

AGNIESZKA RANISZEWSKA-WYRWA

## ETYKA DOTYKU. ASPEKTY ETYCZNE WYKORZYSTYWANIA DOTYKU W PRAKTYKACH TERAPEUTYCZNYCH

**Streszczenie.** Kontakt za pomocą dotyku stanowi jedną z najbardziej istotnych potrzeb człowieka, ważny element jego właściwego rozwoju. Dotyk może mieć działanie lecznicze, neutralne, lecz także szkodliwe. Z jednej strony, za jego pośrednictwem, można zapewnić pacjentowi poczucie bezpiecznego otoczenia, ułatwić nawiązanie emocjonalnej więzi i zwiększyć poczucie zaufania, lecz z drugiej strony – zintensyfikować istniejącą traumę lub wywołać nieprzyjemne odczucia. Dotyk może być w terapii narzędziem podstawowym (np. masaż leczniczy) lub stanowić dodatek do terapii werbalnej (np. psychoterapii).

Pomimo wielu pozytywnych następstw stosowania dotyku w terapii, współcześnie terapeuci często rezygnują z takiej formy kontaktu z pacjentem. Jako jeden z głównych powodów wskazuje się chęć uniknięcia tzw. *ryzykownych zachowań*; dotyk może bowiem być błędnie zinterpretowany przez pacjenta, a w konsekwencji przysporzyć problemów terapeutycie. Zdaniem części autorów, powstrzymywanie się przed dotykiem, który może być leczniczy dla pacjenta, wyłącznie ze strachu przed możliwymi konsekwencjami, jest zachowaniem nieetycznym. Często podkreśla się też, iż brak jakiegokolwiek kontaktu może niekorzystnie wpływać na terapię. Z drugiej strony, zgłaszane są liczne zastrzeżenia wobec wykorzystania dotyku w terapii; wskazuje się przede wszystkim na *różnicę mocy*, która może być nadużywana przez terapeutę, oraz na możliwość, iż dotyk terapeutyczny będzie pierwszym krokiem na *równi pochyłej* ku inicjowaniu zachowań seksualnych – takie przekonania stanowią

poważną przeszkodę w dostrzeżeniu pozytywnego znaczenia dotyku w terapii. W tym kontekście istotne staje się pytanie, czy i w jaki sposób wykorzystywać możliwość zastosowania dotyku w terapii, a zwłaszcza psychoterapii; próba odpowiedzi na to pytanie jest jednym z celów tej pracy.

**Słowa kluczowe:** dotyk, ciało, psychoterapia, różnica moocy

1. Wprowadzenie. 2. Postrzeganie funkcji dotyku w przeszłości. 3. Dotyk w współczesnej praktyce terapeutycznej. 4. Obawy związane z dotykiem terapeutycznym. 5. Etyka i dotyk terapeutyczny. 6. Zakończenie.

## 1. WPROWADZENIE

Pozytywny wpływ dotyku na człowieka zauważono już w przeszłości, kiedy to stosowany był jako jeden z środków prowadzących do uzdrowienia; również wiele współcześnie przeprowadzonych badań dowodzi, iż wykorzystywanie dotyku może mieć skutki bardzo korzystne dla zdrowia, ale z drugiej strony, dotyk nieodpowiedni może stać się przyczyną urazu lub poważnego dyskomfortu. Obecnie wielu terapeutów, zwłaszcza psychoterapeutów, ma ambiwalentny stosunek wobec terapii z zastosowaniem dotyku; są świadomi jego wysokiego potencjału leczniczego, ale też nierzadko nie mają pewności, czy potrafią zastosować go w sposób właściwy, a zatem nieszkodzący tak pacjentowi, jak i im samym – w razie błędnego zinterpretowania ich intencji. Dla praktyków somatycznych konfrontacja z problemami etycznymi pojawiającymi się w trakcie wykonywania ich pracy może być bardzo trudna, ponieważ nie zawsze mają one proste rozwiązania – istnieje wiele wątpliwości w kwestii tego, co w terapii dotykowej jest właściwe i etyczne.

Warto zatem zająć się problemem etyczności dotyku, a normy jego zastosowania w kontekście terapeutycznym spróbować przedstawić w sposób w miarę możliwości precyzyjny i przejrzysty. Pozbawiony jakichkolwiek wskazówek terapeuty, często zmuszony jest kierować się intuicją, która może okazać się zawodna, a wówczas zaistniałe szkody odnosiłoby się nie tylko do niego, lecz jako iż terapia jest relacją wzajemną, mogły zostać wyrządzone również pacjentowi. Oczywiście trudno jest wskazać – można się nawet zastanawiać, czy

to w ogóle możliwe – jasne, szczegółowe zasady, które sprawdziłyby się w każdej sytuacji bez wyjątku. Z tego też powodu podjęte rozważania na temat etyki dotyku stanowią bardziej próbę uwrażliwienia na możliwe sytuacje problematyczne, uświadomienia niejednoznaczności granic pomiędzy tym, co dopuszczalne, a tym, co niewłaściwe, oraz moralnych konsekwencji niewłaściwego dotyku, zachętę i przyczynek do dalszych rozważań o etyce zawodowej osób pracujących z ciałem, ale także próbę zarysowania najbardziej podstawowych zasad mogących być pomocnymi w rozwiązywaniu problemów natury etycznej, pojawiających się w praktyce terapeutycznej.

## 2. POSTRZEGANIE FUNKCJI DOTYKU W PRZESZŁOŚCI

Dotyk jest podstawowym zmysłem, dzięki któremu człowiek pozyskuje informacje o otaczającej go rzeczywistości. Zdaniem Arystotelesa (384–322 p.n.e.) jest on zasadą innych zmysłów, „bez zmysłu dotyku bowiem nie można mieć żadnego innego zmysłu”<sup>1</sup>. Podobnie Ashley Montagu (1905–1999) pisał, iż dotyk jest *matką zmysłów* i rozwija się najwcześniej, bo już w życiu płodowym<sup>2</sup>. Kontakt za pomocą dotyku stanowi jedną z bardziej istotnych potrzeb człowieka, ważny element jego właściwego rozwoju. Zarówno brak dotyku, jak również dotyk nieodpowiedni wywiera ujemny wpływ na stan psychiczny i samopoczucie osoby.

Dotyk może mieć siłę uzdrawiania, co dostrzeżono już w odległej przeszłości, kiedy to często stanowił podstawową formę zwalczania dolegliwości. Dowody wykorzystywania dotyku w sztuce leczenia obecne są w przekazach kultur różnych czasów, chociażby w piśmiennictwie Dalekiego Wschodu czy starożytnej Grecji. Masaż leczniczy po raz pierwszy opisany został w Chinach w II wieku p.n.e., a niedługo później w Indiach i Egipcie<sup>3</sup>. Hipokrates (460–377 p.n.e.), uważany za

---

<sup>1</sup> Arystoteles, *O duszy*, w: Arystoteles, *Dziela wszystkie*, t. 3, tłum. z grec. P. Siwek, Warszawa 1992, 435a.

<sup>2</sup> A. Montagu, *Touching. The significance of the human skin*, New York 1971, 1.

<sup>3</sup> T.M. Field, *Massage Therapy Effects*, *American Psychologist* 53(1998)12, 1270.

ojca medycyny, określał go jako *sztukę tarcia*, pisząc, iż lekarz musi posiadać doświadczenie w wielu kwestiach, szczególnie istotna jest jednak umiejętność wykorzystywania owej sztuki<sup>4</sup>. Jedne z najstarszych, bo pochodzące sprzed ok. 15 tys. lat, wizualnych potwierżeń, iż dotyk stosowany był do celów leczniczych, odnaleźć można na ścianach jaskiń w Pirenejach<sup>5</sup>. Dotyk obecny był również w obrzędach wielu religii; częste było także przekonanie, iż przywódcy religijni posiadają moce umożliwiające im usuwanie chorób z ciał wyznawców za pomocą dotyku. W okresie średniowiecza tradycyjna sztuka uzdrawiania stopniowo zaczęła przekształcać się w praktykę ugruntowaną na wiedzy naukowej. Przekonanie o uzdrowicielskiej mocy dotyku zaczęło słabnąć, zwłaszcza pod wpływem negatywnych opinii ówczesnych medyków, którzy terapię dotykową postrzegali jako przesąd przeszłości.

Pejoratywny stosunek do leczniczej roli dotyku wyrażała również, zapoczątkowana na przełomie XIX i XX wieku, psychoanaliza, a szczególnie jej twórca Sigmund Freud (1856–1939). Początkowo wykorzystywał on dotyk jako element wspomagający dla procesu terapii werbalnej, z czasem jednak porzucił tę metodę<sup>6</sup>, uznając, iż poprawna relacja terapeutyczna wymaga nieinterwencji; terapeuta powinien pozostawać obiektywny i unikać interakcji, które mogłyby zanieczyścić proces przenoszenia treści nieświadomych pacjenta. W kontekście freudowskiej psychoanalizy kontakt fizyczny zaczął być postrzegany jako przeszkoda w analizie i leczeniu nerwic oraz sposobność do zaspokajania przez pacjenta infantylnych pragnień i seksualnych popędów. Również Karl Menninger (1893–1990) był zdania, iż psychoanalityk powinien zachowywać neutralność i nie dotykać pacjentów<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Tenze, *Touch*, MIT Press, Cambridge 2001, 97.

<sup>5</sup> M. Hunter, J. Struve, *The Ethical Use of Touch in Psychotherapy*, SAGE Publications, Thousand Oaks 1997, 43.

<sup>6</sup> O. Zur, *Touch In Therapy And The Standard of Care In Psychotherapy And Counseling: Bringing Clarity to Illusive Relationship*, USA Body Psychotherapy Journal 6(2007)2, 61.

<sup>7</sup> K. Menninger, *Theory of psychoanalytic technique*, New York 1958, 36.

Sądził on, iż dotyk jest niedopuszczalny niezależnie od tego czy ma charakter seksualny, agresywny czy terapeutyczny, dlatego też nawet uścisk dłoni postrzegał jako przejaw niekompetencji terapeuty<sup>8</sup>. Przez pewien czas odmienne stanowisko prezentował uczeń Freuda, Sándor Ferenczi<sup>9</sup> (1873–1933), który był zwolennikiem większego zaangażowania się psychoanalityka w terapię, również poprzez wykorzystywanie w niej dotyku. Według niego umożliwiałyby to łatwiejsze/szybsze pozyskanie zaufania pacjenta, zwłaszcza takiego, który w trakcie swojego życia miał nieodpowiednie doświadczenia związane z taką formą kontaktu (np. pozbawiony był serdecznego dotyku rodziców lub narażony na przemoc fizyczną). Ferenczi sądził, iż stosowanie dotyku terapeutycznego odbierane byłoby przez pacjenta jako przejaw zaangażowania i troski o niego, a w konsekwencji mogło stanowić działanie o charakterze naprawczym, korygujące zaburzenia stanowiące konsekwencję wcześniejszych, traumatycznych doświadczeń pacjenta. Przekonania Ferencziego przyczyniły się do jego nie najlepszych relacji z ówczesnym środowiskiem psychoanalityków, co być może stanowiło impuls do tego, iż z czasem porzucił swoje poglądy. Krytykiem stosowania dotyku jest także Robert I. Simon podkreślający, iż terapeuta powinien interakcje z pacjentem umieszczać w ramach kontaktu werbalnego, minimalizując relacje fizyczne<sup>10</sup>. Podobnie uważa Jody H. Alyn, zdaniem której korzystanie z dotyku jako uzupełnienia komunikacji w terapii nie jest właściwym postępowaniem, ponieważ może przyczynić się do wspierania kulturowo określonej nierówności sił pomiędzy płciami i namnażać naruszenia granic kobiet, które zazwyczaj i tak są częściej dotykane, niż mężczyźni<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Tamże, 36.

<sup>9</sup> S. Ferenczi, *First Contributions to Psycho-Analysis*, London 1994.

<sup>10</sup> R.I. Simon, *Transference in therapist-patient sex. The illusion of patient improvement and consent, Part I*, *Psychiatric Annals* 24(1994)10, 514.

<sup>11</sup> J.H. Alyn, *The politics of touch in therapy: A response to Willison and Masson*, *Journal of Counseling and Development* 66(1988)3, 432–433.

### 3. DOTYK W WSPÓŁCZESNEJ PRAKTYCE TERAPEUTYCZNEJ

Obecnie kontakty pomiędzy terapeutą, zwłaszcza psychoterapeutą, a pacjentem często stają się coraz bardziej zdystansowane na płaszczyźnie fizycznej. Poza formami terapii, w których przypadku kontakt fizyczny jest elementem podstawowym, jak np. masaż leczniczy, dotyk odgrywa mało istotną rolę we wzajemnych stosunkach, z których często wyrugowane zostaje nawet podanie dłoni na powitanie. Może to dziwić, zwłaszcza jeżeli uwzględni się fakt, iż wiele współcześnie przeprowadzanych badań dowodzi, że dotyk ma szereg pozytywnych następstw i jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania człowieka. Badania *Touch Research Institute* wykazały, iż kontakt fizyczny przyczynia się do lepszego rozwoju niemowląt<sup>12</sup>, w każdym okresie życia powoduje zmniejszenie stanów lękowych, depresji, poziomu niektórych hormonów, np. katecholamin<sup>13</sup> i kortyzolu, którego obniżona ilość prowadzi z kolei do wzrostu funkcji immunologicznej<sup>14</sup>, czyli wzmocnienia obrony przed patogenami.

Większość pacjentów korzystających z praktyk terapeutycznych doświadczyła traumatycznych przeżyć (m.in. urazów związanych z nieodpowiednim dotykiem), zaburzeń o podłożu emocjonalnym/psychicznym lub chorób somatycznych. Dolegliwości fizyczne mogą implikować następstwa psychiczne (strach, niepokój, stres, depresję), zaś urazy/zaburzenia psychiczne objawiać się na płaszczyźnie fizycznej – zmęczeniem, bezsennością, chronicznym bólem mięśni czy stawów oraz ogólnym osłabieniem odporności organizmu<sup>15</sup>. Terapia dotykowa

---

<sup>12</sup> Wcześnieiki przebywające naddziale intensywnej terapii poddane 15-minutowym masażom (masowane przez iluminatory inkubatora) trzy razy dziennie, przez 10 dni, zyskały o 47% większą wagę aniżeli dzieci nie masowane i były rzadziej od nich hospitalizowane. T.M. Field, *Massage Therapy Effects*, art. cyt., 1272.

<sup>13</sup> Grupa hormonów wytwarzanych głównie przez korę nadnerczy; należą do niej adrenalina, noradrenalina i dopamina. Wzrost uwalniania katecholamin do krwi powodują stany związane ze stresem.

<sup>14</sup> T.M. Field, *Massage Therapy Effects*, art. cyt., 1278.

<sup>15</sup> S. Mines, *Healing Triumphs Over Domestic Violence, Massage & Bodywork* (2001)Oct/Nov, 18.

miałaby więc służyć niwelowaniu obu tych rodzajów problemów – obniżeniu poziomu dolegliwości somatycznych i zwiększeniu komfortu psychicznego pacjenta. Dotyk może być w terapii narzędziem podstawowym/kluczowym lub stanowić dodatek do terapii werbalnej, a zatem w części przypadków jedynym lub wiodącym działaniem terapeutycznym byłyby bezpośrednia praca z ciałem (np. masaż leczniczy), w innych – psychoterapia werbalna w różnym stopniu angażująca dotyk. Ważne jest jednak, by wszyscy terapeuci pracujący z pacjentem postrzegali go w sposób holistyczny, nie zapominali o jego integralności psychosomatycznej. Masażysta powinien posiadać umiejętność odbioru sygnałów, które często poprzez swoje ciało (mniej lub bardziej świadomie) wysyła pacjent, a które mogą mieć źródło w sferze psychiczno-emocjonalnej; zaś psychoterapeuta nie ograniczać się do podania dłoni, jeżeli jest przekonany, że pacjentowi, np. zrozpaczonemu po stracie bliskiej osoby, pomógłby terapeutyczny dotyk. Wykorzystywanie dotyku w terapii ma na celu nawiązanie bliskości, jednakże niezmiernie ważne jest, by umieć ocenić, w jakim stopniu indywidualny pacjent w danym momencie jest w stanie otworzyć się na kontakt fizyczny. Podejmując się pracy z ciałem drugiego człowieka, należy więc zawsze być świadomym, iż ciało to „informuje”, czy i w jaki sposób można je dotknąć – pacjent nie tylko werbalnie, lecz również poprzez, niekiedy ledwo dostrzegalne, reakcje fizyczne określa, jakie granice dotyku są dla niego akceptowalne. Oprócz słuchania pacjenta, terapeuta powinien uwzględniać więc i sygnały dawane przez jego ciało, zwłaszcza iż często odzwierciedlają one faktyczne odczucia lepiej niż słowa. Granice dopuszczalnego dotyku mogą być zawężone np. przykrymi doświadczeniami z okresu dzieciństwa, które nieodpowiedni dotyk terapeuty mógłby przywołać lub wzmocnić. Nietypowe reakcje na dotyk niekiedy mogą stać się sygnałem informującym, iż także zdolność pacjenta do bliskości powinna zostać uczyniona przedmiotem terapii. Przedwczesne jednak proponowanie czy inicjowanie przez psychoterapeutę dotyku może wywołać dyskomfort, lęk czy poczucie zagrożenia, zwłaszcza jeśli pacjent był obiektem przemocy fizycznej/seksualnej. Terapeuta powinien mieć umiejętność poprowadzenia pacjenta przez proces zmagania się z traumą, zainicjowania procesu

wzrostu poziomu świadomości ciała, a także zmniejszenia poczucia wstydu.

Osoby, wykorzystujące dotyk jako narzędzie terapeutyczne, powinny dysponować wiedzą, w jaki sposób może on wpływać na ludzi; być świadome, kiedy mogą z niego skorzystać, a kiedy go zaniechać. W terapii dotyk nieseksualny może być stosowany w wielu sytuacjach – aby drugą osobę powitać, pocieszyć, wyrazić zrozumienie czy zachętę, jednakże są pacjenci, wobec których, przynajmniej początkowo, w żadnym przypadku nie powinien być wykorzystywany. A zatem, terapeuta powinien być również świadomy faktu, iż działanie, które przynosi pozytywne skutki w pracy z jednym pacjentem, z innym – może okazać się całkowicie nieskuteczne, a nawet niewłaściwe. Dotyk może mieć więc działanie lecznicze, neutralne, jak również szkodliwe. Z jednej strony za pośrednictwem dotyku można zintensyfikować istniejącą traumę lub wywołać mylne czy nieprzyjemne odczucia, lecz z drugiej – dać pacjentowi poczucie bezpiecznego otoczenia czy zwiększyć poczucie zaufania. Terapia wykorzystująca dotyk jest szczególnym przypadkiem relacji terapeutycznej; stosowanie dotyku często jest utrudnione z uwagi na fakt, iż współczesne społeczeństwa, to często *społeczeństwa niedotykalnych*, w których granicą kontaktu fizycznego w relacjach międzyludzkich jest uścisk dłoni<sup>16</sup>. Ażeby dotknąć drugiego człowieka, trzeba osłabić społeczny dystans, co uczynić powinien zarówno pacjent, jak i terapeuta – dopiero to umożliwia nawiązanie kontaktu. Podjęcie każdej terapii dotykowej powinno polegać na realizowaniu działań terapeutycznie koniecznych, a więc niezbędnych z uwagi na osobę pacjenta, który zawsze musi mieć możliwość wpływania na przebieg terapii, zwłaszcza jej kontynuowanie<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> T.G. Gutheil, G.O. Gabbard, *The concept of boundaries in clinical practice. Theoretical and risk-management dimensions*, *The American Journal of Psychiatry* 150(1993)2, 195.

<sup>17</sup> B.E. Benjamin, Ch. Sohnen-Moe, *The Ethics of Touch, The Hands-on Practitioner's Guide to Creating a Professional, Safe and Enduring Practice*, Tucson 2003.



#### 4. OBAWY ZWIĄZANE Z DOTYKIEM TERAPEUTYCZNYM

Pomimo wielu pozytywnych następstw stosowania dotyku w terapii, współcześnie terapeuci często rezygnują z takiej formy kontaktu z pacjentem. Za jeden z głównych powodów uznawana jest chęć uniknięcia *ryzykownych zachowań*. Określony dotyk może bowiem przybierać odmienne znaczenia w ocenie różnych pacjentów, a zatem może zostać błędnie zinterpretowany. Problem ten nie dotyczy wyłącznie psychoterapeutów, lecz także osób bezpośrednio pracujących z ciałem – przytulenie pacjenta czy podanie mu dłoni na początku lub końcu sesji masażu leczniczego, dla terapeuty będące przejawem życzliwości lub szacunku, przez pacjenta może być odebrane jako zachowanie nachalne lub nawet jako molestowanie seksualne. Pacjent może tworzyć znaczenie dotyku, które całkowicie będzie odbiegało od intencji terapeuty. Ta „dowolność interpretacyjna” dotyku terapeutycznego dla terapeuty może stanowić źródło poważnych problemów na płaszczyźnie zawodowej, jak również i prawnej. Ryzyko odmienności rozumienia przekazu dotyku terapeutycznego często jest większe wówczas, gdy relacja terapeutyczna jest nowa lub na jej początku nie doszło do wyczerpującego określenia jej granic. Istotne znaczenie może mieć tu również odmiennosc kulturowa. Normy akceptowalności dotyku różniły się tak dawniej, jak i współcześnie, a różnice występują nie tylko pomiędzy różnymi społeczeństwami, lecz i wewnątrz nich, co może prowadzić do dezorientacji, niepewności, jakiego znaczenia kontakt fizyczny może mieć dla danej osoby. Proces socjalizacji, wychowanie, światopogląd, przekonania religijne mogą być skrajnie odmienne u członków tej samej społeczności, co z kolei przyczyni się do różnego definiowania przez nich swojej przestrzeni osobistej. Przez niektórych zatem np. niepodanie dłoni na powitanie będzie odbierane jako zachowanie obraźliwe, gdy tymczasem przez innych będzie interpretowane jako gest nachalny. Jeżeli dodać do tego obecną w kulturze skłonność do seksualizowania niemal każdej formy kontaktu fizycznego, a więc i dotyku terapeutycznego, nie może dziwić, iż terapeuta wystrzega się ryzyka zinterpretowania jego zachowania w takim właśnie kontekście, a czyni to poprzez unikanie dotyku. Świadomość, iż dotyk terapeutyczny może być niewłaściwie

odczytany, niewątpliwe rzutuje więc na niechęć wielu terapeutów do jego stosowania, choćby w postaci wspomnianego uścisku ręki. Kontakty terapeutyczne nabierają więc charakteru defensywnego, są ograniczane obawą i dążeniem do minimalizowania ryzyka. Część autorów jest jednak zdania, że jeżeli terapeuta wyłącznie z obawy przed możliwymi konsekwencjami, powstrzymuje się przed dotykiem, który mógłby być dla pacjenta leczniczy/terapeutyczny, jest to zachowanie nieetyczne<sup>18</sup>. W taki sposób postrzegania problemu wpisuje się Arnold Allan Lazarus (ur. 1932), według którego sytuacja, gdy w działalności terapeutycznej zasada zarządzania ryzykiem obejmuje pierwszeństwo przed pomocną interwencją, stanowi jedno z najpoważniejszych naruszeń zawodowych i etycznych<sup>19</sup>. Ponadto często podkreśla się, iż brak jakiegokolwiek kontaktu fizycznego może niekorzystnie wpływać na terapię – pacjent postrzega terapeutę jako osobę zimną, zdystansowaną, obojętną, przed którą trudniej jest mu się otworzyć. Może także sądzić, iż unikanie kontaktu przez terapeutę wynika z niechęci wobec jego osoby, co może wzbudzić lub zintensyfikować przeświadczenie pacjenta o własnej bezwartościowości oraz poczucie wstydu<sup>20</sup>; jeśli zatem terapeuta nie podejmuje dotyku powinien dać odczuć pacjentowi, iż jest to konsekwencją postawy klinicznej, a nie antypatii czy niezyczliwości. Zdaniem Michaela J. Lamberta (ur. 1944) najlepszą drogą do bardziej efektywnego leczenia jest dobra jakość relacji terapeutycznej – właściwy dotyk, przyczyniając się do intensyfikacji poczucia bezpieczeństwa i zaufania oraz wzmocnienia więzi terapeutycznej, zwiększa prawdopodobieństwo powodzenia terapii<sup>21</sup>. W przypadku jednak osób wykazujących skłonność do przemocy lub paranoi używanie dotyku

---

<sup>18</sup> O. Zur, N. Nordmarken, *To touch or not to touch: Exploring the Myth of Prohibition On Touch In Psychotherapy And Counseling* (2006), <http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html> [dostęp: 27.01.2013].

<sup>19</sup> A.A. Lazarus, *How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness*, *Ethics & Behavior* 4(1994)3, 255.

<sup>20</sup> C. Durana, *The Use of Touch in Psychotherapy: Ethical and Clinical Guidelines*, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 35(1998)2, 274.

<sup>21</sup> M.J. Lambert, *Implications of outcome research for psychotherapy integration*, in: *Handbook of psychotherapy integration*, eds. J.C. Norcross, M.R. Goldfried, New York 1992, 94–129.

lepiej jest ograniczyć, ponieważ trudno przewidzieć jego wpływ na pacjenta oraz jego reakcję; istnieje tu także większe ryzyko niewłaściwej interpretacji intencji terapeuty oraz ryzyko stania się celem agresji pacjenta.

Z jednej zatem strony wskazuje się, iż brak kontaktu fizycznego może niekorzystnie wpływać na terapię; z drugiej jednak – zgłaszane są liczne wątpliwości wobec wykorzystania w niej dotyku. Nawiązują one do przekonania, że dotyk/kontakt fizyczny i moc często są ze sobą negatywnie połączone – osoby posiadające pozycję dominującą nie rzadko właśnie dotyk wykorzystują jako narzędzie presji czy kontroli. W relacji terapeutycznej często obecna jest *różnica mocy* pomiędzy jej podmiotami, która może stanowić istotne zagrożenie<sup>22</sup>. Terapeuta, z racji swej roli – strony, do której, niezdolny do samodzielnego rozwiązania problemu, pacjent zgłasza się po pomoc – zajmuje pozycję silniejszą. Owa przewaga zazwyczaj pozwala mu na większą swobodę i pewność siebie, co rodzi ryzyko, iż może jej nadużywać dla własnych korzyści, wykorzystując pacjenta fizycznie (np. seksualnie), emocjonalnie czy finansowo. Pacjent podczas terapii może czuć się skrzepowany, niekiedy być częściowo lub całkowicie rozebrany, mieć poczucie nierównowagi sił, co może przyczyniać się do wyrażania przez niego aprobaty dla takich inicjatyw terapeuty, które w rzeczywistości będą dla niego niewygodne, kłopotliwe lub stawiające w niezręcznej sytuacji, a to z kolei może przyczynić się do powstania lub pogłębienia już istniejących urazów. Mając na uwadze fakt, iż terapia zawsze powinna służyć dobru pacjenta, terapeuta powinien kierować się *poczuciem taktu*, aby w sposób niezamierzony nie urazić pacjenta i nie nadwyżyć jego zaufania, oraz *uczciwością i odpowiedzialnością*, by swojej przewagi nie wykorzystywać w sposób intencjonalny, na straży czego stać powinny normy nie tylko etyki zawodowej, lecz przede wszystkim osobistej. Warto jednak podkreślić, iż relacja terapeutyczna jest relacją wzajemną i możliwe są sytuacje, kiedy to pacjent o silnej osobowości będzie próbował zdominować terapeutę, starając się np. skłonić go do niepotrzebnego czy nawet szkodliwego kontaktu fizycznego. Sam fakt,

---

<sup>22</sup> O. Zur, N. Nordmarken, art.cyt.

iż pacjent domaga się dotyku, nie zobowiązuje terapeuty do zainicjowania takiego kontaktu, jeżeli jego zdaniem nie jest on umotywowany potrzebą terapeutyczną. Tak jak i pacjent, terapeuta jest podmiotem autonomicznym, posiadającym prawo do niewyrażenia zgody na dane postępowanie.

Krytycy wykorzystywania dotyku w terapii dość często odwołują się do *argumentu równi pochyłej*, który pozostaje w bliskim związku z jednej strony – z obawami dotyczącymi możliwego nadużywania *mocniejszej pozycji* w relacji terapeutycznej, z drugiej – z *tabu kulturowym*. Wyraża się on w twierdzeniu, iż każdy kontakt fizyczny z czasem nieuchronnie doprowadzi do relacji seksualnej. Amerykański psychiatra, Glen Gabbard (ur. 1949), wyjaśnia, iż przekroczenie jednej granicy bez żadnych katastrofalnych konsekwencji uczyni łatwiejszym przekroczenie kolejnych<sup>23</sup>. Innymi słowy, dla zwolenników *równi* podanie dłoni na powitanie będzie stanowiło pierwszy krok na drodze ku zainicjowaniu nieetycznego postępowania, jakim jest nawiązanie kontaktów seksualnych z pacjentem, stąd też, ich zdaniem, lepiej wystrzegać się dotyku w trakcie terapii. Podłoża takiego myślenia, wiodącego do zbyt mocnych chyba wniosków, niektórzy autorzy dopatrują się w skłonności do seksualizowania dotyku, która ma już dość długą tradycję. I tak np. w epoce wiktoriańskiej przyjemności zmysłowe były postrzegane jako niebezpieczne, dlatego też w obawie, by dzieci (nawet niemowlęta) nie grzeszyły przeciw swojej czystości seksualnej, zachęcano matki do przejawiania dbałości o ich nieskazitelność, co też te czyniły przywiązując nogi swoich pociech po przeciwnych stronach łóżkach i zawiązując rękawy koszuli nocnej, żeby dzieci nie mogły się dotykać<sup>24</sup>. John Broadus Watson (1878–1958), autor *Psychological Care of the Infant and Child*, przestrzegał, że pocałunki i dotyk matki są odpowiedzią na seksualne poszukiwania dzieci<sup>25</sup>, dlatego nie po-

---

<sup>23</sup> G.O. Gabbard, *Teetering on the precipice: A commentary on Lazarus's "how certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness"*, *Ethics & Behavior* 4(1994)3, 284.

<sup>24</sup> O. Zur, N. Nordmarken, art.cyt.

<sup>25</sup> Tamże.

winno się ich przytulać ani całować. Również Sigmund Freud dotyk zachodzący między matką a dzieckiem opisywał jako mający charakter erotyczny<sup>26</sup>. Współcześnie, w wielu kulturach, kontakt fizyczny pomiędzy dzieckiem a rodzicami także istotnie się zmniejsza, gdy przeminie okres niemowlęctwa.

Dotyk często postrzegany jest jako aktywność determinowana seksualnie, stąd też istnieje pewnego rodzaju „dotykowe” tabu kulturowe, które kiedyś szczególnie uwidaczniało się w Ameryce, gdzie niemal każdy dotyk interpretowany mógł być jako forma molestowania. Obecnie, coraz liczniejsze przypadki nadużyć i przemocy seksualnej, także wobec dzieci, wzbudzają czujność i obawy przed dotykiem niemal na całym świecie. Coraz częstsze staje się przewrażliwienie w kwestii dotyku, którego konsekwencją są obawy np. osób pracujących z dziećmi, powodujące, że wychowawca w przedszkolu waha się, czy udzielić dziecku pomocy, jeżeli wiąże się to z jego dotykiem, by nie zostać poświadczonym o molestowanie. W relacjach z osobami obcymi coraz częściej przypadkowy nawet dotyk postrzegany jest jako naruszenie strefy prywatności. Troska o zachowanie *niedotykalności* niekiedy zdaje się stawać nieco historyczna, zwłaszcza jeżeli człowiek, niczym zwolennicy *równi pochyłej*, w każdym dotyku doszukuje się podtekstów seksualnych. Owo tabu kulturowe często zostaje przeniesione na płaszczyznę terapeutyczną, gdzie świadom istnienia skłonności do seksualizowania dotyku terapeuta będzie się go starannie wystrzegał.

Jeżeli jednak dotyk będzie stanowił narzędzie wykorzystywane w terapii, nie można wykluczyć, iż zostanie użyty w sposób niewłaściwy, a nawet wysoce szkodliwy dla pacjenta. Najczęściej wymienia się trzy rodzaje złego dotyku – *wrogi/agresywny* (użycie przemocy fizycznej), *karcący/ganiący* (zastosowanie kary za niepożądane zachowanie) i *seksualny/erotyczny* (celem jest kontakt seksualny); wszystkie one są nieetyczne i stanowią poważne naruszenie granic relacji terapeutycznej. Istnieje oczywiście możliwość, iż w następstwie dotyku pacjent poczuje podniecenie seksualne, jednakże nie oznacza to, że terapeuta postępował nieetycznie; jeżeli uświadamia on sobie, że dotknięcie wy-

---

<sup>26</sup> C. Durana, art. cyt., 269.

wołało niezamierzoną reakcję, to powinien zareagować w odpowiedni sposób (np. wstrzymując lub zmieniając dotyk, podejmując rozmowę z pacjentem)<sup>27</sup>.

## 5. ETYKA I DOTYK TERAPEUTYCZNY

Ciało jest narzędziem komunikacji, źródłem wielu cennych informacji oraz furtką do uzdrowienia człowieka, dlatego też jego dotykanie może być metodą wykorzystywaną zarówno w terapiach manualnych, jak i włączaną do terapii werbalnych. Zagrożenia związane ze stosowaniem dotyku mogą osłabiać postrzeganie jego pozytywnego wpływu na pacjenta, który jest jednak obecny na płaszczyźnie zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Ofer Zur wskazuje, iż wykorzystywanie dotyku (wyrażającego się najczęściej w lekkim przytuleniu, w poklepaniu ramienia czy potrzymaniu za rękę) jako dodatku do psychoterapii werbalnej przyczynia się do zwiększenia poczucia więzi z terapeutą, fizycznego i psychicznego uspokojenia pacjenta oraz jego zrelaksowania<sup>28</sup>. Carlos Durana<sup>29</sup> również akcentuje znaczenie nieerotycznego kontaktu fizycznego w intensyfikowaniu poziomu zaufania i jakości więzi na linii terapeuta-pacjent; wskazuje, iż dzięki swej wspierającej funkcji może on przyczynić się zwiększenia poczucia akceptacji, godności i pomniejszenia wstydu<sup>30</sup> w przypadku osób, które doświadczyły traumy. Jego zdaniem, dotyk terapeutyczny może ułatwiać też emocjonalne doświadczenia naprawcze u osób, które odczuwały deficyt dotykowy lub doświadczyły nadużyć (zmniejszając ich awersję do bliskości); może zwiększać poziom uczuciowości oraz tolerancję na ból, umożliwiając bardziej radykalne leczenie. Dotyk terapeutyczny może być drogą wiodącą do lepszego rozumienia potrzeb i reakcji

---

<sup>27</sup> O. Zur, *Touch In Therapy And The Standard of Care In Psychotherapy And Counseling: Bringing Clarity to Illusive Relationship*, art. cyt., 77.

<sup>28</sup> Tamże, 73.

<sup>29</sup> C. Durana, art. cyt., 275.

<sup>30</sup> Doświadczenie nadużyć seksualnych lub przemocy fizycznej może wywoływać poczucie wstydu ciała, obrzydzenia lub niechęci wobec własnej fizyczności, a nawet wrogości.

ciała, odzyskania spójności pomiędzy emocjami a intelektem, „kieruje do głębszej świadomości cielesnych doznań, [co prowadzi do] dalszego rozwoju i transformacji (...) poprzez odzyskanie zintegrowanego samopoczucia”<sup>31</sup>, sprzyja odbudowie osobistych granic. zniszczonych przez urazy i/lub nadużycia oraz wzmocnieniu kontroli nad somatycznym wymiarem swojego życia<sup>32</sup>.

Osiągnięcie pozytywnych wyników klinicznych możliwe jest jednak tylko przy przestrzeganiu norm i zasad etycznych. Podstawą do przeprowadzania jakiejkolwiek terapii dotykowej powinna być zawsze gruntowna wiedza, w jaki sposób ciało dotykać, umiejętność odczytywania komunikatów przez nie wysyłanych, wysoki poziom odpowiedzialności i samoświadomości (samowiedzy) terapeuty. Dlatego też oprócz szkolenia obejmującego sposoby stosowania dotyku, terapeuta powinien rozwijać swoje kompetencje na podstawie osobistych doświadczeń, pozyskanych w procesie autodiagnozy oraz własnej psychoterapii, umożliwiających poznanie siebie, własnych ograniczeń, postaw i motywacji. Zdaniem Carlosa Durana, „takie dodatkowe doświadczenie może zwiększyć wrażliwość terapeuty podczas stosowania dotyku oraz zbudować świadomość zagadnień związanych z płcią i problemem [różnicy] mocy”<sup>33</sup>. Nie dysponując odpowiednią wiedzą, lub mając wątpliwości, czy w danym przypadku/sytuacji dotyk jest pożądany, lepiej jest z jego stosowania zrezygnować, gdyż niewłaściwa forma kontaktu fizycznego może przyczynić się do większych szkód somatycznych i/lub psychicznych, aniżeli zaniechanie. Każdy terapeuta powinien posiadać świadomość, iż niekiedy dotyk terapeutyczny może być szkodliwy. Psychoterapeuta prowadzący terapię werbalną powinien unikać dotyku np. w sytuacjach, kiedy dotyk może pomagać pacjentowi w ograniczeniu świadomości napięć lub konfliktów leżących u podstaw jego emocjonalnych problemów. Thomas Gordon Gutheil i Glen Gabbard wskazują, że stosowanie kontaktu fizyczne-

---

<sup>31</sup> O. Zur, N. Nordmarken, art. cyt.

<sup>32</sup> M. Eckberg, *Victims of Cruelty: Somatic Psychotherapy in the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, Berkeley 2000, 41–47.

<sup>33</sup> C. Durana, art. cyt., 275.

go – np. w sytuacji, kiedy pacjent powinien być angażowany w proces radzenia sobie z urazami i żalem wynikającymi z deficytu dotyku w dzieciństwie – stanowiące formę rekompensaty niedostatków, może oddalać od rozwiązania problemu, a ponadto spowodować, iż pacjent poczuje się uprawniony do gratyfikacji w postaci przytulenia również w innych przypadkach<sup>34</sup>. Nawet wówczas, gdy terapeuta ma wrażenie, iż pacjent oczekuje od niego przyjęcia roli rodzicielskiej, nie powinien spełniać tych oczekiwań. Dotyk stosowany w psychoterapii werbalnej musi więc zawsze pozostawać jej uzupełnieniem, a nie zastąpieniem rozmowy.

Dla zabezpieczenia etycznego wymiaru relacji terapeutycznej szczególnie istotne jest również jasne określenie jej granic. Terapeuci dość często są przekonani, iż intuicyjnie rozumieją pojęcie granic, jednakże ich stosowanie w praktyce nierzadko staje się problematyczne. Istnieją dwa zasadnicze rodzaje granic – pierwszy z nich rysuje się *wokół relacji terapeutycznej*, odnosząc się do takich zagadnień, jak harmonogram spotkań, czas ich trwania, kwestię opłaty czy miejsca spotkań<sup>35</sup>; drugi rodzaj granic to granice *pomiędzy podmiotami relacji terapeutycznej*, które są trudniejsze do ustalenia. Przede wszystkim powinny być one zrozumiałe zarówno dla pacjenta, jak i terapeuty. Zakres tych granic powinien być wstępnie określony przy rozpoczynaniu terapii, jednakże możliwość uzyskania lepszych efektów terapeutycznych może z czasem stanowić uzasadnienie do wprowadzenia pewnych modyfikacji, które jednak zawsze powinny być zaakceptowane przez pacjenta. Terapeuta powinien zachęcać swoich pacjentów, by bez zażenowania, swobodnie określali dopuszczalne dla nich granice dotyku terapeutycznego, egzekwowali ich przestrzeganie oraz informowali, iż w każdej chwili, bez podania przyczyny, mogą cofnąć wcześniej udzieloną na dane postępowanie zgodę. Mając świadomość, iż kontakt fizyczny może być niewłaściwie interpretowany, np. jako

---

<sup>34</sup> T.G. Gutheil, G.O. Gabbard, *The concept of boundaries in clinical practice. Theoretical and risk-management dimensions*, *The American Journal of Psychiatry* 150(1993)2, 195.

<sup>35</sup> Tamże, 190.



mający wydzźwięk seksualny, terapeuta powinien umożliwić obecność osób trzecich w trakcie sesji. Wzrost wśród terapeutów świadomości pojęcia granicy, przejść granicznych oraz możliwości naruszenia tych granic może przyczynić się zwiększenia jakości pracy z pacjentem, jak również do rozsądnego zarządzania ryzykiem<sup>36</sup>.

Dotyk jest relacją mającą wysoki potencjał leczniczy, „jego właściwe i nieszkodliwe wykorzystanie wymaga samowiedzy, wrażliwości klinicznej i umiejętności”<sup>37</sup>. Każda terapia wykorzystująca dotyk powinna uwzględniać niepowtarzalność pacjenta; jego stan fizyczny i psychiczny, osobowość, podleganie określonym wpływom społecznym i kulturowym. Phyllis K. Davis podkreśla, iż działania terapeuty muszą być zawsze motywowane potrzebami pacjenta<sup>38</sup>. Fundamentem etyki dotyku w relacjach terapeutycznych jest więc absolutne poszanowanie granic określonych przez jednostkę oraz działanie dla jej dobra.

## 6. ZAKOŃCZENIE

Dotyk terapeutyczny ma dużą siłę oddziaływania na pacjenta, jego odpowiednie użycie może mieć istotne i trwałe korzyści, aby jednak je osiągnąć, konieczna jest również właściwa postawa etyczna terapeuty. Powinien on charakteryzować się wysokim poziomem odpowiedzialności, wyrażającym się między innymi w dążeniu do podwyższania swoich kompetencji oraz nie traceniu nigdy z pola widzenia dobra pacjenta, które zawsze powinno być priorytetem. Terapeuta powinien dążyć do poszerzania swojej znajomości zasad etycznych, ponieważ w praktyce terapeutycznej korzyści w wymiarze klinicznym nierozdzielnie połączone są z wymiarem etycznym.

Z uwagi na fakt, iż dotyk jest potężnym narzędziem terapeutycznym, mogącym oddziaływać pozytywnie, lecz również zaszkodzić, niosącym ponadto możliwość eksploatacji pacjenta oraz ryzyko komplikacji dla terapeutów, wskazane byłoby, ażeby *edukacja etyczna* sta-

---

<sup>36</sup> Tamże, 188.

<sup>37</sup> C. Durana, art. cyt., 278.

<sup>38</sup> P.K. Davis, *The Power of Touch*, Carlsbad 1999, 173–174.

nowiła część programów ich kształcenia. Włączanie etyki do dyskusji na temat znaczenia kontaktu fizycznego w praktyce terapeutycznej implikowałoby myślenie o dotyku w sposób etyczny, a w konsekwencji mogło przyczynić się do ułatwienia wykonywanej pracy, zmniejszając niepewność w kwestii pojawiających się w niej dylematów natury moralnej.

### BIBLIOGRAFIA

- Alyn J.H., *The Politics of Touch in Therapy: A Response to Willison and Masson*, *Journal of Counseling and Development* 66(1988)9, 432–433.
- Arystoteles, *O duszy*, w: Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 3, tłum. z grec. P. Siwek, PWN, Warszawa 1992.
- Benjamin B.E., Sohnen-Moe Ch., *The Ethics of Touch: The Hands-on Practitioner's Guide to Creating a Professional, Safe and Enduring Practice*, Sohnen-Moe Associates, Incorporated, Tucson 2003.
- Davis P.K., *The Power of Touch*, Hay House, Incorporated, Carlsbad 1999.
- Durana C., *The Use Of Touch In Psychotherapy: Ethical and Clinical Guidelines*, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 35(1998)2, 269–280.
- Eckberg M., *Victims of Cruelty: Somatic Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, North Atlantic Books, Berkeley 2000.
- Ferenczi S., *First Contributions to Psycho-Analysis*, Karnac Books, London 1994.
- Field T.M., *Massage Therapy Effects*, *American Psychologist* 53(1998)12, 1270–1281.
- Field T.M., *Touch*, MIT Press, Cambridge 2001.
- Gabbard G.O., *Teetering on the precipice: A commentary on Lazarus's 'how certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness'*, *Ethics & Behavior* 4(1994)3, 283–286.
- Gutheil T.G., Gabbard G.O., *The concept of boundaries in clinical practice. Theoretical and risk-management dimensions*, *The American Journal of Psychiatry* 150(1993)2, 188–196.

- Hunter M., Struve J., *The Ethical Use of Touch in Psychotherapy*, SAGE Publications, Thousand Oaks 1997.
- Lazarus A.A., *How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness*, *Ethics & Behavior* 4(1994)3, 255–261.
- Lambert M.J., *Implications of outcome research for psychotherapy integration*, in: *Handbook of psychotherapy integration*, eds. J.C. Norcross, M.R. Goldfried, Basic Books, New York 1992, 94–129.
- Menninger K., *Theory of Psychoanalytic Technique*, Basic Books, New York 1958.
- Mines S., *Healing Triumphs Over Domestic Violence*, *Massage & Bodywork* (2001)Oct/Nov, 16(2001)5, 17–18.
- Montagu A., *Touching. The significance of the human skin*, Columbia University Press, New York 1971.
- Simon R.I., *Transference in therapist-patient sex. The illusion of patient improvement and consent, Part I*, *Psychiatric Annals* 24(1994)10, 509–515.
- Zur O., Nordmarken N., *To touch or not to touch: Exploring the Myth of Prohibition On Touch In Psychotherapy And Counseling*, (2006), <http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html>.
- Zur O., *Touch In Therapy And The Standard of Care In Psychotherapy And Counseling: Bringing Clarity to Illusive Relationship*, USA Body Psychotherapy Journal 6(2007)2, 61–93.

## THE ETHICS OF TOUCH.

### ETHICAL ASPECTS OF USING TOUCH IN THERAPEUTIC PRACTICE

**Abstract.** Touch is one of the most important needs of a human; it is a significant element of human development. Touch can be healing, neutral as well as detrimental. On one hand, through touch one can grant the feeling of a safe environment, facilitate the establishment of emotional bonds and increase the feeling of trust, however on the other hand it may intensify the existing trauma or cause unpleasant feelings. Touch can be a basic tool in therapy (e.g. a healing massage) or an addition to verbal therapy (e.g. psychotherapy).

Despite the many positive effects of using touch in therapy, nowadays therapists often renounce such a form of contact with the patient. One of the main

reasons given is the need to avoid so-called hazardous behaviours; as touch can be misinterpreted and in consequence cause problems for the therapist. According to some authors, restraining from touch that might be beneficial to the patient, simply out of a fear of possible consequences, is unethical. It is often stressed that the lack of any contact may have a detrimental impact upon therapy. On the other hand there are numerous reservations concerning the use of touch in therapy; the difference of power is most often referred to, as it may be overused by the therapist, as well as the possibility that a therapeutic touch may be the first step towards the initiation of sexual behaviour – such convictions pose significant obstacles in seeing the positive meaning of touch in therapy. Considering the above context, the question of when and how to use touch in therapy, especially in psychotherapy, becomes significant. An attempt at answering this question is one of the objectives of this paper.

**Keywords:** touch, body, psychotherapy, difference of power