



УДК 159.9.

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ: ЧТО ДЕЛАЮТ ПРАКТИКИ И КАК ОНИ ЭТО ОЦЕНИВАЮТ?

Захарова Ю.В., Гаранян Н.Г., Сорокова М. Г. (Москва, Россия)



Захарова Юлия Владимировна

Клинический психолог, член Коллегии по этике психологов и психотерапевтов, член Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов, Москва, Россия
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8517-8366>
E-mail: mail@zakharova.info



Гаранян Наталья Георгиевна

Доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1227-2682>
E-mail: garanjan@mail.ru



Сорокова Марина Геннадьевна

Доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, доцент, заведующий кафедрой «Цифровое образование», руководитель Научно-практического центра по комплексному сопровождению психологических исследований PsyDATA, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1000-6487>
E-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Аннотация

Актуальность. Систематические исследования профессиональных этических установок и поведения психологов-консультантов имеют большое значение для становления этической культуры психологической практики. Однако в России, несмотря на бурное развитие психологического консультирования, такие исследования до сих пор не проводились.

Цель исследования. Изучить частоту совершения потенциально спорных с этической точки зрения действий в практике российских психологов-консультантов, оценку их этической допустимости, а также влияние пола и уровня профессиональной подготовки на поведение и убеждения.

Материалы и методы. В анонимном онлайн опросе, проводившемся в 2019 и 2023 г.г., принял участие 161 респондент. Использовалась адаптированная для российских условий

методика К. Поупа и Б. Табачник. Участники заполняли анкету и оценивали частоту 75 видов профессионального поведения и их этическую допустимость по 5-балльным шкалам.

Результаты. Выявлено существенное расхождение между этическими убеждениями специалистов и их реальной практикой, особенно в сферах конфиденциальности, управления собственным дистрессом, неформальных форм взаимодействия с клиентами и границ компетентности. Обозначены «серые зоны» практики, где нет этического консенсуса среди профессионалов. Обнаружены статистически значимые гендерные различия: мужчины-психологи чаще вовлекаются в практики, ослабляющие профессиональные границы, и чаще сообщают о сексуальных фантазиях в отношении клиентов. Наличие профильного высшего образования не снижает общую частоту этических нарушений, а лишь меняет их профиль, что ставит под вопрос эффективность текущих моделей подготовки.

Выводы. Исследование демонстрирует необходимость развития систематического этического мониторинга в российском профессиональном сообществе как механизма коллективной рефлексии и профессиональной саморегуляции.

Ключевые слова: профессиональная этика психолога, этические дилеммы, психологическое консультирование.

Для цитаты: Захарова Ю.В., Гаранян Н.Г., Сорокова М. Г. Этические дилеммы в психологическом консультировании: что делают практики и как они это оценивают? //Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2026. Т. 18. №1(90). С. 17-36. URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-1-17-36>

Введение

В конце первого — начале второго десятилетия XXI века ряд российских исследователей фиксировал дисбаланс между расширением рынка психологической помощи и недостаточной зрелостью этической инфраструктуры профессии. При наличии развитой консультативной практики, профессиональных журналов, образовательных программ и множества частных школ отсутствовали современные этические кодексы, единые стандарты профессиональной ответственности, законодательная база и систематические этические тренинги, а публикаций по теме было крайне мало. Пилотажное исследование Н.Г. Гаранян, Ю.В. Захаровой и М.Г. Сороковой зафиксировало последствия такой ситуации в виде низкой согласованности этических убеждений и разнообразия трактовок допустимого поведения в практике российских консультантов. Были выявлены области наибольших разногласий среди респондентов: допустимость двойственных отношений с клиентом, необходимость проведения отборочного интервью для участников групп, обязательность практики строго в рамках полученного образования, а также приоритет неформального урегулирования в случаях этических нарушений [1]. Аналогичные вопросы поднимали М.А. Бебчук и О.М. Щедринская в исследованиях онлайн-консультирования [2].

В последующие годы шло постепенное формирование профессиональных инициатив: независимые исследовательские группы, профессиональные ассоциации и практикующие психологи разработали проекты этических кодексов, деклараций и стандартов, проводились конференции и семинары. Так, на Первой международной конференции по этике в психологическом консультировании и психотерапии (Москва, 2017) А. В. Шаболтас обсуждала трудности этического выбора, понимания границ компетенции и регулирования через этические комитеты [3]. Эти обсуждения, в том числе, внутри Коллегии по этике психологов и психотерапевтов, свидетельствуют о формировании в профессиональном сообществе запроса на этическую рефлексию [3].

Параллельно в российской литературе выдвигались гипотезы о психологических характеристиках консультантов, способных влиять на этическое поведение, хотя систематических эмпирических исследований этого направления пока немного. Так, А. Б. Армашова рассматривала конструкт этической зоркости как способность специалиста распознавать и адекватно интерпретировать этические дилеммы в консультативной практике, а также выбирать обоснованные способы реагирования на них. Результаты её исследования показали, что около половины респондентов (48 %) не идентифицируют этический контекст ситуации при предъявлении им соответствующих дилемм [4]. Ю. В. Захарова на выборке российских психологов-консультантов изучала феномен морального отчуждения, способный снижать уровень этической рефлексии специалиста. Исследование демонстрирует, что механизмы морального отчуждения (в частности, атрибуция вины и дегуманизация), взаимодействуя с личностными и контекстуальными факторами, способствуют разрыву между декларируемыми этическими нормами и реальным профессиональным поведением, позволяя консультанту сохранять позитивную Я-концепцию при принятии сомнительных с этической

точки зрения решений [5]. Аналогичные размышления представлены и в диссертации К. С. Крючкова, где обсуждается роль внутренней и внешней этики психолога и влияния личностных факторов на этическое поведение [6].

Таким образом, на сегодняшний день в России наблюдается активный процесс осмысления этических практик и характеристик «нарушителей», что создаёт основу для совершенствования подготовки консультантов, супервизии и работы этических комитетов. Тем не менее, остаются открытые вопросы: как инициативы последних лет повлияли на повседневную практику консультантов? С какой частотой совершаются действия, потенциально спорные с точки зрения этики, и как сами психологи оценивают их допустимость? Для ответа на эти вопросы необходимы регулярные эмпирические опросы. Систематические опросы, принятые в международной психотерапевтической практике, демонстрируют - как меняются профессиональные установки, с какими этическими дилеммами сталкиваются консультанты и насколько часто происходят этические нарушения. В России сопоставимых по масштабу исследований практически не проводилось, несмотря на бурное развитие психологического консультирования в последние два десятилетия.

Публикуемое исследование опирается на методологию сбора и анализа данных американских независимых экспертов Кеннета Поупа и Барбары Табачник, адаптированную для российских условий. Исследования, инициированные этими авторами, демонстрируют особую ценность комплексного подхода к изучению этики. Их серия так называемых «Национальных Опросов» в США охватывала не только профессиональные установки и поведение консультантов в свете этических принципов, но и широкий спектр жизненного опыта специалистов: пережитое насилие (которое фиксировалось у примерно 25% респондентов), психологическое благополучие (в частности, выраженность депрессии и гнева), а также способы совладания с профессиональными трудностями [7, 8, 9]. Этот уникальный массив данных позволил выявить связи между личностными характеристиками, профессиональной подготовкой и этическим поведением, а также разработать методические подходы к сбору и анализу такой информации, которые демонстрируют высокую валидность и применимость. Безусловно, эти методические решения представляют особый интерес для русскоязычного специалиста, поскольку в России пока отсутствует опыт исследований такого масштаба.

Цель исследования — выявление специфики поведенческих стратегий и этических оценок психологов-консультантов в ситуациях, сопряжённых с потенциальными этическими дилеммами, а также анализ факторов, детерминирующих различия в данных стратегиях и оценках.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

1. Осуществить эмпирический анализ частоты совершения психологами-консультантами профессиональных действий, находящихся в зоне потенциального этического риска.
2. Исследовать особенности субъективной оценки специалистами этичности указанных действий.
3. Проанализировать влияние социально-демографических (пол) и профессионально-квалификационных (уровень подготовки) характеристик на поведенческие проявления и этические суждения психологов-консультантов.

Материалы и методы исследования

Характеристика респондентов. В анонимном онлайн опросе, проводившемся в 2019 и 2023 г.г., приняли участие N=161 психолог-консультант и психотерапевт.

Анкета респондента включает социодемографические сведения о респондентах и сведения об их профессиональной подготовке (в рамках вузовского и послевузовского обучения).

Анкету заполнили N=135 женщин (83,8%) и N=26 мужчин (16,2%). N=58 респондентов находились в возрасте от 20 до 35 лет (36%), N=90 — в возрастном диапазоне от 36 до 50 лет (56%). Возраст ещё N=13 участников превышал 50 лет (8%). Таким образом, большинство обследованных имело значительный стаж консультативной практики.

