

جامعة البليدة _2_ لونيبي علي
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية لمجموعة محاضرات

اخلاقيات المهنة

موجهة لطلبة ماستر : السنة الاولى
علم النفس العيادي

اعداد: د. يعيش مهدي

السنة الدراسية : 2021/2020

البرنامج

تعريف أخلاقيات المهنة

أهمية أخلاقيات المهنة في علم النفس

مبادئ ومعايير أخلاقيات المهنة في علم النفس

مصادر أخلاق المهنة

ميثاق أخلاقيات المهنة في علم النفس

قضايا ومشكلات تواجه الأخصائي النفسي والحلول من منظور أخلاقيات المهنة

مفهوم أخلاقيات المهنة

تسير مهنة الأخصائي عدة مبادئ في الميدان يتماشى معها القانون وهي كذلك قوانين ومبادئ تسير مهنة الأخصائي

اهم مبادئ اخلاقيات المهنة

1 التقبل وموافقة المريض: لانستطيع بدا العلاج دون ان يكون عنده دافعية للتغيير.

2 الخبرة المهنية: يكتسبها المعالج بحيث لا بد له أولا:

*تكوين نظري ونوعية التكوين (علاج سلوكي معرفي ;علاج عائلي)
*المعاينة والخبرة والتقنيات: فلا بد أن يستعمل المعالج طرق وتقنيات معروفة ومعترف بها دوليا وكأخصائيين لا يمكن تطبيق ما يحلو لنا ونحن مسئولين عن كل هذا

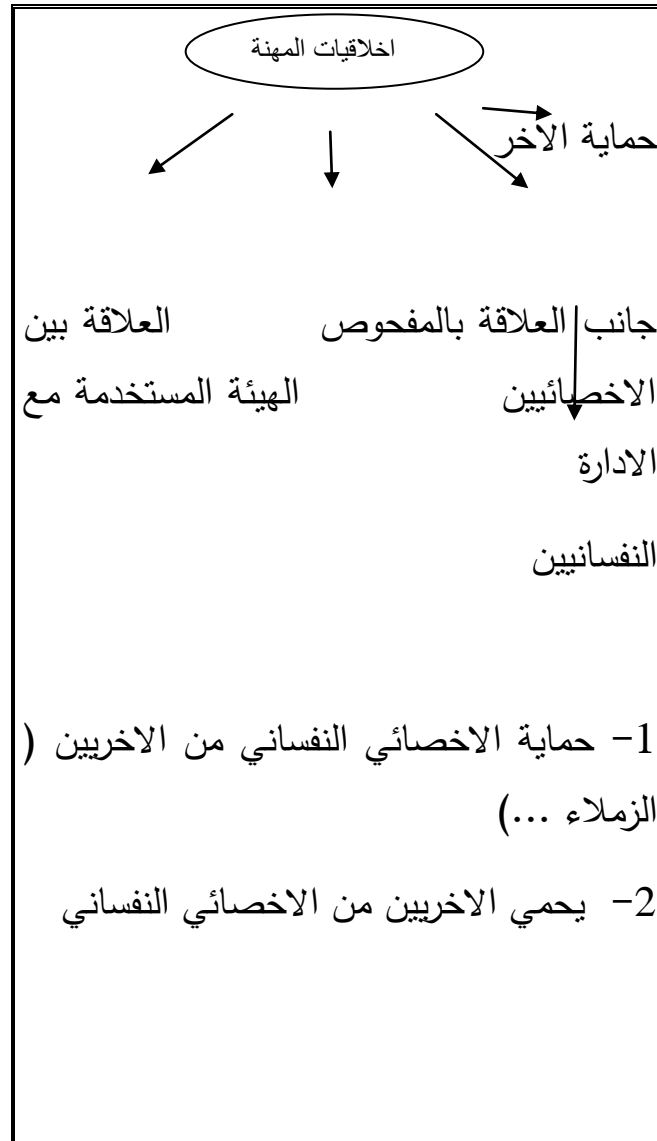
*الاعتماد على نظريات معترف بها دوليا ؛منشورات أثبتت فعالية هذه النظرية

اخلاقيات المهنة

تحدد دور الأخصائي وما ينتظر منه وبذلك يوجد :

. القانون الاساسي للاخصائي حسب وزارة الشباب و الرياضة وهو قانون فيه مواد

تنظم الممارسة وكل ما يتعلق بها



الاطار النظري الذي يعمل به له الحق اخياره ولا توجد سلطة تفرضه عليه

الحماية من الزملاء : التدخل مثلا في العلاج

الحماية من المفحوص : مثلا مريض عقلي تعرض لاعتداء من طرفه

*المعاينة والخبرة والتقنيات فلا بد أن يستعمل المعالج طرق وتقنيات معروفة ومعتزف

بها دوليا وكأخصائيين لا يمكن تطبيق ما يحلو لنا ونحن مسئولين

*الاعتماد على نظريات معترف بها دوليا ؛منشورات أثبتت فعالية هذه النظرية
*المعاينة والخبرة والتقنيات:فلا بد أن يستعمل المعالج طرق وتقنيات معروفة ومعترف
بها دوليا وكأ خصائيين لا يمكن تطبيق ما يحلو لنا ونحن مسئولين(الحجامة ليست
تقنية علاجية نفسية ;الوخز بالإبر....)

*الاعتماد على نظريات معترف بها دوليا ؛منشورات أثبتت فعالية هذه النظرية

أهم المبادئ التي تركز عليها أخلاقيات المهنة:

أهم مبدأ أخلاقي وهو أساسي يتمثل في:

*إن الأخصائي النفسي لا يقوم بتقديم المساعدة مهما كانت بدون طلب الفحوص
وموافقة * هذا المبدأ وهو "موافقة المفحوص" هو أهم مبدأ تتدرج ضمنها كل المبادئ
الأخرى *الأخصائي النفسي لا يعمل ولا يقدم خدمات نفسية إلا في إطار رغبة
وموافقة المريض .ففي العلاجات مثلا في حالة المدمنين على المخدرات.الدين لا تكون
لديهم الرغبة أي لا يكون عندهم طلب .عمل الأخصائي هنا لا يستطيع تقديم
خدماته حتى وان قدمها لا تؤدي إلى أي نتيجة"لا يمكن العمل بدون رغبة المريض.

لهذا الموجة الثالثة تقوم على "التقبل والالتزام"اذا لم يرغب في التغيير فلن أصل إلى أية
نتيجة . *مثلا في علاجات المعرفية "علاج اليس و علاج بيك"صعب جدا تطبيقه
على بعض الحالات مثل الحالات البينية لأنه لديهم ضعف كبير في الجانب المعرفي
"محدودية"فهو لا يتقبل مناقشة أفكاره "تغيير الأفكار . بيك و اليس عملوا على تغيير
الأفكار (الموجة الثانية)"

*أبدأ العلاج عندما يتقبل الشخص إن عنده مشكل ويلتزم بالعلاج وعنده الرغبة

-العمل مع المفحوص لا يكون إلا إذا كان يريد التغيير وهو مبدأ أساسي

2/ إحترام الشخص وحترام خصوصياته

3/أمارس مهنتي بكل وعي وشرف= الوعي فيه مبادئ والشرف فيه مبادئ الضمير لا أستغل علاقتي مع المفحوص لأغراض خاصة زواج ،مال=

.ممكن الإخصائي يأتيه مفحوص ممكن يغريه بالمال إذا كان غني ،هنا لا يجب تجاوز العلاقة المهنية .-كيف يتعامل الإخصائي النفسي مع هذه المواقف؟ مثلا=

.الهداية أول مرة أقبلها لكن أفهم المفحوص مرة أخرى ولا تأخذ الأشياء عندما تكون ذات قيمة كبيرة مثل خاتم ألماس زواج

المقابلة التحفيزية لا تغير الأفكار وإنما تعمل على تحفيز الشخص جاز من نظرية تحقيق الذات ، الشخص إذا لم يرغب في العلاج يجب أن أعمل على تطوير هذه الرغبة

-هي عندها مراحل وتقنيات خاصة بها.تطبيق مع المفحوص قبل بدأ العلاج ، أي تقبل وإدراك المشاكل ليحدث التغير الدافعية الداخلية والخارجية motivation

-الداخلية من داخل الشخص ، الخارجية مثلا الرغبة في التغير لأن روحية طيبة منه ذلك مثلا

-لكن الهدايا الرمزية أقبلها في المرة الأولى ثم أفهم المفحوص أنني هنا لمساعدته

-لايكن إستغلال للمفحوص

-أعمل بكل مهنية وشرف ووعي

-لا أستغل المفحوص أبدا ولا أتجاوز علاقتي المهنية به "مثل الزواج" ، هي علاقة علاجية مهنية فقط، هو يقوم لمساعدة والآخر يطلبها ، إذا دخلنا في علاقة يومية يحدث إصطدام ، الإخصائي يفهم المفحوص يجب عليه العمل على الذات لكي لا يتم تجاوز العلاقات المهنية إلى علاقة شخصية

الإحصائي لابد أن تكون عنده قدة كبيرة على الإصغاء [سماع الكلام....] ،فيه
مفحوصه تتكلم كثيرا تقدم تفاصيل دقيقة لأوقفها عن الكلام يجب أن يكون عندي
صبر كبير مثل الشخصيات الوسواسية تدقق في التفاصيل

قد تتجاوز أحيانا مدة المقابلة 45 دقيقة

-بنسب للوعي الوعي والمسؤولية ويقدم للمفحوص أحدث التقنيات العلاجية الأكثر
فعالية ،بأي الوعي يمدي مسؤوليتي أن أقوم بعلمي بكل جدارة من حيث الخبرة والتكوين
للمستمر

من بين أخلاقيات المهنة أن يكون الأخصائي عنده تجديد للمعلومات ،ودراية وعلم بكل
ماهو جديد ومستحدث في مجال عمله ،يسعى دائما نحوى التكوين ليكون في مستو
التطلعات قراءة الكتب ،التدرب الجيد على تقنيات ،يبحث فيكل ماهو جديد في
العلاجات

دائما تكون فيه مدة 15د او 30د"بين كل مقابلة-

فيه تقنيات حديثة متطورة وهي علمية .دراسات اثبتت فعاليتها.-

يتعلم من ممارسته.تجاوز الصعوبات تبادل وجهات النظر والنظري والتطبيقي مهم جدا.
التكوين مهم جدا حتى في المقاييس المستعملة للتشخيص لان تكوينه ينعكس على
مردوده.

من غير التكوين الذاتي لانستطيع ان نتطور .انا ابحت عن المعلومة ابحت التكوين
الذاتي .

اهم مبدا من مبادئ اخلاقيات المهنة هو

-تكوين الاخصائي النفساني: تكوينه هو المسؤول الأول والأخير عليه.

لابد من قانون ينظم عملنا في الميدان

قوانين للعمل "المسؤولية الموضوعية المصدقية" كل المهن تشترك فيها الأخلاق
والمعايير

خصوصية المهنة والأخصائي

اتعامل مع انسان وخصوصية ذلك الانسان (كيف اتعامل معها) *

العلاقة الجيدة والثقة اساس نجاح العلاج *

خصوصية المهنة وخصوصية الفرد والحياة الخاصة به *

نتكلم على المسؤولية الملقاة على عاتقنا *

لا اصدار اي احكام *

احترم خصوصية المفحوص ولا اتكلم عنها مع الاخصائيين *

التقبل والالتزام لأحداث التغيير في السلوك *

التكوين في التقنيات العلاجية على الأقل 6 اشهر *

العلاجات النفسية (نظري وتطبيقي) على الأقل 3 سنوات *

هيئة تشرف على متابعة قانون أخلاقيات المهنة *

لابد ان تشمل كل الأخصائيين سواء في العيادات الخاصة والمستشفيات *

اهم المبادئ التي تركز عليها اخلاقيات المهنة:

1الاخصائي النفسي لايقوم بتقديم المساعد مهما كانت بدون طلب المفحوص والموافقته

فهو لايعمل ولايقدم خدمات نفسية الا في اطار رغبة وموافقة المفحوص فالعلاج يبدا عندما يتقبل المفحوص مشكلته ويلتزم بالعلاج لتغييرها فالرغبة في التغيير مبدا اساسي لنجاح اي علاج

2احترام الفرد واحترام خصوصيته

3امارس مهنتي بكل وعي وشرف

*اعمل بكل مهنة ووعي وشرف فلا استغل المفحوص ولا اتجاوز علاقتي المهنية به الى علاقات شخصية واتجنب الاغراء المفحوص

*الوعي والمسؤولية اي ان اقوم بعلمي بكل جدارة واقدم احدث التقنيات العلاجية الاكثر فعالية للمفحوص وان لا اجازف بتطبيق اي تقنية حتى اتمكن من التحكم فيها والوعي كذلك بمدى مسؤوليتي لاداء عملي باتقان من حيث الخبرة والتكوين المستمر

4ان يكون الاخصائي عنده دراية وعلم بكل ماهو جديد ومستحدث في مجال عمله:عنده تحديد للمعلومات يسعى دائما نحو التكوين المستمر ليكون في مستوى التطلعات ،وذلك بقراءة الكتب ،التدريب الجيد على التقنيات ، حضور دورات تكوينية ،ملتقيات، مؤتمرات.....

*التشخيص مهم جدا في عمل الإختصاصي النفسي حتى يتمكن من مساعدة المفحوص لذلك لا بد من التكوين الجيد "تكوين نظري وتطبيقي " للتحكم في المقابلات ووضع الفرضيات التشخيصية وبناء البرامج العلاجية المناسبة

ذلك يكون بلقاءات مع ذوى الخبرة وطرح مختلف القضايا للنقاش قضية التشخيص ،
قضية العلاج وتبادل وجهات النظر ، لأنه بذلك يعرف أخطاء ه ويدعم
خبرته في الميدان

-التكوين الذاتي

فالأخصائي النفسي هو المسؤول الأول والأخير على تكوينه ، وذلك بالبحث عن
المعلومات .بالقراءة .بالتدريب على أحدث التقنيات المستعملة في العلاج النفسي
.....

-التكوين مهم جدا حتى في المقاييس المستعملة في التشخيص فتكوينه المستمر
ينعكس على مردوده

العلاقة بين الإخصائيين النفسيين

-كيف تنظم أخلاقيات المهنة العلاقة مع الزملاء؟

-الإحرام المتبادل بين فريق الصحة النفسية وتنظيم علاقة الإخصائي النفسي مع
مجالات وميادين أخرى كالطبيب السكرتير ، المساعد الاجتماعي.....

-هذا الإحترام المتبادل يكون

-لا أتكلم بسوء على زميل وأعامل زملائي كما أحب أن يعاملوني

-عدم التدخل في عمل زملائي

-لا يجب نقد الزميل لا هو كشخص ولا في عمله أو الإطار النظري الذي يتبناه {النقد
البناء في إطار مقنن وفي إطار الاجتماعات الدورية من المستحسنين أن يكون النقد
في إطار هذه اللقاءات.

عدم إغراء وجلب مفحوصين الزملاء

-يجب أن يكون هناك تعاون بين الأخصائيين النفسيين

ملخص :

تعتبر مهنة الأخصائي النفسي من المهن التي تنتقد بمبادئ عامة ,نظرا للخصوصية
أنها تتعامل مع الحياة الخاصة للفرد وبالتالي لابد على الممارس الإمام بهذه المبادئ
حتى يجنب الممارس اللاأخلاقية

أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي

1. مبادئ عامة للالتزام المهني

- 1.1- الأخصائي النفسي يكون مظهره ملتزما بحميد السلوك والآداب
- 2.1 - يلتزم الأخصائي النفسي بصالح العميل ورفاهيته ويتحاشى كل ما يسبب بصورة مباشرة أو غير مباشر في الإضرار به
- 3.1 - يسعى الأخصائي النفسي إلى إفادة المجتمع ومراعاة الصالح العام والشرائع السماوية والدستورية والقانون .
- 4.1- على الأخصائي النفسي أن يكون متحررا من كل أشكال وأنواع التعصب الديني أو الطائفي وأشكال التعصب الأخرى سواء الجنس السن أو العرق .
- 5.1- يحترم الأخصائي النفسي في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه .
- 6.1- يقيم الأخصائي النفسي علاقة موضوعية متوازنة مع العميل أساسها الصدق عدم الخداع ولا يسعى للكسب أو الاستفادة من العميل بصورة مادية أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه ,على أن يكون هذا الأجر معقول ومتفقا مع القانون والأعراف السائدة متجنباً شبهة الابتزاز أو الاستغلال .

7.1- لا يقيم الأخصائي النفسي علاقات شخصية مع العميل يشوبها الاستغلال الجنسي أو المادي أو النفعي والأناني .

8.1- على الأخصائي النفسي مصارحة العميل بحدود وإمكانيات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع

9.1- لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية أو طرقاً أو أساليب مهنية لاتجيدها أو لا يطمئن لصلاحيتها للاستخدام .

10.1 - لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعدا استئذان العميل وبموافقته

11.1 الأخصائي النفسي مؤتمن على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية وهو مسؤول على تأمينها ضد إطلاع الغير فيها عدا ما يقتضيه الموقف ولصالح العميل كما هو الحال في إرشاد الآباء وعلاج الأطفال ومناقشة الحالات مع الفريق الإكلينيكي أو رؤسائه المتخصصين .

12.1 عند قيام الأخصائي النفسي بتكليف أحد مساعديه أو مرؤوسيه بالتعامل مع العميل نيابة عنه 'يتحمل هذا الأخصائي المسؤولية كاملة عن عمل هؤلاء المساعدين

13.1 يوثق الأخصائي النفسي عمله المهني بأقصى قدر من الدقة وبشكل يكلف لأي أخصائي آخر استكمالها في حالة العجز عن الاستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب .

14.1 لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها الأخصائي النفسي أو يبحثها أو يعالجها أو يوجهها مقرونة بما يمكن الآخرين من كشف أصحابها (كأسمائهم وأوصافهم) منعا للتسبب في أي حرج لهم أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم

15.1 عندما يعجز العميل عن الوفاء بالتزاماته فعلي الأخصائي النفسي إتباع الطرق الإنسانية في المطالبة بهذا الأجر وتوجيه العميل إلى جهات قد تقدم الخدمة بأجور منخفضة .

16.1 يقوم الأخصائي النفسي بعمليات التقويم أو التشخيص أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها كالمقابيس والمقابلات على أن يقدم هذه التقارير إلا الجهات المعنية بالعلاج وعدا ذلك لابد أن يكون يأمر قضائي صريح .

17.1 يسعى الأخصائي النفسي لأن تكون تصرفاته وأقواله في اتجاه ما يرفع من قيمة المهنة النفسية في نظر الآخرين ويكسبها احترام المجتمع وتقديره وينأى بها عن الإبتدال والتجريح .

2-القياس النفسي

2-1 / يقتصر تعديد وتأليف الاختبارات النفسية أو استخدامها على الأخصائي النفسي فقط وعلى الأخصائي أن يسعى لحظر تداولها أو بيعها لغير الأخصائيين أو لغير الجهات المعنية باستخدامها بواسطة أخصائيين نفسانيين مؤهلين .

2.2 / لا ينشر الأخصائي النفسي المؤهل مقياسا بغرض استخدام الآخرين له إلا إذا كان مصحوبا بكراسة التعليمات التي تتضمن الدراسات والبحوث التي أجريت عليها أولا ونتائج هذه الاختبارات , كذلك ينص عل المواقف والأشخاص الذين لا يصلح لهم تطبيق هذا الاختبار يلتزم الأخصائي بعدم إسناد أي أوصاف مبالغ فيها إلى المقياس بهدف زيادة توسيعه .

3.2/ في حالة الضرورة القصوى يمكن نشر مقياس لم تجر عليها الدراسات النفسية الكافية مع ذكر هذه المعلومات في مكان بارز .

4.2/ يحظر نشر أسماء المفحوصين أو عرض نتائج استجابتهم على المقياس بصورة قد تسيء إليهم كأفراد أو فئات أو جماعات .

5.2/ يحرص الأخصائي النفسي في نشر المقياس على جودة الطباعة و الوضوح التام في الكتابة ومن جهة أخرى يحرص الأخصائي المستخدم لاختبار منشور على الاعتماد على الصور الأصلية المنشورة وليس نسخا له منتجا بطريقة التصوير أو غيرها .

6.2 / يحظر نشر أي فقرات أو أجزاء من الاختبارات والمقاييس النفسية أو إذاعتها بأي صورة علنية سواء كأمثلة للإيضاح أو شرح باستثناء المواقف الأكاديمية المتخصصة .

7.2 / عند استخدام الاختبار يحرص الأخصائي النفسي على مراجعته والتدريب عليه وتجربته بطريقة استطلاعية قبل الشروع في تطبيقه لهدف علمي أو عملي ' كما أن من مسؤوليته أن يتأكد من انطباق كافة الشروط السيكومترية عليه .

8.2 / يجب الحصول على موافقة العميل أو ولي أمره (في حالة العجز عن المرافقة) على تطبيق الاختبار بغير إجبار أو ضغوط لبدء الاستجابة أو الاستمرار فيها إلى النهاية .

9.2 / يتحمل الأخصائي النفسي المسؤولية الأولى عن حسن التطبيق والتفسير والاستخدام لأدوات القياس ويلتزم بالتحقق من دلائل صدق برامج الكمبيوتر إذا كانت مستخدمة في إحدى مراحل التطبيق أو التصحيح ويتحمل مسؤولية ما جاء بتقريره سواء كان القائم بإعداد هذه البرامج مساعدوه أو كانت برامج جاهزة .

11.2 / يصدر الأخصائي النفسي تقريره أو أحكامه على نتائج الاختبار في حدود إمكانيات الأداء من حيث الصدق والثبات وعينة التقنين وفي حدود الفروق من المستجيبين وبين عينة التقنين .

12.2/ يتحمل الأخصائي النفسي أمانة إبلاغ العميل بنتائج ما طبق عليه من اختبارات لأي غرض من الأغراض وذلك في حدود عدم الإضرار بصحته النفسية أو تقديره لذاته كما يتحمل مسؤولية علاج أي ضرر قد يقع على العميل نتيجة تطبيق الاختبار عليه .

13.2/ لا يجوز أن يطبق الاختبارات المقاييس النفسية أو يصححها إلا الأخصائي النفسي الذي حصل على التدريب الكافي عليه .

أهم المبادئ التي تركز عليها أخلاقيات النفسية

* / أهم مبدأ أخلاقي وهو أساسي يتمثل في

1/ أن الأخصائي النفسي لا يقوم بتقديم المساعدة مهما كانت بدون طلب المفحوص وموافقته .

هذا المبدأ وهو " موافقة المفحوص " هو أهم مبدأ تدرج ضمنها كل المبادئ الأخرى.

الأخصائي النفسي لا يعمل ولا يقدم خدمات نفسية إلا في إطار رغبة وموافقة المريض ، ففي العلاجات مثلا في حالة المدمنين على المخدرات ، الذين لا تكون لديهم الرغبة ، أي لا يكون عندهم طلب ، عمل الأخصائي هنا لا يستطيع تقديم خدماته ، حتى وإن قدمها لا تؤدي إلى أي نتيجة " لا يمكن العمل " on peut pas

"travailler contre la volonté du patient" لهذا الموجة الثالثة تقوم على " التقبل و الالتزام " إذا لم يرغب في التغيير فلن أصل إلى أية نتيجة .

- مثلاً في العلاجات المعرفية " علاج إليس ، علاج بيك " صعب جداً تطبيقه على بعض الحالات مثل الحالات البينية لأنه لديهم ضعف كبير في الجانب المعرفي "محدودية" فهو لا يتقبل مناقشة أفكاره ، تغيير الأفكار بيك وإليس عملوا على تغيير الأفكار (الموجة الثانية)

- الموجة الثالثة " ttc العلاج المعرفي السلوكي تعمل على التقبل و الالتزام : التقبل هو أتقبل حالتي ، و الالتزام بمعنى عندي الرغبة في التغيير .

- أبدأ العلاج عندما يتقبل الشخص أن عنده مشكل ويلتزم بالعلاج وعنده رغبة .

* العمل مع المفحوص لا يكون إلا إذا كان يريد التغيير وهو مبدأ أساسي

2/ احترام الفرد و احترام خصوصيته

3 أمارس مهنتي بكل وعي وشرف : الوعي فيه مبادئ والشرف فيه مبادئ

* الضمير لا أستغل علاقتي مع المفحوص لأغراض خاصة زواج ، المال "

* ممكن الأخصائي يأتيه مفحوص ممكن يغريه بالمال إذا كان غني ,هنا لا يجب تجاوز العلاقة المهنية .

