



ВОПРОСЫ ЭТИКИ В ПСИХОТЕРАПИИ РЕБЕНКА И ПОДРОСТКА:
КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР
Авинаш де Суза

Ethical issues in child and adolescent psychotherapy: a clinical review
Avinash de Sousa
Indian Journal of Medical Ethics Vol VII No 3 July - September 2010

Консультирующий психиатр и психотерапевт, психиатр школьной комиссии, Carmel, 18, St Francis Avenue, Off Road, Santa Cruz (W), Mumbai 400054 INDIA e-mail: avinashdes999@yachoo.co.uk

Краткое содержание

За последние годы произошел большой прогресс в психотерапии детей и подростков. В связи с этим прогрессом появилась необходимость обратиться к этическим вопросам в условиях Индии. В этой статье рассматриваются различные этические проблемы детской и подростковой психотерапии, характерные для индийских специалистов. Вовлечение в психотерапию родителей часто размывает границы и создает проблемы, связанные с конфиденциальностью. Специалисты, работающие в больницах и школах, сталкиваются с похожей проблемой. Наступление эры интернета и электронных средств связи вызвало новую озабоченность психиатров, связанную с общением посредством этих видов связи. Обсуждаются вопросы, связанные с родительством, воспитанием и моделями развития, наряду с личностными вопросами самого терапевта.

Введение

Этика определяется как система нравственных принципов и правил поведения, признанных в отношении определенного класса человеческих действий или определенной группы людей (1). Во всем мире организации, имеющие отношение к детской психиатрии, обращаются к этическим вопросам в психотерапевтической и психиатрической помощи, оказываемой детям и подросткам. Эти правила и предписания обязывают детских и подростковых психиатров соблюдать кодекс, который поддерживает качественную помощь ради надлежащего лечения психических проблем детей и подростков. Эти правила необходимы для улучшения в отношении детей, их семей и общества в целом.

Когда психиатр сталкивается непосредственно с терапией ребенка или подростка, главным, для соблюдения интересов ребенка, становится подход, который будет защищать

конфиденциальность того, что сообщает ребенок, и поддерживать уважительное отношение к ребенку и семье, независимо от их расовой или религиозной принадлежности, социального или экономического положения, уровня интеллекта или образования, и который в наибольшей степени будет побуждать и поддерживать развитие и независимость ребенка (2).

Практика детской и подростковой психотерапии, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, требует от специалистов установления и поддержки взаимопонимания как с самим пациентом, так и с его или ее родителями или опекунами. Это необходимо, чтобы сделать возможным первичное медицинское вмешательство и последующий терапевтический процесс. Защита конфиденциальности ребенка может быть сложной работой, поскольку мы работаем с родителями, чтобы узнать о развитии их ребенка в условиях семейной динамики; со школой, чтобы оценить способности и ограничения ребенка в обучении, а также с правоохранительными органами и другими учреждениями, чтобы отстаивать интересы ребенка (3). Детский и подростковый психиатр играет существенную роль как специалист, который объединяет, просвещает, консультирует и информирует ребенка и семью о возможных вариантах лечения.

Некоторые нравственно ориентированные правила, применяемые в практике детской и подростковой психиатрии, очевидны; большинство специалистов знают о них и согласны с ними. Например, правила, запрещающие сексуальные контакты или жестокое или насильственное лечение, обозначаемые как «нарушение границ». Они основаны на признании того, что такой опыт травмирует ребенка, подрывает его доверие, самооценку и способность к близким отношениям. В других же сферах, связанных с развитием биологии и генетики, биотехнологий, нейровизуализации или инвазивных процедур, психологического тестирования, методов оценки интеллекта и социальных преобразований, возникают этические проблемы (4).

