

Małgorzata Wolska ^{1,2}

PROBLEMY ETYCZNE W TERAPII PAR I MAŁŻEŃSTW. UTRZYMANIE NEUTRALNOŚCI, ZACHOWANIE RÓWNOWAGI I DAŻENIE DO SPRAWIEDLIWOŚCI

ETHICAL PROBLEMS IN THE THERAPY OF COUPLES AND MARRIAGES. MAINTAINING NEUTRALITY, PROVIDING BALANCE AND PURSUING JUSTICE

¹Krakowska Fundacja Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid

²Praktyka prywatna

**ethics problems
marital therapy
couple therapy**

Streszczenie

Artykuł stanowi rozszerzenie wystąpienia wygłoszonego podczas Konferencji „Problemy etyczne w psychoterapii”, która odbyła się w Krakowie 09.02.2019 r., a była organizowana przez Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na niektóre aspekty etyczne pojawiające się podczas pierwszych konsultacji oraz w trakcie procesu terapii par i małżeństw. Rozważany jest problem dostępności terapii dla par doświadczających kryzysu w związku, czasu jej trwania i kierunku oraz doboru technik terapeutycznych. Dokonywana jest próba określenia pożądanego efektu terapii. Omawiany jest aspekt władzy i odpowiedzialności w terapii par, znaczenie płci terapeuty dla procesu terapii, możliwość odmowy terapii przez terapeutę oraz problem zaufania. Wymienione zagadnienia przedstawiane są w świetle zjawisk: neutralności, równowagi i sprawiedliwości w relacji diadycznej.

Summary

The article is an extension of the speech delivered at the Conference “Ethical Problems in Psychotherapy” which took place in Krakow on the 9th of February 2019 and was organized by Professor Maria Orwid Foundation for the Development of Psychotherapy in Krakow.

The aim of the article is to accentuate some ethical aspects that appear during the first consultations and during the process of therapy for couples and marriages. The issues considered are: the availability of therapy for couples experiencing a crisis in their relationship, the duration and direction of therapy and the selection of therapeutic techniques. Determination of the desired treatment effect is assessed. The aspect of power and responsibility in couple therapy, the importance of the therapist's gender in the therapy process, the possibility of the therapist refusing therapy and the problem of trust are discussed. The above-mentioned issues are presented in the light of the following phenomena: neutrality, balance and justice in the dyadic relationship.

Pary zgłaszające się do terapii w sytuacji kryzysu w związku często doświadczają zakłócenia równowagi w relacji z partnerem, co objawia się głównie przekonaniem o dominacji drugiej osoby. Konflikt sprawia, że każda z osób pozostających w związku czuje się niesprawiedliwie traktowana przez partnera/partnerkę — niedoceniana, pomijana w realizowaniu potrzeb, obarczana nadmiernymi obowiązkami, zarzucana nieuzasadnionymi pretensjami itp. Podczas pierwszej konsultacji terapeuta zazwyczaj słucha dwóch opowieści o krzywdzie, przeciążeniu emocjonalnym, utracie nadziei i zastanawia się, jak podzielić czas i uwagę, by każda z osób z pary miała poczucie, że jej punkt widzenia jest dostrzeżony. Jak budować przymierze z dwiema walczącymi ze sobą osobami, by nie opowiedzieć się po niczyjej stronie? Jaką pomoc proponować parze, w której jedna osoba chce utrzymać związek, a druga chce go zakończyć — podjąć się prowadzenia terapii czy skierować na mediację? Poniżej omawiane są te i podobne problemy, które pojawiają się od momentu pierwszego kontaktu z parą i są obecne do czasu zakończenia terapii.

Od wielu lat prowadzę terapię par¹ wyłącznie w gabinecie prywatnym. Pary zgłaszają się telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej po poleceniu mnie przez innego terapeuta lub przez kogoś, kto już korzystał z terapii prowadzonej przeze mnie, albo decydują się na kontakt, wybierając mnie losowo spośród innych terapeutów, oferujących w internecie pomoc dla par. Prowadzę terapię samodzielnie, korzystając w razie potrzeby z superwizji. W pracy terapeutycznej kieruję się podejściem systemowym z uzupełnieniem go o elementy podejścia psychodynamicznego i behawioralno-poznawczego. Jeżeli nie jestem w stanie zaproponować szybkiego terminu pierwszej konsultacji (czyli do dwóch tygodni od zgłoszenia), polecam innych terapeutów, o których wiem, że w tym momencie są bardziej dostępni. Problem dostępności wydaje się podstawowym problemem etycznym, pojawiającym się, zanim terapia się rozpocznie i od niego rozpocznę szczegółowe rozważania.

Dostępność

Biorąc pod uwagę wzrastającą liczbę zgłoszeń do terapii par można przypuszczać, że coraz więcej par/małżeństw w kryzysie decyduje się na korzystanie z pomocy specjalistów. Problemem jest dostępność tychże. Bardzo mało jest instytucji, które w swej bezpłatnej ofercie mają zawartą terapię par, w związku z tym czas oczekiwania na pierwszą konsultację wynosi tam od kilku do kilkunastu miesięcy. Dorothy Freeman, terapeutka małżeńska, w książce „Kryzys małżeński i psychoterapia” [1] zwraca uwagę na to, że małżeństwo w kryzysie powinno otrzymać propozycję spotkania z terapeutą w czasie do tygodnia od momentu zgłoszenia telefonicznego. Możliwości takiej oferty nie mają w naszych realiach nie tylko instytucje zajmujące się terapią par, ale również terapeuci przyjmujący w ośrodkach i gabinetach prywatnych. Zazwyczaj małżeństwa/pary zgłaszają się po pomoc w sytuacji, kiedy oboje lub jedno z nich pozostaje od jakiegoś czasu w stanie silnego pobudzenia z występującymi naprzemiennie lub równoległe uczuciami lęku, złości, żalu, utraty nadziei, rozczarowania, a między małżonkami dochodzi do ostrych konfliktów

¹ W tekście używam zamiennie terminów terapia par i terapia małżeństw

— jak o tym mówią podczas pierwszej konsultacji — „o wszystko”. Nie możemy pozostawić takich osób ze skąpym wyjaśnieniem, że nie mamy możliwości zaproponowania im szybkiego terminu konsultacji. Poza rzetelną informacją, kiedy mogłoby się odbyć spotkanie, powinniśmy przekazać informację o innych terapeutach/ośrodkach, o których wiemy, że prowadzą terapię pary i jak ją prowadzą. Nadal jednak problemem pozostaje to, że zdecydowana większość terapii par odbywa się w gabinetach prywatnych, więc skorzystać z niej mogą tylko pary w miarę dobrze sytuowane materialnie. Poza tym terapia par często jest prowadzona przez dwoje terapeutów, zatem оплата za te sesje jest większa niż w przypadku jednego terapeuty.

