

Robert Maliński

Z CYKLU „SYLWETKI PSYCHOTERAPEUTÓW”: ROZMOWA Z PROFESOR KATARZYŃĄ SCHIER, CZYLI O ROLI DOBREGO OBIEKTU I O WYKOPKACH

Robert Maliński: Jest pani profesorem psychologii, psychoanalitykiem i psychoterapeutą dorosłych, dzieci i młodzieży, a także superwizorem psychoterapii w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwie Psychologicznym. Przez wiele lat pracowała pani w Katedrze Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Myśląc o książkach, które pani opublikowała, począwszy od „Terapii psychoanalitycznej dzieci i młodzieży: przeniesienie”, „Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców” we współautorstwie z Mariną Zalewską, przez „Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową”, „Piękne brzydactwo — *psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*”, „Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie” czy książkę pod pani redakcją „Samotne ciało. Doświadczenie cielesności przez dzieci i ich rodziców”, a także zastanawiając się nad pani artykułami, jakie ukazywały się na łamach „Psychoterapii”, skonstatowałam pewną łatwość w łączeniu przez panią działalności klinicznej, naukowej i pisarskiej. Myślałam także o pani jako o drogowskazu dla młodszego pokolenia psychoterapeutów, psychoanalityków, a także o tym, że pani książki uwrażliwiały pewnie nie tylko mnie na różne aspekty w leczeniu dorosłych, dzieci i nastolatków. Mam na myśli aspekt psychosomatyczny, dotyczący funkcjonowania danej osoby, lub problem międzygeneracyjnego przekazu traumy oraz powiązanego z nim obrazu siebie i obrazu ciała czy wreszcie procesu destrukcyjnej parentyfikacji. Chciałam spytać panią, jak doszło do tego, że zaciekała się pani psychologią, studiowała ją — rozumiem, że taka była pani droga — później zrobiła doktorat, habilitację i profesurę.

Katarzyna Schier: Świetne pytanie. Na początku chciałabym bardzo podziękować za zaproszenie mnie do cyklu przedstawiającego sylwetki psychoterapeutów w „Psychoterapii”. Jestem związana z czasopiśmem od wielu lat i często było ono dla mnie miejscem, które nadaje kierunek. Dzięki lekturze kwartalnika zawsze mogłam wiedzieć, co w przysłówowej trawie piszczy w różnych orientacjach psychoterapeutycznych. W czasopiśmie „Psychoterapia” nie obowiązywały tak mocno wyśrubowane reguły przyjęte w świecie akademickim: recenzji, punktowania i tak dalej. Było troszeczkę więcej przestrzeni do wyrażania autonomicznych, czasami nawet mocnych opinii i za to jestem wieloletniej i aktualnej redakcji naprawdę bardzo wdzięczna.

A wracając do Pana pytania o początek. W liceum byłam w klasie humanistycznej i dosyć lubiłam wszystkie obszary związane z humanistyką. Co ciekawe, gdy już był czas wyboru, postanowiłam jednak iść na studia wymagające wiedzy z przedmiotów ścisłych

— na archeologię. Chciałam być archeologiem i robić wykopki. W tamtych czasach była bardzo modna archeologia śródziemnomorska i trudno się było na nią dostać. Mnie było wszystko jedno, czy będę nad Morzem Śródziemnym, chciałam robić wykopki i tyle. No, ale niestety trzeba było znać tematy, których w klasie humanistycznej nie omawiano, a wtedy korepetycje były tylko dla wybranych. Można więc powiedzieć, że wybór psychologii był w pewnym sensie z konieczności, to była taka archeologia duszy. Parę lat mi zajęło, żeby poczuć prawdziwy związek z tym kierunkiem studiów.

R.M.: Nie wiem, czy się nie pomylę, ale pamiętam, że archeologia to nauka fascynująca Zygmunta Freuda, twórcę psychoanalizy.

K.S.: Dokładnie tak. On miał na stole figurki różnych ważnych starożytnych postaci. Archeologia, czyli to wydobywanie, bardzo go interesowało.

R.M.: Ile czasu zajęło pani przekonanie się do psychologii?

K.S.: To trwało kilka lat. Najpierw miałam na studiach logikę i matematykę, było ciężko. Pamiętam, dostałam dwóję z logiki (jedyńki w systemie nauczania pojawiły się później), nic nie rozumiałam. Zaczęła się też statystyka. Miałam moment kryzysu; znowu wróciły myśli o siedzeniu nad Morzem Śródziemnym. Przyjemność studiowania psychologii odkryłam dopiero na trzecim roku, wraz z wejściem przedmiotów klinicznych. Potem na czwartym roku, gdy już można było wybierać specjalizację, dostałam się na specjalizację z psychologii klinicznej dziecka, gdzie były dwie wiodące postaci: pani prof. Małgorzata Kościelska, która już w latach 80. prowadziła badania nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną, między innymi nad seksualnością tych osób, co było przełomowe i nowatorskie, oraz pani prof. Marina Zalewska, badająca między innymi dzieci z niepełnosprawnością słuchową i wczesnymi zaburzeniami rozwoju mowy. Jeśli chodzi o psychologię kliniczną dorosłego, to bardzo ważną postacią była dla mnie pani prof. Lidia Grzebiak. Pamiętam, że słuchałam jej wykładów z przysłowiową otwartą gębą. Wtedy zaczęła się moja fascynacja psychologią.

R.M.: Czy któraś z tych postaci była szczególnie ważna dla pani?

K.S.: Przez wiele lat współpracowałam naukowo i klinicznie z panią prof. Mariną Zalewską. Jeszcze na ostatnim roku studiów zaczęłam pracować w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, w Poradni Audiologicznej dla dzieci, w której pani prof. Zalewska była konsultantem poradni i moim szefem. To ona była tą osobą, która zachęciła mnie do myślenia psychoanalitycznego. Z jej inspiracji w latach 1986–1991 odbyłam pięcioletnie studia z psychoterapii dzieci i młodzieży w Niemczech, w Heidelbergu. Później, już po powrocie stamtąd, na zaproszenie pani prof. Małgorzaty Kościelskiej zaczęłam pracować na Wydziale Psychologii UW. Gdy dwa lata temu, kończąc trzydziestoletnią pracę na UW, żegnałam się z kolegami i koleżankami, odchodząc na emeryturę, śmiałam się, że przeszłam karierę, jeśli przełożyć określenie przyjęte w biznesie na karierę naukową, od pucybuta do milionera. Od 1991 roku przez kilka lat pracowałam na etacie naukowo-technicznym i dopiero po doktoracie przeszłam na etat stricte naukowy.

R.M.: Czy pamięta pani tytuł swojej pracy magisterskiej?

