

## الميثاق الأخلاقي للعاملين في مجال الإدمان وتعزيز الكفاءة المهنية

هشام عبد الحميد تهامي<sup>١</sup>

### مُلخص

تحاول الورقة الراهنة طرح مجموعة من المبادئ التي يمكن أن تساعد العاملين في مجال الإدمان، على تقييم المواقف الإشكالية، التي يمكن أن تواجههم من الناحية الأخلاقية في مجال الممارسة. وعلى الرغم من أن هذه المبادئ الأخلاقية تنطبق أيضاً على جميع سياقات الخدمات الإكلينيكية والإرشادية الأخرى، فإنّ الورقة الراهنة تحاول التركيز على كيفية تطبيقها في سياق الإدمان، سواء كانت الخدمة المقدمة في شكل إرشاد، أو وقاية، أو علاج، أو تأهيل. وتُختتم الورقة بمثال توضيحي (حالة تطبيقية) يمثل معضلة أخلاقية تحاول الورقة الراهنة، من خلاله، إبراز أكثر المبادئ الأخلاقية انطباقاً على قضايا التعاطي والإدمان.

### مقدمة

يحتاج العاملون في مجال الإدمان إلى اكتساب وتنمية القدرة على التعرف والاستجابة بشكلٍ مناسبٍ للمعضلات الأخلاقية التي نواجهها عند علاج اضطرابات الإدمان. إنها مهمة معقدة، ولا يُمكن أن تكون أمراً مفروغاً منه أو مُسلماً به من قبل العاملين في مجال الإدمان حتّى من ذوي الخبرة. لا شك أن عددَ الحالاتِ الكبير التي تُعالج، والجدول المكتظة، تُوفر فرصاً قليلة للفحص المتعمق للمعضلات الأخلاقية التي غالباً ما تتطلب قرارات فورية. ستحاول الورقة الراهنة طرح مجموعة من المبادئ التي يمكن أن تساعد العاملين في مجال الإدمان على تقييم المواقف الإشكالية من الناحية الأخلاقية. وعلى الرغم من أن هذه المبادئ الأخلاقية تنطبق أيضاً على جميع سياقات الخدمات الإكلينيكية

<sup>١</sup> أستاذ ورئيس قسم علم النفس جامعة بنى سويف

والإرشادية الأخرى، فإن الورقة الراهنة ستحاول التركيز على كيفية تطبيقها في سياق الإدمان، سواء كانت الخدمة المقدمة في شكل إرشاد أو وقاية أو علاج أو تأهيل. وسوف تُختتم الورقة بمثال توضيحي يمثل معضلة أخلاقية وسنحاول من خلاله إبراز أكثر المبادئ الأخلاقية انطباقاً على الموقف.

توجد قواعد أخلاقية عديدة مكتوبة لتوجيه العاملين في السياقات الإكلينيكية والإرشادية المختلفة (هشام عبد الحميد تهامي، ونرمين عبد الوهاب أحمد، ٢٠١٦) (Coale, 1998; Tjeltvelt, 1999). ولا شك أن مثل هذه المواثيق تعطي للمستفيدين من الخدمات، وكذلك الجمهور العام بعض الطمأنينة بشأن الضوابط الأخلاقية للسلوك المهني، كما أنها توفر إطاراً مرجعياً مفيداً للعاملين للتعامل مع المعضلات الأخلاقية اليومية. ورغم ذلك فهناك فارق كبير ومهم بين مجرد الالتزام بقواعد المسلك، وتجسيد المثل العليا الواردة في داخلها. يجب أن تكون هناك مجموعة من المبادئ المشتركة والعامّة المستمدة من هذه المواثيق المختلفة، على أن تكون واسعة بشكل يكفي لأن تأخذ في الاعتبار مجموعة غنية من سياقات الممارسة، ونظريات الإرشاد ومناحي العلاج التي يعمل في إطارها العاملين في مجال الإدمان. ولا شك أن الصيغة الأكثر شمولية لتحديد ما إذا كان سلوك العامل غير مناسب أخلاقياً تتطلب معرفة السياق الذي يحدث فيه؛ فعلى سبيل المثال، بعض السلوكيات قد تكون لها ما يبررها أخلاقياً في ظل مجموعة ما من الظروف، وليس مجموعة أخرى (Tjeltveit, 1999). وبالمثل، قد يستجيب اختصاصيون مختلفون لمعضلة أخلاقية واحدة بطرائق مختلفة للغاية، ولكن لهذه الاستجابات ما يبررها على حد سواء.

وفيما يلي عددٌ من المبادئ التوجيهية الأخلاقية الأساسية الواسعة والمتحررة من السياق بشكلٍ يكفي للعمل كإطار مرجعي مفيد في الممارسة الإكلينيكية اليومية. وتشمل هذه المبادئ التوجيهية الستة الحصول على موافقة مستنيرة، والعمل بطريقة كفؤة وسليمة من الناحية النظرية، وضمان سرية معلومات العميل، والحفاظ على حدود العلاقة المناسبة،

والاستفادة من الاستشارة والتشاور الكافي مع الزملاء والرواد في المجال، واحترام القيم الشخصية والثقافية المتنوعة (Corey, Corey & Callanan, 1998).

