

## ETYKA I PSYCHOTERAPIA

### ETHICS AND PSYCHOTHERAPY

<sup>1</sup>Instytut Psychologii UJ

<sup>2</sup>Gabinet Psychiatryczny Kraków

**patient's autonomy  
in psychotherapy  
patient's competence  
to consent  
to psychotherapy  
ethics of therapeutic  
relationship**

*Artykuł porusza zagadnienia etyczne, kluczowe dla prawidłowego kształtowania się relacji terapeutycznej. Autorzy odnieśli je do paradygmatu leczenia, pojęć zdrowia i choroby, a także istotności autonomii pacjenta oraz jego więzi z terapeutą. Stosowanie określonych zasad etycznych zostało zestawione z indywidualną etycznością terapeuty i pacjenta oraz relacji między nimi.*

**Summary:** The authors express an opinion that discussion on psychotherapy should be based upon its ethical dimension. In their opinion, the source of that are the expectations of the patient and the obligations of the therapist that emerge in a therapeutic relationship. In that relationship, the ethics of psychotherapy appear and develop, and are influenced by the ethical principles of both participants of the therapy. The authors suggest referring to the medical paradigm and medical ethics when dealing with ethical decisions in psychotherapy. The article also presents ethical implications of actual or nominal handling of mental illnesses and disorders, also in relation to psychotherapy. The influence of the specific position of the therapeutic relationship's participants on the importance of ethics in this relationship is pointed out (the patient's status as both the healed and the healer, and the therapist's characteristic experience of carrying the therapy's burden). The authors also refer to the issue of the patient's autonomy in psychotherapy and investigate a related problem of the patient's conscious consent to psychotherapy and the question of medical paternalism in psychotherapy. The article points out the issue of the therapist's loyalty towards the patient, as well as possible limitations to the therapeutic dialogue determined by the psychotherapist's and patient's worldviews and ethical principles. The authors reckon that because of the relational nature of ethics, the ethical problems of a psychotherapist are different in the relationship with every single patient and in each given moment of the therapy.

### Wprowadzenie

Podjęcie dyskusji na temat etyki psychoterapii jest dla psychoterapeuty tożsame z zadaniem pytań, które, rozproszone, nieraz pojawiają się w praktyce zawodowej.

Dla rozpoczęcia i przebiegu psychoterapii niezbędna jest relacja pomiędzy dwiema osobami: pacjentem i psychoterapeutą. W jej następstwie pojawiają się wzajemne oczekiwania i zobowiązania, a wraz z nimi pytania i dylematy etyczne. Na skutek relacji pomiędzy pacjentem a terapeutą zasady, metody, cele, a także możliwe konsekwencje psychoterapii nabierają charakteru etycznego i podlegają ocenom moralnym zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i terapeuty, a również osób trzecich. Relacja terapeutyczna

stanowi zatem tworzywo etyki psychoterapii, a etyczny wymiar powinien być podstawą rozważań o psychoterapii.

Podobne przekonanie o podstawowym znaczeniu etyki w psychoterapii wyraża Tjeltevit [1], koncentrując się przede wszystkim na problematyce wartości w psychoterapii i abstrahując niejako od relacyjnego źródła etyki psychoterapii.

Pytania, które niżej stawiamy, dotyczą źródeł etycznych rozstrzygnięć podejmowanych przez psychoterapeutę, w tym związanych z postrzeganiem cierpienia pacjenta, wpływu szczególnego charakteru relacji terapeutycznej na terapeuta i pacjenta, możliwości uzyskania świadomej zgody pacjenta na psychoterapię, paternalizmu terapeuty w kontekście autonomii pacjenta, lojalności terapeuty wobec pacjenta, wpływu światopoglądów obu uczestników psychoterapii na jej przebieg, a także możliwości podejmowania i kontynuowania psychoterapii oraz ograniczeń w tym zakresie ze względów etycznych. Dodajmy jeszcze, że pytania te stawiamy z pozycji lekarza psychoterapeuty i psychologa psychoterapeuty, a więc tylko jednego z dwóch — obok pacjenta — uczestników psychoterapii. W imieniu pacjenta nie możemy mówić, choć to, co miałby do powiedzenia, jest — jeśli nie ważniejsze — nie mniej ważne od słów terapeuty.

### **Paradygmat medyczny źródłem rozstrzygnięć etycznych**

Psychoterapia jest metodą i — szerzej — sposobem leczenia osób doświadczających cierpienie psychiczne i fizyczne. Leczenie, a więc i psychoterapia, dotyczy ze swej natury zdrowia, a czasem i życia pacjenta, tj. dóbr mających prawie dla każdego bardzo istotne znaczenie. Każdy akt leczniczy rozgrywa się pomiędzy co najmniej dwiema osobami: leczącym (lekarzem, terapeutą) a pacjentem. Podejmujący leczenie lekarze/terapeuci zobowiązani byli i są do przestrzegania zasad etycznych, zwykle bardziej rygorystycznych niż w innych zawodach. Czy zatem zobowiązania lekarzy wobec pacjentów obowiązują psychoterapeutów w relacji z pacjentami? Pytanie może się wydać na pozór retoryczne, jednakże przecież tylko niewielu psychoterapeutów jest lekarzami.

Możliwe jest zapewne rozważanie problemów etycznych psychoterapii bez uwzględnienia tradycji etyki medycznej, jednakże naszym zdaniem ten punkt odniesienia wydaje się najważniejszy spośród innych, trudny do pominięcia, gdyż każde inne spojrzenie niesłoby ze sobą ryzyko przyjęcia zasad etycznych niespójnych z akceptowanymi w medycynie, bądź nawet sprzecznych z nimi albo słabiej chroniących dobra pacjenta. Ponadto etyka lekarska, która dała podstawy do powstania etyki medycznej, datująca się od przysięgi Hipokratesa z V wieku p.n.e., jest najstarszą etyką zawodową, służącą od 2500 lat do ustalania obowiązków lekarza terapeuty wobec pacjenta i wypróbowaną w rozwiązywaniu konfliktów w relacjach terapeutycznych.

