

Z cyklu: Sylwetki psychoterapeutów

## „WĄTKI RODZINNE BYŁY DLA MNIE ZAWSZE NAJCIEKAWSZE”

ROZMOWA Z DR. HAB. N. HUM. BARBARĄ JÓZEFIK, PROF. UJ

**Wanda Szaszekiewicz** — Wracamy po kilku latach do przerwanej rozmowy, której wtedy nie dokończyłyśmy, a potem czas niespodziewanie przyśpieszył i... tak wiele się zmieniło! Ostatnia nasza rozmowa odbyła się podczas konferencji superwizorów w Bochni w 2013 roku — nie trafiła do druku, gdyż z kolei mój czas był wypełniony po brzegi. Przypuszczam, że znów niezbędna jest aktualizacja, gdyż zaszło wiele zdarzeń i zmian, których nie sposób pominąć.

Zacznijmy jednak od początku, czyli od źródeł Twoich zainteresowań terapią rodzin. Wiadomo bowiem, iż w znacznym stopniu przyczyniłaś się do jej rozwoju w Polsce. Domyślam się, że problematyka ta wciągnęła Cię dość wcześnie. Co było tego przyczyną? W jakiej mierze — bo na pewno też — własna rodzina?

**Barbara Józefik** — Już podczas studiów chodziłam na zebrania Katedry Psychiatrii i wątki rodzinne były dla mnie zawsze najciekawsze. Pamiętam zebrania, podczas których były one podejmowane, na przykład przez Wandę Badurę-Madej czy kolegów z zespołu „C”, którzy wypowiadali się na temat wizyt rodzinnych w domach pacjentów. Pracę magisterską pisałam jednak na temat obrazu siebie w schizofrenii. Robiłam badania w Szpitalu Psychiatrycznym im. J. Babińskiego. Był to bardzo intensywny czas, dzielony między opiekę nad małą córeczką i kończeniem studiów. A zatem bardzo ważny etap dla mnie i mojej rodziny. Tak się złożyło, że pani profesor Orwid wypatrzyła mnie na jednym z zebrań katedry, a ponieważ powstawała Klinika Dzieci i Młodzieży, zaproponowała mi pracę. Zaczęłam pracować w oddziale dziecięcym, który był wtedy zlokalizowany w Szpitalu im. J. Babińskiego. Oddział był zorientowany biologicznie, powiedziałabym nawet, że był jakoś dramatycznie redukcjonistycznie biologiczny. Usiłowaliśmy wraz z Ryśkiem Izdebskim dokonać choćby minimalnych zmian w interesie małych pacjentów. Później znalazł się tam także oddział młodzieżowy, na czas remontu kliniki przy ulicy Kopernika. Spowodowało to pewien ferment, zmuszało do namysłu. Uświadomiłam sobie dość szybko, że problemy tych dzieci, które nie są głęboko zaburzone czy upośledzone, są silnie związane z ich kontekstem rodzinnym. I wtedy pojawił się pomysł na pracę z rodzinami. Dość wcześnie, bo w 1983 roku, powstało Ambulatorium Terapii Rodzin jako miejsce, w którym przez jeden dzień w tygodniu przyjmowaliśmy ambulatoryjnie rodziny pacjentów.

**W. Sz.** — Kto się w to wówczas zaangażował? Było to pionierskie przedsięwzięcie.

**B. J.** — Oprócz profesor Marii Orwid, Ryszarda Izdebskiego i mnie, czasem konsultował profesor Jacek Bomba i dr Wanda Badura-Madej, doświadczony psycholog kliniczny. Na początku było to wąskie grono, nie było jeszcze osób oddelegowanych do pracy tylko

z rodzinami. Wprawdzie na oddziale młodzieżowym Marysia Orwid z Wandą Badurą prowadziły już wcześniej konsultacje rodzinne, ale terapia rodzin nie była obowiązującym standardem, tak jak jest to od wielu już lat. I oczywiście nie było wówczas pomysłu na ambulatoryjną psychoterapię dzieci i młodzieży, opartą o spotkania z całą rodziną. Ten model wypracowaliśmy z czasem. Trzeba też pamiętać, że w tamtym okresie w Polsce właściwie nie było ambulatoryjnej psychoterapii dzieci i młodzieży. Poradnie zdrowia psychicznego nastawione były na diagnozę psychiatryczną i leczenie farmakologiczne, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, wtedy nazywane poradniami wychowawczo-zawodowymi, zajmowały się diagnozą i poradnictwem na podstawowym poziomie. Pamiętajmy, że nie było w tym okresie specjalizacji z psychologii klinicznej ani oczywiście też z psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, nie było certyfikatów psychoterapeutów. Mało było podyplomowych szkoleń w tym zakresie, a studia nie przygotowywały należycie do pracy klinicznej.