- كيف يتعامل الأخصائي النفسي مع هذه المواقف ؟ مثلاً :

الهدايا : أول مرة أقبلها لكن أفهم المفحوص مرة أخرى ، ولا نأخذ الأشياء عندما تكون ذات قيمة كبيرة.

-المقابلة التحفيزية : لا تغير الأفكار و إنما تعمل على تحفيز الشخص ، جاءت من نظرية تحقيق الذات ، " الشخص إذا لم يرغب في العلاج يجب أن أعمل على تطوير هذه الرغبة .

هي عندها مراحل و تقنيات خاصة بها ، تطبق مع المفحوص قبل بدأ العلاج ، أي تقبل و إدراك المشكل ليحدث التغيير ، الدافعية الداخلية و الخارجية motivation الداخلية من داخل الشخص ، الخارجية مثلا الرغبة في التغيير لأن زوجته طلبت منه ذلك مثلا -.

- لكن الهدايا الرمزية أقبلها في المرة الأولى ثم أفهم المفحوص أنني هنا لمساعدته .

- لا يكون استغلال للمفحوص .

- أعمل بكل مهنية وشرف ووعي .

- لا أستغل المفحوص أبدا ولا أتجاوز علاقتي المهنية به " مثلا الزواج " هي علاقة علاجية مهنية فقط هو يقدم المساعدة والآخر يطلبها إذا دخلنا في علاقة يومية يحدث اصطدام ,الأخصائي يفهم المفحوص يجب عليه العمل على الذات لكي لا يتم تجاوز العلاقة المهنية إلى علاقات شخصية

الأخصائي لابد أن تكون عنده قدرة كبيرة على الإصغاء (سماع الآخر) فيه
مفحوصة تتكلم كثير تقدم تفاصيل دقيقة لا أوقفها عن الكلام يجب أن يكون عندي
صبر كبير مثلا الشخصيات الوسواسية تدقق في التفاصيل

* قد نتجاوز أحيانا مدة المقابلة " 45 دقيقة "

* بالنسبة الوعي : الوعي المسؤولية ويقدم للمفحوص أحدث التقنيات العلاجية الأكثر
فعالية ، أي الوعي بمدي مسؤوليتي أن أقوم بعلمي بكل جدارة من حيث الخبرة
والتكوين المستمر .

من بين أخلاقيات المهنة أن يكون الأخصائي عنده تجديد للمعلومات ودراية
وعمل بكل ما هو جديد ومستحدث في مجال عمله , يسعى دائما نحو التكوين ليكون
في مستوى التطلعات " قراءة الكتب ، التدريب الجيد التقنيات ، يجب في كل ما هو
جديد في العلاجات " " مساعدة المفحوصين على المواجهة والتخلص من المعاناة وحل
المشكلات" الوعي بالبحث عنى تكوينات , مؤتمرات دولية لأنه لا بد أن يكون فيها
جديد .

- التشخيص جد مهم في عمل الأخصائي النفسي ، لابد من التحكم في المقابلات ،
لابد من التغير إثبات مهاراته وقدراته ولا يكون ذلك إلا بالتكوين الجيد , ويبين دور
الأخصائي النفسي في المصلحة التي يعمل بها , فيه عمل يقوم به حسب المصلحة
التي يعمل بها فيه برامج مثلا مع المصلحة التي يعمل بها فيه برامج مثلا مع

المصابين بالسرطان لأن إشكالياتهم يعانون من الإكتئاب القلق ، برامج تحسيسية مضافة على العلاج النفسي .

-التكوين مهم جدا حتى في المقاييس المستعملة للتشخيص ، لأنه تكوينه ينعكس على مردوده .

التكوين الذاتي ، من غير التكوين الذاتي لانستطيع أن نتطور ، أنا أبحث عن المعلومة أبحث عنى التكوين بالقراءات بالتدريب .

- أهم مبدأ عن مبادئ أخلاقيات المهنة هو :

تكوين الأخصائي النفساني : تكوينه هو المسؤول الأول والأخير عليه "

/ العراقيل التي يتعرض لها الأخصائي النفسي (أخلاقيات المهنة)

2/ السر المهني ضمن العمل الجماعي

3/ مبادئ العمل الجماعي

ملخص

بعض العراقيل التي يتعرض إليها الأخصائي أثناء أداء المهنة المتعلقة بالسر المهني والعمل الجماعي ومحاولة إرشاده لطرق التعامل في هذه الوضعيات وكذا فيما يخص التقرير السيكولوجي والوثائق التي يجمعها ويعمل بها الأخصائي النفسي

* العديد من الأخصائيين يتساءلون عن ما هو مصير السر المهني في إطار تعاون وتنسيق ضمن جماعة مختصة ومتعددة التدخلات

* فالعمل ضمن جماعة يتطلب المساعدة والتفاهم والتعاون والأخصائي مطالب بالعمل ضمن جماعة ولا يجب أن يرفض هذا العمل .

* على الأخصائي أن يحافظ على السر المهني وفي نفس الوقت إعطاء توضيحات للمختصين الذين هم كذلك مهتمون بالمسار العلاجي وبالتالي لديهم معلومات على أهمية السر المهني ويتفهمون هذه الوضعية جيدا ضمن العمل الجماعي .

*على الأخصائي التفريق بين المعلومات الخاصة والسرية وبين المعلومات العلمية لغرض فهم ومساعدة المريض .

*** ضمن العمل الجماعي هناك قواعد هي**

* يمكن للأخصائي رفض إعطاء نتائج رقمية لاختبارات أو غيرها لأن هذا يكون ضمن تنسيق وتتبع وإعطاء أرقام فقط لا معني لها .

في مجال التعاون الطبي لا يعمل الأخصائي تحت توجيهات طبية ، وأن عمله مستقل

* مصلحة المريض تأتي ضمن الأولويات المطلقة وعمله ضمن جماعة ليس مهددا للحرية الشخصية المهنية للأخصائي النفسي .

وثائق الأخصائي النفسي

* الأخصائي النفسي يجمع المعلومات ونتائج الاختبارات والتحليل النفسية وكل ماله علاقة بالملخصات وتقارير حول الحالات وهي تبقى في المؤسسة وكأخصائيين نتساءل عن مصير هذه الوثائق .

إن الأخصائي ينظم ويوثق معلوماته بطريقة يحفظ بها الحياة الخاصة للشخص وبالتالي يحذف وينزع كل المعطيات التعرف التي يمكن الاستدلال بها على المفحوص بطريقة مباشرة أو غير مباشرة .

التقرير النفسي

الأخصائي يحمي الحياة الخاصة للأفراد ويحافظ على السر المهني وعندما يطلب منه كتابة التقرير الأخصائي هو الشخص المسؤول عن اختيار العناصر والأشياء التي يدعم بها قراراته ومسؤول على ما يكتب

نكتب التقرير دائما لصالح المفحوص ويعمله

أهداف الدرس

* التطرق لبعض السلوكيات التي لا تدخل ضمن العمل النفسي

* التطرق لبعض الوضعيات والعراقيل بالنسبة لأخلاقيات المهنة

ما هي العراقيل التي يمكنك إضافتها والتي تراها مشكلات تعرقل عمل الأخصائي

النفساني المدرسي ؟

ملخص :

التطرق لبعض الأوساط المغلقة والعراقيل التي يمكن للمهنيين وخاصة الأخصائي

النفساني أن يتعرض لها , خاصة فيها يخص التكفل و العلاج للمساجين وأعوان إدارة

السجون وبالتحديد المشاكل التي يمكن التعرض لها على سبيل المثال السر المهني

وعدم الكشف على خصوصية المشاكل المتكفل بها والخصوصية الفردية

معوقات معالجة النزلاء

تخلق البيئة الإصلاحية بحد ذاتها تحديات كثيرة جدا أمام الأطباء والمختصين

النفسانيين الذين يقدمون الخدمات لكل النزلاء وطواقم المؤسسات الإصلاحية والسجون

وفيما يلي عرض لأهم المعوقات

السرية

يجد المختصون بعلم النفس الجنائي أنه لا يمكنهم ضمان السرية التامة للسجناء الذين يقومون بتقييمهم أو معالجتهم وهذا على وجه الخصوص صحيح للمختصين بعلم النفس العاملين في سياقات الإصلاح على سبيل المثال عندما يكون أمن المؤسسة على المحك أو يظهر النزول تهديدا بالانتحار أو طرف ثالث في خطر لا يمكن ضمان السرية ، معرفة خطط الهروب ، النية بارتكاب جريمة في السجن ، إدخال مواد غير قانونية مثل التهريب داخل السجن بالإضافة إلى أفكار الانتحار والقتل ، مذكرات استدعاء المحكمة وتقارير سوء معاملة الطفل أو الكبير و الإهمال)

* نصح الأخصائيون في علم النفس ومقدموا الخدمة إعلام النزلاء عن محددات السرية قبل توفير خدمات التقدير والمعالجة ، وكنتيجة لهذه الخدمات فربما ينظر النزول لمقدم الخدمة كممثل للإدارة ، وعندما يحدث ذلك فإن عمل الأخصائيين النفسيين في منشآت الإصلاح يصبح على وجه التحديد تحديا .

*كما تعد السرية عاملا حاسما عندما يعالج الأخصائيون النفسيون ضباط الإصلاح وهناك عدد غير محدود من التقارير القولية لضباط الإصلاح مثلما هو لضباط إنفاذ القانون الذين يرفضون طلب المساعدة للمشكلات النفسية من المشكلات المتوسطة إلى الشديدة جدا لأنهم يخافون أن يعلم المشرفون أو الزملاء ويفقهون القدرة على تنفيذ عملهم .

ولهذا السبب فإن سجون الولاية والفدرالية ونظام السجون المحلية يذهبان إلى تفاصيل مطولة لضمان الغفلة عدم التعريف بالأشخاص anonymity للضباط .

- مكان معالجة في أحدا البرامج الذي وصفه تقرير (abt associates , 2000)
خصص لأحد القساوسة عدد من الضباط المحتاجين للمعالجة المتخصصة بعدها
استدعى الضباط مختصا نفسيا وكانت مطالبات الخدمات الفرعية جميعها قد عملت
باستخدام رقم هوية واحد وعمل القس كوسيلة يتلقى الفواتير ويرسلها إلى القسم المالي
المناسب وبهذه الطريقة لا تتمكن إدارة الإصلاح من معرفة من هو الضابط الذي تلقى
المعالجة .

- وكذلك فإن السرية بين المريض والمعالج مقدسة ، فإن طلب الشخص المعالجة قد
يكشف ,وهذا خاصة إذا كانت المقاضاة المدنية ضد المنشأة أو الوكالة ويكون ضباط
الإصلاحية جزء أساسي من الفعل القانوني .

- وعندما يستدعي الطبيب للشهادة كشاهد في جلسة استماع قانونية تكون السرية غير
محمية إذا استخدم الضابط القوة المفرطة على سبيل المثال لا يتوقع المحافظة على
سرية أنه تلقى معالجة نفسية سواء قبل أو بعد الحادثة المتهم بها وحتى الضابط الذي
استخدم قوة غير مبررة ربما يكون محطا للفحص القانوني الدقيق (légal security)
إن محتوى الاتصالات بين المعالج والمريض ممتاز ولكن حقيقة حدوث تلك الاتصالات
ليست ميزة (taffev , remond , 1996)

الإجبار

عقبة أخرى تقف بوجه المعالجة الناجحة وبخاصة معالجة النزلاء هي الجانب الجبري وغالبا ما تكون المعالجة المؤسسة مع أنها ثابتة تعمل على مبدأ التغير النفسي القسري والعكس بالعكس .

* الأشكال التقليدية من المعالجة النفسية تكون ناجحة فقط عندما يكون الشخص مدفوعا للمشاركة وينطبق هذا المبدأ الأساس بغض النظر فيما إذا كان الشخص يعيش في مجتمع أو جدران المؤسسة التي تملك قوة جبارة على حياة النزلاء وبالتالي وعلى الرغم أن من حق النزير رفض المعالجة فإن رفضهم يخلق المزيد من المشكلات الأكثر قبولاً على مضض على سبيل المثال الرفض يعني التحويل على منشأة أخرى التأخر في الإفراج أو قيود على الميزات .ت

في السنوات الحديثة على أية حال فقد بدأ بعض الباحثين بالتشكيك بالحكمة التقليدية بأن الإجبار والمعالجة لا يمكن أن يتعايشا فقد يشعر النزير بالضبط عندما يشارك في برنامج معالجة ولاحقا يقبل قيمتها بالإضافة أشارت بعض الدراسات أن النزير المتمرد يمكن أن يستفيد من برامج المعالجة .

أخلاقيات المهنة

1/ ضوابط العلاقة معالج - مفرصوص :

- التعامل المسؤول في العلاج
- احترام استقلالية المريض من خلال إعلامه بفوائد أسلوب العلاج المتوقعة و المخاطر المحتملة و السرية التي تضمن المواصلة في العمل العلاجي .
- عدم استغلال مشاعر المريض خارج إطار المهمة العلاجية .
- رفض مساعدة المريض للإنزلاق في تدفق المشاعر على المعالج و شرح دور المعالج بكل موضوعية و مهنية .

2/ أسباب الانتهاكات المهنية :

- الاجتهاد النفسي للمعالج نتيجة ظروفه الخاصة
- عدم كفاءة المعالج .
- أن يكون المعالج نفسه مضطربا نفسيا .
- نسيان الهدف الأصلي للعلاج و فقدان الوجهة .
- عدم التزام المعالج بالمنهج السليم حسب المدرسة العلاجية المطبقة .
- إحساس المعالج بالnerجسية و التميز .
- محاولة المعالج تحويل العلاقة المهنية إلى علاقة شخصية بينه و بين المفرصوص .

3/ مؤشرات الإنزلاق في العلاقة المهنية :

- تأخر المعالج للحضور في مواعيد الجلسات .
- تغيير المعالج للطريقة العلاجية بصفة مفاجئة دون تحضير و لا إعلام للمفحوص .
- إسداء المعالج لنصائح لا علاقة لها بالعلاج .
- تعامل المعالج مع المفحوص معاملة غير مهنية أقرب إلى الحميمية و الصداقة.
- قبول الهدايا من طرف المفحوص
- محاولة فتح مجال العلاقة خارج إطار العلاج و المؤسسة العلاجية .
- عدم قدرة ضبط العلاقة المهنية بين المعالج و المفحوص في ما يتعلق بدفع مبالغ العلاج و عدم القبول بتوقيف الحصة العلاجية أو تلبية رغبات و طلبات المفحوص اللامتناهية .
- محاولة المعالج كسب مودة المفحوص باستعراض حياته الشخصية
- دائما في الميدان تطرح إشكالية تعارض و اختلاف بين النظري و التطبيقي في الميدان .
- لابد من خلفية نظرية للعمل في الميدان .
- لا بد من التوازن بين النظري و التطبيقي فكل ما ندرسه بالجامعة لا بد أن يكون متعلقا بالميدان .

- لا بد من قانون ينظم عملنا في الميدان .
- قوانين للعمل " المسؤولية ، الموضوعية ، المصادقية " كل المهن تشترك فيها
- الاخلاق و العايير .

خصوصيات المهنة و الأخصائي

- أتعامل مع إنسان و خصوصية ذلك الإنسان (كيف أتعامل معها)
- العلاقة الجيدة و الثقة أساس نجاح العلاج .
- خصوصية المهنة ، خصوصية الفرد ، و الحياة الخاصة به .
- نتكلم على المسؤولية الملقاة على عاتقنا .
- لا أصدر أي أحكام .
- أحترم خصوصية المفحوص و لا أتكلم عنها مع الأخصائيين .
- التقبل و الإلتزام لإحداث تغيير في السلوك .
- تكوين في التقنيات العلاجية على الأقل 06 أشهر .
- العلاجات النفسية (نظري و تطبيقي) على الأقل 3 سنوات .
- هيئة تشرف على متابعة قانون أخلاقيات المهنة .
- لابد أن تشمل كل الأخصائيين سواء في العيادات الخاصة و المستشفيات .

أهم المبادئ التي تركز عليها أخلاقيات المهنة

1/ الأخصائي النفسي لا يقوم بتقديم المساعدة مهما كانت بدون طلب المفحوص و موافقته : فهو لا يعمل و لا يقدم خدمات نفسية إلا في إطار رغبة و موافقة المفحوص ، فالعلاج يبدأ عندما يتقبل المفحوص مشكلته و يلتزم بالعلاج لتغييرها ، فالرغبة في التغيير مبدأ أساسي لنجاح أي علاج .

2/ احترام الفرد و احترام خصوصيته .

3/ أمارس مهنتي بكل وعي و شرف :

أعمل بكل مهنية و وعي و شرف فلا أستغل الفحوص و لا أتجاوز علاقتي المهنية به إلى علاقات شخصية ، أتجنب إغراء المفحوص .

الوعي و المسؤولية أي أن أقوم بعملتي بكل جدارة و أقدم أحدث التقنيات العلاجية الأكثر فعالية للمفحوص ، و أن لا أجازف بتطبيق أي تقنية حتى أتمكن من التحكم فيها ، و الوعي كذلك بمدى مسؤوليتي لأداء عملي بإتقان من حيث الخبرة و التكوين المستمر .

4/ أن يكون الأخصائي عنده دراية و علم بكل ما هو جديد و مستحدث في مجال

عمله: عنده تجديد للمعلومات ، يسعى دائما نحو التكوين المستمر ليكون في مستوى

التطلعات ، و ذلك بقراءة الكتب ، التدريب الجيد على التقنيات ، حضور دورات تكوينية ، ملتقيات مؤتمرات .

التشخيص مهم جدا في عمل الأخصائي النفسي : حتى يتمكن من مساعدة المفحوص لذلك لا بد من التكوين الجيد " تكوين نظري و تطبيقي " للتحكم في المقابلات ووضع الفرضيات التشخيصية و بناء البرامج العلاجية المناسبة .

5/ العمل : " en supervision " و ذلك يكون بلقاءات مع ذوي الخبرة و طرح مختلف القضايا للنقاش " قضية التشخيص ، قضية العلاج " و تبادل وجهات النظر ، لأنه بذلك يعرف أخطاءه فيتجنبها و يدعم خبرته في الميدان .

- التكوين الذاتي "L'auto formation" فالأخصائي النفسي هو المسؤول الأول و الأخير على تكوينه ، و ذلك بالبحث عن المعلومة ، بالقراءة ، بالتدريب على أحدث التقنيات المستعملة في العلاج النفسي

- التكوين مهم جدا حتى في المقاييس المستعملة في التشخيص فتكوينه المستمر ينعكس على مردوده .

العلاقة بين الأخصائي النفسيين

• كيف تنظم أخلاقيات المهنة العلاقة مع الزملاء ؟

- الاحترام المتبادل بين فريق الصحة النفسية و تنظم علاقة الأخصائي النفسي مع مجالات و ميادين أخرى كالطبيب ، السيكاتري ، المساعدة الاجتماعية .

هذا الاحترام المتبادل يكون ب :

- لا أتكلم بسوء عن الزميل و أعامل زميلي ، كما أحب أن يعاملني .
- عدم التدخل في عمل زملائي .
- لا يجب نقد الزميل لا هو كشخص و لا في عمله أو الإطار النظري الذي يتبناه (النقد بناء في إطار مقنن) ، في إطار الاجتماعات الدورية من المستحسن أن يكون النقد في إطار هذه اللقاءات .
- عدم إغراء و جلب مفحوصين الزملاء .
- يجب أن يكون هناك تعاون بين الأخصائيين النفسيين ، و في حالة تمكن زميلي من التقنيات أو خبرته يمكنني توجيه المفحوصين إليه مثلا في حالة تمكنه من تطبيق الاختبارات بعد تكوينه الجيد فيها .

- الأخصائي النفسي له الحق في تقرير و اختيار الإطار النظري الذي يعمل به :

- لا يمكن لأي هيئة أن تفرض عليه تبني إطار نظري معين ، فهو له كل الحق في اختياره و يجب أن يكون مرفقا بالتقنيات المناسبة (التشخيصية و العلاجية) و يجب

أن يكون مرفقا بالتقنيات المناسبة (التشخيصية و العلاجية) ، و يجب أن تكون لديه معلومات كافية و لازمة و دراية بكل ما يتعلق بهذا الإطار .

- لا يمكن تطبيق أي تقنية على المفحوص دون التحكم فيها و التمكن الفعلي منها .
- احترام الإطار الزمني و المكاني و ذلك بعدم تقديم المساعدة خارج الإطار المحدد .

- كيف تكون العلاقة بين الأخصائيين النفسيين ؟

- العلاقة بين الأخصائيين النفسيين :

- كيف تنظم أخلاقيات المهنة العلاقة مع الزملاء ؟

1/ الاحترام المتبادل بين فريق الصحة النفسية و علاقة الأخصائي النفسي مع مجالات و ميادين أخرى autres disciplines كالطبيب ، السيكاتري ، المساعدة الاجتماعية ، عندما نعمل كفريق في إطار التدخل متعدد الجوانب ، هذا الاحترام المتبادل يكون ب :

- لا أتكلم بسوء عن الزميل و أعامل زميلي كما أحب أن يعاملني .

* عدم التدخل في عمل زملائي (لا أنتقده لأنه يعمل مثلا كتحليلي أو سلوكي)

لا يجب التدخل و نقد الزميل لا هو كشخص و لا في عمله ، الإطار النظري الذي

(يتبناه)

* عمل الأخصائي يكون عمل رقابة "supervision" في جماعة و فريق و يكون التقاء دوري (أسبوعي أو شهري) يتم الاتفاق على طريقة الالتقاء ، و يكون المسؤول يكون أكثر درجة علمية و خبرة - المسؤول على هذه اللقاءات - طريقة اللقاء منظمة و يتم فيها التطرق إلى الحالات العراقل التي تواجهها في التشخيص ، في تطبيق التقنيات العلاجية ، لأن العمل بشكل فردي لا يمكنني من معرفة أخطائي ، إذن فرق الأخصائيين النفسيين " يكون فيه استشارة ، توجيه ، لا أنقد ، هذا العمل جد مفيد ، لذلك لا بد من من التكلم على ما يقوم به كل أخصائي و لما يكون فيه رقابة " supervision" مهم جدا ، بهذه اللقاءات نتطور ، لا يجب أن يكون psy متعلق على نفسه و هذا خطأ إذا تم تبادل الآراء ، الجديد في الميدان ، تصحيح الأخطاء ، معرفة هل الطريقة المتبعة علمية (في التشخيص ، العلاج) حتى في المقابلة لها هدف (تشخيصية ، علاجية ، أو بحثية)

إذن عدم التدخل في شؤون الزملاء (نقد بناء في إطار مقنن)

2/ عدم اغراء و جلب مفحوصين الزملاء : ليس لدينا الحق مثلا مفحوص لا يأتي psy ليس لدي الحق الحق للعمل معه ، إلا في حالات طلب من المفحوص ، مثلا في حالة التحويل السلبي ، و في حالة الخبرة و التمكن لزميلتي يعني عادي أو وجهه .

3/ عند تقديم الهدايا إذا كانت رمزية " أقبّلها في المرة الأولى لكي لا أحيطه " أما الهدايا القيمة فلا أقبّلها لأن علاقتي مهنية لغرض مساعدته ، و هذا في أي مهنة " قبول الهدايا مشكل " لا أقبّل لا مال لا هدايا "

. في العلاقة المهنية ترفض الهدايا للحد من التمويل المضاد " le contre transfert" مثل أن يطلب الزواج .

4/ يجب أن يكون هناك تعاون بين الأخصائيين النفسيين ، مساعدة ، تعاون ، مثلا أنا لا أطبق الاسترخاء أوجهه إلى أخصائي يتقنها ، بعض الاختبارات تتطلب تكوين جيد و زميلي متمكن فيها أرسل المفحوصين إليه ، علاقة تعاون لمساعدة الآخر .

- النقد البناء في إطار الاجتماعات الدورية (supervision) — من الأحسن أن يكون النقد في إطار هذه اللقاءات .

