

Z cyklu: „Sylwetki psychoterapeutów”

„TAK NAPRAWDĘ SIŁA TKWI W GRUPIE, W ZESPOLE”

— ROZMOWA WANDY SZASZKIEWICZ Z DOKTOREM JERZYM PAWLIKIEM

Wanda Szaszkievicz – Spotykamy się w Krakowie, gdzie zostałeś zaproszony przez Krakowską Szkołę Psychoterapii Psychoanalitycznej oraz Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży z wykładem o procesach przeniesieniowych w grupie terapeutycznej. Na wstępie chciałabym Cię prosić, abyś powiedział parę słów o sobie dla czytelników Psychoterapii.

Jerzy Pawlik – Jestem psychoterapeutą, z wykształcenia psychologiem, analitykiem grupowym. Moje szkolenie w psychoterapii od samego początku było związane z podejściem analitycznym, wywodzącym się z psychoanalizy. Pracuję w Ośrodku Psychoterapii Analitycznej, który od niedawna jest częścią większej struktury, to jest Centrum Psychoterapii w Warszawie. Ponadto od prawie 10 lat prowadzimy działalność szkoleniową w naszej placówce, którą sami stworzyliśmy. Jest nią Instytut Analizy Grupowej Rasztów. Jest to placówka czysto szkoleniowa dla lekarzy, psychologów chcących uzyskać certyfikat psychoterapeuty. Bazą kliniczną był Ośrodek Psychoterapii, teraz jest Centrum Psychoterapii.

W. Sz. – Chciałabym wiedzieć, jakie są losy Rasztowa, w którym zaczynałeś swoją drogę psychoterapeuty. Czy Rasztów nadal istnieje?

J. P. – Jako ośrodek Rasztów nie istnieje, chociaż jest tam trochę pacjentów z oddziałów psychiatrycznych. Zakładając naszą placówkę szkoleniową dodaliśmy do nazwy „Rasztów”, żeby pokazać nasze korzenie, skąd się wywodzimy. Większość kolegów, która zakładała tę placówkę, wywodzi się z ośrodka w Rasztowie.

W. Sz. – Czy mógłbyś coś więcej powiedzieć o tym, jaki nurt w psychoanalitycznej psychoterapii reprezentujesz? I jak się to rozwijało przez lata Twojej pracy?

J. P. – Na studiach, które ukończyłem w 1964 r., miałem takie szczęście, że ich program się zmienił. Na przedostatnim, trzecim roku doszły wykłady o psychologii amerykańskiej. Wykłady na temat psychoanalizy i psychoterapii prowadził doktor Jan Malewski. Po pierwszym semestrze zaproponował, że osoby, które się specjalnie tym nie interesują, zaprasza na koniec roku, po zaliczenie, natomiast zainteresowanych zaprasza na spotkania grupy, która nazywa się po angielsku experience group. Było to moje pierwsze tego typu doświadczenie. Pamiętam, spotkania odbywały się w zwykłej sali, na uniwersytecie — trzeba było odsuwać ławki, ustawiać krzesła tak, aby stały w kręgu. Było to doświadczenie tego, co się dzieje w grupie, jak powstają więzi; obserwowanie, jakie zjawiska i procesy w niej zachodzą. I w tym czasie, właśnie w 1963 roku, powstał Ośrodek Leczenia w Rasztowie. Najpierw miał swoją siedzibę w Skolimowie, a gdy ja, kończąc studia, odbywałem praktykę, mieścił się przez krótki okres na terenie szpitala w Drewnicy pod Warszawą. Byłem pierwszą osobą, która w trakcie szkolenia wystąpiła eksperymentalnie w roli pacjenta. Oznacza to,

że zostałem przyjęty jako uczestnik grupy terapeutycznej.

W. Sz. – Czyj to był pomysł, taki rodzaj szkolenia w psychoterapii z perspektywy pacjenta?

J. P. – To był pomysł zespołu, żeby taki rodzaj praktyki wprowadzić. I ja to przeszedłem. Po skończeniu studiów, po jakimś czasie, dołączyłem do tego zespołu, bo się tym dalej interesowałem. Ten typ praktyk był kontynuowany aż do momentu, kiedy uznaliśmy, że to jednak jest za trudne. Trafili się koledzy, dla których bardzo trudne było do przyjęcia, że są w roli pacjentów w grupie i po prostu bojkotowali to albo w nieświadomy sposób nie zgadzali się z taką rolą i poza sesjami prowadzili jakby drugie życie, udzielając rad pacjentom. Uznaliśmy w końcu, że psychoterapia nie znosi niejasności ról, że jak ktoś chce się uczyć prowadzenia psychoterapii, to musi być członkiem zespołu, a ten, kto przychodzi się leczyć, nie może być traktowany jako odbywający praktykę terapeuta.

W. Sz. – Czyli ten eksperyment, o którym mówiło z entuzjazmem wielu terapeutów, którzy z niego skorzystali, ostatecznie został zaniechany jako zbyt trudny?

J. P. – Tak, ale inne formy szkolenia, do dziś stosowane, się sprawdziły. Otóż na przykład robiliśmy coś, co nazywaliśmy „rekolekcje terapeutyczne”, bo to było tuż przed świętami wielkanocnymi. Zwalnialiśmy wcześniej pacjentów i koledzy z różnych stron Polski przyjeżdżali na spotkanie, które teraz byśmy nazwali intensywnym warsztatem czy maratonem. Bazę stanowiły własne przeżycia. W ogóle wtedy bardzo intensywnie pracowaliśmy i pewnie dlatego Rasztów dość szybko zbudował swoje znaczenie jako miejsce leczenia nerwic.

W. Sz. – Pamiętam Ciebie z okresu, gdy powstał ośrodek na ul. Dolnej w Warszawie, gdzie była prowadzona grupa otwarta i gdzie odbywały się kwalifikacje do leczenia całodobowego w Rasztowie.

J. P. – Tak, bo dyrekcja naszego ośrodka mieściła się na Dolnej. To się nazywało Państwowe Sanatorium dla Nerwowo Chorych. Tam też mieściła się poradnia, w której przygotowywaliśmy pacjentów do intensywnego leczenia w Rasztowie.

Pytałaś o nurt teoretyczny. Jest to podejście analityczne wywodzące się ze szkoły angielskiej założonej przez Foulkes'a. Ciekawe, że chociaż jego nazwisko brzmi z angielska, to naprawdę był on Niemcem z pochodzenia i jego nazwisko pisało się Fuchs, co znaczyło „lis”. Był lekarzem, psychoanalitykiem szkolonym we Frankfurcie, gdzie się zetknął z Kurtem Levinem. Po emigracji (związanej z sytuacją w Europie) do Londynu, zaczął pracować nad stworzeniem odpowiednika psychoanalizy, która mogłaby być realizowana w grupie. Był zafascynowany zjawiskami społecznymi zachodzącymi w grupie, które mają niesłychaną wagę.

W. Sz. – To było dość rewolucyjne w psychoanalizie, która pomimo teoretycznego rozwoju w kierunku społecznym, w praktyce terapeutycznej była nastawiona na pracę indywidualną.

J. P. – Tak, ale to było już po wojnie, w czasie, kiedy w szpitalu dla różnych weteranów wojennych zaczęto dostrzegać znaczenie struktury społecznej, w tym organizację samego szpitala. Maxwell Jones wtedy tam pracował. Powstały wówczas koncepcje społeczności terapeutycznej. I on, będąc na to wrażliwym, zaczął równocześnie wykorzystywać to, co jest najważniejsze w psychoanalizie klasycznej, czyli analizować procesy podstawowe — jak praca z przeniesieniem, z oporem, związek terapeutyczny — rozważać, jak te

najważniejsze w psychoanalizie zjawiska i procesy można odnieść do sytuacji grupowej. Budował zatem system teoretyczny, oparty na psychoanalizie, ale równocześnie ukazując, że sytuacja grupowa jest jakościowo inną sytuacją, ponieważ nieuchronnie odwołuje się do społecznych doświadczeń człowieka, i to nie tylko do wczesnych doświadczeń we własnej rodzinie, ale też z grupami rówieśniczymi. Udział w grupie terapeutycznej łatwiej niż w klasycznej indywidualnej psychoanalizie uruchamia wspomnienia i doświadczenia związane z grupami ludzkimi. Przecież wychowujemy się w grupie.