Na problem dostępności psychoterapii zwracał uwagę Leder [2], pisząc ponad dwadzieścia lat temu, że w sytuacji wzrastającego zapotrzebowania na korzystanie z psychoterapii, przed instytucjami odpowiedzialnymi za organizację służby zdrowia stoi zadanie udostępnienia pomocy psychoterapeutycznej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Czy jest to możliwe w przypadku terapii par? Czy terapeuci podejmujący pracę z parami mogliby próbować wpływać na osoby decydujące o profilu ofert terapeutycznych danego ośrodka, by rozszerzyły je o terapię par? Ma to swoje uzasadnienie, m.in. profilaktyczne. Doświadczenia terapeutów rodzinnych wskazują na powiązanie objawów występujących u dzieci, m.in. z ich zaangażowaniem/obserwowaniem/włączeniem w konflikt pomiędzy rodzicami. Zatem większa dostępność terapii par mogłaby prawdopodobnie nieco zmniejszyć liczbę dziecięcych i młodzieżowych pacjentów psychiatrycznych.

Ważna jest też dostępność superwizora, który mógłby szkolić i wspierać początkujących terapeutów par. Wydaje się bowiem, że stosunkowo mało terapeutów zajmuje się terapią par, a młodszy terapeuci mówią, że jest to ciekawa praca, ale trudna i brakuje im doświadczenia, boją się, że mogą coś zepsuć. Myślę, że w szkoleniach przygotowujących do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty powinno znaleźć się więcej miejsca dla tematyki terapii par, gdyż ten rodzaj terapii może być wykonywany z powodzeniem w ramach różnych szkół i podejść terapeutycznych.

Czas trwania terapii

W różnych podejściach terapeutycznych można spotkać się z propozycjami krótkoterminowej terapii par, obejmującej 10 sesji, z czego trzy pierwsze są nazywane konsultacyjnymi, jedna lub dwie ostatnie poświęcone są na podsumowanie; zostaje więc 5–6 sesji terapeutycznych. Ta liczba sesji często nie jest wystarczająca do rozwiązania problemu trwającego kilka czy nawet kilkanaście lat. Wydaje się, że proponując określoną, niewielką liczbę sesji, dajemy małżonkom nadzieję, że ich problem nie jest wcale taki trudny, jak to przeżywają, a po 10. sesji każde z nich osiągnie spokój, zadowolenie, zaspokojenie potrzeb i dostrzeże pozytywną zmianę w zachowaniu partnera/partnerki wobec niego. Pary w głębokim, długo trwającym kryzysie mogą po tej 10. sesji przeżyć poważne rozczarowanie. Oczywiście można przedłużyć terapię o kolejne 10 sesji, ale jak to odbiorą nasi pacjenci? Czy nie pomyślą sobie: „jesteśmy tak beznadziejni, że musimy tu nadal przychodzić, podczas gdy inni pewnie zakończyli terapię wcześniej i teraz są szczęśliwi”. A może pomyślą sobie, że terapeuta nie jest wystarczająco kompetentny, żeby im pomóc w rozwiązaniu

problemu. Stracone zaufanie trudno jest odzyskać. Może lepiej jest nie określać precyzyjnie czasu trwania terapii, ale z drugiej strony osoby, które płacą za nią, powinny wiedzieć, jak długo będzie obciążać budżet domowy. Próbuję sobie z tymi dylematami poradzić tak, że umawiam się na kilka sesji, a co jakiś czas proponuję podsumowanie tego, co do tej pory zostało zrobione i pytam, czym w następnej kolejności para chce się zająć i czy ma się to odbywać z moim udziałem.

Dobór form pomocy dla par: terapia, porada, interwencja, mediacja, terapia rozwodowa

Przeprowadzając pierwsze konsultacje par z różnymi problemami należy ustalić wstępnie zakres i cel dalszych spotkań. Jeżeli umawiamy się na terapię pary, to trzeba określić, czym jest lub czym powinna być terapia par i co zrobić, by nie przeradzała się ona w poradę, interwencję lub mediację. Leder zwracał uwagę na to, że w związku z wieloznacznością pojęcia psychoterapia, w ramach którego mieści się również pomoc psychologiczna, pojawiają się „wątpliwości co do tego, komu należy udzielać pomocy psychologicznej, a kogo należy objąć psychoterapią” [2, s. 78].

Rozwijając tę myśl można się zastanawiać, kto jest pacjentem w terapii pary, a jeśli żadnej osoby nie możemy nazwać pacjentem, gdyż nie przejawia wyraźnych objawów klinicznych, to pojawia się pytanie, czy terapia pary jest rodzajem psychoterapii, czy pomocy psychologicznej. Jeśli miałaby być formą pomocy psychologicznej, to kojarzona jest z udzielaniem rad i wskazówek, o co często skonfliktowani małżonkowie proszą terapeutę. Czasem nawet zależy im na dokonaniu oceny, czy ich małżeństwo ma szansę przetrwać, czy lepiej byłoby, gdyby się rozstali, albo które z nich ponosi winę za to, że w małżeństwie źle się dzieje (najczęściej każde z partnerów uważa, że winę ponosi druga osoba). Każdemu z małżonków zależy również na otrzymaniu wsparcia i poczucia pewności, że terapeuta jest po jego stronie. Jeśli pomoc psychologiczna miałaby obejmować diagnozę, poradę czy ocenę, kto jest w gorszej sytuacji i komu się należy wsparcie, to te działania nie wchodzą w zakres terapii par. Zatem trzeba dokładniej określić, czym jest terapia par i jakie działania mogą czy powinny być podejmowane w jej toku.

