

ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Н.Д.СЕМЕНОВА

Разрешите мне начать с нескольких случаев из нашей психотерапевтической практики.

Марина, 24 лет, замужняя, интеллигентная, очень ответственная, чрезвычайно привлекательная внешне женщина обратилась к нам, имея опыт предшествующей психотерапии у некоего специалиста, к которому обратилась с жалобами на депрессивное состояние, возникшее вскоре после рождения ребенка. С первых же встреч стала замечать, что нравится психотерапевту. На одной из встреч, попросив пациентку раздеться до пояса и объясняя свои действия терапевтической необходимостью, психотерапевт предпринял ряд носящих эротический оттенок прикосновений к телу пациентки. После этого пациентка вынуждена была прервать терапию у данного терапевта и искала другие возможности получения психотерапевтической помощи. На первой же встрече с нами пациентка призналась: «Я очень рада, что попала к женщине-психотерапевту...»

Людмила, 55 лет, жительница небольшого северного города, разведенная, мать двоих взрослых сыновей, один из которых прошел Афганистан и вернулся с пост-травматическим стрессовым нарушением. Жалуется на депрессивное состояние с суицидальными тенденциями, отмечает также эпизоды алкоголизации. Все это связывает с состоянием сына, а также с собственной неустроенной жизнью. Приехала в Москву с целью получить психотерапевтическую помощь. Психотерапевт, занимавшийся с пациенткой телесно-ориентированной терапией, направил ее затем к нам. На одной из заключительных встреч пациентка, смущаясь, поведала нам, что однажды, после того, как ей был сделан общий массаж, они «согрешили» с терапевтом.

Александр, 18 лет, миловидный и добродушный молодой человек, женат, имеет грудного ребенка. Направлен лечащим врачом к психотерапевту по поводу психосоматического заболевания. Женщина-психотерапевт после сеанса попросила подвезти ее домой. Психотерапия продолжалась и в салоне автомобиля, и далее, когда машина была уже припаркована у дома терапевта. На протяжении курса психотерапии па-

циент, которому, как правило, назначалось время «под занавес» рабочего дня, отвозил терапевта домой по ее просьбе. Однажды был приглашен в дом, где его угостили вином.

Что объединяет все эти случаи? Налицо – нарушение этики профессиональных психотерапевтических отношений. Действительно, в последние годы в связи с широкой

экспансией психотерапевтических практик, а также в связи с исследованиями в области психотерапии все более и более заявляют о себе проблемы этические.

Многими профессиональными сообществами в этой связи разрабатываются этические основы психотерапии, в частности, так называемый Этический Кодекс психотерапевта (*Code of Conduct ...*, *British Psychological Society*, 1993; *Committee on Ethics ...*, 1988), предписывающий: не наносить пациенту вреда; не эксплуатировать отношения зависимости, возникающие в ходе терапии; действовать лишь в пределах профессиональной компетенции; опираться на согласие пациента, понимающего суть происходящего и осведомленного о возможных последствиях; соблюдать условия конфиденциальности. Общие этические предписания далее конкретизируются, применительно, например, к условиям психотерапии, проводимой в группе (*Gregory & McConnel*, 1986; *Moreno*, 1991; *Mullan*, 1987; *Lakin*, 1991), к условиям комбинированной индивидуальной и групповой терапии (*Lakin*, 1986; *Taylor & Gazda*, 1991), к исследованиям в области психотерапии (*Aubrey*, 1987).

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Условие конфиденциальности – одно из важнейших в списке этических нормативов. Речь идет об охране частной жизни пациента, о конфиденциальности сообщаемой им информации. Полное имя, место жительства и другие позволяющие идентифицировать пациента детали обычно зашифровываются и раскрываются лишь с согласия самого пациента. Конфиденциальность ускоряет столь необходимое в психотерапевтическом процессе самораскрытие пациента. Между тем, существуют условия, при которых происходит разрушение конфиденциальности. Это те особые случаи, когда существует реальная угроза здоровью или жизни пациента или других людей. В этих случаях терапевтом без согласия пациента могут быть предприняты шаги, необходимые для информирования третьих лиц или организаций. Причем делать это рекомендуется после консультации с более опытными коллегами. В данных случаях, связанных с ограничением конфиденциальности, могут переплетаться этические и юридические аспекты. Например, когда речь идет о психотерапии пациента, склонного к имеющим циклический характер правонарушениям сексуального или педофильского свойства (*Aubrey & Dougher*, 1990). Этическая дилемма состоит в том, что, с одной стороны, терапевт принимает условия конфиденциальности, а с другой – он может нарушить обет конфиденциальности, чувствуя себя обязанным что-то сделать, а именно – предупредить, предостеречь. В ситуации потенциальной угрозы конфиденциальность неиз-

бежно разрывается. Для этого необходим закон, регулирующий психотерапевтическую практику. Установка терапевта на гуманизм, равно как и право пациента на конфиденциальность, – все это должно быть соотнесено с устремлениями терапевта как профессионала, гражданина, как христианина.

ТРАНСФЕР

Этический кодекс психотерапевта предписывает ему не эксплуатировать отношений влияния или доверия в общении с пациентом в целях удовлетворения собственных личных желаний; воздерживаться от практики, будучи в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, переживая личностный кризис и т.п. Между тем, по данным недавних исследований (Цит. по *Quadrio*, 1991), не менее 10% психотерапевтов признано профессионально непригодными по следующим показателям: физическое и психическое нездоровье (депрессия, «синдром сгорания», супружеский и/или семейный кризис), алкоголизм, наркомания, связанная с возрастом и процессом инволюции неспособность выполнять профессиональные обязанности, утрата моторных навыков, и, наконец, вступление в сексуальные отношения с пациентами.

В последнее время в особый раздел этического кодекса выделяют, во-первых, так называемые «границы» в отношениях терапевта с пациентом, а также этические аспекты их нарушения, и, во-вторых, этику двойственных отношений.

Нарушения «границ» в отношениях терапевта с пациентом могут принимать самые разные формы и систематизируются в соответствующей литературе (*Gutheil & Gabbard*, 1993) по следующим рубрикам: «время», «место и пространство», «деньги», «подарки», «одежда», «язык», «физический контакт». Череда нарушающих границу поступков, приводящих к этическим проблемам, может иметь такую последовательность (*Gabbard*, 1989): переход в общении с пациентом на «ты»; далее – вторжение в терапевтический диалог бесед личного или житейского характера; далее – небольшой телесный контакт (например, похлопывание по плечу, объятия, массаж); затем – прогулки вдвоем за стенами кабинета; сеансы во время обеда, иногда – с алкоголем; поход в кино и иные социальные мероприятия; и, наконец, контакт сексуальный. Примеры размытости границ весьма многообразны. Это разного рода «треугольники» отношений (когда, например, и терапевт, и пациент имеют общего друга); более сложные варианты, когда, например, психотерапевт-супервизор, проводя групповое терапевтическое занятие, объединяет в одну группу молодого терапевта вместе с пациентами последнего.

