Magdalena Staniek
Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie
ORCID: 0009-0009-0544-5168

DOI: 10.24987/20838972.22.4

Poza zasadą neutralności. Etyczne aspekty psychoterapii osób doświadczających przemocy interpersonalnej

Wprowadzenie

Przemoc interpersonalna stanowi ważny problem społeczny w wielu krajach na całym świecie. Jest również jedną z istotnych przyczyn rozwoju poważnych zaburzeń psychicznych – przede wszystkim zespołu stresu pourazowego (PTSD), złożonego zespołu stresu pourazowego (C-PTSD), ale także zaburzeń depresyjnych, lękowych czy dolegliwości psychosomatycznych[1]. Wielu uczestników psychoterapii doświadczyło na jakimś etapie swojego życia krzywdzących zachowań: przemocy w dzieciństwie (ze strony opiekunów, rodzeństwa czy rówieśników), przemocy ze strony partnera intymnego, przemocy w miejscu pracy, dyskryminacji ze względu na płeć, orientację seksualną, wiek, status materialny czy niepełnosprawność. Te krzywdzące zachowania są w procesie terapii ujawniane i wymagają odpowiedniej reakcji psychoterapeuty. Takiej, która nie tylko wspiera proces zdrowienia, lecz również sprzyja odbudowie sprawczości, utraconej w wyniku przemocy. Reakcja ta jednak oznacza często przekroczenie tradycyjnie pojmowanej neutralności terapeutycznej i przyjęcie wyraźnej postawy moralnej. To zaś może wywoływać napięcia i wątpliwości etyczne.

W artykule podejmuję temat wyzwań, jakie przed terapeutą stawia ujawnienie przemocy interpersonalnej przez uczestnika psychoterapii.

[1] Bessel van der Kolk, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, tłum. Maria Załoga (Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2018); Judith Herman, *Trauma. Od przemocy domowej do terroru politycznego*, tłum. Piotr Cieślak (Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2018).

Analizuję koncepcję neutralności terapeutycznej w świetle naruszeń praw człowieka, omawiam konieczność uwzględniania praw i wolności człowieka w procesie terapii oraz przedstawiam ważność tego procesu dla osiągnięcia celów terapeutycznych w przypadku osób, które doświadczyły przemocy interpersonalnej.

Neutralność terapeutyczna wczoraj i dziś

Neutralność psychoterapeutyczna była tradycyjnie uznawana za jedną z fundamentalnych zasad prowadzenia psychoterapii. W klasycznym ujęciu oznaczała powstrzymywanie się przez terapeutę od wyrażania osobistych emocji, ocen czy reakcji – zarówno wobec pacjenta, jak i wobec jego doświadczeń czy działań. Koncepcja ta wywodzi się głównie z psychoanalizy klasycznej i nurtu psychodynamicznego, w których terapeuta odgrywał rolę „ekranu projekcyjnego", nieingerującego w wewnętrzne procesy pacjenta[2].

Rozumienie neutralności ewoluowało jednak na przestrzeni lat. Współcześnie zarówno teoretycy, jak i praktycy psychoterapii są zgodni co do tego, że absolutna neutralność nie jest możliwa[3], a ponadto niekiedy może być niepożądana. Jest tak w przypadkach, w których deklarowana neutralność terapeutyczna może zostać odebrana przez pacjenta jako dystansująca lub wręcz krzywdząca[4]. Co więcej, psychoterapia jest już w samej swej istocie osadzona w systemie aksjologicznym, uznającym zdrowie psychiczne za wartość, na rzecz której działa psychoterapeuta[5]. Niemniej niektóre aspekty neutralności terapeutycznej są nadal uznawane za pożądany komponent relacji terapeutycznej. Ważnym głosem w tej dyskusji jest stanowisko Charlesa Gelso i Katri Kanninen[6], którzy zrewidowali pojęcie neutralności i dokonali swoistego ponownego jej zdefiniowania. Wyróżnili oni pięć podstawowych znaczeń neutralności. Pierwsze mówi o neutralności rozumianej jako przyjęcie przez terapeutę pozycji obserwatora zachowującego postawę badawczą i niezaangażowaną emocjonalnie. Drugie znacznie zakłada nieopowiadanie się po żadnej stronie w wewnętrznych zmaganiach

[2] Arnold Hoffer, „Toward a Definition of Psychoanalytic Neutrality", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 33, nr 4 (1985): 771–795.

[3] Katarzyna Marchewka i Katarzyna Sikora, „Poza tabula rasa. Współczesne rozumienie postulatu neutralności światopoglądowej psychoterapeuty", *Psychoterapia* 4, nr 167 (2013): 67–78.

[4] Jacek Prusak, „Ciekawość Innego", w *Między konfesjonałem a kozetką*, red. Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś (Warszawa: Towarzystwo „Więź", 2010), 153–156.

[5] Marchewka i Sikora, *Poza tabula rasa*, 69.

[6] Charles J. Gelso i Katri Kanninen, „Neutrality Revisited: On the Value of Being Neutral within an Empathic Atmosphere", *Journal of Psychotherapy Integration* 27, nr 3 (2017): 330–341.

pacjenta. Trzecie – nieopowiadanie się po żadnej stronie w zewnętrznych konfliktach pacjenta. Czwarte znaczenie dotyczy kontrolowania własnych emocji przez terapeutę i unikania wpływania na emocje pacjenta. I piąte – „neutralność jako abstynencja" – mówi o powstrzymywaniu się przez terapeutę od zaspokajania potrzeb pacjenta. Gelso i Kanninen rozważają neutralność głównie w kontekście podejść psychodynamicznych, humanistyczno-empirycznych oraz integracyjnych. Nie odnoszą się też wprost do możliwych wyjątków od zasady neutralności – zwłaszcza w sytuacjach naruszeń praw człowieka. Przykładem może być ich opis zachowania terapeuty wobec pacjenta doświadczającego przemocy w relacji partnerskiej:

> Na przykład, gdy pacjent zgłębia bolesne emocje związane z zachowaniem małżonka lub partnera, które wydaje się emocjonalnie krzywdzące, ważne jest, aby nie opowiadać się po stronie pacjenta – ani werbalnie, ani niewerbalnie – przeciwko małżonkowi, mimo świadomej i nieświadomej presji, by to uczynić. [...] Neutralność w tym przykładzie sprzyja samopoznaniu, zamiast prowadzić do prostego obwiniania drugiej osoby[7].

W opozycji do takiego ujęcia neutralności terapeutycznej znajdują się podejścia z nurtu poznawczo-behawioralnego, a szczególnie ich trzeciofalowe odsłony, takie jak terapia schematów autorstwa Jeffreya Younga[8]. Jej głównym celem jest identyfikacja i modyfikacja tzw. wczesnych nieadaptacyjnych schematów, które powstają na skutek chronicznego niezaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych w dzieciństwie, nierzadko w wyniku przemocy, zaniedbania, deprywacji emocjonalnej czy wykluczenia społecznego[9]. Kluczowym aspektem, który odróżnia ten nurt terapeutyczny od klasycznego rozumienia neutralności, jest aktywna i empatyczna postawa terapeuty. Relacja opiera się na idei ograniczonego powtórnego rodzicielstwa, co oznacza, że terapeuta w procesie terapii dąży do zaspokojenia

[7] Gelso i Kanninen, „Neutrality Revisited", 333.