Терапевтическая граница в работе с детьми и подростками

Психотерапия с детьми и подростками это сложная и трудная задача. Во время любого психотерапевтического процесса могут возникать тонкие вопросы, представляющие опасность, связанную с проблемами границ. Работа с дошкольниками предлагает множество примеров, таких как, например, когда ребенок хочет сесть к нам на колени или обнять нас. Дети этого возраста иногда могут разуться, задрать майку или стянуть с себя штаны. Некоторые дети хотят пригласить нас к себе домой, или чтобы мы пришли на какое-то общественное или религиозное мероприятие. Во всех этих ситуациях детскому и подростковому психиатру приходится воздерживаться от действий, которые могут спутать границы, и вместо этого способствовать тому, что ребенок мог выразить свои страстные желания и импульсы словами (5). Маленькие дети могут спрашивать нас о том, какие мы родители, о наших собственных детях и семьях. Они могут хотеть, чтобы мы ежедневно разговаривали с ними по телефону, чтобы поддержать их, или чтобы мы отвели их в кино или в торговый центр. Дети постарше и подростки могут бросать вызов границам, задавая личные вопросы, например, о нашем семейном положении или о том, есть ли у нас дети, или о выборе профессии, который сделали наши дети. Такие вопросы могут быть простым любопытством и потенциальной возможностью лучше понять ребенка. Можно исследовать причину этих вопросов без необходимости давать на них ответ (6).

Терапевтическая нейтральность может быть полезным проводником в продвижении вперед с ребенком или подростком в психотерапевтическом процессе. Эта нейтральность не означает, что детский и подростковый психиатр не заботится о ребенке или что

происходящее в терапии не вызывает у него чувств. Скорее, она имеет отношение к необходимости для терапевта оставаться нейтральным к тем конфликтам и желаниям ребенка, которые стремятся получить удовлетворение от терапевта. Терапевт может любить детей, но он должен понимать, что дети, находящиеся у него на лечении – это не его дети; это пациенты, которые нуждаются в простой и профессиональной помощи (7).

Мы не поощряем и не осуждаем наших детей-пациентов и их поведение. Мы остаемся заинтересованными и хотим понять значение этого поведения для ребенка. Это также справедливо и в отношении нашей работы с родителями и опекунами, поскольку мы стремимся осознавать наши реакции на них, сохраняя нейтральность и оставаясь эмоционально устойчивыми; даже когда мы видим, что определенные подходы или методы воспитания родителей могут быть неправильными.

Помимо переноса и контрпереноса, существует еще много реальных проблем, и необходимо учитывать и действительные отношения ребенка с психиатром, а не только терапевтические отношения. Однако важно понимать, что то, как ребенок-пациент воспринимает нас, и то, как мы воспринимаем его или ее, может дать нам глубокое понимание конфликтов ребенка. Иногда наши реакции на детей, подростков или их семьи говорят больше о нас, чем о них. Знание источников собственных реакций и откликов может позволить нам быть более объективными; это на самом деле может помочь справиться со смятением, возникшем в процессе терапии. Когда детский и подростковый психотерапевт находится в тупике или замешательстве, и терапевтический процесс пробуксовывает, будет разумным проконсультироваться с компетентным и более опытным коллегой (8).

Автономия и детская психотерапия

Все большее признание получает понимание того, что психиатрический пациент-ребенок должен принимать участие в решениях, основанных на понимании и объективности. Существует множество ситуаций, в которых по медицинским или этическим причинам дети должны принимать участие в принятии решений о своем лечении, включая и психотерапию. Это является не только проявлением уважения к ребенку; когда ребенок или подросток чувствуют, что они принимают участие в осознанном решении проходить психотерапию, а не просто соглашаются на то, что им навязывают другие, укрепляется терапевтический альянс (9). В современном мире, когда дети много знают и понимают, вполне уместно, чтобы они участвовали в принятии решений о лечении, касающихся их самих, когда у них есть понимание и ясное сознание, чтобы принять решение. Судить о том, что ребенок может принимать участие в таком решении, должен детский психиатр, учитывая отношение родителей, психиатрический диагноз и соответствующую психопатологию (10).

Конфиденциальность как ответственность

Детский и подростковый психиатр несет строгую ответственность за полученную им информацию о ребенке или подростке и его или ее семье. Эта обязанность вступает в силу сразу, как только возникают отношения врач-пациент. Нарушение конфиденциальности является ключевым правовым основанием относительно злоупотреблений в современной психиатрии. Принципы конфиденциальности также служат для подкрепления психотерапевтических отношений между детским и подростковым психиатром и пациентом. Только устанавливая доверительные и конфиденциальные отношения, можно создать терапевтическое пространство. В рамках этого пространства ребенок или подросток могут чувствовать себя достаточно безопасно, чтобы поверить в свою возможность свободно

выражать то, что они думают и чувствуют, без того чтобы их осуждали, мстили им или нападали на них, нарушая их конфиденциальность (11).