«Двойственными (или множественными ролевыми)» называются такие отношения, в которых психотерапевт, помимо своей профессиональной, выступает еще по крайней мере в одной роли (например, состоит в браке с пациентом). Об опасности установления двойственных или множественных ролевых отношений с пациентами писали еще классики психоанализа, предостерегая от лечения родственников, друзей и знакомых. Печально известен в этой связи случай отнюдь не платонических от-

ношений Юнга с Сабиной Шпильрейн (*Carotenuto*, 1981; *Kerr*, 1993).

Рассмотрим некоторые этические последствия смешения границ и множественности ролевых отношений между пациентом и психотерапевтом. Так ли уж катастрофичен их исход? Кроме несомненных этических издержек, психотерапия в данном случае ущербна и с клинической точки зрения, поскольку ущербен сам трансфер – перенос пациентом на терапевта чувств, испытываемых им к другим людям, как правило, к родителям, т.е. проекция ранних детских установок и желаний в отношении родителей на другое лицо. Трансфер, как известно, обнаруживает себя не только в психоаналитической ситуации, но и в любой психотерапии, а также в жизни повседневной. Между тем, чистота трансфера есть необходимое условие реализации любой аналитической, и не только аналитической техники, в противном случае последняя теряет свой смысл и свою силу.

Размытость, смешение границ психотерапии и установление множественных ролевых отношений между терапевтом и пациентом, по мнению *Pepper* (1991), разрушает одновременно этические стандарты и само пространство терапевтических отношений. «Размывание» границ лечения приводит к сдвигу от «как если бы»-отношений терапии в плоскость реальных отношений.

Сексуальный контакт – суть «квинтэссенция грубейшей эксплуатации трансферентных отношений» (Цит. по *Quadrio*, 1991). Вообще говоря, речь идет о некоем «континууме отношений эксплуатации»; от длящихся многие годы и служащих скорее нуждам терапевта психотерапевтических отношений до собственно сексуальных контактов.

Однако не всякое смешение границ ведет к сексуальному сближению, и вообще столь пагубно для обеих сторон. Очевидное, с точки зрения одной идеологической перспективы, нарушение границ может и не явиться таковым, если на него посмотреть с позиций иной идеологической перспективы. Более того, с позиций последней это может быть стандартным проявлением профессиональной практики. Это прежде всего относится к «движению Христианской психиатрии», когда психотерапевту отнюдь не возбраняется посещать церковные службы с пациентом или пациентами (*Gutheil & Gabbard*, 1993).

ЭРОТИЗИРОВАННЫЙ ТРАНСФЕР

Каждый психотерапевт сталкивается с таким нарушающим душевное равновесие явлением, как эротизированный трансфер – доходящее до маниакальности желание пациента установить физический контакт с терапевтом, озабоченность тем, чтобы проникнуть в реальную жизнь терапевта. Существует несколько точек зрения на феномен эротизированного трансфера. Кроме известной и достаточно хорошо представленной в литературе динамической точки зрения, существуют и иные: экономическая, структурная, генетическая и адаптивная. Последняя, например, является фокусом статьи Петерсона (*Peterson et al.*, 1989). Речь в ней идет о пациентах, которые используют эротизированный трансфер в качестве средства компенсации дефицита, что позволяет им, несколько смягчив боль оди-

ночества, адаптироваться и выжить.

Примеры эротизированного трансфера также разнообразны: пациент пишет стихи и посвящает их своему терапевту, называя его или ее каким-либо ласковым прозвищем; несколько раз в день звонит по телефону, может позвонить и среди ночи, желая в лучшем случае «услышать голос», в худшем – проявить интерес к подробностям интимной жизни и т.п.

ЗАВИСИМОСТЬ

Коль скоро человек обращается за помощью, он уже зависим. «Размывание» границ и появление множественных ролевых отношений неизбежно приводит к тому, что эта зависимость начинает нещадно эксплуатироваться, подпитывая нарциссизм и «грандиозное Я» терапевта (*Pepper, 1991*). Такой терапевт, как мы уже говорили, может многие годы и даже десятилетия лечить пациента (есть случаи, когда продолжительность терапии доходила до 15 и более лет!). Отрицая собственную потребность в зависимости и не осознавая того, психотерапевт способствует развитию патологической зависимости у пациента, которая тем более усиливается, чем более ролевых отношений с ним установлено.

Механизм здесь может быть таким: отрицаемые терапевтом аспекты собственного Я (а именно потребность в зависимости) проецируются на пациентов, что приводит либо к обвинительным установкам по отношению к слишком «зависимым и беспомощным» пациентам, либо к скрытому удовлетворению от длительной по времени и способствующей регрессу терапии, либо к попыткам обрести утраченную часть Я в сексуальном единении с пациентом.

Проблему зависимости из психотерапии убрать невозможно. Возможно лишь установить необходимый баланс между интимностью и границами, между зависимостью и пассивностью, между зависимостью «хорошей» и «плохой» (*Gagnier & Robertiello, 1991*). Подобно тому, как «нарциссизм» разделяется на «хороший» и «плохой» («хороший» – это здоровая любовь к себе, тогда как «плохой» – центрированность на себе), разделяется и зависимость.

«Хорошая» зависимость – это присущая всем нам потребность «лелеять ребенка внутри нас», это потребность в любви, тепле, восхищении, эмоциональной поддержке и эмпатии, исходящих от других людей. Потребность человека в зависимости проходит через все этапы его жизненного цикла. Эта зависимость способствует поддержанию нашей самооценки на должном уровне, поддержанию нашего чувства благополучия и безопасности.

«Плохая» зависимость – это потребность в ком-либо или в чем-либо, кто/что избавит нас от необходимости иметь дело с реальностью. При этом ответственность за собственную жизнь, бремя выбора человек перекладывает на другого. Эта зависимость сдерживает личностный рост, инфантилизируя пациента, снижает его самооценку. Описываемые нами психотерапевты как раз и способствуют развитию у пациентов такого рода зависимости. Жертвами такой зависимости могут стать и люди, связанные отношениями супружества с психотерапевтами. Последние, продолжая свою

квази-профессиональную роль в сфере близких отношений, неизбежно начинают смотреть на супруга как на «еще одного пациента». Этому вопросу посвящена статья *Robertiello* (1978), опубликованная под заголовком «Профзаболевание психотерапевтов».

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИЕЙ: ИНТИМНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА С ПАЦИЕНТОМ

Исход психотерапии как события, как «врачующего диалога» между терапевтом и пациентом во многом зависит от качества терапевтического альянса, предполагающего эмпатию, принятие, тесный эмоциональный контакт. Между тем, интенсификация этих эмоциональных отношений может активизировать разного рода эротические фантазии обоих. Об эротизированном трансфере мы уже говорили. Хуже эротизированного трансфера может быть только эротизированный контртрансфер. О нем мы и поговорим.

