

Z cyklu „Sylwetki psychoterapeutów”

## „CZUCIE I WIARA SILNIEJ MÓWI DO MNIE NIŻ MĘDRCA SZKIEŁKO I OKO”

Z MARIUSZEM FURGAŁEM ROZMAWIA WANDA SZASZKIEWICZ

**Wanda Szaszkievicz:** Wprawdzie zapowiedziałam już kiedyś, że przekazuję prowadzenie cyklu „Sylwetek” w „Psychoterapii” młodszemu kolegom po fachu, ale uznałam, iż na pożegnanie z tym cyklem porozmawiam z Tobą, ważną osobą, bo od 7 lat redaktorem naczelnym. Niełatwo było znaleźć termin spotkania, a gdy z Twojej strony wreszcie się to udało, ja mogę rozmawiać tylko online. Może pozostaniemy przy tym, bo dobrze się znamy i widzujemy na żywo, a lepiej już nie odraczać rozmowy.

**Mariusz Furgał:** Oczywiście. Jest w tym pewna wygoda dla mnie, gdyż w trakcie rozmowy będę mógł zapalić. Zastanawiałem się, czy ja w ogóle mam, o czym opowiadać. Pewnie mam, bo każdy ma coś do powiedzenia, natomiast, czy to będzie ciekawe?

**W.Sz.:** Dla mnie bardzo interesujące było Twoje wystąpienie na konferencji „Para między paradygmatami” Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin na Szlaku, podczas której mówiłeś, jak perspektywa teoretyczna terapeuty, a konkretnie systemowo-psychodynamiczna, kształtuje jego widzenie. Mówiłeś też trochę o swoim rozwoju jako psychoterapeuty. Zaintrygował mnie tytuł czy motto tego wystąpienia: „Czucie i wiara silniej mówi do mnie niż mędrca szkiełko i oko”.

**M.F.:** Tak, to było motto wzięte z „Romantyczności” Adama Mickiewicza.

**W.Sz.:** Właśnie! Wydaje mi się, że bardzo trafnie charakteryzujące Twoją naturę, sposób funkcjonowania, a być może też Twoją drogę zawodową, o której chciałabym porozmawiać. Nie wiem, czy pamiętasz, bo to było dawno temu, jak doradziłeś mi, w związku z dolegliwościami od kręgosłupa, abym się zgłosiła na diagnostykę i ewentualnie fizykoterapię do kliniki profesora Andrzeja Szczeklika na oddział rehabilitacji. Wiedziałam, że interesujesz się chorobami psychosomatycznymi i żartobliwie pytałam, czy moje bóle mogą mieć takie tło. Powiedziałeś, że jest to możliwe, a w każdym razie warto to sprawdzić.

**M.F.:** Nie przypominam sobie tej porady, natomiast mój kontakt z tym miejscem, a konkretnie z Romanem Nowobilskim, który już dawno jest profesorem, bardzo dobrze pamiętam. Zresztą to nie był mój pierwszy kontakt z tą katedrą, bo, będąc na studiach medycznych, dość wcześnie zacząłem w tej klinice badania. Gdy byłem na drugim roku studiów należałem do koła anestezyjologicznego i wówczas z doktorem Jerzym Dropińskim zajmowaliśmy się różnymi, powiedziałbym mniej podmiotowymi działaniami wobec pacjentów. Bardzo mnie to wtedy ciekawiło. I nawet miałem taki epizod badawczy, którego efektem był artykuł w 1992 roku o antykoagulancie toczniowym. Był to mój pierwszy

artykuł naukowy, którego przez przypadek zostałem pierwszym autorem, nie dlatego, że byłem najważniejszy, tylko alfabetycznie byłem pierwszy. I to jest właśnie to „mędrca szkiełko i oko”, ten obszar naukowych badań, które mnie wtedy wciągały.

**W.Sz.:** Zaczniemy zatem od początku, czyli od tego, co sprawiło, że studiowałeś medycynę, a następnie wybrałeś specjalizację z psychiatrii.

**M.F.:** Trochę tutaj zadziałał przypadek. Zawsze chciałem studiować informatykę albo fizykę teoretyczną. I właściwie byłem zdecydowany na fizykę, mając drobne sukcesy w olimpiadach. Tak mnie pasjonowała, że gdy były jakieś konkursy fizyczne, to potrafiłem przez trzy doby rozwiązywać przez telefon zadania razem z kolegą. Wtedy istniały tylko telefony stacjonarne. Kolega w końcu zrezygnował. Byłem zdecydowany zdawać na fizykę teoretyczną, tyle że egzaminy tam były dopiero 12 września, nie było ich w czerwcu. W tym czasie bliżej poznałem moją kuzynkę, która studiowała medycynę. Była na V roku i zaraziła mnie tym kierunkiem. Kupiłem sobie jakąś książkę do biologii, bo będąc w klasie matematyczno-fizycznej musiałem uzupełnić wiedzę do egzaminu. Książka była w miarę ciekawa, ale jeszcze nie byłem przekonany do medycyny. Poszedłem na egzaminy, które były testowe i dobrze mi poszły. Miałem już wcześniej opracowany system pisania testów i nie musiałem tracić na nie energii i pojemności umysłu. I pewnie dlatego zdałem, i dostałem się na studia, ku własnemu zaskoczeniu.

**W.Sz.:** I wybrałeś medycynę. Bez wahania i żalu potem?

**M.F.:** Na początku trochę żałowałem. Pamiętam reakcję mojej nauczycielki fizyki z ogólniaka, która, dowiedziawszy się, że idę na medycynę, powiedziała, iż się zmaruje. Ale to, że dostałem się na kierunek, gdzie punktacja była wysoka, tak mnie narcystycznie pobudziło, że postanowiłem zostać na studiach medycznych w Krakowie. Miasto też mi się spodobało.

**W.Sz.:** A jaka była reakcja rodziców na tę dużą zmianę w wyborze drogi życiowej.

**M.F.:** Rodzina przyjęła ją spokojnie. Miałem raczej carte blanche odnośnie do moich wyborów i decyzji. Zresztą uważali pewnie, że lekarz to dobry zawód. Bardziej się zaniepokoiili, już potem, wyborem specjalizacji. Pamiętam sytuację, gdy robiąc coś z mamą w kuchni powiedziałem, że będę psychiatrą. Jakieś narzędzie kuchenne wypadło jej z rąk. To już było trochę za dużo, chociaż generalnie rodzina akceptowała to, co robię. Mogło to być na trzecim roku, bo jeszcze na drugim interesowałem się anesteziologią.

**W.Sz.:** Jak było na tych studiach, jak się czułeś w Krakowie?

**M.F.:** Wszystkie moje wielkościowe myśli zostały stłamszone na pierwszym kolokwium z anatomii, podczas którego okazało się, że nie mogę nauczyć się na pamięć trzech łacińskich nazw. Pamiętam, jak stałem pod zakładem biochemii lekarskiej z otwartą książką do anatomii i próbowałem zapamiętać słowa po łacinie. Zupełnie mi nie wchodziły do głowy, a nie dało się niczego wymyślić na drodze rozumowania; trzeba było po prostu wkuć materiał na pamięć. Ciężki był ten pierwszy rok, na którym miałem depresję. Nie przyszło mi do głowy, żeby szukać pomocy z tego powodu. To był właśnie taki uraz, że na początku wszystko było banalnie łatwe, a nagle się okazało, że nie wiadomo, czy ja nie wylecę z tego pierwszego roku, którego nie dało się powtarzać. Było to bardzo trudne.

**W.Sz.:** Czy miałeś w kims oparcie, na przykład we wspomnianej kuzynce czy rodzinie. A może w kims z grupy? Prowadziłam kiedyś zajęcia z psychologii lekarskiej, które wtedy były na pierwszym roku i pamiętam stres studentów i różne strategie radzenia sobie z nim. Głównie chcieli rozmawiać tylko o tym, jak są źle traktowani przez prowadzących, zastr-

szani, poniżani. O tym, jak fatalna jest atmosfera na zajęciach. Z ćwiczeń z psychologii lekarskiej robiło się spotkanie grupy wsparcia.

**M.F.:** Rzeczywiście to był poważny stres. A dodatkowo wiedziałem o korupcji na dużą skalę, wiedziałem, w jaki sposób ludzie zdawali kolokwia i o tym, że to nie była uczciwa gra, że za pieniądze można było dostać zaliczenie. Poziom rywalizacji był taki, że momentami było bardzo nieprzyjemnie. Z jednej strony studiowanie było trudne, ale z drugiej strony, jeżeli chodzi o relacje, przyjaźnie, to miałem raczej dobrą grupę. Moja żona jest z mojej pierwszorocznej grupy, ale wtedy w ogóle nie myślałem, że będziemy razem. Dopiero po trzecim roku takie myśli się pojawiły. Miałem wtedy kolegę, z którym dużo rozmawiałem przez telefon. Musiałem w tym celu chodzić na Poczta Główną, ale na szczęście mieszkalem na Wielopolu, więc miałem dwa kroki. Wspieraliśmy się nawzajem, a oblewaliśmy wszystko to samo, czyli te same kolokwia z anatomii. Spotykaliśmy się na tych samych egzaminach komisyjnych. Był takim przyjacielem od niedoli. Natomiast nie chciałem obciążać rodziny swoimi kłopotami. Nawet jak czasem się im poskarżyłem, to oni bezkrytycznie wierzyli, że sobie poradzę, co nie dawało mi wsparcia. Błędem było, że na pierwszym roku wybrałem mieszkanie na stacji, a nie w akademiku. Na kolejnych latach już się uzyskuje wiedzę, co robić, żeby zaliczyć kolokwia i zdać egzaminy, a także kontrolę nad procesem studiowania, ale na początku potrzebne jest wsparcie. Choćby takie, żeby móc pójść pogadać do kolegów w pokoju obok, odreagować.

**W.Sz.:** Czyli można powiedzieć, że podczas studiów doświadczyłeś stresu, o którym czasem pewnie słyszysz od swoich pacjentów. Wspomniałeś, że na trzecim roku już wiedziałeś, że wybierzesz psychiatrię. Co się na to złożyło?

**M.F.:** Pamiętam, że gdy pani profesor Maria Orwid zapytała mnie na egzaminie, co zamierzam robić w przyszłości i dlaczego wybrałem psychiatrię, opowiedziałem o swoim doświadczeniu, które miałem świeżo w pamięci. Było to w czasie wakacji, podczas których miałem kontakt z panem chorym psychicznie. Przychodził do ogrodu moich rodziców, w którym oni byli zajęci pracą, opowiadał historie, przedstawiał urojeniowe koncepcje i interpretacje Pisma Świętego. Mama, której przeszkadzał, prosiła, żebym z nim pogadał. Robiłem to nie jeden raz. Były to dłuższe rozmowy, które mnie bardzo wciągnęły. To był świat zupełnie dla mnie niezwykły, którego wcześniej nie znałem. Nie pamiętam szczegółów, ale wiem, jak mnie zaciekał, nawet zafascynował, gdyż okazało się, jak skomplikowany jest ludzki umysł, jak może działać. Oczywiście to nie był powód wyboru specjalizacji, ale może taki czynnik wyzwalający.

