

Joanna Helios
Wioletta Jedlecka
(Uniwersytet Wrocławski)

○ RÓWNOŚCI W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ ZE STANOWISKA ETYKI

ABSTRACT

ON EQUALITY IN THERAPEUTIC RELATIONSHIPS FROM THE POSITION OF ETHICS

The nature of the relationship between a patient/customer and a psychotherapist (a psychiatrist or a psychologist) is quite unique. Persons suffering from different emotional problems often use the services of psychotherapists. However, the patient/customer – psychotherapist relationship may cause issues of an ethical/bioethical nature. Deliberately or unconsciously, psychotherapists are able to interfere in the identity of their patients/customers; influence their decisions and life choices. The principle of the autonomy of the patient plays an essential role. There is no equality between the sides in the patient/customer – psychotherapist relationship, unless psychotherapists observe fundamental ethical principles. Ethics is supposed to set the borders for acceptable alterations to the identities of persons using the help of psychotherapists. In achieving equality in the therapeutic relationship, clinical supervision comes in handy, as well.

By and large, the authors' aim is to show that ethics should set the borders of the relationship between the psychotherapist and the patient/customer and should guarantee equality between the sides in the therapeutic relationship. The article seeks to contribute to further discussion.

KEYWORDS: equality, therapeutic relationship, ethics, patient autonomy, supervision
SŁOWA KLUCZOWE: równość, relacja terapeutyczna, etyka, autonomia pacjenta, superwizja

Charakter relacji pacjent / klient a terapeuta (psychiatra czy też psycholog) jest szczególnie. Osoby cierpiące na różnorakie problemy emocjonalne często korzystają z usług terapeutów. Relacja pacjent / klient – terapeuta może powodować problemy na płaszczyźnie etyki / bioetyki. Istotna jest zasada autonomii pacjenta. Terapeuci w sposób świadomy lub nieświadomy mają możliwość ingerowania w tożsamość swoich klientów / pacjentów; wpływają na ich decyzje i wybory życiowe. W relacji klient / pacjent – terapeuta nie będzie równości pomiędzy stronami jeśli terapeuci nie będą przestrzegać podstawowych zasad etycznych. To etyka ma wyznaczać granice możliwie dopuszczalnych modyfikacji tożsamości osób korzystających z pomocy terapeutów. Pomocna w osiągnięciu równości w relacji terapeutycznej jest superwizja.

W ogólności naszym zamierzeniem jest pokazanie, iż etyka powinna wyznaczać granice relacji terapeuta – klient / pacjent i gwarantować równość podmiotów między uczestnikami relacji terapeutycznej. Przy czym, co bardzo ważne, etyka może nas wspierać w trudzie podejmowania decyzji, ale nigdy nas nie wyręczy. Niniejszy tekst stanowi jedynie przyczynek do dalszej dyskusji.

I

Zacząć należy od tego, że terminy „etyka” oraz „moralność” mają charakter wieloznaczny. Używa się tych terminów w różnych kontekstach, które wpływają na nadawane tym terminom znaczenia. Gdy mówi się o sądach „moralnych”, to ma się na myśli określonego rodzaju oceny i normy uznawane przez ludzi i wykorzystywane do kwalifikacji swoich i cudzych zachowań w kategoriach „dobra” i „zła”. Ocena moralna to wartościowanie kogoś bądź czegoś jako „dobrego” bądź „złego”. Norma moralna natomiast jest wskazaniem sposobu, w jaki powinno się postępować, żeby postępowanie owo było „dobre”. Problemy moralne polegają zatem na rozstrzygnięciu tego, co należy czynić, aby czynić „dobrze” lub też, jakie stany rzeczy czy fakty należy oceniać jako „dobre”. Każdy człowiek w swoim życiu wciąż dokonuje ocen, wartościowań moralnych oraz kieruje się pewnymi normami moralnymi. Można więc rzec, że moralność to „całokształt ocen i norm stanowiących rozstrzygnięcia tego rodzaju problemów”¹. Zarówno moralność rozumiana

1 Zob. T. Pietrzykowski, *Etyczne problemy prawa. Zarys wykładu*, Naukowa Oficyna Wydawnicza, Katowice 2005, s. 9–10.

jako przyjmowane przez dane jednostki, ich grupy czy środowiska oceny i normy postępowania, jak i treść poszczególnych doktryn moralnych wraz z argumentami wysnuwanymi na ich poparcie stanowi przedmiot zainteresowania nauki o moralności, nazywanej też etyką opisową. Przekonywanie zaś do przyjęcia pewnych wartości czy norm moralnych nazywane jest etyką normatywną lub filozofią praktyczną, a więc zbiorem usystematyzowanych i spójnych doktryn oraz racji moralnych mających wskazywać, jakie oceny i normy moralne powinno się przyjmować, a zatem, w jaki sposób należy rozwiązywać problemy moralne². Należy zaznaczyć, że termin „etyka” często jest używany zamiennie z terminem „moralność”. Traktuje się je synonimicznie. W literaturze poświęconej tej tematyce sugeruje się jednakże odróżnianie tych dwóch pojęć i posługiwanie się terminem „moralności” na oznaczenie zjawiska społecznego obejmującego rzeczywiście przyjmowane oraz praktykowane oceny i normy moralne istniejące w danych społecznościach, a terminem „etyka” na określenie istniejących doktryn moralnych, argumentacji, zbiorów, zaleceń i wskazówek, co do tego, jako postępować „słusznie”³. Propozycja ta nawiązuje do tradycji filozoficznej, sięgającej Arystotelesa, w której to termin „etyka” oznacza filozoficzną refleksję nad moralnością, rozumianą jako próbę rozumowego uzasadnienia takich czy innych poglądów moralnych⁴. Jacek Hołówka podkreśla, że terminem „etyka” określa się system normatywny, który wyznacza obowiązki i wartości moralne. Terminem „moralność” z kolei określa się poglądy moralne, opinie, przekonania, postawy i postanowienia. Przekonania przy tym są zawsze czyimiś przekonaniem, a moralność jest zawsze wytworem konkretnych jednostek lub grup. Moralność może być przedmiotem badania socjologicznego, psychologicznego czy antropologicznego. Można badać jej źródła, sposób powstania i ewolucję, jej przemiany bądź zanik. Etyka zaś jest niezależna od czyichkolwiek opinii czy poglądów na temat wartości i norm moralnych. Nie wynika z faktów i nie da się jej do faktów sprowadzić. Jest pewnym tworem teoretycznym i w pewnym sensie idealnym. Etyka różni się od moralności, gdyż ma obowiązywać powszechnie i niezmiennie, niezależnie od tego, czy się jej przestrzega, czy też nie⁵. Richard B. Brandt za „standardową” metodę myślenia etycznego

2 *Ibidem*, s. 13, 12.

3 Tak M. Ossowska, *Podstawy nauki o moralności. Suplement*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa–Wrocław–Kraków–Gdańsk 1994, s. 46.