**W. Sz.** — Co ostatecznie przesądziło o randze terapii rodzin, o jej wprowadzeniu do praktyki klinicznej? Czy coś szczególnego na to wpłynęło? W owym czasie w USA oraz kilku krajach Europy, terapia rodzin stawała się coraz bardziej popularna. Ale nasze kontakty ze światem były wtedy bardzo ograniczone.

**B. J.** — Było to nieuchronne. Z perspektywy czasu widać, że wszystkie nurty do nas wcześniej czy później docierają. Maria Orwid, która w latach 60. i 70. odbywała staż w ośrodkach psychoterapeutycznych w Anglii i w Finlandii, wróciła bardzo zainspirowana i zainteresowana terapią rodzin i jej rola w rozwoju tej terapii w Polsce jest nie do przecenienia.

A jak pytasz o moje doświadczenie i moją perspektywę, to było tak, że jeden z moich pierwszych pacjentów, którego prowadziłam w oddziale, to był chłopiec, u którego ogromną rolę odgrywały problemy rodzinne. I to była pierwsza rodzina objęta konsekwentnie terapią, podczas jego hospitalizacji. Włączona była w to właśnie Marysia Orwid, która po latach wspominała, że był to moment, który ją przekonał, że warto jest zrobić coś odrębnego, nowego. Uznała, że warto powołać nowy zespół, który będzie rozwijał tę formę terapii. Do tej pory w naszej „małej klinice” (czyli Klinice Dzieci i Młodzieży, zwanej „małą” dla odróżnienia od Kliniki Psychiatrii Dorosłych) dominowało przekonanie, że lepiej być razem i blisko ze sobą, gdyż rozrastanie i oddzielanie niesie zawsze pewien stopień ryzyka. Zrobiliśmy to jednak i był to początek czegoś nowego: nowych zespołów w nowych miejscach. Najpierw powstało Ambulatorium Terapii Rodzin, potem kolejno: Zespół Leczenia Domowego, do którego ty później dołączyłaś, jeszcze później Oddział Dzienny. Każdy miał już własny, odrębny profil i to było korzystne dla kliniki, a przede wszystkim dla pacjentów. Pojawiły się potrzeby separacyjne, potrzeby indywidualne, wypracowywania własnego stylu pracy. Jest to nieuchronny proces. Jak w życiu.

**W. Sz.** — Rozumiem, że początkiem dla Ciebie było odkrycie, w związku ze wspomnianym pierwszym pacjentem, tego, że terapia rodzin jest niezbędna w toku leczenia. A jak chodzi o mistrzów w tej dziedzinie, od kogo najwięcej skorzystałaś na tym pierwszym, ważnym etapie?

**B. J.** — Wspominałam już profesor Marię Orwid i muszę jeszcze raz podkreślić, że ona była dla mnie najbardziej znaczącą osobą w tym procesie, w tym sensie, że była osobą znakomicie nawiązującą kontakty w świecie, w Europie. Zapraszała gości, którzy przyjeżdżali z wykładami i wybierała osoby, ważne, charyzmatyczne. Ale i my też zaczęliśmy wyjeżdżać na sympozja. Pamiętam znakomitą konferencję w Heidelbergu w 1984 roku, na wysokim poziomie intelektualnym, gdzie w dodatku wybitni terapeuci przedstawili wieczorem „Hamleta” w swoim wykonaniu, wkładając w sztukę teksty z terapii rodzin. Była to wyborna zabawa intelektualna. Albo pamiętasz, tę drugą konferencję w Heidelbergu, chyba w 1996 roku, jeszcze zanim w Polsce pojawiły się teksty o konstruktywizmie i konstrukcjonizmie w odniesieniu do psychoterapii, to tam słuchaliśmy świetnych wykładów Humberta Maturany, Zygmunta Baumana i doskonałych tekstów innych filozofów oraz terapeutów rodzin. Konceptualizacje tego nowego nurtu były naprawdę zaawansowane. A trzeba też pamiętać, że już od końca lat 80. do 2002 roku rokrocznie przyjeżdżał do Krakowa, zapraszany przez Andrzeja Cechnickiego, Klaus Deissler i prowadził konsultacje systemowe rodzin naszych pacjentów w nurcie konstrukcjonistycznym, w modelu Toma Andersena. Zresztą sam Tom Andersen był przecież dwukrotnie w Krakowie z bardzo inspirującymi warsztatami. W czasie pierwszej jego wizyty odbyło się świetne przyjęcie u Ciebie w domu. Byłam też zafascynowana Helmem Stierlinem i jego żoną Satu Stierlin, — odwiedzili nas w Krakowie. Ale też przyjeżdżał Don Bloch, związany z Instytutem Ackermana w Nowym Jorku, była Florence Kaslow. Był wreszcie Lyman Wynne, jeden z tak zwanych *founders* terapii rodzin, który później zaprosił Zbyszka de Barbaro do Rochester na roczne szkolenie w terapii rodzin. Marysia przyjaźniła się z nim i z jego żoną Adel. Jednocześnie, co warto podkreślić, terapia rodzin rozwijała się w Warszawie. Profesor Irena Namysłowska, która uczyła się tego podejścia w Stanach Zjednoczonych, wraz z Anią Siewierską prowadziły poradnię rodzinną, gdzie pracowały systemowo, sama u nich byłam na stażu w latach 80. Później prowadziły warsztaty, podobnie jak inni koledzy — Anna Pohorecka, Ryszard Praszkiar.

