

الأخلاق الإسلامية وعلم النفس مأمون مبيض سعد الدين العثماني

جمع وتحرير: الدكتور فتحي بن جمعة أحمد



مركز دراسات التشريع
الإسلامي والأخلاق

Research Center for Islamic
Legislation and Ethics

عضو في جامعة حمد بن خليفة
Member of Hamad Bin Khalifa University

الإسلام والأخلاق التطبيقية

الأخلاق الإسلامية وعلم النفس

الأخلاق الإسلامية وعلم النفس

مأمون مبيض
سعد الدين العثماني

جمع وتحرير
الدكتور فتحي بن جمعة أحمد

الإسلام والأخلاق التطبيقية



مركز دراسات التشريع
الإسلامي والأخلاق
Research Center for Islamic
Legislation and Ethics
عضو في جامعة حمد بن خليفة
Member of Hamad Bin Khalifa University

الطبعة العربية الأولى (٢٠١٧)

دار جامعة حمد بن خليفة للنشر
صندوق بريد ٥٨٢٥
الدوحة، دولة قطر

books.hbkupress.com

حقوق النشر © مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق، ٢٠١٧

هذا الكتاب مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي نسب المصنف - غير تجاري
٠ ، ٤ دولي (CC BY-NC ٤.٠)، هذه الرخصة تتيح للآخرين حرية إعادة التوزيع،
التعديل، التغيير، والاشتقاق من عملك في غير الأغراض التجارية، يجب عليك نسب
العمل لصاحبه بطريقة مناسبة، وتوفير رابط للترخيص.
يمكنكم زيارة الموقع الرسمي للناشر للحصول على آخر نسخة:
www.qscience.com

الترقيم الدولي: الغلاف العادي: ٩٧٨٩٩٢٧١١٩١٨٧
الترقيم الدولي: النسخة الإلكترونية (ب د ف): ٩٧٨٩٩٢٧١١٩٥٠٧

تمت الطباعة في الدوحة في شركة مطبعة الجزيرة ذ. م. م.

كيوساينس
QSCIENCE

دار جامعة حمد بن خليفة للنشر
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY PRESS

الإسلام والأخلاق التطبيقية

جمع وتحرير: الدكتور فتحي بن جمعة أحمد

١. الدولة المدنية بمواصفات إسلامية
عبد المجيد النجار
الإسلام: المجتمع المدني والدولة
جون إسبوسيتو
٢. الحدود الأخلاقية لحرية التعبير: رؤية إسلامية
محمد هاشم كمال
الحرية وحدودها: ضمان الكرامة واثقاء التسلط
إبراهيم رسول
٣. الأخلاق والتمويل: رؤية إسلامية في ضوء مقاصد الشريعة
محمد حسام فاضل
٤. المقاصد العليا للتمويل الإسلامي
علي محي الدين القره داغي و عبد العظيم أبوزيد
٥. تكامل المعرفة والقيم في بناء المناهج التعليمية
خالد الصمدي و خالد حنفي
٦. الأخلاق الإسلامية وعلم النفس
مأمون مبيض و سعد الدين العثاني
٧. طبيعة الإنسان بين الإنسانية والعلمانية والإسلام: صراع الرؤى العالمية بين
الروحانية وعلم النفس
مالك بدري و كولين آن و ارد
٨. أهم القضايا البيئية المعاصرة: إسهامات دينية وأخلاقية على طريق العلاج
سيد نعمان الحق و إبراهيم أوزدمير
٩. مقاصد الشريعة إطارا لمعالجة التحديات البيئية المعاصرة و المبادئ الأخلاقية الحاكمة
علي محي الدين القره داغي و فرانز تيو جوتفالد و إيزابيل شاتسشنايدر
١٠. ما هو الفن الإسلامي؟ وما الذي يجعل فنا ما إسلاميا؟
عبد الله بن يوسف الجديع و جوناثان أوترتيك

المحتويات

٩	تمهيد
١٥	نبذة عن المؤلفين
١٧	الأخلاق الإسلامية وعلم النفس
٨٧	الأخلاق والدين وتفاعلها مع علم النفس

تمهيد

بسم الله الرحمن الرحيم

يسر مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق، أن يضع بين يدي القارئ سلسلة كتيبات، تضم بين طياتها مختارات مما تم تقديمه من أوراق وأبحاث أثناء الفعاليات العلمية التي نظمها المركز، والتي يسعى من خلالها إلى توفير الأرضية المنهجية المناسبة لتحقيق الغاية الكبرى من وراء إنشائه، وهي مشروع «الإصلاح الجذري». والإصلاح الجذري الذي يدعو إليه المركز، يتمحور حول مفهوم جوهرى، وهو مفهوم «التجديد التحوُّلي» الذي يتجاوز التجديد والاجتهاد البَعْدِي الذي يُبْقِي الواقع على ما هو عليه، ويتكيف معه بتقييمه والحكم على جزئياته، من خلال منظومة الأحكام الخمسة، وبالتالي فهو «اجتهاد تقييمي» في النهاية. أما التجديد التحوُّلي فيتخطى هذه المساحات الفكرية، إلى تجديد واجتهاد يتطلعان إلى التعامل النقدي مع الواقع القائم والاشتباك الفكري معه، فيصلحان هذا الواقع، بل ويعيدان بناءه إذا تطلب الأمر. ويقترحان البدائل لما فسد منه، وينشئان وسائل ونماذج وأنماطاً جديدة على مختلف المستويات، تمكِّن من تحقيق المقاصد الأخلاقية فيه. فالتجديد الجذري يتجاوز قشرة الأشكال إلى لب الأخلاق والمقاصد، ويتجاوز الجزئيات إلى الأسس النظرية والأطر المرجعية.

ولتحقيق الإصلاح الجذري من خلال تجديد واجتهاد تحوُّلي، كان

لا بد من أن تكون سلطة ذلك الاجتهاد مشتركة بين علماء النصوص الشرعية وعلماء الواقع. وإن كان لعلماء النصوص، في أحيان كثيرة، القدرة على الحكم على جزئيات الواقع بما يقدمه لهم علماء الواقع من توصيف دقيق، فإن الشأن يختلف تمامًا في ما يتعلق بالاجتهاد والتجديد التحوُّلي. ذلك أن هذا الاجتهاد لا يغنيه مجرد التمكن من العلوم الشرعية ومعرفة الواقع معرفة شكلية أو جزئية. فإن عملية بناء الواقع وتوجيهه إلى الأخلاق والقيم الإسلامية، لا بد أن تنبني على معرفة عميقة وشاملة بالواقع، تمكن من تشخيص الأسباب المخلة بالأخلاق، والدافعة للإنسان إلى هامش النشاط البشري، ومن تصور مناهج بديلة ووسائل مبتكرة انطلاقًا من علوم الواقع وملايساته. ولا يمكن أن يستقل علماء الشريعة وحدهم أو علماء الواقع وحدهم بتلك المعرفة بعد ما آل إليه الواقع من تعقيد، فلا يمكن أن تحتكر أيُّ من المجموعتين سلطة التجديد والاجتهاد، وإن أمكن ذلك إلى حدٍّ ما لعلماء الشريعة على وجه الخصوص في ما يتعلق بالاجتهاد التقييمي.

وهذا ما يميز اجتماع علماء الواقع بعلماء النصوص في فعاليات المركز العلمية، حيث إنهم لم يجتمعوا من أجل العملية التقييمية التي تنحصر في فهم الواقع، من خلال الرجوع إلى أهل التخصص، وكيفية التكيف معه والحكم على بعض جزئياته وأشكاله بالحل أو الحرمة. بل اجتماعهم هنا، هو من أجل السعي إلى إقامة ذلك الإصلاح الجذري، وبناء تصور أخلاقي متكامل، لا يأخذ التكيف مع الواقع منطلقًا، وإنما يدرس هذا الواقع من منظور نقدي، بغية القيام باقتراح الحلول المنبثقة من مبادئ الإسلام وخبرة الخبراء.

وإذا كان اجتماع علماء النص وعلماء الواقع منطلقاً منهجياً أساسياً لتحقيق مطمح التجديد التحوُّلي، فإنه ليس المنطلق والمقتضى الوحيد من مقتضيات هذا التجديد، بل هناك مقتضيات كثيرة يتوقف عليها، معظمها عائد إلى مناهج العلوم ونظرياتها وأهدافها. منها أن مناهج العلوم الشرعية التراثية لا تغني عن لون التجديد المنشود. ومنها أن الأخلاق في العلوم الحديثة لا تتبوأ مكانة مركزية، وليست هي منطلق هذه العلوم وغايتها، وإنما يأتي سؤال الأخلاق على هامشها، وغالبًا ما يكون بعد تأسيسها وإنشائها. ومنها قضية التجزئة في العلوم، الشرعية منها والحديثة، وإيغالها في التخصص الدقيق، من دون ربطه بالقضايا الكلية الكبرى.

ولا شك أن كل هذا وغيره، من شأنه أن يعرقل عملية التواصل البناء بين العلماء من مختلف التخصصات، من أجل تجاوز مجرد النظر في تخصصهم الدقيق إلى البناء المشترك الكلي، وتوفير منهج إبستمولوجي معرفي، يوظف معارفهم لغاية واحدة كبرى هي غاية الأخلاق. فلم يكن التحدي كامناً في الجمع بين علماء من مشارب وخلفيات علمية مختلفة راغبين ومؤمنين بهذه الفكرة فحسب، بل كان التحدي، فوق ذلك، كامناً في زعزعتهم عن منطقة أمانهم العلمي، ودفعهم إلى تحطي المنظومات والإبستمولوجيات المنشئة والناظمة لمعارفهم، بغية الوصول إلى منظومات ومناهج تسمح بالاجتهاد المنشود.

ومن بين الفعاليات العلمية المتخصصة التي اختبر فيها مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق عملية التواصل بين علماء النص وعلماء الواقع، ندوة الأخلاق الإسلامية وعلم النفس، التي عقدها المركز على

مدار ثلاثة أيام ما بين الثاني والعشرين والرابع والعشرين من شهر
نوفمبر ٢٠١٤، في مقر المركز بالمدينة التعليمية في الدوحة.

وشارك في هذه الندوة علماء ومفكرون جمعوا بين الخبرة النظرية
والممارسة العملية، من بينهم: الشيخ د. محمد نعيم ياسين، الشيخ د.
نور الدين الخادمي، د. مأمون مبيض، د. سعد الدين العثماني، د. مالك
بدري، د. كولين وارد، د. عبد الرشيد سكينر، د. ربيعة مالك، د. طارق
رمضان، وشوقي الأزهر. وأدار الندوة الشيخ ياسر فزقه.

وطلبت إدارة المركز من المشاركين تركيز النقاش على الأسئلة الآتية:

السؤال المحوري الأول:

● كيف تقيّم المقاربات الرئيسية لفهم طبيعة الإنسان في علم النفس
المعاصر والتراث الإسلامي؟

الأسئلة الفرعية:

- ما حدود المسؤولية الأخلاقية للإنسان عن تصرفاته من منظور
علم النفس المعاصر والتراث الإسلامي؟
- ما دور الغيبيات في التحليل والعلاج النفسي؟
- ما جدوى البحث عن مقاصد علم النفس ومقاصد الشريعة في
صياغة مقارنة جديدة؟

السؤال المحوري الثاني:

● ما موقع المسألة الأخلاقية في علم النفس المعاصر وتطبيقاته؟

الأسئلة الفرعية:

- ما أهم الإشكالات الأخلاقية التي تواجه المعالج والمتعالج؟

- ما الضوابط الأخلاقية لتوظيف تقنيات التأثير النفسي الفردي والجماعي؟

- هل من دور للدين في الصحة النفسية والعلاج النفسي؟
ويندرج هذا الكتيب ضمن سلسلة كتيبات يصدرها مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق ويتضمن بعض الدراسات الصادرة عن هذه الندوة، آملي أن تكون فاتحة خير للنهوض وتحقيق المثل الأخلاقية المنشودة.

شوقي الأزهر

نائب مدير المركز

نبذة عن المؤلفين

مأمون مبيض. تخرّج الدكتور مأمون مبيض في كلية الطب بجامعة دمشق عام ١٩٧٨. وهو استشاري الطب النفسي ومدير إدارة البرامج في المؤسسة القطرية للحماية والتأهيل الاجتماعي بقطر، وأستاذ علم النفس بكلية المجتمع في قطر. تلقى تدريبه في مجال الطب النفسي في دبلن في أيرلندا، حيث عمل لعدة سنوات وحصل على الجنسية الأيرلندية قبل الانتقال إلى أيرلندا الشمالية، وبها عمل محاضرًا للطب النفسي في جامعة كوينز بلفاست (١٩٩٠ - ٢٠١٠)، وكان أول رئيس لمنتدى حوار الأديان في أيرلندا الشمالية، وعضو لجنة الأخلاقيات السريرية في أيرلندا الشمالية بمركز بلفاست للرعاية الصحية. يهتم الدكتور مأمون بشكل خاص بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالصراعات والأزمات، ونشر العديد من البحوث، وألف تسعة كتب عن الطب النفسي وتربية الأبناء والذكاء العاطفي وهوية الطفل والاستشارات الإلكترونية والثقافة الجنسية.

سعد الدين العثماني. الدكتور سعد الدين العثماني من مواليد يناير ١٩٥٦ بجنوب المغرب، من عائلة أمازيغية، حاصل على الدكتوراه في الطب العام من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء (١٩٨٧)، ودبلوم التخصص في الطب النفسي بالمركز الجامعي للطب النفسي

(١٩٩٤)، خريج دار الحديث الحسنية (١٩٨٧) ثم ماجستير (دبلوم الدراسات العليا) في أصول الفقه (١٩٩٩). وقد تقلب في عدة مناصب منها الأمين العام لحزب العدالة والتنمية المغربي (٢٠٠٤ - ٢٠٠٨)، وعضو في البرلمان المغربي (١٩٩٧ - ٢٠١١)، وعضو مجلس الشورى المغربي (٢٠٠٢ - ٢٠٠٨)، ووزير الشؤون الخارجية والتعاون (٢٠١١ - ٢٠١٢). وفي المجال العلمي: فهو عضو مؤسس في «الجمعية المغربية لتاريخ الطب»، وعضو مكتب «مؤسسة الحسن الثاني للأبحاث العلمية والطبية حول رمضان»، وعضو «لجنة الأخلاقيات في البحث الطبي الحيوي» بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء منذ ١٩٨٩. له دراسات ومؤلفات في مجالات أصول الفقه والسياسة الشرعية وتاريخ الطب والأخلاقيات الطبية والصحة النفسية. من آخر مؤلفاته: «الدين والسياسة: تمييز لا فصل» و«جهود المالكية في تصنيف التصرفات النبوية».

الأخلاق الإسلامية وعلم النفس

مأمون مبيض

مدخل:

تسعى هذه الورقة للإجابة عن عدة أسئلة طرحها مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق، في الدوحة، من أجل ندوته المتخصصة المعنونة «الأخلاق الإسلامية وعلم النفس».

وهذه الأسئلة عبارة عن سؤال محوري وهو:

ما موقع المسألة الأخلاقية في علم النفس المعاصر وتطبيقاته؟

ومن ثمّ ثلاثة أسئلة فرعيّة، وهي:

أولاً: ما أهم الإشكالات الأخلاقية التي تواجه المعالج والمتعالج؟

ثانياً: ما الضوابط الأخلاقية لتوظيف تقنيات التأثير النفسي الفردي

والجماعي؟

ثالثاً: هل من دور للدين في الصحة النفسية والعلاج النفسي؟

وفي محاولة الإجابة عن هذه الأسئلة، فقد عرضت الموضوع من

الناحية النظرية. ومن ثمّ، ومن أجل تمام الفائدة، فقد أتيت ببعض

الأمثلة الواقعية من خلال الممارسة العملية. وللحفاظ على سرية

الحالات واحترام خصوصياتها، فقد عمدت إلى تغيير بعض معطيات

هذه الأمثلة، كي لا يعرف الأشخاص في هذه المواقف.

السؤال المحوري

ما موقع المسألة الأخلاقية في علم النفس المعاصر وتطبيقاته؟

الجوانب المختلفة لعلم النفس والصحة النفسية:

عندما نتحدث في هذه الندوة عن موضوع «الأخلاق الإسلامية وعلم النفس» فإننا لا نقصد فقط ما يعرف الآن بعلم النفس (psychology) وإنما كل ما له علاقة بالعلوم النفسية أو الصحة النفسية أو العقلية (mental health) ومنه الطب النفسي (psychological medicine) أو كما هو معروف حالياً (psychiatry)، وكذلك الخدمة الاجتماعية وخصوصاً السريرية منها (clinical social work).

والآن، بعد أن زاد الوعي والاهتمام بالجانب النفسي لحياة الإنسان، فقد تعددت الاختصاصات النفسية التي تعالج الأمراض والاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة، سواء تخصصات علم النفس أو الطب النفسي، ومنها على سبيل المثال:

- الطب النفسي العام (general psychiatry)
 - طب نفس الأطفال (child psychiatry)
 - طب نفس المسنين (old age psychiatry)
 - طب نفس الإدمان (addiction psychiatry)
 - الطب النفسي الشرعي / القانوني (forensic psychiatry)
- وكذلك من فروع علم النفس على سبيل المثال:
- علم النفس السريري (clinical psychology)
 - علم النفس التعليمي (educational psychology)

● علم نفس الجريمة (criminal psychology)

● علم نفس الإعلام (media psychology)

● علم النفس العسكري (military psychology)

● علم نفس الأديان (spiritual psychology)

وهناك أيضاً مدارس جديدة في ما يعرف بالإرشاد النفسي (psychological counseling) والإرشاد الزوجي (marital counseling)، والإرشاد الأسري (family counseling). ولا شك أن هذه كلها أيضاً معنية بما يمكن أن يندرج تحت مسمى «الأخلاق الإسلامية وعلم النفس».

ومع كل هذا التقدم والانتشار، كان لا بد من وضع المبادئ والمعايير الأخلاقية التي تضبط العمل في هذه المجالات النفسية والمتعلقة بالصحة النفسية. ففي عصرنا الحاضر تكاد لا تخلو هيئة علمية معنية بالعلوم النفسية من فرع خاص يهتم بالجانب الأخلاقي للممارسة المهنية النفسية. وعلى سبيل المثال:

المبادئ الأخلاقية للهيئة الأمريكية لعلم النفس (American Psychology Association)^٢

المبادئ الأخلاقية للهيئة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatry Association)^٣

المبادئ الأخلاقية للكلية الملكية البريطانية للأطباء النفسيين (Royal Collage of Psychiatrists)^٤

المبادئ الأخلاقية لاتحاد الأطباء النفسيين العرب.^٥

الأدوار المختلفة للعاملين في الصحة النفسية:

ومن المفيد أن نتذكر أننا عندما نتحدث عن الاختصاصيين النفسيين سواء أكانوا أطباء أم معالجين، فإننا لا نتحدث فقط عن دورهم العلاجي أو الإرشادي النفسي، وإنما يمكن أن يتعدى دورهم إلى مجالات متعددة ومنها التعليم والتدريس والتدريب، وإجراء الأبحاث النفسية والسلوكية المختلفة، ودورهم كشهود خبراء في القضايا القانونية وغيرها. ولا ننسى أيضًا أن بعض العاملين في مجال الصحة النفسية لهم دور في الإدارة ووضع السياسات والتشريعات والإجراءات، أو في العمل الإعلامي. وهذه كلها تفرض وجود مبادئ ومعايير أخلاقية، وخصوصًا عندما يكون هناك تعارض، ظاهر أو خفي، بين كل هذه الأدوار المختلفة أو بعضها.

ومع تقدم الثورة المعلوماتية، وانتشار استعمال الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي من أجل طلب الخدمة النفسية، سواء بشكل الاستشارات النفسية أو السلوكية أو الأسرية، أو حتى في شكل تقديم بعض العلاجات النفسية عن طريق هذه الوسائط الحديثة، وهو كما يعرف الآن بالطب عن بُعد (telemedicine)، فكان لا بد أيضًا من أن تحكم هذه الوسائط ضوابط ومعايير أخلاقية خاصة بها، وخصوصًا أنه قد ينعدم في هذه الممارسات التواصل المرئي بين المعالج والمتعالج^٦.

المبادئ الأخلاقية للممارسة:

في اللغة الإنجليزية، هناك فرق بين الأخلاق المهنية (ethics) وبين

الأخلاق (morality)، فالأولى (ethics) تُعرّف على أنها فرع من الفلسفة حيث تتعامل مع القضايا والمشكلات الأخلاقية (moral problems) والأحكام الأخلاقية (moral judgment)، وأنها أيضًا مجموعة من المبادئ والتعليقات التي تحكم السلوك في مجال مهنيّ معين. أما الثانية (morality) فهي مبادئ معرفة الصواب من الخطأ والصالح من الطالح. ولا بد للأولى (ethics) أن تقوم على أرضية من المبادئ الأخلاقية الواضحة (morality).

وهناك من عرّف الأخلاق المهنية على أنها «تقييم للسلوك الإنساني»^٧. وهذا يعني أننا من خلال المعايير الأخلاقية يمكن أن نحكم على السلوك الإنساني، من حيث كونه صوابًا أو خطأ، أو شرعيًا أو غير شرعي.

الالتزام الأخلاقي الفردي:

الأصل أن يلتزم الممارس النفسي المسلم، أو غير المسلم، بالممارسات الأخلاقية كجزء من دينه وأخلاقه، وبحيث لا يتأثر بما عليه الناس من الممارسة أو سوء الممارسة «لا تكونوا إمّعة، تقولون إن أحسن الناس أحسنًا، وإن ظلموا ظلمنا، ولكن وطنوا أنفسكم، إن أحسن الناس أن تحسنوا وإن أساءوا فلا تظلموا» (الترمذي).

وصحيح أن الناس في غالبيتهم يتطلعون ويتمنون تحمل المسؤولية والوصول إلى الطيبة وحسن العمل والتزام الصلاح والاستقامة، إلا أن هناك عادة هوة بين الصورة المثالية المأمولة، وبين ما يمكن أن يُحققه الإنسان عمليًا على أرض الواقع. «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا

تَفْعَلُونَ (٢) كَبْرَ مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ أَنْ تَقُولُوا مَا لَا تَفْعَلُونَ» (الصف: الآيتان ٣، ٢).

والأصل أن كل المعاملات الإنسانية يجب أن تحكمها مبادئ أخلاقية، فإذا صح هذا على المعاملات المادية «وَأَوْفُوا الْكَيْلَ إِذَا كِلْتُمْ وَزِنُوا بِالْقِسْطَاسِ الْمُسْتَقِيمِ ذَلِكَ خَيْرٌ وَأَحْسَنُ تَأْوِيلًا» (الإسراء: الآية ٣٥)، «فَأَوْفُوا الْكَيْلَ وَالْمِيزَانَ وَلَا تَبْخَسُوا النَّاسَ أَشْيَاءَهُمْ وَلَا تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ بَعْدَ إِصْلَاحِهَا ذَلِكَ خَيْرٌ لَكُمْ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ» (الأعراف: الآية ٨٥)، فمن باب أولى المعاملات التي تمس الإنسان سواء في جسده، كمنه الطب المختلفة، أو نفسه كالمهنة التي تتعامل مع الجوانب النفسية لهذا الإنسان، طفلاً كان أم راشداً، ومنها الطب النفسي، وعلم النفس، والإرشاد النفسي والخدمة الاجتماعية والتربية.

