Etyka psychiatrii w dobie AI i samopomocy w świetle koncepcji Seeing and Being Seen Johna Steinera

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Tekst analizuje etyczne wyzwania współczesnej psychiatrii, skupiając się na asymetrii władzy między lekarzem a pacjentem. Wykorzystując koncepcję Johna Steinera „Seeing ant Being Seen", autor ostrzega przed redukcją człowieka do jednostki chorobowej oraz przed omnipotencją terapeuty. Podkreślono znaczenie pokory epistemicznej – uznania, że diagnoza jest jedynie modelem klinicznym, a nie definicją osoby. W kontekście standardów WHO i praw człowieka artykuł postuluje przejście od paternalizmu ku opiece skoncentrowanej na osobie, szanującej jej autonomię i godność. Współczesna psychiatria musi balansować między bezpieczeństwem pacjenta a ochroną jego sprawczości, szczególnie w obliczu cyfrowej transformacji zdrowia psychicznego i zjawiska autodiagnoz.

The text analyzes the ethical challenges of modern psychiatry, focusing on the power asymmetry between doctor and patient. Using John Steiner's concept of 'Seeing and Being Seen,' the author warns against reducing a human being to a disease unit and against the omnipotence of the therapist. The importance of epistemic humility is emphasized—the recognition that a diagnosis is merely a clinical model, not a definition of a person. In the context of WHO standards and human rights, the article advocates for a transition from paternalism toward person-centered care that respects autonomy and dignity. Modern psychiatry must balance patient safety with the protection of their agency, especially in the face of the digital transformation of mental health and the phenomenon of self-diagnosis.

Artykuł analizuje kryzys podmiotowości pacjenta w obliczu trzech współczesnych sił: asymetrii władzy w psychiatrii klinicznej, kultury cyfrowej samopomocy oraz ekspansji

sztucznej inteligencji. Autor stawia tezę, że etyka zdrowia psychicznego musi ewoluować w stronę „kompetentnej pokory epistemicznej” – postawy, w której profesjonalna wiedza i narzędzia technologiczne nie służą do redukcji człowieka do diagnozy czy algorytmicznego wzorca, lecz stają się wsparciem w odzyskiwaniu autonomii. Tekst ostrzega przed pułapką „technologicznych schronień”, gdzie AI i autodiagnozy z sieci mogą zastępować realne relacje ludzkie, tworząc iluzję zrozumienia bez kosztu konfrontacji z drugim człowiekiem. Kluczowym wyzwaniem dla współczesnego psychiatry staje się zatem umiejętność widzenia pacjenta bez jego zawłaszczania: integracja danych klinicznych i cyfrowych w taki sposób, aby nie stały się one nowymi formami dominacji, lecz pomogły jednostce powrócić do świata relacji jako wolny podmiot.

SŁOWA KLUCZOWE

etyka psychiatrii | sztuczna inteligencja w zdrowiu psychicznym | Seeing and Being Seen Johna Steinera | asymetria władzy w relacji klinicznej | autodiagnoza internetowa | pokora epistemiczna | technologiczne schronienie psychiczne | AI literacy dla lekarzy | redukcja człowieka do diagnozy | relacyjna odpowiedzialność | antropomorfizacja AI | prawo do niepewności | standardy WHO w psychiatrii | cyfrowe interwencje psychologiczne

Asymetria władzy i ryzyko redukcji człowieka do diagnozy

Etyka psychiatrii w epoce sieci, sztucznej inteligencji i samopomocy. Rozpoczyna się ona w szczególnie trudnym punkcie, gdyż psychiatra spotyka człowieka dokładnie tam, gdzie przecinają się wiedza, cierpienie, zależność i władza interpretacji. Lekarz może nazwać doświadczenie pacjenta objawem, przyporządkować je kategorii diagnostycznej, zaproponować farmakoterapię, ocenić ryzyko czy sformułować opinię o zdolnościach funkcjonowania, a w określonych systemach prawnych – uczestniczyć w procedurach ograniczających swobodę jednostki. W żadnej innej specjalizacji medycznej pytanie o to, kto ma prawo orzec, co naprawdę dzieje się z człowiekiem, nie jest tak ściśle związane z samą materią leczonego zaburzenia. Pacjent z bólem brzucha może spierać

się z gastroenterologiem o etiologię dolegliwości, jednak psychiatra pracuje z doświadczeniami, których częścią bywa właśnie podejrzliwość wobec obserwatora, lęk przed kontrolą, wstyd, nadmierne poczucie winy, przekonania o prześladowaniu czy niestabilność obrazu siebie. Dlatego sposób, w jaki lekarz korzysta z wiedzy, stanowi element procesu leczenia, a nie jedynie jego administracyjną oprawę. Materiał Steinera dostarcza temu problemowi niezwykle precyzyjnego języka.

Pacjent opuszczający schronienie psychiczne staje wobec odrębnego obiektu i jednocześnie doświadcza siebie jako widzianego; krytyczne spojrzenie może zostać przeżyte jako penetracja, degradacja i zagrożenie dla narcystycznej ciągłości self. W perspektywie etycznej oznacza to, że psychiatra nie powinien redukować każdej nieufności pacjenta do „objawu oporu". Relacja kliniczna jest obarczona asymetrią: lekarz dysponuje językiem specjalistycznym, dostępem do instytucji, dokumentacji i wiedzy farmakologicznej, podczas gdy pacjent często znajduje się w kryzysie, zależności ekonomicznej lub hospitalizacji, co ogranicza jego zdolność do obrony własnej narracji.

