

**PROBLEMY ETYCZNE W NAUKACH O ZDROWIU
NA PRZYKŁADZIE PSYCHOLOGII KLINICZNEJ
I PSYCHOLOGII REHABILITACJI**

Mariola Bidzan, Łucja Bieleninik, Daria Bogucka
Aleksandra Szulman-Wardal

Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Institute of Psychology, University of Gdańsk

**ETHICAL PROBLEMS IN HEALTH SCIENCES ON THE EXAMPLE
OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND REHABILITATION PSYCHOLOGY**

Summary. Psychology, as the science exploring multi-dimensional functioning of a man, definitely can be classified as one of the health sciences. Despite distinct ontological and epistemological backgrounds of life sciences – biology and medicine – they can co-exist with psychology, because they have a common focus: a human being. It is likely that representatives of health sciences will have the same moral problems, faced with the same subject: a patient. Due to this, the aim of this work is discussing ethical problems in health sciences, on the example of clinical psychology and rehabilitation psychology. Problems, which psychologists face, originate from the ancient times, when the job of the psychologist was unknown. The problems are primarily related to strong interpersonal influence and the risk of 'power' abuse. They can be categorized to four groups, including: diagnostic tests, psychological help, therapy and scientific research, including studies involving the use psychological experiments. Identifying the ethical dimension with the competence one, ethical problems occurring in those areas were analyzed in detail. Therefore we provide the reader with an opportunity to become acquainted with the ideal ethical behaviors model, i.e. the Psychology Profession Act, Mental Health Act and Ethical Code of this professional group. We will also show case common behaviors, which nevertheless are contradictory to the desired and expected ones.

Key words: ethics, psychology, health sciences

Adres do korespondencji: Mariola Bidzan, e-mail, mariola.bidzan@ug.edu.pl

„Salus aegroti suprema lex”
(Zdrowie chorego najwyższym prawem)

Hipokrates (ok. 460-377 p.n.e.)

Korzenie pojęcia etyka w psychologii

Już w starożytnej Helladzie jońscy filozofowie, tacy jak: Tales z Miletu (624-547 p.n.e.), Anaksymenes i Anaksymander z Miletu czy Heraklit z Efezu zajmowali się sprawami etyki i dywagowali nad istotą prawdziwego dobra oraz możliwością jego nauczenia się. Powszechnie za ojca etyki uznaje się Sokratesa (469-399 p.n.e.), który określił poszczególne cnoty (ἀρετή), a jego intelektualizm etyczny można zawrzeć w trzech tezach, mówiących że cnota jest bezwzględnym dobrem i wiedzą oraz związana jest z pożytkiem i szczęściem. Także uczniowie tego greckiego mędrca zajmowali się sprawami etyki, m.in. cynik Antystenes z Aten czy Platon, który stworzył klasyczną teorię czterech cnót. Należy wspomnieć także o Hipokratiesie (ok. 460-377 p.n.e.), greckim lekarzu, jednym z prekursorów współczesnej medycyny, którego imieniem Światowa Organizacja Lekarzy nazwała przysięgę lekarską, opracowaną w 1948 roku w Genewie. Sięgając do źródeł etyki, należy przytoczyć ponadto Arystotelesa (284-322 p.n.e.), który był autorem wielu traktatów poruszających zagadnienia etyczne.

Kwestie psychologiczne związane z etyką poruszano już w V-VI wieku p.n.e i obejmowały one analizę funkcji psychicznych, nieśmiertelność duszy, życie po śmierci. W okresie hellenistycznym próbowano odpowiedzieć także na pytanie, co daje szczęście. W tym właśnie okresie powstały pojęcia świadomości, samowiedzy, rzeczy moralnie obojętnej, moralnej intencji i wiele innych (Tatarkiewicz, 2004). Jankowska (1979) historię etyki ujmuje w następujących słowach: „Niejednokrotnie wielcy odkrywcy w dziedzinie nauki popadali również w konflikt z obowiązującym w ich czasach prawem. Jak wiadomo, w swoim czasie dokonywanie sekcji zwłok było traktowane jako czyn przestępczy. Biografie wybitnych artystów, pisarzy czy filozofów zawierają fakty ich popadania w konflikt z prawem, aczkolwiek nikt współcześnie za przestępców ich uważać nie może. Sokrates został osadzony i skazany za demoralizację młodzieży. Platon również przekraczał prawo, chcąc wcielić w życie swą ideę państwa (...). Mógłby ktoś powiedzieć, iż teza dokumentowana obecnie ma, być może, odniesienie do przeszłości, jednakże współcześnie, w związku z postępowaniem kultury, oświaty i cywilizacji jest całkowicie fałszywa, np. ruchy narodowo-wyzwoleńcze, które przecież działają przeciwko istniejącemu porządkowi prawnemu. To właśnie Gandhi był wielokrotnie więziony, a przecież współcześnie nikt nie może zaprzeczyć, iż był on i jest jednym z największych autoritetów moralnych, jakie wydała z siebie ludzkość” (Jankowska, 1979, s. 86).

