

Rafał Lustig

DOBRO W PSYCHOTERAPII – ZARYS PROBLEMATYKI

Dobro¹ jest w psychoterapii² jakością zarówno konieczną, jak i konstytutywną. Konieczność jej ma w pierwszej kolejności naturę pragmatyczną. Obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych (abstrahując jeszcze od celów tych oddziaływań) jest człowiek w swoich najgłębszych i najintymniejszych wymiarach – obejmujących nie tylko jego osobiste doświadczenia i przeżycia, ale także jego podmiotowość i tożsamość, a zatem sięgających istoty jego Dobra. Chcąc zajmować się człowiekiem na tak głębokim poziomie, niejako z konieczności terapeuta wikła się w problematykę jego Dobra, ponieważ działa w *obszarze* dla owego Dobra fundamentalnym. W oderwaniu od Dobra pacjenta, psychoterapia nie jest możliwa.

¹ „Dobro” pisane jest w niniejszym tekście wielką literą dla uwypuklenia, że chodzi o Dobro konkretnego człowieka ujęte całościowo i stanowiące o jego istocie, a nie jedynie jakieś jego dobro partykularne (np. zdrowie). Dodatkowo zapis taki zwiększa przejrzystość tekstu.

² Wobec trudności w ustaleniu jednolitej, powszechnie uznawanej definicji psychoterapii (por. np. G.P. Koocher i P. Keith-Spiegel, *Ethics in psychology: Professional standards and cases*, New York 1998, s. 78; J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia medyczna*, Warszawa 1996, s. 11; P. Szczukiewicz, *O Pomaganiu i psychoterapeutach*, Lublin 2005), w tekście tym przyjmuje się roboczo następującą definicję: „Psychoterapia to świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomaganiu ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany” (J.C. Norcross, *An eclectic definition of psychotherapy* [w:] *What is psychotherapy?*, ed. by J.K. Zeig i W.M. Munion, San Francisco 1990). Zainteresowanych dyskusją nad definicją pomocy psychologicznej i psychoterapii odsyłam do wskazanej wyżej pracy Szczukiewicza, która – jako swoista kompilacja – odsyła do licznych tekstów źródłowych z tego zakresu.

Ta pierwotna, pragmatyczna konieczność ujmowania Dobra w psychoterapii prowadzi do konieczności wtórnej o charakterze moralnym. Sytuacja powierzenia siebie drugiemu człowiekowi w sposób tak dogłębny i intymny, jak to ma miejsce w psychoterapii, domaga się od terapeuty specyficznego moralnego ustosunkowania, specyficznego odpowiedzi, których istotą wydaje się troska. Praca psychoterapeuty powinna być zatem przesiąknięta specyficznym *klimatem* wrażliwości na Dobro pacjenta. W oderwaniu od Dobra pacjenta, psychoterapia przestaje być terapią, a staje się gwałtem.

Z kolei konstytutywność Dobra dla praktyki psychoterapeutycznej wynika z obranych przez nią celów szczegółowych, które wprost odnoszą się do istotnych obszarów Dobra człowieka (wymieńmy tu przynajmniej najważniejsze: zdrowie, zmniejszenie cierpienia, rozwój, poznanie i rozumienie siebie, zdolność do funkcjonowania i realizowania się, jakość życia, szczęście³). Jest zatem Dobro pacjenta nadrzędną kategorią teleologiczną psychoterapii, jej nadrzędnym *celem*. W oderwaniu od owego Dobra, psychoterapia traci swój sens i rację bytu, jest wręcz nie do pomyślenia.

Dobro jako ogólny i nadrzędny *cel* staje się dla psychoterapii jakością definicyjną, stanowi jej uzasadnienie i uprawomocnienie. Czy jest to uprawomocnienie wystarczające? To jedno z ważniejszych pytań, jakie psychoterapeuta powinien sobie zadawać. Jest to też pytanie, do którego zmierzać będą rozważania prowadzone w niniejszym tekście. A zmierzać będą drogami wyznaczonych wyżej trzech perspektyw ujmowania Dobra – jako *obszaru*, *celu* i *klimatu* psychoterapii. Pamiętać przy tym należy, że dopiero suma tych trzech perspektyw określa pełne spektrum problematyki Dobra, przed którym staje psychoterapeuta w swojej pracy z człowiekiem.