Распределение респондентов по теоретическим ориентациям в психотерапии было следующим: в психодинамическом подходе практиковали N=24 респондентов (14,91%); в когнитивно-поведенческой терапии — N=28 респондентов (17,39%); в системной семейной психотерапии — N=18 респондентов (11,18%); в экспириентальных подходах (клиент-центрированной терапии, психодраме, гештальт-терапии) — N=38 респондентов (23,6%); в

других направлениях — N=17 респондентов (10,56%); N=36 респондентов совмещают несколько подходов (22,36%).

Анализ профессиональной подготовки респондентов показал, что N=16 человек практикуют в сфере психологического консультирования, не имея профильного (психологического или медицинского) высшего образования (9,94%). Ещё N=11 респондентов практикуют, не имея какого-либо высшего образования и пройдя курсы профессиональной переподготовки по психологии (6,83%). Высшее психологическое образование получили N=105 респондентов (65,22%), высшее медицинское образование — N=29 респондентов (18,01%).

Отмечается рост числа респондентов, прошедших углублённую подготовку в одном из психотерапевтических подходов после окончания вуза: 97 человек (60,3%) по сравнению с 37,8% в 2020 г. [1]. Вместе с тем доля специалистов, практикующих без подобной профессиональной переподготовки, остаётся высокой — 64 человека (39,7%).

Процедура опроса. В исследовании использовался опросный лист, разработанный К. Поупом, П. Кит-Спигель и Б. Табачник [7, 8], предназначенный для оценки этических установок и профессиональных дилемм в психотерапевтической практике. Исследования с применением данной методики публиковались в рецензируемых журналах Американской психологической ассоциации (APA) (например, *American Psychologist*, *Professional Psychology: Research and Practice*).

В научных и некоммерческих целях был выполнен исследовательский перевод опросника с адаптацией к специфике российской консультативной практики. Оригинальные публикации авторов приведены в списке литературы. Использование инструмента соответствует академической практике и принципам добросовестного использования (fair use).

При адаптации из исходных 83 пунктов были исключены 8 позиций, вызвавшие значительные затруднения на пилотажном этапе и фактически не представленные в отечественной практике. Они касались использования сексуальных суррогатов в консультировании; проведения экспертизы опекуна без присутствия ребёнка; выполнения судебной работы за контрактную оплату непредвиденных обстоятельств.

Итоговая процедура включала три этапа. На первом этапе респонденты заполняли анкету. На втором — оценивали 75 видов профессионального поведения, указывая их применимость либо частоту по пятибалльной шкале Лайкерта от 1 (никогда) до 5 (очень часто); значение 0 означало «неприменимо». На третьем этапе оценивалась этическая допустимость каждого вида поведения по пятибалльной шкале Лайкерта от 1 (безусловно, нет) до 5 (безусловно, да).

Таким образом, исследование позволило зафиксировать частоту профессиональных действий и выявить этические убеждения психологов-консультантов в отношении этих действий.

Результаты

В таблице 1 (см. Приложение 1) представлен процент оценок респондентов по каждому из 75 видов поведения с точки зрения их собственной практики и степени, в которой они считают это поведение этическим.

Обсуждение

Валидность данных и интерпретация результатов. Полученные данные следует интерпретировать осторожно: они обозначают проблемные зоны, требующие дальнейшего изучения, но не позволяют делать окончательные выводы об этике российской психотерапевтической практики. Поскольку это одна из первых попыток этического мониторинга, результаты нуждаются в репликации независимыми исследовательскими группами в разных регионах и временных периодах.

По данным обзоров рынка, к 2023 г. в России насчитывалось около 57,7 тыс. специалистов по психологическому консультированию (рост на 18% за 4 года) [10]. Неясно, насколько выборка из 161 специалиста, добровольно участвовавшего в анонимном онлайн-опросе и, вероятно, более чувствительного к этическим вопросам, репрезентативна для всей совокупности практикующих психологов и психотерапевтов РФ.

При интерпретации важно учитывать расхождение между нормативными представлениями и реальным поведением. Так, 39,8 % участников сообщили о случаях непреднамеренного раскрытия конфиденциальной информации, тогда как 81,4 % считают такие действия неэтичными. Это указывает на различие между нормативным (представления о допустимом) и практическим (реальный опыт) уровнями анализа. Подобное расхождение не обесценивает данные, но показывает, что эти показатели не являются взаимозаменяемыми.

Признания в неэтичном поведении при его одновременном осуждении могут быть связаны с эффектом социальной желательности и различиями в интерпретации терминов («непреднамеренно», «раскрытие», «конфиденциальность»). Поэтому результаты следует рассматривать не как точную оценку распространённости нарушений, а как индикатор уязвимых зон практики, где возможно расхождение между этическим консенсусом и действиями специалистов.

Ограниченная осведомлённость части респондентов о специализированных этических стандартах (например, в сфере терапии несовершеннолетних, работы с суицидальными клиентами, сексуальных отношений с бывшими клиентами) снижает содержательную и конструктивную валидность отдельных пунктов. Эти данные отражают скорее неоднородность опыта и знаний, чем устойчивые профессиональные установки.

Наконец, большинство пунктов анкеты касаются сложных и многозначных вопросов. Представленное обсуждение не претендует на формулирование этических стандартов, а направлено на выявление тем, закономерностей и профессиональных дилемм, обозначенных результатами опроса.

Соответствие профессионального поведения психотерапевтов их этическим убеждениям. По данному параметру выявлено существенное расхождение с американскими данными. В национальном опросе К. Поупа, П. Кит-Спигель и Б. Табачник поведение психологов по большинству пунктов согласовывалось с их этическими убеждениями [8]. В нашем исследовании обнаружены различные типы несоответствий; для аналитической ясности соответствующие пункты были объединены в три группы.

Первая группа включает действия, которые совершаются редко, но в целом оцениваются как этически допустимые: подача рекламы в СМИ (21,8%), направление жалобы на коллегу в связи с этическим нарушением (8,1%), нарушение конфиденциальности при наличии гомицидных (10,5%) или суицидальных (33,5%) намерений клиента. Сочетание низкой частоты и положительной оценки, по-видимому, отражает не амбивалентность профессиональных установок, а объективную редкость соответствующих ситуаций. Иными словами, данные действия воспринимаются как допустимые в определённых условиях, однако сами условия возникают относительно нечасто.

Вторая группа объединяет действия, затрагивающие базовые терапевтические границы и традиционно относимые к высокорисковому: вступление в сексуальные отношения с бывшими клиентами (0), получение платы за перенаправление клиента (6,2%), дарение (1,8%) и получение подарков (дорогих — 13,1%; символических — 75,8%), участие в значимых событиях жизни клиента (5,7%), а также подписание документов с указанием неотработанных часов супервизируемого (0,6%). Здесь сочетание редкой практики и сравнительно более высокой оценки допустимости указывает на наличие этической проблематики. Так, получение платы за перенаправление может нарушать принцип приоритета благополучия клиента и правила избегания конфликта интересов, поскольку финансовая заинтересованность способна повлиять на профессиональное суждение и автономию клиента. Низкая распространённость подобных действий, вероятно, связана с осознанием потенциального вреда и репутационных рисков; вместе с тем сама готовность части специалистов рассматривать их как допустимые свидетельствует о неоднородности интерпретации профессиональных норм и о потребности в дальнейшем развитии этического образования и супервизионной практики.

Третья группа включает действия, которые совершаются с заметной частотой, но при этом признаются многими респондентами этически недопустимыми: непреднамеренное раскрытие конфиденциальной информации (39,8%), предоставление услуг вне зоны компетентности (21,8%), работа в состоянии выраженного дистресса (59%), проведение терапии под влиянием алкоголя (7,5%). Масштабные исследования показывают, что высокий уровень дистресса у психотерапевтов снижает качество терапевтического присутствия, затрудняет формирование рабочего альянса и негативно влияет на эффективность терапии депрессии и тревожных расстройств [11]. Признание подобных практик в условиях анонимного опроса, вероятно, связано со снижением эффекта социальной желательности. Их распространённость может указывать на действие устойчивых профессиональных привычек или системных факторов (перегрузка, недостаток супервизии), что подчёркивает необходимость усиления этической подготовки и регулярного профессионального обсуждения сложных клинических ситуаций.

Наиболее часто встречающиеся виды профессионального поведения. По 11 из 75 пунктов не менее 50 % респондентов сообщили, что совершали соответствующие действия хотя бы изредка (см. табл. 1, Приложение 1).