Jak wspomniano wcześniej, korzenie etyki sięgają VI wieku p.n.e, jednakże ze względu na ponadczasowość problematyki, celem niniejszej publikacji jest przedstawienie aktualnych problemów etycznych w psychologii klinicznej i w psychologii rehabilitacji. Psycholog to zawód zaufania publicznego, zatem specyfika tej

profesji związana jest z permanentnym uczestnictwem w procesach społecznych oraz kształtowaniem tych procesów, opartych na dokonywanej refleksji. Ze względu na szereg obowiązków i zadań psychologa, niezbędne jest, aby osoba pracująca w tym zawodzie charakteryzowała się wysokim stopniem uświadomienia procesów, w których uczestniczy oraz wysokim stopniem samoświadomości (Brzezińska, Appelt, 2000).

Obszary problemów etycznych w psychologii

Problemy etyczne, z jakimi spotykają się psycholodzy odnieść można do 7 głównych obszarów, obejmujących: badania diagnostyczne, opiniowanie, orzeczenie, pomoc psychologiczną, psychoterapię, badania naukowe oraz dydaktykę.

Tożsamość zawodowa i kompetencje psychologa a wymiar etyczny

Niezależnie od obszaru działania, a te często nachodzą na siebie, wymiar etyczny w zawodzie psychologa związany jest z tożsamością zawodową, a ta z kompetencjami. Stąd wymiar etyczny jest równoznaczny z wymiarem kompetencyjnym. Nie można bowiem być kompetentnym bez respektowania norm/wartości związanych integralnie z rolą zawodową, ani etycznym, jeśli nie dysponuje się wiedzą/umiejętnościami, co sprawia, że źle wykonuje się swoją pracę zawodową (Brzezińska, Appelt, 2000). Kompetentny psycholog to taki, który rzetelnie kształci się w trakcie studiów magisterskich, ale także po ich ukończeniu doksztalca się dalej. Wielki dylemat staje przed młodymi, zdolnymi i zafascynowanymi swoją pracą psychologami, gdyż istnieje wiele nęcących ofert doksztalających. Jest mnóstwo szkoleń, studiów podyplomowych czy wieloletnich szkół terapeutycznych. Niestety, możliwa gratyfikacja finansowa, którą otrzymuje psycholog w pracy nie jest w stanie sprostać potrzebom ekonomicznym związanym z pogłębianiem wykształcenia. W związku z tym rozpoczęcie dalszego doskonalenia zawodowego to zazwyczaj wielkie wyrzeczenia nie tylko ze strony psychologa, ale i jego rodziny. I coraz bardziej aktualne staje się powiedzenie w środowisku, że „najlepiej psycholog zarabia na psychologa, na okoliczność doksztalania się”.

Kompetencje zawodowe psychologa i ich powiązania

Etyczny profesjonalizm zakłada, iż psycholog kliniczny i psycholog rehabilitacji są osobami kompetentnymi. Osoby pracujące w ochronie zdrowia mogą podnosić swoje kwalifikacje, biorąc pod uwagę możliwości wynikające z ustawy:

„Art. 15.

1. Psycholog może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie psychologii po odbyciu szkolenia, określonego programem specjalizacji i złożeniu egzaminu państwowego albo po uznaniu równorzędnego tytułu specjalisty uznanego za granicą”.

W ostatnich latach bardzo wielu adeptów studiów psychologicznych kończących ścieżkę z psychologii klinicznej chce uzyskać tytuł specjalisty. Niestety, utrudnienie uzyskania tego tytułu wynika ze znacznie ograniczonej liczby miejsc spe-

cializacyjnych. Liczba osób kończących studia psychologiczne wzrosła natomiast o kilkaset procent w porównaniu z latami osiemdziesiątymi ubiegłego wieku, kiedy to jedynie na 8 uczelniach w Polsce prowadzone były studia psychologiczne (max. 30 osób na roku), obecnie zaś psycholodzy kształceni są na ponad 20 uczelniach w Polsce (ok. 200 osób na roku). Tu też mogą rodzić się wątpliwości natury etycznej, czy w istocie potrzeba aż tylu nowych psychologów, którzy dzięki nakładom finansowym ich rodziców, rokrocznie opuszczając mury uczelni wyższych zasilają grono osób bezrobotnych. Czy jednak nie lepiej byłoby zainwestować w inny kierunek studiów?

