

**Z CYKLU „SYLWETKI PSYCHOTERAPEUTÓW”  
„O NIEUSTAJĄCEJ CIEKAWOŚCI LUDZI, CIĄGLYCH  
PRÓBACH INTEGRACJI I PEWNEJ TĘSKNOCIE”**

**Z KRZYSZTOFEM KOTRYSEM, PSYCHIATRĄ, PSYCHOTERAPEUTĄ,  
SUPERWIZOREM PSYCHOTERAPII, NAUCZYCIELEM PSYCHOTERAPII  
I EGZAMINATOREM CERTYFIKUJĄCYM SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO,  
ROZMAWIA ROBERT MALIŃSKI**

**Robert Maliński:** Udało się nam wreszcie spotkać w niedzielę po pracy. Przynajmniej tak zrozumiiałem, że właśnie, Krzyśku, skończyłeś pracować.

**Krzysztof Kotrys:** Zgadza się, jestem po pracy. Tak się niestety składa, że duża część mojej aktywności szkoleniowej i superwizyjnej odbywa się w weekendy. Psychoterapeuci na ogół są bardzo zajęci w tygodniu, więc nie ma innego wyjścia. Dzisiaj miałem spotkanie seminaryjno–superwizyjne w małym zespole. Nawet mieliśmy taką refleksję „co my tu robimy w niedzielę przy tak pięknej pogodzie”? Ostatecznie ustaliliśmy, że „było warto”, ale to może takie pocieszenie się? Najwięcej weekendów spędzam w Śląskiej Szkole Psychoterapii w Gliwicach, tam głównie prowadzę moją pracę szkoleniową. Są też inne miejsca: Katowicki Instytut Psychoterapii Marii Marquardt, kurs psychoterapii Romana Ciesielskiego we Wrocławiu, kurs psychoterapii w szpitalu Babińskiego w Krakowie (gdzie po wielu latach kończę w tym roku współpracę) prowadzony przez Ewę Niezgodę. A w tygodniu mam pacjentów, superwizje indywidualne i grupowe.

**R.M.:** Jesteś aktywny, jak słyszę, superwizyjnie i seminaryjnie, a także psychoterapeutycznie.

**K.K.:** Moja aktywność składa się z trzech, mniej więcej równych części: pacjentów w gabinecie (gdzie występuję w zamiennej roli psychoterapeuty i psychiatry), superwizji i aktywności szkoleniowych na kursach psychoterapii, warsztatów, seminariów, wykładów. Nie jestem pewien, czego jest więcej.

**R.M.:** Jesteśmy w trakcie reformy psychiatrii dorosłych i psychiatrii dzieci i młodzieży, i — wreszcie — psychoterapii nie tylko dorosłych, ale też dzieci i młodzieży. Myślę, że będziemy o tym rozmawiać, bo to ważny temat dla całego środowiska, również dla pacjentów. Na początku chciałbym jednak, abys opowiedział, jak do tego doszło, że zacząłeś studiować medycynę — żeby zostać psychiatrą trzeba najpierw być lekarzem. Czy wynikało to z tradycji lekarskiej twojej rodziny czy może coś tak szczególnie cię zaciekawiło, że zdecydowałeś się na medyczny kierunek studiów.

**K.K.:** W mojej rodzinie brak jest tradycji lekarskich. Miałem różne pomysły, w jakim kierunku pójść po maturze. Moja polonistka uważała, że powinienem studiować kulturoznawstwo, ale ja kierowałem się w stronę nauk ścisłych: chciałem zostać fizykiem, astronomem. Szybko jednak ten zamiar zweryfikowałem i poszedłem w kierunku większej

racjonalności. Astronomię wybił mi z głowy pewien profesor astronomii, który spotykał się z zafascynowanymi tą dziedziną uczniami szkół średnich. Na jednym ze spotkań powiedział do nas „słuchajcie to jest piękne, że wy się tym interesujecie, ale zadajcie sobie pytanie, czy astronomia śni się wam po nocach, bo jak wam się nie śni, to [ja] odradzam”.

**R.M.:** Czy to by znaczyło, że pytanie postawione przez tego profesora miało dla ciebie znaczenie ukierunkowująco/porządkujące?

**K.K.:** Tak, zapamiętałem je jako zadane w momencie, kiedy zdałem sobie sprawę, że astronomia jest moją fantazją i pragnieniem niekoniecznie odpowiadającym moim rzeczywistym możliwościom i dążeniom. Bardziej zapamiętałem te sny, o których powiedział profesor Eugeniusz Rybka. Sny mnie interesowały, ale żeby astronomia mi się śniła po nocach, to nie. Wtedy ta wzmianka o snach w ustach astronoma pomogła mi uświadomić sobie, że bardziej interesują mnie one właśnie. Pierwsze lektury Freuda o snach czytałem, z małym zrozumieniem co prawda, ale już wtedy były to dla mnie teksty ciekawe i fascynujące. Szybko też doszedłem do wniosku, że mój poziom matematycznej wiedzy, której wymaga astronomia czy nauki ścisłe, jak na przykład fizyka, nie jest taki, abym mógł się z nimi zmierzyć. Wybór medycyny, dość naiwny i młodzieńczo-idealistyczny, jak myślę o nim po latach, wynikał bardziej z pragnienia poznania człowieka, jego ciała i umysłu, przybliżenia się do jego fascynującej tajemnicy, niż z chęci pomagania. Ona przyszła później.

**R.M.:** Mówisz o ogólnym zaciekawieniu człowiekiem, nie tylko tą stroną mentalną, psychiczną czy emocjonalną.

**K.K.:** Studiując medycynę nie miałem sprecyzowanego wyboru specjalności. Studia były wymagające i też frustrujące. Był to dla mnie czas dorastania i osobistego rozwoju. Przypadał na okres przełomu Solidarności, potem stanu wojennego w Polsce. Gdy skończyłem medycynę (studiowałem w latach 1977–1983), to z powodu realiów musiałem od razu zacząć pracę, zarabiać na siebie, jakoś się organizować w życiu, w tamtych okolicznościach. Zacząłem specjalizację z neurologii. Przez rok pracowałem na oddziale neurologicznym, a potem, gdy zaczęła się moja przygoda z psychiatrią, to wycofałem się z tej neurologicznej ścieżki i otwarłem specjalizację z psychiatrii. Ale jeszcze wcześniej, wracając do okresu po studiach, odbyłem roczny staż, podczas którego pracowałem w poradni górniczej na Śląsku. Przez dobrych kilka lat. Bardzo dużo dyżurowałem w pogotowiu, w izbach przyjęć. Wtedy nie było jeszcze tzw. LEP-u, czyli lekarskiego egzaminu państwowego. Po ukończeniu stażu można było zarejestrować się i uzyskać prawo wykonywania zawodu. Po stażu otwarłem specjalizację neurologiczną, o której wspominałem, pracowałem w szpitalu, przychodni i zarabiałem na życie głównie w pogotowiu.

**R.M.:** Tak sobie myślę, że praca w pogotowiu to nielekki kawałek chleba. Nie zostałeś specjalistą medycyny ratunkowej.

**K.K.:** W tej chwili pogotowie ratunkowe, a właściwie zespół ratownictwa medycznego ma zupełnie inny status niż dawniej. Lekarze pojawiają się w nim znacznie rzadziej, główną rolę przejęli ratownicy medyczni. Wtedy w karetce jeździł lekarz, często niedoświadczony, sanitariusz i kierowca. To był zespół, który ratował ludzi.

**R.M.:** Duża odpowiedzialność...

**K.K.:** Tak, bardzo duża, trudne sytuacje, kiepskie warunki materialne, słaby sprzęt. Myślę o tamtych czasach z mieszanymi uczuciami. Jako stażyści byliśmy bezwzględnie

eksploatowani, nikt się nami nie opiekował, nie zastanawiał, jakie mamy realne kompetencje. Trzeba było się uczyć wszystkiego w praktyce, na własną rękę „z niewielką pomocą przyjaciół”. Trochę nauczyłem się o medycynie, więcej o ludziach i rzeczywistości, w jakiej żyliśmy.

**R.M.:** Chciałbym cię spytać o neurologię, skąd u ciebie zainteresowanie tą specjalnością medyczną. Mam kontakt z neurologami w codziennej pracy w szpitalu i widzę, że jest to dziedzina medycyny, która jest bardzo szczegółowa, wymagająca.

**K.K.:** Wybór neurologii wynikał głównie z zainteresowania mózgiem i jego funkcjonowaniem. Interesowałem się wtedy raczkującą terapią manualną będącą aktualnie w rękach rehabilitantów. Szybko się też przekonałem, że ówczesna neurologia była bardzo mało sprawcza w takim znaczeniu, że często wiele można było zdiagnozować, a niewiele wyleczyć. Wtedy mi się wydawało, że neurologia jest dziedziną głównie diagnostyczną. Dużo się można było dowiedzieć o mechanizmach, przyczynach zaburzeń, złagodzić pewne symptomy, ale do realnej pomocy pacjentowi było wtedy daleko. Można było przekazać go do neurochirurgów. Brakowało tej współczesnej części neurologii, jaką jest skuteczna farmakoterapia, terapia udarów czy interwencje naczyniowe. Metody obrazowania były dosyć proste i słabo dostępne.

**R.M.:** Rozumiem, że można było postawić diagnozę, ale prognostycznie niewiele zrobić dla pacjentów, co nie dawało poczucia wpływu, a być może powodowało uczucia bezsilności, bezradności.

**K.K.:** Diagnostyka neuroobrazowa dopiero się w Polsce rozwijała, było kilka tomografów na cały region, na termin czekało się jak na zbawienie.

**R.M.:** Dzisiaj te badania, mam na myśli tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny, są badaniami podstawowymi, na przykład w sytuacji podejrzenia u dzieci, młodzieży czy dorosłych zaburzeń psychiatrycznych, szczególnie występujących nagle czy pierwszorazowo.