Два широко распространённых действия затрагивают терапевтические границы: добавление бывшего клиента в друзья в социальной сети (59%) и обращение к клиенту по уменьшительному имени (83,6%). Оба выходят за рамки строгих профессиональных границ, могут осложнять рабочий альянс и повышать риск двойственных отношений. Несмотря на то что часть специалистов воспринимает такие практики как допустимые, современные этические рекомендации подчёркивают необходимость поддержания чётких границ ради сохранения доверия и фокуса на благополучии клиента [12].

Ряд часто встречающихся форм поведения (6 пунктов) отражает тенденцию к демократизации терапевтических отношений и трансформации традиционной роли терапевта. Вербализация собственных чувств, включая гнев (45,4%), самораскрытие (87,6%), обращение к консультанту по имени (95,7%), телесные формы приветствия (рукопожатие — 65,2%), принятие символических подарков (75,8%) указывают на смещение к более партнёрской и менее иерархичной модели взаимодействия. В реляционном психоанализе клиническая уместность самораскрытия последовательно обосновывалась: С. Митчелл рассматривал его как неизбежный элемент взаимно конструируемых отношений и критиковал идеал нейтральности [13]; Л. Арон подчёркивал ценность избирательного, рефлексивного самораскрытия для углубления аналитического процесса и укрепления альянса [14]; Дж. Бенджамин связывала его с признанием субъектности обоих участников терапевтического поля [15]. Вместе с тем такие практики требуют высокой профессиональной рефлексии, поскольку при неосторожном использовании могут размывать границы и смещать фокус с потребностей клиента.

Финансовые аспекты терапии также характеризуются высокой вариативностью: повышение стоимости услуг в ходе терапии (57,1%), взимание платы за пропущенные сессии (67,1%) и отказ от оплаты (56,5%) достаточно распространены. Это отражает гибкость специалистов в договорённостях, но одновременно требует клинической чуткости к тому, как изменения условий оплаты переживаются клиентом и влияют на рабочий альянс. Финансовые решения затрагивают темы власти, зависимости и ценности помощи и потому нуждаются в прозрачности и предварительном обсуждении. Исследования показывают, что политика оплаты может влиять на динамику процесса, хотя эмпирических данных пока немного; в частности, отмечается, что условия оплаты не всегда влияют на посещаемость групповых программ [16].

Наконец, обсуждение клиента с друзьями без указания имени, о котором сообщили 66,4 % респондентов, указывает на уязвимую зону практики. Подобные действия сопряжены с риском косвенной идентификации, подрывают принцип конфиденциальности и доверие к профессии. Кроме того, вынесение клинического материала за пределы профессионального контекста лишает терапевта возможности этически защищённой переработки случая, что подчёркивает необходимость чёткого разграничения супервизии и неформального обсуждения.

Редко встречающееся профессиональное поведение. К редко встречающимся действиям отнесены практики, участие в которых отрицали более 80 % респондентов.

Бартерные формы вознаграждения — принятие услуг (6,25%) или товаров (6,2%) — остаются редкими, но устойчивыми. Такие практики, формально не одобряемые, могут сохраняться из-за нормативной неопределённости и эффекта социальной желательности [17, 18]. Содержательно они отражают деформализацию профессионального обмена, размывают границы между личной и профессиональной ролью и создают предпосылки для конфликта интересов [19].

Использование профессиональных отношений в личных или коммерческих целях: деловые отношения с клиентами (8,1%), просьбы о личных услугах (6,9%), плата за перенаправление (6,2%), продажа товаров клиентам (4,9%), заимствование денег (1,2%). Эти действия объединяются общим механизмом — использованием асимметрии профессиональных отношений в целях, выходящих за рамки помощи. Они могут восприниматься как ситуативно допустимые, но повышают риск конфликта интересов и размывания профессиональных границ.

Расширение социального взаимодействия между специалистом и клиентом: приглашение на вечеринки и иные мероприятия (3,1%), принятие приглашений (4,9%), посещение значимых событий в жизни клиента (5,7%), дарение подарков ≥ 50 \$ (1,8%), одалживание денег клиенту (3%). Эти практики создают квазидружеские отношения и множественные роли специалиста — профессиональную, социальную и частично личную. Даже при низкой частоте действия обладают высокой этической сомнительностью, так как размывают профессиональные границы и усложняют структуру ответственности. Действия,

мотивированные заботой или эмпатией, могут неявно усиливать зависимость клиента и снижать способность сохранять профессиональную дистанцию [20, 21].

Обсуждение клиента с указанием имени (9,4%) отличается высокой нормативной определённостью: это прямое нарушение конфиденциальности. Неформальное обсуждение может восприниматься специалистами как эмоциональная разрядка или способ получения социальной поддержки, что способствует нормализации практики [22]. Готовность признавать такие действия указывает на зоны высокой этической сомнительности, требующие внимания профессионального сообщества.

Прямые нарушения профессиональной ответственности: проведение психотерапии в состоянии алкогольного опьянения (7,5%) является очевидным нарушением принципа недопущения вреда и представляет высокий риск для клиентов. Готовность некоторых респондентов признавать такое поведение указывает на существование зон серьёзного этического риска в практике.

В то же время редкость сообщений о жалобах на коллег по поводу этических нарушений (8,1%) отражает сложность соблюдения нормы коллективной ответственности. Многие специалисты испытывают моральную и социальную амбивалентность: обязанность сообщать о нарушениях часто не подчёркнута в обучении, а раскрытие информации может восприниматься как нарушение негласных норм коллегиальности [23]. Таким образом, эти два типа «редких» действий показывают разные аспекты профессиональной этики: прямые нарушения указывают на риск для клиентов, а нежелание сообщать о нарушениях коллег — на слабую коллективную этическую ответственность.

Сексуализированное взаимодействие с клиентами: регулировалось постепенно и в настоящее время полностью запрещено этическими кодексами [12, 24-26]. Ранние исследования указывали на 7–8% терапевтов, вступавших в сексуальные отношения с клиентами, позднее показатель снизился до 1,6% с гендерными различиями [7, 9, 27, 28]. В нашем опросе крайне низкая доля респондентов признаёт сексуальное влечение к клиенту (0,6%) или взаимодействие с бывшими клиентами; случаи раздевания в терапевтическом контексте — 2,5% (клиент) и 0,6% (специалист). Эти данные, вероятно, отражают как реальное снижение распространённости нарушений, так и влияние социальной желательности.

Таким образом, редкие практики выявляют зоны повышенной этической сомнительности, требующие внимания профессионального сообщества, регулярной супервизии и этического образования. Даже при низкой частоте отдельные действия могут создавать риски для границ профессиональной роли и доверия клиентов.

Сложные профессиональные суждения. В рамках анализа к категории сложных суждений или этических дилемм были отнесены пункты, по которым не менее 20% респондентов выбрали вариант ответа «не знаю / не уверен», что рассматривалось как индикатор выраженной этической неопределённости в оценке профессиональных практик.

Сомнения российских специалистов в допустимости использования компьютерной интерпретации психодиагностических методик, разрешения заполнять тесты (например, ММРІ) вне контролируемых условий и непредоставления клиенту доступа к заключению указывают на ряд значимых тенденций. Во-первых, они отражают недостаточную нормативную определённость, в условиях которой подобные вопросы нередко решаются с позиций технического удобства. Во-вторых, эти колебания свидетельствуют о неустойчивости представлений о правах клиента, прежде всего о праве на прозрачность процедуры и доступ к результатам психологического исследования. В-третьих, они могут указывать на напряжение между традиционной экспертной моделью психологической практики и более современной клиент-ориентированной парадигмой, предполагающей разделённую ответственность и информированное участие клиента в диагностическом процессе.

Этичность отказа клиенту в доступе к терапевтическим записям также остаётся трудной для оценки. Этот вопрос контекстуально обусловлен и лишь частично релевантен российской практике, где клиенты крайне редко запрашивают доступ к записям или материалам психолога. Чаще речь идёт о ситуативном интересе («а что вы записываете?») или, значительно реже, о просьбе не вести записи вовсе. Право клиента на доступ к записям или письменным заключениям практически не институционализировано. В отличие от этого, в американской практике чётко различаются официальные документы и приватные рабочие записи терапевта, доступа к которым клиент, как правило, не имеет. Такая дифференциация снижает этическую неопределённость и задаёт ясные рамки профессиональной ответственности. В российском поле вопросы документирования, статуса записей и прав клиента остаются слабо проработанными на уровне нормативных рекомендаций, а сомнения

специалистов отражают скорее отсутствие общепринятых ориентиров, чем дефицит этической чувствительности.

