

PSYCHOTERAPIA: ETYKA — WARTOŚCI — DEONTOLOGIA*

PSYCHOTHERAPY: ETHICS — VALUES — DEONTOLOGY

Katedra Psychoterapii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy W. Aleksandrowicz

psychotherapy
etics
deontology
values

Autor przedstawia swoje spojrzenie na zagadnienia deontologii psychoterapii i jej relacje do etyki lekarskiej oraz zasad, jakimi powinno kierować się udzielanie pomocy psychospołecznej. Specyfika deontologii psychoterapii wynika z celów, sposobów działania i wymogów roli społecznej psychoterapeuty. W konstruowaniu kodeksów etyki zawodowej psychoterapii najbardziej celowe jest odwołanie się do utilitaryzmu uniwersalistycznego. Działanie zgodne z zasadami deontologii bywa sprzeczne z niektórymi przepisami etyki normatywnej. W działaniu profesjonalisty związanym z wykonywaniem zawodu, inaczej niż we wszelkich innych obszarach jego aktywności życiowej, obowiązuje wówczas kierowanie się regułami deontologii.

Summary. The deontology of psychotherapy is different from medical ethics as well as from moral principles of psychosocial help. Its particular character is determined by the aims of this form of treatment, methods and exigencies of the social role of psychotherapist. When setting up a code of professional ethics of psychotherapy it seems reasonable to use as a basis, the theoretical framework of universal utilitarianism. The conduct guided by deontological principles is sometimes inconsistent with certain precepts of normative ethics. The social role of a professional is and should be guided by specific deontological rules however, i.e. differently from the rest of this person life.

Rozważanie problematyki etyki i deontologii psychoterapii wymaga na wstępie wyjaśnienia, jak będą tu rozumiane te określenia.

Nie będzie mowy o etyce normatywnej w znaczeniu nauki o zasadach moralnych, opisującej źródła i różne aspekty norm, lecz o zespole wartości, norm, zakazów i nakazów, obecnych w przeżywaniu jednostki i determinujących jej funkcjonowanie. Nie będzie też oczywiście mowy o deontologii w znaczeniu Benthamowskiej „nauki o obowiązkach”¹ [1, 2, 3], lecz o etyce zawodowej, zbiorze zasad, norm, reguł, wartości i powinności, regulujących obowiązki w jakiejś dziedzinie aktywności (deontologii zawodu adwokata, dziennikarza itp.), wynikających ze specyfiki uprawianej działalności. I — last but not least — pytanie o funkcję norm i systemów wartości w teorii i praktyce psychoterapii będzie

* Wystąpienie na konferencji „Problemy etyczne w psychoterapii” zorganizowanej przez: Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcję Naukową Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Krakowie, 23 października 2005 roku.

¹ Czyli deontologii rozumianej jako nauka o normach etycznych i innych czynnikach decydujących o moralnej wartości działania, jeden z działów etyki normatywnej.

dotyczyć jedynie tych oddziaływań psychospołecznych, których celem jest usunięcie zaburzeń zdrowia, tj. psychoterapii będącej jedną z form leczenia. Oddziaływania te należy odróżnić od rozmaitych form pomocy psychospołecznej, wciąż jeszcze także nazywanych „psychoterapią” — a sprowadzających się do edukacji i stymulacji rozwoju, poradnictwa w trudnych sytuacjach życiowych, kryzysach itp. Deontologiczne zasady udzielania takiej pomocy, nawet w przypadku pomagania chorym (np. chorym przewlekle, w stanach terminalnych itp.) są i powinny być — jak to się dalej okaże — odmienne od tych, których wymaga psychoterapia.

