

Eliza Czerka-Fortuna

Dylematy moralne w pracy terapeutycznej : wskazania dla zawodów pomocowych

Niepełnosprawność nr 16, 186-196

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Eliza Czerka-Fortuna
Uniwersytet Gdański

Dylematy moralne w pracy terapeutycznej. Wskazania dla zawodów pomocowych

Moral dilemmas in therapy.
Recommendations for the helping professions

The aim of the paper is to highlight some moral dilemmas that are a significant part of psychotherapists' experience. The analysis of group discussions with systemic therapists show the dynamics of their involvement in the therapeutic process, their problems with maintaining neutrality and setting healthy boundaries between them and their clients (patients). The research reveals ambivalence of many therapeutic assumptions, especially in non-directive approaches, in particular interlocutors stress such problems as mixed feelings towards clients, conflicts between value systems or loyalty conflict between the goals of client and constraints of the counseling centres. All in all, it seems that many particular therapeutic dilemmas come down to the question: How to help clients resolve their problems, build their resources and save their autonomy at the same time?

Słowa kluczowe: terapia systemowa, dylematy moralne, psychoterapia, zawody pomocowe

Keywords: systemic therapy, moral dilemmas, psychotherapy, helping professions

Wprowadzenie

Proces terapeutyczny jest specyficzną formą kontaktu, wymagającą umiejętności komunikacyjnych wykraczających poza ramy codziennej konwersacji. Terapeuta bierze na siebie odpowiedzialność nie tylko za sposób przekazu informacji istotnych z punktu widzenia leczenia klienta, ale również (choć w ograniczonym zakresie) za konsekwencje interpretacji, jakich jego rozmówca dokona. „Prowadzenie” klienta wymaga posiadania szerokiego zakresu wiedzy dotyczącej ludzkiej psychiki, ale również świadomości własnych umiejętności komunikacyjnych, stereotypów i przekonań, a także wewnętrznych konfliktów (identyfikowanych podczas własnej psychoterapii). Problemem kluczowym jest również świadomość własnego systemu wartości – następstw stosowania określonych za-

sad w działaniu, ale może przede wszystkim rozumienia powodów, które doprowadziły do kierowania się określonym światopoglądem.

Celem artykułu jest zidentyfikowanie dylematów moralnych ujawniających się w trakcie procesu terapeutycznego oraz przedstawienie sposobów ich rozwiązania z punktu widzenia terapeutów reprezentujących paradygmat systemowy¹. Pomimo hermetyczności problematyki, tekst ten uważam za użyteczny również dla przedstawicieli innych zawodów pomocowych – psychologów, pedagogów specjalnych czy pracowników socjalnych, którzy nierzadko wykorzystują umiejętności terapeutyczne w poradnictwie czy innych formach pracy z klientem wymagającym emocjonalnego wsparcia.

Etyka czy pragmatyka?

Jak wskazuje Ija Lazari-Pawłowska [1971, s. 35, 37], wykonywanie określonego zawodu kształtuje osobowość pracownika – jego nawyki, styl życia, wzorce zachowania i stereotypy, szczególnie jeżeli określona profesja obwarowana jest systemem norm w postaci kodeksu etycznego. Warto jednak zaznaczyć, że czym innym są ogólne zasady etyczne deklarowane przez określone środowisko zawodowe, czym innym przekonania moralne poszczególnych psychoterapeutów czy konkretne zachowania rozumiane jako postępowanie moralne [Lazari-Pawłowska 1971, s. 34]. W praktyce między tymi trzema obszarami istnieje wyraźny rozdźwięk, co może prowadzić do „wewnętrznego konfliktu roli”. Konfrontacja między różnymi wartościami czy celami wiążącymi się z realizacją roli zawodowej dotyczy najczęściej czterech aspektów: konfliktu między wyborem „dobrym” a „złym”, dwoma typami dobra, konfliktu zobowiązań wobec różnych ludzi (partnerów roli), czy rozbieżnych koncepcji roli i odmiennych wobec niej oczekiwań [Lazari-Pawłowska 1971, s. 55]. Przy czym jedynie dylemat między działaniem uznawanym za dobre, a tym, które może zaszkodzić klientowi, jest rodzajem decyzji, która w pewnym zakresie może być regulowana przez kodeksy etyczne.