Сообщение пациенту диагноза остаётся для многих специалистов сложным и эмоционально нагруженным вопросом, нередко связанным с псевдогуманистическими установками, рассматривающими диагностику как форму стигматизации. В опросе значительная доля респондентов выразила неуверенность в этичности такого действия. Вместе с тем эмпирические исследования показывают, что открытое и клинически чуткое обсуждение диагностической концептуализации на ранних этапах способствует формированию более ясных целей терапии, укреплению рабочего альянса и лучшим терапевтическим результатам [29, 30]. Этот эффект может быть понят через призму концепции ментализации, подчёркивающей значение совместного осмысления психических состояний [31]. Выраженные сомнения специалистов, вероятно, указывают на дефицит навыков сообщения диагноза и отсутствие ясных нормативных стандартов, интегрированных в обучающие программы, что делает разработку соответствующих тренингов актуальной задачей [32].

Респонденты также проявили заметную неуверенность в этичности практик, связанных с оплатой и привлечением клиентов. При этом речь идёт о принципиально разных ситуациях: разрешение наращивать неоплаченный счёт связано с гибкостью и заботой о клиенте, использование судебных процедур — с финансовой ответственностью, а подарки лицам, направляющим клиентов, — с потенциальным конфликтом интересов. В условиях высокой контекстуальной вариативности жёсткие стандарты не всегда эффективны; более продуктивным представляется формирование у специалистов ориентиров для оценки рисков, конфликтов интересов и возможных последствий, а также развитие навыков анализа этических дилемм. Важную роль здесь играют разборы кейсов и супервизия.

Вопрос о выражении принятия или одобрения желания клиента покончить с собой остаётся одной из наиболее сложных этических дилемм в психотерапии. Высокий уровень неуверенности респондентов отражает сочетание моральной тревоги, правовых рисков и профессиональной ответственности. В литературе данная проблема рассматривается как дилемма между уважением субъектности клиента и обязанностью по предотвращению вреда. Профессиональные руководства рекомендуют не выражать одобрение суицидальных намерений, а фокусироваться на эмпатическом понимании, совместном исследовании суицидальных мыслей и использовании кризисных протоколов и супервизии [33, 34].

Практика предоставления личных советов через радио, телевидение и другие массовые каналы также вызывает значительные сомнения. Вероятно, это связано с расплывчатостью формулировки, предполагающей персонализированные рекомендации. Этические кодексы не запрещают участие психологов в медиа, однако подчёркивают необходимость научной обоснованности высказываний. Такая практика требует осторожности и ясного разграничения между образовательной деятельностью и персонализированными рекомендациями.

Сомнения в допустимости помощи клиенту в подаче жалобы на коллегу отражают недостаточную институциональную поддержку и слабую формализованную ответственность в профессиональном сообществе. Пункт о проведении терапии в нудистских группах вызвал у специалистов выраженную растерянность, что объяснимо редкостью подобных практик, их культурной чуждостью, отсутствием исследовательской базы и потенциальными рисками.

Опрос выявил существенные разногласия в оценке этической допустимости вовлечения в сексуальные фантазии по поводу клиента. Более половины респондентов сочли это этически недопустимым, тогда как 21,1 % выразили неуверенность, при том, что около трети специалистов анонимно признали наличие подобных переживаний. Эти данные согласуются с результатами зарубежных исследований, показывающих, что сексуальные фантазии в отношении клиентов достаточно распространены, могут по-разному влиять на терапевтический процесс и чаще отмечаются мужчинами [7, 35]. При этом подавляющее большинство специалистов не реализуют их в поведении, соблюдая запреты профессиональных этических кодексов. Исследования также указывают, что данная тема редко обсуждается на супервизиях из-за страха осуждения и чувства стыда; в российском контексте она, по-видимому, ещё менее институционализована. Именно поэтому Кеннет Поуп одним из первых призвал профессиональное сообщество и обучающихся специалистов учитывать эти данные и сделать обсуждение сексуальных фантазий и влечения к клиентам важным фокусом этического обучения и супервизионной практики.

Виды поведения, связанные с гендерной принадлежностью психолога. В данном разделе рассматриваются гендерные различия в поведенческих практиках психологов-консультантов. Для повышения надёжности интерпретации и исключения случайных

эффектов анализ включал только различия, достигшие высокого уровня статистической значимости ($p < 0,01$).

Таблица 2

Сопоставление ответов практикующих психологов в зависимости от гендерной принадлежности

№	Содержание пункта	Ж (N=135) %	М (N=26) %	Pearson - χ^2	Значение p
3.	Проводил терапию с одним из своих друзей	19,2	30,7	12,428	0,014*
11.	Принял от клиента услуги вместо гонорара	3,7	19,2	11,431	0,010**
18.	Продолжал психотерапию /консультирование в холле, соседствующим с кабинетом	17,7	26,9	12,702	0,026*
19.	Принял от клиента подарок стоимостью не менее 50 долларов	9,6	30,7	11,266	0,010**
22.	Не предоставлял клиенту доступа к заключению по результатам исследования	9,6	19,2	10,209	0,037*
26.	Позволял клиенту увеличивать большой неоплаченный счет	19,3	30,7	10,224	0,037*
27.	Принимал товары (вместо денег) в качестве платы	3,7	19,2	12,7	0,005**
32.	Просил клиента об услугах (например, подвезти до дома)	4,4	20	8,55	0,014*
34.	Отказывались сообщить пациенту его диагноз	11,8	34,6	15,332	0,009**
42.	Избегали определенных клиентов из-за страха перед судебным преследованием	14,8	34,6	12,54	0,014*
44.	Проводили психотерапию со своим подчиненным	2,9	15,3	10,695	0,013*
50.	Принимали от клиента приглашение на вечеринку	1,5	23	23,409	<0,001***
51.	Занимались сексом с коллегой, проходящим (ей) у Вас супервизию	0	3,8	6,182	0,045*
54.	Входил с клиентом в деловые отношения	5,1	23,1	12,868	0,005**
59.	Испытывали сексуальное влечение к клиенту	46,7	92,3	26,653	<0,001**
62.	Одалживали деньги у клиента	0	7,7	12,311	0,002**
66.	Обсуждали вопросы гомосексуальности как патологического явления	14,7	26,9	12,119	0,033*
67.	Проводили психотерапию под влиянием алкоголя	3,7	26,9	18,327	<0,001***
68.	Вовлекались в сексуальные фантазии о клиенте	20	28,6	30,411	<0,001***

*- $p < 0.05$, Pearson Chi - square, ** - $p < 0.01$, *** - $p < 0.001$

Полученные различия указывают на устойчивую гендерную асимметрию в практиках, связанных с расширением рамок терапевтических отношений и повышенным риском множественных ролей. Мужчины-психологи значимо чаще, чем женщины, вовлекаются в формы взаимодействия с клиентами, предполагающие:

- смешение профессиональных и экономических ролей (бартер, заимствование денег, деловые отношения);
- ослабление финансовых границ (принятие подарков высокой стоимости, услуг вместо гонорара);
- расширение социального контакта за пределы консультирования (приглашения на вечеринки).

Совокупность этих практик позволяет предположить, что мужчины-консультанты склонны к менее жёсткому удержанию профессиональных границ, особенно в ситуациях, где взаимодействие может быть переопределено как «партнёрское», «дружеское» или «взаимовыгодное». В профессиональной литературе такое смешение терапевтического, экономического и социального взаимодействия рассматривается как зона повышенного этического и клинического риска.

Женщины-психологи, напротив, значительно реже вовлекаются в указанные практики, что может свидетельствовать о большей ориентации на нормативное удержание профессиональной рамки и более высокой чувствительности к последствиям множественных ролей. Эти различия не следует интерпретировать как показатели большей компетентности или этической ответственности *per se*; однако они указывают на существование гендерно различающихся моделей управления границами в психологическом консультировании. В целом результаты подчёркивают необходимость более дифференцированного обсуждения профессиональных границ с учётом гендерных факторов.

Мужчины-психологи значимо чаще, чем женщины, сообщали о проведении психотерапевтических сеансов под влиянием алкоголя ($p < 0,01$). Этот результат отражает систематическое отклонение от профессиональных норм, повышенный риск компрометации терапевтической роли и снижения качества вмешательства.

Мужчины-психологи также значимо чаще сообщали об отказе информировать пациента о диагнозе ($p < 0,01$). Такая тенденция может отражать ориентацию на традиционную экспертную или патронажную модель консультирования, при которой специалист сохраняет контроль над информацией и решениями о её доступности. Преобладание этой практики указывает на различия в подходах к субъектности клиента и распределению ответственности в консультативном процессе.

Наконец, мужчины-психологи значимо чаще, чем женщины, сообщали о сексуальном влечении к клиенткам и вовлечении в сексуальные фантазии ($p < 0,01$), что согласуется с зарубежными данными. Поскольку это явление часто сопровождается дискомфортом, стыдом и страхом, оно указывает на потенциальную стрессогенность консультативного процесса для мужчин и подчёркивает необходимость повышенного внимания супервизоров к данным аспектам профессионального опыта.

В целом полученные данные подтверждают важность учёта гендерных факторов при анализе практик, сопряжённых с нарушением профессиональной этики и принципов безопасного консультирования.