**K.K.:** Zgadzam się z tobą. Kilka razy przekonałem się, że w przypadku pierwszorazowych zaburzeń, zwłaszcza psychiatrycznych u młodych ludzi, ale też u dorosłych, taka diagnostyka neurologiczna powinna być rutynowa i obowiązkowa. W praktyce bywało z tym różnie. Zdarzyło mi się już jako psychiatrę leczyć pacjentkę, u której pierwsze objawy maniakalne, psychiatryczne okazały się — po upływie pewnego czasu — objawami guza mózgu, którego zresztą nie wykryła pierwsza tomografia, wyjątkowo akurat zrobiona. Są takie guzy mózgu, które wykrywa głównie rezonans. Nadal uważam, że pewną rutyną, z różnych powodów rzadko realizowaną, powinno być zdiagnozowanie pacjenta pod kątem neurologicznym. Do dzisiaj mam w pamięci obraz pacjenta, który podczas rutynowego badania psychiatrycznego zainspirował mnie do różnych psychologicznych wyjaśnień jego objawów. Byłem pewien, że rozumienie psychopatologii będzie kluczem do jego leczenia. Na szczęście pacjent był w trakcie szerszej diagnostyki i okazało się, że ma rozległe przerzuty nowotworowe, podczas gdy my, tj. nasz zespół, uważaliśmy niektóre z jego objawów za konwersyjne, czyli nerwicowe w klasycznym rozumieniu.

**R.M.:** Powracamy zatem do konwersji, a tym samym do psychoterapii, od której zacząłeś wkraczać w psychiatrię.

**K.K.:** Moja przygoda z psychiatrią zaczęła się dość nietypowo. Po mniej więcej roku pracy w oddziale neurologicznym zaciekało mnie ogłoszenie o naborze lekarza do od-

działu leczenia nerwic w Katowicach. Może była w tym potrzeba większej skuteczności, może powrót do wcześniejszych fascynacji snami, nie wiem. Już wtedy trochę się interesowałem literaturą psychoterapeutyczną. Poszedłem za tym ogłoszeniem do tego oddziału (był rok 1985) i wkroczyłem prosto w grupową psychoterapię. Z dużym entuzjazmem, bardzo małym doświadczeniem, a właściwie jego brakiem, który występował nie tylko u mnie, ale u nas wszystkich, którzy wtedy zaczynaliśmy. Mieliśmy bardzo rygorystyczne pomysły, zasady, które przywozili koledzy ze szkoleń psychoterapeutycznych. Nie mieliśmy realnej możliwości poddawania swojej pracy superwizji. Tak więc te początki w psychoterapii były bardzo niedojrzałe, do pewnego stopnia nieporadne, ale pamiętam, że podchodziliśmy do pacjentów z dużym entuzjazmem i zaangażowaniem. Organizowaliśmy w szpitalu zamknięte grupy psychoterapeutyczne. Nie wiem, jak nasi ówcześni pacjenci to wspominają, ale z mojego punktu widzenia, mimo że było tam sporo naszej naiwności i błędów, to był dobry czas. Niewiele rozumieliśmy, ale bardzo staraliśmy się rozumieć i chyba tym nadrabialiśmy niewiedzę.

**R.M.:** Wydaje mi się ważne to, o czym mówisz, mianowicie zaangażowanie, entuzjazm i wiara w pracy z pacjentem. Myślę, że choć popełniamy różne błędy w psychoterapii to pacjent jest w stanie nam je wybaczyć, gdy widzi nasze zaangażowanie, chęć pomocy, gdy dostrzeżga, że próbujemy naprawić swoje błędy w rozumieniu, natomiast pacjentowi trudno o dialog, gdy psychoterapeuta jest niezaangażowany czy niezainteresowany. Czy pamiętasz ten pierwszy zespół? Z kim pracowałeś z takim entuzjazmem i zaangażowaniem?

**K.K.:** Z dużą częścią osób kontakt mi się urwał. Pamiętam Gabrysię Baron, Grażynę Kołodziej, Ninę Pająk, Ewę Poinc-Betke, później dołączyła Teresa Wajand. Byliśmy w zdecydowanej opozycji do szefowej oddziału, która była neurologiem, ale akceptowała nasze poczynania.

**R.M.:** Jak długo pracowałeś w tym zespole?

**K.K.:** Ten okres „naiwnej i zaangażowanej” psychoterapii trwał około roku, do czasu, kiedy w szpitalu w Szopienicach pojawił się mój późniejszy szef, mentor i nauczyciel psychiatrii Krzysztof Czuma.

**R.M.:** Znana postać na Śląsku.

**K.K.:** Tak znana, już niestety nieżyjąca od 11 lat. Krzysztof Czuma przyszedł z kliniki w Lublińcu i zaczął tworzyć oddział psychiatryczny w Katowicach, który wydawał się czymś zupełnie nowym, innym w swoim podejściu do psychiatrii niż tradycyjne oddziały psychiatryczne, które zdarzyło mi się widzieć. Wniósł ze sobą powiew świeżości, nowego spojrzenia, odwagi i pewnej swobody. Myślę dzisiaj, że w tamtych realiach, kiedy dominowały duże, tradycyjne „azyle” psychiatryczne, był „rebeliantem” przesiąkniętym ideami antypsychiatrii, która wydawała się docierać do Polski opóźnioną falą w latach osiemdziesiątych, i to było fascynujące. Zaczytywaliśmy się w antypsychiatrycznej literaturze, ale jednocześnie studiowaliśmy DSM-III i uczyliśmy się współczesnej psychopatologii.

**R.M.:** Twoje wspomnienie przypomina mi podobne opisy z literatury dokumentującej powstanie ważnych ośrodków psychiatryczno-psychoterapeutycznych w Polsce, gdy Kazimierz Jankowski w Warszawie współtworzył Synapsis czy powstawał oddział kliniki psychiatrii dzieci i młodzieży tworzony przez Marię Orwid.

**K.K.:** Tak, to były czasy, gdzie funkcjonowały Ośrodki Higieny Psychiczej oferujące psychoterapię w formule zbliżonej do dzisiejszych oddziałów dziennych. Były inaczej

finansowane niż reszta psychiatrii i nawiązywały do idei Kazimierza Dąbrowskiego. Krzysztof Czuma pokazał mi jako pierwszy, jak rozmawiać z cierpiącym, często głęboko zaburzonym, psychotycznym pacjentem z uważnością i szacunkiem dla drugiego człowieka, otworzył mi oczy na psychiatrię i zacząłem coś więcej z niej rozumieć. Duże znaczenie miało dla mnie to, że od samego początku dr Czuma był postacią, która modelowała pewne podejście do pacjentów polegające na zajmowaniu się ich przeżyciami, kierowaniem się empatią i rozumieniem ich wewnętrznych doświadczeń, ale też uwzględnianiem ich potrzeb i realnej sytuacji życiowej. W tym sensie, chociaż Krzysztof Czuma nie był psychoterapeutą z formalnym wykształceniem (którego wtedy nie było), był moją pierwszą, być może najważniejszą, inspiracją do zajęcia się psychoterapią.

**R.M.:** Słyszę, że reprezentował sobą coś, co w szkole krakowskiej nazywa się etycznym podejściem do pacjenta, a co związane jest z ciekawością innego człowieka, szacunkiem, podmiotowym stosunkiem do drugiego często słabszego, cierpiącego, reprezentowanym i ucieleśnionym chyba najbardziej w osobie prof. Antoniego Kępińskiego.

**K.K.:** Tak, zgadzam się z tobą. Dr Czuma realnie, od początku wprowadził w oddziale psychiatrycznym system otwartych drzwi. Oddział nie był przez personel zamykany na klucz, ale wyjścia były regulowane, w dużej mierze przez samorząd pacjentów. Społeczność terapeutyczna i spotkania z pacjentami w grupie były czymś naturalnym, rozmawialiśmy swobodnie, razem śpiewaliśmy. Może dzisiaj to trochę idealizuję, ale wtedy uczyłem się i doświadczałem intensywnie. Myślę, że to nie do przecenienia. Początkowo byliśmy sami z szefem, ale później pojawiły się psycholożki: Irena Wytyczak (dzisiaj jest superwizorem psychoterapii) i Ewa Jędrychowska. Poza pracą w oddziale powstawały, dzięki niespokojnemu duchowi mojego szefa, kolejne inicjatywy: klub pacjenta powiązany z pododdziałem odwykowym i Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam, które firmowało pierwszy na Śląsku hostel dla pacjentów psychotycznych, a potem, funkcjonujące do dzisiaj, Warsztaty Terapii Zajęciowej i Środowiskowy Dom Samopomocy.

**R.M.:** Co oznacza wyrażenie *ad vitam dignam*?

**K.K.:** Krzysztof Czuma wymyślił taką nazwę, szukając czegoś eleganckiego i ujmującego sens — tak powstało „Ku życiu godziwemu”, po łacinie *ad vitam dignam*.

**R.M.:** Rozumiem, że jest to stowarzyszenie wspomagające osoby po kryzysach psychicznych, podobne do stowarzyszenia prowadzonego przez prof. Andrzeja Cechnickiego i jego zespół w Krakowie rozwijający od lat idee psychiatrii środowiskowej. Czym dokładnie zajmowało i zajmuje się stowarzyszenie?

**K.K.:** Prowadzi warsztaty terapeutyczne i rehabilitacyjne, spotkania dla rodzin pacjentów po kryzysie, hostel, a aktualnie Warsztaty Terapii Zajęciowej i Środowiskowy Dom Samopomocy w Katowicach Janowie. Wracając jeszcze do tych kierunków, w których rozwijało się zainteresowanie doktora Czuma: mój szef podzielił swoje działania w psychiatrii na konkretne obszary. Jeden dotyczył terapii odwykowej. Obejmował pacjentów uzależnionych głównie od alkoholu, bo takie były czasy, ale też tzw. trzeźwych alkoholików angażujących się w terapię innych uzależnionych. Dr Czuma wraz z pacjentami, którzy się szybko zorganizowali przy oddziale, zainspirował utworzenie klubu abstynenta, do dzisiaj działającego, i szereg związanych z tym dodatkowych inicjatyw, konferencji.