[8] To podejście terapeutyczne jest rozwinięciem klasycznego podejścia poznawczo-behawioralnego – łączy je z elementami teorii przywiązania, szeroko też czerpie z psychoterapii psychodynamicznej oraz terapii Gestalt. Zob. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko i Marjorie E. Weishaar, *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*, tłum. Olga Waśkiewicz (Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2015).

[9] Zależność pomiędzy doświadczeniem w dzieciństwie przemocy a obecnością nieadaptacyjnych schematów została potwierdzona w wielu badaniach i metaanalizach, m.in.: Paul D. Pilkington, Adele Bishop i Rami Younan, „Adverse Childhood Experiences and Early Maladaptive Schemas in Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Clinical Psychology & Psychotherapy* 28, nr 3 (2021): 569–584; Tim May, Rami Younan i Paul D. Pilkington, „Adolescent Maladaptive Schemas and Childhood Abuse and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Clinical Psychology & Psychotherapy* 29, nr 4 (2022): 1159–1171.

niezaspokojonych potrzeb pacjenta z dzieciństwa[10]. Zdecydowanie nie jest więc terapeutą niezaangażowanym ani neutralnym wobec doświadczeń uczestnika psychoterapii. W sposób jednoznaczny wypowiada się na temat krzywd, których pacjent doświadczył w swoim życiu. Dokonuje ocen tego, co jest dobre, a co złe. Wydarza się to zarówno w rozmowie terapeutycznej, jak i podczas wykonywania ćwiczeń typowych dla terapii schematów – reskrypcji wyobrażeniowej[11] czy pracy z trybami schematów[12]. Podczas reskrypcji wyobrażeniowej terapeuta odnosi się do krzywd, których pacjent doświadczył w dzieciństwie, często konfrontując się ze sprawcą przemocy; pracując zaś z trybami schematów, uczy trybu zdrowego dorosłego pacjenta, by pacjent umiał stawiać granice, bronić się wtedy, gdy ktoś go atakuje, i by nie zgadzał się na krzywdę. W ramach ograniczonego powtórnego rodzicielstwa jest dla pacjenta rodzicem, którego w dzieciństwie zabrakło – oznacza to, że nie może pozostawać obojętny. Gdyby takim był, w procesie terapii powtórzyłby doświadczenia krzywdzące i szkodliwe dla pacjenta i jego rozwoju.

Prawa człowieka jako kontekst psychoterapii

Psychoterapia jako forma profesjonalnego wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego nie istnieje w próżni społecznej ani aksjologicznej. Jednym z podstawowych kontekstów, w jakim się ona odbywa, jest sfera praw człowieka, w tym prawo do zdrowia. Prawo to – rozumiane jako dostęp do opieki zdrowotnej, w tym psychicznej, a także prawo do życia w warunkach

[10] İrem V. Gülüm i Gülden Soygüt, „Limited Reparenting as a Corrective Emotional Experience in Schema Therapy: A Preliminary Task Analysis", *Psychotherapy Research* 32, nr 2 (2022): 263–276.

[11] Reskrypcja wyobrażeniowa polega na modyfikowaniu emocjonalnego śladu traumatycznych lub trudnych doświadczeń z przeszłości poprzez ich ponowne przeżycie i nadanie im nowego znaczenia. Podczas reskrypcji terapeuta aktywnie ingeruje w scenę wyobrażeniową, często zatrzymując krzywdzące działanie i formułując jednoznaczne komunikaty o tym, że przemoc jest nieakceptowalna, niesprawiedliwa i nie była winą osoby doświadczającej jej w dzieciństwie lub w dorosłości. Oznacza to jednoznaczną rezygnację z neutralności – jego postawa staje się jawnym komunikatem etycznym: „To, co się wydarzyło, było złe. Nie zasłużyłeś/-aś na to. Byłem/byłam tam, by cię chronić", por. Remco van der Wijngaart, *Imagery Rescripting: Theory and Practice* (Howe, West Sussex: Pavilion Publishing and Media, 2021).

[12] Osobowość pacjenta w terapii schematów rozumiana jest jako całość złożona z różnych części (zwanych trybami), które – gdy są aktywne – odpowiadają za różne stany emocjonalne i różne zachowania pacjenta. Praca z trybami polega na osłabianiu dysfunkcyjnych części i wzmacnianiu zdrowej części, zwanej trybem zdrowego dorosłego, por. Arnoud Arntz i Gitta Jacob, *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*, tłum. Anna Pałynyczko-Ćwiklińska (Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2012).

umożliwiających zachowanie dobrostanu – zostało jednoznacznie uznane za prawo człowieka w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (art. 25 ust. 1)[13], Europejskiej Karcie Społecznej (art. 11)[14] czy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art. 68)[15]. Prawo do zdrowia nie funkcjonuje w izolacji. Dobrostan psychiczny jednostki jest głęboko powiązany z innymi prawami i wartościami, takimi jak bezpieczeństwo osobiste, wolność od przemocy, szacunek dla godności czy możliwość podejmowania autonomicznych decyzji. Dlatego też psychoterapia, jako forma profesjonalnej pomocy, często dotyka nie tylko sfery zdrowotnej, ale również obszarów, w których podstawowe prawa pacjenta zostały naruszone – czy to w relacjach interpersonalnych, czy w szerszym kontekście społecznym. W tym sensie psychoterapia nie jest wyłącznie relacją kliniczną, ale działaniem osadzonym w porządku społecznym i etycznym, w którym terapeuta realizuje także elementy polityki praw człowieka. Odniesienie do tych praw nie jest dodatkiem do procesu psychoterapeutycznego, lecz jego głęboko wpisanym kontekstem. Świadoma refleksja nad tym kontekstem staje się tym bardziej konieczna, że terapeuta bywa nie tylko świadkiem skutków naruszenia praw pacjenta, ale i osobą mogącą wspierać go w ich odzyskiwaniu.

Zagadnienie praw człowieka w kontekście psychoterapii obecne jest bardzo wyraźnie w dyskursie zachodnim – w krajach anglosaskich czy postkolonialnych (szczególnie w Ameryce Południowej). Badacze i praktycy psychoterapii uważność na kontekst praw człowieka uznają za immanentną część procesu terapeutycznego. W polskim namyśle nad etyką psychoterapii problematyka praw człowieka nie jest tak jednoznacznie zaznaczona – pojawia się w odniesieniu do możliwości naruszania praw człowieka przez terapeutę (co jest zagadnieniem niezwykle istotnym), mniej wyraźne jest jednak uwrażliwienie na naruszające i krzywdzące doświadczenia uczestników psychoterapii.

