

Hanna Strzelecka-Jaworska

RASZTÓW — KOREKTYWNE DOŚWIADCZENIE DROGĄ DO OSOBISTEJ WOLNOŚCI

RASZTÓW – CORRECTIVE EXPERIENCE AS A WAY TO PERSONAL FREEDOM

Instytut Analizy Grupowej „Rasztów”
Przewodniczący: dr Jerzy Pawlik

**group psychotherapy
history of psychotherapy in Poland**

Artykuł opisuje historię powstania i rozwoju Ośrodka Leczenia Nerwic w Rasztowie, przedstawioną przez jedną z jego założycielek. Ośrodek ten od lat 60. zajmuje się psychoterapią grupową, ulegając zmianom, pod wpływem politycznych i ekonomicznych transformacji w Polsce.

Summary: The author refers to the name of the Institute of Group Analysis „Rasztów”. She focuses on analytical roots of client-centred psychotherapy in Poland. They prove to be connected with Dr. Jan Malewski, as well as with the Neurosis Treatment Centre in Rasztów and the clinic in Warsaw established by him in 1963 in the highly socialised healthcare system.

The article shows the development of group psychotherapy based on analytical understanding of the source of patients’ disorders. The Neurosis Treatment Centre in Rasztów promoted an in-patient, short-term group psychotherapy founded on Foulke’s theoretical concept and Witaker’s group conflict theory. The treatment programme enabled patients corrective experience (Alexander) through revealing their habitual, unconscious childhood defence mechanisms. They prove inadequate in adult life, thus causing suffering and various neurotic symptoms. Corrective experience allows to look for new satisfactory adaptive mechanisms and unblocks development of the individual. For psychotherapy purposes the team introduced, developed and modified psychodramatic techniques according to the French school of Lebovici. The technique of working with the group was being modified as the team was becoming more familiar with the theory of borderline disorders, together with a better understanding of projective identification mechanisms. The article presents how the Rasztów centre and its team were both developing and regressing within the period of four decades under the influence of political and economic changes. Because of them, the stationary Centre was changed into a Daily Ward whereas the wide clinic offer diminished. At the same time they specified and provided for the team development towards group analysis, which has been confirmed with European certificates, as well as for establishing the Institute of Group Analysis „Rasztów” together with its complete privatisation. They were also the reason why short-term trainings in various forms of group psychotherapy were stopped.

In the face of all problems brought about by current reality group experience psychotherapy may enable patients to function better socially and to improve the individual comfort of life.

Instytut Analizy Grupowej z siedzibą w Warszawie oferując atestowane w Towarzystwach Psychiatrycznym i Psychologicznym szkolenia używa niezrozumiałej dla młodszych

kolegów nazwy „Raszów”. Chciałabym wyjaśnić jej genezę, a tym samym przypomnieć korzenie psychoterapii w Polsce opartej na psychoanalitycznym myśleniu o źródłach cierpienia pacjenta, określanego wówczas, na początku lat sześćdziesiątych, jako zaburzenie nerwicowe. Mam przedstawić rewolucję w sposobie myślenia, prowadzącą do uznania psychoterapii za metodę leczenia, odwołać się do teoretycznych podstaw, na których opierała się psychoterapia nazywana wówczas dynamiczną. Dziś kompetencje potwierdzają certyfikaty psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Psychologicznego, upoważniające do „samodzielnego stosowania psychoterapii jako metody leczenia”, gwarantujące również doskonale przygotowanie teoretyczne. We współczesnym świecie swoboda myślenia, dostęp do światowej literatury, wymiana zawodowych doświadczeń pomiędzy różnymi krajami są naturalnym prawem, nasze profesjonalne umiejętności mogą być potwierdzane przez europejskie certyfikaty psychoterapeuty. Nie oznacza to jednak, że we wspólnej Europie wszyscy dochodziliśmy do tego, kim zawodowo jesteśmy, jednakową drogą. Chciałabym dziś przypomnieć, jakie czynniki kształtowały naszą tożsamość i co wniósł Ośrodek Leczenia Nerwic w Raszowie do rozwoju psychoterapii w Polsce.

