

ETICA, CONFINI E CONTRATTI: COME APPLICARE PRINCIPI MORALI**Grace McGrath***

Traduzione di Claudia Chiaperotti

Questo articolo è stato pubblicato con il permesso dell'Autrice e del TAJ nel «Quaderno» n. 25 del 1998 *Etica e ricerca in psicoterapia*. Rileggendolo, ci sembra attuale in molti dei suoi contenuti e lo ripubblichiamo volentieri, pensando alle nuove generazioni e offrendo loro l'opportunità di conoscerlo. A nostro parere è un testo che gli analisti transazionali utilizzano nella loro pratica professionale e contribuisce a rendere espliciti alcuni punti della relazioni di cura (a.r.).

Riassunto

Aver a che fare con questioni relative ai confini terapeutici spesso comporta complessi e difficili dilemmi per gli psicoterapeuti. L'articolo descrive un metodo per applicare principi morali (Thompson, 1990) ai dilemmi etici che può aiutare gli analisti transazionali a prendere decisioni relative ai confini con l'Adulto.

Abstract

ETHICS, BOUNDARIES AND CONTRACTS: APPLYING MORAL PRINCIPLES

Dealing with issues related to therapeutic boundaries often creates complex and difficult ethical dilemmas for psychotherapists. This

* Titolo originale: *Ethics, Boundaries, and Contracts: Applying Moral Principles*, «TAJ», 24, 1, gennaio 1994. Tradotto e ristampato con il permesso dell'Autore e dell'ITAA (International Transactional Analysis Association).

** Grace McGrath è analista transazionale certificata in ambito clinico.

article describes a method of applying moral principles (Thompson, 1990) to ethical dilemmas that can assist transactional analysts in making Adult decisions about boundaries.

Il recente interesse dei professionisti che operano nel campo della salute mentale circa le questioni etiche è stato in parte sollecitato da un aumento delle cause legali intentate per negligenza e delle denunce agli ordini professionali, che hanno generato preoccupazione e un acceso dibattito tra gli psicoterapeuti riguardo a cosa costituisca pratica etica. L'interesse si riflette nella letteratura in articoli riguardanti linee guida etiche generali (Haas & Malouf, 1989; Keith-Spiegel & Koocher, 1985; Kitchener, 1984; Lakin, 1991; Pope & Vasquez, 1991; Thompson, 1990), indagini sui dilemmi etici emersi nella pratica (Pope & Vetter, 1992), la volontà di applicare principi etici (Bernard, Murphy, & Little, 1987; Smith, McGuire, Abbott, & Blau, 1991; Wilkins, McGuire, Abbott, & Blau, 1990), e raccomandazioni per la formazione sulla pratica etica (Folman, 1991; Pope, Keith-Spiegel, & Tabachnick, 1986; Rodolfa, Kitzrow, Vohra, & Wilson, 1990; Vasquez, 1988).

I problemi etici più spesso portati all'attenzione dei comitati etici (Comitato Etico dell'American Psychological Association, 1988) sono quelli relativi ai *confini terapeutici*, qui definiti come i limiti fisici e di ruolo rispettati in una relazione terapeutica. Questi limiti si riferiscono a decisioni riguardanti le relazioni duplici, i conflitti di interesse e l'uso del contatto fisico nel setting della terapia. La letteratura recente in questo campo include lavori sulle relazioni con duplicità di ruolo (Borys & Pope, 1989; Gottlieb, 1993; Herlihy & Corey, 1992; Kitchener, 1988; Sell, Gottlieb, & Schoenfeld, 1986), l'uso del contatto fisico da parte del terapeuta (Goodman & Teicher, 1988; Holub & Lee, 1990; Kertay & Reviere, 1993), e il contatto sessuale e altri problemi di confini tra terapeuta e cliente (Appelbaum & Jorgenson, 1991; Coleman & Schaefer, 1986; Edelwich & Brodsky, 1991; Folman, 1991; Peterson, 1992; Pope, 1990; Rutter, 1989; Stake & Oliver, 1991).

Analizzando queste problematiche, quasi sempre vi è consenso sui concetti generali (ad esempio sulla necessità di evitare lo sfruttamento e di favorire l'autonomia del cliente), ma rimangono spesso discordanze quando si tratta di definire quali pratiche cliniche siano etiche. In seno all'Associazione Internazionale di Analisi Transazionale si sono svolti seminari, convegni e dibattiti dove la questione dei confini terapeutici è stata discussa, ma sull'argomento la letteratura è carente. In assenza di linee guida chiare, dettagliate e universalmente applicabili che possano aiutare gli analisti transazionali ad applicare le norme etiche dell'ITAA al lavoro clinico, i terapeuti tendono a far riferimento al loro intuito, all'uso di un'introspezione, alle sanzioni legali o degli ordini o organizzazioni, e a valori e usanze della loro terapia. Lo scopo di questo articolo è di offrire un modello che gli analisti transazionali possano usare per prendere chiare decisioni etiche con l'Adulto circa i confini terapeutici.