Dobro jako obszar oddziaływań psychoterapeutycznych

Psychoterapia dotyka całego człowieka. Nie tylko najistotniejszych aspektów jego Dobra – zdrowia, wolności, szczęścia, relacji – ale też samej istoty człowieka: jego wolności, podmiotowości, osobowości, duchowości, tożsamości. W *Poznaniu chorego* Antoni Kępiński przestrzegal:

³ Por. np. K. Jaspers, *Filozofia egzystencji*, tłum. D. Lachowska, Warszawa 1990; B. Tryjarska, *Podstawowe zasady etyczne w psychoterapii*, [w:] *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych*, red. J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska, Warszawa 2004, s. 117-131; I. Kozłowska-Piwowarczyk, *Ku sztuce istnienia. Refleksje nad Ericha Fromma koncepcją psychoterapii*, „Psychoterapia” 2004, nr 3(130), s. 15-24.

terenem pracy psychiatry nie są wyizolowane cechy zachowania się, w pewnym sensie pojęcia abstrakcyjne, ale żywy człowiek zarówno w subiektywnym świecie swych przeżyć, jak i w obiektywnej sferze swych reakcji. Jest on niewymierny i niepowtarzalny⁴.

Nawet stosując procedury ograniczone do pewnego tylko aspektu funkcjonowania człowieka, terapeuta nie może zapomnieć, że ma do czynienia z człowiekiem jako całością, a wszelkie wyróżniane „części” stanowią jedynie pewne konstrukty teoretyczne, w rzeczywistości zlewające się w niepodzielną i tajemniczą całość.

Oddziaływanie psychoterapeutyczne nie tylko dotyka całego człowieka, ale też stanowi swoiste wtargnięcie w jego najgłębsze, najbardziej intymne i osobiste sfery.

Ingerencje w ludzką psychikę dotykają niezwykle głęboko istoty naszej psychofizycznej natury, czyniąc nas nadto, zdawałoby się, bezbronniymi w rękach terapeuty [...]. Dotyczą istotnie „osobowego ja”, wpływają na to, kim jesteśmy i jak się identyfikujemy w obszarze naszych racjonalnych wyborów [podkr. R.L.]⁵.

Tej „istoty psychofizycznej natury” człowieka Jaspers nie wahał się nazywać „duszą”⁶. Z kolei w kodeksie etycznym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTP) znajdziemy zapis o oddziaływaniu psychoterapii na „sposób istnienia drugiego człowieka”⁷. Tak dalece posunięta ingerencja nie tylko „narusza autonomię pacjenta w najbardziej intymnych obszarach”⁸, ale też często wiąże się z cierpieniem.

Udział w psychoterapii – mimo oczekiwanej poprawy – wiąże się nieodłącznie z dużym obciążeniem dla pacjenta, na które składają się: wstyd, strach przed ujawnieniem, oczekiwanie porażki, niepewność⁹, przyjęcie pozycji osoby słabej, nieradzącej sobie (co może prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości i samooceny), lęk przed oceną, odsłonięcie i ujawnianie intymnych treści, zgoda na wywieranie wpływu przez terapeuta,

⁴ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Warszawa 1989, s. 23.

⁵ B. Chyrowicz, *O ingerencji w ludzką psychikę i kontrowersyjnych korzyściach naruszania autonomii*, [w:] *Praktyka psychologiczna...*, op. cit., s. 81-92.

⁶ K. Jaspers, op. cit. s. 384.

⁷ Polskie Towarzystwo Psychologiczne, *Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa*, <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29> (dostęp: 01.02.2015 r.).

⁸ J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia: etyka – wartości – deontologia*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&if=26> (dostęp: 01.02.2015 r.).

⁹ P. Dybel, *Etyczny wymiar Psychoterapii*, [w:] *Etyka – Psychologia – Psychoterapia*, red. A. Margasiński i D. Probuca, Kraków 2004, s. 9-18.

kontrola terapeuty¹⁰. Podejmując się psychoterapii, człowiek godzi się zatem na duże koszty, które rekompensuje jedynie nadzieja na zmniejszenie jego cierpienia.