K.S.: Tak. Pisałam ją u pani prof. Grace Wales Shugar, która była twórczynią polskiej szkoły psycholingwistyki rozwojowej. Praca była zatytułowana „Czy mógłbyś się ze mną bawić? Analiza procesu aktywizowania u dzieci w wieku przedszkolnym”. Co było ciekawe to fakt, że w pracy często odnosiłam się do obliczeń i matematyki, chociaż wcze-

śniej przez wiele lat tak bardzo się przed nią broniłam. Praca magisterska była niezwykle drobiazgową, dotyczyła obserwacji nagranych na wideo interakcji kilkuletnich bawiących się dzieci. Najbardziej podobała mi się analiza zachowania chłopca, który aktywizował swojego wycofanego i biernego kolegę, skacząc koło niego i po prostu czarując sobą, pokazując mu różne przedmioty itd. Nie mówił „chodź się ze mną bawić”, tylko sam się bawił i ten drugi chłopczyk w pewnym momencie był tak zafascynowany swoim kolegą, wykonującym przed nim różne wygibasy, że zaczął wchodzić w interakcję i rozmawiać z nim. Nie trzeba mówić „baw się” albo „chodź, zrób”, tylko można swoją aktywnością kogoś zachęcić. Taka była teza tej pracy. To mi się wydawało fascynujące. Praca ta była gigantycznie gruba, miała dwieście ileś stron, więc pani promotor się namęczyła, czytając ją.

R.M.: Rozumiem, że jeszcze w tamtym czasie pozwalano na takie grube prace magisterskie, a może już wtedy ujawniała się u pani potrzeba pisania?

K.S.: Takie były czasy. Wie pan, pisało się na maszynie do pisania. Ale też, ma pan rację może, rzeczywiście, odnalazłam wtedy przyjemność w przelewaniu myśli na papier.

R.M.: Pomyślałem o sytuacji zachęcania dziecka do aktywności poprzez ciało, jego ruch. To przypomina badania nad więzią, zarówno Johna Bowlby’ego, jak i te pogłębione przez Mary Ainsworth. Są różne sytuacje, kiedy osoby bardziej witalne, zdrowsze, aktywniejsze, próbują pomagać tym, którzy przeżywają ból, cierpienie, są depresyjni czy wycofani.

K.S.: Absolutnie się z panem zgadzam. To może też np. dotyczyć dziecka próbującego uruchomić czy ożywić rodzica — depresyjnego czy z różnych przyczyn nieobecnego mentalnie.

R.M.: Nasuwa mi się myśl o konstrukcie martwej matki, opisanym przez francuskiego psychoanalityka André Greena, gdy dziecko próbuje nawiązać kontakt z matką w depresji.

K.S.: To ciekawe, co Pan mówi. Bardzo ceniłam niezwykle współpracę z panią prof. Shugar. Pani profesor przyjechała z Kanady z pięcioletnią córką i mężem Dawidem, profesorem biofizyki. Nauczyła mnie rzetelnego warsztatu naukowego. Mam dla niej dużą wdzięczność. Za ten warsztat, za tę sumienną dotychczasową metody naukową. Natomiast nigdy nie pomyślałam o tym, na co pan teraz zwrócił uwagę, że temat mojej pracy magisterskiej był bardzo związany z tym, czym potem się zajmowałam, czyli problematyką więzi.

R.M.: Może nasza rozmowa wydobywa różne nowe znaczenia. Chciałbym jeszcze wrócić do postaci kobiet. Co było takiego w tych kobietach, o których pani wspomniała? Rozumiem, że one panią inspirowały i sprawiały, że pani poszła w kierunku badawczym. Nie tylko klinicznym, psychoterapeutycznym, ale też naukowo-badawczym.

K.S.: Tak, to były kobiety, którym udawało się łączyć różne sfery działalności. Pani prof. Shugar, choć nie była praktykiem, dysponowała bardzo dużą wiedzą na temat psychologii rozwojowej. Natomiast prof. Kościelska, prof. Zalewska i prof. Grzesiuk miały niezwykle umiejętność łączenia pracy klinicznej z pracą naukową. To stanie na tych dwóch nogach było dla mnie fascynujące. Dwóch różnych nogach, które jednak zapewniały równowagę. Mój psychoanalityk w Heidelbergu był mężczyzną. Pan dr Herbert Stein, neurolog i specjalista medycyny psychosomatycznej. Miałam szczęście, mogąc stworzyć swoisty wielokąt kliniczno-naukowy, który był dla mnie oparciem.

R.M.: Chyba łączenie podejść, integrowanie ich było i być może nadal jest dla pani cenną wartością; mam na myśli pani studia za granicą. Wyobrażam sobie, że decyzja o wyjeździe mogła być niełatwa.

K.S.: Tak. Wyjechałam do Niemiec w 1986 roku, w bardzo trudnych czasach. Nie było to zaraz po studiach, ale po czterech latach pracy w Poradni Audiologicznej IMiDz. Walczyłam o paszport. Dostałam stypendium od niemieckiego przedsiębiorcy, ale musiałam dorabiać.

R.M.: Czy pracując w poradni zajmowała się pani głównie dziećmi niedosłyszącymi i głuchymi?

K.S.: Nie tylko. Praca w poradni była dobrym doświadczeniem i uczeniem się psychologii rozwojowej, stawiania diagnozy. Do polikliniki audiologicznej trafiały dzieci z niedosłuchem, głuchotą, ale też dzieci z autyzmem, z niepełnosprawnością intelektualną, opóźnionym rozwojem mowy. W poradni nauczyłam się nie tylko wiedzy dotyczącej funkcjonowania osób z niedosłuchem czy z głuchotą, ale także szerszego spektrum diagnozy różnicowej.

R.M.: Tak, słyszę, że była to szkoła klinicznego, rzetelnego uczenia się, dająca bazę potrzebną chociażby do współpracy z lekarzami czy innymi profesjonalistami zatrudnionymi w szpitalu. Z perspektywy lat pracy z dziećmi i młodzieżą, wiem, jak ważny jest taki kliniczny background rozwojowy, umiejętność stawiania diagnozy funkcjonalnej, różnicowania pomiędzy poszczególnymi zaburzeniami. Ta umiejętność przychodzi wraz ze zbieraniem doświadczeń klinicznych, na przykład rozróżniania pomiędzy dzieckiem, którego zachowania wynikają ze spektrum autyzmu, a dzieckiem, które prezentuje podobne zachowania wynikające z niedosłuchu.

K.S.: Pamiętam, jak szczególnie mocno była uczulona na problem diagnozy pani prof. Zalewska. Mówię „była”, ponieważ zmarła półtora roku temu. Proszę sobie wyobrazić, że w latach 80. i 90. ubiegłego wieku w szkołach życia czy nawet w szkołach specjalnych trafiały się jeszcze dzieci po prostu niesłyszące. Ona bardzo ostro na to reagowała i uczulała na diagnozę różnicową.

R.M.: Jako psycholog, co mogła pani robić, co oferować? Czy coś poza ważną skądinąd diagnostyką? Co jako zespół mogliście wtedy robić z małymi pacjentami poradni, jak im pomagać? Wyobrażam sobie, że niektóre diagnozy mogły być czasami ogromnym ciężarem dla rodziców. Czy ta praca była głównie z dziećmi czy też z rodzicami, rodzinami? Czy może w diadzie opiekun z dzieckiem?