Normative delle organizzazioni professionali

Gran parte delle organizzazioni professionali hanno elaborato dei codici etici per dare indicazioni ai loro associati e per bandire i comportamenti contrari alla deontologia (Herlihy & Corey, 1992). Per la loro stessa natura, tuttavia, queste normative etiche trattano questioni generali, mentre il clinico è costretto ad affrontare situazioni specifiche. Il terapeuta può quindi essere confuso di fronte a dilemmi etici pur avendo chiaramente presenti i principi etici. Ad esempio, le relazioni duplici sono problematiche per molti terapeuti perché non è sempre possibile evitarle, e questa difficoltà diventa ancora maggiore se il terapeuta pratica da lungo tempo o se il suo bacino d'utenza è limitato.

Dal momento che tutti i principi etici proibiscono lo sfruttamento, è utile al terapeuta poter decidere quali doppie relazioni rischiano maggiormente di produrre sfruttamento. "Sfruttamento", però, è una parola forte, carica di significato, passibile di molteplici interpretazioni, e potrebbe essere difficile valutare quale specifico comportamento determini sfruttamento, particolarmente rispetto alla complessa questione dei confini terapeutici e alle diverse esigenze e vulnerabilità dei singoli clienti.

Confini terapeutici

Molte organizzazioni professionali affrontano l'aspetto dei confini terapeutici direttamente nelle loro Carte Etiche. Il codice per i terapeuti della coppia e della famiglia, per esempio, proibisce al terapeuta di trattare qualcuno quando vi sia «un rapporto d'affari o uno stretto rapporto personale» (American Association for Marriage and Family Therapy, 1985). Le norme etiche per gli operatori dei consultori di igiene mentale stabiliscono che le doppie relazioni che potrebbero inficiare il giudizio professionale «devono essere evitate» (American Association for Counseling and Development, 1988). La maggior parte delle normative etiche – incluse quelle dell'ITAA, dell'Associazione Americana degli Assistenti Sociali (National Association of Social Workers) e dell'American Psychiatric Association – proibiscono “lo sfruttamento” del cliente e in particolar modo proibiscono l'intimità sessuale tra terapeuta e cliente (American Psychiatric Association, 1986; National Association of Social Workers, 1979).

Le norme etiche dell'ITAA si soffermano, molto opportunamente, sul contratto terapeutico, il cuore della psicoterapia transazionale. Riguardo ai confini terapeutici, il Principio 7 della Carta Etica dell'ITAA (1992, p. 67) dice: «Un socio dell'ITAA non può stipulare né portare avanti un contratto professionale ove altre attività o relazioni tra esso e il cliente possano mettere a rischio il contratto professionale». Contrariamente a una specifica proibizione di alcune doppie relazioni, questa formulazione permette maggiore flessibilità nell'interpretazione delle attività che possono mettere a rischio il contratto.

Tale flessibilità è necessaria, in parte, in quanto gli analisti transazionali sono spesso associati anche ad altre organizzazioni professionali, e quindi le interpretazioni individuali relative a questo e ad altri principi etici possono dipendere dagli obblighi e dalle altre affiliazioni professionali del singolo analista transazionale. Inoltre, l'applicazione di un principio etico è profondamente influenzata dalla formazione e dai valori personali del terapeuta, così come dagli usi e dalle norme dell'ambiente sociale e terapeutico nel quale opera. E ancora, essendo l'ITAA un'organizzazione mon-

diale, l'interpretazione delle norme etiche può variare in modo significativo da cultura a cultura. In breve quindi, diventa difficile basarsi unicamente sulle definizioni che l'organizzazione dà dei principi etici per decidere quale tipo di pratica clinica costituisca un'analisi transazionale etica.

Alle difficoltà già descritte si aggiungono *due ulteriori problemi*, che possono emergere nel tentativo da parte del terapeuta di applicare le norme etiche. *Il primo* è che il terapeuta può *confondere la buona intenzione con la buona pratica etica*, vale a dire che può presumere che, non avendo l'intenzione di danneggiare o sfruttare il cliente, il suo lavoro clinico sia necessariamente etico. *Il secondo problema* è che *il timore della responsabilità legale o professionale possa* portare il terapeuta a essere tanto cauto nel suo lavoro clinico da limitarne la potenza, non offrendo in questo modo al cliente il miglior trattamento possibile.

Applicazione di principi morali

Da tutto quanto sopra appare evidente l'importanza di avere un quadro di riferimento sulla base del quale interpretare le norme etiche usando lo Stato dell'Io Adulto. Dovendo prendere quotidianamente decisioni cliniche, i terapeuti hanno bisogno di un riferimento per poter definire sia quelle pratiche cliniche che sono contrarie all'etica sia quelle che concorrono a mantenere i confini terapeutici in un modo che sia giustificabile dal punto di vista etico oltre che clinico.

Per aiutare i clinici a prendere questo genere di decisioni, alcuni teorici dell'etica hanno messo a punto un metodo "ad albero" (Chang, 1991; Gottlieb, 1993; Haas & Malouf, 1989). Altri, in particolare Kitchener (1984) e Thompson (1990), hanno seguito l'orientamento di Beauchamp e Childress (1983), il cui lavoro sull'etica nella medicina suggerisce che il medico debba rifarsi ai principi morali fondamentali quando si trova di fronte a un dilemma etico. I principi morali proposti specificamente per gli psicoterapeuti da Thompson e Kitchener includono: *non fare il male (non danneggiare)*, *fare il bene (favorisci il bene)*, *fedeltà (mantieni le promesse)*, *giustizia (sii giusto)* e *autonomia (incoraggia l'autodeter-*

minazione). Viene suggerito anche il principio di universalità (evita situazioni particolari o a tuo vantaggio) per affrontare questioni di confini (Haas & Malouf, 1989). Beauchamp e Childress (1983) sostengono che questi sono doveri prioritari, vale a dire responsabilità che il terapeuta deve rispettare a meno che non siano in contrasto l'uno con l'altro o vi siano circostanze attenuanti. Questi principi costituiscono i fondamenti sui quali il terapeuta può basare la sua decisione su cosa fare quando i codici professionali sono troppo vaghi o contrastanti.