Trzeba przypomnieć, że w historii nauki o zasadach moralnych i etyki normatywnej (określającej dyrektywy postępowania zgodnie z przyjętymi normami) można wyróżnić dwa nurty, nazywane niekiedy „moralnością dobra” i „moralnością obowiązku” [1]. Pierwszy z nich mówi o tym, co jest przeznaczeniem człowieka, celem życia, dobrem. Może nim być szczęście lub inna wartość, „cnota” lub dzielność, cechy osoby, jej charakteru (epikureizm, hedonizm, także utylitaryzm). W odróżnieniu od pierwszego — absolutyzmu etycznego — drugi nurt etyki normatywnej stawia na pierwszym miejscu działanie zgodne z obowiązkiem (np. stoicyzm, Kant, Bergson), przy czym tym obowiązkiem bywa, tak jak w utylitarystycznym podejściu Benthama czy Milla, maksymalizacja szczęścia ogółu² (w odróżnieniu od hedonizmu — dającego pierwszeństwo szczęściu jednostki).

Zarówno etyka dobra, jak i etyka powinności odnoszą się wyłącznie do działań wynikających z racjonalnych zasad, podejmowanych z własnej woli i poprzedzonych świadomym aktem decyzyjnym. Działania takie odwołują się do systemu ocen i norm moralnych, przyjętych przez jednostkę i — zazwyczaj — podzielanych przez jej otoczenie społeczne, do poglądów i zachowań uważanych w danej epoce i środowisku za dobre lub za złe. Te ostatnie są przedmiotem etyki „opisowej”³ (w odróżnieniu od „normatywnej”).

Współcześnie zbiór zasad określanych przez etykę normatywną dotyczy przede wszystkim relacji i komunikacji między ludźmi (Hare, także Buber, Levinas i in.) [4, 5]. Taka etyka sprowadza się do określenia zasad funkcjonowania w interakcjach społecznych, umożliwiającego zaspokojenie potrzeb podmiotu przy uszanowaniu osoby partnera, jego godności i uznania jego potrzeb — a więc norm ograniczających ekspansywność podmiotu. Jest więc integralnie związana z psychologią, zwłaszcza psychologią społeczną.

Etyka, dział filozofii będący przeciwieństwem od swoich greckich początków nauką o człowieku, jest bardzo bliska psychologii i socjologii, i to nie tylko w obszarze problematyki relacji międzyludzkich⁴. Określając pożądany zespół norm i wartości (można by rzec — określając treść superego) jest integralnie związana z przeżywaniem jednostki i jego zaburzeniami. Normy etyczne stanowią oparcie w sytuacjach niepewności, wymagających wyboru, zwłaszcza w kwestiach fundamentalnych, takich jak cele życiowe i sposoby ich osiągnięcia. Wyznaczając sposób interpretacji informacji, pełnią funkcję schematów

² Etyka zawodowa (deontologia) bliższa jest „moralności obowiązku” niż „moralności dobra”, chociaż już samo spełnianie obowiązku jest czynieniem dobra w rozumieniu etyki utylitarystycznej – działania zmierzającego do tego, by suma dobra była jak największa.

³ Przedstawiane tu rozważania w znacznej mierze opierają się na opisie i analizach aktualnych problemów deontologicznych, występujących w praktyce psychoterapii.

⁴ Zdaniem Haidta o normach etycznych decydują emocje – związane z potępieniem innych (pogarda, gniew itp.), chwaleniem innych (wdzięczność, podziw), współuczestniczeniem w cierpieniu (współczucie, litość) i z negatywną samooceną (poczucie winy, wstyd).[6]

poznawczych. Zarazem, będąc zespołem twierdzeń opartych na emocjach (a nie takich, które można racjonalnie falsyfikować) są związane zarówno z funkcjami poznawczymi, jak i emocjonalnością. Nie oznacza to jednak, że etykę można sprowadzić do psychologii. Przeciwnie, etyka pretenduje nawet do określania tego, co jest zdrowiem psychicznym (np. zgodność funkcjonowania i przeżywania jednostki z zasadami etycznymi czy równowaga między id a superego) — wyznaczając tym samym zakres przedmiotu psychologii. Warto w związku z tym przypomnieć, że jedną z wartości przyjmowanych przez XIX-wieczną etykę dobra (Green, Bradley, Bosanquet) jest „samorealizacja”, pojęcie zapożyczone później przez psychologię humanistyczną i uznane za jeden z najważniejszych celów jednostki. Etyka pretenduje także do wyznaczania, co jest zaburzeniem psychicznym (np. pojęcie „osobowości antysocjalnej” sytuuje w obszarze psychopatologii kierowanie się normami odmiennymi od powszechnie przyjmowanych).