За последние несколько десятилетий увеличилось количество сообщений об имеющих место злоупотреблениях в психотерапевтической практике, выражающихся в действиях сексуального характера, простирающихся от эротически окрашенных высказываний, прикосновений, объятий до интимной близости психотерапевта с пациентом (*Gabbard*, 1994; *Gartrell et al.*, 1986; *Herman et al.*, 1987; *Quadrio*, 1991). Ни клятва Гиппократова, ни предписания Этического Кодекса, по мнению некоторых авторов (*Pope*, 1990), пока еще не способны регулировать такого рода проявления. Хотя в США в ряде штатов (напр., в штатах Мичиган, Миннесота и Калифорния) предусмотрены юридические санкции за психотерапевтические злоупотребления, по своим психопатологическим последствиям для жертв ставящиеся в один ряд с изнасилованием и инцестом (*Stone*, 1984). Опубликованные в настоящее время исследования (цит. по кн. *Gabbard*, 1989) рисуют такую картину: 13,7% мужчин и 3,1% женщин-психотерапевтов признают эротический контакт с пациентами, причем каждый третий из них сознается еще и в том, что имел подобный контакт более чем с одним пациентом (это так называемые «рецидивисты», по *Gabbard*, 1989). Женщины составляют большинство среди жертв таких злоупотреблений. Среди злоупотребляющих своим положением терапевтов ПСИХИАТРОВ несколько больше (33%), чем ПСИХОЛОГОВ и СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ (соответственно, 19% и 13%). Однако в общей медицинской популяции доля ПСИХИАТРОВ ниже, чем, например, хирургов, гинекологов и врачей общего профиля.

Установка на сексуальный контакт с пациентом варьирует и в зависимости от теоретической ориентации терапевта: наиболее «воздержанными» оказались терапевты ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ориентации, наименее – разного рода гипнологи и лица, характеризующиеся «размытой» теоретической ориентацией, не имеющие специальной квалификации, лицензии.

Итак, как видим, в психотерапевтической практике нередки случаи, когда терапевт вступает в сексуальные отношения с пациентом. Причины

данного явления сложны и полидетерминированы. Здесь недопустим редуционистский, упрощенный подход, связываемый с нарастающим феминистским движением и вытекающей из него тенденцией «политизировать» данную проблему (действительно, в подавляющем большинстве случаев речь идет о паре: мужчина-психотерапевт и женщина-пациентка); а также взгляд на данную проблему сквозь призму коренящихся в культуре стереотипов, предписывающих определенные роли мужчинам и женщинам. Многие исследователи данного вопроса предпринимают попытки так или иначе типологизировать таких психотерапевтов. Остановимся на некоторых из наиболее известных типологий.

Психиатр и юрист *Stone* (1984) сконструировал следующий каталог из 6 типов:

1) депрессивный средних лет терапевт, имеющий семейные и/или супружеские проблемы, эксплуатирующий «позитивный трансфер»;

2) «манипулятивный социопат» с «плохим» характером;

3) терапевт с «перверзной сексуальной фиксацией»;

4) «сексуально свободный» терапевт (Ярким примером такого типа мог служить Отто Гросс, один из первых психоаналитиков, которого Фрейд называл «романтическим демоном». Гросс, выступавший против моногамии и тирании института брака и проповедовавший так называемый «оргастический» подход к психотерапии, имел множество сторонников и последователей. – Цит. по *Rosenbaum*, 1981);

5) терапевт, который, реализуя свое «грандиозное Я», «любит» своих пациенток и желает быть любимым ими; он желает также, чтобы терапевтическая интимность стала интимностью «настоящей» (*Rosenbaum*, 1981); он наделен шармом, экспансивен и «агрессивно соблазнителен»;

6) «отчужденный, интровертированный» терапевт, считающий, что его соблазнили; испытывает чувство вины и скорее всего исповедует о случившемся.

Иногда эти 6 категорий карикатурно преподносятся как: «печальный», «плохой», «сумасшедший», «незрелый», «грандиозный» и «шизоидный».

Glen Gabbard (1994), известный исследователь данной проблемы и автор широко цитируемой здесь книги о сексуальной эксплуатации в профессиональных отношениях (*Gabbard*, 1989), полагает, что тех психотерапевтов, которые в той или иной форме переходят сексуальные границы с пациентом, можно отнести к одной из следующих категорий:

1) психотические нарушения;

2) психопатии и парафилии;

3) «тоскующие по любви»;

4) мазохистически капитулирующие.

Данные категории представляют собой скорее рубрики, нежели определенные диагностические типы, а саму классификацию, равно как и психодинамические рассуждения, ее сопровождающие, следует рассматривать как предварительную гипотезу, требующую дальнейшего подтверждения.

Наименее многочисленной является первая группа, тогда как остальные три широко представлены в популяции практикующих психотерапев-

тов. Так, под рубрикой «психопатии и парафилии» скрываются антисоциальные личности, лица, страдающие тяжелой нарциссической личностной патологией также с яркими антисоциальными включениями. Эти люди, как правило, резистентны к реабилитации. Будучи уличенными в нарушении этических норм, они настаивают на том, что они с пациентом действительно «любят друг друга», тогда как пациент для них – всего лишь объект сексуального или иного удовлетворения, объект для упражнений в силе и власти. Они полностью лишены эмпатии, и поэтому не могут взять в толк, что такого «плохого» они делают, когда всем так хорошо. То есть у них нет и тени вины за тот вред, который они наносят пациенту своими действиями.

«Тоскующие по любви» – наиболее интересная для исследователя категория. Они также говорят, что влюблены. Они также характеризуются нарциссической патологией, однако не столь тяжелой, как в предшествующем случае (т.е. без антисоциальных тенденций). Они одержимы потребностью утвердиться в глазах пациента, они испытывают настоящий голод, желая быть любимыми и идеализируемыми. Пациенты используются ими в качестве регуляторов собственной самооценки. Многие из них с диагностической точки зрения абсолютно нормальны, лишь переживают так называемый «кризис середины жизни» (*Gabbard, 1989*). Наиболее частым сценарием здесь является следующий: психотерапевт средних лет, переживающий или переживший развод и вообще утративший иллюзии относительно своей супружеской жизни, либо переживший утрату кого-то значимого в жизни, влюбляется в пациентку много моложе себя. При этом он может начать с того, что просто поделится с пациенткой своими проблемами, представ, таким образом, перед ней как нуждающийся, уязвимый. Эта ролевая инверсия и есть первая ступенька, приводящая к известному финалу. Находясь во власти эротизированного контртрансфера, при котором чувства по отношению к пациентке теряют свое «как если бы»-качество, терапевт настаивает на том, что его отношения с пациентом вообще выходят за рамки «трансфера-контртрансфера». Психотерапевт убежден в том, что любовь сама по себе целительна, «любовь лечит», как сказал нам один из таких психотерапевтов.