Zasady zawarte w kodeksach psychoterapeutycznych² kładą szczególny nacisk na prawa i obowiązki psychoterapeuty oraz prawo pacjenta do zachowania

¹ W dużym uproszczeniu, terapia systemowa zakłada, że symptomy chorobowe pojawiające się u klienta wynikają z dysfunkcyjnego funkcjonowania systemu, najczęściej rodzinnego. Ponieważ omówienie tego nurtu terapeutycznego nie jest celem artykułu, zainteresowanych odsyłam m.in. do podręcznika akademickiego *Psychoterapia* [2006].

² Kodeks etyczno-zawodowy psychologa (Polskie Towarzystwo Psychologiczne), Kodeks Etyczny Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz kodeksy zasad etycznych towarzystw i stowarzyszeń zrzeszonych w Polskiej Radzie Psychoterapii.

autonomii. W niezwykle trafny sposób skondensowała te zasady M. Huflejt-Łukasik, zwracając uwagę na:

- „I. Zasadę oddzielania własnego światopoglądu i wartości od tego, co ma miejsce w trakcie psychoterapii.
- II. Zasadę niemieszania zawodowej roli i życia osobistego.
- III. Zasadę świadomego i dobrowolnego uczestnictwa klienta w psychoterapii.
- IV. Zasadę przestrzegania tajemnicy.
- V. Zasadę doskonalenia swoich umiejętności.
- VI. Zasadę świadomości własnych ograniczeń” [Huflejt-Łukasik, s.143–146].

Z perspektywy terapeuty, kluczowym celem kontaktu psychoterapeutycznego jest zbudowanie odpowiedniej atmosfery w relacji z klientem zapewniającej mu poczucie bezpieczeństwa i akceptacji. Zatem należy unikać jawnych nadużyć czy zachowań manipulatorskich. Bywa jednak, że granice relacji terapeutycznej zostają naruszone [por. m.in. Namysłowska 2011, s. 8–9; Kokoszka 2006 s. 66–74]. Wśród wykroczeń osób profesjonalnie udzielających pomocy wymieniane są takie nadużycia, jak: związek seksualny między psychoterapeutą a pacjentem, wykorzystanie finansowe pacjenta, naruszenie poufności lub traktowanie pacjenta jako źródła informacji, a także osobista niesprawność psychoterapeuty czy opuszczenie pacjenta, np. poprzez zmianę warunków finansowych uniemożliwiających kontynuowanie terapii [Kokoszka 2006, s. 67–68; Milska-Wrzosińska 2006, s. 21]. Te niepochlebne zachowania wskazują jednak na możliwość pojawienia się w akcie komunikacji różnych sprzecznych głosów powiązanych z odgrywaniem wielu ról. Jest to źródło licznych dylematów moralnych, ponieważ terapeuta gubi się w wielu systemach wartości, które są przypisane do ról, które odgrywa. Dlatego często postulowane jest ograniczanie się terapeutów jedynie do leczenia objawów, z którymi przychodzi klient, bez ingerowania w ogólne zasady życia, jakimi się on kieruje.