Un'approfondita riflessione su questi principi morali può servire da guida ai professionisti in situazioni complesse dal punto di vista etico. Sebbene alcuni di questi principi riguardino il problema dei confini maggiormente di altri, questo articolo li prenderà in esame tutti singolarmente, per vedere come ognuno si possa applicare al processo di decisione del terapeuta che si trova ad affrontare un problema etico che riguarda questioni di confini.

Non fare il male. Questo principio stabilisce che è responsabilità dello psicoterapeuta evitare qualsiasi danno, anche involontario, causato da insufficiente attenzione o anche da azione fatta a fin di bene. Lo psicoterapeuta deve: 1) essere vigile per avvertire il danno che può insorgere nelle situazioni in cui sono inevitabili sovrapposizioni di ruoli e di relazioni, 2) essere sicuro che è stata fatta una diagnosi accurata e adeguata, 3) fare attenzione a non sottovalutare il pericolo di sfruttamento. Come afferma Berne (1966), "La terapia personale aggiunge al contratto terapeutico un obbligo unilaterale da parte del terapeuta fondato sul presupposto etico, valido da sempre, che il benessere del paziente ha la priorità sulla tecnica" (p. 97). La relazione terapeutica deve avere la priorità sugli altri ruoli, tranne che nei casi in cui la sua prosecuzione comporti un danno maggiore. Esempi di simili circostanze sono i casi in cui si ha il "dovere di avvertire" quando un cliente ha messo a rischio la vita di qualcuno, o quando un inevitabile conflitto di ruoli interferisce gravemente con la relazione terapeutica tanto da rendere impossibile una psicoterapia adeguata.

Questo principio è illustrato nel lavoro di Borys (citato nei Comitati Etici della American Psychological Association, 1988) che

ha studiato l'atteggiamento di 2133 psicoterapeuti nei confronti delle relazioni duplici, trovando che «c'è un chiaro rapporto tra il comportamento sessuale e il comportamento non sessuale in presenza di un doppio ruolo» (p. 568). Un'analisi approfondita dei dati mostra come “piccole” violazioni al divieto di doppie relazioni spesso conducono a condizioni che rendono le violazioni sessuali più probabili e in generale minano l'efficacia delle norme che garantiscono la sicurezza sia per il cliente sia per il terapeuta. Si è visto come nel 78,3% dei casi i “terapeuti erotici” erano, con precisa prevedibilità, tra quelli che avevano un gran numero di relazioni duplici non sessuali.

Così come per l'incesto in ambito familiare, una relazione sessuale tra terapeuta e cliente può essere la manifestazione ultima di una più generale erosione dei confini di ruoli e relazioni che comincia a livello non sessuale. Questo collegamento è già previsto dall'impostazione stessa del sistema, dove ruoli e comportamenti disparati nell'ambito di uno stesso sistema di relazioni sono visti come interconnessi. Variazioni in un ambito di comportamento tendono a comportare variazioni anche in altri ambiti. I risultati dello studio indicano che i confini di ruolo e la norma nella relazione terapeutica, così come nella famiglia, hanno una funzione protettiva che serve a impedire lo sfruttamento (Borys, 1998, p. 568).

Questo non significa, ad esempio, che accettare un piccolo souvenir delle vacanze da un cliente finisca per portare inesorabilmente a una relazione sessuale. Tale confusione tra correlazione e causalità potrebbe produrre timore e inflessibilità, interferendo così con la lucidità delle decisioni di tipo clinico ed etico che devono essere prese tenendo conto della circostanza specifica. Il principio del “non fare il male” afferma che il clinico deve essere conscio che le sue azioni di terapeuta, anche se apparentemente del tutto innocue, possono causare tuttavia quello stesso danno che egli ha la responsabilità di evitare. Sia dal punto di vista clinico che etico è importante considerare questi confini come parte del processo terapeutico e discuterne le implicazioni con il cliente. Ad esempio, sarebbe pratica eticamente corretta in Analisi Transazionale, anche se non in tutte le forme di psicoterapia, discutere delle implicazioni

dei confini e di eventuali cambiamenti direttamente con i clienti nel contesto dei contratti.

Fare il bene. Nei contratti che i clienti stipulano con gli analisti transazionali è implicita la convinzione che l'adempimento del contratto porterà loro un beneficio. Questa ipotesi ragionevole va ben al di là della sola idea dell'evitamento del danno. Gli psicoterapeuti attenti all'etica prendono questo obbligo molto seriamente e decidono di prendere in cura il cliente solo dopo essersi assicurati di avere la competenza per trattare un particolare cliente con una specifica serie di difficoltà. L'applicazione del principio del "fare il bene" entra in gioco quando il terapeuta valuta una strategia di intervento che potrebbe prevedere una sovrapposizione o una scarsa definizione dei ruoli. In questo caso occorre chiedersi: questo gioverà al cliente, e questo giovamento è superiore a qualsiasi altra considerazione etica, clinica o legale?

