

المحاضرة الخامسة: الاتجاهات النظرية الكبرى في الأنثروبولوجيا الطبية

1. الاتجاه البيولوجي-الثقافي (Biocultural Approach)

يُعد الاتجاه البيولوجي-الثقافي من أوائل المقاربات في الأنثروبولوجيا الطبية التي سعت إلى تجاوز الفصل التقليدي بين الطبيعة والثقافة في دراسة الصحة والمرض. ينطلق هذا الاتجاه من تصور تكاملي يرى أن الحالة الصحية للإنسان لا تُفهم من خلال العوامل البيولوجية وحدها، ولا من خلال العوامل الثقافية والاجتماعية بمعزل عنها، بل هي نتاج تفاعل معقد ومستمر بين البيئة الطبيعية، والنظام الغذائي، والعوامل الوراثية، والظروف الاجتماعية، وأنماط العيش والثقافة السائدة.

يفترض أنصار هذا الاتجاه أن الجسد الإنساني يتأثر بشكل مباشر بالضغوط البيئية والاجتماعية، وأنه يستجيب لها عبر ما يُعرف بـ **التكيف البيولوجي والثقافي (Biocultural Adaptation)** ويقصد بهذا المفهوم الكيفية التي يطور بها الإنسان استراتيجيات مزدوجة، جسدية وثقافية، للتعامل مع المرض والضغط البيئي، مثل التغيرات الفسيولوجية طويلة المدى، أو اعتماد أنماط غذائية وسلوكية معينة تساعد على البقاء والتكيف. وبهذا المعنى، لا يُنظر إلى التكيف بوصفه عملية بيولوجية صرفة، بل كعملية تشاركية تشترك فيها الثقافة بقدر ما تشترك فيها البيولوجيا.

ويركز هذا الاتجاه على دراسة المؤشرات البيولوجية للصحة، مثل ضغط الدم، ومستويات الهرمونات، والنمو الجسدي، في ارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه الأفراد. فالتوتر المزمن الناتج عن الفقر، أو التهميش، أو عدم الاستقرار الاجتماعي، يُعد عاملاً مؤثراً في ظهور أمراض معينة، وليس مجرد حالة نفسية عابرة. كما يهتم هذا الاتجاه بدراسة العلاقة بين النظم الغذائية المحلية والبيئة، وكيف تُسهم العادات الغذائية التقليدية في التكيف مع الظروف المناخية والاقتصادية.

ومن أبرز ممثلي الاتجاه البيولوجي-الثقافي بول بيكر، وويليام دريسلر، وآلان غودمان، الذين أسهموا في تطوير أدوات تحليلية تربط بين البيانات البيولوجية والمعطيات الاجتماعية. وتكمن أهمية هذا الاتجاه في تأكيده أن الجسد هو موقع ديناميكي للتفاعل بين الطبيعة والثقافة، وليس كياناً بيولوجياً معزولاً عن النظام الاجتماعي، مما يجعله مدخلاً أساسياً لفهم الصحة بوصفها ظاهرة مركبة ومتعددة الأبعاد.

2. الاتجاه التفسيري أو المقاربة المرتكزة على المعنى:

ظهر الاتجاه التفسيري في الأنثروبولوجيا الطبية خلال سبعينيات القرن العشرين، خاصة مع أعمال آرثر كلاينمان، وبايرون غود، ومارغريت لوك، متأثرًا بالأنثروبولوجيا الرمزية وبطرح كليفورد جيرتز الذي ينظر إلى الثقافة بوصفها نظامًا من المعاني والرموز التي يمنح من خلالها الأفراد معنى لتجاربهم الحياتية. جاء هذا الاتجاه كردًا على المقاربات الاختزالية التي تفسر المرض فقط من خلال آلياته البيولوجية، متجاهلة الأبعاد الرمزية والذاتية للتجربة المرضية.

ينطلق هذا التوجه من فكرة أساسية مفادها أن المرض لا يُعاش ولا يُفهم بمعزل عن المعنى. فالأعراض الجسدية لا تكتسب دلالتها إلا من خلال التفسيرات الثقافية التي يمنحها لها الأفراد والمجتمعات. وبذلك، لا يكون المرض مجرد خلل في الجسد، بل تجربة مُحمَّلة بالدلالات، تُعبّر عنها عبر اللغة، والسرد، والسلوك، والممارسات اليومية. ومن هنا، يهتم الاتجاه التفسيري بتحليل الخطابات المرضية، وروايات المرضى، وكيفية وصفهم لمعاناتهم وفهمهم لأسبابها.