W. Sz. – Wiem, że uczyłeś się tej grupowej terapii analitycznej w Londynie. Kiedy to było?

J. P. – To było w latach 1977—78, po takim okresie, kiedy zespół w Rasztowie przeżył dużą zmianę, można powiedzieć poważny wstrząs czy kryzys związany z tym, że w 1975 roku dr Malewski wyjechał do Niemiec. On przecież zakładał z nami ten ośrodek.

W. Sz. – I nagle on, ten „ojciec”, ten najbardziej wtajemniczony, was opuścił, osierocił...

J. P. – Tak, dla mnie osobiście to też było trudne, bo przecież moje pierwsze doświadczenie, jeszcze przed Rasztowem, było związane z uczestnictwem w grupie prowadzonej przez niego przez dwa lata. Potem się dowiedziałem, że takie grupy mieszane, w których są pacjenci i psychologowie, prowadzone są też w Anglii. I swoje szkolenie kontynuowałem właśnie w Anglii.

Jako zespół doznaliśmy ogromnego wstrząsu, gdy zdaliśmy sobie sprawę z tego, że on nas opuścił. Uzmysłowało nam to jednak, co ma naprawdę wartość i gdzie jest siła, i skąd się bierze. Do tamtego czasu sądziliśmy, że siła jest w liderze — w jednym człowieku, wspaniałym guru, a my wszyscy poprzez nasz związek z nim czerpiemy tę siłę. Dopiero po tym wstrząsie, po depresji, którą przeżyliśmy zobaczyliśmy, że też mamy własną siłę i tak naprawdę siła tkwi w grupie, w zespole.

W. Sz. – To trochę też oddaje sytuację pacjenta, który wiąże się z terapeutą, „zawiesza” na nim. Łatwiej jest to rozwiązać, gdy pacjent trafia do grupy terapeutycznej po pewnym czasie trwania terapii.

J. P. – Pewna analogia jest. Sądziliśmy, że wszyscy razem tworzymy grupę, zespół zintegrowanych ze sobą osób. Nagle ta grupa zostaje porzucona przez lidera. A zatem właściwie, gdzie leży wartość? A gdy ktoś ważny odchodzi, to czy ją zabiera? Wydawało się nam, że ta wartość przepadła.

W. Sz. – W tej sytuacji utraty lidera, ratując się, nie staraliście się wykreować następnego?

J. P. – Myśleliśmy, że będzie nim dr Łapiński, ale on tej roli nie podjął, chociaż miał stanowisko szefa zespołu. Wszystkim było bardzo trudno.

W. Sz. – Pamiętam wasz przyjazd do Krakowa — to chyba było tuż przed wyjazdem dr Malewskiego. Mieliście naukowe wtorkowe wystąpienie w Katedrze Psychiatrii przy Kopernika, gdzie teraz gościsz. Byłam na tym zebraniu ze swoim zespołem, w którym też dokonywała się trudna zmiana, związana z walką z naszym liderem. Przechodziliśmy wtedy kryzys odrzucenia tego lidera. Towarzyszył temu lęk, rozdarcie, gniew. Skończyło się rozłamem, podziałem na dwa zespoły, w których już potem nie było takiej zależności od żadnego z liderów.

J. P. – Myśmy do tego nie doszli, do tej walki. Chyba nie zdążyliśmy dojrzeć do kwe-

stionowania roli naszego lidera. Cały czas byliśmy w pozycji zależnej.

W. Sz. – Pamiętam, jak z podziwem, nieledwie zazdrością patrzyłam na waszą – Twoją i dr. Łapińskiego współpracę, porozumienie. Nie mówiąc o przemyśleniach na temat terapii.

J. P. – Myśmy się po prostu lubili jako ludzie. Pamiętam ten pobyt w Krakowie od strony bardziej prywatnej. Mieszkaliśmy u śp. Małgosi Dominik, która nas wspaniale gościła. W tych czasach niełatwo było zdobyć coś dobrego do jedzenia, a ona bardzo się postarała. Śniadanie było naprawdę wspaniałe. Zdobyła wszystko: wędlinę, jakieś sery, rzodkiewki. A Łapiński nagle spytał: Małgosiu, czy masz może jakiś dżem? Akurat tego nie było. Poczuliśmy, że postąpił nietaktownie, chociaż na pewno tego nie chciał. Pamiętam też, że Małgosia brała udział w „rekolekcjach terapeutycznych” w Rasztowie.

W. Sz. – Wydaje mi się, że ten pierwszy okres, rasztowski, wspominany przez Ciebie, ale też i kolegów, był niesłychanie ważący na waszym rozwoju, a tym samym na rozwoju psychoterapii.

J. P. – To był romantyczny okres w naszej pracy. Z ośrodkiem w Rasztowie nie było bezpośredniej komunikacji. Jechało się kolejką elektryczną z Dworca Wschodniego. Na miejscu czekał na nas woźnica. Mieliśmy swojego konia i bryczkę, a w zimie sanie, którymi jechaliśmy 7 km do ośrodka. Woźnica, pan Godlewski, był bardzo barwną i ciekawą postacią. Ledwie umiał się podpisać, ale jako prawdziwy mazurski chłop miał niezwykłą mądrość życiową. W drodze ze stacji często gawędziliśmy. Kiedyś powiedział do mnie:

„Wie pan, ja uważam, że wszystkie choroby dzielom się na dwa rodzaje – jedne się biorą z przelęknienia, a drugie z przeziębienia”. Zrozumiałem, że te „z przeziębienia” to są choroby somatyczne, więc pytam. „No dobrze, panie Godlewski, a jakie to są choroby z przelęknienia?”. A on na to: „a padacka”. Ja: „jak to – padacka?”. Wyjaśnił: „U nos jeden chłop szedł o północy koło cmentarza, przeląkł się, przewrócił i od tego czasu już się przewraca!”. Niezależnie od szczegółowych uzasadnień, pan Godlewski wymyślił własną, całkiem sensowną klasyfikację chorób! Lubił też rozmawiać z rodzinami pacjentów przyjeżdżającymi w niedzielę w odwiedziny do ośrodka. Ktoś go zapytał: „A jak tam moja żona Basia?”. A pan Godlewski na to: „Taka blondynecka? O panie ona tu nieźle dokazuje!”. Pech chciał, że trafił na bardzo zazdrosnego męża, z którym mieliśmy potem trochę kłopotów. Pan Godlewski dostał zakaz wypowiadania się o pacjentach do ich rodzin, ale chyba nie całkiem do tego zakazu się stosował.

I tak mi tam przeszło 25 lat pracy do czasu, gdy wspólnie z zespołem zdecydowaliśmy w 1991 roku, że czas przenieść ośrodek oraz zmienić jego strukturę i charakter. Zamiast całodobowego leczenia zrobić coś innego. Korzystały wtedy z niego osoby z całej Polski, bo mogły się gdzieś zatrzymać, tam mieszkać. Natomiast to było coraz trudniejsze do wytrzymania dla terapeutów, mimo że koledzy z Heidelbergu, z którymi zaczęliśmy współpracować, złożyli się, przywieźli czek i kupiliśmy sobie nyskę, by móc czymś dojeżdżać. To było po stanie wojennym, zaczęło brakować pieniędzy, nie było na benzynę. Było naprawdę coraz trudniej. Ja wtedy byłem szefem, trzecim z kolei, gdyż po moim powrocie z Anglii dr Łapiński, ówczesny szef, postanowił wyemigrować do Australii. To moje kierownictwo w zespole miało już inny charakter. Zespół był dojrzalszy, czuł swoją siłę. Wszyscy czuliśmy to, że mamy potencjał jako zespół, jako grupa.