**W. Sz.** — Satu Stierlin, o ile pamiętam, przeprowadziła w Polsce, w krakowskiej klinice, pierwszy warsztat z genogramów. Ty z kolei zrobiłaś podobny, chyba w Gdańsku na konferencji?

**B. J.** — Tak, to była pierwsza grupa genogramowa, prowadzona w formie trzydniowego warsztatu w 1989 roku. Nie pamiętam wszystkich uczestników, na pewno swoje genogramy przedstawili Maria Orwid, Jacek Bomba, Irena Namysłowska, Ania Bielańska, Kazik Pietruszewski. Później, w 1995 roku, Satu przyjechała do nas po raz kolejny i odbyliśmy drugą część pracy. Ja rzeczywiście zaczęłam wtedy prowadzenie warsztatów genogramowych, choć pracą genogramową i podejściem transgeneracyjnym zainteresowałam się już wcześniej. W 1988 roku wspólnie z Kazikiem Pietruszewskim opublikowaliśmy w „Psychoterapii” pierwszy w Polsce tekst na temat zastosowania genogramu w praktyce klinicznej, za który zresztą otrzymaliśmy nagrodę. Prowadziłam badania nad transgeneracyjnymi wzorami relacji w rodzinach.

**W. Sz.** — Tak, to bardzo ciekawe badania. Trzeba przyznać, że atmosfera w klinice, którą kierowała wówczas profesor Maria Orwid, była bardzo sprzyjająca dla tego rodzaju aktywności, a rola, jaką odegrała Ona w szkoleniach i rozwoju swoich współpracowników, jest nie do przecenienia. Rozumiem, że dla Ciebie ważne były spotkania na konferencjach z wieloma wybitnymi terapeutami. A czy jakiś dłuższy staż był dla ciebie znaczący?

**B.J.** — Z ważnych dla mnie pobytów muszę wymienić dłuższy staż w Rzymie w 1995 roku w Accademia di Psicoterapia della Famiglia u Maurizia Andolfiego. To było intensywne 3-tygodniowe szkolenie w małej 6-osobowej grupie osób pochodzących z różnych krajów, z różnych kontekstów kulturowych, m.in. z Japonii i Brazylii. Było to bardzo inspirujące doświadczenie, sporo obserwowania terapii prowadzonej przez samego Andolfiego, ale też elementy pracy własnej i superwizja, także teoria i dyskusje.

Byłam też dwa tygodnie w Londynie. To był rodzaj stypendium w ramach współpracy z British Council oraz Institute of Family Therapy. Wyjazd mój i innych osób (chyba też tam byłaś z Lucyną Drożdżowicz) możliwy był w dużej mierze dzięki osobistym kontaktom z psychoterapeutami, którzy przyjeżdżali do nas od początku lat 90. Byli wśród nich: Alan Cooklin, Gil Gorell Barnes, Hugh Jenkins i Eia Asen. Mam z nimi kontakt mniej lub bardziej intensywny do dziś. Eia Asen zaprosił mnie do wspólnego projektu terapii wielorodzinnej, który realizowaliśmy trzy lata temu. W 2012 roku przyjechał do Krakowa z profesorem Peterem Fonagym i wspólnie zrobili fantastyczny warsztat na temat zastosowania teorii mentalizacji w terapii rodzin i psychoterapii dzieci. A teraz planujemy z Eią zrobienie w Krakowie szkolenia z terapii wielorodzinnej, afiliowanego przez Anna Freud Centre w Londynie.