Brytyjski psychoterapeuta Dick Blackwell, pracujący między innymi z ofiarami terroru i uchodźcami, jednoznacznie stwierdza:

> Moje własne stanowisko leży mocno w ramach terapii jako części dyskursu walki o prawa człowieka. Terapia prowadzona poza tym

[13] Zgromadzenie Ogólne ONZ, *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, rezolucja 217 A (III), 10 grudnia 1948, dostęp 23 czerwca 2025, https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.

[14] Rada Europy, *Zrewidowana Europejska Karta Społeczna*, Strasburg, 3 maja 1996 r., *Europejski Zbiór Traktatów*, nr 163, dostęp 23 czerwca 2025, https://rm.coe.int/europejska-karta-spoleczna/16808b6383.

[15] Rzeczpospolita Polska, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483, dostęp 23 czerwca 2025, https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/O/D19970483.pdf.

> dyskursem zawsze prawdopodobnie odczłowieczy i wyobcuje ofiary i osoby, które już cierpią z powodu odczłowieczenia i wyobcowania. Cała terapia jest, moim zdaniem, działalnością polityczną. Nie ma neutralnego, oderwanego, obiektywnego lub bezstronnego stanowiska[16].

Stanowisko Blackwella nie jest nowością. Zagadnienie praw człowieka wkroczyło w obszar psychoterapii i psychiatrii w latach 70. XX wieku, wraz z rozwojem ruchów kobiecych oraz walką weteranów amerykańskich o wprowadzenie diagnozy zespołu stresu pourazowego do klasyfikacji diagnostycznych. Na szczególną uwagę zasługują amerykańscy badacze traumy – Bessel van der Kolk i Judith Herman. To oni podkreślali, że trudne objawy psychopatologiczne obserwowane u niektórych pacjentów nie wynikają z ich wewnętrznych struktur, lecz są skutkiem tego, czego te osoby doświadczyły od innych ludzi. Herman jako jedna z pierwszych zwróciła uwagę na swoistą nieprzystawalność kategorii diagnostycznych, znajdujących się w klasyfikacjach, do realiów życia osób krzywdzonych. Napisała między innymi: „Utrzymujący się lęk, fobie i panika u ludzi, którzy przeżyli traumę, są czymś innym niż zwyczajne stany lękowe”[17]. Współcześnie wydaje się oczywiste, że objawy potraumatyczne nie stanowią recenzji osoby, która ich doświadcza, lecz są swoistą, normalną odpowiedzią na nienormalną sytuację. Akcentowanie zaś tego wątku wydaje się nadrzędnym zadaniem terapeuty. Kenneth S. Pope, amerykański psycholog i autor wielu tekstów dotyczących etyki w zawodzie psychologa i psychoterapeuty, stwierdza jednoznacznie: „Prawa człowieka stanowią sedno pracy, którą wykonujemy jako terapeuci”[18].

Kenneth S. Pope, Melba J. T. Vasquez i Nayeli Y. Chavez-Dueñas w podręczniku *Ethics in Psychotherapy and Counseling* odwołują się do *Powszechnej deklaracji zasad etycznych dla psychologów*[19] i formułują następujące zalecenie dla psychoterapeutów: „Zajmij się skutkami rasizmu, antysemityzmu i innych form ucisku na przedstawiane problemy i zintegruj je z wykonalnym planem leczenia. Pomóż klientom nie obwiniać się, a zamiast tego pomóż

[16] David Blackwell, „Torture, Trauma and Human Rights: Psychotherapy with Victims of Torture and Organized Violence”, *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Rational Psychoanalysis* 9 (2009): 286–287.

[17] Blackwell, „Torture, Trauma and Human Rights”, 147.

[18] Kenneth S. Pope, Melba J. T. Vasquez, Nayeli Y. Chavez Dueñas i Hector Y. Adames, *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*, 6th ed. (Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2021), 389.

[19] Międzynarodowa Unia Nauk Psychologicznych i Międzynarodowe Stowarzyszenie Psychologii Stosowanej, *Powszechna Deklaracja Zasad Etycznych dla Psychologów*, Berlin, 22 i 26 lipca 2008 r., dostęp 23 czerwca 2025, https://www.iupsys.net/about/declarations/universal-declaration-of-ethical-principles-for-psychologists.

im uzewnętrznić ich ucisk – innymi słowami, przerzuć ciężar na instytucje i systemy, które tworzą i utrzymują ucisk"[20].

Autorzy zalecenia wskazują tym samym, że właściwy przebieg procesu psychoterapii nie jest możliwy bez uwzględnienia kontekstu społecznego, w tym kontekstu naruszeń praw człowieka, a naruszenia te wymagają odpowiedniego uwzględniania w procesie psychoterapii. Naruszenia praw człowieka są przyczyną diagnozowania zaburzeń psychicznych, są również przyczyną wytworzenia się dysfunkcyjnych schematów. Schematy takie, jak podporządkowanie, izolacja społeczna czy wstyd i wadliwość, mogą mieć swoje źródło nie tylko w środowisku rodzinnym i w relacjach z opiekunami, lecz także w doświadczeniu opresji i przemocy, np. rasizmu, seksizmu, homofobii, przemocy instytucjonalnej czy rówieśniczej[21]. Różne konteksty psychoterapii jasno więc pokazują, że nie jest możliwe uprawianie psychoterapii poza kontekstem praw człowieka, a zaprzeczanie temu kontekstowi oznaczać może niepełne zrozumienie sytuacji życiowej uczestnika psychoterapii.

Przeciw zasadzie neutralności

Przemoc, dyskryminacja, nierówne traktowanie oraz inne krzywdzące i traumatyzujące doświadczenia, które spotykają uczestników psychoterapii, wytwarzają sytuację, w której psychoterapeuta jest zmuszony do zajęcia jakiegoś stanowiska. Herman pisze: „kiedy traumatyczne zdarzenia są zaprojektowane przez ludzi, świadek zostaje pochwycony w konflikt między ofiarą i sprawcą. Moralną niemożliwością jest pozostać neutralnym wobec tego konfliktu"[22]. Niemożliwość ta wiąże się z tym, że bycie neutralnym wobec przemocy w istocie rzeczy oznaczałoby stawanie się sojusznikiem sprawcy. To, czego oczekuje i na co liczy sprawca, to milczenie. Manuel Llorens w książce *Politically Reflective Psychotherapy*, pisze:

> Kiedy dochodzi do niebezpiecznej, niesprawiedliwej sytuacji, milczenie terapeuty przyczynia się do utrzymania nierównowagi w niezmienionym stanie i kończy się na faworyzowaniu sprawcy. Terapeuta staje się cichym świadkiem. Jeśli pójdzie dalej i zinterpretuje przyczyny tego, co się dzieje, jako indywidualne cechy ofiary, taka interpretacja pozwala

[20] Pope, Vasquez, Chavez Dueñas i Adames, *Ethics in Psychotherapy and Counseling*, 391.

[21] Bruno Luiz Avelino Cardoso, Kelly Paim, Remiro Figueiredo Catelan i Ethan Liebross, „Minority Stress and the Inner Critic/Oppressive Sociocultural Schema Mode among Sexual and Gender Minorities", *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues* 42 (2023): 19991–19999.