K.S.: Ponieważ Instytut Matki i Dziecka był wtedy placówką konsultacyjną dla całej Polski, większość pacjentów stanowiły dzieci spoza Warszawy. Koncentracja na diagnozie wydawała się bardzo ważną, właściwie główną sprawą, ale byli też pacjenci, którzy byli gotowi przyjeżdżać z dalszych rejonów kraju na cykle wsparcia psychologicznego. Można to nazwać początkami psychoterapii. Jako drugi psycholog w poradni pracowała wtedy pani Ewa Wojciechowska, która także jest psychoanalityczką. Pracowałyśmy codziennie, a pani prof. Zalewska jako konsultant przychodziła najczęściej raz w tygodniu.

Poza tą pracą diagnostyczną miałyśmy dosyć dużo swobody, co było dobre. Miałyśmy chyba pierwszą w Polsce (mówię o tym z uśmiechem), piaskownicę w pokoju. Ale nie taką, jak stosowana podczas terapii w piaskownicy według Carla Gustawa Junga, tylko stojącą na podłodze skrzynię z piaskiem, bez figurek. Dzieci przychodziły, bawiły się w niej i ciągle wyrzucały piasek ze skrzyni, więc głównie zamiatałyśmy. Dla nas to było bardzo dobre doświadczenie oceny funkcjonowania dziecka w kontakcie z materiałem nieustrukturyzowanym. Mogłyśmy zobaczyć, jak dzieci manipulują, gdy mają do czynienia z przedmiotami, a jak, gdy mogą same stworzyć coś z piasku.

Inną formą pracy, którą podejmowaliśmy, były kursy. Kursy dla rodziców i dzieci. Psychologowie zajmowali się grupą dzieci głuchych i niesłyszących i proponowali określone oddziaływania. Były to zarówno działania diagnostyczne, jak też takie przygotowujące do pracy z lekarzem i z logopedą. Rodzice byli zachęceni do określonego kontaktu z dzieckiem, obserwowali jego zabawę, próbowali rozumieć, jak komunikuje się ono w sposób bezśłowny.

R.M.: Czy to był już okres studiów doktoranckich?

K.S.: Nie, ja nie byłam na studiach doktoranckich sensu stricto, tylko pisałam pracę doktorską z wolnej stopy. Tak jak wspomniałam, zaczynałam jako pracownik naukowo-techniczny. Zostałam zatrudniona po powrocie z Heidelbergu w 1991 roku w Ośrodku Psychoterapii dla Dzieci i Młodzieży przy Wydziale Psychologii UW, gdzie głównie pracowałam klinicznie, jednocześnie prowadząc obserwacje i zbierając materiał do doktoratu.

Rzeczywiście ta moja droga była specyficzna, ale też specyficzne było moje szkolenie psychoanalityczne. Zaczynałam odwrotnie niż większość psychoanalityków. Oni zaczynają przeważnie od pracy z dorosłymi, potem specjalizują się w pracy z dziećmi. Ja zaczęłam od studiów dotyczących pracy z dziećmi i młodzieżą, zakończonych dyplomem. Mogłam wtedy ubiegać się o prawo uprawiania zawodu w Niemczech. Dopiero potem, już w Polsce, gdy wróciłam, kończyłam szkolenie w pracy z osobami dorosłymi. Czyli szłam w edukacji zgodnie z linią rozwoju człowieka.

R.M.: Czy mogłaby pani opowiedzieć, jak wyglądały pani studia, jak wyglądała nauka psychoterapii dzieci i młodzieży w Heidelbergu?

K.S.: Muszę powiedzieć, że w Instytucie Psychoterapii była świetna struktura. Bardzo bym chciała, żeby w obecnym polskim systemie szkolenia mogło być podobnie. Na początek, przez półtora roku, były przede wszystkim kursy teoretyczne, na których poznawaliśmy różne teorie rozwoju i powstawania zaburzeń w nurcie psychoanalitycznym, ale też psychologii analitycznej, czyli Jungowskiej. Potem następowała faza stawiania diagnoz. Aby otrzymać zgodę na prowadzenie pacjenta w psychoterapii pod superwizją trzeba było zaliczyć kilkanaście procesów diagnostycznych. Na podstawie spotkań z dzieckiem, rodzicami, dzięki przeprowadzonym testom kandydat formułował diagnozę, opisywał mechanizmy zaburzenia w odniesieniu do wybranej teorii i wskazywał na najlepszy, jego zdaniem, sposób oddziaływań psychoterapeutycznych (np. indywidualne vs grupowe). Tak postawiona diagnoza była potem weryfikowana przez drugą osobę — pracownika instytutu (lekarza, psychologa), który spotykał się jeden raz z rodziną. Stosowano zatem procedurę podwójnej diagnozy (*Zweitsicht*), która pozwalała zweryfikować diagnozę kandydata. Dopiero gdy się dostarczyło dziesięć, a w późniejszych latach nawet piętnaście takich zaakceptowanych diagnoz, można było przejść do następnego etapu, czyli przyjęcia dziecka lub pacjenta młodzieżowego do psychoterapii. Superwizje były prowadzone zarówno indywidualnie, jak i w grupie, tak jak to się dzieje w Polsce.

R.M.: Takie wsparcie przez nadzorowanie stawiającego pierwsze kroki w psychoterapii psychoterapeuty wydaje się nieocenione dla rozwoju warsztatu klinicznego, budowania ciekawości, pewności i wnikliwości klinicznej, umiejętności odnoszenia obserwowanych zjawisk do dynamiki objawów i diagnozy.

K.S.: Zgadzam się z panem. Dodałabym jeszcze, iż w procesie diagnostycznym bardzo ważne są podstawy teoretyczne zawarte w psychiatrycznych klasyfikacjach zaburzeń.

Wiemy, że w podejściu behawioralno-poznawczym dosyć mocno pracuje się nad diagnozą poprzedzającą psychoterapię. W podejściach psychodynamicznym czy psychoanalitycznym uczenie stawiania diagnozy było dotychczas piętą Achilleś. Teraz szczęśliwie to się zmieniło. Tutaj wielki ukłon w stronę Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, które wydało PDM-2, klasyfikację psychodynamiczną, z której osobiście bardzo chętnie korzystam. Klasyfikacja ma części odrębne — dla dzieci, dla młodzieży, dla dorosłych i — co spostrzegam jako unikatowe — dla osób w podeszłym wieku. W 2022 roku ukazała się też Klasyfikacja Diagnostyczna DC: 0-5, czyli od najwcześniejszego okresu do piątego roku życia. Można powiedzieć, że o ile PDM-2 jest dla dzieci wczesnoszkolnych, to DC: 0-5 uzupełnia dobrze wczesny okres, w tym niemowlęcy. Mamy oczywiście też porównanie z klasyfikacjami DSM-5 i ICD-11. Wierzę, że w szkoleniach odnoszących się do teorii psychoanalitycznych i psychodynamicznych prowadzonych w Polsce miejsce diagnozy będzie nabierać znaczenia.