**W.Sz.:** Czy na trzecim roku mieliście jakieś zajęcia z psychiatrii?

**M.F.:** Nie, jeszcze nie, ale były zajęcia z psychologii lekarskiej z Leszkiem Mellibrudą, prowadzone w oddziale tzw. Białej Chirurgii. Były w miarę ciekawe, pokazywał nam jakieś urządzenia badawcze, zajmował się biofeedbackiem. Dla medyków był to temat łatwy do zrozumienia, na bazie tego, co już o człowieku wiedzieliśmy. Od tamtego czasu umiem wymienić mechanizmy obronne — jest to jedyna rzecz, której się tam nauczyłem na egzamin.

**W.Sz.:** Zastanawiam się, czy te zajęcia nie były jedną z inspiracji do zainteresowania się psychosomatyką, której potem poświęciłeś sporo uwagi w swojej pracy badawczej.

**M.F.:** Nie były one może jakąś głęboką inspiracją, jednak czegoś nowego na nich się dowiedziałem i to z pewnością się przydało. Były też inne inspiracje, które dopiero

zadziały, gdy zbliżyłem się do psychiatrii. Wtedy dość intensywnie działałem w samorządzie studenckim, bo to był czas transformacji systemowej. Zacząłem studia w 1988 roku i z kolegami ze starszych lat, którzy działali w NZS-ie, zacząłem różne rzeczy robić, które można jeszcze przypisać do działalności opozycyjnej, chociaż już nie tak niebezpiecznej jak wcześniej. Jeden z kolegów, Andrzej Rędzia, miał w domu powielacz, który został ukradziony chyba z jednostki wojskowej. Różne satyryczne teksty o profesorze Konturku były na nim drukowane. Ale była też praca poważna. Zostałem wydelegowany przez kolegów do senatu Akademii Medycznej jako przedstawiciel studentów. To był rok 1990, więc jeszcze była Akademia Medyczna, gdyż dopiero w 1992 roku doszło do powrotu wydziałów medycznych na uniwersytet. Wraz z dwoma innymi kolegami studentami byliśmy mąciicielami w różnych sprawach. I tam, w senacie Akademii Medycznej, poznałem profesora Bogdana de Barbaro, wówczas doktora, który wyróżniał się tym, że ubierał się inaczej niż cała reszta towarzystwa. To znaczy nie używał krawata ani muchy. Potem, jak został pełnomocnikiem rektora do spraw integracji edukacji, to już ubierał się bardziej oficjalnie. W szufladzie w Zakładzie Terapii Rodzin był jeden krawat, który wkładał, gdy była taka potrzeba. Ja wiedziałem, że pracuje na psychiatrii, ale też nie miałem śmiałości, żeby z nim nawiązać kontakt. W tym samym czasie zapisałem się do koła psychiatrycznego, w którym pamiętam jeszcze Dominikę Dudek i Krzysztofa Rutkowskiego. Spotkania, których nie było wiele, ale były bardzo ciekawe, prowadził doktor Stanisław Kołakowski. Poza tym chodziłem do Kliniki Psychiatrii, gdzie paliłem papierosy wspólnie z pacjentami. Jeszcze było wolno, bo Halinka Pytko paliła, ale potem, gdy rzuciła palenie i stała się wrogiem nikotyny, powstał zakaz palenia na oddziale. Pacjenci musieli się ukrywać po łazienkach, chociaż oficjalnie w klinice jeszcze wolno było palić.

**W.Sz.:** I czym zajmowałaś się w klinice?

**M.F.:** Mogłem przychodzić w sobotę, bo takie było zapotrzebowanie, i towarzyszyłem pacjentom: jadłem z nimi śniadania, paliłem z nimi papierosy, rozmawialiśmy o różnych sprawach, czasami wychodziłem z nimi poza klinikę, gdy mieli na to przyzwolenie. Z tym wychodzeniem były różne przygody, to było dość trudne zadanie. Wtedy w ogóle nie czułem, że to jest duża odpowiedzialność, a niekiedy ryzyko. Ale było to dla mnie ciekawe, a dla nich bardzo pomocne. Niekiedy nawet zabawne. Na przykład, gdy ktoś chciał pójść do kościoła oo. Jezuitów na Kopernika, to nie mógł iść sam i wtedy ja musiałem uczestniczyć w praktykach religijnych z nim. Ale czasem się okazywało, że wizyta w kościele trwała 5 minut, a potem pacjentka prosiła, żebym z nią jeszcze poszedł do butikku z ciuchami, który był na skrzyżowaniu Świętego Krzyża i Mikołajskiej. I ja tam stałem jak słup soli, a ona wychodziła z przebierałni w coraz to innej sukience i pytała: „a w tej, panie doktorze, jak wyglądam?”.

**W.Sz.:** To fantastyczne, bo od początku mogłeś mieć doświadczenie uczestniczenia w życiu pacjentów. Z pewnością przydatne w późniejszej pracy, gdy trzeba było iść na wizytę domową.

**M.F.:** Tak, mnie się to zajęcie bardzo podobało, chętnie wszędzie z pacjentami chodziłem. Ale chciałem na psychiatrii już gdzieś się zaczepić bardziej formalnie i regularnie. Ponieważ byłem w samorządzie, miałem dość intensywne kontakty z panią profesor Stopyrową, która była prorektorem do spraw studenckich. Różne rzeczy załatwiałem z nią, dużo rozmawiałem i z tego — obok relacji służbowej — powstała relacja taka trochę

bardziej towarzyska. Miałem przy niej okazję zapalić papierosa w gabinecie rektorskim, bo ona też paliła.

**W.Sz.:** Chcesz mnie przekonać, że papieros jest tym czynnikiem, który ułatwia życie, a szczególnie kontakty międzyludzkie? W tamtych czasach było to możliwe.

**M.F.:** Oczywiście. Pamiętam też, że z dyrektorem administracyjnym paliłem wtedy papierosy przy Świętej Anny 12; teraz sama myśl o zapaleniu papierosa w tym miejscu naraża na interwencję straży pożarnej. W każdym razie pani profesor zapytała mnie o zainteresowania zawodowe, a gdy powiedziałem, że jest to psychiatria, obiecała porozmawiać z doktorem Bogdanem de Barbaro i potem powiedziała mi, żebym się do niego zgłosił. Zrobiłem to od razu i pamiętam ten moment rozmowy, a nawet jej miejsce, czyli Dom Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego przy Radziwiłłowskiej 4. On mnie wtedy zapytał, czy mój zamiar wyboru psychiatrii jako specjalizacji jest poważny, a gdy potwierdziłem, zadał mi pytanie, które do dzisiaj pamiętam (on już nie), a mianowicie, czy zdaję sobie sprawę z tego, że bycie psychiatrą naraża mnie na stan bycia w niejasności i niejednoznaczności. I jak ja czuję, czy jestem w stanie sobie z tym radzić? Ja oczywiście, nie zastanawiając się w ogóle, odpowiedziałem, że jestem gotów. Wtedy nie za bardzo wiedziałem, o co mu chodzi, zależało mi, żeby być bliżej centrum różnych ciekawych wydarzeń związanych z psychiatrią. Z czasem zrozumiałem, co miał na myśli. Uważam, że rzeczywiście nieźle sobie z tym radzę.

**W.Sz.:** Ciekawa jestem, czy to pytanie Bogdana de Barbaro, skądinąd celnie ukazujące istotę podejścia psychiatrycznego, było zadane akurat Tobie, tak trochę ku przestrodze, gdyż musiało Cię już trochę znać jako człowieka konkretnego, bardzo rzeczowego.

**M.F.:** Rzeczywiście na posiedzeniach senatu na pewno prezentowałem się jako człowiek konkretny, dobrze orientujący się w różnych zmieniających się przepisach, aktach prawnych itd. I możliwe, że on to trochę widział. A musiałem być taki pewny wszystkiego i dodatkowo zaangażowany, nie mogłem sobie pozwolić, żeby „popłynąć” i być niejednoznaczny, bo mogło to być wykorzystane przez przeciwnika, czyli pana rektora. Tam zawsze trzeba było „wiedzieć” i bronić swojego stanowiska. Ale potem, już pełniąc inną rolę, musiałem zmierzyć się z tym, przed czym doktor Bogdan de Barbaro mnie przestrzegał i to uwzględnić. Bo to jest głębsza sprawa i wielki trud dla lekarza, który chce zostać psychiatrą, a jeszcze bardziej psychoterapeutą. Bogdan de Barbaro tę drogę musiał znać, gdyż sam ją przechodził. Choć jego droga była nieco inna, gdyż on jeszcze oprócz medycyny studiował filozofię. Ale zawsze jest tu pewien próg przejścia od tego, żeby być lekarzem, do tego, żeby być psychiatrą, a potem, ewentualnie, żeby być psychoterapeutą. Taki ważny próg rozwoju zawodowego. Gdy obserwuję młodych psychiatrów, którzy się szkolą w psychoterapii, to widzę, że trud przekraczania tych progów się powtarza. Wynika to z tego, że studia medyczne zabraniają lekarzowi akceptowania własnej bezradności. Nie ma dla niej tolerancji. To jest prawdziwe wyzwanie, jak sobie poradzić z bezradnością, która przecież pojawia się w różnych sytuacjach. Potrzebna jest tutaj zmiana paradygmatu, potrzebne jest myślenie, że dopiero odejście od jednoznaczności pozwala przejść impas. Dopiero kiedy wyjdzie się poza konieczność wiedzenia wszystkiego można czegoś się dowiedzieć. Taki to jest paradoks. Myślę, że dla lekarzy dużo trudniejszy niż dla psychologów, którzy zostają psychoterapeutami.

**W.Sz.:** No tak, bo ci ostatni nie mają tej obligacji, która jest wpisana w zawód lekarza, tej początkowej, wyznaczającej ich rolę i determinującej konieczność pewności swojej

decyzji i niesienia skutecznej pomocy. Ale to, co wtedy usłyszałeś i nawet zapamiętałeś, nie od razu chyba umiałeś wykorzystać czy zastosować.

**M.F.:** Oczywiście, dopiero z czasem zacząłem się z tym mierzyć i było to trochę bolesne, ponieważ bolesna bywa rezygnacja z pewności, pociągająca za sobą rezygnację z siły, rezygnację z władzy, z różnych aspektów tej roli dającej pewne profity.

**W.Sz.:** Jak ostatecznie do tego doszedłeś, że ta pozycja „lepiej-wiedzenia” jest w psychiatrii i psychoterapii niekorzystna?