Etyka normatywna, niezależnie od specyfiki proponowanego systemu zasad, podobnie jak i wszystkie deontologie, wpisuje się w problematykę wartości co najmniej na dwa sposoby:

- odwołuje się do systemów wartości, stanowiących uzasadnienie reguł etycznych;
- ustanawia hierarchię wartości etycznych, stanowiącą wskazówki wyboru w sytuacjach, w których jest trudno podjąć decyzję.

Niezależnie od tego, czy poszukuje się — tak, jak w etyce opisowej — tego, co jest powszechnie uznawane za dobre lub złe, czy też szuka się w swoim umyśle imperatywu kategorycznego lub głosu transcendencji, systemy wartości mają charakter aprioryczny, a o ich wyborze i hierarchii wartości decyduje kodyfikator.

Propozycja systemu wartości i przyjęcie tego systemu przez jakąś grupę społeczną to zarazem akt władzy i jej źródło. Historia etyki europejskiej [4], począwszy od greckiego eudaimonizmu po XX-wieczną etykę analityczną, egzystencjalizm i naturalizm czy personalizm ukazuje, że funkcją norm etycznych i wszelkich systemów wartości jest narzucanie jednostce zasad i sposobów osiągania swoich celów, uznanych przez kogoś innego za moralnie właściwe. Są one więc elementem polityki społecznej, a zarazem narzędziem sprawowania władzy. Jak wszystkie dzieła odzwierciedlające subiektywne przekonania, mają ograniczoną wartość, a często są też dowodem niezmiernej pychy kodyfikatora, bezzasadnie przekonanego o tym, że to, co jawi się jako dobre w jego umyśle, z całą pewnością jest dobre. Zapewne z tego, między innymi, powodu obowiązujące systemy norm często okazują się nieadekwatne do postępu wiedzy o świecie i do zmian socjokulturowych. Co więcej, ponieważ często nie przystają one do aktualnych potrzeb osób lub grup („klas politycznych”) sprawujących władzę, co jakiś czas dochodzi do ich przeformułowania.

Natomiast etyka zawodowa — deontologia, obejmuje zespół norm dotyczących czynności związanych bezpośrednio z wykonywaniem zawodu i charakterystycznych dla niego stosunków społecznych. Są to, wynikające z wiedzy fachowej, zasady pełnienia funkcji zawodowej, profesjonalnego działania, zapewniające jego skuteczność, a zarazem pozostające w zgodzie z etyką (głównie utylitarystyczną — w rozumieniu zasad optymalizujących korzyści). Z tego względu, także przepisy deontologii zmieniają się, adekwatnie do postępu wiedzy o przedmiocie tych oddziaływań.

Deontologia, określając normy tylko jednej ze sfer funkcjonowania, w jednej z wielu ról społecznych odgrywanych przez jednostkę, ma ograniczony zakres oddziaływania. We wszystkich innych obszarach aktywności obowiązują jednostkę ogólne normy etyczne.

Zasady deontologiczne zależą zarówno od charakteru i celu aktywności zawodowej, jak i od okoliczności związanych ze specyfiką sposobów oddziaływania⁵. Ocena poprawności działania fachowca dotyczy zarówno zgodności tego działania z normami i obowiązkami wynikającymi z wykonywania zawodu, jak i jego skutków⁶. Ze względu na specyfikę aktywności, deontologie muszą się różnić, nieraz znacznie, na przykład przepisy etycznego funkcjonowania w roli adwokata czy dziennikarza powinny być — i są — nieco inne niż deontologia lekarska.