5- الأخصائي النفسي يكون كفاءته من الإطار النظري الذي يتلقاه في تكوينه النظري الجامعي و يعززه بالتطبيقي مع التكوين المستمر و الدراية و تجديد المعلومات ، و هو يمارس مهنته لا ينقطع عن التكوين ، الأخصائي النفسي هو المسؤول الأول و الأخير على تكوينه المستمر من خلال المشاركة في الدورات التكوينية ، و الملتقيات ، الانخراط في جمعيات التكوين و البحث ، المشاركة في الدورات التكوينية الخاصة بالعلاجات)

6/ الأخصائي النفسي له الحق في تقرير و اختيار الإطار النظري الذي يعمل به : و لا هيئة يمكنها فرض الإطار النظري الذي يعمل به ، له كل الحرية في اختيار الإطار الذي يعمل به و يجب أن يكون مرفقا بالتقنيات المناسبة (التقنيات التشخيصية و التقنيات العلاجية المناسبة للإطار النظري) ، لكن الإطار النظري تتدرج عليه مسؤوليات ، و هو أن يكون حقا متكونا فيه و له دراية و معلومات تكون لازمة و كافية على هذا الإطار و الأدوات التي شخص بها و التقنيات العلاجية حسب ذلك الإطار النظري (إذا كان تحليل نفسي و لو أننا لا نتعامل به كثيرا ، علم النفس الأعماقي ، تاريخ الحالة ، نمط الشخصية ، الميكانيزمات الدفاعية ، هو قصير المدى عكس التحليل النفسي الذي يكون طويل المدى لذلك لا بد من التحكم في الإطار النظري - الأدوات التشخيصية و الأدوات العلاجية " .

7/ لا يمكن تطبيق أي تقنية من التقنيات على المفحوص دون التحكم و التمكن الفعلي منها مثل تأكيد الذات لا بد من التمكن منها ، حل المشكلات كذلك ، لا أجازف و أطبق أي تقنية بدون التمكن منها سواء تقنية تشخيصية أو علاجية .

8/ احترام الإطار الزمني و المكاني : و ذلك بعدم تقديم المساعدة خارج الإطار الزمني و المكاني المحدد ، هذا الإطار مهم ، بعض التقنيات التي ظهرت مؤخرا مثلا في علم النفس الصحي الأخصائي يخرج من هذا الإطار في حالة الأزمات ، و يتوجه نحو المفحوص ، يوجد العمل الجماعي حتى في العلاج العائلي الأخصائي يتواجد في

العائلة أين تكون الملاحظة جد مهمة في العلاقات العائلية (المكتب ، الإنارة جيدة ، مكتب جلب الراحة ، التهوية ، لون الجدران ")

(تهيئة الظروف الفزيقية لعمل الأخصائي ..) ، عدم إدخال أشخاص غير معنيين بالفحص ، مثلا في مؤسسة معينة la consultation عون الأمن يدخل معاهم و هذا مشكل ، ممنوع أي شخص غير معني بالفحص أن يدخل إليه ، إلا في حالة الطفل ، ممنوع منعا باتا قبول هذه التجاوزات ، صحيح أحترم المؤسسة لكن لا أتعقل أشياء تخرق مهنتي ، السرية مهمة جدا .

1/ اعتبار الصحة النفسية للمريض ضمن كامل اهتماماتي : تركز على الصحة النفسية من خلال التركيز على التقنيات النفسية ، فلا يجب دمج أو خلط تقنيات أخرى في العلاج النفسي .

2/ السر المهني :

التأكيد على السرية كمبدأ هام من مبادئ أخلاقيات المهنة ، التكلم عليه و التركيز على أن كل ما يقال أثناء المقابلة العيادية يدخل ضمن السر التام الذي لا يمكن الإدلاء به تحت أي ظرف إلا في حالتين و توفر شرطين هما :

1- بالنسبة للحالتين :

1/ أن يشكل خطرا على نفسه كالانتحار .

2/ أن يشكل خطرا على الآخرين مثل : التهديد ، الاعتداء ، القتل ...

2/ لا يتم الإدلاء بالسر المهني إلا بتوفر شرطين هما :

1/ لصالح المفحوص

2/ و بعلمه و موافقته (موافقة كتابية)

3/ استعمال المعلومات الخاصة بالعمل في إطار البحث العلمي أو لأغراض أخرى

لها شروط و قواعد :

- أخلاقيا لا بد من موافقته و بعلمه .

- إخفاء كل المعلومات الشخصية التي يمكن الإستدلال بها على المفحوص كشخص

أي التأكيد على عدم التعرف عليه .

4/ تجنب كل الإعتبارات الدينية و الأخلاقية ، العرقية و الثقافية حتى تتغير السن و

الجنس .

/ اعتبار الصحة النفسية للمريض ضمن اهتماماتي : لا أتدخل في تخصص آخر ، لا

أقدم وصفات طبية نركز على الصحة النفسية للمريض هذا هو اهتمامي ، لا يجب

الخلط أو دمج تقنيات أخرى ، أحتفظ فقط بتخصصي لأن علم النفس تخصص قائم

بذاته ، لديه مناهجه ، تقنياته ، عنده مبادئ ، طرق تفسير علمية و منطقية لكل ما

يدرسه ، ما وراء علم النفس و خارج نطاقه ، لا أتدخل فيها ، تقنيات الطب البديل

ليست تقنيات نفسية ، تطبيق تقنيات عالمية فعالة معترف بها و تم التأكد من أنه علاج فعال ، ماهي النظرية الجيدة ؟

- النظرية الجيدة هي نظرية قائمة على مصطلحات متكاملة ، لا يوجد فيها تناقض ، تزودنا بأكثر معلومات و لما أطبقها تكون أكثر فعالية ، لا يوجد تناقض بين مفاهيمها النظرية و تسلسلها و عند تطبيقها تكون فعالة ، كل نظرية تتوفر هذه الشروط أتيناها

2/ السر المهني : نحن مطالبين بحفظ أسرار المفحوص لما تكون " une prise en charge " نبدأ بخلق جو من الثقة و الأمان .

التأكيد على السرية كمبدأ هام من مبادئ أخلاقيات المهنة من اللقاءات الأولى يجعل كل الحواجز التي تعيق المقابلة العيادية من الحصة الأولى التركيز عليه و على أن كل ما يقال أثناء اللقاء يدخل ضمن السر التام الذي لا يمكن الإدلاء به تحت أي ظرف ، لكن عندنا استثناءات ، عدم التعرض بمعنى لا نذكر أشياء و خصوصيات يمكن أن نستدل من خلالها على المفحوص ، بالنسبة للاستثناءات : - قبل الإستثناءات نتكلم على التقرير النفسي للطفل :

- الطفل تحت وصاية الوالدين ليس راشدا ، مثلا المدرسة تطلب تقريرا عن الطفل ، لما يكون طلب ، الوالدين لديهم كل الحق لمعرفة كل ما يجري الفحص ، التقنيات حتى لو أرسلته المدرسة تطلب التشخيص ، من أخلاقيات المهنة يمنع القيام بأي اختبار نفسي " examenpsychologie " دون علم الوالدين ، لأن الأولياء لديهم الحق

للإطلاع على كل ما نقوم به مع الطفل لذلك لا نقوم بإجراء الفحص دون علم الأولياء ،
الفحص النفسي مع الطفل له خصوصية : الأخصائي النفسي مطالب بتقديم
حوصلة نظرية ، نكتبها فقط في إجراءات رسمية إذا أراد الأولياء استغلالها في شيء
آخر أو المدرسة (لكن لا بد من معرفة شروط كتابة التقرير)

- في المقالات العلمية ، الملتقيات لا نذكر أسرار المفحوص
التقرير النفسي : عندما يطلب كتابته .

* الوكالة الوالدية مهمة للطفل ، هو شيء أساسي بالنسبة للتكفل بالطفل ، لماذا ؟
* لأننا من خلالها نستسقي المعلومات حول تاريخ الحالة ، سلوك المشكل ، المقابلة
مع الطفل بحضور الأم ، و مهمة في العلاج ، التمارين و التدريبات في البيت مثلا إذا
كان قبول لا إرادي — برنامج مسطر يطبق .

مثلا في حالة التحرش الجنسي أو الاعتداء الجنسي — الشخص في حالة خطر
يجب التعود على التبليغ لأن الطفل قد يكون ضحية .

- كذلك شخص مقدم على الانتحار

- يتم الإدلاء بالسر المهني إلا في حالات : استثناءات :

تبليغ المفحوص أن سره في أمان و لا يمكن الإدلاء به تحت أي ظرف إلا في حالة :

- أن يكون هو في خطر أو يعرض شخص آخر للخطر - في حالتين (خطر على نفسه - الانتحار) أو على الآخرين - التهديد - الاعتداء ، القتل)

- لا يتم الادلاء بالسر المهني بتوفر شرطين :

1/ لصالح المفحوص و بعلمه (موافقة كتابية)

لصالح المفحوص : مثلا شخص يعاني من شذوذ جنسي أو إدمان أو اشتهاة الأطفال
نقول لصالح المفحوص ليتعالج من الإدمان (لكي لا يدخل السجن يعالج) ، نصرح
بأشياء لصالح المفحوص لكي يتعالج مثلا شذوذ جنسي، تغيير مكان العمل لصالحه ،
إذا كان يعمل مع الأطفال لكي لا يقدم على الفعل.

* استعمال المعلومات الخاصة بالعمل في إطار البحث العلمي أو لأغراض أخرى :

- في العيادة ، في المستشفيات ، معلومات نريد استغلالها لأغراض علمية (البحث
العلمي ، المنشورات ، الملتقيات ، لها شروط و قواعد)

القاعدة الأولى : هي الموافقة (أخلاقيا لا بد من موافقته) و بعلمه دائما ، إخفاء كل
المعلومات الشخصية التي لا يمكن الاستدلال بها على المفحوص كشخص ، التأكيد
على عدم التعرف عليه .

* مبدأ آخر من مبادئ أخلاقيات المهنة :

- كل ما لديه علاقة بالفروق الدينية و العرقية يجب الأخصائي تجنب كل الاعتبارات الدينية ، العرقية و الثقافية فيما يخص التكفل بالمرضى ، حتى متغير الجنس و السن (فيه من يصعب عليه جدا التعامل مع الأطفال لأن فيه خصوصية) أيضا كبار السن (سيكولوجية المسنين)

- عوامل نعمل بها لمعرفة هل هذا السلوك خطر

- لا بد من إجراء الخبر العقلية " expertise " و هل هذا الشخص خطير أو عنده ميولات إجرامية l'expertise psychologique لها أدوات :

- الأخصائي النفساني يعين من طرف القاضي ، و إبلاغ المفحوص بأنه يجري عليه الخبرة ، الأخصائي يعمل كخبير ، له تقنيات خاصة بالخبرة ، و أنه سوف يصرح بكل ما يجده

- السيكوباتي خطير ، لا يتقدم للعلاج لأنه لا يتقبله ، لأن مميزات شخصية :

- لا يوجد عنده ندم أو شعور بالذنب

- الشخصية الحدية و السيكوباتية لا يطلبون المساعدة .

- الخطورة الإجرامية — العوامل و المسار الإجرامي المرتبط بالطفولة

- اضطرابات التصرف — عندهم علاقة بالسلوك الإجرامي

- تاريخ العائلة - الإدمان - رفقاء السوء كلها معلومات لوضع " بروفایل "

الاعتبارات الاخلاقية والقانونية في العلاج الزوجي والاسري

تتمثل المسؤوليات الاولى للمعالج في حماية الحقوق وتعزيز الرفاهية لعملائه، وتتمثل الازمة مع العملاء المتعدين في انه في بعض المواقف يكون التدخل الذي يخدم افضل المصالح لاحد الاشخاص مضادا لعلاج اخر، حقا، ان نفس السبب الذي فيه تميل اسر الي السعي لعلاجيه يكون بسبب وقوع اهداف واهتمامات متصارعة..... .

ويجب ان يضمن معالج الاسرة ان تحسينا في وضع احد الاعضاء الاسرة لا يحدث على حساب عضو اخر بالأسرة .

ما يميز معالج الاسرة عن المعالج الفردي هو التزام واضح لدي المعالج بتعزيز رفاهية كل عضو في الاسرة . علاوة على ذلك ، فخلال انغماس مباشر مع كل

اعضاء الاسرة ان يقيم مباشرة كيف ان سلوك كل شخص يؤثر في اعضاء الاسرة
الاخرين.

وللعمل على نحو بنائي في مواجهة احتياجات الاسرة المتصارعة، يحدد بعض
المعالجين نظام الاسرة اكثر من فرد او اخر ، مثل ("المريض) . ويصبح معالج
الاسرة ويتجنب ان يصبح وكيلاً لأي عضو واحد بالأسرة فان نصير النظام
يضمن ان كل تعريفات المشكلة وخططها للتغييرتعتبر في سياق الاسرة بكاملها...
واذا ما اخبر بدور المعالج كنصير للنظام ، فان اعضاء الاسرة يفهمون ويقبلون
بصفة عامة هذا الوضع ، رغم انهم في لحظات معينة لازالوا يجتذبون المعالج
كحليف شخصي.... .

وتوجد لحظات معينة يكون فيها العمل كنصير لنظام العلاقة ونماذج التغيير
للتفاعل لا ينصح به. ويبين (Weiss & Birchler,1978) ان تحالفا يقوم على
الهدف المزعوم لتغيير العلاقة يكون مضاد علاجي اذا سعى قرين للعلاج كطريقة
للخروج من العلاقة او لتسهيل عبء اعلان قرار الانفصال. وفي هذه الحالة ،
يحتمل ان تأكيدا على العلاقة يزيد الامل والاستثمار الانفعالي للفرد المرفوض
مع احباط لاحق واحساس بالفشل باعتبارهما النتيجة القصوى لذلك الشخص .
وبالمثل ، يكون من المضلل ابقاء مظهر العمل على العلاقة حينما يكون الهدف
الحقيقي هو تغيير السلوك الخاص بعضو الاسرة (على سبيل المثال ، تخفيض

شرب الاب او زيادة اذعان الطفل (obéissance) . واذا كان الفرد الدريئة في تلك الحالات تحت انطباع خاطئ بانه سيوجد تغير مشترك، فانه قد ينتهي بشعور خادع بواسطة المعالج واعضاء الاسرة الاخرين.

وفي النهاية ، فبالإضافة الى الاعتبارات الإكلينيكية، توجد وصفات قانونية تحدد رفاهية الفرد السابقة على قضايا العلاقة. والالتزام الاوضح في هذا الخصوص يحدث في مثال الاساءة البدنية بين افراد الاسرة. والقوانين التي تقرر الاساءة ضد الطفل تتطلب من المعالجين ان يخبروا السلطات اذا شكوا ان مثلاً قد كان تم اساءته ، رغم العواقب الممكنة للتحالف العلاجي مع اعضاء الاسرة الاخرين . ومع ان الوصفة القانونية للتصرف ليست واضحة تماماً كما هي بالنسبة للاساءة بين شركاء الزواج، ولا زال الهدف الاولي هو تخفيض خطر الاذي البدني . واذا لم يكن تحقيق هذا الهدف في نطاق سياق العلاج المشترك فان المسؤولية الاخلاقية للمعالج هي التخلي عن دور المؤيد للعلاقة ويساعد الشخص المهدد على ايجاد حماية (Margolin,1979) . اذا مسؤولية معالج الاسرة تشمل ان يكون مناصراً لاعضاء الاسرة الفرديين الذين لا يستطيعون ان يمثلوا بدقة حقوقهم الخاصة يحتاجون او يتبينوا متى تكون هذه منتهجة بواسطة عضو اخر بالاسرة. ونحو هذه النهاية ،توجد مواقف معينة ياخذ فيها التدخل لمساعدة فرد على التحرر من الاسرة اسبقية على اهداف الاسرة كنظام.... .

السرية

كيف تترجم الممارسات المعيارية السرية من العلاقة الثنائية التقليدية العميل /

المعالج الى علاقة علاجية تشمل اعضاء عديدين بالاسرة؟. فيوجد موقف

ان متباعدان في هذا الخصوص . فاحدى التفضيلات هي ان المعالج يعالج سرية

كل عضو بالاسرة كما لو ان ذلك الشخص كان عميلا فرديا. بمعنى ان

المعلومات التي يتم الحصول عليها خلال جلسة خاصة ،اوخلال مكالمة تليفونية

، اومادة مكتوبة لا تفضى للاعضاء الاخرين في الاسرة. وفي الواقع ، يرتب بعض

المعالجين لجلسات مع اعضاء الاسرة الفرديين للتشجيع بشكل نشط للمشاركة في

(الاسرار) لفهم بمايحدث في الاسرة. وقديعمل المعالج حينئذ مع العميل الفردى

على امل تمكين ذلك الشخص على افشاء نفس المعلومة في الجلسة الاسرية.

ومع ذلك، فان ماكان لابد من التقاعس عن الحدوث ، فان المعالج يبدع سرية

العميل الفردي ويبقى صامتا في ذلك الموضوع ازاء اعضاء الاسرة الاخرين.

ويتبنى معالجون اخرون سياسة عدم حجب اسرار عن اعضاء الاسرة الاخرين،

انهم يحبطوا بوضوح مشاركة اى معلومات قد تؤدي الى تحالف خاص ومع فرد

واحد ويستثنون اعضاء الاسرة الباقين الذين لايعلمون . وعلى نقيض المراجعات

التقليدية الاضافية للعلاج النفسي الذى يعتنق سرية العميل / المعالج كعامل حاسم

فى الفاعلية الشاملة للعلاج، وتسد هذه الوقفة بشكل اساسى حدوث سرية بين احد

اعضاء الاسرة والمعالج. والمعالجون الذين ينتسبون لهذا المجال يتجنبون بصفة عامة تلقى اسرار فردية عن طريق جلسات مشتركة مقابل جلسات فردية. ومع ذلك ، فان هذا الاجراء الوقائي غالبا ما يبرهن على نحو غير كاف مقابل المشاركة في الاسرار الفردية. واذا لم يتم اعلام العميل بشكل مباشر بسياسات المعالج، فان العميل الذى يسعى الى افشاء معلومات شخصية سوف يجد طريقة لعمل هذا.

وبين هذين الوضعين المتطرفين توجد خطوات متوسطة اكثر من معالجة كل المعلومات المشاركة فى الجلسات الفردية كسرية، وقد يشير المعالج الى ان :

1-بصفة عامة ، شروط السرية لا تنطبق، ولكن 2-للعمل الحق في ان يطلب ان تبقى اى معلومات معينة سرية وسوف يستجيب المعالج لاي من مثل هذه الطلبات. وبالمثل يجب تبين ان المعالج الذى لا يعد بالحفاظ على السرية قد يرغب، حقا فى ممارسة الاختيار بان لا يفشى معلومات معينة، على سبيل المثال ، عند المواجهة بمعلومات ان احد الاقران قد مارس علاقة جنسية غير شرعية ، بصفة خاصة علاقة قد انتهت منذ امد طويل، فان كثيرا من المعالجين يجدون من غير الضرورى ومما لا ينصح به

مشاركة مثل هذه المعلومات فى تبليغ انه لن يحفظ الاسرار الخاصة بالاعضاء الفرديين للأسرة، فان المعالج يجب ان يتجنب تضمين انه لن يحجب اى شىء.

وباستثناء الاعتبارات القانونية المذكورة سابقا ، فإنه تحفظ للمعالج وليست مسؤولية افشاء معلومات سرية.

واحدا لأمثلة التي تعقد قضايا السرية هي التغير في شكل العلاج، الفردي بالعلاج الزوجي . كيف يتناول المعالج المعلومات التي تحصل عليها خلال العلاج الفردي؟ فاحدى الامكانيات هي ان يحصل على اذن العميل الفرد لاستخدام مثل هذه المعلومات اذا مالزم الامر الجلسات المشتركة. واذا لم يمنح الاذن ، مع ذلك، فيجب ابقاء تلك المعلومات سرية . وحتى سمح المريض بمشاركة المعلومات ، فان هذا الاذن قد منح بعد الحصول على المعلومات. هل يتذكر العميل كل ذلك الذى عهد اليه به تحت شرط السرية المزعومة من قبل ؟ هل كان يمكن ان يستجيب ذلك الشخص على نحو مختلف في العلاج الفردي لو انه كان معروفا من البداية ان مثل هذه المعلومات ستكون متاحة للقرين؟.

وكما في العلاج الفردي، يجب ان يعلم العملاء بحدود سريتهم . وهذا مهم بصفة خاصة في العلاج الاسرى حيث ان حدود السرية ازاء اعضاء الاسرة الاخرين تترك اساسا لتحفظ المعالج. والمعالجون الذين لا يحفظون الاسرار يجب ان يخبروا العملاء بهذه السياسة قبل تلقي مثل هذه المعلومات، والا، فان العميل ، بصفة خاصة ذلك الذى قد كانت لديه خبرة سابقة في العلاج الفردي، يحتمل ان يسلم بان المعالج سوف يصون السرية الخاصة بعباراته من اعضاء الاسرة

الآخرين . والمعالج الذى يبقى على الاسرار الفردية يجب بالاضافة الى ذلك ان يخبر العملاء بسياسته حتى لا يثابر اعضاء الاسرة على محاولة الحصول على المعلومات خاصة باخر عن طريق المعالج.

وبالرغم من كلا الجانبين من القرار الخاص بما اذا كان او لم يكن الابقاء على السرية ممكن الدفاع عنه اخلاقيا، فانهما يحملان مضمونات اكلينيكية مختلفة. وفى مواقف معينة، فان الحفاظ على اسرار شريك يحدد بشدة اختيارات المعالج مع عضو اخر بالاسرة. خذ فى الاعتبار على سبيل المثال الموقف الذى فيه العلاج الزوجي قد بادرت به الزوجة على اثر اكتشاف ان زوجها قد كان يمارس علاقة جنسية غير مشروعة. وفى حين ان الرضا باعطاء العلاقة محاولة اخيرة واحد ، فانها متشددة بخصوص اهاء الزواج اذا لم ينه الزوج العلاقة الجنسية غير المشروعة ويبقى مخلصا جنسيا. وبالرغم ان الزوج يوافق مبدئيا على هذا الشرط، فانه يكشف بعد شهور عديدة للمعالج انه استأنف العلاقة الخارجة عن الزواج. ويبأس من تجنب امكانية ترك زوجته له ، يرفض الزوج ان يفشى هذه المعلومات فى جلسة مشتركة.

ماهى طريقة تصرف المعالج؟ اذا كانت السرية قد وعد بها، فان المعالج قد يجد نفسه في موقف لإخفاء المعلومات التى تكون حاسمة عن قرار الزوجة عن العلاقة الجنسية غير المشروعة ، وحينما تعلم الزوجة عن العلاقة الجنسية غير

المشروعة، فانها قد تعتقد ان المعالج قد اهمل رفايتها لصالح الزوج ، حتى انها قد تتهم المعالج بابقائها في العلاج لمكسب شخصي. حتى اذا انهى المعالج الحالة، فان تفسيراً يكون مديناً به للزوجة. الذى يحتمل ان يحل سرية الزوج حلاً وسطاً . حتى مع ان المعالج قد يعتقد ان التعامل بصراحة مع سلوك الزوج يمكن ان تكون له فائدة علاجية طويلة المدى، وهذا المنهج من التصرف ليس ممكناً بدون انتهاك سرية الزوج.

والمعالج الذى لم يتعهد بالسرية له اختيارات مفتوحة اكثر ، وهكذا يجب ان يأخذ في الاعتبار بحدود التشعبات العلاجية لتصرفاته. انه تقرير عدم افشاء هذه المعلومات عن علاقة الزوج الجنسية غير المشروعة قد تكون مبررة اذا (1) قدى جعلت الزوجة من الواضح انها لا تريد ان تعرف عن سلوكيات الزوج الطائشة،(2) لن تتداخل العلاقة الجنسية غير المشروعة مع استمرار العلاج ، (3) قد انتهت العلاقة الجنسية غير المشروعة ، وبذلك لا يمكن لتصرف المعالج ان يتم تاويله كتشجيع لسلوك الزوج. ومع ذلك ، بالنسبة لمحددات هذه الحالة ، التى فيها الزوجة قد قررت بوضوح تفضيلها بان لا تخدع بالاعتقاد بان زوجها مخلص جنسياً، فان مناقشة مفتوحة خاصة بعلاقة الزوج الجنسية غير المشروعة وانذار الزوجة يشار اليها. ومثل هذه المناقشة يحتمل ان تعجل بازمة العلاقة والتاثيرات طويلة المدى التى لا يمكن التنبؤ بها . وقد يتلقى احد او كلا الزوجين

المعلومات التي يحتاجانها ، وفي النهاية لانتهاء الزواج. وعلى نحو بذيل قد يعمل الزوجان تسهيلات معينة بالرغم من قيمهما المتباعدة بخصوص الاخلاص، على سبيل المثال، قد ينهى الزوج اتصاله طويل المدى دون الزام نفسه بالاخلاص الجنسي، ويمكن ان تهجر الزوجة انذارها بخصوص الاخلاص الجنسي طالما انه لا توجد اعمال جنسية غير مشروعة طويلة المدى.