Badania dowodzą, że poziom kompetencji zawodowych może wynikać nie tylko z problemów natury poznawczej, których źródło tkwi w braku wiedzy i/lub umiejętności, ale również z problemów natury praktycznej, których źródłem najczęściej są cechy osobiste, np. nieśmiałość, nadmierna pewność siebie, lenistwo, brak umiejętności porozumiewania, rutyna, sytuacje komplikujące postępowanie etyczne, niedbalstwo w wykonywaniu obowiązków, nieodpowiedzialność (Bidzan, Guzińska, Rasmus, 2011). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na cechy osobowościowe, przydatne w zawodzie psychologa klinicznego i psychologa rehabilitacji, mogące sprzyjać respektowaniu zasad etycznych, chociaż wzorca idealnego nie ma.

W literaturze przedmiotu występuje wiele teorii osobowości, jednakże w tym miejscu autorzy pracy chcieliby powołać się na teorię osobowości według Masłowa, wskazującego na cechy dojrzałej osobowości. Należą do nich:

1. Realistyczna percepcja rzeczywistości (niezniekształcona, np. przez traumatyczne doświadczenia czy też lęki);
2. Samoakceptacja, ale też akceptacja innych osób i świata;
3. Spontaniczność, naturalność i prostota w kontaktach z innymi ludźmi;
4. Koncentracja na problemach leżących poza „Ja”, nieksobność;
5. Zdrowy dystans wobec rzeczywistości, przejawiający się m.in. potrzebą intymności lub prywatności;
6. Poczucie autonomii i niezależności od otoczenia fizycznego, społecznego, kulturowego;
7. Poczucie świeżości wrażeń napływających ze świadomości;
8. Doświadczenie niezwykłych szczytów, stanów olśnień, ekstaz, radości;
9. Pozytywne nastawienie do wszystkich ludzi, bez uprzedzeń i przesądów;
10. Zdolność do wchodzenia w związki głębokie i satysfakcjonujące z innymi ludźmi;
11. Demokratyczna struktura charakteru, przejawiająca się życzliwością i szacunkiem dla każdego;
12. Odróżnianie środków od celów;
13. Niezłśliwe poczucie humoru;
14. Kreatywność;
15. Odporność na akulturację (Drat-Ruszczak, 2003).

Jak podaje Witkowski (1997, 1999), jesteśmy wciąż na drodze doskonalenia siebie, „aktualizacji siebie”, a nie „samoaktualizacji”, bowiem u człowieka, który jest podmiotem i przedmiotem własnego rozwoju, odpowiedzialnym za własny rozwój, kierującym własnym rozwojem, w tak pojętej aktualizacji nic nie dzieje się

samo (Witkowski, 1998, s. 4). Samorealizacja natomiast ujawnia się samorzutnie na poziomie biologicznym, bez świadomej ingerencji jednostki. Zatem, podążając za Witkowskim – psycholog winien kierować się ku rozwojowi we wszystkich swoich potencjalnościach, które obejmują wiedzę, uzdolnienia, zainteresowania i wszystko to, co pozostaje w związku z obrazem siebie, przyczynia się do własnego wzrostu i konstruktywnego zadowolenia (Witkowski, 1998, s. 4). Wyznaczył on szesnaście czynników, bazując na swoich poprzednikach, składających się na aktualizację siebie:

- 1) wyznaczanie swemu życiu celów,
- 2) stawianie na rzeczywistość taką, jaka ona jest,
- 3) przewyższanie dychotomii – różnic,
- 4) stosunek do wymiaru czasu (żyć tu i teraz, a nie przeszłością czy przyszłością),
- 5) włączanie się w ogólnoludzkie myślenie i wartościowanie,
- 6) wykluczenie etykietowania (szufladkowania),
- 7) otwartość na kontakt emocjonalny,
- 8) akceptacja ludzi,
- 9) akceptacja siebie,
- 10) skupianie się na zadaniach,
- 11) kierowanie się do wewnątrz,
- 12) potrzeba chwili samotności (umiejętność wyłączania się dla indywidualnego wzrostu),
- 13) głębia emocjonalnych przeżyć (otwartość na transcendencję),
- 14) świeżość ocen,
- 15) poczucie humoru,
- 16) twórczość (Witkowski, 1999, s. 18-22).