Kodeksy etyki zawodowej (deontologiczne) odwołują się do ogólnych przepisów etyki normatywnej i systemów wartości, pełniąc w obszarze regulowanej przez nie aktywności taką samą funkcję narzędzia sprawowania władzy, jak zasady określone przez etykę normatywną⁷. Zazwyczaj są więc spójne z tymi zasadami. Niekiedy jednak dochodzi do sprzeczności między ogólnymi normami a deontologicznymi regułami poprawnego wykonywania zawodu. Co więcej, działanie zgodne z zasadami deontologii może zostać ocenione z punktu widzenia etyki normatywnej jako postępowanie nieetyczne.

Wiedza o zaburzeniach zdrowia i wynikające z niej decyzje dotyczące optymalnego sposobu terapii często pozostają w sprzeczności z aktualnymi celami polityki, zwłaszcza tej ekonomiczno-społecznej, i ze związanymi z nią systemami wartości⁸. Powoduje to, że stosowanie się do obowiązujących norm ogólnych rodzi znaczne prawdopodobieństwo braku skuteczności lub nawet negatywnych efektów leczenia. Powstaje wówczas sytuacja, w której wiedza medyczna powinna skłaniać lekarza do działań niezgodnych z normami etycznymi, skądinąd często akceptowanymi przez niego.

Przykładem takiego konfliktu jest żywo obecnie dyskutowany problem „neutralności osoby, która leczy”. Przepisy zawarte w kodeksie etyki lekarskiej oraz w ustawie o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 mówią, że dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Przepis ten chroni autonomię lekarza — dzięki niemu może odmówić działań niezgodnych z jego przekonaniami (nie upoważnia jednak do postępowania zgodnego z osobistymi wartościami moralnymi, ale zabronionego przez prawo i kodeks etyki zawodowej) [7]. Co więcej, zasada ta implikuje powstrzymanie się lekarza od postępowania narzucanego przez aktualne kodeksy etyczne i prawne — wymaganego przez państwo, a nawet przez samego pacjenta — wówczas, gdy wiedza medyczna każe je uznać za niekorzystne dla chorego.

⁵ Deontologia (etyka zawodowa) ma charakter teleologiczny, ponieważ wiąże się z realizacją celu – np. uzyskania zdrowia, dobra uznawanego za wartość pierwotną – ma więc charakter użyteczny. Zarazem, jej nakazy obowiązują w sposób heteronomiczny, kodeksy określają działania osoby leczącej zgodnie z obowiązkami, wynikającymi z wiedzy fachowej, i w tym znaczeniu są dane „z zewnątrz”.

⁶ Przepisy deontologii nie mogą opierać się na założeniu, że „dobry motyw uprzedni w stosunku do zewnętrznego uczynku, lub też dobra wola, jest jedynym wskaźnikiem moralnego dobra czynu lub osoby” (Kant). Najlepsze intencje terapeuty nie pomogą pacjentowi, jeśli nie ma on wystarczającej wiedzy i umiejętności, by wyleczyć chorego.

⁷ Nic też w tym dziwnego, że stowarzyszenia zawodowe chętnie tworzą własne kodeksy etyczne.

⁸ Np. stosowania się do zasad efektywności kosztowej, koniecznego ze względów społecznych.

Ta tzw. klauzula sumienia bywa jednak uznawana za próbę „demontażu norm moralnych”, za narzucenie lekarzom postawy neutralności aksjologicznej i moralnej, propagowanej przez twórców demokracji liberalnej⁹, u której podstaw leży idea neutralności światopoglądowej i religijnej państwa. Tak więc postawa, zgodna z przepisami deontologii lekarskiej, zostaje uznana za sprzeczną z normami etycznymi. Żądanie neutralności, uszanowania autonomii pacjenta i zawieszenia przez terapeutę swoich przekonań aksjologicznych, etycznych czy religijnych wówczas, gdy leczy, jest kwalifikowane jako niemoralne [8].