[22] Herman, *Trauma*, 20.

postrzegać nierównowagę jako naturalny przebieg wydarzeń lub jako odpowiedzialność ofiary[23].

Współczesne kodeksy etyczne psychoterapeutów, zarówno międzynarodowe, jak i krajowe, jednoznacznie wskazują na zakaz legitymizowania przemocy. Wymagają one od terapeuty postawy, która nie tylko nie toleruje przemocy, ale aktywnie chroni przed jej skutkami osoby jej doświadczające. *Kodeks etyczny* Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej wskazuje, że terapeuta zobowiązany jest działać w najlepszym interesie pacjenta, przy zachowaniu szacunku dla jego godności i praw, „zobowiązany jest przeciwstawiać się praktykom niehumanitarnym lub dyskryminującym osobę czy grupę osób" oraz „zobowiązany jest reagować zgodnie z obowiązującymi przepisami na znane mu fakty łamania prawa, w tym w szczególności przemocy lub nadużyć o charakterze seksualnym"[24]. *Kodeks etyczny* Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odnosi się do kwestii przemocy i innych naruszeń w kilku miejscach. Wskazuje między innymi, że „[p]sychoterapeuta nie może brać udziału w działaniach, które prowadzą do zachowań dyskryminujących ze względu na wiek, płeć, rasę, narodowość, religię, światopogląd, pochodzenie, niepełnosprawność czy orientację seksualną". Ponadto w części dotyczącej terapii par i rodzin znajdują się słowa: „Zasada neutralności nie dotyczy sytuacji przemocy w rodzinie lub parze" oraz „W razie wystąpienia przemocy pomiędzy uczestnikami terapii, psychoterapeuta jest zobowiązany do podjęcia działań mających na celu ochronę osoby będącej ofiarą przemocy, nawet gdyby to wymagało opowiedzenia się po jednej ze stron będących w konflikcie systemów wartości"[25]. Również dokumenty międzynarodowe, między innymi *Code of Ethics* Amerykańskiego Towarzystwa Terapii Małżeństw i Rodzin[26], jednoznacznie akcentują obowiązek ochrony pacjentów przed nadużyciami i przemocą oraz konieczność uznania nierównowagi sił, jaka może występować w relacji terapeutycznej lub między uczestnikami terapii.

[23] Llorens Manuel, *Politically Reflective Psychotherapy: Towards a Contextualized Approach*, *Latin American Voices* (Cham: Springer Nature Switzerland AG, 2020), 93.

[24] Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, *Kodeks etyczny*, dostęp 20 czerwca 2025, https://www.pttpb.pl/aktualnosci/zaktualizowana-wersja-kodeksu-etyki-pttpb-i-standardow-pttpb-25-05-2024-55.

[25] Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, *Kodeks etyczny*, dostęp 20 czerwca 2025, https://sntr.org.pl/kodeks-etyczny/.

[26] American Association for Marriage and Family Therapy, *AAMFT Code of Ethics*, Alexandria, VA: AAMFT, 2015, dostęp 20 czerwca 2025, https://www.aamft.org/Legal_Ethics/Code_of_Ethics.aspx.

W tym sensie etyka psychoterapii opowiada się nie tylko przeciwko przemocy, ale także przeciwko iluzji neutralności – zwłaszcza tam, gdzie milczenie oznacza współudział. Właściwie rozumiana postawa etyczna terapeuty polega nie na bezstronności, ale na stanięciu po stronie wartości: ochrony osób krzywdzonych, przeciwdziałania nadużyciom i wspierania procesów odzyskiwania sprawczości. Terapeuta nie stoi „gdzieś pomiędzy", lecz zawsze – świadomie lub nie – zajmuje stanowisko. Etyka zawodowa nakazuje, by był to wybór po stronie ochrony godności i integralności osoby ludzkiej.

Istotnym wkładem w rozumienie neutralności terapeutycznej mogą być słowa Judith Herman, która oddziela „neutralność w działaniu" od „neutralności w znaczeniu moralnym"[27]. Praca z osobami skrzywdzonymi wymaga przyjęcia określonej postawy moralnej: opowiedzenia się po stronie ofiar. Herman mówi dalej o swoistym akcie powołania terapeuty na „świadka przestępstwa"[28], a od świadka oczekuje się, że dokona rzetelnej oceny faktów, których był obserwatorem. W gabinecie terapeuty ów akt stawania się świadkiem przestępstwa ma tym istotniejsze znaczenie, im bardziej niepewny co do oceny doświadczonych czynów jest pokrzywdzony. Zjawiskiem powszechnym w przypadku osób pokrzywdzonych przemocą interpersonalną jest przypisywanie sobie winy za krzywdę i przemoc, podejmowanie prób zmiany siebie na osobę, która nie będzie wywoływać w sprawcy aktów przemocy, czy wreszcie duża niepewność i obawa w stosunku do własnych reakcji[29] – obawa o przewrażliwienie, nadmierne reagowanie czy wreszcie niewłaściwy osąd sytuacji. Emocjonalna trudność, z jaką osoby krzywdzone przemocą interpersonalną przychodzą do gabinetu psychoterapeuty, wymaga zdecydowanego zaopiekowania się ich emocjami i obawami – zaczyna się to od porzucenia postawy neutralnej.

Psychoterapia – akt sprawiedliwości

Doświadczenie przemocy interpersonalnej przez uczestnika psychoterapii oznacza konieczność poruszenia tego wątku w procesie leczenia, niezależnie od tego, czy przemoc dzieje się aktualnie w życiu pacjenta, czy też doświadczył jej w przeszłości. W książce *Prawda i odnowa. Wizje nowej sprawiedliwości według ocalałych* Judith Herman pisze: „Zgodnie z najważniejszą zasadą sprawiedliwości ocalałych pragną oni uzyskać od swych społeczności

[27] Herman, *Trauma*, 162.

[28] *Ibidem*.

[29] Dale T. Miller, Carol A. Porter, „Self-Blame in Victims of Violence", *Journal of Social Issues* 39, nr 2 (1983): 139–152.

potwierdzenie, że wyrządzone zostało im zło"[30]. O tym, jak ważna jak odbudowa poczucia sprawiedliwości w pracy z ofiarami krzywdzenia, badaczka pisała już w swoich wcześniejszych pracach: „[Terapeuta] musi rozumieć fundamentalną niesprawiedliwość wpisaną w traumatyczne doświadczenie i potrzebę rozwiązania, które chociaż częściowo pozwoli odbudować poczucie sprawiedliwości"[31].

Poczucie sprawiedliwości i stojąca za nim głębiej jej potrzeba coraz częściej podnoszone są przez psychologów jako jedne z podstawowych potrzeb ludzkich[32]. Hamlin i Wynn[33] w eksperymentach z udziałem dzieci (również niewerbalnych niemowlaków) udowodnili, że dzieci preferują dorosłych, którzy zachowują się w sposób społeczny, a nie aspołeczny. Jest to ważny argument potwierdzający, iż potrzeba sprawiedliwości jest wrodzona i wczesna. Podobnych wniosków dostarczają między innymi badania prowadzone przez Lucca z zespołem[34] czy Ziv i Sommerville[35]. Najnowsze wskazania w terapii schematów dotyczą uwzględnienia potrzeby uczciwości (ang. *the Need for Fairness*) w bazie podstawowych potrzeb[36]. Niezaspokojenie potrzeby sprawiedliwości w dzieciństwie – podkreślają badacze – może prowadzić do rozwoju trudności emocjonalnych w dorosłości. Uwzględnienie tej potrzeby jako jednej z podstawowych potrzeb ludzkich oznacza, że jej zaspokojenie jest istotne dla dobrostanu jednostki w toku całego życia.