ولهذا نجد أن مهنة الطب قد تراكمت، منذ اكتشف الإنسان المرض والعلاجات، بالمبادئ الأخلاقية، إذ لا نجد طبيباً يتخرج في كلية الطب ويبدأ حياته المهنية من دون أن يدلي بالقسم الأخلاقي للممارسة الطبية الذي يعرف بقسم أبقرات اليوناني، الملقب بأبي الطب، الذي عاش في القرن الخامس قبل الميلاد. كان الطب آنذاك يُعلم فقط ضمن الدائرة الضيقة من أفراد العائلة، ولكن عندما كانت هناك حاجة لتعليم عدد أكبر من الأطباء تلبية للاحتياجات المتزايدة، وعندما خشي من سوء استعمال هذه المهنة، فقد عهد أبقرات لطلابه بهذا القسم كي يراعوا حقوقه من خلال رعاية مصلحة المرضى^١.

ولا بأس عندما نتناول القضايا الأخلاقية المتعلقة بعلم النفس والطب النفسي، أن نربط، وإلى حد ما، بين هذه التخصصات والممارسة

الطبية المعروفة، إذ إن العلاقة بينها وثيقة في كثير من جوانبها. وتشكل أخلاقيات الطب أو آدابه جزءاً من الأخلاقيات التي تبحث في مشكلات تعامل الأطباء مع المرضى ومع زملائهم من الأطباء، وهي مجموعة من القوانين واللوائح والأخلاقيات المتعارف عليها طبيًا من خلال ممارسة مهنة التطبيب، أو عبارة عن قيم تم اكتشافها وتبنيها من قبل الأطباء والهيئات الطبية على مدار تاريخ الطب، واستنادًا إلى قيم دينية وفلسفية وأخلاقية.

ويمكن تتبع نشأة أخلاقيات الطب إلى العصور القديمة، وربما بدءًا من أبقرات وما يعرف بقسم أبقرات، وإلى التعاليم الدينية القديمة. ويعود الفضل الأكبر للأطباء المسلمين في العصور الوسطى وبداية العصر الحديث، كإسحاق بن علي الرحاوي وكتابه (آداب الطبيب)، وإن كانت الأخلاقيات الطبية المفصلة قد تطورت عبر السنين والقرون^٩.

وتنص معظم كتب أخلاقيات وآداب الممارسات الطبية على أن هناك ست قيم يجدر بالطبيب والمعالج الالتزام بها، لأنها القيم الأساسية التي يجب أخذها في الاعتبار في مناقشات القضايا الأخلاقية الطبية، وهي:

١. الاستقلال الذاتي: فللمريض الحق في اختيار أو رفض طريقة معالجته.

٢. المعاملة الحسنة: يجب على صاحب المهنة أن يعامل المريض بكامل الاهتمام والرعاية.

٣. عدم الإيذاء أو إلحاق الضرر.

٤. العدالة: أي الاهتمام بتوزيع مصادر الصحة النادرة، وتقرير

من الذي يستحق أخذ علاج ما على أساس الإنصاف والعدل.
٥. الكرامة في معاملة المريض، وكذلك للمعالج الحق في هذه الكرامة.

٦. الصدق والأمانة: ازدادت أهمية مصطلح الموافقة المستنيرة بعد محاكمة الأطباء التي أقامتها الولايات المتحدة لجرائم الحرب في نورنبيرغ.

ومن الطبيعي أنه يمكن في بعض الحالات أن تتعارض هذه القيم مع بعضها، وهو ما قد يشكل معضلة أخلاقية، وقد لا نجد الحل المثالي لهذه المعضلة. كما يمكن أن يتعارض تطبيق هذه القيم عند أناس آخرين^{١٠}.

لماذا المعايير الأخلاقية في الصحة النفسية؟

إذا كانت المعايير والمبادئ الأخلاقية مهمة في كل جوانب التعامل الإنساني، فهي في باب العلاج النفسي والصحة النفسية أولى، وذلك للعديد من الأسباب، ومنها:

١. تتعلق الصحة النفسية بالجوانب الخاصة جداً من حياة الإنسان، سواء الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية، ما قد يتطلب أن يفصح المتعالج للمعالج عن التفاصيل الدقيقة والخاصة جداً عن نفسه وحياته الشخصية والزوجية والأسرية والاجتماعية.
٢. وجود بعض التشوش والاختلاط وقلة الوضوح في أذهان الكثير من الناس عن الطب النفسي والصحة النفسية، ما قد يجعلهم عرضة للابتزاز أو سوء المعاملة.

٣. قلة العاملين نسبيًا في مجالات الصحة النفسية والعلاجات النفسية والإرشادية، مقارنة بالفروع العلاجية الأخرى، ما قد يشجع غير الأكفاء على دخول هذه المجالات.
٤. وجود بعض المدّعين ممن يتصدون للعلاجات النفسية أو الإرشادية أو «الروحانية» من دون أن يتلقوا التدريب العلمي المناسب، أو يخضعوا في تدريبهم للإشراف لضمان كفاءتهم في تقديم العلاج النفسي، خصوصًا أن كثيرًا من هؤلاء لا ينتمون إلى مؤسسات وهيئات علمية مهنية تشرف على عملهم، وتطالبهم باتباع معايير علاجية عالمية.
٥. أن بعض ما يُطرح في الساحة من أفكار وعلاجات نفسية، لم تصل بعد إلى مستوى قيامها على الأدلة والبراهين على فعاليتها العلاجية، أو أنها تحتاج إلى تدريب مهني متخصص غير متوفر لمن يقوم باستعمالها وتطبيقها.
٦. أن بعض جوانب مهنة علاجات الصحة النفسية متصلة وبشدة بنمط حياة الناس الدينية والاجتماعية والأسرية والإعلامية وحتى السياسية، ما يتطلب الوعي والحذر الشديدين لدى القائمين على تقديم مثل هذه الخدمات العلاجية.
٧. أن بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية قد تجعل الشخص المصاب بها عرضة للهشاشة وسرعة التأثر بالمعالج وأفكاره ومعتقداته ونمط حياته.
٨. ما زالت الوصمة الاجتماعية المتعلقة بالمرض النفسي لها وقع شديد في مجتمعاتنا، ما يحد من فرص الحديث بين الناس عن

معاناتهم، وعن العلاجات التي يتلقونها، ويمكن أن يقلل من كمية المعلومات المنتشرة بين الناس.

٩. بعض الاضطرابات والصعوبات النفسية قد تطرح سؤالاً حساساً حول ما هو الطبيعي، وما هو غير الطبيعي، ولا بد للقيم الدينية والاجتماعية أن تؤثر في الإجابة عن هذا السؤال، ما يجعل المتعالج عرضة للتأثير القيمي.

١٠. تنطوي بعض الاضطرابات والصعوبات النفسية على جوانب قانونية قضائية تتعلق بمسؤولية الإنسان عن عمله، وحدود مسؤوليته القانونية عن أعماله، ما يتطلب معايير أخلاقية ومهنية واضحة.

وفي بعض الأحيان، قد نتحدث عن «الميثاق الأخلاقي والمهني»، فنجد من تعريفات هذا الميثاق أنه «قيم ومبادئ تحكم قواعد العمل وتوضح شروطه، وتحدد سلوك العاملين وواجباتهم، وتحفظ حقوقهم»^{١١}.

والمواقف الأخلاقية التي تعترض طريقنا ليست دومًا بالضرورة شديدة الوضوح، وإنما قد تقع في المنطقة الرمادية. وقد يغلب عليها الغموض، على الأقل في بعض جوانبها، ما يجعلنا في حيرة أمام عدة خيارات، ليس أفضلها شديد الوضوح. ومع ذلك فقد يتعين علينا اتخاذ قرار وتحديد المسؤولية، خصوصاً أنه في الواقع العملي قد تنبني عليه خطوات عملية وإجرائية تتعلق بالعلاجات والإجراءات النفسية السلوكية.

ولا بد لهذه المبادئ الأخلاقية من أن تكون عملية، بحيث يمكن

إسقاطها على الواقعة التي أمامنا، لنخرج بموقف أخلاقي واضح، يبيّن خطأ الفعل من صوابه.

والجدير بالذكر أننا نجد العديد من نصوص القسم الأخلاقي الطبي التي تختلف حسب البلدان وتوجهها الديني. على سبيل المثال، هناك «ميثاق الشرف النقابي العربي» و«القسم الطبي للمؤتمر العالمي للطب الإسلامي» و«المرشد الأخلاقي والمهني للمصلح والمرشد الأسري»^{١١} و«ميثاق الشرف للأطباء النفسيين» الصادر عن الجمعية المصرية للطب النفسي^{١٢} وغيرها. ونجد أيضًا أن بعض نقابات الطب في البلدان المختلفة قد صاغت قسمًا خاصًا بها للطبيب الممارس، كنقابات الطب في بعض الدول العربية. وهناك أيضًا التعاليم الأخلاقية الطبية المسيحية، وبحسب مبادئ الكنيسة التي يتبعها الطبيب أو المعالج^{١٣}.

ونجد في بعض هذه المواثيق الأخلاقية قسمًا للطبيب، وأورد هنا «قسم الطبيب المصري» للجمعية المصرية للطب النفسي، وفيما يأتي نصه:

«أقسم بالله العظيم:

أن أراقب الله في مهنتي...

وأن أصون حياة الإنسان في كل الأحوال، باذلاً وسعي في استنقاذها من المعاناة، وتهيتها نحو الأمان النفسي.

وأن أسعى في تثبيت قيم المجتمع، ومكافحة ما يؤدي إلى الضرر الشخصي والعام.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عوراتهم، وأكتم أسرارهم، وأعدل بينهم، ولا أستغل حاجاتهم.

وأن أقدم رعايتي الطبنفسية للقريب والبعيد، والصالح والخاطئ،
والصديق والعدو.

وَألا أتكر لمعطيات تعلمي الطبنفسي، ولا أعالج الناس بما حرمه الله
عليهم، ما كان لي في ذلك سبيل.

وأن أكون صادقاً إذا قلت، أو كتبت، أو شهدت، فلا أدلي بما أعلم
أنه مغاير للحقيقة.

وأن أثابر على طلب العلم وأسخره لنفع الإنسان.

وأن أقر من علمني، وأعلم من يصغرنِي.

وأن أكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية، متعاوناً على البرِّ، ومتكاملاً

معهم في شتى فروع الطب.

وأن تكون حياتي، في سري وعلايتي، نقية مما يشينها تجاه الله والناس.

والله على ما أقول شهيد»^{١٢}.

العلاقة بين الأخلاق الإسلامية والأخلاق المهنية

بالرغم من أن عنوان الندوة «الأخلاق الإسلامية وعلم النفس»،

فالسؤال يبقى مطروحاً عن علاقة الأخلاق الإسلامية بشكل خاص

بالأخلاق المهنية «الإنسانية» بشكل عام؟ ولا شك أن هناك من يرجح

أهميّة كل منهما على الأخرى، وبالطبع هناك مؤيدون لكل من الاتجاهين،

بأدلته ومبرراته. وربما نجد صلة الوصل بين النظامين من خلال التطبيق

الواعي لمقاصد الشريعة الإسلامية، بما فيها من حفظ الجوانب المهمة في

حياة الإنسان، ومنها هنا حفظ النفس.

ما يهمننا هو أن تكون لدينا مبادئ ومعايير أخلاقية تعتبر جزءاً لا

يتجزأ من تعاليم الممارسة العملية للمعالج النفسي سواء أكان طبيباً نفسياً أم اختصاصياً نفسياً أم مرشداً اجتماعياً أو أسرياً.

ولذلك نجد هناك مجموعة من هذه المبادئ الأخلاقية والمعايير التي تدعو إليها المنظمات والهيئات المهنية كمنظمات الطب النفسي وعلم النفس والإرشاد الأسري وغيرها.

ولاشك أن من المفيد للمعالج النفسي أن يلمَّ أولاً بالمبادئ الأخلاقية التي تحكم مهنته بشكل محدد، ثم يتعرف إلى المبادئ الأخلاقية بالمهنة القريبة من تخصصه، لما بين بعضها من التداخل. فالطبيب النفسي عليه أن يطلع أيضاً، ولو مجرد اطلاع، على المبادئ الأخلاقية لقسم علم النفس، وقسم الإرشاد الزوجي أو الأسري، أو حتى القضائي القانوني في بعض الحالات، وخصوصاً للطبيب النفسي الذي يتعامل مع الحالات النفسية التي تنطوي على بعدٍ قضائي كما في حالات الطب النفسي الشرعي أو الجنائي أو القانوني (forensic psychiatry).

المبادئ الأخلاقية المهنية، نظام متكامل:

ولكي تؤتي المبادئ والإجراءات الأخلاقية ثمارها، فلا بد من وجودها ضمن منظومة قيمية متكاملة، وبحيث لا تكون مجزأة أو مفككة الأوصال، وإنما هي كلُّ متكامل، بحسب ما هو ممكن للمعايير الإنسانية من الدقة والكمال. صحيح أننا نسعى إلى الكمال، إلا أن المطلوب أن نحدد الخطوات المطلوبة ونسعى إلى الوصول إليها، «أفلا يتدبرون القرآن ولو كان من عند غير الله لوجدوا فيه اختلافاً كثيراً» (النساء: الآية ٨٢)، و«أبى الله أن يتم إلا كتابه»، أو كما نقل عن ابن

رجب الحنبلي «ويأبى الله العصمة لغير كتابه، والمنصف من اغتفر قليل خطأ المرء في كثير من صوابه»^{١٤}.

وتهدف المبادئ الأخلاقية المهنية عادة إلى تحقيق العديد من الأمور ومنها:

١. تعزيز انتفاء المعالج لرسالته ومهنته.
 ٢. تبصير المعالج بقيم ومبادئ وأخلاقيات المهنة.
 ٣. تحفيز المعالج على أن يتمثل قيم ومبادئ المهنة في سلوكه.
 ٤. تأصيل المهنية في ممارسة العلاجات النفسية.
 ٥. ضبط سلوك المتعالجين وحفظ حقوقهم في مجالات الصحة النفسية.
 ٦. تجويد العلاجات النفسية لتفادي الأخطاء والتجاوزات الضارة بالمهنة والمعالج والمتعالج.
- ويمكن أن تشمل المبادئ الأخلاقية والمهنية العديد من الأمور، ومنها ما يأتي:

١. مواصفات المعالج النفسي.
٢. السلوك الشخصي للمعالج النفسي.
٣. المسؤوليات الأخلاقية للمعالج تجاه المهنة.
٤. المسؤولية الأخلاقية للمعالج تجاه المتعالج.
٥. المسؤولية الأخلاقية للمعالج تجاه زملائه المتعالجين.
٦. المسؤولية الأخلاقية للمعالج تجاه المؤسسة التي يعمل بها.
٧. المسؤولية الأخلاقية للمعالج النفسي تجاه المجتمع.

٨. المسؤولية الأخلاقية للمؤسسة تجاه المعالج النفسي الذي يعمل لديها.

الممارسات النفسية، عالم متطور:

لا شك أنه تُعرض علينا في هذا العصر قضايا تتعلق بممارسات وعلاجات نفسية لم تكن معروفة للمجتمعات منذ عشرات السنين، ومن الطبيعي من خلال هذا التاريخ وهذا التطور أن نتوقع أن هذا العالم عالمٌ متطور، وربما سريع التطور. وقد تبقى المبادئ الأخلاقية للممارسة ثابتة نوعاً ما، إلا أنه لا بد من مراجعة الإجراءات والسياسات التي تحكم الممارسة والتطبيق، وبحيث تحاول هذه الإجراءات استيعاب كل جديد وكل متطور في مجالات التشخيص والعلاجات النفسية.

ولا بد من التنويه بأنه ربما مهما وضعنا من المبادئ والمعايير والإجراءات الأخلاقية للممارسات النفسية، فإنها قد لا تغطي كل الجوانب الممكنة أو المواقف المحتملة، كما أنها لن تستطيع التنبؤ بكل حالة أو موقف يمكن أن يعترضنا في مجالات العلاجات والممارسات النفسية. وهذا يلقي بالعبء على كل ممارس أو معالج نفسي أن يلمّ بالمبادئ العامة للمعايير الأخلاقية للممارسة، وبحيث يبحث أو يسأل عن الحلّ الأنسب للمعضلة الأخلاقية التي أمامه إذا صعب عليه اتخاذ الموقف الأخلاقي الأفضل، عملاً بقوله تعالى: «فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ» (النحل: الآية ٤٣). ولذلك وجدت في المستشفيات والهيئات الطب نفسية لجان متخصصة في القضايا الأخلاقية للممارسة، حيث تُعرض عليها القضايا وتصدر توصيات بشأنها.

نموذج للمبادئ الأخلاقية في علم النفس:

ومن باب الاطلاع، فسأعرض هنا بعض المبادئ الأخلاقية المتمثلة في موجّهات وإرشادات لتوجيه وضبط سلوك المعالج الذي يعمل في مجال الصحة النفسية، وهي المنصوص عليها في الجمعية الأمريكية لعلماء النفس^{١٦٠١٥}:

١. لا تضرّ (do no harm) (من باب «لا ضرر ولا ضرار») (حسن رواه ابن ماجه والدارقطني)
٢. احترم حرية الشخص واستقلالته (autonomy)
٣. كن عادلاً (be just)
٤. كن مخلصاً (be faithful)
٥. احترم كرامة الإنسان (accord dignity)
٦. ارحم الآخرين وارحمهم (treat others with caring and compassion)
٧. اسع نحو الإحسان (pursue excellence)
٨. كن مسؤولاً (من المساءلة) (be accountable)
٩. كن شجاعاً (be courageous)

الأسئلة الفرعية

أولاً: ما أهم الإشكالات الأخلاقية التي تواجه المعالج والمتعالج؟
بناءً على تعريف الأخلاقيات المهنية المتعلقة بالصحة النفسية (mental health's ethics)، فإننا سنعرض هنا بعضاً من أهم الإشكالات الأخلاقية التي يمكن أن تعترض كلاً من المعالج والمتعالج، ونقصد

بها هذه المواقف التي تطرح على كل منهما بحيث يحتاج الواحد منهما أن يختار بين عدة إمكانات مطروحة أمامه. والمطلوب من كل منهما طبعاً أن يقدم ما يملي عليه ضميره من صواب التصرف، ضمن الحدود البشرية، وما فيه خير صاحب الحاجة من المتعالجين، والصالح العام. وقد وضعت المدارس النفسية المختلفة، والهيئات الطب نفسية الموائق الأخلاقية المختلفة لضبط وتوجيه وتقليل احتمالات الخطأ أو سوء التصرف أو الاستغلال في هذه الجوانب المختلفة. وتبقى المسؤولية الأخلاقية المهنية ملقاة على الاختصاصي أو المعالج للأخذ بهذه الإجراءات والتعليقات، أو تجاهلها دافعاً الثمن من ضميره أولاً، مع احتمال مقاضاته قانونياً ثانياً.

وسوف نعرض أنواع الإشكالات الأخلاقية في الصحة النفسية وفق العناوين الآتية:

١. حقوق المتعالج
٢. مسؤوليات المعالج
٣. إجراءات العلاج

أولاً: حقوق المتعالج:

العلاقة العلاجية والثقة:

عندما يحصل تواصل بين المعالج والمتعالج، فلا بد أن تقوم هذه العلاقة على التفاهم على بعض الأهداف الأساسية لطبيعة عملها من خلال هذه العلاقة. فمن حق المتعالج أن يعرف ما سيتعرض له بالعلاج، ومن مسؤولية المعالج أن يشرح ويعرّف بما سيجري وبمتمهي الوضوح.

- ويوضح ستراب^{١٧} ثلاث مسؤوليات للمعالج النفسي وهي:
١. الوظيفة العلاجية، بتخفيف أو رفع المعاناة العاطفية والنفسية، من خلال التفهم والدعم والتطمين.
 ٢. الوظيفة التعليمية، من الشرح والتوضيح للأمور النفسية، بالإضافة للمساعدة في النمو والتبصّر والنضج.
 ٣. الوظيفة التكنولوجية، من خلال استعمال الآليات والمهارات المختلفة لتغيير وتعديل السلوك.

دراسة حالة:

سعاد شابة في الثلاثينيات من العمر، بدأت تشعر منذ أن انتقلت إلى وظيفة جديدة من تسعة أشهر بالقلق ونوبات الهلع وهي في المكتب مع عدد من الموظفات. بعد تردد راجعت أخصائية نفسية، فشكلت لها حالة من القلق العام، وأخبرتها بأنها ستعالجها من خلال خمس جلسات فقط. وبعد الجلسة الثالثة لم تشعر سعاد بأي تحسن، فبدأت تتظاهر أمام المعالجة بأنها تحسنت، وأوقفت العلاج بعد الجلسة الرابعة بحجة أنها شفيت تمامًا، وأنها عادت إلى حالتها الطبيعية.

سرية المعلومات:

ويقصد بالسرية معيار سلوكي عام يفرض على المعالج ألا يناقش ما له علاقة بالمتعالج مع أي شخص كان، وهو أمر متضمن في العقد العلاجي بين المعالج والمتعالج، بالألّا يظهر المعالج أيًا من المعلومات الخاصة بالمتعالج، إلا في حدود ضيقة جدًا يتفقان عليها معًا.

وتوصي بعض المواثيق النفسية (كالهيئة الأمريكية لعلم النفس) أنه في حال طلبت جهة ثالثة معلومات عن الحالة، فعلى المعالج أن «يفصح فقط عن الحدود الضيقة الضرورية لتحقيق هدف طلب المعلومات». ومن المشكلات الرئيسية في موضوع السرية أن شركات التأمين الصحي تطلب معلومات عن حالة المريض الذي يراجع الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي بسبب اضطراب نفسيّ ما، وإلا فقد لا تدفع نفقات العلاج من دون استلام هذه المعلومات. والحل المناسب لهذا الأمر أن يوضح الطبيب المعالج أولاً للمريض أن عليه إذا أراد لشركة التأمين تغطية نفقات الجلسات العلاجية أن يأذن له بتقديم بعض المعلومات لشركة التأمين، إلا إذا أراد المريض تحمل النفقات، فعندها لا يحتاج الطبيب إلى التواصل مع شركة التأمين. وعلى الطبيب أن يخبر المريض أيضًا أن شركة التأمين ستحافظ أيضًا على سرية المعلومات، إلا أنه لا يضمن له ماذا سيحصل بعد خروج المعلومات إلى شركة التأمين. وعادة تكتفي شركات التأمين ببعض المعلومات الأساسية كاسم المريض، وتاريخ الجلسات العلاجية، والتشخيص الذي يتلقى العلاج من أجله.