To, co w ujęciu psychodynamicznym może być projektowane jako dominacja, często posiada realny komponent władzy. Z tego względu współczesna etyka psychiatrii musi wyrastać z godności i autonomii, a nie z paternalistycznego założenia, że profesjonalna wiedza automatycznie legitymizuje każdą decyzję specjalisty. WHO oraz OHCHR w aktualnych standardach praw człowieka podkreślają prawo osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych do niezależności, uczestnictwa w decyzjach dotyczących zdrowia oraz ochrony przed dyskryminacją i nieuzasadnionym przymusem. Program QualityRights rozwija tę orientację, kładąc nacisk na świadomą zgodę, wspierane podejmowanie decyzji i budowanie opieki skoncentrowanej na osobie.

Nie oznacza to jednak, że problem ryzyka, ciężkiej psychozy czy stanów zagrażających życiu znika dzięki moralnemu odwołaniu do autonomii. Etyka kliniczna nie może być prostą doktryną „pacjent zawsze decyduje", podobnie jak nie może być dogmatem „lekarz wie najlepiej". Jej kluczowym zagadnieniem jest proporcjonalność: jak szeroko chronić sprawczość człowieka, jednocześnie odpowiadając na sytuacje, w których bezpieczeństwo lub zdolność rozpoznawania konsekwencji są poważnie zaburzone. Współczesny kierunek praw człowieka w psychiatrii wyraźnie przesuwa punkt ciężkości w stronę opieki dobrowolnej i deeskalacji; WHO Europe w 2025 roku ponownie podkreślało szkody wynikające z izolacji oraz potrzebę rozwijania alternatyw dla przymusu.

Steiner wnosi tu szczególnie istotne ostrzeżenie przed omnipotencją pomagającego. Materiał źródłowy pokazuje, że bezradność wobec pacjenta może prowokować profesjonalistę do nadaktywności i nacisku. W przypadku Pana Y presja analityka staje się ryzykiem odtworzenia relacji dominacji: terapeuta, nie mogąc znieść własnej nieskuteczności, może zacząć „popychać"

chorego, nieświadomie wchodząc w rolę prześladowczego obiektu. Podobny sens ma koncepcja żałoby analityka: profesjonalista musi zrezygnować z fantazji bycia najważniejszym obiektem i wszechmocnym naprawiaczem pacjenta. Z tej perspektywy podstawową cnotą psychiatry nie jest pewność, lecz kompetentna pokora epistemiczna. Lekarz powinien posiadać wiedzę większą od pacjenta w zakresie diagnostyki i terapii, ale nie oznacza to pełniejszej wiedzy o znaczeniu całego jego życia.

Diagnoza jest modelem klinicznym porządkującym zjawiska, a nie ontologiczną definicją człowieka. Pacjent „ma rozpoznanie", lecz nie może zostać do niego zredukowany. W tym miejscu spotykają się etyka, epistemologia i problem wstydu: nazwanie konfiguracji objawów otwiera dostęp do leczenia, ale może stać się społecznym spojrzeniem, przez które człowiek zacznie postrzegać całą własną biografię. Ryzyko to dramatycznie wzrasta w społeczeństwie sieciowym, gdzie diagnoza psychiatryczna nie pozostaje już wyłącznie pomiędzy pacjentem, lekarzem a dokumentacją medyczną.

Autodiagnoza i samopomoc jako materiał kliniczny, a nie pole walki o autorytet

Diagnoza może zostać przekształcona w element profilu społecznościowego, identyfikacji grupowej, wyszukiwalnego śladu cyfrowego, narracji zawodowej lub publicznej autodefinicji. Jednocześnie język psychiatrii przeniknął do kultury popularnej. Terminy takie jak trauma, narcyzm, ADHD, spektrum autyzmu, dysocjacja, gaslighting, atak paniki, wypalenie, styl przywiązania czy „trigger" krążą dziś daleko poza gabinetami. Zjawisko to jest ambiwalentne.

Z jednej strony zwiększa alfabetyzację psychologiczną i może obniżać próg szukania pomocy; z drugiej – zaciera granice między kategorią kliniczną, metaforą potoczną a tożsamością społeczną. Współczesne badania nad autodiagnozą internetową potwierdzają tę dwuznaczność. Sieć może kierować ludzi ku profesjonalnej konsultacji i pomagać nazwać cierpienie, które wcześniej pozostawało niezrozumiałe. Jednocześnie niesie ryzyko błędnej identyfikacji problemu, wzrostu lęku, samodzielnego wdrażania niewłaściwego leczenia oraz utraty prywatności. Analizy mediów społecznościowych zwracają uwagę na rolę treści tworzonych przez osoby bez kwalifikacji i ryzyko błędnego rozpoznawania zaburzeń, zwłaszcza u młodych użytkowników. Z kolei najnowsze obserwacje TikToka nie pozwalają na proste potępienie autodiagnozy jako zjawiska irracjonalnego: część treści służy redukcji stygmatyzacji, budowaniu wspólnoty i artykułowaniu barier w dostępie do formalnej diagnostyki.

Etycznie właściwa odpowiedź psychiatrii na ten fenomen nie powinna zatem brzmieć: „internetowa autodiagnoza jest głupia, a diagnozuje wyłącznie lekarz". Taka reakcja mogłaby odtworzyć dokładnie tę strukturę dominacji epistemicznej, którą omawialiśmy w artykule. Pacjent przychodzący z przekonaniem „mam ADHD", „jestem w spektrum" albo „mam CPTSD" nie przynosi jedynie błędnej lub prawidłowej etykiety.