والمأزق الاكثر صعوبة للمعالج يكون اذا تقاعس احدهما في نقل سياسته على السرية. ففي تلك الحالة ، من الممكن ان الزوج او الزوجة قد يؤديان تحت افتراضات مختلفة، على سبيل المثال، سيكون الزوج هو الذي يفترض السرية ومحافظا اما الزوجة فهي التي تفترض انه لا توجد اسرار فردية في العلاج الزوجي. ولا يعرف اى قرين حدود السرية ولا اتخاذ قرارا شعوريا بقبول هذه الحدود0 وكما بالنسبة للاختيارات الاكلينيكية المتاحة للمعالجين الاخرين، فان اي تصرف يوخذ بواسطة هذا المعالج يكون على نحو كامن غير باعث على الرضا لقرين واحد على الاقل. مع ذلك ، فان المعالج يواجه المخاطرة الاضافية لتضليل شريك او اخر بخصوص شروط العلاقة العلاجية...

وفي هذا المثال ... يوضح ان مركز المعالج في ضوء السرية يمكن ان تكون له تشعبات هامة بالنسبة لكيف يكون العلاج الزوجي منقادا. وبالمحافظة على السرية الخاصة بالشركاء الفرديين، فان المعالج يحتمل ان يكون لديه معلومات قد

لاتكون بالاضافة الى ذلك متاحة . واختيارات المعالج بتلك المعلومات محددة بشدة . ومع ذلك ، قد لايجدها ممكنة لان توضع المعلومات للامتياز العلاجي من منظور نظام الاسرة. ومن ناحية اخري ، فان الحصول على اذن لمناقشة المعلومات على نحو مشترك التي يخترها اى من الشريكين لكشف مخاطر ذات اوضاع فردية للقرينين (اى، انه لا توجد بيئة امنة للافشاءات السرية) والمخاطر للمعالج (اى ، انه لن يكتسب مدخلا لمعلومات هامة). ومع ذلك، فحينما تفهم هذه الوقفة بوضوح، فان الافشاءات الفردية للمعالج قد تشير ببساطة الى الرغبة فى الارشاد على كيفية طرق محور صعب بصفة خاصة مع شريك شخصى... .

امتياز المريض بالنسبة للجزء الاكبر، يميل الامتياز الى ان يكون سيء التحديد للموقف الذى فيه عميلان او اكثر تتم رؤيتهم على نحو متزامن فى العلاج. حيث ان الامتياز يغطي فقط الاتصالات التى يتم بها سرية. وينشا السؤال عما اذا كانت العبارات المعمولة في وجود عضو اخر فى الاسرة تكون حقا

سرية ؟ كما ينشأ السؤال عما إذا كان الامتياز هو اتصالات عميل بعميل ؟ حيث تمد بعض المؤسسات الامتياز إلى أشخاص يساعدون في تسليم الخدمات الشخصية و يكونوا موجودين خلال التمتمة بالمعلومات السرية (على سبيل المثال ، الممرضات و الفنيين) ، و قد يوضح تفسير تحرري لقوانين الامتياز أن أعضاء الأسرة (أو أعضاء مجموعة) هم وكلاء للمعالج (Bersoff&jain,

1980) و بقصور التشريع التعريفي على هذه القضايا لا يستطيع معالج الأسرة على نحو مريح افتراض أن قوانين الامتيازات الموجودة تحمي الاتصال الذي يحدث خلال العلاج الأسري ، و نظرا لعدم تناغم القوانين الحالية فإن المعالج قد يرغب في الحصول على تفاهم واضح مع أعضاء الأسرة على هذه القضايا ، على سبيل المثال الحصول على اتفاق مكتوب بأن لا أحد من الأعضاء سوف يطلب من المعالج أن يشهد في التقاضي .

الموافقة المعلومة و الحق في رفض العلاج :

يشمل الاتجاه بالنسبة للاكلينيكيين نمطا معينا من إجراءات موافقة معلومة كممارسة إكلينيكية معيارية تعكس كلا من التوجه نحو العملاء كمستهلكين و التعرف على زيادة التنظيم القانوني للممارسات العلاجية النفسية ، و الاعتبار الأولي في العلاج الأسري هو أن إجراءات من أجل موافقة معلومة يتم إجراؤها مع كل الأشخاص الذين يشاركون في العلاج ، و يشملون أولئك الأعضاء بالأسرة الذين يلتحقون بالعلاج في وقت لاحق ، و بالإضافة إلى الأسباب الأخلاقية لأخذ الوقت للحصول على موافقة معلومة من الأسرة كلها ، فإن هذا الإجراء يوصل رسائل علاجية هامة ، لا يوجد عضو واحد بالأسرة هو الشخص المريض و أنه لا شخص واحد سوف "يعالج" في حين يلاحظ الآخرون العلاج ببساطة ، لا أحد سوف يستثنى من معرفة ما يحدث .

و أوصت مراجعات حديثة خاصة بالموافقة المعلومة بأن الأنماط التالية من المعلومات تقدم للعملاء قبل المبادرة بالعلاج رسميا : (أ) تفسيراً للإجراءات و غرضها (ب) دور الشخص الذي يقدم العلاج و مؤهلاته المهنية ، (ج) انزعاجات أو مخاطرات على نحو معقول تكون متوقعة ، (د) فوائد على نحو معقول تكون متوقعة ، (هـ) بدائل للعلاج يمكن أن تكون ذات فائدة مماثلة ، (و) تقرير بأن أي أسئلة خاصة بالإجراءات سوف يجاب عليها في أي وقت ، (ز) تقرير بأن الشخص يمكن أن يسحب موافقته و يتوقف عن المشاركة في العلاج أو الاختيار في أي وقت (everstine , 1980 , hare-mustin et al , 1979)

كما تنطبق كل من هذه الخطوط الإرشادية على العلاج الزوجي و الأسري ، و الختان الإرشاديان (ج-د) على سبيل المثال ، يستحقان انتباهاً خاصاً بقدر ما تكون المخاطر و الفوائد مختلفة في العلاج الأسري عنها في العلاج الفردي .

و حيث أن لكل عضو في الأسرة لديه تحكم أقل على النتيجة النهائية للأسرة منه في العلاج الفردي ، فإن العملاء يجب أن يندروا في العلاج الزوجي و الأسري قد يؤديان إلى نتيجة ينظر إليها باعتبارها غير مرغوب فيها بواسطة واحد أو الآخر من المشاركين على سبيل المثال ، قرار الطلاق أو المهادنات في قوة أعضاء الأسرة فوق قوة الآخر .

و البيانات على العلاج الفردي مقابل العلاج الأسري تكون مركزية للخط الإرشادي (هـ) ، بصفة خاصة للشخص غير المتسق بين الرغبة في تحسين العلاقات الزوجية / الأسرية و الرغبة في ملاذ خاص بعلاقة علاجية فردية ، و طبقا للرأي الشامل لجارمان و كنيسكيرن (1978 , gurman& kniskern) و مع أن العلاج الزوجي قد يبعث على المخاطرة فإن العلاج الفردي للمشاكل الزوجية يكون أخطر : العلاج الفردي للمشاكل الزوجية يؤدي إلى تحسن لدى أقل من نصف عملائه ، في حين أن العلاجات التي تتضمن كلا الشريكين تؤدي إلى تحسن في ثلثي العملاء تقريبا ...

و إنه لأمر نمطي في معظم العائلات أن بعض الأعضاء أكثر لهفة على المشاركة في العلاج من الآخرين ، مما يزيد القضية .. الخاصة بالمشاركة التطوعية ، و من الواضح أن إجبار الفرد المقاوم عن طريق أعضاء الأسرة الآخرين أو بواسطة المعالج يكون غير أخلاقي ، و مع ذلك فإن هذا لا يعني أن المعالج لا يستطيع أن يشجع عضو أسرة بشدة على الحضور جلسة واحدة على الأقل لاكتشاف ما قد يقدمه العلاج ، و لا يوحي أن المعالج يتجاهل ما هي الأسباب المحددة التي قد تساهم في مقاومة الشخص مثل الشعور بالتهديد ، و في تصنيف ما إذا كان أو لم يكن عضو معين بالأسرة سوف يشارك في العلاج ، يجب على المعالج أن يحدد المدى الذي يتوقع عنده كل شخص أن يشارك ، على سبيل المثال ما إذا كان

بعض الأشخاص يستطيعون ببساطة أن يحضروا جلسات العلاج في دور الملاحظ و يتعلمون بقدر كاف عن العملية العلاجية حتى لا يفعلون شيئاً لعاقة تقدمه ، و يجب كذلك أن يشرح المعالج للعضو المقاوم أنه إذا بقي أعضاء الأسرة الآخرين يختارون أن يشاركوا فإن الأسرة ككل يحتمل أن تتغير بصرف النظر عن أن ذلك الفرد تعودته المشاركة .

و يأتي مصدر ممكن من الإكراه الذي يحيط بالمشاركة التطوعية من السياسة العلاجية الشائعة نسبياً لرفض رؤية الأسر ما لم يكن كل الأعضاء الآخرون بالأسرة دون علاج لمجرد أن أحد الأشخاص غير راض بأن يشارك ؟ هل قرار شخص واحد بالإنهاء يعني أن كل أعضاء الأسرة يجب أن يتوقفوا عن الاتصال بالمعالج ؟ لتجنب الاستنتاج بأن عضواً واحداً بالأسرة ينكر على الآخرين الوصول إلى الخدمات العلاجية ، فيجب على المعالجين ذوي التفضيل القوي للعمل مع الأسرة كلها أن يعلموا الأسرة أن معالجين آخرين لا يشاركون بالضرورة هذا التفضيل و يجب أن تكون متاحة لهم قائمة بمصادر إحالة متقنة .

و المعايير للموافقة المعلومة ضرورية ، و لكن النموذج التصوري لمعالج الأسرة يحدد إلى قدر كبير درجة النوعية في المعلومات المقدمة و يمكن أن يعطى معظم المعالجين نظرة شاملة للأهداف (على سبيل المثال ، عدد تكرار الجلسات التي سوف تعقد ، و طول العلاج الذي سوف يستمر على نحو التقريب) ، و مع

ذلك نجد أن هناك إدعانا كاملا مع هذا الخط الإرشادي يمكن أن يكون صعبا نوعا ما ، بصفة خاصة بالنسبة للمعالج الاستراتيجي الذي يعبئ الميول المتعارضة لأعضاء الأسرة خلال تدخلات متناقضة (stanton, 1981)

علاوة على ذلك ، فإن معظم صور العلاج الزوجي و الأسري تتضمن أنماطا معينة من تناول موافقة معلومة " حقيقية " محدودة و اختيار حر بخصوص العلاج ، على سبيل المثال ، في حين عدم ضمان تغيرات غالبا ما يجدها المعالجون مساعدة للتعبير عن التفاؤل بخصوص عواقب العلاج في مجهود لخفض قلق الأسرة ، لزيادة التوقعات و لزيادة مجهودات الأسرة المتشعبة (jacobson&margolin, 1979) كما قد يتناول المعالج اندماجات لتحسين تدخل على سبيل المثال ، قد يركز بعض المعالجين على قلق الوالدين بالنسبة لأطفالهما أي " الضغط على التزامات الأطفال بمناخ موثوق فيه من أجل النمو " كفاعلية علاجية لاستثارة التعاون في العلاج الزوجي (boszormenyi-nagy : 183 : 1981 &ulrich) .

و هكذا ، حتى مع أن العملاء يستحقون تصويرا دقيقا للعلاج بإجراءات موافقة معلومة ، فإن الموضوعية و الصراحة الكاملتين قد لا تكونا ممكنتين .

حق الأطفال في الموافقة

حديثا كانت هناك مبالغة أساسية متزايدة في الرأي بأن الأطفال يجب أن يسمح لهم بممارسة الحق في الموافقة على العلاج النفسي ، و إذا تحدثنا بصفة عامة ، فإنه الوالد أو الحارس القانوني هو الذي يتحمل مسؤولية تقديم موافقة الطفل على العلاج ، ووجدت استثناءات لهذه السياسة العامة في تشريعات بعض الولايات التي تقدم للمراهقين الحق في الحصول على إرشاد جنسي أو إرشاد عقائري ، و نظرا للقيود القانونية بالنسبة للأطفال ، فإن المجتمع النفسي يحتاج إلى تناول قضية الموافقة المعلومة مع الأطفال ، و يحتاج المعالج إلى أن يكون حساسا لحقيقة أن الأطفال يكونون مجتمع عملاء و يتطلبون حماية إضافية ، حيث أنه حتى أولئك الوالدين الذين يقصد جيدا أنهم لا يعرفون دائما ما هو الأفضل بالنسبة لأطفالهم ، و قد كان يوصى بأن يوجد نصير للطفل لفحص و حماية ما الذي يكون في أفضل صالح للعميل الطفل ، و بصفة خاصة حينما يعارض بعناد في علاج طفل (Morrison 1979 , et al) أو حينما لا يملك الطفل القدرة على إعطاء موافقة غير مضغوطة تماما (koocher , 1976)

و المنطق وراء الحصول على موافقة معلومة من الطفل الذي سيكون مشاركا في العلاج هو على الأقل مخاطبة مثل المشاركة في البحث ، و حيث تعتمد فاعلية العلاج النفسي على علاقة موثوق فيها بين المعالج و العميل ، فإنه يوجد الكثير الذي يكتسب بتفسير ما يمكن أن يحدث و جعل الطفل يصبح منغمسا في القرارات

التي سوف تساهم في المسعى العلاجي (lo cicero , 1976) إن وصف الإجراءات بلغة مبسطة يستطيع الطفل أن يفهمها و سؤال الطفل عن ما قد كان يقال يكشف لكل من المعالج و الوالدين المدى الذي إليه كل طفل ما سوف يحدث ، و الأطفال الذين تعوزهم خلفية الخبرة أو التدوق لوزن المخاطر و الفوائد لقرار معلوم يجب أن لا يضغط عليهم لإعطاء معلومة مكتوبة (levy&brackbill,1979)

قيم المعالج

إن تأثير قيم المعالج لا مهرب منها في أي عملية تغير علاجي يمكن أن يلعب دورا هاما في العلاجات الزوجية و الأسرية ، و تستتبط قضايا مناقشة في العلاج الأسري قيما شخصية و أسرية و مجتمعية هامة جدا بخصوص الحفاظ على النظام الأسري و العلاقات خارج الزواج ، و أدوار الجنسين ، و التعامل على نحو علاجي مع هذه القيم لا يكون سهلا ، بصفة خاصة حينما يواجه المعالج صراعا في القيم بين أعضاء الأسرة المختلفين و يميل إلى تدعيم اعتقادات اتجاهات أحد أعضاء الأسرة فوق الآخر .

رقابة الأسرة :

إلى أي حد يعبر معالج أسرى أو زوجي عن آراء شخصية بخصوص ما إذا كان زوجان يجب أن ينفصلا أو يطلقا ؟ يوجد المعيار المهني الأوضح لهذه القضية في

الكود المهني للاتحاد الأمريكي لعلاج الزواج و الأسرة (AAMFT) الذي يقرر أنه " في كل الظروف ، سوف ينصح المعالج بوضوح عميلاً بأن القرار خاص بالانفصال أو الطلاق هو مسؤولية العميل على نحو منفرد " (AAMFT,1979) ، بالرغم من المناشدة من حيث المبدأ ، و هذه الوقفة تكون صعبة ، إذا لم تكن مستحيلة للمزاولة في الممارسة ، و إحدى وظائف العلاج الأسري ، بالتأكيد هي مساعدة الأزواج المكرويين على أن يقرروا ما إذا كانوا يبقون معاً حقاً ، معظم الأزواج الذين يدخلون العلاج الزوجي قد أخذوا في الاعتبار الانفصال أو الطلاق ، و البعض يسعون إلى العلاج للغرض الواضح الخاص باتخاذ القرار ، و يكون هؤلاء الأزواج حساسين تماماً للإشارات التي يقدمها المعالج بخصوص آرائهم عن العلاقة (jacobson & margolin , 1979 : 335)

و مع أن قليلاً من المعالجين يمكن أن ينكروا صياغة الانطباعات الخاصة بما إذا كان زوجان يجب أن يبقيا معاً ، فإنه يوجد تغير أساسي في مدى الراحة التي يشعر بها المعالجون في مشاركة الآراء ، و يجادل يويل و زملاؤه (yoell et al , 1971) بأن " المعالج يحتاج بشكل متكرر أن يتخذ القرار نيابة عن المريض " إنه يتعهد بمثل هذا القرار " إذا كانت المريضة تعيسة بشدة في زواجها ، و إذا كانت كل خطوة يمكن أن تؤخذ تبدو أنها قد أخذت و فشلت ، إذا أغلق التنبؤ بالعلاقة

بلغة السعادة إلى صفر ، حينئذ أقبل المسؤولية ليس فقط بانتهاء الزواج و لكن بالمساعدة بكل طريقة عملية لإبقائه .

و يزيل معالجون آخرون عديدون عبارة واضحة خاصة برأي فردي للعميل و هو يزعم أن انعكاس خبرة مهنية ربما يجعل هذا التأثير واضحا ، و يكون العملاء أفضل قدرة على اختيار المدى الذي يريدون فيه أن يترنحون بآراء المعالج و يصنفوا ردود فعلهم الخاصة كمنفصلة عن تلك الخاصة بالمعالج (gurman & klein , 1981)

أفعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج

هل معرفة أن أحد الشريكين ينغمس في الوقت الحالي في فعل جنسي غير مشروع خارج نطاق الزواج يغير من سير العلاج؟ فالمعالجون الذي يجيبون "لا" على هذا السؤال غالبا ما يركزون على تحسين العلاقة الأساسية، التي إذا ما كانت ناجحة يمكن أن تتضاءل في الأهمية، كما يشجع عدد صغير من المعالجين أحد القرينين على المبادرة أو الاستمرار في عمل جنس غير مشروع للرفاهية الخاصة بالفرد أو ربما حتى لتحسين العلاقة.

و مع ذلك توجد عقبات ممكنة لتأييد أفعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج للعملاء أولا، حتى إذا كان الفعل الجنسي غير المشروع مفيدا لأحد الشخصين، فإن

الآخر لا بد أن يقاسى، ثانيا العلاج الذي يوجه اتجاه العلاقة غير محتمل للنجاح إذا وزع قرين انتباهه بين علاقتين

و البديل الآخر هو إحباط علاقات خارج الزواج بشدة أو حتى الإشتراط بأن الأفعال غير المشروعة خارج الزواج يجب أن تنتهي من أجل بدء العلاج (jacobson & margolin , 1979) و هذه الوقفة توصف بشكل نمطي باعتبارها استراتيجية أكثر من أخلاقية ، تفترض أن الفعل الجنسي غير المشروع يمكن أن يعوق قدرات كلا الشريكين عن إلزام أنفسهما كلية بتحسين العلاقة و يمكن أن يؤدي إلى ايقاف و إحباط سير العلاج، و مع تزييله على نطاق واسع، فإن هذا الوضع يمثل قيمة مهنية أكثر من استنتاج منشق إمبيريقيا.

و الفائدة العلاجية لهذه الوقفة هي أنها غالبا ما تحت على إنهاء فعل جنسي غير مشروع كتوضيح خاص بأن رغبة القرين أن يعمل من أجل العلاقة ، و مع ذلك فإن العقبة هي أن أحد القرينين يمكن أن يلغى بحذر المعلومات الخاصة بفعل جنسي غير مشروع خوفا من أن يكون مستثنيا من العلاج .

أدوار الجنس

إلى أي حد يقبل المعالج تعريف الأسرة بهويات الدور الجنسي كمقاومة لمحاولة التأثير على و تعديل اتجاهاتهم بهذا الخصوص ؟ و قد أدى الانتباه الحديث إلى هذا السؤال إلى الاستنتاج بأن العلاج الزوجي و الأسري غالبا ما يميل إلى تدعيم

تتميط الدور الجنسي (gurman & klein, 1981) و من الاتجاهات الجنسية الموجودة لتمييز العلاج النفسي بصفة عامة (قوة مهمة APA على التحيز الجنسي و تتميط دور الجنس 1975 ، فإن معالجي الأسرة مستهدفون بصفة خاصة إلى التحيزات التالية : (1) افتراض أن البقاء في الزواج يمكن أن يؤدي إلى توافق أفضل للمرأة ، (2) ايضاح اهتمام أقل ب أو الحساسية لمهنة امرأة عن مهنة رجل ، (3) تأييد الاعتقاد بأن تربية الطفل و هكذا مشاكل الطفل تكون مسؤولية الأم على نحو منفرد ، (4) عرض معيار مزدوج لفعل جنس غير مشروع لزوجة مقابل زوج ، (5) الإذعان لاحتياجات الزوج مقابل تلك الخاصة بالزوجة .

كيف يستجيب المعالج حينما يوافق أعضاء الأسرة على أنهم يريدون أن يعملوا اتجاه أهداف تمثل في رأي المعالج أيديولوجيات جنسية ؟ بمحاولة البقاء دون إصدار حكم بخصوص أهداف العميل ، فإن المعالج قد يدعم دون تعمد هذه الاتجاهات الجنسية ، و لكن بمحاولة إعادة توجيههم إلى وجهة نظر مساواتية ، فإن المعالج قد يعوق الأسرة عن بلوغ أهدافها و يبعد أولئك الأفراد الذين تكون نشأتهم الاجتماعية سعيدة بالأدوار التقليدية (Hare – mustin , 1978)

و تنشأ أزمة أكثر صعوبة عندما تتحدى المرأة الأدوار الجنسية التقليدية في حين يكون الزوج على ما يبدو جنسيا عنيذا ، و بمجرد أن يحدد المعالج حتى بصفة خاصة جنسية الزوج باعتبارها المشكلة فإن المعالج يكون قد انتهج

المبادئ الإرشادية في العلاج الزواجي - التحالف المتوازن مع كل شريك و
السعي لفهم منظور كل قرين على قضية ، و ما يحتاج تصنيفه هو ما إذا كانت
أدوار النظر إلى الصراع تعكس أوضاعا ايديولوجية متشعبة أو ما إذا كانت
الفروق الايدولوجية تتأكد عن طريق قضايا العلاقة، اي ان المتطلبات الزوجة
تهدد الزوج، الذى يصبح اكثر جمودا في موقفه، والذى يجعل الزوجة تعمل
مزيدا من المتطلبات، وهكذا. ففي هذا الموقف الاخير يوجد عدد من الطرق
يعكس القطبية المكثفة للزوجين وبذلك فان المعالج يمكن ان يتجنب ان يصبح
مشوشا في صراع أيديولوجي... .

...وحيث ان عدم الانتباه لقضايا دور النوع يؤدي الى مخاطرة تدعيم عدم مساواة دور
النوع، فانه يوصى ان المعالجين الاسريين يفحصون الاهداف العلاجية فى ضوء القيم
التقليدية مقابل القيم اللاتقليدية. كما يوصى بان المعالجين يفحصون سلوكهم الخاص
بالنسبة لتعليقات واسئلة غير مقصودة قد تتضمن ان الزوج والزوجة يقودان ادوارا
واوضاعا تفاضلية وفى النهاية، يوصى بان المعالج يكون واعيا بآرائه الشخصية
بخصوص ادوار النوع من اجل تجنب فرض هذه الآراء على الاسرة او اصدار حكم
عل سرية ؟ كما ينشأ السؤال عما إذا كان الامتياز هو اتصالات عميل بعميل ؟ حيث
تمد بعض المؤسسات الامتياز إلى أشخاص يساعدون في تسليم الخدمات الشخصية و
يكونوا موجودين خلال التمتمة بالمعلومات السرية (على سبيل المثال ، الممرضات و

الفنيين) ، و قد يوضح تفسير تحرري لقوانين الامتياز أن أعضاء الأسرة (أو أعضاء مجموعة) هم وكلاء للمعالج (Bersoff&jain, 1980) و بقصور التشريع التعريفي على هذه القضايا لا يستطيع معالج الأسرة على نحو مريح افتراض أن قوانين الامتيازات الموجودة تحمي الاتصال الذي يحدث خلال العلاج الأسري ، و نظرا لعدم تناغم القوانين الحالية فإن المعالج قد يرغب في الحصول على تفاهم واضح مع أعضاء الأسرة على هذه القضايا ، على سبيل المثال الحصول على اتفاق مكتوب بأن لا أحد من الأعضاء سوف يطلب من المعالج أن يشهد في التقاضي .