Bardzo ważna była dla mnie relacja z profesorem Bryanem Laskiem, który szukając swoich żydowskich korzeni przyjechał do Krakowa. Wspólnie z Marysią Orwid byłyśmy z nim na kolacji, a ponieważ zajmował się terapią zaburzeń jedzenia, a był to temat, który mnie wówczas bardzo interesował, nawiązała się bardzo inspirująca rozmowa. Zaprosił mnie później na konferencję na temat zaburzeń odżywiania, którą organizował wspólnie z Rachel Bryant-Waugh, a potem na kolejne. Miałam możliwość stażu w jego oddziale Hospitals for Sick Children, a także dzięki niemu poznałam pracę w Moudsley Hospital, gdzie m.in. pracował Ivan Eisler, autor wielu badań na temat terapii rodzin w leczeniu anoreksji psychicznej. Była to dla mnie wspaniała okazja, gdyż przebywając tam mogłam się uczyć, korzystać z literatury, na bieżąco śledzić to, co najnowsze. Było to istotne, bo wówczas, w latach 90. ubiegłego wieku, nie było takiego dostępu do literatury, jak obecnie. Zatrzymywałam się u Judith i Briana w domu, wywiązała się osobista przyjaźń, która trwa do tej pory. Tak więc, gdy pytasz o moje początki w terapii rodzin, to była koincydencja różnych wydarzeń, ale powiązana z tym, że akurat właśnie to mnie interesowało, a nie coś innego.

**W. Sz.** — Jak widać byłaś w głównym nurcie terapii rodzin, który również dzięki Tobie zaczął szybko rozwijać się w Polsce. Co teraz myślisz o tym? Czy możesz powiedzieć, o czym myślisz z dumą i spokojem, a o czym z troską? Czy to jakoś wiąże się z miejscem, w którym pracujesz? Od śmierci profesor Orwid upłynęło 6 lat. Jej następcą, prof. Jacek Bomba, od 4 lat nie kieruje już kliniką. Pozostał z niej oddział młodzieżowy z kilkoma agen-

dami. Jego szefem oraz kierownikiem całego Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego jest obecnie dr med. Maciej Pilecki.

**B. J.** — Jak powiedziałaś, że „z kliniki pozostał”, to zabrzmiało tak, jak gdyby struktura kliniki uległa zmniejszeniu. A tak przecież się nie stało, klinika strukturalnie rozrasta się — poszerzyła się praca ambulatoryjna o konsultacje psychologiczne i terapię uzależnień. Ale oczywiście wiele znaczących osób już nie pracuje, jak na przykład Ewa Domagalska-Kurdziel związana początkowo z oddziałem młodzieżowym, a później kierująca szkołą przyklinikną. Ewie zawdzięczaliśmy terapeutyczny model pracy nauczycieli i wychowawców i świetne podejście do trudnej młodzieży.

Jeżeli zaś chodzi o rozwój terapii rodzin, to ja akurat nie odczuwam niepokoju. Mnie się podoba aktualny kierunek, włączanie teorii przywiązania i teorii mentalizacji do systemowych idei, rozwój podejścia narracyjnego — tym właśnie się interesuję. W teorii systemowej zawsze odczuwaliśmy brak języka do opisu tego, co się dzieje w relacjach diadycznych, także we wczesnym okresie życia pacjenta. Korzystaliśmy z teorii relacji z obiektem. A koncepcja więzi okazała się bardzo użyteczna, gdyż łączy wiele nurtów, w tym systemowy, więc w sensie teoretycznym jest spójna. Obok tego ważny dla mnie jest kierunek konstrukcjonistyczny, ponieważ pokazuje wyraźnie, jak bardzo jesteśmy uformowani kulturowo. Wrażliwość na kulturowe aspekty jest nie do przecenienia. To wszystko, co wnosi na przykład feminizm i teoria *gender*. Chętnie sama poszerzam swoją wiedzę z tego obszaru.

**W. Sz.** — A co do Twojego zespołu — gdybyś się pokusiła o mały bilans jego dokonań oraz refleksję nad tym, czego trzeba, żeby był dobry efekt pracy i równocześnie, aby ludzie czuli się w zespole dobrze.