Pisząc o prawie klienta do samostanowienia istotne byłoby również zadanie pytania: Jakie oczekiwania stawia przed nami beneficjent pomocy? Wydawałoby się, że większość klientów oczekuje konkretnego efektu w postaci rozwiązania problemu. Zatem czy można „obietcać” klientowi, że osiągnie założony cel? W nie-dyrektywnych nurtach terapeutycznych pewnym rozwiązaniem jest informowanie rozmówcy o konsekwencjach, jakie może przynieść wybór określonego działania w różnych fazach procesu terapeutycznego. Pozwala to na przeniesienie akcentu z wymiaru pragmatycznego, jakim jest efektywność terapii na wymiar etyczny, który zawiera się w pytaniu: Czy niezależnie od skuteczności rozwiązania wybranego przez klienta, zachowane zostało jego prawo do autonomii i nie zostało naruszone jego dobro [Chyrowicz 2002, s. 88]. Przy takim założeniu musimy uwzględnić możliwości pacjenta odnośnie do podjęcia decyzji o samostanowieniu (np. czy pacjent podlegający leczeniu farmakologicznemu jest świa-

domy własnych wyborów i zmian, jakie zachodzą w nim samym i w jego środowisku) oraz w jakim stopniu oddziaływanie terapeutyczne naruszy strukturę jego osobowości. Zasadniczym celem terapii jest doprowadzenie pacjenta do sytuacji, w której dostrzeże swój problem z nowej perspektywy, przeformułuje go (zdarza się, że problemem jest coś innego) lub znajdzie zasoby w trudnej sytuacji. Realne korzyści z introwertycznego temperamentu bądź zaburzeń osobowościowych mogą zmienić optykę klienta, przez co życiowa trudność, z przeciwnika którego trzeba zwyciężyć, stanie się jednym z wymiarów egzystencji.

Ambiwalencja zasady neutralności

Psychoterapia, rozumiana jako działanie w celu zmniejszenia objawów chorobowych, różni się od innych form działań pomocowych, takich jak: psychoedukacja, pomoc psychologiczna (korzystne rozwiązanie problemu) i wychowanie (przekazanie systemu wartości, poparty diagnozą moralną) [Kokoszka 2006]. Jednostronna transmisja wartości w dialogu terapeutycznym jest często rozumiana jako indoktrynacja. Zatem ważne wydaje się powstrzymywanie terapeuty od przekazu własnego systemu wartości, ale również, o czym często zapominamy, systemu wartości będącego podstawą podejścia terapeutycznego jakie reprezentuje. Warto jednak zaznaczyć, że zrozumienie dla potrzeby autonomii klienta i rezygnacja z jego „umoralniania” nie jest jednoznaczna z aprobatą dla jego destrukcyjnych czy przemocowych zachowań, nawet jeżeli byłyby one ideologicznie czy światopoglądowo uzasadniane. Pewnym zabiegiem klasyfikującym omawiane zagadnienie jest rozdzielenie działalności psychoterapeutycznej, jako formy leczenia zaburzeń, od poradnictwa i pomocy psychologicznej. O ile w przypadku psychoterapii postulowane jest zachowanie światopoglądowej neutralności, to w innych formach pomocy podejście bardziej subiektywistyczne może przynosić większe korzyści [Aleksandrowicz 2006, s. 18]. Należy jednak zaznaczyć, że w takim przypadku rozwiązania, do których dochodzą obie strony, są formułowane na płaszczyźnie obopólnej akceptacji, a nie transmisji wartości, klienci zaś zgłaszający się do „dedykowanych im” instytucji przychodzą z konkretnym problemem, którego są świadomi (np. klienci ośrodków chrześcijańskich czy poradni dla osób homoseksualnych). Z kolei „klient terapeutyczny” częściej doświadcza chaosu aksjologicznego i większej złożoności problemu, zatem proponowanie mu w tej sytuacji rozwiązań światopoglądowych może być ryzykowne [Hale 1976, s. 299].