Rozważając problemy i dylematy etyczne pojawiające się przed psychoterapeutą i jego wybory będziemy zatem brać pod uwagę doświadczenia etyki medycznej.

### **Jak myślenie o zdrowiu i o chorobie wpływa na poglądy etyczne?**

Dla rozstrzygnięć etycznych w medycynie, a więc i w psychiatrii, istotne jest to, jak ktoś pojmuje zdrowie i chorobę. Za Szewczykiem [2] można powtórzyć pytania: czy bez choroby da się określić zdrowie? Czy choroba jest przeciwieństwem zdrowia? Czy choroba

jest atrybutem życia? Czy choroba jest sposobem spoglądania na koniec życia, sposobem osvajania się ze śmiercią? Dodajmy jeszcze kolejne: czy w chorobie przejawia się życie i czy bez chorowania możliwe jest życie?

Od tego, co lekarz terapeuta myśli o chorobie i o zdrowiu, jak zapatruje się zatem na dolegliwości, cierpienia i skargi pacjenta, zależy to, jak postrzega jego leczenie i zdrowienie, a także swój udział w tych procesach, a tym samym swoje relacje z pacjentem. Skądinąd podobnie rzecz się ma z pacjentem. Z tych powodów psychoterapii jako metody czy sposobu leczenia nie można rozpatrywać, abstrahując od tego, jak pojmuje się zdrowie, chorobę, chorowanie, cierpienie pacjenta i jego leczenie.

Zwolennicy — zarówno pośród lekarzy (terapeutów), jak i pośród pacjentów redukcjonistycznego pojmowania choroby, opartego zwykle na jej mechanistycznym modelu, koncentrują się na poszukiwaniu czynników patogenetycznych i na znajdowaniu metod ich usuwania bądź przeciwdziałania im. Służą temu coraz bardziej zróżnicowane i doskonalone technologie medyczne. Powyższe podejście sprzyja koncentracji uwagi pacjentów, lekarzy i innych osób na chorobie — samodzielnym bycie — nadając jej charakter ontologiczny. Takie realistyczne pojmowanie chorób dominuje obecnie w medycynie.

Konsekwencją tego podejścia bywa zapoznanie pacjenta osoby, ale także w sposób niezamierzony napiętnowanie chorowania i chorującego, gdy choroba nie może zostać powstrzymana w wyniku zastosowania technologii medycznych [2, 3]. Z tych samych względów również lekarz terapeuta postrzegający siebie i/lub postrzegany przez innych jako ten, który „leczy chorobę”, a nie pacjenta, wystawia się na krytykę, gdy nie sprostą stawianemu przez siebie i/lub przez innych zadaniu „zwalczania choroby”. Taki lekarz terapeuta będzie dokonywał interwencji i ingerencji medycznych, będących aktami i działaniami medycznymi, mającymi charakter „monologu nad pacjentem”, a relacja lecznicza będzie przybierała charakter skrajnie paternalistyczny. Co więcej, tak postrzegającego siebie lekarza terapeuta, próbującego zapobiec zwątpieniu w swoją moc, może prowadzić to do „zawziętości leczniczej”, przejawiającej się m.in. w zalecaniu pacjentom kolejnych leków i/lub innych metod leczenia, gdy wcześniejsze nie pomagają, nie bacząc na niekorzystne konsekwencje ich stosowania i ryzyko dla pacjenta [3].

Rzecznicy redukcjonistycznego postrzegania problemów medycznych dylematy etyczne związane z medycyną próbują zwykle rozstrzygać, odwołując się do konsekwencjonalizmu etycznego (teleologizmu), najpełniej wyrażonego w różnych wariantach utilitaryzmu [2, 4].

Etyka utylitarna wydaje się jednak w medycynie zawodna, gdy dotykamy spraw granicznych, gdy zarówno leczący, jak i leczony-leczący się, a także ten trzeci (np. członek rodziny pacjenta), niebędący w relacji leczniczej, a jedynie na nią spoglądający, określają — każdy z osobna, a więc możliwe, że różnie — co jest najważniejszym celem leczenia. Jeśli byłoby nim życie pacjenta, to wówczas wszelkie metody leczenia służące ratowaniu i podtrzymywaniu życia uznane byłyby za etyczne, mimo ich uporczywości i uciążliwości dla pacjenta; jeśli zdrowie pacjenta — grozi to wspomnianą już „zawziętością leczniczą” bez baczenia na koszty i konsekwencje dla leczonego [3, 4]; zaś jeśli najważniejszym celem leczenia miałyby być uśmierzenie bólu i/lub cierpienia pacjenta, to wówczas efektem tego byłoby przyzwolenie na wszystko, co je eliminowałoby, a więc i na eutanazję. Nietrudno wyobrazić sobie możliwe konflikty na tym tle pomiędzy różnymi osobami — uczestnikami

leczenia, wynikające z uznawania przez nie różnych i różniących się między sobą celów leczenia, co wydaje się nieuchronną konsekwencją przyjęcia perspektywy użytecznej dla rozstrzygnięć etycznych w medycynie.

Zwolennicy nieredukcjonistycznego podejścia w medycynie pojmują chorowanie jako aspekt, wręcz atrybut życia, a chorobę jako przejaw życia. Umożliwia to dostrzeżenie w chorobie znaczenia, zauważenie bólu, w cierpieniu, w chorobie nie czegoś nienormalnego, lecz czegoś naturalnego, immanentnie związanego z życiem. W tym podejściu w chorowaniu można postrzegać przejaw życia, które broni się przed tym, co mu zagraża, a czasem przybliżanie się organizmu do śmierci. Dla tak pojmujących chorobę ma ona jedynie znaczenie nominalne, a nie realne, jak ją postrzegają redukcjoniści [5]. Gillon [5] zwraca uwagę na mankamenty i ryzyka, które mogą wynikać z przyjęcia któregoś z tych podejść: realiści mogą koncentrować się na chorobie, a nie na chorym, z kolei nominaliści mogą chorobą określać tylko to, co sami za nią uznają.

