحديثة تعاونية مع المرضى والممارسين كشركاء، بدلاً من أن تكون أبوية مع المهنيين الذين يخبرون المرضى بما يجب عليهم فعله. ففي التبادلات التعاونية، ينظر الأفراد والممارسون إلى بعضهم البعض باعتبارهم أقراناً ويعملون معاً لفهم المرض وتطوير خطة علاج؛ وهذا يمنح الناس السيطرة على جزء مهم من حياتهم. ومن العناصر ذات الصلة بالعلاج التي تقلل من وصمة العار الذاتية هو رضا العميل؛ فالأشخاص المصابون بأمراض عقلية يختبرون التمكين عندما تستند البرامج إلى ملاحظاتهم بدلاً من استبعاد مشاركة العميل.

كما تعمل الخدمات النفسية الاجتماعية القائمة على التدريب على تسهيل التمكين. حيث يقدم المدربون الخدمات والدعم الذي يساعد الأشخاص على خبرة النجاح في مختلف البيئات المهمة: العمل، والسكن، والتعليم، والصحة. ويزداد التأثير على التمكين بشكل أكبر عندما يقدم الأقران المصابون بأمراض نفسية خدمات التدريب فعلياً، ويصف الأفراد الذين يقدمون الخدمات ويتغلبون على الأمراض العقلية قصص نجاح شخصية توفر الإلهام، ويقدم الأشخاص المصابون بأمراض عقلية تجربة خاصة وجهة نظر نقدية تعزز جودة الرعاية. ويكتسب هؤلاء الأفراد التمكين عندما يطورون البرامج ويقدمون الخدمات لمساعدة الآخرين في تحقيق أهداف التعافي (Corrigan, et al., 2010).

٢. الإفصاح عن المرض العقلي Disclosing One's Mental Illness

إن وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي مخفية إلى حد كبير. وكثيراً ما لا يعرف الجمهور ما إذا كان أفراد بعينهم يستوفون معايير المرض العقلي. ومع تعرض الأفراد للمرض العقلي والتهديدات المقابلة للوصمة، فإنهم يحتاجون إلى اتخاذ قرار بشأن ما إذا كانوا سيكشفون عن تاريخ مرضهم. قد يترتب على الإفصاح عن المرض العقلي عدة تكاليف: فالأشخاص يخاطرون بعدم موافقة أقرانهم ورؤسائهم وزملاء العمل والحيران وأفراد المجتمع، وقد يؤدي عدم

الموافقة إلى إنهاء الخدمة أو تقليل دورهم الوظيفي، وتجاهل الفرص مع الجيران، والاستبعاد من وظائف المجتمع. وعلاوة على ذلك، قد يعاني الأشخاص الذين يكشفون عن مرضهم من المزيد من التوتر لأنهم قلقون بشأن ما يعتقد الآخرون عنهم.

ومع ذلك، هناك فوائد كبيرة للإفصاح، فالأشخاص الذين يكشفون عن أنفسهم يشعرون عادةً بتحسّن تجاه أنفسهم لأن الشعور بالخزي الذي يصاحب "الاختباء" يختفي. إن الاختباء يعيق الوصول إلى الأقران الذين لديهم خبرات مماثلة؛ ويمكن لهؤلاء الأقران مساعدة الشخص على معالجة الوصمة وتعلم استراتيجيات لتحقيق أهداف الحياة. ومن خلال الإفصاح، يظهر هؤلاء الأشخاص الذين لديهم خبرات مماثلة في الصحة العقلية والذين قد يقدمون الدعم. كما يقلل الإفصاح من التحيز العام ضد مجتمع الأشخاص المصابين بأمراض عقلية (Corrigan, et al., 2010).

إن "الخروج" عن سمة أو وضع موصوم يمكن تمثيله على شكل متصل. إن إخبار بعض الأشخاص بالمرض العقلي لا يعني بالضرورة أن الجميع في المجتمع يعرفون عن الإفصاح. قد تشمل المجالات الاجتماعية المنفصلة والمستقلة التي يمكن الإفصاح فيها ببيئات العمل، والمواقف العائلية، والوظائف المجتمعية. قد يختار الأشخاص إخبار أقرانهم في بيئة واحدة ولكن ليس في بيئة أخرى. علاوة على ذلك، فإن الخروج ليس قرارًا لا لبس فيه. هناك طرق مختلفة يمكن للأفراد من خلالها التعامل مع الإفصاح، فقد يخبرون الأشخاص بشكل انتقائي عن خبرتهم من خلال الاقتراب من هؤلاء الأفراد الذين يبدو أنهم منفتحون على القضايا العامة المتعلقة بالمرض العقلي. بدلاً من ذلك، قد يخبرون الجميع عن مرضهم العقلي. هذا لا يعني الإعلان صراحة عن خبرة المرء مع المرض العقلي، ولكنه يعني عدم إخفاء تجربة المرء مع المرض العقلي. إن العوامل المؤثرة في قرارات الإفصاح معقدة وتعكس فوائد وتكاليف أُشير إليها. وينبغي للأفراد الذين يقومون بالإفصاح أن يتخذوا هذه القرارات بأنفسهم (Corrigan, et al., 2010).