Поведение, связанное с уровнем профессиональной подготовки психолога. В анализе гендерных различий учитывались только эффекты с высокой статистической устойчивостью ($p < 0,01$), что позволяло минимизировать случайные находки. При сравнении специалистов с профильным высшим образованием (психологическим или медицинским) и специалистов без него в анализ также включались различия с уровнем значимости $p < 0,05$, поскольку они отражают системные тенденции, значимые для практики, профессиональной подготовки и этической политики.

Таблица 3

Сравнение ответов консультантов, имеющих профильное высшее образование, и консультантов без профильного образования

№№	Содержание пункта	Группа ПВО (N=133) %	Группа без ПВО (N=28) %	Pearson - χ^2	Значение p
6.	Направил жалобу на коллегу в связи с этическим нарушением	9	3,6	10.450	0.015*
11.	Принял от клиента услуги вместо гонорара	5,3	10,7	9.550	0.023*

19.	Принял от клиента подарок стоимостью не менее 50 долларов	15	3,6	7.777	0.051*
20.	Работал, находясь в слишком сильном дистрессе, чтобы быть эффективным	63,1	39,3	11.690	0.009**
37.	Обсуждал с друзьями клиента (не называя его имени)	71,5	42,9	14.040	0.015*
57.	Продавал клиентам какие-либо товары	4,5	7,2	9.272	0.026*
63.	Обсуждал клиента с друзьями (называя его имя)	11,4	0	9.035	0.029*
66.	Обсуждал вопросы гомосексуальности как патологического явления	19,7	3,6	11.172	0.048*
69.	Принимал от клиента подарок, стоимостью менее 5 долларов	79,7	57,2	14.970	0.010**

*- $p < 0.05$, Pearson Chi - square, ** - $p < 0.01$, *** - $p < 0.001$

Результаты исследования показывают, что этические нарушения выявляются как у консультантов с профильным высшим образованием, так и у специалистов без него. При этом различия отражают скорее разные профили этических рисков, чем уровни этической компетентности.

В группе консультантов с профильным высшим образованием статистически достоверно чаще фиксируются нарушения, связанные с конфиденциальностью, профессиональными границами и ответственностью за собственное психоэмоциональное состояние. В частности, они чаще сообщают о принятии подарков от клиентов, обсуждении клиентов с третьими лицами (как с сохранением анонимности, так и с её нарушением), работе в состоянии выраженного дистресса («профессионал всё выдерживает»), а также о воспроизведении дискриминирующих установок — рассмотрении гомосексуальности как патологического явления.

Одним из возможных объяснений может быть эффект *moral licensing* («морального лицензирования»), описанный в социальной психологии: ранее совершённые «морально правильные» действия — такие как получение профильного высшего образования или принадлежность к признанной профессиональной группе — могут выступать в качестве морального капитала, субъективно ослабляющего внутренний контроль за соблюдением норм. В этом случае этические нарушения переживаются как допустимые и не противоречащие профессиональной идентичности, поскольку специалист в целом воспринимает себя как компетентного и этически грамотного [36]. Это соответствует относительно недавнему началу систематического внедрения этических стандартов в российском консультировании. Профильное образование даёт знание этических кодексов, но не гарантирует этической устойчивости и может создавать иллюзию собственной непогрешимости и управляемости этических рисков.

Также можно предположить, что специалисты с профильным высшим образованием чаще работают в институциональных контекстах (больницы, психологические центры), сталкиваются с более тяжёлыми случаями, высокой нагрузкой и низкой оплатой труда. Такой контекст, способствующий дистрессу и выгоранию, может создавать почву для нарушений конфиденциальности (как способа снижения эмоциональной нагрузки) и принятия подарков от клиентов (как субъективно оправданной компенсации за тяжёлый эмоциональный труд).

В группе консультантов без профильного высшего образования чаще выявляются нарушения, связанные с экономическими и ролевыми границами, в частности продажа товаров клиентам и бартерные формы расчётов. Эти практики, вероятно, отражают недостаточно сформированную профессиональную идентичность. Нарушаемые правила находятся на пересечении с бизнес-этикой, интуитивно понятны непрофессионалам и потому легче осознаются, в отличие от специфических этических стандартов психологической практики.

Таким образом, профильное высшее образование, вопреки ожиданиям, не снижает общую частоту этических нарушений. Полученные данные указывают на ограниченную эффективность существующей системы профессионального образования в формировании практической этической компетентности и подчёркивают необходимость смещения акцента с

декларативного знания норм на развитие навыков саморегуляции, этической рефлексии и супервизии.

Выводы

Проведённый анонимный онлайн-опрос российских психологов-консультантов и психотерапевтов позволил получить развернутую и нюансированную картину реальных профессиональных практик и этических представлений, выявив как зоны относительной нормативной устойчивости, так и области выраженной этической уязвимости. Полученные данные не претендуют на исчерпывающую оценку состояния профессиональной этики в российском психотерапевтическом сообществе, однако выполняют важную диагностическую функцию, обозначая направления, требующие дальнейшего анализа, обсуждения и институционального внимания.

Результаты исследования показали, что соответствие между этическими убеждениями специалистов и их реальным профессиональным поведением является неоднородным и контекстуально зависимым. В ряде областей — прежде всего связанных с конфиденциальностью, управлением собственным дистрессом, границами компетентности и неформальными формами взаимодействия с клиентами — фиксируется устойчивое расхождение между нормативными установками и практическими действиями. Эти расхождения не сводимы к индивидуальной неэтичности; скорее они отражают системные особенности профессиональной среды, дефицит этической рефлексии и недостаточную институционализацию механизмов поддержки и саморегуляции.

Особое значение имеют выявленные «серые зоны» практики — формы поведения, не воспринимаемые как однозначно неэтичные, но потенциально связанные с конфликтами интересов, размыванием профессиональных границ и рисками для клиента. К ним относятся финансовые договорённости, неформальное обсуждение клиентов вне профессионального контекста, расширение социальных ролей, а также отдельные аспекты самораскрытия и демократизации терапевтических отношений. Высокая вариативность оценок и значительная доля ответов «не знаю / не уверен» указывают не на низкую этическую чувствительность специалистов, а на отсутствие общепринятых ориентиров и развитой культуры обсуждения сложных этических дилемм.

Анализ гендерных и образовательных различий показал, что этические риски распределяются неравномерно и формируют различные профили уязвимости. Мужчины-психологи статистически чаще вовлекаются в практики, связанные с ослаблением профессиональных границ и множественными ролями, а также чаще сообщают о сексуальном влечении и фантазиях в отношении клиентов, что требует повышенного внимания со стороны супервизорных и обучающих структур. В то же время наличие профильного высшего образования не снижает общую частоту этических нарушений, а лишь смещает их характер, что ставит под вопрос эффективность существующих моделей профессиональной подготовки в формировании практической этической компетентности.

С методологической точки зрения исследование демонстрирует потенциал этического мониторинга как инструмента эмпирического анализа профессиональной этики, дополняющего нормативное рассмотрение этических кодексов. Формат анонимного самоотчёта позволяет выявлять расхождения между этическими установками и реальным поведением, а также фиксировать зоны этической неопределённости как самостоятельный исследовательский феномен. Учет демографических и профессиональных факторов расширяет объяснительный потенциал данных и позволяет рассматривать этические риски в контексте профессиональной социализации. Тем самым этический мониторинг выполняет важную функцию саморегуляции профессионального сообщества.

В целом результаты исследования указывают на то, что этика психотерапевтической практики не может рассматриваться исключительно как набор формальных запретов и предписаний. Она представляет собой динамическое поле профессионального суждения, в котором возникают напряжения между нормативными требованиями, клинической реальностью, культурным контекстом и индивидуальным опытом специалиста. В этом контексте этический мониторинг приобретает особую значимость как механизм коллективной рефлексии и профессиональной саморегуляции, позволяющий выявлять и обсуждать уязвимые зоны практики до того, как они становятся предметом внешнего регулирования. Представленные результаты подчёркивают актуальность проделанной работы и задают перспективы дальнейших исследований, направленных на развитие эмпирически обоснованных и клинически чувствительных подходов к профессиональной этике в психологическом консультировании и психотерапии.

