

روابط روانپزشک و بیمار فرارفتن از مرزهای قانون و اخلاق

علی فیروزآبادی^۱

چکیده

رابطه جنسی میان پزشک و بیمار از دیرباز به عنوان امری غیراخلاقی تلقی شده است. پزشک در موقعیتی فراتر از بیمار قرار دارد که بیمار اعتماد خود را به وی ارزانی می‌کند. تبدیل رابطه درمانی به رابطه جنسی خیانت به این اعتماد است. در میان روانپزشکانی که در یک مطالعه در آمریکا شرکت کرده‌اند ۷/۱ درصد از مردان و ۳/۱ درصد از زنان خبر از برقراری رابطه جنسی با بیماران خود داده‌اند. اکثریت این افراد گفته‌اند که آموزش آنها در این زمینه ناکافی بوده است. پذیرش این واقعیت و توجه به آن در برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌ها و آموزشهای رواندرمانی پیامدهای مثبتی در زمینه پیشگیری از این مطلب خواهد داشت. هدف این مقاله بررسی برخی جنبه‌های مرتبط با این معضل و ارائه پیشنهاداتی در زمینه برخوردی علمی و منطقی با آن است.

واژه‌های کلیدی: روانپزشک، روانشناس، رابطه جنسی، بیمار

Abstract:

Summary: sexual contact between psychiatrist and patient has long been considered unethical. The doctor is in a position of power and trust sexualization of relationship is a betrayal of the trust. Among psychiatrists who responded to a recent survey 7.1 percent of the male psychiatrists and 3.1 percent of the female psychiatrists acknowledged having has sexual contact with their patients. The vast majority of these offenders reported no or inadequate training in dealing whit sexual feeling in therapy. The reluctance of professional training courses to accept and effectively address the issue of sexual feeling in psychotherapy may have prohibited the prevention of therapist - patient sexual contact from developing. this article aim to highlight some aspects of the issue and make suggestions about how they might be handled.

Key words: psychiatrist, psychologist, sexual relationship, patient

^۱ روانپزشک - دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بخش اعصاب و روان

برقراری رابطه جنسی با بیمار نه تنها از نظر قانونی بلکه از جنبه اخلاقی نیز امری مطرود بوده از زمان بقراط بر این مطلب تاکید شده است. در میان انجمنهای پزشکی، انجمن روانپزشکی آمریکا در اشاره به این مطلب پیشرو بود و در ۱۹۹۰ به طور رسمی به آن پرداخت. پس از آن انجمن پزشکی آمریکا بیان کرد که رابطه عاشقانه و یا جنسی با بیمار فعلی و یا سابق غیراخلاقی بوده و با رابطه درمانی سازگار نیست.

در یک مطالعه در آمریکا که بر روی روانپزشکان انجام شده است ۷/۱ درصد مردان و ۳/۱ زنان بیان کرده اند که با بیمار خود رابطه جنسی داشته اند. در کشور ما آماری در این مورد در دسترس نیست و همانند برخورد با بسیاری از پدیده‌ها گرایش غالب انکار واقعیت بوده است. با این وجود، باید پذیرفت که این واقعیت وجود دارد و اولین قدم در برخورد با هر مشکلی پذیرش واقع بینانه مشکل است. به نظر می‌رسد مقاومتی فعالانه در برابر بررسی و پژوهش در این مورد وجود داشته باشد و ما درمانگران به عنوان افرادی که وظیفه حفظ "اسرار خانوادگی" و یا به عهده داریم عمل می‌کنیم.

البته چنین مقاومتی مختص جامعه ما نیست. ۲۵ سال پیش اچ. گراینوالد (H. Greenwald) به عنوان یکی از افراد پیشرو در این زمینه کوشش کرد تا پژوهشی را در زمینه رابطه جنسی درمانگر و بیمار انجام دهد. او چنین می‌گوید: "من تنها یک سوال را مطرح کردم... و به عنوان روانشناس بالینی عقیده داشتم که همانند هر پدیده‌ای می‌توان به این مطلب نیز پرداخت. تنها به خاطر این سوال برخی اعضای انجمن تقاضای اخراج مرا مطرح کردن".

به نظر می‌رسد که شیوع چنین رفتاری میان روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته باشد.

گlen گابارد (Glen Gabbard) یکی از پیشروان بررسی رابطه جنسی درمانگر و بیمار بیان می‌کند که تعداد معدودی از افراد اتهام خود را در این زمینه می‌پذیرند و اکثریت آنها رفتار خود را به گونه‌ای توجیه می‌نمایند:

- رفتار جنسی در مدت زمان رابطه درمانی و در محیط درمانی رخ نداده است.
- رفتار به این علت که رابطه رسمی درمانی پایان یافته، اخلاقی بوده است.
- رابطه جنسی از نظر درمانی جایز بوده چرا که در غیر این صورت بیمار به خودکشی دست می‌زد.