4 Za: T. Pietrzykowski, *Etyczne problemy...*, s. 14.

5 J. Hołówka, *Wstęp*, [w:] R.B. Brandt, *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, przeł. B. Stanosz Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. XIII–XIV.

uważa *metodę kontrolowanej postawy*. Opiera się ona na niekwestionowalnym założeniu, że chociaż etyka nie sprowadza się do moralności, nie może być od niej jednak zupełnie oderwana. Jeżeli wielu przyzwoitych ludzi ma ten sam pogląd na jakąś kwestię dotyczącą stosowności postępowania, to orzeczenia etyki normatywnej muszą tę powszechną opinię podtrzymywać. W przeciwnym razie trzeba by było uznać, że etyka żąda czegoś zupełnie innego niż to, co postulują liczne jednomyślne jednostki kierujące się swoimi przekonaniemiami moralnymi. Metoda kontrolowanej postawy jest techniką sprawdzającą, czy określona postawa moralna jest jednocześnie postawą etyczną⁶. Zbieżność ta – zdaniem Brandta – zachodzi wtedy, gdy dojdzie do zharmonizowania czterech czynników: postawy, zasad postępowania, wymogów formalnych, które muszą być spełnione, by można było przyjąć te zasady oraz reguł odzucania postaw niestusznych⁷.

Stosunkowo niedawno (mniej więcej w połowie XX wieku) pojawił się w etycznej debacie termin „etyka stosowana”. Nie oznacza to jednak, że etycy wcześniej nie zajmowali się kwestiami szczegółowymi. Zajmowali się, zaś poświęcony im dział etyki nazywano etyką szczegółową. Etyka szczegółowa ujęta tradycyjnie określała, co powinniśmy, a czego nie powinniśmy czynić w ramach ogółu gatunkowo dookreślonych ludzkich działań. Etyka stosowana, rozumiana jako filozoficzno-normatywne studium obejmujące systematyczny namysł nad problemami moralnymi, powstałymi w jakiejś szczegółowej dziedzinie życia, nie jest jakąś zasadniczą, nową w stosunku do tradycyjnie rozumianej etyki szczegółowej, refleksją nad moralnością, stanowi zaś istotne zawężenie zakresu badań. Etyka stosowana ma także swój „filozoficzny rodowód”. Początek ubiegłego wieku był zdominowany w etyce sporami natury metaetycznej. Dyskutowano przede wszystkim nad naturą dobra oraz nad sposobami jego poznania. Spory te nie odnosiły się jednak wprost do moralnych problemów codzienności, a problemów tych przybywało wraz z postępem w naukach szczegółowych. W związku z tym zaczęły pojawiać się głosy, aby uczynić etykę „bliższą życiu”. Etyka przestała wówczas być dyscypliną li tylko akademicką, pojawił się w niej trend do zajmowania się właśnie problemami praktycznymi. Spośród etyk stosowanych jako bioetyka była pierwszą, która zyskała samodzielność jako odrębna dyscyplina etyki szczegółowej. Następnie pojawiła się etyka biznesu. Starsza od bioetyki jest na pewno etyka lekarska, pojmowana jako etyka

⁶ *Ibidem*, s. XXI.

⁷ R.B. Brandt, *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej...*, s. 427.

moralnych powinności lekarza względem pacjenta. W miarę pojawiania się problemów wiążących się z moralną oceną zastosowań współczesnej biomedycyny, okazał się, że wykraczają one zagadnienia związane z relacją: lekarz – pacjent. Ów nowy obszar problemów moralnych związanych z biomedycznymi ingerencjami dotyczącymi powstania ludzkiego życia, jego trwania i śmierci został zagospodarowany właśnie przez bioetykę. Problemy moralnej dopuszczalności klonowania człowieka, wykorzystywania ludzkich zarodków do pozyskiwania pierwotnych komórek macierzystych czy tworzenia hybryd ludzko-zwierzęcych to także kwestie natury bioetycznej. Etyką stosowaną, która zajmuje się ingerencją w „naturę pozaludzką”, jest etyka środowiskowa lub etyka środowiska naturalnego. Wyodrębnienie tej etyki usprawiedliwia się nie tylko możliwościami modyfikowania natury roślin i zwierząt, ale także wzrastającą świadomością, jak wielką wartość samą w sobie stanowi środowisko naturalne człowieka. Etyka biznesu jest przedłużeniem funkcjonującej wcześniej w ramach etyki szczegółowej etyki gospodarczej. Szczególnym jej wyzwaniem są współczesne problemy globalizacji. Obok nich wyróżniane są też: etyka prawnicza, etyka pedagogiczna, etyka środków przekazu (dziennikarska), etyka badań naukowych, etyka komputerowa (informacyjna), etyka polityczna, etyka wojenna, etyka sportu i rekreacji, etyka psychiatryczna i etyka seksualna. Za dyscyplinę etyki stosowanej uważana jest przez niektórych etyka weterynaryjna, czy etyka archeologiczna. Podkreślić należy, że w ramach poszczególnych etyk stosowanych wyodrębniły się ich pewne podgrupy, np. w ramach bioetyki mówi się o etyce klinicznej czy o etyce kontroli urodzeń. Problemy moralne zawodu psychologa, które interesują nas w sposób szczególny, nie są obejmowane nazwą „etyka psychologiczna”. Niektóre z kwestii są tu rozpatrywane w ramach etyki psychiatrycznej, a w odniesieniu do innych mówi się o etyce dla psychologów lub etycznych konfliktach w psychologii. Zaznacza się też wyraźnie, że etyka w psychologii, to nie to samo, co psychologia moralności⁸. Etyka stosowana może być uprawiana przy tym „z góry” bądź „z dołu”. Kierunek „z góry na dół” jest typowy dla uprawiania etyki stosowanej na podstawie teorii etycznej. Należy zdawać sobie sprawę z „teoretycznych uwarunkowań” etyk stosowanych, budowanych na podstawie teorii etycznych, nie są to jednak różnice, które wykluczają

⁸ B. Chyrowicz, *Etyka stosowana: teoria w praktyce*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008, s. 35–39.

możliwość zbudowania etyk stosowanych zawierających zasadniczo, niezależnie od odmiennych stanowisk w odniesieniu do sposobu uzasadniania norm, ten sam zbiór szczegółowych, normatywnych rozwiązań. Etyką taką może być etyka dla psychologów – jak wskazuje się w literaturze. Podstawą etyki stosowanej uprawianej zaś „z dołu” są konkretne przypadki, czyli kazusy. Analiza kazusów, cenna w refleksji etycznej, może być też uprawiana równie dobrze w ramach teorii, a mianowicie wtedy, gdy rozpatrywana pod względem moralnym sytuacja jest oceniana poprzez odniesienie do ogólnych rozstrzygnięć teorii⁹.