Zaspokojenie potrzeby sprawiedliwości wydaje się szczególnie istotne w przypadku osób, które w swoim życiu doświadczyły wielu niesprawiedliwości, a do takich doświadczeń należy przemoc interpersonalna. Ofiary tej przemocy oczekują i potrzebują uznania swojego cierpienia. Nie będzie to możliwe, jeśli terapeuta nie określi swojego stanowiska wobec krzywdy,

[30] Judith Herman, *Prawda i odnowa. Wizje nowej sprawiedliwości według ocalałych*, tłum. P. Cieślak (Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2025), 71.

[31] Herman, *Trauma*, 162.

[32] Ronald Fischer i Linda J. Skitka, „Justice: Social-Psychological Perspectives", w *Justice as a Basic Human Need*, red. A. J. W. Taylor (New York: Nova Science Publishers, 2006), 85–93.

[33] J. Kiley Hamlin i Karen Wynn, „Young Infants Prefer Prosocial to Antisocial Others", *Cognitive Development* 26, nr 1 (2011): 30–39.

[34] Kelsey Lucca, Jacqueline Pospisil i Jessica A. Sommerville, „Fairness Informs Social Decision Making in Infancy", *PLoS ONE* 13, nr 2 (2018).

[35] Talee Ziv, Jessica A. Sommerville, „Developmental Differences in Infants' Fairness Expectations From 6 to 15 Months of Age", *Child Development* 88, nr 6 (2017): 1930–1951.

[36] Arnoud Arntz, Marleen Rijkeboer, Edward Chan, Eva Fassbinder, Alp Karaosmanoglu, Christopher William Lee i Marta Panzeri, „Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup", *Cognitive Therapy and Research* 45 (2021): 1007–1020.

która je spotkała. W wymiarze praktycznym oznacza to nazwanie przemocy po imieniu. Herman wskazuje na dwa ważne działania pozwalające przywrócić wiarę w porządek świata i sprawiedliwość ofiarom przemocy: rozpoznanie oraz zadośćuczynienie[37]. Proces psychoterapii nie zawsze prowadzi do zadośćuczynienia w dosłownym tego słowa rozumieniu, zawsze jednak ma możliwość przysłużenia się rozpoznaniu. Rozpoznanie w relacji terapeutycznej oznacza bowiem nazwanie, często wyrażające się w prostych słowach („to, co cię spotkało, to była przemoc/dyskryminacja", „to był akt homofobii"). Takie stanowisko nie tylko jest wsparciem dla procesu zmiany schematów, ale również działa na rzecz przywrócenia moralnego ładu zaburzonego przez doświadczenie przemocy. Neutralność w tym kontekście mogłaby oznaczać powtórzenie milczenia, które często towarzyszyło pierwotnej traumie – milczenia dorosłych, systemu, otoczenia. Z kolei jednoznaczne opowiedzenie się po stronie osoby skrzywdzonej daje jej symboliczne (a niekiedy także egzystencjalne) doświadczenie sprawiedliwości i uznania.

Pope i inni podkreślają, że uwzględnienie roli opresji w życiu osób korzystających z psychoterapii jest zgodne z zasadą poszanowania godności człowieka i może wpłynąć na podniesienie jakości pracy terapeutycznej[38]. Może też wpłynąć na większą precyzję w stawianiu diagnoz klinicznych. Brown i Freyd[39], analizując rozumienie kryterium A w diagnozie PTSD[40], podkreślają: „ponieważ diagnoza jest zarówno przedsięwzięciem etycznym, jak i politycznym, diagnozowanie ma potencjał, aby uciszyć i osłabić cierpiących ludzi lub stworzyć doświadczenie widzialności, głosu i wzmocnienia"[41]. Brown i Freyd postulują, by do kryterium A włączyć doświadczenia

[37] Herman, *Trauma*, 93.

[38] Pope, Vasquez, Chavez Dueñas i Adames, *Ethics in Psychotherapy and Counseling*.

[39] Laura Brown i Jennifer Freyd, „PTSD Criterion A and Betrayal Trauma: A Modest Proposal for a New Look at What Constitutes Danger to Self", *Trauma Psychology, Division 56, American Psychological Association, Newsletter* 3, nr 1 (2008): 11–15.

[40] Kryterium A jest wskaźnikiem do diagnozy PTSD i mówi o tym, że: „Osoba była narażona na śmierć, zagrożenie śmiercią, poważny uraz lub przemoc seksualną, w jeden (lub więcej) z poniższych sposobów: bezpośrednie doświadczenie traumatycznego zdarzenia, bycie świadkiem zdarzenia, które przydarzyło się komuś innemu, dowiedzenie się, że traumatyczne zdarzenie przydarzyło się bliskiej osobie (członek rodziny, bliski przyjaciel) – w przypadku śmierci, musi być ona nagła lub brutalna (np. wypadek, zabójstwo), powtarzająca się lub ekstremalna ekspozycja na drastyczne szczegóły traumatycznych zdarzeń (np. ratownik, policjant, technik analizujący zdjęcia z miejsca zbrodni)" – zob. American Psychiatric Association, *Diagnostyczno-statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych: DSM-5*, tłum. A. Szudy-Szczyrek et al., red. Piotr Gałecki, Joanna Rymaszewska, Agata Szulc, Sławomir Sidorowicz i Jacek Wciórka (Wrocław: Edra Urban & Partner, 2018), 330.

[41] Brown i Freyd, „PTSD Criterion", 12.

związane z traumą zdrady[42]. Nieuznawanie tego doświadczenia jako krzywdzącego dla jednostki i traumatyzującego prowadzi do wytworzenia rzeczywistości, w której ktoś przeżył coś, co wydało mu się traumatyczne, a mimo to spotyka się z unieważnieniem ze strony klinicysty – pacjent nie znajduje w nim sojusznika. Większa precyzja w stawianiu diagnoz oznacza tym samym lepsze dostosowanie interwencji do potrzeb i indywidualnych uwarunkowań klienta. Nierozpoznanie opresji i przemocy oznacza zaś – zwykle nieumyślne – obarczenie klienta winą za własne cierpienie[43].