Około 10 lat temu definiowałam terapię par „jako pomoc partnerom w uzyskaniu większej bliskości i większej satysfakcji w byciu razem” [3, s. 74] poprzez m.in. rozpoznanie źródeł konfliktu i znalezienie sposobów konstruktywnego jego rozwiązania. Terapię par można określić jako działanie kierowane do osób, które są w związku formalnym lub nieformalnym i oboje świadomie chcą w tym związku pozostać. Nieczęsto jednak mamy do czynienia z tak klarowną i jasną sytuacją. W związku z tym, w ramach spotkań z małżeństwami/parami w gabinetach terapeutycznych powinniśmy uwzględnić również zastosowanie innych form działań — np. interwencji czy mediacji, w zależności od prezentowanego problemu, aktualnej sytuacji, historii związku, motywacji obojga do bycia lub niebycia razem. Istotne jest to, byśmy mogli precyzyjnie ustalić z małżonkami/partnerami, na jaką formę pomocy się umawiamy i jaki powinien być kierunek i cel wspólnych rozmów. Jednoczesne stosowanie tych form pomocy — terapii z interwencją, poradą czy mediacją — może spowodować duże zamieszanie w umyśle i emocjach zarówno osób

korzystających z pomocy, jak i terapeuty. W ogólnym zamyśle, w jakim znajduje się para w kryzysie, potrzebne jest wyznaczenie ramy, jaką może być określenie konkretnego celu i konsekwentne stosowanie jednej formy pomocy w określonym czasie.

Podjmując się pracy z parami/małżeństwami w ostrym kryzysie musimy liczyć się z tym, że terapia zmierzająca do uzyskania bliskości nie odniesie skutku w sytuacji silnie działających sił odśrodkowych — zranienia, zdrady, krzywdy, zemsty, walki. Może się zdarzyć w toku terapii, że oboje partnerzy lub jedno z nich podejmą decyzję o rozstaniu albo zgłoszą się na terapię już z taką decyzją i z gotowym celem — żeby rozstać się w miarę spokojnie, nie ranić się wzajemnie i ochronić dzieci przed negatywnymi skutkami rozwodu. Pracę z parą rozwodzącą się nazwałam na własny użytek „terapią rozwodową”, która nie jest poradą, interwencją ani mediacją, ale działaniem terapeutycznym pomagającym dwojgu osobom zakończyć związek i uporać się z różnymi, często gwałtownymi i sprzecznymi emocjami. Taka terapia może być ukierunkowana m.in. na: wyjaśnienie konfliktów i rozwiązanie ich; przepracowanie uczuć związanych z rozstawaniem się; dążenie do osiągnięcia równowagi i sprawiedliwości po przebytych urazach i krzywdach, czyli np. ustalenie rekompensaty czy zadośćuczynienia, połączone z pracą nad wybaczeniem; poprawę komunikacji; odbudowanie lub wypracowanie szacunku do dotychczasowego partnera. Sautter i Sautter tak się wypowiadają o terapii par kończących związek: „dobrze przebiegająca terapia par nie w każdym przypadku jest równoznaczna z kontynuacją związku. Dobre rozstanie również należy uznać za sukces” [4, s. 20]. Warto jeszcze zwrócić uwagę na niezwykle istotną ze względów etycznych przyjętą przez terapeutów małżeńskich zasadę, że decyzję o pozostawaniu w związku lub zakończeniu go podejmują wyłącznie osoby tworzące ten związek, a terapeuta — niezależnie od jego osobistych przekonań — nie może tej decyzji podważać czy wpływać na jej zmianę.

Cele terapii par w sytuacji głębokiego kryzysu — dylematy terapeuty

Pary zgłaszające się do terapii mają zazwyczaj jeden wspólny cel, który można by określić zdaniem: „przestaniemy się kłócić i wrócimy do normalnego życia”. Jednak efektem tego „normalnego życia” był konflikt, kryzys. Pojawia się pytanie, co można zmienić w dotychczasowym sposobie wspólnego życia, jak określić bardziej szczegółowy cel/cele pracy terapeutycznej, by związek był bardziej satysfakcjonujący? Jeśli oboje partnerzy są absolutnie pewni, że chcą pozostawać w związku; jeśli oboje są gotowi do wypracowania kompromisu; jeśli są otwarci na wysłuchanie i uwzględnienie potrzeb partnera/partnerki i jeśli są gotowi na zmianę we wzajemnej relacji lub zasadach określających związek, to zazwyczaj udaje się wspólnie ustalić cele terapii i wypracować sposoby ich realizacji.

Jednak do terapii zgłaszają się też pary, w których jedna osoba chce utrzymać związek, a druga osoba chce go zakończyć. Uważam, że w takiej sytuacji najtrudniej jest określić cele terapii. Terapeuta pary jest zobowiązany do pomocy każdej osobie, która tego potrzebuje. Jak zatem pogodzić sprzeczne cele? Czy terapeuta ma ocenić głębokość kryzysu związku i na tej podstawie podjąć decyzję, że celem terapii będzie zbliżenie i pojednanie lub przeciwnie — rozstanie i akceptacja tego faktu? Nie jesteśmy w stanie całkowicie uwolnić się od oceny, ale nie możemy na jej podstawie zawiązywać koalicji z osobą, któ-

rej racje wydają nam się bardziej przekonujące lub z osobą, którą spostrzegamy jako bardziej pokrzywdzoną. Wręcz przeciwnie — podstawowym zadaniem terapeuty pary jest nawiązanie przymierza terapeutycznego z każdą z osób, jak również z parą jako całością. Wydaje się niemożliwe danie gotowej odpowiedzi na pytanie: jak to zrobić? Zamiast tego przytoczę dwa przykłady z terapii z opisanymi próbami rozwikłania problemu ustalenia wspólnego celu przy sprzecznych oczekiwaniach każdego z małżonków.

Para A.