R.M.: Przypomina mi się rozmowa przy kawie tuż przed egzaminem certyfikującym z moim ówczesnym superwizorem. Mówiąc o konieczności postawienia wstępnej diagnozy przed terapią wspomniał mimochodem o prognozie. Zrozumiałem wtedy, że te pojęcia łączą się z sobą. Chciałbym zapytać panią profesor o prognozę. Jak wygląda prognoza w terapii psychoanalitycznej, jak wyglądała w szkoleniu w Heidelbergu? Czy zwracano na nią uwagę?

K.S.: Absolutnie. To była następna sprawa, do której w instytucie w Heidelbergu przywiązywano dużą wagę. Kiedy zaczynaliśmy pracę z pacjentami, instytucja dostawała zwrot od kasy chorych. W Niemczech kasy chorych płaciły i płacą za psychoterapię, i za psychoanalizę. Wobec tego taki superwizowany kandydat musiał przekonać kasę chorych, pisząc solidną prognozę. Nie tylko, jak rozumie zaburzenia, ale jaka jest prognoza właśnie, żeby kasa chorych przyznała finansowanie na taką liczbę godzin psychoterapii, jaka została zaproponowana. Kandydat musiał przede wszystkim opisać, jak widzi możliwość zmiany psychicznej u dziecka lub pacjenta młodzieżowego i u jego rodziców. Powiedzielibyśmy innymi słowami, że oceniał opór, świadomy i nieświadomy, który mógł przeszkadzać w procesie budowania leczącej relacji terapeutycznej.

R.M.: W okresie pani szkolenia, jakimi pacjentami zajmował się głównie instytut? Z jakimi zaburzeniami pracowali psychoterapeuci?

K.S.: Zgłaszały się rodziny, których dzieci miały różne problemy. Była dosyć duża grupa dzieci z problemami towarzyszącymi chorobom psychosomatycznym, takim jak astma oskrzelowa czy atopowe zapalenie skóry, ponieważ Heidelberg był wtedy centrum myślenia o medycynie psychosomatycznej. Pamiętam, że sporo było dzieci z mutyzmem selektywnym. W instytucie leczone też były dzieci z zaburzeniami zachowania, ale to nie było dominujące zaburzenie. Ponadto leczone były starsze dzieci z zaburzeniami osobowości. Spora była także grupa dzieci emigrantów z problemami adaptacyjnymi. Pracowałam z pacjentką, której rodzina przeniosła się z Polski.

R.M.: Wspomniała pani o Heidelbergu jako centrum medycyny psychosomatycznej i o dzieciach z zaburzeniami psychosomatycznymi. Czy już wtedy zaczęła się pani interesować psychosomatyką, czy to był zaczyn późniejszych publikacji, dociekań naukowych na ten temat? Pytam, gdyż znaczna część pani publikacji jest związana z psychosomatyką.

K.S.: Rzeczywiście, chyba znowu coś mi pan uświadomił. Mój psychoanalityk był specjalistą medycyny psychosomatycznej. Pacjent, którego opisywałam w pracy końcowej,

podsumowującej przebieg procesu psychoterapii, żeby skończyć studia i je zaliczyć, był chłopcem z atopowym zapaleniem skóry. To może brzmi jak paradoks, ale zainteresowanie ciałem, cielesnością i relacją psychika–ciało mam po zawodowym ojcu, choć w zasadzie powinno być ono po matce. Ewidentnie mój analityk potrafił mi przekazać zaciekawienie dla tego obszaru funkcjonowania człowieka.

R.M.: Ważne i cenne są dla mnie pani wspomnienia z okresu swojego kształcenia zawodowego.

K.S.: Pyta pan o sprawy, o których na co dzień nie myślę, nie rozmawiam o nich.

R.M.: Czy po powrocie do Polski starała się pani przenieść na rodzimy grunt któreś z tych doświadczeń?

K.S.: Mówiąc o tym, co cenne w teoriach psychoanalitycznych, wspomniałabym o autonomii i integracji. Nie tylko psychoanalitycznych, ale też analitycznych, bo teoria Junga jest psychologią analityczną. Prawdziwie fascynująca była dla mnie różnorodność nurtów w instytucie. To było naprawdę ciekawe doświadczenie. Uczyliśmy się zarówno teorii relacji z obiektem, jak i psychologii ego i psychoanalitycznej teorii traumy. Jeden z wykładowców, jungista, zainspirował mnie do tego, żeby zrobić roczny kurs terapii w piaskownicy.

R.M.: Słuchając pani wspomnień, odkrywam w sobie pewną fascynację połączoną z nutką zazdrości. Ten okres wyraźnie dużo wniósł do pani rozwoju i był ważnym czasem.

K.S.: Wie pan, Heidelberg był w tamtych latach miejscem, gdzie — jak żartowano — było najwięcej psychoterapeutów na metr kwadratowy w Niemczech. To było miasteczko akademickie. Mówiło się zawsze, że było ono mało „niemieckie”. Było otwarte i bardzo bezpieczne. Dzisiaj to wszystko bardzo się zmieniło.

R.M.: Jak długo można było mieć pacjenta w kontakcie psychoterapeutycznym? Rozumiem, że żeby napisać pracę i ją obronić, trzeba było prowadzić psychoterapię pacjenta.

K.S.: Jak mówiłam, pierwsze półtora roku poświęcone było na teorię, potem pół roku czy trochę więcej czasu na diagnozę. Ostatnie dwa i pół roku do trzech to już była praca psychoterapeutyczna i pisanie pracy zaliczeniowej. Ponieważ ja się dosyć spieszyłam, bo chciałam wracać do Polski, zamknęłam studia w ciągu pięciu lat.

R.M.: Co panią przyciągało do Polski z powrotem?

K.S.: Tu już przechodzimy na obszar nie tylko zawodowy, ale też osobisty, ale absolutnie się zgadzam z zasadnością tego pytania. To był kierunek znowu nie w tę stronę, co u większości, prawda? Wszyscy chcieli wyjeżdżać z Polski na Zachód, ja chciałam z Zachodu wracać do Polski.

R.M.: Pamiętam taki czas, kiedy byłem po pierwszym szkoleniu psychodynamicznym i zatrudniałem się w oddziale. Oczywiście poza chęcią pracy z pacjentami dziecięcymi w tym konkretnym środowisku, poza potrzebą zarabiania, motywowała mnie do działania chęć dzielenia się z innymi, dzielenia się tym, czego się nauczyłem.

K.S.: W moim przypadku to nie było niestety takie proste. W latach 90. byliśmy w polskim środowisku psychoanalitycznym zainteresowani przede wszystkim teorią relacji z obiektem, teorią Melanii Klein. To zaciekawienie różnorodnością, z którą przyjechałam, nie do końca było spójne z ówczesną linią rozwojową polskiej psychoanalizy.

R.M.: Wydaje mi się, że fascynacja teorią Melanii Klein trwa nadal.