Zainteresowanie psychoanalitycznym myśleniem o źródłach zaburzeń pacjentów i wprowadzenie do uspołecznionego leczenia modelu psychoterapii, określanej wówczas mianem psychodynamicznej — zawdzięczmy wykształconemu w Krakowie psychiatrze, dr. Janowi Malewskiemu. Jako lekarz z paroletnim już stażem, prywatnie stale pogłębiający swoją teoretyczną znajomość klasycznej i współczesnej literatury psychoanalitycznej (a nie było to proste z powodu blokady wymiany naukowej z Zachodem i cenzury sprowadzanej literatury), postarał się o kilkumiesięczne stypendium naukowe w Pradze. Wybór miejsca był oczywisty. Dawne więzi Pragi z Wiedniem zaowocowały dobrze wykształconymi psychoanalitykami, którzy co prawda nie działali oficjalnie, ale dzieląc się swoją wiedzą z młodszymi kolegami przyczynili się do przemylenia do uspołecznionego lecznictwa ważnych, choć zakamuflowanych, idei. Koniem trojańskim dla socjalistycznej psychiatrii stał się Ośrodek Leczenia Nerwic „Lobeč”, oferujący stacjonarną psychoterapię krótkoterminową. Dr Malewski przeszedł w nim cały proponowany program i wzbogacony osobistymi doświadczeniami z kontaktu z psychoanalitykami wrócił do Warszawy. Zatrudniony w Państwowym Sanatorium dla Nerwowo Chorych, uzyskał życzliwą akceptację dyrektora — dr. Franciszka Szumigaja i jego poparcie staraj w Ministerstwie Zdrowia o zgodę na utworzenie stacjonarnego oddziału leczenia nerwic, bez leków, dyżurnego lekarza i pielęgniarek, metodą nieznaną wówczas psychoterapii. Za oddział całkowicie odpowiadać miał dyżurujący psychoterapeuta, a mógł być nim zarówno lekarz, jak i psycholog. Tego w naszej służbie zdrowia do tej pory jeszcze nie było. Argumenty, jakimi posługiwał się dr Malewski w trudnych rozmowach z Ministerstwem Zdrowia — to wypróbowanie już tej metody terapii w Czechosłowacji i wyjątkowa jej taniać. Sukces leczenia pacjenta, najczęściej lękowego, miał zminimalizować bezzasadne wzywanie w napadach lękowych pogotowia, odciążyć lekarzy różnych specjalności od uciążliwych pacjentów, przekonanych o źródle nerwicowych symptomów w chorym ciele, domagających się leków i zwolnień. To były argumenty dla urzędników ministerstwa.

Założenia merytoryczne wprowadzanej przez dr. Malewskiego metody opierały się na psychoanalitycznych podstawach. Żeby zrozumieć znaczenie rewolucji w myśleniu o metodach leczenia pacjentów zgłaszających się do lekarzy z dolegliwościami nerwicowy-

mi, trzeba zdać sobie sprawę, że w polskiej psychiatrii królowało nastawienie biologiczne. Wpływu życia psychicznego medycyna oficjalnie nie brała pod uwagę, a podświadomość była najwyżej przedmiotem żartów, jak w komedii Cwojdzińskiego Freuda teoria snów. Psychoanaliza miała w powszechnym przekonaniu sprowadzać wszystko do seksu. Przedwojenni psychoanalizyści zginęli w gettach, niewielu szczęśliwie wyemigrowało, jak prof. Bychowski, a jeden z uznawanych autorytetów psychiatrii, przed wojną żywo zainteresowany psychoanalizą, odciął się od młodzieńczego okresu „błędów i wypaczeń”, rozwijając szkołę całkowicie biologiczną. Tak więc ze względów politycznych bezpieczniej było nazywać wprowadzaną psychoterapię — dynamiczną, nie powołując się oficjalnie na jej źródła. Były one wyraźne.

Obszarem zainteresowania i leczenia stał się nie objaw, ale poszukiwana przyczyna, czyli zrespresjonowany, wczesnodziecięcy konflikt emocjonalny ukryty pod nieświadomością i przymusowo powtarzany obronami. Straciły one dawno swą pierwotną funkcję i pogłębiały dezadaptację, zagubienie i lęki. W krótkoterminowej terapii poszukiwany był, na poziomie diagnozy, ten właśnie konflikt, zwany „fokalnym” (termin wprowadzony przez współpracowników Balinta — Davida Malana z Tavistoc Clinic w Londynie i Thomasa M. Frencha). Metoda leczenia polegała na stworzeniu sytuacji terapeutycznej prowadzącej do odtworzenia, wydobywania z podświadomości i przepracowania tego konfliktu. Uwolnienie od konfliktu pozwalało na uruchomienie zdrowych mechanizmów adaptacyjnych. Korektywne doświadczenie prowadziło do uzyskania wewnętrznej wolności, odblokowywało zahamowany rozwój. Zjawisko korektywnego doświadczenia (pojęcie wprowadzone przez F. Alexandra), choć obecne w każdej formie psychoterapii, stało się nadrzędnym celem krótkoterminowej psychoterapii w grupie.