ولاشك أن موضوع السرية وخصوصيات المريض من الأمور المهمة والحرجة، ولذلك وجب الإيضاح المفصل نوعًا ما، إذ إن هناك حالات ومواقف قد تتطلب من الطبيب أو المعالج النفسي الإفصاح عن بعض المعلومات عن المريض، وخصوصًا في المواقف التالية، وجميعها مفصلة في ورقة بحثية قدمتها لندوة «السرية المهنية بين حقوق المريض، وسلامة المجتمع» التي أقامها مركز التأهيل الاجتماعي/ قطر عام ٢٠١٣م. وفي

بعض المواقف الخاصة بموضوع السرية، يمكن للطبيب أو المعالج أن يشرح موضوع السرية من خلال العرض الآتي:

في الجلسات العلاجية:

- إذا اعتقدت أنك تشكل خطرًا حقيقياً على شخص آخر، فعلياً هنا حماية هذا الشخص، وقد أضطررت إلى إخبار هذا الشخص أو الشرطة.
- وإذا اعتقدت أنك تشكل خطرًا على نفسك، فقد أضطررت إلى إدخالك المستشفى أو التواصل مع أسرتك أو آخرين ممن يمكنهم حمايتك من الأذى. وفي هذه الحالة سأناقش معك هذه الأمور قبل فعل أي شيء، ما لم يكن هناك سبب جيد بالأفعل.
- في حالة الطوارئ، إذا كانت صحتك عرضة للخطر المحقق، فقد أخبر مهنيًا آخر ببعض المعلومات لتأمين حياتك، من دون إذنك، وسأناقش معك هذه الأمور إذا كان هذا ممكناً.
- عندما أشك أو يغلب على ظني أن هناك طفلاً يتعرض للامتهان بسبب الإهمال أو التهجم أو الضرب أو التحرش الجنسي، فعلياً عندها تعبئة تقرير خاص يسمح لجهة رسمية بالتحقيق في الأمر وتقصي كل الحقائق.
- وفي أي من هذه الحالات، سأفشي فقط المعلومات الضرورية لحمايتك أو حماية الشخص الآخر، ولن أفصح عن كل شيء قلته لي.
- وإذا كان لديك أي رأي في هذه الأمور، فيمكننا أن نتناقش في

هذه الأمور القانونية بالتفصيل، وقبل أن تخبرني بأي معلومات عن هذه القضايا.

التعامل مع المحكمة والقضاء:

- بشكل عام، إذا كان عندك قضية تنظر أمام إحدى المحاكم، فيمكنك أن تمنعني من الإدلاء بأي معلومات قلتها لي، وهذا ما يسمى ميزات (privilege) وهي متاحة لك دومًا، ويمكنك أن تسحبها في أي وقت سأمحلي بالحديث.
- ولكن في بعض الحالات قد يطلبُ مني القاضي الإدلاء بشهادتي، لاعتقاده أن المحكمة تحتاج إلى بعض المعلومات للوصول إلى قرار عادل، ومنها:
 ١. كون حالتك النفسية والعاطفية والعقلية تنطوي على معلومات مهمة تساعد المحكمة في اتخاذ قرارها.
 ٢. في قضية سوء مزاولة المهنة (malpractice)، أو في جلسة استماع مجلس تاديبى ضد أحد المعالجين.
 ٣. في جلسة استماع قضائي مدني عندما يحتمل إدخالك إلى المستشفى النفسي.
- عندما تأتي إليّ بقرار علاجي صادر عن المحكمة (court-order). وفي هذه الحالة فإننا سنتحدث بالتفصيل في موضوع السرية، لأنك لست مطالبًا بأن تقول لي ما لا تريد للمحكمة معرفته.

عند استشارة الزملاء من المعالجين:

- أحياناً أحتاج إلى أن أستشير أحد المعالجين الآخرين في موضوع علاجك. وأنا لن أصرح عن هويتك، وهذا المعالج الآخر ملزم قانونياً بالحفاظ على السرية.
- وإذا كنتُ في سفر أو خارج المدينة، فإن معالجاً آخر قد ينوب عني في رعاية الحالات التي أتعامل معها، وعليّ عندها إخباره بمرضاي وأنت واحد منهم.
- أنا مطالب بحفظ سجل للعمل الذي أقوم به معك، موثقاً بذلك تاريخ الجلسات، وفي بعض الحالات تطور العمل. ومن حقك أن تطلع معي على هذه السجلات، إلا إذا اعتقدتُ أن بعض هذه الملاحظات المكتوبة قد تزعجك بشكل كبير. فعندها لن أسمح لك بقراءة هذه المعلومات، ولكنني سأشرح لك أسبابي وبشكل كامل.
- وكذلك قد أحتفظ بملاحظاتٍ الخاصة عن العلاج النفسي بشكل منفصل عن السجل، ولا يمكن الاطلاع عليها إلا بإذن خاص.

مع شركات التأمين:

- إذا استعملتُ تأمينك الصحي لدفع النفقات العلاجية، فإن عليّ أن أقدم لشركة التأمين بعض المعلومات عن المعالجة. وعادة ما يريدون فقط معرفة التشخيص، ومواعيد جلسات العلاج، وأحياناً بعض المعلومات عن الخطة العلاجية، أو مختصراً عن المعالجة، وأتعاب المعالجة. وفي العادة فإنني أقدم لك الفاتورة

واستمارات خاصة يطلبونها لتقدمها إلى شركة التأمين، وعندها فأنت سترى ما يعلمون عن معالجتك.

● ولا يحق قانونياً لشركات التأمين أن تسرب أيًا من المعلومات عن زيارة مكتبنا لأي جهة أخرى من دون إذنك الخطي الخاص (Release Form).

● بالطبع أنا أفترض أن شركة التأمين تتصرف بشكل أخلاقي وقانوني، إلا أنني لا أستطيع التحكم بمن يرى هذه المعلومات في مكتب شركة التأمين، أو في أي مكتب آخر. وأنت غير مطالب بتقديم أي معلومات أكثر من هذه للحصول على تأمين صحي أو لاسترداد المبالغ التي دفعتها.

في الحالات الإجرائية:

● إذا كنت قد حُوت إليّ من قبل شركة توظيفك، فقد يُطلب مني أن أعطيهم بعض المعلومات. وفي هذه الحالة، دعنا نناقش وبشكل كامل طبيعة اتفافي مع شركتك وقبل أن نتحدث في أي شيء آخر.

● إذا تراكم ديْنك معي، ولم تسدده، وإذا لم نكن قد اتفقنا على خطة للدفع، فقد أُلجأ للقضاء لتسديد المبلغ. ولن أقدم للمحكمة أو المحامي سوى اسمك وعنوانك وتاريخ زيارتك لي للعلاج، وقيمة المبلغ المستحق.

حقوق الأطفال الخاضعين للعلاج:

- الأطفال الخاضعون للعلاج، وهم دون سن الثانية عشرة، لديهم القليل من الحقوق القانونية لحجب المعلومات عن والديهم لدى سؤالهم.
- أما في حالة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٨ عاماً، وكلما أصبح الشخص أقدر على الفهم والاختيار، فإنه يكتسب بعض الحقوق القانونية.
- وفي هذه الحالة، فاعلم أن معظم ما تقوله لي سيبقى سرّياً، لأن هذا سيساعد في علاجك، إلا أن من حق الوالدين أن يعرفوا المعلومات العامة في ما يتعلق ببعض الموضوعات الحياتية المهمة، أو عن سير العلاج، ما يساعدهم في اتخاذ قرارات صائبة في ما يتعلق بالعلاج.
- وقد أخبرهم أيضاً عند الضرورة ببعض المعلومات المتعلقة ببعض أفراد الأسرة إذا أخبرتني بها.

في حال علاج الزوجين:

- في حال إخباري بأمر لا تعرفه زوجتك أو لا يعرفه زوجك، فإنني لا أستطيع أخلاقياً أن أوافق على عدم إخباره أو إخبارها إذا كان من شأن ذلك أن يتسبب في إحداث الأذى حال عدم المعرفة. وسأعمل معك لاتخاذ القرار الأفضل للتعامل مع هذا الأمر على المدى البعيد.

- إذا كان عندك أو عند زوجك اتفاق حضانة الأطفال (custody) أو جلسة استماع أمام محكمة الحضانة، فإن عليّ أن أعلم بهذا، لأن هذا قد يؤثر في سير العلاج.
- وعليّ أن أطلب منك الموافقة على أنه إذا لم يفض العلاج النفسي أو الإرشاد إلى حلّ الصعوبات الزوجية، وإذا تقدمت بطلب الطلاق، فأنت لن تطلب مني تقديم شهادتي لأي من الطرفين.
- ومع ذلك يمكن للمحكمة أن تأمرني بالإدلاء بشهادتي عند الضرورة.

في حال علاج عدد من أفراد الأسرة الواحدة:

- في حال علاج عدد من أفراد الأسرة، آباء وأبناء وغيرهم، فموضوع السرية قد يصبح غاية في التعقيد لأنني سأجد نفسي أمام مزيج من المسؤوليات تجاه أفراد مختلفين.
- فعلينا منذ البداية أن نوضح هدف علاجك ودوري في رعاية أسرتك. ومن خلال هذا الاتفاق يمكن أن نحل موضوع محدودية السرية الموجودة.
- وعلينا أيضًا أن نتفق أن أي عضو من أسرتك عليه أن يوقع على السماح بإخراج الوثائق التي أكتبها في العلاج.

في حال العلاج الجماعي:

- إذا كنت في علاج جماعي، فإن الأعضاء الآخرين ليسوا معالجين ولا تنطبق عليهم القواعد الأخلاقية والقانونية نفسها.

● وبشكل عام من الصعب أن تتأكد من أنهم سيحفظون سرية ما تقوله في المجموعة.

ومن سرية الحالات واحترام خصوصياتها موضوع مراعاة عدم عرض صور الحالة، وخصوصًا عندما يكون هناك عرض أو نشر لبحث علمي.

إيضاحات إضافية تتعلق بالسرية:

- أي معلومات تعلن عنها خارج العلاج، بشكل طوعي وعلني، فإن المحكمة لن تعتبرها سرية.
- لن أسجل جلسات العلاج بالصوت أو الفيديو من دون تصريحك المكتوب.
- إذا أردتَ مني أن أرسل معلومات عن علاجك لشخص آخر، فإن عليك أن توقع تصريحًا بالسماح لي بالإفراج عن هذه المعلومات، ويمكن أن أعطيك نسخة من هذا التصريح لتعرف عنه (Authorization to Release Information)^{١٨}.

دراسة حالة:

قام الطبيب النفسي بتقييم حالة الطفل ربيع (٨ سنوات) بسبب بعض الصعوبات المدرسية، وتطلب هذا من الطبيب التعرف إلى القصة التطورية للطفل، وقصة وضع الأسرة، والعلاقة بين الوالدين. وتبين للطبيب أن ربيع يعاني بعض الصعوبات العاطفية، وخصوصًا بسبب خلاف حاد وطويل بين الوالدين، وخصوصًا أنه سمع عن احتمال

طلاق الوالدين، وبعض المشكلات الأسرية الأخرى. استلم الطبيب رسالة رسمية من مدرسة ربيع تطلب منه «أي معلومات عن مشكلات ربيع». وقد تبين للطبيب أن المدرسة غير معنية بكل التفاصيل التي تجمعت لديه، وكانت رسالته للمدرسة مقتصرة على الإشارة إلى نتيجة التقييم المعرفي للطفل، ووصف عام يفيد أن الطفل يعاني «بعض الصعوبات العاطفية في أسرته».

خيارات المتعالج:

من حق المريض أو المتعالج أن يسمع بعد تقييمه من قبل المعالج إلى رأيه في التشخيص المحتمل، وفي إجراءات الخطة العلاجية، وتفاصيل هذه الخطة، قدر الإمكان، ونوعية العلاج المقترح، وفي معرفة بدائل العلاج النفسي المطروح، سواء أكان علاجاً نفسياً أم دوائياً. وعلى الطبيب أن يشرح له كل هذا بلغة بسيطة مفهومة، فهذا الشرح ليس فقط مفيداً من ناحية مساعدة المريض على التعاون والتجاوب مع العلاج، ولكن أيضاً من باب قيام المعالج بمسؤوليته الأخلاقية المهنية.

حق رفض العلاج أو الانسحاب منه:

من حق المريض أن يوازن بين المنافع المحتملة والمضار المتوقعة من طريقة معينة في العلاج، وبالتالي من حقه أن يرفض هذا العلاج، أو أن يطلب بديلاً عنه. بالطبع قد يُستثنى من هذا بعض الحالات، ومنها مثلاً المريض النفسي الذي أدخل المستشفى النفسي قسراً ورغماً عنه وفق القانون المعمول به في البلد، وهذا يحدث غالباً عندما يفقد المريض البصيرة

(insight) أو عندما يشكل خطرًا حقيقياً على نفسه أو على الآخرين. وعندها تطبق عليه المعالجة المطلوبة، وليس من حقه الرفض. ولكن في البلاد التي يوجد فيها قانون للصحة النفسية (Mental Health Act)، واحترام عام لحقوق الإنسان، فإن هناك معايير أخلاقية متعددة لضبط هذه الحالات، ولمنع سوء استخدامها. ونذكر هنا كيف أن الإدخال القسري للمصحات النفسية كان منهجاً متبعاً في بعض البلاد الشيوعية كالاتحاد السوفيتي وغيره، وربما ما زال معمولاً به في بعض البلاد التي لا تعير كثير اهتمام بحقوق الإنسان.

وكذلك، قد لا يكون هناك خيار في رفض أو قبول العلاج بالنسبة للطفل الذي أتى به والداه للعلاج.

ومع ذلك، يبقى من واجب الطبيب النفسي المعالج أن يحترم حق المريض ورغباته واختياراته في أهداف العلاج والطريقة المستعملة معه، وعدد الجلسات، أو نوع الدواء النفسي. وينطوي هذا الأمر على أهمية بالغة، لا سيما في موضوع الأدوية النفسية في ظل توفر المعلومات على الإنترنت، إذ قد يأتي المريض وقد قرأ عن الدواء النفسي وفاعليته وتأثيراته الجانبية التي قد تنفره، فمن حقه أن يرفض هذا الدواء.

دراسة حالة:

ليلي سيدة في الستين من عمرها، ومن أسرة غنية. اضطرت للذهاب إلى الطوارئ بسبب آلام في ركبتيها، إلا أنها قادرة على المشي من دون مساعدة. وبعد دخول المستشفى بيومين، طلبت الخروج خلافاً للنصح الطبي، ولم يلاحظ الفريق الطبي ما يجعلهم يمنعونها من الخروج، سوى

بعض علامات القلق الخفيف وما يمكن أن يشير إلى أنها خائفة بعض الشيء.

في ذلك اليوم لم تصل السيدة ليلي إلى منزلها، وبعد يومين من البحث المضني من قبل أسرتها، وجدتها الشرطة في أحد الأسواق، جالسة في زاوية معتمة من زوايا السوق رثة الثياب، حافية القدمين، وعلامات الجوع والإجهاد الشديدين ترسم على ملامح وجهها. لم تجب ليلي على أي من أسئلة الشرطة، إلا أنهم تعرفوا إليها من أوصافها التي نقلتها إليهم أسرتها. أخذت الشرطة السيدة ليلي إلى الطوارئ حيث وصل أبناءها جميعاً، وتألّموا كثيراً المظهر أمهم.

بعد التقييم النفسي، وجد الطبيب النفسي السيدة ليلي في حالة من التشوش في الزمان والمكان، وفقد الكلام، والإهمال الشديد لنفسها بعد أن كانت سيدة فخورة جداً ببيتها. رفضت السيدة ليلي دخول المستشفى مجدداً وطلبت أن تعود إلى بيتها، إلا أن الطبيب النفسي نصح بعكس هذا، بعدما وجد أنها تعاني حالة شديدة من الاكتئاب السريري، مع احتمال بداية حالة من العته الشيخي (ألزهايمر)، ونصح بأن يبدأ العلاج بالصدمة الكهربائية ومضاد الاكتئاب وأحد الأدوية المضادة للذهيان (psychosis). وبالرغم من الشرح المتأني الذي قام به الطبيب النفسي، إلا أن السيدة ليلي رفضت كل هذه المقترحات، فكان لا بد من الإدخال القسري لقسم الطب النفسي، بعد موافقة الأبناء.

حق المتعالج في التحويل إلى معالج أو مختص آخر:

في حال رغب المريض أو المتعالج، ولسبب ما ذكره أو لم يذكره، في أن

يترك المعالج الحالي، ويتنقل إلى طبيب أو معالجٍ آخر، فمن حقه أن يفعل هذا.

وقد تعظم حاجة التحويل إذا شعر المريض بأنه لم يعد يستفيد من متابعة الجلسات مع المعالج الحالي، فكيف يمكن للطبيب أو المعالج هنا أن يحترم حق المريض في هذا الانتقال، ومن دون أن يتخذ موقفًا شخصيًا دفاعيًا، ومن ثم عليه أن يساعده ويسهّل عليه القيام بهذا الانتقال لزميل آخر، سواء عرفه شخصيًا أو لم يعرفه.

حق المريض في التعرف إلى تخصص وكفاءة المعالج:

في العلاجات الطبية العادية التي تتعامل مع الأمراض البدنية والجراحية، من المعتاد أن يكون من حق المريض أن يتوقع من معالجه أن يكون صاحب كفاءة عالية ومناسبة ليقوم بعلاجه من مرضه، وكذلك الحال في الاضطرابات والصعوبات النفسية. ولهذا فمن حق المريض النفسي أو صاحب المشكلة النفسية أن يتعرف إلى تخصص المعالج والجوانب المختلفة للاضطرابات والمشكلات التي يعالجها ويتقن التعامل معها. وهذا يتطلب من الطبيب أو المعالج أن يكون مستعدًا ولا يمانع، وإنما يبذل جهده في شرح تخصصه وخبرته للمريض أو الشخص الذي يطلب مساعدته أو علاجه.

ومن المشكلات الأخلاقية الموجودة حاليًا في واقع الممارسة أن بعض من يتصدى للعلاج أو الإرشاد النفسي ربما ليس على درجة مناسبة من الكفاءة المطلوبة، لأن العديد من الدول العربية والإسلامية لم تضبط وتنظم بعد هذه العلاجات النفسية. وتتمثل المشكلة الأخلاقية في أن

المعالجات النفسية أصبحت تنطوي على مدارس وفروع وتخصصات دقيقة، فمثلاً العلاج المعرفي السلوكي يحتاج إلى التدريب المناسب على الأقل لسنتين في هذا النوع من العلاجات، بينما نجد أشخاصاً ربما حضر الواحد منهم دورة تدريبية لمدة يوم أو يومين، أو ربما قرأ كتاباً عن هذا العلاج، فإذا به يتصدى «لعلاج» بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية! وقس على ذلك الفروع الأخرى للعلاجات والإرشاد النفسي.

صحيح أن بعض الدول والهيئات العلمية قد تتأخر في وضع المعايير والإجراءات الناظمة، إلا أن هذا لا يُسقط الواجب الأخلاقي المطلوب من المعالج أو المرشد النفسي.

دراسة حالة:

عانت الآنسة لبنى الاكتئاب النفسي لأكثر من ثلاث سنوات، وزارت عيادة أكثر من طبيب نفسي، حيث كان الطبيب يصف لها أحد مضادات الاكتئاب، مع أنها شخصياً لا تحب الأدوية النفسية، وتعاني شدة الأعراض الجانبية، فنصحها أحد الأطباء النفسيين باللجوء إلى العلاج النفسي المعرفي السلوكي (CBT)، وهو علاج نفسي معروف وفعال في علاج الاكتئاب وقائم على الأدلة، وفعالته تعادل في كثير من الأحيان العلاج الدوائي.

ذهبت الآنسة لبنى إلى أحد الأخصائيين النفسيين في المدينة، وعرض عليها القيام بالعلاج النفسي المعرفي السلوكي، مع أنه خريج علم النفس العام (general psychology) من جامعة البلد، ولم يتلقَ أي تدريب

سواء في علم النفس السريري (clinical) أو في هذا النوع المتخصص من العلاجات النفسية.

ثانيًا: مسؤوليات المعالج:

الكفاءة:

تتطلب المعالجات النفسية عالية المستوى معيارين رئيسيين لكفاءة المعالج: الكفاءة الذكائية المعرفية، والكفاءة العاطفية^{١٩}. فالكفاءة الذكائية المعرفية (intellectual competency) تشمل المعرفة المكتسبة من خلال التعلم الرسمي المنهجي الذي يقوم على نتائج الأبحاث المحترمة والآراء المتخصصة المعتمدة، ومن خلال التدريب والإشراف العملي على استعمال نوع العلاج الذي يتعلمه ويمارسه. وتتضمن الكفاءة الذكائية أيضًا قدرة المعالج على تقييم الحالة الموجودة أمامه، وفهم طبيعة المشكلة المعروضة عليه، وبالتالي يتمكن من وضع الخطة العلاجية أو الإجرائية المناسبة التي تضمن سلامة المريض أو المتعالج. ومن ميزات الكفاءة الذكائية أن يدرك الطبيب أو المعالج حدود ما يجهره أو لا يعرفه أو لا يتقنه. فمن يتقن علاج حالات نفسية معينة ليس بالضرورة أنه يتقن علاج كل الاضطرابات النفسية الأخرى.

وتُعرف عادة هذه الكفاءة الذكائية المعرفية من خلال التعليم والتدريب الذي تلقاه المعالج ومن خلال نوعية دراسته العلمية، والشهادات التي حصل عليها خلال تعليمه الرسمي وغير الرسمي. والكفاءة العاطفية (emotional competency) تعني أن لدى

المعالج القدرة على تحمل وحسن التعامل مع المواد والمعلومات النفسية السريرية التي تظهر من خلال الجلسات العلاجية، وأنه راغب ويتملك المهارات المطلوبة للتعرف على الحالات والمواقف عندما يتداخل تحيُّزه وعدم حياديته في عمله مع مريض أو شخص معين، وأن يكون قادرًا على رعاية نفسه في إطار الصعوبات التي تنشأ من عمله في العلاجات النفسية.

إن معرفة المعالج النفسي لهذه الجوانب وإقراره بها ليس نقطة ضعف لديه، بل العكس تمامًا، إلا أن بعض العاملين في الصحة النفسية، ومع الأسف، وبسبب بعض الضغوط المادية أو الاجتماعية أو الشخصية، قد يجد نفسه يستقبل، ويحاول علاج، أي حالة تأتيه إلى مكتبه أو عيادته. ولا شك أن هذا لا يعني اختصاصي الصحة النفسية من مسؤوليته الأخلاقية.