W. Sz. – Czy mógłbyś coś więcej powiedzieć o swoim pobycie w Anglii? Miał

on dla Ciebie, jak sądzę, wielkie znaczenie.

J. P. – Tak, mam bardzo dobre wspomnienia. W latach 1977–78, byłem w ośrodku psychoterapeutycznym w mieście Prestwich pod Manchesterem. Pojechałem tam dzięki dużemu poparciu Ireny Namysłowskiej, która знаła sponsora mojego pobytu – profesora Freemana. Właściwie nie miałem obiecanej pracy, tylko możliwość pobytu, ale wkrótce dostałem część etatu i to było dla mnie niesłychanie ważne. Tam zebrałem materiał do swojej książki na temat analizy grupowej. Raz w miesiącu jeździłem, a szpital mi częściowo pokrywał koszty, na seminarium do Instytutu Analizy Grupowej w Londynie. Moja szefowa, pani Barbara Dick, która już nie żyje, a z którą kiedyś byłem w Krakowie, też na takim wieczornym zebraniu wtorkowym w klinice, była analitykiem grupowym. Pracowała w ogromnym szpitalu psychiatrycznym, w którym pewna część była wydzielona na psychoterapię. I tam mi się udało trafić. Z ministerstwa w Polsce dostałem zgodę tylko na rok pobytu. W tym czasie moja szefowa wystarała się o etat dla swojego oddziału, a ja wystartowałem w konkursie i wygrałem go, zdobywając ten etat. Napisałem prośbę do ministerstwa w Polsce o możliwość przedłużenia pobytu. Dostałem odpowiedź: „Ministerstwo nie wyraża zgody na dalszy pobyt obywatela w Wielkiej Brytanii”. Ponieważ zaczęliśmy tam pewien program badawczy, wykorzystałem to jako uzasadnienie mojej kolejnej prośby i wreszcie zgodę. Czasy się już zmieniały. Nasz rodak Karol Wojtyła został papieżem i może to też stworzyło przychylniejszy klimat. Udało mi się przeciągnąć ten pobyt do 2 lat. Zaprzyjaźniłem się z ludźmi z zespołu i do dziś mam kontakt z jednym z kolegów. Tam, w Londynie właśnie zetknąłem się z prawdziwą analizą grupową. Oprócz pracy, odbyłem dwuletnie szkolenie w grupie prowadzonej przez analityka grupowego. I gdy już byłem w Polsce, powróciliśmy do małych analitycznych grup, które doktor Malewski kiedyś uruchomił.

W. Sz. – Czyli zaczął się jakby nowy okres dla Ciebie, już bardzo świadomego wyboru kierunku psychoterapii: analizy grupowej. Czy mógłbyś coś więcej powiedzieć o specyfice tego rodzaju leczenia, funkcjonowania takiej grupy. Wiem, że nie jest w nim istotna dynamika grupy pojmowana po staremu.

J.P. – W analizie grupowej ważne są podstawowe ramy i reguły, ważna jest tak zwana analityczna sytuacja. To znaczy, że jest stałe miejsce, stały czas (tak jak zresztą w większości grup), a co do materiału terapii — jest pewna analogia do klasycznej psychoanalizy, tylko zmieniona sytuacją grupową. Członkowie grupy są zachęceni do swobodnego wypowiedzenia różnych myśli i skojarzeń na każdy temat, bez wewnętrznej cenzury. W miarę jak się w to wdrażają, są w stanie mówić swobodnie o tym, co dotyczy innych członków grupy, terapeuty, czegoś z przeszłości, tego, co się zdarzyło wczoraj, wyglądu pokoju. Okazuje się, że te swobodnie wypowiedzane myśli i skojarzenia układają się w coś, co jest jakby pewnym *wspólnym mianownikiem*, co tak się zresztą w literaturze nazywa. To wspólne napięcie grupowe zaczyna się kształtować z pozornie oderwanych od siebie skojarzeń w problem grupowy. Terapeuta może interpretować te różne wypowiedzi w odniesieniu do wypowiedzi poszczególnych członków grupy, ale może się też odnosić głównie do tego wspólnego mianownika, w który wkład ma każdy z członków grupy. Jeśli interpretuje się to, co jest wspólne, to każdy z członków jakąś część odnosi do siebie. Ale i indywidualne wypowiedzi są ważne. Tak więc jest to jakby trochę inne myślenie niż to, które koncentruje się na dynamice grupy. To jest też miejsce, gdzie mogą być relacjonowane sny członków

grupy. Materiałem terapii jest wolno płynąca dyskusja. To jest odpowiednik wolnych skojarzeń w klasycznej psychoanalizie. W grupie każdy jej uczestnik ma w każdej chwili możliwość powiedzenia: mnie to męczy, nudzi, chcę mówić o czymś innym.

W. Sz. – Tak więc rolą terapeuty nie jest kierowanie tego, tylko komentowanie i interpretowanie? Jak to robić, żeby czegoś istotnego nie pominąć?

J.P. – Otóż to. Dlatego grupowy analityk nie jest liderem, tylko nazywa się „group conductor”, czyli „prowadzący”. Zalecenie Foulkesa jest takie: „zawsze podążaj za grupą. Jeśli ci się wydaje, że rozumiesz, o czym jest mowa w grupie – poczekaj, sprawdź, czy rzeczywiście tak jest”. Czyli terapeuta ma wspierać rozwój tej grupy, ułatwiać komunikację, pomagać grupie przebrnąć przez jakieś trudne momenty. I interpretować coś, co specyficznie się odnosi do poszczególnych pacjentów, ułatwiając im przepracowanie swoich problemów.

W. Sz. – A czy w praktyce to jest tak, że gdy terapeuta wyczuwa, że jakiś indywidualny problem jest ważny, to decyduje, żeby zatrzymać ten ciąg wspólnych skojarzeń, czy też po wszystkim robi się jakieś podsumowanie, czy jest to jakoś zbierane na koniec? Obawiam się o pojemność uwagi terapeuty, a także o to, że jeżeli ktoś z pacjentów jest aktywniejszy niż inni, to może wysuwać się na plan pierwszy i może zdominować grupę. Jak to wszystko pogodzić?

J.P. – Bywa tak rzeczywiście, że mogą się pojawić członkowie grupy, którzy z jakichś powodów tę grupę eksploatują, używają jej, aby rozwiązać swoje na przykład narcystyczne problemy. Wówczas terapeuta powinien przyjrzeć się, czy grupa jest w stanie sobie poradzić. Jeśli to się utrzymuje i jeśli jest to rozwiązanie obronne, które blokuje rozwój grupy, wtedy jego interwencja powinna zmierzać do pomocy grupie, aby poradziła sobie z tą sytuacją. Czasem jest tak, że obronna komunikacja w grupie wyrażana przez tę nadaktywność jednego jej członka leży w interesie grupy. Można powiedzieć, że ktoś jest delegowany, tak trochę jak w systemowym rozumieniu, do czegoś. Grupa szybko się orientuje, kto z członków tej grupy ma największą łatwość np. w rebeliowaniu, sprzeciwianiu się, krytykowaniu. Kto z większą swobodą porusza tematy seksualne czy inne. I czasem te osoby mogą być wykorzystane do oddelegowania.

Na początku pracy każdej grupy wewnętrzny konflikt osób uczestniczących jest taki: jak włączyć się, zaistnieć w tej grupie, mówić o sobie, dzielić się. Drugi, przeciwny motyw to: jak uniknąć zagrożenia płynącego z uczestnictwa w grupie, żeby się nadmiernie nie odsłonić, nie ośmieszyć, nie wystawić na krytykę. I to jest pewien dylemat. I może się zdarzyć takie nieświadome rozwiązanie grupowe, że grupa deleguje jakąś osobę do tego, aby blokowała komunikację w grupie. Osoba ta dużo mówi, opowiada różne szczegółowe historie, które są dosyć banalne i niczego specjalnie nie wnoszą, zabiera czas. I co zaskakujące, grupa na to przystaje. Rozwiązuje to wcześniej wspomniany dylemat, aby uniknąć zagrożenia i nie eksponować się za bardzo. Ale równocześnie wszyscy czują, że proces nie rozwija się i nie idzie do przodu. I są źli. Ale wtedy złość, kierują zastępczo do tej osoby, która blokuje, do tego delegowanego pacjenta. I jakby jego kosztem grupa rozwiązuje swój dylemat.