Od początku związku przez wiele lat żyli w dużej bliskości i wzajemnym zrozumieniu. Związek oznaczał dla nich całkowitą jedność, oddzieloną od świata zewnętrznego, który był przeżywany przez oboje jako wrogi. Ich tamtejszą relację można za Willim [5] nazwać koluzją narcystyczną. Od momentu urodzenia dziecka ich związek przekształcał się w koluzję analno-sadystyczną, w którym stroną dominującą stała się żona. Pani A. poniżała męża, stosowała szantaż emocjonalny, by utrzymać dominację, a Pan A. — dla tzw. świętego spokoju i dobra dziecka — ulegał lub pozornie podporządkowywał się, stosując bierną agresję. Do poważnego kryzysu doszło, kiedy Pan A. podjął terapię indywidualną i po około roku pracy terapeutycznej zaczął przejawiać oznaki uniezależniania się od żony, a po następnych kilku miesiącach podjął decyzję o rozwodzie. W tym momencie Państwo A. zgłosili się na terapię z inicjatywy Pani A., która oczekiwała, że terapeutka przekona jej męża, by wycofał wniosek rozwodowy i by — jej zdaniem — „wszystko wróciło do normy”. Pan A. oczekiwał, że terapeutka przekona żonę, że dalsze bycie razem nie ma sensu, gdyż od dawna już jej nie kocha, a teraz dodatkowo nie zgadza się na bycie jej niewolnikiem. W czasie kilku sesji konsultacyjno-terapeutycznych obserwowałam, jak Pani A. desperacko walczy o uratowanie iluzji o szczęśliwym byciu razem w jedności i bliskości z absolutnym podporządkowaniem się męża jej potrzebom i wizjom szczęśliwej rodziny. Rozpoczęła sesję propozycjami: „porozmawiajmy dziś o miłości”, „zaplanujmy wspólny wyjazd tam, gdzie zawsze lubieś jeździć”. Mówiła mężowi: „przestań się wygłupiać z tym rozwodem; przecież wiesz, że nie potrafisz żyć samotnie; będziesz cierpieć i nie będzie nikogo, kto cię uratuje” itp. W końcu, kiedy zobaczyła, że mąż nie zmienia swojego stanowiska, groziła mu: „jeśli odejdziesz, nigdy więcej nie zobaczysz swojego dziecka”. Podczas kilku sesji konsultacyjno-terapeutycznych sprawdzałam motywację obojga do kontynuowania związku i do zakończenia go, stwarzałam obojgu możliwość wyrażenia emocji, potrzeb i oczekiwań, wyrażałam zrozumienie dla przeżywanych przez nich uczuć, a jednocześnie próbowałam w sposób łagodny pomóc żonie przyjąć do wiadomości i zaakceptować decyzję męża o rozwodzie, gdyż Pan A. nie zmienił stanowiska w tej sprawie i nic nie wskazywało na to, że mógłby to zrobić. Przyjęcie przeze mnie przeniesieniowych reakcji Pani A. — złości, rozczarowania i żalu, pomogło jej w zaakceptowaniu końca związku. Zarówno ona, jak i jej mąż zgodzili się z sugestią zakończenia sesji konsultacyjno-terapeutycznych i zgłoszenia się na mediację rozwodową, a dodatkowo Pani A. — z sugestią podjęcia terapii indywidualnej, która pomogłaby jej w przejściu przez fazę rozstawania się (Pan A. kontynuował w tym czasie swoją terapię indywidualną). Myślę, że było to najlepsze rozwiązanie na ten moment; zdawałam sobie sprawę, że wspólne sesje terapeutyczne przy tak rozbieżnych

celach nie tylko im nie pomogą, ale wręcz mogą zaszkodzić. W odniesieniu do tej pary bardzo pasuje cytat z książki Richarda Flanagana „Kłaśnięcie jednej dłoni”: „Miłość to most. A bywają ciężary, co most pod nimi pęka” [6, s. 157]. Terapeuta może do pewnego stopnia pomóc w załatwieniu tych pęknięć, ale jeśli most się kruszy, to może jedynie zadbać o bezpieczeństwo tych, co stoją na moście.

Para B.

Para zgłosiła się na konsultację z inicjatywy Pana B., który przekonał żonę, by wycofała złożony kilka miesięcy wcześniej wniosek rozwodowy i wspólnie z nim podjęła terapię w celu poprawy relacji. Pani B. na wstępie powiedziała otwarcie, że zgodziła się przyjść z mężem na spotkanie „dla świętego spokoju”, bo mąż bardzo nalegał, ale nie wierzy, by mogło ono pomóc w poprawie ich relacji i w zmianie jej decyzji. Wprawdzie wycofała wniosek rozwodowy, ale nie dlatego, by pozostać z mężem, ale po to, by dać mu więcej czasu na zaakceptowanie jej decyzji o rozstaniu. Od wielu lat oddalali się od siebie, a różnice w poglądach, wartościach, potrzebach nasilały się. Pani B. uważała, że nie mają nic wspólnego, poza dzieckiem, które jest w okresie dorastania i już ich nie potrzebuje tak bardzo, jak kiedyś. Otwarcie mówiła, że już od dawna nie kocha męża. Pan B. nie przyjmował tego wyznania, uważał, że żona mówi tak, bo jest na niego zła. Poczował się do winy za oddalenie się od żony i wyjaśniał, że przez wiele lat zajmował się bardzo intensywnie pracą zawodową, a robił to dla dobra całej rodziny. Mówił, jak bardzo zależy mu na żonie i oczekiwał, że ona powie mu, co mógłby zrobić, żeby była zadowolona i pozostała z nim. Pani B. przedstawiła mężowi listę swoich oczekiwań i uznała, że może przyjść z mężem jeszcze na jedną sesję, bo takie rozmowy jednak mogłyby się na coś przydać. Pomimo wielu prób z mojej strony nie udało się określić jasnego celu tych spotkań. Podczas kolejnej sesji Pani B. rozliczała męża z niespełnienia jej oczekiwań, a on wyjaśniał, dlaczego nie mógł wykonać tych zadań i prosił ją, by dała mu więcej czasu na ich realizację. Skomentowałam to tak, że Pani B., dając mężowi zadania do wykonania, podsyca jego nadzieję na utrzymanie związku, a jednocześnie szuka dowodu na brak zainteresowania męża jej oczekiwaniami, gdyż spodziewa się z jego strony oporu wobec jej licznych wymagań. Pan B. natomiast nie może wykonać tych zadań, gdyż boryka się z konfliktem, którego jedną stroną jest lęk przed porzuceniem przez żonę i gotowość do spełnienia jej oczekiwań, a drugą stroną stanowi żal i złość z powodu niedocenienia przez żonę jego wieloletnich starań o zapewnienie rodzinie dobrego statusu materialnego. Oboje przyjęli ten komentarz: Pani B. powiedziała, że nie chce ranić męża i dawać mu nadziei, kiedy wie, że nic nie jest w stanie zmienić jej decyzji o rozwodzie. Pan B. ujawnił silne uczucia żalu, bezradności i poczucia winy, że nie dostrzegł wcześniej grożącego im niebezpieczeństwa. Odkrycie toczącej się gry i jej reguł pomogło im obojgu w odsłonięciu kurtyny i zmierzeniu się z trudną i przykrą realnością.