### (١) الموافقة المستنيرة:

تمثل الموافقة المستنيرة المسبقة حجر الأساس الرئيسي للممارسة الأخلاقية، لأنها تساعد في ضمان استقلالية العميل في المسائل التي تؤثر في كل من مسار واتجاه العلاج والإرشاد. وللأسف لا يقدّر بعض العاملين أهمية أن القرارات المهمة بشأن قضايا العلاج والإرشاد تمت على أساس الاختيار المستنير والواعي من العميل. ولا يجب أن تكون الموافقة المستنيرة حدثاً لمرة واحدة عند بداية العلاقة الإكلينيكية، وإنما جهداً تعاونياً مستمرًا بين العميل والمعالج لصياغة ومتابعة أهداف واستراتيجيات العلاج والإرشاد والتأهيل، وكذلك أدوار وحقوق ومسئوليات جميع الأطراف (Tjeltveit, 1999).

يحق للعميل معرفة أساليب العلاج التي يوصي عادة بها الأخصائي في مجال الإدمان؛ مثل العلاج الجماعي، والإرشاد الزوجي، والعلاج الأسري، والأدوية، وجماعة الدعم... إلخ. لا يأخذ المعالجون المرشدون في كثير من الأحيان الوقت الكافي لمناقشة- بشكل صريح- الفوائد المتوقعة والمخاطر المحتملة من خدماتهم، فضلاً عن أي مناحي علاج بديلة تكون متاحة للعميل. تتضمن الموافقة المستنيرة أيضاً معلومات بشأن المدة المتوقعة للعلاج ونوعية الظروف التي يمكن أن تؤدي بالمعالج -بشكل سابق لأوانه- لإنهاء الخدمات. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يعرف العملاء سياسة حل النزاعات وكذلك كل الجوانب المالية ذات الصلة عن العلاقة الإكلينيكية، وينبغي أيضاً أن يكون الاختصاصيون متقبلين لمناقشة خلفيتهم وتوجههم النظري (Houston-Vega & Nuehring, 1997). وهذه المعلومات قد يختار المعالج التعبير عنها وتوصيلها من خلال تجميعه من الوسائل اللفظية والكتابية.

إن الموافقة المستنيرة المسبقة من عميل ليست في حد ذاتها معياراً لتحديد ما إذا كان سلوك المعالج أخلاقياً. فمن الممكن تصور أن العملاء قد يكونون على استعداد لإعطاء

موافقتهم على أي عددٍ من السلوكيات غير اللاتقة أخلاقياً؛ بسبب عدم درايتهم التامة بمحددات السلوك المهني الأخلاقي، لذلك فالمُعالج يحتاج لمبادئ أساسية أخرى للاسترشاد بها في عملية صنع القرار الأخلاقي.

### (٢) الكفاءة والنظرية المبرهنة:

تقع على المعالج مسؤولية أخلاقية في الممارسة فقط في نطاق كفاءته المهنية. وتشمل بعض المؤشرات النموذجية للكفاءة كل من التعليم، والخبرة، والتدريب، والشهادات (Pope & Vasquez, 1998). والكفاءة في إحدى المجالات الإكلينيكية لا تُترجم بالضرورة إلى مجال آخر. فالمعالجون ذوو الخبرة الواسعة في علاج الاضطرابات النفسية العامة ليسوا بالضرورة كفوفاً في تلبية الاحتياجات المحددة والنوعية للعملاء المدمنين؛ وبالمثل العاملون في مجال الإدمان -من دون تدريب متقدم- لا يعرفون على نحو كافٍ علامات الاضطرابات النفسية. والإحالة المُتبادلة بين هؤلاء المتخصصين ضرورية في مثل هذه الحالات.

إن أحد مكونات الكفاءة التي تغفل، هي قدرة المعالج على الوصف الدقيق والواضح للأساس النظري لتقديم خدمة إكلينيكية معينة. ولا يبرر تحول حالة المريض للأفضل بالضرورة أفعال وممارسات المعالج إذا كانت تفتقر بالأحرى إلى الدعم النظري الملائم والكافي. من المهم أن يفعل المعالج الشيء الصحيح للسبب الصحيح، وليس فقط للنتيجة الصحيحة. المعالجون الذين يعملون من دون الاستفادة من نظرية واضحة من المرجح أن يعتمدوا كثيراً على مزيج من الحدس والعادة والاتفاق الجماعي والتفضيل الشخصي (Herring, 2001, Tjeltveit, 1999, Corey, Corey & Callanan, 1998). وبحق للعملاء معرفة وكذلك قبول أو رفض العلاج النابع من توجه نظري معين. وفي غياب معلومات فإن العملاء سيفترضون أن أي شكلٍ من أشكال العلاج أو الإرشاد يحصلون عليه هو الخيار الوحيد المُتاح أو المناسب.