W. Sz. – To podobnie jak w rodzinie, gdy kogoś jednego poświęca się w imię dobra całej rodziny, która znalazła się w trudnej sytuacji dotyczącej wszystkich jej członków, a wynikającej na przykład z przejścia do następnej fazy życia rodzinnego. Utrzymywana jest homeostaza, ale rozwój jest zablokowany. Jest to w interesie całości, a równocześnie dla tej „całości” ta osoba jest problemem i tak jak w opisywanej przez Ciebie sytuacji wszyscy mogą czuć do niej złość.

J.P. – I jeśli skupimy się na interpretacji tylko tej osoby, to grupa nie pójdzie naprzód. Dopiero zobaczenie w całości systemu interesów może pomóc w wyjściu z tego impasu. Tylko – nie wiem, jak to jest w systemowej terapii. U nas jest to uważane jako nieświadomy proces.

W. Sz. – Myślę, że podobnie — ten proces jest nieświadomy, tylko terapeuci systemowi nie skupiają się na tym aspekcie. Ale podobnie muszą wziąć pod uwagę kontekst pojawienia się zachowań tego „delegowanego”, czyli systemu rodzinnego. A przy okazji, skoro widzimy paralele tych procesów, chciałabym, w kontekście Twojego wykładu o przeniesieniu w grupie, zapytać, co myślisz na temat procesów przeniesieniowych w terapii rodzin. Czy procesy przeniesieniowe mają wpływ na przebieg terapii rodzinnej, czy mogą ją blokować? Myślę tu o sytuacji, gdy prowadzi tę terapię dwoje terapeutów różnej płci. A spotkania, które w naszym wydaniu odbywają się w domach pacjentów, zazwyczaj są pełne emocji. Na co dzień, jako systemowi terapeuci rodzinni, nie zastanawiamy się nad tym, ale gdy przeczytaliśmy w zapowiedziach tytuł Twojego wykładu rozmawialiśmy o tym w zespole i postanowiłam Cię o to zapytać.

J. P. – Jest taki pogląd, że zjawiska przeniesieniowe są powszechne. Można ich oczywiście nie brać pod uwagę, można się tym nie zajmować i na przykład w terapii nie omawiać, ale to nie zmienia faktu, że one powstają. Przypomina mi się taka anegdota. Nasz ośrodek zorientowany analitycznie przez lata całe rywalizował z ośrodkiem profesora Ledera, który był bardziej behawioralnie zorientowany, zaprzeczał temu, co stanowi zrab psychoanalizy. I kiedyś dowiedzieliśmy się, że jakaś bardzo młoda pacjentka zakochała się w profesorze. Namawiano mnie, żebym poszedł do Ledera, bo uważali, że ja jestem taki odważny, i żebym powiedział: „I co, panie profesorze, istnieje przeniesienie czy nie?”

Ale już poza żartami, ja myślę, że w sytuacji, gdy prowadzi terapię dwie osoby, może łatwo dochodzić albo do rozdzielenia przeniesienia na matczyną i ojcowską figurę, albo, jeśli pacjentami uczestniczącymi w terapii małżeńskiej, są ludzie osobowościowo od strony psychopatologicznej głębiej zaburzeni — do powstania mechanizmu splittingu, takiego „dzielonego” przeniesienia. Polega to na tym, że łatwo jedna osoba z terapeutów może być obsadzana w roli tej, która jest krytyczna, niechętna. A drugą osobę odbiera się jako życzliwą. Te projekcje i te przeniesienia mogą mieć w terapii rodzin po prostu większą siłę. Te dwie osoby albo są obsadzane w role matczyno-ojcowskie, albo następuje splitting, rozdzielenie tych części, których pacjent nie „może w sobie pomieścić”.

W. Sz. – Zastanawiam się teraz, czy jeśli tego procesu nie omawiamy w terapii — nawet go dostrzegamy, ale zajmujemy się innymi sprawami — to czy to nie blokuje terapii?

J. P. – Jest to możliwe. Jeśli mamy pacjentów, u których z poziomu edypalnego, czyli nerwicowego, w małżeństwie rozwija się konflikt, a potem jest odtwarzany i omawiany w terapii rodzinnej, to wtedy jego ogarnięcie jest możliwe. W każdym razie istnieją większe szanse jego rozwiązania. Ale tam, gdzie mamy do czynienia z głębiej zaburzonymi pacjentami, nie ma znaczenia, jakiej płci jest terapeuta czy terapeuci. W takich sytuacjach będzie splitting. Polega on na tym, że jedno z małżonków nie może w sobie pomieścić ani uznać tego, że partner ma dobre i złe cechy; może mieć albo dobre, albo złe, jednoznaczne. I podobnie będą postrzegani terapeuci: jest część dobra, która jest w jednym, i część zła, która jest w drugim. Świat wewnętrznych obiektów u takich osób ma tak silne odmienne wartości, że nie da się tego zintegrować. Te osoby posługują się tym, co w analizie nazywa

się mechanizmem projekcyjnej identyfikacji. Zamienia się to w konflikt interpersonalny, ale chodzi o bardzo wczesne, głębokie zaburzenie relacji z matką.

W. Sz. – Chciałabym nawiązać do pewnej dyskusji, w której brałaś kiedyś udział, a która odbyła się w trakcie konferencji psychoterapeutów w Przegorzalach. Dotyczyła ona trochę chyba fałszywego dylematu opisującego terapeutę w kategoriach „dobry człowiek czy profesjonalista”. Dyskusja odnosiła się do neutralności terapeuty w znaczeniu nie tyle systemu wartości, ile emocjonalnej bezstronności versus nadmiernego zaangażowania, żeby zaspokoić potrzeby pacjenta. Ty mówiłaś wtedy, że ten „dobry człowiek” w terapii to taki, który nie może wytrzymać presji pacjenta i wybiega naprzeciw. A nie powinien tego robić, tylko umieć „wytrzymać” na różnych etapach idealizowanie go przez pacjenta, natomiast w fazie rozczarowania powinien wytrzymać jego wrogość, na koniec wytrzymać, a nie wstrzymać, rozstanie. Krótko mówiąc, rolą terapeuty jest rozumieć potrzeby pacjenta, a nie zaspokajać je. Moje pytanie dotyczy tego, jak to osiągnąć w terapii? Jest to bardzo trudne i chyba nawet trudniejsze w indywidualnej terapii pacjentów nerwicowych. Może grupa to jakoś ułatwia i stąd łatwiej jest wytrzymać terapii te procesy w grupie? Nie wiem, czy się z taką sugestią zgodzisz?

J. P. – Absolutnie tak, dobrze to zauważyłaś. Grupa może terapii pomóc. Jeśli terapeuta wpada w pułapkę i bardzo trudno mu przyjąć, iż może być widziany jako zły, na przykład prześladowczy obiekt, to nie chcąc być tak widziany, może zareagować niezgodnie z interesem pacjentów. I wówczas grupa może skomentować jego zachowanie, np. zwrócić mu uwagę na to, czego on sam może nie widzieć. Terapeuta może na tym skorzystać, ale generalnie powinien sam sobie z tym jakoś radzić. Może do tego dojść przez własny trening, też i grupowy, ponieważ czasem intensywność tych przeżyć może być ogromna, np. kiedy przeniesienia są zmasowane i zgeneralizowane – albo pozytywne; czasem ze strony grupy jako całości. Sam miałem takie doświadczenia. Przydaje się tutaj pewien wypracowany nawyk badania i analizowania swoich odczuć, tego, co w języku analitycznym nazwalibyśmy przeciwprzeniesieniem, czyli czegoś, co się we mnie odbywa — różnego rodzaju emocje.