Специалисты по детской и подростковой психиатрии всегда стремились понять детей в контексте их биологической наследственности, семьи, сообщества и культуры (12). Рекомендация к прохождению индивидуальной психотерапии обычно отражает понимание того, что во внутреннем мире ребенка есть нарушения, угрожающие его дальнейшему развитию (13).

Сравнение проблем, существующих в Индии и на Западе

В Индии при лечении детей и подростков мы чаще, чем на Западе, сталкиваемся с проблемами в отношении вопросов конфиденциальности. Во-первых, поскольку большую часть детей и подростков приводят на консультации или терапию их родители, то родители считают, что они имеют право знать, что происходит в голове у их детей и не соглашаются с тем, что им говорят, что консультация носит конфиденциальный характер. Во-вторых, часто родители платят за лечение и поэтому ожидают, что терапевт или специалист будет слушаться их, а также, что все, что происходит между терапевтом и их ребенком, будет прозрачно и доступно для них.

Вопросы конфиденциальности в условиях школы

Иногда в Индии терапевту очень трудно взять ребенка или подростка в психотерапию или осуществить терапевтическое вмешательство без согласия их родителей. В большей степени это относится к условиям школы, когда многие родители запрещают даже направление на консультацию к школьному психологу без их согласия (14). Тем, кто занимается психотерапией детей и подростков, приходится сталкиваться с необычайными сложностями в попытках сохранить конфиденциальность своих пациентов. Детские и подростковые психиатры редко работают в вакууме, изолированно от взаимодействия с родителями или опекунами. Когда такое случается – когда родители или опекуны не взаимодействуют с психиатром – в крайне редких случаях это может говорить о доверии родителей к процессу и уважении к конфиденциальности своего ребенка. В большинстве случаев, что гораздо хуже, это говорит об отсутствии у родителя интереса к эмоциональной жизни своего ребенка и о полном перекалывании ответственности за благополучие ребенка на детского и подросткового психиатра (15).

Автономия ребенка – Индия vs Западный мир

В Индии больше, чем на Западе, принято считать, что дети ничего не скрывают от своих родителей, и что родители должны знать все, что касается проблем их ребенка. Действительно, это часто уязвляет самолюбие родителей, когда ребенок решает обратиться к консультанту. Родители считают, что ребенок не уверен в них и предпочитает выносить сор из избы вместо того, чтобы сохранить все в пределах семьи. На Западе детских психиатров лучше принимают, и существуют строгие законы, касающиеся конфиденциальности и почти любой проблемы в психотерапии, которых не хватает в развивающихся странах. В Индии лишь недавно появилось само понятие о детском психиатре и ребенке, которому нужна психологическая помощь, и потребуются немало лет, чтобы последовало полное признание.

Конфиденциальность и процесс терапии

В одной ситуации, детские и подростковые психиатры оказываются перед необходимостью оберегать конфиденциальность психотерапевтического процесса от родителей и опекунов, которые могут быть вторгающимися и назойливыми. В других случаях, терапевт может просить родителей, которые воспринимаются как холодные и безразличные, быть более вовлеченными и открытыми (16). Родители и опекуны имеют право получать информацию обо всех видах лечения, получаемого их ребенком, включая и психотерапию, и они должны быть курсе того, как продвигается это лечение. Психотерапевтический процесс, который родители смутно себе представляют, может вызвать недовольство терапевтом и недоверие к нему, что приведет к преждевременному прерыванию терапии.

Детский и подростковый психиатр должен соблюдать баланс между правами родителей и опекунов и клиническими показаниями к общению с ними. Дети должны быть уверены в достаточной конфиденциальности, чтобы терапия имела эффект. Дети и подростки могут не раскрывать жизненно важную информацию, если они не чувствуют такой уверенности; они могут воспринимать терапевта как посредника, который собирает информацию о них и их недовольстве, чтобы выложить ее их родителям (17). Это также может относиться и к школе, когда информация может передаваться учителям или руководству школы.

Просвещение относительно терапевтического процесса и выражения эмпатии

Прежде, чем предлагать психотерапию, детский и подростковый психиатр должен обсудить с родителями структуру психотерапевтической рамки, вид терапии, вмешательства в психику и, самое главное, их обоснование. Необходимо уделить внимание и вопросам личной жизни ребенка и ее конфиденциальности. Важно подтвердить родителям, что их будут периодически информировать о процессе и результатах вмешательства.