W tamtym czasie terapia uzależnień (głównie od alkoholu — takie były kulturowe uwarunkowania i realia psychiatrii) zajmowała dużo miejsca w mojej głowie. Efektem

zainteresowania problematyką uzależnień było również to, że moim pierwszym prawdziwym szkoleniem psychoterapeutycznym było SPP, czyli Studium Pomocy Psychologicznej. Była to jedna z pierwszych edycji szkoły nieżyjącego już prof. Jerzego Mellibrudy. Odbyłem w niej pierwsze treningi interpersonalne, warsztaty terapeutyczne dotyczące głównie tematyki uzależnienia i tzw. terapii odwykowej, ale nie tylko. Ważne, ciekawe i rozwojowe doświadczenie. Ówczesni terapeuci, którzy angażowali się w Studium Pomocy Psychologicznej mieli, z jednej strony, zakorzenienie w minnesockich<sup>1)</sup> (profesjonalnych, ale opartych na założeniach ruchu Anonimowych Alkoholików) programach, a z drugiej strony byli psychoterapeutami zainspirowanymi gestaltowskimi koncepcjami przywiezionymi ze staży w USA, co było nie tylko egzotyczne i nowe, ale bardzo inspirujące. Pamiętam tygodniowe, intensywne zjazdy o charakterze maratonów w ośrodku Niespodzianka w Śródborowie pod Warszawą, w którym byliśmy skoszarowani. Szkoliliśmy się przez tydzień od rana do późnego wieczoru i bez przerwy trenowaliśmy na sobie.

**R.M.:** Jak powiedziałeś o tych obszarach, w których dr Czuma działał i które razem z nim rozwijałeś, to od razu przychodzi mi na myśl Centrum Psychiatrii w Katowicach. Czy z tych idei ono powstało? Powiedz więcej o podziale działań w psychiatrii swojego szefa.

**K.K.:** Dr Czuma słusznie, jak na realia tamtego okresu, wychodził z założenia, że do oddziału psychiatrycznego trafiają pacjenci z trzech grup: psychotyczni, najczęściej z diagnozą schizofrenii, uzależnieni od alkoholu (z ostrymi objawami abstynencyjnymi i psychozami) i pozostali (z kręgu zaburzeń afektywnych, nerwicowych i reaktywnych). Każda z tych grup potrzebuje innego typu oddziaływań, w tym również psychoterapeutycznych. Wracając do tego podziału, o który pytałeś, to poza tą uzależnieniową częścią szef uznał, że statystycznie pacjenci z każdego kręgu będą stanowili mniej więcej jedną trzecią osób, które do nas trafiają. Drugą część stanowili pacjenci chorujący na schizofrenię, często chroniczni, nierzadko będący pacjentami tzw. obrotowych drzwi. W tym obszarze mieliśmy ciekawe doświadczenie związane z naszym subrejonem. Ówczesne oddziały psychiatryczne zobowiązywały się do obsługi pewnej części miasta, czyli subrejonu. Do naszego subrejonu należały Siemianowice Śląskie, a w Siemianowicach był dr Jacek Przyłudzki, który prowadził na ulicy Szkolnej Poradnię Zdrowia Psychicznego, do dzisiaj istniejącą. Tak więc była poradnia, był oddział dzienny, oddział stacjonarny, klub pacjenta — cały system. Ponieważ Jacek zaczął u nas dyżurować w oddziale, to mieliśmy coś, co można nazwać ówczesnym modelem Centrum Zdrowia Psychicznego z pełną opieką środowiskową. Dobrze znaliśmy naszych pacjentów, wspólnie omawialiśmy ich potrzeby, zastanawialiśmy się, na ile mogą brać udział w takich czy innych formach leczenia poza stacjonarnych, rehabilitacyjnych, psychoterapeutycznych itd. Mieliśmy dobrą współpracę i wymianę. Jacek Przyłudzki był psychiatrą, interesował się psychoterapią, którą dzisiaj można by nazwać transpersonalną.

Jeszcze, kończąc ten wątek psychoz, schizofrenii, wspomnę, że rozwijaliśmy różne koncepcje leczenia środowiskowego. Jednym z naszych osiągnięć było powołanie pierw-

<sup>1)</sup> Model Minnesocki polegał na połączeniu doświadczeń profesjonalistów i alkoholików trzeźwiejących przy pomocy wspólnoty Anonimowych Alkoholików zindywidualizowanym podejściem do leczenia z aktywnym udziałem rodziny pacjenta. Powstał z inicjatywy dwóch specjalistów psychologa i psychiatry na przełomie lat 40. i 50. XX wieku w stanowym szpitalu w Minnesocie w Stanach Zjednoczonych.

szego hostelu w Szopienicach dla pacjentów chorujących na schizofrenię. Od władz miasta na początku lat 90. udało nam się uzyskać budynek, który był nadzorowany przez nasz zespół. Potem, już po latach, powstał warsztat terapii zajęciowej, ale hostel był pierwszą strukturą środowiskową powiązaną z oddziałem.

**R.M.:** Mówisz o praktyce dobrej współpracy pomiędzy różnymi nie tylko ludźmi, ale też jednostkami, jak poradnia, oddział dzienny, stacjonarny, hostel. O wspólnych naradach w kontekście myślenia środowiskowego, snuciu refleksji, jak pomagać pacjentom, ale też o wątkach ciągłego poszukiwania wśród lekarzy i psychologów inspiracji, gdy wspominasz chociażby psychoterapię transpersonalną. To właściwie cały nurt, a można by powiedzieć, że w psychologii akademickiej dział psychologii i psychoterapii reprezentowany między innymi przez Stanisława Grofa, Timothy’ego Leary’ego, Kena Wilbera i innych, w Polsce kompetentnie opisywany między innymi przez prof. Bartłomieja Dobroczyńskiego.

Wracając do twoich wspomnień, ciekawi mnie, jak ten nurt, te inspiracje przejawiały się w waszej praktyce psychoterapeutycznej. Przecież leczenie psychoz to często szkoła akceptacji bezradności, ograniczoności i praca u podstaw w integrowaniu self pacjenta, bardzo trudna i wymagająca.

**K.K.:** Zespół Jacka Przyłudzkiego w Siemianowicach zainteresował się rebirthingiem Leonarda Orra, czyli ideą pracy z oddechem i wykorzystaniem hiperwentylacji dla uzyskania efektów terapeutycznych. Nie wiem, czy ta koncepcja ma dzisiaj swoich kontynuatorów, ale współcześni terapeuci reprezentujący nurt prenatalny nawiązują do tamtych technik i idei „przepracowania traumy narodzin”, sięgając jeszcze do okresu przed narodzinami. Podchodziliśmy do tych nowinek z pewnym dystansem, ale i zaciekawieniem. Potem pojawił się Gestalt, no i dalej nurt, którym się zajął Jacek, a o który ja się trochę otarłem, czyli Psychoterapia Zorientowana na Proces (POP) z Arnoldem Mindellem — jego twórcą, mocno inspirującym się Carlem Gustawem Jungiem. Odbiliśmy sporo wspólnych warsztatów w tym podejściu i spotkań.

**R.M.:** Teraz chyba wyraźniej widzę, że to był okres poszukiwania w psychoterapii i psychiatrii, rozumienia przyczyn różnych zaburzeń, prób wyjaśniania ich genezy czy szukania pewnych składowych mogących naświetlić obszar czynników predysponujących czy wywołujących zaburzenia psychiczne, jak na przykład psychozy, co było charakterystyczne nie tylko dla zachodniej myśli, ale też naszej rodzimej.

**K.K.:** Oczywiście, była w naszych poszukiwaniach potrzeba zrozumienia psychoz, ich mechanizmów psychologicznych i współdziałania czynników środowiskowych, komunikacyjnych, które w sposób dość przypadkowy trafiały do nas z Zachodu. Pragnienie, czasem dość naiwne, wyjścia poza utarte schematy. Byliśmy wtedy bardzo „antypsychiatryczni”, złąknieni pomysłów na inne niż klasyczne i akademickie wyjaśnienia. Pamiętam, że jak podczas któregoś dyżuru ubrałem się w tradycyjny biały fartuch lekarski, to moi koledzy zareagowali na mój strój takim zdziwieniem i ironicznymi komentarzami, że szybko zdjąłem ten fartuch. Zachęcaliśmy pacjentów, aby chodzili we własnych ubraniach, wychodzili z piżam, a też sami nie przebieraliśmy się w oznaczające osoby z personelu, lekarskie kitle. Szef chodził w takim trochę uniformie, właściwie kurtce, która go wyróżniała. Myślę teraz o tym z pewnym uśmiechem, przypominając sobie, że było dla nas powodem do dumy usłyszeć od rodzin pacjentów, że właściwie to się nie różnimy specjalnie od nich. Była w tym naszym podejściu zapewne maniera i może demonstracja, ale wspominam je z sentymentem.

Pewną inspiracją w tamtym okresie była też grupa osób, które spotkałem podczas stażu specjalizacyjnego w klinice w Tarnowskich Górach. Wtedy, w 1986 r. zaczęły się także moje szkolenia w Krakowie prowadzone jeszcze w systemie, który bardziej przypominałby dzisiejszą specjalizację z psychoterapii, organizowane przez Centrum Kształcenia Kadr Medycznych. Pamiętam swoje pobyty w ośrodku prof. Aleksandrowicza, też oddział C krakowskiej kliniki, staż w krakowskiej Klinice Nerwic. Tamtejsza grupa terapeutyczna pracowała wtedy w podejściu najbardziej przypominającym Gestalt połączony z elementami myślenia psychodynamicznego, które wprowadzał dr Piotr Drozdowski. Utkwiła mi w pamięci dr Danuta Fortuna, która przez jakiś czas pracowała u Wiktora Frankla w Wiedniu i zajmowała się podejściem logoterapeutycznym. To były ważne i ciekawe rozmowy i doświadczenia. To, co zapamiętałem ze swoich krakowskich doświadczeń, to wtorkowe spotkania, zwoływane co tydzień przez prof. Adama Szymusika w podziemiach kliniki. Stawiali się tam niemal wszyscy pracownicy kliniki i często zapraszani, zagraniczni goście, zwłaszcza z za, nieco już chwiejącej się, żelaznej kurtyny. To była okazja osobistego spotkania z ludźmi z odległego dla nas świata, co stanowiło powiew świeżości w czasach, kiedy publikacje na temat współczesnych nurtów psychoterapii były nieliczne i słabo dostępne.