Dobroczynny klimat w psychoterapii

Powierzając psychoterapeucie całego siebie na płaszczyźnie najbardziej bodaj osobistej, pacjent obdarza go niezwykłym zaufaniem. Ten akt zawierzenia, wsparty nadzieją na uzyskanie pomocy, zobowiązuje terapeutę, by pokładanego w nim zaufania nie zawiódł, nie nadużył. Wobec ujawnienia przez pacjenta swej intymnej bezbronności, terapeuta odwzajemnia się obietnicą pomocy. Nie chodzi tu jednak o formalny kontrakt psychoterapeutyczny czy o zobowiązanie wynikające z przyjęcia pewnej roli¹¹, ale przede wszystkim o egzystencjalną obietnicę składaną konkretnemu człowiekowi. Terapeuta nie jest bowiem wobec pacjenta tylko odtwórcą pewnej roli społecznej, jest też człowiekiem stającym wobec drugiego człowieka – „egzystencją dla innej egzystencji”¹². Przy czym ten drugi jest w spotkaniu cierpiący, słaby, obnażony, co wymownie ujmuje Kępiński w *Poznaniu chorego*:

Fakt, że jeden z partnerów staje przed drugim nagi, zobowiązuje do dyskrecji. Partner nieobnażony – właśnie ze względu na nierówność sytuacji – musi zachować szacunek dla nagości towarzysza kontaktu, dać mu pewność, że intymność sytuacji nie zostanie naruszona¹³.

Wobec tak zakreślonej specyfiki spotkania terapeutycznego, zupełnie niewystarczające wydaje się ograniczenie moralnych wymogów psychoterapii do merytorycznego profesjonalizmu, zobowiązania wynikającego z przyjęcia pewnej roli i zgody pacjenta. Potrzeba tu czegoś znacznie więcej – szczególnego stosunku terapeuty do pacjenta, szczególnego klimatu spotkania, w którym ten drugi poczuje się bezpieczny i objęty opieką. W literaturze przedmiotowej wskazuje się zatem na: potrzebę szczególnej ochrony pacjenta, brak osobistych korzyści i oczekiwań terapeuty, uważność, autonomię, życzliwość i postawę akceptującą¹⁴, zasadę nieszkodzenia, respekto-

¹⁰ M. Toeplitz-Winiewska, *Udzielanie pomocy psychologicznej*, [w:] *Etyka zawodu psychologa*, red. J. Brzeziński, B. Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Winiewska, Warszawa 2008, s. 235-263.

¹¹ J. Andre, *Moralność ról jako złożony przypadek zwyczajnej moralności*, [w:] *Moralność i profesjonalizm Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków 2010.

¹² K. Jaspers, op. cit., s. 398.

¹³ A. Kępiński, op. cit., s. 105

¹⁴ B. Tryjarska, op. cit.

wanie autonomii, dobroczynność, sprawiedliwość, wierność, poszanowanie godności, troskę i współczucie, dążenie do zawodowej perfekcji, odpowiedzialność¹⁵. Szczególnie wymownie brzmią słowa Janusza Morasiewicza, który w krótkiej wypowiedzi ujmuje to wszystko, co w kwestii dobrego klimatu psychoterapii wydaje się doniosłe:

Odpowiedzialność, troska, odwaga, sumiennność, wiarygodność, poczucie powinności i zobowiązanie wobec pacjenta to słowa, które przychodzą mi na myśl, gdy myślę o sobie jako psychoterapeucie¹⁶.

Z poruszonych przez tych i innych autorów aspektów wyłaniają się trzy kategorie, które wydają się kluczowe dla dobroczynnego klimatu psychoterapii: *uwaga* i *poszanowanie* wobec odmienności pacjenta; *wrażliwość* i *troska* wobec cierpienia i odsłonięcia; pełne *zaangażowanie* i osobista *odpowiedzialność* wobec prośby o pomoc.