Psycholog spełniający wyżej wymienione cechy dodatkowo powinien realizować obowiązki wynikające z Ustawy o Zawodzie Psychologa i Samorządzie Zawodowym Psychologów (zwaną dalej Ustawą o Zawodzie Psychologa) oraz Kodeksu Etycznego Zawodu Psychologa.

Ustawa o Zawodzie Psychologa powstawała długo i „boleśnie”, została uchwalona 08.06.2001 roku, a weszła w życie dopiero 01.01.2006 roku. W lutym 2012 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej po konsultacjach z przedstawicielami środowiska psychologów zdecydowało, że obowiązująca Ustawa o Zawodzie Psychologa i Samorządzie Zawodowym Psychologów zostanie uchylona. Argumentem za takim rozwiązaniem był fakt, że przepisy są tak niejednoznaczne, że nie da się ich stosować. Jednak uchylenie obowiązującej regulacji zawodu psychologa powoduje lukę prawną, co oznacza, że psychologami mogą nazywać siebie osoby nieposiadające wykształcenia psychologicznego. Implikuje to niezwykle niebezpieczną sytuację dla klientów różnorodnych usług psychologicznych.

Psychologowie warunkowali uchylenie ustawy wprowadzeniem „przepisów pomostowych”, które m.in. zagwarantują możliwość posługiwania się tytułem psychologa jedynie absolwentom formalnych, pięcioletnich studiów psychologicznych. Nie mieliby prawa do tego tytułu absolwenci studiów parapsychologii czy szkół policealnych. Wiedza zdobywana w ten sposób i w tych szkołach nie kojarzy się

z naukowym podejściem do zagadnień związanych z pracą psychologa klinicznego i psychologa rehabilitacji. Niepokoi fakt, że w chwili obecnej brak jest prawnych regulacji wskazujących na wymagania dotyczące wykształcenia rzeszy psychologów świadczących usługi zdrowotne. Uprawnienia psychologów zatrudnianych w oświacie (w tym jako psychologów w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, zajmujących się wszystkimi formami pomocy psychologicznej, począwszy od diagnozy, a na psychoterapii skończywszy) wyraźnie wskazują, iż są oni przede wszystkim nauczycielami i wobec tego w niektórych przypadkach zadania psychologa może podejmować albo magister psychologii albo magister pedagogiki.

Należy podkreślić, że ustawa poza nałożonymi na psychologów licznymi obowiązkami, przyznawała im szczególne uprawnienia. Art. 4.1. Ustawy o Zawodzie Psychologa definiuje istotę świadczonych przez psychologów usług psychologicznych: „wykonywanie zawodu psychologa polega na świadczeniu usług psychologicznych, a w szczególności na diagnozie psychologicznej, opiniowaniu, orzekaniu, o ile przepisy odrębne tak stanowią; psychoterapii, udzielaniu pomocy psychologicznej”, natomiast art. 4.2. stanowi o działalności psychologów w zakresie prowadzenia badań naukowych w dziedzinie psychologii, a także działalności dydaktycznej.

Etyczny wymiar relacji interpersonalnej

W każdej wyżej wymienionej sytuacji mamy do czynienia z interakcją między psychologiem a osobą, dlatego tak istotne jest respektowanie podstawowych wartości, które w sposób naturalny przypisane są jednostce ludzkiej. Współczesna wiedza z psychologii klinicznej, psychologii rehabilitacji, ale i psychologii zdrowia oraz psychologii medycznej otwiera przed człowiekiem niewyobrażalne wcześniej możliwości ingerencji diagnostycznej i terapeutycznej w szeroko pojmowaną jedność biopsychospołeczną istoty ludzkiej. W tym kontekście kluczowe znaczenie nie tylko dla jakości usług psychologicznych posiada etyczny wymiar relacji interpersonalnej.