Stosunek do neutralności zmienia się w zależności od nurtu terapeutycznego czy osobistych doświadczeń terapeuty, niemniej najbardziej aktualna wykładnia tego pojęcia zakłada „tolerancyjny i pełen empatii stosunek do wartości reprezen-

towanych przez klienta” [Marchewka, Sikora 2013, s. 68], oznacza to rezygnację z tendencji do oceniania rozmówcy, nawet w sytuacji, gdy nasz system wartości reprezentuje przeciwległy biegun. Z drugiej strony terapeuta ma również prawo do zachowania własnego światopoglądu w tajemnicy, nawet wtedy, gdy pacjent prosi o jego ujawnienie – warto wtedy wyjaśnić rozmówcy, że rozwiązania, które wdrożylibyśmy w życie w podobnej sytuacji jak ta, w jakiej znajduje się pacjent, mogłyby być dla niego mało użyteczne.

Granice i wymiary relacji terapeutycznej

Problem autonomii obu stron procesu terapeutycznego czy celów mu przyświecających stanowi podłoże dla bardziej szczegółowych dylematów pojawiających się w pracy terapeutycznej. Próbą naświetlenia tych trudności będzie przedstawienie wyników badań przeprowadzonych za pomocą dyskusji grupowej. W badaniach uczestniczyło 12 terapeutów reprezentujących nurt systemowy i pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego i prywatnych gabinetach terapeutycznych.

Wśród najczęściej omawianych problemów pojawiły się następujące zagadnienia:

Radzenie sobie z oczekiwaniami klienta, których terapeuta nie może spełnić

Najczęściej oczekiwania dotyczyły prośby o zasugerowanie rozwiązania problemu klienta, co przejawiało się w formułowaniu pytania: „Co mam zrobić?”, po próbę uzyskania potwierdzenia, że działania podejmowane przez klienta wobec członków rodziny są słuszne: „Dobrze, że to powiedziałam mężowi czy nie?”. W większości nurtów terapeutycznych, szczególnie tych niedyrektywnych, do których należy terapia systemowa, terapeuta podąża za narracją klienta, ukierunkowując ją czasem za pomocą odpowiednich pytań, co ma na celu sprawdzenie licznych hipotez wyłaniających się z autoopowieści. Nie wchodzi jednak w rolę doradcy, respektując zasadę, że to klient jest ekspertem od własnego życia. Mimo znajomości tej dyrektywy, stosowanie jej w praktyce może okazać się wyzwaniem.

Mam klientkę, która prosi o receptę lub o ocenę czy dobrze zrobiła. Tam są problemy małżeńskie, bardzo szczegółową instrukcję chciałaby w kwestii pożycia małżeńskiego, również oceny czy dobrze zrobiła, czy nie. Pierwsze spotkanie to uczenie klienta, aby przestał mnie pytać czy dobrze zrobił, czy źle, czy to zaszkodzi małżeństwu, czy pomoże.

Wśród rozwiązań, które można zastosować wobec tego dylematu, terapeuci postulowali: ukierunkowywanie klienta poprzez przedstawianie mu różnych alternatyw do wyboru bądź czekanie do momentu osiągnięcia przez klienta gotowości na podjęcie działania.

Odczuwanie negatywnych emocji wobec klienta

Najczęściej pojawiającym się uczuciem negatywnym jest złość, głównie skierowana na klienta, który w nomenklaturze terapeutycznej określany jest mianem odwiedzającego-narzekającego. Pacjent będący w tej roli zainteresowany jest zaspokajaniem własnych potrzeb emocjonalnych, jednak dość niechętnie podejmuje działania prowadzące do zmiany, co czyni spotkania mało efektywnymi z racji pojawiania się w narracji tych samych, powtarzających się problemów. Po stronie terapeuty może pojawić się pokusa zignorowania potrzeb tego klienta czy nawet przejawiania zachowań na granicy przemocy emocjonalnej, np. danie klientowi do zrozumienia, że przychodzi z błahymi problemami i terapeuta traci czas.

Irytacja. Z czym przychodzi. Z głupotą przychodzi. Przecież to proste. Pół świata tak ma. Tak by się chciało powiedzieć, żeby umniejszyć ten problem – inni sobie poradzili, pani też sobie poradzi.