Родителям можно сказать, что уверенность их ребенка в относительной конфиденциальности происходящего в процессе психотерапии критически важна для ее эффективности, но что им также будет предоставляться необходимая информация, чтобы помочь им понимать своего ребенка и заботиться о нем. Также необходимо успокоить родителей относительно того, что информация о том, что представляет собой непосредственную опасность – для их ребенка или для других – не будет скрываться от них. Выражая сочувствие родительским трудностям, их чувствам и их тревогам и беспокойствам и четко признавая временную роль детского и подросткового психиатра в жизни ребенка, в отличие от родителя, мы всегда можем укрепить союз с родителями и их согласие с конфиденциальностью их ребенка (18).

О необходимости вовлеченности родителей

При работе с ребенком или подростком также необходимо уделить внимание структуре психотерапевтической рамки. Нужно обсудить необходимость периодических контактов с родителями и опекунами, подчеркивая важность сохранения конфиденциальности ребенка на этих встречах. Нередко родитель рассказывает о том, что сделал ребенок, явно и неявно намекая на то, что детскому и подростковому психиатру нужно обратиться к этим проблемам на предстоящей сессии. Иногда родители пытаются рассказывать об этом в комнате ожидания. Такие сообщения подрывают уверенность ребенка или подростка в автономности его или ее процессов и конфиденциальности. Это также является неуважением к границам времени ребенка и терапевтическому пространству. Встречи с родителями в заключительной части сессии с ребенком или сразу после сессии с ребенком

могут способствовать фантазии ребенка о том, что детский и подростковый психиатр докладывает родителям о нем, угрожая уверенности ребенка в том, что соблюдается конфиденциальность его сессии. Обсуждение проблем в комнате ожидания является очевидным нарушением конфиденциальности ребенка (19).

Общение с другими заинтересованными сторонами

Может поступать много запросов на получение информации о ребенке или подростке, находящемся в психотерапии или на лечении. Это более характерно при работе школьных служб психологической помощи, где учителя и руководство школы хотят знать о ребенке. Иногда требуется письменный отчет о состоянии ребенка или о ходе процесса лечения. Детские и подростковые психиатры становятся хранителями информации и защитниками конфиденциальности своих пациентов. Они решают сколько, кому и что им рассказать. Отвечая на любой запрос о предоставлении информации о своем пациенте, детский и подростковый психиатр должен рассматривать целесообразность, необходимость этого и возможное воздействие того, что станет известно, на ребенка, семью и лечение или психотерапевтический процесс.

Рассматривая письменное или устное сообщение от третьей стороны, детский и подростковый психиатр должен обсудить этот запрос с ребенком и родителями или опекунами. Отчеты, запрашиваемые школами, судебными инстанциями или больницами, должны быть тщательно проанализированы и внимательно проверены на предмет того, соответствует ли их содержание потребностям запроса и содержат ли они информацию о ребенке или других лицах, выходящую за рамки того, что требуется. Детский и подростковый психиатр всегда должен думать о долговременных последствиях того, что было раскрыто, включая и то, может ли человек или организация, получающие запрашиваемые материалы, обеспечить конфиденциальность, соответствующую содержанию этих отчетов. Когда записи могут содержать больше информации, чем это целесообразно, ребенок и детский психиатр могут составить обобщающее письмо, которое будет включать только необходимую информацию, но не более того (20).

Общение через интернет и по телефону

Многие проблемы, с которыми детский психиатр может столкнуться, используя электронные средства связи, обсуждались в блестящем обзоре, посвященном этой теме (21). Коммуникация по электронной почте может стать конструктивной возможностью, но здесь есть три области беспокойства по поводу этичности: проблемы, свойственные самому механизму электронной связи, вопросы конфиденциальности и потеря элементов, составляющих суть терапевтического действия, связанного с отношениями психиатр-пациент. Часто электронные сообщения могут увидеть другие, поскольку многие подростки взламывают почту друг друга. Это может привести к обнародованию конфиденциальной информации. Терапевту строго запрещается общаться с детьми или подростками в блогах или социальных сетях. То же самое верно в отношении переписки в мессенджерах или разговорных сетях, поскольку безопасность этих сайтов вызывает большое беспокойство. Также разумно, чтобы любой терапевт, который присутствует в социальных сетях, избегал добавления в друзья своих клиентов детского или подросткового возраста, так как это означает нарушение отношений терапевт-пациент.