Dobro jako cel psychoterapii

Obierając swoim celem Dobro pacjenta, psychoterapia wikała się w pytanie rozważane na polu filozofii od jej zarania: Czym jest Dobro człowieka? Na pytanie to nie sposób udzielić odpowiedzi powszechnie stosowalnej, ostatecznej. W swej ogólnej postaci nie jest ono przedmiotem niniejszej refleksji, rodzą się jednak z niego pytania szczegółowe, niezwykle istotne dla działalności psychoterapeutycznej, które należy tu przynajmniej postawić i wypróbować różnych na nie odpowiedzi:

- Czyje Dobro jest celem psychoterapii?
- Jak rozwiązywać konflikty między Dobrem pacjenta i Dobrem innych ludzi?
- Kto określa Dobro w psychoterapii i według jakich kryteriów?
- Jak rozwiązywać konflikty w obrębie Dobra pacjenta?

Czyje Dobro jest celem psychoterapii?

Odpowiedź na postawione w tytule rozdziału pytanie wydaje się oczywista: psychoterapia służy Dobru pacjenta. Z tą oczywistością wiążą się jednak pewne wątpliwości. Dobro pacjenta może być bowiem tylko po-

¹⁵ G.P. Koocher i P. Keith-Spiegel, op. cit.

¹⁶ J. Morasiewicz, *Dylematy moralne w psychoterapii – perspektywa psychoterapeuty*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?1=1&p=deb5&m=43&ii=465> (dostęp: 01.02.2015 r.).

zorem, przykrywką dla jakiegoś innego ukrytego celu, może też być w trakcie terapii poświęcane na rzecz Dobra innego.

Najpoważniejszym zarzutem wobec psychoterapii, bo skierowanym w samo jej serce, unieważniającym jej zasadność, jest zakwestionowanie realności nadrzędności Dobra pacjenta. Zarzuty takie w latach 60' zaczął formułować ruch anty-psychiatrii¹⁷. Do dziś niektórzy wskazują, że psychoterapię można postrzegać jako formę kontroli społecznej służącą utrzymaniu *status quo* poprzez sankcjonowaną „modyfikację dewiacyjnych zachowań”¹⁸. Zarzut ten można odnieść do tych psychoterapeutów, którzy mocno trzymają się poglądu, że pacjent nie jest zdolny do określenia, co jest dla niego dobre, czynią więc to za pacjenta, opierając się na pewnej koncepcji zdrowia/choroby. W tym sensie psychoterapia rzeczywiście może służyć podtrzymywaniu uznanych przez większość przekonań na temat Dobra i zdrowia oraz utartych stylów życia, myślenia i odczuwania i w jakimś sensie zapoznawać indywidualność osób identyfikowanych jako zaburzone psychicznie.

Psychoterapia jako profesja w sposób oczywisty służy zaspokajaniu pewnych potrzeb wykonujących ją osób. Z jednej strony dostarcza materialnych środków do życia, z drugiej przynosi korzyści dodatkowe, psychologiczne: satysfakcję, rozwój, poczucie spełnienia, sensu czy poczucie własnej wartości. Nie jest to niewłaściwe, przeciwnie – zaspokajane potrzeby terapeuty służą jako ważne źródło motywacji do pracy wiążącej się wszak z dużymi kosztami psychicznymi. Zdarza się jednak, że dochodzi na tym polu do wypaczeń. Kiedy wymienione wyżej korzyści stawiane są przez terapeutę na pierwszym miejscu, Dobro pacjenta zostaje zapoznane – staje się tylko środkiem do celu (np. uzyskania gratyfikacji finansowej, osiągnięcia satysfakcji, poczucia spełnienia), efektem ubocznym (np. sukcesu lub rozwoju terapeuty) lub czynnikiem zakłócającym (np. gdy pacjent „nie chce” zdrowieć i w ten sposób zagraża poczuciu własnej wartości terapeuty). Częstym problemem, zwłaszcza wśród młodych psychoterapeutów, jest trudność uwolnienia się od potrzeby bycia lubianym przez pacjentów. Pozytywny stosunek pacjenta do terapeuty jest czynnikiem sprzyjającym leczeniu¹⁹, jednakże na pewnych etapach procesu psychoterapeutycznego cennym dla pacjenta może być doświadczenie negatywnych emocji wobec terapeuty. Jeśli terapeuta będzie za wszelką cenę nie dopuszczał do takiej sytuacji, może zatrzymać zmianę w terapii. Zachowując pozytywny stosunek pacjenta do

¹⁷ Por. np. T. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, New York 1961.