W obu opisanych sytuacjach osoby porzucane prezentowały wysoki poziom lęku, bezradności, poczucia winy lub złości. Ich zachowania wskazywały na to, że przechodzą głęboki kryzys i potrzebują wsparcia. Nie mogło to być celem konsultacji małżeńskich, bo zakłóciłoby to przymierze i równowagę w relacji terapeutycznej. Poza tym, druga osoba,

decydująca się na zakończenie związku, z pozoru silniejsza psychicznie czy też bardziej niezależna, również znajdowała się w kryzysie, tylko inne były jego objawy: dystans emocjonalny lub zamrożenie uczuciowe, rozdrażnienie, poczucie bezradności, zmęczenia, a nawet wyczerpania psychicznego, więc też potrzebowała wsparcia. W sytuacji, kiedy oboje partnerzy stoją po przeciwnych stronach i walczą ze sobą, wspieranie jednej osoby naraża terapeutę na posądzenie przez drugą osobę o stronniczość i utratę zaufania. Kiedy nie ma możliwości ustalenia wspólnego celu, najbardziej korzystnym rozwiązaniem byłoby zmotywowanie obojga małżonków do podjęcia własnych terapii indywidualnych w celu, np. uzyskania wsparcia, przepracowania trudnych uczuć związanych z rozpadem związku, szukania sposobów zmierzenia się z nową sytuacją życiową. Dla terapeuty jednoczesne przyjęcie płynących od obu osób uczuć: lęku, bezradności, poczucia krzywdy, poczucia winy, złości, żalu, smutku, rozpacz jest ogromnym wyzwaniem. W zachowaniu równowagi w zaangażowaniu emocjonalnym, uwadze, życzliwości może pomóc profesjonalne zaciekawienie prezentowanym problemem i osobami go doświadczającymi, a to z kolei może pomóc w stworzeniu wspólnego celu, np. odstąpienia od walki i okazywania sobie wzajemnie szacunku.

Podejście terapeutyczne — jedna czy wiele szkół/podejść/technik

Terapia par jest prowadzona przez terapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia terapeutyczne. Zdarza się, że terapeuci małżeńscy łączą różne podejścia i techniki stosownie do jakości i złożoności problemu oraz możliwości emocjonalnych i intelektualnych osób korzystających z terapii. Moim zdaniem, zarówno praca według założeń jednej szkoły terapeutycznej, jak również integracja różnych podejść może być stosowana w psychoterapii par, jeżeli dzięki temu realizowane są cele terapii, a jej proces przebiega harmonijnie. Myślę, że każdy terapeuta musi wziąć odpowiedzialność za proponowaną metodę pracy i kierować się naczelną zasadą „nie szkodzić”.

Profesor Orwid w swoim artykule odpowiada na pytanie, po co psychoterapeucie potrzebna jest etyka — „po to, ażeby [...] zdawał sobie sprawę z faktu, że prowadząc psychoterapię ma jakąś koncepcję człowieka, ma jakąś koncepcję rzeczywistości” [7, s. 6]. I dalej: „Etykę można zatem postrzegać jako uszczegółowiony rodzaj posiadanej przez nas wizji świata. W tym ujęciu psychoterapia byłaby relacją między wizją świata konkretnego człowieka a jego zachowaniem” [7, s. 10].

Koncepcja człowieka i własna wizja świata wpływają na nasze działania wobec pacjenta, na wybór szkoły terapeutycznej, technik prowadzących do rozwiązania problemu. Uważam za niezwykle ważne, by terapeuta par nie tylko był świadomy własnej koncepcji człowieka, rzeczywistości, kryzysu w związku, ale by potrafił w dostępny sposób przedstawić to małżonkom/partnerom po to, by oni z kolei mogli świadomie zdecydować o podjęciu lub niepodjęciu współpracy.

Problem wpływu, władzy i odpowiedzialności

Podając pracę z parami terapeuci w dużym stopniu biorą odpowiedzialność za jej przebieg, efekty i samopoczucie osób pozostających w związku. Terapeuta powinien sprawować kontrolę nad kształtowaniem się przymierza terapeutycznego oraz nad procesem terapii, ale nie może przejmować od małżonków lub odbierać im odpowiedzialności za wybór celu, kierunku zmian i sposób ich przeprowadzenia. Odpowiedzialność i kontrola leżące po stronie terapeuty są równoznaczne z jego wpływem na zjawiska zachodzące w związku małżeńskim, ale nie mogą się stać wyrazem władzy terapeuty. Opoczyńska-Morasiewicz i Morasiewicz w artykule dotyczącym etyki i psychoterapii uważają, że stosowanie zasad paternalistycznych w psychoterapii ogranicza autonomię pacjenta [8]. Musimy zatem pamiętać, że między wpływem a władzą jest cienka granica i powinniśmy stale pilnować, by jej nie przekraczać. Zdaniem Ledera, „psychoterapia jest procesem wpływania na drugiego człowieka — ze wszystkimi jego konsekwencjami” [2, s. 81]. W dalszej części artykułu Autor zastanawia się, czy nie ogranicza to wolności osób korzystających z psychoterapii oraz czemu taki wpływ ma służyć i jakie są jego cele. Jednym ze sposobów rozwiązania tego dylematu, proponowanym przez Ledera, jest ustalanie kontraktu terapeutycznego na początku terapii [2]. Trudno jest jednak przewidzieć, jak potoczy się terapia, co nowego przyniosą kolejne spotkania, o jakich sprawach dowiemy się na dalszym jej etapie. W związku z tym uważam, że korzystne byłyby przeformułowania kontraktu, dokonywane w trakcie terapii, w jakiejś znaczącej sytuacji. W kontrakcie tym należy uwzględnić zakres odpowiedzialności terapeuty i małżonków/partnerów za przebieg terapii. Jeżeli parze zależy na lepszym porozumieniu i zmniejszeniu ilości kłótni, możemy podzielić się odpowiedzialnością za uzyskanie tego celu, np. w taki sposób, że terapeuta będzie pomagał małżonkom w zrozumieniu przyczyn kłótni, w sformułowaniu swoich oczekiwań i poznaniu oczekiwań partnera czy we wspólnym opracowaniu planu działania zmierzającego do lepszego porozumiewania się. Natomiast małżonkowie mogą wziąć odpowiedzialność za podejmowanie pomiędzy sesjami prób zmiany dotychczasowych zachowań, które powodowały wzrost napięcia lub podejmowanie pracy nad zmianą własnych destrukcyjnych dla relacji przekonań dotyczących związku i ról w małżeństwie.