**B. J.** — Jak chodzi o dorobek mojego zespołu Ambulatorium Terapii Rodzin, jestem z wielu spraw zadowolona, ale oczywiście są też kwestie, które mnie martwią. Mieliśmy wiele pomysłów na leczenie, na terapię. Udało nam się opisać bardzo wiele zagadnień, mamy sporo publikacji. Zespół nie jest duży, aktualnie większość pracuje w wymiarze ½ etatu. To jest utrudnienie w tworzeniu poczucia ciągłości. Ja sama mam minimalną ilość godzin pracy klinicznej i wiele obowiązków dydaktycznych i naukowych oraz superwizyjnych, co także nie ułatwia pracy klinicznej. W zespole jak to bywa są różne obszary napięć, rywalizacji. Od pewnego czasu zmienia się całkowicie system funkcjonowania Szpitala Uniwersyteckiego, wiąże się to z formalizowaniem reguł postępowania i nazwijmy to dla uproszczenia — biurokratyzacją. Trudno jest się w tych zmianach, nie zawsze najbardziej fortunnych, odnaleźć.

Wydaje mi się, że w naszym zespole są podzielone obszary, kto jest w czym dobry, co kogo interesuje, więc to jest korzystne.

Trzeba tu powiedzieć, że w początku lat 80. byliśmy w Polsce pierwszym zespołem, który starał się rozwiązywać problemy pacjentów młodzieżowych poprzez terapię rodzin. Próbowaliśmy to wszystko rejestrować, uczestniczyliśmy aktywnie w konferencjach, pisaliśmy artykuły. Myślę, że dla zespołu ważne było to, że napisaliśmy pierwszą w Polsce monografię na temat zaburzeń odżywiania, w której każdy miał swój udział. Było to w 1996 roku. Miało to funkcję integrującą, ale przede wszystkim był to poważny wkład

w tę dziedzinę terapii. Warto zaznaczyć, że wcześniej nie było pomysłów na leczenie ambulatoryjne pacjentów z anoreksją. Nie było takiego modelu leczenia. I wiem, że w dużej mierze nasz zespół, jako pierwszy w Polsce, przyczynił się do tego, że propozycja takiej terapii została sformułowana. Powstał pierwszy ambulatoryjny model, oparty na pracy z rodzinami, z uwzględnieniem specyfiki zaburzenia, jakim jest anoreksja. I to jest to, co my nadal robimy i modyfikujemy, bo zmienia się trochę obraz kliniczny tych zaburzeń, zmienia się też sama terapia rodzin, sposób jej praktykowania. Część zespołu była też bardzo aktywna w Zarządzie Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP, współorganizując konferencje naukowe dotyczące terapii rodzin.

Co jeszcze sobie cenisz? Zaczęliśmy szkolenie w systemowej terapii rodzin na początku lat 90. Napisałam jego program, zaakceptowany przez Sekcję Naukową Psychoterapii PTP. Z modyfikacjami realizujemy go już przeszło 20 lat. Później powstał program całonocnego szkolenia do certyfikatu w psychoterapii, który działa od 15 lat. Jestem bardzo zadowolona, że w różnych miejscach Polski są osoby, które pod wpływem naszego szkolenia, naszych doświadczeń, zmieniły profil swojej pracy na terapeutyczny. Z powodzeniem prowadzą systemową terapię rodzin. Osoby, które u nas się czymś zainspirowały, rozwijają się twórczo i dynamicznie. Aktualnie koleżanki z zespołu: Roma Ułasińska i Małgorzata Wolska, superwizują kilka ośrodków w kraju, wspierając tym samym terapię rodzin w Polsce.

**W. Sz.** — Wracając do pytania o troskę, spróbuj powiedzieć, czego się obawiasz, gdy myślisz o przyszłości Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, z którą ja też przez wiele lat się utożsamiałam i wciąż to trwa, chociaż już w niej nie pracuję.

