

Władysław Jacek Paluchowski

REFLEKSJE NAD ETYCZNYMI WYZWANIAMII INDYWIDUALNEJ INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ

REFLECTIONS ON THE ETHICAL CHALLENGES OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki

**psychological intervention
models and asymmetry of helping relationship
work ethic**

Streszczenie

Tekst przedstawia refleksje na temat pomagania w psychologii oraz wybranych dylematów etycznych, które mu towarzyszą: paternalizmu i dyrektywności. Interwencje psychologiczne opierają się na jawnej zgodzie na naruszanie praw jednostki, co jest konsekwencją asymetrii położenia oraz kompetencji i odpowiedzialności uczestników. Relacja pomagania jest zbudowana na osobistym zaufaniu i praktyce opartej na wynikach badań empirycznych. Zmiany w rozumieniu relacji pomiędzy pomagającym a klientem/pacjentem skutkują m.in. stworzeniem lepszego modelu komunikacji. Pułapką i zagrożeniem dla interwencji psychologicznej jest wątpliwość, czyja definicja dobra zostanie przyjęta jako kryterium jego oceny. Dialogowanie na temat rozwiązania problemu klienta/pacjenta wydaje się najlepszym i bezpiecznym antidotum na potencjalne zagrożenie.

Summary

The article presents reflections on helping in psychology and selected ethical dilemmas that accompany it: paternalism, and partnership. Psychological counseling is based on overt consent to violate the rights of the individual, which is a consequence of the asymmetry of the position and the competence, and responsibility of the participants. The helping relationship is built on personal trust and practice based on empirical evidence. Changes in the understanding of the relationships between the helper and the client/patient result, among others, in the creation of a better model of communication. A pitfall and threat to psychological intervention is the doubt about whose definition of “good” will be accepted as a criterion for its evaluation. Dialoguing about the solution to the client/patient’s problem seems the best and safe antidote to the potential danger.

Wprowadzenie

Tekst przedstawia refleksje psychologa na temat pomagania w psychologii oraz wybranych dylematów etycznych, które towarzyszą wsparciu psychologicznemu: paternalizmu i dyrektywności. Interwencje psychologiczne opierają się na jawnej zgodzie jednostki na

naruszanie jej praw, co jest konsekwencją asymetrii położenia oraz kompetencji i odpowiedzialności uczestników, co jest elementem społecznej wiedzy na temat takiej interwencji. W efekcie pomaganie psychologiczne rodzi różnego rodzaju problemy i dylematy etyczne. Po określeniu istoty indywidualnej interwencji psychologicznej adresowanej do jednostek i ich rodzajów omawiam formy relacji między paternalizmem a partnerstwem, odnosząc się do asymetrii położenia i kompetencji. Refleksje kończą wskazania pułapek i zagrożeń interwencji psychologicznych.

Przedstawione rozważania nie są efektem analizy tekstów kodeksów etycznych czy innych tekstów normatywnych. Inspiracją do tych refleksji były pytania zgłaszane przez studentów podczas zajęć „Etyka zawodu psychologa”¹ oraz przez psychologów praktyków. Sądzę, że wówczas silniej pojawia się realny kontekst kodeksowych postulatów. Mój artykuł nie zawiera diagnozy stanu pomagania w psychologii ani normatywnej propozycji pomagania, ale wskazuje na główne wątki osobistych doświadczeń oraz refleksji nad realizacją roli zawodowej psychologa w obszarze pomocy psychologicznej i podsumowuje je.

Istota indywidualnej interwencji psychologicznej

Interwencja psychologiczna to działanie podejmowane w celu wywołania zmiany w ludziach, planowane przez osobę wykształconą do pełnienia takich zadań oraz na podstawie jej wiedzy operacyjnej (teoretycznej) i pragmatycznej (z doświadczenia). Istotą indywidualnej interwencji psychologicznej jest posługiwanie się różnymi formami oddziaływań psychospołecznych w ramach relacji interpersonalnej za pomocą komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Celem interwencji jest podejmowana, głównie na prośbę jednostki/jednostek, zmiana (także w celach profilaktycznych) procesów psychicznych i funkcjonowania [1], lepsze przystosowanie się do danej sytuacji, a tym samym optymalizacja jej/ich zasobów osobistych. Interwencja ta stosowana jest w wielu obszarach: edukacji, wychowaniu, w reklamie czy propagandzie. Ta, która mnie tu interesuje, to relacja wsparcia psychologicznego budowana na osobistym zaufaniu² i praktyce opartej na wynikach badań empirycznych. Zmiana ma umożliwić zrealizowanie zachowań z wykorzystaniem odzyskanych umiejętności, albo — częściej — nie znajdujących się dotychczas w repertuarze zachowań jednostki, do których nie jest ona zdolna o własnych siłach lub wyłącznie na podstawie istniejących możliwości [2, 3].

Przymiotnik psychologiczna określa specyficzną formę interwencji — opartej na wiedzy o procesach psychicznych, motywach ludzkich zachowań, sposobie doświadczania świata, emocji, treści umysłu jednostki itp. Jej podstawą jest diagnoza psychologiczna, która pozwala m.in. odkrywać to, co może być zakryte nawet przed jednostką i w związku z tym naruszać jej intymność. Intymność ta chroniona jest przez wstydlivość, która nie pozwala odsłaniać tego, co powinno zostać zakryte. Potrzeba prywatności jest silnie odczuwana przez ludzi i jej zaspokojenie pełni ważne funkcje psychologiczne. Niemniej jednak naruszenie intymności jest nieodłącznym elementem diagnozowania psychologicznego [2, 3].

¹) Zajęcia te prowadzę od 2012 roku na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM, na kierunku psychologia.

²) To zaufanie jest istotnym elementem tzw. przymierza terapeutycznego (*therapeutic alliance, working alliance*), czyli współrealizacji uzgodnionych celów i zadań terapii w warunkach empatii i bezwarunkowej akceptacji [4, 5].

Rodzaje interwencji psychologicznych adresowanych do jednostek

Kiedy mówimy o rodzajach interwencji psychologicznych adresowanych do jednostek (w odróżnieniu od np. psychologicznych interwencji organizacyjnych) zakładamy, że interwencja psychologiczna (podobnie jak psychoterapia) powoduje także zmiany połączeń mózgowych i działania mózgu [6]. Interwencja psychologiczna jest sposobem na zmianę umysłu głównie za pomocą słów w relacji zbudowanej na osobistym zaufaniu. Profesjonalista uruchamia tę zmianę, ale jest ona głównie efektem aktywności własnej podmiotu oddziaływań [1]. Inicjatorem nawiązania relacji pomagania jest osoba poddająca się interwencji psychologicznej, motywowana doświadczanym dyskomfortem. Źródłem tego dyskomfortu może być zaburzenie psychiczne (choroba) lub potrzeba doskonalenia funkcjonowania psychospołecznego, a także odczuwany brak czegoś potrzebnego lub nadmiar czegoś, co stanowi indywidualną przeszkodę ku subiektywnie sensownemu, dającym satysfakcję życiu [2, 3].