Ограничения в возможности обеспечить безопасность информации, передаваемой в электронном виде, создает угрозу конфиденциальности, несмотря на ложную

защищенность, которую дает наличие пароля. Проведение психотерапии посредством электронной связи тоже выглядит проблематичным. Электронная связь, заменяющая непосредственное общение в кабинете, лишает психиатра жизненно важной информации, связанной с мимикой, языком тела и тоном голоса. В текстовом сообщении эмоции выхолащены, утрачена спонтанность и максимально усилена возможность редактировать сообщение. В свою очередь и пациент лишен голоса, мимики и языка тела детского и подросткового психиатра – существенных элементов общения, которые оказывают сильное влияние на терапевтические отношения, процесс и ход событий (22).

Подходящее время и место для контакта и терапевтической работы заменяется более аморфным киберпространством. Непосредственный и визуальный контакт замещаются невидимостью. По тем же причинам не рекомендуется использование телефона как постоянной альтернативы личным встречам. Потеря возможности для терапевта видеть пациента и для пациента видеть терапевта может серьезно ограничить общение и понимание.

Психотерапия детей и подростков в условиях стационара

Детский и подростковый психиатр, который проводит психотерапию с госпитализированным пациентом сталкивается с особыми трудностями, пытаясь найти баланс между необходимостью сохранять конфиденциальность пациента и необходимостью к открытости в условиях больницы. Принципы общения с родителями могут служить примером того, какой информацией можно делиться с персоналом больницы. Детский и подростковый психиатр как психотерапевт может использовать свои знания о ребенке, чтобы улучшить понимание лечебным персоналом ребенка, не предоставляя больше информации, чем это необходимо. То, что может быть сказано персоналу, сначала следует обсудить с ребенком (23).

Встречи за пределами терапевтического пространства

Публичные встречи с пациентами бросают вызов неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности, а также анонимности детского и подросткового психиатра. Хотя публичные встречи могут быть неожиданными, некоторые из них можно предвидеть и избежать. Когда детский и подростковый психиатр знает, что родители ребенка могут присутствовать на мероприятии, которое он или она собираются посетить, он или она могут отказаться от посещения этого мероприятия или обсудить возможную встречу с ребенком или родителем заранее. В целом, лучше всего, если детский и подростковый психиатр объяснит пациенту и родителям, что в случае, если они столкнутся где-то за пределами кабинета, психиатр сделает вид, что не знает их, если только они сами не начнут здороваться с ним (24).

Вопросы контрпереноса

Контрпереносом называются чувства и отношение к пациенту, вытекающие из ранних ситуаций в жизни аналитика, которые смещаются на пациента и могут включать эмоциональные реакции на пациента, как сознательные, так и бессознательные, особенно такие, которые мешают пониманию и применению метода.

Значение контрпереноса и нейтральности для этики проведения психотерапии заключается в критической важности внимания детского и подросткового психиатра к его собственным

эмоциональным реакциям на пациента, а также на родителей или опекунов пациента. Хотя такие реакции неизбежны и могут дать важную информацию для понимания пациента, подростковый психиатр обязан проявлять бдительность в отношении того, как эти реакции могут повлиять на ход психотерапевтического процесса. Типичные тревожные сигналы в поведении терапевта включают регулярные опоздания на сессии, продление сессий, прикосновения к пациенту, подарки пациенту, встречи с пациентом вне плановых сессий, особенно вне кабинета. Детские и подростковые психиатры будут сталкиваться с пациентами и семьями, придерживающихся различных культурных, религиозных и политических убеждений, которые могут отличаться от их собственных. Детские и подростковые психиатры должны воздерживаться от искушения навязывания собственных ценностей в качестве средства оказания помощи ребенку в его конфликтах (25).

Клинические супервизии для детских психотерапевтов

В Индии существует несколько хороших программ по обучению детской психотерапии, но не многие из них уделяют внимание супервизии психотерапевтической работы. Доступны посты наблюдения, где можно встретиться со старшим коллегой для получения помощи в психотерапии взрослых и детей, однако почти нет центров, где можно взять пациента под супервизию. Рекомендации и правила проведения клинической супервизии для взрослых, хотя и хорошо сформулированные за рубежом, в Индии отсутствуют, не говоря уже о детях. Мы должны углубить наше понимание, а также усовершенствовать образовательные программы, чтобы улучшить квалификацию детских психотерапевтов и качество психотерапии в Индии.