- احساس درمانگر تجلی یک عشق واقعی بوده است.

- درمانگر قربانی رفتار اغواگرانه بیمار شده است.

تصورات ناخودآگاهی که در رابطه دوطرفه میان پزشک و بیمار فعال می شوند بسته به ویژگی های روانشناختی هر دوی سوی رابطه و تعاملات متعددی است که در میان آنها جریان می یابد. گابارد چهار ماز و کار را شرح می دهد که به درک روان پویایی رابطه جنسی میان درمانگر و بیمار یاری می رساند:

اختلال شخصیتی در درمانگر و بهره برداری از بیمار در جهت رسیدن به اهداف شخصی

سواستفاده جنسی از بیمار گاه براساس وجود اختلال شخصیتی به ویژه از نوع ضداجتماعی در درمانگر قابل توجیه است. این درمانگران که درصد اندکی را شامل میشوند گاه ویژگی های شخصیت خودشیفته را نشان می دهند و با در نظر گرفتن این مطلب که شخصیت ضداجتماعی از نظر برخی زیرمجموعه ای از شخصیت خودشیفته است چنین امری قابل درک است. فقدان فضاوت و حس اخلاقی در این افراد موجب می شود که نتوانند بیمار را به عنوان فردی با احساسات جداگانه و منحصر به فرد بپذیرند. در نزد آنها بیمار تنها وسیله ای است که باعث ارضای نیازهایشان می شوند. اغلب در سابقه این درمانگران تاریخچه سواستفاده جنسی و طرد شدن از سوی والدین مشاهده می شود و رفتار آنها در حقیقت کوششی برای جبران آسیبهای روحی وارد شده در زمان کودکی است.

احساس عاشقانه از سوی درمانگر نسبت به بیمار

یک تحقیق که در مورد روانپزشکان انجام شده نشان می دهد که ۶۵ درصد کسانی که با بیمار خود رابطه جنسی داشته اند رفتار خود را به احساس عاشقانه شان نسبت داده اند. جنبه انتقالی - ضدانتقالی رابطه به آن ماهیتی زناکارانه می دهد و بیمار می تواند به عنوان نمادی از یک والد دوست داشتنی در ذهن درمانگر عمل کند.

بلوم (Blum) میان آنچه که انتقال عاشقانه (Erotic) و انتقال شهوانی (Erotized)

می نامد تمایز قایل می شود. در انتقال عاشقانه آگوی مشاهده گر بیمار قادر است. میان تمایل خود و واقعیت بیرونی تمایز قائل شود اما در انتقال شهوانی بیمار چنین واقع بینی را از دست

داده و تمایل خود به درمانگر را پذیرفتنی می‌یابد. انتقال شهوانی معادل خود را در رفتار ضدانتقالی درمانگر نیز نشان می‌دهد. درمانگر در چنین مواردی درک واقع‌بینانه خود را رها کرده و قادر به فهم این امر نیست که ردپای تکرار گذشته در رفتار فعلی وی قابل مشاهده است.

از میان رفتن مرز نیازهای بیمار با نیازهای درمانگر

برخی درمانگران چنین احساس می‌کنند که در زمان کودکی از محبت و توجه کافی برخوردار نبوده‌اند و امیدوارند که با فراهم کردن محبت و مهر برای بیمار خود پاسخی مشابه از او دریافت کنند و از این طریق بر اعتماد به نفس جریحه‌دار شده خویش مرهم گذارند. وایلات در مقایسه‌ای که میان پزشکان و دیگر شاغلین به عنوان گروه شاهد انجام داد به این نتیجه رسید که پزشکان نسبت به دیگر افراد احتمال بیشتری دارد که احساسی منفی نسبت به دوران کودکی خود داشته باشند. درمانگری که درگیر رابطه عاشقانه با بیمار می‌شود به شکلی ناخودآگاه برای قسمتی از وجود خود که آن را با بیمار نیازمند همانندسازی می‌کرده است طلب مهر و محبت می‌نماید.

خصوصیت نهفته

گاه درمانگر به علت سرخوردی ناشی از شکست در درمان بیمار به رابطه جنسی با وی رومی آورد. خشم نسبت به بیمار در زیر توجه و محبت مدفون می‌شود. گاهی نیز رفتار درمانگر واکنشی در برابر شکست در سایر جنبه‌های زندگی است.

یک مثال تاریخی از چنین ساز و کاری را در رابطه میان ساندورفرنزی (Sandor ferenezi) و فروید می‌توان یافت. هر چند فرنزی بوسیله فروید آنالیز شد اما روش درمانی فروید را نپذیرفت و شیوه‌ای خاص ابداع نمود که در آن از لمس و در بغل گرفتن بیمار استفاده می‌شد. او در نامه‌ای به فروید از اینکه انتقال منفی اش توسط وی تجزیه و تحلیل نشده است، شکایت می‌کند.