**R.M.:** Właściwie można byłoby myśleć o części spotkań wtorkowych (tych poświęconych psychopatologii, psychoterapii i badaniom nad psychoterapią) za odpowiednik seminariów szkolenia psychoterapeutycznego.

**K.K.:** Tak, to była jedna z części mojego początku szkolenia w psychoterapii. Kolejna, równie ważna, to kurs terapii systemowej zorganizowany przez krakowski zespół Zakładu Terapii Rodzin u nas, czyli na terenie szpitala w Katowicach Szopienicach. Warsztaty i wykłady prowadziły takie postaci, jak prof. Maria Orwid, Barbara Józefik (dzisiaj również profesor), Małgorzata Wolska. Ważnym osobistym doświadczeniem była grupa genogramowa prowadzona przez Ryszarda Izdebskiego, która stanowiła dopełnienie mojej pracy nad własną problematyką i historią mojej rodziny. Ryszard był osobą otwartą i bezpośrednią, potrafiącą podsumowywać nasze przeżycia, uczucia i wspomnienia w sposób przekonujący, dosadny i bez ogródek, a jednocześnie zachowując dużo taktu, poczucia humoru i dystansu. Potrafił rozmawiać o naszych trudnych doświadczeniach, dając duże poczucie bezpieczeństwa. Charakteryzowało go mistrzostwo w pozytywnym przeformułowywaniu, a też otwartość na różne konteksty, uwikłania kulturowe. Z jednej strony traktowałem to doświadczenie genogramowe jako szkoleniowo-seminaryjne, ale też bardzo mocno terapeutyczne i wglądowe. Było intensywnie, emocjonująco, blisko psychoterapii grupowej, choć opartej o nasze genogramy. Grupę powtarzaliśmy po roku, podsumowując swoje refleksje i zmiany, jakie zaszły w życiu jej uczestników. Później w pracy w oddziale często korzystałem z podejścia strategiczno-systemowego i razem z psychologką Ireną Wytyczak organizowaliśmy serie spotkań rodzinnych, dających często zaskakująco pozytywne rezultaty w przypadku tzw. trudnych pacjentów.

**R.M.:** Jak cię słucham, Krzyśku, to przychodzi mi taka myśl, że było w tobie dużo otwartości na różne podejścia do rozumienia pacjentów i ich rodzin. Jak opowiadasz, to wspominasz znaczące szkoły psychoterapeutyczne, z których każda próbowała coś wnieść do rozumienia cierpienia człowieka, jego problemów.

**K.K.:** Dla mnie różnorodność była punktem wyjścia, ale nie wiem... Dzisiaj bym chyba nie polecał takiej drogi psychoterapeucie, który rozpoczyna swoje kształcenie. Oczywiście



ważne jest zdobycie ogólnego doświadczenia dotyczącego na przykład psychiatrii, psychopatologii. Nie wyobrażaliśmy sobie, że można się zawęzić do pracy w gabinecie i myślenia w jednej modalności. Wciąż sięgaliśmy do różnych źródeł. Pamiętaj, że nie było wtedy w Polsce szkół psychoanalitycznych zorientowanych na jedno podejście. Pierwsze instytuty psychoanalityczne zaczęły powstawać dopiero pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Pierwszy zjazd Towarzystwa Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej, w którym uczestniczyłem, odbył się pod Warszawą na początku 2000 roku. Byłem tym bardzo zainteresowany, ale trudno było mi się zidentyfikować bez reszty z jedną szkołą. Myślę, że z jednej strony to zasób, taki romantyzm tamtych czasów, z drugiej jednak pewne ograniczenie, że nie szkoliliśmy się od początku w jakimś jednym wybranym nurcie. Uważam, że w psychoterapii polskiej skupionej w tamtym czasie wokół dużych ośrodków — krakowskiego czy warszawskiego — panowała atmosfera pewnej niedopełnionej tęsknoty za psychoanalizą, którą każdy trochę znał, trochę uprawiał, a może bardziej wydawało mu się, że ją uprawiał. W gruncie rzeczy bardzo niewielu miało jakieś realne doświadczenia, które dzisiaj uważa się za podstawę szkolenia psychoanalityków. Przecież nikt nie miał za sobą treningu analitycznego. W tamtym czasie na przełomie lat 80. i 90. w Polsce nie było psychoanalityków. Chyba Kasia Walewska była jedną z pierwszych psychoanalityczek w Polsce wyszkolonych za granicą, ale to już było znacznie później. Mieliśmy przed sobą pewne idee psychodynamiczne, które, jak sam wiesz, budował i głosił z dużą energią prof. Jerzy Aleksandrowicz, z podejściem, które dzisiaj jest chyba najbliższe krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej. Nie wiem, czy Jurek by się z moją opinią zgodził, ale na pewno podjąłby z tą tezą prowokującą dyskusję. W tamtych realiach wyjazd na Zachód był poważnym wyzwaniem, chociażby finansowym, niewielu mogło sobie na taką podróż pozwolić. Na szczęście mieliśmy naszych mistrzów, jak wspomniany Jerzy Aleksandrowicz, Maria Orwid, Jacek Bomba, Stefan Leder, Małgorzata Siwak-Kobayashi, Irena Namysłowska, od których mogliśmy się uczyć.

Myśląc o ważnych osobach, muszę powiedzieć o Kazimierzu Bierzyńskim, który był moim superwizorem rekomendującym do certyfikatu psychoterapeuty w 1993 r. Od niego uczyłem się podstaw myślenia i dialogu psychodynamicznego. Dużo mu zawdzięczam, jego wnikliwości, dyscyplinie i zdolności do formułowania interpretacji i pobudzających do myślenia interwencji. Kaziu był superwizorem bardzo wspierającym, ale też wymagającym własnej inwencji i autonomii w nazywaniu trudnych do uświadamiania treści i obszarów. Dużo się od niego nauczyłem.

**R.M.:** Czy mówisz o wnikliwości, czy bardziej o uważności?

**K.K.:** O jednym i o drugim. Głównym nurtem mojego wykształcenia psychoanalitycznego było podejście psychodynamiczne, ale miałem też przygodę szkoleniową związaną z nurtem, który nazywa się Voice Dialogue. Autorom tego podejścia bardzo zależało, aby nie tłumaczyć tego sformułowania na języki narodowe. Mieliśmy trenera terapeutę, z którym jako zespół utrzymywaliśmy kontakt, Gerarda Fazera. Mieszkał w Danii, chociaż z pochodzenia był chyba Austriakiem. Przyjeżdżał do nas na warsztaty, a my przynajmniej raz odwiedziliśmy go całą grupą. To było kolejne, niezwykle doświadczenie. Voice Dialogue jest takim nurtem, który zawiera w sobie elementy podejścia jungowskiego, czerpie też z psychodramy. Być może współcześni psychodramatycy jak Jarek Gliszczynski powiedzieliby, że to trochę „zubożona” psychodrama. Nadal zdarza mi się korzystać z tego podejścia.

Był też taki okres, kiedy się interesowałem podejściem ericksonowskim i dobrze wspominam Krzysztofa Klajsa, u którego odbyłem trzystopniowe szkolenie z hipnozy. Ważne dla mnie, kontynuujące wątek „doświadczeniowy” w psychoterapii.

Po latach, kiedy byłem już superwizorem (otrzymałem certyfikat w 2002 r.), zaangażowałem się w szkolenie, może bardziej doświadczenie, psychoanalityczne. Zaczęło się chyba w 2007 i trwało przez kilka lat. Iwona Nidecka-Bator, a potem Marzena Kaim, psychoanalityczki szkoleniowe Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, zdecydowały się prowadzić w Katowicach spotkania seminaryjno-superwizyjne z grupą psychoterapeutów niebędących psychoanalitykami. Część całodniowego spotkania (zgodnie z modelem i tradycją tego nurtu) zajmowały omówienia podstawowych tematów w psychoanalizie w ujęciu postkleinowskim (independents)<sup>2</sup> na podstawie artykułów i dostępnych publikacji, a druga część to superwizja pracy z pacjentami. Spotykaliśmy się raz w miesiącu i to było bardzo inspirujące. Dzięki temu wiele psychoanalitycznych pojęć, wcześniej rozumianych powierzchownie i teoretycznie, stało mi się bliskich i przekładalnych na język praktyki terapeutycznej. To ogromny zasób, z którego nadal korzystam i jestem wdzięczny paniom Iwonie i Marzenie za ich zaangażowanie, dzielenie się własnym doświadczeniem i otwartość na niepsychoanalitycznych psychoterapeutów.

**R.M.:** Myślę, że była w tobie duża otwartość, ale też fascynacja psychoterapią, różnymi jej nurtami. Rozumiem, że cały czas kontynuowałaś specjalizację z psychiatrii.

**K.K.:** Tak, ukończyłem specjalizację w 1990 roku i dalej pracowałem na psychiatrii już jako zastępca ordynatora, czyli mojego szefa. Nasz zespół lekarsko-psychologiczny się rozszerzył. Poznałem Anię Gąsiorek-Pakosz, Andrzeja Paluchewicza i Macieja Żerdzińskiego. Każde z nich to indywidualność. To były czasy, kiedy bardzo się interesowałem psychoterapią i zaczynałem ją uprawiać już w gabinecie, który przez prawie 10 lat dzieliłem z dr. Czumą na IX piętrze superjednostki w Katowicach. Pracowałem jednocześnie jako psychiatra i psychoterapeuta. To były też czasy, gdy nie wyobrażałem sobie życia bez psychiatrii ogólnej, czyli licznych niespodzianek, różnych nowych sytuacji, trudnych spraw, które przywozili pacjenci izby przyjęć. Często zagadek, prób zrozumienia tego, co się dzieje z pacjentem komunikującym się w sposób bardzo ograniczony. To była ciągła fascynacja i zaciekawienie. Widziałem, że nawet „proste” farmakologiczne leczenie może dawać spektakularne efekty. Wtedy też trochę rozumiałem, a trochę nie rozumiałem, jak duże znaczenie dla pacjentów w tych efektach leczniczych ma zdolność kontenerująca oddziału, czyli to, co Wilfred Bion opisywał jako ważny czynnik terapeutyczny. Pamiętam, że większym problemem było dla nas — mam na myśli personel — jak wypisać pacjenta, jak go zachęcić do opuszczenia oddziału, w którym czuł się bezpiecznie, niż jak go przyjąć wbrew jego woli.