Z wpływem łączy się przekazywanie własnych poglądów. Leder [2] uważa, że każdy terapeuta wywiera wpływ na pacjenta, by widział własne problemy, relacje z innymi, źródła cierpienia itp. w kategoriach teorii stosowanej przez terapeuta i — można dodać — w ramach jego doświadczeń życiowych. Terapeuci par w większym stopniu niż inni psychoterapeuci są niejako narażeni na korzystanie ze swoich poglądów. Czy żona powinna zrezygnować z pracy w momencie urodzenia dziecka? Czy mąż powinien sprzątać w domu i robić zakupy, czy raczej ciężko pracować, by utrzymać rodzinę? Czy małżonkowie, którzy oddalili się od siebie uczuciowo, powinni być nadal razem dla dobra dzieci, czy powinni też zadbać o własne dobro? Każdy z nas formułuje odpowiedzi na takie i podobne pytania, które dotyczą zasad funkcjonowania związku, pełnionych ról lub zakresu obowiązków. De Barbaro i Drożdżowicz piszą: „Za postawę etyczną można uznać taką, w której terapeuta pomaga partnerom zrozumieć i negocjować [ich] własne wybory, przy zawieszeniu własnych” [9, s. 33]. Aleksandrowicz, omawiając problem neutralności i powstrzymywania się od ocen moralnych dotyczących uczuć i przekonań pacjenta, uważa, że „zasada neutralności

wymaga od psychoterapeuty także powstrzymywania się od indoktrynacji, od narzucania pacjentowi własnego systemu wartości — zarówno tego, który jest akceptowanym przez terapeutę zespołem norm etycznych, jak i tego, który jest zawarty w teoriach będących podstawą jego działania” [10, s. 17].

Uzyskanie dystansu w stosunku do własnych przekonań, własnego systemu wartości nie jest prostym zadaniem, dlatego też terapeuta pary powinien wyjątkowo uważnie przyglądać się swoim automatycznym myślom pojawiającym się w trakcie wypowiedzi każdego z małżonków. Przeanalizowanie tych myśli po sesji — samemu/samej lub z pomocą superwizora — pozwoli nam otworzyć się na przekonania małżonków, utrzymać neutralność i równowagę w rozumieniu sytuacji każdego z partnerów. Na przykład: przychylenie się do potocznej opinii, że każde z małżonków jest w połowie odpowiedzialne za kryzys w ich związku jest wielce nieuzasadnione, gdyż jako terapeuci nie powinniśmy dokonywać ocen, a niezależnie od tego nie tylko nie jesteśmy w stanie, ale nie możemy dążyć do tego, by określić procentowo udział każdego z małżonków w pojawieniu się kryzysu. Czy w przypadku zdrady małżeńskiej odpowiedzialność dzieli się po równo na oboje partnerów? Czy sposób zdrady (jednorazowy wakacyjny romans lub długoletni pozamałżeński związek) pomniejsza lub powiększa zakres niedotrzymania umowy o zachowaniu wierności? Każda trudna sytuacja każdej pary jest wyjątkowa i niepowtarzalna, gdyż jest związana z historią danego związku i historią relacji związanych ze sobą osób. Zaciekawienie się tymi historiami oraz zachęcenie partnerów do zrozumienia w ich świetle zachowań, potrzeb i motywacji własnych i partnera pomoże terapeutce pozostawić własne przekonania na drugim planie.

Płeć terapeuty

Czy płeć terapeuty może mieć znaczenie dla prowadzenia terapii par? W zasadzie nie powinna wpływać na jakość przymierza terapeutycznego i równowagę w jego budowaniu z każdym z małżonków, ale jeśli tak, to dlaczego zaleca się, by terapię par damsko-męskich prowadziła para terapeutów różnej płci? Czy w ogóle można tę sprawę rozważać w kategoriach etycznych? Myślę, że w pewnym sensie tak. Każdy terapeuta powinien być uświadomiony na sprawy płci, role związane z płcią, powinności i przywileje określane kulturowo, problem równouprawnienia. Powinien wziąć pod uwagę, że w związku z jego/jej płcią i w związku z przeżywanym konfliktem każde z małżonków spostrzeże terapeutę/terapeutkę w szczególny sposób i w procesie przeniesienia projektuje na niego/nią swoje potrzeby, frustracje, oczekiwania, lęki. Terapeuta nie jest wolny od kryzysów w swoich związkach, więc grozi mu pewnego rodzaju „uwiedzenie” przez jedną osobę, najczęściej tej samej płci i sprzymierzenie się z nią przy niedostrzeganiu potrzeb drugiej osoby. Dlatego myślę, że uświadomienie na możliwe konsekwencje wynikające z płci terapeuty, uświadomienie na to, jak każde z małżonków przeżywa terapeutę/terapeutkę i odnosi się do niego/niej jest ważnym elementem w prowadzeniu terapii pary, zapobiegającym utracie neutralności i równowagi w przymierzu terapeutycznym.

Zaufanie w związku i w relacji terapeutycznej

Maria Orwid [7] w swoim artykule dotyczącym etyki w psychoterapii dużo uwagi poświęcała tematowi zaufania. Uważała, że nie można zastąpić zasady zaufania zasadą kontraktu, a terapeuta jest odpowiedzialny za to, by pacjenci czuli się bezpiecznie w gabinecie. Przenosząc te myśli na grunt terapii pary, można stwierdzić, że terapeuta nie tylko musi pozyskać zaufanie małżonków/partnerów do siebie, ale też pomóc im odbudować zaufanie do siebie wzajemnie. Jeżeli między małżonkami toczy się walka, powinniśmy zadbać o to, by nikt nikogo nie krzywdził, a każdy z małżonków miał poczucie, że jest wysłuchany przez terapeuta i zrozumiany. Możemy ustalać z małżonkami różne cele terapii, ale jeśli nie uda nam się z nimi nawiązać przymierza emocjonalnego opartego na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa, nie uda nam się tych celów zrealizować. Bogdan de Barbaro i Lucyna Drożdżowicz [9] poruszyli temat utrzymywania w tajemnicy przed jednym z partnerów informacji przekazanych przez drugiego partnera poza sesjami wspólnymi. Pytają: „Czy terapeuta może się domagać, by tajemnica została ujawniona przez samego partnera w czasie sesji? A jeśli właśnie zachowanie tajemnicy chroni ten związek? I kto ma o tym decydować?” [9, s. 29]. Wielu terapeutów małżeńskich doświadczyło tego, że któryś z partnerów zadzwonił między sesjami lub napisał SMS i przekazał informację, że np. jest w podwójnym związku, spodziewa się dziecka ze związku pozamałżeńskiego, zamierza się wyprowadzić itp. i prosi o zachowanie tajemnicy przed współmałżonkiem. Wydaje mi się, że w takiej sytuacji dalsze prowadzenie terapii jest po prostu niemożliwe. Tylko, jak o tym powiedzieć małżonkom, by nic nie ujawnić i nikogo nie obciążyć, a jednocześnie postąpić szczerze wobec małżonków i samego/samej siebie? Zdarzało się, że próbowałam poradzić sobie z takim problemem, mówiąc coś w tym rodzaju: „dostrzegam to, że sytuacja między Państwem jest dość napięta i trudno jest mówić o wielu ważnych sprawach; wydaje mi się, że w tej fazie kryzysu najbardziej korzystne byłoby, gdyby każde z Was podjęło terapię indywidualną, żeby móc poukładać sobie swoje potrzeby, emocje, oczekiwania — to może pomóc Państwu w dokonaniu różnych ustaleń dotyczących Waszych relacji, Waszego związku”. Zdaję sobie jednak sprawę, że takie stanowisko jest dyplomatycznym sposobem uniknięcia trudnych rozstrzygnięć, ale też jednocześnie próbą uniknięcia stworzenia koalicji z jednym ze współmałżonków (niekoniecznie tym, który ujawnia tajemnicę) przeciwko drugiemu.