K.S.: Tak, oczywiście, chociaż dostrzegam rozwój. Jest więcej zainteresowania brytyjską szkołą Niezależnych (*Independent*), studiowana jest teoria Donalda Woodsa

Winnicotta, którą promuje pani doktor Anna Czownicka. Ja upieram się od początku przy psychoanalitycznej teorii traumy — inaczej nie rozumiałabym istoty zaburzeń psychosomatycznych. Pisałam o niej obszernie już w 2005 roku w książce „Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową”.

R.M.: Kiedy wróciła już pani profesor do Polski, co się działo w pani życiu zawodowym, naukowym?

K.S.: Powracamy do parteru Wydziału Psychologii UW. Tam był Ośrodek Psychoterapii dla Dzieci i Młodzieży, w którym pracowałam 6 lat. Powstał na potrzeby dydaktyki Katedry Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny. W tamtym czasie, ze względu na mój etat techniczny, mogłam troszkę rozwinąć ośrodek w takim znaczeniu, że służył nie tylko do dydaktyki, ale także osobom potrzebującym. Dzieci otrzymywały bezpłatną pomoc. Ale ponieważ na takim etacie byłam sama, oferta ta była bardzo ograniczona.

R.M.: Czy to znaczy, że w ośrodku mogły uzyskać pomoc osoby przychodząc prosto z ulicy?

K.S.: Tak, przez kilka lat było to możliwe. Gdy przestałam być na etacie technicznym, a zaczęłam od 1997 roku pracę na naukowym etacie adiunkta, to część aktywności ośrodka przestała być ogólnodostępna. Zresztą, nie było łatwo także wcześniej. Pracowałam w pojedynkę, a często była potrzebna diagnoza lekarza psychiatry lub lekarza internisty. Gdy taki ośrodek działa przy uniwersytecie bez zaplecza medycznego, to jest troszkę trudno.

Później — symbolicznie rzecz biorąc — wspięłam się wyżej, bo z parteru przeszłam na pierwsze piętro i — po napisaniu doktoratu, który był opisem mechanizmów przeniesienia w terapii psychoanalitycznej dzieci i młodzieży — tam zostałam. W mojej pracy doktorskiej odwoływałam się zarówno do doświadczeń z Heidelbergu, jak i z ośrodka przy Katedrze Psychologii na UW. Była ona pogłębioną analizą zjawiska przeniesienia w pracy z dziećmi, młodzieżą i rodzicami. Rozumiałam przeniesienie jako swoiste pomylenie osób i czasu, gdy psychoterapeuta jest spostrzegany jak ktoś inny np. rodzic danej osoby. Zaproponowałam wtedy pojęcie trójkąta przeniesieniowego. Zwracałam uwagę, że psychoterapeuta dziecięcy może sobie świetnie radzić w pracy z dzieckiem, ale rodzice dziecka przenoszą na niego często takie elementy ich świata psychicznego, które trudno jest udźwignąć. Na przykład, jeśli rodzice dziecka są w trakcie rozwodu, rozstawania się, każde z nich przynosi na spotkania swoje problemy. Niektórzy terapeuci, szczególnie koledzy ze szkoły kleinowskiej, nie pracowali z rodzicami, nie musieli być konfrontowani z emocjami, które każde z rodziców przynosi na terapeutę. Proponowali, aby rodzice dziecka byli pod opieką innego terapeuty.

Zgodnie z tezą Melanii Klein, chodzi przede wszystkim o to, żeby rodzice nie przeszkadzali. Nie wiem, czy jeszcze dzisiaj tak się pracuje w tej orientacji. W sytuacji rozwodu często obecny jest konflikt, więc nie mamy do czynienia ze spójnym przeniesieniem pary rodzicielskiej, tylko pojawiają się niekiedy całkowicie różne obrazy osoby terapeuty. Powstaje w zasadzie „czworokąt przeniesieniowy”.

R.M.: Pamiętam, że kiedy ukazała się pani książka, czytałem ją, próbując znaleźć odpowiedź na pytanie o włączanie rodziców do terapii. To jest częsty problem, być może nie do kategorycznego czarno-białego rozstrzygnięcia, ale refleksji, która pojawia się u terapeutów pracujących z pacjentem dziecięco-młodzieżowym: na ile włączać rodziców, na ile odsyłać rodziców do innego terapeuty. Różne podejścia terapeutyczne rozwiązują ten

dylemat w odmienny sposób. Terapeuci systemowi klasycznej proweniencji pracują tylko z dzieckiem i rodzicami. Inni terapeuci pracują z dzieckiem, a co jakiś czas spotykają się z rodzicami. Są też takie podejścia i tacy terapeuci, którzy w sytuacji problemów dziecka, szczególnie małego, pracują tylko z rodzicami. Jakie jest pani zdanie na ten temat, z perspektywy pani wieloletniej pracy? Moje doświadczenie jest takie, że ważne jest, abyśmy jako psychoterapeuci byli w miarę bezpiecznym i przewidywalnym obiektem dla rodziców.

K.S.: To jest bardzo ważna rzecz, o której Pan mówi. Nie mam jednoznacznej odpowiedzi na Pana pytanie. W doktoracie i książce tylko przyglądałam się zjawisku przeniesienia, analizowałam jego formy. Odwoływałam się do klasyfikacji, którą proponowała Anna Freud, pisząc o różnych rodzajach przeniesienia i przemieszczania w rodzinie. Nie przedstawiałam natomiast refleksji nad tym, jak powinna wyglądać interwencja psychoterapeutyczna. Myślę, że wiele zależy od problemu dziecka i rodziny. Mogę jedynie powiedzieć, że nie wyobrażam sobie, żebym pracowała z dzieckiem czy pacjentem w okresie dorastania, nie znając jego rodziców czy nie wiedząc, jaki obraz dziecka mają w umyśle. Wydaje mi się bardzo ważne, kluczowe, aby zrozumieć, z czym ono, tj. dziecko, jest konfrontowane. Istotne jest, jak powstaje reprezentacja wewnętrzna, czyli obraz rodzica w umyśle dziecka. Wyobraźmy sobie, że w rodzinie jest mama, tata i jedno dziecko. Tworzy ono w swoim umyśle reprezentację taty nie tylko na podstawie bezpośrednich interakcji z tatą, ale też na podstawie tego, jak mama mówi o ojcu, jak go przeżywa, jaki obraz taty dziecka ma sama. Więc jeśli nie będę miała dostępu do tego elementu, bo rodzice będą w terapii u kogoś innego, to będę miała ograniczenie w rozumieniu wewnętrznego świata dziecka.

R.M.: Także ograniczenie w procesie diagnozy dziecka.

K.S.: No właśnie.