### (٣) الخصوصية:

تعد الخصوصية مبدأً أخلاقياً أساسياً آخر؛ وهي تعني ضمناً أن المعالج هو الحارس اليقظ ضد الكشف غير المصرح به عن معلومات العميل. ورُغم أن ضمان السرية هو ضمان أساسي، فإنها ليست ضماناً مطلقاً، وثمة بعض المعضلات الأخلاقية المتضمنة في السرية التي تنشأ عادة في علاج اضطرابات الإدمان.

### واجب التحذير/الحماية:

من المسلم به على نطاق واسع أن المعالجين لديهم التزام عام نحو تحذير أو حماية الناس الذين قد يتسبب لهم العميل في ضرر وشيك. إن الحق في علاج محتفظ بسريته لا بد من موازنته مع ضرورة ضمان سلامة الآخرين. وتعد بداية العلاقة العلاجية والإرشادية هي الوقت الأنسب للعميل، لمعرفة المزيد عن هذه القيود على السرية وحدودها، وكذلك أي ضمانات ضرورية لحماية الآخرين، مثل السياسات المتعلقة بإخطار الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون إذا تم انتهاك القانون بالقيادة تحت تأثير المخدر، أو في حالة سُكر حتى لو تم ذلك من أجل سرعة الحضور لجلسة علاجية أو إرشادية.

ومن المواقف الأخرى التي تنتهك فيها الخصوصية من منطلق التحذير، حالة العملاء الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، ومن ثمَّ قد يعرضون الآخرين الذين يدخلون معهم في علاقات جنسية لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ورُغم أن القانون المصري لم ينص صراحة على وجوب التحذير، وكذلك لم تطبق المحاكم عمومًا قواعد وجوب التحذير في مثل هذه المواقف (Houston-Vega & Nuehring, 1997)، فإن الموازنة بين علاقة المعالج بالعميل وحماية الجماهير المستهدفة للخطر هو وضع معقد للغاية ومشحونة انفعاليًا. يجب أن يخبر المُعالجون العملاء عن سياستهم للتعامل مع القضايا السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، وتثقيف العملاء بشأن المخاطر الصحية لممارسة الجنس في علاقتها بأسلوب التعاطي، والتواصل بشأن أي مخاوف تنشأ

أثناء العلاج، وتقديم مساعدة توصيل المعلومات لشركاء الحياة، والتشاور مع الزملاء حسب الحاجة، وكلما كان ملائماً.

### القصر والأسر:

تلتزم جميع الولايات الأمريكية جميع العاملين في مجال الإدمان بتقديم تقريرٍ بالمواقف التي يكون فيها القصر مستهدفين للضرر، على الرغم من تباينات تشريعات الولايات المختلفة (Corey, Corey & Callanan, 1998). وفي مصر عني الدستور المصري بالطفولة ورعايتها. ولا يعني الاستهداف للخطر اليقين التام من وقوع الخطر، ولكن يتضمن أيضاً أي خطرٍ مُحتمل حدوثه ولو بنسبة ضعيفة. فعلى سبيل المثال، المرأة التي تفقد الوعي بعد التعاطي هي تضع أطفالها في خطر. وتُلتزم القوانين الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية المعالج الذي يقرر ألا يُخبر الهيئة أو الجهة المُقدم لها التقرير بمثل هذا الموقف، بضرورة توثيق الأساس التي أتخذ بناء عليه هذا القرار في التقرير الإكلينيكي. ولا شك أن التشاور مع الزملاء والرواد في مجال علاج الإدمان سيكون له قيمة عالية في مساعدة المعالج على الاحتفاظ بالموضوعية الإكلينيكية المطلوبة.

إن المعالجين الذين يعالجون القصر من اضطرابات تعاطي المخدرات يحتاجون إلى تحديد مدى حق الآباء في معرفة المعلومات التي يُكشَفُ عنها من قبل أبنائهم. يمكن أن يكون القاصر متردداً أو ممتعاً عن التحدث بصراحة إذا كانت حدود السرية ليست واضحة، ويمكن أن يُصاب التحالف العلاجي بالشلل إذا كان المعالج غير واضح فيما يتعلق بحدود السرية، وسينقل في وقت لاحق المعلومات لأولياء الأمور. ويلتزم الميثاق المهني الأمريكي العاملين في مجال الإدمان بالإلمام بالقانون الفيدرالي الخاص بسرية سجلات تعاطي الكحول والمخدرات الخاصة بالعملاء القصر (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 1998)، وكذلك أي قوانين معمول بها في الولاية التي ينتمون لها، ويتبغى أن يسعون إلى استشارة مهنية عندما يوجد أي استفسار.