Relacja interpersonalna, czyli związek pomiędzy ludźmi, to sposób wyrażania między partnerami interakcji uczuć i postaw, przy czym relacja ta koncentruje się na wzajemnym stosunku uczestników relacji. Odnosi się on do pozytywnych bądź negatywnych powiązań pomiędzy partnerami interakcji, których wyrazem mogą być: agresja, wrogość, neutralność, życzliwość, atrakcyjność interpersonalna, intymność, pomaganie innym, zerwany kontakt, dystans emocjonalny, przemoc, manipulacja, kontrolowanie, lekceważenie. Relacje interpersonalne można podzielić na rzeczywiste (oparte na faktach, z jasno wyznaczonymi rolami) i przeniesieniowe (bazujące na oczekiwaniach/potrzebach, których adresatem jest inna osoba niż aktualny partner interakcji). Relacja z pacjentem jest szczególnym rodzajem relacji interpersonalnej polegającej na związku z osobą, wobec której przyjmujemy określoną rolę profesjonalisty – psychologa klinicznego czy psychologa rehabilitacji (odnosi się to także do lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów zajmujących się zdrowiem). Jest ona skierowana na osobę pacjenta, w celu rozwiązania jego proble-

mów zdrowotnych. Od zwykłej relacji interpersonalnej różni ją przede wszystkim to, że jest to relacja profesjonalnej pomocy, w której nie działa zasada pełnej wymiany i wzajemności, ponieważ z założenia uwaga uczestników interakcji skupia się wyłącznie na spowodowaniu korzystnych zmian zdrowotnych u odbiorcy pomocy. W tym sensie jest to relacja niesymetryczna, wynikająca z przewagi wiedzy i umiejętności zawodowych ukierunkowanych na niesienie pomocy (Sęk, Brzezińska, 2008; Bidzan, Guzińska, Rasmus, 2011).

Interwencje psychologiczne, podobnie jak medyczne, w aspekcie relacyjno-etycznym są procesem silnego wpływu interpersonalnego, a z tym może być związane ryzyko nadużycia władzy (Kostecka, Namysłowska, Ostoja-Zawadzka, 2012). Szczególnie odnosi się to do osób z chorobami psychicznymi, w przypadku których rodzi się podstawowy problem etyczny, co jest normą a co już patologią, i czy wizja psychologa dotycząca leczenia jest optymalnym rozwiązaniem dla pacjenta, czy też, co zdarza się nierzadko, leczenie pacjenta jest próbą dostosowania go do wzorca wyznawanego i realizowanego przez terapeutę jako reprezentanta tzw. „zdrowego” społeczeństwa, natomiast nieuwzględniającego autonomii, realnych możliwości chorej osoby. Jak podkreślają Kostecka, Namysłowska i Ostoja-Zawadzka (2012, s. 424), w takich sytuacjach „terapeuci stają się reżyserami sceny życia pacjenta wbrew jego woli, a czasem wbrew możliwościom, co w gruncie rzeczy utrudnia mu – równoznaczną ze zdrowiem – autentyczną integrację (...) możliwości wewnętrznego scalenia, pogłębiając istniejące rozszczepienie”.

Dlatego też rola zawodowa psychologa klinicznego i psychologa rehabilitacji musi uwzględnić aspekt etyczny związany z respektowaniem zespołu podstawowych wartości humanistycznych, w tym godności osoby ludzkiej, podmiotowości osoby ludzkiej, autonomii osoby ludzkiej, prawa do nieskrępowanego rozwoju, prawa do kierowania się własnym systemem wartości oraz prawa do prywatności/intymności.

Cała pomoc psychologiczna bazuje na pryncypiach etycznych, rozpoczynając od:

- diagnozy,
- interwencji kryzysowej,
- rehabilitacji psychologicznej,
- psychoprophylaktyki (prewencji pierwotnej, prewencji wtórnej – terapii, prewencji trzeciego stopnia – rehabilitacji),
- promocji zdrowia,
- poradnictwa psychologicznego, skończywszy na bardziej szczegółowych technikach oddziaływań.

Przybliżając najważniejsze z tych technik, należy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia.

Rozpoczynając kontakt z pacjentem, pierwszorzędną kwestią jest uzyskanie zgody pacjenta lub podpisanie umowy/kontraktu z pacjentem. Są jednak odstępstwa od tej reguły, które reguluje art. 12 ustawy.

