

MICHAŁ MELONOWSKI

„Poza Iluzją” Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii w Warszawie

„ETYKA TROSKI” I JEJ GRANICE W PSYCHOTERAPII I POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Streszczenie: Polem problemowym artykułu jest jeden z najważniejszych współczesnych sporów etycznych, to jest spór pomiędzy „etyką troski” a „etyką sprawiedliwości”. „Etyka troski” jest koncepcją autorstwa Carol Gilligan, wyrosłą z jej polemiki z koncepcją rozwoju rozumowania moralnego Lawrence’a Kohlberga. „Etyka sprawiedliwości” zaś to zbiorcze miano na różne koncepcje rozwijane w łonie etyki tradycyjnej. Tradycyjna etyka dążyła do wskazania uniwersalnych reguł działania niezależnych od osoby działającego i jego przeżyć, a jej centralnymi kategoriami były „sprawiedliwość” i „dobro”. Drugi rodzaj etyki centralną kategorią czyni „troskę”, a zobowiązania moralne mają mieć charakter stopniowalny. W artykule odnośnie ten spór do kwestii psychoterapii i po-

mocy psychologicznej. Twierdzę, że sama dynamika relacji psychoterapeutycznej poniekąd wymusza na terapeutę posługiwanie się raczej „etyką troski” niż sprawiedliwości. Na podstawie kilku przykładów z praktyki klinicznej ukazuję niebezpieczeństwa związane z nieobecnością bądź zbyt małą obecnością „etyki sprawiedliwości” w pracy terapeutycznej. Twierdzę, że samo posługiwanie się „etyką troski” w rozumieniu i ocenie działania pacjenta może być czynnikiem zawężającym obszar potencjalnego oddziaływania terapeutycznego oraz powoduje ograniczenie możliwości rozwoju moralnego pacjenta.

Słowa kluczowe: etyka troski, etyka sprawiedliwości, dobro, psychoterapia.

POLE PROBLEMOWE: „DOBRO PACJENTA” W PSYCHOTERAPII A WARTOŚĆ „DOBRO” W SPORZE POMIĘDZY ETYKĄ TROSKI A ETYKĄ SPRAWIEDLIWOŚCI

Organizacje zrzeszające psychoterapeutów tworzą kodeksy etyczne, których zadaniem jest wyznaczenie pewnej etycznej ramy budującej i ograniczającej kontekst relacji terapeutycznej. W tego typu dokumentach częstą praktyką jest odwoływanie się do pojęcia „dobra pacjenta”. Na przykład kodeks Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przywołuje je już na samym wstępie: „Jest oczywiste, że jak każdy, kto pomaga chorym, psychoterapeuta szanuje autonomię, godność i system wartości pacjenta oraz dąży do zachowania i ochrony fundamentalnych praw człowieka, a podstawowym celem jego działań jest dobro pacjenta”. Taki zapis odnajdujemy już w preambule kodek-

su. Tym samym dokument ten w centrum działania psychoterapeuty stawia problem etyczny, jakim jest dobro pacjenta.

Przykład tego zapisu jest istotny, ponieważ kodeks powstał w wyniku prac eksperckich i dyskusji środowiska oraz uzyskał akceptację w głosowaniu. Można zatem twierdzić, że istnieje co do tej kwestii zgoda członków organizacji zrzeszającej ponad 800 certyfikowanych psychoterapeutów – jak na polskie warunki bardzo wielu. W identyczny sposób ujmuje to zagadnienie kodeks etyczny psychoterapeutów zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Psychologicznym: „Podstawowym celem działań psychoterapeuty jest realizowanie dobra pacjenta”. Znowu mowa tu o preambule dokumentu. Przywołane przykłady świadczą wyraźnie o tym, że pojęcie etyczne („dobro pacjenta”) jest uznawane przez polskich psychoterapeutów za istotę i cel działań psychoterapeutycznych.

Celem tego artykułu jest rzucenie światła na problem dobra pacjenta w kontekście jednego z najważniejszych, współczesnych sporów etycznych. Chodzi tu o problematykę związaną z etyką troski (kładącą nacisk na stopniowalność zobowiązań etycznych wobec różnych osób zależnie od stopnia bliskości z daną osobą) i etykę sprawiedliwości (podkreślającą uniwersalność norm moralnych) oraz ich implikacje dla procesu psychoterapeutycznego. Będę się starał wykazać, że dojrzała pomoc psychologiczna wymaga uwzględnienia etyki sprawiedliwości i umieszczenia jej na stosownym miejscu w relacji terapeutycznej; że należy ją „doważyć” w pomocy psychoterapeutycznej. „Dobra pacjenta” nie należy zatem rozumieć jako pozostającego w niekoniecznej, a nawet luźnej relacji do dobra jako takiego, dobra jako uniwersalnej wartości. Taka jest teza tego tekstu.

Autor nie jest filozofem, a psychoterapeutą. Refleksja etyczna (rozumiana jako dział filozofii) jest tu zatem nie tyle tematem, ile narzędziem analizy. Tym samym celem artykułu nie jest rozjaśnienie niuansów jakiegoś sporu filozoficznego, ale pewnych trudnych – nieraz granicznych – sytuacji w psychoterapii. Z tego powodu artykuł zawiera część rekonstrukcyjną, gdzie na podstawie wybranej literatury przedmiotu referuje się główne założenia określonego sporu etycznego. Takie referujące podejście ma na celu podanie treści w sposób wystarczający dla celu dalszego badania. W części drugiej artykułu materiałem poddanym analizie są trudne sytuacje hipotetyczne, lecz nawiązujące do doświadczenia z pracy psychoterapeutycznej autora. Ocena tych przypadków różni specjalistów psychoterapii – nawet tych doświadczonych, o długim stażu dbania o „dobro pacjenta”. Dopiero w tej części tekstu pojawiają się pewne kwestie krytyczne czy polemiczne.