Zarówno etykę, jak i psychologię interesuje ludzkie działanie (zachowanie). Jednakże inny jest zakres zachowań będący przedmiotem analiz etyki i psychologii. Materialnym przedmiotem etyki są jedynie rozumne i wolne działania człowieka, tylko takie też działania mogą być przedmiotem moralnej oceny. Nie poddawane są osądom moralnym tzw. *uczynienia*, czyli sytuacje, w których nie jesteśmy podmiotami działania, lecz raczej „terenem działania”. Przykładami uczynień mogą być właściwe dla ludzkiego organizmu procesy fizjologiczne, odruchy warunkowe, ból, a także ziewanie i sen, czyli wszystko, na co człowiek nie ma bezpośredniego wpływu i co nie jest rozumnym i wolnym działaniem. Etyk nie będzie też poddawał ocenie moralnej działań, które co prawda zdają się mieć autora w postaci rozumnego i wolnego podmiotu, ale w trakcie ich spełnienia świadomość podmiotu była w poważnym stopniu zaburzona, sprawiając, że nie działał w sposób autonomiczny (wolny), czyli nie można mu przypisać odpowiedzialności za skutki działania. Z kolei psycholog nie będzie analizował moralnej odpowiedzialności za zewnętrzne skutki działań, chociaż za interesujące uzna, jak dalece podmiot się z nim identyfikuje. Zarówno psychologa, jak i etyka zainteresuje prócz zewnętrznej również wewnętrzna sfera ludzkiego działania. Inny będzie punkt widzenia etyka, inny psychologa. Etyk będzie analizował wewnętrzną sferę działania w kategoriach dobra i zła, natomiast psychologa zainteresują psychiczne uwarunkowania. Dobrym przykładem dla wskazania różnic w podejściu do tego samego elementu ludzkiego działania mogą być emocje. Etyka i psychologia *spotykają się* w punkcie wyznaczonym przez przedmiot materialny obu nauk, przy czym zakres działań interesujący psychologa jest szerszy, obejmuje również działania nieświadome i podświadome, które nie są przedmiotem moralnej oceny. Zdecydowanie inny jest aspekt formalny obu nauk: etyka

⁹ *Ibidem*, s. 40–44.

stawia pytanie o to, czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu, działania te są moralnie poprawne; psychologia stara się dociec wszelkich przyczyn działania człowieka, nie tylko tych, które mieszczą się w jego intencji. Etyk analizuje i ocenia, psycholog analizuje i opisuje¹⁰.

Dla psychologa moralności moralność jest faktem psychicznym. Stara się on odkryć motywy jakie towarzyszą wydawanym ocenom moralnym (pochwałom/ naganom), związki między charakterem a moralnością, znaczenie naturalnych predyspozycji moralnych człowieka i jego moralnych przeżyć, a także miejsce uczuć w działaniu fenomenu doświadczenia sumienia. Problemem często poruszonym przez psychologów i etyków / filozofów jest żal i poczucie winy. Wszystkim nam znane jest twierdzenie, które ma znaczenie dla prawników, że postępowanie człowieka chorego psychicznie jest nieprawidłowe w tym sensie, że nie mieści się w kanonach właściwego dla naszego gatunku racjonalnego działania, nie staje się przez to jednak moralnie złe¹¹.

Integracja osobowa w sensie psychologicznym wymaga, aby podstawowe elementy osobowości były ze sobą powiązane w sposób przyczyniający się do skutecznego funkcjonowania osoby. Aspekty tak rozumianej osobowości nawiązują wyraźnie do wartości moralnych. Równowaga psychiczna, odporność na stres, a także spójna i jednoznaczna wizja własnego życia wymagają perspektywy, w której istotne jest poczucie sensu i celu istnienia, a więc kategorii już egzystencjalnych, już to moralnych. Autonomia osoby, a dokładnie jej odzyskanie, jest jednym z najczęściej wymienianych celów psychoterapii¹².

II

Podstawowe zasady etyczne odgrywają ważką funkcję w zawodzie psychologa / terapeuty. Do **kluczowych zasad** możemy zaliczyć:

-
- 10 B. Chyrowicz, *Etyka psychologiczna: jeszcze jedna etyka?*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008, s. 48–50.
 - 11 B. Chyrowicz, *Etyka jako filozoficzny namysł nad moralnością*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa...*, s. 19–20.
 - 12 B. Chyrowicz, *Etyka psychologiczna: jeszcze jedna etyka?*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa...*, s. 56–57.

- działanie na rzecz dobra klienta i nieszkodzenie mu;
- odpowiedzialność wobec klientów i społeczności, wierność standardom zawodowym;
- integralność, uczciwość zawodowa;
- sprawiedliwość;
- respektowanie praw człowieka, jego godności¹³.

W Kodeksie Zasad Etycznych Psychoterapeuty odnajdujemy zasady etyczne postępowania wymaganego od psychoterapeuty, który jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zasady wymienione w tym Kodeksie zostały opracowane w oparciu o wieloletnie doświadczenie polskiego środowiska psychoterapeutów. Uwzględniono zapisy Kodeksów Etycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii. Proces psychoterapii oparty na szczególnego rodzaju relacji między osobą pozostającą w terapii a psychoterapeutą, jest integralnie związany z problematyką etyczną. W części dotyczącej zasad (Zasada II: Odpowiedzialność) czytamy między innymi, iż:

- psychoterapeuta powinien być świadom wpływu na życiowe decyzje podejmowane przez swoich pacjentów w wyniku psychoterapii;
- psychoterapeuta powinien unikać takich relacji, które mogą ograniczać jego bezstronność i prowadzić do konfliktu interesów;
- terapia winna być prowadzona jedynie tak długo, jak długo trwa osiągnięcie uzgadnianych przez pacjenta i terapeutę celów terapeutycznych.

W zasadach szczegółowych Kodeksu Zasad Etycznych Psychoterapeuty mamy zapis odnoszący się do konfliktu interesów. Zgodnie z Kodeksem w przypadku konfliktu interesów własnych lub instytucji zatrudniającej psychoterapeutę, a dobrem pacjenta obowiązuje zasada „dobro pacjenta jest najwyższym prawem”. Kodeks w sposób dość szczegółowy odnosi się do problemu niezmiernie trudnego, który dotyczy relacji psychoterapeuty z osobą będącą w terapii:

- zależność osoby (osób) leczonej nie może być wykorzystana w żaden sposób, emocjonalnie, materialnie ani poprzez naruszenie wolności i godności osobistej;

¹³ M. Toeplitz-Winiewska, *Podstawowe zasady, które powinny być respektowane przez psychologa*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznań, *Etyka zawodu psychologa*,..., s. 86–89.

- nawiązywanie jakiegokolwiek bliskości erotycznej a tym bardziej seksualnej z osobami pozostającymi w terapii jest niedopuszczalnym przekroczeniem relacji psychoterapeuty z osobą pozostającą w terapii;
- nie powinno się prowadzić psychoterapii wobec osoby, z którą pozostaje się w bliskiej relacji (prywatnej lub zawodowej).

Kodeks odnosi się także do zasad etycznych terapii rodzin i par, wskazując, że w terapii rodzin i par terapeuta działa realizując przede wszystkim dobro pary lub rodziny jako całości, nie zaniedbując przy tym interesów poszczególnych osób. Terapia rodziny i pary może być podjęta jedynie w takim zakresie, na jaki wyrażą zgodę wszyscy uczestnicy terapii. Terapeuta ma za zadanie szanować system wartości wszystkich uczestników terapii. W razie konfliktu wartości pomiędzy uczestnikami terapii nie opowiada się po żadnej ze stron. Oczywiście zasada neutralności nie dotyczy sytuacji przemocy w rodzinie lub w relacjach partnerskich. W przypadku przemocy, zagrożenia nią jednej ze stron terapeuta podejmuje środki przewidziane prawem¹⁴.