وهناك سؤال أخلاقي يطرح نفسه عند إرشاد أزواج أو أسر عن كيفية التعامل مع حالة فرد لديه اضطراب التعاطي. فعلى سبيل المثال، ماذا عن الموقف الذي قد ينشأ عند تقديم إرشاد زواجي لزوج، إذا كان الزوج قد صرح خلال جلسة العلاج الفردي بأنه انتكس وعاد للكوكابين، ولكنه غير راغب في التصريح بذلك لزوجته. إن المعالج النفسي الذي يُبقي هذه المعلومة سرية لن ينشئ ويعزز مناخاً من الصدق. ومن ناحية أخرى، الكشف عن معلومات يفترض العميل أنها يجب أن تظل سرية سيضر بثقة العميل، وسيهدد بالإنتهاء السريع للعلاج، كما قد يؤدي إلى احتمالية الهجر بين الزوجين. وهذا يشير مرة أخرى إلى ضرورة الموافقة المستنيرة المسبقة؛ فأياً كان النهج الذي سيتبناه المعالج استجابة لهذه الأنواع من المواقف، هو يحتاج إلى مناقشة مستفيضة لقضية السرية والخصوصية في بداية العلاقة الإكلينيكية، حتى يتسنى لجميع العملاء أن يكونوا على بينة من حدود وعواقب الإفشاء (Corey, Corey & Callanan, 1998; Herring, 2001).

#### (٤) الحفاظ على الحدود المناسبة:

المفهوم الأساسي التالي في العلاج والإرشاد المتبع للقواعد الأخلاقية ينطوي على منطقة معقدة من الحفاظ على الحدود المهنية المناسبة. يعرف معظم المعالجين أن هناك مخاطر أخلاقية لإقامة علاقات خارج الدور العلاجي، مثل تقديم المشورة لصديق أو مزاوله نشاط تجاري أو التفاعلات الاجتماعية غير المهنية مع العملاء. هذه الأنواع من العلاقات المزدوجة يمكن أن تضعف موضوعية المعالج أو تؤدي إلى استغلال غير متعمد للعميل (Pope & Vasquez, 1998). ومع ذلك بعض القضايا الحدودية البسيطة قد تسبب معضلات أخلاقية ليست واضحة ولا يمكن تجنبها بسهولة.

#### الكشف عن ذات المعالج:

من أجل الحفاظ على الوضوح المناسب للأدوار، ينبغي أن يكشف المعالج فقط عن المعلومات الشخصية الخاصة، عندما يكون ذلك مرتبطاً بشكل واضح بالأهداف العلاجية للعميل، رابطاً بعناية هذه المعلومات بحالة العميل، وموجهاً انتباهه للكيفية التي

تؤثر بها مثل هذه المشاركة في المعلومات الشخصية في العلاقة الإكلينيكية (Bloomgarden, 2000). ويمكن أن يساعد التشاور مع الزملاء والمُشرفين في ضمان أن الغرض الحقيقي للكشف عن المعلومات الشخصية هو تلبية للاحتياجات الانفعالية للعميل وليس المعالج. وأحد المبادئ التوجيهية المفيدة التي يمكن أن يعتمد عليها المعالج؛ هي أن إظهار معلومات عن مشكله حياتية شخصية لديه يجب أن يحدث بعد حلها، وليس عندما تكون قضية مستمرة لأن (Hunter & Struve, 1998).

### اللمس:

إذ إن نسبة كبيرة من العملاء الذين يعانون من اضطرابات الإدمان لديهم تاريخ من الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة (Briere, 1992)، فحتى مجرد فعل لمس بسيط يمكن أن ينقل مجموعة متنوعة من الرسائل الغامضة أخلاقياً. إن تاريخ دعم الإدمان يكون مليئاً بالعناقِ المطمئن. من المهم للغاية بالنسبة للمعالج الذي ينخرط في أي شكلٍ من أشكال التواصل الجسدي مع العملاء أن يكون لديهم حس عالٍ جداً بالحدود، ووعي مخضرم بالتضمينات الإكلينيكية لهذا السلوك. قد لا توفر في المراحل الأولى من العلاقة العلاجية أمان عاطفي كافٍ لضمان أن العميل يمكن أن يناقش أي مشاعر غير مريحة متضمنه في لمس المعالج (Hunter & Struve, 1998).

### الجاذبية الجنسية:

المشاركة الجنسية مع عميل تشكل انتهاكاً أخلاقياً شديداً له عواقب انفعالية شديدة. وفي حال وجود مشاعر جنسية عرضية أو وجود انشغال شديد أو تخيلات جنسية متضمنة العميل، يجب أن يقر بها المعالج ويعالجها بشكل مناسب عند ظهورها؛ من أجل الفهم الناجح لها، وإعادة توجيهها. كذلك يستلزم الأمر مناقشتها بشكلٍ صريح خلال التشاور مع الزملاء والرواد في المجال دون كشف هوية العميل ومع الحفاظ على السرية والخصوصية (Pope & Vasquez, 1998).