W. Sz. – I co Ci one mówią? Które z nich są sygnałem czegoś ważnego, czegoś, co trzeba zreflektować.

J. P. – Wszystkie tak naprawdę, jeśli zaczynam coś bardziej intensywnie przeżywać. I nawet te pozytywne, kiedy zaczynam czuć zadowolenie z tego, że wspaniale pacjentowi pomagam, kiedy przeżywam jakieś szczególne uniesienie. To bywa niesłychanie zdradliwe. Na przykład przychodzi pacjent narcystyczny i mówi terapii, że tak dobrze się czuje. To jest pułapka na terapeutę, który zaczyna myśleć: no tak, pomagam mu, coś dobrego robimy. I zaczyna się czuć szczególnie zadowolony. Tu powinien włączyć się sygnał: „ostrożnie, nie bierz dosłownie tego, co się dzieje” — zarówno wtedy, kiedy jesteś podziwiany, chwalony, jak i wtedy, kiedy jesteś atakowany, że jesteś nieczuły, wrogi, odrzucasz pacjenta. Bardzo szybko się okaże, że pacjent zakomunikuje, że nie zawdzięcza tego psychoterapii, tylko że ma to związek z tym, że coś mu się udało zrobić. A na następnej sesji powie, że mu to wszystko przeszło i jest w kompletnej depresji. I to właśnie zwiastował sygnał.

W. Sz. – Zawsze się też zastanawiam nad tym, w jaki sposób ten szczególny rodzaj doświadczenia z pacjentami przenosi się na nasze życie osobiste. Myślę, że to zależy od etapu pracy, ale obserwowałam różne zespoły ludzi pracujących z pacjentami chorującymi na nerwicę czy psychotycznymi. Terapeuci upodabniają się nieświa-

domie do siebie pod jakimś względem. I tak na przykład zespół naszej krakowskiej kliniki nerwic na pewnym etapie bardzo trzymał granice – jakby wszyscy bali się dać uwikłać nie tylko pacjentom, ale i kolegom. Zastanawiam się nad terapeutami, z którymi pracuję w terapii rodzin, ale nie widzę niczego charakterystycznego, pewnie jestem za blisko. A jak było z Tobą pod tym względem?

J. P. – Być może był taki okres na początku, gdy odkrywaliśmy różne rzeczy w psychoterapii, nauczyliśmy się rozpoznawać znaczenia różnych rzeczy. Odkrywaliśmy związki między objawami a zachowaniem. Fascynowaliśmy się tym wszystkim i wtedy rzeczywiście to przenoszenie psychoterapii do życia, do realnych sytuacji mogło mieć miejsce. Ale później, moim zdaniem, się z tego wyrasta i nabywa się umiejętności oddzielania terapii od własnego życia osobistego. Trzeba wiedzieć, że każde spotkanie, nawet z tym samym pacjentem jest trochę inne. Każda sytuacja jest inna. Coś innego się dzieje. Zasada jest taka, że staram się zrozumieć, o czym rozmawiamy, co ten człowiek przeżywa, co mówi, co naprawdę chce mi powiedzieć. I jeśli jestem otwarty i rozumiem, albo czuję, że rozumiem, to przyjmuję to, co słyszę i emocje, które temu towarzyszą. Doktor Malewski podkreślał to bardzo wyraźnie, także w tej rozmowie z Piotrem Drozdowskim, którą „Psychoterapia” drukowała, że niesłuchanie ważne jest to, co jest w przeżyciu, co jest na początku i na końcu sesji. Natomiast wtedy, gdy zaczynam obserwować, że niezależnie od tego, o czym jest mowa, coś się dzieje we mnie, to wtedy się zastanawiam, czy to jest coś odrębnego od pacjenta, czy też – ponieważ jestem z nim w intensywnym kontakcie – ma to związek z nim i on coś we mnie umieszcza czy porusza we mnie. Jak w takim razie zrozumieć, co się z nim dzieje? Mogę się odwołać do wiedzy na jego temat, prześledzić historię poprzednich sesji. Ale ważnym źródłem zrozumienia komunikacji z pacjentem są moje własne odczucia. I wiem, że zrozumienie ich może mi pomóc.

W. Sz. – Widzę, że te uczucia są najlepszą miarą czy też najważniejszym informatorem dla terapeuty o pacjencie.

J. P. – Tak, bo czasem bywają takie sytuacje, że nie ma danych obiektywnych, albo są one w jakimś chaosie, zagmatwaniu, mało czytelne. I wtedy odczucia terapeuty, badanie swoich stanów może być jedynym źródłem zrozumienia tego, co się dzieje z pacjentem. Pod warunkiem, że nie traktujemy tego zbyt subiektywnie, przestajemy się oskarżać. Na przykład wtedy, gdy czujemy się znużeni i senni, to nie dlatego, że za dużo pracujemy i jesteśmy niewyspani, tylko prawdopodobnie przyczyną są treści związane z pacjentem. On widocznie ma w sobie taką bierną, martwą część, którą gdzieś w nas umieszcza na drodze tej projekcyjnej identyfikacji. I stajemy się coraz bardziej „nieżywi”. I jeśli zrozumiemy, że to jest wynik takiej interakcji z pacjentem, to zgodzimy się na przyjęcie tego. Pomieścimy to w sobie i dopiero wtedy spróbujemy to rozwiązać – w taki trochę zdetoksykowany sposób.

W. Sz. – Wymaga to od terapeuty dużej dojrzałości, wglądu we własne problemy, rozpoznania uczuć przeciwprzeniesieniowych. Ciągle jednak myślę, że sposób naszej pracy warunkuje w dużej mierze to, jacy jesteśmy. Może to naiwne myślenie, ale możliwe, że przejmujemy ideologię teorii wyznawanej przez siebie na własny użytek. I tak terapeuci szkoły gestaltowskiej mieliby w sobie pragnienie wiecznego cieszenia się życiem, tym, co „tu i teraz”, dążyliby do odkrywania w sobie twórczego potencjału. Natomiast analitycy widzieliby szansę dla innych, ale i dla siebie w dążeniu do dojrzałości, w tym i do tego, aby być „wystarczająco pojemnym” kontenerem cudzych przeżyć. Obydwa kierunki zachęcają do rozwoju, ale w różny sposób.

Zastanawiam się, czy bycie analitykiem zanadto nie obciąża, czy ta dojrzałość nie staje się przedwczesna? Stawia terapeutę w pozycji „rodzica”. A jeśli tak, to może to tego terapeutę czynić przeciążonym, czasami nawet depresyjnym. Ciekawa jestem, co o tym myślisz.

J. P. – Ja tego u siebie nie obserwuję, chociaż czasami rzeczywiście czuję, że jestem zmęczony. Ważne jest jednak przede wszystkim to, że mam dzięki tej pracy okazję do autentycznego spotkania z drugim człowiekiem. Nawet jeśli to spotkanie polega na tym, że dowiaduję się o trudnych, dramatycznych przeżyciach i muszę się na nie otworzyć. To nie jest tylko kontakt intelektualny, brak kontaktu emocjonalnego pacjent by natychmiast poczuł. Klucz jest w tym, że terapeuta musi jednocześnie się na otworzyć i być oddzielony, żeby móc korzystać z terapeutycznego potencjału. Mnóstwo jest takich osób, które są w stanie totalnie się wczuć w pacjenta, wręcz dokonać pewnej fuzji z nim — przez jakiś czas ten pacjent może się czuć wspaniale, że ktoś go tak doskonale rozumie — ale jednocześnie terapeuci tacy nie mogą pomóc pacjentom, bo będąc w takiej fuzji nie mogą korzystać z pozycji terapeutycznej. Poza tym nie jest tak, że pacjenci wyłącznie mówią o jakichś dramatach czy niepowodzeniach. Ważne jest, by ten kontakt był szczery. Jeśli to się udaje osiągnąć, to nie jest to tak bardzo przeciążające. Czasami się to nie udaje: albo pacjent, albo terapeuta ma trudności, nie potrafi się otworzyć i wejść w autentyczną wymianę.