W podejściu do procesów i zjawisk grupowych przyjęliśmy założenia grupowej analizy¹ i teorię grupowego fokalnego konfliktu².

Mechanizmy występujące w psychoterapii to opór, przeniesienie i przeciwprzeniesienie (rozumienie przeciwprzeniesienia ulegało modyfikacji, gdy zapoznaliśmy się z pojęciem projekcyjnej identyfikacji i głębszymi zaburzeniami borderline). Proces psychoterapii rozumiany jest jako kontrolowana frustracja.

Narzędziem psychoterapii jest terapeuta — zarówno jego wiedza, jak i rozpoznawane i kontrolowane emocje. Aby intelekt i emocje pracowały w służbie pacjenta — niezbędna jest własna psychoterapia terapeuty i poddawanie jego pracy superwizji. Dążeniem w szkoleniu terapeuty stać się miało rozwinięcie w nim pewnej podwójności — zdolności wczucia się w świat pacjenta z jednoczesnym zachowaniem obserwującego Ego, świadomości własnych przeciwprzeniesieniowych doznań, poddaniu ich intelektualnemu oglądowi. Wynikiem winno być podjęcie interwencji psychoterapeutycznej w postaci interpretacji, która trafiając do sedna przeżyć pacjenta lub grupy otworzy wspólny mianownik, prowadzący do korektywnego doświadczenia.

Choć dla dr. Malewskiego docelowe było otwarcie stacjonarnego oddziału, pracę nad przygotowaniem zespołu rozpoczął od skompletowania pierwszej w Polsce małej, zamkniętej grupy dynamicznej, w której obserwatkami i protokolantkami były 2 studentki czwartego roku psychologii. Spotkania grupy odbywały się 2 razy w tygodniu po 2 godziny

¹ Foulkes SH. *Therapeutic group analysis*. London: Allen and Unwin; 1964

² Whitaker DS., Lieberman MA. *Psychotherapy through group process*. New York: Atherton; 1964.

i trwały rok. Raz w tygodniu odbywały się wielogodzinne zebrania, w których uczestniczyło kilkoro zainteresowanych szkoleniem się psychologów i psychiatrów. Obserwatorki odczytywały protokoły, we wspólnej dyskusji rozpoznawane były — występujące w trakcie zajęć w grupie — mechanizmy, zasadność użytych interpretacji i emocje prowadzącego i protokolantek. Dużą uwagę przywiązywano też do zrozumienia zaobserwowanych niewerbalnych reakcji grupy. Druga część zebrania poświęcona była przedstawieniu i dyskusji nad literaturą analityczną. 29 stycznia 1963 r., na dodatkowym posiedzeniu Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dr Malewski ze swoim młodym zespołem — na zaproszenie prof. Kępińskiego — miał zaszczyt podzielić się po raz pierwszy swymi doświadczeniami. Małe zamknięte grupy analityczne prowadziłam z doktorem Malewskim przez pięć kolejnych lat. W sposobie ich prowadzenia i rozumienia mechanizmów staraliśmy się reprezentować idee Foulkesa. Potem, na kilkanaście lat, ten typ psychoterapii grupowej został zaniechany.