Личностный профиль «жаждущего любви» терапевта, блестяще описанный Габбардом, дополнялся и развивался далее. Так, например, Бродский (Цит. по *Gabbard, 1989*) добавляет: такой терапевт принимает преимущественно женщин; лечит женщин и мужчин по-разному; ему кажется, что он вполне компетентен, чтобы выходить за рамки стандартных практик, вводить «инновационные техники», включая установление выходящих за рамки психотерапии отношений; он не к месту раскрывает пациенту детали своих семейных и супружеских проблем, рассказывает о конфликтах на работе; пациенты и студенты расценивают его как «харизматического гуру»; он столь самодостаточен, что не считает нужным консультироваться с коллегами, искать психологической помощи в затруднительных ситуациях.

Весьма ярко данную категорию психотерапевтов описал также Ричард

Чессик в статье под названием «Во власти дьявола» (*Chessick, 1989*). Своеобразное изложение материала статьи, служащее великолепной иллюстрацией феноменологического подхода, позволяет фактам, изложенным в статье, говорить самим за себя, без каких бы то ни было искажающих классификаций и формулировок. «Психиатр», роль которого исполняет специально подготовленный актер, представляет случай, в основе которого – его взаимоотношения с пациенткой 35 лет, имеющей диагноз «пограничное личностное нарушение». Рассказ «психиатра», то и дело перемежаемый непрофессиональными пассажами, центрируется главным образом вокруг «эдипова конфликта середины жизни».

Поднимается вопрос и о проблемах, возникающих уже после завершения терапии (*Gabbard, 1989*). Продолжают ли в этом случае действовать этические нормы отношений терапевта с пациентом? Представляется, что это так. Ибо трансфер никогда полностью не разрешается (не снимается), и соображение о том, что надо «немного подождать, а затем вести себя, как ни в чем не бывало» – по меньшей мере наивно, ибо табу не снимается никогда, подобно тому, как не снимаются никогда табу, существующие между родителями и детьми, несмотря на то, что дети вырастают и удаляются от родителей (*Herman et al., 1987*). В заключение, касаясь так называемых «пост-терапевтических браков» (*Quadrio, 1991*), следует отметить, что, представляя собой известное разрешение этической дилеммы, они несут на себе печать уже давно существующих в обществе тенденций, когда институт брака используется в качестве прикрытия свершившегося злоупотребления и эксплуатации («Как честный человек, я должен на ней жениться...»).

КАК ИЗБЕЖАТЬ ДВОЙСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ

Профессиональные кодексы работников сферы охраны психического здоровья (*American Psychological Association, 1990; National Association of Social Workers, 1979; American Psychiatric Association, 1986; American Association for Marriage and Family Therapy, 1985* и др.) содержат ряд предписаний против установления множественных, в частности, двойственных отношений с клиентом/пациентом.

Напомним, что «множественные ролевые (или двойственные)» отношения – суть отношения, в которых психотерапевт, помимо профессиональной, выступает для пациента еще по крайней мере в одной роли (научного руководителя, супруга, делового партнера и т.п.). Вместе с тем, в новой редакции этических принципов Американской Психологической Ассоциации (*APA, 1991*), отмечено, что в определенных ситуациях «психологу нецелесообразно избегать социальных или иных выходящих за рамки профессиональных контактов с людьми из числа их пациентов» (с.1601). Следует, однако, воздерживаться от вступления в такие отношения в тех случаях, когда «повышается вероятность того, что объективности психолога будет нанесен ущерб, что это помешает эффективному функционированию психолога в его роли, приведет к отношениям эксплуатации или причинит вред пациенту» (с.1601).

Двойственные отношения – «зона высокого риска» нарушений норм

профессиональной этики. Выше мы рассмотрели некоторые этические последствия установления множественных ролевых отношений между пациентом и терапевтом. Теперь коснемся вопроса о том, какие шаги необходимо предпринять психологу, сталкивающемуся с данной дилеммой, чтобы оставаться в рамках профессиональных этических норм.

В этой связи различными авторами предлагаются те или иные **МОДЕЛИ ПРИНЯТИЯ ЭТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ**. *Woody* (1990) предложена модель, разработанная с привлечением понятий теории этики, профессиональных кодексов этики, профессиональных теоретических постулатов, социально-юридического контекста, переменных личностной и профессиональной идентичности. В рамках других моделей профессионалу предлагают ответить на серию вопросов, подготавливающих к принятию того или иного этического решения. *Haas & Malouf* (1989) представили модель, состоящую из нескольких стадий. Сперва необходимо определить, в чем, собственно, заключается релевантный случаю профессиональный, юридический или социальный стандарт, и есть ли веские причины отступить от стандарта.

Gonsiorek & Brown (1989) предложили правила поведения психотерапевта с бывшим пациентом. Речь идет прежде всего об этической оценке отношений, носящих сексуальный характер. Все виды психотерапии разбиваются авторами на две категории: терапия категории А – когда ведущую роль в процессе терапии играют отношения трансфера; терапия категории В – кратковременная терапия с ограниченными возможностями для развития отношений трансфера. Сексуальный контакт с бывшими пациентами терапии категории А однозначно непозволителен, сколько бы времени ни прошло с момента ее окончания. Вне зависимости от категории терапии сексуальный контакт с бывшими пациентами, имеющими серьезные личностные нарушения, всегда будет рассматриваться как неэтичный и неприемлемый. После завершения терапии психотерапевту непозволительно выступать инициатором романтических контактов с пациентом. Сексуальный контакт с пациентом, получавшим терапию категории В, будет рассматриваться как неэтичный, если он имел место в течение первых двух лет после ее завершения. Сексуальный контакт с пациентом, получавшим терапию категории В, будет все еще считаться непозволительным по прошествии двух лет, если терапевт оставил за пациентом право обращаться к нему за профессиональной помощью в случае необходимости. Если же тип терапии трудно соотнести с какой-либо из категорий, она автоматически будет считаться принадлежащей к категории А со всеми вытекающими последствиями.

Позицию вышеназванных авторов подкрепляют положения новой редакции этических принципов Американской Психологической Ассоциации (*APA*, 1991): подобного рода поведение психотерапевта строго воспрещается в течение двух лет по завершении терапии, и также остается под запретом по прошествии двух лет, «за исключением особых случаев» (с.1605). При этом в фокусе внимания этических комиссий должны быть следующие моменты: время с момента завершения терапии, природа и

продолжительность терапии, обстоятельства ее завершения, личная история пациента, текущий психический статус пациента, любые выдающие психотерапевта заявления, которые он делал в ходе терапии относительно продолжения отношений после завершения терапии.