### حدود الشفاء:

المعالجون الذين تعاملوا بنجاح مع اضطرابات الإدمان في حياتهم الخاصة؛ غالباً ما يستطيعون سرد بعض النماذج لعملائهم، كما يستطيعون إظهار فهم عميق وتعاطف ووضوح. ومع ذلك، فهم أيضاً قد يكونون مكرسين أنفسهم بشكل مفرط للمنحى العلاجي الذين يرونه بشكل شخصي ناجحاً (Johnson, 2000). فعلى سبيل المثال، المعالجون الذين يكونون موجّهين بقوة لمنحى الـ ١٢ خطوة قد يشككون أو يقللون من النماذج العلاجية الأخرى، وهو ما يهدد بوضع العملاء في فلسفة الرعاية القائمة على أسلوب "مقاس واحد يناسب الجميع". المعالج الذي يكون صريحاً وغير متحيز فيما ينقله للمريض عن التوقعات بعد انتهاء العلاج قد يعطي العملاء الأمل ويقلل من الوصمة التي تصاحب حتماً الإدمان. ومع ذلك، يمكن أن يكون الكثير من الكشف والإفشاء عن التوقعات العلاجية مشتتاً لبعض العملاء، بل يمكن أيضاً أن يولد عن غير قصد توقعات غير واقعية أو شعور بالنقص (Bloomgarden, 2000). يجب على المعالج أن يكشف بعناية وحرص فقط المعلومات عن تجربتهم العلاجية في مجال الإدمان، بقدر التفاصيل الضرورية لتلبية الحاجة الإكلينيكية المحددة بوضوح للعميل. والمعالج الذي يعالج العملاء الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات لا ينبغي أن يكون مقاتلاً دون جدوى في المعركة نفسها. بمعنى أن الامتناع المستمر عن سلوك الإدمان هو مسؤولية أخلاقية لا مفر منها لأي فرد يعمل في هذا المجال؛ فلا يجوز للمعالج أن يكون هو نفسه ممارساً لسلوك الإدمان.

عندما يستخدم المعالج مرشدين سبق لهم التعاطي، فإنه يجب أن يعلم أن الذين لم يمر على شفائهم عدة سنوات؛ قد يفقدون بسهولة الموضوعية عند التعامل مع العملاء الذين تعكس صورتهم الإكلينيكية تجربتهم الشخصية الخاصة. والمستويات العالية من التشاور والإشراف هي الأفضل للغاية، والتي يُنصح بها في مثل هذه الظروف. وحيث إنه لا أحد في مأمن من الانتكاس، بغض النظر عن طول الفترة الزمنية في الشفاء، فإن المعالج الذي يعود أو يريد للنمط السابق من سلوك الإدمان، يجب استبعاده من سياق الإرشاد. ومع ذلك يجب

على المعالج أن يدرك أنه لا يجب أن يؤدي ذلك لوقف الخدمة المقدمة للعميل بسبب ذلك الشكل من الخلل لدى المرشد (أو أي سبب آخر)؛ لأن ذلك سيكون من المُرجح مدمرًا بشده لعملية شفاء العميل (Bissell & Royce, 1994). ويجب أن تعطى للعملاء في مثل هذه الحالات الفرصة لمواصلة الإرشاد مع مقدم آخر للخدمة.

#### (٥) الإشراف:

المفهوم الأخلاقي الأساسي التالي هو أن يملك المعالجون عملية منظمة لمناقشة الصياغات والتدخلات، وردود الفعل والصعوبات التي لا مفر منها، مع المشرفين والزملاء والرواد في المجال (Corey, Corey & Callanan, 1998). فعلى سبيل المثال، المعالج الذي يحاول تنفيذ تقنية جديدة يجب أن يستفيد من الإشراف الدقيق حتى يصبح مُلمًا تمامًا بمجموعة المهارات اللازمة لهذا الإجراء.

ثمة اقتراح بالبحث عن مصادر إضافية للتشاور في الحالة، ومن ذلك مثلًا إنشاء واستخدام شبكات الهاتف والبريد الإلكتروني غير الرسمية، التي يمكن أن تُنشأ بسهولة إلى حدٍّ ما مع الزملاء التواصل والتشاور مع مراعاة خصوصية وسرية الحالة. وعندما يكون التشاور غير متاح لمناقشة معضلة إكلينيكية أو أخلاقية، يجب أن يوثق المعالج في الملف الإكلينيكي ملخصًا للقضايا ذات الصلة وكذلك أي إجراء اتخذ ردًا عليها.

#### (٦) احترام القيم المتنوعة والمختلفة:

جميع المبادئ الأخلاقية السابقة تتطوي على بعض الإجراءات المحددة التي يجب على المعالج اتخاذها. ولكن في هذا المبدأ يذهب البعد الأخلاقي للإرشاد والعلاج لتجاوز مجرد الالتزام بالقائمة الإجرائية. يجب أن يُظهر المعالج الأخلاقي باستمرار احترامًا للعميل كشخص من خلال احترام الاختلاف في القيم والتوجهات الشخصية، وتقدير الدرجة التي تؤثر بها قيمه في عملية الإرشاد والعلاج برمتها. وحيث إن المعالج بصدد مساعدة العملاء على تغيير بعض جوانب حياتهم، فإن التحدي الأخلاقي الكبير هو توجيه عملية واتجاه هذا التغيير على نحو فعّال دون تقييد استقلالية العميل. هذه القدرة على احترام الاختلاف هي