**M.F.:** Mogę powiedzieć, kiedy mi kliknęło, kiedy wreszcie to zrozumiałem i ten moment był stosunkowo późny. Bo niby wiedziałem to cały czas, to znaczy te słowa Bogdana de Barbaro ze mną zostały i wokół nich się obracałem i konfrontowałem z nimi w różnych sytuacjach. Poszedłem na seminarium z terapii rodzin, które profesor Bogdan de Barbaro miał ze studentami psychologii. Nie były programowymi zajęciami na medycynie. Brałem w nich udział regularnie jako nierejestrowany uczestnik. Poznałem wtedy Irka Dziaska. Uczestniczyłem w wielu dyskusjach, w których ten problem był analizowany i w superwizjach on się pojawiał. To był stosunkowo wczesny etap mojej zawodowej pracy psychoterapeutycznej, czyli musiałem być jeszcze młodym lekarzem. Podczas jednej z superwizji u Teresy Żuchowicz powiedziała ona, w odniesieniu do pewnego procesu terapeutycznego, że ja z tą pacjentką pracuję biologicznie, podczas gdy ja w ogóle jej nie dawałem leków! Gdy zadałem jej pytanie, co ma na myśli, mówiąc, że postępuję biologicznie wobec pacjentki, dowiedziałem się, że to ja biorę całą odpowiedzialność za nią, nie oddając odpowiedzialności jej. I to był ten moment, gdy poczułem, że wprawdzie nie jest tak, że ja zawsze tę odpowiedzialność przejmowałem, ale często czułem się dyskomfortowo w sytuacji, kiedy nie mogłem za coś w pełni odpowiadać albo nie mogłem nad czymś przejąć kontroli. I wtedy mi kliknęło, o co chodzi. Że jednak nie powinno się narcystycznie zawładnąć tą wspólną relacją. I że trzeba oddać pacjentowi jego część, dla mnie niedostępną. On też bierze za proces psychoterapii odpowiedzialność. Gdy padło to zdanie, że ja pacjentkę biologicznie prowadzę, i wyjaśnienia, o co chodzi z tą biologicznością, która jest związana z odpowiedzialnością i z lekarskim paradygmatem, doznałem wtedy wglądu emocjonalnego. Intelktualnie rozumiałem to dużo wcześniej, ale dopiero wtedy poczułem to do końca. I że tak naprawdę jedna z najistotniejszych różnic w pracy lekarza i psychoterapeuty wiąże się ze stopniem dzielenia odpowiedzialności za proces leczenia pomiędzy specjalistę i pacjenta.

**W.Sz.:** A gdy chodzi o lekarzy innych specjalności, a także psychiatrów, w rolach farmakoterapeutów, to jest z tą odpowiedzialnością inaczej?

**M.F.:** Jest trochę podobnie, bo przecież lekarz nie do końca jest za wszystko odpowiedzialny. Odpowiedzialny jest, za zalecenia, za przekazywane pacjentowi treści, za sposób ich przekazywania, za swoje decyzje, gdyż są to decyzje, które mogą mieć sporą wagę. Pacjent decyduje się na coś, co jest proponowane, lekarz jest tym, który proponuje. Czyli zawsze mamy do czynienia ze zdolnością do oddania inicjatywy i do współuczestnictwa, ale w pełnym tego słowa znaczeniu, nie tylko na zasadzie relacji lekarza z pacjentem. Pogląd ten wyraźnie zakłada, kto tu jest figurą przywiązaniową, że to nie jest pacjent, tylko lekarz. W psychoterapii to przestaje być takie proste. Podlegamy różnym mechanizmom psychologicznym i nawet jeżeli do terapeuta jest tym, który analizuje i ma jakąś określoną władzę, to przecież też tym mechanizmom podlega i uwzględnia to w procesie leczenia.



Ja uważam, że przeciwprzeniesienie to nie jest coś, co pochodzi tylko od konkretnego pacjenta, ale przeciwprzeniesienie to są uczucia terapeuty, które budzą się w pewnych warunkach. Więc pacjent w procesie psychoterapii jest dla mnie tą istotną figurą, która mnie stawia w różnych pozycjach, niekoniecznie tylko w pozycji rodzica.

**W.Sz.:** Właśnie. I musisz te zjawiska rozpoznać, poradzić sobie z tymi odczuciami, żeby w ogóle móc z nim pracować dalej, nie odbierając mu odpowiedzialności.

Ale skoro poruszamy temat odpowiedzialności i to niekoniecznie za pacjenta, chciałabym cię zapytać, jak rozumiesz to, że od wczesnej młodości zgadzałeś się na pełnienie różnych odpowiedzialnych funkcji, całkiem dobrze się z nich wywiązując. Na początku, w czasach ustrojowego przełomu, na fali zmian i walki o nie to zaangażowanie było zrozumiałe. Potem jednak podejmowałeś się różnych zadań, powiedziałabym społecznie, aż do dziś. Poza tym podjąłeś się odpowiedzialnej funkcji szefowania Zakładem Terapii Rodzin. Czy w rodzinie są takie tradycje, taki przekaz?

**M.F.:** Nie, raczej nie ma takiej długiej tradycji, sięgającej poprzednich pokoleń. Ojciec kierował zespołem ludzi i wprawdzie była to nieduża jednostka, ale opierała się w całości na moich rodzicach. Oni musieli być zawsze do dyspozycji, w tym sensie, że jak się coś działo i o trzeciej w nocy trzeba było wstać, to się to robiło. Oraz że w całości odpowiadali za efekty. I to była szkoła odpowiedzialności też dla mnie: patrzyłem na to w domu. Poza tym byłem starszym bratem dwóch siostr i też za nie odpowiadałem czasami ponad miarę, bo one skarżyły mamie i opowiadały różne nieprawdziwe rzeczy, a ja byłem uznawany za winnego i za wszystko odpowiedzialny.

**W.Sz.:** Ciekawa jestem, czy ta odpowiedzialność przełoży się na następne pokolenia, czy syn przejmie ten wzorzec?

**M.F.:** Nie wiem, on jest teraz w drugiej klasie liceum, ma 16 lat i do tej pory raczej unikał funkcji niosących odpowiedzialność, na przykład nie chciał kandydować do samorządu. Ale dosłownie trzy dni temu coś się wydarzyło i nie mógł odmówić udziału w poczie sztandarowym. Ku mojemu zaskoczeniu okazało się, że jest z tego zadowolony, że już ma jakieś kontakty z poczem czwartoklasistów, a to mu daje pewną orientację co do tego, co się dzieje. Patrzę i nie poznaję swojego syna od trzech dni, więc może, może...

**W.Sz.:** Wracając do twojej drogi do psychoterapii: dość wcześnie trafiłeś do Zakładu Terapii Rodzin, gdzie wtedy, w latach 2000, bardzo dużo się działo.

**M.F.:** Tak, ja nie we wszystkich tych wydarzeniach uczestniczyłem, nie wszystko było dla mnie dostępne, bo byłem wtedy jeszcze prawie studentem. Pamiętam, że kiedy chciałem się zapisać na pierwszy kurs psychoterapii, to profesor de Barbaro mi powiedział, że to jest dla mnie za wcześnie oraz że są starsi ode mnie, którzy czekają w kolejce. Ale bardzo dobrze wspominam i cenię sobie ten okres. Miałem wtedy roczny staż podyplomowy i musiałem być w różnych miejscach, gdyż ten staż był złożony z kilku części. Nie uwzględniał psychiatrii, ale profesor Dubiel poszedł mi na rękę i zgodził się na to, żebym połowę kilkumiesięcznego stażu internistycznego spędził na oddziale C, gdzie przez trzy miesiące mogłem uczestniczyć w codziennym życiu tego oddziału, a nie tylko w soboty, jak wcześniej. (Później jeszcze byłem tam w ramach stażu specjalizacyjnego.) Po ukończeniu rocznego stażu zostałem w 1995 roku asystentem w Collegium Medicum w wymiarze 1/4 etatu w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii i dodatkowo, później 1/16 etatu w Szpitalu Uniwersyteckim. Pracowałem tam więcej niż wynosił mój etat i niekiedy do

godz. 22.00. Zajmowałem się na przykład z Andrzejem Kowalem (juniozem) tworzeniem sieci komputerowej, gdyż nastaly czasy rozwoju komputeryzacji. I tak jak mój syn się teraz cieszy, że w ramach poczty sztandarowego będzie miał kontakt z zespołami, które były dla niego wcześniej niedostępne, jak na przykład z ekipą nagłośnieniową, a interesuje go muzyka, tak ja się wtedy cieszyłem, że zajmuję się informatyczną stroną funkcjonowania całej kliniki, bo wtedy miałem kontakty z różnymi ludźmi.

**W.Sz.:** Tak, przypominam sobie, że przez chwilę myślałam wtedy, że jesteś informatykiem, ponieważ nasz Zespół Leczenia Domowego korzystał z twojej pomocy. Podziwialiśmy twoją ofiarność i cierpliwość w tłumaczeniu nam zawilosci korzystania z komputera, a także twoje umiejętności z tego zakresu.

**M.F.:** Pamiętam, zdarzyła się wtedy taka śmieszna historia. Gdy już miałem otwartą specjalizację w psychiatrii, poszedłem na zebranie sprawozdawczo-wyborcze Oddziału Krakowskiego PTP. Proponowano mnie tam do funkcji sekretarza w zarządzie. Ale doktor Wasieczko sprawdził, że nie jestem członkiem towarzystwa, więc nie mogłem kandydować. Z tym zebraniem zbiegło się w czasie to, że przez przypadek skasowaliśmy w komputerowej sieci pani prof. Marii Orwid ważne dla niej pliki, nie do odzyskania. Było już po zebraniu, chyba godz. 21.00, jak pani profesor zaczęła się na mnie złościć. Pamiętasz, jak ona umiała się gniewać, nakręcała się, wiało grozą, nie wiadomo było dokładnie, jak się to skończy, ale wiadomo było, że fatalnie. I ja w końcu powiedziałem: „Pani Profesor no tak, skasowaliśmy to, to co ja mam teraz zrobić?”. A ona powiedziała mi „zapisać się do PTP-u”. I w jednym momencie całe napięcie puściło. Paradoksalnie jest tak, że jak człowiek się przyzna do winy i bezradności, to wtedy zyskuje i sytuacja się zmienia.

**W.Sz.:** A dodatkowo Pani Profesor ceniła sobie szczerość.

Wracając do Twojej drogi zawodowej, myślę, że było korzystne, iż zaczynałeś od stażu w oddziale C, gdzie zwykle trafiają młodzi pacjenci w sytuacji pierwszego, często ostrego zachorowania na psychozę, gdzie można obserwować, jak choroba się rozwija.

**M.F.:** Tak. Bardzo sobie cenię to doświadczenie, niezbędne dla psychiatrii. Absolutnie powinno się zaczynać od takiego oddziału, dlatego że praca tam pokazuje granice możliwości, pokazuje w ogóle, co się może dziać z człowiekiem w chorobie, daje pewną konfrontację z realnością subiektywnego świata przeżyć, którego nie da się zmanipulować żadnymi technikami. Uczy pokory, że trzeba przyjąć pewne rzeczy, z którymi nie da się wiele zrobić. Teraz nie zajmuję się intensywnie pacjentami z psychozami. Ale wtedy, już po stażu na tym oddziale, przysłuchiwałem się rozmowom w Zakładzie Terapii Rodzin na temat wcześniejszej pracy koleżanek i kolegów, między innymi na obozach w Lubogoszczy z ostrymi pacjentami, a także innym ich wspomnieniom, bardzo dla mnie ciekawym. I tak na przykład szef zakładu opowiadał, że kiedyś jako młody lekarz miał zostać na dyżurze w oddziale z szalejącym pacjentem i nie bardzo wiedząc, co ma z nim robić, zapytał o to wychodzącego już z pracy swojego szefa. Otrzymał odpowiedź „ja ci radzę, rób co chcesz”. I został z problemem sam. To pokazuje jakiś rodzaj osamotnienia i bezradności młodego lekarza oraz to, że nie zawsze tak się dzieje, ale bywa, że człowiek pozostaje sam z trudną sprawą.