Trzeba też jasno stwierdzić, że psychoterapeutów zobowiązują nie tylko kodeksy przyjęte przez ich towarzystwa. Zobowiązuje ich przede wszystkim polskie prawo, które wymaga od każdego obywatela (terapeuta nie jest tu wyjątkiem), by informował policję o każdej próbie i zamiarze popełnienia przestępstwa. Kierując się kryterium zgodności z prawem, nie można by poddać analizie większości z podanych tu trudności. Prawo nie unieważnia jednak dylematów sumienia terapeuty, ani uważnego namysłu nad tym, jak rozumieć dobro pacjenta (zob. Francis, 1999, s. 40–50). Dlatego też w analizie trudności etycznych pominięto prawny wymiar zagadnienia. Można też twierdzić, że prawo jest wtórne wobec rozstrzygnięć etycznych (z których korzysta), a nie że rozstrzygnięcia etyczne są wtórne wobec prawa. Dlatego pytania o etykę są w gruncie rzeczy uprzednimi wobec pytań o prawo.

„ETYKA TROSKI” – JEJ GENEZA I ZNACZENIE W PSYCHOTERAPII

W latach 80. XX w. wyłoniła się tak zwana etyka troski jako nowa i znacząca koncepcja etyczna, która miała być alternatywą dla tradycyjnego, Arystotelesowskiego rozumienia etyki, ale też dla kandydyzmu i użycyaryzmu (Juruś, 2015, zob. Waleszczyński, 2013; Wodzik, 2012; Ziemińska, 2008)¹⁾. Tym, co różni te podejścia, jest to, że tradycyjna etyka poszukiwała i określała uniwersalne, ważne zawsze, wszędzie i zobowiązujące bez względu na osoby i okoliczności warunki działania oraz warunki jego oceny na skali „dobro – zło”. Etyka troski, przeciwnie, zachęcała do różnicowania zobowiązań względem osób oraz wysuwała na front dociekań etycznych kategorię związaną raczej ze sferą szeroko rozumianej emotywności (troska) w miejsce stricte intelektualistycznej, rozumowej kategorii sprawiedliwości. Jednakże poza tym wymiarem teoretycznym, etyka troski miała ogromne znaczenie praktyczne. To zapewne zadecydowało o jej ekspansji na świat medycyny, polityki, stosunków międzynarodowych. Mamy tu zatem do czynienia z niezwykle awansem pewnej koncepcji, który jest skutkiem jej globalizacji i polityzacji (Juruś, 2015). Wydaje się, że jednym z obszarów, w których koncepcja ta ma znaczenie szczególne, jest psychoterapia i pomoc psychologiczna. Przy tym wynika ono ze związków o charakterze właściwie organicznym, a mniej z zakresu, w jakim w psychoterapii odbijają się różne znaczące i wiodące ideologie naszych czasów (zob. Kupers, 2003).

Na czym polega organiczność związku między psychoterapią a etyką troski? Po pierwsze, „troska” jest kategorią właściwie wiodącą w relacji psychoterapeuty z pacjentem. Po drugie, charakter przymierza terapeutycznego każe przede wszystkim rozumieć pacjenta i stronić od oceny jego zachowania i czynów, co z kolei wysuwa kwestię relacji z pacjentem przed kwestie powinności pacjenta. Od strony terapeuty wygląda to tak, że jego podstawowym zobowiązaniem jest relacja z pacjentem i troska o niego, nie zaś ocena etyczna jego postępowania. Psychoterapeuta jest kimś wprost „przyuczonym” do niewydawania sądów moralnych. W procesie szkolenia terapeutycznego akcent jest kładziony na umiejętność zawieszania osądu, nie zaś na dopuszczalne i wskazane sposoby badania oraz wyrażania oceny postępowania pacjenta. Etyka troski źródłowo jest związana z kwestiami płci (o czym jeszcze będę pisał), jest to etyka „kobieca”, mająca odzwierciedlać kobiecy rozwój moralny i wartościowanie moralne. W tak sfeminizowanym zawodzie, jakim jest zawód psychoterapeuty, jest to czynnik nie bez znaczenia: jeśli etyka troski rzeczywiście wyraża coś istotnego i charakterystycznego dla poznawczego i moralnego funkcjonowania kobiet, to każdy fragment rzeczywistości cechujący się dominacją kobiet, jest z dużym prawdopodobieństwem światem prymatu etyki troski nad etyką sprawiedliwości. Nie ma powodu zakładać, że psychoterapia jest tu wyjątkiem.

¹⁾ Opracowanie Andrzeja Waleszczyńskiego ma charakter monograficzny i daje szeroki ogląd etyki troski. Artykuły Renaty Ziemińskiej i Justyny Wodzik koncentrują się na wymiarze płci we wnioskowaniu etycznym, co ma związek ze źródłami i ogólnym kierunkiem etyki troski. W tym tekście korzystam przede wszystkim z opracowania Dariusza Jurusa, gdyż zasadniczy problem, z jakim mierzy się autor (możliwość zaniku troski, ograniczenia etyki troski), wiąże się bezpośrednio z problemem podejmowanym w tym tekście. Przy czym Juruś analizuje możliwe konsekwencje nadmiernego upolitycznienia i globalizacji etyki troski, ja zaś – przeciwnie – jej zacieśnienia w relacji terapeutycznej.

Etyka troski wynika z różnicy stanowisk między Lawrence'em Kohlbergiem a jego współpracownicą, Carol Gilligan. Ten pierwszy stworzył koncepcję rozwoju rozumowania moralnego, w którym wyróżnił stadia: przedkonwencjonalne, konwencjonalne i postkonwencjonalne (dzielone z kolei na fazy) (Juruś, 2015, s. 188–195). W pierwszym jednostka wprawdzie zachowuje posłuszeństwo wobec norm moralnych motywowane strachem przed karą. Stopniowo lęk przed karą ustępuje nadziei na nagrodę. W całym tym stadium źródła postępowania moralnego są ulokowane poza jednostką, motywacja ma charakter zewnętrzny. W stadium drugim, konwencjonalnym, konformizm w postępowaniu moralnym jednostki wynika z chęci podjęcia ról społecznych, co wymaga wejścia w określone konwencje. Dalej jednak motywacją do określonego działania jest zachęta płynąca od autorytetów, postrzeganie ich jako ważnego punktu odniesienia dla własnego zachowania osoby. W ostatnim, postkonwencjonalnym, stadium jednostka kieruje się zasadami ze względu na ich społeczne znaczenie. W trakcie rozwoju jednostki w tej fazie rolę autorytetów zastępuje pojęcie dobra wspólnego, by w końcu – w fazie ostatniej – kierować się uniwersalnym poczuciem sprawiedliwości, co zakłada niezależność jednostki, w pewnych okolicznościach, także od reguł ustanawianych przez większość (o ile reguły te, w ocenie jednostki, nie zachowują normy sprawiedliwości).