Wśród psychiatrów i psychoterapeutów spotkać można zwolenników realnego traktowania chorób i zaburzeń psychicznych, jak i ich nominalnego pojmowania. Pierwsi zwykle koncentrują się na chorobie/zaburzeniu i mówią o leczeniu psychoz, depresji, uzależnień, zaburzeń lękowych i innych. Drudzy postrzegają w fenomenach psychicznych, związanych z cierpieniami pacjenta, przejawy jego wewnętrznych konfliktów, ujawniających się w wyniku doświadczeń życiowych. Za nominalnym traktowaniem chorób i zaburzeń psychicznych przemawiają zmiany w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, będące odbiciem przemian w ich postrzeganiu. Ponadto warto wziąć pod uwagę, że rezygnacja lekarza terapeuty z wysiłku diagnozowania, nazywania i prognozowania, tj. działań sprzyjających „urealnianiu” choroby czy zaburzenia i stanowiących istotę dzisiejszej medycyny, a więc i psychiatrii, na rzecz bycia świadkiem, towarzyszem w cierpieniu pacjenta, co prawda naraża terapeutę na obcowanie z jego bólem, którego źródła są nieznane, a poznawane — zawsze wieloznaczne, jednakże stanowi również bazę relacji terapeutycznej [3].

Nieredukcjonistyczne podejście w medycynie nie wiąże się swoiście z określonymi poglądami etycznymi, jakkolwiek teorie teleologiczne trudne byłyby do zastosowania przez lekarza terapeutę, zwolennika takiego pojmowania chorowania. Bardziej odpowiednie wydają się w takim wypadku teorie deontologiczne (*deon* — obowiązek), tj. teorie praw i obowiązków opisujące etykę powinności. Wywodzą się one zwykle z systemów wartości religijnych [2].

Współczesnym rozwinięciem teorii deontologicznych są koncepcje etyczne, znajdujące podstawę moralności w odpowiedzialności za drugiego [6] czy też w trosce o niego [2]. Za Szewczykiem [2] można powtórzyć, że bezwzględność nakazu troski o pacjenta powinna być wyróżnikiem i atrybutem etyki zawodowej lekarza terapeuty.

Lekarz terapeuta postrzegający fenomeny związane ze zdrowiem i chorobą w nominalnym aspekcie szuka swobodę umożliwiającą mu 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 zwykle w takim dialogu użyteczny. Oparciem dla leczącego i dla pacjenta jest wówczas ich wzajemna relacja, tworząca się pomiędzy dwoma podmiotami, podejmującymi autonomiczne, uzgadniane, wzajemnie szanowane i respektowane decyzje. Taka sytuacja jest też istotą psychoterapii.

### Leczenie a psychoterapia

Psychoterapia jest metodą, ale też sposobem leczenia (*therapei*). Jednym z jej uczestników jest pacjent, drugim psychoterapeuta, który — inaczej niż w innych metodach leczenia stosowanych w medycynie — angażuje się w nią i bierze w niej udział, doświadcza jej niejako na sobie. To zaangażowanie osobiste terapeuty w psychoterapię, będące dla niego istotnym obciążeniem, wydaje się niezbędnym czynnikiem umożliwiającym zdrowienie pacjenta.

Pod tym względem jest to wyjątkowa sytuacja lecznicza, gdyż leczący (psychoterapeuta) i leczony, a zarazem leczący się (pacjent) uczestniczą w procesie leczenia tego drugiego, obaj doświadczając i odczuwając obciążenia emocjonalne z tym związane. W innych metodach leczenia występuje istotna różnica pomiędzy udziałem w leczeniu a obciążeniem wynikającym z tego udziału leczącego i leczonego (leczącego się). Doświadczenie ciężaru terapii przez psychoterapeutę sprawia, że również jego przeżycia wpływają na stosunek do pacjenta, manifestując się różnymi fenomenami przeżywanymi przez terapeutę (myśłami, uczuciami, wolą). Osobiste zaangażowanie terapeuty i wynikające z tego jego przeżycia — niezbędne dla procesu psychoterapii — stanowią o swoistości relacji terapeuta—pacjent. Z drugiej strony może to prowadzić czasami do konfliktu pomiędzy dobrem terapeuty a dobrem pacjenta, a w konsekwencji do niemożności opowiedzenia się przez terapeutę za dobrem pacjenta. Powyższy charakter relacji terapeuta—pacjent jest jednym z istotnych czynników wpływających na wagę, jaką należy przypisać aspektowi etycznemu psychoterapii.

Także status pacjenta i to, za co on odpowiada w trakcie psychoterapii, różnią się od tego, jak wygląda to w innych sytuacjach leczniczych. Najwyraźniej tę różnicę można oddać poprzez dwa określenia pacjenta: jako leczonego i leczącego się. Leczenie pacjentów jest domeną lekarzy czy to z zastosowaniem leków, czy zabiegów leczniczych lub innych metod. Między leczącym (lekarzem terapeutą) a leczonym (pacjentem) tworzy się relacja lecznicza. W procesie psychoterapii — tak jak ją rozumiemy — pacjent jest zarówno leczony, jak i leczy się (jest osobą leczącą się), w konsekwencji ponosząc większy wysiłek, obciążenie i koszt emocjonalny, ale też zyskując większą rolę w procesie leczenia.

Z uwagi na taki charakter statusu uczestników psychoterapii terapeuta z jednej strony ponosi odpowiedzialność za leczenie pacjenta i z tego powodu winien jest troszczyć się o osobę, którą leczy i która jednocześnie leczy się, a z drugiej strony nie może pominąć troski o siebie. Także pacjent przejmuje odpowiedzialność i troskę za swoje leczenie. Obaj zatem partycypują w leczeniu pacjenta, obaj też ponoszą odpowiedzialność z tym związaną. Zarówno dla psychoterapeuty, jak i dla pacjenta może być to trudne. Być może obawa co do sprostania takim wymogom powstrzymuje część lekarzy terapeutów i część pacjentów od decydowania się na psychoterapię albo też po próbach skłania do jej zaniechania.