Trudno się zgodzić z takim poglądem, postulującym podporządkowanie zawodowych działań lekarza ogólnym normom niezależnie od tego, czy takie działanie będzie zgodne z jego wiedzą fachową, często jednak okazuje się on podstawą obowiązujących dyrektyw postępowania.

Neutralność i powstrzymywanie się od ocen moralnych dotyczących przeżyć pacjenta, jego schematów poznawczych (w tym systemów wartości) i motywów, jakimi się kieruje wydaje się szczególnie oczywiste w przypadku psychoterapii, chociażby dlatego, że np. nieświadome motywy będące przedmiotem tych oddziaływań *eo ipso* nie mogą być przedmiotem oceny moralnej.

Zasada neutralności wymaga od psychoterapeuty także powstrzymywania się od indoktrynacji, od narzucania pacjentowi własnego systemu wartości¹⁰ — zarówno tego, który jest akceptowanym przez terapeutę zespołem norm etycznych, jak i tego, który jest zawarty w teoriach będących podstawą jego działania (twierdzeń w rodzaju: „należy być sobą”, „id jest ważniejsze od ego”, „należy otwarcie wyrażać emocje” itp.). „Neutralność” nie oznacza jednak prawa do akceptowania przez psychoterapeutę systemów norm i wartości pacjenta, które mają znaczący udział w powstawaniu zaburzeń, będących przedmiotem leczenia. Bierność wobec takich patomechanizmów choroby, np. dysfunkcyjnych schematów poznawczych, oznaczałaby rezygnację z możliwości skutecznego działania, a więc pozostawałaby w sprzeczności z podstawową zasadą deontologii medycyny: *salus aegroti suprema lex*¹¹. W terapii np. bluźnierczych myśli, będących efektem konfliktu między popędowością a fundamentalistycznym systemem wartości chorego, nie można uznać kierowania się tym systemem wartości za nienaruszalne prawo pacjenta.

Zdarza się nawet, że leczenie wymaga naruszenia tych systemów wartości pacjenta, które terapeuta sam uznaje za obowiązujące — musi wówczas zaprzeczać własnym przekonaniom etycznym. Powstaje więc poważny dylemat: czy ważniejsze są własne przekonania i normy, czy też skuteczność leczenia?

Deontologia daje jednoznaczną odpowiedź na takie wątpliwości. Normy etyczne i związane z nimi systemy wartości, którymi kieruje się w swoim życiu osoba, która leczy, muszą być na czas terapii „zawieszane”, gdyż uniemożliwiałyby rzetelne działanie. Łączy się z tym pytanie: czy terapeuta ma prawo (a może nawet powinien?) ujawniać pacjentom swoje poglądy i systemy wartości, czy też powinien powstrzymać się od tego — co oznaczałoby rezygnację z jakichkolwiek publicznych wystąpień.

⁹ Liberalizm dopuszcza i propaguje tzw. moralność minimalistyczną, taką, „na którą mogą się zgodzić ludzie różnych światopoglądów”.

¹⁰ Patrz np. „Kodeks etyczny psychoterapeuty”, PTP 2000, rodz. II par. 1 i 3.

¹¹ „Salus” można rozumieć jako „zdrowie”, ale też jako „korzyść” czy „szczęście” — to drugie implikuje aktualna definicja WHO. Zastępowanie dążenia do usunięcia zaburzeń troską o „dobrostan” czy „jakość życia” sprawia, że ta zasada przestaje być fundamentem deontologii medycyny.