حقوق العملاء و مسؤوليات المعالجين

يدعم معظم المعالجين النفسيين على نحو رسمي المبادئ الأخلاقية لمهنتهم ، و تستلزم هذه المبادئ بتعزيز رفاهية العملاء و تأكيد حقوقهم .

المبادئ الأخلاقية في العلاقة العلاجية

بتأكيد حقوق العملاء يستطيع المعالجون أن يطابقوا مساواة و مسؤولية عملائهم بالنسبة لمشاركتهم في العلاج ، و إلى أقصى حد بالنسبة لحياتهم ، و بالإضافة إلى ذلك تأكيد أماكن حقوق العملاء المطابقة للمسؤوليات على العملاء ، و يتوقع من العملاء أن يختاروا بحكمة للاستفادة من المعلومات المقدمة ، و لافتراض الضبط في مشاركتهم في العلاج ، و بمساعدة العملاء على قبول حقوقهم و مسؤولياتهم ، يشجع المعالجون الأداء الصحي و كذلك الصحة النفسية ، و بأخذهما معا ، فإن هذه المسؤوليات و الحقوق التي تتبع مع المعايير الأخلاقية يتكون نموذج لممارسة العلاج الذي يمكن أن يتناقض مع نماذج أخرى .

و يمكن أن يقدم هذا النموذج فوائد للمعالجين و للمهنة ، و يمكن أن يجعل توكيد حقوق العملاء المعالجين الممارسين أكثر فاعلية ، كما يمكن أن يشجع الاتصال

المفتوح الخاص بطرق و أهداف العلاج على التوقعات الفعلية الخاصة بالعلاج و النتيجة ، و العلاج الذي يكون حساسا لحقوق العملاء قد يكون قادرا على تقليل المآزق العلاجية إلى أدنى حد و كذلك الإنهاءات أحادية الجانب النابعة من عدم الرضا غير اللفظي للعميل ، و في النهاية يمكن أن يحمي توكيد حقوق العملاء الممارس من الإجراءات الجنائية أو الخاصة بسوء الممارسة (Roston &sherrer , 1973) ، و إذا لم يكن التنظيم الداخلي للمهنة فعالا على نحو مرئي في حماية العملاء ، فإن الممارسة المهنية قد تكون مفتوحة لتنظيم خارجي .

مضمونات للتدريب :

يكون معالجون قليلون مستعدين على نحو كاف عن طريق تدريبهم لتنفيذ المعايير الأخلاقية في الممارسة ، و يجب أن ينشئ التدريب صورة للعملاء كأقوياء و راشدين مسؤولين ، و يغرسوا إحساسا بالمسؤولية لدى المعالجين بالنسبة لحقوق و كرامة العملاء ، و كما اقترح كيسلر (kessler,1977) يجب أن نعيد التفكير و نعيد تنظيم برامجنا التدريبية إذا كان لممارستنا للعلاج أن تكون متسقة مع مبادئنا الأخلاقية .

توكيد العملاء يؤدي إلى اختيارات مدعومة

أولا : يحتاج العملاء إلى معرفة الاجراءات و الأهداف و التأثيرات الجانبية للعلاج و تناقش بعض القضايا المتضمنة في تقديم وصف إجراءات و أهداف العلاج في القسم أدناه الخاص بتأسيس عقد ، و القضية الخاصة بما إذا كان للعميل أن يعلم بتأثيرات جانبية ممكنة للعلاج يولد جدلا أكثر ، و تكون المعلومات الخاصة بالتأثيرات الممكنة غير المباشرة أساسية إذا كان للعميل أن يزن الفوائد و المخاطر الخاصة بالدخول في العلاج (coyne , 1976 a) ، و حديثا فقط حول الأخصائيون النفسيون انتباههم إلى مسألة تأثيرات العلاج غير المباشرة (strupp&hadley,1977) .

و هكذا فإن مزيدا من الأبحاث يحتاج إليها لتوسيع معرفتنا الخاصة بالتأثيرات غير المباشرة .

والموضوع الذي يتلقى الآن كثيرا من الانتباه هو الثقة و الاتصال المتميز في العلاج ، ومدى الثقة في الاتصال والسجلات يكون محدودا على نحو أكثر بكثير من الافتراض، والطرف الثالث - المدفوع له - قد يطلب من المعالج أن يجهز المعلومات التي لن يرغب في إفشائها، مثل هذه المعلومات قد تكون متاحة للاستعادة بواسطة آخرين، وقد لا تكون الثقة في العلاج الجمعي محمية تحت قوانين الاتصال المميز رغم أن كثيرا من المعالجين والعملاء يفترضون ذلك (meyer&smith,1977) وتقدم بعض العلاجات بطبيعتها إجراءات وقائية للثقة أقل من الأخرى على سبيل المثال في العلاج الزوجي ، قد يثير المعالج إفشاءات تضر فيما بعد العلاقات الزوجية (rubin&mitchell,1976) وقد يفحص المعالجون الحاجة إلى إعلام العملاء أن حالاتهم قد تناقش أحيانا مع زملاء أو مشرفين أو في مؤتمر (bersoff,1975,270)

ثانيا : يحتاج العملاء إلى معلومات عن صفات المعالج ليعملوا اختيارات معلومة عن دخول العلاج ، و قد يكون لدى العملاء شكوكا بخصوص تخصصات و تدريب المهنيين المتنوعين ، و كما اقترح رينبون (winbon,1997) تكون التسمية الأمينة ضرورية إذا ما كان للإختيارات المعلومة أن تتم ، و يختلف المعالجون حول مدى المعلومات عن المهارات و المؤهلات و التدريب الذي يقدم للعميل ، و مع ذلك لا يكون المعالجون في التدريب هم وحدهم الذين يجب أن يعملوا العملاء عن وضعهم و مؤهلاتهم ، و تقديم وصف للمهارات و الخبرة و الاستجابة لاستفسارات العملاء يحمي كلا من المعالج و العميل من توقعات غير واقعية قد يعتنقها العميل .

ثالثا: يحتاج العملاء أن يعرفوا عن بدائل العلاج النفسي، ومن غير العادي للمعالجين أن يشاركوا في المعلومات الخاصة عن المصادر البديلة مع عملائهم، و مع ذلك، فإن المعايير بالنسبة للمقدمين تقرر أن المعالجين لديهم مسؤولية لإعلام أنفسهم عن شبكة الخدمات البشرية في مجتمعاتهم و استخدام هذه المعرفة في عمل الإحالات ، و لأن معرفة العملاء بالمصادر المتاحة محدودة عادة ، فإن على المعالجين مسؤولية تقديم هذه المعلومات .

قضايا عن القرارات المعلومة

متى يجب تقديم المعلومات ؟

يجد بعض المعالجين (على سبيل المثال winborn , 1977) أن الوقت التفاؤلي لتعليم العملاء عن العلاج هو نهاية المقابلة الأولى، ومع ذلك قد لا ينطبق هذا بالنسبة للعملاء الذين يدخلون العلاج في أزمة، وبالنسبة للعملاء الذين يضطربون بعمق، فإن المعالج قد يوازن الحاجة إلى تقديم مساندة مباشرة وشفاء مقابل المسؤولية لاسكتشاف ما إذا كان المعالج قد أتى للمكان الصحيح للمساعدة ، ومع ذلك حتى إذا أجل فحص العلاج وبدائله لجلسات عديدة فلا يجب أن تضيع فرصته .

كيف يجب تقديم المعلومات عن العلاج و بدائله ؟

قد يتم تقديم أنواع شفهيًا أو تحريريًا أو على شريط سمعي أو مرئي ، و يمكن تقديم أنواع معينة من المعلومات عن طريق مستقبل أو مقابل يأخذ المعلومات ، و في بعض الأحيان قد يخفض المعالجون أو يتنازلون عن الأتعاب لمثل هذه الجلسة الخاصة بتحصيل المعلومات .

و يجب أن تتسق طريقة تقديم المعلومات للعملاء بالمبدأ الأخلاقي للاختيار المعلوم ، و تعتبر التحيزات و المعلومات غير الدقيقة هي انتهاكات لهذا المبدأ على سبيل المثال ، و يمكن أن يكون المعالجون حذرين لتمييز الأنظمة البديلة على نحو معقول ، و قد تحدث ورطة أخلاقية حينما تكون للمعالج مشاعر قوية عن ما هو منهج العمل الذي يكون أفضل للعميل ، و في مثل هذا الحالات قد يشعر المعالج بأنه ملتزم بتوجيه هذه المشاعر للعميل بصفة خاصة إذا مال العميل نحو منهج أو عمل آخر ، و التوصية بمنهج أو عمل يمكن أن يرى كتعزيز رفاهية العميل ، و مع ذلك حينما يصر و يتشبث المعالج على منهج عمل ، فإن حق العميل للاختيار يتضاءل .

هل يوجد عيوب لتحقيق حقوق العملاء في قرارات معلومة ؟

قد تقنع مناقشة مبتسرة أو متحمسة بإفراط خاصة بالبدايل العميل بأن المعالج لا يريده في العلاج، والعيب الآخر هو أن بعض العملاء المحتملين أو الممكنين قد يختاروا مصادرًا للمساعدة غير العلاج، وبالنسبة للمعالجين الذين تعتمد سبل رزقهم على عملائهم فإن هذا قد يكون مزعجا نوعا ما، ومع ذلك فإن القلق بالنسبة لفقد العملاء يجب أن ينظر إليه وفقا للمنظور.

وينتهي كثير من العملاء الممكنين بعد المقابلة الأولى على أي حال، وقد تؤدي المناقشة المفتوحة للعلاج وبدائلها إلى أن يستمر بعض هؤلاء العملاء في العلاج .

وقد يشعر بعض المعالجين ذوي التوجه السيكو دينامي (التحليل النفسي) بأن معلومات تفصيلية عن العلاج و المعالج تؤدي إلى خفض أو ضعف علاقة الطرح (wolberg,1967) ، و يشعر معالجون آخرون بأن الإفشاء المفتوح يعزز علاقة العملاء - المعالجين .

تأسيس الاتصال

تؤكد المبادئ الأخلاقية أن المعالجين يجب أن يعلموا العملاء عن غرض و طبيعة العلاج وأن العملاء لهم حرية الاختيار عن مشاركتهم، وتحدد عملية تقديم المعلومات والحصول على موافقة عن طريق استعمال اتصال العلاقة العلاجية كمسعى مشترك يساهم فيها المعالج بالمعرفة والمهارة في علم النفس ويحضر العميل إليها لمعرفة شخصية متخصصة و إلتزام بالعمل على مشاكله (adams&orgal,1975) و ابتكار اتفاق تعاقدى هو تفاوض بين الشركاء .

والغرض من الاتصال هو تحديد العلاقة العلاجية، ويشجع ابتكار عقد - سواء أكان مكتوبا أو لفظيا - العميل والمعالج على تحديد الاهداف، والتوقعات، والحدود الخاصة بالعلاج، وتعيين كل من المشكلة (أو التشخيص إذا عمل أحدهما) والعلاج يجعل المهنة أكثر مسؤولية (schulberg,1976) .

وبالإضافة إلى ذلك فإن العقد يمكن أن يمنع سوء التفاهم الخاص بالمسؤوليات والطرق والترتيبات العملية الخاصة بالعلاج، وفي هذا الخصوص يمكن أن تحمي العقود كلا من المعالج والعميل من الإحباط أو التوقعات الزائفة .

وتحدد معظم عقود العلاج بعض أو كل الطرق التالية للعلاج وأهدافها وطول و تكرار الجلسات وفترة العلاج، وتكلفة وطرق الدفع وشروط للإلغاء وإعادة التفاوض الخاصة بالعقد ، و مدى كل من مسؤولية الشخص ، و درجة الثقة ، و تختلف القضايا التي يغطيها كل عقد طبقا لتوجه المعالج و ميل العميل ... فيميل بعض المعالجين على طبيعة العلاقة ، و يقدم معالجون آخرون تحديدات دقيقة لمدى الثقة ، و يثير العقد الذي يتضمن عملاء عديدين - كما في العلاج الزوجي و الأسري أو العلاج الجمعي - مشاكل خاصة ، و بالمثل فإن الشخص يجب أن يكون حساسا بصفة خاصة للقضايا الأخلاقية حينما يتم التعاقد مع عميل طفل ، و الذي قد يكون في وضع لاتفاق ذي معنى (robinson,1974) ، و كلما كان العقد أكثر تفصيلا كلما كان أكثر تكرارا حينما يتم إعادة التفاوض بسبب تغير ظروف العميل و ابتكار أهداف العلاج ، و يعتبر إعادة التقييم الدوري و المراجعة هما جزء تكاملي من عملية التعاقد .

و يهئ المثال التالي الخاص بعقد من نموذج مقترح بواسطة مجموعة الأبحاث الصحية ، مجموعة رالف نادر (adams& nader group orgel, 1975)

أنا (فلان) أوافق على الالتحاق بدكتور (فلان) كل ثلاثاء من يوم شهر عام إلى يوم شهر عام ، في الساعة الثالثة بعد الظهر ، خلال هذه الجلسات العشرة التي يبلغ زمن كل منها 45 دقيقة سوف نوجه جهودنا المشتركة نحو ثلاثة أهداف :

1- تمكيني من عمل مناقشات مع قريني بدون غضب .

2- تفسير يرضيني لسبب تجنبي زيارة والدي

3- التغلب على مخاوفي من مقابلة أفراد جدد .

أوافق على دفع 50 جنيه للجلسة من أجل استخدام مصادرها و تدريبها و خبرتها كجلسة علاجية ، و هذا المبلغ قابل للدفع في وقت الجلسة .

إذا لم أَرْضَى بالتقدم المعمول على هذه الأهداف ، قد ألغى أي مواعيد مستقبلية بشرط أن أعطي للدكتور (فلان) إنذارا بنيتي على الإلغاء قبل الميعاد بثلاثة أيام ، و في هذه الحالة أكون / لا أكون دافعا لجلسات لم تتم ، و مع ذلك إذا تم فقد جلسة بدون انذار مسبق ب 24 ساعة ، أكون/لا أكون مسؤولا ماليا عن تلك الجلسة المفتقدة ، و يستثنى من هذا الترتيب الحوادث أو الأمراض غير المتنبى بها أو التي لا يمكن تحاشيها أو تجنبها .

و في نهاية عشر جلسات ، أوافق أنا و دكتور (فلان) على أن نتفاوض مرة أخرى بخصوص هذا العقد ، و نحن نضمن امكانية أن الأهداف المقررة ستكون قد تغيرت خلال فترة العشر جلسات ، و أفهم أن هذا الاتفاق لن يضمن أنني سأكون قد حققت هذه الأهداف ، و مع ذلك لن يكون عرضا من جانبي لأن أدفع للدكتور (فلان) عن الوصول إلى مصادرها كجلسة علاجية و قبولها لتطبيق كل هذه المصادر كمعالجة بنية طبية .

و اشترط بالاضافة الى ذلك أن هذا الاتفاق يصبح جزءا من السجل المقبول لكلا الطرفين ساعة ما يشاء الفرد ، و لكن ليس لشخص آخر دون موافقة مكتوبة ، و سوف يحترم المعالج حقى في المحافظة على السرية الخاصة بأي معلومات متصلة بي للمعالج خلال منهج العلاج .

و إني (أعطي / لا أعطي) إذن للدكتور (فلان) ليسجل على شريط مسموع الجلسات ليقوم باستعراضها ، و مع ذلك فلن تنشر أو تتواصل أو غير ذلك من تفشي بدون موافقتي المكتوبة ، و أي من هذه المعلومات التي إذا ما نشرت يمكن أن تؤذيني بأي طريقة .

إمضاء العميل

إمضاء المعالج

التاريخ

موضوعات خاصة بالعقود

هل يجب أن يحدد العقد كل التقنيات ؟

يجب تحديد التقنيات التي قد تكون في تنافر مع قيم العملاء ، و يجب أن يعرف العميل ما إذا كان العلاج سوف يتكون من الحديث أو لعب الدور أو عمل جسمي إذا استخدمت تقنيات منفرة و إذا توقع الشخص أن يأخذ دواء أو إذا آخرون - مثل أعضاء الأسرة - سيكونوا منغمسين ، و إذا كان الشخص سوف يتوقع منه أن يلتحق بمجموعة ، و يجب أن يؤمن المعالجون الذين يتابعون العملاء إذنهم في العقد ، حتى إذا كان هذا التحيز لاستجابات مستقبلية و تكون بعض الممارسات مثل العلاقات العميل ، الجنسية مع العملاء غير أخلاقية ، و تبقى هكذا سواء وافق أم لم يوافق العميل ، و قد نوقش أن صور العلاج التي يعارض لها بعض المعالجين مثل الصياح الأولى أو علاج "المداعية" يجب أن يسمح به إذا وافق العملاء بحرية عليه مع معرفة كاملة بالمخاطر و الفوائد .

و استخدام العقود لا يمكن أن يحمي العملاء من اتخاذ قرارات لا تكون موائمة مع أفضل اهتماماتهم ، و مع ذلك إذا وجد اختلاف ضخم في قوة المساومة لأطراف التعاقد بحيث لا يملك العميل اختيارا حقيقيا أو بديلا ، فإن مثل هذا التعاقد يعتبر قد يعتبر خاليا من الضمير قانونا (Schwitzgebel,1975;1976) .

ماذا إذا كان لدى المعالج مشاكل أخلاقية و شخصية مع هدف العميل ؟

يمكن أن تنشأ صعوبات خاصة في أهداف محدودة في العلاجات التي تتضمن أكثر من شخص واحد مثل العلاج الجمعي أو الزوجي أو الأسري

و يجب أن يكون المعالجون حذرين بالنسبة لمساندة الأهداف من أجل المحافظة على وحدة الأسرة التي تهيمن على حقوق الأفراد .

و يقدم العلاج مع الأطفال اعتبارات خاصة و بعض المعالجين الذين يعملون مع الأطفال يناصرون العقد لأنه يشجع على ضبط الذات و يؤجل الإشباع ، و مع ذلك تبدو هذه هي أهداف الوالدين و المعالج و ليست أهداف الطفل ، و قد يجد المعالج من الصعب مساندة الأهداف الوالدية التي تنكر حقوق العميل الطفل .

و قد لا يتم التنازل عن حقوق معينة للأطفال (sehdev,1976) و قد تم اقتراح أن الطفل الذي ليست له القدرة على إعطاء موافقة كاملة غير مضغوطة يجب أن يكون له نصير غير الوالد أو المعالج (koocher , 1976) .

كيف يجب أن يستجيب معالج لعميل لا يريد عقدا ؟

بالنسبة للمعالج الذي يشعر بشدة بالمرغوبية في تحديد الأهداف و الترتيبات بالنسبة للعلاج ، قد يكون العقد مثل جزء متكامل خاص بالتقنية التي لن يعمل بدونها ، و قد يرفض بعض العملاء عقدا لأنهم يشكون أن العقد يقصد به فائدة للمعالج وحده ، فبالنسبة لهؤلاء العملاء و كذلك العملاء الآخرين ، يكون العقد كفكرة غير عادية قد تتطلب تفسيراً هائلاً ، و مع ذلك يجب أن يقدم التفسير على نحو يستطيع للعميل الحق في رفضه .

ثانيا : تسهيل الموافقة المعلومة للعلاج النفسي للمرضى الخارجيين شكل كتابي مقترح حينما تأتي للعلاج تشتري خدمة و تحتاج لذلك معلومات لاتخاذ قرار جيد ، و أدناه بعض الأسئلة التي قد تريد توجيهها ، و قد تحدثنا عن بعض منها .

و أنت مفوض لسؤالي أيا من هذه الأسئلة متى أردت أن تعرفها ، و إذا لم تفهم إجاباتي إسألني مرة ثانية .

1- العلاج :

أ) كيف ينجح نوع علاجك

(ب) ماهي المخاطر الممكنة المتضمنة ؟ (مثل الطلاق ، الاكتئاب)

(ج) ما النسبة المئوية لتحسين العملاء ؟ في أي نواح ؟

(د) ما النسبة المئوية لعدم تحسن العملاء ؟

(هـ) ماهي النسبة المئوية لتحسن أو عدم تحسن العملاء بدون هذا العلاج ؟

(و) ما طول المدة التي يستغرقها العلاج تقريبا ؟

(ز) ما الذي يجب أن أفعله إذا شعرت أن العلاج لا ينجح ؟

2/ البدائل :

(أ) ما هي أنماط العلاج أو المساعدة الأخرى التي توجد ؟ (مثل جماعات المساندة)

(ب) ما مدى نجاحها ؟

(ج) ما هي مخاطر هذه المجالات الأخرى ؟

3/ المواعيد :

(أ) كيف تجدد المواعيد ؟

(ب) ما طول الجلسات ؟ هل يجب أن أدفع أكثر لجلسات أطول ؟

(ج) كيف أستطيع الوصول إليك في أية طوارئ .

(د) إذا لم تكن متاحا ، فمن يكون موجودا لكي أستطيع التحدث إليه ؟

(هـ) ماذا يحدث إذا كانت الحالة سيئة أو كنت مريضا ؟

4) السرية :

(أ) ما نوع السجلات التي تحتفظ بها ؟ من يستطيع الوصول إليها ؟ (شركات التأمين ،

المشرفون)

(ب) ما هي الحالات التي يسمح لك فيها أن تخبر الآخرين عن الأشياء التي نناقشها ؟
(التهديدات الانتحارية ، أو القتل ، إساءة الطفل ، قضايا المحاكم ، شركات التأمين ،
المشرفون)

(ج) هل لأعضاء آخرين من أسرتي أو المجموعة الحق في الوصول إلى المعلومات ؟
5- الأتعاب :

(أ) ماهي أتعابك

(ب) ما طريقة الدفع ؟ في الجلسة ، أو شهريا ، الخ

(ج) ما هي سياستك بخصوص رفع الأتعاب ؟ (على سبيل المثال كم عدد المرات
التي رفعتها في السنتين الماضيتين)

(و) إذا فقدت مصدر داخلي ، فهل يمكن تخفيض الأتعاب ؟

(ز) إذا لم أدفع الأتعاب ، فهل تقدمني إلى محكمة المطالبات الصغيرة ؟ و هل تستخدم
وكالة تحصيل أو محاميا ؟ و تحت أية ظروف ؟

6- أمور عامة :

(أ) ما هو تدريبك و خبرتك ؟ هل لديك رخصة ، و هل يتم الإشراف عليك ، و هل
تشهد لك هيئة ؟

(ب) من الذي أتحدث إليه إذا كان لدي شكوى بخصوص العلاج الذي لا يمكن أن تصل
به إلى النجاح ؟ (على سبيل المثال ، المشرف ، هيئة ممتحني الأخصائيين النفسيين)

و يتناول العقد (كراسة الشروط) معظم هذه الأسئلة و سوف أكون سعيدا
بتفسيرها ، و بالإجابة على أسئلة أخرى توجهها ، و سوف يساعد هذا على اتخاذ
قرارك بحيث يكون قرارا جيدا ، و تستطيع أن تحتفظ بهذه المعلومات ، من فضلك
اقرأها بعناية في المنزل ، و سوف تفحص هذه أيضا من وقت إلى آخر .

المعالج النفسي المسؤول

أساسيات يوصى بها لأخلاقيات العلاج النفسي

سوف نجادل بأن اقتراحات أولئك المهتمين بالتأكيد على أخلاقيات العلاج النفسي (عقود ، موافقة معلومة ، و مشاركة متساوية في القرار) غالبا ما تكون غير متناسقة مع الدور و المسؤوليات العرضية للمعالج و مسؤوليات القدرة الخاصة بالمعالج و المريض ، و إنها قد تكون لها تأثير مضاد لذلك المقصود ، و تركز المناقشة على استخدام العقود و الموافقة المعلومة و تصنف المجادلات الخاصة بالمشاركة المتساوية في القرارات .

أساسيات يوصى بها تجاه المسؤوليات الخاصة بالدور

إن المعالجين مرتبطون بالواجب المهني ليكونوا أخلاقيين و فعالين في كل قراراتهم (redlich & mollica, 1976 :125) و لكن واجبنا الأعظم هو لمرضانا أو عميلنا و الالتزام يكون باعطاء خدمة (foster,1975:55) و إنه بالتأكيد في نطاق مسئولية الدور المعالج أن يكون أخلاقيا (APA , 1977 , 1979) و لكن في أوقات يمكن أن تكون الأخلاقيات مضادة للعلاج ، و ما يكون أخلاقي قد لا يكون فعالا ، و ما يكون فعالا قد لا يكون أخلاقيا ، و في المستوى الأعلى للتجريد يكون التصادم بين الحق لحرية الفرد و الاستقلال و الاختيار الشخصي و بين الواجب المهني للطبيب للشفاء و العلاج (foster , 1978: 71) .