مهارة لا يمكن أن تُدرس بقدر ما تُتَمَى وترتقى. إذ إن منظور ورؤية كل شخص للعالم يعكس مزيجاً فريداً من وجهات النظر الشخصية والثقافية المتنوعة، فلا مناص من أن المعالجين سيتبنون رؤى وآراء في بعض الأحيان تختلف كثيراً عن عملائهم. ولا يوجد ما يبرر أخلاقياً افتراض أن الأسلوب الذي يرى به العالج العالم أو الحياة هي الطريقة الوحيدة التي يرى بها كل فرد آخر الحياة، أو أنه الأسلوب الصحيح، أو أنه السبيل الوحيد. ومع ذلك، فإن بعض المعالجين يتصرفون كما لو كان الوسيلة لتجنب فرض قيمهم الشخصية هي ببساطة ألا يتحدثون عنها. لكن التحيزات لا تفقد تأثيرها لمجرد أنها لم تُناقش؛ بل في الواقع إنها غالباً ما تصبح بذلك أقل قابلية للتغيير. وغالباً ما يكون أكثر إفادة أخلاقياً للمعالج هو الدعوة للنقاش حول قيمة الشخصية بينما ينقل القدرة على احترام العديد من الآراء البديلة والعمل معها. لا يحتاج المعالج إلى أن يكون محايداً فيما يتعلق بقيمه لكي يكون حكماً (Coale, 1998; Tjeltveit, 1999). عندما يتبنى العميل والمعالج توجهات قيمية متعارضة بشكل جوهري، فإن المعالج يجب؛ إما أن يشير إلى الوضع أو يجاهد ويكافح لمساعدة العميل على تحقيق أهداف العلاج في إطار النظام القيمي للعميل بدلاً من محاولة تغيير تلك القيم. إذا وجد المعالج أنه من الضروري محاولة تعديل قيم العميل، فإن ذلك يجب أن يحدث دون تجاوز المدى الضروري للعلاج، ويجب أن يراعى المعالج نوعاً من البيئة العلاجية تسمح للعميل بالاستفادة من تجربة الإرشاد والعلاج إلى أقصى درجة ممكنة.

### أسلوب اتخاذ القرارات الأخلاقية:

الخطوات الأساسية التالية تجسد منحى اتخاذ القرارات الأخلاقية:

١. تحديد الأفراد والجماعات التي يحتمل أن تتأثر بالقرار.
٢. تحديد القضايا والممارسات ذات الصلة بالجوانب الأخلاقية، بما في ذلك المصالح والحقوق، وأي خصائص ذات صلة بالأفراد والجماعات المتضمنين، وبالنظام أو الظروف التي نشأت فيها المشكلة الأخلاقية.

٣. الأخذ في الاعتبار كيف تؤثر التحيزات الشخصية أو التأثيرات أو الضغوط أو المصلحة الذاتية في تطوير أو الاختيار بين مسارات العمل.
٤. تحليل المخاطر والفوائد المحتملة قصيرة المدى والمستمرة وطويلة المدى لكل مسار للعمل على الفرد أو المجموعة المتضمنة أو التي يُحتمل أن تتأثر (على سبيل المثال، العميل، عائلة العميل أو الموظفين أو المؤسسة المستخدمة أو الطلاب أو المشاركين في البحث أو الزملاء أو المهنة أو المجتمع أو الذات).
٥. اختيار مسار العمل بعد التطبيق الضميري للقيم والمبادئ والمعايير الموجودة.
٦. بدء العمل، مع الالتزام بتحمل المسؤولية عن عواقب هذا العمل.
٧. تقييم نتائج مسار العمل.
٨. افتراض المسؤولية عن عواقب العمل، بما في ذلك تصحيح العواقب السلبية، إن وجدت، أو إعادة الانخراط في عملية صنع القرار إذا لم يتم حل المشكلة الأخلاقية.
٩. الإجراء المناسب، حسب الضرورة ومتى كان ممكناً، لمنع التكرار في المستقبل لهذه المعضلة (على سبيل المثال؛ التواصل، وحل مشكلة مع الزملاء، والتعديل في الإجراءات والممارسات).

#### مثال توضيحي:

نفترض أن أحدنا قد دعت الحاجة إلى أن يصبح موجهاً لأحد المعالجين يُسمى المعالج (أ). وقد أتى هذا الممارس ببعض القلق بشأن عميلة له تُسمى (زد)؛ وهي امرأة عمرها ثلاثين عاماً؛ واعترفت للمعالج أنها قادت سيارتها ومعها طفليها الصغيرين بينما كانت مخمورة، وذلك في عدة مناسبات. ويعتقد المعالج أنه يستطيع مساعدتها من خلال توفير السكن ورعاية الأطفال في منزل خالته؛ وقد أوحى لها بالفعل أن العمل الاجتماعي هو جزء من دور معتاد له كعضو في أحد جمعيات مساندة المدمنين.

### الاعتبارات الأخلاقية:

يجب أن يكون واضحاً من البداية أن هذا الوضع يسلب الضوء على عددٍ من الجوانب الأخلاقية. في المقام الأول، لا بُد أن تدرك أنك قد أصبحت في موضع يقوم على الثقة من المعالج (أ)؛ الذي يريد بوضوح نصيحتك. لقد اقترح، في استجابته لموقف (زد)، احتمالية تضمين شخص من العامة؛ خالته، وذلك إيماناً منه بأهمية حياة اثنين من الأطفال الصغار.