W lipcu 1963 r. otwarty został Ośrodek Leczenia Nerwic, rok później przeniesiony do stałej siedziby w Rasztowie. Przypomnę pokrótce, jak zorganizowane było w nim leczenie. Składało się z 3 etapów: etap konsultacyjny w poradni w Warszawie, zasadnicze sześciotygodniowe leczenie w Ośrodku Leczenia Nerwic w Rasztowie i — po wypisaniu, jednodniowym zwolnieniu i powrocie do pracy — uczestnictwo w ciągu 3 miesięcy w grupie ambulatoryjnej raz w tygodniu. Stanowiła ona dla pacjenta ważne wsparcie w utrwalaniu wewnętrznych zmian osiągniętych w psychoterapii. Do leczenia w ośrodku kierowani byli przez psychiatrów pacjenci z całej Polski w wieku od 18 do 45 lat z rozpoznaniem nerwicy. Nie przyjmowaliśmy pacjentów uzależnionych od substytutów. W poradni w Warszawie wstępna rozmowa z psychologiem dawała orientację w rodzaju zaburzeń i problemach pacjenta, który informowany był o formie proponowanego leczenia. Konsultacja ogólnolekarska wykluczała choroby somatyczne będące przeciwwskazaniem do leczenia w Rasztowie, a psychiatryczna — potwierdzała rozpoznanie podane na skierowaniu. Po potwierdzeniu motywacji pacjenta do leczenia, zawierany był wstępny kontrakt terapeutyczny i pacjent włączany był do grupy przygotowawczej tworzonej na 2 spotkania, raz w tygodniu, na terenie poradni, w wymiarze 2 spotkań raz w tygodniu. Zapoznawał się z metodą psychoterapii i brał udział w psychodramie. W spotkaniach zawsze uczestniczył jeden z terapeutów pracujących w ośrodku. Uzyskany materiał pozwalał terapeutom ustalić konflikt, skłaniający pacjenta do leczenia, i jego zakorzenienie w pierwotnym konflikcie fokalnym. Następnym krokiem był wyjazd pacjenta do ośrodka i włączenie go do 20-, 24-osobowej grupy terapeutycznej.

Ośrodek znajdował się w miejscu, które dobrze ilustrowało czasy, w jakich żyliśmy. Ministerstwo Zdrowia przejęło kilkudziesięciohektarowy mająteczek na mazowieckich piaskach. Stan gospodarstwa był rozpaczliwy, a roczny deficyt zamykał się wielocyfrową kwotą. Wydzielono kawałek ziemi pod zabudowania ośrodka i dodano hektar zachwaszczonego nieużytku, będącego kiedyś dworskim warzywnikiem. Niskie koszty nowej metody leczenia miały stać się wizytówką gospodarności ministerstwa. Sam ośrodek stanowił tymczasowy barak oraz budynek gospodarczy ze stajnią dla konia, mieszkaniem dla woźnicy i pomieszczeniami gospodarczymi. Do stacji kolejowych — a były promieniście trzy — dojeżdżało się 6 km polnymi drogami w zależności od tego, która była bardziej

przejezdna. Kontakt ze światem miał zapewniać telefon na korbkę, a połączenie często było uszkodzane.

Założona prostota warunków bytowych i lokalowych nie skłaniała pacjentów do czerpania wtórnego zysku z leczenia. Wszystkie czynności porządkowe musieli wykonywać pacjenci. Zatrudnieni byli tylko: kucharki, woźnica i intendentka. Na stałe obok ośrodka mieszkała terapeutka zajęciowa prowadząca również raz w tygodniu tzw. psychogimnastykę. Funkcje terapeutyczne pełniło w pierwszych latach tylko 3, zmieniających się co dwie doby, terapeutów. W czasie urlopów czy nieprzewidzianych zwolnień lekarskich dyżury wydłużały się.

Program dnia ułożony był tak, aby jak najbardziej przypominał normalne życie:

- godz. 7.00 pobudka
- 7.15 gimnastyka
- 8.00—8.30 śniadanie
- 8.30—13.30 praca fizyczna, najczęściej w ogrodzie, sprzątanie i inne czynności porządkowe wokół budynku — z przerwą na drugie śniadanie
- 14.00 obiad
- 14.30—16.00 czas wolny
- 16.00—19.00 psychoterapia grupowa
- 19.00 kolacja
- 20.00—21.30 program wieczorny — dwa razy w tygodniu wieczorek taneczny, jeden raz psychogimnastyka, jeden raz gry i zabawy, a w pozostałe — TV.

W niedziele, po śniadaniu, odbywała się trzygodzinna psychoterapia, po obiedzie były wizyty rodzin, po ich wyjeździe krótkie omówienie przeżyć związanych z tymi spotkaniami, po kolacji zaś wieczorek pożegnalny dla odjeżdżających następnego dnia pacjentów

Poszczególne punkty programu nie miały same w sobie znaczenia leczniczego.