**R.M.:** Rozumiem, że pacjenci wiązali się z wami tak jak można się związać z wystarczająco dobrym miejscem, parafrazując winnicottowskie pojęcie wystarczająco dobrego obiektu macierzyńskiego, którym w tej sytuacji był twój oddział. Tworzyliście środowisko stabilne, wspierające i rozwojowo kreatywne, co ma ogromną wartość dla pacjentów.

<sup>2)</sup> Independents to grupa niezależnych psychoanalityków, która uformowała się w związku z konfliktem pomiędzy zwolennikami podejścia Melanii Klein versus podejścia Anny Freud. Grupa Independents uznawała wartość obu wyżej wymienionych podejść w rozumieniu zjawisk życia psychicznego. Do jej grona należeli między innymi Michael Balint, Donald Winnicott, Paula Heimann, Margaret Little, Ronald Fairbairn.

**K.K.:** Tak. Czuli się bezpiecznie i to ich stabilizowało. To środowisko oddziału, jakkolwiek czasami ubogie w wyposażenie, dawało możliwość osiągnięcia równowagi, choć często kruchej, często takiej, która po wyjściu ze szpitala była szybko naruszana przez rzeczywistość.

Wtedy znowu w moich myślach pojawił się wątek, który ukierunkował mnie z powrotem w stronę tego oddziału, który opuściłem na początku swojej drogi. Zacząłem się interesować depresjami i na początku myśl była prosta. Czy pacjenci z depresją, często ograniczani w ekspresji, cierpiący, źle znoszący różne sytuacje zamieszania w oddziale ogólnopsychiatrycznym, nie mogliby mieć jakiejś osobnej formy leczenia, zwłaszcza wzbogaconej o oddziaływanie psychoterapeutyczne. W ten sposób wynegocjowałem swoją pierwszą niezależność, jaką było utworzenie pododdziału leczenia depresji. Pomysł był dość nowy i, jak na nasze warunki, kontrowersyjny. Inspirowałem się ideą niemieckich Depressionstationen, ruchu, w który był zaangażowany nasz kolega pracujący w Niemczech nieżyjący już psychiatra Roman Szczęsny. Razem z Jackiem Przyłudzkim odwiedziliśmy go w latach osiemdziesiątych i później miałem okazję kilkakrotnie bywać w niemieckich ośrodkach w ramach organizowanych przez Andrzeja Cechnickiego spotkań Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

**R.M.:** Czym ci pacjenci cię zaintrygowali, czy coś w nich było takiego, co cię ujęło? Czy w tej chorobie coś cię ciekawiło, a może nie dawało spokoju? Słyszę w twojej wypowiedzi, że chciałeś dać im warunki leczenia inne niż wtedy dostępne, bardziej dostosowane do ich potrzeb.

**K.K.:** To, co było najbardziej interesujące dla mnie, to to, w jaki sposób można zrozumieć depresję, jej psychogenezę i tło rodzinne. Razem z kolegami i koleżankami byliśmy wtedy na fali myślenia systemowego i stworzyliśmy pododdział depresji obejmujący jedną grupę. Wtedy pracowałem z Magdą Pirożek-Ławniczek, koleżanką pasjonującą się różnymi wątkami psychoterapeutycznymi, która później wyjechała do pracy badawczej w firmie farmaceutycznej w Zurychu. Podchodziliśmy do historii naszych pacjentów w sposób bardzo uporządkowany, przyjmując perspektywę systemową, a potem poznawczą. Zachęcaliśmy ich do analizowania swoich depresyjnych kryzysów w przebiegu życia i z tego powstało wiele materiału do przemyśleń, klinicznej refleksji, być może badań i opracowań. Ostatecznie potem, pododdział depresji przekształcił się już w bardziej samodzielny Oddział Depresji i Zaburzeń Lękowych, trochę, żeby się oddzielić od tej wcześniejszej nerwicowej konotacji, czyli Oddziału Leczenia Nerwic. Dobrze czy źle, już nie wiem. Wtedy, pod koniec lat 90., powołaliśmy do życia, obok psychoterapeutycznej grupy depresyjnej, grupę psychodynamiczną dla pacjentów z nerwicami i zaburzeniami osobowości. Kiedy analizowaliśmy genogramy i historie życia tych pacjentów to okazało się, ku naszemu zaskoczeniu, że większość z nich miała w przeszłości incydenty hipomaniakalne albo maniakalne. Połowa z tych pacjentów, których uważaliśmy za depresyjnych, kwalifikowałaby się, w świetle powstających wówczas kryteriów spektrum zaburzeń dwubiegunowych, właśnie do tej kategorii. W 2000 r. utworzyliśmy nową grupę terapeutyczną dla pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. To był nowy pomysł, prawdopodobnie pierwszy w Polsce. Później miałem okazję poznać w Barcelonie zespół i system pracy prof. Eduardo Viety, który niezwykle harmonijnie łączył współczesne myślenie i badania biologiczne w dziedzinie zaburzeń afektywnych z oddziaływaniami psychospołecznymi i psychoterapeutycznymi.

**R.M.:** Dzięki solidnej pracy terapeutycznej — mam na myśli genogramy — i śledzeniu dróg życia pacjentów uzyskałeś, wraz z zespołem, istotne spostrzeżenia, jeżeli nie odkrycia, dotyczące opisu określonej symptomatologii, a także być może późniejszego leczenia. Czy doczekały się opublikowania?

**K.K.:** Mieliliśmy kilka wystąpień na konferencjach, ale nie udało się nigdy rozwinąć wątków badawczych, zabrakło naukowych opiekunów i autorytetów, pewnie też czasu i determinacji, dominowała praktyka. To jest jedna z tych rzeczy, których dzisiaj trochę żałuję, może jeszcze będzie czas na pisanie?

Pamiętam, że kiedy próbowałem się rozeznawać w środowisku, czy odrębny oddział dla pacjentów depresyjnych powinien funkcjonować, to nie spotkałem się z entuzjazmem moich kolegów, którzy mówili „wiesz, to będzie bardzo smutne... nie dacie sobie rady przygniecie was... to trudne, nie do przerobienia”, ale okazało się, że tak wcale nie było. Było sporo konfliktów, agresji, napięć, czasem trudnych do rozładowania i przepracowania, ale też i radości.

**R.M.:** Pacjenci depresyjni są nie tylko smutni.

**K.K.:** O czym się bardzo dobrze przekonaliśmy. No, a po odkryciu tego aspektu dwubiegunowego, to pole jeszcze bardziej się rozszerzyło. Myślę, że stworzyliśmy jedną z pierwszych grup stacjonarnych dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Potem, gdy już zostałem szefem oddziału, wróciliśmy do nazwy oddziału zaburzeń afektywnych i nerwicowych, i do tej pory on się tak nazywa.

**R.M.:** Pamiętasz, w którym to było roku?

**K.K.:** Myślę, że tworzyliśmy go na początku lat dwutysięcznych. Panowała w nim atmosfera pełna zaangażowania i otwartości w zespole. To było niezwykle przyciągające. Przychodzący do nas z różnych stron stażyści często zostawali u nas na stałe. Niektórym zdarzało się pracować za darmo przez pół roku po to, żeby mieć szansę na zatrudnienie etatowe. Postacie, które pojawiały się w tamtym czasie w zespole i odegrały ważną rolę w jego kształtowaniu, to: Magda Klasik, Bartek Wrona, Teresa Wajand, Ola Zachariasiewicz de Abgaro (Niesler), Maja Zachariasiewicz de Abgaro (Kowalska), Małgosia Kalinowska, Ania Różycka.

**R.M.:** Udało Ci się stworzyć zespół z klimatem, przyciągający różne osoby. W którym dobrze się czuły, dobrze się im pracowało.

**K.K.:** No tak, chyba można tak powiedzieć o atmosferze pracy w tamtych czasach, w tamtym zespole, panującej nie tylko dzięki mojej osobie.

**R.M.:** Do kiedy szefowałeś oddziałowi?

**K.K.:** Do 2013 roku, kiedy podjąłem decyzję o odejściu.

**R.M.:** Chciałbym jeszcze powrócić do wątku szkolenia w psychoterapii. Właśnie dotarło do mnie, co powiedziałaś, iż zachęcałbyś terapeutów, żeby szkolili się w jednym podejściu i ostrożnie uzupełniali wykształcenie o inne podejścia. Jednocześnie, widzę u ciebie dużą ciekawość różnych podejść, różnych sposobów rozumienia pacjenta i jego psychopatologii przy zachowaniu wierności pewnej bazie, mam na myśli myślenie psychodynamiczne.

**K.K.:** Pamiętam, jak podczas rozmowy już po egzaminie superwizorskim w wykonaniu duetu Jacek Bomba i Kazimierz Bierzyński padło pytanie o orientację, która jest mi najbliższa i wtedy sobie uświadomiłem, że zgodnie z prawdą staję się coraz bardziej integracyjny. O ile mogę powiedzieć, że jestem zidentyfikowany z myśleniem psychodynamicznym,

to równocześnie jest mi bardzo bliska integracyjność zgodna z moim doświadczeniem rozwojowym jako psychoterapeuty. Trudno by mi było pozostać tylko w jednym nurcie czy jednym podejściu. Odbierałbym to jako ograniczenie.

**R.M.:** W swoim rozumieniu pracy klinicznej czerpiesz z różnych podejść psychoterapeutycznych. To raczej zasób, ale też pozwolę sobie powiedzieć o czymś, co odczuwam, słuchając tego, co mówisz. Pojawia się we mnie jakiś rodzaj tęsknoty, myśl o czymś przemijającym. Możesz pomóc mi to zidentyfikować?