**W.Sz.:** Tak, mówiła mi o tym Lucyna Drożdżowicz, wspominając swoją pracę w hostelu z pacjentami z psychozą, gdzie — będąc młodą psycholożką — musiała dawać sobie radę z trudnymi sytuacjami, co ją zahartowało i nauczyło radzenia sobie z nimi samodzielnie, ale też we współpracy z innymi.



**M.F.:** Z czasem ja też współpracowałem z Lucyną i z innymi osobami w Zakładzie Terapii Rodzin, ale wcześniej podjąłem reaktywowane studia doktoranckie; trafiłem do pierwszego naboru. Nasz status był kompletnie niejasny. Dostawaliśmy jakieś bardzo małe stypendium. Nie było pewne, czy jesteśmy ubezpieczeni. Z drugiej strony mieliśmy dużo swobody w aranżowaniu sobie własnej aktywności, mieliśmy dużo wolności. Zająłem się badaniami nad chorobami psychosomatycznymi, starając się integrować wiedzę z trzech obszarów: tego, który miałem po studiach medycznych ugruntowany, czyli funkcjonowania człowieka na poziomie biologicznym, następnie funkcjonowania człowieka na poziomie psychicznym, jego emocji i umysłu. Z trzeciej strony dochodziła wiedza systemowa, która się wtedy rozwijała, o rodzinie i innych systemach, w których żyjemy. I to mi się zaczęło integrować, na ile możliwe w ogóle jest takie myślenie integralne. Oczywiście jest to problem takiego redukcjonizmu, który w naukach jest konieczny, żeby pogłębiać wiedzę. Polega on na tym, że aby człowieka analizować, trzeba dokonać redukcji — rozłożyć złożoną istotę ludzką „na części”, w celu pogłębienia analizy, a jak się to robi, to jest problem, jak je wszystkie poskładać. Medycyna dokonuje swoich rozbiórów, psychoterapia dokonuje swoich rozbiórów. Następnie, jak pewien australijski badacz psychosomatyki napisał, ten proces redukcjonistyczny polega na tym, że jak się już pogłębi swoją wiedzę w jakimś obszarze, to ona się wydaje ważniejsza niż ta inna. Albo jest naukowo lepiej uzasadniona, albo więcej na dany temat wiadomo. I wtedy zaczynamy bardziej temu oglądowi ufać, bo jak już coś wiemy, to wtedy możemy bardziej ufać. Mamy skłonność do pozostawiania w pewnej niszy, która zawiera wiele możliwości, jeżeli chodzi o zrozumienie przedmiotu badań, ale może osłabiać zrozumienie całości. Trafiło to na moje jeszcze świeże doświadczenia z medycyny na to, że w tym właśnie systemowym podejściu miałem możliwość zobaczenia, że to, co się z człowiekiem dzieje, zależy od wielu czynników, od innych ludzi i relacji z nimi na przykład. Jest dość rozwinięta literatura psychosomatyczna, dość rozwinięta literatura medyczna, ale mało jest takich solidnych powiązań pomiędzy nimi, bo jest tak, że psychologowie piszą, mając mętne wyobrażenie o biologii, lekarze piszą, mając mętne wyobrażenia o psychologii. I trudno o to, aby te dwa obrazy mogły się nakładać czy choćby uzupełniać. Zaczęło mnie to zagadnienie ciekawić, a jeszcze zachęciło mnie do jego badania. W 1994 roku została utworzona w Polsce specjalizacja z medycyny rodzinnej. Kiedy zacząłem pracować w Zakładzie Terapii Rodzin lekarze rodzinni kierowali do nas bardzo dużo pacjentów psychosomatycznych. I on napisał wtedy książkę „Pacjent w swojej rodzinie”, wydaną przez PWN Springer. Niestety, nie było jej wznowień. Pod koniec lat 90. robiliśmy badania i wtedy pojawiło się narzędzie, które wcześniej było wykorzystywane w programie zwanym K10, czyli dziesięcioletniej katamnezie pacjentów ze schizofrenią. Było to narzędzie do badania funkcjonowania rodziny.

Powstał pomysł, żeby sprawdzić, jak funkcjonują rodziny, w których ktoś choruje somatycznie. Wymyśliliśmy, żeby to były rodziny z chorobą niedokrwienną serca, bo to jest stosunkowo najlepiej poznana choroba pod kątem psychosomatycznym. Zacząłem się wtedy naukowo interesować tym tematem i z tego powstał później mój doktorat. Nazwaliśmy ten program „grantem warszawskim”, gdyż był realizowany wspólnie z profesorem Ireną Namysłowską, która była jego kierownikiem. W Warszawie były jeszcze badane rodziny z uzależnieniem, u nas badaliśmy rodziny z pacjentem chorującym na schizofrenię, rodziny kardiologiczne oraz rodziny z konfliktem małżeńskim. I to mnie bardzo wciągnęło, bo za-

częły się pokazywać różne ciekawe rzeczy. Na przykład rodzina kardiologiczna tym lepiej funkcjonuje, im bardziej mężczyznę boli serce, gdy ma dolegliwości od serca. Okazało się, że objawy i choroby mają bardzo duży wpływ na klimat, atmosferę w rodzinie. Czyli, że są systemowi rodzinemu i jego członkom potrzebne do tego, żeby system ten mógł się stabilizować na innych poziomach. Objawy choroby redukują konflikty wewnętrzne człowieka i jego konflikty zewnętrzne. Okazało się, że istnieją już teorie na ten temat. Czyli, że wcale nie jest takie oczywiste ani pewne, że choroby trzeba eliminować, leczyc, ponieważ mają one swoją funkcję i dobry udział w tym, że człowiek funkcjonuje stabilniej w niektórych sytuacjach. Podobnie rodziny, które badaliśmy, a być może też większe organizacje ludzkie. To wszystko jest dość skomplikowane i ma wiele swoich odsłon.

**W.Sz.:** W Zakładzie Terapii Rodzin, gdzie robiłeś te badania, zacząłeś prowadzić też terapię rodzin i par. Czy mógłbyś powiedzieć, jak ona się rozwijała w ciągu tych lat i jaki miałeś w tym udział? Co się zmieniało w Twoim myśleniu o terapii rodzin oraz co najbardziej Cię wciągnęło? Może zbyt dużo tych pytań.

**M.F.:** Rzeczywiście to jest złożona historia, nawet nie wiem, czy to się da wszystko po kolei powiedzieć tak, żeby trzymało się chronologicznego porządku. Gdy zacząłem pracę w Zakładzie Terapii Rodzin, w roku 1995, to był jeszcze okres, kiedy pracowało się w oparciu o te starsze podejścia strategiczne, strukturalne. Rozwijało się myślenie oparte o osiągnięcia szkoły mediolańskiej, a następnie pojawiły się nurty konstrukcjonistyczne i narracyjne.

Cały czas było obecne myślenie transgeneracyjne. Dla mnie jako młodego adepta po medycynie najbardziej fascynująca była piorunująca skuteczność niektórych interwencji.

Miało to niemal magiczny wymiar, gdy widziało się, jak pewne proste interwencje mogą zmienić funkcjonowanie systemu rodzinnego. Pamiętam taką jedną terapię pary, którą dokładnie analizowałem i opisywałem. Pan cierpiał na anoreksję i profesor Bogdan de Barbaro zastosował interwencję strategiczną, żeby zatrzymać destrukcyjny sposób funkcjonowania pana, który dużo ćwiczył i wymiotował. To rzeczywiście już się bardzo na jego zdrowiu fizycznym odbijało. Interwencja była taka, że trudno mi było powstrzymać się od śmiechu. Na szczęście byłem za szybko, więc wiedziałem, że tam mogę swobodnie reagować. Natomiast obawiałem się, że ta rodzina pomyśli, że ktoś się z nich nabija albo drwi z nich, bo wydawało się, że ta interwencja jest na pograniczu jakiegoś rodzaju manipulacji czy gry. Terapeuta postanowił objaw zmodyfikować i zapytał pana, czy on jest w stanie przed pewien czas powstrzymać się przed wymiotowaniem. On powiedział, że jest to trudne, ale przez pewien czas, na przykład jeden dzień, jest w stanie. Następnie Bogdan de Barbaro zapytał, czy byłby w stanie wymiotować na zawołanie. On powiedział, że bez problemu. I wtedy dostał zalecenie, żeby w poniedziałki, środy, piątki nie wymiotować, a we wtorki, czwartki i soboty wymiotować, nawet jak mu się nie chce. Na niedzielę nie dostał konkretnej instrukcji. Ta para przyszła po dwóch tygodniach i okazało się, że pan nie był w stanie w ogóle wymiotować. Był po prostu wściekły. Ta interwencja i jej skutek były czymś imponującym, magicznym.

Ja się uczyłem psychoterapii mozolnie, od podstaw. Nie byłem pewny, czy ta metoda pracy w ogóle działa. Stopniowo nabierałem do niej zaufania. Krysia Zawadzka, bardzo doświadczona terapeutka, nagle w pewnym momencie, po jakiejś spektakularnej zmianie w stanie pacjenta oświadczyła, że psychoterapia chyba jednak działa.

**W.Sz.:** Co Cię ostatecznie przekonało do psychoterapii, a konkretnie do terapii rodzin i par? Idąc za tym, o czym wcześniej mówiłeś, że choroba bywa przydatna w rodzinie, bo stabilizuje relacje w niej, to w tym opisanym przypadku, gdy już objaw zniknął, co się dalej działo w pracy z tą parą, już pewnie na innym poziomie?

**M.F.:** Terapia była kontynuowana i to z dobrym efektem, ale kompletnie nie pamiętam, co konkretnie tam się dalej działo, bo to było jakieś 25–30 lat temu. Natomiast co do tej interwencji, chociaż ją znam na pamięć, to jednak nie próbowałem jej powtarzać, kierując się zaleceniem jak w tych filmach przedstawiających niebezpieczne pomysły, „nie róbcie tego sami w domu”. Ale musiałem ją przeżyć, bo zapamiętałem ją dokładnie, zastanawiałem się nad nią. Psychoterapia jako metoda leczenia, to był taki obszar, do którego się zbliżałem i oddalałem. I oscylowałem pomiędzy entuzjazmem a sceptycyzmem. Być może, do tej pory tak się dzieje, do pewnego stopnia. Teraz już jestem pewien, że mój sceptycyzm, o ile się pojawia, wynika z aktualnych przeżyć bardziej niż z tego, że moje doświadczenie przeczy zasadności terapii, a wtedy nie miałem świadomości, że te różne przeniesieniowe aspekty na mnie tak działały, że się od tego odwracałem.

**W.Sz.:** Który z nurtów psychoterapii i terapii rodzin okazał się najbliższy Twojemu rozumieniu człowieka, jego zaburzeń? Oraz który z nich najbardziej pasuje do stylu Twojej pracy, temperamentu, sposobu komunikowania się?

**M.F.:** Rzeczywiście, każdy z nas ma troszkę inny sposób pracy, który jest dla niego wygodny z różnych powodów, tych przeciwprzeniesieniowych, ale też osobowościowych. Ja myślę, że zawsze byłem wrażliwy na pracę z językiem. Nawet nie myślałem o tym, że pracuję w sposób konstrukcjonistyczny, ale kiedyś pewien stażysta, konkretnie Bartek Zalewski, doświadczony terapeuta, zwrócił mi uwagę, że tak właśnie pracuję. Nie zdawałem sobie z tego sprawy. Myślałem, że konstrukcjonistycznie pracuje u nas tylko profesor Bogdan de Barbaro. Najwyraźniej tak niepostrzeżenie nasiąknęłam tym stylem pracy. Okazało się, że mi odpowiada praca z dialogiem i językiem, ze znaczeniami. Bardzo bliskie jest mi to późne podejście mediolańskie, bo ono też w dużej mierze opiera się na pracy narracyjnej, z językiem.