Osoba szukająca pomocy przychodzi na spotkanie ze swoimi problemami, potrzebami i celami oraz z dotychczasową historią swego życia, w którym kontakt ten jest tylko chwilą. Podjęcie decyzji o szukaniu pomocy jest ważnym wydarzeniem życiowym, w którym ludzie biorą udział z własnej woli i w którym starają się współpracować z profesjonalistą, jednak w taki sposób i w takim stopniu, by zrealizować swoje cele. Profesjonalista przynosi na spotkanie wiedzę zawodową, profesjonalne narzędzia i procedury, a także swój system wartości i preferencję do określonego stylu pomagania. Realizuje on nie tylko usługę profesjonalną, ale też odgrywa specyficzną rolę społeczną, której treścią jest niesienie pomocy (*benevolence* — czynienie dobra), a którą to usługę i rolę osoby szukające pomocy rozumieją i akceptują [2, 3]³. Wiedza profesjonalna pozwala dostrzegać niebezpieczeństwo negatywnych efektów ubocznych pomagania zarówno dla podmiotu tej pomocy, jak i dla jego społecznego otoczenia. Wiedza specjalistyczna jest potrzebna także i do tego, aby dostrzegać granice pomagania, kiedy staje się ono szkodliwe, a nawet przyjmuje formę przemocy. Czujność jest istotna zarówno dla osób oczekujących pomocy, jak i dla osób jej udzielających [7].

Jerzy W. Aleksandrowicz [1, 8, 9] zaproponował — w związku z rozmyciem się granic terminu „psychoterapia” — wyraźny podział na interwencje psychologiczne adresowane do osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych (akceptujących społeczną rolę chorego i pacjenta) i pomaganie kierowane do osób bez takich zaburzeń⁴ [por. też 10, 11]. Każda z tych form ma swoje specyficzne cechy.

Ten pierwszy rodzaj interwencji to forma leczenia zaburzeń zdrowia środkami niefarmakologicznymi (*talking therapy*), których celem jest usunięcie objawów i przyczyn zaburzeń doświadczania i zachowania [1]. Obszarami działania podczas psychoterapii

³) Warto podkreślić, że jest to usługa, a nie przysługa, choć z perspektywy klientów psychologa czasami może się taką wydawać, bo spotkania z psychologiem niejednokrotnie przypominają rozmowę z przyjacielem, choć w istocie mają charakter zadaniowy.

⁴) „Sformułowanie takiej definicji wymaga przede wszystkim rozróżnienia między oddziaływaniami psychospołecznymi, mającymi na celu leczenie, a tymi, których celem jest udzielanie pomocy. Tylko dla pierwszych właściwa jest nazwa »psychoterapia«, zgodnie ze znaczeniem słowa »terapia«, dla tych drugich właściwsze wydaje się określenie »pomoc psychospołeczna« [1, str. 22].

(zwanej też medyczną czy kliniczną) jako metody z wyboru jest leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego [11], m.in. zaburzeń nerwicowych, somatoformicznych, zaburzeń osobowości, uzależnień, zaburzeń afektywnych i psychotycznych opisanych w podręcznikach diagnostycznych (ICD, DSM). Można powiedzieć, że jest to wąskie rozumienie pojęcia psychoterapia, lecz pozwala wyraźniej uwypuklić specyfikę pomocy psychologicznej.

Druga forma interwencji wobec osób bez zaburzeń zdrowia psychicznego (nazywana też „psychoterapią skierowaną na rozwój”, „psychoterapią psychologiczną”⁵⁾) obejmuje pomaganie ludziom w trudnych sytuacjach życiowych, samorozwoju czy w uzyskaniu większej wiedzy o sobie lub poprawę w funkcjonowaniu psychospołecznym i zwiększenie umiejętności radzenia sobie [1, 8, 9]. W zadowolająco zorganizowanym społeczeństwie życie nie wymaga ani codziennego poświęcenia, heroizmu ani nadzwyczajnego poziomu kompetencji, więc pomocy w powyższym zakresie szukają nieliczni [11, 12]. W przypadku pomagania osobom zdrowym psychologiczny problem jednostki polega albo na tym, że nie potrafi ona w sposób zadowolający sprostać stawianym jej zadaniom rozwojowym [11, 12] albo na tym, że dostrzega ona nieskuteczność swojego działania w obliczu własnych oczekiwań wobec siebie i ma z tego powodu poczucie dyskomfortu [2, 3]. Może ona przybierać różne formy [7, 9, 12–15]: poradnictwa psychologicznego w zakresie rozwiązywania normatywnych reakcji kryzysowych czy podejmowania ważnych decyzji życiowych, identyfikacji zasobów osobistych i społecznych, diagnozowania zainteresowań i predyspozycji, opieki nad ludźmi potrzebującymi wsparcia w polepszeniu swoich relacji z bliskimi, interwencji kryzysowej, resocjalizacji, psychoedukacji (szczególnie w zakresie wiedzy o typowych problemach rozwojowych czy przebiegu choroby), pomocy psychopedagogicznej, socjoterapii, udziału w grupach samopomocowych, coachingu, treningu funkcji poznawczych, asertywności czy umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem itp. Oddziaływania psychospołeczne są stosowane także w zapobieganiu zaburzeniom zdrowia (promocja zachowań prozdrowotnych i prewencja) i we wspieraniu leczenia chorób somatycznych i psychicznych.

Warto zauważyć, że obie powyższe formy interwencji różnią się nasileniem asymetrii w relacji [1, 9]. W przypadku psychoterapii silniejsza asymetria wynika z większej wiedzy medycznej jednej ze stron. Można w związku z tym powiedzieć, że podporządkowanie się pacjenta bardziej wynika z jego wiary niż wiedzy. Inaczej jest w przypadku udzielania pomocy osobom bez zaburzeń zdrowia psychicznego. Tu większą rolę odgrywają potrzeby oraz życzenia klienta⁶. W przypadku pomagania wydaje się słuszne przekonanie, że decyzje dotyczące sposobu i zakresu pomagania zawsze powinny należeć przede wszystkim do klienta, bo jego motywacja i poziom współpracy silniej determinują efekty udzielanej pomocy. Podczas udzielania/otrzymywania pomocy psychologicznej oczekiwana i rzeczywista asymetria jest mniejsza.