**K.K.:** Wiesz, trochę mi smutno z powodu tego, co się stało pomiędzy psychiatrią i psychoterapią w ostatnich dwóch dekadach. Pamiętam, że w latach 80. i jeszcze 90. większość moich kolegów psychiatrów uważało psychoterapię za ważną, nawet konieczną część swojej pracy. Wśród młodych lekarzy częste było przekonanie, że uprawianie psychiatrii biologicznej bez elementu psychoterapeutycznego staje się zawężone i pozbawione głębi. Wiem, że dzisiaj zainteresowanie psychiatrów szkoleniem w psychoterapii jest znikome. Mamy na kursie psychoterapii pojedyncze osoby, które są lekarzami psychiatrami. W tamtych czasach 30, 40 lat temu to było naturalne, że psychiatra powinien odbyć szkolenie, nawet jeśli nie całościowe, to takie, aby miał pewną wiedzę pozwalającą rozumieć zaburzenia psychiczne w wymiarze psychologicznym, ale też większą samowiedzę i świadomość własnych psychologicznych uwarunkowań. Może dzisiaj trochę to idealizuję?

**R.M.:** Być może w tym, co mówisz, jest jakaś idealizacja. Może to część naszej ludzkiej natury, że gdy wspominamy minione lata, to je trochę upiększamy. Jednak chciałbym zapytać cię o wspomniane rozejście się psychiatrii i psychoterapii. Czy to jest proces długoterminowy. Co leży u jego podstaw, a co może być czynnikami podtrzymującymi ten stan?

**K.K.:** Myślę, że różne czynniki tkwią u podłoża tej sytuacji, a jednym z nich jest komercjalizacja. Psychiatra może bardzo dobrze finansowo funkcjonować, nie zwracając sobie głowy psychoterapią. Zapotrzebowanie na porady wciąż rośnie, chociaż z niepokojem słucham o „ultrakrótkich” konsultacjach trwających z górą kwadrans, podczas których padają poważne diagnozy i propozycje farmakoterapii. Szkolenie w psychoterapii jest wymagające, kosztowne i czasochłonne. Uprawianie psychoterapii przez psychiatrę niekoniecznie musi być ekonomicznie opłacalne. To mogą być niektóre przyczyny tego rozejścia, ale myślę, że głębszy czy bardziej podstawowy jego czynnik to dezintegracja, bądź — używając współczesnego języka z nurtów zajmujących się dysocjacją — fragmentacja społeczności lekarzy i psychologów zaangażowanych w problemy zdrowia psychicznego. Odnoszę wrażenie, że środowisko psychiatrów, zwłaszcza tych młodych, nie ma tendencji do integracji, nawet mógłbym powiedzieć, że jest kryzys w tej sprawie. W czasach, gdy robiłem specjalizację, integracja ta była naturalna i oczekiwana. Mieliśmy regularne spotkania psychiatrów z naszego regionu, podczas których toczyły się dyskusje, a lekarze przygotowujący się do specjalizacji wygłaszali swoje prace pogładowe, które potem zgłaszali do egzaminu. Czymś oczywistym, nawet wymaganym przez komisje egzaminacyjne, była przynależność do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Dzisiaj niewielu młodych psychiatrów zapisuje się do towarzystwa, nie widząc w tym ani korzyści, ani głębszego sensu. Zdaje się, że znaczna część aktywnych członków PTP to w tej chwili osoby należące do Sekcji Naukowej Psychoterapii związane ze szkoleniem w psychoterapii i dążeniem do certyfikatu psychoterapeuty. To sytuacja dość kuriozalna, ale psychiatrzy, zwłaszcza młodzi, wydają się jej nie zauważać. Poważnym wyzwaniem

jest integracja środowiska osób zajmujących się zdrowiem psychicznym, psychoterapią i psychiatrią. Może uda się w jakiejś nowej formule?

**R.M.:** Gdy zaczęliśmy rozmawiać, to powiedziałeś, że wpadłeś w psychoterapię grupową na samym początku swojej pracy zawodowej. Myślę, że ten element potrzeby integracji środowiska, integracji grupy, np. lekarzy psychiatrów, ja dodałbym od siebie: i środowiska psychoterapeutów, jest w tobie obecny. Rozumiem, że bycie we wspólnocie, grupie to dla ciebie duża wartość. Dodam, że bardzo ważna też dla mnie.

**K.K.:** Jestem głęboko przekonany, że dojrzewanie psychoterapeuty wymaga identyfikacji z grupą. Myślę, że kształtowanie się tożsamości psychoterapeuty i psychiatry również powinno być dojrzewaniem w grupie innych profesjonalistów, kolegów i koleżanek, nie tylko autorytetów, ale tych mniej czy bardziej doświadczonych, z którymi wspólnie pracujemy, uczymy się i mierzymy z wyzwaniami współczesności. Psychoterapeuta powinien podlegać pewnej grupowej weryfikacji. To jest jedyny sposób na osiągnięcie profesjonalnej dojrzałości. Nie zapewnią tego krótkie staże w klinikach czy szpitalach. Widzę, jak specjaliści oddzielają się i pracują osobno sami w swoich gabinetach, gdzie mogliby mieć kontakty środowiskowe, ale faktycznie ich nie mają.

**R.M.:** Zastanawiam się nad tym, czy to może być proces kulturowy — następuje pewna atomizacja. Kiedy przyjmuję na superwizję terapeutów i pytam, gdzie pracują, to mówią, że w zespole, gdy pytam o ten zespół, kontekst ich pracy, żeby zobaczyć, jakie terapeuta/terapeutka ma wsparcie, na kogo może liczyć, to uświadamiam sobie, że często mówiąc o zespołach, mają na myśli kilka gabinetów, pomieszczeń, w których pracują inni koledzy, często nieznanymi im osobami.

**K.K.:** Zgadzam się. To często ludzie pracujący ze sobą za ścianą, ale rzadko kiedy mający wspólne ze sobą sprawy. Oczywiście są wyjątki i próby tworzenia środowisk i zespołów opartych o inne zasady niż te tradycyjne, oparte o instytucje.

**R.M.:** Mnie się wydaje, że mówisz o takiej zespołowości dotyczącej nie tylko dzielonej przestrzeni, ale też dzieleniu różnych doświadczeń. Taka zespołowość daje dużo wsparcia, zabezpiecza też przed przeciążeniem i przed czymś, o czym mało się mówi. Mam na myśli, że kontekst zespołowy zabezpiecza pacjenta przed psychoterapeutą, który może być nadużywający w relacji z pacjentem czy z powodu własnej niewyleczonej psychopatologii czy z powodu jakiegoś trudnego okresu, w którym się znajduje, a który go nadwyreża, przyczyn może być więcej

**K.K.:** Myślę, że postawa etyczna wpływa ze wspólnej środowiskowej postawy. Weryfikujemy się etycznie, kształtujemy swój warsztat i postawy wobec pacjentów w oparciu o grupę. W samotności możemy popełniać dużo błędów. To, o czym mówisz, co dotyczyłoby zespołów i ich organizowania, to bardzo ważny temat. Trzeba go koniecznie podjąć. Wśród kryteriów przystąpienia do egzaminu na certyfikat psychoterapeuty jest warunek albo posiadania specjalizacji, albo pięcioletniego okresu pracy w ośrodku/zespole prowadzącym psychoterapię. Moim zdaniem to jest niedoprecyzowane, ponieważ pochodzi z czasów, gdy zespoły były czymś naturalnie przypisanym oddziałom, ośrodkom państwowym skupionym wokół dużych instytucji. Dzisiaj ten wymóg się nie sprawdza. Sam dumny sztyl to już za mało. W szpitalach nie ma psychoterapii albo jest jej mało. Ona się rozwija w gabinetach. Znam zespoły (właśnie teraz prowadziłem warsztatowo-superwizyjne spotkanie), które próbują takie małe społeczności tworzyć.

**R.M.:** Rozumiem, że też próbują tworzyć standardy pracy psychoterapeutycznej.

**K.K.:** No właśnie. Może dobrze byłoby przedyskutować te standardy i zaproponować je tym, którzy próbują takie zespoły tworzyć. Rozumiem, że w tworzeniu zespołów jest sporo kreatywności, ryzyka i wysiłku, ale może ich twórcy powinni dostać wskazówki, co jest w budowaniu takich zespołów ważne i wartościowe. Jakie elementy powinny być niezbędne, jakie powinny zaistnieć, żeby wchodzący do takiego zespołu psychoterapeuta mógł korzystać z jego siły i zasobów.

**R.M.:** Jak wiele daje psychoterapeucie praca w dobrze zarządzanym zespole, chociażby intensyfikując proces uczenia się zawodu tym, którzy będą w takim zespole.

**K.K.:** Wydaje mi się, że temat pracy zespołowej tworzącej podstawy doświadczenia klinicznego jest trochę pomijany i upraszczany, a jednocześnie stanowi jeden z ważniejszych wymogów dla terapeuty starającego się o certyfikat psychoterapeuty w SNP PTP. Może warto poświęcić mu więcej uwagi, niekoniecznie wprowadzając wymogi czy regulacje. Może dać jakąś zachętę i w ten sposób tworzyć dla przyszłych psychoterapeutów realne możliwości budowania takich zespołów, tworzenia ich według stałych zasad, np. stałej superwizji, stałych zebrań klinicznych, wymiennego bądź stałego sposobu liderowania czy integrowania zespołu.

**R.M.:** Czy poza wartościami wokołozespołowymi, jeszcze na coś zwracasz uwagę w pracy psychoterapeutycznej i superwizyjnej, a jeżeli tak, to na co. Jakie obserwujesz zmiany na przestrzeni lat w tej materii?