Niechęć do klienta może się pojawić w momencie stawiania mu zbyt wygórowanych oczekiwań – gdy w mniemaniu terapeuty powinien być on autorefleksyjny, świadomy swoich motywacji czy konsekwencji swoich działań.

Czasem mamy takie oczekiwania wobec tej osoby, że będzie świadoma tego, kim jest. A oni przychodzą na różnych etapach. Czasem musi ileś czasu minąć, żeby ta osoba stała się świadoma siebie.

My na grupie Balinta mieliśmy trudność, żeby nazwać nasz problem, a klient do nas przychodzi też z jakimś problemem, a my oczekujemy, że on go nazwie, aby nam było łatwiej wystartować czy się ustawić.

Ambiwalentne uczucia budzą pacjenci preferujący postawy czy zachowania niezgodne ze społecznym wzorcem, takie jak chociażby opisywany w trakcie dyskusji przypadek pacjentki odczuwającej dystans emocjonalny wobec adoptowanego dziecka. Omawiana historia okazała się podwójnie ciekawa, gdy terapeutka uświadomiła sobie, że klientka nie zasygnalizowała w żaden sposób, iż odrzuca adoptowane dziecko, a jedynie ujawniła dylematy związane z pojawieniem się trudności w opiece nad dzieckiem adoptowanym i biologicznym niemowlęciem, co niestety przez psychologa zostało zinterpretowane jednoznacznie, prawdopodobnie w związku z identyfikacją ze starszym dzieckiem.

Konflikt między własnym systemem wartości a systemem wartości klienta

Dylemat jest bardziej wyrazisty u terapeutów o jasno określonym, czasem radykalnym, światopoglądzie. Abstrahując od dyskusji czy taka postawa jest właściwa i skuteczna w relacji terapeutycznej, warto podkreślić, że niektóre dylematy klientów mogą być dla takich osób trudne do zaakceptowania. Terapeuta ultrakatolicki, nie zważając na rzeczywiste potrzeby i oczekiwania klientów, może odczuwać pokusę „właściwego pokierowania” klientem homoseksualnym czy pacjentką, która chce usunąć ciążę. Z drugiej strony osoba o poglądach bardzo liberalnych może rozważać sposoby przekonania rozmówcy do działania zgodnego ze zbiorem własnych zasad moralnych. Podczas dyskusji omawiany był przypadek pacjentki, której lekarz prowadzący zasugerował przerwanie obciążonej genetycznie ciąży z powodu zagrożenia życia. Rzeczywistym klientem terapeuty (w Poradni Rodzinno-Pastoralnej) była matka ciężarnej kobiety odczuwająca konflikt między własnymi przekonaniami religijnymi a potrzebą ochrony życia i zdrowia córki. Dyskusja terapeutyczna oscylowała między dwoma poglądami: u osób mało zaangażowanych religijnie pojawiła się potrzeba „zmanipulowania” klientki w taki sposób, aby dokonała wyboru związanego z ochroną jej życia: „Lepiej aby przeżyła i mogła mieć inne dzieci, niż gdyby miała umrzeć wraz z nienarodzonym dzieckiem”. Nawet pojawił się postulat uświadomienia klientce, że powinna wybrać „mniejsze zło”. Z kolei osoby wierzące uważały, iż w takiej sytuacji należy pozostawić klientce możliwość wyboru, nawet jeżeli wiązałby się on z zagrożeniem jej życia.

Zasadniczo, podczas analizy tego dylematu wyłoniły się dwa poglądy. Dla niektórych respondentów światopogląd terapeuty jest nieodłącznym elementem procesu terapeutycznego i nie powinien on rezygnować z ujawnienia swoich wartości. Z drugiej strony badani uważali, że warunkiem nawiązania dobrej relacji terapeutycznej jest akceptacja klienta bez wartościowania problemu czy sytuacji w jakiej się znalazł oraz prób „naprawiania” go, jeżeli jego intencją nie jest zmiana zachowania, a jedynie potrzeba poradzenia sobie z moralnym dylematem. Według tej wykładni, uruchomienie empatii odsuwa światopogląd na plan dalszy.