⁵⁾ Aleksandrowicz [8, str. 6] podkreśla, że związki psychologii i psychoterapii mają głównie charakter historyczny, a nie merytoryczny („teoretyczny”).

⁶⁾ Są też wyjątki: zdecydowanie bardziej dyrektywne niż inne formy pomagania jest poradnictwo zawodowe.

Modele relacji psycholog–jednostka: między paternalizmem a partnerstwem

Opisując autorytaryzm psychoanalitycznej psychoterapii Jeffrey Moussaieff Masson⁷ w przedmowie do swojej książki [16, str. 25] pisze: „moim głównym celem jest wykazanie, że sama idea psychoterapii jest zła. Struktura psychoterapii jest taka, że niezależnie od tego, jak miły jest człowiek, gdy zostaje on terapeutą, angażuje się w działania, których celem jest pomniejszanie godności, autonomii i wolności osoby, która przychodzi po pomoc” (por. też 17). W innym miejscu pisze [16, str. 192]: „przemoc bez względu na formę jest wbudowana w strukturę psychoterapii”. Wyrażane przez tego autora poglądy są nie tylko kontrowersyjne, ale i jednostronne, niemniej jednak zwracają uwagę na problem doświadczany także i dzisiaj przez pacjentów oraz klientów pomocy psychologicznej — naruszania ich prawa do autonomii.

Formą ograniczania autonomii jednostki są działania terapeuty na podstawie arbitralnego zdefiniowania dobra jednostki (paternalizm). Drugą formą dominacji jest narzucanie przez specjalistę rozwiązań, planu ich realizacji i uzasadnień tych działań oraz zewnętrzne motywowanie (dyrektywność). Często oba te aspekty naruszania autonomii określa się syntetycznym terminem „paternalizm”.

Różne mogą być modele relacji między psychologiem i jego klientem czy pacjentem [18] i można te modele umieszczać na wymiarze od paternalizmu do partnerstwa. Może być to model legalistyczny, czyli relacja oparta na przestrzeganiu obowiązujących zakazów (dobre jest to, co jest prawnie dopuszczalne). Zakres ingerencji określa arbitralnie twórca prawa, postać zewnętrzna wobec specjalisty i jego klienta. Prawo, podobnie jak kontrakt, pozwala na instytucjonalizację braku zaufania [16]. Innym modelem relacji może być model ekonomiczny (konsumencki lub biznesowy), kiedy istotą relacji jest sprzedaż usług psychologicznych. Specjalista informuje, co ma do zaoferowania (nie tu do rzeczy nie ma wiedza czy sumienie; postawa typu „*the hired gun*”⁸), a konsument to albo kupuje, albo nie. W tym modelu autonomia klienta góruje nad autonomią psychologa. Jest też model negocjacyjny lub kontraktowy, w którym, co jest korzystne, a co niekorzystne ustala się w wyniku negocjacji. Wynegocjowane procedury całkowicie determinują rozumienie tej relacji i stosowne zasady działania, korzystne dla każdej ze stron. Efektem negocjacji jest konstruowanie i egzekwowanie kontraktu oraz instytucjonalizacja relacji (choć zakładana równość stron jest pozorna). W tym podejściu ważniejsze wydaje się negocjowanie, niż jego efekt (kontrakt). Jest też model religijny, w którym istotą relacji jest realizacja misji: swoistego rodzaju zobowiązanie o cechach przyrzeczenia, powinności moralnej i religijnej.

Istnieje grupa zawodów, które są społecznie postrzegane jako służba czy poświęcenie. Podstawą relacji zawodowej jest tu osobiste zaangażowanie i dzielenie się jednej ze stron swoimi zasobami w celu poprawienia trudnej sytuacji drugiej osoby. Łatwo przy tym rozumieniu relacji o jej ideologizację i przyjęcie światopoglądu strony silniejszej w relacji jako kryterium oceny sposobu i celu pomagania.

⁷ J.M. Masson ma doktorat z sanskrytu. W 1970 r. rozpoczął studia psychoanalityczne w Psychoanalytic Institute (Toronto), kończąc pełny kurs kliniczny 8 lat później. W 1980 roku został mianowany dyrektorem projektu Archiwum Freuda, a po opublikowaniu tekstów krytycznych wobec psychoanalizy został zwolniony z tego stanowiska i pozbawiony członkostwa w psychoanalitycznych stowarzyszeniach zawodowych.

⁸ W sensie „człowiek do wynajęcia”.

Kwestia udzielania pomocy może być analizowana także z perspektywy atrybucji odpowiedzialności za powstanie problemu (za zdarzenie z przeszłości) i za jego rozwiązywanie (kto ma kontrolować przyszłe wydarzenia), a to z kolei wpływać będzie na cele i formy udzielania pomocy. Można w tym ujęciu wskazać na cztery alternatywne modele udzielania pomocy [19, 20, str. 22–23]: model medyczny, oświeceniowy, kompensacyjny oraz model moralny.

W modelu medycznym jednostka nie jest odpowiedzialna za powstanie problemu ani za jego rozwiązanie. Uważa się, że problem powstał za sprawą czynników zewnętrznych, a specjaliści od pomagania muszą zastosować odpowiednie procedury, by problem ten rozwiązać („wyleczyć”). Ujmuje się tu problem i jego rozwiązywanie w sposób deterministyczny, jako niezależny od woli i możliwości jednostki. Oczekuje się wręcz, że jednostka nie będzie rozwiązywać problemu na własną rękę. To ekspert czy specjalista bierze na siebie pełną odpowiedzialność za jego rozwiązanie. W modelu medycznym osoby z problemami widzą siebie i są postrzegane przez innych jako osoby chore i ubezwłasnowolnione⁹.

W modelu oświeceniowym jednostka jest uważana za odpowiedzialną za powstanie problemu, ale rozwiązywanie problemu pozostawia specjalistom z danej dziedziny lub władzy (autorytetom, „profesjokratom” czy innym czynnikom kontroli społecznej). Nacisk kładzie się na uświadomienie uczestnikom (oświecenie) prawdziwej natury ich problemu oraz ich odpowiedzialności, której mogą nie dostrzegać. W tym modelu ludzie muszą podporządkować się ściślejszemu dyscyplinie oraz formalnej i nieformalnej kontroli społecznej, bo tylko to zapewnia wiarygodne i skuteczne rozwiązanie problemu (przykładem są stowarzyszenia Anonimowych Alkoholików). Czasami tej pomocy towarzyszy nawracanie innych i prozelityzm, a niekiedy etykietowanie i stygmatyzacja.