**K.K.:** Bardzo dużo się zmieniło. Na początku wszyscy się uczyliśmy, dużo było spon-taniczności i nieustrukturyzowania. Ważną rolę na mojej drodze spełniła grupa superwizji pod superwizją powołana przez Jarka Gliszczyńskiego na początku lat dwutysięcznych. To doświadczenie do dzisiaj kontynuujemy. Długo by mówić o moich poglądach na temat tego, co jest ważne w grupach superwizyjnych czy indywidualnie w superwizji. Sporo inspi-racji dają mi nie tylko moje własne doświadczenia, ale też praca z grupami superwizorów aplikantów, którą od ponad 8 lat prowadzimy wspólnie z Jarkiem. Współpraca z Jarkiem w ramach Śląskiej Szkoły Psychoterapii i Śląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów w Gliwicach to najważniejsza część mojej aktywności „pozagabinetowej” po 2013 r. To niepowtarzalna okazja do poznawania doświadczonych psychoterapeutów, z różnych części Polski, ich zmagani, poglądów, postaw wobec pacjentów i zespołów, z którymi pracują. My się starzejemy, ale pojawiają się następne pokolenia mądrych, kreatywnych i rozwijających się superwizorów. I wciąż mamy ze sobą coś wspólnego, i potrafimy się spotkać i porozumieć. To naprawdę niesamowite. Śląska Szkoła Psychoterapii to z kolei okazja do poznawania „rodzących się” i dorastających psychoterapeutów, ciekawych świata, zaangażowanych, osadzonych we współczesnych realiach zawodowych. Poruszającym przeżyciem jest obserwowanie, jak się zmieniają w trakcie czteroletniego szkolenia.

Wracając do wartości, o których powiedziałeś: ważne jest dla mnie, na ile osoba pro-wadząca terapię przejawia pewnego rodzaju zaangażowanie i zaciekawienie pacjen-tem, co wydaje się oczywiste, ale nie zawsze takie jest. Mam na myśli i zaangażowanie, i otwartość, w którym jest obecna empatia, ale też myślenie porządkujące i diagnostyczne, nawiązujące do spójnej teorii. Miewam frustrujące i wymagające pracy sytuacje, kiedy psychoterapeuci, nawet po dobrych szkoleniach mówią: „podążam za pacjentem, podążam za procesem” niewiele z tego rozumiejąc i opierając się na swoich ulotnych przecuciach,

domysłach. Oczywiście jest ważne, jakie psychoterapeuta ma fantazje, przeżycia, odczucia, ale dobrze, żeby mógł tę wiedzę odnieść do jakiegoś modelu, nawet zbudowanego z kilku różnych teorii, ale takiego, który by jego samego przekonywał, był względnie spójny i pozwalał zachować pewną konsekwencję w pracy. George Kelly powiedział, że „teoria psychologiczna nie ma wartości, jeżeli odnosi się tylko do innych ludzi, ważne, czy trafnie opisuje zachowanie samych psychologów”. Nawet jeżeli są to różne, przenikające się modele, np. psychodynamiczny, systemowy czy poznawczy. Istotne, aby mieć wystarczające rozeznanie w każdym z nich, aby modele te przekładały się na konkretne interwencje i leczenie trzymało się pewnej całości. Psychoterapeuta musi umieć korzystać z busoli — teoretycznej i emocjonalnej.

**R.M.:** Mówisz o wadze bycia nie tylko przy pacjencie, ale też ważności weryfikowania hipotez terapeutycznych, żebyśmy nie byli tylko jak kroplówka podana pacjentowi, ale jak ktoś, kto w jego wypowiedzi zwraca uwagę na różne sprawy, bada pacjenta, czasami go frustrując.

**K.K.:** Tak, cenię sobie superwizantów, którzy przychodzą ze swoimi otwarcie komunikowanymi emocjami, wrażeniami i fantazjami, ale zwracam też im uwagę, żeby na tym nie poprzestawali. Ważne jest łączenie odczuć, fantazji z konkretnym modelem wyjaśniającym, umieszczającym je w kontekście. Wtedy to ma sens.

W superwizji szczególnie znaczący jest też proces dojrzewania, czyli to, co superwizant i superwizor mogą powiedzieć o tym, jak się sami i ich relacja zmieniają w czasie superwizji. Na ile ich praca ewoluuje, nabiera jakości, na ile stają się bardziej skuteczni, lepiej rozpoznający problemy swoich pacjentów. Na ile psychoterapeuta korzysta z zasobów superwizora, ale też buduje swoją niezależność i autonomię. Sam nie zawsze czuję się „wystarczająco dobrym superwizorem”. Na ten temat mogą wypowiedzieć się pewnie tylko moi superwizanci.

**R.M.:** Jeżeli dobrze cię rozumiem, to przykładasz ucho i oko do procesu indywidualizacji superwizantów. Czy starasz się stwarzać im jakieś szczególne warunki?

**K.K.:** Ująłbym to tak. Według mnie istotne jest, na ile psychoterapeuta jest w stanie korzystać ze swoich doświadczeń wyniesionych z superwizji i psychoterapii własnej, ale i z własnego życia. Na ile jest w stanie odnosić je do różnych modeli teoretycznych, na ile jest w stanie z teoriami się identyfikować. Wreszcie, na ile jest w stanie rozumieć na podstawie swojego doświadczenia, co dzieje się z pacjentem. Myślę, że to, co mówię, nie jest specjalnie odkrywcze. Zachęcam superwizantów, żeby z takiej refleksji korzystali, dbając oczywiście o to, aby superwizja nie przekraczała pewnych granic, gdyż ten obszar ciągle podlega dyskusjom — gdzie w superwizji jest granica pomiędzy nieuprawnionymi psychoterapeutycznymi działaniami a tym, co jest swobodną refleksją superwizanta nad swoim doświadczeniem, skojarzeniami i refleksją. Zazwyczaj pytam na początku spotkania superwizyjnego, czy jest coś ważnego, osobistego, co powinienem jako superwizor wiedzieć. Czasami też pytam, czy superwizanci chcieliby się podzielić tym, co uważają, że odgrywa znaczącą rolę w ich pracy z pacjentami, co się w nich odzywa, rezonuje, pomaga albo przeszkadza im w pracy. Co uważają za powracający temat. Zachęcam psychoterapeutów, żeby o tym mówili. Dla mnie jest ważne, czy mój superwizant ma rodzinę, czy jest samotny, czy ma dzieci, czy ma jakieś aktualne czy przeszłe poważne przeżycia, które go ukształtowały. Nie widzę w tym przekroczenia. Oczywiście daję wolność w odpowiedzi,



nie poświęcam temu nadmiernie dużo uwagi. Myślę, że pewna swoboda w rozmawianiu o tym w sytuacji sojuszu superwizyjnego i zaufania jest bardzo cenna i ważna. Właśnie wtedy psychoterapeuta, rozmawiając już o konkretnej relacji z pacjentem, może się do tego odwołać, delegując coś do własnej terapii, jeżeli problem tego wymaga, a czasem po prostu zauważając coś, co ma znaczenie. To ważna umiejętność dostrzegania własnych reakcji filtrowanych przez swoje doświadczenia w kontakcie z pacjentem. Staram się pamiętać i przypominać, że reakcja przeciwprzeniesieniowa jest złożona z tego, co pochodzi od pacjenta, ale też z tego, co pochodzi z własnych doświadczeń terapeuty. Proporcje bywają różne, ale zawsze są te dwa elementy. Nie możemy żadnego z nich pominąć.

**R.M.:** Jeszcze bym cię spytał o te aktualne zmiany w psychiatrii i psychoterapii: jak je widzisz, czy może też jako część integrowania, łączenia środowiska?

**K.K.:** O samej psychiatrii może trudniej byłoby mi powiedzieć, bo nie pracuję już w szpitalu, ale mając kontakty z kolegami i koleżankami pracującymi w klinikach czy oddziałach szpitalnych, słuchając relacji pacjentów hospitalizowanych, muszę stwierdzić, że nie jestem optymistą. Mam wrażenie, że nie ma zbyt wielu oddziałów, o których kiedyś mi się marzyło, które pełniłyby kontenerującą funkcję dla osób wytraconych z równowagi psychicznej, czy to przez własną psychopatologię czy okoliczności życia. Często to są miejsca — myślę o oddziałach psychiatrycznych — które pomagają w gaszeniu ostrych kryzysów, gdzie dużo jest napięć i trudno osiągnąć jakiś poziom równowagi. Oczywiście zdarzają się takie dobrze pomieszczone miejsca, ale myślę, że jest ich coraz mniej i nie do końca potrafię wyjaśnić, co jest tego przyczyną. Życzyłbym szpitalom kierowania się zasadą Hipokratesa, że dobro pacjenta jest najwyższym prawem. Kibicuję programom pilotażowym centrów zdrowia psychicznego i wiem, że niektóre funkcjonują dobrze, chociaż wciąż nie są powszechne. Gdy rozmawiam z Andrzejem Kłodą, lekarzem i superwizorem pracującym w okolicy Śląska Cieszyńskiego, to słyszę ciekawe i dobre rzeczy o tych programach, jeśli chodzi o walory terapeutyczne, ale też o efekty ekonomiczne tego przedsięwzięcia. Myślę, że takich sukcesów jest niewiele. Nie widzę efektów dostępności różnych form: psychoterapii dla pacjentów na przykład: rodzinnej, indywidualnej, par, grupowej czy szybkiego przyjęcia pacjenta do szpitala w kryzysie. Rozmawiając z kolegami nie widzę rosnącej zdolności systemu opieki zdrowotnej do zachowania ciągłości wrażliwej opieki. Nie mam pomysłu, jak to zmienić, może nie jestem na tyle zorientowany w sytuacji, ale wydaje mi się, że coś szwankuje.

Kiedyś miałem okazję bywać w Niemczech i rozmawiać z kolegami psychiatrami i wydaje mi się, że tam dość dobrze było to zorganizowane. Niemieckie firmy ubezpieczeniowe potrafią kompetentnie podchodzić do tego, co robią szpitale, oddziały dzienne, psychiatrzy, chociaż pewnie nie w sposób doskonały. Być może potrzebne jest pobudzenie prywatnej przedsiębiorczości, ale też konsekwentne monitorowanie systemu przez instytucje ubezpieczeniowe. Tego mi u nas brakuje — rozumnego kontrolera, ale też wrażliwego, rozumiejącego rzeczywistość i potrzeby pacjentów.