وبالرغم من الإجراءات والمعايير الأخلاقية المتعددة التي تحاول الهيئات العلمية وضعها لضبط نوعية الممارسات العلاجية النفسية، سواء أكانت في شكل لوائح وقوانين الممارسة المهنية، أم المعايير الأخلاقية، أم توجيهات ومُرشدات الممارسة، أم أحيانًا المعايير التي تتطلبها الجهة التي تغطي نفقات العلاج، أم معايير شركات التأمين، أم إجراءات التراخيص الرسمية الحكومية للممارسة... وبالرغم من كل هذه الجهود، يبدو أنها كلها لم تستطع حتى الآن تقديم التقييم المناسب للممارسات، ومحاولة ضبط أي تصرف أو سلوك مهني غير مسؤول أو غير كفء، وبالتالي اتخاذ الإجراءات اللازمة حيال مثل هذه الممارسات، ما يؤكد، مجددًا، أهمية الوازع الأخلاقي للممارس. ومن هنا كانت أهمية

هذه الندوة الرائدة التي يقيمها مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق.

وبالطبع عندما نتحدث عن الكفاءة، فنحن لا نقصد أن تكون الكفاءة كاملة مكتملة، فربما لا يوجد شيء في الحياة كامل بنسبة مائة بالمائة، وإنما تهدف المعايير الأخلاقية عادة إلى ما يمكن أن نسميه «المعالج المناسب قدر الإمكان» (good enough therapist) وذلك وفق تقييم زملاء المهنة والممارسين الذين يفهمون طبيعة الاضطرابات والأمراض النفسية، ويدركون المعايير المناسبة للعلاج، ومدى التحسن أو التعافي المتوقع.

دراسة حالة:

كانت الأخصائية النفسية عبير قد مارست العلاج النفسي الفردي لحالات القلق والاكتئاب على مدار عدد من السنين، اكتسبت خلالها خبرة جيدة في هذا المضمار من خلال دراستها الجامعية، ومن ثمَّ التدريب على العلاج المعرفي السلوكي الفردي لستتين تحت إشراف معالج ومدرب معتمد في هذا المجال.

وضمن برنامج تعليمها المستمر (continuing education)، فقد حضرت نصف يوم تدريب على العلاج الأسري، ومن ثم بدأت تعلن عن نفسها، وتمارس جلسات العلاج الأسري والعلاج الزوجي مع مراجعيها، واستمرت في قراءة بعض كتب العلاج الأسري متى أمكنها ذلك!

ويلخص حديث الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم المسؤولية الأخلاقية للمعالج بقوله: «من تطب بغير علم فهو ضامن»

(أبو داود والنسائي). وفي رواية «من تطب ولا يُعلم منه طبٌّ، فهو ضامن» (أبو داود والنسائي وابن ماجه والحاكم). فالمعالج سواء أكان طبيباً أم غيره مسؤول عن عمله، وقد فصل علماء الإسلام في ذلك تفصيلاً دقيقاً، فكان موقفهم وسطاً بين الإفراط والتفريط الذي تعانیه البشرية.

حسن العلاقة وعدم الاستغلال:

إن المريض النفسي الذي يطلب الاستشارة النفسية هو عرضة للاستغلال من قبل المعالج، بسبب مرضه العاطفي أو الشخصي الذي دعاه لطلب العلاج، وخصوصاً أن للمعالج في هذه العلاقة اليد العليا لأنه يسيطر على الجلسات العلاجية، ومن الطبيعي أن يحرص المريض على إرضاء المعالج وتلبية طلباته. وقد يعتقد المريض أن كل طلبات المعالج إنما هي لمساعدته على الشفاء.

وما يزيد من إمكانية تعقيد العلاقة العلاجية، أن من المتوقع في جلسات العلاج النفسي أن تتكون ظاهرة معروفة في العلاجات النفسية نسميها «الطرح» (transference) حيث يبدأ المريض يشعر أن المعالج أحد الأشخاص المهمين في حياته السابقة، كالأب أو الأم أو غيرها، وبالتالي فقد يبدأ هذا المريض بالتصرف مع الطبيب في ضوء هذه الظاهرة من الطرح، فيعبر عن نفسه وكأنه حقيقة في هذه العلاقة. ومن مظاهر العلاج النفسي أن الطبيب أو المعالج النفسي قد يقع أيضاً في «الطرح المعاكس» (counter-transference) حيث يبدأ هذا المعالج بالتصرف وبردود الأفعال تجاه المريض وكأنه الشخص المسؤول عنه في

حياته الخاصة أو الأسرية كالولد والأبناء. فلا بد للطبيب المعالج من أن ينتبه لطرح المريض، وبالتالي لطرحه هو المعاكس.

ومن هنا كان لا بد للطبيب أو المعالج النفسي من الانتباه إلى عدم استغلال نقاط الضعف والهشاشة النفسية والعاطفية لهذا الشخص، سواء في هذا الاستغلال المالي أو الخدمي، أو الاستفادة من علاقته العامة، أو الاستغلال الجنسي. ولذلك فالمتطلب الأخلاقي للمعالج النفسي، الذي تنصُّ عليه اللوائح الأخلاقية للهيئات المهنية للصحة النفسية، يلزم الطبيب أو المعالج أن يقيّم وبعناية طبيعة علاقته بالمريض الذي تربطه به علاقة علاجية قائمة على الثقة المتبادلة، فأى خطأ في هذه العلاقة قد يؤدي إلى نتائج غير متوقعة ولا تحمد عقباها.

حسن التعامل مع الشرائح والثقافات المختلفة:

لا بد للمعالج النفسي أن تُطلب منه خدمة العلاج أو الرعاية النفسية لشرائح مختلفة من العملاء، وهو أمر يمكن تسميته بالتعامل عبر الثقافي (trans-cultural). وقد كان في الماضي جلُّ التركيز ينصب على الإجراءات الأخلاقية للطبيب أو المعالج عند التعامل مع أناس من ثقافات مختلفة، إلا أن التوجهات الحديثة للتعامل الأمثل مع الخلفيات المختلفة للعملاء أصبحت تتضمن الكثير من الفروق والاختلافات بين الأقليات المختلفة، ومنها الأشخاص المنحدرون من أجناس وأعراق وجنسيات مختلفة، أو كون المراجع ذكراً أو أنثى، أو من المسنين، ومن ينتمي إلى أقلية دينية تعتنق غير ديانة المعالج، وأصحاب الإعاقة أو

الاحتياجات الخاصة، ومن هو مصاب بمرض خطير كتنقص المناعة الذاتية (HIV).

وقد وُضعت بعض المعايير الأخلاقية الخاصة في التعامل عبر الثقافي، ومنها المعايير الآتية^{٢٠}:

١. اعتبار أن الفروق الثقافية أمر ذاتي ومركّب وديناميكي.
٢. أن إقامة العلاقة العلاجية الجيدة لا بد أن تبدأ بالتعامل المناسب مع الفروق الثقافية البارزة بين الطرفين.
٣. أن نقاش العوامل المشتركة قد يهيئ للتعامل الأفضل مع الفروق والاختلافات.
٤. لا بد من الانتباه إلى التوقيت المناسب في طرح موضوع الفروق الثقافية، وبحيث لا يعرقل التواصل الأفضل بين الطرفين.
٥. يمكن النظر إلى الفروق الثقافية كعامل قوة ومصدر جيد لتقوية العلاقة العلاجية.
٦. يمكن لمعنى ودلالات الفروق الثقافية أن تتأثر كثيرًا بسير ومضمون الجلسات العلاجية.
٧. لا بد أن يسهم فهم تاريخ ثقافة المريض وخلفيته الاثنية بدور مهم في تحديد وتشخيص الصعوبات النفسية الحالية، وفي وضع الأهداف العلاجية.
٨. أن العلاقة العلاجية مُتضمّنة أصلاً في الإطار الثقافي العام، ما يؤثر على هذه العلاقة.
٩. أن الكفاءة الثقافية للطبيب أو المعالج تؤثر كثيرًا في طريقة التعامل مع الفروق المختلفة.

١٠. الانتباه إلى أن نقاش الفروق الثقافية في الجلسات العلاجية يمكن أن يؤثر على ثقافة المريض.

حقّ المعالج في تحويل المتعالج إلى معالجٍ آخر:

لأسباب متعددة، من حقّ المعالج إذا احتاج أن يطلب من المريض أن يحوّله إلى طبيب أو معالج آخر، سواء بسبب أن المعالج يجد صعوبة كبيرة في التعامل مع المشكلة المطروحة، لأنها قد تكون خارج نطاق تخصصه الدقيق، أو لأن هناك تحديات معينة يجد المعالج صعوبة في التعامل معها، كأن يكون المريض يحاول الانتحار كثيرًا، أو يهدد بإيذاء نفسه، أو يتغيّب كثيرًا عن موعد الجلسات العلاجية، أو يرفض دفع رسوم العلاج في حال كان العلاج في العيادة الخاصة، أو يكثر من إرباك وإزعاج الطبيب بكثرة الاتصالات نهارًا أو ليلاً، أو يزعج أسرة المعالج.

دراسة حالة:

بدأ الدكتور عادل، استشاري الطب النفسي، بعلاج شاب يبلغ من العمر ٣٢ عامًا ويعاني منذ ٥ سنوات اضطرابًا عاطفيًا/ وجدانيًا ثنائي القطبية (bipolar affective disorder). وفي إحدى مراحل العلاج، عندما كان هذا الشاب في حالة شديدة من الهوس (mania)، بدأت تتكون عنده بعض الأفكار العدوانية/ الزورية (paranoid) التي هي في صلبها موجهة نحو هذا الطبيب النفسي. واستمر تدهور حالته لعدة أشهر، ولم يفعل الطبيب شيئًا يذكر في علاج هذا الأمر إلا بزيادة جرعة

الدواء الذي وصفه للمريض . وبدأ هذا المريض يتصرف بطريقة عدائية نحو الطبيب، حتى إنه أخذ في تكسير بعض مفروشات مكتب الطبيب . وعندما حاول الطبيب تحويل المريض إلى معالج آخر، كانت ردة فعله عنيفة، ورفض هذا التحويل . وعندما قام الطبيب بقطع علاقته كلياً مع المريض، معتقداً أن الأمر قد انتهى، فوجئ بأن المريض استأجر شقة مقابل منزل الطبيب، وبدأ بالتجسس على الطبيب وأسرته، وبالالاتصال الهاتفي في أي ساعة ليلاً أو نهاراً .

تظهر هذه الحالة أن الطبيب أخفق في إدراك أن مريضه قد بدأ يخرج عن السيطرة، ولم يعد قادراً على علاجه، حتى تدهورت حالته لهذه الدرجة الخطيرة . وعندما أدرك الطبيب خطورة الموقف، كان قد تأخر كثيراً . وعندما عرض الموضوع على الشرطة والمحكمة، جاء في تقرير القاضي «أن الطبيب قد استمر بالعلاج بالرغم من أن كفاءته لا تتناسب مع التعامل الأنسب في علاج خطورة حال المريض، وأن الطبيب قد ساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في تدهور حال المريض . وأنه كان عليه أن يستعين، وفي وقت مبكر، بالجهات الأخرى الأكثر قدرة على التعامل مع حالة هذا المريض» .

مسؤولية الطبيب أو المعالج في معرفة مدى قدراته وإمكاناته :
مما لا شك فيه أن أي طبيب أو معالج، ومهما أوتي من الخبرة والمعرفة، قد تعترضه حالة قد يجد معها صعوبة في علاجها، إما لصعوبة التشخيص أو لتعقد آلية العلاج، أو لكون المشكلة النفسية خارج نطاق تخصص هذا الطبيب أو المعالج، فتبقى مسؤولية هذا المعالج أن يقرّ بحق المريض

في معرفة هذا، وبالتالي البحث عن البدائل المتاحة التي قد تكون في استشارة هذا الطبيب لزميل له، أو حتى تحويله إلى معالج آخر أكثر خبرة منه في الجانب الذي يحتاجه المريض صاحب الحاجة.

دراسة حالة:

دخل السيد محمود في العلاج النفسي مع الطبيب النفسي لعلاج حالات الغضب التي تعتريه بين الحين والآخر مع أسرته. وكان واضحًا أن السيد محمود بدأت تظهر عليه ملامح الأعراض الزوربية (paranoia) ما جعل الطبيب ينصحه بدخول المستشفى النفسي، إلا أن السيد محمود رفض هذا، طالما أن هذا من حقه، وهو لم يصل لدرجة يشكل فيها خطرًا على نفسه أو الآخرين. ومع ذلك فقد استمر الطبيب النفسي يتابع العمل والجلسات العلاجية معه بالرغم من اعتقاده أنه من الأفضل أن يُدخل مريضه للمستشفى.

إنهاء العلاج أو الجلسات عندما لا يتحسن المريض:

من مسؤوليات الطبيب النفسي المعالج عندما يلاحظ أن حالة المريض لا تتحسن بالرغم من الاستمرار في الجلسات العلاجية لبعض الوقت، أن يوضح أولاً للمريض أنه يبدو أن حالته لم تتحسن بالرغم من بذل الجهد، وأنه ربما من المفيد أن ينتقل إلى معالج آخر يمكن أن يكون علاجه أكثر فعالية وتأثيرًا.

دراسة حالة:

على مدار سنتين واطب السيد نزار على زيارة عيادة المعالج النفسي لحضور جلسات كل أسبوعين. وبالرغم من أن حالته النفسية التي أتى من أجلها قد تحسنت كثيرًا ومنذ زمن طويل، فإن المعالج النفسي ما زال يعطي السيد نزار الموعد تلو الآخر، ولم يحاول في أي مرحلة أن ينصحه بتوقف الجلسات العلاجية. ويبدو أن السيد نزار قد أصبح شديد التعلق والاعتماد على المعالج النفسي، وكان مبدأ المعالج النفسي أنه «إذا شعر المريض بالحاجة لهذه الجلسات، فلماذا لا»!

التعاون مع الجهات التي يمكن أن تشرف أو تقيّم عمل المعالج:
من واجبات الطبيب النفسي أو المعالج التعاون مع الجهات التي تضبط جودة وسلامة العمل مع المرضى الذين يحتاجون إلى العلاج أو الإرشاد النفسي، وذلك يحصل عادة من خلال الهيئات التي تمنح تصاريح الممارسة العلاجية كوزارة الصحة، أو الهيئات العلمية التي تختص بمراقبة معايير العلاجات النفسية المتخصصة كهيئات الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين وغيرهم.

تطلب بعض هذه الهيئات من الممارس أن يحقق معايير معينة من التدريب الدوري، الأمر الذي يتطلب من المعالج أن يحضر عددًا محددًا من ساعات التدريب والأنشطة العلمية التي تساعد في مواكبة أحدث المستجدات والتطورات والاكتشافات التي تمكنه من تقديم أفضل العلاجات للحالات التي تُعرض عليه.

ومن جوانب هذا التعاون المطلوب من المعالج أن يتعاون مع

الجهات التي يمكن أن تحقق في شكوى يقدمها المريض أو أسرته، أو جهة ثالثة عندما يكون هناك ما يُقلق من بعض الممارسات أو العلاجات أو نتائجها.

مسؤولية المعالج الأخلاقية تجاه الجهات التي تطلب معلومات من المتعالج:

وتنطبق هنا المعايير نفسها التي وردت في موضوع السرية واحترام خصوصيات المريض، وبحيث لا يدلي المعالج بأي معلومات يمكن أن تشير إلى شخصية المريض أو أسرته، وينطبق هذا على أي طرف ثالث يمكن أن يطلب مثل هذه المعلومات بشكل مباشر أو غير مباشر، كشركات التأمين، كما مرَّ بنا في موضوع السرية، أو وسائل الإعلام المختلفة، أو الشركة التي يعمل فيها المريض صاحب العلاقة.

المواقف والمعتقدات والأفكار الشخصية للمعالج:

من طبيعة الاضطرابات والمشكلات النفسية أنها قد تجعل الشخص أكثر عرضة للتأثير من قبل الآخرين، ومنهم الطبيب المعالج. فمن مسؤوليات المعالج أن يحترم أفكار ومعتقدات المريض، ولا يحاول أن يستغل هشاشة المريض أو الاضطراب الذي يعانيه ليؤثر فيه، سواء بأفكاره الدينية أو السياسية أو الاجتماعية، ولا شك أن هذا يحتاج إلى وعي وحذر شديدين من قبل المعالج.

علاقة المعالج بالشركات المنتجة والبائعة للأدوية والأجهزة الطبية: من الطبيعي أن تحاول الشركات المصنعة أو البائعة للأدوية النفسية أو الأجهزة الطبية، الترويج لبضاعتها عن طريق توفير بعض المغريات المادية أو الخدمية للطبيب أو المعالج. وتهدف من هذا أن يقوم هذا الطبيب أو المعالج بالترويج لاستعمال منتجات هذه الشركات، من حيث درى أو لم يدري. وقد تقوم بعض الشركات مثلاً بتقديم بطاقات سفر مجانية أو وجبات طعام لبعض الأطباء والمعالجين، من باب التأثير في هؤلاء المعالجين للترويج لبضائعهم على حساب بضائع ومنتجات شركات أخرى، إلا أنه وكما يقال عادة «ليس هناك غداء مجاني»!

ثالثاً: إجراءات العلاج:

مجال الإذن/ التصريح/ الموافقة (وخصوصاً حماية الطفل) (informed consent)

وهي الموافقة العالمة أو الإقرار الواعي أو القائم على المعلومات، ذلك أن المريض يحتاج إلى معرفة إجراءات العلاج، وطبيعة التأثير، أو محدوديته، والتأثيرات الجانبية التي يمكن أن تحدث. ولا بد أن يتم هذا بلغة واضحة للمعالج، وباللغة المألوفة له والتي يفهمها بسهولة. وقد يكون من المناسب تقديم بعض المعلومات مشافهة وكتابة أو غيرهما من الوسائل المتاحة بالفيديو، والمواقع المفيدة...

ومن خلال خبرتي كعضو في اللجنة الطبية الأخلاقية (medical ethics committee) (اللجنة الطبية الأخلاقية لمشافي مدينة بلفاست،

أيرلندا الشمالية) لعدة سنوات، يمكنني القول إن الكثير من الممارسين، سواء في مجال الطب والجراحة العامة، أو الطب النفسي والإرشاد النفسي، من خلال التدريب والإشراف المناسبين، تسير حياتهم المهنية بشكل طبيعي بعيداً عن الأزمات أو التحديات الأخلاقية للممارسة، إلا أنه في جوانب أخرى، نجد أنه عندما تقع حادثة ما، نستغرب من قلة وعي العاملين في إجراءات الأخلاق المهنية، وطريقة مراقبتها أو التعامل معها. وربما يعود هذا لغياب التدريس والتدريب في مجالات الأخلاق المهنية للممارسة، سواء على مستوى الكليات التعليمية أو على مستوى البرامج التدريبية للخريجين. وهذا يستدعي إعادة النظر في المواد التي تدرّس لهؤلاء الدارسين ليضمن البرنامج توفير الساعات المناسبة من مادة الأخلاق الطبية أو أخلاق الممارسات المهنية المناسبة للتخصص، سواء كان الطب النفسي أو علم النفس أو الخدمة الاجتماعية. (وقد كنت في جامعة بلفاست أدرّس جزءاً من مادة الأخلاق الطبية).

إن الكثير من الأسئلة الأخلاقية المطروحة على اللجان الأخلاقية التابعة للهيئات التخصصية في الغالب تأتي متأخرة وتصبُّ في الإصلاح والتأهيل، وليس للوقاية أصلاً. ومن فوائد التوعية بمثل هذه المعايير الأخلاقية أنه يمكن أن تستبق الحدث، وبحيث تعرض المسألة قبل وقوعها ومن باب الوقاية وليس العلاج.

دراسة حالة:

في جلسة سريرية دورية لمناقشة الحالات بين المعالجين من أجل تبادل

الرأي، ذكر زميل من الاختصاصيين النفسيين أنه عندما كان يجري جلسة علاجية مع شاب في العشرين من عمره كان قد أتى للعلاج بسبب بعض المشكلات النفسية والسلوكية التي ربما يعود كثير منها إلى تعرضه كطفل للتحرش الجنسي من قبل أخيه الأكبر الراشد. وذكر الاختصاصي النفسي أنه في نهاية الجلسة ذكر له هذا الشاب أن أخاه الأصغر وعمره الآن أحد عشر عامًا يتعرض حاليًا للتحرش الجنسي من قبل ذلك الأخ الأكبر الذي تحرش به في طفولته. وانتهى حديث الاختصاصي عند هذا الحد.

ثم سألت هذا الزميل ما إذا كان هناك ما يجب أن يقوم به بعد أن علم أن طفلًا في الحادية عشرة من عمره يتعرض الآن للتحرش من قبل رجل راشد.

وكان واضحًا أن هذا الزميل لم يكن يدري ما هو المبدأ الأخلاقي أو القانوني الذي يحكم التعامل مع هذا الموقف، وأنه من الواجب عليه أن يخبر جهة ما بالخطر الذي يقع على هذا الطفل، وبأن مصلحة الطفل هنا فوق أي اعتبار آخر (paramount).

السريّة، ومتى تستثنى هذه السريّة:

وقد ورد ذكر هذا الجانب أعلاه، وتحت حقوق المريض أو المتعالج.

العلاج الجماعي وإشكالات الخصوصية والسريّة:

في بعض الاضطرابات أو الصعوبات النفسية قد يفيد العلاج الجماعي (group therapy)، ما يعين المريض على الاقتناع وتغيير أفكاره

ومواقفه بشكل أفضل من خلال الاشتراك مع غيره في هذه الجلسات العلاجية الجماعية. ومن أكثر الاضطرابات التي ننصح عادة باستعمال الجلسات الجماعية فيها حالات الإدمان، كما في مجموعات "AA" أو «المدمن المجهول» (Alcohol Anonymous)، أو حالات القلق العام، والرهاب، وغيرها.

ولا بد أن مثل هذه المعالجات الجماعية تطرح بعض الإشكالات، وخصوصاً في موضوع السرية وخصوصيات المرضى، ويختلف هذا بالطبع من مجتمع إلى آخر، ومدى انفتاح هذا المجتمع أو انغلاقه على نفسه، ولكن لا بد في النهاية من احترام رغبة المريض في موافقته على هذه المعالجة.

دراسة حالة:

كنت شخصياً أشرف على علاج عدد من حالات بعض الشابات اللواتي كنّ تعرضن للتحرش الجنسي، وفي مرحلة من المراحل شعرت أن من المفيد لهؤلاء الفتيات اللواتي تتجاوز أعمارهن العشرين عاماً أن يجتمعن مع بعضهن في جلسات علاجية جماعية تتيح لهن التعلم من بعضهن، وخصوصاً في كيف يمكنهن تعلم مهارات التكيّف مع المشاعر الصعبة والصعوبات الحياتية. وبعد عرض الموضوع على كل منهن، وافقت اثنتان، واعتذرت اثنتان بكل احترام، بسبب رغبتهن في الحفاظ على سرية حالتهم، وعدم رغبتهن في الإفصاح عما حدث في حياتهن، ولذلك ونزولاً عند رغبتهن، لم نعقد هذه الجلسات الجماعية، وتابعتنا العلاج بالشكل الفردي.