Psycholog tworzy ze swoim klientem, czy też klientami relację opartą na zaufaniu. Bez zaufania nie ma możliwości tworzenia odpowiednich warunków terapii i współpracy, która jest konieczna do jej przeprowadzenia. Świadomość odpowiedzialności zawodowej wobec klienta czy społeczności oznacza także ścisłe przestrzeganie roli zawodowej i unikanie sytuacji konfliktu ról społecznych. We współczesnym świecie każdy pełni wiele ról społecznych. Dotyczy to również psychologa, który funkcjonuje w wielu rolach zawodowych: diagnosty, terapeuty, nauczyciela, badacza, w życiu prywatnym natomiast – podwładnego lub zwierzchnika, rodzica, przyjaciela, małżonka itp. Odpowiedzialność zawodowa psychologa wyraża się w trosce, aby klient miał właściwe warunki, w których pracuje z psychologiem. Tworzenie poczucia bezpieczeństwa relacji wyrażać się może w odpowiednim otoczeniu, zapewniającym klientowi dobre samopoczucie i pewność, że psycholog koncentruje się na jego problemach. Ważnym elementem budującym zaufanie jest poczucie stałości nawiązanej relacji. Stałość jest limitowana określonym w początkowej fazie współpracy celem, który ma zostać osiągnięty. Zarówno w diagnozie, pomocy psychologicznej czy nauczaniu psychologa obowiązuje dotrzymanie

¹⁴ *Kodeks Zasad Etycznych Psychoterapeuty*, http://psychoterapia-ptp.pl/wp-content/uploads/2014/05/Kodeks-Etyczny_projekt.pdf [dostęp: 8 maj 2016].

warunków zawartej umowy. Przerwanie relacji bez wyraźnych powodów i bez zapewnienia dalszej opieki innego psychologa jest zdecydowanym złamaniem zasad odpowiedzialności. Każda sytuacja, która ogranicza obiektywizm psychologa, w efekcie prowadzi do niekorzystnych dla klienta rozwiązań – nierzetelnej diagnozy czy nieprawidłowo prowadzonej terapii. Uświadomienie sobie przez psychologa własnych ograniczeń zawodowych, a także zaangażowania emocjonalnego może prowadzić do konieczności przekazania klienta innemu profesjonalście¹⁵.

Profesjonalizm psychologów i psychiatrów wymaga zachowania dystansu do pacjenta i emocjonalnego zaangażowania. Pacjenci zasięgający porady u terapeuty /psychiatry są w sposób szczególny narażeni na emocjonalne zranienia, ponieważ ich relacja, w jakiej pozostają względem terapeuty, jest głęboko intymna, angażująca ich emocjonalnie. Terapia nie może w żaden sposób naruszyć dobra pacjenta. Z punktu widzenia terapeuty, któremu etyk przeczyć nie będzie, jest przede wszystkim skutkiem terapeutycznym, np. wyprowadzenie pacjenta ze stanu depresji. Można sformułować daleko idące pytanie: o jakie dobro chodzi? Należy się zgodzić z twierdzeniem, że ingerencje w ludzką psychikę dotyczą niezwykle głęboko istoty psychofizycznej natury człowieka. Ingerencje terapeuty czynią nas bezbronnymi w rękach terapeuty. **Nie każdy wszak terapeutą ma na uwadze zasady moralne.** Powaga problemu wynika stąd, że ingerencje w psychikę, jakkolwiek mogą wiązać się z jakimś konkretnym, biologicznym uwarunkowaniem ludzkiego organizmu, to dotyczą istotnie osobowej tożsamości człowieka, wpływają na to, kim jesteśmy, jak się identyfikujemy w obszarze naszych racjonalnych wyborów. Za pomocą technik medycznych można modyfikować cielesność człowieka, o tyle ingerencja w psychikę pozwala na modyfikację ludzkiej psychiki. Podobnie jak ma to miejsce w przypadku ingerencji w cielesność, powinniśmy się domagać poszanowania dla zasady autonomii pacjenta /klienta oraz stawiać pytanie o granice moralnie dopuszczalnych modyfikacji nie tylko cielesności, ale ludzkiej osobowej tożsamości. O ile psycholog analizować będzie ewentualne skutki terapii pod kątem zmian osobowości jako takich, o tyle etyk zapyta o to, jak dalece zmiany w świadomości, powstałe na skutek stosowania terapii biomedycznych psychoterapii, mogą

15 M. Toeplitz-Winiewska, *Podstawowe zasady, które powinny być respektowane przez psychologa*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznań, *Etyka zawodu psychologa*,..., s. 86–89.

wpływać na racjonalność i wolność decyzji, ponieważ to właśnie one są decydujące dla moralnej autonomii podmiotu. Moralny niepokój wywołany ingerencjami terapeuty wiąże się z pytaniem o to, czy i jak dalece powodowane przez nie zmiany naruszają tożsamość osoby. Pozostaje kwestia naruszenia autonomii poddanej leczeniu psychicznemu osoby. Obecność sądów wartościujących w diagnostyce psychiatrycznej wiąże się z tym, że źródło zaburzeń umysłowych bywa najogólniej sytuowane między medycyną a moralnością rozumianą jako sfera życiowych problemów pacjenta¹⁶.

Bycie profesjonalistą wymaga przestrzegania zasad etycznych, uwaga ta dotyczy zawodów zaufania publicznego, do których wszak zaliczamy psychologów. Terapeuta, podobnie jak prawnik, występuje w pozycji nadrzędnej wobec klienta, który jest laikiem. Terapeuta występuje w pewnej roli, która oznacza uwikłanie w zachowania ze względu na rolę. Rola lekarza, psychiatry czy adwokata zmienia moralny wszechświat występującej w podrzędnej roli osoby, czyli klienta. Szczególne znaczenie ma tu fakt, że profesjonalista jako ekspert ma klienta lub pacjenta, którego interesy muszą być reprezentowane, obsługiwane lub otaczane opieką przez owego profesjonalistę. Rolą profesjonalisty jest wieloaspektowe przedkładanie interesów klienta lub pacjenta nad interesy jednostek w ogólności. Jednakże często pozycja nadrzędna tzw. fachowców jest wykorzystywana przeciwko klientowi¹⁷. Kluczowe jest określenie takich pojęć jak relacja i rola. Etyki zawodowe są traktowane jako role społeczne. Często dochodzi w życiu codziennym do konfliktu ról. Konflikt ról jest zjawiskiem nieuchronnie występującym w każdym nowoczesnym społeczeństwie, zwłaszcza w dzisiejszych społeczeństwach o skomplikowanej strukturze wewnętrznej. Jednostka ma w nim do czynienia z wieloma wartościami łącznie przez siebie oraz innych afirmowanymi, lecz wchodzącymi ze sobą w kolizje. Uczestniczy ona jednocześnie w wielu grupach, wobec których ma różne, niekiedy kolidujące ze sobą zobowiązania. Konflikt ról można sprowadzić do konfliktu norm. Rola, wzór zachowania, stanowi bowiem zespół norm odnoszących się do jednostki ze względu na

16 B. Chyrowicz, *Etyczne aspekty ingerowania w psychikę i mózg pacjenta (punktu widzenia bioetyki)*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa...*, s. 102–105.

17 por. A.R. Wasserstrom, *Adwokaci jako profesjonalści: kilka zagadnień moralnych*, [w:] W. Galewicz (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2010.

zajmowaną przez nią pozycję społeczną. Konflikt bywa spowodowany reprezentowaniem przez jednego człowieka kilku ról o antagonistycznych dyrektywach postępowania. Czyli można rzecz, iż konflikt bywa spowodowany antagonistycznymi dyrektywami postępowania w ramach jednej roli. W ramach jednej roli może dochodzić do konfliktów zobowiązań wobec różnych ludzi. Ponadto konflikt może być spowodowany kilkoma rodzajami funkcji związanych z określonym zawodem. W ramach ról ludzie wchodzi w różnorakie relacje¹⁸. W przypadku większości relacji we współczesnych społecznościach wzajemna akceptacja jest po obu stronach dobrowolna. Wiele z nich opiera się na kontrakcie, w którym obaj partnerzy deklarują wprost i przy obopólnej zgodzie, jakiego rodzaju działania będą w przyszłości wykonywać dla siebie nawzajem oraz jak długo będzie trwać ich współdziałanie. Wzajemna, także dobrowolna akceptacja wygląda nieco inaczej w przypadku dwojga przyjaciół, czy też znajomych¹⁹, inaczej zgoła wygląda w przypadku relacji pacjent / klient a terapeuta.