Wielu psychoterapeutów (zwłaszcza o orientacji psychoanalitycznej) wyraża przekonanie, że leczący powinien być „białą kartą”, umożliwiającą swobodną projekcję przeniesieniową, a więc nie może odsłaniać siebie. Wielu innych, przeciwnie, uznaje udzielanie informacji o sobie za obowiązek etyczny. Trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, kto ma rację w tym sporze. Być może wynika on z nieporozumień dotyczących istoty psychoterapii, nieodróżniania leczenia oddziaływaniami psychospołecznymi od udzielania pomocy i wsparcia.

W przypadku relacji, której celem jest udzielanie pomocy psychospołecznej, zgodność systemów wartości i poglądów osoby pomagającej z systemami klienta ogromnie ułatwia skuteczność oddziaływania. W związku z tym ujawnianie przez osobę pomagającą, jakimi postawami i poglądami się kieruje, wydaje się użyteczne. Natomiast w psychoterapii demonstrowanie swoich rzeczywistych postaw najczęściej zakłóca przebieg leczenia. Jest to jeden z wielu przykładów specyfiki deontologii psychoterapii, jej odmienności zarówno od zasad udzielania pomocy psychospołecznej, jak i od deontologii stosowanej w innych sposobach leczenia. Odmienne muszą być także rozwiązania dotyczące np. problematyki zgody na leczenie, kierowania się korzyścią pacjenta, szacunku dla jego autonomii i godności oraz udzielania mu informacji.

Paradoksalnie, w przypadku psychoterapii, która wymaga świadomej współpracy pacjenta bardziej niż jakiegokolwiek inne leczenie, zasada informowania chorego i uzyskiwania jego świadomej zgody budzi rozmaite wątpliwości. Przede wszystkim, niełatwo określić przedmiot oddziaływania. Przed rozpoczęciem terapii procesy psychiczne, których będzie ona dotyczyć, na ogół nie są dostępne i nie są znane ani pacjentowi, ani terapeutę. Możliwość rzetelnego sformułowania tych obszarów i uzyskania rzeczywiście świadomej zgody pacjenta na ingerencję w nie — praktycznie nie istnieje. Poza tym, trudno odmówić racji tym, którzy są przeświadczeni, że rozumienie przez pacjenta mechanizmów oddziaływania może zmniejszyć ich skuteczność. Nie oznacza to jednak, że psychoterapeuta dysponuje wiedzą uprawniającą go do działania dla dobra pacjenta bez jego wiedzy i zgody.

Oczywiście, pacjent dążący do uwolnienia się od dolegliwości, świadomie wyraża zgodę na leczenie [7, 9], czy może jednak zdawać sobie w pełni sprawę ze znaczenia informacji o celach i sposobach działania, określanych w kontrakcie psychoterapeutycznym? Czy taka pozornie świadoma zgoda na niewiadome, wynikająca z kredytu zaufania do kompetencji psychoterapeuty, jest rzeczywistym przyzwoleniem?

Lekarz, znający patomechanizmy chorób somatycznych i mogący poinformować pacjenta zarówno o powodach chorowania, jak i o warunkach niezbędnych do usunięcia dolegliwości, ma znacznie łatwiejszą sytuację niż psychoterapeuta. Także udzielanie pomocy psychospołecznej opiera się na przekonaniu o dysponowaniu wiedzą o tym, co może być użyteczne poszukującemu jej. Dzielenie się tą wiedzą z osobą, której się pomaga, informowanie o celach i sposobach proponowanego działania (które powinno być odpowiedzią na świadome i jasne określenie przez nią zakresu, w którym takiej pomocy potrzebuje) jest deontologicznym obowiązkiem pomagających (podobnie jak akceptacja odmowy przyjęcia pomocy, uszanowanie autonomii klienta). W przypadku psychoterapii, często okazuje się to nieadekwatne, a nawet sprzeczne z jej założeniami [10].