Un buon esempio di pratica che può essere valutata alla luce del principio del "fare il bene" applicato a potenziali problemi di confini ci è offerto dal baratto. Molti psicoterapeuti adottano il baratto, che ha una sua storia; tuttavia, nelle sue norme etiche elaborate nel 1981 l'American Psychological Association ha vietato il baratto tra terapeuta e cliente a causa del gran numero di denunce su questioni etiche dovute ai complicati problemi di confini che si associano a questo tipo di scambio. Anche se parrebbe che il baratto "facesse del bene", particolarmente a quei clienti che hanno scarse risorse finanziarie, il punto è se questo bene sia veramente superiore ai potenziali problemi. O forse il bene che dal baratto proviene va in realtà al terapeuta che è interessato al prodotto che il cliente ha da offrire o che non è disposto ad accordarsi per una tariffa inferiore? Ovviamente il baratto deve essere valutato molto attentamente.

Fedeltà. Il principio di mantenere le promesse è normalmente associato al concetto di riservatezza. Tuttavia vi sono molte altre promesse, sia implicite che esplicite, che i terapeuti fanno ai clienti, la principale delle quali è che come terapeuti useranno tutte le loro capacità per aiutare i clienti ad adempiere al loro contratto terapeutico. A questo riguardo Thompson (1990) afferma:

il pericolo maggiore che il terapeuta smetta di concentrarsi sull'aiutare il cliente a raggiungere i suoi obiettivi deriva dall'introduzione di interessi opposti. Relazioni parallele aggiungono appunto altri interessi e rischiano quindi di affievolire o comunque di interferire con la sollecitudine che il terapeuta deve avere per il cliente (Thompson, 1990, p. 56).

L'amicizia, quindi, o l'interesse per la prestazione lavorativa, o l'interesse dell'insegnante per il rendimento scolastico, sono tutte cose che possono interferire con la capacità del terapeuta di concentrarsi sul benessere del cliente e sull'adempimento del contratto terapeutico.

Giustizia. Il principio di giustizia richiede che le persone siano trattate con equità. Riportato alla pratica clinica, questo significa che i terapeuti devono evitare discriminazioni e stereotipi e che devono prevedere una qualche forma di trattamento anche per gli indigenti. La misura della giustizia è data dalla parità dei servizi resi a tutti i clienti. Ovviamente non significa che il trattamento debba essere esattamente uguale per tutti i clienti, dal momento che l'essenza stessa della psicoterapia è che il trattamento deve essere adattato specificamente all'individuo. Il terapeuta però deve essere in grado di esplicitare una valida ragione per giustificare una pratica clinica fuori dell'ordinario adottata per uno o più clienti, particolarmente per quanto attiene ai confini. Questo non solo tutela l'eticità del lavoro, ma aiuta anche il terapeuta a essere consapevole dei problemi controtransferali.

Universalità. Questo principio impegna il terapeuta a evitare attività inconsuete o a proprio vantaggio. Certo, vi sono situazioni che sono talmente fuori dall'ordinario per cui le norme consuete non sono di aiuto o non valgono. Se ne hanno il tempo, i terapeuti in questi casi dovrebbero consultarsi con altri, ma questo non sempre è possibile. Ad esempio un terapeuta può decidere di accettare l'omaggio di un'opera d'arte di gran valore da un cliente considerando che la situazione è particolare in quanto il cliente è l'artista stesso. In questi casi può essere utile al terapeuta porsi una serie di domande: È questo il tipo di trattamento clinico che auspicherei per un familiare o un amico? Mi sentirei a mio agio

se i colleghi venissero a sapere della scelta che ho fatto? È una cosa che consiglierai a un collega o a un terapeuta in supervisione in una circostanza simile? Cosa risponderai a chi esprimesse dei dubbi? E poi, avrei un argomento accettabile per giustificare la mia decisione se fossi chiamato a difenderla di fronte a un comitato etico?

Autonomia. Il concetto di autonomia è essenziale nell'Analisi Transazionale essendo fattore determinante per un comportamento svincolato da copioni (Steiner, 1974). Compito del terapeuta è far sì che *sia l'obiettivo sia il processo* della psicoterapia favoriscano l'autodeterminazione del cliente.

Ironicamente, questo principio è stato usato, e spesso con successo, come difesa legale da parte di terapeuti accusati di aver avuto rapporti sessuali con clienti. Essi sostengono che, se un cliente desidera avere una relazione sessuale con il terapeuta, presumere che non si renda conto delle conseguenze di una tale relazione voglia dire considerarlo alla stregua di un bambino. Questo ragionamento però non tiene conto della disparità di potere insita nella relazione terapeutica, dove una persona in difficoltà va alla ricerca, pagando, dell'aiuto di un esperto. Nonostante gli sforzi dell'Analisi Transazionale e di altre psicoterapie umanistiche di demitizzare il ruolo del terapeuta e di portare terapeuta e cliente a lavorare insieme come partner, esiste pur sempre un differenziale di potere e un certo livello di transfert in tutte le relazioni psicoterapeutiche. Compito del terapeuta è incoraggiare l'autodeterminazione del cliente pur nell'ambito di questa differenza di potere.