و تشتق امكانية التنافر المطلق بين العلاج الأخلاقي و العلاج الفعال جزئيا من حقيقة أن التوصيات الأخلاقية إما أنها لا تتبع أي نموذج نظري للعلاج النفسي أو المرض النفسي أو تتبع من بعض النماذج و لكن ليس من الأخرى .

إنما تتبع هذه الاعتبارات التي قد يجد فيها بعض المعالجين صعوبة في عمل ممارسات معينة تتناغم مع تقنياتهم العلاجية ، على سبيل المثال ، الاستقلال و حرية الاختيار هما مركزان أخلاقيان متسقان مع تفكير ديمقراطي ، و في حين أن كلا منهما هدفا و تقنية للعلاج النفسي الوجودي يتسقان مع نمودجه النظري الخاص بالشخص ، فإنهما لا يشقان بسهولة من مبادئ التحليل النفسي أو تعديل السلوك و سوف نأخذ في

الاعتبار على نحو التحديد ما إذا كانت العقود و الموافقة المعلومة متسقان مع مسؤوليات الدور الخاص بالمعالج النفسي .

العقود : لا تكون العقود غير متسقة على نحو مطلق أو على نحو مطلق مع أي شكل من أشكال العلاج النفسي ، حقا إن كل أشكال العلاج النفسي تتم تحت صورة ما من التعاقد الواضح أو الضمني ، فالمحلل النفسي و الشخص الذي يجري تحليله على سبيل المثال ، يكونا بوضوح تحت عقد يتبع خطوطا إرشادية معينة خاصة بالعلاج التحليلي (على سبيل المثال ، ليس لإعطاء نصيحة معينة أو تداعي حر ، نسبيا) ، و يستطيع الفرد حتى أن يملك عقدا يحل كل المشاركين من أي مسؤوليات مع أنه من المحتمل لا يكون مقبولا قانونيا .

و تنشأ صعوبة مع ذلك ، حينما يطبق عقد مناسب لأخذ النماذج العلاجية على نموذج آخر غير متسق ، و العقود التي يوصى بها بعض المعالجين قد تكون متطابقة أساسا مع منظور سلوكي و لا تكون متطابقة مع منظورات علاجية أخرى (انظر schwitzgebel,1975; atthowe,1975 ; stuart, 1975) .

و ليس من الواضح كيف أن العقود التي تحدد الأهداف ، و مدة العلاج ، و تقنيات التدخل سوف تعمل مع النماذج الأخرى الخاصة بالعلاج ، و يستخدم ميننجر (menninger,1958) نمودجا تعاقديا في نطاق إطار خاص بالتحليل النفسي ، و لكن يختلف هذا العقد كثيرا عن العقود النوعية و الواضحة الخاصة بأنهاو (atthowe,1975) ، و ستورات (sturat,1975) و التي تترك مفتوحة و غامضة التكرار و المدة و مركزة العلاج بدقة لغرض زيادة تحكم المريض ، و يقرر هارماستين و زملاؤه (hare-mustin et al, 1979 : 9) أنه إذا لم يستطع المريض أن يكون محددا في النظر إلى هدف " فإن هذا يتحدى المعالج للمساعدة على ترجمة شكاوى غامضة إلى مشاكل نوعية " و من المحتمل أن معالجا وجوديا أو تحليليا أو متمركزا حول العميل سوف يأخذ قضية بالقيمة العلاجية لعمل مثل هذه الترجمة ، و كما يشير مارجولين (margolin, 1982) في العلاج الأسري فإن "

الأهداف المقررة على نحو مفتوح قد تختلف عن جداول أعمال سرية ... و الأهداف التي تبرز خلال سير العلاج قد تختلف عن الأهداف المقررة في البداية " و يقرر باركر (parker , 1976:258) " أنه في العلاج النفسي الموجه نحو التحليل النفسي ... فإن مثل هذه العقود الخاصة بالشفاء أو حتى العقود التي تلخص نوعيات عملية العلاج سوف تكون غير ملائمة ، و في الحقيقة غير منتجة ، و توجد مقاومة مبيتة كافية للعلاج النفسي التحليلي .. التي يجب أن تضيف مزيدا من الفحم إلى النار " .

و مع أنه توجد صعوبات في عمل العقود المتسقة مع نماذج متنوعة من العلاج النفسي ، فإنه لا توجد صعوبة في عملها متسقة مع نموذج تجاري أو خاص بإدارة الأعمال ، تشتق منها على نحو أكثر ملائمة ، و فكرة تبادل رسمي للبضائع و الخدمات بين المشاركين المستقلين مع اختيار حر تكون أكثر وضوحا في الشراء و الخدمات من مهنيين مثل المحاسبين و التجارين و النقاشيين ، و قد كان يستخدم نموذج تعاقد في نطاق العلاقة بين الطبيب/ المريض ، و لكنه كان عقدا أكثر ضمنا منه واضحا ... و يقوم نموذج التعاقد تقريبا بشكل أكثر على فكرة تبادل اجتماعي للبضائع و الخدمات (schwitzgebel,1975:819) ، و يفضل كثير من المعالجين العمل كمعالجين أكثر من أشخاص إدارة أعمال ، و قد شكوا أن حقوق المرضى تتداخل مع قدراتهم على تلقي علاج فعال (wise,1978) ، و أنهم يجبرون على علاج نفسي دفاعي defensive psychotherapy يكون أقل فاعلية و عاجزا في أوقات معينة (gurevitz,1977)

موافقة معلومة :

تقرر معايير رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية الأخلاقية (APA ; 1979) " أن الأخصائيين النفسيين يخبرون تماما الفرض و الطبيعة كالمستهلكين أكثر من التدخل " و يقال أن الموافقة تخبر إذا كانت كل المخاطر و العواقب الممكنة الخاصة بالإجراء

الذي نحن بصددده أو أن كل الإجراءات البديلة مقدمة للمريض و أعطى المريض دليلا بأن التقديم كان مفهوما (meisel et al ; 1977) و مع ذلك فإن عدم الثبات و الأسى و الاضطراب أو البناء الدفاعي الدافعي لمريض العلاج النفسي قد يجعل من الصعب إفشاء كل المعلومات المتعلقة (morse;1967) " و إذا كان إفشاء معلومات معينة - بصفة خاصة مخاطر العلاج - يحتمل أن تسبب الاضطراب للمريض على نحو خطير لدرجة أن سيكون غير قادر على اتخاذ قرار منطقي فإن للطبيب حينئذ " الامتياز العلاجي " لحجب مثل هذه المعلومات " (meisel et al ; 1977 : 286) .

و لا ينقص المعالجين النفسيين و المرضى القدرات الضرورية للتنفيذ فقط و لكن الموافقة المعلومة تكون متنافرة بشكل متلازم مع كثير من التقنيات العلاجية ، و يكون كل من الخداع و المعالجة متضادين للموافقة المعلومة و لكن مركزين لنماذج العلاج النفسي الاستراتيجية الخاصة بالأنظمة ، و التأثير الاجتماعي (Gillis,1979) .

وفي الواقع ، قد توجد كمية أساسية من المعالجة و الضغط الاجتماعي في كل أشكال العلاج النفسي . و يقدم مارجولين (Margolin,1982) توضيحات خاصة بالصعوبة الخاصة بكون معالج أسرى منفتحاً وفعالاً ينوح إلى التأثيرات المؤذية للموافقة المعلومة على التقنيات التحليلية ، و يصف إجراء يحذر العميل من فشل ممكن في التحسن ، و إمكانية التدهور ، و الاعتمادية الكبيرة الممكنة ، و الانغماس الانفعالي مع المعالج ، و إمكانية حدوث طلاق أو انتحار ، و ان اي شئ يقال قد يستخدم لارتكاب جريمة .و«إذا ما نفذ على نحو لائق الشكل أعلاه ، فإنك قد تدخل الان حجرة الاستشارة الخاصة و تشعر بالحرية لان تخبر الطبيب النفسي اي شيء و كل شيء يأتي إلى

العقل « (36: 1978, Lebensohn) . و يتضح التمييز بين العلاج الأخلاقي و
الفعال في التناظر المتناقض ل (أ) تأييد كويان (Coyne,196a) و كويان و ويديجر
(Coyne& widigers,1978) لمشاركة مفتوحة ومتساوية و أمنية عن طريق العميل
، (ب) نموذج كويان (Coyne ,1976b) للاكتئاب و مساندته كتقنيات استراتيجية
علاجية.

المريض تستد له مهام مملّة ، وغير مشبعة ، و متكررة ... بالرغم من أن المريض
لايستخف به أو يقلل من شأنه . و ينتقد بصفة مستمرة أدائه للمهمة باعتباره غير
كامل ، ويستمر هذا ...،حتى «ينفجر» المريض و يرفض إتباع الاوامر ، أو يصبح
لفظيا عدوانيا (نادرا بدنيا) ... و تعطى تعليمات (للهيئة) بأن لا تستسلم لمطالب
المريض بأن يترك وحيدا ليعانى ، و ليس لمحاولة إبهاحه وسعاده ، ولا لتقديم العطف
أو التشجيع (38: 1976b, Coyne).

المرض العقلي يتضمن بشكل منطقي نقص الإنتباه ،و هكذا ، فصل المسؤولية
(828: 1964, leifer) .

و بطبيعة الحال ، فالمناصررون للتحسن الأخلاقي ، يرفضون بصلابة التنافس الخاص
بعجز المريض حيث يرون أنه لا يوجد عجز للمريض و أن مظهر العجز يبدو حينما
يحجب المعالجون معلومات أو يصفون العلاج بشروط غامضة قصدا . و مع ذلك ،
يرفضون بشكل متزامن كلا من الموافقة المعلومة و العقود على أساس عجز المعالج و
المريض .«غالبا ما يدخل المرضى العلاج بأسى شديد ...ففي حين أن وضوح و
تفسير العقود الرسمية قد يكون مرغوبا فيهما ،فإن كثيرا من المرضى قد يجدوننا تهديدا
في بداية العلاج و تقييدا بتقدم العلاج » (706: 1978, Coyne&Widiger) .

و ينظر فينكل (Finkel,1980) إلى الشك في قدرة المريض تماما كمثال اخر من
انتهاك أبوى للحرية . و يعرف التدخل على انه أبوى حينما يعمل المعالج بدون الموافقة

التامة ، أو ضد المقاومة الخاصة بالمريض . و يشير دواركين (Dworkin,1972 :83) إلى أن الوالدية مقبولة حينما «تحفظ و تعزز للفرد قدرته لأخذ القرارات الخاصة به و تنفيذها». و هذا بدقة، هو هدف معظم المعالجين النفسيين . كما يبين دواركين (1973) أن أولئك الذين سوف يقيدون ممارسة المعالجين لحماية المريض هم أبويون مثل أولئك الذين يمارسون العلاج ، لأنهم يزعمون أن المرضى لا يمكن أن يحموا أنفسهم .

و الطبيعة الطيبة للعزو الخاص بمسؤولية القدرة للمرضى العقلين تكون واضحة في مجهودات أخرى لتعزيز الحقوق الأخلاقية . وفي حين يعزى للرضى القدرة على التحكم في سلوكهم و إعطاء موافقة عند استخدام العقود و الموافقة المعلومة عندما تكون في موضعها ، فإنه يكون دقة العجز عن التحكم في سلوكهم و إعطاء موافقة تكون هي دفاعهم في كثير من قضايا سوء الممارسة .

وفي حالة قضايا سوء الممارسة لا يحتاج المرضى أن يكونوا ذهانيين لإفترض بأنهم غير قادرين على حماية أو التقرير نيابة عن أنفسهم .

و يبدو أن عزو القدرة في المريض ،عندما يكون مدفوعا برغبة لحماية الحقوق الاخلاقية يمكن أن تؤدي إلى إستنتاجات متناقضة . و يكون المرضى قادرين إذا إستلزم هذا حقهم في قوة إتخاذ القرار و لكن يكونوا غير قادرين إذا قرروا الانغماس في نشاطات جنسية . وفي حين أن «فينكل» (1980) قد يعزو قدرة كاملة للمريض العقلي ، و بذلك يشك العلاج اللاإرادي ، فإن دافيسون (Davison,1978) يعزو العجز إلى المرضى العقلين (أي ، الجنسيين المتألمين) ، و بذلك يشك في العلاج الإداري . وكلا الوضعين يقومان على الاهتمام بحماية الحقوق الأخلاقية للمرضى .

قدرة المرضى و الوضع التفاضلي : في مناقشات الموافقة المعلومة ، يندمج السؤال الخاص بمسؤولية القدرة في الغالب مع ذلك الخاص بالوضع التفاضلي أو القوة

«إذا وجد ظلم في قوة المساومة الخاصة بالطرفين في عقد لدرجة أن الطرف الضعيف ليس له إختيار ذو معنى أو ليس له بدائل حقيقية ، فإن العقد قد يعتبر غير معقول من الناحية القانونية » (Schwitzgebel,1975:818) . وما يكون غير معقول أخلاقيا قد يكون حتى أقل إقتناعا (Foster,1975) . وينتقد «شوتيزجيل»(1975) الموافقة المعلومة كحماية لحقوق المريض لفشلها في لتعامل بقدر كاف مع وضع المريض السيء و غير الفضل .وهو ذلك ، لا يعتقد هذا على انه مشكلة عند إستخدام عقد.

وليس من الواضح كيف أن وجود عقد يغير وضع المرضى و مركزهم غير المفضل

(Parker,1976) . في يرفض «كويان و ويديجر»(1978) فكرة عجز المريض ،فإنهما يجادلان بأن وضع المريض غير المفضل بالنسبة للمعالج يعطي فكرة خاطئة عن العلاقة التعاقدية الصادقة .و عدم الإتساعات واضحة . و المرضى لديهم القدرة على اتخاذ القرار المشترك و لكن ليس بالنسبة للعقود ، كما أن المرضى لديهم القدرة على اعطاء موافقة معلومة .

قدرة المعالج :وفي النهاية، نأخذ في الاعتبار ما إذا كانت التوصيات الأخلاقية تتناغم مع مسئولية قدرة المعالج. و التعاقد بالنسبة للأهداف و الطول أو تأثيرات العلاج يتضمن بعض القدرة على حكم أو توجيه العملية العلاجية و نتيجة العلاج. ومع ذلك فمن غير الواضح ، كيف أن المعالج يمكن ان يؤكد للعميل أن المعالج سوف لن يؤثر في إعتقادات معينة و سلوكيات أو أشخاص آخرين ... و ليس من الواضح أن المعالج له القدرة على تقديم المعلومات الضرورية لموافقة معلومة ، لأن مخاطر و عواقب العلاج و بدائله واسعة جدا و غامضة و معقدة لدرجة أنها تعطي فكرة خاطئة عن تقديم كاف .

الإستنتاج:

إن جزءا من مسئولية دور المعالج النفسي هو أن يكون أخلاقيا و لكن الحل العلاجي و الاخلاقي يتضمن أزمات متلازمة. فإنه ليس ببساطة موضوع تضمين عقود و موافقة معلومة ، و ليس موضوع هجر مبادئ أخلاقية . كما لاحظ يانج(1963: 330)، jung) أنه «لاشى يمكن ان يعفينا من عذاب القرار الأخلاقي ».

و يوصي تحليلنا إلى التعذيب أكبر مما أخطر به ، لأنه ليس من الممكن الحصول على مجموعة واحدة من المبادئ الأخلاقية التي تتسق مع التوجيهات العلاجية الموجودة حاليا . و المبادئ الاخلاقية المتسقة مع بعض الالوضاع النظرية و الفلسفية ستكون بالضرورة غير متسقة مع الاخرى (مالم تكن فارغة) . ولذلك ، فإن قرار ما هو علاجي أن يكون متعلقا بتوجيهات مختلفة ... و إذا كانت بعض النسبية لا يمكن تجنبها ، فإن الحل الممكن حينئذ سيتطلب من كل معالج أن يقوم بالصياغة و أن يملك - فضلا عن الملف مع لجنة الأخلاقيات المعنية - مجموعة المبادئ التي سوف تكون متاحة لكل عميل متوقع . و سوف يحكم على أعمال كل معالج طبقا لمبادئه الاخلاقية .

و قد لا يكون مثل هذا القرار النسبي مقبولا بوضوح لأولئك الذين يعتقدون في قيم مطلقة و يصرون على معايير شاملة ، و لكن بعض المهادنة تبدو ضرورية . ولا يبدو أن المعايير يمكن أن تكون شاملة و معينة . و الاقتراح أعلاه ميزة تتمثل في أنه يمكن أن يسمح لكل معالج أن يصيغ مجموعة متسقة مع الخطوط الإرشادية الأخلاقية و المبادئ العلاجية .

خطوط إرشادية للعلاج مع النساء

تتمثل تلك الخطوط الإرشادية في الاتي:

1- يجب أن يكون إجراء العلاج خاليا من القيود القائمة على تحديد أدوار النوع ، و الاختيارات المرتادة بين العميل و الممارس يجب أن تكون خالية من القوالب الخاصة بالدور الجنسي.

2- يجب أن يتبين الأخصائيون النفسيون الحقيقة ، و التنوع ، و مضمونات الممارسات ذات التمييز الجنسي في مجتمع ، و يجب أن يسهلوا فحص الاختيارات للعميل مع مثل هذه الممارسات .

3- يجب أن يكون المعالج عليما (على علم) بخصوص النتائج الإمبريقية الحالية على أدوار الجنس ، و الجنسية، و الفروق الفردية الناتجة عن هوية العميل المحددة النوع.

4- يجب أن تكون المفاهيم النظرية المستخدمة بواسطة المعالج خالية من التحيز الجنسي و قوليات دور الجنس.

5- يجب ان يوضح الاخصائي النفسي قبول النساء كمتساويات مع الرجال باستخدام لغة خالية من التسميات المتعجرفة .

6- يجب أن يتجنب الأخصائي النفسي تأسيس مصدر المشاكل الشخصية في نطاق العميل حينما تكون قابلة للعزو على نحو أكثر ملائمة لعوامل موقفية أو ثقافية.

7- يجب ان يوافق الأخصائي النفسي و العميل الكامل المعلوماتية بشكل مشترك على نواحي العلاقة العلاجية مثل شكل المعالجة و العوامل الخاصة بالوقت و ترتيبات الأتعاب .

8- في حين أن أهمية إتاحة معلومات دقيقة لأسرة العميل يتم تبنيها ، فإن ميزة الاتصال بخصوص التشخيص و التنبؤ و التقدم تكمن إلى أقصى حد مع العميل و ليس مع المعالج .

9- يجب إحترام السلوكيات التوكيدية للعميل .

10- إن الأخصائي النفسي الذي تكون عميلته الأنثى عرضة للعنف في شكل إساءة بدنية أو إغتصاب يجب أن يتبين و يعترف أن العميلة هي ضحية جريمة .

11- يجب أن يتبين و يشجع الأخصائي النفسي إستكشاف جنسية العميلة باعتبارها إمراة ، و يجب ان يتبين حقا في تحديد تفضيلاتها الجنسية الخاصة .

12- يجب أن لا يكون للأخصائي النفسي علاقات جنسية مع عميلة و لا يعاملها كموضوع جنسي .

الفروق الإيدولوجية تتأكد عن طريق قضايا العلاقة ، أي أن متطلبات الزوجة تهدد الزوج ، الذي يصبح أكثر جمودا في موقفه ، و الذي يجعل الزوجة تهدد الزوج ، الذي يجعل الزوجة تعمل مزيدا من المتطلبات ، و هكذا . ففي هذا الموقف الأخير يوجد عدد من الطرق بعكس القطبية المكثفة للزوجين و بذلك فإن المعالج يمكن أن يتجنب أن يصبح مشوشا في صراع أيولوجي

....وحيث أن عدم الإنتباه لقضايا دور النوع ، فإنه يوصى أن المعالجين الأسريين يفحصون الأهداف العلاجية في ضوء القيم التقليدية . كما يوصى بأن المعالجين يفحصون سلوكهم الخاص بالنسبة لتعليقات و اسئلة غير مقصودة قد تتضمن أن الزوج و الزوجة يقودان أدوارا النوع من أجل تجنب فرض هذه الاراء على الأسرة من منظور سابق التحديد عن كيفية التي يجب أن تعمل بها الأسر .

القضايا الأخلاقية في ممارسة الصحة النفسية في الريف

لأن السياق البيئي الذي يمارس فيه العاملون بالصحة النفسية يعطى شكلا للإهتمامات الأخلاقية ، فإن الخصائص الفريدة للبيئة الريفية تكون هامة لفهم ملائم للقيود الأخلاقية على الممارسة في نطاق حدودها . و الغرض من هذه

المقالة هو تحديد المشاكل الاخلاقية المرهقة بشكل ممكن و المرتبطة بالعمل في مناطق ريفية و الإيحاء بأن حلها الممكن قد يمكن في طبيعة البيئة الريفية نفسها.

خصائص المناطق الريفية

يمكن ان تزيد الإقامة والعمل في مجتمعات اصغر مستوى كثافة العلاقات الانسانية لانه يوجد اناس اقل تتعلق بيهم وتشاركهم الخبرات .وتميل العلاقات الاجتماعية والسياسية الى ان تكون مغلقة ، وتتداخل بشكل متكرر وغالبا ما تتسم الميل الاحتكارية بالبيئة الاقتصادية

...وقد يتكون نموذج العلاقات المتشابكة بشكل جبد بعنصر دال البناء قوة المجتمع .وتكشف معرفة العلاقات الحقيقية وتلك التي تكون ممثلة في الكتابات بأنها في الحقيقة اكثر تعقيدا بكثير ويمكن ان تكون لها جذور تاريخية واجتماعية واقتصادية وسياسية واسرية

القضايا الاخلاقية الممكنة

تتمثل القضية الاخلاقية الاولى وربما الاكثر حسما لممارسي الصحة النفسية الريفية في السرية الخاصة بوفي نطاق العلاقات المهنية مع مستهلك او متلقي الخدمات المهنية ...

وقد زعم سولومون وزملاؤه (solomon et al.,1981) ان التمسك الصارم بالخطوط الارشادية الاخلاقية لرابطة الاخصائيين النفسيين الامريكية (apa) لا تقدم حلول واضحة بقدر كاف لبعض الصعوبات والصراعات التي يواجهها الاخصائي النفسي الذي يمارس في منطقة الريفية . وبالإضافة الى ذلك ،فانها تحدد موقفا كامنا واحدا على الاقل تخلق فيه الخطوط الارشادية الاخلاقية موقفا ذا رباط مزدوج او غير مريح للأخصائي النفسي الريفي .وهذا الموقف هو نتيجة الامر (apa) الخاص بسرية المعلومات من ناحية ومسئولية الاخصائي النفسي لان "يكون واعيا بمعايير المجتمع المنتشرة "حينما قد تكون معايير المجتمع اقل تقييدا من الاخلاقيات المهنية من الناحية الاخرى

وتصبح المشكلة اكبر عندما توجد عواقب شديدة بينمهنية interprofessional للسلوك الناتج من الاذعان المعايير الاخلاقية .ويقدم سولومون (1981) توضيحا حقيقيا لطبيب محيل يتوقع تغذية راجعة بخصوص الاحالة بصرف النظر عن اكمال مستندات الانتقال وحينما لاتصل معلومات عن الاحالة ،يصرف النظر عن اكمال مستندات الانتقال .وحينما لاتصل معلومات الاحالة ،فان الطبيب قد يستاء ويوقف الاحالات الى برنامج الصحة النفسية ولان الطبيب يحتمل ان يكون احد المقدمين الطبيين في المجتمع وبالتأكيد سيكون له تأثير اجتماعي وسياسي ، فان عواقب ابعاده قد تكون هائلة .