**B. J.** — No właśnie, gdy o tym myślę, zastanawiam się między innymi, jak stymulować rozwój naszego małego zespołu. W bliskiej perspektywie czeka nas wymiana pokoleniowa. Jesteśmy w trakcie procesu zatrudniania młodych osób, które będą przyszłością instytucji. Jednocześnie trudno przyjmować do pracy osoby zupełnie bez doświadczenia i kompetencji psychoterapeutycznych, bo jako instytucja musimy się utrzymać i nie generować długu dla szpitala. Więc ten szerszy kontekst ma tutaj istotne znaczenie. To jest ważne pytanie: jak w dłuższej perspektywie klinika odnajdzie się w wolnorynkowej rzeczywistości, jaki będzie jej model, czy będzie prowadzona terapia rodzin, która nisko wyceniona przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie przynosi dochodów. I jeszcze ważniejsze pytanie, czy młode osoby będą się w taką pracę angażować? Nie wierzę, że bez zaangażowania można stworzyć dobrą instytucję, a w niej odbywać sensowną, wartościową pracę.

Ale podstawowa moja troska wynika z faktu, że nie sposób przyjmować do pracy nowe osoby, gdy Szpital Uniwersytecki jest zainteresowany redukcją zatrudnienia.

**W. Sz.** — To rzeczywiście stwarza duże zagrożenie i może wpływać na zaangażowanie osób już pracujących. A jak obie wiemy jest ono kluczowe w tego typu pracy i wynika ze wspólnoty przekonań, działań. Często wymaga lidera, zaufania do niego, ale też energii większości, najlepiej wszystkich osób.

**B. J.** — Pytanie, czy ta energia będzie włożona w to miejsce, energia intelektualna, ale też emocjonalna. Sama wiesz, czego trzeba, bo tu pracowałaś. Bo bez tego zaangażowania nie ma rozwoju instytucji — takie jest moje przekonanie.

**W. Sz.** — Jak rozumiesz, skąd się ta energia bierze, czego potrzeba by ona powstała, a potem przetrwała? Co jest okolicznością osłabiającą, bo rozumiem, że troska wynika z obserwacji, że tej energii jest mniej.

**B. J.** — Myślę, że perspektywa odchodzenia szefów, jeżeli ten proces trwa długo, jest czynnikiem obciążającym. Aktualnie, od ponad 3 lat, Maciej Pilecki kieruje całą kliniką i wkłada dużo energii i zaangażowania, aby wprowadzić zmiany, jakich aktualnie wymaga i Collegium Medicum, i Szpital Uniwersytecki. Podjął się bardzo trudnego zadania, wspiera go szef katedry profesor Krzysztof Gierowski. Maciek na szczęście ma pewną ideę, którą próbuje łączyć z pragmatycznym podejściem. Nie jest to łatwe, myślę, że często musi się czuć osamotniony w swoich wysiłkach. To jest pytanie, na ile my wszyscy jesteśmy zaangażowani w ten proces, na ile mamy jakieś pomysły, które chcemy rozwijać w tym miejscu. Bo myślę, że część pracowników kliniki jest dobrze wykształcona i ma duże doświadczenie. Pytanie tylko, czy koledzy łączą akurat z kliniką swoją przyszłość.

**W. Sz.** — Czyli może trzeba zapytać o to, co powinno się stać, aby ci ludzie, wykształceni, doświadczeni, znający się na rzeczy, związali z kliniką swoją przyszłość?

**B. J.** — Można na to popatrzeć z innej strony. Katedra Psychiatrii w Krakowie jest takim miejscem, gdzie mity mają swoje znaczenie. Ja nie mam wątpliwości, że mit profesora Antoniego Kępińskiego jest, czy może był, mitem konstytuującym tę katedrę. W tym sensie to było i wciąż jest miejsce prestiżowe. Ale oczywiście taki mit jest wtedy twórczy, jeżeli za nim idzie rzeczywisty rozwój. Czyli w ramach ogólnych idei ludzie znajdują swoje miejsce, przestrzeń do rozwijania czegoś interesującego. Czują, że w tych ramach mogą zrobić coś, co jest wartościowe, ciekawe. Coś, co spełnia ich aspiracje, ambicje, a równocześnie ma społeczny pozytywny cel. I nie wiem, na ile to się teraz dzieje. Nie wiem, czy wszyscy są zainteresowani rozwojem własnym i instytucji? W jakim stopniu jest to dla nich tylko miejsce wygodne? Ponadto, jak wiesz, z różnych powodów, w tym głównie finansowych, większość z nas ma dodatkowe zajęcia, prywatną praktykę, szkolenia, superwizje. To w dłuższej perspektywie jest bardzo obciążające. Jednocześnie instytucja stawia coraz więcej wymagań, nie wszyscy chcą się im podporządkować.

**W. Sz.** — W tym kontekście jeszcze raz Cię zapytam o zespół, którym kierujesz od początku jego istnienia. Czy zdajesz sobie sprawę ze swojej w nim roli. Jaka ona jest? Jaka jesteś szefową?