Tali questioni di potere e di transfert assumono particolare rilevanza quando si riferiscono ai confini terapeutici e più specificamente al livello di dipendenza del cliente rispetto al terapeuta: più numerosi sono i ruoli che il terapeuta assume verso il cliente – ad esempio di amicizia, affetto, crescita professionale, affermazione – più il cliente si sentirà dipendente dal terapeuta e meno probabile sarà che agisca in modo autonomo per cercare soddisfazione a queste esigenze da altre fonti. E con l'aumento di questa dipendenza aumenterà anche la sua vulnerabilità allo sfruttamento.

Teoria dei ruoli e autonomia

Dal momento che non è possibile evitare del tutto le relazioni duplici, è importante capire quali comportino il maggior rischio di danno e di sfruttamento e indeboliscano maggiormente l'autonomia del cliente. L'analisi che Kitchener (1988) fa della teoria dei ruoli ci aiuta a riflettere sull'autonomia rispetto alle relazioni parallele. L'Autrice afferma che con l'aumento del divario tra i ruoli cresce anche il rischio di danno. E indica tre situazioni nelle quali si può estrinsecare questo divario: 1) l'incompatibilità delle aspettative del cliente rispetto ai due ruoli assunti dal terapeuta; 2) la discrepanza tra gli obblighi derivanti dai diversi ruoli che conduce a lealtà contrastanti e a perdita di obiettività; 3) l'entità della differenza di potere e di prestigio tra il terapeuta e il cliente.

Il modello di Kitchener può essere utilizzato ad esempio per analizzare una situazione comune nell'ambito dell'ITAA, dove una stessa persona svolge il ruolo di terapeuta e di supervisore. Usando questo modello percepiamo un'incompatibilità tra ciò che un cliente/allievo si aspetta da un terapeuta e ciò che invece si aspetta da un supervisore: il terapeuta si attiene alla riservatezza e mette in primo piano le esigenze del cliente/allievo, mentre il supervisore fa una valutazione (che può essere condivisa con un pubblico) del cliente/allievo e serve gli interessi del pubblico anche se questi sono in contrasto con l'interesse del cliente/allievo. Di conseguenza, quando terapeuta e supervisore sono la stessa persona, la confusione dei ruoli aumenta il rischio di danno e mette a repentaglio l'autonomia del cliente/allievo. Se invece la stessa persona ricopre i ruoli di supervisore e di professore universitario, entrambi i ruoli hanno funzioni valutative e obblighi nei confronti sia dello studente sia della società. Il rischio di danno nei confronti dello studente che è anche in supervisione è inferiore quando vi è meno incompatibilità di aspettative, e i principi del non fare il male, fare il bene e dell'autonomia sono meglio rispettati.

Molti analisti transazionali hanno seguito un modello di formazione dove docente e terapeuta erano la stessa persona e alcuni che insegnano e fanno supervisione continuano a usarlo. Questo

modello è forse stato utile e in molti casi ha dato ottimi risultati, ma non è esente da notevoli problemi e abusi. Un supervisore responsabile che usi questo modello deve valutare se sia nel migliore interesse del cliente/allievo avere la stessa persona come docente/supervisore/terapeuta. Si deve domandare: di chi si fanno gli interessi, del cliente/allievo o del docente? Quale sarà l'impatto che ciò avrà sul pubblico, in questo caso i futuri clienti del cliente/allievo? Questo offuscamento dei confini può portare in alcuni casi a ruoli multipli e non solo doppi, dove il cliente/allievo può essere un collega, un amico o un dipendente. Maggiore è il numero dei ruoli, maggiori i rischi e il pericolo di danni.

Applicazione dei principi morali

Per approfondire il metodo di Thompson relativo all'applicazione dei principi morali, useremo dei casi come esempi, ognuno dei quali è un dilemma etico in quanto rappresenta una situazione che non ha un esito pienamente soddisfacente: ognuna delle possibili soluzioni implica una violazione del codice etico o un danno a una o più delle parti coinvolte. In questi casi non ci sono risposte giuste, si possono solo fare delle valutazioni riguardo alle principali considerazioni etiche sulla specifica situazione.

Caso 1. Un analista transazionale conduce un programma di formazione per persone interessate all'Analisi Transazionale. La maggior parte degli allievi sono psicoterapeuti esperti che hanno già fatto dell'analisi personale. Di tanto in tanto nel corso del programma emergono perplessità riguardo a problemi che richiedono soluzione perché l'allievo possa diventare un buon analista transazionale. Spesso l'allievo desidera fare questo lavoro con il trainer, ma è probabile che, se decide di ottenere la certificazione in Analisi Transazionale, al trainer sia richiesto di valutare la sua preparazione.

Analisi. Un allievo ha il diritto di scegliersi un terapeuta, ma potrebbe essere necessario che scelga di continuare la formazione con una certa persona o di cominciare una psicoterapia con questa persona. Se accetta l'allievo in terapia anziché indirizzarlo ad altri, il trainer crea una doppia relazione. Cosa è dovuto a chi?

Da un lato i principi dell'autonomia e del fare il bene vorrebbero che l'allievo potesse scegliere la persona o come trainer o come terapeuta, rivolgendosi ad altri per l'altro ruolo. Il principio di autonomia è rispettato incoraggiando l'allievo a trovare soddisfazione alle sue esigenze da fonti diverse. Per contro l'autonomia può essere altrettanto salvaguardata permettendo all'allievo di scegliere la doppia relazione e di usarla per lavorare su problemi di dipendenza. In una situazione di questo genere occorre valutare i possibili problemi in modo molto esplicito.