Przynosi rezultat własnego procesu rozumienia siebie. Etycznie odpowiedzialny klinicysta powinien potraktować tę etykietę jako hipotezę i informację o biografii poznawczej pacjenta: co przeczytał, z czym się utożsamił, co dzięki danej kategorii zrozumiał, czego się obawia i jakie rozwiązanie miałaby mu przynieść diagnoza. Dopiero potem należy wykonać pracę diagnostyczną. Być może autodiagnoza okaże się trafna; być może jednak objawy lepiej wyjaśnia inne zaburzenie, sytuacja życiowa, choroba somatyczna, działanie substancji, deprywacja snu albo reakcja na przewlekły stres. Zadaniem psychiatry nie jest wygrana z internetem w sporze o autorytet, lecz poszerzenie przestrzeni hipotez, uwzględnienie diagnostyki różnicowej i pomoc pacjentowi w zrozumieniu, co jest pewne, co pozostaje niewiadomą i jakie konsekwencje kliniczne wynikają z różnych możliwości. W tej perspektywie moda na samopomoc nie powinna być ani wyśmiewana, ani idealizowana.

Samopomoc obejmuje skrajnie różne praktyki: od psychoedukacji, prowadzenia dziennika i medytacji, przez ćwiczenia oddechowe i biblioterapię, aż po pracę z programem CBT, monitoring snu, grupy wsparcia, aplikacje, podcasty, chatboty czy internetowe testy. Połączenie ich w jedną kategorię „self-help" jest naukowo nieprecyzyjne. Niektóre cyfrowe interwencje psychologiczne mają realne potwierdzenie skuteczności – syntezy badań randomizowanych wskazują na korzystne efekty internetowych interwencji transdiagnostycznych w depresji i lękach, a nowsze metaanalizy analizują ich wpływ w wielu innych zaburzeniach. Nie oznacza to jednak, że „aplikacja jest terapią" lub że narzędzia samopomocowe są klinicznie równoważne relacji terapeutycznej.

Systematyczna analiza zdarzeń niepożądanych w badaniach nad aplikacjami zdrowia psychicznego ujawniła niepokojącą lukę: spośród 171 zidentyfikowanych badań jedynie 55 raportowało zdarzenia niepożądane; w części odnotowywano pogorszenie stanu, choć ryzyko nie różniło się istotnie od grup kontrolnych. Problemem etycznym nie jest więc wyłącznie pytanie o średnią skuteczność aplikacji, lecz o to, kto zauważy człowieka, któremu ona nie pomaga lub szkodzi. Ta różnica wyznacza granicę między narzędziem a opieką. Książka samopomocowa nie zauważy, że czytelnik przestał spać.

Program cyfrowy może mierzyć wskaźniki, ale nie rozumie ich znaczenia. Algorytm nie posiada relacyjnej odpowiedzialności za zmianę tonu głosu, milczenie, zaniedbanie wyglądu, nietypową aktywację, nagłe poczucie wielkości czy subtelną zmianę kontaktu, która dla doświadczonego

psychiatry może być klinicznie znacząca. Dobra samopomoc powiększa sprawczość; zła może stać się schronieniem przed relacją, konsultacją i korektą własnych hipotez.

AI jako iluzja relacji i technologiczne schronienie

Właśnie w tym miejscu pojawia się sztuczna inteligencja. Generatywna AI radykalnie zmienia status samopomocy, ponieważ po raz pierwszy szeroko dostępne narzędzie nie tylko dostarcza statycznej informacji, lecz odpowiada, pamięta kontekst rozmowy w określonym zakresie, dostosowuje język i symuluje empatyczną reaktywność, prowadząc długi dialog. Z punktu widzenia użytkownika granica między tekstem a partnerem interakcji staje się psychologicznie mniej oczywista. Człowiek nie tylko „czyta o swoich problemach", lecz otrzymuje odpowiedź skierowaną pozornie właśnie do niego.

WHO uznaje szeroki potencjał dużych modeli w opiece zdrowotnej, podkreślając jednocześnie potrzebę ochrony autonomii, godności, prywatności, bezpieczeństwa, przejrzystości i odpowiedzialności oraz zalecając regulacyjne i instytucjonalne mechanizmy nadzoru nad ich medycznym zastosowaniem. Jest to szczególnie istotne w psychiatrii, gdyż dane przekazywane systemowi konwersacyjnemu mogą należeć do najbardziej intymnych kategorii informacji: dotyczą fantazji, doświadczeń przemocy, konfliktów rodzinnych, seksualności, leków, myśli samobójczych, uzależnień, przekonań prześladowczych czy historii wcześniejszego leczenia.

Prywatność staje się więc pierwszą zasadniczą granicą etyczną. Rozmowa psychoterapeutyczna została historycznie zbudowana wokół szczególnego reżimu poufności, podczas gdy interakcja z systemem AI jest jednocześnie operacją informacyjną w infrastrukturze technologicznej. Użytkownik może doświadczać konwersacji jako intymnego dialogu, nie posiadając pełnego rozeznania co do przetwarzania, retencji czy wtórnego użycia danych. Najnowszy przegląd dotyczący generatywnych chatbotów zdrowia psychicznego wskazuje właśnie na ryzyka ujawnienia wrażliwych danych, niedostateczną przejrzystość, awarie reakcji kryzysowych i niewystarczające procedury cyberbezpieczeństwa.

Drugim problemem jest asymetria pozornej kompetencji. Generatywny model może odpowiadać niezwykle płynnie, spokojnie i przekonująco nawet wtedy, gdy treść zawiera błąd. W relacji klinicznej autorytet profesjonalisty ograniczają kwalifikacje, standardy zawodowe, odpowiedzialność dyscyplinarna, dokumentacja oraz obowiązek aktualizowania wiedzy. Model językowy może natomiast wytwarzać styl kompetencji bez równoważnego statusu odpowiedzialności klinicznej. To właśnie dlatego antropomorfizacja AI jest problemem etycznym, a nie wyłącznie stylistycznym.