Uznanie cierpienia klienta przyczynia się też do odpatologizowania trudności, z którymi się on mierzy. Na przykład lęk społeczny, który czuje osoba prześladowana i dyskryminowana w miejscu pracy, nie oznacza zaburzenia zgodnego z definicją klasyfikacji diagnostycznych – lęk taki jest zrozumiałą i adekwatną reakcją na nienormalne i opresyjne warunki[44]. Jak podkreśla Bruce Wampold[45], to właśnie kontekst, w jakim występują objawy, oraz znaczenie nadawane im przez klienta i terapeutę mają kluczowe znaczenie w procesie leczenia. W modelu kontekstualnym Wampolda skuteczność psychoterapii nie wynika wyłącznie z technik terapeutycznych, lecz przede wszystkim z jakości relacji terapeutycznej, empatycznego rozumienia oraz poczucia bycia wysłuchanym i zrozumianym. Takie podejście umożliwia redukcję objawów, przywrócenie poczucia sprawczości i godności klientowi, który doświadczał systemowej niesprawiedliwości. W tym ujęciu terapeuta może odgrywać rolę „moralnego świadka" – osoby, która nie tylko towarzyszy, lecz także aktywnie uczestniczy w potwierdzaniu realności i wagi cierpienia klienta. Takie uznanie może działać naprawczo, w szczególności w przypadku osób, które przez długi czas spotykały się z zaprzeczaniem lub minimalizowaniem własnych doświadczeń.

Swego rodzaju moralnym świadkiem jest również terapeuta schematów, który z samej swej istoty nie jest neutralnym i biernym obserwatorem życia. Przeciwnie – jest autentyczny i zaangażowany w życie pacjenta. Zdecydowanie nazywa krzywdę, niesprawiedliwość czy dyskryminację, których

[42] Teoria traumy zdrady zakłada, że osoby, które doświadczyły wykorzystania bez użycia przemocy, również doświadczyły traumy i mogą doświadczać objawów PTSD. Istotą traumatyzującego doświadczenia jest w takiej sytuacji zdrada zaufania – może się ona wydarzyć w sytuacji, w której ktoś zakłada, że druga osoba zadba o jego dobro i interesy, tymczasem rzeczywistość pokazuje coś innego – krzywdę i wykorzystanie. Zob. Brown i Freyd, „PTSD Criterion".

[43] Pope, Vasquez, Chavez Dueñas i Adames, *Ethics in Psychotherapy and Counseling*.

[44] Hector Y. Adames, Nayeli Y. Chavez-Dueñas, Shweta Sharma i Martin J. La Roche, „Intersectionality in Psychotherapy: The Experiences of an AfroLatinx Queer Immigrant", *Psychotherapy* 55, nr 1 (2018): 73–79.

[45] Bruce E. Wampold, „How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An Update", *World Psychiatry* 14, nr 3 (2015): 270–277.

doświadczył pacjent. Przede wszystkim terapeuta jest rzecznikiem trybu wrażliwego dziecka pacjenta i wykonując pracę wyobrażeniową, zdecydowanie wypowiada się przeciwko oprawcom, chroni pacjenta przed krzywdzicielami i przypomina mu, że nie jest jego winą ani odpowiedzialnością to, co go spotkało[46]. Jednoznaczne wskazanie odpowiedzialnych za wyrządzone krzywdy i zwolnienie z tej odpowiedzialności ofiar jest ważnym aktem sprawiedliwości oraz służy zdrowieniu osób krzywdzonych.

Wspieranie ofiar przemocy – etyczne komplikacje

Uznanie krzywdy, której doświadczyła lub doświadcza ofiara, jest aktem stania się sojusznikiem krzywdzonych. Ma to niezwykle ważne znaczenie chociażby w wymiarze językowym. Samo nazwanie przemocy przemocą, a nie konfliktem czy nieporozumieniem, jest już przyjęciem etycznej postawy i aktem dbałości o porządek świata. Spotkanie się jednak z przemocą może nastręczać wiele dodatkowych dylematów. Jeden z wyraźniejszych dylematów może się pojawić podczas wspierania ofiar przemocy ze strony partnera intymnego (ang. *intimate partner violence*, IPV). Osoba zgłaszająca się po pomoc ze względu na IPV zwykle chce znaleźć sposób na to, by przemoc się zakończyła. Naturalne wydaje się w takiej sytuacji świadczenie profesjonalnej pomocy, która może doprowadzić do opuszczenia krzywdzącej relacji. Jednocześnie jednak świadomość mechanizmów typowych dla przemocy nakazuje klinicyście pamiętać o tym, że moment odchodzenia od sprawcy przemocy jest jednym z najbardziej ryzykownych momentów dla osoby krzywdzonej – część porzuconych sprawców decyduje się wówczas na dokonanie zabójstwa[47]. Z drugiej zaś strony dawanie wsparcia psychologicznego bez ukierunkowania na opuszczenie relacji przemocowej może oznaczać wspieranie ofiary w trwaniu w krzywdzącej dla niej relacji[48].

Podobny dylemat może się pojawić w przypadku wspierania osób należących do społeczności LGBTQ+. Osoby te narażone są na różne formy przemocy – od jawnej agresji fizycznej czy werbalnej, przez przemoc symboliczną i strukturalną, aż po tzw. mikroagresję[49]. Część pacjentów doświadcza

[46] Wendy T. Behary, Joan M. Farrell, Alexandre Vaz i Tony Rousmaniere, *Celowa praktyka w terapii schematów*, tłum. R. Mitoraj (Wrocław: Edra Urban & Partner, 2025).

[47] Szerzej o tym pisze: Justyna Tomczyk, *Nie myśl, że odejdziesz... Wprowadzenie do problematyki przemocy postseparacyjnej* (Kraków: Wydawnictwo Libron, 2024).

[48] Kristin D. McLaughlin, „Ethical Considerations for Clinicians Treating Victims and Perpetrators of Intimate Partner Violence", *Ethics & Behavior* 27, nr 1 (2017): 43–52.

[49] Kevin L. Nadal, Chassitty N. Whitman, Lindsey Davis i Kristin C. Davidoff, „Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature", *The Journal of Sex Research* 53, nr 4 (2016): 1–21.

odrzucenia ze strony rodziny, marginalizacji społecznej lub trudności w dostępie do opieki zdrowotnej. W kontekście psychoterapii wielu z nich mierzy się z pytaniami dotyczącymi ujawniania swojej tożsamości psychoseksualnej. W takich sytuacjach wartości, takie jak równość czy prawo do ekspresji siebie, mogą kolidować z realnymi zagrożeniami związanymi z bezpieczeństwem fizycznym lub emocjonalnym. Wsparcie oferowane przez psychoterapeutę wymaga więc szczególnego namysłu etycznego.

Oczywiste z punktu widzenia praw człowieka i etyki zawodu jest to, że psychoterapeuta nie może pozostawać neutralny wobec przemocy. Stanięcie po stronie osoby krzywdzonej – poprzez uznanie jej doświadczenia, nazwanie przemocy po imieniu i nielegitymizowanie jej – to fundament odpowiedzialnej praktyki. Jednak w pracy klinicznej ten etyczny imperatyw spotyka się z rzeczywistością, w której działania podejmowane w dobrej wierze mogą prowadzić do niezamierzonych konsekwencji. Wsparcie musi być nie tylko moralnie słuszne, ale także bezpieczne – dopasowane do sytuacji życiowej pacjenta i jego zasobów oraz wystąpienia możliwych skutków. Terapeuta, działając w imię wartości takich jak sprawiedliwość, godność i ochrona przed krzywdą, musi jednocześnie chronić inne wartości: autonomię, prawo do decyzji we własnym tempie oraz realne bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne pacjenta. Etyka pracy z osobami doświadczającymi przemocy nie polega zatem wyłącznie na jednoznacznym „stawaniu po stronie dobra", lecz na uważnym balansowaniu między odwagą a ostrożnością – tak, aby pomoc nie stała się źródłem kolejnej traumy[50].