Dylemat dotyczący charakteru relacji terapeutycznej

Podstawowy zakres problemów, które musi rozwiązać rozpoczynający pracę z klientem terapeuta, zawiera się w następujących pytaniach:

1. Czy klient potrzebuje terapii czy innej formy pomocy?
2. Jak powinien być prowadzony proces terapeutyczny, aby klient budował własne zasoby?

3. Jak kierować relacją terapeutyczną, aby klient miał poczucie, że uzyskuje wsparcie emocjonalne?
4. Kiedy relacja terapeutyczna powinna zostać zakończona?

Uzgodnienia dotyczące większości z tych dylematów znajdują się w zawartym z klientem kontrakcie, w którym zazwyczaj określana jest liczba spotkań konsultacyjnych i terapeutycznych. Bywa jednak, że mimo założeń wstępnych u terapeuty pojawia się wątpliwość czy odbiorca terapeutycznych wskazań podda konfrontacji ze światem poza gabinetem. Dylemat terapeuty koncentruje się na pytaniu: „Kiedy pozwolić klientowi odejść?”. Terapeuci-rozmówcy ujawniali lęk przed tym, że w niewłaściwy sposób pokierowali procesem terapeutycznym szczególnie wobec klientów, którzy czują się emocjonalnie związani z terapeutą i sygnalizują niechęć do rozwiązania relacji. Bywa, że klient świadomie zasiewa lęk u terapeuty, sygnalizując, że zakończenie terapii lub zmiana terapeuty (co proponuje się w sytuacji impasu) osłabia jego możliwości adaptacyjne. Linie demarkacyjną między własną rzeczywistością a życiem klienta terapeuta wyznacza sam, co również nie jest kwestią prostą. W tym zakresie profesjonaliści zwracali uwagę na częsty brak asertywności, zwłaszcza w zakresie ulegania namowom klientów, aby udzielać porad drogą telefoniczną: „Za tydzień przyjdę według grafiku, ale teraz chciałabym coś omówić”, oraz tworzenie z klientem relacji pseudoprzyjacielskiej.

Klient się dopomina o to, aby być szczególnym klientem, że nie jest nam obojętny. Czasem bywa, że chce okazać wdzięczność. Klient z obniżoną samooceną może czuć się winny, kiedy nie okaże wdzięczności, może z tego powodu naprawdę cierpieć”

Problem z neutralnością

Stosowanie mniej lub bardziej świadomych technik wywierania wpływu przez pacjenta może zaspokajać potrzebę uznania terapeuty, co ma znaczenie dla zachowania przez niego neutralności, której utrzymanie jej jedną z głównych zasad prowadzenia terapii.

Ona z zeszytem przychodzi, długopisem. Mnie tam też już rośnie [...] O coś mądrego powiedziałam, jak ona zapisze [...] Łapiemy się na ten lep.

Walka z pokusą posiadania władzy nad klientem jest prostsza dla terapeutów skoncentrowanych na metaanalizie procesu terapeutycznego, która uruchamiana jest w trakcie pracy superwizyjnej lub tzw. Grup Balinta. Badanie własnego warsztatu terapeutycznego pozwala na rozwijanie technik uwalniania się z zawiłych komunikacyjnych sytuacji. Może to być trudne, gdy intelektualny wymiar komunikacji jest zdominowany przez wymiar emocjonalny, co się zdarza, gdy terapeuta ma podobne doświadczenia życiowe.