1. „Podjęcie usług psychologicznych następuje za zgodą osoby (klienta) lub grupy osób (klientów) stanowiących podmiot diagnozowania i oddziaływania psychologicznego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Zgoda nie jest wymagana w przypadkach określonych w przepisach Kodeksu karnego, Kodeksu postępowania karnego oraz w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. Nr 11, poz. 535, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 1999 r. Nr 11, poz. 95 z 2000 r. Nr 120, poz. 1268).
3. Zgoda na przeprowadzenie badań nie jest wymagana także w stosunku do poborowych, kierowanych do specjalności i funkcji zgodnie z kryteriami doboru poborowych do poszczególnych specjalności wojskowych, oraz osób ubiegających się o przyjęcie do zawodowej służby wojskowej” (DzU, 2001). Zdarza się, nagminnie wśród specjalistów zasiadających w Komisjach Poborowych, sądzić, iż skoro młodzieniec dobrowolnie chce pełnić służbę wojskową, niejako „z automatu” zgadza się na szereg metod, wykorzystywanych przez specjalistów, bez zagłębiania się w szczegóły i informowania o procedurach. Brzeziński (2008) podaje trzy sytuacje, w których uzyskanie zgody osoby badanej (dziecka czy osoby dorosłej) nie jest wymagane:
 - w przypadku, gdy badanie jest elementem postępowania regulowanego odpowiednimi przepisami,
 - gdy badanie jest stałym elementem organizacji edukacji,
 - gdy zgoda na badanie jest jednoznacznie założona w postępowaniu danej instytucji (Brzeziński, 2008).

Poza tymi sytuacjami zarówno psycholog kliniczny, jak i psycholog rehabilitacji powinien przed badaniem psychologicznym uzyskać zgodę osoby, którą zamierza poddać badaniu testowemu oraz udzielić jej wyczerpujących informacji na temat celu badania, jego przewidywanego przebiegu oraz związku między badaniem a realizacją oczekiwań danej osoby. Aktualnie zdaje się, iż to domniemana zgoda... Skoro pacjent sam pojawia się w gabinecie, często ze skierowaniem, to znaczy, że wyraża zgodę na poddanie się oddziaływaniom psychologicznym różnego typu... Czy jednak tak jest w istocie?

Etyczny wymiar diagnozy psychologicznej

Po zawarciu umowy z pacjentem (klientem) psycholog przystępuje do właściwego etapu pracy – diagnozy, która jest niezbędnym elementem każdej formy oddziaływań psychologa klinicznego i psychologa rehabilitacji. Na tym etapie istotna jest refleksja nad tym, czy nie zostały przekroczone granice zawartej umowy. W związku z tym mogą pojawić się następujące problemy etyczne: wykraczanie poza ustalone granice diagnozy (np. oceniając potencjał intelektualny wnikamy w inne obszary, np. system wartości czy funkcjonowanie seksualne) oraz dobór właściwych w odniesieniu do problemu metod diagnostycznych, a także metod, które spełniają określone warunki metodologiczne (Toeplitz-Winiewska, 2008). Stosowane narzędzia diagnostyczne muszą być rzetelne, trafne, wystandaryzowane i znormalizowane. Zapewnia to obiektywną interpretację, pod warunkiem, że psy-

cholog korzystający z tych metod zna wartość diagnostyczną i potrafi przeprowadzić i zinterpretować wyniki badania. Więcej wątpliwości budzą metody swobodne, np. wywiad, obserwacja czy metody projekcyjne, gdyż przy interpretacji wyników mogą podlegać wpływowi oczekiwań samego psychologa, który często nieświadomie przekazuje za pomocą niewerbalnych sygnałów (np. mimiki, gestów, intonacji) czego od osoby badanej oczekuje. Zjawisko to zostało nazwane efektem Rosenthala (Toeplitz-Winiewska, 2008; Stemplewska-Żakowicz, Paluchowski, 2008). Oczywiście, nie można w kontakcie z drugim człowiekiem całkowicie wyzwoić się od oczekiwań, ale profesjonalista potrafi je kontrolować.

Art. 19 Ustawy o Zawodzie Psychologa reguluje zakres stosowania narzędzi psychologicznych służących do celów badawczych oraz wspomagających proces diagnostyczny.

1. „Komisja Ekspertów ustala i aktualizuje listę metod i narzędzi psychologicznych zastrzeżonych wyłącznie do stosowania przez psychologów.
2. Krajowa Rada Psychologów sprawuje nadzór nad warunkami stosowania, rozpowszechniania i nabywania metod i narzędzi psychologicznych” (DzU, 2001).

Obowiązkiem psychologa jest ochrona praw i interesów osób, z którymi nawiązuje współpracę. Przestrzeganie tajemnicy informacji o osobie (czyli zasada poufności danych) jest jednym z podstawowych nakazów etycznych. Artykułem odnoszącym się do tajemnicy informacji jest art. 14 Ustawy o Zawodzie Psychologa, który brzmi:

1. „Psycholog ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
2. Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej nie może być ograniczony w czasie.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:
 - 1) poważnie jest zagrożone zdrowie, życie klienta lub innych osób,
 - 2) tak stanowią ustawy” (DzU, 2001).