**B. J.** — Myślę, że moja rola zmieniała się. Może powinnam to podkreślić, że przez wiele lat, mimo iż moim podstawowym obowiązkiem była praca dydaktyczna i naukowa,

a mój etat kliniczny obejmował 2,5 godziny pracy z pacjentami tygodniowo, to codziennie pracowałam z nimi i ich rodzinami i na bieżąco byłam włączona w omawianie terapii pozostałych osób z zespołu. Uważam, że to było ważne dla poczucia spójności zespołu. Od kilku lat jest to niemożliwe. Mam dużo obowiązków dydaktycznych, naukowych, organizacyjnych, superwizyjnych i nie sposób ich połączyć z takim modelem pracy, jak poprzednio. Nie jest to także możliwe ze względów formalnych — nie mogę pracować więcej niż przewiduje to etat. Ta sytuacja wymaga dużej samodzielności i odpowiedzialności zespołu — to jest zresztą adekwatne: wszyscy mają specjalizację z psychologii klinicznej lub psychiatrii, certyfikaty psychoterapeuty i superwizora lub są w trakcie ich uzyskiwania. Nie czuję się dobrze w roli kierownika, który na przykład ma kontrolować godziny pracy koleżanek i kolegów. Ale chętnie znajduję czas na omówienie trudnych kwestii związanych z leczeniem czy ich planów zawodowych. Angażuję się w organizowanie konferencji i seminariów naukowych — w tym roku przygotowaliśmy konferencję, podczas której przyglądaliśmy się z makro- i mikroperspektywy procesowi terapii rodzin i par, a dzisiaj zakończyliśmy dwudniowe seminarium polsko-norweskie, w trakcie którego prezentowaliśmy swoje projekty badawcze, dyskutując nad ich wynikami i kwestiami metodologicznymi.

**W. Sz.** — Czas na pytanie o Twoje plany zawodowe.

**B. J.** — Są na etapie realizacji. 3 lata temu Rada Wydziału CM UJ zgodziła się na powołanie Pracowni Psychologii i Psychoterapii Systemowej, którą kieruję, a w której poza mną jest jeszcze dwóch moich młodszych kolegów. Mamy plany badawcze i jeden kliniczny dotyczący wprowadzenia w naszej klinice terapii wielorodzinnej. Wyniknęło to z zaangażowania się we współpracę z Eią Asenem, który, znając moje doświadczenia w terapii rodzin i wiedząc o moim uniwersyteckim zatrudnieniu i ogólnym dorobku naukowym, zaproponował mi udział w europejskim projekcie, którego celem było opracowanie podręcznika i materiałów DVD pomocnych w szkoleniu w terapii wielorodzinnej ukierunkowanej na rodziny zagrożone przemocą lub mające przemocowe relacje. Ja z kolei doprosiłam Bartosza Tregera, ze względu na jego praktyczne doświadczenia w terapii z tego typu rodzinami, a także ze względu na zatrudnienie w Collegium Medicum. Te formalne aspekty są ważne w unijnych projektach. Było to dla nas bardzo inspirujące doświadczenie, bardzo praktyczne. Pracowaliśmy intensywnie w mniej więcej dwudziestoosobowej grupie, wielojęzycznej, bo program obejmował 6 państw. Przygotowaliśmy pakiet materiałów w kilku językach, a teraz, jak już wspominałam, zaczynamy tę terapię u nas wprowadzać. Planujemy, że w najbliższym roku szkolenie z terapii wielorodzinnej poprowadzi zespół z Anna Freud Center z dr. Eią Asenem. Sprawuję też opiekę promotorską nad 3 doktorantkami i 2 magistrantkami. Jest to dla mnie stosunkowo nowe doświadczenie, przyjemne, mamy sporo dyskusji, planowania. Jest jeszcze kilka osób, z którymi współpracuję od kilku lat i które są zainteresowane pisaniem doktoratu, jedna z nich jest właśnie w końcowej fazie pisania swojej dysertacji. Mam oczywiście także sporo zajęć dydaktycznych: wykładów i seminariów.



**W. Sz.** — A Ty pisałaś swój doktorat pod czym kierunkiem?

**B. J.** — Moim promotorem był prof. Zbigniew Nęcki. Robiłam doktorat na Wydziale Filozoficznym UJ, podobnie przewód habilitacyjny. Ale obecnie psychologowie mają łatwiej w tym sensie, że jeśli realizują pracę kliniczną, to Collegium Medicum UJ jest dla nich otwarte. Oczywiście, o ile spełnią formalne kryteria, zresztą dość wysokie.