Kohlberg korzystał w badaniach głównie z analizy dylematów moralnych, które miały być rozwiązywane przez badanych. W znanym dylemacie Heinza stawiano następujący problem: Heinz ma chorą żonę, która umrze, jeśli nie poda jej się lekarstwa będącego w posiadaniu aptekarza. Ten jednak nie użyczy lekarstwa, a na jego zakup Heinza nie stać. Co zatem Heinz powinien zrobić? Jak postąpić? Dlaczego? Jak można uzasadnić jego czyn? Analiza uzyskanych wyników wykazała wyższy, relatywnie do wieku, rozwój moralny chłopców niż dziewcząt. Porównując konkurencyjne zasady (ochronę życia i ochronę własności) stawiali oni życie przez własnością. Gilligan zakwestionowała taką interpretację wyników. Zapoznawszy się bowiem z procesem badawczym doszła do wniosku, że dziewczynki analizowały przedstawiony dylemat w kategoriach relacji (np. relacji Heinza z aptekarzem czy Heinza z żoną przed i po dokonaniu ewentualnej kradzieży), a nie w kategoriach zasad. Gilligan zaprezentowała swoje wnioski w wydanej w 1982 r. książce *In a Different Voice*. Dowodziła tam – nawiązując między innymi do teorii Nancy Chodorow i Zygmunta Freuda – że identyfikacja z matką prowadzi u dziewcząt do mniejszej autonomii, a większej relacyjności. Stąd też interpretują one konflikty i dylematy moralne jako przede wszystkim wyraz zaburzonych relacji. Gilligan zaproponowała następujące stadia rozwoju moralnego:

- a. Egoizmu, gdzie dominuje perspektywa dobra własnego.
- b. Stadium przejściowe: uświadomienie sobie, że inni potrzebują naszej opieki.
- c. Altruizmu, gdzie dominuje chęć opieki nad innymi.
- d. Stadium przejściowe: uświadomienie sobie, że sami potrzebujemy swej własnej troski.
- e. Harmonii, gdzie następuje zharmonizowanie obu perspektyw, pragnień i dążeń.

Etyka sprawiedliwości (Kohlberg) w pewnym sensie zapoczątkowuje etykę troski, która jest konstruktem uzupełniającym i jednocześnie opozycyjnym wobec niej.

Etyka troski, jak to zostało powiedziane, podkreśla przede wszystkim fakt, że ludzie są od siebie zależni oraz, że na każdym etapie życia potrzebują jakiejś opieki i troski ze strony innych. Nie ujmuje tego, zdaniem jej zwolenników, etyka tradycyjna, która każe rozumieć świat społeczny i jego normy jako pochodną dominacji, zarządzania czy gry. Tym samym jest ona niezdolna opisać bliskie relacje osobowe, gdzie

ogromne znaczenie w ocenie grają emocje (empatia, wrażliwość). Etyka troski próbuje zatem opisać wartościowanie, w którym chodzi zarówno o dobro osób, jak i dobro tworzonych przez nie relacji. Dalej, kwestionuje ona etykę uniwersalną i abstrakcyjną, a upomina się o etykę partykularną i kontekstualną. Przypomina też, że szereg sytuacji społecznych jest tworzonych przez osoby o zróżnicowanym statusie i pozostające w sytuacji niesymetrycznej, czego nie może uchwycić etyka sprawiedliwości (relacja rodzic–dziecko, pracodawca–pracownik, biedny–bogaty etc.). Kwestionuje się tu też podział na izolowane sfery: publiczną i prywatną, a rozumowanie etyczne (współnotowe, relacyjne, emotywne) może i ma być rozciągnięte na całość relacji społecznych.

Już ten krótki opis komentowanego stanowiska pokazuje jego walory: jasność, przystępność, użyteczność, pewien ogólny humanizm. Zwłaszcza, gdy się uwzględni podstawowe cechy będące elementami troski: uważność, czyli dostrzeganie potrzeb innych i zdolność reakcji na nie; komunikatywna wrażliwość, czyli zaangażowanie komunikacyjne w relację z innymi; szacunek, czyli zakładająca pełne równouprawnienie podmiotów uwaga skierowana na drugiego. Te trzy cechy: uważność, wrażliwość i szacunek są ważnymi elementami postawy psychoterapeuty wobec pacjenta oraz elementami jego warsztatu. Tym zasadniejsze jest pytanie nie o etykę troski, ale o etykę sprawiedliwości w pracy terapeutycznej.

„ETYKA SPRAWIEDLIWOŚCI” W PSYCHOTERAPII

We wprowadzeniu do tego tekstu przywołano zapis kodeksu, gdzie mowa o „dobru pacjenta”. Mamy tu więc rzeczownik powszechny „dobro” uzupełniony dookreśleniem „pacjenta”. Powstaje zatem pytanie, w jakiej relacji pozostaje do siebie dobro rozumiane na sposób uniwersalny, dobro powszechne do „pacjenta”. Czy jest możliwe, by to, co jest dobre w sensie uniwersalnym nie było również dobrem pacjenta, nie było dobrem dla niego? Czy w pomocy terapeutycznej mieści się jedynie subiektywistyczne czy konsensualne rozumienie dobra jako dobra czyjegoś (pacjenta)? Nawet w przypadku zgody co do rozwiązania konsensualnego, problemem pozostaje kryterium, za pomocą którego będzie się rozstrzygać, co jest dobre dla pacjenta oraz kto takich rozstrzygnięć ma właściwie dokonywać. Kodeks określa odpowiedzialność terapeuty, ale terapia jest dziedziną relacyjną, a zatem w wypracowywaniu rozumienia „dobra pacjenta” udział biorą zwykle obie strony.