القضايا المتضمنة هنا تشمل سلامة الأم (زد) وأطفالها، ومهارات التكيف والرعاية الخاصة بالخاله، وتُمرس ومهنية المعالج (أ). الوضع الخاص بك الآن بعد لجوئه إليك لم يعد مهمة سهلة. فأنت أصبحت مشرفاً على الممارس (أ)، وقرارك ليس له فقط تضمينات وآثار على كل المتضمنين في هذا الموقف، ولكن على نفسك وعلى المهنة أيضاً. لذا علاقتك بالممارس (أ) هي أكثر من شخصية؛ بل إنها مهنية أيضاً.

لا شك أن خالة المعالج (ا) لا تمتلك كل المهارات اللازمة للتعامل مع امرأة لديها بشكل واضح مشكلة مرتبطة بالكحول، وربما ليس لديها المال الكافي لتوفير الدعم الكافي للأم وأطفالها. إن المعالج (أ) أيضاً ليس لديه كل المهارات الضرورية للتعامل مع هذه المرأة؛ فهو يضع في حساباته مشاركة أحد أفراد عائلته، ويعد ذلك استجابة ملائمة للتعامل مع الحالة، ولكن مثل هذا الالتزام يأخذ القضية بعيداً عن الأسلوب الأكثر مهنية وطويل المدى، نحو ما قد يكون استجابة صعبة وفاشلة لأنها في أحسن الأحوال قد تعمل فقط على المدى القصير. لأن الخالة غير مُدربة لتقديم المساعدة الكاملة لشخص في حالة (زد)، ولأن ذلك قد يبقى الأطفال معرضين للخطر، فإنه ينبغي أن يكون واضحاً أن فكرة المعالج (أ) ليست مدعمة. ومع ذلك، ومن أجل توضيح هذه الأفكار الأولية، يمكن استخدام الميثاق الأخلاقي كمرشد. هناك عدد من المبادئ التي يمكن أن تكون مُضمنة في هذه الحالة،

ولغرض الإيجاز، أشد المبادئ وضوحًا معروضة فيما يلي في ترتيب تقريبي من حيث الأهمية:

### (١) فعل الخير، وتجنب الأذى:

يبدو أن تصرفات المعالج (أ) وربما الخالة تهدف إلى تحقيق هذا المبدأ، ولكن قد لا تكون ناجحة تمامًا، بسبب النقص أو عدم المعرفة لدى الخالة بشأن كيفية الاستجابة بشكل صحيح إلى الأزمة الكبيرة الناجمة عن تعاطي الكحول. من الممكن أن يُقال إن الأطفال قد يكونوا أكثر أمانًا مع الخالة، وليس في سيارة مع الأم، ولكن هذا لن يبقى سوى حل قصير المدى، ولا يضمن أنهم سيقون آمنين في المستقبل. وينبغي أن نتذكر -كما يرد في أي ميثاق أخلاقي- أنه "في أي عمل يتضمن الأطفال، فإن رعايتهم ورفاهيتهم أمر بالغ الأهمية".

### (٢) السرية والخصوصية:

عندما تتحول الحالة (زد) وأطفالها للإقامة مع الخالة، سيكون هناك اتساع كبير في دائرة السرية. إن الخالة ستشارك وستكون بشكل كبير مُتضمنة من البداية، وهي ليست ملزمة بالجوانب القانونية والأخلاقية بالطريقة نفسها التي يكون المعالج (أ) مُلزمًا بها، أو أي من أولئك الممارسين الذين قد يلجأ إليهم المعالج (أ) للاستشارة أو الإحالة مثلًا. خصوصية السيدة (زد) وبالتأكيد خصوصية الأطفال يجب احترامها حتى لو كانت هناك مخاوف حالية تتعلق بالسلامة. وكما ذكر في الميثاق الأخلاقي: "يجب أن يعمل الممارسون على الحفاظ على الخصوصية كلما كان ذلك ممكنًا، ولكنهم أيضًا موجهين بالقدر نفسه بضرورة هامة للحفاظ على سلامة العميل، أو سلامة أولئك الذين يرتبطون بالعمل".

### (٣) التمرس والمهارة:

بالقطع ليس في مصلحة (زد) أو أطفالها أن يكون الشخص الرئيس الذي يقدم مساعدة في هذا الوقت هو قريب للمارس (وهذا الشخص من العامة، وليس متخصصًا).

والخالة لا تملك المهارة أو الخبرة اللازمة للتعامل والتوافق مع ما يمكن أن يكون موقفاً صدامياً جداً. هي يمكن أن يكون لديها كم كبير من المهارات الأخرى في التعامل مع أولئك المحتاجين، وهي مهارات نبيلة وتستحق التقدير، ولكن من المحتمل جداً أن يكون الموقف الراهن خارج حدودها وأبعد من قدرتها. وكما ينص الميثاق الأخلاقي: "يجب أن يسعى الممارسون في جميع الأوقات إلى تحقيق الشفاء من خلال الممارسات المهنية المتقنة".