W procesie terapeutycznym tworzy się niezwykle silny związek między terapeutą a jego klientem. Związek ten – oparty na zaufaniu klienta do terapeuty – cechuje także dobre porozumienie, życzliwość, akceptacja, szacunek i respektowanie praw każdej ze stron. Jednakże mimo podobieństwa do innych bliskich relacji interpersonalnych terapia jest formalną umową, zawiązaną dla wypełnienia określonego zadania. Zadaniem tym jest pomoc klientowi. Terapia ma charakter jednostronny, albowiem koncentruje się na problemach, emocjach i trudnościach klienta. Umowa /kontrakt określają jego cel, plan, role każdego z uczestników, ograniczenia i zobowiązania. Szereg problemów pojawia się, gdy nie są przestrzegane wyraźnie zaznaczone role – profesjonalisty i klienta. Wiemy już, iż każdy człowiek w tym samym czasie pełni szereg ról społecznych. Psychoterapeuta jest nie tylko profesjonalistą, ale i rodzicem, małżonkiem, przyjacielem, dzieckiem swoich rodziców itp. Bliska relacja w procesie terapeutycznym powoduje, że zwłaszcza w przypadku klienta zamazują się granice między byciem osobą bliską a tym, kto potrzebuje profesjonalnej pomocy. Wedle psychologów amerykańskich relacje

18 Z. Kalita (red.), *Etyka w teorii i w praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 224–229.

19 F. Znaniecki, *Relacje społeczne i role społeczne. Niedokończona socjologia systematyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 119.

z klientami, w których dochodzi do konfliktu ról, powodują najwięcej problemów etycznych. Ta wielość ról pełnionych w relacji terapeutycznej może dotyczyć zarówno różnych ról profesjonalnych, np. terapeuty, nauczyciela, superwizora, jak i roli profesjonalnej oraz prywatnej, np. terapeutki i przyjaciółki. Drastycznym przypadkiem konfliktu ról jest seksualne zaangażowanie psychoterapeuty i klienta. Konsekwencje dla klienta przekroczenia granic przez psychoterapeutę mogą być rozmaite. Przyjęcie osobistej roli przez terapeutę wobec klienta może narazić klienta na cierpienie, niebezpieczeństwo zranienia. Psychoterapeuta może przestać koncentrować się na problemach i potrzebach klienta, a zacząć zaspokajać własne potrzeby. Podstawowym problemem staje się zaburzenie oczekiwań każdej ze stron. Klient nadal potrzebuje pomocy, ale psychoterapeuta „wchodząc” w rolę przyjaciela czy kochanka, oczekuje relacji wzajemnej, czyli zrozumienia, zainteresowania, pozytywnych emocji. Jednocześnie relacja ta nadal jest niesymetryczna. Terapeuta wie dużo więcej o życiu, postawach, marzeniach swojego klienta, klient wie o terapeutce dużo mniej. Owa niesymetryczność wiedzy o sobie nawzajem przeniesiona na grunt prywatny wywołuje u klienta silny lęk przed oceną, a także poczucie uzależnienia i podległości. W określonych sytuacjach może też rodzić się przekonanie, że terapeutę wykorzystano jako cel uwiedzenia klienta. Wykorzystanie seksualne klienta jest jednym z najczęściej wymienianych nadużyć psychoterapeutów. Możemy też mówić o nadużyciu finansowym, wykorzystaniu klienta jako źródła informacji czy też jako osoby wspierającej oddziaływanie społeczne psychoterapeuty. Wprowadzenie osobistych relacji z klientem, wykraczających poza proces terapeutyczny, powoduje, że psychoterapeuta uzależnia klienta od swojej opinii czy aprobaty. Takie uzależnienie utrudnia przekazywanie jednoznacznych informacji zwrotnych o zachowaniach klienta i postępach terapii. Jednocześnie potrzeby terapeuty stają się elementem relacji terapeutycznej. Podobnie zaangażowanie w bliskie relacje po zakończeniu terapii jest oceniane jako nieetyczne, nawet jeśli te relacje nie mają charakteru seksualnego²⁰.

Lekarz terapeuta postrzegający fenomeny związane z chorobą i zdrowiem w nominalnym aspekcie zyskuje swobodę umożliwiającą mu

20 M. Toeplitz-Winiewska, *Udzielanie pomocy psychologicznej*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa...*, s. 251–252.

podejmowanie dialogu terapeutycznego z pacjentem w celu ustalenia celów, zakresu oraz metod leczenia. Istotą dialogu jest udział w nim obu uczestników: pacjenta i lekarza terapeuty. Z tego względu częsty w medycynie paternalizm nie jest nie zwykle w tym dialogu użyteczny. Oparciem dla leczącego i pacjenta ma być ich wzajemna relacja, tworząca się pomiędzy dwoma podmiotami, podejmującymi autonomiczne, uzgadniane, wzajemnie szanowane i respektowane decyzje. Opisana przez M. Opoczyńską-Morasiewicz i J. Morasiewicza²¹ relacja jest też istotą psychoterapii. Osobiste zaangażowanie terapeuty i wynikające z tego jego przeżycia, które są niezbędne dla procesu psychoterapii, stanowią o swoistości relacji terapeuta – pacjent. Relacja ta może czasami prowadzić do konfliktu pomiędzy dobrem terapeuty a dobrem pacjenta, a w konsekwencji do niemożności opowiedzenia się przez terapeutę za dobrem pacjenta. Wskazywany charakter relacji terapeuta – pacjent jest jednym z istotnych czynników wpływających na wagę, jaką należy przypisać aspektowi etycznemu psychoterapii. Przecież to właśnie psychoterapeuta nie zna pacjenta lepiej niż on sam siebie, nie wie też o nim więcej niż on wie o sobie, nie jest ekspertem ani specjalistą od problemów psychicznych pacjenta, choć ma wiedzę ogólną w zakresie problematyki psychicznej ludzi. Psychoterapeuta ma też zwykle lepsze lub gorsze umiejętności w poszukiwaniu przez pacjenta dróg, które muszą sprzyjać jego zdrowieniu. Jedynie zapewnienie o staranności i etyczności może dać terapeuta pacjentowi. Co więcej, w większości podejść terapeutycznych przyjmuje się, że psychoterapeuta jest zobowiązany do szacunku dla autonomii pacjenta. Wielu terapeutów uważa, iż w psychoterapii w znacznie większym stopniu niż w innych metodach leczenia powinna być uwzględniana autonomia pacjenta. Wyrazem tego jest podejmowanie czy kontynuowanie psychoterapii pacjentów, którzy wyrażają myśli samobójcze²² czy też

21 M. Opoczyńska-Morasiewicz, J. Morasiewicz, *Etyka i psychoterapia*, „Psychoterapia” 2015, nr 4 (175), s. 24.

22 Współcześnie obserwowane jest coraz powszechniejsze zjawisko wyrażania żalu przez rodziny pozostałe w żałobie po śmierci samobójczej osoby bliskiej. Do organów ścigania wnoszone są akty oskarżenia przeciwko osobom, które mogły przyczynić się do śmierci danej osoby. Co ciekawe w Polsce proces ten nie objął jeszcze psychologów. Dlatego też rozważane są możliwe sytuacje w kontekście działalności sądów amerykańskich, możliwości pociągnięcia psychologa / terapeuty do odpowiedzialności karnej za śmierć samobójczą osoby objętej przez niego wsparciem lub terapią psychologiczną. Szeroko na ten temat: M. Szeroczyńska, *Odpowiedzialność*

dokonyują samouszkodzeń albo też mają myśli i chęci dokonania czynów agresywnych wobec innych osób²³.