ويُعد مفهوم النموذج التفسيري للمرض من الركائز الأساسية في الاتجاه التفسيري، ويشير إلى مجموع التصورات والأفكار التي يمتلكها الأفراد أو الجماعات حول المرض وكيفية فهمه والتعامل معه. لا يقتصر هذا النموذج على المرضى فقط، بل يشمل أيضًا المعالجين وأفراد الأسرة، وقد تختلف هذه النماذج فيما بينها، مما يؤثر في مسار العلاج والتواصل العلاجي. ويقوم النموذج التفسيري بالإجابة عن مجموعة من الأسئلة المحورية، من بينها:

- ما سبب المرض؟
- كيف ومتى بدأ المرض؟
- ما طبيعة الأعراض وكيف يُفسّر ظهورها؟
- ما المسار المتوقع للمرض؟
- ما نوع العلاج المناسب أو المقبول ثقافيًا؟

كما يؤكد الاتجاه التفسيري على ضرورة التمييز بين مستويات مختلفة لفهم المرض، لأن الاختصار على مستوى واحد يؤدي إلى تفسير ناقص للتجربة المرضية. ويُقسّم هذا الفهم إلى ثلاثة مفاهيم مترابطة:

- **Disease:** المرض بوصفه حالة بيولوجية قابلة للقياس والتشخيص وفق معايير الطب الحيوي، ويُحدّد من خلال الفحوصات السريرية والمؤشرات الطبية.
- **Illness:** التجربة الذاتية والمعيشة للمرض، كما يشعر بها الفرد ويفسرها ويمنحها معنى في سياق حياته الشخصية والثقافية.
- **Sickness:** البعد الاجتماعي للمرض، أي كيفية نظر المجتمع إلى الحالة المرضية، وما يرتبط بها من أدوار اجتماعية، وتوقعات، وأنماط تعامل مع الشخص المريض.

3. الاتجاه النقدي أو السياسي في الأنثروبولوجيا الطبية :

يقوم هذا الاتجاه على فكرة محورية مفادها أن الصحة والمرض لا يمكن اختزالهما في العوامل البيولوجية أو الثقافية فقط، بل يجب فهمهما ضمن شبكة معقدة من العلاقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وقد ظهر هذا التوجه في ثمانينيات القرن العشرين كردّ فعل نقدي على المقاربات الثقافية التي ركزت على المعتقدات والممارسات المحلية، متجاهلة الشروط البنيوية التي تُنتج المرض وتعيد إنتاجه داخل المجتمعات.

يركز الاتجاه النقدي على تحليل البنية الاجتماعية والاقتصادية بوصفها عاملاً حاسماً في تشكيل الأوضاع الصحية. فالفقر، والبطالة، وسوء السكن، وغياب الأمن الغذائي ليست مجرد ظروف معيشية، بل محددات صحية مباشرة تؤثر في معدلات الإصابة بالأمراض وفي فرص الشفاء. ومن هذا المنظور، تصبح الصحة امتيازاً اجتماعياً أكثر منها حالة فردية، إذ يرتبط التمتع بها بالموقع الطبقي وإمكانية الوصول إلى الموارد.

كما يؤكد هذا الاتجاه أن الأنظمة الصحية ليست محايدة، بل تعكس علاقات القوة السائدة داخل المجتمع. فسياسات الصحة العامة، وتوزيع المستشفيات، وأولويات البحث الطبي، كلها تتأثر بالخيارات السياسية والمصالح الاقتصادية. وغالباً ما تُصاغ هذه السياسات بما يخدم الفئات المهيمنة، في حين تُهمّش احتياجات الفئات الفقيرة أو المناطق الطرفية، مما يساهم في تعميق الفوارق الصحية.