ومنظور اخر لهذه الازمة ،هو التوقع المتبادل للمعلومات المشترك فيها بين العاملين في الخدمة الانسانية وعلى نحو متكرر في المجتمعات الريفية ،وفي لتقديم مجتمع كاف من الرعاية ،فان كثيرا من العاملين في الخدمات الانسانية من مجموعة متنوعة من الوكالات سوف تكون منغمسة مع نفسي الحالة .وليس من نفس الشائع الحصول على من ادارة ممثلين من ادارة الرفاهية ،الصحة النفسية ، والتأهيل المهني والادارة الصحية

، وإدارة الضمان الاجتماعي ، والتصحّيات التي تشمل الأسرة في ذات الوقت . وعلى نحو نمطي سوف تشير إحدى الوكالات إلى الآخرين في مجهود لتقديم مدخل للخدمات الشاملة وكثير من البرامج الريفية تعقد اجتماعات تعاونية للهيئة تشمل العاملين من وكالات أخرى لمناقشة العملاء المشتركين . والأعمال الورقية التي تتعامل مع السرية قد تكون وقد لا تكون مكتملة . ولاتصال الرسمي وغير الرسمي بخصوص الحالة بين العاملين قد يقع في نطاق قيود الممارسة الأخلاقية وعلى نحو متكرر ، يبدو أن العملاء يفترضون أن الاتصال بين الوكالات والمهن سوف يحتل مكانا . وقد عرفت من أكثر من عملاء قليلين

الذين يندشون فيها يتعلق بالتعلم الذي لم ينقشوه بين مهنيي الخدمة الإنسانية علاوة على ذلك فإنهم يقدرّون التفسير الذي يكون لحمايتهم مع التسلية بسبب عدم تناغمها مع النماذج للاتصال في المجتمع

والأزمة الواضحة التي يخبرها مهنيو الخدمة الإنسانية في هذا الموقف هي أنه إذا اتصل مرة ثانية بالطبيب المحيل لمعرفة بعض المعلومات الناقصة منه فإنه في الحقيقة يكون انتهك حصانة السرية وإذا لم يتصل مختص الصحة النفسية مرة ثانية بالطبيب ، فإن الطبيب قد يساء إليه ويرفض إحالات لاحقة للمركز ومن الممكن أن يستخدم هيئته الاجتماعية والسياسية للضرر ببرامج الصحة النفسية المحلية . وهذا التمزق ليكون مؤذيا فقط للقاعدة الاجتماعية السياسية للمركز ، ولكنه سيعرض للخطر جودة الاستمرارية الخاصة بالرعاية للعملاء الآخرين في المجتمع . وإذا شارك عضو الهيئة الصحية في مؤتمرات حالات خدمة المجتمع بدون إذن من العميل . فإنه يوجد انتهاك واضح للمعايير الأخلاقية من حيث أن ثقة العميل تكون قد خرقت . ومن الناحية الأخرى . إذا رفض عضو الهيئة أن يشارك ، فإن مصدرا قيما للمجتمع يفقد وبالتالي فابتعاد برامج الصحة النفسية من وكالات المجتمع الأخرى ينتج وبصفة خاصة . أن

الابتعاد بين الوكالات الخدمة الانسانية في مدينة صغيرة ضار بسبب المصادر الحدود من قبل ، وقد اوضح هو ليستر (hollister.1982) اهمية تنمية علاقات هادئة بين هذه الوكالات في المجتمعات الصغيرة وبالتأكيد ، فهذه المواقف الواقعية هي ليست بدون عواقب اخلاقية وقانونية وسياسية ممكنة

وتخص قضية اخلاقية ثانية مثيرة للمشاكل بالنسبة للأشخاص المهنيين الريفيين حدود الممارسة فحد الكفاية المهنية موضوع خطير وحساس ، وغالبا ما تصعد مصداقية الشخص على تفسيره لهذه الحدود . ففي الممارسة الريفية ينتشر النموذج العام للممارسة بسبب نقص المصادر والمهن المتاحة hargrove (1982). ونتيجة لذلك ، فان الاختصاصي النفسي الريفي يحتمل ان يستدعي للاستجابة لسلسلة واسعة من المشاكل والناس . واذا استطاع مهني الصحة النفسية ان يساعد في تحديد مشكلة اكلينيكية لعميل ويحيل ذلك الشخص الى اختصاصي مدرب على نحو لائق . ومع ذلك تنتج المشاكل حينما لا يوجد مصدر محلي اخر للتشخيص او العلاج وفي الحقيقة نوجد مواقف يكون فيها الاختيار اما العلاج من شخص يكون متاحا او علاج على اطلاق

والاستجابة الاكثر ملائمة لهذا الموقف المظلم ليست واضحة على الاطلاق . وفي القضية يكون التعريف خاص بالكفاية المهنية في منطقة المعينة وعواقب ذلك تعريف . متى يظن ان شخصا كفؤ مهنيًا بواسطة من ؟ ما مدى ضيق مجالات الكفاية العتي فيها يجب ان يحكم على الشخص بالكفاية ، وما التأثير الذي لهذا الشخص المهني الذي يجب ان يعمل باعتباره لا اختصاصي ، اما بواسطة متطلب الاختبار او العمل ؟.

والازمة الاخلاقية الثالثة التي تتعلق بالممارسة الخاصة بتقديم خدمة صحة نفسية في البيئات الريفية هي مستوى المتعددة للعلاقات بين الاشخاص الذين يعيشون ويعملون في مجتمعات صغيرة

الحل الممكن للآزمات الاخلاقية

ان حلول الازمات الاخلاقية التي نواجهه الممارسين الريفيين متنوعة وخلافة مثل الموافق والاشخاص فيها .وعلى نحو متكرر يجد مهنيو الصحة النفسية الحلول للمشاكل في الطبيعة البيئة نفسها وفي فهم لائق المبادئ الاخلاقية لرابطة الاختصاصيين النفسيين الامريكة (apa)

اولا :يحتاج المماس الريفي الى ان ينمي رايه ملائما عن المعايير الاخلاقية نفسهالقد شيدت في بنائها ومحتواها اتساعا هائلا يمكن الاكلينيكيين من اتخاذ افضل قرارات ممكنة تحت مجموعة معينة من الظروف .والمعايير ليست بديلا للحكم الاكلينيكي او الاخلاقي على جانب المشتغل بالصحة النفسية المهنية . ويعتبر اتجاه الممارس الذي يشمل قصده هاما على نحو حاسم في الوصول الى مناهج ملائمة للعمل في المواقف الغامضة اخلاقيا .

ثانيا :يحتاج الممارس الريفي ان ينظر الى مصادر البيئة الريفية من اجل حلول للمشاكل التي تنتج من تلك البيئة . والسباق الريفي للممارسة قد يعتنق على نحو جيد المفتاح الى الحل الخاص بمواقف صعبة اخلاقيا تماما كما لو انه قد يخلق المشاكل في المحل الاول .على سبيل المثال ،في حالة الطبيب الذي يحيل العميل الى وكالة الصحية النفسية مع توقع انه سيتلقى معلومات تتبعية ، فانه من الممكن على نحو مرتفع ان اكلينيكي الصحة النفسية سوف تكون له علاقة اما مهنية او شخصية (او كلاهما) مع الطبيب وسيحصل على فرصة ثمينة بشرح موقف بتفصيل كبير .واذا لم

يحصل المشتغل بالصحة النفسية على هذا النوع من العلاقة مع الطبيب ،فمن المحتمل على نحو مرتفع ان عضو الادارة او صديق اخر بالوكالة سوف يحصل على مثل هذه العلاقة .وحينما تتطور العلاقة الشخصية مع الطبيب ،فان محيطا مختلفا يمكن موضوعات الثقة والتحويل المعلومات للمناقشة في علاقة كلية .واذا ما حدثت هذه العلاقة .فان امور تتجح بطريقة شخصية ،مما يغذي الحياة الريفية .

وبالنسبة المؤتمرات التي تحضرها هيئة على نطاق واسع ،فمن الممكن ان تخطط انسيابا للمعلومات التي تشمل كل الاشخاص /او الوكالات التي تحضر .والغرض من الاجتماع ، فيما يزعم ،هوا رفاهية العميل ،وان يكون العميل واعيا بكل انغماسات الوكالات وانه من الممكن ان لا يكون لديهم اعتراض للمشاركة في المعلومات .واذا لم يعارض ،فقد يوجد سبب طيب ، وعند هذه النقطة يمكن ان يكون لدى الاكلينيكي سؤال خاص بملائمة وكالة خاصة او احد اشخاص هيئة لحضور مثل هذه المؤتمرات . واذا اختار العميل ان لا يسمح بمناقشة موقفة في مؤتمر الحالات بين الوكالات ، فان المسؤولية تقع على الاكلينيكي .

وتعتبر حدود الكفاية الاكلينيكية قضية خطيرة مزدوجة النهاية يجب تناولها بحذر واتساق . انها هامة بصفة خاصة من وجهة نظر البحث في العلاج النفسي الذي يؤكد ان الناس يمكن ،في الحقيقة ، ان يؤذوا عن طريق عملية العلاج النفسي .اولا ،يجب ان يحدد الاكلينيكي طبيعة المشكلة التي يبحثن اجلها على المساعدة .وبعد ذلك يجب اصدار قرار بما اذا كان اكثر كفاءة لعلاج الاضطراب من وكالات متاحة اخرى او ما اذا كان العميل قد يستفيد اكثر من تدخل كفؤ على نحو هامشي اكثر من لاشى على الاطلاق .واذا لم يحدث ، فان هذه الحقيقة يمكن ان تفسر للعميل ،ويمكن للاكلينيكي تقديم مساعدة في ايجاد أقرب مساعدة متاحة ومن المهم انغماس العميل في قرار معلوم يتسق مع المعايير الاخلاقية .

وفي هذه النقطة .يمكن للوكالة بكاملها ذات مساعدة تؤخذ في الاعتبار اذا كان لها علاقات سابقة او مؤسسة متبادلة مع مقدمين اخرين للصحة النفسية . وتتمى بعض الوكالات على نحو متميز علاقات مع وكالات الصحة النفسية المحيطة لتقديم الخدمات متخصصة مهما كانت هناك حاجة اليها ، وهكذا توسع مدى خدماتها الخاصة . وفي هذا الحدث ، يكون من الضروري لكل اكلينيكي في اي وكالة ان يكون واعيا بالمصادر المتاحة لدى الاخرين

ومن المهم ان يتبين ويحترم مهنيو وكالات الصحة النفسية الرفيعة الحقائق التي وراء الخطوط الارشادية الاخلاقية التي تحكم السلوك المهني .وعلى نحو متكرر فان هذه الحقائق هي ايضا عوامل يمكن ان تؤدي الى مشاكل صعبة بالوكالة مالم تقترب بطريقة شرعية حذرة ومن المهم بقدر متساو ان يتوقع مديرو وإكلينيكيو الصحة النفسية الرفيعة انماط المشاكل الاخلاقية التي قد تنشأ ويخطط لها طبقا لذلك ...

القضية الاخلاقية للإتقان في العمل مع مريض الانتحار

وجد ان الانتحار هو موقف الطوارئ الذي يواجهه على نحو متكرر في اغلب الاحيان بالنسبة لمهنيي الصحة النفسية ، ومع الاكلينيكيين الذين يرتبون العمل مع المرضى الانتحاريين المضغوطين الى اقصى حد من كل المحاولات الاكلينيكية (deutsch.1984).

علاوة على ذلك ، يبدو النتائج الإمبريقية ان الأخصائي النفسي المهني العادي المنغمس في الرعاية المباشر للمريض لديه اكثر من 20 % فرصة لوقاية مريض من الانتحار في وقت ما خلال حياته المهنية ... وقد فحصت دراسة كليسبايس وزملائه (kleespies) (1990). ال الحدوث والتأثير طرق مواجهة انتحار المريض خلال

سنوات التدريب الخاصة بالطلاب المتخرجين من قسم على نفس ، فوجدت ان واحد من ستة طلاب قد خبروا إنتحار مريض في وقت ما خلال تدريبهم ...

... وتفوض المبادئ الاخلاقية لرابطة علم النفس الامريكية (apa 1981:634) ان «الاحصائيين النفسيين يعترفون بحدود اتقانهم وقصور تقنياتهم . وهم يقدمون خدمات فقط ويستخدمون التقنيات غير المؤهلين لها عن طريق التدريب والخبرة». وقد بين هارار وزملائه39 (harrar et .1990) في مناقشة النواحي الاخلاقية والقانونية للإشراف الإكلينيكي ان المسؤولية المباشرة يمكن ان تحدث اذا خصص المشرف مهمة لمتدرب عرفه المشرف او يجب ان يكون قد عرفه متدربا على نحو كاف لتنفيذها».

...ولأن رابطة الأخصائيين النفسيين ... قد أخذت مثل هذا الوضع على الحاجة إلى أخصائيين نفسيين لإدارة مشكلة الإنتحار بكفاءة , فإنه من الواضح أن التدريب الرسمي للخريجين في دراسة الإنتحاريكون جزءا ضروريا من منهجنا للخريجين من اجل الممارسة المهنية

السرية و المريض الإنتحاري

بصفة عامة ,تتطلب الاعتبارات الأخلاقية أن الإكلينيكيين يزودون عملائهم بمعلومات كاملة عن الحدود للسرية .و بالإضافة إلى ذلك , يجب أن يعطوا فكرة حذرة بخصوص كيف يمكن أن يتنولوا أنماطا متنوعة من الطلبات لإطلاق المعلومات أو خرق السرية قبل ان تحدث المواقف المعينة

و نصيحتي الأساسية هي تنمية فهم جيد من القضايا المتضمنة في خرق السرية مع المرضى الانتحاريين قبل الحقيقة , و يعني هذا أنه لابد أن يكون قد تم التفكير بحذر في سياسة الفرد الخاصة بخرق السرية قبل ان يطلب التنفيذ , و البحث عن استشارة في أي موقف من الشك .

و أوضح سيمون (simon ;1988) أن طلب المريض المؤهل للمحافظة على السرية يجب أن يطاع مالم يكن المريض خطر بشكل واضح على نفسه وعلى الآخرين . و مع ذلك فإن الواجب القانوني هو تحذير أو إعلام الاطراف الأخرى التي توجد في بعض السلطات القضائية فقط إذا كان خطر الاذى البدني مهددا نحو الآخرين .

و يجب أن يفهم الاخصائيون النفسيون القوانين و التنظيمات المتعلقة بخرق السرية حينما يكون المرضى «خطرين على ذواتهم» (vandekreeknapp .1989) .

و ذهب شنيديمان (shneidman ;1981) إلى السرية , حينما يعرض مريض سلوك إنتحاريا , يجب أن لا تكون قضية هامة بين الاخصائيين النفسيين و مرضاهم . و جادل بشدة بأن الهدف الرئيسي لعلاج الانتحار هو إزالة الموقف المهلك المحتمل . و هكذا و فالتمسك بمبدأ السرية يكون مناقضا لعقيدة أساسية خاصة بعلاقة علاج نفسي أخلاقي .

وتقرر السياسة الرسمية لرابطة الأخصائيين النفسيين الامريكية (APA) أن الأخصائيين النفسيين لديهم إلتزام اولى باحترام سرية المعلومات التي يتم الحصول عليها من الأشخاص في أثناء عملهم و التي قد يكشفون عن مثل هذه المعلومات لآخرين فقط بموافقة الشخص أو ممثله القانوني , و باستثناء تلك الظروف غير العادية عندما لا يفعلون هذا يمكن أن يؤدي إلى خطر واضح للشخص أو للآخرين (Keith- ;1985 SpeigelKooher).

و قد لاحظ كيثيل (Gutheil,1984) انه مع المرضى الذين تكون لديهم قضايا انتحارية سائدة،يكون من المهم تقييم قدراتهم على المشاركة في تحالف علاجي مع الإكلينيكي.

المريض الذي يكون متعاوناً، والذي يرى القضية كمشكلة مشتركة لكل من المريض و الإكلينيكي، يكون في موقف مختلفا تماما من المريض الذي يرى نفسه عاملا وفق

.... فالفصل بين المريض الذي يمكن أن يتعاون و لكنه لا يفعل و المريض الذي يكون عليلا فيما يتعلق بالتعاون قد يعنى الفرق بين النجاح والفشل في مجال التقاضي (Gutheil ;1984.3).

و لذلك،ففي معظم المستوى الاساسي، أعتقد أن الإكلينيكين لديهم واجب مهني في عمل إجراءات مؤكدة ملائمة لمنع مرضاهم من إيذاء أنفسهم .

و في بعض الاوقات ، قد يستلزم هذا الاتصال باعضاء الاسرة بخصوص محددات حالة المريض ، كمحاولة لتحسين تفاعلات الأسرة السامة مع المريض ، أو تعبئة المساندة من الاسرة و اخرين هامين (Bongar,1991) .

و كما مع بعض الحقوق الفردية الاخرى التي يعترف بها المجتمع الأمريكي ، إعتقدت المحاكم أن الحق في الخصوصية يجب ان يتوازن مقابل حقوق الافراد الاخرين و مقابل المصلحة العامة (أي، وظائف الحكومة التنظيمية الشرعية) لتحديد ماهي الحقوق التي يجب أن تسود. ونتيجة لهذه العملية المتوازنة حددت المحاكم إستثناءات كثيرة للقاعدة العامة الخاصة بالسرية العلاجية . و النقطة الحاسمة هي أن الأخصائي النفسي يجب أن يخبر المرضى بالإستثناءات التي توجد للسرية قبل دخول المريض في العلاج (bongar,1991) .

وقد لاحظ سيمون (Simon, 61:1988) أن الفهم و الحكم الجيد يمكن أن يؤديا إلى قرار لنقض سرية المريض ، بصفة خاصة ، حيث «من المحتمل أن المريض سيرتكب جريمة إنتحار و يمكن إيقاف هذا العمل فقط بواسطة تدخل أخصائي الطب النفسيومع ذلك، فإن أي نقائص من ناحية المحافظة على السرية يجب أن تفسر للمرضى قبل بداية أي تقويم أو علاج .».

علاوة على ذلك ، يجب أن يؤخذ في الاعتبار نقص السرية ، فقد لاحظ سترومبيرج و زملاؤه (Stromberg et al,1988:14) أن :

من الناحية الأخلاقية، قد يضطر المعالج إلى إفشاء معلومات بخصوص مريض في حالة طوارئ، حينما سيكون الإفشاء أفضل بوضوح من أجل المريض . و عرفت المحاكم على نحو متزايد «الطارئ» Emergency على نحو ضيق بحيث لم يغط كل ثغرات السرية التي ينظر إليها المعالج الخاص كملائمة و لكن تلك المعمولة ،لأن صحة المريض في خطر على نحو بارز .

كما أوضح سترومبيرج و زملاؤه (1988) أن مجال الإفشاء يجب أن يقتصر على ما هو ضروري بالنسبة لتقديم رعاية ملائمة . و أنه على سبيل المثال، يتم الإفشاء بحسن نية بحثا عن التزام أقارب المريض في ملاحظته ليكون محميا إلى حد كبير .

وقد قرر بونجاو (Bongar,1991) أنه إذا كان نقص السرية ضروريا لإنقاذ حياة المريض فإن الأخصائي النفسي يضطر إلى أخذ هذه الخطوة . ووافق «بونجار» شنيدمان (Ghneidman,1981) على أنه إذا كان مثل هذا النقص للسرية ضروريا لإبعاد الموقف المهلك، فإن الأخصائي النفسي يجب أن يفعل هذا «و لا يتحالف مع الموت »

ومن أجل مناقشة موسعة للآزمات الأخلاقية و القانونية المعقدة التي غالبا ما تبرع عند العمل مع مرضى إنتحاريين ، على سبيل المثال قضايا الانتحار و القتل الرحيم ، نوجه القارئ إلى أعمال أمشين وزملائه (Amchin et al,1990) .

القضايا الاخلاقية والقانونية في العلاج بالبريد الالكتروني

حديثا بدأ يستخدم الاخصائيون النفسيون والاطباء النفسيون الحاسبات الاتية في تقديم للعملاء في مواقع البعيدة ومثل مقدمون النصيحة الشعبية. فان اكلينيكي البريد الإلكتروني يقدمون استجابات مختصرة للأسئلة المختصرة. وباستخدام البريد الإلكتروني. فان العميل يرسل أسئلة المعلومات خاصة بالبطاقة الائتمانية CREDIT CQRD للإكلينيكيين الذين يستجيبون بسرعة .على نحو تقريرى بين 48 و 72 ساعة .وتكون الاسئلة والاجوبة مختصرة .فقرة في الطول تقريبا .والايضاح المشاكل الملازمة في استخدام التكنولوجيا بهذه الطريقة .نستكشف خدمتين ممثلتين هما : اداة النقل SHRI8NK-LINK. وشبكة المساعدة .HELP-NET

وفي فبراير 1990 ظهر العنوان الالكتروني التالي على الشبكة واسعة الذي تستخدم الشبكة واسعة المدى شكلا معروفا باعتباره النص الفوقي الذي يسمح للمستخدم بالتفاعل مع صفحة رئيسية للنص والرسوم البيانية التي تتصل بصفحات ومعلومات اخرى عن طريق لوحة الكلمات KEYZORDS وفي هذا الاعلان يلقى مستخدم الضوء على الكلمات 15-40 سنة من الخبرة باستخدام فارة الكمبيوتر او طرق اخرى . تظهر صفحة للمستخدم تدون الاسماء والاعتمادات للمهنيين في الهيئة

أداء النقل SHRINK -LINK

تساعد أداة النقل الناس على تنمية احكام معلومة واختيارات بخصوص السلوك الإنساني وتخصص تلك الاداة مدخلا مباشرا للبريد الإلكتروني لهيئة من الاخصائيين النفسيين

والاطباء النفسيين المستعدين للمراجعة والتعليق على اي سؤال او صراع هام تقريبا في حياتك .

مهتمون بمخاوفك؟ بمن تكون انت؟ منزعج بالمنزل او العمل ؟تعاني اليأس؟ أسئلة الادوية ؟ان معا لجو اداة التقلص النفسيين قد كانوا يتناولون اسئلة مثل هذه في جلسات خاصة لسنوات .وسواء أكنت تحتاج ارشادا عاما او على حافة ازمة او تبحث عن مراجعة رفيق كفؤ . فأداة التقلص قد تكون قادرة على المساعدة .كما يشرك او يضمن المستشارون في استجاباتهم معلومات خاصة بإحالات نافعة .كلما كان ذلك ملائما

ان أداة التقلص ليست بديلا لا رشاد وجها لوجه وقد لا تكون ملائمة لكل فرد. ومع ذلك فإنها تركز على اهتمام مجموعة من مهني الصحة النفسية المدربين لذلك . وتشمل قائمة اداة التقلص حاليا ستة اختصاصيين نفسيين وطبيب نفسي واحد . كل منهم ذو خبرة تتراوح من 15-4 سنة من الخبرة الاكلينيكية .وهؤلاء هم نفس الاشخاص الذين يتقاضون 100-200 دولار للجلسة من 45 دقيقة

ومن خلال اداة التقلص تستطيع ان توجه سؤالا لواحد من ثمانية مجالات من العلاج النفسي وسوء استخدام العقار /الكحول الخ الاختيارات مدونة على صفحة الاستمارة وتكلفة استخدام اداة التقلص هي دولار لكل سؤال واستجابة صادقين .ويمكن ان تتوقع استقبال استجابة عن طريق البريد الجوي في غضون ساعة

شبكة المساعدة HELP NET

ان شبكة المساعدة هي خدمة اخرى للعلاج بالبريد الإلكتروني مماثلة لأداء التقلص على نحو جدير بالاعتبار .والفرق الاساسي هو في كيفية توزيع الاسئلة على الاختصاصيين النفسيين .وعلى الرغم من ان كلتا الخدمتين تسمح للمستخدمين بتصفح الاسماء والاعتمادات الخاصة بمهنيي الهيئة تقدم شبكة المساعدة كذلك على الخط صور المعالجين الفوتوغرافية

التي قد تكبر بطلب استجابة مباشرة بخصوصها .وإداة التقلص لا تسمح للعملاء بان يتتولوا اسئلة لمقدمين معينين ,وانما العملاء يتناولون اسئلتهم الخاصة بفئة معينة ويتم تحويل السؤال الى مهني ملائم .وتسمح شبكه المساعدة بثلاث طرق من تقديم الاسئلة .وقد يرسل العملاء ,اسئلتهم مباشرة الى أخصائي نفسى او طبيب نفسى يختارونه ,ويقدمون اسئلة بقائمة معدة من الفئات .او يقدمون أسئلة عامة سوف يتم تحويلها عن طريق الخدمة الى مقدم ملائم . وكما سوف يناقش فيها بعد فان هذا الفرق له مضمونات

وفي يوليو عام 1995 طلب رئيس رابطة علما النفس الامريكية APA وأعضاء عديدين بالمجلس من مجلس ادارة الرابطة ان يأخذ في الاعتبار اخلاقيات العلاج الذي تسهله شبكة الانترنت وفي يوليو من نفس العام اعترف مجلس ادارة الاخلاقيات بالرابطة بالعلاج بالانترنت وقدم خطوطا ارشادية عامة توجه المعالج الذي يستخدم التليفون .والمؤتمر الذي يعقد بالتليفون .او خدمات الانترنت لأخذ في الاعتبار تطبيق المعايير الاخلاقية التي تطبق على العلاج.