Trzecim problemem jest walidacja bez wystarczającej korekty rzeczywistości. Człowiek w kryzysie może odczuwać odpowiedź potwierdzającą jego emocje jako ogromną ulgę. Choć często jest to wartość, w przypadku niektórych zaburzeń sama zgodność i uspokojenie nie są wystarczające. Osoba z obsesjami może wykorzystywać dialog do niekończącego się reassurance seeking; człowiek z silną podejrzliwością może poszukiwać potwierdzeń własnej interpretacji, a ktoś w stanie maniakalnym korzystać z entuzjastycznej responsywności narzędzia jako paliwa dla wielkościowych projektów. Publikacje z 2026 roku wskazują na ryzyka wzmacniania zachowań transdiagnostycznych: odwlekania profesjonalnej pomocy, kompulsywnego szukania zapewnień, wycofania społecznego, utrwalania zniekształconych przekonań oraz nadmiernej zależności od chatbota.

AI może stać się technologicznym schronieniem psychicznym. Nie dlatego, że sama posiada organizację psychiczną, lecz dlatego, że określony sposób jej używania funkcjonalnie wspiera unikanie. Człowiek, któremu trudno znieść realne spojrzenie drugiej osoby, otrzymuje partnera dialogu pozbawionego twarzy, cielesnej obecności i własnego jawnego życia. Nie musi czekać na termin, nie czuje zakłopotania w poczekalni, nie musi tolerować urlopu terapeuty, jego zmęczenia, innych pacjentów ani odrębnego systemu wartości. Właśnie elementy, które u Steinera były nośnikami separacji i „werdyktu rzeczywistości", zostają tu znacząco osłabione.

Materiał źródłowy pokazuje, że uznanie asymetrycznej zależności od rzeczywiście odrębnego człowieka jest jednym z warunków wyjścia z cyklu dominacji. Sztuczna inteligencja może natomiast oferować szczególną iluzję relacji bez pełnego kosztu cudzej odrębności. Jest dostępna na żądanie, nie potrzebuje wzajemności w ludzkim sensie i konsekwentnie utrzymuje język akceptacji. Właśnie dlatego może być pomocna w psychoedukacji czy ćwiczeniu refleksji, ale z tego samego powodu jest atrakcyjna dla osób chcących czerpać relacyjne korzyści bez tolerowania realnej separacji.

Najnowsza literatura analizuje to już w języku przywiązania. Publikacje z 2026 roku opisują AI companions jako potencjalne cele silnego przywiązania dzięki połączeniu dostępności, postrzeganej empatii i responsywności, zwracając uwagę na możliwość powstawania relacyjnej zależności. Inne opracowania psychiatryczne wskazują, że kategorie przyjaciół, partnerów i nieformalnych terapeutów zaczynają się społecznie przenikać. Status empiryczny tych tez wciąż ewoluuje, dlatego przedwczesne byłoby formułowanie kategorycznej teorii „uzależnienia od AI". Etyczne ostrzeżenie można jednak postawić wcześniej: system zaprojektowany do maksymalizacji utrzymania interakcji nie powinien bez refleksji pełnić funkcji substytutu więzi terapeutycznej u osoby podatnej na zależność. Czwarty problem dotyczy kryzysu i odpowiedzialności.

Nierównomierne standardy bezpieczeństwa w chatbotach zdrowia psychicznego

Systematyczny przegląd generatywnych chatbotów wspierających zdrowie psychiczne, opublikowany w 2026 roku, wykazał duże zróżnicowanie w zakresie stosowanych zabezpieczeń. Choć rozwiązania obejmowały m.in. dostrajanie modeli, filtry, klasyfikatory ryzyka czy projektowanie z udziałem klinicystów, poziom ich faktycznego wdrożenia pozostawał nierówny. To zasadnicza różnica względem odpowiedzialnej opieki psychiatrycznej.

AI jako narzędzie wspierające, nie autonomiczny diagnosta

W sytuacji realnego kryzysu nie wystarcza prawdopodobna odpowiedź językowa. Potrzebny jest konkretny system działania: rzetelna ocena ryzyka, możliwość eskalacji, znajomość lokalnych zasobów, odpowiedzialność za podjętą decyzję i realne połączenie z pomocą. Z tego względu najbardziej rozsądna zasada etyczna nie brzmi: „AI nie wolno używać w zdrowiu psychicznym", lecz raczej: im większe ryzyko kliniczne i poważniejsze konsekwencje błędu, tym mniej dopuszczalne jest pozostawienie człowieka sam na sam z niezweryfikowaną automatyczną poradą czy decyzją. AI może pomagać w tworzeniu listy pytań przed wizytą, wyjaśniać terminologię, wspierać pracę domową, ćwiczyć strategie regulacji emocji, porządkować dziennik objawów czy wskazywać wzorce wymagające konsultacji. Nie powinna jednak zyskać w świadomości użytkownika statusu nieomylnego diagnosty, autonomicznego psychiatry czy ostatecznego arbitra w kwestii zmiany leczenia. Jest to szczególnie istotne przy farmakoterapii. Lek psychiatryczny nie jest bowiem abstrakcyjną informacją tekstową; decyzja o jego zastosowaniu zależy od wywiadu, chorób współistniejących, innych przyjmowanych substancji, wcześniejszych odpowiedzi na leczenie, ryzyka działań niepożądanych, planów dotyczących ciąży czy historii rodzinnej. Generatywna AI może pomóc pacjentowi zrozumieć pytania dotyczące terapii, ale nie może przekształcać psychoedukacji w samodzielne ordynowanie, odstawianie lub modyfikowanie leczenia.