ومن المفاهيم الأساسية التي طوّرها هذا الاتجاه مفهوم العنف البنيوي (Structural Violence) ، الذي يشير إلى أشكال القهر غير المرئية التي تمارسها البنى الاجتماعية والاقتصادية على الأفراد. هذا

العنف لا يُمارس عبر القوة المباشرة، بل يتجسد في سياسات اقتصادية مجحفة، وأنظمة تعليمية وصحية غير عادلة، تؤدي على المدى الطويل إلى إضعاف الأجساد وتعريضها للمرض والموت المبكر، خاصة لدى الفئات المهمشة.

ويرتبط بذلك مفهوم اللامساواة الصحية (**Health Inequality**) ، التي لا تُفهم كفوارق طبيعية أو عَرَضية، بل كنتيجة مباشرة لتوزيع غير عادل للثروة، والمعرفة الطبية، والخدمات الصحية. وتظهر هذه اللامساواة بوضوح بين المناطق الحضرية والريفية، وبين الدول الغنية والفقيرة، وكذلك داخل المجتمع الواحد بين الطبقات الاجتماعية المختلفة.

في الجانب التطبيقي، يهتم الاتجاه النقدي بدراسة انتشار الأمراض المعدية والمزمنة في البيئات الفقيرة والمهمشة، حيث يُعَسَّر المرض بوصفه نتيجة للبوَس الاجتماعي والسياسات النيوليبرالية التي تقلّص دور الدولة في الرعاية الصحية وتحوّل الصحة إلى سلعة. كما ينتقد هذا الاتجاه الاستعمار الطبي وهيمنة الشركات الدوائية العالمية، مبرزاً كيف تؤثر مصالح السوق في تحديد أولويات البحث والعلاج، وفي إقصاء المعارف الطبية المحلية. وبذلك، يسعى الاتجاه النقدي إلى تسييس الصحة، أي إعادة وضعها ضمن سياق الصراع الاجتماعي والعدالة والسلطة.

4. الاتجاه الظواهري والأنثروبولوجيا الجسدية:

ظهر هذا الاتجاه في الأنثروبولوجيا الطبية خلال تسعينيات القرن العشرين، متأثراً بالفلسفة الظاهراتية كما صاغها كل من هوسرل وميرلو-بونتي، وبالإسهامات النظرية لتوماس تشورداس، خاصة مفهوم **التجسيد (Embodiment)** ينطلق هذا التوجه من نقد المقاربات التي تتعامل مع الجسد بوصفه كياناً بيولوجياً أو موضوعاً مادياً منفصلاً عن الوعي، ليؤكد بدلاً من ذلك أن الجسد هو أساس التجربة الإنسانية ووسيطها الأول في إدراك العالم والتفاعل معه.

ينظر الاتجاه الظواهري إلى الجسد باعتباره كياناً معيشياً نختبر من خلاله الألم، والمرض، واللذة، والمعاناة، وليس مجرد حامل للأعراض. فالتجربة المرضية، وفق هذا المنظور، لا تُفهم فقط عبر المؤشرات الطبية، بل من خلال كيفية إحساس الفرد بمرضه، وتمثله له، وتعبيره عنه جسدياً ورمزياً داخل سياقه الثقافي والاجتماعي. وبذلك يصبح الجسد مجالاً تتقاطع فيه الخبرة الذاتية مع المعاني الثقافية.

كما يركز هذا الاتجاه على الجسد بوصفه موقعاً للذاكرة والهوية، حيث تُخزّن التجارب الحياتية، الفردية والجماعية، في الإيماءات، والحركات، وأنماط الإحساس. فالتجارب الاجتماعية والسياسية، مثل العنف، والتهميش، والضغط الاجتماعي، لا تبقى في مستوى الخطاب فقط، بل تُنقش على الجسد في شكل أمراض مزمنة، أو آلام مستمرة، أو اضطرابات نفس-جسدية.

تتجلى أهمية هذا الاتجاه في دراساته التطبيقية، خاصة في تحليل الجسد في سياقات المرض المزمن، أو الصدمات، أو العنف الاجتماعي والسياسي. إذ يسعى الباحث إلى فهم كيف تتجسد آثار القهر الاجتماعي أو التوتر النفسي في الجسد، وكيف يصبح هذا الأخير شاهداً حياً على علاقات السلطة والمعاناة، مما يمنح التحليل الأنثروبولوجي بعداً إنسانياً عميقاً يتجاوز التفسير الطبي الصرف.