التوثيق والسجلات:

لا بد في العلاج النفسي، كما في غيره من العلاجات الطبية وغيرها، من توثيق العمل الذي يقوم به المعالج، والاحتفاظ بتفاصيل الجلسات النفسية من أعراض وعلامات، ومن مراحل العلاج ودرجة الاستجابة، والقرارات المتخذة في التعامل مع المواقف التي يعرضها المريض، والإجراءات التي يستعملها المعالج. ويعد هذا التوثيق ضرورياً لاعتبارات متعددة لا تحفى على أحد.

وتبقى من مسؤوليات المعالج أن يضمن حفظ هذه السجلات في شكل ومكان آمنين، وبحيث لا يطلع على هذه الوثائق إلا المعالج، وربما السكرتيرة المؤتمنة على الأرشيف عند الحاجة لكتابة شيء أو تقرير ما. وينطبق هذا على السجلات الورقية كما ينطبق على السجلات الرقمية.

العقد العلاجي:

إن العلاقة العلاجية التي تنشأ بين المريض والمعالج لا بد أن تحكمها تعليمات وإجراءات واضحة لكلا الطرفين، ما يضمن سير الأمور بالشكل السليم، ويخفف من احتمال حصول الاختلاف، أو سير الأمور على غير الوجه الذي قُصد من العلاج النفسي. وبالرغم من أن مفهوم العقد العلاجي ليس بالجديد، إلا أنه لم يتحدث عنه بشكل واضح إلا في سبعينيات القرن الماضي^{٢١}. ومن الخطأ الأخلاقي ألا يُخبر الطبيب المعالج المريض ببعض الأمور الأساسية، ومنذ بداية العلاج النفسي، ومنها:

- طبيعة التشخيص، ولو المبدئي للحالة المعروضة (ففي بعض الأحيان قد يحتاج المعالج إلى أكثر من جلسة لاعتماد التشخيص المناسب).
- العلاج المقترح، وما الخيارات البديلة؟ (إن وجدت).
- ما الأهداف المتوخاة أو المتوقعة من العلاج؟
- طبيعة العملية العلاجية، وما هو متوقع من دور المريض ومسؤوليته.
- عدد الجلسات وتزامنها، ولو التقريبي.
- الدور الذي سيقوم به الطبيب أو المعالج النفسي، وما مسؤوليته؟
- هل يمكن التواصل بين الجلسات، وكيف يتم هذا؟
- ما الأعراض الجانبية الممكنة أو المحتمل حدوثها؟
- ما حدود السرية المهنية الممكنة؟ (راجع موضوع السرية أعلاه، ومتى يمكن تجاوزها).
- كيفية احتفاظ الطبيب المعالج بالسجل الخاص بالمريض، والإجابة عن أسئلته حول هذا.
- طبيعة العلاقة وحدود المسؤولية في حال المرضى دون الثامنة عشرة.

دراسة حالة:

عبد الرحمن شاب متدين في العشرين من عمره، قصد الاختصاصي النفسي يطلب المساعدة والعلاج لأنه ينجذب جنسياً للشباب والرجال، وخصوصاً الرجال الأكبر سنّاً منه بعشر سنوات أو أكثر. عبد الرحمن

لم يكن مرتاحًا من انجذابه المثلي هذا، ويريد أن يتخلص منه، ليصبح كما قال هو «طبيعي» من أجل الباعث الديني، وعلى أمل أن يتزوج ويكون أسرة في وقت لاحق، وهي أمنية أمه من ولدها الوحيد بين خمس أخوات.

قرر الاختصاصي النفسي أن عبد الرحمن يعاني مشكلة في تقبل الميل المثلي هذا بسبب ضغط المجتمع المحافظ من حوله، وبسبب محاولته لإرضاء رغبة والدته، بينما هو في «الحقيقة» لا يريد أن يتغير. وبناء على هذا، فقد بدأ هذا الاختصاصي النفسي بالجلسات النفسية بهدف مساعدة عبد الرحمن على تقبل ميوله الجنسية المثلية، حيث كانت هذه قناعة هذا المعالج بسبب طبيعة الدراسة والتدريب النفسي الذي تلقاه من المدرسة التي تعتقد أن الميل الجنسي أمر «فطري» يولد الإنسان عليه، وليس أمامه خيار!

التعليم/ التثقيف النفسي (psycho-education):

من صفات الممارسات العلاجية المناسبة ألا يقتصر دور المعالج على علاج مظاهر المرض أو الاضطراب، وإنما يقوم بتوعية المريض حول مرضه من أسباب وأعراض وعلاجات ممكنة، ومن طرق الوقاية من الانتكاس أو على الأقل الحد والتخفيف منه. وإذا انطبق هذا على الأمراض البدنية كالقرحة واحتشاء القلب، فهو ينطبق أيضًا على الاضطرابات النفسية كالإكتئاب والرهاب ونوبات الذعر والفصام وغيرها.

أقول هذا، وخصوصًا في مجتمعاتنا العربية الإسلامية حيث تقل

الثقافة النفسية العامة، حيث ما زالت الوصمة الاجتماعية تعيق الحديث الصريح والمنفتح في هذه الموضوعات. (انظر موضوع الوصمة الاجتماعية أدناه).

ومن المسؤوليات الأخلاقية للمعالجين النفسيين أن يعملوا على التوعية العامة، سواء بالثقافة النفسية، أو العمل على تخفيف الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي.

التأثيرات الجانبية للعلاج:

لا شك أن من المسؤوليات الأخلاقية للطبيب أو المعالج أن يلفت المريض إلى الأعراض الجانبية المحتمل حصولها عند تناول دواء نفسي معين، أو حتى نتيجة علاج نفسي لا دوائي، وخصوصاً في عصر انتشرت فيه المعلومات عن الأدوية والعلاجات، ولم تعد حكراً على الاختصاصي أو المعالج.

تحاول الشركات الدوائية، من باب حماية نفسها من أي مقاضاة قانونية أو غيرها، أن تسجل في نشراتها التي تصدرها مع الدواء النفسي كل ما يمكن أن يكون قد ظهر ولو عند شخص واحد تناول الدواء من بين آلاف الناس. وقد تسبب هذه القائمة الطويلة للأعراض الجانبية القلق لبعض المرضى، وخصوصاً الذين تميل شخصياتهم إلى القلق، فلا بد للطبيب المعالج أن يشرح هذا الأمر، ويفصل بين الأعراض الجانبية كثيرة الحدوث، وبين الأعراض النادرة أو النادرة جداً. وكما يقال «كل سمّ دواء، وكل دواء سمّ» فالموضوع هو الاستعمال الأمثل، بالجرعة المناسبة، لمادة معينة في علاج حالة معينة.

دراسة حالة:

لجأت عبير للمعالج النفسي نتيجة معاناتها من الذكريات التي تلاحقها منذ سنوات. ومنذ أن تعرضت للتحرش الجنسي من قبل أحد أفراد أسرتها، تأتيتها نوبات الذعر ومشاعر الاكتئاب وضعف الثقة بالنفس واضطرابات النوم مع الكوابيس الليلية. فقامت الأخصائية النفسية باستعمال العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) مع أن هذه الأخصائية لم تكن متدربة على علاج ضحايا التحرش الجنسي، وبالتالي لم تعرف كيف تتوقع التأثيرات الجانبية وبالتالي لم تحذرها منها، فبدأت عبير بالدخول في حالة ذهانية، ما اضطر أهلها إلى التدخل وإيقاف هذه الجلسات، ونقلها إلى المستشفى النفسي المتخصص.

الوصمة الاجتماعية:

لا يمكننا الفصل الكامل بين موضوع الممارسات العلاجية النفسية وبين الوصمة الاجتماعية (stigma) للمرض النفسي والمريض النفسي، وربما أسرته، وللعلاجات النفسية عامة، وحتى للطبيب أو المعالج النفسي. فما زالت مجتمعاتنا تعاني الكثير من هذه الوصمة الاجتماعية التي يدفع ثمنها المريض وأسرته، وبحيث قد لا يأتي المريض للعلاج إلا وقد تأخرت وساءت حالته جداً، ما يمكن أن يجعل العلاج أكثر تعقيداً وأطول أمداً^{٢٢}.

الكفاءة المهنية:

ومن المفيد التذكير هنا بالإضافة النوعية لعلماء وأطباء المسلمين الأول

الذين أدخلوا مفهوم الحسبة، ومفهوم ضرورة حصول الحكيم أو الطبيب أو الممارس على مستوى مناسب من التدريب وامتلاكهم الخبرة الكافية، وقد كنت درّست مادة تاريخ الطب الإسلامي في جامعة الملكة بلفاست في أيرلندا الشمالية (Queen's University Belfast)، ورأيت إعجاب طلاب الطب بما سمعوا عن إسهامات المسلمين في هذا المجال^{٢٣}.

ولا شك أن من المشكلات الأخلاقية في ممارسة بعض جوانب العمل في الصحة النفسية أن بعض «المعالجين» أو «المرشدين النفسيين» قد لا يخضعون للمعايير الصارمة التي تفرض على الآخرين من الأطباء الذين يُطلب منهم تحقيق مستوى معين من التعليم والتدريب والخبرة والممارسة الخاضعة للإشراف والمتابعة قبل أن يحق لهم الحصول على ترخيص الممارسة الطبيّة. وينطبق هذا بالدرجة نفسها على طبيب البدن والجراح، كما ينطبق على الطبيب النفسي. وعادة ما ينتمي الطبيب العام أو النفسي، إلى هيئة علمية أو نقابية، أو يخضع للإشراف من وزارة الصحة أو من يقوم مقامها، في حين قد لا يخضع «الممارس النفسي» لمعايير الكفاءة والرقابة نفسها، ما يمكن أن يخفى على الناس، وخصوصاً أن كثيراً من الناس قد لا يفرقون بين الطبيب النفسي المختص والمتدرب والمرخص له بالممارسة، وبين ما يسمى «المعالج النفسي» الذي لا يمتلك تلك الخبرة أو التدريب.

وفي بعض البلاد، وخصوصاً بلاد العالم الثالث قد يتصدى «للعلاج النفسي» أشخاص قد لا تكون لديهم خبرة سوى حضور دورة تدريبية

ليوم أو عدة أيام في بعض الجوانب النفسية، فإذا به يعلن عن نفسه بأنه «المعالج النفسي المتخصص»^{٢٤}!

والأمل معقود على أن تضع البلاد العربية بعض المعايير الضابطة لكل من يتصدى لما يمكن أن يسمى العلاج أو الإرشاد النفسي، ما يضمن سلامة الفرد والمجتمع، ويمنع وقوع المشكلات الأخلاقية والقانونية التي قد لا يدفع ثمنها إلا «المتعالج».

ومن دواعي الكفاءة أن على الطبيب أو المعالج أن يحافظ على مستوى جيد من متابعة أحدث التطورات والمستجدات والتقنيات العلاجية في تخصصه. فكما أنه ليس من المقبول في العلاج البدني أن ينقطع المعالج عن تطورات الطب وخصوصاً في تخصصه، إذ أصبح الجهل بالاكتشافات والعلاجات الحديثة أمراً قد يعاقب عليه القانون، ينسحب الأمر نفسه على العلاجات النفسية، إذ يجب على المعالج أن يتابع تعلمه وتدريبه من خلال برنامج التعلم المهني المستمر (Continuing Professional Education) الذي تُلزم به بعض الهيئات العلمية والصحية التي تمنح الطبيب أو المعالج ترخيص الممارسة، وبحيث يتعين عليه قبل تجديد ترخيصه أن يثبت أنه حضر عددًا معيناً من ساعات التدريب والمحاضرات خلال العام، ما يسهم في الحفاظ على كفاءته المهنية، وإلا قد يُرفض تجديد ترخيصه بالممارسة. وقد أثبت عدد من الدراسات الأثر الإيجابي لمثل هذا التدريب والتعليم المستمر في رفع كفاءة المعالج وخبرته^{٢٥}. والأمل أيضاً معقود على الهيئات وجهات الترخيص في البلاد العربية والإسلامية أن تسنّ القوانين التي تُلزم المعالج بمثل هذا التدريب المستمر.

ما هو الطبيعي وما هو غير الطبيعي؟

يعد هذا الجانب من أهم جوانب الاختلاف بيننا في العالمين العربي والإسلامي وبين العالم الغربي، أو بشكل عام مع العالم غير العربي وغير الإسلامي، سواء غربًا أو شرقًا. والمقصود هو تحديد ما هو الأمر الإنساني الطبيعي، وما هو غير الطبيعي، سواء أسمىناه مرضًا أو اضطرابات أم لا، وما هو «جيد» أو «غير جيد» وما هو «صواب» وما هو «خطأ». وخير مثال على هذا الاختلاف ما هو في دائرة اضطرابات الهوية الجنسية (gender identity disorders).

ففي عام ٢٠١٠، قدمت بحثًا بعنوان «الجنوسية المثلية: نعالج أو لا نعالج؟!» في مؤتمر اتحاد الأطباء النفسيين العرب في الخرطوم. وقد كان هناك شبه إجماع ممن حضر من الزملاء سواء من الأطباء النفسيين أم الاختصاصيين النفسيين على أهمية طرح هذا الموضوع الممنوع أصلاً مجرد التفكير فيه في المجتمعات الغربية. وقد تحدث مرّة طيب نفسي في أحد البلدان الغربية عن إمكانية مساعدة من يريد تغيير توجهه الجنسي، فرُفعت ضده قضية قضائية لشطب اسم هذا الطبيب من سجل الأطباء المصرح لهم بممارسة العلاج النفسي.

أخلاقيات الأبحاث الطبيّة النفسية:

بالطبع لا يختلف أحد على ضرورة إجراء الأبحاث العلمية النفسية كي تساعدنا في فهم المظاهر النفسية الطبيعية والمرضية، وبالتالي اكتشاف التدبير والعلاج المناسب لهذه الظواهر النفسية، إلا أنه لا بد من ضبط هذه الإجراءات البحثية بمعايير أخلاقية دقيقة تضمن حق الفرد

المعرّض للبحث العلمي ولحماية القائم على إجراء البحث، ولضمان الأمانة العلمية. ويكفي هنا أن أذكر أحد المعايير المهمة في البحث الطبي والنفسي، وهو دستور نورمبرغ (١٩٤٧) لأخلاقيات البحث الطبي^{٢٧}. وفي البلاد التي تحترم البحث العلمي وحقوق الإنسان، فإن الذي يفكر في إجراء بحث علمي طبي أو نفسي عليه أن يحصل على موافقة اللجنة الأخلاقية المسؤولة عن تقديم الموافقة على إجراء هذا البحث، وأحياناً قد ترفض اللجنة هذا الطلب إذا تعارض مع حقوق الإنسان وسلامة المرضى أو المفحوصين. ويتألف هذا الدستور من عدة مبادئ، تتمحور حول أخلاقيات البحث الطبي، وتؤكد على الحقوق الإنسانية للشخص المتطوع الذي وافق على أن يُطبق عليه البحث العلمي، ويتضمن الدستور ما يأتي:

١. إبلاغ الشخص المعني وأخذ موافقته المسبقة.
 ٢. أن يكون البحث هادفاً وضرورياً لمصلحة المجتمع.
 ٣. أن يكون البحث قائماً في الأساس على دراسة سابقة على الحيوان، أو أي مبرر منطقي.
 ٤. تجنب وحماية الشخص المتطوع من أي إصابة أو معاناة جسدية أو عقلية.
 ٥. ألا تكون مخاطر البحث على المتطوع أكبر من محاسنه.
 ٦. يجب أن يكون الباحث حاصلاً على إجازة علمية.
 ٧. من حق المتطوع أن يمتنع عن الاستمرار في البحث العلمي في أي وقت، وهو غير مضطر لتقديم السبب.
- وأخيراً لكي نأخذ فكرة عما يمكن أن يعترض عمل المعالجين النفسيين

من مشكلات وصعوبات أخلاقية، يفيد الاطلاع على الدراسة المسحية النوعية التي تعدُّ سابقة أولى من نوعها قامت بها الهيئة الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association) عام ١٩٩٢ حيث طلبت من ١,٣١٩ عضواً من أعضائها من الاختصاصيين النفسيين أن يصفوا المواقف والمشكلات الأخلاقية التي صادفتهم في ممارستهم العملية والتي شكلت تحدياً لهم في بعدها الأخلاقي. وأجاب منهم ٦٧٩ اختصاصياً وصفوا ما مجموعه ٧٠٣ مواقف أخلاقية صنفت في ٢٣ نوعاً على النحو الآتي^{٢٦}:

نوع المشكلة	العدد	النسبة المئوية
١	١٢٨	٪ ١٨
السرية والخصوصية	٣٨	
احتمال تعرض شخص ثالث للخطر	٢٣	
امتهان الأطفال	٨	
شخص يحمل فيروس نقص المناعة البشرية HIV	٦	
شخص مصاب بالإيدز	١	
امتهان المسنين	٧٩	
صراع داخلي في الإخبار أو عدم الإخبار بمعلومات خاصة		
٢	١١٦	٪ ١٧
الحفاظ على العلاقة المهنية ومصالح علاقات متعارضة		
٣	٩٧	٪ ١٤
دفع المال / مكان العمل		

٤	طرق التعليم/ المكان الأكاديمي / مشكلات التدريب	٥٧	٨٪
٥	علم النفس الشرعي / القانوني	٣٥	٥٪
٦	الأبحاث والدراسات	٢٩	٤٪
٧	سلوكيات الزملاء	٢٩	٤٪
٨	أمور جنسية	٢٨	٤٪
٩	التقييم النفسي	٢٥	٤٪
١٠	استعمال علاج غير مضمون أو مؤذٍ	٢٠	٣٪
١١	الكفاءة	٢٠	٣٪
١٢	أخلاقيات الممارسة/ اللجان الأخلاقية	١٧	٢٪
١٣	علم نفس المدارس والتدريس	١٥	٢٪
١٤	النشر	١٤	٢٪
١٥	مساعدة الفقير والمعوز مالياً	١٣	٢٪
١٦	الإشراف	١٣	٢٪
١٧	الإعلانات وسوء التمثيل	١٣	٢٪
١٨	علم النفس الصناعي والشركات	٩	١٪
١٩	قضايا طبية قانونية	٥	١٪
٢٠	إنهاء العلاج	٥	١٪
٢١	العنصرية	٤	١٪
٢٢	سجلات العلاج	٤	١٪
٢٣	متفرقات	٧	١٪

ثانياً: ما الضوابط الأخلاقية لتوظيف تقنيات

التأثير النفسي الفردي والجماعي؟

تنوع العلاجات النفسية التي يمكن أن يستخدمها المعالج النفسي، ومن

هذه المعالجات: المعالجات النفسية الكلامية والسلوكية، فردية وجماعية وثنائية وزوجية، والعلاجات الدوائية، والصدمات الكهربائية. ويمكن أن يستعمل هذه العلاجات كلُّ من الطبيب النفسي أو المعالج النفسي، إلا العلاج الدوائي والصدمة الكهربائية، فلا يصفها سوى الطبيب النفسي الذي درس وتدرَّب على العلاج الدوائي كجزء من تدريبه الطبّي العام، ومن ثم تدريبه في الطبّ النفسي.

ونستثني العلاج الدوائي باستعمال الأدوية النفسية المختلفة التي تخضع معاييرها الأخلاقية للمعايير الطبية بشكل عام. كذلك نستثني العلاج بالصدمة الكهربائية التي تستخدم عادة تحت التخدير العام، وهي من أكثر العلاجات فعالية في حالات الاكتئاب الشديد جدًّا، وهي تجرى على نحو يغيّر الصورة النمطية التي تعرض في الأفلام السينمائية والتي هي أقرب للتعذيب من العلاج!

ونفصّل هنا قليلاً التقنيات العلاجية التي يمكن أن تستعمل للتأثير النفسي في الشخص، ومنها:

● العلاجات النفسية القائمة على الحوار المباشر بين المعالج والمريض أو المراجع، كالعلاج النفسي المعرفي (cognitive psychotherapy)، والعلاج النفسي التحليلي (psychoanalytical)

● العلاجات النفسية السلوكية (behavioral) التي تتضمن عدة أساليب، ومنها التلقين الحيوي الراجع (biofeedback) وإدارة التوتر، والعلاج السلوكي المنفّر (aversive therapy) والمنعكس الشرطي الفعّال (operant conditioning) والمنعكس الشرطي

الكلاسيكي (classical conditioning) وغيرها من المداخلات
الفيزيولوجية.

فباستثناء العلاج السلوكي المنفّر الذي أعترض عليه من الناحية
الأخلاقية، وبالتالي قلّ استعماله كثيرًا، فإن بقية العلاجات السلوكية
تستعمل على نطاق واسع. وبالطبع فإن كل هذه العلاجات تحتاج إلى
التدريب المتخصص قبل أن يستطيع المعالج استعمالها في العلاجات
النفسية، وأن يدرك هذا المعالج أبعاد المدرسة النفسية التي تقف وراء
هذه الأساليب، ومدى تأثيراتها المطلوبة، وتأثيراتها الجانبية المحتملة.
بالطبع يتضمن تطبيق معظم هذه العلاجات افتراضًا ضمنيًا أن
المريض المتعالج يمتلك شيئًا من السيطرة على نفسه وعلى بيئته وهو
يخضع لهذه المعالجات. وعمومًا تستعمل هذه الأساليب العلاجية
بمشاركة فاعلة من المريض الخاضع للعلاج، وبموافقته المسبقة على
الخضوع لهذه المعالجات، وبحقه في الانسحاب منها عندما يريد.

وثمة مشكلة أخلاقية قد تظهر في بعض الحالات والمواقف عندما
يكون من يخضع للعلاج غير قادر على قبول أو رفض العلاج، كما في
حال المريض النفسي الفاقد للبصيرة، كما في حالات الذهان الشديد أو
الإعاقة الذهنية أو التخلف العقلي الشديد. ففي هذه الحالات، لا بد
للمعالج من اللجوء إلى جهة ثالثة مستقلة تعطي الموافقة على تطبيق
هذه العلاجات، كراي لجنة علمية متخصصة، أو حكم من المحكمة
(court order).

ومن الطبيعي أن تحدث بعض الضججات الإعلامية والاجتماعية
عندما تستعمل بعض الأساليب السلوكية في بيئات معينة كالمدراس أو

السجون، في محاولة للإصلاح وتعديل السلوك، ومن أمثلة مثل هذه الأساليب السلوكية المستعملة طريقة الحرمان من بعض الامتيازات من أجل تعديل السلوك السلبي وتعزيز السلوك الإيجابي. والمطلوب طبعاً أن يلتزم المعالج السلوكي بالمعايير والمبادئ الأخلاقية التي تضبط مثل هذه الممارسات، بالإضافة إلى ضرورة وجود آليات رقابية مباشرة على مثل هذه الممارسات كي لا تخرج عن الحد الأخلاقي المعقول للعلاجات النفسية السلوكية.