Wielu psychoterapeutów podkreśla kontrowersje związane z neutralnością w psychoterapii. Sama neutralność psychoterapeuty może oznaczać:

- postawę w relacji z pacjentem charakteryzującą się obiektywizmem i bezstronnością;
- reakcje na wypowiedziane przez pacjenta sądy i / lub jego zachowania i emocjonalność, przejawiające się wycofaniem, chłodem, dystansem, sztywnością czy izolacją;
- postawę światopoglądową w odniesieniu do światopoglądu pacjenta;
- równy dystans wobec wewnątrz psychicznych konfliktów pacjenta;
- postawę cechującą się bezstronnością, zarówno wobec pacjenta, jak i osób, z którymi pacjent pozostaje w relacjach;
- postawę wobec uczestników terapii rodzin, terapii małżeńskiej albo pary²⁴.

Nawiązanie relacji terapeutycznej pomiędzy pacjentem i psychoterapeutą, powtórzmy, powoduje, że te dwie osoby stają się stronami w procesie terapii. Wyrazem tego jest zawarcie kontraktu terapeutycznego, gdzie pacjent i terapeuta stają się stronami tego kontraktu. Pacjent jest stronniczy i terapeuta jest stronniczy. Stronniczość pacjenta i terapeuty jest warunkiem terapii rozpoczynanej przez określonego pacjenta / klienta i określonego terapeuta. Zwrócenie się terapeuty w stronę pacjenta, wedle poglądu J. Morasiewicza i M. Opoczyńskiej-Morasiewicz, jest możliwe dopiero wówczas, gdy terapeuta, który jest świadomy swojej stronniczości, podejmuje wysiłki jej rozpoznania. Zakłada to konfrontację ze sobą, z tym co świadome i z tym co nieświadome. Uwaga poświęcona własnej stronniczości, ponawiana w każdym momencie relacji od nowa, pozwala na ocalenie odrębności pacjenta, chroniąc ją przed zawłaszczającym wpływem partykularnego spojrzenia terapeuty. Terapeuta musi być także lojalny wobec klienta / pacjenta. Lojalność terapeuty pociąga za sobą przestrzeganie i respektowanie praw i dób pacjenta. Psychoterapeuta w trakcie terapii staje się powiernikiem intymnych przeżyć

karna psychoterapeuty w przypadku samobójstwa pacjenta, „Prokuratura i Prawo” 2012, nr 4, s. 34 i n.

23 M. Opoczyńska-Morasiewicz, J. Morasiewicz, *Etyka i psychoterapia...*, s. 25–28.

24 J. Morasiewicz, M. Opoczyńska-Morasiewicz, *W stronę pacjenta – neutralność czy lojalność psychoterapeuty?*, „Psychoterapia” 2013, nr 3 (166), s. 5–7.

pacjenta, jego tajemnic i lęków. Wobec tego relacja terapeuty – pacjent ma charakter powierniczy, w której zaufanie odgrywa istotną rolę. Tym co pozwala pacjentowi zaufać terapeutce, jest dostrzeżenie i zaakceptowanie psychoterapeuty jako lojalnego powiernika swoich spraw i tajemnic. Powiernik – terapeuta, pomimo inności, jest lojalny, ponieważ jest gotów przyjmując wszystko co pacjent mu powierza²⁵.

M. Opoczyńska²⁶ wysuwa tezę, iż „niemożliwe jest rozwiązanie kwestii etycznych” psychoterapii w znaczeniu stworzenia ogólnych rozstrzygnięć w oderwaniu od konkretnej relacji. Opierając swoje rozważania na filozofii, etyce Autorka pisze, iż utrzymanie relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem zależy od każdego z nich, oznacza to, że tym co od nich zależy, jest to, co do nich nie należy. Ani pacjent nie należy do terapeuty, ani terapeuta do pacjenta. Nie następuje tutaj przywłaszczenie osoby. Pacjent, by wytrwać w próbach relacji, musi unieść ciężar terapeuty. Terapeuta ma za zadanie wspierać pacjenta w tych wysiłkach. Jednakże, co kluczowe z punktu widzenia naszych rozważań, większa odpowiedzialność spoczywa na terapeutce. Relacja pacjent terapeuta nie może naruszyć tożsamości pacjenta. Relacja może trwać tylko i wyłącznie dzięki swojej dwuznaczności. Nie można wpaść w pułapkę jednostronności. Właśnie nad tym powinien czuwać terapeuta. Jednostronność prowadzi do końca relacji. Co warto jeszcze podkreślić w rozważaniach przywoływanej Autorki, **relacja trwa nie wbrew granicom, ale dzięki nim**²⁷. Jesteśmy zdania, że ową granicę powinny stanowić standardy etyczne, pełniące rolę wskaźników dla terapeuty.

W skład relacji terapeutycznej wchodzi *sojusz roboczy*, który jest uznawany za podstawę relacji jako takiej, w której obie strony dążą do wspólnej, terapeutycznej pracy. Bywa on uznawany za podstawowy czynnik w procesie leczenia. Drugim składnikiem, obok sojuszu roboczego, jest **konfiguracja przeniesienia**, rozumiana jako zarówno relacja przeniesieniowa, jak i przeciwprzeniesieniowa w terapii, które niejako asystując relacji od początku jej zaistnienia mają wpływ na jej kształtowanie się. Ostatnim składnikiem jest *rzeczywista relacja*, czyli taka, która opiera się na autentyczności i realnych zachowaniach terapeuty i pacjenta.

²⁵ *Ibidem*, s. 7–10.

²⁶ M. Opoczyńska, *Próby relacji, czyli etyka psychoterapii*, „Psychoterapia” 2007, nr 3 (142), s. 15 i n.

²⁷ *Ibidem*, s. 17–20.

Im bardziej rzeczywista relacja zostanie nawiązana tym większe stają się efekty terapii. W terapii zwracana jest także uwaga na aspekt wspólnych celów, który ma służyć budowaniu relacji terapeutycznej opartej na wzajemnej pracy i wysiłku. Abstrahując od wskazanych elementów relacji pacjenci są zdania, że to terapeuta ponosi główną odpowiedzialność za przebieg terapii oraz za nawiązywaną w jej ramach relację. Pacjenci czynnie poszukujący przymierza sami stwarzają sytuacje wspierające zawarcie porozumienia. Największym wyzwaniem dla terapeutów w zakresie budowania relacji terapeutycznej są pacjenci z zaburzeniami osobowości. Jedne z badań wskazały, że najlepsze rezultaty w kontekście nawiązanego przymierza zarówno z punktu widzenia terapeutów, jak i pacjentów uzyskiwały osoby zależne, unikające czy też obsesyjno-kompulsywne²⁸.