¹⁸ P. Walecki, *Uniwersalność procesu psychoterapii oraz postawy psychoterapeutycznej w odmiennych kontekstach kulturowych* [niepublikowana praca magisterska], Kraków 2000, s. 14.

¹⁹ J.Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 1997, s. 176-178.

siebie, uniemożliwi mu rozwój i zdrowienie. Przesunięcie akcentu z Dobra pacjenta na korzyści terapeuty zwykle zachodzi nieświadomie lub nie w pełni świadomie, nie jest intencjonalne, należy je zatem rozumieć raczej w kategoriach błędu w sztuce niż nadużycia. W pierwszej kolejności środkiem zaradczym i naprawczym wobec takiego błędu jest supervizja.

Znacznie poważniejszym wypaczeniem, niejednokrotnie mającym już charakter nadużycia, jest zaspokajanie w terapii potrzeb psychoterapeuty kosztem Dobra pacjenta. Terapeuta może na przykład odreagowywać na pacjencie swoje emocje, indoktrynować go do swojego systemu wartości czy przekonań, by uzyskać jego potwierdzenie, wykorzystywać uzyskane w terapii informacje dla korzyści własnych lub osób trzecich. W przypadkach skrajnych dochodzić może do celowego uzależniania pacjenta od terapeuty i manipulowania nim w celu uzyskania gratyfikacji finansowej, emocjonalnej lub seksualnej.

Dobro pacjenta a Dobro innych ludzi

Naszkieowane w poprzednim rozdziale kwestie nie zawsze łatwo dostrzec, kiedy jednak zostaną poddane refleksji i rozpoznane, z reguły nie stanowią trudnego dylematu – to pacjent, a nie system jest odbiorcą świadczeń psychoterapeutycznych, to pacjent, a nie system prosi o pomoc, rolę psychoterapeuty zaś jest pomóc pacjentowi, a nie wykorzystać go dla własnych celów. Psychoterapeuta staje wobec znacznie trudniejszego do rozstrzygnięcia dylematu, gdy zauważy, że Dobro pacjenta stoi w sprzeczności z Dobrem innej osoby. Jak wskazują liczni psychoterapeuci, „wolność pacjenta powinna być ograniczona wolnością innych osób”²⁰. Kwestią oczywistą jest zatem, że psychoterapeuci nie godzą się pomagać pacjentom w osiągnięciu celów nastawionych na zadawanie cierpienia czy wykorzystywanie innych ludzi. Dylematy rodzą się w sytuacjach mniej oczywistych i bardziej zniuansowanych – gdy osobowość, styl życia, nawyki czy decyzje pacjenta wywołują cierpienie innych. Jak rozstrzygać dylemat, w które uwikłane jest Dobro innych osób oraz wolność pacjenta do bycia sobą?

Nie sposób udzielić tu jednej, pewnej odpowiedzi, można natomiast pokusić się o sformułowanie wskazówki. Wobec niedoskonałości etycznego rozeznania i nieporównywalności wartości²¹ sugeruje się, by psychoterapeu-

²⁰ J. Jones, G. Syme, D. Hill, R. Casemor, C. Shillito-Clarke, *Co wolno, a czego nie wolno terapeutycie. Zagadnienia etyczne w pytaniach i odpowiedziach*, Gdańsk 2000, s. 53.

²¹ Por. np. D. Piórkowski, *Między aksjologią a agatologią. Ewolucja myśli etycznej Józefa Tischnera*, [nieopublikowana praca dyplomowa], Kraków 2001; W. Galewicz, *O pluralizmie najwyższego dobra*, „Znak” 1999, nr 9, s. 83-94; L. Kołakowski, *Kultura i fetysze*, Warszawa 1967.

ci skłaniali się raczej do przedkładania Dobra pacjenta nad Dobro innych ludzi. Dobro pacjenta jest im bowiem najbliższe, namacalne, wręcz osobiście przeżywane, jest tym Dobrem, które „widać” znacznie wyraźniej niż mająca na horyzoncie, niewyraźne i niepewne Dobro innych. Tego odległego Dobra psychoterapeuta nie powinien przy tym tracić z oczu. Moralna wrażliwość i Dobro innych ludzi stanowią „granice dialogu psychoterapeutycznego”²², w obrębie których możliwa jest psychoterapia. W sytuacji psychoterapii indywidualnej to terapeuta jest jedynym przedstawicielem innych ludzi i jako taki powinien wskazywać pacjentowi ich potrzeby²³. Wobec pacjenta jest więc terapeuta rzecznikiem Dobra innych ludzi.