Заключение

Как отмечалось выше, существует множество этических вопросов, которые управляют проведением психотерапии детей и подростков. Достижения в детском развитии, глобализация, век технологий, различные способы воспитания, религиозные, культурные факторы, социально-экономические факторы, правовые требования, условия терапии и собственные суждения терапевта должны привлекать внимание к обсуждению того, как эти этические принципы применяются в различных ситуациях. Однако самым важным остается обязанность психотерапевта создать и оберегать целостность психотерапевтического пространства для того, чтобы дать детям или подросткам свободу обозначать, проверять, исследовать и, как мы надеемся, решать проблемы, которые привели их в терапию. Детская и подростковая психотерапия, включая сопровождающие ее этические проблемы, являются вызовом для любого психиатра; но уж коли вызов брошен, на него нужно отвечать.

Ссылки

1. Dell ML, Kinlaw K. Theory can be relevant: An overview of bioethics for the practicing child and adolescent psychiatrist. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008 Jan;17(1):1-19, vii.
2. Schetky DH. Boundaries in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1995;4(4):769-78.
3. Simon RI, Williams IC. Maintaining treatment boundaries in small communities and rural areas. *Psychiatr Serv.* 1999 Nov;50(11):1440-6.
4. Fuentes J, Martin-Arribas MC. Bioethical issues in neuropsychiatric genetic disorders. *Child*

- Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2007 Jul;16(3):649-61.
5. Stalets MM, Luby JL. Preschool depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2006 Oct;15(4):899-917.
 6. DeSocio JE. Assessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2005 Apr-Jun;18(2):53-61.
 7. March JS. The future of psychotherapy for mentally ill children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009 Jan;50(1-2):170-9.
 8. Henretty JR, Levitt HM. The role of therapist self disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clin Psychol Rev.* 2010 Feb;30(1):63-77.
 9. Koocher GP. Ethics in child psychotherapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1995; 4 Apr (4):779-91.
 10. Kuther TL. Medical decision making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence.* 2003 Summer;38(150):343-58.
 11. Koocher GP. Ethical issues in psychotherapy with children and adolescents. *J Clin Psychol.* 2003 Nov;59(11):1247-56.
 12. Josephson AM. Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2004 Jan;13(1):71-84.
 13. Nigg JT. Temperament and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Mar-Apr;47(3-4):395-422.
 14. De Sousa A. School counseling: challenges and future strategies. *Indian Journal of Private Psychiatry.* 2009 Jan;3(1):16-20.
 15. Johnson HC, Cournoyer DE, Fisher GA, McQuillan BE, Moriarty S, Richert AL, Stanek EJ, Stockford CL, Yirigian BR. Children's emotional and behavioral disorders: attributions of parental responsibility by professionals. *Am J Orthopsychiatry.* 2000 Jul;70(3):327-39.
 16. Stewart-Brown S. Improving parenting: the why and the how. *Arch Dis Child.* 2008 Feb; 93(2):102-4.
 17. Vernick AE. Forensic aspects of everyday practice: legal issues that every practitioner must know. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002 Oct;11:905-28.
 18. Recupero PR. Ethics of medical records and professional communications. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008;17:37-51, vii.
 19. Lewis O. Psychological factors affecting pharmacological compliance. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1995 Jan;4(1):15-22.
 20. Fortunati FG Jr, Zonana HV. Legal considerations in the child psychiatric emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2003 Oct;12:745-61.
 21. Recupero PR. E-mail and the psychiatrist patient relationship. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2005;33:465-75.
 22. Recupero PR, Rainey SE. Forensic aspects of e-therapy. *J Psychiatric Practice.* 2005; 11(6):405-10.
 23. Sondheimer A. Ethics and child and adolescent psychiatry. *Acad Psychiatry.* 1996;20(3): 150-7.
 24. Olfson M, Marcus SC, Pincus HA. Trends in office based psychiatric practice. *Am J Psychiatry.* 1999;156:451-7.
 25. Ascherman LI, Rubin S. Current ethical issues in child and adolescent psychotherapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008;17:21-35.