Dbalność o równowagę i sprawiedliwość w związku

Skłócenie małżonkowie przenoszą walkę z terenu domowego na obszar terapii poprzez uwydatnienie swoich krzywd i pomniejszenie krzywd partnera lub wygłaszanie oświadczenia typu: „ja już nic więcej nie zrobię dla dobra związku, teraz kolej na męża/żonę”. W prowadzonej walce żadne z nich nie chce ustąpić, dopóki nie dostrzeże zmian w zachowaniu współmałżonka. Oboje próbują wciągnąć w swoje rozliczenia terapeuta, przedstawiając różne przykłady świadczące o braku równowagi i doznanej niesprawiedliwości: „ja o niego dbam, zawsze pytam, jak spędził dzień w pracy, a on tylko coś burknie i włącza telewizor, nawet nie zapyta, co u mnie”; „włożyłem tyle wysiłku w to, żeby zorganizować wakacyjny wyjazd, chciałem, żeby żona odpoczęła, a ona przez całe

dwa tygodnie narzekała, że warunki niedobre, że okolica nieciekawa, w końcu zarzuciła mi, że żal mi było wydać więcej pieniędzy, żeby wyjść naprzeciw jej oczekiwaniom, więc pewnie mi na niej nie zależy”. Szczegółowa analiza przedstawionych sytuacji, ze zwróceniem uwagi na potrzeby, motywacje, uczucia i intencje obu osób pomaga w budowaniu przekonania, że terapeuta dostrzega każdą z osób obecną na terapii i dba o równowagę między nimi. Inne działania służące zachowaniu równowagi i sprawiedliwości, to np.: pilnowanie równego czasu wypowiedzi każdego z małżonków i kontaktu wzrokowego z każdym z nich, uważne słuchanie ich przez terapeuta, ustalanie wspólnie z małżonkami zadań domowych, w których udział obojga jest taki sam, czyli, wysiłek, jaki każda osoba ma włożyć w dokonanie określonej zmiany zachowania jest mniej więcej taki sam jak wysiłek partnera/partnerki. W dążeniu do zachowania równowagi terapeuta nie powinien przyzwalać jednej osobie na nadmierne eksponowanie emocji, które zagłuszają i przytłaczają partnera. Te emocje to najczęściej złość wyrażona czasem krzykiem, a czasem płaczem. Łatwiej jest zdefiniować krzyk, natomiast zdecydowanie trudniej jest rozpoznać, jakie uczucia zawierają się w płaczu, który, tak samo jak krzyk, może być formą dominacji nad partnerem i prowadzić do wygranej w walce z nim. Przykładem tego może być sytuacja z jednej sesji z początku terapii.

Para C.

Małżeństwo zgłosiło się na terapię w celu uzyskania lepszego porozumienia oraz zrozumienia przyczyn częstych napięć i konfliktów. Pani C. bardzo krytycznie odnosiła się do różnych zachowań męża, oceniając je jako niedojrzałe, pozbawione empatii, egoistyczne. Kiedy mąż próbował wyjaśnić powody swojego zachowania i zaczął przedstawiać nieco inną wersję tego samego wydarzenia, Pani C. zaczęła płakać, a Pan C. natychmiast przerwał swoją wypowiedź i zastygł w milczeniu. Pani C. płakała jeszcze bardziej intensywnie i jednocześnie nadal krytycznie mówiła o różnych zachowaniach męża, kończąc swą wypowiedź mniej więcej tak: „ja już tego nie wytrzymam, poświęcałam się dla niego od początku naszego małżeństwa, a on nigdy nie zwracał uwagi na moje potrzeby, chyba zużyję pani wszystkie chusteczki, bo tak strasznie mi się zrobiło przykro”. Czułam narastające napięcie Pana C., a myśląc, że chyba jemu też zrobiło się przykro, poczułam jednocześnie złość do jego żony. Czułam, że trzeba przerwać jej płacz, ale obawiałam się, że jeśli podążając za odczuwaną złością powstrzymam ją, to poczuje się urażona i niesprawiedliwie potraktowana, a jeśli — hamując złość — jej nie powstrzymam, to jej mąż pograży się w poczuciu winy lub krzywdy. Pomyślałam, że to, co czuję, to nie jest moja złość i zdecydowałam się w pierwszej kolejności przybliżyć do Pani C., gdyż ona była osobą dominującą w tym związku. Powiedziałam, że widzę jej cierpienie i zapytałam, jakie uczucia kryją się w jej płaczu. Pani C. otarła łzy, wyprostowała się i silnym, zdecydowanym głosem odpowiedziała, że czuje ogromną złość, że jest wściekła na siebie, że nie zadbała o swoje potrzeby i na męża, że nie umożliwił jej tego. Zwróciłam się w stronę Pana C., pytając go o to, jak się czuł w czasie, kiedy żona płakała i jak się czuje teraz. Pan C. odpowiedział mniej więcej tak: „czułem się skrzywdzony, bo zawsze starałem się odgadnąć, co by żonę zadowoliło i rzadko udało mi się trafić w jej potrzeby, ale mogła przynajmniej docenić moje starania,

jednak ona potrafi tylko uważać się nad sobą, tak, jestem teraz zły — na nią i na siebie, że nie powiedziałem jej wcześniej, jak mi z tym wszystkim jest trudno”. W dalszej części sesji rozmawialiśmy nadal o złości i rozczarowaniu, ale też o trosce o partnera/partnerkę, o tym, co lubią w sobie wzajemnie. Pilnowałam, by wypowiadali się naprzemiennie, by w swych wypowiedziach odnosili się też do tego, co usłyszeli od drugiej osoby. Miałam poczucie, że każde z nich poczuło się ważne i dostrzeżone nie tylko przeze mnie, ale i przez współmałżonka. Dzięki rozpoznaniu, że uczucie złości, które w tamtym momencie przeżywałam, nie wypływa ze mnie, a jest tak jakby połączeniem przeciwprzeniesienia i empatycznego współbrzmienia czy odzwierciedlenia uczuć obojga małżonków, mogłam odzyskać zachwianą równowagę pomiędzy poczuciem ważności każdego z nich.