W. Sz. – Widzę, że zwracasz uwagę bardziej na „wymianę uczuć, emocji” pomiędzy terapeutą a pacjentem, mniej zaś na cofanie się w przeszłość, w tę głębię czy nawet otchłań przeżyć zepchniętych w podświadomość.

J. P. – W istocie tak jest. W początkach psychoanalizy ważne było zagłębianie się w przeszłość, szukanie szczątków (hobby Freuda była archeologia), żeby z nich składać, rekonstruować przeszłość. Nowoczesna psychoanaliza mówi, że ważne jest to, co się dzieje w sytuacji „tu i teraz”, to, co przeżywamy w relacji, co przeżywa pacjent, z czym wchodzi i jakie to wywołuje w nas uczucia, jak my to rozumiemy. Czyli zamiast tej „technologii” wchodzenia w szczegóły przeszłości, badania i uwalniania od tego, co było w niej urazowe, psychoanaliza i grupowa analiza stały się takim emocjonalnym doświadczeniem. W grupie to doświadczenie jest jeszcze bardziej intensywne, bo uczestniczą w nim różne osoby.

W. Sz. – Czyli analityk współczesny nie musi być „ojcem z brodą”, tylko bardziej sobą i może wchodzić w relacje emocjonalne?

J. P. – Tak, ale zawsze powinien być powściągliwy, nie powinien się nadmiernie pokazywać. Powinien rozumieć, jakie echo w nim wywołują przeżycia pacjenta, ale nie znaczy to, że ma się tym dzielić i to pokazywać, bo to może nie służyć interesowi pacjenta. Na przykład, jeśli pacjent przy tym przeniesieniu w pewnym momencie psychoterapii zacząłby odczuwać terapeutę jako kogoś wrogiego, niechętnego, odrzucającego, a terapeuta, chcąc być miłym i rozumiejącym, zacząłby się zachowywać w sposób przyjacielski, nazbyt serdeczny, to w ten sposób przeszkodziłby pacjentowi w przeżyciu jakiegoś fragmentu doświadczenia z przeszłości, w której miał relację z kimś, kto był właśnie odrzucający. Nie znaczy to, że terapeuta ma się zachowywać wrogo i odpychająco, ale ma to przyjąć. Inna rzecz, że bardzo trudno być w roli osoby, która jest widziana jako niechętna, zamknięta, wroga; trudno być złym obiektem dla kogoś drugiego. Milej być obiektem kochanym, uwielbianym. Ale to też jest pułapka. Lepiej zachować się neutralnie i wtedy pacjent może zobaczyć, poczuć rozdźwięk pomiędzy przeniesieniową sytuacją z przeszłości a realną

sytuacją i zachowaniami terapeuty. Pacjent czuje, że terapeuta jest prześladowczy, mimo że zachowuje się neutralnie. W pewnym momencie musi zobaczyć nieadekwatność jego postawy do realnej sytuacji terapeutycznej.

W. Sz. – Chciałam zapytać o coś, co można nazwać motywacją pacjenta do zmiany związanej zapewne z równoczesnym oporem przed nią u pacjenta. Dawniej mówiło się o motywacji do leczenia tej deklarowanej i tej rzeczywistej. Co analiza na ten temat mówi, czy istnieją jakieś sposoby, by to sprawdzić?

J. P. – Nie wiem, czy dobrze rozumiem to pytanie. Jeżeli mamy do czynienia z komunikatem od pacjenta, że chce uzyskać jakąś zmianę, czyli coś, czego do tej pory nie udało mu się osiągnąć, nie poradził sobie z tym, i wywiera nacisk na terapeuta czy na grupę, że chciałby szybko udoskonalić siebie i zmienić coś w życiu — to odpowiedź analityczna nie polega na tym, aby wykorzystać i zatrudnić grupę, żeby znaleźć odpowiednie szybkie rozwiązanie i podpowiedzieć mu, jak on powinien w różnych sytuacjach sobie radzić. Realną zewnętrzną zmianę powodują najpierw zmiany wewnętrzne u pacjenta. Bardzo często się przekonywałem, że jeśli ktoś jest pod presją jakiejś sytuacji i sam wywiera presję, żeby już ją rozwiązać, to naprawdę chodzi o to, że odpowiada to wewnętrznemu dylematowi. Że na tę zewnętrzną sytuację on by znalazł rozwiązanie. I mimo że na poziomie świadomym komunikuje, że mu o to chodzi, to naprawdę nie o tę radę chodzi. Tak zresztą bywa niekoniernie tylko z pacjentami. Ludzie często wstawiają się w sytuacje zależne: proszą o jakieś rady i prawie nigdy z tych rad nie korzystają. Bo jeśli by naprawdę chcieli, to by sami doszli do tego. Na ogół chodzi o coś innego, o ten jakiś wewnętrzny dylemat. Myślenie analityczne jest takie, że pod wpływem udziału w psychoterapii dochodzi do pewnego zdynamizowania życia psychicznego człowieka. I dopiero te zmiany zachodzące wewnątrz, w rzeczywistości psychicznej, dają się stopniowo przekładać na zmiany w rzeczywistości zewnętrznej. I wtedy jest to autonomiczna decyzja pacjenta, która nie wynika z tego, że usłyszał pięć rad, i którą wybrał, i to zmieniło jego życie. Jeśli on nie jest do tego przygotowany emocjonalnie, to i tak z tych rad nie skorzysta. Musi tu nastąpić proces wewnętrznej zmiany. W związku z tym to, co może być rzeczywistą motywacją, to mimo wszystko powód, dla którego pacjenci zgłaszają się do psychoterapii. Mając za sobą nieudane związki znów wchodzą w podobne relacje, które też grożą nieudaniem. Ich motywem jest nadzieja, że jednak tym razem może być inaczej. Ktoś, kto jest odrzucany, odpychany, pozbawiany ciepłego gestu, słowa, serdeczności, wiąże się z osobą podobną. Spowodowane to jest przymusem powtarzania opisanym przez Freuda. W tych sytuacjach życiowych niektórzy ludzie szukają pomocy terapeutycznej. Na poziomie świadomym może to być różnie formułowane, na przykład, że ktoś chce się pozbyć bólów głowy, albo chce być lepszym, albo nie bać się jeździć autobusem czy latać samolotem. Ale na głębszym poziomie chodzi o coś ważniejszego, o jakiś dylemat czy problem. I jeśli jest nadzieja, że da się to rozwiązać, to jest też w człowieku motywacja do tej zmiany, o której mówimy.

W. Sz. – Chciałabym Cię zapytać, co, Twoim zdaniem, jest najbardziej potrzebne terapeutycie, żeby mógł zachować albo nawet rozwijać ten potencjał terapeutyczny?

J. P. – Powinno się lubić ludzi, mieć przyjemność z przebywania z nimi i interesować się nimi. Niektórzy terapeuci dzięki kontaktom z kimś, kto jest w sytuacji zależnej i szuka pomocy, mogą sami się czuć dobrze i zaspokajać swoje potrzeby, ale tacy szybko zostaną skonfrontowani z tym, że jeśli pacjenci się leczą i korzystają z tego leczenia to wychodzą

dość szybko z tej zależności. I to jest kluczowy moment: albo terapeuta zobaczy, jak funkcjonował w kontakcie z pacjentami i będzie w stanie to znieść i zacząć się uczyć trochę inaczej rozumieć swoją rolę, być inaczej z pacjentami, albo się to wszystko zachwieje.

W. Sz. – Nie wiem, jaki masz pogląd na przyszłość psychoterapii w czasach, gdy wchodzi na rynek firmy farmaceutyczne, gdy jest tendencja do przyspieszania wszystkiego, zagłuszania myśli i uczuć za pomocą substancji psychoaktywnych, po które sięga coraz więcej osób.