**W. Sz.** — Jesteś też zaangażowana w inne projekty we współpracy z Zakładem Terapii Rodzin.

**B. J.** — Tak, ten wspólny projekt, w który jestem włączona, dotyczy badań jakościowych — analizy pierwszej sesji konsultacyjnej terapii rodzin i par. Został zainicjowany przez ZTR, koordynuje go dr Bernadetta Janusz, a my jako ATR zostaliśmy zaproszeni do udziału i jest to bardzo owocna współpraca dla nas wszystkich. Jednocześnie od czterech lat prowadzę projekt, którego celem jest opisanie zmian zachodzących w procesie terapii rodzinnej, znany jako SCORE. Jest to projekt Europejskiego Towarzystwa Terapii Rodzin. Tutaj włączony jest cały zespół ATR. Małgosia Wolska koordynuje ten projekt organizacyjnie, Feliks Matusiak jest włączony w opracowanie wyników, a teksty będziemy już pisali wspólnie.

Staram się też sporo publikować. W 2014 roku Wydawnictwo UJ wydało moją ostatnią książkę, z której jestem zadowolona. Jej tytuł to „Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania”. Obejmuje ona wątki kulturowe, *genderowe*, feministyczne, przedstawia założenia terapii narracyjnej, czyli to, co mnie w ostatnich latach interesowało.

**W. Sz.** — A co z życiem pozazawodowym? Pamiętam, że podałaś w swoim biogramie, że Twoim ważnym zainteresowaniem jest pielęgnowanie życia towarzyskiego. Czy tak jest nadal? Kiedy i w jaki sposób możesz je kultywować? I czy Twoi przyjaciele są spoza zawodowego kręgu?

**B. J.** — Raczej jest to mieszane towarzystwo. Stale zajmuję się ceramiką i mam zaprzyjaźnioną grupę „ceramiczną”. Chociaż w ostatnich latach ona się wykrusza. Wcześniej przyjaciele dziwili się, że ja tak dużo pracuję, a teraz oni także mają różne zobowiązania zawodowe oraz rodzinne. Fakt, że wszyscy jesteśmy bardzo zajęci pracą, nie ułatwia życia towarzyskiego. Jest ono na pewno w ostatnich latach bardziej ograniczone, ale staram się umawiać, jeżeli tylko mogę, i nie odmawiać zaproszeń na różne spotkania. Ograniczam przyjmowanie pacjentów w gabinecie.

**W. Sz.** — Z jakimi pacjentami teraz chętniej pracujesz?

**B. J.** — Mam teraz więcej par, które zgłaszają się w różnych fazach kryzysu. Generalnie nie przyjmuję pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Uważam, że ich terapia wymaga dużego zaangażowania się i nie mam na nią już przestrzeni. Prowadzę więcej procesów superwizyjnych.

**W. Sz.** — Życie rodzinne wzmacnia czy osłabia Twoje siły do wypełniania tyłu ról?

**B. J.** — Jak wiesz, w życiu rodzinnym bywają różne okresy, te dobre wzmacniają, trudne osłabiają. Choć w dłuższej perspektywie wszystkie mają sens i nawet są później przydatne jako doświadczenie życiowe, także w pracy zawodowej. Ja teraz, po okresie, kiedy chorowali i odchodzili moi rodzice, mam zupełnie niezły czas. Olga, moja córka, ma dwóch synów Ignasia i Marcelka, których po prostu uwielbiam. Ponieważ blisko siebie mieszkamy, często się widzimy, spędzają u nas czas, czasami nocują, wspólnie świętujemy, obchodzimy urodziny, imieniny. Jest to bardzo miłe obserwować ich rozwój, to, jak się zmieniają...

**W. Sz.** — Pozostaje mi życzyć Ci wciąż siły i energii, abyś wszystkie te części życia zawodowego i rodzinnego godziła i nadal była otwarta na nowe doświadczenia, byś jak dotąd odkrywała i tworzyła nowe koncepcje. Wiele z nich znalazło się w Twoich bardzo interesujących publikacjach, na które młodzi terapeuci czekają zawsze z niecierpliwością, aby korzystać z nich w ramach własnych szkoleń, ale też w praktyce terapeutycznej. Z pewnością jest to Twój wielki wkład w rozwój psychoterapii.