Kto określa Dobro w psychoterapii i według jakich kryteriów?

Jak zidentyfikować Dobro pacjenta? Kto miałby je wskazać: pacjent czy psychoterapeuta – a jeśli terapeuta, to w oparciu o co? O jakąś teorię psychopatologii, kontekst kulturowy, własne doświadczenie, intuicję, własne przekonania? A może potrzeba tu jakiejś formy kompromisu?

U początków psychoterapii funkcjonował wywiedziony z medycyny, ściśle paternalistyczny model relacji terapeuta – pacjent²⁴, zakładający większą kompetencję lekarza w określaniu zdrowia pacjenta. W przeciwieństwie jednak do zdrowia somatycznego, które w znacznym stopniu poddaje się generalizacji i prostym kategoryzacjiom, zdrowie psychiczne nie daje się uogólniać, przeciwnie – wydaje się bardzo podatne na indywidualne negocjacje znaczenia.

Nie ma zewnętrznych ustalonych definicji, co jest zdrowe, a co chore, co jest funkcjonalne, a co dysfunkcyjne. To, co może być dobre w jednym czasie i miejscu, w innym czasie i miejscu może być chore lub niedobre²⁵.

Nauka dostarcza tu jedynie pewnej wiedzy ogólnej w zakresie funkcjonowania psychicznego, nie może jednak rozstrzygać, co jest zdrowe, pożądane, ponieważ te jakości są ściśle związane z pewnymi rozstrzygnięciami natury filozoficznej, światopoglądowej i kulturowej²⁶. W modelu paternali-

²² J. Morasiewicz, op. cit.

²³ J. Jones [et al.], op. cit.

²⁴ A. Klich, *Paternalizm czy współodpowiedzialność? Stosunek lekarz-pacjent a zgoda pacjenta na zabieg medyczny w polskim porządku prawnym*, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1031> (dostęp 03.02.2015 r.).

²⁵ B. de Barbaro, *Po co psychoterapii postmodernizm*, „Psychoterapia” 2007, nr 3(142), s. 5-14.

²⁶ Por. np. K. Jaspers, op. cit.; B. Chyrowicz, op. cit.; H. Promieńska, *Teoretyczny i praktyczny wymiar związku etyki z psychoterapią i... polityką*, [w:] *Etyka – Psychologia – Psychoterapia*, op. cit., s. 19-26; J. Trzópek, *Filozofie psychologii*, Kraków 2007.

stycznym ostateczne rozumienie Dobra pacjenta kształtowane jest zatem przez samego terapeutę nie tylko w oparciu o wiedzę naukową, ale także kompleks subiektywnych przekonań i wartości.

Wobec niedającej się obronić pozamerytoryczności paternalizmu, szybko doczekał się on krytyki ze strony środowisk o humanistycznej proweniencji. „Sensu nie sposób wypisać na receptę. [...] Pacjent musi go znaleźć sam i samodzielnie”²⁷. Współcześnie stwierdzenie takie wydaje się już oczywiste – zarówno z uwagi na uznanie wolności pacjenta do samostanowienia, jak i brak podstaw merytorycznych do określania celu psychoterapii przez samego tylko terapeutę. Z drugiej strony jednak bezrefleksyjny autonomizm w zakresie wyznaczania celu psychoterapii prowadzić może do stawiania autonomii pacjenta ponad jego szerzej rozumianym Dobrem²⁸. Czy bowiem pacjent zawsze wie, co jest dla niego dobre? Problemem często jest nie tylko to, że nie może sam osiągnąć Dobra, ale też to, że sam do końca (a czasem zupełnie) nie wie, czym to Dobro mogłoby być i gdzie go szukać. Pozostawienie decyzji o celu psychoterapii samemu pacjentowi może być zatem zadaniem ponad jego siły²⁹ lub zadaniem niemożliwym, może też nie służyć mu w dalszej perspektywie poprzez podtrzymywanie niesprzyjających jego Dobru wzorców³⁰.