„Dobro” jest kategorią podstawową dla etyki klasycznej, która tutaj będzie określana „etyką sprawiedliwości” (tak się pozycjonuje stanowiska sporu: etyka sprawiedliwości vs. etyka troski, przy czym w zakres „etyki sprawiedliwości” wpisują się różne nurty etyki, na przykład zarówno etyka cnót, jak i utylitaryzm²⁾). Wspólnym mianownikiem tych składowych jest właśnie uniwersalistyczne rozumienie dobra, sprawiedliwości, norm moralnych i ich obowiązywalności.

²⁾ Zestawieniem etyki troski z innymi nurtami w etyce zajmuje się Waleszczyński (2013, s. 12) w przywoływanej monografii. Zwraca on też uwagę na szereg możliwych nieporozumień i zastrzeżeń, jakie mogą wynikać z pośpiesznego operowania skrótami „etyka troski”, „etyka tradycyjna”, „etyka sprawiedliwości”. Podkreśla możliwy związek „etyki troski” z „etyką cnót”. W tym tekście kwestie te są pominięte jako niemające bezpośredniego związku z celem tego artykułu oraz zakładające wysoki stopień biegłości filozoficznej. Celem części sprawozdawczej nie jest tutaj wchodzenie w spór filozoficzny, a ogólne nakreślenie założeń etyki troski.

Warto zatrzymać się tu na chwilę, by uczynić uwagę systematyzującą. W prezentowanej polemice w zakres „etyki sprawiedliwości” wchodzi różne rodzaje etyk, które nie eksponują troski. Są to jednak stanowiska, które się ze sobą nie uzgadniają, często wręcz pozostają w sporze. Innymi słowy, przeciwstawienie „etyki troski” „etyce sprawiedliwości” jest pomocne heurystycznie, ale jest też bardzo mylące (zob. Bergstrom, 1966; Ślipko, 2004). W kontekście problematyki tego artykułu warto by może posługiwać się rozróżnieniem na „etykę dobra” i „etykę dobra dla...”. Tej pierwszej odpowiadałaby etyka sprawiedliwości (zwłaszcza podejścia deontologiczne, tj. akcentujące kwestię powinności) z jej akcentem na uniwersalne normy, niezależne od sytuacji i działających podmiotów. Tej drugiej – etyka troski z jej akcentem na „troskę o kogoś”, czyli również „dobro dla kogoś”.

Czy jednak istnieje dobro dla kogoś, które nie byłoby dobrem po prostu? Czy coś, co jest po prostu dobre, może nie być dobre dla kogoś? Lub, stawiając kwestię wprost, czy coś, co byłoby dobre dla pacjenta może nie być dobrem w sensie uniwersalnym (a nawet być złem)? Czy – z drugiej strony – może być tak, że dobro jako takie może nie być dobrem dla pacjenta?

W psychologii jednostki zauważa się silny związek między relatywizmem a subiektywizmem etycznym. Różnice między nimi tłumaczy Władysław Tatarkiewicz (1989, s. 41), podkreślając, że podejścia te „bywają wyznawane łącznie”, choć nie zachodzi między nimi związek logiczny. Relatywizm głosi, że „przynajmniej niektóre przedmioty dobre są nie zawsze i nie dla wszystkich dobre, lecz są dla pewnych jednostek i w pewnych momentach złe”, czyli „każdy przedmiot dobry jest też zły i każdy przedmiot zły jest też dobry” (Tatarkiewicz, 1989, s. 31). Subiektywizm zaś głosi, że „jeśli przedmiot posiada cechę dobra lub cechę zła, to posiada ją w zależności od jakiegoś podmiotu”. Różnice te ujmuje Tatarkiewicz (1989, s. 41) graficznie:

- R. – Dobro i zło są cechami względnymi.
- S. – Dobro i zło są cechami subiektywnymi.
- R. – Dobro i zło jest dobrem dla kogoś.
- S. – Dobro jest zależne od kogoś.

Wydaje się – choć przyjęcie tej diagnozy nie jest konieczne – że ogólny kierunek kształcenia terapeutów oraz charakter tego zawodu, z naciskiem na zawieszenie wartościowania, stanowi pewną zachętę do relatywistycznego i/bądź subiektywistycznego myślenia o wartościach oraz do relatywizowania wartości moralnej czynów pacjentów. Ta ogólna postawa jest postawą „dla...” (dla pacjenta) oraz wyrazem troski „o...” (o pacjenta). Celem jest stworzenie pacjentowi bezpiecznych warunków zbudowania relacji terapeutycznej oraz poznanie go takim, jakim jest on rzeczywiście, w tym wartości, jakimi się kieruje. W tym też sensie ta postawa ogólnej troski zdaje się korelować zarówno z relatywizmem i subiektywizmem z jednej strony, jak i z etyką troski z drugiej.

„ETYKA TROSKI” VS. „ETYKA SPRAWIEDLIWOŚCI” W PRAKTYCE TERAPEUTYCZNEJ – PRZYKŁADY KLINICZNE

Aby ocenić ewentualne ograniczenia wypływające z takiego podejścia terapeuty do pacjenta podejmują analizę pewnego skrajnego przypadku. Wybrałem przykład skrajny, aby możliwe ograniczenia etyki troski w psychoterapii ukazały się w sposób dostatecznie jasny. Następnie pytam o mniej radykalne manifestacje ograniczeń tego

podejścia w pomocy psychologicznej (na temat analizy kasusów dotyczących etyki w psychoterapii, zob. Koocher, Keith-Spiegel, 1998).

W trakcie terapii zarażony wirusem HIV młody mężczyzna wyznaje terapeutę, że korzysta z tzw. darkroomów, gdzie uprawia seks z nieznanymi osobami bez zabezpieczenia, nieinformujących ich o swojej chorobie i o wiążącym się z tym dla nich ryzykiem zarażenia wirusem. Terapeuta kierujący się – świadomie bądź nie – etyką troski może przyjął wobec opisanej sytuacji postawę, zgodnie z którą jego celem zasadniczym nie będzie ochrona osób, które pacjent naraża. Przed wyrażeniem wprost negatywnej opinii na temat działań mężczyzny może powstrzymać go troska o relację terapeutyczną. Terapeuta może mieć na względzie to, jak młody człowiek zareaguje na ocenę z jego strony. Może zastanawiać się, jakie jest jego znaczenie w świecie wewnętrznym pacjenta. Może zastanawiać się, jaką osobą jest sam pacjent: czy taka uwaga go urazi? Wywoła w nim lęk? Skonfrontuje z poczuciem winy? A może sprawi, że mężczyzna poczuje ulgę, że jest otoczony opieką?

Przewidywane przez terapeutę reakcje pacjenta mogą skłaniać go do różnych interwencji. Tym samym obok kwestii narażania innych ludzi (albo uprzednio wobec tych problemów) pojawią się inne, ważne dla terapeuty odniesienia. Oczywiście zapewne każdy psychoterapeuta uwzględni w takim wypadku fakt narażania innych osób. Jednak to, jak daleko sięgnie jego reakcja, może być związane właśnie z tym, jak bardzo terapeuta jest skłonny postrzegać sytuację w kategoriach etyki troski oraz jakie miejsce zajmuje w jego myśleniu, rozumieniu i warsztacie dobro i sprawiedliwość rozumiane jako elementarne, bezwyjątkowe zasady oceny czynu dobrego i złego. Osobną trudnością jest to, czy czyn oceniany jako zły jest również czynem niedopuszczalnym (zgodnie ze wskazaniem etyki sprawiedliwości), czy też czyn zły może być tolerowany, a zatem i dopuszczany? Kolejną kwestią jest czas. Czas jest przecież istotnym czynnikiem każdej relacji, w tym relacji terapeuta–pacjent. Pojawia się zatem pytanie, jakiego rodzaju interwencja jest możliwa teraz, na danym etapie relacji?

Biorąc pod uwagę to co dotychczas ustalono, można sobie wyobrazić reakcję terapeuty polegającą na analizie podczas kolejnych sesji tendencji agresywnych pacjenta połączonych z instrumentalizacją kontaktów seksualnych, przy jednoczesnym zaleceniu zaniechania wizyt w darkroomach (skrajny poziom anonimizacji kontaktów seksualnych wyklucza realną możliwość poinformowania partnera/partnerki o fakcie własnej choroby i ryzyku zakażenia) i zaleceniu stosowania prezerwatywy. Pacjent jednak mógłby takie interpretacje i zalecenia odrzucać, a praca nad podobną problematyką może trwać miesiącami. W tym czasie narażane będzie zdrowie kolejnych osób. Pozostaje też pytanie o osoby, które pacjent już naraził na zarażenie wirusem. Czy terapeuta powinien/może działać tak, jakby jego pacjent nigdy nie pojawił się w ich życiu? Czy terapeuta ma o nich „nie pamiętać”, skoro „nie pamięta” o nich jego pacjent? Czy istotnie taka egzystencjalna i moralna „amnezja” jest zgodna z dobrem pacjenta?

Etyka sprawiedliwości (z jej deontologicznym, powinnościowym kierunkiem) każe postrzegać takie zachowanie mężczyzny jako złe, a zatem i moralnie niedopuszczalne. Jednoznacznie złe jest bowiem narażanie innego człowieka na chorobę i śmierć. Złe jest koncentrowanie się na własnych potrzebach (od seksualnych po afiliacyjne) w sposób, który instrumentalizuje inne osoby, czyniąc z nich jedynie narzędzie własnego dobrostanu psychicznego (czy to trwałego, czy chwilowego).

Ta ostatnia kwestia pozwala być może wskazać jasne kryterium rozstrzygnięcia o granicy, poza którą terapeuta winien posługiwać się etyką sprawiedliwości. Tym kryterium może być niedopuszczalność instrumentalizacji drugiej osoby bądź osób.

Norma ta została najpełniej wyrażona w etyce Kanta, gdzie przybrała postać imperatywu nakazującego traktować drugą osobę zawsze i jedynie jako cel sam w sobie, a nie środek do celu. Kierując się tą zasadą terapeuta nie może aprobować sytuacji, w których jego pacjent używa innych ludzi, aż po narażenie ich na śmierć.

W praktyce terapeutycznej przeważają w doświadczeniach pacjentów trudne relacje interpersonalne. To pozwala postawić hipotezę, że również sytuacje instrumentalizacji osoby przez osobę pojawiają się tam często, być może częściej niż w zwykłych okolicznościach interakcji rodzinnych czy społecznych. Natura terapii jest taka, że zwykle pacjent referuje sytuacje własnej krzywdy, a więc takie, w których sam był ofiarą. W tym te, w których to on był instrumentalizowany. Przykładem może tu być wykorzystywanie seksualne, jakiego doświadczył w dzieciństwie. Kierunek relacji terapeuta–pacjent skłania do tego, by tworzyć trwałą, ochronną relację z pacjentem. Jednocześnie pacjent może mieć tendencje do odtwarzania znanych wzorców relacji, w tym w niektórych przypadkach do instrumentalizowania innych ludzi. W duchu etyki sprawiedliwości należałoby pytać, czy fakt instrumentalizacji naszego pacjenta przez jego bliskich jest gorszy od faktu bycia instrumentalizowanym przez niego. A zatem, czy czyny tego samego rodzaju należy oceniać tak samo, czy inaczej? Czy należy godzić się na przykład z takim scenariuszem, w którym instrumentalizowany, krzywdzony przez naszego pacjenta człowiek pójdzie na psychoterapię, by poradzić sobie z tym, co go spotkało ze strony człowieka, którego otaczamy troską? Co, jeśli spotkawszy się z niestawiającą granic troską swojego terapeuty, on sam zacznie z kolei krzywdzić kolejne osoby?