W pracy, zabawie, grach ujawniały się problemy życiowe pacjentów, trudności we współżyciu z ludźmi, omawiane później w trakcie psychoterapii. Na tzw. psychogimnastyce pacjenci odgrywali pantomimicznie różne trudne i konfliktowe sytuacje — np. prośenie o pomoc lub udzielanie jej, wybaczenie krzywdy itp. Wyrażane często bardzo ekspresyjnie uczucia omawiane były podczas psychoterapii. Raz w tygodniu przyjeżdżał na indywidualne rozmowy z pacjentami i grupą dr Malewski z całym zespołem. Był to szczególnie ważny dzień również dla terapeutów. Superwizowana była nasza praca, emocjonalne problemy wewnątrz zespołu, często bardzo burzliwe, ustalano kierunki psychoterapii stosowanej wobec pacjentów i podejmowane były decyzje o zakończeniu pobytu w ośrodku. Co tydzień wypisywano i przyjmowano 1-4 pacjentów.

W funkcjonowaniu grupy bardzo ważną rolę pełnił wybierany raz w tygodniu samorząd. Organizował on program dnia i 4-godzinnej przedpołudniowej pracy. Najważniejszym jego zadaniem było wychwytywanie problemów grupy, które opisywał w cotygodniowym sprawozdaniu. Wraz z charakterystykami z tygodnia wszystkich poszczególnych członków grupy materiał ten omawiany był podczas psychoterapii. Wszyscy pacjenci w czasie 6-tygodniowego pobytu byli w samorządzie i mieli okazję poznać swoje trudności w rolach zwierzchników, podwładnych i współpracowników, poczuć wartość swojej pracy dla grupy. Był to ważny przyczynek do przeżycia społecznego, korektywnego doświadcze-

nia. Bogactwu przeżywanych w czasie pobytu doznań sprzyjał skład grupy. Spotykali się w niej pacjenci w różnym wieku, z bagażem różnych życiowych doświadczeń, pochodzący z odmiennych środowisk. Takie zróżnicowanie wzbogacało występujące przeniesienia i dawało okazje do doświadczania — prócz konfliktów, które uczyli się rozwiązywać — szczególnie wzmacniającej wspólnoty i poczucia bezpieczeństwa. Pierwsza część psychoterapii poświęcona była problemom grupowym, w drugiej pacjenci przedstawiali swoje życiorysy lub oceniali pobyt w ośrodku. Funkcjonowanie pacjenta w ośrodku oceniali też trzech, wybranych przez niego, członków grupy, na podstawie zebranych cotygodniowych charakterystyk. On sam podsumowywał też, co mu dało leczenie. Omawiano również jego plany na przyszłość i odgrywana była psychodrama, pokazująca życzeniowy kierunek zmian. Po wypisaniu z ośrodka, jak już wspominałam, pacjent miał możliwość uczestniczenia w dwunastu spotkaniach grupy ambulatoryjnej raz w tygodniu.

Dużą wagę przykładaliśmy do współpracy rodziny pacjenta w jego leczeniu. W miarę powiększania obsady ambulatorium, utworzyliśmy grupę dla rodzin pacjentów, przebywających w ośrodku. Bywało, że małżonkowie lub rodzice decydowali się potem na własną psychoterapię. Czasem proponowaliśmy po wypisaniu z ośrodka sesje małżeńskie. Pacjenci dobrze motywowani, potrzebujący dalszego długotrwałego leczenia, mieli możliwość ambulatoryjnej terapii indywidualnej. Prowadziliśmy też interwencje kryzysowe, ambulatoryjną grupę psychodramatyczną, psychoterapię indywidualną wspieraną psychodramą. W proponowanych pacjentowi różnorodnych formach psychoterapii potrafiliśmy pełnić pasywną rolę w grupach analitycznych i być aktywni w formach krótkoterminowych i psychodramatycznych.