J. P. – Niestety, gdy chodzi o rozwiązania systemowe, również w psychiatrii, to polityka w chwili obecnej jest taka, żeby w coraz większym stopniu przerzucać ciężar leczenia na pacjenta. To widać po kontraktach w kasach chorych. Jeszcze znajdują się pieniądze na leczenie całodobowe, szpitalne, natomiast nie ma odpowiedzi na to, co jest najbardziej poszukiwane, co ze społecznego punktu widzenia ma największy sens. Ludzie, którzy mimo różnych trudności jako tako funkcjonują i chcą pomocy w formie ambulatoryjnej – chcą psychoterapii indywidualnej, rodzinnej czy grupowej – po prostu tej pomocy nie znajdują, gdyż te formy są przez kasy kompletnie pomijane. Jak ktoś jest chory, to znaczy, że ma leżeć w szpitalu albo szukać pomocy w rozwijających się prywatnych ośrodkach, które taką ambulatoryjną pomoc oferują. Ale, niestety, wiem to po swoich pacjentach, że duża część nie będzie mogła z tego korzystać.

W. Sz. – Podobną tendencję widać w tym, że została zawieszona ustawa o zawodzie psychologa.

J. P. – I, niestety, nie wiemy, jakie będą jej losy. A przecież, mimo różnych niedoskonałości, powstała, została przedyskutowana w środowisku, zaakceptowana, podpisana przez prezydenta.

W. Sz. – Nawiązując do zawodu psychologa pracującego jako psychoterapeuta, chciałam Cię zapytać o to, co myślisz na temat kodeksu etycznego psychoterapeuty, który miał być dyskutowany w sekcjach psychoterapii obu towarzystw: psychologicznego i psychiatrycznego. Ten kodeks został przygotowany przez Sekcję Psychoterapii oraz Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, był nawet drukowany w „Psychoterapii”. Czy Towarzystwo Psychologiczne i Sekcja Psychoterapii jakoś odniosła się do tego? Czy była dyskusja na ten temat?

J. P. – Nie, na razie nie było takiej dyskusji, natomiast mam nadzieję, że koledzy, którzy za poprzedniej kadencji Sekcji Psychoterapii zobowiązali się do stworzenia tego kodeksu i planowali współpracę z Sekcją Towarzystwa Psychiatrycznego, dostrzegli to i nad tym pracują. Działalność obecnego zarządu została zdominowana przez pracę nad procedurą nadzwyczajnego trybu przyznawania statusu superwizora psychoterapii. Poza tym kończymy już w tej chwili pracę nad kryteriami rekomendacji ośrodków szkoleniowych. To wzbudza bardzo duże zainteresowanie i niepokój w środowisku. Czy zostanie to tak opracowane, że więcej ośrodków będzie mogło się w tych kryteriach zmieścić? Czy takie ośrodki, w których praca jest sensowna, rzetelna, na dobrym poziomie – znajdą uznanie i uzyskają tę rekomendację?

W. Sz. – Bo polityka powinna być taka, żeby te ośrodki, które mają już poziom wystarczający do kształcenia, powstawały nie tylko w dużych miastach, jak Warszawa czy Kraków, ale też w innych, gdzie ludzie łatwiej dojadą na staże, bo mają bliżej; żeby zwiększyć dostępność szkolenia w dziedzinie psychoterapii, skoro zależy nam, aby ona była stosowana w leczeniu.

J. P. – Właśnie, to jest idea, która przyświeca przyznawaniu licencji superwizora w trybie nadzwyczajnym, aby koledzy, którzy się zaczynają szkolić, nie musieli jeździć na każdą superwizję do Krakowa czy Warszawy, tylko mogli to robić u siebie: we Wrocławiu, Szczecinie czy Białymstoku. I podobnie — by ośrodki szkoleniowe, które są sensowne, mają dobre programy leczenia — mogły przyjmować ludzi na szkolenia.

W. Sz. – Pamiętam z konferencji Sekcji Psychoterapii dyskusję nad tym, co czeka polskich psychoterapeutów, zrzeszonych w różnych towarzystwach, gdy wejdziemy do Unii Europejskiej. Między innymi mówiło się o tym, że standardy szkolenia w psychoterapii będą musiały być ujednolicone. Myślę też, że kodeks etyczny powinien być wspólnie przygotowany albo chociaż zaakceptowany przez towarzystwa zrzeszające psychoterapeutów.

J. P. – Jestem tego samego zdania, tylko w tej chwili presja rzeczywistości nakazuje zająć się czymś innym. Tryb nadzwyczajny przyznawania licencjatu superwizora i inne sprawy są jakby pilniejsze, a najbardziej chyba zawieszenie ustawy o zawodzie psychologa, ponieważ groziła nam jej modyfikacja, bardzo niekorzystna dla środowiska psychologów. Propozycje Ministerstwa Pracy podważały właściwie istotę Samorządu Psychologicznego. Nie chciano uznać, że zawód psychologa może być także zawodem zaufania publicznego, więc w takim razie cała idea samorządu, czyli struktury, która dba o praktykę zawodu psychologa, uprawiania tego zawodu, etykę tego zawodu, została potraktowana jak coś zbędnego.

W. Sz. – A czy coś się robi w tym kierunku, żeby tę ideę uratować? I czy myślisz, że to się uda?

J. P. – Obecna sytuacja polityczna i obecna ekipa rządząca, nie bardzo sprzyjają temu, bo to właśnie z obecnego Ministerstwa Pracy wyszły impulsy, aby tę ustawę zmienić. W związku z tym, być może jest korzystniejsze dla środowiska, jeśli trochę później wejdzie ona w życie, ale nie tak zmodyfikowana, jak proponuje się teraz, gdy cała idea opracowana za poprzedniej kadencji Sejmu została zmieniona w sposób niekorzystny dla środowiska psychologicznego. Jest to niepokojące.

A wracając do pytania o współpracę środowiska psychoterapeutycznego w dostosowywaniu standardów dotyczących leczenia i szkolenia do europejskich, to myślę, że tu jest pełna zgoda — że trzeba w naszym środowisku rozmawiać, pomiędzy istniejącymi sekcjami psychoterapii uzgadniać wspólne stanowisko, bo tylko wtedy możemy zyskać na tym.

W. Sz. – Czy mógłbyś opowiedzieć o swojej aktywności społecznej? Wiem, że nadal jesteś przewodniczącym Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Na pewno to nie wszystko, w co się angażujesz. Czy wystarcza Ci czasu na życie prywatne, czy udaje się nie wpaść w ten niemożliwy do zniesienia pęd dzisiejszego świata?

J. P. – Jestem członkiem Zarządu Europejskiej Federacji Instytutów Analitycznych. To w skrócie się nazywa EGATIN. Jest to rodzaj federacji skupiającej wszystkie ośrodki szkoleniowe analitycznej psychoterapii grupowej. Dzięki temu, że dzieci mamy już dorosłe, a moja żona dba o dom, mogę trochę czasu poza pracą przeznaczyć na tę działalność. Prywatnie jestem członkiem klubu tenisowego „Wars” w Warszawie i w miarę regularna gra, spotkania i pogawędki z kolegami dają mi prawdziwe odprężenie. W Sekcji Psychoterapii – jak już wspomniałem – zakończyliśmy pracę nad kryteriami rekomendacji ośrodków szkoleniowych. W lutym prześlemy je do Zarządu Głównego Towarzystwa

Psychologicznego z prośbą o zatwierdzenie. Praca ta trwała ponad rok, ponieważ koledzy z różnych ośrodków, które się zajmują szkoleniem, przysłali nam swoje uwagi do wstępnej roboczej wersji tych standardów. Myśmy te wszystkie uwagi przedyskutowali, aby znaleźć sensowne rozwiązanie. Praca w Sekcji Psychoterapii jest intensywna, ponieważ co roku organizujemy konferencje. W tym roku, w październiku, będzie następna konferencja, też w Przegorzałach. Niedługo wyślemy listy do członków sekcji z prośbą o sugestię, co do jej tematu, a także być może co do programu czy nazwisk osób, z którymi członkowie sekcji chcieliby się spotkać i posłuchać, co mają do powiedzenia.