W Unii Europejskiej dyskusja ta toczy się już na poziomie regulacyjnym. Akt o AI wszedł w szerokie zastosowanie 2 sierpnia 2026 roku, przy stopniowym harmonogramie wdrażania szczególnych obowiązków; od tej daty stosuje się określone wymogi przejrzystości, podczas gdy reguły dla systemów wysokiego ryzyka są wprowadzane etapowo. Etyka psychiatrii nie może jednak czekać wyłącznie na ustawodawcę. Spełnienie wymogu prawnego nie gwarantuje dobrej relacji klinicznej, podobnie jak formalna zgoda pacjenta nie zawsze oznacza rzeczywiste zrozumienie technologii.

Psychiatra powinien zacząć traktować korzystanie z AI i środowiska cyfrowego jako element nowoczesnego wywiadu klinicznego. Nie w formie policyjnej kontroli, lecz zwykłej ciekawości diagnostycznej: z jakich źródeł pacjent korzysta; czy prowadzi rozmowy z chatbotami o zdrowiu psychicznym; czy na ich podstawie zmienił leki, dietę lub sen; czy narzędzie uspokaja go, czy raczej intensyfikuje lęk; czy zastępuje kontakty społeczne; czy dialog stał się rytuałem reassurance; czy pacjent udostępnia wrażliwe dane i czy postrzega AI jako program, doradcę, terapeutę, przyjaciela czy autorytet. Takie pytania mogą z czasem stać się równie oczywiste jak pytania o alkohol, leki bez recepty, sen czy aktywność społeczną.

Etyka wymaga jednak, aby lekarz sam posiadał AI literacy. Nie może ostrzegać pacjenta przed technologią, której działania zupełnie nie rozumie. Powinien orientować się w podstawowych ograniczeniach modeli: probabilistycznym charakterze generacji, ryzyku halucynacji i błędnych treści, zmienności odpowiedzi, problemach z danymi, prywatnością, stronniczością oraz brakiem przejrzystości. Właśnie dlatego WHO traktuje kompetencje użytkowników, profesjonalistów, regulatorów i projektantów jako element odpowiedzialnego wdrażania AI w zdrowiu. Równocześnie lekarz nie powinien stawiać własnego autorytetu przeciwko technologii w narcystycznym pojedynku o to, "kto wie lepiej". Materiał Steinerowski wyjątkowo trafnie ostrzega przed takim ruchem: terapeuta sprowokowany do udowadniania swojej przewagi może sam odtworzyć sado-masochistyczny system dominacji. Jeżeli pacjent mówi: „AI twierdzi coś innego”, najlepszą odpowiedzią nie jest oburzenie, lecz analiza: na jakich danych oparto odpowiedź, jak sformułowano pytanie, jakie istnieją alternatywne wyjaśnienia i co wynika z badania klinicznego, którego model nie mógł wykonać. W takim modelu AI staje się trzecim elementem relacji klinicznej, a nie konkurentem psychiatry. Pacjent przynosi do gabinetu fragment rozmowy z modelem, lekarz pomaga go ocenić, wskazując trafne i błędne elementy, a pacjent uczy się korzystać z informacji w sposób bardziej krytyczny.

Sprawczość pacjenta kontra prywatyzacja odpowiedzialności za zdrowie

To byłaby forma zaufania epistemicznego bez podporządkowania. Człowiek nie musi wierzyć ani AI, ani lekarzowi absolutnie; może nauczyć się ważyć dowody, rozpoznawać granice wiedzy i pytać o obszary niepewności. Kultura samopomocy wymaga podobnego przesunięcia. W swojej najlepszej wersji nie zastępuje ona psychiatrii, lecz zmienia pozycję pacjenta z biernego odbiorcy na współuczestnika procesu leczenia. Psychoedukacja, samomonitorowanie, dbałość o sen i aktywność, strategie poznawcze, trening umiejętności czy grupy wzajemnego wsparcia mogą

realnie zwiększać sprawczość. W duchu praw człowieka jest to pożądane. Problem zaczyna się jednak wtedy, gdy odpowiedzialność za zdrowie zostaje całkowicie przerzucona na jednostkę.

"Zadbaj o siebie", "pracuj nad sobą", "reguluj emocje", "ustaw granice", "zoptymalizuj sen", "wykonuj rutynę", "praktykuj mindfulness" – wszystkie te zalecenia mogą być rozsądne. W kulturze permanentnego self-management łatwo jednak przekształcają się one w moralny sąd. Człowiek, który nadal cierpi, zaczyna wyglądać na kogoś, kto niewystarczająco dobrze zarządza sobą. W tym miejscu samopomoc może stać się neoliberalnym superego zdrowia psychicznego: problem strukturalny zostaje przepisany jako zadanie optymalizacji jednostki. Psychiatria etyczna musi przeciwstawić temu wiedzę o społecznych determinantach zdrowia psychicznego.

Nie każdy lęk jest błędem regulacji emocji, a nie każda depresyjność deficytem uważności. Ubóstwo, niepewność zatrudnienia, przemoc, dyskryminacja, samotność, złe warunki mieszkaniowe, wojna, chroniczna opieka nad bliskim, przeciążenie pracą czy brak dostępnej opieki to realne uwarunkowania psychiczne życia. WHO w swoich najnowszych materiałach strategicznych ponownie traktuje zdrowie psychiczne jako problem wymagający działań międzysektorowych, a nie wyłącznie leczenia jednostki. Etyka samopomocy wymaga więc odróżnienia sprawczości od prywatyzacji odpowiedzialności. Sprawczość mówi: "istnieją rzeczy, które możesz zrobić dla siebie". Prywatyzacja odpowiedzialności mówi: "jeżeli cierpisz, nie zrobiłeś dla siebie wystarczająco wiele". Pierwsze stanowisko wzmacnia pacjenta; drugie może pogłębiać wstyd. W całym dotychczasowym artykule widzieliśmy, że globalny wstyd jest słabym mechanizmem rozwoju, ponieważ zamiast reparacji produkuje obronę, dominację, wycofanie albo resentyment.