Podsumowanie

Doświadczenie przemocy interpersonalnej stanowi jedno z najgłębiej traumatyzujących przeżyć jednostki. Wkroczenie tego doświadczenia w przestrzeń relacji terapeutycznej pociąga za sobą określone konsekwencje etyczne, wykraczające poza ramy jedynie klinicznego oddziaływania. Psychoterapeuta nie powinien pozostawać obojętny wobec przemocy – zarówno większość współczesnych kodeksów etycznych, jak i stanowiska badaczy zajmujących się przecięciem psychoterapii, etyki i praw człowieka to potwierdzają. Często to właśnie gabinet terapeutyczny staje się miejscem pierwszego ujawnienia doświadczenia krzywdy – i tym samym przestrzenią, w której uruchamia się proces rozpoznania, nazwania i uznania cierpienia.

[50] Joshua M. Wilson, Jenny E. Fauci i Lisa A. Goodman, „Bringing Trauma-Informed Practice to Domestic Violence Programs: A Qualitative Analysis of Current Approaches", *American Journal of Orthopsychiatry* 85, nr 6 (2015): 586–599.

Pierwsza reakcja psychoterapeuty może zatem pełnić funkcję inicjującą dalszy proces zdrowienia lub może doprowadzić do jego zahamowania. Nazwanie doświadczanej przemocy wprost, bez eufemizmów (np. „konflikt" czy „nieporozumienie"), może dla osoby krzywdzonej stanowić pierwszy krok ku uznaniu cierpienia i odbudowie sprawczości. W tym sensie postawa terapeuty nie jest całkowicie neutralna: język, jakim opisywane jest doświadczenie uczestnika psychoterapii, staje się częścią interwencji. Brak reakcji, milczenie lub unikanie tematu staje się w istocie formą biernego sprzymierzenia się z opresją.

Z drugiej strony reagowanie na przemoc nie może odbywać się w oderwaniu od kontekstu klinicznego i osobistego pacjenta. Interwencje terapeutyczne muszą godzić wartości takie jak sprawiedliwość, godność czy prawo do wolności od przemocy z dbałością o bezpieczeństwo uczestnika psychoterapii. W konsekwencji, choć zajęcie jednoznacznego stanowiska przeciwko przemocy jest zgodne z uniwersalnymi prawami człowieka, praktyka kliniczna wymaga od terapeuty wysokiego poziomu refleksyjności etycznej, elastyczności i wrażliwości na kontekst.

Bibliografia

Adames, Hector Y., Nayeli Y. Chavez-Dueñas, Shweta Sharma i Martin J. La Roche. „Intersectionality in Psychotherapy: The Experiences of an AfroLatinx Queer Immigrant". *Psychotherapy* 55, nr 1 (2018): 73–79.

American Association for Marriage and Family Therapy. *AAMFT Code of Ethics*. Alexandria, VA: AAMFT, 2015. Dostęp 20 czerwca 2025. https://www.aamft.org/Legal_Ethics/Code_of_Ethics.aspx.

American Psychiatric Association, *Diagnostyczno-statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych: DSM-5*. Tłumacze A. Szudy-Szczyrek et al. Redaktorzy wydania polskiego Piotr Gałecki, Joanna Rymaszewska, Agata Szulc, Sławomir Sidorowicz i Jacek Wciórka. Wrocław: Edra Urban & Partner, 2018.

Arntz, Arnoud, i Gitta Jacob. *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. Tłumacz Anna Pałynyczko-Ćwiklińska. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2012.

Arntz, Arnoud, Marleen Rijkeboer, Edward Chan, Eva Fassbinder, Alp Karaosmanoglu, Christopher William Lee i Marta Panzeri. „Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup". *Cognitive Therapy and Research* 45 (2021): 1007–1020.

Behary, Wendy T., Joan M. Farrell, Alexandre Vaz i Tony Rousmaniere. *Celowa praktyka w terapii schematów*. Tłumacz R. Mitoraj. Wrocław: Edra Urban & Partner, 2025.

Blackwell, David. „Torture, Trauma and Human Rights: Psychotherapy with Victims of Torture and Organized Violence". *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Rational Psychoanalysis* 9 (2009): 286–287.

Brown, Laura S., i Jennifer L. Freyd. „PTSD Criterion A and Betrayal Trauma: A Modest Proposal for a New Look at What Constitutes Danger to Self". *Trauma Psychology, Division 56, American Psychological Association, Newsletter* 3, nr 1 (2008): 11–15.

Cardoso, Bruno Luiz Avelino, Kelly Paim, Remiro Figueiredo Catelan i Ethan Liebross. „Minority Stress and the Inner Critic/Oppressive Sociocultural Schema Mode among Sexual and Gender Minorities". *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues* 42 (2023): 19991–19999.

Fischer, Ronald, i Linda J. Skitka. „Justice: Social-Psychological Perspectives". W *Justice as a Basic Human Need*, redaktor A. J. W. Taylor, 85–93. New York: Nova Science Publishers, 2006.

Gelso, Charles J., i Katri Kanninen. „Neutrality Revisited: On the Value of Being Neutral within an Empathic Atmosphere". *Journal of Psychotherapy Integration* 27, nr 3 (2017): 330–341.

Gülüm, İrem V., i Gülden Soygüt. „Limited Reparenting as a Corrective Emotional Experience in Schema Therapy: A Preliminary Task Analysis". *Psychotherapy Research* 32, nr 2 (2022): 263–276.

Hamlin, J. Kiley, i Karen Wynn. „Young Infants Prefer Prosocial to Antisocial Others". *Cognitive Development* 26, nr 1 (2011): 30–39.

Herman, Judith. *Prawda i odnowa. Wizje nowej sprawiedliwości według ocalałych*. Tłumacz Piotr Cieślak. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2025.

Herman, Judith. *Trauma. Od przemocy domowej do terroru politycznego*. Tłumacz Piotr Cieślak. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2018.

Hoffer, Arnold. „Toward a Definition of Psychoanalytic Neutrality". *Journal of the American Psychoanalytic Association* 33, nr 4 (1985): 771–795.

Międzynarodowa Unia Nauk Psychologicznych i Międzynarodowe Stowarzyszenie Psychologii Stosowanej. *Powszechna Deklaracja Zasad Etycznych dla Psychologów*. Berlin, 22 i 26 czerwca 2008. Dostęp 23 czerwca 2025. https://www.iupsys.net/about/declarations/universal-declaration-of-ethical-principles-for-psychologists/.