Alternatywą wobec tych dwóch skrajnych stanowisk jest model dialogiczny, w którym terapeuta i pacjent przyjmują rolę dwóch autonomicznych podmiotów stojących przed wspólnym zadaniem. Podkreśla się w nim ich wzajemną nierówność – terapeuta jest specjalistą w zakresie ogólnego funkcjonowania psychicznego i sposobów poszukiwania odpowiedzi, pacjent w zakresie własnego życia, przeżywania i wyznawanych przez siebie przekonań i wartości³¹. W *Róży wierszem niezawołanej* Małgorzata Opoczyńska podkreśla, że „żadna ze stron pozostających ze sobą w relacji nie ma legitymizacji do tego, by o wszystkim wiedzieć lepiej (a w szczególności – co jest dobre, a co nie)”³².

²⁷ A. Kępiński, op. cit., s. 86.

²⁸ T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=26784 (dostęp: 03.02.2015 r.).

²⁹ W. Galewicz, *Moralność i profesjonalizm Spór o pozycję etyk zawodowych*, Kraków 2010.

³⁰ J. Aleksandrowicz, *Głos w dyskusji*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=462> (dostęp: 25.02.2015 r.).

³¹ K. Jaspers, op. cit.

³² M. Opoczyńska, *Róża wierszem niezawołana. Szkice na temat poznania i samopoznania*, Kraków 2002, s. 42.

Dylemat w obrębie Dobra pacjenta: zdrowie a autonomia

Współcześnie większość terapeutów zdaje się przyjmować model dialogiczny, wielu jednak uważa, że „zawieszenie zasady autonomii” pacjenta jest dopuszczalne i usprawiedliwione w przypadku jego „niekompetencji”³³. Źródłem tej niekompetencji upatruje się zaś, rzecz jasna, w samej chorobie psychicznej, która obniża zdolność adekwatnej oceny rzeczywistości i uniemożliwia autonomiczne podejmowanie decyzji.

Pacjenta należy leczyć, a rezygnacja z pytania go o zgodę [...] jest podyktowana jego dobrem – chodzi nam wszak nie o co innego, jak właśnie o przywrócenie pacjentowi zdolności do wolnych i samodzielnych decyzji³⁴.

Jeśli w praktyce terapeutycznej dopuścimy taki warunkowy paternalizm, powrócą pytania, które – w teorii – dialogizm zdawał się rozwiązywać. Pod jakim warunkiem dopuścić postawę paternalistyczną i zadecydować za pacjenta? Kto i w oparciu o jakie kryteria (czy są one obiektywne i absolutne?) powinien określać, kiedy pacjent wciąż jeszcze posiada zdolność samostanowienia, a kiedy nie? Badania Williamsa i Levitt dowodzą, że terapeuci (różnych orientacji teoretycznych) w większości przypadków podążają za pacjentem, przyjmując jego wartości i realizując jego cele. Wyjątkiem są te sytuacje, w których pacjent nie posiada „umiejętności zmiany” lub wyznaczone przez niego cele uniemożliwiają zmianę³⁵. Najwyższą instancją decyzyjną w psychoterapii pozostał zatem sam terapeuta – nie narzuca już co prawda z góry swojego rozumienia zdrowia i Dobra, ale decyduje o tym, czy rozumienie pacjenta jest wynikiem jego autonomicznej decyzji, czy też choroby.

Czy terapeuta jest uprawniony (i czy powinien) naruszać autonomię pacjenta w imię jego zdrowia? Z drugiej strony: czy terapeuta jest uprawniony (i czy powinien) zaniedbać zdrowie pacjenta w imię jego autonomii? Ten konflikt wartości medycznych (życie i zdrowie) oraz humanistycznych (wolność i prawo do samostanowienia) wydaje się niezbywalnie wpisany w praktykę psychoterapeutyczną³⁶.

³³ B. Chyrowicz, op. cit., s. 82.

³⁴ Ibidem.