در برخی بیماران رفتار اغواگرانه وسیله‌ای است که از آن برای مجازات مراجع قدرت گذشته و حال زندگی خود استفاده می‌کنند. بوسیله وادار کردن درمانگر به گذشتن از مرزهای حرفه‌ای و اخلاقی، بیمار تمامیت و انسجام درمانگر را درهم می‌شکند و رابطه قدرت را به

شکلی معکوس درمی آورد.

آشنایی با این روندهای پویا باید جزئی از برنامه های آموزشی رواندرمانی باشد. شناسایی ساز و کارهایی مداخله گر در رابطه میان درمانگر و بیمار می تواند به عنوان اولین زنگ خطرها درمانگر را از شکستن مرزهای حرفه ایی بازدارد. زمانی که درمانگر شروع به تجربه این احساس کند که عشق او می تواند بیمارانش را نجات بخشد و یا آنکه شکستن مرزهای اخلاقی برای بیمار سودمند است زمان مشورت با یک همکار با تجربه است. رویارویی با واقعیت سواستفاده جنسی از بیمار کاری سخت و طاقت فرسا است. بخشی از مشکل می تواند به علت آگراه ما از به رسمیت شناختن احساسات درونی مان بوده و بخشی نیز شاید ناشی از عدم برخورد صریح و آزادانه با این پدیده در برنامه های آموزشی و در رابطه با دانشجویان باشد.

به این پدیده باید در برنامه های آموزشی دانشگاهها توجه شود. دانشجویان باید بیاموزند که وابستگی بیماران به پزشک و اعتمادی که به وی ارزانی می کنند آنها را در موقعیتی مسئولانه قرار می دهد. هر چند احساسات عشقانه و جنسی می تواند در هر دو طرف رابطه بوجود آید، این درمانگر است که همواره مسئولیت هدایت رابطه را به عهده دارد. برخی از نشانه هایی که می توانند بیانگر خطر باشند عبارتند از:

- طولانی کردن زمان ملاقات بیمار

- ملاقات کردن بیمار در زمانهایی خارج از وقت درمانی

- برقراری رابطه تلفنی و یا ارتباطهای دیگر در مورد موضوعی غیرمرتبط با درمان

- اشتغال بیش از حد فکری در مورد بیمار

با در نظر گرفتن رشد فزاینده مراکز مشاوره ایی در جامعه ما در سالهای اخیر، نیاز به رویکردی واقع بینانه در برخورد با این مسئله پیش از پیش احساس میشود. یک جنبه مهم صلاحیت افرادی است که اقدام به مشاوره می نمایند. چه سازمانی مسئول بررسی این صلاحیت بوده و احراز صلاحیت چگونه باید انجام گیرد؟

رابطه جنسی حد اعلائی شکستن مرزهای اخلاقی و حرفه ایی است. با این وجود یافتن حالت تعادل میان نزدیکی با بیمار و در عین حال حفظ فاصله معقول با وی می تواند از طریق تعمق و مطالعه درباره برخی پرسشهای اساسی در این زمینه امکان پذیر شود. تحت چه شرایطی درمانگر اجازه دارد از بیمار هدیه بپذیرد؟ تا چه حد ارتباط جسمی میان بیمار و

درمانگر مجاز است؟ ارتباط دوگانه (درمان بیماری که با درمانگر آشنایی دارد) تا چه حد قابل قبول است؟ آیا برای درمانگر قابل قبول است که به بیمار اطلاعاتی راجع به زندگی شخصی خود بدهد؟ چگونه این جنبه ها را می توان به استانداردهای اخلاقی و قانونی به منظور ارائه رفتاری حرفه ایی ترجمه کرد؟

References:

1. American psychiatric association ethics committee newsletter ,vol .6,no. 1&2.1990
2. American medical association – council on ethical and judicial affairs, sexual misconduct in practice of medicine, JAMA. 266,2741-2745.1991.
3. gartrell n, herman j, olarte s, et al,: psychiatrist – patient sexual contact: result of a national survey. I. prevalence. Am j psychiatry, 134,1126-31, 1986.
4. pop ks: therapist-patient sex and sex abuse: six scientific, professional, and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation, professional psychology: research and practice, vol.21,no.4,227-239,1990.
5. borys ds, pope ks: dual relationship between therapist and client: a national study of psychologists, psychiatrists and social workers. Professional psychology: research and practice, 20,283-293,1989.
6. gabbard go: psychodynamics of sexual boundary violations, psychiatric annals, 21,651-655,1991.
7. blum HP: the concept of erotized transference. J Am psychoanal assoc., 21, 61-76, 1973
8. vaillant GE, sobowale NC, Mearthur C: some psychological vulnerabilities of physicians, N Engl J med, 19,287,372-375, 1973.
9. Gabbard GO, Nedelson C: professional boundaries in the doctor – patient relationship, JAMA 276,1445-1459,1995.