Model, w którym ludzie nie są odpowiedzialni za swoje problemy, ale za ich rozwiązanie, nazywany jest modelem kompensacyjnym. Wyrównanie dotyczy podjęcia przez jednostkę odpowiedzialności za kompensowanie swoich wad czy braku zasobów przez wysiłek czy pomysłowość lub współpracę. Współdziałanie z innymi ma charakter wzmacniający (*empowerment*) działania jednostki, a ona odpowiada za dostrzeżenie szansy samodzielnego rozwiązania swojego problemu. Tak rozumiana odpowiedzialność nie skłania do obwiniania siebie lub przez innych i pozwala na koncentrowanie się na zadaniu radzenia sobie.

Model, w którym przypisuje się ludziom odpowiedzialność za tworzenie i rozwiązywanie ich problemów nazywany jest modelem moralnym. Według tego modelu to jednostka metaforycznie „wybiera” sobie problem (np. przez słabość charakteru czy ryzykowne zachowania) i może się zmienić, jeśli tylko chce — decyduje o tym jej automotywacja.

Jeszcze inną klasyfikację, którą można zastosować także do relacji między osobą, która pomaga i tą, której jest udzielana pomoc, proponują Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel [22]: model paternalistyczny, informacyjny, interpretacyjny oraz wspólnego naradzania się. Te cztery modele interakcji lekarz–pacjent biorą pod uwagę różne rozumienie jej celów, obowiązków lekarza, roli wartości pacjenta oraz koncepcji autonomii pacjenta.

⁹ Wskazuje się także [16, 21, str. 23], iż leczenie choroby zamiast leczenia pacjenta może prowadzić do niezamierzonego napiętnowania osoby chorej i jej stygmatyzacji.

Paternalizm (także ang. *parentalism*) etymologicznie nawiązuje do postawy ojca rodziny, który — zdając sobie sprawę z tego, że dzieci nie są zdolne do świadomych i racjonalnych wyborów — troszczy się o ich dobro bez uwzględniania ich zdania w tego dobra sprawie [18]. Troska taka jest powszechnie akceptowana i jest traktowana jako cnota charakteru. Jednak gdy działania takie podejmowane są w stosunku do osób zdolnych do podejmowania decyzji w sprawie własnego dobra, ocenia się je negatywnie i to niezależnie od pozytywnego efektu. Nie odmawia się oczywiście znaczenia życzliwości, troski o dobro czy ochronę jednostek lub uwalniania ich od trudnych decyzji, ale krytykuje się podejmowanie tych działań bez akceptacji, a nawet wbrew woli danej osoby, niekiedy w warunkach przymusu [18]. Owocne wychowywanie polega na tym, iż pozwala się dzieciom dorosnąć do samodzielności.

W modelu paternalistycznym (czasami nazywanym modelem rodzicielskim lub kapłańskim) specjalista podejmuje samodzielnie decyzję, jaki sposób leczenia jest najodpowiedniejszy, a następnie przekazuje pacjentowi wybrane informacje oraz przekonuje go do wyrażenia zgody. W modelu informacyjnym (czasami nazywanym naukowym, inżynierskim lub konsumenckim) ekspert profesjonalista dzieli się swoją wiedzą na temat metod leczenia, przekazując istotne dla problemu informacje o charakterze i prawdopodobieństwie (niepewności) ryzyka i korzyści, aby na tej podstawie pacjent sam wybrał w sposób przemyślany interwencje medyczne, które najlepiej realizują jego wartości i interesy¹⁰. Można powiedzieć, że specjalista dostarcza faktów, a pacjent kieruje się swoim dobrem.

Model interpretacyjny, podobnie jak wcześniejszy polega na dostarczeniu przez lekarza niezbędnych informacji. Przedmiotem interpretacji są wartości i cele, jakimi kieruje się pacjent oraz dostarczenie mu powiązanych z tym informacji zarówno o stanie zdrowia, jak o ryzyku i korzyściach związanych z różnymi sposobami leczenia oraz pomoc w podejmowaniu decyzji, która najbardziej zbliża go do realizacji wartości. Wymaga to zaangażowania się pacjenta we wspólny proces zrozumienia.

Ostatni model to model wspólnego naradzania się, w którym specjalista wspiera chorego w procesie decyzyjnym, wspólnie analizując wszystkie konsekwencje stosowania różnych metod oraz dokonując wyboru najodpowiedniejszych metod diagnostyki i leczenia. Lekarz nie negocjuje wartości, ale jedynie informuje, jak choroba i leczenie wpływać mogą na realizację celów pacjenta. W modelu deliberatywnym lekarz pełni rolę doradcy lub przewodnika, angażując pacjenta w dialog na temat najlepszego dla niego sposobu działania. Pozwala to pacjentowi autonomicznie dokonać wartościowania alternatyw.

Jak wspomniałem, modele relacji między psychologiem i jego klientem czy pacjentem można, upraszczając, opisać na continuum paternalizm-partnerstwo¹¹. Z psychologicznego punktu widzenia lepsze byłoby określenie monologowy–dialogowy, z naciskiem na empatyczne słuchanie i życzliwe rozpatrywanie racji podczas dialogowania. Trudno sobie wyobrazić relacje oparte wyłącznie na autonomii pacjenta czy klienta albo wyłącznie na

¹⁰⁾ Aleksandrowicz [23, str. 18] zwraca jednak uwagę na to, że w tym zakresie sytuacja psychoterapeuty jest inna niż podczas leczenia chorób somatycznych, bo wiedza o zaburzeniach psychicznych jest mniej uniwersalna, a bardziej kontekstowa.

¹¹⁾ Zdaniem Kazimierza Szewczyka [24] mamy do czynienia z przyśpieszeniem procesu odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji lekarz–pacjent na rzecz ujęć antypaternalistycznych oraz od podejścia indywidualistycznego do ujmowania relacji w kontekście psychospołecznym (por. też 21, str. 25, 28 i dalsze).

chłodnym profesjonalizmie. Lepsze jest podejście dymensyjne niż kategoriale, bo pomaganie musi zawierać zarówno formy dyrektywne, jak i niedyrektywne¹². Bliżej krańca paternalistycznego (monologicznego) umieścić można model legalistyczny czy model religijny oraz model medyczny, oświeceniowy, a także model paternalistyczny. Po drugiej stronie, bliżej krańca partnerskiego (dialogowego) znalazłyby się modele ekonomiczny i kontraktowy, model kompensacyjny i — w pewnej mierze — model moralny, model informacyjny oraz model interpretacyjny i model deliberatywny. Relacje, znajdujące się bliżej krańca paternalistycznego, można opisać jako oparte na zakazach i karze, relacje, w których diagnoza i leczenie bazują na wiedzy specjalisty eksperta, w których problem i jego rozwiązanie niezależne są od woli i możliwości jednostek, a nawet są one winne, bo niezdolne lub niechętnie do ich rozwiązywania. Przekazywanie wiedzy ma charakter bardziej perswazyjny niż edukacyjny i głównie służy do skłonienia jednostki do wyrażenia zgody na działania profesjonalisty. Specjalista zakłada, że jego podopieczny nie odróżnia „potrzebuję” od „chcę” i że to jego prerogatywą jest określanie, czym jest dobro jednostki.