Ważne jest, by komunikaty na każdym etapie diagnozy były przekazywane w sposób zrozumiały dla osoby, która będzie poddawana badaniu psychologicznemu (Brzeziński, 1994). Istotne jest także, by zawierać z osobą badaną nie tylko kontrakty terapeutyczne, lecz także diagnostyczne oraz informować, że stosowane metody ujawniają ukryte i nieznanne cechy osób, ich otoczenia i relacji międzyludzkich. Niestety, w praktyce diagnostycznej często takie zachowania nie mają miejsca, gdyż badacze chcą mieć niczym niezmacony wgląd w wyniki, a takie wyjaśnienia zniweczyłyby „efekt tabula rasa”. Osoba badana może również uzyskać informację o naturalnej tendencji człowieka związanej z maskowaniem cech, których nie chce ujawniać innym oraz że w każdej chwili ma możliwość odmowy kontynuowania badania.

Kluczowe pytania dotyczące stosowania testów psychologicznych stawia Brzeziński (1994):

1. „Czy można poddać badaniom testowym osobę bez jej zgody (lub zgody jej prawnych opiekunów)?

2. Czy osobę badaną należy poinformować o celu badania i jego ewentualnych konsekwencjach dla niej?
3. Czy osobie badanej należy udzielić, przed badaniem lub po jego zakończeniu, wyczerpujących informacji o teście, za pomocą którego przeprowadzono badanie?
4. Czy osobę badaną należy poinformować o uzyskanym przez nią wyniku?
5. Komu, i w jakiej postaci, psycholog może (powinien) udostępnić informacje o badanej osobie, uzyskane z przeprowadzonego badania testowego?" (Brzeziński, 1994, s. 95).

Odpowiedzi na te pytania udzielają Kodeks Etyczny Zawodu Psychologa oraz Ustawa o Zawodzie Psychologa. W praktyce klinicznej niejednokrotnie dochodzi do naruszenia obowiązujących przepisów. Szczególnie dotyczy to sytuacji pełnego udostępnienia informacji zleceniodawcy, którym najczęściej są rodzice dziecka lub instytucja. Należy pamiętać, że nie wszystkie informacje o osobie badanej mogą i muszą być przekazywane innym osobom, nawet bliskim. Z łamaniem zasad etycznych w przypadku diagnozy w praktyce klinicznej mamy do czynienia choćby w przypadku opinii, w której używamy sformułowań pejoratywnych, stygmatyzujących czy wartościujących negatywnie (np. niedojrzały emocjonalnie, alkoholik, schizofrenik, upośledzony).

Kodeksem regulującym dążenie do jak najlepszego wywiązywania się psychologa z obowiązków w roli badacza, nauczyciela, praktyka jest Kodeks Etyczny Zawodu Psychologa zatwierdzony przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne w 1991 roku (Staniszewska, 2000). Wstęp do kodeksu stanowią zasady ogólne, które regulują m.in. kierunek relacji psycholog – osoba wspomagana, postawę wobec norm moralnych, odpowiedzialność psychologa wynikającą ze specyfiki wykonywanego zawodu, zakres obowiązków psychologa oraz dążenie do stałego rozwoju osobistego.

Treść kodeksu etyczno-zawodowego psychologa nakazuje uwzględnianie praw człowieka m.in. do: autonomii, podmiotowości, intymności, respektowania jego godności, nieskrępowanego rozwoju, dokonywania własnych wyborów, postępowania zgodnego z własnym systemem wartości (Staniszewska, 2000). To podmiotowe traktowanie pacjenta oznacza poszanowanie jego prywatności rozumianej jako: obrona przed ludzką ciekawością, przed nieuprawnioną poufałością, niedyskrecją, brakiem delikatności; zabezpieczenie się przed obcą kontrolą przynajmniej we własnym domu; uprawnienie do okresowej samotności. Art. 3 KEZP potwierdza konieczność przestrzegania praw człowieka: „Przyjmując określoną postawę wobec norm moralnych i obyczajowych w życiu prywatnym psycholog zdaje sobie sprawę, że jego decyzje w sprawach osobistych mogą wpływać na jakość jego czynności zawodowych, a także rzutować na zaufanie społeczne do psychologii i psychologów. W społecznych oczekiwaniach zawarte są przy tym wysokie wymagania dotyczące przestrzegania zasad etycznych w życiu prywatnym przez osoby, których rola zawodowa obejmuje oddziaływanie na drugiego człowieka”.