Lucca, Kelsey, Jacqueline Pospisil i Jessica A. Sommerville. „Fairness Informs Social Decision Making in Infancy". *PLoS ONE* 13, nr 2 (2018).

Manuel, Llorens. *Politically Reflective Psychotherapy: Towards a Contextualized Approach*. Latin American Voices. Cham: Springer Nature Switzerland AG, 2020.

Marchewka, Katarzyna, i Katarzyna Sikora. „Poza tabula rasa. Współczesne rozumienie postulatu neutralności światopoglądowej psychoterapeuty". *Psychoterapia* 4, nr 167 (2013): 67–78.

May, Tim, Rami Younan i Paul D. Pilkington. „Adolescent Maladaptive Schemas and Childhood Abuse and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Clinical Psychology & Psychotherapy* 29, nr 4 (2022): 1159–1171.

McLaughlin, Kristin D. „Ethical Considerations for Clinicians Treating Victims and Perpetrators of Intimate Partner Violence". *Ethics & Behavior* 27, nr 1 (2017): 43–52.

Miller, Dale T., i Carol A. Porter. „Self-Blame in Victims of Violence". *Journal of Social Issues* 39, nr 2 (1983): 139–152.

Nadal, Kevin L., Chassitty N. Whitman, Lindsey Davis i Kristin C. Davidoff. „Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature". *The Journal of Sex Research* 53, nr 4 (2016): 1–21.

Pilkington, Paul D., Adele Bishop i Rami Younan. „Adverse Childhood Experiences and Early Maladaptive Schemas in Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Clinical Psychology & Psychotherapy* 28, nr 3 (2021): 569–584.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. *Kodeks etyczny*. Dostęp 20 czerwca 2025. https://sntr.org.pl/kodeks-etyczny/.

Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej. *Kodeks etyczny*. Dostęp 20 czerwca 2025. https://www.pttpb.pl/aktualnosci/zaktualizowana-wersja-kodeksu-etyki-pttpb-i-standardow-pttpb-25-05-2024-55.

Pope, Kenneth S., Melba J. T. Vasquez, Nayeli Y. Chavez Dueñas i Hector Y. Adames. *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. 6th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2021.

Prusak, Jacek. „Ciekawość Innego". W *Między konfesjonałem a kozetką*, redaktorzy Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś, 153–156. Warszawa: Towarzystwo „Więź", 2010.

Rada Europy. *Zrewidowana Europejska Karta Społeczna*. Strasburg, 3 maja 1996. Europejski Zbiór Traktatów, nr 163. Dostęp 23 czerwca 2025. https://rm.coe.int/europejska-karta-spoleczna/16808b6383.

Rzeczpospolita Polska. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483. Dostęp 23 czerwca 2025. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/O/D19970483.pdf.

Tomczyk, Justyna. *Nie myśl, że odejdziesz... Wprowadzenie do problematyki przemocy postseparacyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Libron, 2024.

Van der Kolk, Bessel. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Tłumacz Maria Załoga. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2018.

Van der Wijngaart, Remco. *Imagery Rescripting: Theory and Practice*. Howe, West Sussex: Pavilion Publishing and Media, 2021.

Wampold, Bruce E. „How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An Update". *World Psychiatry* 14, nr 3 (2015): 270–277.

Wilson, Joshua M., Jenny E. Fauci i Lisa A. Goodman. „Bringing Trauma-Informed Practice to Domestic Violence Programs: A Qualitative Analysis of Current Approaches". *American Journal of Orthopsychiatry* 85, nr 6 (2015): 586–599.

Young, Jeffrey E., Janet S. Klosko i Marjorie E. Weishaar. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Tłumacz Olga Waśkiewicz. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2015.

Zgromadzenie Ogólne ONZ. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, rezolucja 217 A (III), 10 grudnia 1948. Dostęp 23 czerwca 2025. https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.

Ziv, Talee, i Jessica A. Sommerville. „Developmental Differences in Infants' Fairness Expectations From 6 to 15 Months of Age". *Child Development* 88, nr 6 (2017): 1930–1951.

Poza zasadą neutralności. Etyczne aspekty psychoterapii osób doświadczających przemocy interpersonalnej

Streszczenie

W artykule podjęto problematykę etycznych dylematów związanych z psychoterapią osób doświadczających przemocy interpersonalnej. W centrum rozważań znajduje się pytanie o zakres i granice terapeutycznej neutralności oraz znaczenie uznania praw człowieka w kontekście procesu psychoterapii. Artykuł zawiera analizę tych zagadnień w odniesieniu do wartości uniwersalnych (takich jak godność, autonomia czy prawo do bezpieczeństwa), a także do obowiązujących kodeksów etycznych i kontekstu społeczno-kulturowego pracy terapeutycznej. Podkreślono, że terapeuta – jako świadek przemocy – nie może pozostać obojętny, jego interwencja musi być jednak oparta na uważności, wiedzy i głębokiej etycznej refleksji. Kluczowym przesłaniem artykułu jest potrzeba zrównoważenia wartości: jednoznacznego potępienia przemocy z koniecznością ochrony bezpieczeństwa i autonomii osoby krzywdzonej. Tekst oparty jest na analizie literatury z zakresu psychoterapii, etyki zawodowej oraz praw człowieka, z uwzględnieniem dokumentów organizacji międzynarodowych.

Słowa kluczowe: psychoterapia, etyka, przemoc, prawa człowieka

Magdalena Staniek – psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna oraz terapeutka schematów. Asystentka badawczo-dydaktyczna w Katedrze Psychologii Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie. Specjalizuje się w pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych, cierpiących z powodu zaburzeń pourazowych oraz będących w kryzysie przemocy. Prowadzi warsztaty i szkolenia dla adeptów szkół psychoterapii.

Beyond the Principle of Neutrality: Ethical Aspects of Psychotherapy for Individuals Experiencing Interpersonal Violence

Abstract

The article addresses the ethical dilemmas associated with the psychotherapy of individuals who have experienced interpersonal violence. At the center of the discussion lies the question of the scope and limits of therapeutic neutrality, as well as the significance of acknowledging human rights within the context of psychotherapeutic work. The paper examines these issues in relation to universal values – such as dignity, autonomy, and the right to safety – as well as in reference to established ethical codes and the broader socio-cultural context in which therapy takes place. It is emphasised that the therapist – as a witness to violence – cannot remain indifferent. However, their intervention must be grounded in attentiveness, clinical knowledge, and deep ethical reflection. The core message of the article is the need to balance values: the unequivocal condemnation of violence must be reconciled with the responsibility to protect the safety and autonomy of the person who has been harmed. The analysis draws on literature from psychotherapy, professional

ethics, and human rights, incorporating key international documents and frameworks issued by major psychological and human rights organisations.

Keywords: psychotherapy, ethics, violence, human rights

Magdalena Staniek – a psychologist, certified cognitive-behavioral psychotherapist, and schema therapist. She works as a research and teaching assistant at the Department of Psychology at Jan Długosz University in Częstochowa. She specialises in working with individuals who have experienced trauma, suffer from post-traumatic disorders, or are in violence-related crises. She conducts workshops and trainings for psychotherapy trainees.