Предложенная недавно *Gottlieb* (1993) модель принятия решений основывается на положениях ролевой теории *Kitchener* (1988) и имеет ряд преимуществ перед представленными выше моделями: носит не столь общий характер, чтобы оставить профессионала без конкретной помощи, но и не столь прицельна, чтобы навязывать или диктовать ему те или иные формы поведения; охватывает все потенциально существующие проблемы двойственных отношений, независимо от того профессионального контекста, в котором они рождаются. Автор исходит из того, что в реальности повседневной жизни профессионалу трудно полностью избежать ситуаций, в которых он выступает по крайней мере в двух ролях. Поэтому цель данной модели – помочь коллегам быть более сензитивными к такого рода отношениям, более эффективно управлять ими, коль скоро их невозможно избежать.

Модель включает следующие параметры: сила, продолжительность отношений, ясность завершения. Первый параметр (СИЛА) представляет собой меру той силы или власти, которой наделен психолог или психотерапевт в отношениях с потребителем психологических услуг. Сила может широко варьировать. Так, например, психолог, выступающий с популярной лекцией перед аудиторией красного уголка ЖЭКа обладает меньшей «силой» воздействия на людей, составляющих данную аудиторию, по сравнению с «силой» его влияния на пациента, проходящего у него долгосрочную инсайт-ориентированную терапию. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОТНОШЕНИЙ имеет такие градации: кратковременные отношения, отношения средней длительности и продолжительные. Пропорционально времени усиливается и власть. ЯСНОСТЬ ЗАВЕРШЕНИЯ включает следующие градации: четкий момент завершения терапии, момент завершения неясен, момент завершения весьма неопределен (в случае, например, семейного психолога, полагающего, что его обязанности перед семьей никогда не закончатся).

Как только психотерапевт задумывается о том, что находится на пороге возникновения двойственных отношений с пациентом, ему следует воспользоваться данной моделью: оценить текущие отношения по трем вышеназванным параметрам. Если оценки попадут преимущественно в правую часть измерений, то есть отношения психолога или психотерапевта с потребителем психологических услуг окажутся отношениями высокой силы, продолжительными, с весьма неопределенным моментом завершения, то данные отношения следует прекратить. Если же оценки попадут на среднюю или левую часть всех измерений, то следует двигаться дальше по сформулированному автором алгоритму, оценивая отношения в терминах ролевой совместимости/несовместимости и т.д. Так, согласно *Kitchener* (1988), чем более несовместимы ожидания, связываемые с ролями, и чем выше «дифференциал власти» между ролями профессионала и потребите-

ля, тем больше вероятность того, что отношения приведут к негативным последствиям (эксплуатации, злоупотреблениям и т.п.). В иных случаях отношения могут и не повлечь за собой каких бы то ни было негативных последствий. Так, психолог, оказавший помощь ребенку, подвергнутому единичной болезненной медицинской процедуре, может затем подружиться с родителями этого ребенка. В этом случае несомненно большая власть психолога проявлялась лишь в течение краткого и четко очерченного периода времени. Новые отношения могут продолжаться длительное время, имея относительно малый дифференциал власти. Новые отношения могут быть приемлемыми и в том случае, когда оценки предшествующих отношений попадают в левую сторону измерений, а предполагаемые – в правую. Например, психолог после выступления с сообщением на родительском собрании может рассмотреть возможность психотерапии ребенка кого-либо из присутствующих. Приемлемы и те ситуации, когда и те и другие отношения попадают на середину или на левую сторону измерений, а ролевая совместимость достаточно высока.

Приведем два показательных случая, заимствованных нами из работы *Gottlieb* (1993).

Случай 1. X. – частнопрактикующий клинический психолог, в течение 6 месяцев консультировавший незамужнюю молодую женщину по проблемам, связанным с ее отношениями на работе. Терапия была прекращена по просьбе пациентки, считавшей свои проблемы в основном решенными. Спустя два года на некоем социальном мероприятии X. случайно встретил пациентку. Завязалась оживленная беседа, в ходе которой пациентка предложила X. стать ее другом. Последний с удовольствием согласился, заметив, однако, что их новые отношения отныне исключают возможность профессиональной консультации у него. Пациентка, казалось, поняла, в чем состоит проблема, и согласилась на предложение направить ее в случае необходимости к кому-либо из коллег X. Дружба их продолжалась недолго и в конце концов сошла на нет. Спустя год пациентка позвонила X., прося о помощи. Ссылаясь на их прежнюю договоренность, X. отказал ей, предложив взамен помощь коллеги-специалиста. Пациентка с негодованием отвергла данное предложение. Контакты между X. и пациенткой более не возобновлялись.

Расценивая поступок данного психолога в целом как этически выверенный, следует, однако, отметить, что им не были учтены такие существенные моменты, как «высокая сила» отношений предшествующей терапии, огромная ролевая несовместимость установившихся двойственных отношений; недостаточное внимание также было уделено высокой потребности пациентки в отношениях с ним.

Случай 2. Преподаватель факультета психологии Y. имела неформальную беседу со студенткой старшего курса одного с нею возраста. В ходе беседы Y. упомянула о том, что овдовела несколько лет назад, и теперь у нее никого нет. Месяц спустя студентка позвонила Y. домой, напомнила об их беседе и предложила познакомить Y. с мужчиной, ко-

торый ей непременно понравится. У. согласилась с предложением, однако решила все же проконсультироваться у коллеги, которой доверяла. После консультации У. перезвонила студентке и отказалась от встречи.

Решение У. может показаться излишне консервативным. Студентка отлично училась, была одного с У. возраста, выполняла курсовую работу под руководством другого преподавателя. Дифференциал власти в данном случае средний, с неопределенным завершением и долгой протяженностью. У. понимала, что до тех пор, пока присутствует дифференциал власти, ролевое несоответствие будет оставаться большим. Далее, если предположить, что отношения с предполагаемым мужчиной приведут к удовлетворительному результату, то У. неминуемо будет чувствовать себя обязанной студентке, что откроет в ней некую уязвимость перед возможной манипуляцией. Если же встреча с мужчиной ничем не закончится или приведет к разочаровывающей развязке, У. Поневоле может перенести свои враждебные чувства на ни в чем не повинную студентку.

ПРИКОСНОВЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Рассматривая такой раздел этического кодекса, как установление «границ» в отношениях терапевта с пациентом, а также так называемый «эротизированный» трансфер и контртрансфер, мы лишь слегка коснулись такого вопроса, как прикосновения в психотерапии. Остановимся на этом более подробно.

Известно, что помимо физиологических, кожа человека несет значительные психологические и социальные функции, что показано в ставших классическими работах *Harlowe* с приматами, в работах *Spitz* о депривации прикосновений у младенцев. Во взрослой жизни прикосновения продолжают играть существенную роль, включаясь в широкий социокультурный контекст. Несмотря на весьма широкую распространенность прикосновений в нашей жизни, споры вокруг приемлемого их использования в психотерапии до сих пор не утихают. Прикосновением может быть и легкое касание руки или плеча пациента, и полновесное объятие, и более обширное физическое действие (например, массаж); прикосновение может быть эротическим или неэротическим.