٣. إعادة صياغة الإدراك Cognitive Reframing

توفر إعادة صياغة الإدراك آلية يمكن من خلالها تغيير الأفكار السلبية عن الذات المرتبطة بالتصريحات التي تحمل وصمة العار. فعندما تحمل وصمة العار على الذات، يستوعب الناس التصريحات التي تحمل صوراً نمطية مؤذية. فمثلاً "كل المصابين بأمراض عقلية كسالى" هو تحيز سلبي. أما "لا بد أن أكون كسولاً" فهو نتيجة لتطبيق الصورة النمطية على الذات. وقد تؤدي هذه التصريحات عن الذات إلى انخفاض احترام الذات - "لا بد أن أكون شخصاً سيئاً لأنني كسول" - وانخفاض فعالية الذات - "الشخص الكسول مثلي غير قادر على إيجاد وظيفة والاحتفاظ بها". وقد تساعد إعادة صياغة الإدراك والأساليب ذات الصلة الشخص على إدارة هذه التصريحات عن الذات.

تتضمن إعادة صياغة الإدراك تعليم الشخص الموصوم كيفية التعرف على التصريحات الذاتية الضارة وتحديدها. وقد قام كينجرتون وتورنجتون Kingdon & Turkington ١٩٩١، ١٩٩٤ بتوسيع نطاق العلاج الإدراكي للذهان إلى ما هو أبعد من معالجة الأعراض المحددة ليشمل التفسير الكارثي للشخص لأعراضه والوصمة المرتبطة بالمرض العقلي بشكل عام. ولاحظ الباحثان أن الأعراض الذهانية تمثل نقاطاً على استمرارية الأداء، لذا حاولوا "تطبيع" أعراض المشاركين في العلاج من خلال مقارنة أعراضهم بأنواع الخبرات اليومية. وقد دعم دراستهما فائدة هذا النهج (إعادة صياغة الإدراك)، من خلال تجربة قائمة الانتظار، حيث اتضح أن العلاج السلوكي المعرفي أثر بشكل إيجابي على احترام الذات والوصمة الذاتية لدى الأفراد المصابين بالفصام.

كيف يمكن التقليل من هذا النوع من الوصمة الذاتية؟ قد يتحدى الأشخاص الذين يعانون من الوصمة الذاتية معتقداتهم المتحيزة من خلال سؤال الأصدقاء والمعارف عما إذا كانوا يتفقون مع هذا التقرير: "هل تعتقد أنني كسول أو سيئ لأنني أعاني من مرض عقلي؟" تكون هذه العملية أكثر فعالية إذا اختار الشخص المصاب بالوصمة الذاتية مرشداً في حياته وسأله عن التقرير الذاتي. قد يشمل المرشدون في الحياة قادة روحيين أو أفراداً كباراً من العائلة، بمجرد

أن يتعلم الأفراد تحدي الصورة النمطية الداخلية، فقد يطورون صورة نمطية مضادة قد تقلل من آثار الوصمة الذاتية في المستقبل: "أنا لست كسولاً! على الرغم من إعاقتي، فأنا أعمل قدر الإمكان" (Corrigan, et al., 2010).

المراجع

- Corrigan, PW; Larson, JE & Kuwabara, SA (2010). Social Psychology of the Stigma of Mental Illness: Public and Self-Stigma Models. In JE Maddux & JP Tangney (Eds), Social psychological foundations of clinical psychology (pp 51-68). New York: The Guilford Press
- Gärtner L, Asbrock F, Euteneuer F, Rief W and Salzmann S (2022). Self-Stigma Among People With Mental Health Problems in Terms of Warmth and Competence. *Front. Psychol.* 13:877491. doi: 10.3389/fpsyg.2022.877491
- Pattyn, E.; Verhaeghe, M.; Sercu, C. & Bracke, P. (2014). Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232-238.
- Reiger, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., & Manderscheid, R. W. (1993). The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85–94.
- Swaim, E (2023). Types of Stigma and Steps to Stamping It Out. Retrieved Jan. 22, 2025, from healthline: <https://www.healthline.com/health/what-is-stigma>