Jeżeli z kolei chodzi o zrozumienie tego, co się dzieje podczas sesji, tego, jak funkcjonuje rodzina, trzeba sobie stworzyć jakieś wyobrażenia. Z biegiem lat coraz bardziej się orientuję, że głównym narzędziem pracy terapeuty tak naprawdę jest wyobraźnia — to, co ja sobie wyobrażam, czyli to budowanie pewnego wewnętrznego obrazu tego, co się dzieje w tej rodzinie i praca w oparciu o ten obraz.

Spośród takich wyobrażeń najwięcej wnoszących do terapii, spośród podejść systemowych bardzo ważne dla mnie jest transgeneracyjne podejście Bowena. Uważam, że był to wielki człowiek i jedna z większych postaci psychoterapii, stanowczo niedoceniona na szerszym jej polu. On jest znany w terapii rodzin, natomiast mało kto wie, że Bowen w latach 60.–70. sformułował teorię bliską modelowi mentalizacji. Fonagy i inni doszli do tego inną drogą, nie powołując się specjalnie na Bowena, który przecież pracował w oparciu o rozwój zdolności podejścia refleksyjnego do własnych uczuć i tego, co się dzieje w relacjach. I to właściwie było osią jego teorii. Jego podejście jest mi bardzo bliskie. Często myślę o rodzinie w kategoriach fuzji i różnicowania się, co oczywiście na metody pracy może się różnie przekładać, bo to jest wyobrażenie, którego używam do tego, żeby zrozumieć, co w rodzinie się dzieje.

**W.Sz.:** Rozumiem, że teoria Bowena i ten nurt terapii rodzin wpłynęły na Twoje rozumienie powstawania symptomów oraz sposób pracy. Czy ktoś lub coś jeszcze miało znaczenie?

**M.F.:** Tak, duże znaczenie w zmianie myślenia o psychoterapii rodzin, a zwłaszcza o terapii par, miała moja własna psychoanaliza, którą rozpocząłem w 2011, a skończyłem w 2017 roku.

Było to dość długie i bardzo intensywne doświadczenie. Kiedy muszę gdzieś przedstawić swój warsztat pracy, to zwykle o tym mówię, dlatego że takie formalne szkolenie, na które zawsze się wszyscy powołują, jest w granicach 1200 godzin, a moja psychoanaliza znacznie przekraczała tę liczbę godzin. I myślenie psychodynamiczne i psychoanalityczne zaczęło coraz głębiej wchodzić do mojej pracy, zwłaszcza z parami, choć nie weszło w taki sposób, że ja sobie tworzyłem model rozumienia w oparciu wyłącznie o to podejście. No i tu się kłania politeizm — wiara w więcej niż jedno podejście terapeutyczne. Ale akurat w pracy z parami korzystanie z dwóch paradygmatów zaczęło mieć dla mnie coraz większe znaczenie. Dużą rolę odegrała tutaj wieloletnia superwizja naszego zespołu prowadzona przez Joannę Skowrońską, analityczkę grupową wywodzącą się z Rasztowa, która pracując z nami, dawała nam dość konkretne wsparcie. Mówiąc „nam”, mam na myśli młodszych pracowników, tych, którzy dołączyli do pracującego od dłuższego czasu razem zespołu, a z tych młodszych ja byłem najstarszy, ale też trochę się do tej grupy zaliczałem. Prowadziliśmy wtedy w zespole terapię par i to były długoterminowe procesy. Tu powinienem powiedzieć, że gdy superwizowałem terapię, w której było 80 sesji, wyczuwałem u kolegów sugestie, że coś ze mną jest nie tak, poza superwizorką Joanną Skowrońską. Pamiętam, jak kiedyś profesor Bogdan de Barbaro postawił taką tezę, że jeśli po 12 sesjach terapia nie ma się ku końcowi, to należałoby się dokładniej przyjrzeć temu procesowi. To dotyczy oczywiście zmian bardziej systemowych, czyli na przykład takich, w wyniku których pewne przesunięcia w rodzinie mogą przywracać inny rodzaj homeostazy. Natomiast jeżeli chodzi o głębsze zmiany, to oczywiście mogą one nastąpić w wyniku tej terapii później, już w naturalnym procesie rozwoju rodziny albo pary, a nie w czasie jej trwania.

Natomiast pamiętam parę, z którą miałem około 80 sesji. Koledzy tak patrzyli na mnie, że miałem poczucie winy, iż tak długo prowadzę tę terapię. Z drugiej zaś strony miałem przekonanie, że powinna ona nadal trwać. I pamiętam, jaką ulgę poczułem, gdy Joanna Skowrońska powiedziała, że to jest dobrze zaczynająca się terapia i zachęcała mnie do wydłużenia tego procesu. Terapia dotyczyła osób z dość konkretnymi zaburzeniami osobowości. Jedna z nich wręcz wpadała w stany psychotyczne. Okazało się, że ten proces wtedy, około 80. sesji, był mniej więcej w połowie. I ta terapia dobrze poszła, chociaż była bardzo, bardzo trudna. Ten sukces terapeutyczny podbudował moją wiarę w to, że zasoby rodziny można wykorzystać do tego, żeby ludzie się zmieniali, także osobowościowo. Do tego też nas przekonała Skowrońska, wspierając intuicje nie tylko moje. Inne osoby, które miały własne szkolenia albo superwizje psychoanalityczne, też stopniowo coraz bardziej korzystały z tego doświadczenia w pracy z parami. Mieliśmy zresztą coraz więcej par w terapii, a coraz mniej rodzin, w związku z różnymi organizacyjnymi, ale też społecznymi zmianami. I okazało się, że może terapia par nie jest uniwersalnym narzędziem, ale potrafi być rzeczywiście potężne w sytuacji, zwłaszcza takich osób, które w innych okolicznościach nie miałyby motywacji do zmiany w ogóle. Przyprowadzone przez swoich

partnerów podejmowały się wspólnej z nimi pracy, która polegała na tym, że podczas sesji różne zmiany były inspirowane, a potem para wracała do domu i pracowała nad nimi dalej. Więc terapia par bywa dużą dźwignią zmiany, dającą niektórym osobom szansę na takie modyfikacje, które moim zdaniem w indywidualnej terapii nie byłyby możliwe

**W.Sz.:** Podnosiłeś kilka razy znaczenie terapii własnej dla powodzenia prowadzenia psychoterapii z innymi osobami. Wybrałeś terapię psychodynamiczną.

**M.F.:** Tak, bardzo intensywną, bo miałem regularną psychoanalizę 4 razy w tygodniu. Wiemy, że powinno się odbyć własną terapię, ale się nie musi. W moim przypadku większe znaczenie miały powody i wątki osobiste niż szkoleniowe. Bardzo zachęcam wszystkich do tego, by, mając jakiś powód, podjęli terapię własną. Myślę, że lepiej taki powód mieć, niż iść tak tylko treningowo po to, by, jak się to mówi, „ostrzyść narzędzia”, czyli innymi słowy — wzbogacać warsztat. Ja od początku miałem świadomość, że moja terapia nie jest ostrzeniem narzędzi, tylko bardziej wypływa z potrzeby poukładania sobie różnych swoich spraw. Dla rozumienia i stosowania terapii taka świadomość bardzo dużo zmienia.

**W.Sz.:** Wracając do pracy terapeutycznej w Zakładzie Terapii Rodzin. Prowadziliście ją dwójkami, w parach, prawda? Ciekawa jestem, bo też mam doświadczenie pracy z koterapeutą, jak to się udawało. A dodatkowo mówiłeś, że ważnym narzędziem w tej pracy jest wyobraźnia. Zastanawiam się, jak to możliwe, żeby w koterapii korzystać nawzajem z tej wyobraźni, gdyż każda z osób ma inne skojarzenia, odniesienia i tworzy inny obraz rodziny czy pary, z którą pracuje.

**M.F.:** Różnie było z tą pracą w parach w zakładzie, z czasem koterapia z drugim zatrudnionym terapeutą została zastąpiona refleksją koterapeutyczną w zespole stażystów, który to spotkanie obserwował i który dawał oparcie podczas omówień sesji terapeutycznych.

Do takiego rozwiązania zmuszała nas ekonomia, dlatego że przy bardzo niskich stawkach za terapię rodzin i par, gdybyśmy wszystkie pary prowadzili podwójnie, nasz deficyt byłby większy. Bardzo trudne pary czy rodziny prowadzimy dalej dwójkami. Czasem bywa tak, że po konsultacjach dołącza drugi terapeuta, niebędący członkiem zespołu stażującego, tylko etatowy pracownik zakładu. A co do tej wyobraźni, że każdy ma swoją, to prowadzimy dialog i rozmawiając w parze terapeutycznej możemy te odrębne obrazy porównywać, korygować. Poza tym, posłużę się tytułem książki Mary Morgan „Stan umysłu pary”, w parze koterapeutycznej także powstaje ten swoisty, wspólny stan umysłu. Podobno w najbliższej konferencji Fundacji na Szlaku większość wystąpień będzie temu zagadnieniu poświęcona. Zatem to, co się dzieje między koterapeutami jest ważne. Ciekawe jest to, w jaki sposób moja wyobraźnia jest inspirowana przez wyobraźnię mojego koterapeuty i nawzajem.

**W.Sz.:** Chciałabym, abyś coś więcej powiedział o tym, jakie były początki Twojej pracy z rodzinami, z kim je prowadziłeś i co było najbardziej pomocne.

**M.F.:** Właściwie mogę powtórzyć to, co mówią stażyści, tylko, że oni mają krótkie, a ja miałem długie doświadczenie dostępu do warsztatu terapeutycznego, ale też dostępu do refleksji nad tym warszatem, czyli bezpośredniego oglądania sposobu pracy moich kolegów i uczestniczenia w niej. Stażyści sobie bardzo cenią doświadczenie obserwacji terapii i możliwość uczestniczenia w dyskusjach. To przyglądanie się pracy kolegów także mnie ośmieliło do różnych rzeczy, pokazało mi, że warto rozwijać własną drogę, gdyż każda z osób, które pracowały w zakładzie, robiła to świetnie, ale inaczej niż inne. Gdy

się okazuje, że nie ma jednej drogi, to wtedy można na różne sposoby być pomocnym, sprawnym, efektywnym. Szybko też do mnie dotarło, że nie da się nauczyć terapii z książek, tylko trzeba wypracować własną metodę w praktyce.