#### (٤) المسلك المهني:

يبدو أن المعالج (أ) لا يقبل المسؤولية الكاملة عن تصرفاته، ولا هو يستفيد من جميع الخدمات المهنية الممكنة التي قد تكون متاحة للمساعدة في حالة (زد) وأطفالها. ثقة الجمهور يمكن أن تهتز بشدة إذا علم على نطاق واسع أن ممارس محترف قد "مرر" الرعاية المباشرة لعمليته وأطفالها الصغار لامرأة لم تكن قادرة على الاستجابة بفعالية لحالة (زد) أو لاحتياجاتها.

إذا ذهبت في النهاية (زد) -رغم وجودها مع الخالة -إلى إيذاء أبنائها، كما يمكن أن يحدث إذا حدث لها حادث أثناء قيادة سيارتها والأطفال على متن السيارة، حينئذ فإن الغضب العام سيكون كبيراً جداً. ومن ثمّ لن يضر المعالج (أ) فقط سمعته، ولكن مهنته كذلك. وهذا ما تؤكدُه العبارة التالية من الميثاق الأخلاقي: "يجب أن يحافظ الممارس في جميع الأوقات على معايير المسلك الشخصي الذي ينعكس بشكل جيد على المهنة ويعزز ثقة الجمهور العام".

تعليق ختامي على المثال السابق: كل المناقشة السابقة تشير إلى استنتاج أخلاقي واحد. نوايا المعالج (أ) لا يمكن أن تكون معتمدة من الناحية الأخلاقية، والمزيد من البدائل المناسبة لا بُد من النظر فيها وتنفيذها. وأنت كمشرف على المعالج (أ) لن يكون لديك خيار سوى أن توصي بشدة المعالج (أ)، على أن يتوقف عن المسار الذي اختاره للعمل. ولذلك، عليك أيضاً أن تكون ملتزماً أخلاقياً بمساعدة (أ) على إيجاد استجابة أكثر ملائمة -أي مهنية -لاحتياجات (زد) وأطفالها.

### خاتمة:

حاولنا في الفقرات السابقة تقديم بعض المبادئ التوجيهية للعاملين في مجال الإدمان، ولكن لا يمكن اعتبار هذه المبادئ التوجيهية مراجعة شاملة لكل القضايا الأخلاقية المتعلقة بالعمل العلاجي والإرشادي في مجال الإدمان، ولا يمكنها أن تكون بديلاً لمعرفة وإلمام المعالج بالميثاق المهني للمسلك (راجع في ذلك هشام عبد الحميد تهامي، ونرمين عبد الوهاب أحمد صالح، ٢٠١٥). تتطلب العديد من المواقف الإكلينيكية فحصاً أكثر تفصيلاً لقضايا أخلاقية متضمنة أو الامتثال لإجراءات مقننة محددة، مثل المبادئ التوجيهية للأبحاث التي تجرى على البشر. وعلى الرغم من أن العاملين في مجال الإدمان يعملون تقريباً في إطار الضوابط الأخلاقية، إلا أنه يمكن لهذه المبادئ أن تخدم أو تكون بمثابة تذكرة مفيدة لبعض النقاط الهامة التي يجب مراعاتها عند تقييم الموقف الأخلاقي الصحيح، الذي يجب اتخاذه عند التعامل مع العديد من التعقيدات في العلاج والإرشاد في مجال الإدمان.

### قائمة المراجع

هشام عبد الحميد تهامي ونرمين عبد الوهاب أحمد صالح (٢٠١٥). الميثاق الأخلاقي لممارسة مهنة المعالج النفسي "إطلالة على ميثاق شرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس". الناشر: مركز البحوث النفسية - كلية الآداب - جامعة القاهرة.

Bissell, L. & Royce, J. (1994). **Ethics for Addiction Professionals**. Center City, MN: Hazelden.

Bloom garden, A. (2000). Self-disclosure: is it worth the risk? **The Renfrew Center Foundation Perspective**, 5 (2), 8-9.

Briere J. (1992). **Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects**. Newbury Park, CA: Sage

Coale, H. (1998). **The Vulnerable Therapist: Practicing Psychotherapy in an Age of Anxiety**. New York: Haworth.



- Corey, G., Corey, M. & Callanan, P. (1998). **Issues and Ethics in the Helping Professions**. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Herring, B. (2001). Ethical guidelines in the treatment of compulsive sexual behavior. **Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention**, 8, 13 - 22.
- Houston-Vega, M. & Nuehring, E. (1997). **Prudent Practice: A Guide for Managing Malpractice Risk**. Washington, DC: National Association of Social Workers Press.
- Hunter, M. & Struve, J. (1998). **The Ethical Use of Touch in Psychotherapy**. New York: Sage.
- Johnson, C. (2000). Been there, done that: the use of clinicians with personal recovery in the treatment of eating disorders. **The Renfrew Center Foundation Perspective**, 5 (2), 1-4.
- Pope, K. & Vasquez, M. (1998). **Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tjeltvelt, A. (1999). **Ethics and Values In Psychotherapy**. NY: Routledge.