W nawiązaniu do tego warto zauważyć, że w obrębie całej medycyny dochodzi do przewartościowania wcześniejszych ustaleń dotyczących relacji między lekarzami (terapeutami) a pacjentami, którzy w coraz mniejszym stopniu i w mniejszym zakresie pozostają i chcą pozostawać leczonymi, a coraz bardziej chcą się czuć leczącymi się. Zmienia to tradycyjną relację leczniczą, opartą na paternalizmie medycznym, na relację, opartą o dialog dwóch osób, których słowa są równoważne. Ponieważ takie sytuacje są charakte-

rystyczne dla psychoterapii, doświadczenia psychoterapeutów i pacjentów korzystających z niej zapewne mogą rozszerzyć i pogłębić dyskusję dotyczącą relacji leczniczych, w tym także w aspekcie etycznym.

### **Czy zgoda pacjenta na psychoterapię jest świadoma?**

Świadoma zgoda na leczenie odpowiednio i wystarczająco poinformowanego pacjenta jest zasadą przyjmowaną powszechnie w relacjach między lekarzem a pacjentem w kręgu kultury zachodniej w ostatnich kilkudziesięciu latach [5, 7, 8, 9]. Przyjmując, że psychoterapia jest metodą — sposobem leczenia, nie można podejmować jej z pominięciem świadomej zgody pacjenta.

Terapeuta, pytając o zgodę na psychoterapię, staje przed dwoma problemami: czy pacjent z uwagi na swoje dyspozycje psychiczne jest zdolny do jej udzielenia i czy zdaje on sobie sprawę z tego, czego dotyczyć ma zgoda, co jest jej przedmiotem. Przyjrzyjmy się tym dwóm aspektom zgody pacjenta na psychoterapię w kontekście etycznym.

Przyjęcie zasady świadomej zgody opiera się na założeniu, że pacjent jest osobą kompetentną do wyrażenia lub niewyrażenia takiej zgody, co z kolei wymaga, by dysponował w chwili jej udzielania odpowiednią i wystarczającą autonomią.

Autonomia osoby dotyczy myśli, woli i działania i nie jest tożsama z wolnością. Jest dyspozycją i zdolnością osoby i może być w każdym z tych obszarów albo całościowo postrzegana od minimum do maksimum [5]. Ograniczenia w myśleniu, wolicjonalne i co do działania wpływają na ograniczenia autonomii danej osoby. Mogą one pojawiać się u wielu osób cierpiących psychicznie, a więc również u osób podejmujących psychoterapię.

Pytanie, kto i na jakiej podstawie miałby określać, jaki minimalny poziom autonomii osoby jest niezbędny do tego, by móc uznać kompetencję pacjenta za wystarczającą do wyrażania zgody na proponowane mu postępowanie lecznicze, jest istotne w wielu sytuacjach medycznych rodzących dylematy etyczne. W odniesieniu do pacjentów podejmujących psychoterapię problem ten rzadko jest jednak podnoszony, być może będąc pomijany lub niedostrzegany. Dzieje się tak, mimo iż, jak wspomnieliśmy wcześniej, u części osób cierpiących psychicznie może dochodzić do ograniczenia ich autonomii (np. w stanach silnego lęku, znacznego przygnębienia, załamania psychicznego czy przeżyć psychotycznych). Ograniczenia autonomii mogą u pacjentów pojawiać się również w przebiegu i w związku z psychoterapią i w relacji z psychoterapeutą w wyniku różnych reakcji przeniesieniowych. Okoliczności te powinny być brane przez niego pod uwagę.

Z praktyki zawodowej, jak również z badań nad problemem świadomej zgody na leczenie wiadomo, że leczący (lekarze, terapeuci) są skłonni przeceniać kompetencje pacjentów do udzielania tejże zgody, gdy akceptują oni proponowane im metody leczenia, a nie doceniać ich kompetencji w tym zakresie, gdy nie zgadzają się z przedstawianymi im propozycjami leczenia [5]. Można zatem przypuszczać, że podobnie rzecz się może przedstawiać z ocenami psychoterapeutów dotyczącymi kompetencji ich pacjentów odnośnie wyrażenia zgody na psychoterapię. Psychoterapeuta powinien zatem brać pod uwagę, że — jeśli i on, i pacjent myślą o psychoterapii jako odpowiedniej metodzie leczenia — to bywa, że może nie dość krytycznie oceniać kompetencje tej osoby do wyrażenia zgody na tę terapię, nie dostrzegając, że decyzja pacjenta nie jest wystarczająco autonomiczna [9, 10].

Pamiętając o tym, można przyjąć, że kompetencja pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na psychoterapię powinna być co najmniej taka, jak w przypadku rozpatrywania jego zdolności do wyrażenia zgody na farmakoterapię psychiatryczną. Jeśli uznalibyśmy, że czyjaś zgoda na leczenie farmakologiczne z uwagi na stan zdrowia psychicznego byłaby przyjęta, to również powinniśmy uznać kompetencję tej osoby w tym samym czasie do udzielenia zgody na psychoterapię, gdyż możliwe skutki (w tym uboczne) leczenia nie różnią się istotnie co do ryzyka dla pacjenta, a także co do możliwych korzyści, jak również odnośnie do ryzyka związanego z niepodjęciem leczenia przez pacjenta.

Drugi problem, przed którym staje terapeuta (i pacjent), to zgoda na psychoterapię. Istotną bowiem trudność w wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody na psychoterapię stanowi to, że zakres tego leczenia, czas, koszt i wysiłek, a także jego rezultaty nie są i nie mogą być znane ani pacjentowi, ani psychoterapeucie, choć ten ostatni, opierając się na swoim i innych terapeutów doświadczeniu, może być źródłem informacji dla pacjenta o hipotetycznych, możliwych czy nawet spodziewanych okolicznościach leczenia i potencjalnej zmianie zdrowia pacjenta. Zadaniem i powinnością terapeuty jest poinformowanie pacjenta o tym, że cele (określane przez pacjenta, nie przez terapeute) i sposoby działania (leczenia) są zaledwie osnową terapii, związanej z niepewnością i niejasnością tego, co czeka pacjenta i terapeute w czasie i na końcu terapii [11]. Psychoterapeuta nie zna lepiej pacjenta 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. Ma też zwykle lepsze lub gorsze umiejętności pomocy w poszukiwaniu przez pacjenta dróg, które mogą sprzyjać jego zdrowieniu. I takie zapewnienie może dać pacjentowi.