Relacje partnerskie natomiast zakładają równorzędność stron relacji. Specjalista przedstawia ofertę, a usługobiorca wybiera jedną z możliwości — kryterium wyboru jest jego interes: zysk lub dobro. Strony mogą negocjować ostateczny kształt oferty i są zobowiązane do realizacji litery (ducha?) kontraktu. Analiza problemu z różnych perspektyw, uwzględniająca wartości i cele, jakimi kieruje się osoba i przeszkody, jakie jej stwarza problem, pozwala znaleźć najlepszą drogę do jego rozwiązania. Nie ma w tej relacji atmosfery obwiniania kogokolwiek, bowiem znalezienie winnego nie przybliży do rozwiązania problemu. Specjalista swoją kompetencją uzupełnia zasoby osoby i pomaga jej w znalezieniu rozwiązania problemu. Specjalistyczna wiedza umożliwia wskazanie plusów i minusów kolejnych wyborów jednostki.

Asymetria relacji i procesu komunikacji

Asymetryczny charakter relacji specjalista–klient, szczególnie w zakresie wiedzy i umiejętności jest nieodłącznym elementem interakcji zawodowych. Są jednak takie zawody, w wykonywaniu których tej asymetrii i wynikającej z niej dominacji specjalisty towarzyszą nierówności w innych obszarach. Zawód psychologa jest powszechnie uważany za zawód społecznego zaufania. Jest to zawód, którego uprawianie związane jest z kontraktem społecznym wynikającym ze szczególnej roli spełnianej w społeczeństwie przez profesjonalistów wykonujących dany zawód. Jednocześnie usługobiorcy wymagają szczególnej ochrony, gdyż powierzają specjalistom m.in. informacje dotyczące ich życia prywatnego z przekonaniem, że zostaną one wykorzystane dla ich dobra. Usługobiorca najczęściej w sposób jawny zrzeka się części swojej autonomii i oddaje się w ręce specjalisty.

Zawodowa relacja między psychologiem a jego klientem jest w istocie asymetryczna zarówno pod względem kompetencji, odpowiedzialności za działania podejmowane przez obie strony (konsekwencji), jak i kontrolowania treści relacji (to emocje, przeżycia, doświadczenia,

¹²⁾ Różne nurty psychoterapii, podobnie jak różne formy pomocy psychologicznej różnią się poziomem dyrektywności. Także pacjenci czy klienci różnią się poszukiwaniem i akceptacją paternalizmu.

wspomnienia klienta stanowią główny temat relacji) oraz formalnej i społecznej pozycji (władzy), co tworzy sytuację nierówności praw [7]. Asymetria dotyczy też położenia: to usługobiorca, a nie specjalista, cierpi i szuka pomocy, w związku z tym to specjalista przejmuje odpowiedzialność za relację. Rola zawodowa psychologa zawiera w sobie społeczne przyzwolenie na jego niesamowolną ingerencję w sposób istnienia drugiego człowieka [25]. Formalna i instytucjonalna asymetria jest odzwierciedlana i reprodukowana w asymetrii interakcyjnej [26]. Komunikacja wówczas może być w większym stopniu polem negocjowania władzy i tworzenia interakcyjnej tożsamości uczestników niż budowania relacji interpersonalnych [26]. Elementem realizacji roli zawodowej psychologa jest w mniejszym lub większym stopniu nieintencjonalne naruszenie dóbr osobistych jednostki: jej prawa do intymności, prywatności, poufności, tajemnicy osobistej, tajemnicy korespondencji¹³, samodecydowania i autonomii [27, 28]. Osoby korzystające z usług psychologa zazwyczaj wyrażają na to zgodę, bo albo są zmuszone poddać się badaniu w efekcie określonych przepisów albo mają nadzieję na uzyskanie pomocy — co jednak nigdy nie powinno zwalniać psychologów od rozważnego z niej korzystania i minimalizacji naruszania tych praw [27]. Jak pisał Mario Bunge [30, str. 159]: „Wykonaj swą pracę najlepiej jak możesz i nie czerp korzyści ze słabości (fizycznej, ekonomicznej czy kulturowej) ludzi korzystających z twych usług”.

Modelowym przykładem ograniczenia autonomii jednej ze stron jest medycyna. Tradycyjne zasady postępowania lekarskiego odzwierciedlane w dawnych kodeksach deontologicznych minimalizowały rolę pacjenta w procesie leczenia. Starożytna przysięga Hipokratesa mówi wiele o lekarzu, nic zaś o pacjencie. Przyjmowano, że lekarz wie, co jest najlepsze dla pacjenta i ma prawo w jego imieniu decydować o całym procesie postępowania diagnostycznego i leczniczego, nie pytając go nawet o zgodę. Takie rozumowanie wyrażało w praktyce skrajnie paternalistyczną postawę. Nie było w tym jednak nic dziwnego, gdyż ten model relacji długi czas obowiązywał powszechnie w społeczeństwie, nie tylko w medycynie. Przez stulecia paternalizm wynikający głównie z asymetrii kompetencji i władzy był powszechnie aprobowany w medycynie, w edukacji czy biurokracji, a nawet był oczekiwany.

Dzisiaj asymetria kompetencji jest mniejsza niż kiedyś. W przypadku relacji lekarz-pacjent korzystanie z internetu (w tym z forów osób chorych na daną chorobę) pozwala pacjentowi na dostęp do informacji. Z drugiej strony poziom komplikacji wiedzy medycznej rośnie. Wydaje się, że oba te procesy są nieodwracalne: internet daje dostęp do wielu źródeł informacji i jednocześnie poziom wiedzy rośnie. Skorzystanie z usług specjalistów nie jest łatwą decyzją: wizyty u psychologa czy psychiatry stanowią powód do zakłopotania, wstydu, stygmatyzowania i dyskredytacji [7, 27, 29]. Biorąc pod uwagę aspekt psychologiczny relacji pomagania (leczenia) oraz przyjęcia za fundamentalną zasadę etyczną prymatu autonomii pacjenta asymetria w tym aspekcie przesunęła się w kierunku pacjenta (klienta)¹⁴. Zmniejszaniu asymetrii (dystansu) sprzyja także tworzenie przepisów w rodzaju praw pacjenta¹⁵ czy powołanie urzędu Rzecznika Praw Pacjenta [31]. Ograniczeniem asymetrii

¹³ Są one narzędziem realizacji prawa do godności jednostki, będącego podstawą budowania sensu życia, a wskaźnikiem zaspokojenia potrzeby godności jest poczucie własnej wartości [28].