Ja działałam w grupie wsparcia dla osób po stracie, sama jestem mamą po stracie i moje trudności to po pierwsze rozpoznać oczekiwania tej osoby i druga trudność, jak mierzyć się z cierpieniem [...], jak w tej sytuacji rozpoznać co jest potrzebne: czy powinnam przytulić czy milczeć, zadać pytanie czy dawać propozycje. [...] W takich sytuacjach mam taka trudność, mimo że osobiście przeżyłam, mam już dużo doświadczeń w tym zakresie, z krewnymi, z matkami, ojcami, ale takie sytuacje mnie mrożą w pierwszym momencie. Nawet jeżeli mam przekonanie, że dużo umiem i kontroluję emocje, to i tak zawsze jest przy mnie pytanie, co właściwie robić, czy iść takim schematem zachowania, czy iść za instynktem. [...] Ja widzę drogę, którą będą musieli przejść i potem jestem taka rozbita i myślę sobie: teraz dopiero się zacznie, człowiek wychodzi z tej roli terapeutyczno-pomagacza i jest mu też ciężko, i przejmuję ich uczucia.

Świadomość, iż pełny obiektywizm i niezaangażowanie są niemożliwe do osiągnięcia, zdejmuje częściowo odium w stosunku do niektórych problemów terapeutycznych. Sama świadomość nie chroni jednak terapeuty przed konsekwencją negatywnych emocji, na jakich przeżywanie jest narażony. W tym zakresie pomaga superwizja i własna psychoterapia, pełniące funkcje odbarczające.

Dwuznaczność lojalności

Z uwagi na to, że wszyscy badani terapeuci pracowali w publicznych instytucjach edukacyjnych i medycznych, znaczącym problemem okazało się realizowanie oczekiwań swoich przełożonych, które z jednej strony wypływały z ministerialnie narzuconych standardów udzielania pomocy, a z drugiej z potocznego rozumienia oddziaływania terapeutycznego.

Przeszkadza w tym momencie, takie wymieszone z pracy zawodowej przekonanie, że trzeba dać klientowi gotowe rozwiązanie. W miejscu gdzie pracuję, tego się od nas oczekuje – diagnozy, stanowiska, jakiejś tam recepty dla tego problemu.

Wszyscy do mnie mówili: Zrobmy coś, pomożmy mu itd. Ja mówię: słuchajcie, nie mogę tracić neutralności, to że my musimy mieć efekt, wynik, wskaźnik, że chłopak był zadowolony, ale ma się zmienić, to mogą mu dać tabletki, będzie fantastycznie i już nic nie muszę robić.

Lojalność wobec pacjenta i poczucie odpowiedzialności za proces terapeutyczny wymagają od profesjonalisty wierności wobec zasad terapeutycznych, które na pierwszym miejscu stawiają interes życiowy klienta. Rozwiązania krótkoterminowe, połowicznie niwelujące problem mogą być efektywne z punktu widzenia instytucji, ale niekoniecznie beneficjenta pomocy.

Zakończenie – Między altruizmem a profesjonalizmem

Przedstawiona w artykule analiza trudności pojawiających się w procesie terapeutycznym ma o tyle uniwersalny charakter, że niezależnie od tego, z jakim