دراسة حالة:

في مستشفى للمراهقين الذين يعانون الإعاقه الذهنية والاضطرابات العاطفية الشديدة، قام طبيب نفسي بتطوير طريقة للعلاج السلوكي بحيث يعرض مراهقاً لصدمة خفيفة من التيار الكهربائي كلما قام هذا المراهق بضرب رأسه في الحائط، في محاولة لصرفه عن هذا السلوك. وقد كان هذا المراهق قد فقد إحدى عينيه، وهو يوشك على فقدان الثانية بسبب ضرب رأسه في الحائط بشكل شديد ومتكرر، ولأسباب غير معروفة للفريق العلاجي، وقد فشلت كل المحاولات الأخرى لإيقاف هذا الشاب عن مثل هذا السلوك الخطر على سلامته.

وصحيح أن الطبيب قد أخذ موافقة والدَي هذا الشاب على استعمال هذه الطريقة، إلا أن لجنة علمية متخصصة بالإجراءات الطبية الأخلاقية لم توافق على الاستمرار في استعمال هذا النوع من العلاج السلوكي.

ثالثًا: هل من دور للدين في الصحة النفسية والعلاج النفسي؟

منذ أن كتب سيغموند فرويد وعلماء نفس آخرون عن التأثيرات العصائية/ المرضية (neurotic) للدين على الصحة النفسية، حيث اقترح فرويد أن الأشخاص المتدينين كانوا أكثر عرضة من غيرهم للمرض النفسي^{٢٨، ٢٩}، فإن الكثير من العاملين في مجال الصحة النفسية خلال القرن العشرين قد تأثروا كثيرًا بهذه النظرة السلبية لعلاقة الدين بالصحة النفسية. لذا فإن كثيرًا منهم كان يحمل نظرة سلبية إن لم تكن عدائية للدين، حتى إن هناك من زعم أن المعتقدات الدينية هي المسؤولة عن ضعف الثقة بالنفس والاكئاب وحتى اضطراب الفصام^{٣٠}. ومع ذلك، فإن الأبحاث خلال العقدين الأخيرين قد بدأت تغير هذه النظرة، وبشكل جذري، حيث وجدت نتائج أكثر إيجابية عن هذه العلاقة، وخصوصًا التأثير الإيجابي للدين والعبادة على الصحة النفسية.

وفي دراسة مهمة راجعت كل الأبحاث التي أجريت في العقدين الأخيرين والتي تناولت جانب تأثيرات الدين من ناحية علم النفس والطب النفسي والطبي والصحة العامة وعلم الاجتماع، برهنت على التأثيرات النافعة والواقية للدين والممارسة الدينية^{٣١}. ومن الأمور التي ساعدت في مثل هذه الأبحاث هو تطوير قياسات متعددة للدين (religiosity) وللايمان أو الروحانية (spirituality). ومما وجد في هذه الأبحاث أن الدين يساعد الإنسان في تحمل الصدمات النفسية والبدنية والاجتماعية، وخصوصًا عند الذي يعاني مرضًا خطيرًا يهدد

حياته^{٣٢، ٣٣} ويساعده كذلك في زيادة مناعته وحصانته ضدَّ الصدمات (resilience).

ويشير الكثير من أبحاث علاقة التدين أو الإيمان أو الروحانيات (spirituality) بالصحة النفسية إلى أن هذه العلاقة علاقة مركَّبة، وأنها بشكل عام إيجابية في الاتجاهين، أي أن الإيمان والتدين يعززان ويدعمان الصحة النفسية، وأن الإنسان عندما يتمتع بالصحة النفسية فإن هذا يعزز ويقوِّي من شعوره بالإيمان^{٣٤}.

فالإيمان والتعبد يخفضان من معدلات بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب ومحاولات الانتحار وتعاطي المدمنات والمواد الممنوعة. ولذلك فإن الكثير من علاجات هذه الاضطرابات تتحدث عن الدور الإيجابي للإيمان والتعبد في تحقيق الأمن والاطمئنان النفسي والاسترخاء العضلي والعصبي، ما يمكن أن ينعكس إيجابياً على تحسين الظروف الصحية النفسية.

ويمكن للإيمان والتعبد أيضاً أن يحسنا من الصحة البدنية ويجنبا الإنسان الأمراض القلبية والوعائية كضغط الدم. ووجد أن الذي يحضر الجلسات التعبدية ولو لمرة واحدة في الأسبوع يعيش بمعدل سبع سنوات أكثر ممن لا يحضر^{٣٥}. وقد فسَّرت كل هذه التأثيرات الإيجابية للدين بأن التدين يعطي الإنسان هدفاً سامياً في الحياة، ويرفع من معنوياته في تحمل بعض الابتلاءات، ويساعد الفرد على الالتحاق بالمجموعة التعبدية ما يشعره بالانتماء والارتباط الاجتماعي^{٣٦}.

ومما لا شك فيه أهمية موضوع علاقة التدين بالصحة النفسية، وخصوصاً إذا تذكرنا أن التدين والإيمان من الأمور المهمة لغالبية

الناس، وبشكل أو آخر. وهناك دراسات تشير إلى أن ٩٠ في المائة من الناس يمارسون نوعاً ما من الشعائر والطقوس الدينية، وأنهم يجدون أن هذه الممارسة تعينهم كثيراً على التكيف مع ضغوط الحياة وصعوباتها، من مرض أو غيره^{٣٦}. ووجدت عدة دراسات أن كثيراً من المرضى يرغبون أن يفتح معهم المعالج موضوع الدين والإيمان، وأن التدين والممارسات التعبدية تساعد أيضاً في تحسين العلاقات الأسرية والعلاقة الزوجية، ما يمكن أن ينعكس إيجابياً على الصحة النفسية، وخصوصاً إذا تذكرنا التأثير الكبير للمشكلات والصعوبات الأسرية والزوجية في تدهور الصحة النفسية، سواء للوالدين والزوجين، أو للأطفال كذلك. وفي محاولة لشرح طبيعة وآلية التأثيرات الإيجابية للتدين، فقد اقترحت عدة آليات ومنها^{٣٧}:

- الممارسات الصحية المتبعة في الدين، وفي الإسلام خصوصاً الكثير من هذه التعاليم والسنن والآداب.
- الدعم الاجتماعي من خلال جماعة المؤمنين والعبادات الجماعية.
- الموارد والمصادر النفسية التي يعززها التدين، كاحترام الذات وتقديرها، وشعور المتدين بالقدرة على التغيير والتأثير الذاتي في مجريات حياته.
- ما يمنحه الإيمان من عوامل نفسية، كالشعور بالطمأنينة
- الجانب المعرفي من شعور المتدين بامتلاك منظومة عامة ومتكاملة للحياة، فلا تبقى لغزاً غامضاً (worldview)
- الوعي والتركيز على الواقع الحالي للمتدين، مع استحضار النية والقصد (mindfulness).

● الصلاة، وما تمنحه من الشعور بالتواصل مع الذات الإلهية، وأن الإنسان ليس وحيداً مهما قلَّ الناس من حوله.

● التوبة والإنابة المتجددة اللتان تتيحان للإنسان البداية المتجددة، ومهما ارتكب من أخطاء وذنوب «كل ابن آدم خطاء، وخير الخطائين التوابون» (حسنه الألباني)

وبناءً على كل ما سبق، فمن المسؤوليات الأخلاقية للطبيب أو المعالج النفسي أن يحترم معتقد المراجع أو المريض، وألا يحاول التقليل من اهتماماته أو ممارساته التعبدية، سواء الفردية أو الجماعية، وأن يبدي المعالج احتراماً وتقديرًا للمعتقد المريض، وإن كان هو شخصياً غير ملزم بالقناعة بديانة وأفكار المريض.

والواجب الأخلاقي الآخر على الطبيب أو المعالج النفسي ألا يحاول استغلال هشاشة المريض بسبب الاضطراب العاطفي أو النفسي الذي يمكن أن يوجد عنده، وخصوصاً أن المريض بشكل عام قد يكون تواقاً لإرضاء الطبيب المعالج بسبب طبيعة العلاقة بينهما، وكما ورد أعلاه.

خاتمة:

حاولت في هذه الورقة الإجابة عن الأسئلة الثلاثة التي عرضت عليّ، وفي محاولة للابتعاد عن الإطالة فقد تركت بعض الموضوعات التي لم أتعرض لها، على أهميتها، والتي قد يمارسها الطبيب النفسي أو من يقوم بتقديم العلاجات النفسية، أو يُستشار فيها، ومنها على سبيل المثال لا الحصر:

- الأخلاقيات المتعلقة بالبحوث النفسية، وخصوصًا المتعلقة بإجراء الأبحاث على عينات من الناس، باستثناء القليل الذي ذكرته أعلاه.
- أخلاقيات المعالج النفسي في المجال الأكاديمي كمحاضر أو مدرّس أو مدرّب.
- أخلاقيات تعامل المعالج النفسي مع وسائل الإعلام المرئية أو المسموعة، أو وسائل التواصل الاجتماعي.
- أخلاق التأليف والنشر.
- بعض الممارسات الطبية المتعلقة بإجراءات منع الحمل والإنجاب عند من يعاني تخلفًا عقليًا شديدًا، حيث تدرس هذه المجالات الطبية العامة.

الهوامش

- ١ المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك. د. مأمون مبيض، المكتب الإسلامي، بيروت، ١٩٩٤.
- ٢ American Psychological Association, <http://www.apa.org>
- ٣ American Psychiatric Association, <http://www.psych.org>
- ٤ Royal Collage of Psychiatrists, <http://www.rcpsych.ac.uk>
- ٥ اتحاد الأطباء النفسيين العرب
<http://arabpsynet.com/Associations/AFP.ass.htm>
- ٦ الاستشارات النفسية والتربوية عن بعد. د. مأمون مبيض، المكتب الإسلامي، بيروت ٢٠١٤ (تحت الطبع)
- ٧ White, T.I. (1988). Right and wrong: A brief guide to understanding ethics. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ٨ <http://ar.wikipedia.org/wiki/%D%8A%3D%8A%8D%82%9D%8B1%D%8A%7D%8B7>
- ٩ مبادئ أخلاق الطب الحيوي باعتبارها مبادئ عامة. توم بوشانب، مجلة التشريع الإسلامي والأخلاق، العدد الأول (٢٠١٤).
- ١٠ أخلاقيات الطب، ويكيبيديا، الموسوعة الحرة
http://ar.wikipedia.org/wiki/%D%8A%3D%8AE%D%84%9D%8A7%D%82%9D8%9A%D%8A%7D%8AA_%D%8A%7D%84%9D%8B7%D%8A8
- ١١ الميثاق الأخلاقي والمهني للمصلح والمرشد الأسري. د. علي بن محمد آل درعان ود. ياسر بن مصطفى الشلبي، جمعية المودة الخيرية للإصلاح الاجتماعي. جلد ٢٠١١.
- ١٢ الطب النفسي المعاصر. د. أحمد عكاشة، ود. طارق عكاشة، مكتبة الأنجلو المصرية. ١٩٧٣.
- ١٣ <http://www.cmf.org.uk/publications/content.asp?context=article&id=25740>
- ١٤ القواعد لابن رجب الحنبلي، الصفحة الرابعة:
http://library.islamweb.net/newlibrary/display_book.php?idfrom=1&idto=1&bk_no=38&ID=2
- ١٥ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.

- Frankena, W. K. (1973). Ethics. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. ١٦
- Strupp, H. H. (1975). On failing one's patient. Psychotherapy: Theory, ١٧
Research and Practice, 41-39 ,12.
- السرية المهنية، وحقوق الطفل. د. مأمون مبيض. ورقة بحثية مقدمة لندوة «السرية ١٨
المهنية بين حقوق المريض، وسلامة المجتمع» التي أقامها مركز التأهيل الاجتماعي/
قطر عام ٢٠١٣.
- Pope, K. S., & Brown, L. S. (1996). Recovered memories of abuse: ١٩
Assessment, therapy, forensics. Washington, DC: American
Psychological Association.
- La Roche, M. J. & Maxie, A. (2003). Ten considerations in addressing ٢٠
cultural differences in psychotherapy. Professional Psychology, ,34
186-180.
- Everstein, L., Everstein, D. S., Heymann, G. M., True, R. H., Frey, ٢١
D. H., Johnson, H. G., et al. (1980). Privacy and confidentiality in
psychotherapy. American Psychologist, 840-828 ,35.
- الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي. أكاديمية علم النفس. ٢٢
<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12315>
- فهرس مخطوطات الطب الإسلامي، في المكتبة الوطنية لعلم الطب، جامعة أوكسفورد، ٢٣
<http://www.nlm.nih.gov/hmd/arabic/about.html>
- الإرشاد النفسي الرسمي وغير الرسمي. د. مأمون مبيض. بحث غير منشور قدمته ٢٤
في اجتماع الخبراء الذي أقامه المجلس الأعلى لشؤون الأسرة في دولة قطر عام ٢٠١٢.
- Sharkin, B. S., & Plageman, P. M. (2003). What do psychologists think ٢٥
about mandatory continuing education? A survey of Pennsylvania
practitioners. Professional Psychology, 323-318 ,34.
- Ethical Dilemmas Encountered by Members of the American ٢٦
Psychological Association: A National Survey. Pope, K. S., & Vetter, V.
A. (1992). <http://www.kspope.com/ethics/ethics2.php>
- أخلاقيات المهن الطبية، موقع جامعة أم القرى ٢٧
<http://uqu.edu.sa/page/ar16319/>
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. ٢٨
E. Bergin's "Psychotherapy and religious values". Journal of Consulting
and Clinical Psychology, 639-635 ,48.

Ellis, A. (1988). Is religiosity pathological? <i>Free Inquiry</i> , 32-27 ,18.	۲۹
Watters, W. (1992). <i>Deadly doctrine: Health, illness, and Christian God-talk</i> . Buffalo. New York: Prometheus Books.	۳۰
Yeung, W. J., & Chan, Y. (2007). The positive effects of religiousness on mental health in physically vulnerable population: A review on recent empirical studies and related theories. <i>International Journal of Psychosocial Rehabilitation</i> . 52-37 ,(2) 11.	۳۱
Mueller, P. S., Plevak, D. J. & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , 1235-1225 ,76.	۳۲
Pargament, K. I., Koenig, H. G. et al (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: Two-year longitudinal study. <i>Journal of Health Psychology</i> , 730-713 ,(6)9.	۳۳
Koenig, H. G. (2002). <i>Spirituality in patient care: Why, how, when and what</i> . Philadelphia. PA: Templeton Foundation Press.	۳۴
Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). <i>Handbook of religion and health</i> . New York. NY: Oxford University Press.	۳۵
Shapiro, S. & Carlson, I. (2009). <i>The art and science of mindfulness</i> . Washington. DC: American Psychological Association.	۳۶
George, L. K. et al. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. <i>Psychological inquiry</i> , -190 ,(3)13	۳۷
	200.

الأخلاق والدين وتفاعلهما مع علم النفس

سعد الدين العثماني

ليس من السهل التعقيب على الورقة البحثية التي قدمها الدكتور توفيق مأمون مبيض، بالنظر لمكانة صاحبها العلمية، وهو الاختصاصي المعروف في مجال الطب النفسي، وأيضًا بالنظر لشمولية العرض الذي قدمه. وستتوقف في هذا التعقيب على تدقيقات بعض المفاهيم، وإضافات ذات طابع عام مؤطر لموضوع الأخلاقيات في المجال الطبي النفسي.

أولاً: الأخلاقيات في الثقافة المعاصرة:

عندما يطلق لفظ الأخلاق في الثقافة العربية والإسلامية، فهو يعني بالخصوص المبادئ الأخلاقية (morality)، وهي المعايير المحددة بمبادئ الصواب والخطأ، أكثر من كونها تابعة لمقياس المنفعة والمضرة. لكن أصبح هناك اليوم ميل متزايد إلى تمييز المبادئ الأخلاقية عن القواعد الأخلاقية (ethics) أو الأخلاقيات، هذه الأخيرة تهتم بوضع معايير منطقية مساعدة لاتخاذ القرارات الصائبة في مواقف معينة، فهي بالتالي عملية أجراءة للمبادئ الأخلاقية. كما تساعد على اتخاذ الموقف الأخلاقي في حالات محددة.

وعلى الرغم من الاختلاف بين المتخصصين في تعريف المستويين والتمييز بينهما، إلا أن اختيار مستويي المبادئ الأخلاقية والقواعد الأخلاقية أكثر عملية وفائدة.

ومن الفوارق المهمة بين المستويين أن القيم والمبادئ الأخلاقية مطلقة ومحدودة نسبياً وثابتة، أما القواعد الأخلاقية فهي عملية وكثيرة وقابلة للتطور، لكنها تركز على المبادئ الأخلاقية. كما أن الأولى في الغالب بديهية فطرية، بينما الثانية هي ثمرة تفكير جماعي لتطبيقها على حالات تزداد تعقيداً مع مرور الوقت ومع تعقد الحياة البشرية.

وهناك أيضاً الأخلاقيات المهنية أو قواعد السلوك المهني (professional ethics)، وهي تتميز بكونها قواعد أخلاقية مقننة ومتوافقاً عليها في مهنة معينة وصدر بمقتضاها قرار من السلطة ذات الصلاحية في تلك المهنة. فتحدث عن قواعد السلوك في مهنة الطب أو الهندسة أو غيرهما.

أما القواعد القانونية، فعلى الرغم من تقاطعها مع القواعد الأخلاقية في أمور عدة، فإنها تتميز عنها في أمور أخرى. فهناك من التصرفات ما يمكن أن يكون قانونياً من دون أن يكون أخلاقياً، والعكس صحيح. فقد يكون عمل ما أخلاقياً من دون أن يكون قانونياً. ومن أمثلة هذا الأخير مساعدة لاجئ في وضعية غير قانونية، فهو عمل أخلاقي لكنه قد يكون غير قانوني.

والقواعد الأخلاقية كثيراً ما تسبق في وجودها وانتشارها في مجتمع ما، مرحلة تبنيها بوصفها قواعد قانونية. وتفيد مرحلة القاعدة الأخلاقية في إيجاد التوافق الاجتماعي الضروري والثقافة المساعدة

لتبني القاعدة القانونية. ومن الأمثلة على ذلك أن الدفاع عن حقوق الحيوان بدأ على المستوى الأخلاقي مبكرًا، واحتاج الأمر إلى عقود من الزمان قبل أن تصدر قوانين تمنع الإساءة للحيوانات. ويمكن أن نقول الشيء نفسه عن حماية البيئة وتنظيم السير في الشوارع وغيرهما.

وقد عرف البحث الأخلاقي تطورًا كبيرًا في العقود الأخيرة، وأضحت الأخلاقيات عبارة عن التفكير النظري والتفكير العملي المتعلقين بالقيمة الأخلاقية لممارسات معينة. فهو يهدف إلى ألا يترك هذا التقييم للحدس الشخصي أو العادة السائدة أو غيرهما، بل يخضعه للتفكير والنقاش والنقد. وأصبحت تبرز أخلاقيات مجالات النشاط البشري والمهن بأنواعها: أخلاقيات الصحافة، أخلاقيات السوق، أخلاقيات العمل السياسي والانتخابي، أخلاقيات الرياضة وما إلى ذلك.

وفي الطب، ممارسة وبحثًا علميًا، تطورت الأخلاقيات بشكل كبير، وأضحت مدرسة متكاملة، وعقدت لها اللجان والهيئات المتخصصة، وصدرت بشأنها الموثيق والقرارات المتضمنة للموجهات الهادية والقواعد الضابطة.

واليوم لا يسمح لأي جمعية طبية عبر العالم بأن تكون معترفًا بها من قبل الهيئات الطبية العالمية إلا بعد أن تلتزم بالقواعد الأخلاقية لمهنة الطب وللتخصص الذي تشتغل فيه. كما أضحى اليوم من غير الممكن في الدول التي تحترم نفسها أن يجرى بحث طبي حيوي من دون الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات معتمدة.

ثانياً: بين الأخلاق الإسلامية والتطور الأخلاقي المعاصر

تظهر نصوص إسلامية متضافرة أن الأخلاق مشترك إنساني ومنظومة فطرية نشأت في مختلف الأمم والثقافات، وأن الصحيح فيها تبني مصطلحات إنسانية مشتركة. فالناس متفقون على أصول هذه الأخلاق، فالصدق والكرم والوفاء والعدل هي معان محمودة في كل القيم الإنسانية، كما أن القيم المعاكسة لها معان مذمومة مثل الكذب والظلم والزور وغيرها.

لذلك فإن الخطاب في القرآن الكريم عندما يتحدث على القيم والأخلاق يوجه الخطاب إلى جميع الخلق وليس إلى خاصة المؤمنين به، وأجمع آية في ذلك قوله تعالى: «يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ» (الحجرات: الآية ١٣). وفي الحديث الصحيح تأكيد أن الإسلام أتى في سياق البناء على إنجازات المسيرة البشرية المستمرة، فقال صلى الله عليه وسلم: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق». وقد قال عبد الله بن عباس عن الوصايا العشر المذكورة في الآيتين ١٥١، ١٥٢ من سورة الأنعام: «هذه الآيات هي المحكمات التي ذكرها الله في سورة آل عمران أجمعت عليها شرائع الخلق، ولم تنسخ قط في ملة».

ومن كبار الأخلاقيين المسلمين الذين أكدوا هذه الحقيقة، الأستاذ محمد عبد الله دراز. فقد رجع في كتابه «دستور الأخلاق في القرآن»^١ إلى الإنتاج الأخلاقي لكبار مفكري العصر الحديث، واستفاد منهم وقارن بين كتاباتهم وبين ما ورد في القرآن الكريم، وسجل الكثير من التوافقات. فيها هو مثلاً يقف عند تأكيد مانويل كانط على أن مصدر

الإلزام الأخلاقي موجود «في تلك المملكة العليا في النفس الإنسانية التي توجد مستقلة عن الشهوة وعن العالم الخارجي معاً»^٢. فيسجل بأنها «لا تعد من المسلمات فحسب، بل إنها لتتفق تمامًا - فيما نرى - مع النظرية المستخلصة من القرآن . لقد علمنا هذا الكتاب أن النفس الإنسانية قد تلقت في تكوينها الأولي الإحساس بالخير وبالشر: «وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا (٧) فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا» (الشمس: الآيتان ٧، ٨)».

ثم يثني في مكان آخر على قول كانط الذي أدرك «بفضل تعمقه الفكري الملحوظ الاختلاف الكبير الذي يفصل أساسًا القاعدة الأخلاقية عن جميع القواعد الأخرى العملية»^٣.