¹⁴ Jest to większa zasługa starań pacjentów (klientów) niż specjalistów, choć przecież więcej zależy od tych drugich

¹⁵ W roku 1994 w Amsterdamie przygotowano wzorcowy model Deklaracji praw pacjenta, na którym oparto pierwszą Kartę praw pacjenta.

w interwencji psychologicznej jest kodeksowy wymóg zawierania kontraktu: klient musi być poinformowany o wszelkich istotnych okolicznościach usługi psychologicznej takich, jak zakres, czas trwania, poufność i jej ograniczenia itp.¹⁶. Jednak formalizacja wzajemnych oczekiwań może powodować, że kontraktowa relacja stanie się przeciwieństwem relacji bazującej na zaufaniu oraz na obowiązku i zobowiązaniu. Kontrakt staje się sformalizowanym wyrazem braku zaufania. W efekcie zamiast realizowania postulatu dobroczynienia względem klienta (*beneficence-in-trust*), psycholog może dążyć do jedynie literalnego spełnienia zawartej umowy, kosztem dobra klienta. Za jedyne zło moralne uważa się wówczas niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu, a nie brak pomocy [27]. Zmienia się dziś także asymetria odpowiedzialności — z jednej strony pacjenci (klienci) rozumieją, że część odpowiedzialności za ostateczne efekty spoczywa także na nich i zależy od poziomu ich współpracy. Z drugiej strony odpowiedzialność specjalistów udzielających pomocy (leczenia) często jest skodyfikowana w odpowiednich przepisach, a ich złamanie może w maksymalnym zakresie grozić odebraniem prawa wykonywania zawodu.

Nie można zapominać, że osoba pomagająca także ponosi koszty obciążeń wynikających z realizacji roli zawodowej. Jörg Fengler [32] opisuje przykłady deformacji osobowości jako konsekwencji realizacji roli zawodowej psychologa. Przede wszystkim wskazuje na wypalenie zawodowe osób pomagających i naruszenie równowagi praca–życie (*work–life balance*): emocjonalne wyczerpanie, obniżone poczucie własnej kompetencji i skuteczności oraz depersonalizację pacjentów/klientów. Ponadto zwraca uwagę na nadmierną identyfikację z etosem zawodowym i pacjentami/klientami, selektywne spostrzeganie rzeczywistości głównie z perspektywy profesjonalnej, popadanie w rutynę i schematyzm myślenia, teatralizację emocji i zachowania, utratę empatii i mechaniczną akceptację wypowiedzi pacjentów/klientów czy przymus interpretowania zachowań osób bliskich i przyjaciół.

Dostrzegane pułapki i zagrożenia interwencji psychologicznych

Na podstawie niepisanej umowy społecznej zakłada się, że istotą wzajemnej relacji psychologa i klienta jest zaufanie do wiedzy i profesjonalnych umiejętności psychologów oraz ufność, że dobro klienta będzie podstawowym kryterium oceny działania psychologa. Przyjmuje się, że to dobro może być stopniowalne: od minimalistycznej zasady „nie szkodzić” aż do paternalistycznego ograniczania autonomii klienta psychologa „dla jego dobra” [27]. Traktuje się więc — w pewnym sensie — termin „dobro” jako pojęcie pierwotne. W 2013 roku czasopismo „Roczniki Psychologiczne” opublikowało dyskusję na temat rozumienia dobra w różnych obszarach zawodowej działalności psychologów. Numer otwierał głos Katarzyny Sikory [33, 34]. Po analizie treści różnych kodeksów etyki zawodowej psychologów stwierdza ona, że „dobro” definiowane jest jako dobrostan (subiektywny i obiektywny), dobra jakość życia, rozwój indywidualnych zasobów, korzyści czy przestrzeganie praw jednostki. W tej dyskusji Małgorzata Toeplitz-Winiewska [35] zwraca uwagę na konieczność wskazania, kto owo „dobro klienta” ma określać, bo istnieje ryzyko, że decydować będzie

¹⁶⁾ Nie od rzeczy będzie zauważyć, że w wielu krajowych etycznych kodeksach zawodowych w obszarze szeroko rozumianego pomagania brakuje silnego akcentu położonego na dialogową formę tworzenia kontraktu.

o tym psycholog (specjalista). Jeśli to tylko możliwe, włączamy naszych klientów/pacjentów w proces decyzyjny i pokładamy większe zaufanie w dialogu, a nie monologowaniu. Maria Boratyńska [36] zwraca uwagę na to, że wcześniejsza informacja od usługobiorcy, jak określa on swoje dobro i powierzenie specjalistce profesjonalnej realizacji tego dobra nie zapewnia samo w sobie ochrony autonomii pacjenta/klienta. Samo kodeksowe wskazanie, że odbiorca usługi psychologicznej ma prawo do własnego rozumienia swojego dobra [25] też jest niewystarczające. Osoba szukająca pomocy powinna móc poznawczo kontrolować realizację tego dobra. Sama intencja czy obowiązek niesienia pomocy zawodowej nie jest wystarczająca, bo ocena wartości pomocy zależy od użyteczności i przewidywanej skuteczności¹⁷. Pożyteczność zaś ocenia potrzebujący pomocy, a nie jej udzielający [37]; ocena skuteczności oparta jest natomiast na specjalistycznej wiedzy. Lepiej też w kodeksach etyki zawodowej wiązać „dobro” z obowiązkami psychologa niż prawami jednostki (klienta), bo dzięki temu stają się mniej deklaratywne.

Tak jak diagnoza psychologiczna z założenia narusza prywatność i intymność osób, tak interwencja psychologiczna narusza ich autonomię. Autonomia to samodzielność, samostanowienie, samozarządzanie, niezależność, własny sposób życia, wolność. Autonomia wiąże się także z podejmowaniem wyborów i odpowiedzialnością. Jej przeciwieństwem jest paternalizm. Z perspektywy psychologii rozwojowej autonomia stanowi podstawowy cel i istotę całego procesu rozwoju człowieka. Jest ona dla jednostek poszukiwaniem indywidualnego sensu życia i źródłem nowych doświadczeń wpływających na kształt tożsamości.