Psychoterapia, z natury rzeczy, narusza autonomię pacjenta w najbardziej intymnych obszarach przeżywania. Uprawnieniem do takiej ingerencji jest kierowanie się jego dobrem,

a więc naczelną zasadą deontologii, wsparte jego „świadomą” zgodą. To, co stanowi owo dobro, zależy jednak od decyzji psychoterapeuty. Określenie warunków upoważniających do podejmowania takich decyzji jest również problemem deontologicznym.

Bardzo często definiuje się to dobro, a więc cel leczenia, określając przyczyny zaburzeń i zasady leczenia w odwołaniu do tylko jednej z wielu „teorii psychoterapii”. Jak wspomniano, narusza to zasadę neutralności, co więcej, stwarza niebezpieczeństwo zniekształcania obrazu rzeczywistości tak, by pasował do wybranych założeń teoretycznych¹². Spór o trafność teorii i założeń psychoterapii uzyskuje więc wymiar etyczny, a postulat, by psychoterapeuta usiłował zrozumieć i korygować indywidualną, niepowtarzalną problematykę zaburzeń swojego pacjenta w odwołaniu do obserwacji i do swojej wiedzy o psychopatologii, a nie do jakichkolwiek teorii, ma nie tylko merytoryczny charakter. Być może jedyną deontologicznie poprawną postawą jest samodzielność myślenia i krytyczne podawanie w wątpliwość wszelkich „oczywistości” czy schematów poznawczych, proponowanych przez rozmaite szkoły psychoterapii.

Także granice ingerencji, uzasadnionej dobrem pacjenta, to również wielce kontrowersyjny problem. Wydaje się oczywiste, że pacjent zezwala na naruszenie swojej autonomii w tych obszarach, które są źródłem jego choroby i przyczyną cierpienia. Czy jednak zezwala także na uświadamianie mu przeżyć, postaw, motywów itp. niemających bezpośredniego związku z zaburzeniem? Chociaż uzyskiwanie takiej wiedzy o sobie jest często ubocznym efektem psychoterapii, bywa on uznawany za pierwszoplanowy cel. Ale czy uświadamianie wszystkiego, co było nieświadome, nie jest przekroczeniem prawa do naruszenia autonomii, a zarazem zasad deontologii?

W odróżnieniu od udzielania pomocy, psychoterapia (zwłaszcza zaburzeń nerwicowych) stwarza sytuację sprzeczności między zasadą uznawania uświadamianych sobie przez pacjenta i jawnie wyrażanych potrzeb, szacunku dla jego oczekiwań i zaspokajania ich a obowiązkiem skutecznego leczenia. Terapia na ogół wymaga rezygnacji z postulatu uznawania, wyrażanych wprost, potrzeb chorego wynikających np. z neurotycznego przeżywania. Jest oczywiste, że w przypadku patologicznej zależności pacjenta, zaspokojenie jego pragnienia uzależnienia się od psychoterapeuty byłoby sprzeczne z celami leczenia.

Deontologia psychoterapii wynika zarówno z takich, jak powyższe, okoliczności związanych ze skutecznością leczenia, jak i ze specyfiki funkcjonowania w społecznej roli psychoterapeuty. W tym obszarze także pojawiają się rozmaite dylematy.

Jedną z głównych zasad funkcjonowania w tej roli jest np. okazywanie życzliwości pacjentowi, przy równoczesnym zachowaniu krytycznego dystansu emocjonalnego. Postawa taka ma oczywiście walor instrumentalny, ale zarazem — życzliwość dla drugiego człowieka, zwłaszcza chorego, którego mamy leczyć, okazywanie mu swojej sympatii i zaangażowania wydaje się oczywistym nakazem moralnym. Z punktu widzenia deontologii, taką życzliwość należy okazywać nawet wtedy, jeśli się jej nie odczuwa. Ale czy udawanie sympatii jest etyczne?

Podobne problemy powstają wówczas, gdy pojawia się napięcie erotyczne¹³ lub jakies inne aspekty przeżywania terapeuty, mogące przeszkadzać w leczeniu, a więc sprzeczne

¹² Skądinąd jest to codziennym doświadczeniem pacjentów, leczonych zgodnie z podejściami teoretycznymi decydującymi a priori o sposobie rozumienia objawów i problemów chorego.