وانطلاقًا من ذلك، أكد في مقدمة الكتاب أن عمله في أطروحته هو «نوع من التأليف، تلتقي فيه الأفكار الأخلاقية من الشرق بنظيراتها من الغرب، في مقارنة واعية محايدة بريئة من كل فكرة مسبقة ومن كل هوى متعصب لمدرسة بعينها»، ليخلص في الأخير إلى خلاصة ذات دلالة قائلاً: «ترى هل يكون هذا التقارب بين مختلف الثقافات استهلالاً في المجال العملي يعقبه فهم أرحب مجالاً ونزوع إلى الإنسانية أكثر امتداداً، حيث تتجمع القلوب، من هنا وهناك، وتتشابك الأيدي لخير بني الإنسان؟»^٤.

إن الخلاصة العملية لهذا المعطى المهم هو أننا في موضوع الأخلاقيات عمومًا، والأخلاقيات الطبية على وجه الخصوص، سنجد المشترك الإنساني هو الأكثر. ويمكن للمسلمين أن يندمجوا في المسيرة الأخلاقية العالمية الحالية، ويتفاعلوا معها إيجابيًا، ويسهموا فيها وفي ترشيدها أكثر. وليسوا بحاجة إلى الانعزال عن الآخرين بوثائق خاصة بهم.

ثالثاً: أصول القواعد الأخلاقية في الطب النفسي

لقد اهتم الأطباء منذ عرف الإنسان الممارسة الطبية بأن تكون مبنية على معايير أخلاقية. ومن هنا عرف الأطباء قسم أبقراط معبراً عن ذلك الهم الأخلاقي. وتأثرت القواعد الأخلاقية في ميدان الطب بالتحويلات الفلسفية والاجتماعية القاضية بالمرور من علاقة «أبوية» بين الطبيب والمريض إلى علاقة تتأسس على تشارك وتعاقد مرتكزين على الإنصات والحوار، كما تنطلق من إدراك أن الاهتمام بالمريض لا يعني الاهتمام بالمرض فقط، بل أيضاً بالمعاناة التي يحس بها. وهو ليس شخصاً مريضاً فحسب، بل هو إنسان بأبعاده المختلفة. ومن هنا يأتي التأكيد المتزايد على ضرورة احترام المبادئ الأساسية للتفكير الأخلاقي، وهي على العموم أربعة:

١. فعل الخير بالحرص على مصلحة المريض.
٢. احترام كرامة المريض واستقلاله.
٣. الحق في المعلومة.
٤. الموافقة الرضائية والمتبصرة للعلاج.

ومن هذه المبادئ تتفرع العديد من الحقوق والقواعد الأخلاقية التي تؤطر علاقة الطبيب بالمريض وبالعملية العلاجية.

والطب النفسي هو فرع من الطب يركز على دراسة الأمراض النفسية وتصنيفها وتشخيصها وعلاجها. وهو في غايته الكبرى يهدف إلى التخفيف من المعاناة النفسية والاجتماعية للإنسان. وباعتباره فرعاً من فروع الطب، فإن التطور الأخلاقي الذي عرفته الأخلاقيات الطبية ينطبق عليه من حيث العموم.

وبسبب سوء استعمال الطب النفسي وتسخيره لأغراض سياسية في الاتحاد السوفيتي، وذلك بالتعامل مع المعارضين على أنهم مرضى نفسيين، فقد اعتمدت الجمعية العالمية للطب النفسي سنة ١٩٧٧ إعلان هاواي الذي تضمن قواعد إرشادية للأخلاقيات المطلوبة في الطب النفسي، ثم أعيد تحديثها بعد ذلك على مراحل. ونصت الوثيقة على أن تلك القواعد تمثل الحد الأدنى من متطلبات المعايير الأخلاقية لمهنة الطب النفسي. ونورد هنا أهم ما ورد فيها باختصار:

١. على الطبيب النفسي أن يبذل أفضل ما لديه لعلاج المرضى بما يتفق مع المعرفة العلمية، والمبادئ الأخلاقية المقبولة، كما أن عليه أن يكون معنيًا بالرفح العام، وتخصيص الموارد الصحية على نحو عادل.

٢. يجب أن تنبني العلاقة العلاجية على الاتفاق المتبادل، وعلى الثقة والسرية والتعاون والمسؤولية المشتركة.

٣. يجب إبلاغ المريض بطبيعة حالته الصحية وبالإجراءات العلاجية، بما في ذلك البدائل الممكنة، والنتائج المحتملة.

٤. لا يجوز اتخاذ أي إجراء، أو إعطاء علاج ضد إرادة المريض نفسه ومن دون الحصول على موافقته، اللهم إلا إذا كان غير قادر بسبب مرضه النفسي على أن يختار العلاج الأفضل له، وبشرط ألا يحدث أضرارًا جسيمة له أو للآخرين.

٥. يجب على الطبيب النفسي ألا يستخدم إمكاناته المهنية في انتهاك كرامة المريض، أو حقوقه أو حقوق أي فرد أو جماعة، وألا يدع

أبدًا الرغبات أو المشاعر أو التحيزات أو المعتقدات الشخصية غير الملائمة أن تتدخل في العلاج.

٦. يجب الحصول على الموافقة المسبقة للمريض على إشراكه ضمن عينة يجرى عليها البحث العلمي، مع ضرورة اتخاذ جميع التدابير المعقولة للحفاظ على هويته وحماية سمعته الشخصية. ويحتفظ المريض بحرية الانسحاب في أي وقت يريده من برنامج البحث، كما له الحق منذ البداية في رفض الدخول فيه. ويجب ألا يؤثر ذلك على جهود الطبيب النفسي في مساعدة المريض وعلاجه.

٧. ينبغي للطبيب النفسي أن يوقف جميع البرامج العلاجية أو التعليمية أو البحثية التي تنطوي على ما يناقض مبادئ هذا الإعلان.

ثم قامت الجمعية العالمية للطب النفسي بتطوير هذه القواعد العامة وتفصيلها، وتوضيح الموقف الأخلاقي في عدد من الحالات المستجدة التي تعترض الطبيب النفسي، في إعلان مدريد الذي صدر في جمعيتها العمومية سنة ١٩٦٣، وطور بعد ذلك في عدد من المؤتمرات^٦.

إن الالتزام بالمبادئ والقواعد الأخلاقية أمر ضروري في ممارسة الطب النفسي حتى لا يترك المريض لحسن نية طبيبه. وهذا لا يعني إلغاء الاعتبارات الدينية والثقافية والاجتماعية لمختلف الشعوب والحضارات، بل من الواجب رعايتها ودمجها - ما أمكن - ضمن المواثيق الدولية التي تصدر في هذا المجال. واليوم وفقًا لقوانين «الجمعية العالمية للطب النفسي» فإنه لا يسمح لأي جمعية متخصصة في الطب

النفسي بالانضمام للجمعية العالمية إلا إذا التزمت بقوانينها الأخلاقية
وبإعلاني هاواي ومدريد.

رابعاً: خصوصيات القواعد الأخلاقية في الطب النفسي

لقد فصل عرض الدكتور توفيق مأمون مبيض في عدد من المقتضيات
الأخلاقية في مواقف عديدة، ونريد هنا أن نتوقف عند القواعد والمواقف
الأخلاقية التي تميز الطب النفسي وتداعياتها على التفكير الأخلاقي في
ميدان الطب.

يتميز الطب النفسي بعدد من الخصوصيات ذات تأثير كبير على كيفية
تطبيق القواعد الأخلاقية وحدود ذلك التطبيق، وذلك بالنظر لتأثيرات
الاضطراب النفسي على الاختيار الحر للمريض وللشهاشة التي يمكن أن
يطبع بها شخصيته. وبالتالي فإن الصعوبات، التي تعترض تطبيق القواعد
الأخلاقية في الممارسة الطبية عموماً، تكون أكثر صعوبة في مجال الطب
النفسي، ولا تشكل إلا جزءاً من الإشكالات التي تعترض مجال العلاج
النفسي. وهي إشكالات لا نجدها في المجالات النفسية الأخرى التي
تتعامل مع أشخاص لا يعانون اضطرابات (أو أمراضاً) نفسية، وإن كانوا
قد يعانون مشاكل نفسية لا ترقى إلى مستوى «الاضطراب» أو «المرض».
كما أنه في مجال الطب يندر أن نجد مريضاً عضوياً لم يؤثر مرضه على حالته
النفسية، لكن ذلك لا يصنفه من المصابين بالاضطراب النفسي.

ستحدث تباعاً عن ثلاثة موضوعات ذات خصوصية أخلاقية
في تعامل الطبيب مع المريض النفسي، هي: إعلام المريض، والموافقة
المستنيرة، والاطلاع المباشر على الملف المرضي.

١ - إعلام المريض مقدمة لموافقته المستنيرة

إن إعلام المريض بما يكفي من معلومات عن حالته الصحية، وأخذ موافقته المستنيرة قبل الخضوع للاستشارة الطبية وللعلاج أمران يشكلان عصب الممارسة الأخلاقية. وهما مترابطان بشكل قوي. فالموافقة لا تكون مقبولة إلا إذا كانت متبصرة، ولا تكون كذلك إلا إذا حصل المريض على المعلومات الكافية. لكنهما مرحلتان تطرحان عدة مشاكل في الطب النفسي. فبسبب الحالة النفسية للمريض النفسي يمكن أن تكون لإعلامه بمرضه أو بعض تفاصيله عواقب وخيمة على صحته أو على وضعه الأسري أو المهني أو الاجتماعي.

تأثيرات إعلام المريض

نعني بإعلام المريض تزويده بمعلومات ترتبط بحالته المرضية وإمكانات علاجها. والمطلوب من الطبيب - من الزاوية الأخلاقية - أن يحرص على أن تكون تلك المعلومات مؤكدة وموثقة وتعتمد آخر المعطيات العلمية. ويجب أن يستحضر باستمرار أن ما يقدمه من معلومات على أنه معرفة علمية قابلة للتطور، ينظر إليه المريض في أغلب الأحيان على أنه حقائق نهائية. وهذا يطرح على العموم عدة إشكالات منها:

١ - في الطب النفسي يتعلق الأمر باضطرابات تصيب الجهاز النفسي: تفكيرًا أو عاطفة أو سلوكًا. فتحديد المرض وتحديد تأثيراته على هذا الجهاز له تمثلات ذات طابع اجتماعي، قد يعبر عنها باستخدام تعبيرات ينظر إليها على أنها شتائم. ولا تزال بعض الأوساط - على قلتها - تستعمل اليوم لفظ «طبيب الحمقى» أو «طبيب المجانين» للتعبير عن التخصص النفسي. فكيف يمكن إخبار المريض بمرضه من

دون أن يؤدي ذلك إلى نكسات وحالة رفض، وربما حالة تمرد تعرقل العلاج، أو تشوش عليه في أحسن الأحوال؟

٢ - يطرح تشخيص المرض النفسي دائماً مسألة السبب والمسؤولية. ويحاول المريض، كما يحاول ذوهه، البحث عن أسباب الحالة النفسية وعمن يتحمل مسؤوليتها. وهنا تحضر الثقافة السائدة وتتداخل مع معطيات «يتبرع» بإعطائها كل من يصادف المصاب وأفراد أسرته، من سحر وحن وعين وغيرها. وهنا تكون الهشاشة النفسية لدى المريض عاملاً من عوامل تعقيد الجواب لديه عن سؤال السبب والمسؤولية. وقد رأينا أسراً تشنت وصراعات تثور بسبب هذه التمثلات الخاطئة.

٣ - تقييم مستقبل المرض وتطوره يكونان في الغالب مصدر قلق للمريض من جهة، ومصدر سوء فهم من جهة أخرى. فيصعب في الغالب التنبؤ بكيفية تطور المرض وتأثيره على مستوى الإدراك وعلى القدرات العقلية والذهنية. كما أن كون المرض مزمنًا ممتدًا على طول عمر المصاب يصعب تقبله، ويدفع المريض للبحث عن علاجات أخرى بديلة عن علاج طبيبه، ما يسبب في كثير من الأحيان اضطراب العلاج وأحياناً تعقد الحالة المرضية.

قد لا تكون هذه الصعوبات كلها خاصة بالطب النفسي، لكنها تأخذ فيه أبعاداً خاصة وتتفاعل مع تصورات شعبية خاطئة، ومع كون المرض النفسي يتعلق بذاتية المرء وخصوصيته الذهنية والعاطفية.

بين الإخبار والفهم

إن كان تزويد المريض بالمعلومات عن مرضه يهدف إلى أن يفهمه بشكل جيد، فيساعد بالتالي في علاجه، فإن الأمر لا يكون في كثير من الأحيان

كذلك لدى المريض النفسي. فالتمثلات في ذهن المريض لها تأثير سلبي على أربعة مستويات على الأقل هي:

- قد يصيب المرض الملكات المعرفية وقدرات الذكاء لدى الشخص، فيحد بالتالي من قدرته على الفهم.
- قد يتضمن المرض أفكاراً هذيانية تجعل المصاب يؤول المعلومات المقدمة له ويشوهها.

- قد يفهم المريض المعلومة فهماً يعمق تشاؤمه ويزيد من فقدانه الأمل في اضطرابات المزاج الحادة، فتزيد من مخاطر الانتحار.

- قد يتأثر المريض بالتمثلات الاجتماعية للتشخيص المقدم له، فيدفعه ذلك لإنكار المرض ورفض الدواء، وربما رفض العلاج جملة وتفصيلاً، خوفاً من أن يصنف على أنه أحمق أو مجنون، أو يحكم عليه بأنه لا يستطيع تحمل مسؤوليات اجتماعية معينة، فيمنع من الزواج مثلاً.

وهكذا يتبين أن القواعد الأخلاقية العامة المتعلقة بحق المريض في المعلومة الكافية عن مرضه لا تنطبق تماماً على المريض النفسي، بل تحتاج إلى تقدير دقيق، وتندمج في إطار تطور العلاقة بين الطبيب والمريض المعالج، وتتكيف مع الحالة المرضية لهذا الأخير.

٢ - عوائق الموافقة المستنيرة

إن من المتفق عليه أن أفضل علاج هو الذي ينال موافقة متبصرة وقبولاً ومشاركة فاعلة من المريض. وفي الطب النفسي هناك إكراهات تجعل من الصعب الالتزام بهذا المبدأ الأخلاقي السامي. فالمرض النفسي

يتعلق بالذفس التي هي جهاز الإدراك والفهم والحكم على الأشياء. وهي الأمور التي تشكل أساس حرية الفرد في الاختيار وفي اتخاذ القرار. ويعكس ذلك قول أحد كبار أطباء النفس المعاصرين هنري إي: «المرض النفسي علة تصيب حرية الفرد».

ولذلك هناك تعامل خاص مع مبدأ كرامة المريض واستقلاليتة في الطب النفسي، ما دامت المصلحة تقتضي أحياناً فرض قيود عليه والاستغناء عن الحصول على موافقته للعلاج أو لإدخاله المستشفى. ويبقى الطبيب في الحالات العادية المرجع الأساس في ذلك، وهو أحياناً الوحيد الذي يتخذ القرار. وبذلك يصبح تطبيق القواعد الأخلاقية نسبياً من جهة، وخاضعاً لتفاوتات في التقدير والتقييم من جهة أخرى. ولذلك نتحدث في الطب النفسي عن مفهوم خاص هو «القدرة على إعطاء الموافقة»، بدلاً من الحديث عن الموافقة نفسها. وتلك القدرة على الموافقة كثيراً ما تتحول أو تتغير حسب حالة المصاب وحسب تطورها. ففي الاضطرابات الذهانية أو اضطرابات المزاج لا تكون دائماً القدرة على إعطاء الموافقة في مستوى واحد، فتزيد أو تنقص مع اشتداد المرض أو تحسنه، ومع ظهوره أو اختفائه.

إن التحدي المطروح فيما يخص الموافقة المستنيرة بالنسبة للمريض النفسي مرتبط بقدرته على إدراك أنه مريض وأنه محتاج للعلاج، وإدراك المدى الزمني للعلاج الذي قد يمتد العمر كله.

لكن في الطب النفسي يجد المعالج نفسه أمام حالات مرضية خاصة، وذلك مثل المريض الواقع تحت أسر الإدمان فاقداً بذلك حرية الفطام، أو المريض الذهاني بأفكاره الهذيانة التي تصور الواقع

على غير ما هو عليه، أو المريض بالفصام الشديد الذي ينكر المرض كلياً ويرفض أي علاج، أو المريض المكتئب المنغلق في تفكير سلبي ومشاعر مشوشة. وفي هذه الحالات فإن تبني المعالج النفسي لموقف محايد، تاركاً المريض وحده، «حرّاً» في قراره، ما هو في الحقيقة إلا ترك المريض فريسة للاضطراب النفسي أمام عجزه عن رؤية الحقيقة، حقيقة المرض وحقيقة إصابته به.

هناك ثلاثة أمور تعكس هذه الوضعية الخاصة هي: ضعف القدرة على التمييز، وخطر الانتحار، وخطر إيذاء الغير.

أ - العجز عن إعطاء الموافقة: ضعف القدرة على التمييز

إن الطبيب النفسي يعالج مصابين يتصفون بالهشاشة النفسية، حيث تكون القدرة على فهم الأمور وإدراكها وتقدير عواقبها واتخاذ القرارات المرتبطة بها ناقصة بشكل متفاوت. صحيح أن هذه الهشاشة لا تمنع مطلقاً من البحث عن علاج يحقق مصلحة المريض ويراعي كرامته وإنسانيته. لكن من الواضح أن الهشاشة النفسية قد تؤثر في قدرة المريض على التفكير والتصرف باستقلالية، وفي قدرته على التواصل وفهم المعلومات عن المرض. كما قد تؤثر في كفاءته لإعطاء موافقة متبصرة للعلاج الضروري في حالته.

إن هذه الوضعية الخاصة بالمريض النفسي تفرض على الطبيب المعالج من الناحية الأخلاقية أموراً أهمها:

- أن يبذل المزيد من الجهد في محاوره المريض ومساعدته على تجاوز جوانب الهشاشة المذكورة، وخصوصاً أن العديد من الحالات المرضية لها مستويات من الفهم والاستيعاب تقترب قليلاً أو

كثيرًا من حالة الشخص السليم نفسيًا. ويمكن في ذلك أحيانًا، وبموافقة المريض، الاستعانة بأفراد أسرته، وأحيانًا بأصدقائه.

● اختيار الوسائل العلاجية التي تمس بأقل درجة ممكنة حرية المريض في الاختيار. وهو ما تعبر عنه وثيقة مدريد: «ويجب على أطباء النفس استخدام العلاجات التي تتدخل بأقل قدر ممكن في حرية المريض».

● ألا يعتبر الطبيب الهدف من الإلزام بالعلاج هو إدامة هذا الإلزام، بل بالعكس يجب أن يعتبر الهدف منه استعادة مستوى الوعي والفهم والقدرة على الحكم على الأشياء واتخاذ القرار بالشكل الذي يمكن المريض من العودة إلى علاقة علاجية تشاركية وتعاقدية. ولذلك فإنه في كثير من الحالات التي تتميز بعدم الوعي بالمرض، يعتبر العمل على تشكيل هذا الوعي جزءًا ذا أولوية من الخطة العلاجية، لكونه ضروريًا لعلاج ناجح، وضروريًا لعلاقة صحية بين المعالج والمريض، ما له آثار طيبة وأخلاقية إيجابية على جودة العلاج وتحسن حالة المصاب.

ب - خطر الانتحار

تشكل الخشية من أن يرتكب المريض النفسي أعمالاً مؤذية لنفسه، تصل أقصى درجاتها مع محاولات الانتحار، إحدى العقبات الأساسية لمنح المريض النفسي حقوقه في استقلالية قراره وقبوله من عدمه للعلاج.

ففي حالات عديدة يتضمن المرض خطر الإقدام على الانتحار، وفي حالات أخرى قد يشكل ذلك خطرًا على ذويه، مثل ما يقع في حالات الانتحار الجماعي حيث يقوم المريض في حالات الاكتئاب الشديد بقتل

أطفاله أو زوجته قبل أن يقضي على حياته. ويعتبر البحث عن هذا الخطر لدى المريض المصاب بالاكتئاب جزءاً أساسياً من الفحص النفسي، كما يعتبر عدم البحث عنه أو عدم أخذه على محمل الجد خطأ مهنيًا.

ج - خطر ارتكاب أعمال مؤذية للغير

وفي حالات مرضية أخرى قد يشكل المصاب خطرًا على الآخرين. فقد يقوم باستعمال العنف ضدهم، وقد يصل في بعض الحالات إلى القتل، سواء تعلق الأمر بالمصاب بذهان العظمة أو بمرض الفصام الشديد أو غيرهما.

ومن المعروف أننا هنا أمام حالات طوارئ نفسية، تستلزم عدم الاستخفاف بمخاطرها، واتخاذ القرار العلاجي الضروري في إطار ما تنظمه قوانين كل بلد. وبطبيعة الحال فإن ذلك يطرح على الطبيب أيضًا عدم التقليل من الاهتمام بالمعايير الأخلاقية في حدود ما هو ممكن، فيتدرج مع المريض في توعيته بحالته المرضية وأهمية العلاج وضرورته بالنسبة له، مع حماية المريض من الانزلاق إلى انتحار أو اعتداء على آخرين. في هاتين الحالتين يلجأ إلى اتخاذ قرار إعطاء العلاج للمريض أو إدخاله المستشفى ضد رغبته. وهو قرار ينظر إليه من زاوية التدخل الطارئ لإنقاذ مريض في حالة خطرة، أكثر منه من زاوية منعه من حرته.

ويعتبر التوازن بين المستويين عصب العمل اليومي للطبيب النفسي، وهمه المستمر بغية التطوير والتجويد.

٣ - سرية المعلومات

هذا من بين المبادئ الأخلاقية ذات الأهمية في الطب عمومًا وفي الطب

النفسي على وجه خاص. لذلك تنص كل الوثائق الأخلاقية على ضرورة حفاظ الطبيب المعالج والمؤسسة العلاجية على خصوصيات المريض وعلى سرية المعلومات الخاصة به ومعلومات التشخيص والتحليل الطبية والعلاج والسجلات الطبية بعد الحصول على موافقة المريض أو موافقة الوصي القانوني عليه ومنع سوء استخدامها. ولا يسمح بأن يطلع على الملف الطبي إلا الفريق المعالج، وما سواه يحتاج إلى موافقة مستنيرة صريحة من المريض.

وفي الطب النفسي يكتسب الموضوع أهمية خاصة بالنظر إلى طبيعة المعلومات التي تتداول بين المريض ومعالجه. وفي وثيقة مدريد: «ينبغي أن تبقى المعلومات التي تم الحصول عليها من العلاقة العلاجية سرًا، ولا تستخدم إلا بغرض تحسين الصحة النفسية للمرضى، ويعتبر ممنوعًا على أطباء النفس استخدام تلك المعلومات لأسباب شخصية أو لفائدة مادية أو أكاديمية». وخصوصية الطب النفسي أن المريض قد يشكل خطرًا على نفسه أو على غيره، ما يستلزم إخبار الجهات المعنية بالأمر في إطار ما ينظمه القانون. تقول الوثيقة: «ولا يمكن تخطي هذه السرية إلا في حالة ما إذا كان هناك ضرر جسدي أو نفسي للمريض أو لشخص ثالث سيحدث إذا استمرت هذه السرية. وعلى أطباء النفس - في مثل هذه الظروف - نصيحة المريض أولاً عن طبيعة العمل الذي سيقوم به إذا كان ذلك ممكنًا، والأمر نفسه ينطبق على حالات تتضمن خطر الأذى للأطفال».