Holmes i Adshead [12] w dyskusji dotyczącej zgody pacjenta na psychoterapię, której efekt bywa trudny do określenia, a w czasie jej trwania dochodzi nierzadko do pojawienia się dodatkowych cierpień pacjenta, porównują psychoterapię do leczenia ortopedycznego, które czasowo ogranicza pacjenta, powoduje dyskomfort, ale z czasem prowadzi do poprawy w stosunku do tego, co było i jak się czuł pacjent przed jego podjęciem [12].

Udzielenie przez pacjenta świadomej zgody na psychoterapię jest dla niego trudne nie tylko z powodu niepewności, którą odczuwa po swojej stronie, ale także z powodu niepewności co do psychoterapeuty. Psychoterapeuta jest wszakże dla pacjenta obcą, najczęściej nieznaną osobą. Tak więc psychoterapia rozpoczyna się dla pacjenta z niepewnością siebie, terapeuty i tego, co z niej wyniknie. Zadaniem terapeuty jest pomóc pacjentowi w zdaniu sobie przez niego sprawy z tych niepewności, co może być przesłanką do jego świadomego zgodzenia się na psychoterapię.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, które ograniczają istotnie zarówno przedmiotowo, jak i podmiotowo możliwości udzielenia przez pacjenta zgody, powinna ona być poprzedzona rozmową o tychże okolicznościach i niepewnościach odnoszących się do terapii, terapeuty i pacjenta.

Zgoda pacjenta na psychoterapię jest zarazem dla terapeuty zaproszeniem do wspólnego poszukiwania dróg wyjścia z trudnej dla tego pierwszego sytuacji. Tych dróg może być wiele, może ich jednak nie być wcale. Jeśli są, mogą zostać znalezione, ale mogą też nie zostać odkryte w trakcie psychoterapii. Terapeuta jest więc osobą zaproszoną przez pacjenta (zwykle też wybraną) i wtajemniczoną krok po kroku w jego intymne sprawy.

Warto zasygnalizować tu jeszcze jeden problem, nie poruszany w dyskusjach dotyczących zgody na leczenie, w tym na psychoterapię, a skądinąd istotny dla relacji terapeutycznej, a więc i dla etyki tej relacji. Z uwagi na status obu uczestników psychoterapii, rozpatrując zgodę na terapię (leczenie), należałoby brać pod uwagę zarówno osobę pacjenta, jak i osobę psychoterapeuty. Co do pacjenta ważne jest bowiem to, czy ma zdolność do udzielenia zgody na terapię (tj. faktyczną i formalną kompetencję wynikającą z jego autonomii) oraz czy ma zdolność do podjęcia i skorzystania z psychoterapii z jednej strony jako osoba leczona, a z drugiej jako lecząca się. Z kolei psychoterapeuta powinien mieć zdolność (kompetencje) do terapii pacjenta, który jednocześnie będzie przez niego leczony, a zarazem będzie się leczył (leczącego się). Takie skomplikowanie materii związanej z relacją terapeutyczną wpływa na skomplikowanie etyki tej relacji.

### **Paternalizm a autonomia pacjenta w psychoterapii**

Rozpatrując status pacjenta w psychoterapii jako leczonego i leczącego się, dotykamy zarazem problemu jego autonomii. Może ona w procesie psychoterapii ulegać fluktuacji z uwagi na jego kondycję psychiczną. Poinformowanie pacjenta o możliwości i przewidywaniu takiej sytuacji jest powinnością psychoterapeuty przed podjęciem leczenia. Zwiększenie autonomii pacjenta wydaje się oczywistym, choć rzadko podnoszonym przez terapeutów i samych pacjentów, efektem psychoterapii [1]. W większości podejść terapeutycznych przyjmuje się, że psychoterapeuta jest zobowiązany do szacunku dla autonomii pacjenta.

Wielu terapeutów zarazem uważa, że w psychoterapii w znacznie większym stopniu niż w innych metodach leczenia powinna być uwzględniana autonomia pacjenta. Wyrazem tego jest choćby podejmowanie czy kontynuowanie psychoterapii pacjentów, którzy wyrażają myśli samobójcze czy też dokonują samouszkodzeń albo też mają myśli i chęci dokonania czynów agresywnych wobec innych osób [7, 13].

Z kolei w każdej relacji leczniczej, również w psychoterapii, pojawia się zarówno u leczącego, jak i u pacjenta, chęć odwoływania się do paternalizmu medycznego. W medycynie tradycja paternalistyczna jest nadal silna i może wydawać się — zwłaszcza dla pacjenta — czymś naturalnym, czego doświadczał wcześniej z korzyścią dla leczenia. Pokusa stworzenia relacji paternalistycznej między terapeutą a pacjentem u każdego z nich może pojawiać się w trakcie terapii także z powodu — pojawiającego się w jej przebiegu — powrotu pacjenta do reakcji właściwych dla wcześniejszych faz rozwoju (regresja) i jego potrzeby zależności.