Список литературы

1. Гаранян Н.Г., Захарова Ю.В., Сорокова М.Г. Этические установки российских психологов-консультантов: область разногласий и потенциальных конфликтов. Консультативная психология и психотерапия. 2020; 28(1):87-112. doi:10.17759/cpp.2020280106
2. Щедринская О.М., Бебчук М.А. Онлайн-консультирование через призму профессиональной этики: проблемы и решения. Консультативная психология и психотерапия. 2020; 28(3):84-99. doi:10.17759/cpp.2020280306
3. Кисельникова Н.В., Захарова Ю.В., Ключева Н.В., Хамитова И.Ю., Покрышкин А.Г. Международная конференция по этике в психологическом консультировании и психотерапии. Психологический журнал. 2017;38(6):115-117.
4. Армашова А.Б. Этические дилеммы во взаимодействии психолога-консультанта и клиента: Автореф. канд. дисс. Ярославль, 2018. С. 277.
5. Захарова Ю.В. Проявление морального отчуждения у психологов-консультантов в ситуациях профессионального взаимодействия с клиентами. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2024; 21(1):123-143. doi:10.17323/1813-8918-20234-1-123-143
6. Крючков К.С. Представления практических психологов об этических нормах при разрешении профессиональных дилемм: Автореф. канд. дисс. Москва, 2023. С. 193.
7. Pope K.S., Tabachnick B.G., Keith-Spiegel P. Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. American Psychologist. 1987; 42:993-1006. doi:10.1037/0003-066X.42.11.993
8. Pope K.S., Tabachnick B.G. Therapists' beliefs and practices regarding ethical issues in psychotherapy. Professional Psychology: Research and Practice. 1993; 24(2):152-158.
9. Pope K.S., Vasques M.J.T. Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide (5rd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2016. 512 p.
10. Российский рынок психологических услуг показал рекордный рост и достиг ¥49,7 млрд. 2025. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://myseldon.com/ru/news/index/326947154>
11. Delgado J., Saxon D., Barkham M. Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. Depression and Anxiety. 2018; 35(9):844-850. doi: 10.1002/da.22766
12. American Psychological Association, 2024. APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apa.org/APACommentingPortal/attachments/Site125_Draft%20Revised%20Code_Final_Dec_2024.pdf
13. Mitchell S.A. Relational Concepts in Psychoanalysis: An integration. Cambridge, MA: Harvard University, 1988. 340 p.
14. Aron L.A. Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1996. 292 p.
15. Benjamin J. Like subjects, love objects: essays on recognition and sexual difference. Publisher New Haven: Yale University Press, 1995. 260 p.
16. Jensen S., Lowry L. Payment schedules do not affect attendance/completion of group behavioral parent training. Psychological Services. 2012; 9(1):101-9. doi: 10.1037/a0027101
17. Freidson E. Professionalism: the Third Logic. Cambridge, UK: Polity Press, 2001. 250 p.
18. Tourangeau R., Yan T. Sensitive questions in surveys. Psychological Bulletin 2007; 133(5):859-83. doi: 10.1037/0033-2909.133.5.859
19. Zelizer V. The Social Meaning of Money: Pin Money, Paychecks, Poor Relief, and Other Currencies. Princeton: University Press, 2017. 340 p.
20. Zur O. Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations. Washington D.C.: American Psychological Association, 2007. 267 p.
21. Reamer F. Social Work in the Digital Age: Ethics and Risk Management Challenges. Social Work. 2013; 58(2):163-172. doi: 10.1093/sw/swt0032020
22. Reamer F.G. Evolving Ethical Standards in the Digital Age. Australian Social Work. 2016; 70(2):1-12. doi: 10.1080/0312407X.2016.1146314
23. Reamer F.G. Social work values and ethics. (5th ed.). NY: Columbia University Press, 2018. 279 p.
24. American Psychiatric Association, 2013. APA The Principles of Medical Ethics [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/Ethics%20Documents/principles2013-final.pdf>

25. European Association of Psychotherapy, 2018. EAP Statement of Ethical-Principles [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.europsyche.org/Resources/EAP-Documents/Statement-of-Ethical-Principles>

26. European Federation of Psychologists' Association, 2015. EFPA Meta-code of ethics [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-04/meta-code-of-ethics.pdf>

27. Borys D.S., Pope K.S. Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989; 20:283-290.

28. Vesentini L., Van Puyenbroeck B., De Wachter D., Matthys F., Bilsen J. Sexual feelings toward clients in the Psychotherapeutic relationship: the taboo revealed. *Qualitative Health Research*. 2021; 31(5):999-1011. doi: 10.1177/1049732321990654

29. Milton A.C., Mullan B., Hunt C. Information giving challenges and support strategies at the time of a mental health diagnosis: qualitative views from Australian health professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(5):735-46.

30. Naeini A., Ranjbar H., Mohammadsadeghi H., Alavi K., Ahmadkhaniha H., Rasoulia M. Assessment of psychiatrists' approaches regarding disclosure of psychiatric disorders to their patients: a qualitative study. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2020; (34):82. doi: 10.34171/mjiri.34.82

31. Drosak R., Uyruh T., Bateman A. *Mentalization-Based treatment of pathological narcissism: handbook*. Oxford: University Press, 2023. 556 p.

32. de Rooy M., Milota M., van Geelen S., de Bruin L., Scheepers F. The meaning of 'acceptance' of a psychiatric diagnosis: qualitative study of illness narratives with review of the literature. *British Journal of Psychiatry Open*. 2025; 11(e194): 1–10. doi: 10.1192/bjo.2025.10810

33. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications*. Washington D.C.: American Psychological Association, 2008. 377 p.

34. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24(3):144-163. doi:10.17759/cpp.2016240309

35. Pope K.S., Keith-Spiegel P., Tabachnick B.G. Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 1986; 41(2):147-158. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.147

36. Merritt A. C., Effron D.A., Monin, B. Moral self-licensing: When being good frees us to be bad. *Social and Personality Psychology Compass*. 2010; 4(5):344-357. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00263

References

1. Garanyan N.G., Zakharova Yu.V., Sorokova M.G. Ethical attitudes of Russian psychologists-consultants: the area of disagreement and potential conflicts. *Consultative psychology and psychotherapy*. 2020; 28(1):87-112. 2020280106 (in Russian) doi: 10.17759/cpp

2. Shchedrinskaya O.M., Bebchuk M.A. Online counseling through the prism of professional ethics: problems and solutions. *Consultative psychology and psychotherapy*. 2020; 28(3):84-99. 2020280106 (in Russian) doi: 10.17759/cpp.2020280306

3. Kiselnikova N.V., Zakharova Yu.V., Klyueva N.V., Khamitova I.Yu., Pokryshkin A.G. *International Conference on Ethics in Psychological Counseling and Psychotherapy*. *Psychological Journal*. 2017; 38(6):115-117. (in Russian)

4. Armashova A.B. *Eticheskiye dilemmy vo vzaimodeystvii psikhologa-konsul'tanta i kliyenta: Avtoref. kand. diss. Yaroslavl'*. 2018: 277 c. (in Russian)

5. Zakharova Yu.V. Moral disengagement in counselling psychologists in situations of professional interaction with clients. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2024; 21(1):123-143. (in Russian) doi:10.17323/1813-8918-20234-1-123-143

6. Kryuchkov K.S. *Predstavleniya prakticheskikh psikhologov ob eticheskikh normakh pri razreshenii professionalnykh dilemm: Avtoref. kand. diss. Moskva*, 2023: 193 c. (in Russian)

7. Pope K.S., Tabachnick B.G., Keith-Spiegel P. Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*. 1987; 42:993-1006. doi:10.1037/0003-066X.42.11.993

8. Pope K.S., Tabachnick B.G. Therapists' beliefs and practices regarding ethical issues in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1993; 24(2):152-158.