Odmowa terapii

Czy możemy odmówić terapii? Kiedy może się to zdarzyć? Jakie okoliczności zwalniają nas z obowiązku pomocy potrzebującym? Czy w związku z tym, że zgłaszanym problemem jest kryzys/konflikt małżeński czujemy się mniej zobowiązani do podjęcia terapeutycznych działań niż w przypadku, kiedy zgłasza się nastolatek z myślami samobójczymi czy dorosły z nerwicą natręctw? Czy kiedy jesteśmy przeciążeni liczbą prowadzonych terapii łatwiej nam będzie odmówić podjęcia terapii pary? Te pytania powinniśmy sobie zadawać zarówno w czasie przyjmowania zgłoszenia do terapii, jak i podczas pierwszej konsultacji pary, kiedy podejmujemy pierwszą decyzję — albo zapraszamy parę do dalszego kontaktu, albo kończymy kontakt i/lub kierujemy do innych specjalistów. W Kodeksie Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zapis o odmowie terapii brzmi tak: „8.1. Psychoterapeuta ma prawo odmówić prowadzenia psychoterapii, gdy uznaje, że nie jest w stanie podjąć się rzetelnej terapii” [11]. W odniesieniu do terapii par taka niemożność może wystąpić np. w sytuacji kryzysu małżeńskiego terapeuty czy w trakcie jego procesu rozwodowego. Sądzę, że wtedy trudne byłoby, a nawet wręcz niemożliwe utrzymanie neutralnej postawy i kierowanie się zasadą równowagi i sprawiedliwości. Czymś, co utrudnia, ale nie uniemożliwia podjęcie się terapii może być również małe doświadczenie w prowadzeniu terapii par. W takim przypadku, dla mniej doświadczonego terapeuty pomocne będzie wzbogacanie swojej wiedzy i regularne korzystanie z superwizji.

Podsumowanie

Omówione przeze mnie problemy etyczne, pojawiające się w psychoterapii par, nie stanowią zamkniętej listy spraw, które budzą nasze wątpliwości, czy nasze działania terapeutyczne służą dobru obojga małżonków z osobna oraz ich związkowi. Zasygnalizowane tematy: dostępność terapeuty, równowaga w budowaniu przymierza i zaufania, problem odpowiedzialności i ustalania celu czy też możliwość odmowy terapii, mogą stanowić początek dyskusji na temat co wolno, co można i co trzeba zrobić w toku terapii małżeńskiej. Ważne jest to, by dyskusja o problemach etycznych toczyła się wszędzie tam, gdzie mowa jest o psychoterapii: w ośrodkach i zespołach zajmujących się terapią par, podczas szkoleń, superwizji, konferencji czy spotkań roboczych psychoterapeutów.

Na koniec chciałam jeszcze zwrócić uwagę na szczególną sytuację związaną po części z odmową, a po części z zawieszeniem terapii par, a mianowicie zalecenie obojgu partnerom lub tylko jednemu podjęcie terapii indywidualnej. Myślę, że jest to oczywiste, co zresztą jest ujęte w Kodeksie Etycznym Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [11], że terapeuta par nie może stać się terapeutą indywidualnym żadnego z partnerów i odwrotnie — terapeuta indywidualny nie może podjąć się prowadzenia małżeńskiej terapii swojego pacjenta i jego męża/żony. Jeżeli w trakcie terapii pary uznamy, że jeden z małżonków powinien podjąć terapię indywidualną z powodu występujących objawów jakichkolwiek zaburzeń psychicznych lub konfliktów intrapsychoicznych, utrudniających mu funkcjonowanie i mających negatywny wpływ na relacje, to powinniśmy delikatnie i ostrożnie porozmawiać o tym z obojgiem małżonków tak, by osoba kierowana do terapii indywidualnej nie została uznana przez nich jako winna, a osoba nie kierowana do terapii indywidualnej jako zwolniona z odpowiedzialności za kłopoty w relacji małżeńskiej. Nie uważam za zasadne kierowanie obojga do terapii indywidualnej w sytuacji, kiedy tylko jedno z małżonków oprócz kryzysu związku doświadcza kryzysu osobistego. Tutaj zasadę równowagi powinniśmy pojmować w ten sposób, że terapia indywidualna dla jednego z małżonków jest poszerzeniem jego możliwości i zrównoważeniem ich z możliwościami partnera/partnerki do poradzenia sobie z kryzysem w związku.

Piśmiennictwo

1. Freeman D. Kryzys małżeński i psychoterapia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1991.
2. Leder S. Zagadnienia etyczne w psychoterapii. W: Siwiak-Kobayashi M, Leder S, red. Psychiatria i etyka. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1995, s. 77–88.
3. Wolska M. Wskazania i przeciwwskazania do terapii małżeńskiej/terapii par. *Psychoter*, 2010; 4 (155): 73–81.
4. Sautter Ch., Sautter A. Gdy opadną maski. Terapia związków. Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów W drodze. Poznań; 2012.
5. Willi J. Związek dwojga. Psychoanaliza pary. Wydawnictwo Jacek Santorski & CO. Warszawa; 1996.
6. Flanagan R. Kłaiście jednej dłoni. Wydawnictwo Literackie, Kraków; 2016.
7. Orwid M. Etyka w psychoterapii. *Psychoter*. 1997; 2(101): 5–14.
8. Opoczyńska-Morasiewicz M., Morasiewicz J. Etyka i psychoterapia. *Psychoter*. 2015; 4(175): 21–34.
9. de Barbaro B, Drożdżowicz L. Problemy etyczne w terapii małżeńskiej. *Psychoter*. 2006; 2(137): 27–34.
10. Aleksandrowicz J. Psychoterapia: etyka — wartości — deontologia. *Psychoter*. 2006; 2(137): 13–20.
11. Kodeks Etyczny Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. <http://sekcjanaukowapsychoterapii.org/kodeks-etyczny-psychoterapeuty/>