ويدخل في هذا الباب حق المريض في الاطلاع مباشرة على ملفه الطبي وعلى الوثائق التي يتضمنها. كما أن من حقه أن يطلب نسخًا منها

وأن يحصل عليها. وبالنسبة للمرضى النفسيين يرتبط هذا الحق بمدى وعيهم وقدرتهم على التمييز، حتى يستعملوا معلومات ملفهم الطبي بالطريقة السليمة. ويتأكد هذا الأمر أكثر بالنسبة للمرضى الذين نُقلوا ضد إرادتهم إلى المستشفى، حيث يجب الاستناد إلى مشورة أسرهم، وأن يكون الاطلاع بمساعدة طبيب من اختيارهم.

٤ - تجنب الاستغلال

هناك خصوصية أخرى للعلاج النفسي هي أن الهشاشة النفسية للمريض تجعله يواجه خطر الاستغلال من قبل المعالج. لذلك تنص الوثائق الأخلاقية على ضرورة أن تكون العلاقة التي تربط المعالج مع المتعالج علاقة موضوعية متوازنة، تبتعد عن أي استفادة منه مادياً أو معنوياً إلا في حدود الأجر المتعارف عليه في إطار مقتضيات القانون. كما أن على المعالج أن يبتعد عن إقامة علاقات شخصية مع المتعالج يشوبها الاستغلال الجنسي أو المادي بأي صورة من الصور.

٥ - دور الدين في المرض النفسي

تعتبر الدراسات الحديثة أن علاقة الدين بعلاج الأمراض النفسية انتقلت لدى المتخصصين في النصف الأول من القرن العشرين من استخدام مباشر ومكثف للطرق الدينية، إلى التوجس الكامل من اعتبار الدين عنصراً ذا أهمية في العلاج. واليوم بدأ المختصون ينادون بالعمل للوصول إلى التوازن في النظر والتعامل مع هذا الأمر. وقد أطال الدكتور مأمون مبيض في شرح تطور الدراسات الحديثة التي أصبحت

تعطي للدين، إيماناً وممارسة، أهمية في الصحة النفسية للفرد. ونريد هنا أن نضيف أمرين اثنين.

الأمر الأول هو أن هناك اهتماماً متزايداً بالدين لدى المؤسسات المتخصصة في الطب النفسي. ومن معالم ذلك أن الجمعية العالمية للطب النفسي اهتمت بهذا الموضوع، فأنشأت قسمًا خاصًا أسمته «قسم الدين والروحانيات والطب النفسي» لإعطاء الموضوع أهميته، ولتشجيع التفكير والبحث العلمي فيه. وقد أصدرت سنة ٢٠٠٩ كتابًا يجمع آراء عشرات المتخصصين عبر العالم، وكلهم اقتنعوا - كما ورد في المقدمة العامة للكتاب - بأن تعميق الدراسات في التفاعل بين الطب النفسي والدين سيقدم «الكثير من الفوائد والعون، ومن الأدوات النقدية للتفكير والممارسة في الطب النفسي»^٧. ويؤكد الناشرون أن التدين والقيم الروحية تسهم في رفع مستوى جودة الحياة. يقولون مثلاً إنه «لا يمكن أن نتصور أن الدين والروحانيات لا تستطيع أن تؤثر في طريقة الحياة، وفي الاستقرار النفسي والاجتماعي للأشخاص بصفة عامة وللمرضى بصفة خاصة». ثم يعترف مقدمو الكتاب بأن «الطب النفسي أخذ وقتاً كبيراً لاكتشاف هذه الحقيقة البسيطة والمعقدة في آن واحد». كما أنه «منذ وقت طويل والطب النفسي يتجاهل كون الصمت عن الكراهية للدين أثر تأثيراً سلبياً عليه في التفكير والممارسة»، كما أثر سلباً على التصنيفات المتتالية للأمراض النفسية.

وفي السياق نفسه نشرت «المجلة العالمية للطب النفسي» الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي ملفاً إضافياً في العدد الذي صدر في فبراير ٢٠١٣^٨، تحت عنوان: التفاعل المعقد بين العقيدة الدينية والمرضى

النفسي. وفيه انتهى المقال الرئيس إلى أن هناك آفاقاً واعدة في الدراسات النفسية لمساعدة الأطباء النفسيين في اكتساب فهم أكبر لتلك العلاقة التفاعلية.

الأمر الثاني يتعلق بدور الإيمان في علاج الأمراض النفسية. وقد كثر الحديث في كتابات المفكرين والدعاة المسلمين عن العلاج النفسي الديني أو العلاج النفسي بالدين أو القرآن.

والبعض يخلط بين المرض النفسي وبين مرض النفوس ذي الطابع الديني والأخلاقي، وآخرون يعتبرون الإيمان كافياً للوقاية من المرض النفسي، وأن الإصابة بهذا الأخير دليل على ضعف الإيمان. وتشكل هذه الأفكار ومثيلاتها عوائق للتصرف السليم والإيجابي تجاه الاضطرابات والأمراض النفسية. لذلك من المهم تأكيد بعض محددات العلاقة بين الإيمان والدين من جهة والمرض النفسي من جهة أخرى.

١ - إن هناك فرقاً كبيراً بين المرض النفسي الذي يعالج عادة في الطب ومن قبل المتخصصين، و«مرض النفس» (أو ما يسميه بعض علماء الإسلام بمرض القلب) الذي يعني انحراف إرادة الإنسان عن الحق أو عن تعاليم الوحي.

فالمرض النفسي الذي يدخل في اختصاص الأطباء، مرض له قوانين خارجة عن إرادة الإنسان، يصيب - مثل المرض العضوي - المؤمن والكافر، المطيع والفاجر، ما دامت أسبابه موجودة.

أما النوع الثاني أو «مرض النفس» بالمعنى الديني، فهو مرض إرادة وشهوة، مثل الأنانية والكبر وإرادة الشر بالغير...، ويقتضي اختياراً من الشخص لسلوك من هذا النوع. وعلاجه يعود إلى المربين بكل أنواعهم.

وممن فطن إلى هذه التفرقة الدقيقة من علمائنا الأقدمين ابن قيم الجوزية. فهو يقول: «مرض القلب نوعان:

نوع لا يتألم صاحبه به في الحال (...) كمرض الجهل، ومرض الشبهات والشكوك، ومرض الشهوات (...) وعلاجه إلى الرسل وأتباعهم، فهم أطباء هذا المرض.

والنوع الثاني، مرض مؤلم له في الحال، كالهمل والغم والحزن والغیظ، وهذا المرض قد يزول بأدوية طبيعية كإزالة أسبابه، أو بالمداواة بها يضاد تلك الأسباب، وما يدفع موجبها مع قيامها (...)»^٩.

٢ - يجب التمييز بين المشاكل أو العوارض النفسية من جهة والأمراض النفسية من جهة ثانية. فالأولى أعراض يعاني منها الإنسان بسبب ضغوطات الحياة وسوء التكيف معها. وهي لا تعتبر مرضاً نفسياً، لكنها عوارض تستمر لفترات قصيرة، ولا تؤثر عادة تأثيراً ذا بال على كفاءة الفرد وإنتاجيته في الحياة. وينفع في تجاوزها الدعم النفسي والاجتماعي وتحسين نمط العيش والقيام بتمارين رياضية وغيرها. فهنا ينفع الإيمان وتنفع الشعائر الدينية في التخفيف من التوتر والشعور بالقلق. أما الأمراض النفسية (وتفضل التصنيفات النفسية الحديثة تسميتها بالاضطرابات النفسية) فهي مثل الأمراض العضوية، تحتاج إلى علاجات موضوعية، وقد ينفع الإيمان في التخفيف منها، لكن بالصورة نفسها التي يخفف بها من الأمراض العضوية، على اختلاف في درجة ذلك التخفيف.

ويميز المختصون - على العموم - بين العوارض النفسية والأمراض النفسية بمعايير مرتبطة بوجود أعراض تعكس اضطراباً في التفكير أو

العاطفة أو السلوك، وبحدة معاناة الفرد أو مدتها أو تأثيرها السلبي على اندماجه الاجتماعي أو أدائه المهني.

٣ - إن الأمراض النفسية ذات طبيعة موضوعية مثل الأمراض العضوية، تشبهها من حيث العموم في مسبباتها وفي تفاعلاتها، لها عواملها التي قد تكون متعددة ومتداخلة. وقد نكون، في فترة معينة أو بالنسبة لحالة محددة، غير قادرين على إدراكها أو فهمها، لكنها موجودة وقابلة للدراسة، ولا مجال لنسبتها إلى قوى غيبية من جن أو غيره.

كما أن الأمراض النفسية حالة لا إرادية، لا يتحمل المصاب في الغالب مسؤولية الإصابة بها، إلا في حالات محددة مثل إصابة متعاطي المخدرات، أما الباقي فينتج عن تفاعل عدة عوامل وراثية وعضوية وبيولوجية ونفسية وبيئية، وذلك مثل أي مرض عضوي. واستجابتها للعلاج المكافئ مشابهة على العموم لاستجابة الأمراض العضوية له.

٤ - إن القول إن الإيمان يمنع المرض النفسي، بمفهومه الطبي، غير صحيح. قد نقول إنه يخفف وقع بعض أنواعه، أو يخفف حدة مجيء بعضها الآخر، لكنه لا يمكن أن يمنعه كما لا يمكن أن يمنع المرض العضوي. فالمؤمن مثله مثل باقي البشر، يصح ويمرض، ويخضع للقوانين التي خلق الله وفقها الإنسان. ولذلك فمن المستساغ إصابة «الصالحين» أو إصابة بعض معارفهم بالمرض النفسي ما دامت عوامله قد وجدت. وكثيراً ما يستغرب البعض إصابته مثلاً بمرض الاكتئاب، مع أنه «مؤمن، متق، صالح»، لا تفوته العبادات في أوقاتها وبشر وطها. وهذا ينطلق من وهم أن مرض الاكتئاب لا يصيب الشخص صاحب الإيمان القوي. لكن الصحيح أن الإصابة بالاكتئاب لا تخضع لرغبات

الفرد وأفكاره وقوة أو ضعف إيمانه، فله قوانين وعوامل تتجاوز ذلك بكثير. وبالمقابل فإن إصابة الشخص به لا تطعن في إيمانه ولا تنقص منه. وقد أخرج البخاري عن عائشة بنت أبي بكر الصديق أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «ما يُصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يُشاكها إلا كفرَّ الله بها من خطاياها». فأشار الحديث إلى إمكانية إصابة المسلم بهذه الآفات النفسية، ولم يذكر أن ذلك يضر إيمانه في شيء.

ونحن نعرف أن المجتمع الإسلامي منذ كان، عاش فيه المصابون بها كان يسمى «الجنون» مثلاً، من دون أن يقول أحد إن ذلك دليل على عدم إيمان المصاب، بل المعروف شرعاً أنه غير مكلف لأنه لا يملك القدرة على التمييز. ونحن نعرف اليوم أن العديد من الأمراض النفسية تصيب المجتمعات البشرية بنسب متقاربة على الرغم من تفاوتها في الدين. فمرض الفصام مثلاً يصيب حسب الإحصائيات قرابة واحد في المائة من كل المجتمعات أيّاً كان دينها، وأياً كانت درجة إيمانها. وبالتالي فإن المرض النفسي قدر من الله، ككل ما يقدره سبحانه، له أسبابه الموضوعية التي لا تحابي مؤمناً ولا كافراً. كما أن إصابة الشخص بالمرض النفسي لا تطعن في إيمانه ولا تنقص منه.

٥ - أما عن دور الإيمان في علاج المرض النفسي بمفهومه الطبي، فكثيراً ما يتضمن تصويره الكثير من الأخطاء. فلا شك أن للإيمان والذكر وقراءة القرآن دوراً كبيراً في تخفيف المرض النفسي لدى المسلم، وهي تفتح باب الأمل والرجاء أمامه، وتعزي المريض في كل ما يمكن أن يفقده بسبب مرضه، وتعهده بالعوض عند الله سبحانه. لكن هذا لا

يعني الاستغناء بها عن الأخذ بالأسباب الموضوعية في العلاج. وكثيراً ما يستدل البعض بالأحاديث الواردة حول تأثير الرقية. غير أن استعراض تلك الأحاديث يبين أنها تتحدث عن تأثير الرقية الإيجابي بالنسبة للمصاب بأمراض عضوية. فمن تلك الأحاديث مثلاً حديث أنس بن مالك في صحيح مسلم أن رسول الله صلى الله عليه وسلم رخص في الرقية من العين والحمة والنملة. والحمة سم العقارب وغيرها، والنملة قروح تخرج من الجنب. وعن عمران بن حصين أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «لا رقية إلا من عين أو حمة» رواه البخاري. يقول الإمام الحسين بن مسعود البغوي (ت ٥١٦ هـ) في شرح الحديث: «ولم يرد به نفي جواز الرقية في غيرهما، بل تجوز الرقية بذكر الله سبحانه وتعالى في جميع الأوجاع»^١. فالأحاديث المذكورة تثبت مشروعية الرقى من لدغة عقرب أو قروح أو غيرهما، وهي أمراض عضوية. ولم يقل أحد إن قراءة الفاتحة أو الرقية لمدوغ أو مقروح تغني عن العلاج بالأدوية والأسباب الطبيعية. فإذا صح هذا في مجال الأمراض العضوية فهو أيضاً صحيح في الأمراض النفسية.

٦ - هل هناك رؤية خاصة لعلم النفس في الإسلام؟

تحدثنا فيما سبق عن دور الدين في العلاج النفسي، وهو الجانب العملي التطبيقي في علاقة الدين بعلم النفس. لكن ماذا عن المستوى النظري؟ هل توجد في الإسلام رؤية خاصة لعلم النفس وللموضوعات التي يعالجها؟

لقد تمت منذ عقود من الزمان محاولات حثيثة لبلورة توجهات

إسلامية خاصة في مجال علم النفس، خصوصاً في إطار الاتجاه العام المصطلح عليه بإسلامية المعرفة. ومقترحها هو الانطلاق من الوحي لتوجيه البحث العلمي في مجال الدراسات النفسية، أو لاكتشاف معطيات من الوحي تضاف إلى المعطيات العلمية وتشكل بمجموعها علم النفس. ويذهب البعض إلى إمكانية إبداع مذاهب واتجاهات جديدة انطلاقاً من الوحي تتجاوز مثيلاتها في علم النفس الغربي.

ويصطلح باحثون آخرون عليه بالتأصيل الإسلامي لعلم النفس. والمقصود منه هو «إقامة هذا العلم على أساس التصور الإسلامي للإنسان، وعلى أساس مبادئ الإسلام وحقائق الشريعة الإسلامية، بحيث تصبح موضوعات هذا العلم وما يتضمنه من مفاهيم ونظريات متفقة مع مبادئ الإسلام أو على الأقل غير متعارضة معها»^{١١}.

إن تحليل هذه التوجهات بعمق يحتاج إلى دراسة أو دراسات خاصة، ويمكن الوقوف هنا على أهم الاستنتاجات من المسيرة الطويلة للمحاولات في هذا المجال.

١ - إن محاولة استنتاج معطيات دقيقة عن معنى النفس وطبيعتها وتفاعلاتها وجوانبها السوية والمرضية من القرآن الكريم قديم والمحاولات المختلفة للعلماء عبر القرون تكشف صعوبة الاتفاق على ثوابت في هذا المجال. فما يصاغ من دلالات وآراء إنما هو فهم للنصوص الشرعية يتطور مع مرور الوقت ومع تطور المعرفة البشرية. وما هو كذلك يعتبر دلالات ظنية لا يمكن أن تكون حاکمة على المعطيات التي تصاغ في علم النفس، ولو كانت بدورها ظنية.

٢ - إن محاولات استخراج «تصور إسلامي للإنسان والمجتمع

والوجود» يعتبره كثيرون أرضية لمحاولات «التأصيل الإسلامي»،
يطرح السؤال التقليدي الذي طرح من قبل علماء كثر عبر التاريخ،
هل سنأتي بجديد لم يكن يعرفه السلف من الصحابة ومن بعدهم؟
أم سنكرر ما كانوا يقولونه من تصورات؟ فإن كان ما سيطرح اليوم
مختلفاً أو مضافاً إلى ما كان عندهم، ألا يعني ذلك أن معرفته غير متعينة
في الدين؟ وأنه فهم «ذاتي» «تاريخي» سرعان ما يأتي من «ينسخه»
بتصورات أخرى؟

٣ - أثبتت محاولات استخلاص أسس لفهم النفس وتفاعلاتها من
النصوص الشرعية تباينات عديدة في التأويل لا تسمح بتكوين مفاهيم
ولو أساسية متفق عليها، وما هو كذلك لا يمكن معه تكوين بديل لعلم
النفس الغربي وتراكماته المنهجية المعرفية.

٤ - إن وجود معطيات مستخلصة من النصوص الشرعية ومؤثرة
في نتائج المعرفة العلمية في علم النفس، يفترض إمكانية خضوعها
للمعايير المنهجية والمعرفية المتداولة في ميدان علمي معين. أما إن
كان المقصود بهذا الجهد هو تنقية المعرفة النفسية المطروحة مما يمكن
أن يخالف عقائد الإسلام وتشريعاته، فإن ما على المسلم إلا التزام
ذلك في استنتاجاته وتطبيقاته للعلم من دون الحاجة إلى إحداث علم
جديد. وجميع الباحثين - مسلمين أو غير مسلمين - قد تكون عندهم
التزامات مبدئية يراعونها في عملهم العلمي من دون أن يجعلهم ذلك
ينشئون علماً جديداً.

٥ - العلم بطبيعته محايد، واستنتاجاته إما صائبة أو خاطئة. والأصل

فيه، عندما يصوغه المتخصصون، أن يكون صواباً. وإذا كان كذلك فالمفروض أن يتوافق مع المعطيات الشرعية. وإذا كان يعارضها فهناك خطأ في فهم المعطى الشرعي أو في فهم المعطى العلمي.

٦ - لم يواكب العديد من الدراسات في التأصيل الإسلامي التطورات المنهجية والمعرفية لعلم النفس. فقد انتقل علم النفس في الربع الأخير من القرن التاسع عشر من كونه شعبة من الفلسفة، يخضع فيها لمسبقات نظرية، إلى علم مستقل يخضع لما تخضع له مختلف فروع المعرفة العلمية من منهجية إخضاع الفرضيات للتجربة العملية التي تثبتها أو تنفيها. وشرطها الأساس هو إمكانية إعادة تجربتها من قبل أي ملاحظ يتقن منهجية التجربة التي أثبتتها أول مرة. لكن ذلك الانتقال لم يكن عامًّا ولا حقيقياً إلا عبر مراحل وعلى مدى عقود من الزمان. فبقيت تأثيرات المسبقات الفلسفية قوية في عدد من نظريات علم النفس طيلة النصف الأول من القرن العشرين. ثم عرف البحث العلمي تطوراً منهجياً كبيراً في تميز أساساً باعتماد معايير تشخيصية دقيقة واعتماد المنهجية الإحصائية في الدراسات النفسية. وتلت ذلك اكتشافات ذات أهمية بالغة في ميادين البيولوجيا العصبية (الكيمياء العصبية والتصوير العصبي) وعلم النفس العصبي وعلم الوراثة وغيرها. لقد قلبت هذه المعطيات الجديدة مقاربة الحياة النفسية عموماً، والاضطرابات النفسية على وجه الخصوص، على مختلف المستويات: التفسير والتصنيف والتشخيص والعلاج. والشاهد عندنا أن أغلب محاولات أسلمة علم النفس لم تأخذ في الاعتبار هذه التحولات الضخمة، فجاءت كأنها رد فعل على مدارس أو تفسيرات متجاوزة.

٧ - وأخيرًا، فإن المحاولات التي تمت حتى الآن لم تفلح في الإقناع بإمكانية نسج علم مستقل أو فرع مستقل في ما يصطلح عليه: علم النفس الإسلامي. كما لم تستطع الأبحاث المتتالية الإجابة عن سؤال ما هي التوجهات أو التصورات الواجب مراعاتها - نظرًا وعملاً - في مسيرة علم النفس من قبل الباحثين المسلمين. لذلك فهل فكرة «الأسلمة» أو «التأصيل الإسلامي» هي من أساسها غير صحيحة، أم أن المنهجية المتبعة والأدوات والوسائل المستعملة غير سليمة؟ الراجح في رأينا أن علم النفس علم يصاغ بأدواته، والمسلمون عليهم استعمال تلك الأدوات المنهجية أو تطويرها، والإسهام مباشرة من قبل الباحثين المسلمين في تطوير العلم، لا صياغة علم آخر أو فرع مستقل له.

الهوامش

- ١ من خريجي جامع الأزهر، وكتابه «دستور الأخلاق في الإسلام» عبارة عن رسالة نال بها شهادة الدكتوراه باللغة الفرنسية من جامعة السوربون سنة ١٩٤٧.
- ٢ دستور الأخلاق في الإسلام، ص ٢٦.
- ٣ نفسه، ص ٦١.
- ٤ نفسه، ص ١٨.
- ٥ هذا ليس ترجمة للإعلان وإنما إيراد لأهم نقاطه، وبعض التفاصيل سترد في الفقرات الموالية. انظر النص الكامل لإعلان هاواي على موقع الجمعية العالمية للطب النفسي على الرابط:
- http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=27
- ٦ انظره في موقع الجمعية على الرابط:
- http://wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48
- ٧ World Psychiatric Association: Religion and Psychiatry, 2009, p 1

- ٨ موجود في موقع الجمعية العالمية للطب النفسي على الرابط
<http://arabpsynet.com/Journals/WJ/ArabicWP-Feb2013.pdf>
- ٩ ابن قيم الجوزية: إغائة اللفهان من مصايد الشيطان: ١٨ / ١
- ١٠ شرح السنة، ١٢ / ١٦٢ .
- ١١ نجاتي، محمد عثمان: منهج التأصيل الإسلامي لعلم النفس. مجلة المسلم المعاصر، ع٥٧،
١٤١١هـ. ص ٢١ - ٤٥ .

دار جامعة حمد بن خليفة للنشر
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY PRESS



جامعة حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY
كلية الدراسات الإسلامية
College of Islamic Studies



مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق

ص.ب. ٣٤١١٠ الدوحة - قطر | هاتف: ٢٨٤٠ ٤٤٥٤ (+٩٧٤) | فاكس: ٥٦٧٦ ٤٤٥٤ (+٩٧٤)
www.cilecentre.org