R.M.: Zaciekawilo mnie to rozgraniczenie, o którym pani prof. wspomniała. Psychoanalitycy i psychoterapeuci pracujący w nurcie relacji z obiektem właśnie chcą, jak pani mówi, żeby rodzice im nie przeszkadzali i jednocześnie od początku pracują z dzieckiem głęboko, w pewien sposób jak z dorosłym, czasami interpretując pojawiające się w relacji jego najgłębsze lęki. A równolegle istnieje ten nurt uwzględniający to, co Anna Freud pisze, że dziecko dobrze jest pozyskać troszeczkę czy przygotować do terapii. Mam taką refleksję wynikającą z doświadczenia, że te podejścia nie muszą się wykluczać. Do jednych pacjentów dziecięcych i ich rodziców pasuje bardziej podejście kleinowskie, a dla innych dzieci i rodziców bardziej pomocne będzie podejście Anny Freud i jej naśladowców.

K.S.: Oczywiście zgadzam się z panem. Klasyfikacje diagnostyczne, na przykład PDM-2, przez odniesienie do różnych funkcji, różnych elementów funkcjonowania psychicznego, pozwalają nam zobaczyć w pracy z dzieckiem, do jakiego obszaru możemy się odwoływać. Na przykład, czy ono ma zdolność do symbolizacji i mentalizacji. Czy jest gotowe na to, żeby mu powiedzieć nie wprost „Relacja tutaj ze mną [podaję przykład rozmowy z pacjentem młodzieżowym] — jest taka, jakbyś był tu z rodzicem”. Czyli taki nastolatek może wiedzieć, że psychoterapeuta to odrębna osoba, nie jest jego mamą, tylko w relacji terapeutycznej (czyli w przeniesieniu), jest jak jego mama. Gdy ktoś nie ma struktury wewnętrznej dotyczącej spostrzegania zjawisk „tak jakby”, bo ona się nie wykształciła w jego relacji z opiekunami, to znajduje się na innym etapie rozwoju i może być totalnie pogubiony.

Kiedy robiliśmy badania dotyczące osób chorych na astmę — to kolejny etap mojego rozwoju, habilitacja — okazało się, że zarówno niektórzy dorośli chorzy na astmę, jak i rodzice dzieci chorych na astmę mieli cechy aleksytymii, która jest specyficzną formą regulacji emocji, oznacza brak słów dla emocji. Jeśli ktoś nie umie nazwać emocji, nie potrafi identyfikować i werbalizować uczuć, bo tak funkcjonuje jego umysł, to ja albo go tego uczę w relacji psychoterapeutycznej trwającej dłuższy czas, albo proceduję inaczej, na przykład odwołuję się do konkretnego, a nie do słownego symbolu, w tym słownego symbolu stanów emocjonalnych.

R.M.: Rozumiem, że jest to jeden ze sposobów wypełniania deficytu, który możemy zaproponować osobie z aleksytymią.

K.S.: Tak, i to się nazywa funkcją leczącą przez korektywne doświadczenie emocjonalne, jeżeli umysł terapeuty, miejmy nadzieję, posiada taką funkcję. Nie jest aleksytymiczny. Dzięki temu terapeuta może przekazać dziecku albo pacjentowi dorosłemu pewien nowy rozwojowy kontekst.

Wracając jeszcze do problematyki osób chorych na astmę oskrzelową. To były badania empiryczne. Wprawdzie nie były na dużych grupach, ale były różnorodne, dotyczyły wielu aspektów funkcjonowania. Uwzględniliśmy w tych badaniach aspekt obrazu ciała. Dostałam w Niemczech test — niestety część kolegów się na mnie obraziła, że go nie udostępniam, lecz dostałam go do wyłącznej dyspozycji — test dla dzieci obrazu ciała profesora Michaela Güntera. Okazało się na przykład, że są różnice w obrazie ciała między dziećmi chorymi na astmę w Niemczech i w Polsce. Wiązaliśmy je z różnicami w systemie opieki nad dziećmi i swoistym zaprzeczaniem chorobie, które istniało kilkanaście lat temu w Polsce. Dzieci uczyły się, że dziecko chore na astmę tym różni się od zdrowego, że bierze leki. Ani ono, ani jego rodzina nie były zachęcane do podjęcia pracy żałoby (*mourning process*) z powodu utraty statusu dziecka zdrowego. To było w połowie lat dwutysięcznych, ciekawa jestem, czy coś się w tej kwestii zmieniło.

Jesteśmy w Polsce ogromnie strauumatyzowani, też transgeneracyjnie. Najnowsze badania nad PTSD pod kierunkiem pana profesora Marcina Rzeszutka (opublikowane w tym roku w PLOS ONE — Open Access), w których miałam przyjemność uczestniczyć, pokazują, że 18,8% osób z populacji ogólnej (była to próba reprezentatywna) deklaruje objawy PTSD. To wielokrotnie więcej niż w innych krajach Europy. Na planie kolektywnym nie mamy więc zasobów do pracy żałoby.

R.M.: Tematyce obrazu ciała poświęcona jest między innymi pani książka „Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń”.

K.S.: Tak, w „Pięknym brzydactwie...” obraz ciała pojawił się w szerszym kontekście, nie tylko zaburzeń psychosomatycznych jak astma. Odwoływałam się m.in. do ukrytej traumy, jak nazywam destrukcyjną parentyfikację, czyli takie doświadczenie, które kulturowo nie jest spostrzegane jako związane z krzywdzeniem dzieci, bo dotyczy przede wszystkim zaniedbania. Odwrócenie ról w rodzinie ma ogromne konsekwencje, szczególnie jeśli dotyczy kontekstu emocjonalnego. Uważam, że w diagnozowaniu parentyfikacji warto uwzględniać obraz ciała. Obraz ciała, czyli też sposób doświadczania własnego ciała, często jest tym obszarem, który pozwala zobaczyć, że coś jest nie tak.

Podam może przykład: myślę o 13-latce, którą ostatnio widziałam, stojącą przed lustrem i się mizdrzącą, i patrzącą, i szukającą, i robiącą miny. Na pytanie: „a kogo ty szukasz?”

odpowiada: „siebie”. Ewidentnie dziewczynka nie była w dzieciństwie wystarczająco odzwierciedlana, bo musiała się zajmować emocjonalnie swoją niepełnosprawną mamą. I potem siedzi przed lustrem (nawiasem mówiąc, bardzo atrakcyjna dziewczyna) — ale siebie nie widzi, i siebie szuka w tym lustrze.

R.M.: Jakby pani mogła powiedzieć coś więcej jeszcze o obrazie ciała. Wydaje się ono czymś mało w psychoterapii zauważalnym, może poza nurtem Lowenowskim. Mam na myśli pani badania, ale też doświadczenia kliniczne, psychoterapeutyczne. Pani mocno zwraca uwagę na ciało. Był taki czas, że psychoanalitikom zarzucano, że eliminują ciało, że w pracy uwzględniają tylko to, co w głowach.