Если сделать небольшой исторический экскурс относительно использования прикосновений в психотерапии, то можно усмотреть весьма полярные суждения, по типу «все или ничего»: от табу на прикосновения к пациенту (в рамках раннего психоанализа) до полной допустимости и свободы в выражении чувств путем прикосновений (структурная интеграция, более известная под названием «рольфинг», телесно-ориентированные виды терапии). Очевидное с точки зрения одной идеологической или теоретической перспективы нарушение «границ» при использовании прикосновений может и не явиться таковым, если на него посмотреть с позиций иной идеологической перспективы. Более того, с позиций последней это может быть стандартным проявлением профессиональной практики.

Задолго до возникновения психоанализа в психотерапии допускались

прикосновения (существовал, например, прием «наложения рук»). На начальном витке развития психоанализа прикосновения все еще допускались с целью облегчить выражение чувств пациентом. Фрейд делал пациентам массаж шеи и головы, попутно позволяя им прикасаться к себе. Однако постепенно аналитически ориентированный терапевт все более и более ограничивался в «действиях». Считалось, что прикосновения мешают развитию невроза переноса, служат удовлетворению желаний пациента, снижая его энергетический потенциал и приводя к стагнации процесса терапии. Те же аналитики, что придерживались иных взглядов на данную проблему (а среди них были Ференчи и Райх), попросту изгонялись из психоаналитического сообщества.

Отступая, скажем несколько слов о психоанализе и этике. Этические аспекты косвенно затрагивались в работах Фрейда и Фромма, касающихся природы характера, а именно этического измерения в понимании характера, Супер-эго как вместилища моральных и этических ценностей. Традиционная точка зрения на взаимоотношения психоанализа и этики как системы норм нравственного поведения такова: психоанализ находится вне этики и морали. Так, *Hartman* (1960) в своем известном изречении о психоанализе и моральных ценностях подчеркнул, что единственные ценности, признаваемые психоаналитической ситуацией, это так называемые «ценности здоровья». Вместе с тем, как замечает *Meissner* (1994), автор посвященного данному вопросу эссе, в психоаналитической позиции моральной нейтральности вне-этическое отнюдь не является синонимом анти-этического, так же как и вне-моральное не является синонимом анти-морального. Аналитик не дает никаких оценок, а лишь старается понять мотивы и причины того или иного поведения анализируемого. То есть традиционная аналитическая позиция четко разделяла проблемы морали и проблемы мотивов.

Реальный аналитический процесс, однако, не может обойти этических моментов, подобно тому, как нельзя обойти данные моменты в жизни. Практикующий аналитик не может адекватно функционировать в отрыве от этических проблем, так же как аналитик-теоретик не вправе рассуждать о сложности психических феноменов, полностью опуская этические и моральные их измерения. В саму психоаналитическую ситуацию заложен определенный кодекс ценностей, которые направляют и оформляют психоаналитический поиск и не могут быть просто сведены к уже упомянутым «ценностям здоровья»

Возвращаясь к проблеме прикосновений в психотерапии, отметим, что с некоторых пор данный вопрос стали увязывать с проблемой власти и статуса, особенно в тех ситуациях, когда психотерапевт-мужчина имел дело с пациенткой-женщиной. Как известно, для лиц с высоким статусом характерно прикасаться к тем, у кого статус ниже, тогда как последним отнюдь не позволительно отвечать прикосновением на прикосновение. К этому же времени относятся споры о том, какое прикосновение считать эротическим, а какое не считать таковым. С этим тесно связан и такой важный момент, как половые различия в восприятии прикосновений, ак-

тивно изучавшийся *Abbey & Melby* (1986). Даже если между терапевтом и пациентом не происходит никакого сексуального контакта, прикосновение, как полагал *Alyn* (1988), увеличивая дифференциал власти между терапевтом и пациентом, наносит пациенту определенный вред.

В последние десятилетия использование прикосновений в психотерапии получает все больше и больше поддержки не только в рамках движения гуманистической психотерапии, традиционно использовавшей прикосновения, но и у терапевтов современной психоаналитической ориентации. Однако вопросам этики прикосновений уделяется все еще недостаточно внимания. Та или иная теоретическая установка по отношению к использованию прикосновений в психотерапии может быть, а может и не быть этически выдержанной.

Какова же этика прикосновений в психотерапии? Применение прикосновений в психотерапии должно регулироваться следующими этическими принципами (*APA*, 1981): защита благополучия потребителя (принцип 6), ответственность терапевта (принцип 1), необходимость жить в соответствии с моральными и юридическими стандартами общества (принцип 3), наконец, компетентность терапевта (принцип 1).

Согласно *Mintz* (1969), прикосновение может быть этически приемлемым, когда оно символизирует материнскую позицию, если пациент в силу тех или иных причин не способен к вербальной коммуникации; когда необходимо передать переполняемому чувствами пациенту принятие; когда необходимо усилить или восстановить контакт тревожного пациента с реальностью; когда прикосновение является естественным/искренним выражением чувств терапевта по отношению к пациенту, если известно, что такое выражение чувств полезно для целей психотерапии.

Особо оговариваются случаи специфических пациентов и специфических ситуаций. С пациентами, подвергшимися тем или иным злоупотреблениям в детстве, прикосновения используются с большой долей осторожности лишь после установления прочных терапевтических отношений. В ситуации кризиса прикосновение используется с целью подавить тревогу. Прикосновение используется с целью выделить сказанное, сфокусировать внимание пациента; с целью «перезарядить» заблокированного пациента.

Никогда не следует использовать прикосновение лишь в качестве «техники». От прикосновений следует воздержаться, когда пациент, принимая позицию беспомощности, манипулирует терапевтом; когда терапевту не хочется, а пациент не готов к тому, чтобы к нему прикасались; когда есть хоть малая вероятность того, что прикосновение будет неверно истолковано пациентом (параноидным или враждебно настроенным); когда терапевт осознает, что испытывает враждебные либо сексуально окрашенные чувства к пациенту.

Согласно *Willison & Masson* (1986), прикосновение не должно использоваться «слепо», но должно быть соотнесено с нуждами клиента в данный момент. Ригидный, основанный на правилах подход в данном вопросе неприемлем. Приемлемость прикосновения зависит от индивидуальности па-

циента, индивидуальности терапевта, уникальной динамики их отношений, их взаимодействия.

Kertay & Reviere (1993) предлагают подход, касающийся приемлемого использования прикосновений в психотерапии. Рассматриваются следующие три уровня: этический, терапевтический, а также уровень, связанный с теоретическими основаниями терапевтического подхода. Последнее рассматривается лишь в том случае, когда терапевт убедился, что прикосновение не противоречит законам этики (уровень первый), и необходимые параметры отношений с пациентом соблюдены (уровень второй).