Rola terapeuty pracującego w ośrodku była szczególna. W pierwszych latach pełniliśmy długie dyżury pojedynczo, odpowiadając nie tylko za psychoterapię pacjentów, ale też za całe funkcjonowanie ośrodka. Towarzyszyliśmy pacjentom w prawie wszystkich punktach programu dnia. Byliśmy z nimi po imieniu, nie zatracając granicy ról. Materiał obserwacyjny do wykorzystania w terapii mieliśmy ogromny. Kumulowaliśmy też w sobie grupowe napięcia i projekcyjne identyfikacje, których na początku nie potrafiliśmy oddzielać od przypisywanych sobie nieprzepracowanych uczuć. Dlatego też wtorkowe zebrania zespołu w Rasztowie i superwizje bywały burzliwe. Jako zespół uczyliśmy się akceptować różnice własnych osobowości, systemów wartości, przekonań politycznych, staraliśmy się zamieniać rywalizację we współpracę. Pomimo opisanych trudności i ograniczeń, łączyło nas głębokie przekonanie o wartości naszej pracy. Chcieliśmy docierać do prawdy o nas, o pacjentach, przekonani, że jest to droga do wewnętrznej wolności, na którą możemy mieć wpływ. Było to więcej niż tylko zjawisko przeniesienia na charyzmatycznego lidera i narcystyczne gratyfikacje.

W trakcie powstawania „Rasztowa” powołana została Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Od pierwszych jej zebrań przedstawialiśmy na ogólnopolskim forum nasze doświadczenia. Reprezentantem idei prowadzonej przez ośrodki psychoterapii, a później analizy grupowej, był i pozostał do tej pory wielokrotnie wybierany do prac zarządu sekcji Towarzystwa Psychiatrycznego Jerzy Pawlik, potem dwukrotnie przewodniczący sekcji psychoterapii Towarzystwa Psychologicznego, a na forum międzynarodowym pełniący funkcję prezydenta EGATIN-u. Organizowaliśmy szkolenia, warsztaty, przyjmowaliśmy praktykantów i stażystów. Sami szkoliliśmy się bardzo intensywnie

cały czas. Co tydzień odbywały się teoretyczne zebrania seminaryjne i wielogodzinne superwizje indywidualne i zespołowe. Szukaliśmy różnych form psychoterapii własnej.

Fundamentalnym dorobkiem całego zespołu była praca nad wprowadzeniem do analitycznie rozumianej terapii technik psychodramatycznych. Odeszliśmy od morenowskiego teatru i oparliśmy się na francuskiej szkole psychodramy Leboviciego. Nauczyliśmy się wykorzystywać różne techniki psychodramatyczne zarówno do diagnozy, jak i terapii grupowej oraz indywidualnej. Udowodniliśmy, że właściwie dobrany temat psychodramy, nie uruchamiając mechanizmów obronnych pacjentów, otwierać może wspólny mianownik grupy i staje się ważną drogą do przeżycia korektywnego doświadczenia.

Lata 70. przyniosły duże zmiany zarówno w zespole, jak i w rozumieniu głębszych zaburzeń pacjentów. Dr Malewski osiadł na stałe w Heidelbergu, stając się jednym z czołowych europejskich psychoanalityków. Zespół znacznie się powiększył i wyłonił nowego lidera. Stał się nim Michał Łapiński, obecnie psychoanalityk praktykujący w Australii. Praca w ośrodku stała się lżejsza — dyżury pełniło wspólnie po dwoje terapeutów. Psycholodzy byli wynagradzani za dyżury jak lekarze. Do ośrodka kierowanych było coraz więcej pacjentów z głębszymi zaburzeniami. Zaczęliśmy intensywnie szkolić się w zaburzeniach borderline. Zmodyfikowaliśmy sposób pracy z tymi pacjentami. Więcej uwagi poświęciliśmy indywidualnym problemom pacjenta w grupie, a leczenie wydłużać się mogło do trzech miesięcy. W ambulatorium rozwinęliśmy ofertę psychoterapii indywidualnej. Stan wojenny i jego konsekwencje zakłóciły bardzo prace ośrodka. Zmniejszył się dopływ pacjentów. Przeważali wtedy mężczyźni z zaburzeniami lękowymi.

Na początku lat 80. zespół, zarekomendowany przez dr. Malewskiego, nawiązał wieloletnią współpracę naukowo-szkoleniową z psychoanalitykami z Heidelbergu. Trzy razy w roku jeździły na regularne superwizje po dwie osoby. Część zespołu zdecydowała się na kwalifikowany kurs w analizie grupowej, zakończony egzaminem certyfikacyjnym. Staliśmy się członkami EGATIN-u (European Group Analytic Training Institutions NETWORK). Założyliśmy Instytut Analizy Grupowej „Rasztów”, powołany do szkolenia profesjonalistów. W ten sposób oddzieliliśmy naszą aktywność treningową od codziennej pracy z pacjentami w uspołecznionym leczeniu. W ambulatorium wróciliśmy do pracy z małymi grupami analitycznymi utrzymując szeroką ofertę psychoterapii indywidualnej i rodzinnej.