9. Pope K.S., Vasques M.J.T. Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide (5rd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2016. 512 p.
10. The Russian psychological services market showed record growth and reached P49.7 billion in 2025. (in Russian). Available at: <https://myseldon.com/ru/news/index/326947154> (accessed 14 January 2026).
11. Delgadillo J., Saxon D., Barkham M. Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and Anxiety*. 2018; 35(9):844-850. doi: 10.1002/da.22766
12. American Psychological Association, 2024. APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct Available at: https://apps.apa.org/APACommentingPortal/attachments/Site125_Draft%20Revised%20Code_Final_Dec_2024.pdf (accessed 14 January 2026).
13. Mitchell S.A. Relational Concepts in Psychoanalysis: An integration. Cambridge, MA: Harvard University, 1988. 340 p.
14. Aron L.A. Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1996. 292 p.
15. Benjamin J. Like subjects, love objects: essays on recognition and sexual difference. Publisher New Haven: Yale University Press, 1995. 260 p.
16. Jensen S., Lowry L. Payment schedules do not affect attendance/completion of group behavioral parent training. *Psychological Services*. 2012; 9(1):101-9. doi: 10.1037/a0027101
17. Freidson E. Professionalism: the Third Logic. Cambridge, UK: Polity Press, 2001. 250 p.
18. Tourangeau R., Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin* 2007; 133(5):859-83. doi: 10.1037/0033-2909.133.5.859
19. Zelizer V. The Social Meaning of Money: Pin Money, Paychecks, Poor Relief, and Other Currencies. Princeton: University Press, 2017. 340 p.
20. Zur O. Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations. Washington D.C.: American Psychological Association, 2007. 267 p.
21. Reamer F. Social Work in the Digital Age: Ethics and Risk Management Challenges. *Social Work*. 2013; 58(2):163-172. doi: 10.1093/sw/swt0032020
22. Reamer F.G. Evolving Ethical Standards in the Digital Age. *Australian Social Work*. 2016; 70(2):1-12. doi: 10.1080/0312407X.2016.1146314
23. Reamer F.G. Social work values and ethics. (5th ed.). NY: Columbia University Press, 2018. 279 p.
24. American Psychiatric Association, 2013. APA The Principles of Medical Ethics. Available at: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/Ethics%20Documents/principles2013--final.pdf> (accessed 14 January 2026).
25. European Association of Psychotherapy, 2018. EAP Statement of Ethical-Principles. Available at: <https://www.europsyche.org/Resources/EAP-Documents/Statement-of-Ethical-Principles> (accessed 14 January 2026).
26. European Federation of Psychologists' Association, 2015. EFPA Meta-code of ethics. Available at: <https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-04/meta-code-of-ethics.pdf> (accessed 14 January 2026).
27. Borys D.S., Pope K.S. Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989; 20:283-290.
28. Vesentini L., Van Puyenbroeck B., De Wachter D., Matthys F., Bilsen J. Sexual feelings toward clients in the Psychotherapeutic relationship: the taboo revealed. *Qualitative Health Research*. 2021; 31(5):999-1011. doi: 10.1177/1049732321990654
29. Milton A.C., Mullan B., Hunt C. Information giving challenges and support strategies at the time of a mental health diagnosis: qualitative views from Australian health professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(5):735-46.
30. Naeini A., Ranjbar H., Mohammadsadeghi H., Alavi K., Ahmadkhaniha H., Rasoulia M. Assessment of psychiatrists' approaches regarding disclosure of psychiatric disorders to their patients: a qualitative study. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2020;(34):82. doi: 10.34171/mjiri.34.82
31. Drosak R., Uyruh T., Bateman A. Mentalization-Based treatment of pathological narcissism: handbook. Oxford: University Press, 2023. 556 p.

32. de Rooy M., Milota M., van Geelen S., de Bruin L., Scheepers F. The meaning of 'acceptance' of a psychiatric diagnosis: qualitative study of illness narratives with review of the literature. *British Journal of Psychiatry Open*. 2025; 11(e194): 1–10. doi: 10.1192/bjo.2025.10810

33. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications*. Washington D.C.: American Psychological Association, 2008. 377 p.

34. Kholmogorova A.B. Suicidal behavior: a theoretical model and practical assistance in cognitive-behavioral therapy. *Consultative psychology and psychotherapy*. 2016; 24(3):144-163. (in Russian) doi: 10.17759/cpp.2016240309

35. Pope K.S., Keith-Spiegel P., Tabachnick B.G. Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 1986; 41(2):147-158. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.147

36. Merritt A.C., Efron D.A., Monin B. Moral self-licensing: When being good frees us to be bad. *Social and Personality Psychology Compass*. 2010; 4(5):344-357. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00263

Приложение 1

Таблица 1

Процентное распределение ответов по частоте и этичности профессиональных действий

Действия психолога-консультанта/ психотерапевта	Как часто вы поступали так?						Насколько это этично?				
	0	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Становились другом в социальной сети с бывшим клиентом	3,1	37,9	31,7	18	8,7	0,6	21,1	42,9	14,3	16,1	5,6
2. Не взимали плату с клиента за терапию	5	38,5	34,2	15,5	5,6	1,2	6,9	71,1	1,9	16,4	3,8
3. Проводил терапию с одним из своих друзей	5,6	73,3	17,4	2,5	1,2	0	69,6	25,5	3,1	1,2	0,6
4. Давал рекламу в газете или другом аналогичном средстве массовой информации	6,8	71,4	11,8	5,6	2,5	1,9	5,6	4,3	22,4	36	31,7
5. Ограничивал терапевтические записи указанием имени, даты и размера гонорара	15,5	56,5	7,5	11,8	6,2	2,5	20,9	9,5	46,8	14,6	8,2
6. Направил жалобу на коллегу в связи с этическим нарушением	4,3	87,6	6,2	1,9	0	0	4,3	25,5	14,9	31,1	24,2
7. Сказал клиенту о том, что испытывал гнев по отношению к нему	5	49,7	23,6	19,3	2,5	0	11,8	42,2	11,8	23	11,2
8. Использовал компьютерную интерпретацию теста	23,1	41,9	15,6	10,6	7,5	1,3	7,5	19,4	40	24,4	8,8
9. Обнял клиента	3,1	40,4	30,4	17,4	6,8	1,9	14,3	59	3,1	18,6	5
10. Завершил терапию, когда клиент не мог платить	9,9	54,7	15,5	10,6	6,2	3,1	7,5	17,5	22,5	34,4	18,1
11. Принял от клиента услуги вместо гонорара	6,2	87,6	4,3	1,9	0	0	75,2	18	3,7	1,2	1,9
12. Принимал малолетнего клиента, не получая согласия родителей	22,4	70,2	5,6	1,2	0,6	0	51,2	38,1	8,8	1,3	0,6
13. Позволял клиентам заполнять тесты (например, MMPI) дома	29,8	34,8	11,2	6,8	10,6	6,8	16,1	12,4	38,5	18,6	14,3
14. Сказал клиенту (клиентке): «Вы меня сексуально привлекаете!»	7,5	91,9	0,6	0	0	0	76,3	20	3,1	0,6	0

15. Не позволил клиенту прочесть терапевтические записи	28	49,7	5,6	1,9	3,1	11,8	22,4	13	28,6	10,6	25,5
16. Нарушал конфиденциальность в случае гомоцидных идей у клиента	29,8	59,6	8,1	0,6	1,2	0,6	19,9	19,9	13,7	24,8	21,7
17. Использовал самораскрытие как терапевтическую технику	3,1	9,3	23,6	36	23	5	3,7	32,3	2,5	41,6	19,9
18. Продолжал психотерапию/консультирование в холле, соседствующим с кабинетом	14,3	66,5	11,8	5	1,9	0,6	47,8	32,3	16,8	1,9	1,2
19. Принял от клиента подарок стоимостью не менее 50 долларов	9,3	77,6	10,6	2,5	0	0	57,8	32,9	8,1	1,2	0
20. Работал, находясь в слишком сильном дистрессе, чтобы быть эффективным	4,3	36,6	46	13	0	0	46	37,9	12,4	2,5	1,2
21. Принимал клиентов только мужского или женского пола	10,6	86,3	0	0,6	0,6	1,9	37,9	21,7	16,8	13	10,6
22. Не предоставлял клиенту доступа к заключению по результатам исследования	35,4	53,4	7,5	3,1	0,6	0	47,8	21,7	23,6	5	1,9
23. Повышал цену в течение курса терапии	5	37,9	26,7	21,7	8,7	0	14,3	36,6	4,3	29,8	14,9
24. Нарушал конфиденциальность в случае суицидальности клиента	21,1	45,3	19,3	8,1	5	1,2	3,1	26,1	8,7	30,4	31,7
25. Не предоставлял клиенту доступа к «сырым» результатам тестирования	46,6	28,6	2,5	3,1	7,5	11,8	14,4	6,3	33,8	16,3	29,4
26. Позволял клиенту увеличивать большой неоплаченный счет	16,8	62,1	14,9	5	1,2	0	36	33,5	27,3	1,9	1,2
27. Принимал товары (вместо денег) в качестве платы	9,9	83,9	5,6	0,6	0	0	66,5	28,6	3,1	1,2	0,6
28. Нарушал конфиденциальность в случае насилия над ребенком	39,8	42,9	8,7	5,6	2,5	0,6	3,1	11,8	9,3	41	34,8
29. Приглашал клиента на вечеринку или другое социальное событие	8,7	88,2	1,2	1,9	0	0	83,2	13,7	2,5	0,6	0
30. Обращался к клиенту по уменьшительному имени	4,3	45,3	28,6	14,3	3,7	3,7	24,8	46,6	9,3	16,8	2,5
31. Плакал в присутствии клиента	6,2	49,7	34,8	8,7	0,6	0	12,4	53,4	6,2	23	5
32. Просил клиента об услугах (например, подвезти до дома)	9,4	83,8	6,9	0	0	0	84,5	12,4	1,2	0,6	1,2
33. Выражали принятие решению пациента покончить с собой	21,3	64,4	8,8	4,4	1,3	0	38,1	29,4	21,3	8,1	3,1
34. Отказывались сообщить пациенту его диагноз	37,9	46,6	8,7	5	0,6	1,2	45,3	24,5	22	6,3	1,9
35. Проводили терапию в нудистских группах	41,3	58,8	0	0	0	0	41,6	8,7	44,1	3,1	2,5
36. Говорили клиентам о своем разочаровании в них	5	90,7	3,1	1,2	0	0	80,1	13	5,6	1,2	0
37. Обсуждали с друзьями клиента (не называя его имени)	1,9	31,7	39,1	23	3,1	1,2	67,7	19,3	6,2	6,8	0