Tutaj wróć do Teresy Żuchowicz, która była ważną dla mnie osobą, moją pierwszą superwizorką. Gdy zapytałem ją, co powinienem czytać na początku, oczekując, że dostanę listę lektur, które przeczytam szybko, ona powiedziała, że na początek lepiej, żebym niczego nie czytał. Miała wycucie, bo nie chciała, żebym doświadczył złudzenia, że książka powie człowiekowi wszystko o innym człowieku, co po dzisiejszemu nazwalibyśmy aktywnością pseudomentalizacyjną. Trzeba samemu dojść do wielu rzeczy i droga wiedzy przez pracę z pacjentami, kiedy jest się wrzuconym na głęboką wodę. Często właśnie w takiej sytuacji dopiero uczymy się pływać. I mnie się to zdarzyło podczas mojej pierwszej sesji terapeutycznej. Przez długi czas miałem poczucie, że taka praca jest dla mistrzów, że ja ewentualnie mogę coś skomentować, przyglądając się jej z daleka, za co byłem wdzięczny. I nagle to uległo zmianie. Przyjechałem do zakładu rano. Profesor Bogdan de Barbaro był pochylony nad dokumentacją jakiejś nowej pary, którą miał przyjąć. Para była bardzo protegowana i przywiązana do tego, że jest protegowana. Oczekiwała, że jej terapię poprowadzi kierownik zakładu. Patrzyłem na niego przeglądającego papiery i dziwiłem się, bo nigdy wcześniej tego nie robił, aby nie budować sobie za dużo wyobrażeń przed rozpoczęciem pierwszej sesji. I w pewnej chwili powiedział: „panie Mariuszu, pan poprowadzi tę konsultację, bo ja muszę jechać do Węglówki [czyli ok. 45 km od Krakowa]. Postaram się wrócić przed zakończeniem sesji”. I rzeczywiście wrócił na podsumowanie, więc zdążyłem podczas przerwy jeszcze z nim porozmawiać. Ale i tak musiałem stanąć twarzą w twarz z osobami wymagającymi i takimi, o których wiedziałem, że mają duże oczekiwania. Przetrwiałem jakoś tę sesję i potem już samodzielnie prowadziłem tę terapię oraz inne. Był to rzeczywiście rzut na głęboką wodę, bo ja nigdy wcześniej nie prowadziłem pary, miałem tylko doświadczenia z terapią indywidualną. W dodatku nie było żadnych obserwatorów, nawet stażystów. Na ogół zawsze ktoś był i w trakcie sesji obserwator mógł się połączyć z osobą prowadzącą przez intercom, który notabene był naszym utrapieniem. Z dzisiejszej perspektywy powiedziałbym, że służył on do odreagowywania różnych emocji, które trudno wytrzymać za szybą. Z czasem wszyscy nauczyli się tego urzędzenia używać ostrożnie i z umiarem, bo się działy nie-dobre rzeczy, jak to używanie było zbyt intensywne. Stopniowo też wypracował się taki model pracy w tej koterapii, że był terapeuta prowadzący i drugi terapeuta, który służył pomocą, ale nie miał wpływu na główną aktywność w trakcie prowadzenia spotkania. Więc w takich parach terapeutycznych pracowałem ze wszystkimi współpracownikami z zespołu w różnych układach. Na początku ja byłem za szybą jako koterapeuta. Później prowadziłem terapię, a bardziej doświadczona osoba ją obserwowała i omawiała ze mną. Czyli terapia była dość intensywnie nadzorowana, co było nieco stresujące, ale bardzo pomocne. Można powiedzieć taka superwizja na żywo.

**W.Sz.:** Gdy pracowałeś z różnymi osobami, to jako początkujący terapeuta, musiałeś się dopasować do różnego stylu pracy. Poza tym uczyłeś się kooperacji z różnymi osobami. Jak Ci się to udawało, jak wspominasz ten czas?

**M.F.:** Rzeczywiście było różnie, prowadząc terapię z jednymi osobami czułem się bardziej niezależny, z innymi bardziej zależny, z jednymi osobami czułem się bardziej



oceniany, z innymi mniej. Ale to nigdy nie było na takim poziomie, żeby taki rodzaj oceniania mi przeszkadzał.

Mało tego, ta koleżanka, która była najbardziej ocenna, robiła uwagi w taki sposób, że mnie one nie blokowały, gdyż były bardzo konstruktywne. W terapii każdy zwraca uwagę na trochę inne aspekty i to też jest cenne, przydaje się nam. Więc miałem doświadczenie wejścia na Olimp, gdzie, nawiązując do politeizmu, tych bogów było dużo, ale z każdym można było coś innego utargować. Poza tym, jak na instytucję medyczną, panowały u nas niespotykane gdzie indziej relacje, które nazwałbym funkcjonalnym zawieszeniem hierarchii. Polegało to na tym, że głos każdego był słuchany i ważny, nie mniej niż głos kogoś, kto był autorytetem czy szefem. To jest taki rodzaj podtrzymywania dialogu w zespole kolegów, terapeutów, że nawet jak ktoś ma mniejsze doświadczenie i mniej do zaferowania, to może mieć poczucie, że jak coś mówi to jego zdanie jest równie istotne jak pozostałych. Do dziś uważam, że w zespole terapeutów pewna równość czy egalitarność jest czymś bardzo cennym. Może nawet nie wszyscy terapeuci sobie z tego zdają sprawę. Ci, którzy pracowali w różnych instytucjach związanych z uczelniami medycznymi, gdzie jest bardzo silna hierarchia, wiedzą, że może być inaczej. Niekiedy taka hierarchia jest konieczna, na przykład w dyscyplinach zabiegowych, przy silnych napięciach i emocjach, które tam się pojawiają, to właściwie tylko dzięki hierarchii da się utrzymać pracę w jakichś ryzach.

Dla mnie hierarchia w mojej instytucji była tam, gdzie był profesor Adam Szymusik, ówczesny kierownik krakowskiej Katedry Psychiatrii. Rzeczywiście tam miałem poczucie, że stoję przed obliczem najwyższego i może lepiej za dużo się nie odzywać. W zakładzie nigdy takich stosunków nie było. Było to miejsce, które leczyło z syndromu sztokholmskiego nabytego na studiach. Można powiedzieć, że wobec przemocy, która dzieje się na uczelni medycznej Zakład Terapii Rodzin pełnił trochę rolę terapeutyczną.

**W.Sz.:** Do tego stopnia, że po pewnym czasie zacząłeś nim kierować. Opowiedz, proszę, jak do tego doszło i jak się czujesz w tej roli, która wymusza odpowiedzialność za pracę, ludzi, wymaga kierowania zespołem.

**M.F.:** Nigdy nie miałem ambicji, by zarządzać ani przyjemności w zarządzaniu. W warunkach współpracy z doświadczonymi, autonomicznymi indywidualnościami kolegów jeszcze się tego bardziej pozbyłem, a tu trzeba było w to wejść. W dodatku zespół zakładu pozostawał pod silnym wpływem wizji profesora Bogdana de Barbaro. Była to grupa osób w podobnym wieku, bardzo z nim i ze sobą nawzajem związana i ten zespół zaczął się przed odejściem profesora dekonstruować. Zresztą to nie był nagły proces, był stopniowy i trwał wiele lat. Były tu różne powody odchodzenia, niektórzy wyjechali jak Przemek Dawidowski, inni odeszli na emeryturę jak Krysia Ostoja-Zawadzka oraz do innych zajęć, ale trudno było odchodzić, gdyż działały mocne siły dośrodkowe jak w bowenowskiej rodzinie. W takich sytuacjach odejście odbywa się w dużym napięciu, jest bardzo emocjonalne. To jest trochę tak, że gdy silnie związany zespół stanowi jeden organizm, to potem oddzielenia od niego przebiegają jak amputacje, czyli są bardzo bolesne. Oczywiście to jest tak, jak w rodzinie, w której własny rozwój czy próby indywidualizacji są życzliwie postrzegane, dopóki ktoś nie wychodzi z domu. Czyli w domu czy zespole można być bardzo autonomicznym, ale tylko tutaj, w tym miejscu, a poza nim już nie.

Gdy w 2015 roku zrobiłem habilitację, miałem pomysł, żeby otworzyć zakład psychosomatyki, co spotkało się z życzliwym poparciem kierownika katedry, profesora Krzysztofa

Gierowskiego, ale to jeszcze spotkało się z napięciem w zespole, w wyniku czego zdecydowałem się zostać. Dlatego zmieniła się nazwa na Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, która jest poświadczeniem tego, że udało mi się w jakiś sposób zintegrować, a może nawet częściowo uchronić przed dysocjacją te dwa obszary. Ze starego zespołu zostały Ilona Kołbik, Bernadetta Janusz, Kasia Gdowska i Iza Janeczek-Siejka, która jest sekretarką, a więc kluczową osobą w naszym zespole. Wcześniej sekretarką, też ważną osobą, była Beata Grzejdziak, ale ona już chciała odejść na emeryturę i potem utrzymywała z nami relacje na tyle, na ile szczęśliwa osoba na emeryturze potrzebuje mieć relacje z miejscem pracy. Pojawiły się nowe osoby w zespole w momencie trudnym organizacyjnie z punktu widzenia katedry, gdy nastąpiły też nowe wymogi co do stanu zatrudnienia. Był to trochę czas przejściowy poszukiwania osób do zespołu, dopasowywania się.

**W.Sz.:** W tamtym czasie (2012) założyliście Fundację Terapii Rodzin na Szlaku, w co był zaangażowany też Jakub Bobrzyński. Tempo rozwoju Waszej placówki budziło mój podziw. Potem korzystałam z doradztwa Ani Kazberuk — jak można pozyskać od miasta lokal dla mojego Centrum Psychoterapii.

**M.F.:** A więc cofamy się nieco w czasie. Tak, to istotny wątek, który także mnie dotyczy, gdyż byłem w zespole szkoleniowym Fundacji Krakowskiej Katedry Psychiatrii im. J.J. Haubenstocków, której kursy zostały przeniesione do Fundacji Terapii Rodzin na Szlaku z różnych powodów organizacyjnych i tam jest część tej aktywności zespołowej, która tutaj, w zakładzie, w związku z różnymi ograniczeniami instytucji, nie może być realizowana. To jest takie nasze, tego starego zespołu ZTR-u dziecko, na które z dumą patrzymy, jak rośnie i staje się coraz bardziej niezależne, z czego się cieszę.

**W.Sz.:** Wróćmy jeszcze do tego, co aktualnie dzieje się w Zakładzie Terapii Rodzin i Psychosomatyki, którym kierujesz. Czy udaje wam się połączyć te dwa nurty: praktyczny, terapeutyczny i naukowy, badawczy, bo jednak wydaje mi się, że obydwa Cię zajmują. A dodatkowo są nowe wymagania instytucji. Jest to dość młody zespół, który ma swoje ambicje.

**M.F.:** Rzeczywiście, zajmując się psychoterapią warto utrzymać równowagę pomiędzy tymi dwoma obszarami — doświadczenia i refleksji nad nim. Nie można żadnego z nich pominąć. Bo jeżeli tego doświadczenia się nie pogłębia, to potem trudno jest rozważać problemy rzeczywiście istotne. Z kolei, jeżeli człowiek siedzi za głęboko w doświadczeniu i mało reflektuje, to też staje się nieprzydatny.

**W.Sz.:** Czyli dopiero dystans, spojrzenie z metapozycji pomaga w wyłonieniu tych istotnych elementów do przepracowania, które pojawiają w relacji z pacjentem, bo jeśli nie masz w ogóle doświadczenia, to za chwilę pójdziesz w jakieś mało przydatne w praktyce teorie.