Anche il principio di fedeltà potrebbe essere a rischio se l'allievo intende diventare analista transazionale clinico e il suo lavoro è valutato dal terapeuta, che è anche il docente, così come il principio di riservatezza relativamente al materiale terapeutico può essere violato in un programma di formazione. Il fatto che il trainer debba valutare può contrastare con la promessa del terapeuta di aiutare il cliente ad adempiere il contratto terapeutico. Il principio di giustizia può essere anch'esso a rischio se il docente ha una relazione particolare con allievi che sono anche clienti, perché questo può interferire con la sua obiettività per cui allievi che non sono clienti potrebbero non essere trattati in modo equo.

Conclusione. Il docente può offrire all'allievo la scelta di continuare con lui la formazione in Analisi Transazionale o di cominciare una terapia personale. Se la scelta cade sul rapporto terapeutico, la relazione deve essere onorata e il potenziale allievo indirizzato presso un altro Analista Transazionale Docente e Supervisore. Se questo non è possibile per motivi geografici, il docente/terapeuta ha la responsabilità di dare priorità alla relazione terapeutica discutendo con il cliente dei rischi della doppia relazione e continuando, nel corso di tutta la terapia, a prestare attenzione alle possibili difficoltà che ne derivano. Naturalmente l'allievo ha l'alternativa di fare una terapia personale con un terapeuta che non sia il docente.

Caso 2. Un uomo confida a un amico, un terapeuta, la sua preoccupazione riguardo al figlio ventenne. Una sera telefona, molto turbato, per dire che suo figlio si comporta in modo strano e prega l'amico di vederlo perché teme possa suicidarsi.

Analisi. Lo psicoterapeuta rischia di peggiorare la situazione se il ragazzo rifiuta l'intervento, ed è anche possibile che, in quanto amico di famiglia, il suo intervento non sia efficace. Inoltre, se il padre non fosse soddisfatto del risultato dell'intervento, il terapeuta potrebbe perdere l'amicizia e la capacità di agire come amico esperto con il padre preoccupato. Cosa è dovuto a chi?

L'obbligo di non fare del male rispetto al ragazzo è difficilmente determinabile senza averlo visto. Il terapeuta però deve considerare che vedere il ragazzo come professionista potrebbe peggiorare le cose se il rapporto del figlio con il padre è teso, oppure potrebbe essere difficile poi indirizzarlo a un altro professionista.

L'obbligo del fare il bene nei confronti del figlio e nei confronti dell'amico sono potenzialmente interessi opposti. In quanto amico del padre, lo psicoterapeuta potrebbe non essere in grado di valutare il problema equamente e di stare dalla parte del figlio. L'autonomia del figlio è salvaguardata riconoscendo che spetta a lui decidere del suo trattamento piuttosto che tenendo conto dei desideri o della convenienza del padre. La fedeltà all'amico e all'amicizia richiede che il terapeuta indirizzi il ragazzo ad altri.

Conclusione. Il miglior servizio che lo psicoterapeuta può rendere all'amico è usare la sue conoscenze e la sua esperienza per inviare il ragazzo alla persona giusta.

Caso 3. Una giovane donna si rivolge a uno psicoterapeuta per un problema di ansia. Dopo varie sedute rivela una relazione sentimentale con il precedente terapeuta. Insiste con l'attuale terapeuta perché mantenga la riservatezza e non intraprenda nessuna azione legale né professionale.

Analisi. Questa difficile situazione, che molti terapeuti si trovano ad affrontare, presenta al terapeuta un conflitto esplicito tra l'obbligo morale di mantenere la riservatezza e l'obbligo professionale di denunciare o affrontare direttamente un collega che probabilmente ha dei problemi. Cosa è dovuto a chi?

Si rispetta l'autonomia rispettando il desiderio della cliente ma anche mettendo in discussione il suo punto di vista. Si rispetta la fedeltà mantenendo la riservatezza. L'obbligo di non fare il male,

però, fa emergere un contrasto: non denunciare un professionista che probabilmente ha dei problemi potrebbe portare a ulteriori abusi, ma una violazione unilaterale della riservatezza scalfirebbe ancora di più la fiducia che questa donna ha negli psicoterapeuti.

L'obbligo di agire con giustizia richiede che il terapeuta, prima di prendere un'iniziativa, si assicuri che le accuse siano fondate. Il principio del fare il bene richiede di prendere in considerazione non soltanto il bene della cliente, ma anche quello del precedente terapeuta e dei suoi attuali e futuri clienti.

Conclusione. Il terapeuta deve rispettare il desiderio di riservatezza della cliente e allo stesso tempo aiutarla a capire la complessità del problema. Proseguendo la terapia la cliente potrà decidere di agire in prima persona o di dare al terapeuta il permesso di farlo.