38. Проводили психотерапию с собственным студентом или коллегой, проходящим у вас супервизию	18,6	67,1	9,9	4,3	0	0	58,4	27,3	7,5	6,2	0,6
39. Делали подарки тем, кто направляет к Вам клиентов	14,3	78,9	5	1,9	0	0	55,3	16,1	21,1	5,6	1,9
40. Прибегали к судебным тяжбам с целью взимания гонораров с клиентов	27,3	72,7	0	0	0	0	35,4	14,3	39,8	8,1	2,5
41. Вступали в сексуальные отношения с бывшим клиентом	12,4	87,6	0	0	0	0	82,6	13,7	3,1	0,6	0
42. Избегали определенных клиентов из-за страха перед судебным преследованием	26,7	55,3	12,4	4,3	0	1,2	9,3	24,8	41	9,3	15,5
43. Одалживали деньги клиенту	8,7	88,2	3,1	0	0	0	81,4	16,1	2,5	0	0
44. Проводили психотерапию со своим подчиненным	19,3	75,8	3,7	1,2	0	0	86,3	11,2	2,5	0	0
45. Позволяли клиенту обращаться к Вам по имени	2,5	1,9	6,2	6,2	28	55,3	0,6	7,5	0,6	23,6	67,7
46. Посылали праздничные поздравительные открытки своим клиентам	10,6	75,2	8,7	4,3	1,2	0	33,5	32,9	16,1	10,6	6,8
47. Целовали клиента	5	92,5	1,9	0,6	0	0	89,4	9,4	0,6	0,6	0
48. Вовлекались в эротические действия с клиентом	8,7	91,3	0	0	0	0	96,9	2,5	0,6	0	0
49. Делали клиенту подарок стоимостью не менее 50 долларов	6,8	91,3	1,2	0,6	0	0	88,8	9,3	1,2	0,6	0
50. Принимали от клиента приглашение на вечеринку	6,2	88,8	4,3	0,6	0	0	85,7	13	0,6	0	0,6
51. Занимались сексом с коллегой, проходящим у Вас супервизию	23,6	75,8	0,6	0	0	0	92,5	1,3	6,3	0	0
52. Посещали особые мероприятия в жизни клиента (например, свадьбу)	11,9	82,5	4,4	1,3	0	0	57,8	36	5	0,6	0,6
53. Получали плату за перенаправление клиента к другому специалисту	9,9	83,9	5,6	0,6	0	0	63,7	15	16,3	3,1	1,9
54. Входили с клиентом в деловые отношения	7,5	84,5	7,5	0,6	0	0	83,9	13	2,5	0,6	0
55. Имели сексуальный контакт с клиентом	8,7	91,3	0	0	0	0	99,4	0,6	0	0	0
56. Прибегали к недобровольной госпитализации клиента	26,1	60,9	9,3	1,9	1,2	0,6	8,1	53,4	14,3	16,1	8,1
57. Продавали клиентам какие-либо товары	10,6	84,5	4,3	0,6	0	0	78,1	19,4	1,9	0,6	0
58. Давали советы личного характера по радио, телевидению и т.д.	21,7	68,3	6,2	3,7	0	0	41	26,7	27,3	5	0
59. Испытывали сексуальное влечение к клиенту	6,8	39,1	33,5	16,8	3,1	0,6	25,5	12,4	24,2	10,6	27,3
60. Непреднамеренно раскрыли конфиденциальные сведения	5,6	54,7	37,3	2,5	0	0	81,4	9,3	8,7	0,6	0
61. Позволяли клиенту раздеваться	15,5	82	2,5	0	0	0	74,5	15,5	9,3	0,6	0

62. Одалживали деньги у клиента	6,2	92,5	1,2	0	0	0	99,4	0,6	0	0	0
63. Обсуждали клиента с друзьями (называя его имя)	5	85,6	8,8	0,6	0	0	95,7	3,7	0,6	0	0
64. Предоставляли услуги вне области Вашей компетентности	7,5	70,8	19,9	1,9	0	0	87	10,6	1,9	0,6	0
65. Подписывали документ с указанием часов, которые Ваш супервизируемый не отработал	46	53,4	0,6	0	0	0	68,1	10	17,5	1,3	3,1
66. Обсуждали вопросы гомосексуальности как патологического явления	6,2	77	8,7	4,3	3,1	0,6	75,2	9,9	9,9	1,9	3,1
67. Проводили психотерапию под влиянием алкоголя	6,2	86,3	7,5	0	0	0	97,5	1,3	1,3	0	0
68. Вовлекались в сексуальные фантазии о клиенте	8,1	63,4	21,7	5	1,9	0	56,5	5,6	21,1	8,7	8,1
69. Принимали от клиента подарок, стоимостью менее 5 долларов	5,6	18,6	38,5	28,6	6,8	1,9	10,6	45,3	10,6	24,8	8,7
70. Предлагали рукопожатие клиенту или отвечали на его рукопожатие	6,2	28,6	21,1	18,6	18	7,5	1,2	19,3	9,9	37,3	32,3
71. Раздевались в присутствии клиента	7,5	91,9	0,6	0	0	0	95	2,5	1,9	0,6	0
72. Взимали плату за пропущенные сеансы	6,8	26,1	14,9	13,7	21,7	16,8	4,3	11,2	1,2	37,9	45,3
73. Вступали в деловые отношения с бывшим клиентом	8,1	77,6	9,9	4,3	0	0	44,1	34,8	9,9	9,9	1,2
74. Напрямую предлагали некоему лицу стать клиентом	6,8	59,6	22,4	9,9	0,6	0,6	39,6	28,9	18,9	10,1	2,5
75. Помогали клиенту подать жалобу на коллегу	14,3	79,5	6,2	0	0	0	13	37,3	26,1	15,5	8,1

ETHICAL DILEMMAS IN PSYCHOLOGICAL COUNSELING: WHAT DO PRACTITIONERS DO AND HOW DO THEY EVALUATE IT?

Zakharova Y. V.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8517-8366>

E-mail: mail@zakharova.info

Clinical Psychologist, Member of the College of Ethics of Psychologists and Psychotherapists, Member of the Association of Cognitive-Behavioral Therapists, Moscow, Russia

Garanyan N. G.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1227-2682>

E-mail: garanian@mail.ru

Doctor of Psychology, Professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia

Sorokova M. G.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1000-6487>

E-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Doctor of Pedagogical Sciences, Candidate of Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor, Head of the Digital Education Department, Head of the Department

PsyDATA Scientific and Practical Center for Comprehensive Support of Psychological Research, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

Abstract

Background. Systematic studies of the professional ethical attitudes and behavior of counseling psychologists are of great importance for the development of an ethical culture in psychological practice. However, despite the rapid development of psychological counseling in Russia, such studies have not yet been conducted.

Study Objective. To examine the frequency of potentially ethically controversial actions in the practice of Russian counseling psychologists, assess their ethical acceptability, and the influence of gender and level of professional training on behavior and beliefs.

Materials and Methods. A total of 161 respondents participated in an anonymous online survey conducted in 2019 and 2023. A methodology developed by K. Pope and B. Tabachnik, adapted for the Russian context, was used. Participants completed a questionnaire and rated the frequency of 75 types of professional behavior and their ethical acceptability on a 5-point scale.

Results. A significant discrepancy was revealed between the ethical beliefs of professionals and their actual practices, particularly in the areas of confidentiality, managing their own distress, informal forms of interaction with clients, and boundaries of competence. "Gray areas" of practice, where there is no ethical consensus among professionals, were identified. Statistically significant gender differences were found: male psychologists were more likely to engage in practices that weaken professional boundaries and were more likely to report sexual fantasies about clients. Having a specialized higher education did not reduce the overall frequency of ethical violations, but only changed their profile, calling into question the effectiveness of current training models.

Conclusions. The study demonstrates the need to develop systematic ethical monitoring in the Russian professional community as a mechanism for collective reflection and professional self-regulation.

Key words: professional ethics of psychologists, ethical dilemmas, psychological counseling.

For citation

Zakharova Yu.V., Garanyan N.G., Sorokova M.G. Ethical dilemmas in psychological counseling: what do practitioners do and how do they evaluate it? // Medical Psychology in Russia: online scientific journal. 2026. Vol. 18. No. 1 (90). Pp. 17-36. URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-1-17-36>

Дата принятия 01.11.2025

Дата публикации 30.03.2026 № 1(90) 2026