Psycholog narusza prywatność swojego klienta/pacjenta, gdy zaczyna podglądać jego życie, korzystając bez zgody pacjenta z ukrytej kamery i mikrofonu, dyktafonu, lustra weneckiego, a także gdy zadaje kłopotliwe/wstydlive pytania lub gdy bez jego zgody udostępnia uzyskane od niego informacje innym osobom lub instytucjom (Staniszewska, 2000).

Warto podkreślić w tym miejscu, że każda relacja z pacjentem/klientem w psychologii klinicznej i w psychologii rehabilitacji w procesie pomagania jest relacją niesymetryczną, co wynika z tego, że pacjent mówi o swoich uczuciach, przeżyciach, problemach, a psycholog – czy to w procesie diagnostycznym, czy terapeutycznym, nie mówi o sobie nic. Aby charakter kontaktu nie stwarzał możliwości nadużyć (wynikających z wiedzy, ale też z władzy – bo to psycholog prowadzi sesję, ma pomysł, w jaki sposób coś zrobić), psycholog powinien być powściągliwy w kontakcie fizycznym, werbalnym, interpersonalnym (Drat-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005). Niedopuszczalne jest współżycie seksualne z pacjentem, ale też z osobami z jego najbliższego otoczenia, jak również robienie interesów z pacjentem i jego rodziną, sytuacja pomocy psychologicznej i psychoterapii nie jest sytuacją towarzyską i nie powinna stać się takową po jej zakończeniu.

Wytoczmy więc działko najcięższego kalibru, co się może zdarzyć, jeśli psycholog złamie wyżej wspomniane zasady..., tak naprawdę, to nic mu nie grozi, martwa ustawa o zawodzie nie grozi sankcjami prawnymi.

A sąd koleżeński...?

Cóż – *Primum non nocere...* (Hipokrates/Imphotep).

Literatura cytowana

- Bidzan, M., Guzińska, K., Rasmus, A. (2011). Telling the truth in clinical practice. *Classical Bulletin Issue: Truth, Fiction, and Reality*, 1, 1-12.
- Brzezińska, A., Appelt, K. (2000). Tożsamość zawodowa psychologa. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 13-44). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Brzeziński, J. (1994). Testy psychologiczne i ich użytkownicy – analiza kontekstu etycznego. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 83-101). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Brzeziński, J. (2008). Problemy etyczne badań naukowych i diagnostycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 523-537). Gdańsk: GWP.
- Drat-Ruszczak, K. (2003). Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna* (t. 2, s. 601-652). Gdańsk: GWP.
- Drat-Ruszczak, K., Drażkowska-Zielińska, E. (2005). Kiedy pomaganie szkodzi – rozważania o etyce. W: K. Drat-Ruszczak, E. Drażkowska-Zielińska (red.), *Podręcznik pomagania. Podstawy pomocy psychologicznej. Szkoły i kierunki psychoterapii* (s. 81-87). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

- Jankowska, H. (1979). *Etyka*. Warszawa: PWN.
- Kostecka, M., Namysłowska, I., Ostoja-Zawadzka, K. (2012). Problemy etyczne w terapii schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 3, 421-428.
- Sęk, H., Brzezińska, A. (2008). Podstawy pomocy psychologicznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 735-784). Gdańsk: GWP.
- Staniszewska, J. (2000). Kodeks zawodowy – konieczność czy absurd? W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 45-94). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, W. J. (2008). Wartości. Etyczna postawa psychologa w praktyce diagnostycznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna* (t. 2, s. 86-94). Gdańsk: GWP.
- Toeplitz-Winiewska, M. (2008). Etyczne aspekty uprawiania zawodu psychologa. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna* (t. 3, s. 823-836). Gdańsk: GWP.
- Tatarkiewicz, W. (2004). *Historia filozofii*. T. 1, *Filozofia starożytna i średniowieczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. DzU z 2001 r. Nr 73, poz. 763, Nr 154, poz. 1798, z 2009 r. Nr 22, poz. 120, Nr 92, poz. 753.
- Witkowski, T. (1997). O zmianę mentalności w stosunku do osób chorych i niepełnosprawnych. W: B. L. Block, W. Otrębski (red.), *Człowiek nieuleczalnie chory* (s. 260-266). Lublin: WNS KUL.
- Witkowski, T. (1998). Miejsce na bezinteresowność w interakcji międzysobowej. *Gościna w Sercu*, 1-2, 6-8.
- Witkowski, T. (1999). *Wprowadzenie do Skali Aktualizacji Siebie AS 5*. Lublin: ZPreh. KUL.