K.S.: Tak. Freud mówił, że psychoanaliza to jest *talking cure*, czyli terapia mówiona, jakby istniał wyłącznie umysł. A przecież na pierwszych latach psychologii, czyli jeszcze wtedy, kiedy niektórzy studenci nie odczuwają fascynacji psychologią, bo czują się udręczeni logiką i statystyką (sic!), już jesteśmy uczeni, że komunikujemy się przede wszystkim niewerbalnie, prawda? Mnie uczono, że aż w 70 procentach. Więc co takiego się dzieje, że potem ciało kasujemy? Obraz ciała, zdaniem wielu badaczy, to najogólniej rzecz biorąc sposób spostrzegania ciała, myślenia o nim, emocji z nim związanych i działań, które podejmujemy w odniesieniu do niego.

Bardzo cieszy mnie w tej chwili w psychoanalizie, szczególnie w pewnych nurtach psychoanalizy włoskiej i niemieckiej, powrót do teorii traumy, do ciała i cielesności. W maju tego roku była konferencja Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, na której gościem była pani profesor Clara Mucci. Niezwykła osobowość. Włoszka, która napisała bardzo ciekawą książkę „Borderline bodies. Affect regulation theory for personality disorders”. Niełatwo się ją czyta, gdyż jest naładowana odniesieniem do wyników badań naukowych, ale jest fascynująca. Warto podjąć trud lektury, zważywszy, że są podawane bardzo klarowne przykłady kliniczne. Pani Clara Mucci odwołuje się w niej bezpośrednio do psychoanalitycznej teorii traumy. Inna jej książka dotyczy traumy transgeneracyjnej, ale to w „Borderline bodies...” autorka ukazuje, w jaki sposób ciało i cielesność bywają nośnikiem cierpienia, które nie może być nazwane czy dostępne na poziomie umysłowym. Autorka nie proponuje pracy poprzez ciało czy dużych modyfikacji w pracy psychoterapeutycznej, tylko zachęca do refleksji nad tym, co takiego się dzieje na poziomie cielesności z pacjentem i w relacji cielesnej pacjent–psychoterapeuta. Często w trakcie lub po zakończeniu psychoterapii werbalnej pacjenci sami znajdują dla siebie obszar aktywności związanej z ciałem. Dla jednego będzie to joga, dla innego taniec albo jeszcze coś innego, w zależności od temperamentu i potrzeb. To jest bardzo ważne, bo u osób strauumatyzowanych często obserwujemy zanik odczuwania przyjemności związanej z doświadczaniem własnego ciała. Nie myślę w tym kontekście wyłącznie o dostępie do odczuwania zmysłowości czy seksualności, ale też o ugruntowaniu, byciu w ciele.

R.M.: Wracam myślami do tego chłopczyka, o którym rozmawialiśmy na początku, intensywnie działającego, wykonującego te swoje wygibasy przed wycofanym kolegą, próbującego go zachęcić do działania, ożywić z pomocą swojej aktywności ruchowej.

K.S.: Dokładnie. Warto zwrócić uwagę, że ostatnia przed śmiercią książka Daniela Sterna, bardzo zasłużonego psychoanalityka rozwojowego, twórcy podejścia interpersonalnego, dotyczy witalności („Forms of vitality: exploring dynamic experience in psychology and the arts”). Odwoływał się w niej do tańca, ruchu, do roli teatru. Przede wszystkim jednak

do tańca i ruchu jako elementów niezbędnych w doświadczaniu cielesności, w jej witalnym, żywym aspekcie. Czyli jest to swoiste przeciwieństwo wewnętrznego przeżycia „martwej matki”, o której pan wspominał. Ruch i doświadczenia związane z ciałem stawałyby się rodzajem antidotum na ten martwy obiekt wewnątrz. Wszystko jedno jakiej reprezentacji psychicznej by to dotyczyło — matki albo ojca albo innego opiekuna. Cokolwiek, co ktoś ma w środku skamieniałe. Literatura ludowa świetnie to rozumie, mówiąc, że w wyniku trudnych doświadczeń komuś może skamienieć serce. Oglądałam ostatnio filmową wersję baśni braci Grimm, świetnie pokazującą zjawisko osoby z sercem z kamienia.

R.M.: Mam jeszcze ochotę spytać o to ciało. Zaciekawilo mnie to, co pani mówi na jego temat.

K.S.: Dziękuję, że pan chce o nie pytać. Mam takie doświadczenie, że chętnie o nim rozmawiają kobiety, chociaż my dzisiaj nie lubimy tych różnicowań ze względu na płęć. Kobiety, terapeutki chętniej o ciele rozmawiają, choć to wcale nie znaczy, że bardziej ten temat czują. Ja lubię różnicować takie pojęcia, jak obraz ciała i wizerunek ciała. Czyli, idąc za C.G. Jungiem, wizerunkiem byłaby persona, maska, którą, szczególnie w okresie dorastania, przygotowujemy sobie. Trzynastolatka, o której mówiłam wcześniej, codziennie do szkoły maluje rzęsy. Nie wiem, ile czasu jej to zajmuje. W każdym razie bez umalowanych rzęs nie wychodzi z domu. Możemy powiedzieć, że stwarza wizerunek osoby wymalowanej.

Kompletnie czym innym jest obraz ciała. Oznacza reprezentację psychiczną ciała, w niej — zadowolenie z ciała, z jego funkcji, stosunek do zdrowia, stosunek do choroby. Też to, na ile można o siebie dbać, np. nie zapychać się niezdrowym jedzeniem. W procesie tworzenia się obrazu ciała ważna jest też witalność, o której powiedziałam, stosunek do funkcji związanych z intymnością (czyli np. granicami ciała), zmysłowością czy seksualnością. To są elementy, które się składają na obraz ciała, który jest, w moim przekonaniu, czymś innym, niż wizerunek lansowany przez kulturę. Ona bardzo silnie oddziałuje, robi swoje interesy. Od wielu lat istnieją reklamy kosmetyków, w których aktorka mówi na koniec „Jesteś tego warta”. Ja zawsze pytam: „czego?”. Kremu, który chcą mi sprzedać za stówkę? Musiałabym mieć jakieś wyjątkowo niskie poczucie wartości (a ludzie strauumatyzowani takie mają), żeby uważać, że stanę się elitą społeczną albo pięknnością, gdy kupię ten krem. Przyznam się tu panu, że w tym obszarze mam dystans, potrafię go zachować. Od lat używam polskiego kremu do twarzy, który kosztuje aktualnie 6 złotych, 19 groszy. Pachnie dla mnie ziołami z mojego dzieciństwa. Ale są oczywiście obszary, gdzie o dystans trudniej, także psychoterapeutom. W niedużym badaniu retrospektywnym, w ostatniej książce pod moją redakcją „Samotne ciało. Doświadczanie cielesności przez dzieci i ich rodziców”, podjęty został temat dotyku. U osób, które były przytulane w dzieciństwie i które wspominały dobrze to doświadczenie obraz ich ciała w dorosłości był pozytywny w kilku wymiarach. Słyszałam od sporej grupy psychoterapeutów opowieści o tym, że doznali depriwacji dotykowej w dzieciństwie. Warto kontynuować takie badania, bo one pokazują, jak ogromne znaczenie ma bliska relacja emocjonalna i cielesna dziecka z opiekunami dla tego, aby ważna część Ja, czyli Ja cielesne, mogła dobrze rozwijać się w dorosłości.