typem klienta czy jego rodziny pracujemy, stykamy się z podobnymi dylematami. Oczywiście ich nasilenie czy zabarwienie emocjonalne, towarzyszące konkretnym przypadkom i sytuacjom, mogą się różnić. Respektowanie prawa do autonomii dziecka, osoby niepełnosprawnej intelektualnie czy chorej psychicznie będzie bardziej ograniczone niż w przypadku osoby dorosłej biorącej współodpowiedzialność za rezultaty psychoterapii. Niemniej to od terapeuty zależy, w jakim zakresie jest skłonny respektować taką potrzebę rozmówcy, ewentualnie zachęcać interlokutora do budowania zasobów zwiększających jego zakres autonomii. Rozwijanie niezależności i poczucia sprawstwa u klientów w różnym wieku rozwojowym i różnej sytuacji życiowej jest działaniem zgodnym z ich życiowym interesem, przez co również jest formą altruizmu. Świadomość własnego systemu wartości i dylematów pojawiających się na drodze do realizacji postawy altruistycznej stanowi kwintesencję pracy terapeutycznej. Jak pokazały badania, większość trudności opisywanych przez terapeutów stanowi problem wyznaczania i respektowania granic, które z jednej strony określane są za pomocą światopoglądu, a z drugiej, poprzez profesjonalną wiedzę, do której powinien się odwoływać psychoterapeuta. Wiedza jest również kategorią aksjologiczną, o czym często zapominamy hołdując cnotom bardziej nacechowanym emocjonalnie. A warto o tej wartości wspomnieć, ponieważ odwołanie się do niej w wielu sytuacjach terapeutycznych stanowi remedium na pojawiające się konflikty. Jak podkreśla J.W. Aleksandrowicz, „zbyt często systemy wartości zastępują rzetelną wiedzę o człowieku, zaburzeniach jego zdrowia i zasadach leczenia” [Marchewka, Sikora 2013, s. 20]. W rozważaniach na temat etycznych aspektów psychoterapii warto zatem podkreślać, że dyskusja nad wyborem wartości ma sens jedynie wtedy, gdy analizowane są w odniesieniu do aktualnego poziomu wiedzy naukowej.

Kwestii profesjonalnego przygotowania adeptów szkół terapeutycznych poświęcono wiele artykułów. Warto jednak wspomnieć, że proces certyfikacji psychoterapeutycznej wymaga ukończenia kilkuset godzin szkolenia z zakresu określonego nurtu terapeutycznego, co najmniej kilkudziesięciu godzin psychoterapii własnej, stałej superwizji, dodatkowo uczestnictwa w warsztatach i grupach dyskusyjnych. Wymogiem jest również rozpoczęcie własnej praktyki, której rezultaty w postaci nagrań video z pracy z klientami są oceniane na egzaminie końcowym. I chociaż zewnętrzne kryteria oceny profesjonalizmu nie uwzględniają umiejętności rozwiązywania dylematów pojawiających się w interakcji z osobą potrzebującą pomocy, to wydaje się, że przejście całościowego procesu szkolenia wspiera rozwijanie poznawczej i emocjonalnej dojrzałości, będącej warunkiem terapeutycznej skuteczności.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J.W. (2006), *Psychoterapia: etyka – wartości – deontologia*, „Psychoterapia”, 2(137), s. 13–20.
- Chyrowicz, B. (2002), *O ingerencji w ludzką psychikę i kontrowersyjnych korzyściach naruszania autonomii* [w:] *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Hale D. (1978), *Responsibility and psychotherapy*, „Psychotherapy: theory, research and practice”, 4, s. 298–302.
- Hufelt-Łukasik M., *Zasady etyczne w psychoterapii* [w:] *O etyce służb społecznych*, red. W. Kaczyńska, IPSIR UW, Warszawa.
- Lazari-Pawłowska I. (1971), *Etyki zawodowe jako role społeczne* [w:] *Etyka zawodowa*, red. A. Saragata, Książka i Wiedza.
- Kokoszka A. (2006), *Integracja w ludzką psychikę – dylematy psychoterapeuty* [w:] *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Marchewka K., Sikora K. (2013), *Poza tabula rasa. Współczesne rozumienie postulatu neutralności światopoglądowej psychoterapeuty*, „Psychoterapia”, 4(167), s. 67–78.
- Namysłowska I. (2011), *Czasami słowo leczy, a czasami rani – negatywne aspekty psychoterapii*, „Psychoterapia”, 2(157), s. 5–10.
- Milska-Wrzosińska Z. (2006), *Moralność nauczania, nauczanie moralności*, „Psychoterapia”, 2(137), s. 21–25.
- Olech A. (2006), *Etos zawodowy pracowników socjalnych*, Katowice.
- Psychoterapia. Podręcznik akademicki* (2006), red. L. Grzesiuk, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa.