

MORALNOŚĆ NAUCZANIA, NAUCZANIE MORALNOŚCI*

MORALITY OF TEACHING, TEACHING OF MORALITY

Laboratorium Psychoedukacji. Instytut Treningu i Psychoterapii w Warszawie

Dyrektor: Zofia Mińska-Wrzońska

**morality
teaching
psychotherapy**

Autorka przedstawia najczęstsze „wykroczenia” etyczne w psychoterapii oraz szeroko omawia możliwości ich uniknięcia. Jako podstawowy warunek uznaje właściwe, modelowe w zakresie etycznym szkolenie w psychoterapii. Zwraca też uwagę na ważność osoby adepta-pacjenta, do którego to szacunek przedkłada nad proces nauczania, doktrynę czy dobre samopoczucie adepta psychoterapii.

Summary. Graduates of psychotherapeutic training ought to be aware of the inadmissibility of unethical behaviour — and not just for the fear of sanctions.

Ethical rules should be communicated directly during psychotherapeutic training. However, it is at least equally important that the teachers and supervisors demonstrate in praxis the essence of ethics in psychotherapy — by respecting patients, including those who appear indirectly through supervisions during the training process.

All training demands should be seen as secondary to the well-being of the patients, with whom the students are working. In my speech I will discuss the potential and real ethical threats of the training process.

Paradoksem konferencji dotyczących etyki jest to, że ich uczestnicy na ogół znają normy obowiązujące w psychoterapii i przestrzegają ich. Spotykamy się w gronie osób świadomych ich wartości, dlatego zbędny jest systematyczny wykład, a pouczenia byłyby niestosowne. Profesor Środa w wykładzie inauguracyjnym zwróciła uwagę, że wszyscy są zgodni, gdy o wartościach mówi się ogólnie — różnice zaznaczają się przy okazji uszczegółowień. Dotyczy to również norm moralnych w psychoterapii i w procesie jej nauczania. Dlatego warto rozpatrywać konkretne przypadki.

Najczęstsze wykroczenia etyczne w psychoterapii [za: 1] dotyczą naruszenia poufności, niekompetencji zawodowej, osobistej niesprawności psychoterapeuty (np. uzależnienie), opuszczenia pacjenta (również przez narzucane zmiany kontraktu, opłat itp.), wykorzystania finansowego, nieuczciwej informacji lub reklamy i „podwójnych” relacji (czyli wchodzenia z pacjentem w trakcie psychoterapii lub po jej zakończeniu w inną relację niż psychoterapeutyczna). Absolwent szkolenia z psychoterapii powinien mieć świadomość niedopuszczalności zachowań nieetycznych, i to nie tylko z lęku przed sankcją. Jak to osiągnąć w procesie szkolenia?

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

Aby nauczać moralności, trzeba uczyć moralnie. Przekazywanie wartości w procesie uczenia psychoterapii podlega podobnym regułom jak w procesie wychowania. Zasady etyczne oczywiście powinny być przekazywane wprost, ale to nie wystarczy, bo liczy się duch przekazu, nie wyłącznie litera. Nie jest najważniejsze, co rodzice, wychowawcy, nauczyciele lub superwizorzy oznajmiają, ale to, co demonstrują w działaniu. Samo mówienie o wymogu poufności miałyby niewielkie znaczenie, gdyby szkolący przytaczał przypadki pacjentów bez należytego zadbania o ich anonimowość, a zapisy sesji zostawiał w sali. Adept powinien, jeśli ma taką okazję, widzieć, że jego nauczyciel jako psychoterapeuta przestrzega zasad etycznych. Proces nauczania — nie tylko jego treść — powinien być etyką przepojony. Jak należy to rozumieć? Główną przesłanką norm etycznych w psychoterapii jest szacunek dla pacjenta — zatem przebieg i organizacja szkolenia powinny jednoznacznie potwierdzać, że najważniejsze jest jego dobro: ważniejsze od wymogów szkolenia i superwizji, doktryny terapeutycznej, zasad ekonomiczno-organizacyjnych ośrodka szkoleniowego (państwowego lub prywatnego), ważniejsze od dobrego samopoczucia adepta.

Pacjent jest ważniejszy niż proces nauczania. Szkolenie w psychoterapii wymaga praktyki. Gdy uczymy psychoterapii, jej adept musi ją uprawiać, a jeśli uczymy konkretnego podejścia wraz z jego regułami, to powinien mieć okazję praktykować to właśnie podejście. Ale wymogi procesu szkoleniowego muszą być tak realizowane, żeby nie naruszać dobra pacjentów, również tych, których szkolący poznają pośrednio — przez superwizję.

Superwizja pracy adepta z pacjentami jest niezbędnym elementem szkolenia, zatem powinien on taką pracę podjąć, np. w formie stażu klinicznego. Dla osób zatrudnionych w służbie zdrowia jest to łatwiej osiągalne. Ale w szkołach psychoterapii uczą się też osoby zatrudnione w miejscach, gdzie psychoterapię uprawia się — jeżeli w ogóle — w ograniczonym stopniu (ośrodki pomocy społecznej, domy opieki, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, szkoły, centra praw kobiet i in.), lub obecnie nie pracujące (np. matki na urlopie wychowawczym). Odbierają one czasem wymóg superwizji jako presję do „załatwienia sobie” pacjenta lub grupy, by tylko mieć co superwizować. Powstaje nieetyczna i grożąca nadużyciem sytuacja, gdy adept ze względu na wymogi szkolenia zabiega o pacjentów dla siebie, nierzetelnie informując o swoich kompetencjach, werbuje grupy spośród znajomych lub jako pedagog szkolny skłania rodzinę ucznia do sesji rodzinnej w szkolnym gabinecie. Tak jakby superwizja rozgrzeszała wszystko — najbardziej niespójne, nieuzasadnione czy szkodliwe kontrakty psychoterapeutyczne stają się dopuszczalne, bo praca jest przecież superwizowana! Adeptci powinni zdobywać doświadczenie w placówkach, gdzie ich działania są spójne z programem całego zespołu i pozostają pod kontrolą, a pacjenci trafiają do ośrodka, a nie do nich osobiście.

Pacjent jest ważniejszy niż doktryna. Istnieją dwa podstawowe modele uczenia psychoterapii: kształcenie psychoterapeutów o przygotowaniu ogólnym, z możliwością lub koniecznością uzyskania specjalizacji (mam na myśli model integracyjny, nie eklektyczny, który nie zakłada leżącej u podłoża jednolitej teorii) oraz kształcenie w ramach jednej szkoły teoretycznej (np. egzystencjalnej, psychoanalitycznej, Gestalt). Z jednym i drugim modelem wiąże się zarówno specyficzny potencjał, jak i zagrożenia natury etycznej.

Ośrodek chcący rzetelnie szkolić w modelu pierwszym bierze na siebie obowiązek przedstawiania i uczenia spójnych założeń teoretycznych, stanowiących podstawę, do której asymilowana może być wiedza bardziej specjalistyczna. Ważne jest, żeby kompetencja nie

ograniczała się do warsztatu, ale — by adept rozumiał założenia teoretyczne poszczególnych metod, bo stosowanie metody poza jej naturalnym kontekstem może być nieetyczne. Na ogół nie od razu jest się w stanie integrować wiedzę zawartą w kanonie ogólnym i kilku podejściach specjalistycznych — to wymaga czasu i doświadczenia. Dlatego nauka nie może ograniczać się do „cafeterii” — pokazywania zestawów elementów do dowolnego łączenia — a adept nie powinien być pozostawiony sam sobie z zestawem opanowanych technik i zasad, niekiedy zresztą wzajemnie sprzecznych, bo wtedy jego praktyka zawodowa będzie miała aspekty *borderline*. Autentyczny przykład: Depresyjna pacjentka została najpierw poddana pracy z ciałem w ujęciu neoreichowskim (tzw. torowanie oddechu). Gdy wycofała się po kilku sesjach, psychoterapeutka, wielokrotnie telefonując, skłaniała ją do powrotu, a potem w sposób bardzo osobisty wyraziła radość z faktu, że się pojawiła („wzięłam ją w ramiona i mocno przytuliłam”). Gdy na kolejnej sesji pacjentka poprosiła o przejście na ty, terapeutka zinterpretowała to w kategoriach przeniesienia, łamania granic i niszczenia struktury terapii.

Kształcenie w ramach jednego podejścia ma wiele zalet, przede wszystkim oferuje adeptom spójność i poczucie przynależności. Victor Sedlak wiele lat temu, na konferencji w Krakowie, przytoczył myśl, która mu towarzyszyła podczas pracy z trudną, prowokacyjną pacjentką: „pomyśl, stoi z tobą cała psychoanaliza, Zygmunta Freud, Hanna Segal, nie musisz się złościć, możesz analizować”. Ale z monolitycznym typem kształcenia wiążą się inne zagrożenia etyczne.

Po pierwsze — niepełna kompetencja. Programy niektórych szkoleń monolitycznych nie zapewniają wystarczającej wiedzy ogólnej i nie wymagają rzetelnego doświadczenia klinicznego, niosą za to ryzyko dogmatycznej idealizacji doktryny i tendencji do zacierania różnic (np. zwolennicy Melanii Klein nie zawsze dostrzegają, że w ramach teorii relacji z obiektem istnieją też sposoby rozumienia destrukcji odmienne od kleinowskiego — Fairbairna czy Winnicotta). Jak twierdzą Gottlieb i Cooper [3] nie ma jednego podejścia teoretycznego, ani modalności terapeutycznej, która jest skuteczna we wszystkich sytuacjach klinicznych. Zgadzam się z prof. Marią Orwid, która w swoim wystąpieniu powiedziała, że nic nie jest jedynie słuszne. Jeżeli szkolenie zawiera przekaz, że do uprawiania psychoterapii wystarczy podejście, którego się uczą, to tym samym adepci są skłaniani do zachowań nieetycznych.

Po drugie — „sakralizacja” doktryny. Aby ukończyć szkolenie w określonym podejściu, trzeba nie tylko opanować teorię, ale też doskonalić się w jej praktycznej aplikacji. Adept szkolenia monolitycznego może spotkać się z realnym lub wyimaginowanym oczekiwaniem, że w trakcie nauki będzie pracował z pacjentami według tego podejścia. Przykładem może być ostatnia sprawa w sądzie koleżeńskim PTP (wymuszanie na pacjentce pozostającej w wieloletniej relacji terapeutycznej typu Gestalt zmiany kontraktu na ściśle analityczny). Adept może mieć głębokie przekonanie o wartości podejścia, którego się uczy, dlatego w przypadku szkolenia się np. w terapii analitycznej może nadgorliwie zmieniać pacjentom kontrakt: terapia 2 razy w tygodniu albo wcale, na leżąco albo nie będzie kontynuowana. Superwizor, nawet zdeklarowany wyznawca danego podejścia, powinien powstrzymać adepta od takich kroków. Inny przykład skutków sakralizacji doktryny: lekarze w dużym ogólnopolskim szpitalu nie pozwolili psychologowi porozmawiać

jednocześnie z 13-letnią dziewczynką i jej rodzicami — według nich byłaby to terapia rodzin, a słyszeli, że taka wymaga kilku terapeutów.

Pacjent jest ważniejszy niż dobre samopoczucie adepta. Modny od kilku lat styl superwizji ma aspekt „chroniący” — nie mówi się o błędach adepta, ale o jego przeciwrzuceniu lub identyfikacji projekcyjnej („Przyjrzyjmy się, w jaki sposób pacjentka umieszcza w Tobie wymagającego ojca” — reakcja na informację o rygorystycznym żądaniu terapeuty, by pacjentka dostosowała się do jego nowych godzin pracy) lub o pośrednim transferze: superwizja polega na wskazaniu adeptowi, jak w relacji superwizyjnej powieli relacje z pacjentem. Tym samym adept uczy się, że popełniane błędy zawsze pośrednio lub bezpośrednio wynikają z patologii pacjenta, a nie po prostu z błędów terapeuty.

Szacunek dla adepta — pacjenta. Szacunek należy się też specyficznemu w procesie nauczania pacjentowi — samemu adeptowi, który wedle wymogów szkoleniowych powinien też odbyć terapię. Tu szczególnie ważna jest norma poufności i unikanie relacji podwójnych, dlatego terapia musi być oddzielona od nauki zawodu. Znane są sytuacje tzw. dzięki terapii: gdy jakiś rodzaj terapii własnej jest łączony z procesem dydaktycznym (grupy szkoleniowe, które są jednocześnie grupami terapeutycznymi, albo superwizja, która zmienia się w głęboką sesję indywidualną). Psychoterapia własna jest sprawą osobistą i wszelka ingerencja w nią jest naruszeniem autonomii adepta. Z drugiej strony wymóg terapii musi być traktowany poważnie, zatem szkolący nie może się godzić na terapię sprzeczną z tym, czego uczy ośrodek, albo z jakichś względów wzbudzającą wątpliwości.

Ta kwestia rodzi wiele pytań. Przykładowo: Jakie jest moralne lub/i naukowe uzasadnienie wymagania od adepta poddania się terapii? Jakiej psychoterapii własnej należałoby wymagać? Spójnej z uczonym podejściem? Co z terapią poznawczo-behawioralną? Kiedy powinno się odbyć terapię własną? Czy na początku szkolenia nie jest to przedwczesne? Kohut [4] pisze o wielu przypadkach odbywania w wiele lat po przejściu analizy treningowej następnej analizy. Guntrip [5] pierwszą analizę odbył u Fairbairna, ale twierdził, że pomocna była dopiero druga — u Winnicotta. Można sądzić, że czasem adept godzi się na psychoterapię podobnie jak rodziny cytowane przez p. Annę Siewierską — by udowodnić, że jest zdrowy i dojrzały, czyli — w domniemaniu — żadnej terapii nie potrzebuje.

Szacunek dla adepta — człowieka. Adept nie powinien czuć się atakowany, poniżany czy niszczone. To nie zawsze jest łatwe, bo proces nauczania polega na doskonaleniu narzędzi pracy, a w psychoterapii narzędziem jest człowiek. Jak twierdzi znana psychoterapeutka analityczna Nancy McWilliams [6] — szkoły medyczne i psychoterapeutyczne słyną z tego, że przyjmują na szkolenia autonomicznych, skutecznych, osiągających sukcesy dorosłych ludzi, a następnie sprawiają, że zaczynają się oni czuć jak niekompetentne dzieci. Jak więc pogodzić szacunek z inicjowaniem zmiany? Znalazłam odpowiedź w rozważaniach o ISTDP — intensywnej krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej stworzonej przez Habiba Davanloo, rozwijanej przez Patricję Coughlin Della Selva [7]: pacjent musi czuć, że psychoterapeuta, nawet gdy mówi o trudnych, dotykające go głęboko sprawach, jest zawsze po jego stronie. Adept uczący się psychoterapii musi wiedzieć i czuć, że jego nauczyciel czy superwizor, gdy konfrontuje go z bolesną prawdą, gdy stawia trudne wymagania — jest zawsze po stronie jego pacjentów, a to oznacza, że jest też po jego stronie — bo to jest ta sama strona.

Piśmiennictwo

1. Patterson T, Gottlieb MC. Ethical issues. W: Kaslow FW, red. *Comprehensive handbook of psychotherapy*, vol. 2. New York: John Wiley and Sons; 2002

2. Sedlak V. Agression as a fetish. Why is this difficulty to stop being aggressive. Wystąpienie na konferencji „Dealing with destructiveness/Kliniczne aspekty pracy z destrukcją” w Krakowie, 4 września 1999 roku.
3. Gottlieb MC, Cooper CC. Ethical and risk management issues in integrative psychotherapy. W: Kaslow FW, red. Comprehensive book of psychotherapy, vol.4. New York: New York; John Wiley and Sons; 2002.
4. Kohut H. How does analysis cure? Chicago: The University of Chicago Press; 1984.
5. Bergmann MS, red. Conference proceedings: understanding dissidence and controversy in the history of psychoanalysis. New York: Other Press; 2004.
6. McWilliams N. Psychoanalytical diagnosis: understanding personality structure in clinical process. New York: The Guilford Press; 1994.
7. Patricia Coughlin Della Selva. Intensive short-term dynamic psychotherapy. London New York: Karnac 2004.

Adres: Laboratorium Psychoedukacji
Instytut Treningu i Psychoterapii
ul. Katowicka 18
03-932 Warszawa