Jak wynika z powyższych rozważań w literaturze znajdujemy różnorodne twierdzenia na temat relacji terapeuta – pacjent / klient. Ciekawy przypadek w badaniu etyczności relacji terapeutycznej stanowią dzieci i młodzież, także dorośli cierpiący na zaburzenia dysocjacyjne, które wynikają z traum rozwojowych, powstałych w dzieciństwie. Osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi²⁹ charakteryzują się podatnością na manipulacje z uwagi na fakt, że cechują je zaburzenia przywiązania, które utrudniają relacje z innymi ludźmi, generalnie funkcjonowanie w społeczeństwie. L. Drozdowski³⁰ stwierdza, iż patologią grozi każda głęboka relacja terapeuty i dziecka, która nie jest obecnym lub budowanym elementem triady: dziecko – opiekun – terapeuta. Triada ta ma wzmacniać relację dziecka z opiekunem. Oczywiście z tym twierdzeniem należy się zgodzić, tylko, że praktyka bywa

28 K. Sass-Stańczak, J. Cz. Czabała, *Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii?*, „Psychoterapia” 2015, nr 1 (172), s. 6–7.

29 szeroko na ten temat: J. Helios, W. Jedlecka, *Dysocjacja jako hard case w systemie prawa*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, seria e-Monografie nr 67, s. 158; J. Helios, W. Jedlecka, *Dysocjacja jako hard case w systemie prawa karnego materialnego*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, nr 96; W. Jedlecka, *Pojęcie dysocjacji – zagadnienia podstawowe*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2014, t. III, nr 2.

30 Rozważania powołowanego Autora na temat przywiązania do terapeuty: L. Drozdowski, J. Helios, W. Jedlecka, G. Lewko, H. Dufner, U. Bartnikowska, *Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii. Zaburzenia dysocjacyjne u dzieci po traumach*, „Annals of Diagnostic Paediatric Pathology”, Volume 17, number 3–4, Winter 2013, s. 126.

różna i nie zawsze terapeuci kierują się zasadami etycznymi. Prześledźmy argumenty cytowanego Autora. L. Drozdowski dowodzi, iż zdrowa relacja przywiązania z terapeutą jest jednak dla procesu oddziaływań terapeutycznych niezbędna. W jego ocenie zdrowa relacja stanowi najtrudniejszy element procesu terapeutycznego. Zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia przywiązania³¹ są wszechobecnym zjawiskiem u dzieci posttraumatycznych. Dzieci cierpiące na owe zaburzenia z marszu „przyklejają się” do każdej nowo poznanej osoby. W mniemaniu Autora aby proces terapeutyczny był skuteczny dziecko musi przywizać się do terapeuty zawsze i „po swojemu w terapii zakochać”. Co więcej Autor z całą stanowczością podkreśla, że ignorowanie tego faktu czy też jak pisze „zasłanianie się sztucznymi barierami, systemem granic czy dystansu, jest jedynie reakcją obronną, świadcząca o niedojrzałości i braku odwagi u terapeuty”. L. Drozdowski powołuje się na słowa Anny Alvarez, która pisała, iż **początkiem zmiany psychicznej u głęboko zaburzonego dziecka, jest pojawienie się szacunku dla leżącego**. W naszej ocenie czym innym jest szacunek dla leżącego, a czym innym zakochanie się w terapii. Te dwie rzeczy trzeba odróżnić i one są odróżniane na poziomie etyki. Autor w swoim dyskursie zauważa, że terapeuta nie może bać się dziecka, nie może obawiać się relacji z dzieckiem. Jeśli chce dziecku realnie pomagać, to nie może ulegać wyimaginowanym czy nawet realnym, ale jak ujmuje, nieadekwatnym społecznym lękom, propagandzie czy doktrynom, przy jednoczesnej przejrzystości procesu terapeutycznego dla wszystkich uczestników. Nie może być tajemnic, zatajania faktów przed uczestnikami. Sam określa tajemnicę jako patologię. W odczuciu cytowanego Autora proces ustanawiania właściwych, zdrowych i jednocześnie w pełni profesjonalnych relacji z dzieckiem czy też nastolatkiem i jego rodziną jest ogromnym wyzwaniem dla terapeuty. Wymaga głębokiej wiedzy, kultury, doświadczenia, także intuicji. L. Drozdowski uznaje, iż nie ma alternatywy, ponieważ dziecko, które nie jest przywizane do terapeuty nie opowie mu o swoich problemach³² W naszym przekonaniu pewną granicą powinny być zasady etyczne, których terapeuta musi się trzymać w swojej relacji z klientem / pacjentem, również w sytuacjach kiedy w roli pacjenta występuje osoba nieletnia.

31 Patrz także: D.J. Wallin, *Przywiązanie w psychoterapii*, tłumaczyła M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 410.

32 L. Drozdowski, J. Helios, W. Jedlecka, G. Lewko, H. Dufner, U. Bartnikowska, *Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii...*, s. 126.

W przypadku dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, to opiekunowie występują w roli terapeuty. Rola opiekuna i zarazem terapeuty jest specyficzna. W tej sytuacji opiekun – terapeuta nie powinien być ani zdystansowany ani uwikłany. Zaangażowanie „ja” opiekuna tworzy relację terapeutyczną, zapewniając wsparcie i szczególną troskę. W związku z tym podkreślana jest rola superwizji dla relacji opiekun – terapeuta a wychowanek. Superwizja jest to główne narzędzie, dzięki któremu otoczenie terapeutyczne zyskuje wsparcie strukturalne. Jeżeli w danej placówce nie prowadzi się regularnej i skutecznej superwizji, należy zadbać o to, by ją wdrożono. Comiesięczne spotkania trwające od półtorej do dwóch godzin to minimum, jeśli procedura ma być efektywna. Zobowiązanie do regularnych spotkań pozwala wprowadzać czytelne zadania i strukturę. Już samo rozumienie, kto, co i mniej więcej jak robi, stanowi ważną zmianę. Osoby chcące uniknąć superwizji nie są w stanie tego zrobić. Początkowo pracownicy danej placówki, którzy występują w roli terapeutów mogą podchodzić do spotkań superwizyjnych z niepokojem, ich doświadczenia bowiem nierzadko stanowią odbicie wczesnych doświadczeń dzieci, które będąc po przejściach cierpią na zaburzenia dysocjacyjne wynikające z traumy, związanych z nadużyciami i zaniedbaniem, podleganiem nazbyt ścisłej kontroli, obwinianiem, jak również rozczarowaniem i porzuceniem. Kiedy pracownicy placówki, występujący w roli terapeuty i ich bezpośredni przełożeni korzystają ze spotkań superwizyjnych w odpowiedni sposób, otoczenie podtrzymujące zyskuje kluczową cechę: utrzymuje zarówno obawy, jak i obowiązki zawodowe personelu w pewnych ramach. Superwizor i osoba poddawana superwizji muszą zrozumieć, że – tak jak w przypadku dziecka – obecne doświadczenia dorosłego można najlepiej pojąć, odnosząc się do jego świata wewnętrznego, wczesnych doświadczeń i procesów myślowych³³.