³⁵ D.C. Williams, H.M. Levitt, *A Qualitative Investigation of Eminent Therapists' Values Within Psychotherapy: Developing Integrative Principles for Moment-to-Moment Psychotherapy Practice*, „Journal of Psychotherapy Integration” 2007, vol. 17, no 2, s. 159-184.

³⁶ M. Opoczyńska, M. Rostworowska, Z. Ćwikliński, J. Robak, I. Dziasek, M. Marciak, H. Pytko, B. Karolczak, *Leczenie bez zgody – dialog czy „psychiatryczne gry językowe”?* „Psychoterapia” 2009, nr 2(149), s. 43.

W poszukiwaniu uprawomocnienia psychoterapii

Już w połowie XX wieku Jaspers zastanawiał się, „czy możemy ważyć się na prześwietlanie jednostkowej duszy aż do jej podstaw”³⁷, gdy niemożliwe wydaje się udzielenie pewnych odpowiedzi na pytania o ludzką egzystencję, wobec czego działania psychoterapeutyczne muszą oprzeć się na osobowości, światopoglądzie i instynkcie terapeuty. Przez kolejne dziesięciolecia rozwoju psychoterapii pytanie to nie straciło swej aktualności³⁸. Specyficzne warunki psychoterapii nie tylko stawiają pacjenta niejako nagim i bezbronny wobec terapeuty, ale też wystawiają go na wpływ, niebezpieczeństwo wywierania nacisku, indoktrynacji, manipulacji³⁹, i to w sferach najbardziej osobistych: tożsamości, indywidualności, podmiotowości. Już samo wkroczenie w tę intymną przestrzeń Drugiego człowieka domaga się uprawomocnienia. Tym bardziej zaś potrzeba go, kiedy zamierza się tę przestrzeń zmieniać. Psychoterapia znajduje to uprawomocnienie w Dobru pacjenta, czy jednak jest ono wystarczające?

Oparcie psychoterapii na Dobru pacjenta otwiera szereg niebanalnych pytań: kto, jak, w oparciu o jakie kryteria może i powinien owo Dobro określać? Jak rozstrzygać dylematy w obrębie Dobra samego pacjenta oraz konflikty między jego Dobrem a Dobrem innych ludzi? Próba ujednoznacznienia tych kwestii grozi nadmierną generalizacją i absolutyzmem, pozostawienie ich zaś dowolnej interpretacji otwiera szerokie pole do niezawinionego choćby zapoznania inności Drugiego. Czy zatem Dobro pacjenta – w swej nieuchwytności, subiektywności i zmienności – może stanowić uprawomocnienie psychoterapii? Wobec przeprowadzonych tu refleksji należy stwierdzić, że jest ono w psychoterapii postulatem koniecznym, ale niewystarczającym. Namysł nad nim kieruje jednak poszukiwania uprawomocnienia we właściwe strony. W pierwszej kolejności ku osobie pacjenta jako jedynemu nadawcy uprawomocnienia (choć nie jedynemu nadawcy celów i znaczeń w terapii) i najważniejszemu odbiorcy psychoterapii. W drugiej kolejności w stronę właściwego klimatu (na który składają się przede wszystkim: uważność i szacunek, wrażliwość i troska, zaangażowanie i odpowiedzialność psychoterapeuty), w którym najpełniej realizowane może być bezcenne, a wciąż niejasne Dobro pacjenta.

³⁷ K. Jaspers, op. cit., s. 384.

³⁸ J. Russ, *Współczesna myśl etyczna*, tłum. A. Kuryś, Warszawa 2006, s. 136.

³⁹ M. Toeplitz-Winiewska, op. cit., s. 235-263.

Category of "Good" in Psychotherapy - an Outline of Issues

Summary

Category of "good" in psychotherapy is the main subject of the thesis. Its aim is to problematise the concept of „good“ in three perspectives: area, goals and climate of psychotherapy. It will be done by posing questions about: the human being's situation in psychotherapy, the identity of client, the sources of „good“ concept's meaning in psychotherapy, the conflict between various aspects of client's good, the conflict between client's good and the others good, the requirements for the proper psychotherapeutic process and the validation of psychotherapy. The thesis is hermeneutic in its character. It shows the relational nature of "good" with its unavoidable and unsolvable problems.