Nacisk zewnętrznej rzeczywistości zaczął zagrażać istnieniu ośrodka w Rasztowie. Pacjenci z obawy przed utratą pracy najczęściej nalegali na leczenie ambulatoryjne. Zamiejscowych powstrzymywała też obowiązująca rejonizacja leczenia. Terapeuci znajdując zawodowe spełnienie w grupach ambulatoryjnych, mając możliwość prowadzenia prywatnych szkoleń i praktyki, niechętnie podejmowali dyżury w ośrodku. Praca pacjentów i korzystanie z jej efektów w postaci plonów z warzywnika stała się niezgodna z przepisami prawnymi. Jednocześnie zauważyliśmy, że stan ośrodka obciążają liczne etaty administracyjne poza naszą kontrolą. Zdecydowaliśmy się na przekształcenie Stacjonarnego Ośrodka w Rasztowie w oddział dzienny w Warszawie. W kwietniu 1992 roku zamknęliśmy stacjonarny Ośrodek Leczenia Nerwic w Rasztowie i powołaliśmy dzienny Ośrodek Psychoterapii Analitycznej w Warszawie, na ul. Sobieskiego 112. Niestety, dyrekcja inaczej pojmowała oszczędności. Zredukowano nam połowę etatów ambulatoryjnych. Musieliśmy ograniczyć ofertę terapeutyczną do oddziału dziennego i ośmiu grup ambulatoryjnych.

Terapia rodzinna i indywidualna przestały istnieć. Satysfakcję przynosiła nam działalność Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów”. Na 4-letnie szkolenie blokowe zgłaszało się coraz więcej chętnych. W 2002 roku zespół całkowicie sprywatyzował się i przeniósł do własnej siedziby na Ursynowie. Kontynuuje tam ambulatoryjne leczenie pacjentów i szkolenie profesjonalistów.

Przedstawiłam Państwu egzotyczną dziś rzeczywistość z czasów powstania ośrodka w Rasztowie. Współczesność, tak odmienna, wydaje się stawiać inne wyzwania terapeutyczne. W mechanizmach społecznych widzimy często patologię borderline. Załamały się wzorce identyfikacyjne. Zaburzone są więzi między ludźmi. Korporacje oczekują od psychologów zamiany pracowników w wydajne roboty. Coraz poważniejszy staje się problem tzw. singli, zaprzędanych ciałem i duszą swoim firmom. Przyjacielem opuszczonych emocjonalnie dzieci staje się myszka komputera, a jego ekran jedynym dostępnym źródłem zaspokojenia. Przeczytałam w prasie, że w kłopotach można kliknąć do poradni internetowej — 45 minut na Gadu-Gadu kosztuje tylko 20 złotych, przy konsultacjach e-mailem porada do 4999 znaków — 25 złotych. Szybko, tanio i dyskretnie — komputer prawdę ci powie. Czy to znak naszych czasów? Co znaczy nazwa „Rasztów” dzisiaj? Podstawą jest truizm, czyli prawda oczywista. Powtórzę. Człowiek jest istotą społeczną. Źródła jego zaburzeń i cierpienia, którymi się jako psychoterapeuci zajmujemy, powstały w relacji z ludźmi. I w relacji terapeutycznej, również z ludźmi, indywidualnej lub grupowej, mogą być odtworzone, przepracowane i zmienione. Proces taki daje człowiekowi dostęp do splepanych konfliktami wewnętrznymi sił, otwiera nieznane uczucia, pokazuje niezauważane wcześniej możliwości, uruchamia harmonijny rozwój emocjonalny i intelektualny, otwiera dostęp do zdrowego świata.

Idee „Rasztowa” nie są cudownym sposobem uzdrowienia wszystkich patologii rzeczywistości. Przedstawiłam wartości drogi, którą proponujemy pacjentom, używając do jej budowania profesjonalnego warsztatu w określonej koncepcji teoretycznej.

Adres: Hanna Strzelecka-Jaworska
Instytut Analizy Grupowej „Rasztów”
Warszawa ul. Surowieckiego 4/1a