Согласно *Gelb* (1981), использование прикосновений должно быть «конгруэнтно» терапевту, являясь истинным выражением его убеждений, ценностей и установок в настоящем контексте отношений. Прикосновение должно быть также «конгруэнтным» в терминах уровня интимности терапевтических отношений: терапевту должно быть ясно, что уровень физической интимности не превышает уровня эмоциональной интимности. Необходимость всякий раз спрашивать у пациента разрешения на прикосновения, по мнению автора, способствует тому, что прикосновения осознаются терапевтом, а у пациента возникает чувство контроля над ситуацией.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЛАТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ

Касаясь проблемы нарушения «границ» в отношениях терапевта с пациентом, мы приводили ряд относящихся к данному разделу рубрик, в том числе и такие, как «деньги», «подарки». Попытаемся раскрыть эти рубрики, остановившись на этических аспектах оплаты психологических услуг. Финансовая сторона психологической практики, приобретающая особую актуальность в связи с расширяющимся кругом частнопрактикующих психотерапевтов, подробно рассматривалась такими авторами, как *Knapp & Vandecreek* (1993). Они широко используют положения нового этического кодекса Американской Психологической Ассоциации (*APA*, 1991). Рассматриваются права и обязанности обеих сторон (психолог-пациент). Психолог берет на себя профессиональные обязанности по отношению к пациентам, а пациенты – финансовые обязанности по отношению к психологу. Проблемы возникают тогда, когда какая-либо из сторон не соблюдает взятых на себя обязательств. Этические принципы представляют собой попытку сбалансировать законное право психолога взимать деньги с пациентов или клиентов с правом последних быть свободными от отношений эксплуатации в такой момент своей жизни, когда они находятся в состоянии максимальной психологической уязвимости.

Частнопрактикующий психолог может отказаться принять пациента по той или иной причине, включающей и такую: пациент не в состоянии или не желает оплатить услуги. Принцип селекции пациентов на основании их платежеспособности, к сожалению, весьма распространен.

Во время первой встречи психолог может попытаться предсказать продолжительность психотерапии и способность пациента оплатить услуги. Некоторые западные частнопрактикующие психотерапевты пользуются пациентом до тех пор, пока последний способен платить, а затем перена-

правляют его в обычные клиники. Подобная практика получила название «снятие сливок» или «демпинг» (немедленная переброска пациента, который не в состоянии платить). Все это отнюдь не в интересах пациента.

Как же надлежит вести себя психологу в случае возникновения финансовых коллизий? Финансовые условия необходимо оговорить заранее. Новый этический кодекс Американской Психологической Ассоциации (АРА, 1991) гласит: «Как можно раньше в рамках установившихся профессиональных отношений психолог и пациент приходят к соглашению об оплате за услуги, а также о том, как это будет происходить» (с.1601). Психолог выносит на обсуждение следующие вопросы: какова цена сессии; как оплачивать сессию в том случае, если пациент не является на прием; каков покрываемый при этом спектр услуг (тестирование, телефонные звонки и т.п.); каково время оплаты (назначается ли определенный день или плата вносится по прошествии каждого месяца) и т.п.

Психологу необходимо задокументировать факт оповещения пациентов об их финансовой ответственности. *Woody* (1989) предлагает психологам распространять специальную брошюру, содержащую информацию о плате за услуги. Все это должно происходить на самой первой встрече с пациентом в кабинете психолога.

Сколько надо платить психологу за услуги? Часто психологи обращаются за советом и рекомендациями на сей счет в соответствующие профессиональные ассоциации. Однако ни одна профессиональная организация не вправе давать такие рекомендации. Психологи сами определяют плату, основываясь на показателях уровня жизни в регионе, экономических условиях региона, степени собственной компетентности, наличия специальных навыков или специальной подготовки, возможных расходов, связанных с пациентом (*Woody*, 1989). Психологи, практикующие в городах, как правило, взимают более высокую плату, нежели их сельские коллеги; также психологи, имеющие специальные тренинговые сертификаты, взимают большую плату, чем получившие лишь общее образование.

Согласно новому этическому кодексу АРА (АРА, 1991), «психолог обычно воздерживается от принятия подарков, услуг или иных не выраженных в денежном эквиваленте вознаграждений от пациентов или клиентов в качестве платы за оказанные услуги, поскольку все это неизбежно создает условия для возникновения конфликтов, отношений эксплуатации, иных нарушений профессиональных отношений» (с.1601). Есть, однако, случаи, когда «отношения бартера» принимаются.

Этически невыверенными могут быть и отношения некоторых западных психологов со страховыми компаниями. Движимый частично неосознаваемым желанием как можно дольше «задержать» пациента в психотерапии, такой психолог может поднять цену на услуги, получить от страховой компании большую часть суммы и «забыть» о небольшой доплате, которую должен вносить пациент. Такую практику, идущую, казалось бы, в русле интересов пациента, следует расценивать как неэтичную. Психологи, искусственно завышающие плату, нарушают этические нормы, неверно информируя соответствующие инстанции о реальной плате за услуги. От-

каз от доплаты, однако, можно считать приемлемым в тех случаях, когда пациент испытывает финансовые затруднения. В этих случаях плата обычно не поднимается, и страховые компании не обкрадываются.

Должны ли психологи требовать оплаты пропущенных пациентом сеансов? Вправе ли психолог требовать оплатить некоторое временное превышение сессии? Нужно ли платить за контакты пациента с психологом по телефону? Ответ на каждый вопрос положительный, если все эти моменты оговаривались с пациентом заблаговременно. В противном случае – ответ отрицательный. Первый раз пациента обычно прощают, но предупреждают. Превышение времени прощается тем пациентам, которые находятся в ситуации кризиса.

Психологи должны предвидеть возможное повышение платы за услуги как отражение объективных законов жизни и экономики. Особую осторожность следует проявлять при этом к тем пациентам, которые в настоящий момент уже проходят терапию, чтобы не ставить их в неловкое положение фактом повышения платы за услуги. Следует заранее уведомить их о возможном повышении платы.

Новый этический кодекс (АРА, 1991) предлагает психологам распределить их рабочее время так, чтобы оставить определенную его часть на дела, приносящие малую или вовсе не приносящие личной выгоды (с.1600). Речь идет о бесплатной помощи пациентам, либо о пониженной оплате, о работе в качестве консультантов в приютах для подвергающихся насилию в семье, в кризисных стационарах для жертв изнасилования, приютах для бездомных или о психологической помощи семьям и лицам, вернувшимся из зон боевых действий.