W. Sz. – Zbliżamy się do końca naszej rozmowy, chciałabym więc zapytać o to, co chciałbyś niejako od siebie powiedzieć młodemu, wchodzącym w zawód psychoterapeutom.

J. P. – Może to, że błędy, które terapeuta popełnia w związku z mniejszym doświadczeniem, którego jeszcze nie nabył, bo krótko pracuje, mają, moim zdaniem, drugorzędne znaczenie. Istotne jest przekonanie, że inni ludzie są ważni, ciekawi. W różny sposób korzystają oni z własnej wiedzy, z własnego rozumienia siebie — można im w tym pomagać. Takie przekonanie trzeba mieć. Terapeuta musi sobie powiedzieć, że ci, którzy przychodzą do grupy, nie przychodzą tylko dla niego. Prawdopodobnie spora część tych pacjentów ma duże własne możliwości i nawet bez niego, bez terapeuty, jakoś by sobie w życiu poradziła. Ale ważne jest, że dzięki jego pracy może nie „jakoś”, ale trochę lepiej.

I jeszcze jedno, czym chciałbym się podzielić, co osobiście przeżyłem jako dużą satysfakcję. Wspominałem wcześniej o swoim pobycie w Anglii. Co roku w Instytucie Analizy Grupowej odbywa się taki „London January Workshop”. Jak nazwa wskazuje, dzieje się to w styczniu. Podczas mojego pobytu, moja szefowa znalazła pieniądze, abym mógł wziąć w tym udział. To była tylko połowa wymaganej kwoty, ale uzyskałem zgodę na uczestniczenie w tych zajęciach i pojechałem tam. Pamiętam ten pobyt. Przeżywałem w sposób niesłychany to, że dane mi jest być na tym szkoleniu. Pamiętam siebie przejętego, zapatrzonego, a równocześnie pełnego niepewności, jak to będzie? I dokładnie po 20 latach (co zresztą odkryłem, gdy byłem już tam na miejscu) zostałem zaproszony do Londynu jako jedna z osób prowadzących taki styczniowy warsztat analizy grupowej. Tak więc przeżyłem osobistą satysfakcję, że warto było inwestować w ten kierunek. Podzieliłem się tą refleksją z tymi, którzy wtedy zgodzili się na mój udział za pół ceny — że ta inwestycja się opłaciła, bo w Polsce analiza grupowa się rozwinęła, moje doświadczenie w tym zostało uznane i mogłem znów się nim podzielić, tym razem jako prowadzący warsztat, równo po 20 latach. Czasem takie niespodziewane satysfakcje pokazują, że to, co się wybiera, ma jakiś sens.

W. Sz. – Wiem, że Twoje pobyty w Krakowie mają też swój osobisty, a nawet rodzinny kontekst, że do Krakowa przyjeżdżasz nie tylko, aby szkolić ludzi?

J. P. – Jeżdżę do Krakowa nie tylko dlatego, że przy okazji wstępuję na wieś, koło Miechowa, aby odwiedzić rodzinę, lecz także dla ludzi, których tu poznałem, z którymi się zaprzyjaźniłem. Jak spotykam profesora Marię Orwid — zawsze bardzo serdecznie się witamy. Również innych kolegów — na przykład Jacka Bombę — z którymi działaliśmy w Sekcji Psychoterapii przez całe lata. Jest też Jurek Aleksandrowicz, Kazik Bierzyński, Piotr Drozdowski, Zbyszek Barbaro. Tworzyście szczególnie klimat. Składa się na to sposób, w jaki pracujecie, w jaki rozmawiacie, również o psychoterapii, a także szczególna relacja, więź między wami. Jest to coś pociągającego i atrakcyjnego. Pamiętam, że była

taka tradycja, że po zebraniach wtorkowych w Krakowie chodziło się do Wierzynka. I tam mieliście swój wieszak w szatni, swój stolik. W Warszawie niczego takiego nie było, wszystko było bardziej zdeintegrowane. Ale też doszliśmy do tego, że gdy na zebrania Sekcji Psychoterapii przyjeżdżał, nieżyjący już dzisiaj, Olek Teutsch, to razem z Jankiem Malewskim, Michałem Łapińskim i też, niestety, nieżyjącym już Zdzisławem Bizoniem oraz zawsze obecnym Andrzejem Piotrowskim szliśmy potem do barku Europejskiego na wódeczkę i pogadać.

W. Sz. – A Twoje grono najbliższych współpracowników w Warszawie, czyli zespół z Centrum Psychoterapii i Szkoleniowego Centrum Analizy Grupowej, jak wypracowało tę integrację, którą widać, gdy jesteście gdzieś razem?

J. P. – Przede wszystkim wspólną pracą, najpierw w Rasztowie, potem w Instytucie Analizy Grupowej, który wspólnie zakładaliśmy. W początkach też mieliśmy taką tradycję spotkań — z których nasze żony nie zawsze były zadowolone — kolejno w naszych domach. Potrzeba integracji wynikała z tego, że na początku Rasztów był dewaluowany przez biologicznie nastawionych psychiatrów, którzy uważali, że to jest taka „krzakoterapia”, że my tylko o seksie rozmawiamy. I żyliśmy przez pewien czas w zagrożeniu, bojąc się, że nasz ośrodek zostanie zlikwidowany. I być może to zewnętrzne zagrożenie sprawiło, że integrowaliśmy się ze sobą, aby czuć większą siłę. I przetrwaliśmy.

Teraz w tych ośrodkach, które wymieniłem, pracuje kilka, chyba siedem osób, które jeszcze pracowały w Rasztowie. I przybywają też młodszy. Liczę, że niedługo kilka osób z Krakowa, wyszkolonych w analizie grupowej, otworzy filię instytutu w Krakowie. Dwa lata temu, we wrześniu, w Krakowie właśnie mieliśmy w pięknym miejscu, bo w muzeum na Rynku, międzynarodową konferencję analizy grupowej, zorganizowaną przeze mnie i kolegów z Krakowa.

W. Sz. – To już jest chyba taka nasza wspólna tradycja, że tak wiele się dzieje przez osobiste, przyjacielskie kontakty. Zastanawiam się, czy to przetrwa, i czy komuś się będzie chciało robić różne rzeczy społecznie.

J. P. – Właśnie. Myślę, że bardzo pozytywną rolę w tworzeniu środowiska odegrała Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Osoby reprezentujące różne nurty: behawioralny profesora Stefana Ledera, nasz nurt, ten krakowski psychodynamiczny i inne, mimo różnic, potrafiły ze sobą rozmawiać. I trzeba podkreślić, że to dzięki pomysłowi Jurka Aleksandrowicza, te spotkania odbywały się w różnych ośrodkach, żebyśmy mogli się poznać. To było forum, gdzie naprawdę różne referaty były wygłaszane. U nas nigdy tak w Polsce nie było, że o psychoanalizie nie można było mówić, tak jak w Czechosłowacji czy nawet na Węgrzech.

W. Sz. – Teraz i tam o wszystkim można mówić. Pytanie, czy będziemy mieć tyle bezinteresownego zapału w czasach, gdy psychoterapia staje się towarem, jak wszystko inne. Czy jako taka przetrwa, czy nie przegra znów z metodami leczenia, wymagającymi od ludzi, i to zarówno pacjentów, jak i terapeutów, mniejszego wysiłku. Gdy z Tobą rozmawiam wstępuje we mnie otucha, że ten zapal, który masz w sobie, udzieli się młodszym kolegom i powstaną nowe ośrodki analizy grupowej. Bardzo dziękuję za tę otuchę i za rozmowę.

11 stycznia 2002 roku w Krakowie