Można mówić o słabej (miękkiej, umiarkowanej) i mocnej (twardej, radykalnej) formie paternalizmu [38]. W pierwszym przypadku działamy bez zgody jednostki, która w świetle danych nie ma zdolności psychicznej do rozumienia informacji i ich przekazywania oraz do podjęcia na tej podstawie decyzji co do swojego udziału w usłudze psychologicznej. O drugim przypadku (paternalizmu mocnego) mówimy wtedy, gdy decyzja podjęta przez usługobiorcę jest świadoma i oparta na wiedzy, a mimo tego nie jest brana pod uwagę przez usługodawcę. Wskazuje się na dwie formy „mocnego” paternalizmu: upoważniony i nieupoważniony [36, 39]. Z paternalizmem upoważnionym mamy do czynienia wówczas, gdy pacjent lub klient udziela zgody na działania specjalisty (zakładając jego działania *bona fide*), ale nie chce być szczegółowo informowany ani o swoim stanie, ani o formie udzielanej pomocy. Paternalizm upoważniony może też mieć formę domniemania specjalisty, że jego klient lub pacjent na podstawie wiedzy ogólnej (stereotypu?) mu ufa i na tej podstawie udzieliłby upoważnienia i/lub faktycznie go udzielił. Elementem

¹⁷⁾ Przykładem tego, że w sprawie pomagania piekło wybrukowane jest dobrymi chęciami jest opisywany w mediach przypadek niedźwiadka. Nieopodal Teleśnicy w Bieszczadach leśnicy z Nadleśnictwa Ustrzyki Dolne stwierdzili, że matka go pozostawiła oraz oddaliła się z drugim niedźwiadkiem, a on był tropiony przez wilki więc go „odłowili”. Był słaby, chudy i chory, jednak wierzono, że uda się go uratować i przekazano go do Ośrodka Rehabilitacji Zwierząt Chronionych w Przemyślu. Nadano mu imię Ada (od nazwy fundacji, która się nim zajmowała). Tam podjęto leczenie choroby odkleszczowej; niestety objawy neurologiczne nie ustąpiły. Po tygodniu leczenia niedźwiadka uśpiono. Przypuszczalnie matka pozostawiła go na naturalną śmierć w obawie przed zarażeniem rodzeństwa. Dr Robert Maślak, biolog i specjalista od niedźwiedzi, w następujący sposób komentuje na Facebooku eutanazję niedźwiadka: „Jeśli zwierzętom przypisujemy godność, to temu niedźwiedziowi odebrano ją przed śmiercią. Blisko tydzień trwało przedłużanie agonii nazywane leczeniem. Mógł umrzeć szybciej bez bycia »misiem« i tego całego biznesowego cyrku, jaki wokół niego urządzono”. <https://m.facebook.com/MaslakRobert/photos/a.297459031052974/1098381674294035/>

tej ogólnej wiedzy jest także świadomość, od kogo można oczekiwać określonej pomocy i sam fakt jej szukania uzasadnia przekonanie specjalisty, że jednostka w pewnym sensie wyraziła na jej udzielenie zgodę.

Paternalizm nieupoważniony to działanie bez jawnej zgody osoby co do formy udzielanej jej pomocy lub nawet wbrew jej niezgodzie, mimo że jest ona w pełni świadoma oraz zdolna do samodzielnego podejmowania decyzji. Działanie to jest podejmowane niezależnie od akceptacji stopnia (nie)racjonalności tej decyzji. Jest ono często racjonalizowane przypuszczeniem specjalisty, że występują okoliczności wyłączające potrzebę pytania o zgodę (racje wyższego rzędu). W praktyce rozgraniczenie paternalizmu upoważnionego od paternalizmu nieupoważnionego może być trudne.

Pomoc psychologiczna w pewnym sensie bardziej ogranicza autonomię niż psychoterapia. Zdaniem Aleksandrowicza [9] docieranie do wypartych do podświadomości treści (wgląd) jest ważniejsze w pomocy psychologicznej niż psychoterapii¹⁸. Z drugiej strony podobieństwo przeżywania osoby pomagającej i jej niezaburzonego klienta jest na ogół znacznie większe, niż psychoterapeuty i leczonego pacjenta [9]. Zgodność systemów wartości i poglądów w pomaganiu sprzyja skuteczności, odwrotnie niż w przypadku psychoterapii [23]. To podobieństwo oraz odwoływanie się w interpretacji danych diagnostycznych do braku wglądu może skłaniać do narzucania własnych rozwiązań (dyrektywności).

Dodatkowo leczenie i pomaganie różnią się nasileniem asymetrii w relacji [1, 9]. W przypadku psychoterapii specjalista ma naukowo ugruntowaną wiedzę medyczną oraz indywidualne doświadczenie, więc lepszą pozycję w relacji terapeutycznej. Natomiast w przypadku udzielania pomocy osobom bez zaburzeń zdrowia psychicznego wiedza specjalistyczna ma mniejsze empiryczne ugruntowanie, często jej treści przypominają język potoczny, więc doświadczana nierówność stron wydaje się mniejsza. Jednocześnie rezygnacja z autonomii na rzecz specjalisty wydaje się trudniejsza. Biorąc to wszystko pod uwagę można stwierdzić, że z jednej strony asymetria podczas psychoterapii jest większa, ale pomaganie bardziej ogranicza autonomię klientów. Prawna ochrona autonomii pacjentów jest dość jasno określona, natomiast pomoc psychologiczna jest słabo osadzona w prawie, więc sytuacja pacjentów lekarza jest lepsza niż bezpieczeństwo klientów psychologa.