العلاقة المهنية

تعتبر طبيعة العلاقة المهنية المؤسسة عن طريق معالج البريد الالكتروني هامة لان ابنية وصيغ العلاقات المختلفة للعلاج لها معايير ممارسة مختلفة . على سبيل مثال , لا يتعرض اخصائي نفسي الاعلام A MEDIA PSYCHOLOGIST لنفس المسئوليات الخاصة بحفظ السجلات كما اكلينيكي يعالج مريضا في علاج تقليدي وجها لوجه

وتجعل العلاقات المهنية تقديم الخدمة امنا ومتبأ به لكل من المعالج والعميل .وحيثما يدخل اخصائي نفسي وعمال في علاقة مهنية محددة فكل منها توقعات بخصوص الحدود المقبولة وماهي التكاليف والفوائد التي ستكون للتفاعل .وحيثما يؤسس المعالج التقليدي

علاقة مهنية 'فانه يلتزم بها .كما يتم تصميم كل من معايير الخصوصية والسرية التي تفوض المحافظة على السرية ابقاء السجلات ومعايير العلاج التي تشمل موافقة معلومة وبناء العلاقات والانهاء وذلك من اجل ضمان الامان والتنبؤ لكلا الطرفين والمعالج الذي يتبع هذه المعايير

يقل الى ادنى حد الغموض بمناقشتها على نحو صريح في بداية العلاج

واذا ما وجدت علاقة مهنية ،او ذا ما وجب وجودها ،بين سيكولوجي البريد الإلكتروني والعملاء ،فان المعايير الأخلاقية التي تنطبق على العلاج يمكنك ان كذلك ان تنطبق على اكلينيكي البريد الإلكتروني .ولكن هل يصل علاج البريد الالكتروني الى عتبة تؤسس علاقة مهنية ؟ وهل تلاحظ ان خدمات اداة التقلص وشبكة المساعد ليست بديلا للاستشارة وجها لوجه ؟ وهل يكفي هذا لتبديد توقعات العميل ؟ فلسوء الحظ ، نجد ان الاعلان لم يصف طبيعة او حدود العلاقة بالبريد الالكتروني ولالا يوجد ذكر للسرية ،وتقديم الفواتير ، والموافقة المعلومة او ما يمكن ان يأمله العميل من كسب من التفاعل

ونحن لا نفهم كيف وصل هؤلاء الاخصائيون النفسيون الى هذه الاعلانات الغامضة .وقد تعوق قوة الاقناع للإعلانات بشكل جاد مناقشة تامة لحدود العلاقة .كما يعتقد هؤلاء الاخصائيون انهم ليسوا في حاجة لتلك العلاقة لاهم لم يفعلوا علاجاً بل يقدمون خدمة للمستخدمين .

وبصرف النظر عن البناء المعين المستخدم بواسطة الخدمة للاتصال بمقدم للعميل ،فان الحالة الغامضة لشؤون المسألة تكون غير كافية . ولان المهنيين يعلنون عن انفسهم كأخصائيين نفسيين واطباء نفسيين ،ولا يقدمون تنازلاً عن انهم يمارسون شيئاً ما غير علم النفس او الطب النفسي ،فان المستخدم العقلاني للأنظمة يمكن ان يفترض ان الاخصائيين النفسيين على شبكة المساعدة يمارسون مثل المهنيين في كل مكان اخر . والاطباء الأكثر

وضوحا التي قد يرتكبها العملاء هي افتراض أن الاتصالات مع مهني البريد الإلكتروني سرية وأنهم عملاء .

وعلى الرغم من أن الإعلانات تقرر أن الاتصالات ليست علاجاً ، فإنها لا تقرر خدماتها . هل يمكن أن يتوقع المستخدم نصيحة أو مساعدة أو عوناً ؟ وعلى الرغم من الفروق بين الاتصال بالبريد الإلكتروني والعلاج النفسي قد تبدو واضحة بالنسبة لمعظم الإكلينيكين ، فليس واضحاً جداً أن كل الأشخاص العاديين سوف يفهمون مباشرة كيف أن بناء وفوائد الصلة المتقلصة وشبكة المساعدة تختلف عن تلك التي تخبر في العلاج إذن ما هو المعيار الذي يجب أن يتبناه إكلينيكي البريد الإلكتروني ؟ فإن أحد المجالات لتقويم خدمات جديدة هو مقارنة الخدمة بتلك التي بنيت أو شيدت على نحو مماثل ، ومعالجو البريد الإلكتروني الذين يأملون أن يتجنبوا تشجيع العملاء على توقع علاقة مهنية يجب أن يناقشوا أن الإتصال الذي يسهله البريد الإلكتروني مماثل إلى أقصى حد لعلم النفس الإعلام media psychology . فتحت كود الاخلاقيات الحالية ، نجد أن سيكولوجي الإعلام Medaipsychology هم الإكلينيكيون الوحيدون المسموح لهم بالممارسة خارج علاقة مهنية مؤسسة . ومع كل من سيكولوجي الاعلام وإكلينيكي البريد الإلكتروني يكون التفاعل مختصراً على نحو نمطي حيث يتم الاستجابة لمشكلة معينة أو سؤال من عميل قد يكون بعيداً من الناحية الجغرافية .

ويحرم المعيار الأخلاقي 3.5 على سيكولوجي الاعلام تشجيع المرضى على أن يستدلوا أن علاقة شخصية قد كانت تقدم . و ليس هذا صعباً بالنسبة لسيكولوجي الاعلام لأن أي اتصال هو جزء من اذاعة أكبر . كما يجب أن يفهم الزائر أو المشارك العقلاني أنه يوجد غرض إضافي أكبر للإتصال . إنه ليس فقط لمساعدة المريض و لكن أيضاً لتعليم أو تسلية مستمتع . و لن يكون الزائر أو المشارك متحدثاً للمعالج إذا لم يكن جزءاً من اذاعة أكبر .

و كما هو الحال بالنسبة للبريد الإلكتروني , توجد خدمات علاجية أخرى عن طريق التليفون , وفي هذه الحالة يكون المعالج و العميل بعيدين جغرافيا .

و المعالجون عن طريق التليفون يتمسكون حاليا بنفس المعايير مثل المعالجين الآخرين , 1993American psychological Association EthicsCommittee, وهم ملزمون بجعل العميل على علم بالموافقة قبل العلاج , إنهم يجب أن يناقشوا السرية وقوائم الاتعاب و عليهم واجب حماية العملاء و الضحايا الممكنين من الاذى

السرية confidentialité

لا تذكر أي من الخدمات الموصوفة سابقا السرية . ومع ذلك ,تقترح شبكة المساعدة أن المقدمين سوف يجيبون على كل الأسئلة "مهنية و خاصة" وهذا مضلل و محير . فالبريد الإلكتروني ليس خاصا , و السرية معيار غير ممكن توقعات المستخدمين , يفترض معظم الخبراء أن البريد الإلكتروني ليس امنا أو سريا. فقد كتب خبير في الاتصال الخاص بالكمبيوتر يدعى جلوسبرنير (Glassbrenner ;1990)«أن جميع الرسائل بالبريد الإلكتروني يمكن أن تقرأ بواسطة أناس غير شركائهم المقصودين , و هكذا , فإن الشخص قد يزعم أنهم سوف يكونوا قارئين حتى إذا لم تكن تلك هي الحالة في الحقيقة ».

وسرية الرسالة هي الصعوبة الوحيدة. وعلى المعالجين بالبريد الإلكتروني أن يبقوا في حدود المعايير الاخلاقية , وأن يحذروا المستخدمين أنه لا توجد اتصالات سرية عن طريق البريد الإلكتروني .

و تلخيصا , فمن أجل إعلام كامل للعميل بخصوص حدود السرية, فإن المعالج يجب أن يفشي أولا , أن أنظمة البريد الإلكتروني غالبا ما تخزن تفاعلات البريد الإلكتروني, ثانيا, أن الأفراد غير المقصودين الذين يستقبلون ربما كان لديهم مدخلا سهلا نسبيا للبريد الإلكتروني

ثالثاً ، إن الحاسبات الشخصية قد تخزن التفاعلات و أن هذه قد تكون مقروءة بواسطة أي شخص اخر له مدخل للحاسب ، وفي النهاية ، كما في كل حالات العلاج ، قد يحتاج الإكلينيكي إلى إفشاء معلومات سرية إذا أدرك أن العميل في مخاطرة خاصة بإيذائه أو إيذاء شخص ما اخر على نحو مباشر .

حدود الكفاءة: Bouderies of Compétence

يقدم معالجو البريد الإلكتروني نصيحة مهنية بدون فائدة التقييم. و تبدو مثل هذه الاستشارة أنها تطير في وجه الحكمة الاتفاقية بدون تقييم احتمالية سوء تشخيص مشكلة عميل أو افتقاد مرض مثير يبدو مرتفعاً بشكل غير عادي. ومعظم المعالجين قد حصلوا على الخبرة الخاصة بالتنظيم في اخر الجلسة الأولى، أو حتى في الخامسة، بأن مشكلة المريض لم تكن على الإطلاق ما ظهرت خلال اللحظات القليلة الأولى. ويتلقى المعالجون بالبريد الإلكتروني ما في عقل العميل لثنائي قليلة فقط. ونادراً ما تكون الثنائي القليلة من العلاج كافية لمعظم العملاء من أجل الحصول على أي تأثير. ولكن هذا بدقة ما يقدمه إكلينيكي البريد الإلكتروني.

والاحتمالية المرتفعة لسوء التشخيص يجب أن تؤخذ في الاعتبار في ضوء مدركات العميل الخاصة بالمعالج. فتعلن شبكة المساعدة أو غيرها عن هيئة باعتبارها أخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين ذوي كفاءة عالية ... كل منهم ذو 15-04 سنة من الخبرة الإكلينيكية ... ونفس الأشخاص يتقاضون عادة 100-200 دولاراً لجلسة واحدة مدتها حوالي 45 دقيقة تقريباً. والحقيقة أن العميل قد ينظر إلى المعالج كمهني مدرب وموضع ثقة بشكل مرتفع، دون أن يعرف مدى احتمال سوء التشخيص الذي قد يحدث.

معيار 104 ج يقرأ:

في تلك المجالات التي تتبثق والتي فيها معايير متبينة بصفة عامة من أجل التدريب التمهيدي لم توجد حتى الان ،و مع ذلك ،يأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات مسئولة لحماية المرضى العملاء، والطلاب و المشاركون في البحث ، وآخرين من الاذى.

فبدون علاقة متتبأ بها وبدون تقييم ، وبدون تشخيص وتدخل ،يبدو ممكنا أن عملاء البريد الالكتروني غير محميين بشكل جيد . وهذا في حد ذاته لا يعوق استخدام العلاج عن طريق البريد الالكتروني. و فضلا عن ذلك ،يجوز عمل موافقة معلومة ،كما مع أي علاج تجريبي اخر .والعملاء الذين يستخدمون العلاج بالبريد الالكتروني لا يجب فقط ان يخبروا ،وهم في شبكة المساعدة ، أن الاتصال العلاجي الذي يسهله البريد الالكتروني ليس علاجاً ،ولكنه كذلك غير مختبر و فاعليته قد لا ترتبط بنجاح العلاجات التقليدية. ويحتاج العملاء إلى معرفة أن المعلومات المعطاة لهم قد تكون لا جدوى منها تماما وغير قابلة للتطبيق في موقفهم الكلي. وبدون مثل هذه التفاصيل، فإن التلف المحتمل للعملاء يكون مرتفعاً.

وكود الأخلاقيات لا يحمي فقط العملاء، بل تم تأسيسه لحماية المهنة أيضا. ويقدم كود الأخلاقيات قواعد سلوك خاصة بالحد الأدنى تفرض على الأخصائيين النفسيين أن يقودوا أنفسهم بطريقة سيئة على المهنة. ويمثل العلاج بالبريد الإلكتروني تهديداً أصيلاً للمهنة. فخدمة مثل «شبكة المساعدة» أو غيرها إذا لم تتغير بشكل دال، فيمكن أن تؤدي بالأخصائيين النفسيين إلى أن يهبطوا إلى مستوى محرري عواميد في صحف النسيحة الشعبية. ومن ناحية أخرى، في سيناريو أفضل حالة، يمكن لإكلينيكي البريد الإلكتروني أن يخدموا كنماذج وإعلانات بالنسبة لكل الأخصائيين النفسيين. والعملاء الذين يتفاعلون معهم يمكن أن يعرفوا أن الأخصائيين لا يقدمون خدمة بدون تقييمات مفصلة.

معيار أخلاقي جديد مقترح

في يوليو 1995، قدم مجلس أخلاقيات رابطة علم النفس الامريكية تقريراً عاماً وصف كود الأخلاقيات القابل للتطبيق على المعالجين الذين يستخدمون التليفون، أو عقد ندوة بالتليفون

أو عقد ندوة بالتليفون ، أو خدمات الإنترنت . وفي رأينا، فعلى الرغم من أن الوثيقة تقدم خطوطا إرشادية قيمة ، فإنه يشوبها قصور في التحديد . فيقدم الإنترنت عددا من مشروطيات مختلفة خاصة بالاتصال. وسوف تتطلب كل واحدة فحصا طبقا لما تستحقه والتهديدات المحتملة للسلوك الأخلاقي.

ولحماية العملاء والمهنة، نقدم ما يلي للتطبيق تحديدا على العلاج بالبريد الإلكتروني. الأخصائيون النفسيون الذين يقدمون اتصالا علاجيا يسهله البريد الإلكتروني يشجعون العملاء على أن يسألوا أسئلة عامة لا تشير إلى فرد معين. و الأخصائيون النفسيون الذين يعلنون عن مثل هذه الخدمات يشملون في إعلاناتهم كل المعلومات الضرورية للعملاء لفهم مايلي :

أ- أن نموذج التجربة وفائدتها قد لا تتعلق بنجاح العلاجات التقليدية

ب -أن الاتصال غير سري

ج-انه لا توجد علاقة مهنية بين المعالج والعميل.

د -أن الاتصالات المتكررة مع نفس المهني لا يشجع عليها

هـ -أن سجلات التفاعل قد تخزن بدون تقرير عن مثل هذا التخزين المتاح للعميل.

والأخصائيون النفسيون الذين يستخدمون البريد الإلكتروني للاتصال مع عملاء جدد يشجعون العملاء على البحث عن علاج تقليدي أكثر من الانترنت، والأخصائيون النفسيون لا ينقلون معلومات سرية، تشمل معلومات عن الأتباع مثل بيانات بطاقات الائتمان، عن طريق البريد الإلكتروني بدون استخدام برامج أخذت المعيار في الاعتبار.

و بالرغم من أن هذا المعيار كتب لتطبيقه على العلاج بالبريد الإلكتروني بصفة خاصة، فإنه يحتوي على مبادئ يمكن أن تطبق في تنمية معايير أخلاقية لنماذج مستقبلية. وهذه المبادئ هي كالآتي: يبذل الاختصاصيون النفسيون كل مجهوداتهم من أجل:

أ- تقديم كل المعلومات الضرورية لتحقيق موافقة معلومة مع العميل، بصفة خاصة عند استخدام أبنية جديدة لتقديم خدمات.

ب -الحماية من الاعتماد المؤذي على نصيحة معطاة عن طريق اي نموذج.

ج-ضمان المستوى الأكبر من الخصوصية و السرية العملية.

العلاج النفسي عن طريق التليفون فوائد ومخاطر للعملاء والأخصائيين النفسيين

تبدو المعايير المهنية الموجودة انها تحتضن بشكل كاف هذا التغير اثر العلاج النفسي المعروف وجها لوجه .،وبالإضافة الى ذلك ،فان لجنة الاخلاقيات في رابطة علم النفس الامريكية apa قد نشرت حديثا تقريراً يتناول بصفة خاصة العلاج النفسي بالتليفون .apa,1995:15

وفي كل النواحي تقريبا، يستثير العلاج عن طريق التليفون فقط نفس القضايا التي تنشأ في تقديم خدمات نفسية سليمة اخلاقية خاصة بأنواع مختلفة مثل: الالتزام بتسليم خدمة متقنة، والالتزام بتجنب الاذى للعملاء، والالتزام بعمل ترتيبات مالية واضحة، والالتزام

بتجنب الغش في التقارير العامة، والالتزام بالحصول على موافقة معلومة من العملاء خاصة بالخدمات، والالتزام بحماية السرية ماعدا تحت ظروف مخففة معينة معروفة جيدا. ولا يبدو ان شيئا من هذه الالتزامات يتغير باستخدام التليفون كوسيلة للاتصال بالعميل.

وفي نواحي المعينة، يمكن ان يرى العلاج بالتليفون فقط كمجال ممارسة يظهر للعيان ويتم تناوله بالكود الاخلاقي للأخصائيين النفسيين (apa) (1992:133) في المعيار 04 ر 1 س حدود الاتقان : ففي تلك المجالات المنبثقة لا توجد حتى الان المعايير المتبينة بصفة عامة للتدريب التمهيدي ،بأخذ الاخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية في عملهم ولحماية المرضى والعملاء ، الاخرين من الأذى .

وفي السياق الحالي، يعني هذا أن الأخصائيين النفسيين قد يحتاجون لتوضيح ماهي أنماط المعلومات غير اللفظية التي تكون حاسمة ويستثنوا مثل هذه المجالات من منظومة الخدمة الخاصة بالتليفون فقط. وكذلك، فان هذا العيار قد يتضمن:

أ – أن الاخصائيين النفسيين يجب ان يأخذوا خطوات لتبين استهدافهم للالتقاء عند تقديم العلاج عبر التليفون.

ب-ان تقنيات لتركيز يتم ابتكارها وتستخدم باستمرار لضمان ان مناقشات العلاج التليفوني مثمرة.

وفي نطاق الاطار الاكثر عمومية للالتزامات والمسؤوليات العلاجية، يجب على الاخصائيين النفسيين ان يأخذوا عناية خاصة الاعلام العملاء الممكنين بالقصور الحقيقي للعلاج عن طريق التليفون، كما لوحظ سابقا، وبوجود طرق بديلة للحصول على الخدمة اذا وجدت هذه الخدمة كما يجب ان يأخذوا الاخصائيون النفسيون في الاعتبار مجموعة من الاسئلة التي يجب التحقق منها، مثل:

1-هل هذا الاختيار للعلاج يفيد العميل، أو يجب ان يوصي بعلاج وجه لوجه، إذا ما افترض انه يمكن تقديمه؟

2-هل من الممكن اجراء كاف تقييم لحالة النفسية؟ وهل الأخصائي النفسي على وعي بحدود التشخيص والحكم او التنبؤ الذي يجرى عن طريق تقويم التليفون؟

3-هل كل من المعالج والزائر (وبيئتهما النفسية) خالية من الالتهاآت والتشوشات والاتصال والانتباه؟ وهل اجرى الاخصائي النفسي خطوات لضمان الخصوصية والسرية عند التقويم والعلاج؟

4-هل يمكن الاخصائي النفسي التدريب الضروري الملائم، والخبرة او المزاج لتقديم خدمات عن طريق التليفون؟

5-هل يمكن الاخصائي النفسي خطة لحفظ سجلات العميل؟ وماهي الخطة بالنسبة لحفظ السجلات العميل إذا ترك الاخصائي النفسي الخدمة التليفونية؟ وهل يملك الاخصائي النفسي او رتبت الشركة طريقة للعميل للحصول على نسخة السجلات؟

6-هل يعرف الاخصائي النفسي كيف توصف خدمة الارشاد عن طريق التليفون للمستخدم الممكن؟

7-ماهي المسئوليات المؤسسة والاخصائي النفسي بالنسبة لتقديم الرعاية عند مغادرة الاخصائي النفسي

8-هل يفهم الاخصائي النفسي الترتيبات المالية للخدمة التليفونية، وهل اتخذت خطوات معقولة لضمان ان تكون هذه عادلة ومفسرة بوضوح للعميل الممكن؟

ويمكن للجنة الاخلاقية ان تدعم وتتناول فقط صلة والمبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وكود السلوك، ولا تستطيع ان تقول إذا ما كانت توجد خطوط ارشادية أخرى لرابطة علم النفس الامريكية (apa) التي قد تقدم ارشادا. وليس كود الاخلاقيات محددًا

بالنسبة للعلاج عن طريق التليفون او عقد مؤتمر عن طريق التليفون او اي خدمات مقدما الالكترونية في حد ذاتها. وليس له قواعد تحرم مثل هذه الخدمات اما الشكاوي الخاصة بمثل هذه الامور فيمكن تناولها على اساس حالة بحالة.

وتعتبر طبيعة الاتصال متغير هام , واستخدام التليفون لأغراض مثل المعلومات التعليمية ، وخطوط الانتحار الساخنة ، او الاتصال المختصر بخصوص الازمات والاحالة فهو مؤسس جيدا على نحو هام ، اما استخدام التليفون لشرط العلاج المستمر المنتظم او للتشخيص ، فهو غير مؤسس ، ولا مثل هذه الخدمات كعقد مؤتمر عن طريق التليفون او الانترنت او طرق مماثلة ويشير المعيار 04 ر 1س (حدود الكفاية) الى انه في تلك المجالات المنبثقة التي لم توجد فيها بعد المعايير متبينة بصفة عامة للتدريب التمهيدي ، يأخذ الاخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية الخاصة بعملهم ولحماية المرضى والعملاء والطلاب او غيرهم من الاذى.

وبصفة عامة، فان السرية المحادثات عبر التليفون نادرا ما يشك فيها وعلى الرغم من انها قد تفشى، فان مثل هذا الحدث نادرا وغير قانوني.

المراجع

محمد توفيق الجندي، محمد طموح أبو صالح. (2018). الميثاق الأخلاقي للممارسين
الصحين النفسيين .-978: Number :ISBN :/www.syriasmah.com/
1 edition 0-222-430-977.

جمعية علم النفس الامريكية. المبادئ الأخلاقية للممارسين النفسيين و قواعد السلوك
المهني. ترجمة تركي محمد المالكي . اشرف عبد الحميد عبد الله .تنسيق ومتابعة عبد
الاله إسحاق خياط

المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية. ردمك 978-603-06319-9-5 رقم الإيداع
1441-7401. التعديلات التي فعلت اعتباراً من 1 يونيو 2010 إلى 1 يناير 2017.

<https://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>.

فاتح بن صنهات الدلحي العتيبي. (2011). دور الاختصاصي النفسي الاكلينيكي من وجهة
نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض. رسالة ماجستير. جامعة نايف
العربية للعلوم الأمنية. كلية العلوم الاجتماعية.

American Psychological Association. (1977). Standards for providers
of Psychological services. Washington, DC ; Author

American Psychological Association. (1979). Ethical standards of
Psychologist (Rev. Ed.) Washington, DC : Author.

American Psychological Association. (1990). Ethical principles of
psychologists. (1990). Ethical standards of Psychological Association
(1990) Ethical principles of psychologists (amended June
2, 1989). American Psychologist, 47, 390-395.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of
psychologists and code of conduct. American Psychologist, 47, 1597-1611.

Andronikof, A. & Fontan, P. (2014). L'examen psychologique ; pratique et
déontologie. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 62 ; 403-
407. www.sciencedirect.com.

Andronikof, A. (2001). Rendre compte aux parents de l'examen
psychologique de leur enfant : pourquoi
comment ? <https://www.researchgate.net/publication/258513974> DOI : 10-
1051/psy/2006 451033

Code de déontologie des psychologues-France-22 Mars 1996.

Code de déontologie des psychologues-France-Actualisation de février 2012.

Canadian Psychological Association. Code canadien de déontologie
professionnelle de psychologue (2000). ISBN : 1-896538-11-8. troisième édition.

Ordre des éducations et des éducateurs de la petite enfance, OEPE.(2011).
Code de déontologie et normes d'exercice, Reconnaître et honorer notre
déontologie profession.

Bourguignon , O&Colin,(2006) .La déontologie de psychologues.1édition
.http//www.armand.com ISBN :2-2000-34036-2.

Lefebvro,M.(2011).Exploration sur le rôle du psychologue scolaire au
Québec. Thèse de doctorat. Université du Québec a trois Rivières.

Castro,D&Dantiago-Delefosse.(2001).pratiques déontologies en
psychologie.Honnes et perspectives/Martin Media.ISBN :2-9-911616-90-1