Zatem, czy i kiedy psychoterapeuta może lub powinien odwoływać się do zasad paternalistycznych w relacji psychoterapeutycznej, tym samym ograniczając autonomię pacjenta? Paternalizm akceptowany i użyteczny w medycynie, czasem niezbędny w leczeniu [7, 8], pozostaje w kolizji z psychoterapią, jeśli zagraża autonomii pacjenta (którą on w aktualnej fazie terapii ma lub jest do niej gotów), prowadząc do jej ograniczenia. Bywa jednak tak, że w wyniku pogarszania się stanu zdrowia autonomia pacjenta ulega istotnemu zmniejszeniu w czasie terapii. Wówczas nieuwzględnienie tego przez terapeute może prowadzić do szkodenia pacjentowi. W takich sytuacjach psychoterapeuta może albo kontynuować terapię, odwołując się czasowo w relacji z pacjentem do paternalizmu



(najlepiej tzw. miękkiego), albo — uznając to za niemożliwe — przyjąć bardziej „twardą” postawę paternalistyczną i zaproponować pacjentowi zmianę metody leczenia, a zarazem osoby leczącej. Jeśli zatem psychoterapeuta dochodzi do przekonania, że bez odwoływania się do paternalizmu w dłuższej perspektywie leczenie pacjenta jest według niego niemożliwe, oznacza to, że również psychoterapia jako metoda leczenia tego pacjenta w tym czasie powinna być zmieniona na inną. Podobną decyzję może również podjąć pacjent, gdy nie jest zdolny pozostawać w relacji psychoterapeutycznej bez domagania się ze strony terapeuty postawy paternalistycznej, rezygnując z psychoterapii (i zamieniając ją na inne leczenie).

### **Od zaufania pacjenta do lojalności terapeuty**

Pacjent podejmując psychoterapię gotów jest powierzyć psychoterapeucie swoje tajemnice i licząc na pomoc w swoim cierpieniu obdarza go kredytem zaufania. Ten z kolei powinien być gotów sprostać temu i nie zawieść zaufania pacjenta. Wydaje się, że terapeuta, niebędący zdolny przyjąć jego zaufania, np. nieczujący życzliwości wobec pacjenta (pacjent zawierając terapeucie, ufa w jego życzliwość do siebie) czy krytycznie nastawiony do pacjenta, nie powinien podejmować lub kontynuować psychoterapii z tą osobą, informując ją o przeszkodach ze swojej strony uniemożliwiających mu podjęcie się roli terapeuty.

Zaufanie pacjenta do terapeuty dotyczy przede wszystkim tego, że terapeuta w dialogu z pacjentem będzie starał się usłyszeć słowa tego pacjenta, przyjąć je, jakiegokolwiek by były, czasem odpowiedzieć na nie. Pacjent liczy także na to, że leczący nie skrzywdzi go, nie zdradzi, nie zawiedzie, bowiem związek między pacjentem a psychoterapeutą, tak jak z lekarzem, ma charakter powierniczy. Pacjent powierza terapeucie swoje zdrowie, cierpienie, tajemnice, także inne swoje dobra. Powiernictwo to opiera się na lojalności psychoterapeuty i zaufaniu pacjenta [14]. Miarą wagi i znaczenia przypisywanych temu powiernictwu w relacji terapeutycznej jest związanie terapeuty obowiązkiem tajemnicy lekarskiej bądź zawodowej.

Zdolność terapeuty do bycia powiernikiem pacjenta zależy od przeżyć wzbudzanych u niego przez pacjenta. Pojawiają się one, jak w każdej innej relacji między dwiema osobami, w relacji psychoterapeutycznej tym bardziej, bo dotyka ona intymnych spraw pacjenta. Niezależnie od charakteru tych przeżyć (myśli, emocji czy uczuć) warunkiem podjęcia/kontynuowania psychoterapii jest możliwość zachowania relacji psychoterapeutycznej przez obu jej uczestników, tj. powierzenia swoich spraw przez pacjenta i przyjmowania ich przez terapeutę powiernika. Jeśli którykolwiek z nich nie ma takiej możliwości, psychoterapia de facto przestaje być możliwa.

Powierniczy charakter relacji terapeutycznej opiera się na lojalności psychoterapeuty wobec pacjenta. Z kolei lojalność terapeuty wobec pacjenta, naszym zdaniem niezbędna w psychoterapii, wyklucza jego neutralność. O niemożności teoretycznej, ale też faktycznej, zachowania neutralności psychoterapeuty w relacji z pacjentem pisaliśmy gdzie indziej [14], w tym miejscu chcemy odnieść się do aspektu etycznego wiążącego się z tym, że zarówno psychoterapeuta, jak i pacjent mają swoje światopoglądy i moralność, na ogół na początku leczenia wzajemnie nieznane. Światopogląd psychoterapeuty, jak i jego zasady etyczne

w części pozostają dla pacjenta nieznane, choć próbuje je poznać, pyta o nie, fantazjuje o nich lub się ich domyśla, sprawdza je w różny sposób, nierzadko wystawia je na próbę. Światopogląd i zasady etyczne pacjenta odkrywają się przed psychoterapeutą mniej lub więcej w miarę, jak ten ujawnia je, odsłaniając się w procesie leczenia.

Niektórzy psychoterapeuci — przyjmujący tezy etyki utylitarnej i rzecznicy redukcjonizmu o nastawieniu paternalistycznym — uważają, że psychoterapeuta ma prawo w procesie psychoterapii dążyć do tego, by pacjent zmienił swój światopogląd, jeśli według terapeuty stanowi on przeszkodę w jego zdrowieniu [15]. Zwolennicy takiego poglądu zakładają, iż to psychoterapeuta wie lepiej, co jest większym, ważniejszym dobrem dla pacjenta, stawiając na pierwszym miejscu jego zdrowie, nie uwzględniając lub pomijając inne dobra, które mogą być istotne dla pacjenta. Sprawia to wrażenie inżynierskiego traktowania problemów psychicznych pacjenta i używania w tym celu psychoterapii, pojmowanej jako technologia lecznicza. Wskazuje to również na odwoływanie się przez tych psychoterapeutów do zasady, że odpowiedzialność za określenie środków dążenia do celu, jak i jego samego, spoczywa na terapeutach, a uprawnienia pacjenta w tym zakresie są odpowiednio mniejsze [15].