**R.M.:** Takiego jak rodzic — czujny i uważny, ale i wymagający.

**K.K.:** Ze swojej perspektywy nie dostrzegam na razie takiej roli państwa czy jakiegos jego kompetentnego reprezentanta, ale może mam pecha. Jeżeli chodzi o psychoterapię, bo też o nią pytałeś, to myślę, że dobrze się stało, iż środowisko zintegrowało się wokół protestu. Pojawiło się wiele cennych działań, spotkań integrujących środowiska. Pokazały

się też różnice pomiędzy nimi. Na przykład odrębne od reszty stanowisko znacznej części terapeutów CBT, choć nie wszystkich. Trudno mi je zaakceptować, chociaż cenię i szanuję ten nurt w psychoterapii.

**R.M.:** Na czym według ciebie polega ta różnica, co ją podtrzymuje i czym może skutkować?

**K.K.:** Wydaje mi się, że dotyczy ona dwóch poziomów. Z jednej strony interesów natury ekonomicznej. Środowisko terapeutów poznawczych/behawioralnych ma swoje oparcie w instytucjach, takich jak na przykład SWPS czy duże uczelnie prywatne mające swoje interesy szkoleniowe. Chcą je realizować dość niezależnie i nie podlegać innym instancjom. Myślę, że to jest jeden aspekt różnic. Drugi ma charakter dość zasadniczy i dotyczy kwestii „kto jest bliższy prawdy” i czyja prawda jest bardziej możliwa do ewaluacji, udowodnienia, według standardów statystyczno-matematycznych. Tutaj rzeczywiście możemy się spotkać z takim myśleniem, z którego wynika, że dla danego zaburzenia udowodniony jest i trafny taki model terapii, a inny nie. I wtedy nie ma już dyskusji, bo nie ma na nią przestrzeni.

**R.M.:** Jeżeli to jest tak przedstawione, to faktycznie mówimy raczej o niedialogowości, a może nawet niechęci do dialogu. Podzielę się jednak z tobą pewną moją myślą. Przypominam sobie ostatnią superwizję jednego z zespołów, z którym się spotykam od dłuższego czasu, w którym pracuje kilka osób szkolących się w metodzie uważności czy rozwinięciu podejścia poznawczo-behawioralnego, tzw. trzeciej fali. Słuchając ich w trakcie superwizji, przyglądając się ich rozwojowi myślę, że być może część terapeutów, szczególnie młodych stażem czy zdobywających pierwsze doświadczenia, potrzebuje takiej pomocy, takiego ABC prowadzenia pacjenta. Co i jak zrobić w danym momencie w kontakcie z nim. Takiego rusztowania pomagającego radzić sobie z własnymi uczuciami czy emocjami pacjenta. Być może szkolenia poznawczo-behawioralne odpowiadają na te potrzeby terapeutów, muszących sobie radzić z bezradnością, niewiedzą, bezsilnością, pustką w kontakcie z pacjentem itp. Z drugiej strony współczesne rozwinięcia szkół poznawczo-behawioralnych coraz bardziej zbliżają się do podejścia psychodynamicznego, chociażby w modelu trybów, schematów Yunga, terapii dialektyczno-behawioralnej M. Linehan, ale nie tylko. Zastanawiam się, jak ty to widzisz, czy podobnie czy inaczej.

**K.K.:** Myślę, że te trzeciofalowe nurty CBT, jak np. ACT (Acceptance and Commitment Therapy — Terapia Akceptacji i Zaangażowania), odchodzą od klasycznych założeń A. Becka, chociaż akceptują podstawowy fundament i się do niego odwołują, korzystając jednak również z innych, opartych na badaniach, teorii i konceptualizacji. Od lat interesuję się podejściem poznawczo-behawioralnym i wielokrotnie zdarzało mi się prowadzić uzupełniające zajęcia z CBT w całościowych kursach psychoterapii. Pamiętam, że tuż przed pandemią, jesienią 2019 roku, uczestniczyłem w dużym, światowym, kongresie CBT w Berlinie, odbywającym się co dwa lata w różnych miejscach. Zjechało kilka tysięcy terapeutów tego nurtu z różnych krajów i kontynentów. Przyznam, że trochę mnie nużyło, kiedy wchodziłem na kolejny wykład i widziałem z jednej strony analizy statystyczne, a z drugiej, mindfulness, mindfulness i... mindfulness. Kiedy jednak uczestniczyłem w warsztatach, spotykałem terapeutów wykraczających poza sztywne modele teoretyczne, wrażliwych na zjawiska relacyjne i różne potrzeby pacjentów. Przyznam, że też nie potrafię tak do końca zaakceptować modelu opartego na protokołach. Rozumiem go, wiem, jakie

daje ramy. Oferuje pewien spokój, kierunek i dyscyplinę pracy. Nie tak dawno odbyłem szkolenie w EMDR<sup>3</sup> i ćwiczyłem związane z nim protokoły. Jest mi trudno pozostawać w relacji, jednocześnie rozumieć ją i przechodzić do zdyscyplinowanego protokołu, chociaż wierzę, że są terapeuci, którzy to potrafią. Obawiam się, że opierając się na schemacie można utracić coś, co jest i, moim zdaniem, powinno pozostać wspólne dla psychoterapii: empatię i swobodny przepływ myśli i uczuć pacjenta i terapeuty.

**R.M.:** Słyszę twój szacunek dla innych szkół delikatnie przeplatający się z pewną ironią czy nawet autoironią, ale też rozumiem, że nadal się szkolisz.

**K.K.:** Tak, wiele się ostatnio dowiedziałem i odkryłem w ramach szkoleń dotyczących współczesnych koncepcji traumy i zjawisk dysocjacyjnych. Myślę, że psychotraumatologia to pewien nowy, do pewnego stopnia odrębny, kierunek psychoterapii, odwołujący się bardziej do pierwotnych koncepcji Pierra Janeta niż do Zygmunta Freuda czy Aarona Becka. To inspiracja wynikająca z lektur, warsztatów, ale też pracy z pacjentami, którym bardzo wiele zawdzięczam.

**R.M.:** Pomimo że dużo dzisiaj mówimy o pracy, szkoleniach, inspiracjach, myślę, że skoro jest w tobie nadal entuzjazm i ciekawość innych, chęć dzielenia się swoim doświadczeniem, czego przykładem jest między innymi nasza rozmowa, to znaczy, że udało ci się uchronić przed nadmiernym zmęczeniem i wypaleniem, do którego, jak mniemam, może bardzo łatwo dojść w naszej profesji. Jesteś ciągle aktywny zawodowo. Co pomaga Ci zachować równowagę, jeżeli oczywiście ją odczuwasz. Czy to są pasje? Jak spędzasz wolny czas, czy przyjaciele lub może najbliższe osoby, twoja rodzina, działają tutaj ochronnie. Jakbyś mógł trochę o tej części swojego życia opowiedzieć.

**K.K.:** Praca wypełnia, niestety, większość mojego czasu, chociaż próbuję to, na razie z miernym efektem, zmieniać. Moja żona, która jest lekarką i zajmuje się głównie organizacją świadczeń zdrowotnych, jest również bardzo aktywna zawodowo, mimo że oboje wkroczyliśmy już formalnie w wiek emerytalny. Jej bliska obecność i energia są dla mnie podstawowym oparciem. Często ściąga mnie na ziemię i zawsze mogę liczyć na jej zdrowy rozsądek i pragmatyzm. Staram się poświęcać czas swojej rodzinie i przyjaciołom, chociaż w mojej sytuacji trzeba to starannie i z wyprzedzeniem zaplanować. Moja córka, która jest psycholożką mieszkającą w Katalonii, stosunkowo niedawno rozpoczęła swoją przygodę z psychoterapią i pracuje w kilku językach. Wymieniamy się doświadczeniami. Przebywanie w innym otoczeniu kulturowym i językowym zawsze mnie odświeża, dlatego pozwalam sobie na spontanicznie zaplanowane wyjazdy każdego roku.

Staram się spożytkować wolny czas aktywnie, choć moją największą pasją jest czytanie, nie tylko fachowej, literatury. Od kilku lat chętnie korzystam z audiobooków, które odsłuchuję podczas jazdy samochodem. Czas spędzony za kółkiem kojarzę z lekturami, bardzo różnymi, od literatury pięknej, historii do esejów filozoficznych. Uważam interpretację tekstów czytanych za osobną sztukę. Znajduję dla siebie w nich wytchnienie i nieodzowną w pracy inspirację. Uważam, że psychoterapeuta czy psychiatra powinien mieć kontakt ze światem i współczesnością nie tylko poprzez swoich pacjentów. Chętnie słucham muzyki,

<sup>3)</sup> Skrót EMDR oznacza **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** — Przetwarzanie i desensytyzacja za pomocą ruchu gałek ocznych. Jest to metoda terapii wynaleziona przez amerykańską psycholog Francine Shapiro do leczenia traumy i zespołu stresu pourazowego (PTSD).

głównie jazzu i klasyki, wypełniam nią często wolne chwile. Unikam, jak tylko mogę, mediów społecznościowych, choć przywiązanie do smartfona nie jest mi obce.

Staram się dbać o ciało i fizyczną kondycję, kiedy tylko jest to możliwe. Moja trenerka personalna od lat trzyma mnie przy życiu poprzez regularne treningi. Lubię jazdę na rowerze, pływanie, górskie wędrówki, chociaż często brakuje na nie miejsca w życiu.

Wypaleniu zapobiega chyba głównie kontakt z różnymi ludźmi, zwłaszcza z młodszego pokolenia, nadążanie za zmianami technologicznymi, zmieniającą się perspektywą postrzegania rzeczywistości.

Na podsumowanie pozwolę sobie na cytaty z mojego ulubionego Milana Kundery: „Myślicie, że przeszłość, ponieważ już się stała, jest ukończona i niezmienna? Ależ nie, jej odzienie uszyte jest z mieniającej się tafty i za każdym razem, gdy się na nią obejrzymy, widzimy ją w innych kolorach”.

**R.M.:** Dziękuję ci za rozmowę.