Równie niebezpieczna jest tożsamościowa inflacja diagnozy. Dla części osób otrzymanie rozpoznania jest ogromną ulgą: porządkuje biografię, kończy lata niezrozumienia i otwiera drogę do adekwatnego leczenia. Etyka psychiatrii musi chronić tę wartość, ale powinna również chronić człowieka przed sytuacją, w której każda jego cecha zostaje odczytana przez jedną etykietę. Diagnoza powinna pomagać myśleć, a nie kończyć myślenie.

W kulturze internetowej kategorie psychiatryczne mogą łatwo zamieniać się w kompletne narracje tożsamościowe. Algorytm rekomendacyjny dodatkowo dostarcza coraz więcej treści zgodnych z raz wybraną kategorią. Człowiek, który zaczął oglądać materiały o jednym zaburzeniu, otrzymuje ich więcej i może w coraz większym stopniu interpretować siebie wyłącznie poprzez ten sam konstrukt.

Prawo do niepewności przeciwko totalności diagnozy

To nie dowodzi, że diagnoza jest błędna. Obnaża jednak ryzyko zamknięcia epistemicznego: sytuację, w której hipoteza otrzymuje głównie potwierdzenia i coraz mniej okazji do falsyfikacji. Dobra psychiatria powinna postępować odwrotnie, zachowując wielość hipotez. Oznacza to gotowość do zmiany rozpoznania, akceptację niepewności tam, gdzie dane są niepełne, dostrzeganie współchorobowości oraz ocenę czynników somatycznych i społecznych. To także uznanie, że część ludzkiego cierpienia nie musi zostać w pełni skatalogowana w systemie diagnostycznym. Brak diagnozy nie oznacza bowiem braku cierpienia, a sama diagnoza nie jest tożsama z pełnym wyjaśnieniem człowieka.

Zasada ta nabiera szczególnego znaczenia w kontekście AI, ponieważ modele generatywne naturalnie dążą do tworzenia spójnych narracji. Tymczasem spójność odpowiedzi nie jest równoznaczna z prawdziwością wyjaśnienia. Pacjent może otrzymać niezwykle elegancką historię łączącą dzieciństwo, styl przywiązania i traumę z dzisiejszymi objawami – opowieść, która brzmi wiarygodnie, lecz nie została poddana właściwej kontroli diagnostycznej. Właśnie dlatego etyka sztucznej inteligencji w psychiatrii powinna chronić prawo pacjenta do niepewności. Nie wszystko musi zostać natychmiast nazwane.

Prawo do niepewności jest w gruncie rzeczy przeciwieństwem "morderczego spojrzenia" analizowanego przez Steinera. Prześladowczy obserwator wie wszystko: zna prawdziwą naturę człowieka, demaskuje jego fałsz i wydaje wyrok. Materiał źródłowy opisuje takie superego jako instancję nieopiekuńczą, organizującą permanentną groźbę upokorzenia.

Etyczny psychiatra powinien działać odwrotnie: posiadać wiedzę, lecz pozostawiać pacjentowi miejsce na złożoność, zmianę i to, co niepoznane. Przyszłością psychiatrii nie powinien być zatem ani powrót do paternalistycznego lekarza-orakula, ani zastąpienie medyka zawsze dostępnym algorytmem. Lepszym modelem jest system rozproszonej, lecz odpowiedzialnej pomocy. Człowiek może korzystać z psychoedukacji, aplikacji, grup samopomocowych, społeczności internetowych, AI, psychoterapeuty i psychiatry – pod warunkiem, że role tych zasobów pozostają jasne, a decyzje wysokiego ryzyka nie zostaną ukrycie zdelegowane narzędziu pozbawionemu pełnej odpowiedzialności klinicznej. Najbardziej etyczna sztuczna inteligencja w psychiatrii nie będzie zatem tą, która najlepiej udaje psychiatrę, lecz tą, która wie, kiedy przestać udawać samowystarczalność systemu i pomóc człowiekowi dotrzeć do człowieka. Jej sukcesem nie jest maksymalizacja czasu rozmowy, lecz właściwa pomoc: czasem psychoedukacja, uporządkowanie myśli, zachęta do realnej konsultacji, a w sytuacji zagrożenia – skierowanie ku realnym zasobom

bezpieczeństwa. Podobnie najlepsza samopomoc nie jest tą, która obiecuje: "nie będziesz nikogo potrzebował".

Etyczna pomoc przywraca podmiotowość i autonomię

W całym artykule dążyliśmy do przeciwnego wniosku. Zdolność przyjmowania pomocy bez utraty godności jest jednym z przejawów dojrzałości. Samopomoc staje się zdrowa wtedy, gdy zwiększa zdolność człowieka do uczestniczenia w świecie relacji, a nie gdy buduje jedynie bardziej wyrafinowane schronienie przed zależnością.

Z tej perspektywy można na nowo odczytać przypadek Schrebera. Jego historia pozostaje ostrzeżeniem nie tylko przed psychotycznym rozpadem, ale przed epistemiczną pychą obserwatora. Człowiek może być głęboko zaburzony i jednocześnie zachowywać sprawczość oraz racjonalność w określonych domenach; może konstruować system urojeń, a zarazem kompetentnie bronić swoich praw. Psychiatra musi więc umieć widzieć objaw bez unicestwiania osoby za objawem. W epoce cyfrowej to samo wymaganie dotyczy platform, algorytmów, pracodawców i opinii publicznej.