Zdaniem Ch. Taylora superwizja spełnia cztery funkcje, które trzeba ze sobą pogodzić, ponieważ mogą okazać się do pewnego stopnia sprzeczne. Najogólniej są to:

- osobiste wsparcie;
- szkolenie, edukacja; rozwój;

33 Ch. Taylor, *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnik dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*, przełożyła L. Wierzbowska, Wydawnictwo GWP, Sopot 2016, s. 67–68.

- rozwiązywanie problemów i analiza;
- zarządzanie obciążeniem pracą i odpowiedzialnością³⁴.

W naszym przekonaniu superwizja jest koniecznym elementem standardowych relacji terapeutycznych. W pewnym sensie stanowi ona zabezpieczenie interesów klienta/ pacjenta i realizację zasad etycznych wynikających z Kodeksu Etyki Psychologa czy Terapeuty. Superwizja może chronić klienta /pacjenta przed nadużyciami ze strony terapeuty, z drugiej strony ma stanowić dla terapeuty pomoc.

Głównym motywem spotykania się osób dopiero rozpoczynających praktykę terapeutyczną z superwizorem wydaje się przede wszystkim potrzeba uzyskania wsparcia, umożliwiającego wykorzystanie wiedzy teoretycznej i umiejętności uzyskiwanych w innych fragmentach kształcenia, potrzeba podtrzymywania w chwilach niepewności i zagubienia. Superwizja zarazem stanowi jedyną okazję, w której psychoterapeuta może swobodnie mówić o swoim pacjencie i swojej pracy z nim, o swoich emocjach i spostrzeżeniach, rozładować napięcie powstałe w terapii. Superwizja ma także zapewnić możliwość korzystania z wiedzy i umiejętności wysoce kwalifikowanych psychoterapeutów, ma dostarczać doświadczeń w budowaniu relacji terapeutycznej, kształtować sposób funkcjonowania w społecznej roli psychoterapeuty. Spotkania superwizyjne mają ułatwić początkującym psychoterapeutom nauczenie się dostrzegania tego, co ważne w zachowaniu pacjenta. Uważa się także, że superwizja powinna zaspokajać terapeucie jego potrzebę kontaktu i związku. Wielu terapeutów nie ma okazji do wystarczającego zaspokajania tych potrzeb w swoich pozazawodowych relacjach. Sytuacja superwizowania jest w gruncie rzeczy adekwatnym modelem relacji między kompetentnym terapeutą a pacjentem, który jest bezradny w swoim cierpieniu. Oczywiście taki obraz terapii w rzeczywistości jest bardzo odległy od powszechnych wyobrażeń o psychoterapii. Wskazując na rolę superwizji trzeba mieć także na uwadze, iż niezadowolenie z siebie i poczucie wstydu są często obecne w życiu terapeuty, a nawet nieuchronne. Superwizja ma optymalizować relację terapeutyczną, której przypisywane bywa znaczenie głównego czynnika oddziałującego w psychoterapii. Niegdyś takie znaczenie przypisywano niespecyficznym czynnikom leczniczym. Niekiedy może dojść do znacznej, wręcz patologicznej identyfikacji terapeuty z jego pacjentem. W literaturze przedmiotu odnajdujemy pogląd, iż nie jest to zjawisko powszechne. Superwizja jest potrzebna w uprzytomnieniu realnego

34 *Ibidem*, s. 68.

wkładu terapeuty w powstawanie u pacjentów zaangażowania erotycznego, zależności zachowań o charakterze agresywnym. Bez możliwości bezpośredniego oglądu spotkania terapeutycznego odróżnienie, co w zachowaniach pacjenta jest reakcją na funkcjonowanie terapeuty, a co wyrazem procesów przeniesieniowych, jest bardzo trudne, czasami wręcz niemożliwe³⁵.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J.W., *Superwizja w kształceniu psychoterapeutów*, „Psychoterapia” 2010, nr 3 (154).
- Brandt R.B., *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, przeł. B. Stanosz Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Chyrowicz B., *Etyczne aspekty ingerowania w psychikę i mózg pacjenta (z punktu widzenia bioetyki)*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Chyrowicz B., *Etyka jako filozoficzny namysł nad moralnością*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Chyrowicz B., *Etyka psychologiczna: jeszcze jedna etyka?*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Chyrowicz B., *Etyka stosowana: teoria w praktyce*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Drozdowski L., J. Helios, W. Jedlecka, G. Lewko, H. Dufner, U. Bartnikowska, *Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii. Zaburzenia dysocjacyjne u dzieci po traumach*, „Annals of Diagnostic Paediatric Pathology”, Volume 17, number 3–4, Winter 2013.
- Helios J., W. Jedlecka, *Dysocjacja jako hard case w systemie prawa*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, seria e-Monografie nr 67.

³⁵ J.W. Aleksandrowicz, *Superwizja w kształceniu psychoterapeutów*, „Psychoterapia” 2010, nr 3 (154), s. 24–27.

- Helios J., W. Jedlecka, *Dysocjacja jako hard case w systemie prawa karnego materialnego*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, nr 96.
- Hołówka J., *Wstęp*, [w:] R.B. Brandt, *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, przeł. B. Stanosz Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Jedlecka W., *Pojęcie dysocjacji – zagadnienia podstawowe*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2014, t. III, nr 2.
- Kalita Z. (red.), *Etyka w teorii i w praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Kodeks Zasad Etycznych Psychoterapeuty*, http://psychoterapia-ptp.pl/wp-content/uploads/2014/05/Kodeks-Etyczny_projekt.pdf [dostęp: 8 maja 2016].
- Morasiewicz J., M. Opoczyńska-Morasiewicz, *W stronę pacjenta – neutralność czy lojalność psychoterapeuty?*, „Psychoterapia” 2013, nr 3 (166).
- Opoczyńska-Morasiewicz M., J. Morasiewicz, *Etyka i psychoterapia*, „Psychoterapia” 2015, nr 4 (175).
- Opoczyńska M., *Próby relacji, czyli etyka psychoterapii*, „Psychoterapia” 2007, nr 3 (142).
- Ossowska M., *Podstawy nauki o moralności. Suplement*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa–Wrocław–Kraków–Gdańsk 1994.
- Pietrzykowski T., *Etyczne problemy prawa. Zarys wykładu*, Naukowa Oficyna Wydawnicza, Katowice 2005.
- Sass-Stańczak K., J. Cz. Czabała, *Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii?*, „Psychoterapia” 2015, nr 1 (172).
- Szeroczyńska M., *Odpowiedzialność karna psychoterapeuty w przypadku samobójstwa pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” 2012, nr 4.
- Taylor Ch., *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnik dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*, przełożyła L. Wierzbowska, Wydawnictwo GWP, Sopot 2016.
- Toeplitz-Winiewska M., *Podstawowe zasady, które powinny być respektowane przez psychologa*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Toeplitz-Winiewska M., *Podstawowe zasady, które powinny być respektowane przez psychologa*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.

- Toeplitz-Winiewska M., *Udzielanie pomocy psychologicznej*, [w:] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, M. Toeplitz-Winiewska, W. Poznaniak, *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
- Wallin D.J., *Przywiązanie w psychoterapii*, tłumaczyła M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Wasserstrom A.R., *Adwokaci jako profesjonaliści: kilka zagadnień moralnych*, [w:] W. Galewicz, (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2010.
- Znaniecki F., *Relacje społeczne i role społeczne. Niedokończona socjologia systematyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.