Te pytania każą zastanowić się, czy rolą terapeuty nie jest włączyć się w pewien cykl krzywdy ludzkiej po to, by spróbować towarzyszyć pacjentowi w jego przerwaniu i przekroczeniu (nieraz być może bardzo bolesnym i trudnym). Na końcu tych dylematów pojawia się też pytanie o to, jaką funkcję w społeczeństwie ma pełnić – niejednokrotnie finansowana ze środków publicznych – opieka psychologiczna. Ma ona, bez cienia wątpliwości, służyć ochronie pacjenta. Nie wynika z tego jednak, że na tym odpowiedzialność terapeuty się kończy, i że jest on zupełnie wolny od trosk o dalsze skutki społeczne swoich działań.

Można przywołać scenariusz mniej skrajny. Dla przykładu wyobraźmy sobie pacjentkę, trzydziestopięcioletnią matkę dwunastoletniej dziewczynki. Kobieta, która ma zasoby, aby w sposób wystarczająco dobry sprawować opiekę rodzicielską nad zależnym, małym dzieckiem, lecz nieradzącą sobie w kontakcie z autonomizującą się córką. Matka przeżywa autonomię swojego dziecka jak atak na własną sprawczość, poczucie wartości („ona się ze mną nie liczy”). Widzi rozwiązanie tej kwestii w ponownym podporządkowaniu sobie dziewczynki i wszelkie niepowodzenia w tym zakresie skutkują odrzucaniem emocjonalnym nastolatki. Pacjentka rozpoczyna psychoterapię nie dlatego, że ma problemy w relacji z córką, a dlatego, że nie potrafi ułożyć sobie partnerskich relacji z mężczyzną i ten fakt jest przez nią przeżywany jako centralny problem. Można nawet przypuszczać, że problem, który widzi terapeuta (emocjonalne odrzucenie córki i problem pacjentki – porażka w partnerskim związku) są efektem tych samych deficytów pacjentki.

Jednakże obie sytuacje różni znaczenie czynnika czasu. W przypadku problemów w budowaniu związku z mężczyzną długoterminowa psychoterapia może być dobrym i zadowalającym sposobem osiągnięcia pożądanej zmiany. Poruszenie głębokiej, nieświadomej problematyki emocjonalnej pacjentki będzie prowadzić do trwałego rozwiązania jej problemów. Kiedy jednak spojrzymy na sprawę przez pryzmat relacji

matka–córka, długoterminowa terapia może wydać nam się rozwiązaniem nierealistycznym. W czasie, kiedy pacjentka będzie budowała relację terapeutyczną, odkrywała i przepracowywała swoje deficyty, jej córka będzie dorastać w sytuacji obciążonej trudną relacją z matką. Terapeuta kierujący się etyką troski może zawrzeć z pacjentką kontrakt uwzględniający jej kłopoty w relacji partnerskiej, który ma być realizowany w długoterminowej terapii. Rozpocznie pracę na rzecz rozwiązania tego problemu, na jaki uskarża się jego pacjentka i do zmiany czego ma motywację. Terapeuta myślący w kategorii etyki sprawiedliwości wyjdzie z innego założenia i będzie starał się rozmawiać z pacjentką o pracy nad jej relacją z córką, mimo że nie taki problem pacjentka wyjściowo chce rozwiązać. Być może nawet zaproponuje jej inną formę pracy: psychoedukację, warsztaty dla rodziców bądź psychoterapię krótkoterminową nastawioną na osiągnięcie określonych celów w relacji pacjentki z dziewczynką. Nie jest moim zamiarem rozważanie tego, który z tych sposobów jest merytorycznie poprawny i czy wybór drogi postępowania przez terapeutę może mieć związek z jego orientacją teoretyczną. W przykładzie tym chodzi jedynie o pokazanie wpływu określonej postawy etycznej na możliwy wybór sposobu pracy przez terapeutę.

Podobną zależność można wskazać, odwołując się do przykładu psychoterapii pary opisanego przez Phila Mollona (2015). Brytyjski psychoanalityk opisał psychoterapię pary nieradzącej sobie ze wstydem i zazdrością. Zdradzany mężczyzna, odkrywając niewierność swojej partnerki reagował takimi objawami, jak ból brzucha, kołatanie serca, drżenie, pocenie się, a także silnymi emocjami: gniewem, paniką, dezorientacją, lękiem i wreszcie wstydem. Czuł się bezwartościowym mężczyzną. Miał też „dziwne doznanie”, że jego partnerka staje się dla niego kimś obcym. Jego partnerka zaś nawiązywała coraz to nowe romanse i zakochiwała się w nowo poznanych mężczyznach. Chroniła dostęp do tych faktów przed partnerem i próby poznania jej relacji z innymi mężczyznami przeżywała jako naruszenie granic prywatności. Związek, w którym nie mogłaby mieć możliwości nawiązywania romansów, uznawała za ograniczający i również przeżywała wstyd, ale w jej przypadku związany z poczuciem naruszenia jej granic i wystawienia jej na pokaz. Innymi słowy czuła wstyd, kiedy jej romans był odkrywany. Autor, opisując problem pary, mówi o nieradzeniu sobie przez oboje partnerów ze wstydem i zazdrością, bo w takich wymiarach opisywała swoje problemy para.

Wydaje się, że mamy tu do czynienia z bardzo wyrazistym przykładem podejścia nacechowanego etyką troski. Gdyby para zwróciła się po pomoc do innego terapeuty – kierującego się etyką sprawiedliwości – zobaczyłby prawdopodobnie sytuację zgoła odmienną. Mógłby uznać, że zrozumiałe i naturalne reakcje mężczyzny w obliczu doświadczania zdrady nie motywują go do tego, aby skutecznie chronić się przed powtarzającym się urazem. Mógłby zatem na przykład zadać sobie i pacjentowi pytanie o to, jakie są przyczyny, dla których pacjent decyduje się na powtarzanie tak trudnych doświadczeń. W przypadku kobiety zaś mógłby uznać, że wstyd, który ona przeżywa, nie jest jej problemem, a adekwatną reakcją na obnażenie jej niewierności i kłamstw. Wprost przeciwnie – ewentualny brak poczucia winy w podobnej sytuacji mógłby uznać za przejaw problemów osobowościowych pacjentki. Taka droga diagnostyczna mogłaby doprowadzić go do przekonania, że rozwiązaniem dla pary są indywidualne terapie każdego z partnerów lub terapia pary przy towarzyszących terapiach indywidualnych.