Etyka psychiatrii staje się tym samym etyką ograniczonego spojrzenia. Lekarz powinien widzieć wystarczająco dużo, by móc pomagać, lecz nie może rościć sobie prawa do całkowitego posiadania prawdy o pacjencie. Platforma może przetwarzać dane niezbędne do świadczenia usługi, ale nie powinna traktować intymności psychicznej jako niewyczerpanego surowca. AI może rozpoznawać wzorce, jednak winna komunikować granice swoich wniosków. Społeczność może pomagać nazwać cierpienie, lecz nie powinna żądać podporządkowania całego życia internetowej etykiecie diagnostycznej. Można zatem sformułować zasadę łączącą myśl Steinera, etykę medyczną, prawa człowieka i problem sztucznej inteligencji: pomoc jest etyczna wtedy, gdy zwiększa zdolność człowieka do bycia podmiotem również po jej zakończeniu.

Problem pojawia się w momencie, gdy leczenie czyni pacjenta coraz bardziej zależnym od psychiatry jako wyłącznego arbitra rzeczywistości. Problem pojawia się, gdy aplikacja utrzymuje użytkownika poprzez niekończącą się potrzebę reassurance. Problem pojawia się, gdy AI staje się jedynym powiernikiem, którego człowiek nie potrafi już opuścić, lub gdy kultura samopomocy czyni jednostkę permanentnym projektem naprawczym. Dobra pomoc powinna natomiast prowadzić ku większej zdolności obserwowania własnych stanów, krytycznego korzystania z informacji, budowania relacji, przyjmowania korekty i podejmowania decyzji w granicach rzeczywistości. Jest to bliskie drugiemu etapowi żałoby opisanemu przez Steinera: człowiek nie tylko korzysta z dobrego obiektu, ale stopniowo odzyskuje funkcje, które wcześniej musiał w nim umieszczać. Materiał źródłowy podkreśla, że samo pomieszczanie nie wystarcza, jeśli nie prowadzi do separacji i

odzyskiwania własnych części self. Tak rozumiana etyka nie przeciwstawia technologii człowiekowi; przeciwstawia narzędziu podporządkowanemu ludzkiej sprawczości narzędziu, które zaczyna definiować człowieka za niego.

Widzenie bez zawłaszczania jako fundament autonomii

Autor nie przeciwstawia psychiatrii samopomocy, lecz samopomoc rozwijającą autonomię tej, która opiera się na wstydzie i obsesji samodoskonalenia. Nie przeciwstawia profesjonalnej diagnozy wiedzy pacjenta o sobie; domaga się natomiast, aby obie te formy wiedzy mogły spotkać się bez rytuału dominacji.

W epoce sieci psychiatra powinien pytać nie tylko: „jakie ma pan objawy?", lecz także: „kto jeszcze je nazwał?", „jak internet nauczył pana o nich myśleć?", „co powiedziała AI?", „co zmieniło się po przyjęciu tej etykiety?" oraz „czy korzystanie z narzędzia pomaga panu wracać do życia, czy coraz bardziej zamyka pana w analizowaniu siebie?". To nowe pytania kliniczne, lecz ich etyczny rdzeń pozostaje niezmienny: czy pomoc przywraca człowieka rzeczywistości i relacjom, czy tworzy kolejną fortecę? Można to pytanie odwrócić w stronę samej psychiatrii: czy gabinet nie bywa taką fortecą? Czy język diagnostyczny nie służy profesjonaliście do ukrycia się przed własną bezradnością? Czy kolejne testy, skale i procedury nie stają się sposobem unikania prostego faktu, że lekarz nie wie jeszcze, co pomoże? Przypadek Steinera przypomina, że nadaktywność profesjonalisty może być ucieczką od doświadczenia własnych ograniczeń. Etyka psychiatrii musi zatem obejmować prawo lekarza do kompetentnego „nie wiem", o ile nie oznacza ono rezygnacji z odpowiedzialności.

Jest to szczególnie istotne w epoce AI, która kulturowo premiuje natychmiastową odpowiedź. Psychiatra może czuć pokusę, by konkurować z szybkością systemu, jednak jego przewagą nie powinna być sprawność obliczeniowa, lecz zdolność do zwolnienia tam, gdzie szybka odpowiedź byłaby jedynie fałszywą pewnością. Zdolność do uwzględnienia ciała, biografii, rodziny, leków, sprzecznych relacji z różnych źródeł, milczenia, zmiany w czasie i własnej omylności. Medycyna zaczyna się tam, gdzie informacja zostaje powiązana z odpowiedzialnością za konkretnego człowieka. Konstrukcja niniejszego artykułu opiera się na tezie, że współczesny kryzys widzialności nie powinien zostać rozwiązany ani przez całkowite ukrycie, ani przez totalną transparentność.

Człowiek potrzebuje być widziany, aby istnieć społecznie, otrzymywać pomoc i tworzyć więzi. Potrzebuje jednak również prawa do częściowej nieprzejrzystości, zmiany zdania, intymności, błędu i tajemnicy. Zdrowa relacja terapeutyczna respektuje oba te prawa. Od przypadku Schrebera po współczesny dialog z AI powraca to samo pytanie: czy spojrzenie drugiego pozwoli mi nadal pozostać sobą? Schreber odpowiadał na nie systemem urojeniowym, w którym spojrzenie Boga,

Flechsiga i świata stawało się zagrożeniem dla granic self. Pacjent narcystyczny Steinera reagował dominacją, prowokacją lub wycofaniem. Użytkownik sieci może odpowiedzieć perfekcyjną autoprezentacją, anonimowością, autodiagnozą czy rozmową z zawsze dostępnym systemem. Wszystkie te reakcje, choć różne, oscylują wokół problemu odrębności. Dojrzała odpowiedź jest trudniejsza.