У пациента, проходящего психотерапию, могут возникнуть реальные финансовые проблемы. И нет ничего неэтичного в ситуации, когда психолог приостанавливает профессиональное взаимодействие с пациентом, вдруг переставшим платить. В тех же случаях, когда пациент находится в данный момент в весьма уязвимом с точки зрения психолога состоянии, последний может рассмотреть возможность снижения стоимости услуг, увеличения временного отрезка между сессиями, обеспечения бесплатных сессий или направления пациента в иные инстанции. При этом рекомендуется проследить дальнейшую судьбу пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Abbey A. & Melby C. (1986). The effects of nonverbal cues on gender differences in perceptions of sexual intent. Sex Roles, 15, 183-198.*
- Alyn J.H. (1988). The politics of touch in therapy: A response to Willison and Masson. Journal of Counseling and Development, 66, 431-433.*
- American Association for Marriage and Family Therapy. (1985). Code of ethical principles for marriage and family therapists. Washington, DC: Author.*
- American Psychiatric Association. (1986). Principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. Washington, DC: Author.*
- American Psychological Association. (1990). Ethical principles of psychologists. American Psychologist, 45, 390-395.*
- American Psychological Association. (1991). Ethical principles of psychologists*

- and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Aubrey R. (1987). *Ethical Issues in Psychotherapy Research. Counselling and Values*, Vol.31 (1), 139-140.
- Aubrey M, & Dougher M. (1990). *Ethical Issues in Outpatient Group Therapy With Sex Offenders. Journal for Specialists in Group Work*, Vol.15(1), 75-81.
- Carotenuto A. (1881). *A Secret Symmetry: Sabina Spielrein Between Jung and Freud. The Untold Story of the Woman Who Changed the Early History of Psychoanalysis*. New York: Pantheon.
- Chessick R. (1989). *In the Clutches of the Devil. Psychoanalysis and Psychotherapy*, Vol.7, No.1, 141-151.
- Code of Conduct, Ethical Principles & Guidelines*. Published by The British Psychological Society, September 1993.
- Committee on Ethics. *Ethical Issues: I. Therapy Experience For Students*. (1988). *Canadian Psychology*, Vol.19(3), 198-300.
- Gabbard G. (Ed.) (1989). *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. P.157. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard G. (1994). *Psychotherapists Who Transgress Sexual Boundaries With Patients. Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol.58, No.1, 114-135.
- Gagnier T. & Robertiello R. (1991). *The Clinical Usefulness of Distinguishing Between Two Types of Dependency. Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol.11, No.4, 147-155.
- Gartrell N., Herman J., Olarte S., Feldstein M. & Localio R. (1986). *Psychiatrist-Patient Sexual Contact: results of a National Survey, I: Prevalence. American Journal of Psychiatry*, 143, 1116-1131.
- Gonsiorek J.C. & Brown L.S. (1989). *Post therapy sexual relationship with clients. In G.R.Schoener, J.H.Milgrom, J.C.Gonsiorek, E.T.Luepker, and R.M.Conroe (Eds.), Psychotherapists' sexual involvement with clients (p.189-301). Minneapolis: Walk-in Counseling Center*.
- Gottlieb M.C. (1993). *Avoiding Exploitive Dual Relationships: A Decision-Making Model. Psychotherapy*, Vol. 30 (1), 41-48.
- Gregory J. & McConnell S. (1986). *Ethical Issues With Psychotherapy In Group Contexts. Psychotherapy in Private Practice*, Vol.4(1), 51-61.
- Gutheil Th. & Gabbard G. (1993). *The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimentions. Am J. Psychiatry*, 150; 1, 188-196.
- Haas L.J. & Malouf J.L (1989). *Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Hartmann H. (1960). *Moral Values in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Herman J., Gartrell N., Olarte S., Feldstein M. & Localio R. (1987). *Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey, II: Psychiatrist's Attitudes. American Journal of Psychiatry*, 144, 164-169.
- Kerr J. (1993). *Most Dangerous Method: The Story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein*. New York: Knopf, 1993, 688 p.

- Kertay L. & Reviere S.L. (1993). *The Use of Touch in Psychotherapy: Theoretical and Ethical Considerations*. *Psychotherapy*, Vol.30 (1), 31-40.
- Kitchener K.S. (1988). *Dual role relationships: What makes them so problematic?* *Journal of Counseling and Development*, 67, 117-111.
- Knapp S. & Vandecreek L. (1993). *Legal and Ethical Issues in Billing Patients and Collecting Fees*. *Psychotherapy*, Vol.30 (1), 15-31.
- Lakin M. (1991). *Some Ethical Issues in Feminist-Orientated Therapeutic Groups For Women*. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1), 199-115.
- Lakin M. (1986). *Ethical Challenges of Group and Dyadic Psychotherapies: A Comparative Approach*. *Professional Psychology Research and Practice*, Vol.17 (5), 454-461.
- Meissner W.W. (1994). *Psychoanalysis and Ethics: Beyond the Pleasure Principle*. *Contemporary Psychoanalysis*, Vol.30 (3), 453-471.
- Mintz E.E. (1969). *On the rationale of touch in psychotherapy*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 131-134.
- Moreno J. (1991). *Group Psychotherapy in Bioethical Perspective*. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 44(1), 60-70.
- Mullan H. (1987). *The Ethical Foundations of Group Psychotherapy*. *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol.37(3), 403-416.
- National Association of Social Workers. (1979). *Code of ethics*. Washington, DC: Author.
- Pepper R. (1991). *The Senior Therapist's Grandiosity: Clinical and Ethical Consequences of Merging Multiple Roles*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol.11, No.1, 63-70.
- Peterson Ch., Levin R. & Zweig R. (1989). *The Erotized Transference: An Adaptive Point of View*. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, Vol.7, No.1, 119-141.
- Pope G. (1990). *Abuse of Psychotherapy: Psychotherapist-Patient Intimacy*. *Psychother. Psychosom.*, 53, 191-198.
- Quadrio C. (1991). *Sex and Gender and the Impaired Therapist*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16: 346-363.
- Rest J.R. (1983). *Morality*. In J.Flavell and E.Markman (Eds.), *Cognitive development*. New York: John Wiley.
- Robertiello R. (1978). *The Occupational Disease of Therapists*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 9, 113-119.
- Rosenbaum M. (1981). *Intimacy and Group Psychotherapy*. In: M.Fisher & G.Stricker (Eds.) *Intimacy*. New York: Plenum, 131-146.
- Stone A. (1984). *Law, Psychiatry, and Morality*. Washington: American Psychiatry Press.
- Taylor E. & Gazda G. (1991). *Concurrent Individual and Group Therapy: The Ethical Issues*. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 44(1), 51-59.
- Willison B.G. & Masson R.L (1986). *The role of touch in therapy: An adjunct to communication*. *Journal of Counseling and Development*, 64, 497-500.
- Woody J.D. (1990). *Resolving ethical concerns in clinical practice: Toward a*

pragmatic model. Journal of Marital and Family Therapy, 16, 133-10.
*Woody R. (1989). Business success in mental health practice. San Francisco:
Jossey-Bass.*