Psychoterapia jest tą dziedziną, w której spotyka się scenariusze trudne, nieraz wręcz drastyczne. Życie rodzinne, zawodowe, społeczne w ogóle pełne jest tarć i walki, a nieraz po prostu przemocy. Łatwo można wymienić inne sytuacje, w których do-

chodzi do wykorzystywania osoby przez osobę. Można wyobrazić sobie scenariusz, w którym pacjentka celowo, planując to starannie, zachodzi w ciążę z mężczyzną, który o jej planach nic nie wie, bądź po prostu nie chce mieć dziecka, o czym jasno ją poinformował. Cała sfera prokreacyjna jest szczególnym obszarem potencjalnego używania osób. Towarzyszą jej spory bioetyczne, których terapeuta powinien mieć świadomość. Chodzi tu o szereg zjawisk, poczynając od różnych układów quasi-rodziny z dzieckiem, tj. takich, gdzie dziecko przychodzi na świat w wyniku celowego stosunku reprodukcyjnego osób, które nie są i nie zamierzają tworzyć pary rodzicielskiej. Pozostając w sferze seksualnej można wyobrazić sobie parę, w której jedno z partnerów czyni warunkiem związku kontakty seksualne z innym partnerem bądź partnerami, wykorzystując jakiś rodzaj słabości egzystencjalnej partnera, który nie chce żyć w tego rodzaju relacji.

Scenariusz ten może współgrać z kwestiami zróżnicowania religijnego: na przykład jedna ze stron może czynić warunkiem związku ślepe posłuszeństwo drugiej strony nakazom religijnym, których ta nie uważa za swoje. Może się to przy tym dokonywać pod rygorem poważnych konsekwencji dla strony kontestującej. Jeszcze inną ilustracją byłoby namawianie, zachęcanie kolejnych kobiet w rodzinie (bądź kolejnych pokoleń kobiet) do prostytucji. Dla przykładu: pacjentką psychoterapeuty może być osoba wciągana w prostytucję przez inne osoby. Sama może nie zgłaszać tego jako problemu, a nawet podkreślać korzyści płynące z uprawiania prostytucji. Reakcja chroniąca pacjentkę musiałaby przybrać u psychoterapeuty postać pewnej konfrontacji z przekonaniami pacjentki (dodatkową kwestią będzie pobieranie opłaty przez psychoterapeutę za sesję, które pacjentka finansuje z nierządu – psychoterapeuta czerpie wówczas korzyści z instrumentalizowania ciała pacjentki).

Innym przykładem będzie sytuacja pacjenta, który regularnie korzysta z usług prostytutek, a jednocześnie pozostaje w stałym związku z nieświadomą niczego kobietą. Terapeuta staje pomiędzy dylematem widzenia sytuacji z perspektywy klinicznej i/lub etycznej oraz ich pogodzenia. W tej pierwszej perspektywie może na przykład zastanawiać się nad znaczeniem mechanizmu rozszczepienia w funkcjonowaniu pacjenta. W drugiej, etycznej, pojawia się sprawa używania przez pacjenta innej osoby (prostitutki) i okłamywania przez niego partnerki oraz kwestia znaczenia i oceny tego postępowania na podstawie określonych norm. Dylemat brzmi, czy i do jakiego stopnia można i należy pracować nad perspektywą kliniczną z pominięciem etycznej bądź stosując wyłącznie aprobatywne podejście, w tym przypadku do oceny prostytucji. Stosowanie twardych, proceduralnych rozstrzygnięć (a do takich należy imperatyw o nieinstrumentalizowaniu osób) „uwalnia” spojrzenie terapeuty zarówno od obiegowych opinii, zwłaszcza tych dopuszczających liberalizację podejścia do różnych, trudnych kwestii osobowych i społecznych, jak i od jego własnego, intuicyjnego czy konwencjonalnego osądu moralnego, czy inklinacji światopoglądowych (norma o niedopuszczalności instrumentalizowania osób przebiega w poprzek różnych podziałów ideologicznych i jest tak samo do pogodzenia ze światopoglądem – umownie – konserwatywnym, jak i liberalnym).

Sprawą, która wymagałaby szczególnego namysłu, byłaby taka sytuacja, w której pacjent był wykorzystywany seksualnie w dzieciństwie przez wciąż żyjącego członka rodziny. Pacjent może nie chcieć wracać do tamtej sytuacji i zdecydować, by nie informować o niej ani członków rodziny (o ile nie wiedzą o tych zaszłościach), ani odpowiednich służb. Pomijając aspekt prawny należy stwierdzić, że brak działania może narażać na niebezpieczeństwo pozostałe dzieci w rodzinie, o ile sprawca wykorzystywania ma

z nimi kontakt. Terapeuta ma zwykle świadomość tego ryzyka. Przykładem z innego porządku traktowania osób na sposób instrumentalny jest z kolei udostępnianie przez pacjenta narkotyków, na przykład podczas jakiejś imprezy czy spotkania, w celach towarzyskich czy afirmacji własnego stylu życia. We wszystkich tych przypadkach terapeuta może czuć się naturalnie zachęcany do rozumienia sytuacji „używającego” czy „dążącego do użycia” pacjenta i do okazywania mu troski poprzez rozumiejące, niewymagające, niekonfrontujące przyjęcie jego czynów. Skutkiem – bezpośrednim bądź pośrednim – takiego działania terapeuty jest bądź może być użycie drugiej osoby, o ile działanie pacjenta zakończy się sukcesem. Czy będzie to jednak sukces terapii?