Zapoznawane jest w takim podejściu to, że pacjent, powierzając psychoterapeucie swoje tajemnice w trakcie psychoterapii, oczekuje jego lojalności wobec siebie, niezależnie od tego, jak on sam i jego życie, światopogląd i jego postępowanie są postrzegane i przeżywane przez terapeutę. Jest to trudne wyzwanie dla terapeuty, tym bardziej że „okazanie lojalności pacjentowi dotyczy osoby, którą dopiero poznajemy, a jej pełne poznanie wykracza poza horyzont naszej możliwej percepcji” [14]. Odsłaniając siebie w czasie terapii pacjent sprawdza tę lojalność, wciąż na nią licząc i spodziewając się jej ze strony terapeuty. Lojalność psychoterapeuty wobec pacjenta polega więc na tym, że nie stanie się krytykiem pacjenta, jego wyborów i decyzji, lecz pozostanie jego powiernikiem, poszukując wraz z nim dróg prowadzących do zmniejszenia jego cierpienia niezależnie od tego, jakie będą jego wybory i decyzje. Według nas jest to istotą psychoterapii. Psychoterapia może trwać, póki psychoterapeuta jest i może być lojalny wobec pacjenta. Gdy pozostawanie lojalnym przekracza możliwości psychoterapeuty, powinien zakończyć terapię, informując pacjenta o swoim ograniczeniu.

Można powiedzieć, że granice dialogu psychoterapeutycznego wyznaczają z jednej strony światopogląd i zasady etyczne psychoterapeuty, z drugiej — światopogląd i zasady etyczne pacjenta. W tym obszarze może dokonywać się proces leczenia—zdrowienia pacjenta.

### **Etyka relacji terapeutycznej a zasady etyczne terapeuty**

Przyjmując, że możliwości stosowania psychoterapii i korzystania z niej są wyznaczone światopoglądem i zasadami etycznymi obu jej uczestników, możemy rozważać, co psychoterapeuta może/powinien uczynić w sytuacjach konfliktu moralnego wynikającego z relacji terapeutycznej z pacjentem.

Można tu postawić pytanie o to, co powinien zrobić psychoterapeuta, gdy przeżywa konflikt pomiędzy powinnością zawodową wobec pacjenta a ogólnymi zasadami etycznymi, które respektuje?

Ponieważ etyka osoby wykonującej zawód psychoterapeuty jest uprzednia w stosunku do jego zobowiązań etyczno-zawodowych, stosowanie określonych norm szczegółowych dotyczących spraw profesjonalnych jest ograniczone możliwością ich spełnienia o tyle, o ile nie naruszają ogólnych zasad etycznych tej osoby. Stosowanie jakiejś normy zawodowej wbrew swojemu światopoglądowi i uznawanym zasadom etycznym byłoby bowiem dla terapeuty nieetyczne. Normy zawodowe są możliwe do stosowania i wymagane tylko wtedy, gdy nie kolidują z normą etyczną danej osoby. W przeciwnym razie terapeuta w wyniku swojej pracy zawodowej naruszałby swoje zasady etyczne, czego nikt od niego nie może wymagać ani oczekiwać. O podobnym ograniczeniu stosowania psychoterapii można by mówić w przypadku, gdyby etyczne zasady pacjenta kolidowały z jakimiś zasadami etycznymi psychoterapii.

Także, gdyby psychoterapeuta był zobligowany do kontynuowania terapii pacjenta albo kontynuował ją z własnej woli mimo konfliktu pomiędzy swoimi zasadami etycznymi a zasadami pacjenta, czyniłby coś w swoim odczuciu niemoralnego albo przestałby być lojalny wobec pacjenta, stając się krytykiem jego postępowania i wyborów, czy wręcz osobą dążącą do zmiany światopoglądu pacjenta, jego zasad etycznych. Rozważenie zaprzestania psychoterapii w takiej sytuacji byłoby rozwiązaniem wynikającym z uwzględnienia przez terapeutę swoich zasad etycznych i z poszanowania zasad etycznych i światopoglądu pacjenta. Chroniłoby bowiem z jednej strony terapeutę, a z drugiej strony pacjenta. Można dostrzec w tym pewną analogię do tzw. klauzuli sumienia, która pozwala lekarzowi na niepodjęcie określonych działań medycznych, jeśli są niezgodne z jego przekonaniem moralnymi lub religijnymi. Terapeuta w razie konfliktu zasad etycznych mógłby utrzymać relację terapeutyczną tylko wtedy, gdy byłby w stanie pozostać lojalny wobec pacjenta bez poczucia narażania się na zarzut niemoralności przez samego siebie.

Inny rodzaj konfliktu etycznego może przeżywać psychoterapeuta z powodu ograniczania dostępu do świadczeń psychoterapeutycznych osobom ich potrzebujących w wyniku udzielania ich określonemu pacjentowi. Jest to jeden z typowych konfliktów w obrębie etyki zawodowej terapeuty i dotyczy hierarchii ważności „dobra określonego pacjenta — mojego pacjenta” i „dobra innych moich pacjentów” lub „dobra potencjalnych pacjentów” [2]. Konflikt ten rozpatrywać można z punktu widzenia jednej z zasad etyki — sprawiedliwości; w tym wypadku sprawiedliwości dostępu do świadczeń zdrowotnych. Taka sytuacja zdarza się, gdy zasady prawne i administracyjne, dotyczące dystrybucji i dostępu do psychoterapii, nie regulują tej kwestii. Wówczas to na psychoterapeucie ciąży odpowiedzialność za postępowanie w razie konfliktu w zakresie dostępu do terapii różnych osób. W takiej sytuacji związaną relacją już istniejącą z pacjentem pozostającym w terapii powinno stanowić o uwzględnieniu jego dobra w pierwszej kolejności. W przeciwnym razie pacjent podejmujący psychoterapię nie mógłby liczyć na lojalność terapeuty umożliwiającą mu jej kontynuowanie i dokończenie, co naruszałoby zasadę zaufania do terapeuty i do psychoterapii jako metody leczenia. Z drugiej strony możliwość dalszej terapii pacjenta lub jej zakończenia bywa niejednokrotnie rozpatrywana przez terapeutę z uwagi na osiągnięty stan zdrowia pacjenta, poprawę, jaką uzyskał, i z uwagi na oczekiwanie innych osób na terapię, a także ich stan zdrowia. Zważenie przez terapeutę potrzeb pacjenta w terapii i potrzeb pacjentów czekających na terapię może być przesłanką do zaproponowania zakończenia terapii.