**M.F.:** Wydaje mi się, że w ogóle uprawianie psychoterapii na tym polega: na nurkowaniu, a potem wynurzeniu się. A jak człowiek zanurkuje, to czasem mu brakuje powietrza. Niekiedy sam wypłynie, ale gdy zbyt głęboko zanurkował, to go superwizor musi wyciągać. Taki to jest proces. I oczywiście to nie jest tak, że to doświadczenie zawsze musi podlegać analizom na poziomie naukowym, czyli rygorom obiektywizacji, dyscypliny metodologicznej. Zawsze jednak potrzebujemy do pracy porządkowania materiału i refleksji nad nim, czyli omawiania i superwizji.

Z drugiej strony zakład przyciąga osoby zainteresowane badaniami naukowymi i być może uda się między jedną i drugą perspektywą znajdować powiązania, budować mostki,

wzbogacać swoje doświadczenie o refleksję na jeszcze innym poziomie, niż to się dzieje w codziennej pracy terapeuty. To z pewnością może być przydatne dla innych. Osoby pracujące w zakładzie rzeczywiście mają też ciekawość badawczą. I nawet jak są na etatach usługowych, nie naukowych, to przychodzą na zebrania naukowe, na które nie muszą przychodzić. Tak było zawsze i ten rodzaj kultury pracy się utrzymał, co jest bardzo korzystne.

**W.Sz.:** Z drugiej strony wiemy oboje, jak trudno być w pełni zaangażowanym w realizację ambitnych projektów naukowych, gdy trzeba się utrzymać, nie mówiąc o utrzymaniu rodziny. Wszyscy teraz pracują w kilku miejscach. Gdy już prowadzicie jakiś projekt, to kto nim kieruje, kto bierze za niego odpowiedzialność? Udaje ci się pełnić wtedy rolę szefa? Co do kierunku badań, czy każdy wnosi swoje pomysły, czy jest to twoje zadanie?

**M.F.:** Niestety odkryłem z czasem, że nie mam wrodzonej zdolności pilnowania dyscypliny. Jest tak, że jak już siebie upilnuję, to czasami też udaje mi się upilnować innych.

Jeśli chodzi o sprawność zarządzania, to ja nie oceniam się zbyt wysoko, ale też może to być jakiś rodzaj mojego zaburzenia egosyntonicznego, że ja nie bardzo dążę do zmiany niechęci do zarządzania. Sama myśl o tym, że mógłbym się przeistoczyć w szefa zarządzającego, wymagającego, odrzuca mnie, jest niespójna z moją osobowością. I dzięki temu, że nasz zespół jest niewielki, zaangażowany i nawykły do współpracy, to dużo dzieje się na zasadach demokracji. Czasami jednak, mimo wewnętrznej ambiwalencji, muszę coś zarządzić, bo to ogranicza chaos. Ale na całe szczęście ta grupa osób, bardzo żywych umysłów, w niezbyt dużym zespole, którym zarządzam, jest zmotywowana i zainteresowana tym, co robią. I mają swoje pomysły. Mój jest taki, aby badać, jak style przywiązania wpływają na to, jak ludzie się leczą. Warto by tu było zbadać też lekarzy, bo mam dużo takich przesłanek, które pokazują, że od stylu przywiązania lekarzy bardzo dużo zależy. Możliwe, że dlatego, że lekarz i medycyna są ważną figurą przywiązaniową dla człowieka, to interakcje między nimi oddziałują i wpływają na efekty leczenia.

Równocześnie pojawiło się w zespole dużo projektów. Na przykład jedna z koleżanek, Karolina Dejko-Wańczyk, wróciła z urlopu macierzyńskiego z dużą energią i z nawiązaną współpracą z Pracownią Małego Dziecka w Instytucie Psychologii i od razu gotowym projektem badań nad matkami w interakcjach z dziećmi. Są też projekty w toku i warto, aby je kontynuować, a moją rolą jest wspieranie wszystkich, a nie narzucanie jednego kierunku. Bo też jesteśmy w momencie, gdy zespół się rozkręca, jest w nim dużo energii.

**W.Sz.:** Widzę, że zaszła tu taka prawdziwa zmiana pokoleniowa, czuje się młodość tego zespołu i duży potencjał. Ciekawa jestem, czy są też inne zmiany. Czy nadal zgłasza się dużo par do terapii? Jacy to są pacjenci?

**M.F.:** Ze względu na zaostżenia rozliczeń NFZ-u, wszystkie osoby przyjmowane do nas muszą mieć rozpoznanie psychiatryczne, w związku z czym mamy dużo terapii par, w których ktoś ma zaburzenia osobowości. Musimy sobie z tym radzić, a ja dodatkowo ze sprawami organizacyjnymi, formalnymi związanymi ze strukturą, w której jesteśmy — z jednej strony szpitalną, z drugiej uczelnianą, która też się zmienia, gdyż podlega zewnętrznym kryzysom w opiece zdrowotnej, związanym z trudnościami ekonomicznymi. Niekiedy wymaga to rozeznania sytuacji i walki o utrzymanie miejsc dla pacjentów, którzy bardzo tego potrzebują, ale są pomijani przez decydentów. Zresztą, zawsze tak z psychiatrią i psychoterapią było.

**W.Sz.:** Tak, już jakiś czas temu spotkałam się z prognozami, które stale wracają, że psychoterapia w takim kształcie, jak ją uprawiamy, jest zagrożona. Mówiła o tym profesor Maria Orwid, pisze o tym Yalom i inni. To zewnętrzne zagrożenie różnych wartości mocno odczuwalne w dzisiejszym świecie, przekłada się na niedoceniającą znaczenia takiej psychoterapii.

**M.F.:** Bo psychoterapia przynosi korzyści w perspektywie całego życia, a nie z bieżącego okresu rozliczeniowego. Obecnie preferowana jest ta zadaniowa, przynosząca szybki efekt, a za taką uchodzi behawioralno-poznawcza. Pozostałe, oparte o inny kontakt, o głębszą relację, trwającą dłużej, są postrzegane jako nieopłacalne.

**W.Sz.:** Zastanawiam się, co można z tym zrobić, jaka jest tutaj nasza odpowiedzialność. Czego nie uczymy studentów, młodych lekarzy, przyszłych terapeutów czy menedżerów?

**M.F.:** Przychodzi mi do głowy pewna odpowiedź, ale nie wiem, czy będzie satysfakcjonująca, bo jest z pewnością niepełna. Nie uczymy cierpliwości i co gorsza nie mamy szans jej nauczyć, bo byłoby to kontrkulturowe. Świat z bardzo różnych powodów, o których moglibyśmy długo debatować, jest nastawiony na doraźne zyski i łatwe korzyści. CBT daje szybkie rozwiązania, zresztą w bardzo wielu przypadkach świetne. Nie kwestionowałbym wartości tego nurtu terapeutycznego, ale na pewno nie jest to terapia uniwersalna, taka, która zmienia wszystko. Ona zmienia niektóre aspekty funkcjonowania, daje ludziom ulgę i pomoc. Być może rzeczywiście była za mało doceniana wcześniej, gdy był kult długoterminowej terapii, w której się rozwija szczególna relacja między terapeutą a pacjentem. Ten nowy nurt, który szuka własnej tożsamości, bardzo intensywnie prowadzi badania po to, żeby potwierdzić z góry założoną tezę. Jest artykuł Jonathana Shedlera, chyba z 2017 roku, pt. „Gdzie jest dowód na terapię opartą na dowodach?”, w którym analizuje on badania, pokazując, jak one tak naprawdę były zmanipulowane. Takie podstawowe, na których opiera się teza o tym, że to skuteczne podejście terapeutyczne. Ale i tak ta terapia lepiej się wpasowuje w takie kulturowe zmiany, w wyniku których człowiek już nie czyta książki, na którą trzeba poświęcić 50 godzin, a ogląda film na YouTube, który trwa 3 minuty. Dlatego, że on daje natychmiastowe zaspokojenie poznawcze i nie ucząc, że czas nie jest dobrem takim jak pieniądze, które można nagromadzić i oszczędzać, tylko jest pewnym środowiskiem, w którym się poruszamy, które nam różne rzeczy daje. I sama wartość takiego doświadczenia, które się rozciąga w czasie, jest nie do zdobycia w inny sposób. Wymaga nakładu czasu, a ludzie chcą coraz szybciej i coraz mocniej czuć satysfakcję w krótkim czasie. Z jednej strony chcą satysfakcji, a z drugiej strony są podszyci lękiem. Jest taki syndrom tego, że coś mnie ominie, że stracę. Paradoks polega na tym, że większość rzeczy nas i tak ominie. I jak bardzo narcystycznie człowiek by nie konstruował sobie wizji świata, to nie da rady wszystkiego doświadczyć; nie ma takiej możliwości. Nie możemy pogodzić się z tym, że nie mamy stu procent produktywności, że na przykład marnujemy trochę czasu w ciągu dnia. Uważamy, że trzeba robić coś pożytecznego, albo takiego, co daje pieniądze, lub coś, co nas rozwija. Myślę, że to, że psychoterapia zanika z obszaru finansowanego publicznie, będzie podobnie jak z tymi książkami, które się długo czyta. Będzie obecna cały czas, ale już nie tak powszechna. Może tę stratę trzeba też jakoś zaakceptować.

**W.Sz.:** Przypomniałam sobie jeszcze to, o czym mówiłeś podczas wspomianej już konferencji na Szlaku, a mianowicie o myśleniu szybkim i wolnym, i o pułapkach myśle-

nia Kahnemana<sup>1</sup>. I pomyślałam sobie, co Cię do tych wniosków doprowadziło, czy samo czytanie książek Kahnemana, czy własne doświadczenie?

**M.F.:** I to, i to. Czytając Kahnemana odkrywałem różne rzeczy, co do których wcześniej miałem intuicję, albo nawet wiedziałem o nich. Profesor Jörg Bergman z Bielefeld prowadził dla nas seminarium — pracowaliśmy nad analizą krótkich sekwencji konwersacyjnych, powiedzmy minutowych, żeby wykryć różne niuanse komunikacyjne. Jörg Bergman, który nie jest terapeutą tylko socjologiem, opisał reakcję terapeutki w stosunku do pary w odpowiedzi na jej zachowanie, trwające parę sekund. Zachowanie to doprowadziło do pewnej konkretnej reakcji tej terapeutki. Reakcja ta była bardzo celowa, bardzo zrozumiała i gdyby ktoś dłużej zastanowił się nad zachowaniem pary toby taką reakcję wymyślił. Sęk w tym, że ta terapeutka zareagowała w kilka sekund, bez namysłu. Czyli mając zinternalizowaną wiedzę, którą zdobywamy poprzez wielokrotne trenowanie różnych sytuacji, często reagujemy bez namysłu. To, co robimy, może być obarczone błędem, gdyż nie ma czasu na refleksję: sprawy dzieją się nagle. Ale z drugiej strony to szybkie myślenie często poprzedza skuteczne działanie. I to się potwierdza! Pamiętam też warsztat prowadzony przez Sophie Holmes (Polkę z pochodzenia, mieszkającą w Australii) podczas konferencji Towarzystwa Badań nad Psychoterapią w Bernie. Ona robiła badania nad różnicami między doświadczonymi terapeutami takimi ekspertami i terapeutami, którzy zaczynają pracę i jeszcze nie mają doświadczenia. I odkryła, że terapeuta z czasem zaczyna gromadzić dużo wiedzy proceduralnej, która nie jest zwerbalizowana. Są to zachowania wytrenowane, opierające się na pewnej logice i racjonalności, wprowadzane bez wysiłku i szybko dlatego, że ktoś ma doświadczenie. Pewnie zgodzisz się ze mną, że czasami w terapii robisz coś odruchowo, a dopiero potem zastanawiasz się, dlaczego to zrobiłaś. Czyli robimy coś w sposób pozornie nieprzemysłany, lecz przemysłany kiedyś wcześniej, wytrenowany, wprowadzany w pewnym sensie automatycznie, w znanej sytuacji. Ja myślę, że to samo daje też własna terapia. Że jeśli pewne stany znamy u siebie i przemysłimy je, to możemy wyobrazić sobie, co ten pacjent przeżył. Zakładam, że on się radykalnie ode mnie nie różni, że ludzie są w niektórych sprawach podobni. Wiedząc, mając doświadczenie z własnej terapii jestem w stanie szybko, adekwatnie się do tego, co mówi pacjent, ustosunkować, zanim tę reakcję wymyślę.