Brzmi ona: mogę zostać zobaczony, nie będąc całkowicie zdefiniowany przez spojrzenie; mogę otrzymać pomoc, nie stając się własnością pomagającego; mogę mieć diagnozę, nie stając się diagnozą; mogę korzystać z AI, nie oddając jej własnego sądu; mogę praktykować samopomoc, nie czyniąc siebie samotnym projektem naprawczym; mogę być zależny od innych i nadal pozostawać wolnym podmiotem.

Najważniejszą kompetencją psychiatrii przyszłości może okazać się zatem nie coraz doskonalsza zdolność klasyfikowania człowieka, lecz umiejętność widzenia bez zawłaszczania. Widzenia objawu i człowieka. Choroby i biografii. Ryzyka i sprawczości. Danych i tajemnicy. Potrzeby pomocy i prawa do odmowy. Algorytmu i granic algorytmu. Sieci relacji i tego fragmentu osoby, którego żadna sieć, lekarz ani sztuczna inteligencja nie powinni rościć sobie prawa poznać do końca.

Wywód ten można skondensować w tezie, która nie jest zachętą do porzucenia schronień jako takich. Każdy człowiek potrzebuje czasem wycofania i ochrony. Patologia rozpoczyna się wtedy, gdy schronienie przestaje być miejscem odpoczynku, a staje się systemem uniemożliwiającym powrót do świata. Analogicznie dobra psychiatria, technologia i samopomoc powinny dawać bezpieczny azyl, lecz ich ostatecznym kryterium wartości pozostaje to, czy człowiek potrafi z niego ponownie wyjść. Być widzianym bez upokorzenia, potrzebować bez poddaństwa, korzystać z wiedzy bez utraty własnego sądu, przyjmować czułość bez wstydu i opuszczać schronienie bez utraty siebie – w tych zdolnościach spotykają się klinika Steinera, etyka psychiatrii i antropologia człowieka żyjącego już nie tylko pośród innych ludzi, lecz także pośród sieci, danych i sztucznej inteligencji.

> Ostatecznym kryterium wartości każdej terapii, aplikacji czy diagnozy pozostaje pytanie: czy to narzędzie jest bezpiecznym azylem, z którego można wyjść, czy złotą klatką uniemożliwiającą powrót do świata? Prawdziwy sukces medycyny i technologii nie mierzy się stopniem precyzji klasyfikacji człowieka, lecz tym, czy po zakończeniu pomocy jednostka potrafi pozostać sobą. Czy w świecie totalnej transparentności danych i algorytmicznej pewności zdołamy zachować prawo do bycia niepoznanym do końca?

Inspiracje

[1] "Seeing and Being Seen" John Steiner

John Steiner (ur. 1934) jest wpływowym brytyjskim psychoanalitykiem i psychiatrą, powszechnie uważanym za czołowego współczesnego teoretyka postkleinowskiego. Ukończył studia medyczne i prowadził badania neurofizjologiczne na Uniwersytecie Otago, a następnie podjął staż podoktorski w California Institute of Technology i na Uniwersytecie Cambridge. Steiner ukończył następnie szkolenie psychiatryczne w Szpitalu Maudsley oraz psychoanalityczne w Instytucie Psychoanalizy w Londynie. Przez ponad dwie dekady pracował jako konsultant psychoterapeutyczny w Klinice Tavistock i jest analitykiem szkoleniowym i superwizorem Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego. Steiner jest najbardziej znany z opracowania przełomowej koncepcji „psychicznych rekolekcji" – patologicznych organizacji osobowości, które zapewniają schronienie przed lękiem, poczuciem winy i prześladowaniem, pomiędzy pozycjami paranoidalno-schizoidalnymi a depresyjnymi. Jego obszerne prace kliniczne wywarły głęboki wpływ na leczenie zaburzeń typu borderline, psychotycznych i narcystycznych.

John Steiner *(born 1934) is an influential British psychoanalyst and psychiatrist, widely regarded as a leading contemporary post-Kleinian theorist. He completed his medical degree and neurophysiology research at the University of Otago before undertaking postdoctoral research at the California Institute of Technology and the University of Cambridge. Steiner subsequently completed psychiatric training at the Maudsley Hospital and psychoanalytic training at the Institute of Psychoanalysis in London. He worked for over two decades as a consultant psychotherapist at the Tavistock Clinic and is a training and supervising analyst of the British Psychoanalytical Society. Steiner is best known for developing the seminal concept of 'psychic retreats'—pathological organizations of the personality that provide refuge from anxiety, guilt, and persecution between paranoid-schizoid and depressive positions. His extensive clinical writing has profoundly influenced the treatment of borderline, psychotic, and narcissistic disorders.*

British Psychoanalytical Society

Literatura uzupełniająca

Książki

Literatura pokrewna (Google Scholar):

[1] "Ethical Challenges for Healthcare Practices at the End of Life: Interdisciplinary Perspectives"

Anna-Henrikje Seidlein, Sabine Salloch

2022 | Springer Nature | ISBN: 9783030831868

Artykuły naukowe

Artykuły pokrewne (Google Scholar):

[1] "Psychic Retreats"

John F. Steiner

2003 | DOI: 10.4324/9780203359839

Google Scholar

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: b20845ed-347a-4629-ad9c-3f0c409d6da6