Zastanawiając się nad wzajemnym odniesieniem etyki osoby wykonującej zawód psychoterapeuty i etyki relacji psychoterapeutycznej, można powiedzieć, że ta pierwsza wystawiana jest na próby w obliczu dylematów pojawiających się w trakcie relacji terapeutycznej z pacjentem, prowadząc do ujawniania się i zarazem kształtowania tej drugiej. Podobnie rzecz się ma z etyką pacjenta. Z tego powodu problemy etyczne psychoterapeuty w relacji z każdym pacjentem są inne, jak i problemy etyczne pacjenta w relacji z każdym terapeutą są inne. W każdej chwili relacji terapeutycznej mogą przed obu uczestnikami pojawiać się nowe dylematy etyczne. Terapeuta ze swojej strony winien je rozstrzygać na rzecz dobra pacjenta — do czego zobowiązują go kodeksy zawodowe. Jeśli jest to niemożliwe, gdyż stoją temu na przeszkodzie jego zasady etyczne, wówczas powinien rozważyć z pacjentem zakończenie terapii.

Jeśli etyczne dylematy, pojawiające się w psychoterapii, rozważa się w kontekście relacji wiążącej jej uczestników — relacji, podkreślmy raz jeszcze, ze swej natury niejednoznacznej — wówczas wymóg superwizji, stawiany przed psychoterapeutami przez kodeksy etyki zawodowej, urasta do ich podstawowego obowiązku (*deon*), bez spełnienia którego odpowiedzialne sprostanie zobowiązaniu wobec pacjenta, by działać na jego rzecz, nie wydaje się w ogóle możliwe. Jaki jest udział superwizora w relacji psychoterapeutycznej, a w szczególności w mierzeniu się z dylematami etycznymi, jakie towarzyszą psychoterapii, przyjdzie nam w innym miejscu rozważyć, włączając się tym samym w dyskusję podjętą już na tych łamach [17]. Tu zanotujmy tylko jedno: dylematy etyczne, pojawiające się w konkretnej relacji psychoterapeutycznej, nie są dylematami superwizora, ale muszą stać się też jego, jeśli swoje zadanie traktuje jako zobowiązanie wobec wszystkich uczestników psychoterapii.

### Zakończenie

W psychoterapii uczestniczą pacjent i psychoterapeuta. Tematyka etyczna w odniesieniu do psychoterapii nie może być rozpatrywana w oderwaniu od tych dwóch osób, które łączą udział w akcie leczniczym mającym charakter dialogu, choć różni odpowiedzialność, bo za co innego odpowiada leczący, a za co innego leczony/leczący się. Zawiązanie relacji terapeutycznej pociąga za sobą konsekwencje etyczne dla obu jej uczestników, bowiem problemy etyczne mają charakter osobowy i dotyczą relacji między konkretnymi osobami, w tym przypadku pomiędzy obu uczestnikami psychoterapii. Powtórzmy w tym miejscu słowa już wcześniej wyrażone gdzie indziej i szerzej omawiane, że nie ma etyki poza relacją, a w żywole relacji może ona pozostać jedynie zobowiązaniem terapeuty wobec pacjenta, z którym próbuje tej relacji, a dopóki relacja trwa, etyczne problemy nie mogą być rozwiązane [16]. Relacyjny charakter etyki implikuje to, że zobowiązania i postulaty dotyczące okresu trwania terapii nie kończą się natychmiast i jednocześnie z końcem terapii, bowiem relacja terapeutyczna między psychoterapeutą a pacjentem nie kończy się wraz z końcem ostatniej sesji. Nie wiadomo, czy w ogóle kończy się za ich życia.

### Piśmiennictwo

1. Tjeltveit A. Ethics and values in psychotherapy. London: Routledge; 1999.
2. Szewczyk K. Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej. Warszawa-Lódź: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001.

3. Morasiewicz J, Opoczyńska M. Zapomniana lekcja Asklepiosa. *Psychoter.* 2 (149), 2009: 37–44.
4. Szewczyk K. Bioetyka. *Medycyna na granicach życia. tom 1.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
5. Gillon R. Etyka lekarska problemy filozoficzne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997.
6. Lévinas E. Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrżności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Zasady etyki medycznej.* Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza; 1996.
8. Gert B, Culver ChM, Clouser KD. *Bioetyka. Ujęcie systematyczne.* Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria; 2009.
9. Morasiewicz J. Kompetencja do wyrażenia zgody na przyjęcie i pobyt w szpitalu a kompetencja do wyrażenia zgody na leczenie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 9, suplement 1 (9), 2000: 101–107.
10. Dąbrowski St. Niektóre aspekty faktycznej zdolności do wyrażenia zgody przez zaburzonych psychicznie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 9, suplement 1 (9), 2000: 11–18.
11. Opoczyńska M. *Dialog innych albo inne monologi. Przypisy do psychoterapii.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
12. Holmes J, Adshear G. Ethical aspects of the psychotherapies. W: Bloch S, Green St A. *Psychiatric ethics.* wyd. 4. Oxford: Oxford University Press; 2009, s. 367–384.
13. Hillman J. *Samobójstwo a przemiana psychiczna.* Warszawa: Wydawnictwo KR; 1996.
14. Morasiewicz J, Opoczyńska-Morasiewicz M. W stronę pacjenta — neutralność czy lojalność psychoterapeuty? *Psychoter.* 2013; 3(166): 5–12.
15. Aleksandrowicz J.W. Psychoterapia: etyka — wartości — deontologia. *Psychoter.* 2006, (137): 13–20.
16. Opoczyńska M. Próby relacji, czyli etyka psychoterapii. *Psychoter.* 2007; 3 (142): 15–22.
17. Bomba J, Bierzyński K. Potrzeby i zasady stosowania supervizji psychoterapii. *Psychoter.* 2015; 2 (173): 5–14.

adres: jmorass@gmail.com, upococzy@cyf-kr.edu.pl