**W.Sz.:** Rzeczywiście to jest bardzo ciekawe, bo bywa, że nie wiesz, dlaczego coś powiedziałeś. Chwilę się zastanawiasz, skąd ci to przyszło na myśl. Ja czasem staram się powstrzymać swoje zbyt szybkie reakcje i mówię sobie: nie reaguj, odpowiadaj po namyśle. Ale nie zawsze tak robię i niektóre reakcje są trafne!

**M.F.:** Sophie Holmes mówiła, że doświadczony terapeuta przerabia z pacjentami różne rzeczy również z własnej terapii. Zdarza mi się, że słuchając pacjenta, mówiącego dopiero szóste zdanie o własnej rodzinie, bez szczegółów, wiem, że on miał przemocowego ojca — wyczuwam to. Widzę to po tym, jak mnie traktuje. Ale oczywiście zawieszam ten osąd, bo może się okazać, że tak nie było. Ale wycucie to wyznacza pewien kierunek wstępnych hipotez, które trzeba sprawdzić, o coś dopytać jeszcze, żeby je potwierdzić.

**W.Sz.:** Pamiętam warsztat z Hugh Jenkinsem z Londynu, który publicznie rozmawiając z nieznaną mi wcześniej osobą, doszedł do wniosku, że miała ona w swojej rodzinie

<sup>1)</sup> Daniel Kahneman, Pułapki myślenia. Media Rodzina 2012.

traumatyczne wydarzenie, podobne do tego, którego on sam doświadczył. Ta rozmowa była pozornie obojętna, zaczęła się — jak to z Anglikiem — o pogodzie, a dotarła do kluczowych problemów tej osoby, która zresztą była otwarta, żeby o nich mówić, ale nie sądziła, że tak szybko do tego dojdzie. Mamy, jak widzę, podobne fascynacje procesem psychoterapii.

Pora może porozmawiać o kolejnej wspólnej aktywności, a mianowicie naszym piśmie „Psychoterapia”, na którego łamach ukaże się Twoja sylwetka, a w którym pełnisz rolę redaktora naczelnego. Wiem, że podjąłeś się tego zadania — jak wszystkich innych — w trudnym momencie. Może powiedz o swojej motywacji oraz o pracy w tym miejscu. I jeszcze o tym, czy jesteś zadowolony z pisma? Masz poczucie spełnienia?

**M.F.:** Dostając tę propozycję dowiedziałem się, że praktycznie nie ma już zespołu redakcyjnego, gdyż na skutek jakiegoś incydentu wszyscy odeszli. Groziło to tym, że pismo się zmieni i to w niedobrym kierunku. Szkoda by było, gdyż jest to kwartalnik z pewną kulturą, która budowała się całymi latami. Wtedy zwróciłem się do tego starego zespołu redakcyjnego z propozycją, żeby został i to się udało. Pismo utrzymało dobry poziom i swoją linię. A jeśli pytasz, czy jestem zadowolony z tej aktywności, to powiem, że i tak, i nie. Bo to czasopismo jest z odchodzącego świata. Nie wiem, czy się uratuje i martwię się, żebym nie był ostatnim redaktorem. Ono daje przestrzeń na to, żeby rozważać różne zagadnienia, które nie są z obszaru szybkich nagród za publikację. „Psychoterapia” nie przyznaje zbyt dużo punktów, a więc nie będą na jego łamach rywalizować osoby dążące do zgromadzenia jak największej ilości punktów. To jest pismo dla ludzi, którzy się zastanawiają nad czymś i chcieliby się tymi myślami podzielić, co ma absolutnie swoją wartość i co mnie się podoba. Z drugiej strony, brak wysokiej punktacji skutkuje stosunkowo skromnym napływem artykułów, nie poprzestajemy więc na selekcji. Nakłada na nas konieczność wzmoczonych starań o te artykuły, które dostajemy. Czasem musimy włożyć w nie sporo żmudnej pracy, by ich wartość była wystarczająca dla czytelnika. Natomiast przyczynia się to do tego, że ludzie nie zalewają nas tekstami, żeby można było wybierać wśród wielu perełek na przykład. Albo że trzeba się napracować, żeby artykuł dobrze wyglądał. To momentami jest ciężka, żmudna praca. Ja mam poczucie, że trochę chronię dinozaura, który jest atrakcyjny, ma wartość, ale nie wiadomo, czy przetrwa, bo chyba nie ma siły ewolucyjnej. Parafrazując słowa Darwina, który powiedział, że nie te gatunki przetrwają, które są najinteligentniejsze albo najsilniejsze, tylko te, które okażą się mieć większą zdolność przetrwania. I to jest trochę smutne, ale być może warto pracować nad tym, aby dać pismu siłę przetrwania.

**W.Sz.:** Właśnie, żeby ta zasada ekonomii nie wygrała z zasadą etyki, tworzenia dobrostanu dla innych. Zbliżamy się do końca rozmowy i dlatego chciałabym Cię zapytać o plany na przyszłość. Wiem, że ostatnio powołałeś do życia firmę psychoterapeutyczną. Czy chciałbyś o niej opowiedzieć?

**M.F.:** Bardzo chętnie, nazywa się Euthymia i założyłem ją z Kasią Przybylską, którą poznałem, superwizując zespół Kliniki Par i Małżeństw. Ona kierowała tym zespołem, potrafiła go zintegrować, a także zaangażować wszystkich do prowadzenia terapii par i własnego rozwoju. Zresztą wiesz, bo też prowadziłaś dla nich superwizje, a Kasia wspomina ciebie bardzo dobrze, nieraz powołuje się na ciebie. Ostatecznie większość osób z zespołu odeszła z kliniki i teraz część z nich dołączyła do Euthymii, która rozwija się powoli,



zgodnie z potrzebami obu stron: pacjentów i terapeutów. Odbywają się wspólne zebrania kliniczne, wspólne superwizje, a nawet szkolenia, takie jak moje z psychosomatyki. Kasia jest motorem organizacyjnym i energetycznym. Dzięki współpracy z nią zdecydowałem się wziąć udział w powstaniu ośrodka, gdzie jest prowadzona psychoterapia osób indywidualnych, par i rodzin.

**W.Sz.:** To wspaniale, życzę Wam powodzenia! Byłam na otwarciu Euthymii w ładnym domu, w pięknie wyposażonych pokojach i w serdecznej atmosferze.

Dotarliśmy do końca spraw zawodowych związanych z psychoterapią. Mam wrażenie, że powiedziałaś dużo o historii instytucji, w których się uczyłeś czy pracowałeś, o klimacie, który w nich panował, o tym, jak się zmieniały. Wynika z tego, że bardzo silnie wiążesz się z miejscami, które współtworzysz z ludźmi, z którymi pracujesz oraz że dużo z siebie dajesz. Ciekawa jestem, czy pozostaje jakaś prywatna, bardziej osobista przestrzeń, czym się interesujesz i zajmujesz poza pracą.

**M.F.:** Obawiam się, że jestem pracoholikiem i że pod tym względem jestem nieco uszkodzony. Są rzeczy, które mnie ciekawią oraz takie, które lubię robić, ale mam na nie niewiele czasu. Niestety, odkąd uszkodziłem sobie siatkówkę nie mogę jeździć na nartach zjazdowych. Moja żona mnie ratuje i wyciąga w różne miejsca na wyjazdy, wędrowki, nawet krótkie wypadki, które lubię, choć czasem się przed nimi bronię, bo mi się zawsze wydaje, że nie mam na nie czasu, bo zawsze w pracy jest coś do zrobienia. Ale już nauczyłem się powstrzymać przed pokusą pracy w takich sytuacjach i idzie mi całkiem dobrze. Gdy podejmę decyzję i coś zaplanuję, czyli wpiszę w kalendarz — który jest dla mnie ważny — że mam wolne, to mam wolne. Oczywiście większą inicjatywę wykazuje tu moja żona. Ale można na to popatrzeć tak, że jak para jest wieloletnia, a my z żoną jesteśmy parą od 30 lat, to nigdy nie wiadomo, co jest czyje. Czasami sobie myślę, że ja moje pragnienia umieszczam w niej. Żeby ona mnie wyciągała, starała się o wspólne spędzenie czasu poza domem. Poza tym lubię czytać, a też słucham różnych rzeczy. To, co mnie ciekawi, to tematy historyczne. To z takich poważnych zainteresowań. Są to różne wątki z historii najnowszej, II wojny światowej i z okresu przed II wojną. Teraz też syn, który ma 16 lat, wciąga mnie w różne wątki zapomniane, bo podobnie jak ja interesuje się matematyką, i chociaż myślę, że nie będzie matematykiem, to tocymy dyskusje i debaty. Inne dotyczą literatury, co do której mamy wspólne zainteresowania. Nie oznacza to, że dokładnie to samo czytamy, ale obu nas ciekawią różne światy wyobrażone, które czasami pojawiają się w literaturze science fiction. Ostatnio na przykład zainteresowałem syna Dukajem. Przeczytałem jedną jego książkę, która bardzo mi się spodobała, to był „Lód”. Natomiast on już przeczytał wszystkie inne i tocymy rozmowy na różne tematy nawet na tematy książek, których jeszcze bliżej nie poznałem. Zamierzam je przeczytać wszystkie, bo są bardzo ciekawe. Ciekawi mnie też literatura, w której pojawiają się kwestie z pogranicza filozofii i światów alternatywnych. Trochę się tego wstydzę, bo to jest coś, co zostało we mnie z szesnastolatka. To nie jest mniej poważne, to jest bardziej poważne, tylko, że niepoważnie brzmi.

**W.Sz.:** Znowu wracamy do wyobraźni, która jest twoją mocną stroną i której stale używasz. Wyobraźni, a nie tylko jakiegoś konkretnego odniesienia wymaga to, co Cię z synem łączy. Czyli szukania różnych skojarzeń, przeprowadzania analiz, które trudno pomieścić w głowie.

**M.F.:** I to jest właśnie atrakcyjne dlatego, że nie da się pomieścić w głowie, trzeba tego szukać w różnych innych miejscach, a przede wszystkim w rozmowach z ludźmi i ze sobą samym.

**W.Sz.:** Bardzo dziękuję Ci za rozmowę.