Inflessibilità e ragione

L'applicazione dei principi etici di Thompson è un quadro di riferimento a cui gli analisti transazionali coscienziosi si possono rifare per prendere decisioni ben ponderate riguardo a dilemmi etici e per chiarire questioni etiche in un contesto contrattuale. Pensare lucidamente è importante non solo per trovare risposta a uno specifico problema etico, ma anche per prevenire violazioni etiche. Grossi abusi da parte di taluni terapeuti hanno fatto scalpore e sollevato preoccupazione nel pubblico e nei professionisti. L'abuso terapeutico si verifica per un equivoco sui principi etici, o per inesperienza, per errore di giudizio o a causa di problemi psicologici del terapeuta. Gli abusi sono reali, diffusi e dannosi per i clienti. Tuttavia questi fatti non devono portare la professione a prendere posizioni rigide.

Un buon esempio di inflessibilità ci è offerto dall'evoluzione della posizione assunta dall'American Psychological Association (APA) rispetto al baratto. La proibizione del baratto stabilita dalle norme etiche dell'APA del 1981 è stata modificata nel 1992. Anche se gli accordi che prevedono un baratto continuano a non essere visti di buon occhio, «lo psicologo può prendere parte a un *baratto solo se* 1) non è clinicamente controindicato, e 2) la relazione non implica sfruttamento» (APA, 1992, p. 1602). Vi sono esempi di

baratto che sono limitati nel tempo e specifici e che potrebbero essere giustificati dopo aver considerato i principi del fare il bene, non fare il male e della giustizia, come nel caso di un terapeuta che accettasse in pagamento da un cliente artista una sua opera. I casi di baratto che possono sfociare in denunce o lagnanze a sfondo etico sono generalmente quelli in cui il cliente viene assunto dal terapeuta, ad esempio per ridipingergli la casa. Se il terapeuta non è soddisfatto del lavoro, cosa comporta questo per la terapia? Come risolvono, cliente e terapeuta, le differenze di compenso orario e le scadenze dei pagamenti? Cosa succede se la terapia termina prima che la casa sia ridipinta? Si può pensare che se ci fosse stata chiarezza sulle possibili difficoltà conseguenti al baratto e se ci fosse stata la capacità di individuare quelle situazioni che maggiormente possono causare confusione di ruoli e sfruttamento, l'APA non avrebbe avuto bisogno di bandire il baratto.

Pare inoltre che stia emergendo una certa inflessibilità nei confronti del *contatto fisico* in terapia, come reazione al pericolo di abusi sessuali da parte dei terapeuti e come malaugurata conseguenza della confusione che nella nostra cultura si fa tra sessualità e contatto fisico. Per alcuni terapeuti, dato il loro modello di psicoterapia, il contatto fisico con il cliente non ha senso, né a livello teorico né clinico. Per altri, che hanno una formazione che prevede anche il contatto fisico, questo è una importante componente del loro lavoro con certi clienti (Olio & Cornell, 1993). Dichiarare contrario all'etica qualsiasi contatto fisico in psicoterapia non sarebbe opportuno, e naturalmente non eliminerebbe l'abuso sessuale. Piuttosto, nel setting terapeutico il contatto fisico deve essere usato con cura e attenzione da parte di chi abbia la formazione necessaria per comprenderne appieno le implicazioni. Non usare il contatto fisico quando è appropriato significa rinunciare a un efficace strumento clinico, limitando la potenza del lavoro. In tale situazione, l'applicazione del principio del non fare il male è in contrasto con il principio del fare il bene.

Piuttosto che rispondere con il timore nel caso di tali difficili dilemmi etici, è importante rispondere con la ragione a coloro che invocano una posizione rigida su questioni cliniche controverse. È

necessario proseguire nella ricerca, e i terapeuti devono imparare a discriminare tra le implicazioni cliniche, etiche e legali delle loro decisioni in modo da dare risposte meditate. Queste considerazioni sono diverse e talora contrastanti (ad esempio quando un tribunale chieda a un terapeuta di fornire informazioni riservate).

Contratti

I contratti terapeutici rappresentano per gli analisti transazionali un ottimo strumento tramite il quale applicare principi morali. Nel mettere a punto un buon contratto, l'analista transazionale si impegna a lavorare con il cliente, nel suo interesse, evitando-gli danno e incoraggiandone l'autonomia, rispettando quindi i principi di fedeltà, autonomia, non fare il male e fare il bene. Nel lavoro che cliente e terapeuta fanno per formulare, ampliare o perfezionare i contratti terapeutici, questi principi vengono applicati in modo implicito o esplicito. Tenendo presente questi principi al momento di prendere decisioni cliniche, è possibile discutere delle questioni etiche con i clienti alla luce dei loro contratti. Se il contratto terapeutico viola questi principi, molto probabilmente è contrario all'etica. Come analisti transazionali possiamo seguire metodi per applicare i principi morali per garantire l'eticità dei contratti terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN ASSOCIATION FOR COUNSELING AND DEVELOPMENT (1988), *Ethical standards*, Alexandria, VA, Author
- AMERICAN ASSOCIATION FOR MARRIAGE AND FAMILY THERAPY (1985), *Code of ethical principles for marriage and family therapists*, Washington, DC, Author
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, (1981), *Ethical principles of psychologists*, Washington, DC, Author
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1986), *Principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry*, Washington, DC, Author
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, (1992), *Ethical principles of psychologists*, Washington, DC, Author
- APPELBAUM P.S., JORGENSON L., (1991), *Psychotherapist-patient sexual contact after termination of treatment: An Analysis and a proposal*, «American Journal of Psychiatry», 148, pp. 1466-37
- BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., (1983), *Principles of biomedical ethics*, (2nd edition), Oxford University Press, New York
- BERNARD J.L., MURPHY M., LITTLE M., (1987), *The failure of clinical psychologists to apply understood ethical principles*, «Professional Psychology: Research and Practice», 17, pp. 313-15
- BERNE E., (1966), trad. it. *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma 1986
- BORYS D.S., POPE K.S., (1989), *Dual relationship between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists and social workers*, «Professional Psychology: Research and Practice», 20, 283-393
- CHANG V., (1991, October), *Ethical dilemmas*, Workshop presented at 29th Annual International Transactional Analysis Association Conference, Stamford, CT
- COLEMAN E., SCHAEFER S., (1986), *Boundaries of sex and intimacy between client and counselor*, «Journal of Counseling and Development», 64, pp. 341-344
- EDELWICH J., BRODSKY A., (1991), *Sexual dilemmas for the helping professional*, Brummer/Mazel, New York

- ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, (1988), *Trends in ethics cases, common pitfalls, and published resources*, «American Psychologist», 43, pp. 564-72
- FOLMAN R., (1991), *Therapist-patient sex: Attraction and boundary problems*, «Psychotherapy», 28, pp. 168-73
- GOODMAN M., TEICHER A., (1988), *To touch or not to touch*, «Psychotherapy», 25, pp. 492-500
- GOTTLIEB M.C., (1993), *Avoiding exploitive dual relationships: A decision-making model*, «Psychotherapy», 30, pp. 41-48
- HAAS L.J., MALOUF J.L., (1989), *Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics*, FL, Professional Resource Exchange, Sarasota
- HERLIHY B., COREY G., (1992), *Dual relationship in counseling*, VA, American Association for Counseling and Development, Alexandria
- HOLUB E.A., LEE S.S., (1990), *Therapist's use of non-erotic physical contact: Ethical concerns*, «Professional Psychology: Research and Practice», 21, pp. 115-17
- INTERNATIONAL TRANSACTIONAL ANALYSIS ASSOCIATION, (1992), *ITAA statement of ethics*, in «International Transactional Analysis Association membership directory» (1992-1993), pp. 67-68, San Francisco, Author
- KEITH-SPIEGEL P.C., KOOCHEER G.P., (1985), *Ethics in psychology: Professional standards and cases*, Random House, New York
- KERTAY L., REVIERE S. (1993), *The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations*, «Psychotherapy», 30, pp. 32-40
- KITCHENER K.S., (1984), *Intuition, critical evaluation, and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology*, «The Counseling Psychologist», 12, pp. 43-55
- KITCHENER K.S., (1988), *Dual role relationships: What makes them so problematic?*, «Journal of Counseling and Development», 67, pp. 217-221
- LAKIN M., (1991), *Coping with ethical dilemmas in psychotherapy*, Pergamon Press, Elmsford, New York
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS, (1979), *Code of ethics*, Washington DC, Author

- OLIO K.A., CORNELL W.F., (1993), *Therapeutic relationship as the foundation for treatment of adult survivors of sexual abuse*, «Psychotherapy», 30, pp. 512-23
- PETERSON M.R., (1992), *At personal risk: Boundary violation in professional-client relationship*, W.W. Norton, New York
- POPE K.S., (1990), *Therapist-patient sex as sex abuse: Six scientific, professional and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation*, «Professional Psychology: Research and Practice», 21, pp. 227-39
- POPE K.S., KEITH-SPIEGEL P., TABACHNICK B.G., (1986), *Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) in-human training system*, «American Psychologist», 41, pp. 147-58
- POPE K.S., VASQUEZ M.J.T., (1991), *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists*, Jossey-Bass, San Francisco
- POPE K.S., VETTER V., (1992), *Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association*, «American Psychologist», 47, pp. 397-411
- RODOLFA E.R., KITZROW M., VOHRA S., WILSON B., (1990), *Training interns to respond to sexual dilemmas*, «Professional Psychology: Research and Practice», 21, pp. 313-15
- RUTTER P., (1989), *Sex in the forbidden zone*, Jeremy P. Tarcher, Los Angeles
- SELL J.M., GOTTLIEB M.C., SCHOENFELD L., (1986), *Ethical considerations of social/romantic relationship with present and former clients*, «Professional Psychology: Research and Practice», 17, pp. 504-08
- SMITH T., MGGUIRE J., ABBOT D., BLAU B., (1991), *Clinical ethical decision making: An investigation of the rationales used to justify doing less than one believes one should*, «Professional Psychology: Research and Practice», 22, pp. 235-39
- STAKE J., OLIVER J., (1991), *Sexual contact and touching between therapist and client: A survey of psychologists' attitudes and behavior*, «Professional Psychology: Research and Practice», 22, pp. 297-307
- STEINER C.M., (1974), *Script people live: Transactional Analysis of life scripts*, Grove Press, New York

- THOMPSON A., (1990), *Guide to ethical practice in Psychotherapy*, John Wiley, New York
- VASQUEZ M.J.T., (1988), *Counselor-client sexual contact: Implications for ethics training*, «Journal of Counseling and Development», 67, pp. 238-41
- WILKINS M., MCGUIRE J., ABBOT D., BLAU B., (1990), *Willingness to apply understood ethical principles*, «Journal of Clinical Psychology», 46, pp. 539-47