R.M.: Zatrzymam te myśli o ciele, mam nadzieję na dłużej. Chciałbym panią zapytać, czy doświadczenia kliniczne, a też badawcze przekłada pani na pracę z superwizantami. Czy jest coś w pracy z pacjentami, na co ich pani szczególnie uczuła? Czy widzi pani zmiany na przestrzeni lat w superwizowaniu?

K.S.: To są ważne i niełatwe pytania. Nie wiem, czy moja odpowiedź będzie poprawna politycznie. Praca z dziećmi na pewno mnie wyczerpała i nauczyła, że udawana relacja nikogo nie leczy. Jeżeli jestem danego dnia niedysponowana z jakichś powodów — osobistych czy innych — to ważne, żebym miała tego świadomość. Nie chodzi oczywiście o to, żeby pacjentowi o tym mówić. Jeśli natomiast jestem osobą, która kreuje swój wizerunek, nie tylko na poziomie ciała, to warto, żebym nad tym popracowała albo to zmieniła. Pacjenci potrzebują innego umysłu niż ten, z którym byli konfrontowani w przeszłości. Oni nie potrzebują persony.

Druga rzecz, która jest dla mnie bardzo ważna, to jest uwzględnienie w pracy psycho-terapeutycznej kontekstu transgeneracyjnego, w tym traumy transgeneracyjnej. Na ten problem wyczerpała mnie praca nad projektem dotyczącym destrukcyjnej parentyfikacji, czyli odwrócenia ról w rodzinie — to była moja profesura. Parentyfikacja powstaje wtedy, kiedy są trzy pokolenia: dziadków, rodziców i danej osoby. Na kolejne pokolenie przenieszone jest to, czego poprzednie nie potrafiło przepracować, przede wszystkim opłakać. I to jest kolejny istotny wątek. Bardzo ważne w pracy terapeuty, czyli także w superwizji, jest badanie zdolności do podjęcia pracy żałoby. To brzmi może trywialnie — wydaje się, że wszyscy jesteśmy do niej zdolni. Odczuwam wdzięczność dla profesora André Haynala, który przez jakiś czas był mentorem w Polskim Towarzystwie Psychoanalitycznym. Był związany ze szkołą Sándora Ferencziego, czyli z psychoanalityczną teorią traumy. Haynal zwracał uwagę, że terapeuci uczą się niejako procesu żałoby z każdym nowym pacjentem, ponieważ pacjent, miejmy nadzieję, w lepszym stanie wychodzi niż przyszedł. Pacjent odchodzi, a terapeuta musi sobie poradzić z rozstaniem. Zawsze, gdy jest bardzo fajnie i dobrze w relacji z superwizantem, to on już kończy spotkania. Podobnie, gdy pacjent jest gotów do separacji, to trzeba go puścić. A my zostajemy. Jeśli sami nie mamy do końca wykształconej zdolności do żałoby, np. projektujemy swoje stany w innych albo w jakiejś zjawiska społeczne, to warto nad tym pracować.

Zdolność do żałoby u psychoterapeuty wydaje mi się fundamentalna. Z nią wiąże się oczywiście kwestia granic, czyli umiejętności separacji. Osobiście doświadczyłam braku tych zdolności u niektórych osób na polu naukowym, byłam parę razy konfrontowana z kradzieżą myśli. Komuś się spodobał temat parentyfikacji. Potem czytam zdania z mojej książki, którą oczywiście znam na pamięć, tylko, autor tych zdań twierdzi, że je właśnie wczoraj wymyślił. Jeśli to jest ktoś mi obcy, to się po prostu uśmiechnę, ale jeśli to jest osoba, z którą miałam kontakt, nawet dłuższy, to wtedy, jasne, jest mi przykro; wsparciem jest to, że mogę rozumieć, o co chodzi. Tak więc zdolność do oddzielania siebie od drugiej osoby, czyli swoich myśli i uczuć od myśli i uczuć drugiego też mi się wydaje kluczowa w procesie zarówno psychoterapii, jak i superwizji.

R.M.: Takie oczekiwanie, które we współczesności trudne jest chyba do utrzymania...

K.S.: Strasznie trudne jest do utrzymania, dlatego, że przez powstanie internetu wszyscy jesteśmy ekspertami od wszystkiego. Niedawno na wsi pan kominiarz komuś tłumaczył, że on już właściwie nie musi być kominiarzem, bo każdy sobie przeczyta w internecie, jak się naprawia komin i myśli, że to potrafi. Później ten ktoś spada z komina, ale co tam, on i tak wie, jak naprawiać. Po co mu kominiarz? Myślę, że łatwiej byłoby, gdybyśmy mieli większy szacunek dla autorytetów, ale z jakichś powodów dużo autorytetów pochowaliśmy za wcześnie, uznajemy, że cechuje nas wszechmoc, a nawet boskość. Gdybyśmy

mieli większą umiejętność konfrontowania się ze swoim brakiem, wtedy nie byłoby tego zapożyczania i zabierania cudzych myśli. Niestety, nie mam pojęcia, jak to zmienić.

R.M.: Jeżeli dobrze panią zrozumiałem, to mówi pani o potrzebie pewnego uporządkowania, o potrzebie autorytetu, na co często zwracają uwagę terapeuci w podejściu systemowym poprzez pilnowanie granic, czuwanie, aby nie dochodziło do koalicji międzypokoleniowych i zacierania granic, a jeżeli już do tego dojdzie, dbają o przywracanie porządku, także poprzez troskę o hierarchię, strukturę, kolejność zwracania się. Myślę że w kontekście pracy superwizyjnej poruszony przez panią temat autorytetu jest bardzo ważny, bliski też mojemu sercu.

K.S.: Podam Panu na koniec przykład autorytetu, bo pan pytał o nazwiska. Miałam panią superwizor, nieżyjącą już Niemkę, lekarkę dr Hildegardę Munzinger-Bornhuse. Po skończeniu szkolenia jeździłam jeszcze przez kilka lat do Niemiec. Kiedy się rozstawałyśmy, pani doktor Hildegarda dała mi jedwabną chusteczkę, bardzo piękną, niebieską. To nie jest właściwie chusteczka, tylko szaliczek. Jedwabny niebieski szaliczek. Wydaje mi się, że dosyć drogi, ale tego nie sprawdzałam. Na większość ważnych wystąpień zakładam tą chusteczkę, mając wrażenie, że idę z „moją” Hildegardą i po prostu jest mi różniej. Mam mój dobry obiekt, bo akurat ona rzeczywiście bardzo się o mnie troszczyła. Relacja z autorytetem mogła zostać zawarta w konkretnej formie otrzymanego prezentu, jednocześnie stała się symbolem i została uwewnętrzniona. Czy to jest happy end?

R.M.: Piękne jest to, co pani powiedziała, dziękuję za rozmowę.