PODSUMOWANIE

Należy pamiętać, że obie wiodące spór koncepcje etyczne (zwłaszcza Kohlberga i Gilligan) wyrosły wokół problemu rozwoju rozumowania moralnego. Rozwoju, a więc postępu, a przynajmniej ukierunkowanego procesu. Sama ta idea zakłada gradację: istnieją stadia niższe i wyższe, a więc i stadia, na których rozumowanie człowieka jest mniej i takie, na których jest bardziej rozwinięte. Pojawia się zatem wątpliwość, czy taka troska i takie rozumienie dobra, gdzie jest ono „dobrem dla...” (jakiejś określonej osoby w określonej sytuacji, a nie dla osoby ludzkiej jako takiej) nie blokuje rozwoju moralnego pacjenta, a zatem czy koniec końców nie jest sprzeczne z jego dobrem. Niemniej ważną kwestią jest to, czy takie rozumienie troski nie stwarza szczególnego zagrożenia dla terapeuty: czy i jego rozwój moralny nie jest tu zatrzymany? A może należy mówić o moralnym regresie terapeuty, o ile nie umie on bądź odmawia posługiwania się uniwersalistycznym wnioskowaniem o wartościach: o dobru i o złu? To ostatnie ryzyko rysuje się szczególnie wyraźnie, gdyż trudno sobie wyobrazić skuteczną terapię bez troski. Jeśli terapeuta nie otoczy pacjenta troską, nie dojdzie do zawiązania przymierza terapeutycznego. Można jednak z łatwością wyobrazić sobie skuteczną terapię, w której pacjent otrzymał od terapeuty troskę, ale w której odpowiednio znaczącego miejsca nie miała sprawiedliwość.

Troska i sprawiedliwość nie powinny być traktowane jako wartości przeciwstawne. A jednak etyka troski – ze swą nieufnością wobec uniwersalnych, niezależnych od kontekstu norm – może stawiać działającego człowieka (w tym terapeutę) przed taką opozycją. Powstaje zatem dylemat, czy troska o pacjenta nie może być działaniem jawnie niesprawiedliwym? Prawdą jest, jak zakłada etyka troski, że każdy człowiek potrzebuje opieki ze strony innych, i że nie raz opieki takiej może dostarczyć drugiemu człowiekowi terapeuta, a nawet wyłącznie on (na przykład w przypadku pacjenta osamotnionego). Prawdą jest, że troska ulega pewnej gradacji, jak to podkreśla etyka troski. Troską obejmuje się najpierw bliższych, potem dalszych. Z tego jednak nie wynika, że troska o pacjenta całkowicie znosi zobowiązania wobec innych członków społeczeństwa. W przypadku konfliktu zasad i celów (troska o pacjenta vs. troska o innych ludzi) imperatyw Kantowski może być pomocą w określeniu właściwego sposobu postępowania. Właściwego znaczy tu tyle, co „etycznego” czy „moralnego”. Sytuacja, w której terapeuta nie sprzeciwia się złu czynionemu przez pacjenta, jest wyjściem poza kategorie dobra i zła, nie jest już zatem ani etyką, ani moralnością. Takie podejście nie tylko blokuje rozwój pacjenta, w tym jego rozwój moralny. Pomaga mu wprost stać się człowiekiem amoralnym, jeśli nie po prostu człowiekiem nie rozpoznającym zła w swym własnym działaniu.

BIBLIOGRAFIA

- Bergstrom, L. (1966). *The alternatives and consequences of actions the alternatives and consequences of actions: An essay on certain fundamental notions in teleological ethics*. Stockholm: Almqvist et Wiksell.
- Francis, R.D. (1999). *Ethics for psychologists: A handbook*. Leicester: BPS Books.
- Juruś, D. (2015). Czy etyka troski może prowadzić do zaniku troski? *Roczniki Filozoficzne, Tom LXIII, 2*, 187–205.
- Koocher, G.P., Keith-Spiegel, P. (1998). *Ethics in psychology. Professional standards and cases*. New York: Oxford University Press.
- Kupers, T.A. (2003). Polityka psychiatrii: płęć i związana z nią stronniczość w DSM-IV. W: M. Roth Walsh (red.), *Kobiety, mężczyźni, płęć. Debata w toku* (s. 400–410). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Mollon, P. (2015). *Wstyd i zazdrość. Ukryty zamęt*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Ślipko, T. (2004). Deontologia: jej dzieje i miejsce w systemach etycznych. *Studia Philosophiae Christianae, 40(2)*, 83–97.
- Tatarkiewicz, W. (1989). O bezwzględności dobra. W: W. Tatarkiewicz, *Dobro i oczywistość* (s. 25–103). Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Waleszczyński, A. (2013). *Feministyczna etyka troski. Założenia i aspiracje*. Warszawa: Środkowoeuropejski Instytut Zmiany Społecznej.
- Wodzik, J. (2012). Etyka troski Carol Gilligan a zarzut esencjalizmu. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria R. 21, 1(81)*, 259–272.
- Ziemińska, R. (2008). Etyka troski i etyka sprawiedliwości. Czy moralność zależy od płci? *Analiza i Egzystencja, 8*, 115–131.

Źródła internetowe

- <http://www.sntr.org.pl/userfiles/file/Kodeks%20etyczny%20psychoterapeuty.pdf> (dostęp: 20.04.2019).
- <http://www.sekcjapsychoterapii.pl/kodeks-etyczny/> (dostęp: 20.04.2019).

„ETICS OF CARE” AND ITS LIMITATIONS IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL COUNSELLING

Abstract: The problematic field in this article is one of the most vivid, contemporary dispute, i.e. the dispute between “ethics of care” and “ethics of justice”. “Ethics of care” is Carol Gilligan’s concept derived from her controversy with Lawrence Kohlberg’s theory of moral development. “Ethics of justice” is a summary term for different concepts developed within the traditional ethics. This traditional ethics tried to name universal principles of acting, independent from the acting person and her feelings. The central categories were “justice” and “the Good”. For the second kind of ethics the central category is “care” and moral duties are gradable.

In this article I analyse the controversy in the field of psychotherapy. I maintain that dynamics of psychotherapeutic relation is such that it “imposes” the “ethics of care”. Referring to some examples from clinical practice I tend to prove how dangerous absence of the “ethics of justice” can be in psychotherapy. I claim that using only the “ethics of care” approach in understanding and approaching the patient’s acting may narrow the therapeutic process and slow down the patient’s moral growth.

Keywords: etics of care, ethics of justice, good, psychotherapy.