Czy mamy do czynienia z postępowaniem w sprawie asymetrii relacji w relacji pomagający — klient/pacjent? Czy na wymiarze paternalizm — samostanowienie nadążamy za wyzwaniem współczesności? Jeśli rozumieć postępowanie jako polepszenie, rozwój czy udoskonalenie relacji psycholog — klient/pacjent, to można mieć uzasadnione wątpliwości. Realizacja postulatu zastępowania autonomii specjalisty autonomią klienta/pacjenta może rodzić negatywne skutki. Jeśli bowiem kryterium podejmowania decyzji ma być wiedza, to nie może być to patchworkowa wiedza „Doktora Google” czy sztucznej inteligencji. Jest faktem, że monopolizacja wiedzy specjalistycznej staje się mniejsza niż w przeszłości, jednak z drugiej strony prawdy nie ustala się w referendum! Kategoryzacja i wpadanie z jednej skrajności w drugą też nie jest rozwiązaniem problemu. Postulat zwiększania wiedzy potencjalnych odbiorców usługi psychologicznej oraz kompetencji niezbędnych do krytycznego myślenia jest niewątpliwie słuszny, ale jest też zrzucaniem z siebie przez profesjonalistów odpowiedzialności za rozwiązanie dylematu etycznego. Sądzę, że wspólne, refleksyjne poruszanie

¹⁸⁾ Przeciwny pogląd w tej sprawie przedstawia Czabała [11, str. 526–527].

się na tym wymiarze jest dobrym sposobem poszukiwania kontekstowo optymalnego rozwiązania, jak w deliberatywnym modelu wspólnego naradzania się.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia czy psychoterapie. *Psychoter.* 2004; 2(129): 17–29.
2. Paluchowski WJ. Diagnostyka psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
3. Paluchowski WJ. Diagnostowanie diagnozy. Wybór tekstów. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza; 2017.
4. Stemplewska-Żakowicz K, Paluchowski WJ. Podstawy diagnozy psychologicznej. W: Strelau J, Doliński D, red. *Psychologia akademicka: podręcznik*. T. 2, wyd. 2 popr. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie Psychologiczne; 2011, s. 23–85.
5. Cierpiałkowska L, Frączek A. Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej. *Eduk. Anal. Transakcyjna* 2017; 6: 129–144.
6. Bomba J. Czy to możliwe, żeby psychoterapia nie zmieniała mózgu? *Psychoter.* 2012; 1(160): 5–11.
7. Marcinów T. Etyczny wymiar poradnictwa rodzinnego w świetle programów pomocowych. Wybrane zagadnienia. *Family Forum* 2014; 4: 223–233.
8. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia a filozofia. *Przegląd Filozoficzny — Nowa Seria* 2000; 35(3): 5–17.
9. Aleksandrowicz JW. Dwa oblicza psychoterapii. W: Danielewicz D, Rola J, red. *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2017, s. 165–178.
10. de Barbaro B, Furgał M. Stanowisko zarządów Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w sprawie prac nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty. *Psychoter.* 2015; 172(1): 95–99.
11. Czabała JC. Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. *Roczniki Psychologiczne* 2016; 3: 519–533.
12. Czabała JC. Poradnictwo psychologiczne. W: Czabała JC, Kluczyńska S, red. *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA; 2015, s. 25–61.
13. Izydoreczyk B. Zadania psychologa w psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (poradniach zdrowia psychicznego i oddziałach dziennych leczenia nerwic). W: Gulla B, red. *Zadania psychologa praktyka*. Kraków: Instytut Psychologii Stosowanej Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytet Jagielloński; 2019, s. 17–31.
14. Toeplitz-Winiewska M. Udzielanie pomocy psychologicznej. W: Brzeziński J, Chyrowicz B, Toeplitz Z, Toeplitz-Winiewska M, red. *Etyka zawodu psychologa*. Wydanie nowe. Warszawa: PWN; 2017, s. 351–387.
15. Waszyńska K, Bury P, Filipiak M. Socjoterapia a psychoterapia — refleksje teoretyczne. W: Waszyńska K, Filipiak M, red. *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii*. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki. Poznań: Wydawnictwo UAM; 2015, s. 93–115.
16. Masson JM. Przeciwno terapii. Tłumaczenie B. Grulkowski B. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2004.
17. Grulkowski B. Problem ideologizacji w psychoterapii. *Studia Gdańskie* 1998; 11: 129–160.

18. Biesaga T. Autonomia a dobroczynność w bioetyce. W: Kalka K, Papuziński A, red. *Etyka wobec współczesnych dylematów*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2006, s. 132–139.
19. Brickman P, Rabinowitz VC, Karuza Jr J, Coates D, Cohn ES, Kidder L. Models of helping and coping. *Am. Psychol.* 1982; 37: 368–384.
20. Ornacka K, Mirewska E. Wokół dylematów etycznych profesjonalnego pomagania — kształtowanie relacji w pracy socjalnej. *Homo Soc.* 2018; 3: 12–25.
21. Opoczyńska-Morasiewicz M, Morasiewicz J. Etyka i psychoterapia. *Psychoter.* 2015; 4(175): 21–34.
22. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *J. Am. Med. Ass.* 1992; 267(16): 2221–2226.
23. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia: etyka — wartości — deontologia. *Psychoter.* 2006; 2 (137): 13–20.
24. Szewczyk K. O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent. *Krytyka Lekarska* 2009; (2–3): 17–38.
25. PTP Kodeks Etyczny Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2007. <https://psych.org.pl/o-ptp/kodeks-psychologa>
26. Stefaniak K. Władza i tożsamość w komunikacji lekarz–pacjent. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe; 2011.
27. Paluchowski WJ. Diagnozowanie i opiniowanie źródłem problemów oraz dylematów etycznych. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach* 2021; (1): 1–20. DOI: 10.14746/tppb.2019.1.
28. Toeplitz-Winiewska M. Podstawowe zasady, które powinny być respektowane przez psychologa. W: Brzeziński J, Chyrowicz B, Toeplitz Z, Toeplitz-Winiewska M, red. *Etyka zawodu psychologa*. Wydanie nowe. Warszawa: PWN; 2017, s. 125–146.
29. Gulla B, Izydorezyk B, Kubiak R. Godność i intymność pacjenta. *Aspekty psychologiczne i prawne*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska; 2019.
30. Bunge M. *Treatise on basic philosophy*, tom 8: Ethics. Dordrecht: Reidel; 1988.
31. Ostrowska A. Modele relacji pacjent–lekarz. W: Ostrowska A, red. *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: IFIS PAN; 2009, s. 235–259.
32. Fengler J. Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
33. Sikora K. Dobro odbiorcy w kodeksach etyczno-zawodowych psychologów. *Rocz. Psychol.* 2013;16(4): 587–601.
34. Sikora K. Odpowiedź na polemikę. *Rocz. Psychol.* 2013;16(4): 701–710.
35. Toeplitz-Winiewska M. Czy można zdefiniować „dobro” klienta psychologa? *Rocz. Psychol.* 2013; 16(4): 681–684.
36. Boratyńska M. Wolny wybór: gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania. Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia; 2012.
37. Hołówka J. O pomocy w potrzebie. *Etyka* 1978; 16: 37–49.
38. Lang M. Doktryna paternalizmu w odniesieniu do osób psychicznie chorych. *Stud. Iurid. Toruniensia* 2006; (3):109–124.
39. Warzyńska-Bartczak Z. Role społeczne a władza: paternalizm w psychiatrii. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013, 14, 5(2): 199–219.