¹³ Wyjaśnienia takich okoliczności, odwołujące się do koncepcji przeniesienia i związane z nimi zasady postępowania są często obroną (skądinąd nieskuteczną) przed dostreganiem realności tych procesów, zachodzących w interakcji między pacjentem a psychoterapeutą.

z dobrem pacjenta. Dotyczy to m.in. mechanizmów podejmowania decyzji o tym, jak długo ma trwać leczenie.

Korzyść pacjenta z szybkiego powrotu do zdrowia często pozostaje w konflikcie z korzyściami psychoterapeuty, zainteresowanego możliwie jak najdłuższym leczeniem (zwłaszcza jeśli jest wysoko wynagradzany za swoje usługi). Deontologia nakazywałaby maksymalny wysiłek prowadzący do wyleczenia w jak najkrótszym czasie, ale etyka utylitarna uzasadnia także uwzględnianie korzyści terapeuty...

Odpowiedzi na takie pytania zależą oczywiście od systemu wartości terapeuty, a ten z kolei — przede wszystkim od jego wiedzy. Ponieważ psychoterapeuta jest głównym (jeśli nie jedynym) „narzędziem” oddziaływania leczniczego, deontologiczny wymóg rzetelnego wykształcenia ma jeszcze większe znaczenie, niż np. w przypadku farmakoterapii. Błędne schematy poznawcze, dysfunkcjonalne cechy osobowości, postawy itp. znacznie bardziej wpływają na niepowodzenie psychoterapii, niż innych rodzajów leczenia. Niestety, często systemy wartości (nieraz deklarowane ze względów koniunkturalnych) zastępują rzetelną wiedzę o chorym człowieku, zaburzeniach jego zdrowia i o zasadach leczenia.

Psychoterapeuci wiedząc, może nawet lepiej niż ktokolwiek inny, że człowiek jest niedoskonały, a jego przeżywanie jest reakcją na bodźce i wpływy środowiskowe, muszą odwoływać się do kodeksu etycznego ograniczającego ich spontaniczne, oparte na subiektywnych przeświadczeniach, przekonania i działania. Muszą więc zgodzić się na ograniczenia, umożliwiające — podobnie jak rzetelna wiedza o tym, co mają leczyć — uzyskanie optymalnego efektu swojej pracy.

Wydaje się, że podstawą deontologii psychoterapii powinien być uniwersalistyczny utylitaryzm w rozumieniu dążenia do największego pożytku (szczęścia) możliwie największej liczby osób oraz działania, którymi kieruje przewidywanie i ocena jego skutków, zarówno bliższych, jak i odległych [2], a nie intuicyjne przeświadczenie o tym, co jest dobre, a co złe.

Piśmiennictwo

1. Didier J. Słownik filozofii. Katowice: Książnica; 1992.
2. Blackburn S. Oksfordzki słownik filozoficzny. Warszawa: KiW; 1997.
3. Hartman J, red. Słownik filozofii. Kraków: Zielona Sowa; 2004.
4. Bourke VJ. Historia etyki. Warszawa: Wyd. Krupski i s-ka; 1994.
5. Hare RM. Myślenie moralne. Warszawa: Aletheia; 2001.
6. Pinker S. Tabula rasa. Gdańsk: GWP; 2005
7. Bomba J. Wybrane problemy etyczne codziennej praktyki psychiatrycznej. Psychiatr. Dypł. 2004 (wyd. spec.), 13–16.
8. Biesaga T. Polityczny liberalizm, moralna neutralność a klauzula sumienia. Med. Prakt. online (05 10 2005).
9. Kress JJ. Aspects éthiques du consentement à la psychothérapie. Ann. Psychiatr. 1998; 13 (2).
10. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Warszawa: PZWL; 1972.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków