

Z cyklu: „Sylwetki psychoterapeutów”

PO PROSTU MUSI BYĆ ZROBIONE

ROZMOWA Z DOC. DR HAB. MARIĄ SIWIAK-KOBAYASHI

Wanda Szaszkiwicz — Jesteśmy w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, na Oddziale Nerwic, którym obecnie kierujesz. Swoją pierwszy staż po studiach odbywałam właśnie tutaj, na oddziale nerwic, prowadzonym wówczas przez profesora Stefana Ledera. Pamiętam, że Ty — też tu wówczas pracowałaś — miałaś opinię osoby niesłyszanej wnikliwie myślącej, o ogromnej sprawności intelektualnej. Zapamiętałam nawet takie określenie „kobieta komputer”.

Maria Siwiak-Kobayashi — Och, to nie brzmi jak komplement! Zwłaszcza w odniesieniu do psychoterapeuty.

W. Sz. — Ale wtedy brzmiał w tym prawdziwy podziw. Mnie także podobał się Twój tok myślenia w opisie pacjentów. Był bardzo dociekliwy, precyzyjny, a przy tym przekładał się na praktyczne działanie terapeutyczne. Zastanawiam się, czy te walory miały wpływ na wybór przez Ciebie teorii poznawczej, którą jako psychoterapeuta posługujesz się w swojej pracy.

M. S.-K. — Teoria poznawcza to jest dla mnie teoria, a nie praktyka poznawcza w sensie terapii kognitywnej. W swej pracy opieramy się na określonym sposobie myślenia, przede wszystkim w sensie teorii uczenia. Człowiek, i jako organizm biologiczny, i jako jednostka psychospołeczna, wszystkiego się uczy; wszelkie sprawności i umiejętności są nabywane, rozwijane. Na tym polega zmiana terapeutyczna, że porzucamy jedno i uczymy się czegoś innego. To jest odmienne od terapii poznawczej, zakładającej poszukiwanie schematów poznawczych czy identyfikację myśli. Oczywiście, poszukujemy pewnych schematów, które pojawiają się w życiu pacjenta i określają jego kolejne doświadczenia. To dotyczy całej kliniki, nie tylko mnie. Mnie się wydaje, że w każdej psychoterapii najważniejszy jednak jest kontakt. Jest to vehiculum, bez którego nic, co się dzieje w psychoterapii, nie może zostać przyswojone, przyjęte. Jestem z pokolenia „wychowanego na Rogersie” i pewnie między innymi dlatego doceniam znaczenie kontaktu terapeutycznego.

Nasza klinika w ostatnich latach jest identyfikowana z teorią poznawczo-behawioralną. Pewnie miał na to wpływ fakt, że osobiście zajmowałam się teorią poznawczą w sensie badawczym, ale przede wszystkim to, że jesteśmy ośrodkiem, który pierwszy w kraju zaczął stosować koncepcję behawioralną.

W. Sz. — W jakich to było latach?

M. S.-K. — To był koniec lat sześćdziesiątych. Zaczęło się jeszcze w Tworkach, gdyż do 1970 roku klinika funkcjonowała na terenie Tworek, tak jak cały instytut. Wtedy właśnie

dr Barbara Bigo wróciła z Anglii, po pobycie u doktora Victora Meyera, i wprowadziła do pracy terapeutycznej trening behawioralny, początkowo głównie u pacjentów agorafobicznych. Równocześnie w Tworkach profesor Stefan Leder prowadził metodą behawioralną homogeną grupę pacjentów z natręctwami, co było dość samobójczym pomysłem, w tym znaczeniu, że bardzo trudnym, wyczerpującym. Stosował modelowanie, przesycanie i różne inne techniki niekoniecznie oparte na warunkowaniu. Pamiętam taki moment, gdy pan profesor nie dość, że siedział na podłodze wśród grupy pacjentów z mysofobią, i jako model dla nich dotykał tej podłogi, to jeszcze w pewnej chwili zdjął but i podeszwą dotykał własnej twarzy. Można powiedzieć, że było to dosyć przesycające doświadczenie.

W. Sz. — Rozumiem, że wspominając Tworki mówimy o Twoich pierwszych krokach w psychoterapii. Czy mogłybyśmy sięgnąć jeszcze wcześniej do decyzji o studiach medycznych, a potem wyboru specjalizacji?

M. S.-K. — Do psychoterapii doprowadziły mnie studia psychologiczne, wcześniej jeszcze — medyczne. Dość wcześnie postanowiłam, że będę psychiatrą, a ponieważ jestem z rodziny medycznej, w której są pediatrzy, chirurdzy, anestezjolodzy wszyscy byli przerażeni tym pomysłem. Ten pomysł zrodził się we mnie jeszcze w okresie szkoły średniej; miałam chyba 15 lat, gdy przeczytałam jakąś książkę z tej dziedziny, która mnie zauroczyła. Poza tym mama miała przyjaciółkę psychiatrę, która zresztą swego czasu robiła doktorat u profesora Brzezickiego w Krakowie. I pewnie dzięki tym modelom wybrałam psychiatrię. Pamiętam jeszcze opowiadania o tragedii w szpitalu bonifratrów i o doktor Halinie Jankowskiej, która zdecydowała się zginąć razem z pacjentami. To przemawiało do młodzieńczego idealizmu czy romantyzmu i nastawiło mnie tak, że, gdy szłam na medycynę, wiedziałam, że będę psychiatrą. Rodzina ręce załamywała, a moja mama — pediatra — powiedziała: „No, jak już musisz, to lepiej idź na psychologię”. Ale ja chciałam być lekarzem, a nie psychologiem, bo też — mówiąc nawiasem — wówczas nie miałam dokładniejszego pojęcia, co może robić psycholog z chorymi. Na ostatnim roku medycyny zgłosiłam się na KUL i przyjęto mnie na drugi rok psychologii bez egzaminu.

W. Sz. — Czy również medycynę studiowałaś w Lublinie?

M. S.-K. — Tak. Ten ostatni rok polegał na zdawaniu egzaminów, nie było ćwiczeń. Ja wtedy zdałam dwadzieścia kilka egzaminów (licząc sesje na psychologii i dwanaście egzaminów dyplomowych z medycyny). Ale jakoś sobie poradziłam. Dla mnie uczenie się na KUL-u było rozkoszą, gdyż psychologia była na wydziale filozofii. Było tam dużo historii filozofii, która bardzo mnie interesowała. Równocześnie muszę powiedzieć, że nauka na studiach medycznych nie sprawiała mi kłopotów, za bardzo się do niej nie przykładałam, lubiłam się bawić. Dopiero na psychologii uczyłam się z prawdziwą przyjemnością tych rzeczy, które tam były wykładane. Dotyczyło to szczególnie psychologii osobowości i psychologii klinicznej. Skończyłam psychologię trzy lata po medycynie, już pracując jako psychiatra. W pierwszym roku pracy, podczas którego odbywałam staże, miałam w sumie półtora etatu, bo jeden pełny etat w szpitalu oraz pół etatu stażowego, który obowiązywał na psychiatrii. I jeszcze studiowałam psychologię na studiach dziennych. Ukończyłam tę psychologię w terminie dzięki temu, że było to na KUL-u i studentkami były także zakonnice, które bardzo systematycznie prowadziły notatki. Domyślasz się, że korzystałam z nich. I to jeszcze tak pośrednio, bo miałam kolegę, który był lubiany przez te zakonnice i on mi te notatki dostarczał.

W. Sz. — Jaka to była psychologia? Czego się uczyłeś konkretnie, jakie teorie obowiązywały w tamtych latach?

M. S.-K. — Już w Lublinie weszłam w środowisko, które zajmowało się psychologią osobowości. Magisterium robiłam z Frankla, z nerwicy neogennej u pani profesor Zenomeny Płużek, która organizowała wtedy sympozja z teorii osobowości. Były one bardzo atrakcyjne zarówno poznawczo, jak i towarzysko. Zespół jechał do Kazimierza, zamykał się w klasztorze i bardzo intensywnie pracował, a równocześnie chodził na narty itp. Jedną z metod wówczas wypracowanych, którą zresztą wykorzystujemy dotychczas w szkoleniu psychoterapeutów, polegała między innymi na tym, że uczestnicy takiego sympozjum prezentowali różne teorie osobowości i próbowali potem analizować jeden przypadek z perspektywy różnych teorii. I to mnie bardzo wciągnęło.

W. Sz. — W jaki sposób potem znalazłaś się w Warszawie?

M.S.-K. — Trafiłam trochę przypadkiem, trochę przez odległą znajomość. Dużo zawdzięczam mojej matce, która mieszkała w małym miasteczku. Przyjechała do niego po wojnie, będąc już lekarzem (ja urodziłam się jeszcze za Bugiem). Z tego miasteczka, a raczej z jego okolic, pochodził mój ojciec, który zresztą już nie żył, gdyż zginął „w ramach patriotycznych zrywów”. Mama, która niekiedy usiłowała mnie odwieść od różnych spraw — w tym i od psychiatrii — zawsze, gdy widziała moją prawdziwą determinację, zmieniała front i pomagała. I w tej sprawie też: znalazła kogoś, kto miał znajomości w instytucie. Zgłosiłam się do dyrektora instytutu na rozmowę w sprawie pracy, wiedząc już, że istnieje Klinika Nerwic, ale nie śmiałam marzyć, że się do niej dostanę. Gdy pracowałam w Abramowicach, usłyszałam od koleżanki, która była na stażu, o doktorze Lederze. Dowiedziałam się o różnych cudach, jakie u Niego w instytucie dokonywali, o psychoterapii, o terapii grupowej. Ale było to dla mnie nieosiągalne marzenie. Nie myślałam o tym, że będzie mi dane tym się zajmować. Gdy jednak przyszedłam wtedy do dyrektora na rozmowę i on zorientował się w moich zainteresowaniach, skierował mnie do profesora (wówczas jeszcze doktora) Stefana Ledera na rozmowę. I tak już zostałam.

W. Sz. — Czyli właściwie trafiłaś tu prawie na początku swojej drogi zawodowej? Jakie to były lata? Jak dawno Klinika Nerwic już istniała?

M. S.K. — Ona trwała już około 10 lat. Pod koniec lat 50. powstała jako małe oddział, a potem stopniowo się rozrastała. Właśnie profesor Leder był pionierem zmiany roli psychologa na oddziale. Wcześniej w takich szpitalach (wiem na przykład o szpitalu w Lublinie Abramowicach, bo tam pracowały moje koleżanki) psychologów albo wcale nie było, albo robili testy. Zajmowali się prawie wyłącznie diagnostyką.

Jeszcze z czymś zetknęłam się w Abramowicach, dla których był to dość pionierski okres, zważywszy nurt rogersowski, a mianowicie — powstawał tam ruch telefonu zaufania. W sąsiedztwie tego oddziału, na którym pracowałam, psychologowie, których znałam między innymi z sympozjów organizowanych przez panią profesor Zenomenę Płużek, mieli dyżury w ramach telefonu zaufania. Były to pionierskie działania na tym polu, bardzo dla mnie interesujące. Ja wprawdzie w nich nie uczestniczyłam, ale przyglądałam się, słuchałam opowieści.

W. Sz. — A tutaj w Warszawie weszłaś w zespół już uformowany? Kto w nim był, jeśli w ogóle można mówić o zespole? I jak to rozwijało się dalej?

M. S.-K. — W owych czasach, a było to jeszcze w Tworkach, na oddziale było tylko 20 łóżek i w związku z tym pracowały tylko 2 zespoły. Organizacja pracy była taka, że lekarze prowadzili terapię indywidualną, a psychologowie — grupową. Potem przebywaliśmy przy ul. Dolnej przez rok, aby następnie już przejść do nowego gmachu instytutu przy ulicy Sobieskiego, zresztą jako pierwszy z uruchomionych w nim oddziałów klinicznych.

Muszę powiedzieć, że w swoim życiu zawodowym miałam od początku szczęście do ludzi, trafiałam do dobrych zespołów. Zaczęłam pracować z panią doktor Krystyną Kochańską, która była i nadal jest człowiekiem niezmiernej dobroci. Zawsze była bardzo serdeczna. Ja wywodzę się z Wileńszczyzny, ona zaś mówi tym pięknym akcentem wileńskim i przez to samo już była dla mnie bliska. Z nią byłam w zespole cały czas. Inne osoby się zmieniały, a myśmy trwały. Zmieniali się psychologowie: przez jakiś czas była Ania Kosewska, następnie Teresa Wysokińska. W klinice istniał już wtedy oddział dzienny, mieszczący się w Pruszkowie, w mieście. Pracowała tam dr Barbara Wolniewicz i podówczas magister, a obecnie profesor Czesław Czabała. W klinice pracowały też dr Danuta Kuliszkievicz, dr Irena Zarębska, dr Borys Bekkarewicz, mgr Barbara Bigo. Byli to pracownicy już wtedy doświadczeni w psychoterapii. Zajmowali się też intensywnie pracą badawczą i organizacyjną w stosunkowo młodej wówczas Sekcji Psychoterapii PTP. Nieco wcześniej ode mnie przyszli do kliniki Lidka Mieścicka i Wiktor Bodnar. Na początku lat 70. prowadziliśmy duży program badań nad psychoterapią. Wówczas tworzyliśmy zaprzyjaźnioną grupę młodych pracowników, piszących wtedy swoje doktoraty. Dołączył do nas Bułgar — Aleksy Aleksijew. W tym też czasie nawiązaliśmy bliskie kontakty z krakowianami zajmującymi się psychoterapią. Po powrocie z Anglii zostałam na trzy lata kierownikiem Zakładu Psychologii Medycznej i Psychoterapii, który mieścił się w instytucie, ale formalnie należał do CMKP. To była inicjatywa pana profesora. Wtedy było zainteresowanie opieką podstawową oraz kształceniem lekarzy rodzinnych w szeroko pojętej problematyce psychospołecznej. Zajął się szkoleniem. Pracowała tam ze mną dr Bigo, która właśnie wtedy przeszła na emeryturę, i Celina Brykczyńska, która przeszła do Zakładu z Kliniki Nerwic. Można się więc domyślić, że ideologia psychoterapeutyczna zakładu była kontynuacją teorii i praktyki obowiązującej w Klinice Nerwic. To już był rok 1987.

W. Sz. — Czy mama była już wtedy całkiem pogodzona z Twoim wyborem psychiatrii? No i rozwojem w kierunku naukowym? Od początku zapewne wiedziałaś, że czeka Cię prowadzenie badań, pisanie doktoratu i następnych prac. Jest to jakoś spójne z tą przyjemnością uczenia się, o której wspomniałaś. Z drugiej strony wybór drogi naukowej kojarzy się ze żmudną pracą, pełną wyrzeczeń, w tym także ograniczeniem praktyki terapeutycznej. Wymaga uprawiania dydaktyki.

M. S.-K. — Tak, mama właściwie od razu była pogodzona. Ja natomiast nigdy nie myślałam, że tak powiem, dalekosiężnie: że będę kiedyś docentem czy profesorem. Chciałam tylko zrobić doktorat, uważając to za naturalną kolej rzeczy. Wówczas zresztą niespecjalnie widziałam siebie w dydaktyce. Raczej w pracy z pacjentami. Teraz bardzo lubię uczyć, ale wtedy raczej wolałam praktykę kliniczną. Jakoś stopniowo podjęłam różne aktywności i ciągnę do dziś.

W. Sz. — I to w miejscu, które było pierwszym poważnym miejscem pracy i w którym nadal jesteś. Kto był dla Ciebie pierwszym mistrzem?

M. S.-K. — Pierwszym i najważniejszym był mój ówczesny szef, profesor Stefan Leder. Współpracowaliśmy na wielu polach. Jeśli chodzi o pracę w klinice, był zawsze bardzo

pomocny. Gdy na przykład chorowałam — zawsze był gotów konsultować w zastępstwie. Gdy coś trzeba było zrobić — nigdy nie zawiódł. I trzeba przyznać, że był bardzo lojalny. Jako były szef zupełnie nie ingerował, nie próbował wywierać wpływu na decyzje. Przyznam się zresztą, że ja nie obawiałam się tego, chociaż spotkałam się kiedyś z pytaniem: jak to jest, że profesor bywa prawie codziennie. Przez wiele lat kierował zespołem. Było to zupełnie naturalne, w najmniejszym stopniu niekonfliktowe. I muszę przyznać, że to była jego zasługa, nie moja. On potrafił zachować właściwą proporcję w tym wszystkim: pomiędzy pomocą a zostawieniem przestrzeni na nasze decyzje. Znow miałam szczęście.

W. Sz. — Czy jest jeszcze ktoś, kto wywarł wpływ na Ciebie? Myślę o bezpośrednim kontakcie.

M. S.-K. — Warsztatu badawczego uczyła mnie prof. Zenomena Płużek, psycholog. Jako osoba również ważny był dla mnie prof. Michael Gelder, psychiatra z Oxfordu. Poznałam też osobiście profesora Aarona Becka i Alberta Ellisa, który był bardzo uroczym człowiekiem. Ale najsilniejszy wpływ miał rzeczywiście profesor Leder.

W. Sz. — Wiem, że bardzo ważny dla Twojego rozwoju naukowego i w ogóle dla Ciebie był Twój wyjazd do Anglii. Opowiedz proszę o pobycie w Oxfordzie, co się tam wydarzyło dla Ciebie ważnego? W jaki sposób tam trafiłaś?

M. S.-K. — To była inicjatywa profesora Ledera. Pojechałam do Oxfordu, czyli do ośrodka, który zajmował się głównie terapią poznawczą. Nie odbyło się to tak, że ja „wybrałam terapię poznawczą”. Tutaj u nas byłam osadzona w psychoterapii opartej na uczeniu społecznym, uwzględniającym analizę różnych układów społecznych w historii życia człowieka. Poszukujemy różnych zasad, elementów przeżywania, myślenia i zachowania, które się powtarzają i między innymi na tym polega uzyskanie przez naszych pacjentów wglądu, inaczej niż w terapii psychodynamicznej. Uwzględniamy również doświadczenia dziecięce, bo to jest przecież początek naszego życia i podstawa, na której się buduje dalsze społeczne uczenie. W Oxfordzie trafiłam do zespołu profesora Michaela Geldera, którego znałam już wcześniej. Pojechałam tam — według planu — na rok. Gdy znalazłam się w Oxfordzie, okazało się, że jestem w ciąży. Miałam już dwóch synów (w wieku 8 i 10 lat), którzy byli tam razem ze mną. Na początku ówczesne władze nie chciały ich z Polski wypuścić, bo to był stan wojenny, więc napisałam takie odwołanie, że wobec tego niech władza będzie łaskawa załatwić mi miejsce w domu dziecka dla moich dwóch synów, kiedy mnie nie będzie. Jednak ostatecznie wypuszczono moje dzieci i chłopcy pojechali ze mną. Tam się urodziła moja córka i dlatego zostałam jeszcze na rok.

W. Sz. — Rozumiem, że to bardzo skomplikowało i tak niełatwą już sytuację. Jak sobie poradziłaś ze wszystkim w innym, obcym świecie?

M. S.-K. — Ja mam bardzo duże szczęście do ludzi i ich wsparcie zawsze mi towarzyszy, otacza. Tam była bardzo sympatyczna Polonia, jeszcze z czasów wojny. Proszono mnie nawet do konsultacji jako psychiatrę, gdyż zdarzały się takie przypadki, że człowiek, który tam mieszkał nie mówił po angielsku! Szukano psychiatry dla niego.

W. Sz. — Czyli nie tylko pracowałaś tam na uczelni, ale miałaś okazję prowadzić też pacjentów?

M. S.-K. — W zasadzie nie prowadziłam pacjentów, tylko czasem zapraszano mnie do spraw, w których występowały problemy językowe. Poza tym robiłam też badania. Zawsze bardziej interesowała mnie, wręcz fascynowała, teoria. Jak już mówiłam, swego

czasu zachwyciłam się filozofią, a głównie historią filozofii, poznawaniem ludzkiej myśli, kultury, rozwoju. W Oxfordzie miałam okazję zacząć badania — w sumie chyba stosunkowo niezbyt odkrywczym — porównawczym w sensie poznawczym: jak są rozumiane różne słowa. Jak różne wydarzenia są interpretowane w kategoriach kulturowych i jakie to ma znaczenie w patogenezie zaburzeń depresyjnych i lękowych. To potem stało się przedmiotem mojej habilitacji, w której porównywałam te zjawiska w różnych kulturach.

W. Sz. — Gdy prosiłam Cię o Twoją pracę habilitacyjną, której tytuł brzmi „Rozpacz i drżenie po polsku, angielsku i japońsku — transkulturowe badania nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych”, chcąc się z nią zapoznać przed tą rozmową, powiedziałaś: „to nie jest moje credo”. Zastanawiałam się, co to znaczy, bo z kolei jest w tej pracy zawarte przekonanie o nierozłączności dwóch sfer — emocjonalnej i poznawczej, o czym wspominałaś na początku naszej rozmowy.

M. S.-K. — Bo w mojej pracy nie ma metodologii poznawczej. Nie ma analizy językowej tych pojęć. Poza tym — jak mówiłam — teoria poznawcza w sensie beckowskim nie jest mi najbliższa. Jednakże — co uwidacznia się np. w superwizji, i wszyscy moi superwizanci to wiedzą — moim „konikiem” jest docieranie do znaczenia słów, jak też zwracanie uwagi na znaczenie, w jakim pacjent używa jakiegoś słowa. Również słyszenie wszystkich słów naładowanych emocjonalnie, np. wszystkich przymiotników, które właśnie takimi są.

W. Sz. — Jakie jest źródło tego zainteresowania? Czy było ono takie zawsze, czy zmienił je Twój związek z Japończykiem? Czy nie zainspirował on takiego myślenia?

M. S.-K. — To trochę takie pytanie: „Co było pierwsze — jajko czy kura”? Niewątpliwie to miało znaczenie. Chyba też to, że mąż jest nie tylko cudzoziemcem, ale też językoznawcą, i miałam okazję trochę zetknąć się z jego pracą, również z semantyką. Jeżeli zaś chodzi o różnice kulturowe między nami, czyli mną i mężem, teraz zaznaczają się bardziej niż kiedyś. Na starość człowiek wraca do swoich wczesnych doświadczeń, między innymi pewnie dlatego, że je lepiej pamięta. Teraz bardziej dostrzegam te różnice właśnie, może też dlatego, że mam za sobą więcej rozmaitych doświadczeń.

W. Sz. — Czy można powiedzieć, że jak się jest młodym, to jakoś łatwiej zbliżyć, połączyć podsystemy rodzinne, do tego stopnia, że stwarza się nową jakość? Dodatkowo przecież żyjemy w takim czasie, czasie Europy, czy nawet świata, że nieuchronnie wszystko się miesza, przenika, nakłada. Oczywiście w indywidualnych przypadkach różnie to wygląda, czasem trudniej, czasem łatwiej.

M. S.-K. — Ja myślę, że na początku siły dośrodkowe w parze, a potem w rodzinie, są silniejsze niż te korzenie. Ludzie są sobą zafascynowani, coraz mocniej związani, zaczynają tworzyć wspólne cele, rodzą się wspólne dzieci i tak dalej. Musi powstać wspólna rodzina. A potem, jak już te dzieci dorastają, chciałoby się je kształtować na wzór i podobieństwo swoje, swoich korzeni. I wtedy te różnice zaznaczają się mocniej.

W. Sz. — Jednak czasem te korzenie własne mogą nas „uwierać”, przeszkadzać. Człowiek jest z wiekiem coraz bardziej świadomy tego, które z tych korzeni czy inaczej mówiąc przekazów już jakby „nie pracują”, są zbędne, i myślę, że je wtedy weryfikuje, może nawet odrzuca. I jest miejsce na przyjęcie czegoś od drugiej strony.

M.S.-K. — Myślę, że chyba nie. Te nasze różne zobowiązania — wydawałoby się czasem banalne: pamiętać o imieninach cioci, o urodzinach — to jest bardzo polskie. Ja-

kość też widocznie są potrzebne w relacjach. Gdy mówię o tych powinnościach, hierarchii powinności, na wykładach o Horney, to przytaczam następującą historyjkę. Mamy takie znajome mieszane małżeństwo holendersko-polskie. On jest Polakiem i musi jechać na każde imieniny swojej mamy samochodem z Hagi. Jego żona Rinske mówi: „A wy Polacy, to ciągle coś musicie, a Rinske nic nie musi!”. Jednak w końcu nawet ona bardzo weszła w to kulturowo.

W. Sz. — W swojej habilitacji, której przedmiotem są badania transkulturowe, porównujące grupę chorych na depresję i zespoły lękowe, Japończyków, Anglików i Polaków, piszesz o uniwersalności struktur poznawczych dla określonego zespołu chorobowego. O tym, że różnice dotyczą jedynie odmienności znaczeniowych odbijających się w doniosłości poszczególnych myśli, w obrębie zasadniczo tych samych czynników. Czy możesz wyjaśnić bliżej, na czym te różnice polegają w badanych grupach i powiedzieć coś więcej na ten temat?

M.S.-K. — Najbardziej charakterystyczna różnica polegała chyba na tym, co składało się na pojęcie wyodrębnionego w badaniach czynnika „choroby” jako przedmiotu lęku w trzech grupach narodowych. O ile u Polaków i Brytyjczyków dominował lęk przed śmiercią i utratą kontroli, o tyle u Japończyków pojęcie choroby wiązało się przede wszystkim z aspektem cierpienia fizycznego i zagrożenia z zewnątrz.

W. Sz. — Piszesz też w swojej pracy, że Japonia jest taka „zwesternizowana” i że różnice między nią a wschodnią Europą są często na „naszą” korzyść. Ciekawa jestem, co myślisz o tym prywatnie, jeździłaś tam przecież z powodów osobistych.

M. S.-K. — Nawiasem mówiąc myślę, że trudno wyniki jakichkolwiek badań interpretować w kategoriach, która grupa wypada „korzystniej”. Właściwie Japonia jest bardziej „zamerykanizowana”. Ale nigdy nie byłam długo w Japonii, najdłużej trzy miesiące, dłużej już nie.

A więc moje osobiste obserwacje nie są zbyt dogłębne. I może na szczęście — z punktu widzenia tzw. obiektywizmu badacza.

W. Sz. — I pracowałaś tam kiedykolwiek, czy były to tylko wyjazdy rodzinne?

M.S.-K. — To były wyjazdy głównie rodzinne. Pracowałam tylko na samym początku, będąc na stażu w klinice, ale też tylko 3 miesiące.

W. Sz. — Byłoby do wyobrażenia dla Ciebie życie tam dłużej, zawsze?

M. S.-K. — Gdyby było do wyobrażenia, to bym chyba tam mieszkała. Jako gość czułam się bardzo dobrze, bo wszyscy byli bardzo życzliwi. Ale nie znam japońskiego, więc nie wszystko rozumiałam. Ponieważ mam raczej naturę optymistyczną, pamiętam bardziej pozytywy niż negatywy. W moim odczuciu miałam bardzo dobrą relację na przykład ze swoją teściową.

W. Sz. — A to ciekawe. Ja mam znajomych bliźniaków w Zębie, najwyżej położonej w Polsce wsi podhalańskiej. Są góralami. Jeden z nich ożenił się z Japonką, ma z nią już dorosłego syna. Po ich rozstaniu, jego była żona nadal przyjeżdża z Japonii do Zębu, do swojej teściowej, starej góralki, w odwiedziny. Bardzo się lubią i dobrze rozumieją. Nie mówiąc o jego synu, który mieszka w Japonii i też bardzo lubi te wizyty. Czuje się jakoś „u swoich” w tym Zębie. Chyba lepiej niż w Warszawie, gdzie mieszka jego ojciec, do którego też jeździ. A jaką orientację mają Twoje dzieci — bardziej polską czy japońską?

M.S.-K. — Dzieci mają — jak mi się wydaje — absolutnie polską orientację, bo tutaj

się wychowują. Choć pewnie nieraz mają kłopoty z pełnym poczuciem identyfikacji, zwłaszcza że czasem spotykały się z przejawami nietolerancji czy szowinizmu ze strony innych polskich dzieci. U nas są dwa pokolenia dzieci — z różnicą 10 lat. Starsi chłopcy spędzili dwa lata w Anglii, gdzie pod tym względem czuli się bardzo dobrze, nie mieli poczucia wyobcowania. Córka, czyli to następne pokolenie, w okresie szkolnym była już w Polsce i miała rozmaite pod tym względem doświadczenia.

W. Sz. — Chciałam zapytać, czy to połączenie, ta absorpcja kultury japońskiej coś Ci dała jako psychoterapeucie? Czy i co wniosła w myślenie o człowieku, o koncepcji człowieka.

M. S.-K. — Myślę, że nauczyła doceniać inność. To znaczy, doceniać takie znaczenie inności, które buduje, jest twórcze, chociaż też i obciąża. Mnie się wydaje, że właściwie wszystkie psychoterapeutyczne teorie są zgodne z tym, że im węższy repertuar i im sztywniej — tym gorzej. A im bardziej elastycznie i im więcej, i jest z czego wybierać, tym lepiej. Oczywiście, na przykład dla dzieci z mieszanych małżeństw nie jest to łatwe, bywa wręcz nadmiernie obciążające. Ja też doświadczyłam tego ze swoimi dziećmi. Zwłaszcza że dzieci są często nietolerancyjne, często dokuczają z powodu inności. Ale myślę, że gdyby były czystymi Polakami, to też by się mogło zdarzyć, że byłyby chude albo grube, albo rude, albo np. w okularach. Zawsze są jakieś powody do odrzucenia przez grupę i do odczuwania odmienności. Uczymy się sobie z tym radzić. W psychoterapii pomaga mi to trochę lepiej rozumieć pacjentów. Myślę, że wiele doświadczeń związanych z tą moją „kulturową pozycją” w pewnym sensie przeżyłabym również mając męża Polaka, ale tu pewnie one silniej zadziały. Nabrały też bardziej osobistego, emocjonalnego wymiaru.

W. Sz. — Ten wymiar jest dostrzegalny w wielu Twoich publikacjach, również w twojej pracy habilitacyjnej, w „Rozpaczy i drzeniu...”, gdy pięknie piszesz, że celem jej jest poszukiwanie związków pomiędzy „porządkiem serca a porządkiem rozumu”.

Chciałam jeszcze zapytać o pacjentów, z którymi pracowałaś od początku. Czy od strony rozpoznania byli to pacjenci głównie nerwicowi?

M. S.-K. — Głównie zaburzenia osobowości i nerwice. Obecnie mamy bardzo dużo pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. Pierwszą pacjentkę z tym zaburzeniem spotkałam na początku lat 70. I proszę sobie wyobrazić, pytałam moją mamę, podówczas starego pediatrę, o to zaburzenie (bo to oczywiście choroba młodych dziewczynek). Powiedziała mi, że w ogóle czegoś takiego wcześniej nie było! Coś to oznacza, prawdopodobnie to, że — na powszechne pojawienie się tych zaburzeń wpłynęły względy kulturowe

W. Sz. — Właśnie, wróćmy do rozpoznań dawniej i dziś. Coraz rzadziej spotykamy się z rozpoznaniem nerwicy, a przecież dawniej stawiało się je, obok zaburzeń osobowości, dużo częściej. Teraz więcej jest rozpoznań zaburzeń psychosomatycznych. Czy to tylko nazewnictwo uległo zmianie, czy też w dzisiejszym świecie jest mniej nerwic? Przeglądałam Twoje różne doniesienia na temat właśnie zaburzeń psychosomatycznych. Opisujesz w nich wnikliwie mechanizmy powstawania i rodzaje zaburzeń, które dawniej być może nazwalibyśmy nerwicowymi?

M. S.-K. — „Nerwica” jest pojęciem, które się bardzo szeroko przyjęło, choć Cullen wprowadził je właściwie jako element klasyfikacyjny o definicji negatywnej, na określenie zaburzeń niepsychotycznych i nieorganicznych. Zaslugą Freuda było utrwalenie znaczenia tego pojęcia jako rozpoznania zaburzeń czynnościowych, zaburzeń funkcji; „opatrzył” je

też swoistymi mechanizmami patogenetycznymi. Może także dlatego tak się przyjęło, że to jest taki trochę eufemizm wśród zaburzeń psychicznych, nie tak bardzo obciążający, mniej stygmatyzujący. Jest to oczywiście pewna odrębna jakość kliniczna, ale to, co jest najważniejsze, to jest mechanizm psychospołeczny, czyli wyraźny związek przeżywania z objawami, i to w kontekście społecznym. Teraz więcej wiemy o nerwicach w kategoriach teorii stresu, także w kategoriach biologii stresu, psychoneuroimmunologii. Ale na pytanie: dlaczego one powstają, odpowiemy w kategoriach psychospołecznych. W instytucie, w którym pracuję, takie nastawienie psychospołeczne było od początku. W ośrodkach, zajmujących mechanizm nerwicy bardziej psychodynamicznie, mówi się o pierwotnym lęku, konfliktach popędów i norm, i tak dalej; to jest bardziej z pozoru oderwane od biologii, choć równocześnie teoria uważająca popędy za podstawowy dynamizm jest w gruncie rzeczy bardzo biologiczna. U nas zawsze było podejście holistyczne. I traktowane bardzo pragmatycznie. Od początku stosowaliśmy zarówno psychoterapię, jak i leki. Choć te ostatnie jedynie w celu zmniejszenia napięcia do poziomu umożliwiającego uczestniczenie w psychoterapii. Proporcje, w jakich stosowaliśmy leki, zmieniały się w miarę postępu farmakologii. Na przykład nie wiem, czy ktoś się poważny leczył obecnie ciężką nerwicę natręctw bez leków o mechanizmie serotoninowym.

W. Sz. — Czyli nie jest tak, że tych nerwic jest mniej, tylko przybywa wiedzy i tym samym zmienia się trochę rozumienie zaburzeń. I to właśnie dlatego zaczęłaś pisać o chorobach psychosomatycznych?

M. S.-K. — Trochę zadecydował tu przypadek. Ponieważ trafiłam do zakładu psychologii medycznej i psychoterapii, musiałam zająć się tą problematyką. Ale myślę, że zainteresowanie nerwicami jest bardzo bliskie zainteresowania psychosomatyką. Mechanizm zaburzeń jest bardzo podobny. Uważam też, że nie zawsze warto zmieniać nazwy instytucji, co teraz powszechnie się robi. Myślę o nas, o Klinice Nerwic. Jest to tradycyjna nazwa, wszyscy wiedzą o co chodzi.

W. Sz. — Istnieją jeszcze inne kręgi Twoich zainteresowań. Znalazłam je przeglądając Twoje teksty. Na przykład w Twoim doniesieniu z konferencji pt. „Terapeuta wobec prawdy o sobie”, o pacjencie o sytuacji terapeutycznej, znalazłam cytaty ze św. Augustyna, który pozwolił, że przytoczę i poproszę Cię o komentarz: „wejdź w samego siebie, we wnętrzu człowieka mieszka prawda”.

M. S.-K. — To jest właśnie moje credo terapeutyczne. Akurat może *prawda* nie jest tutaj dobrym słowem, bo w psychoterapii nie chodzi o prawdę. Raczej o to, w jaki sposób do człowieka dotrzeć, jak go zrozumieć. To chyba zresztą spowodowało, że pomyślałam o psychiatrii — ona umożliwia „wejście w człowieka”. I równocześnie interesowała mnie filozofia. Widać to z cytowania przeze mnie czasem np. świętego Augustyna czy Pascala.

Z drugiej strony jestem z lekarskiej rodziny, w której w każdym pokoleniu byli lekarze. W związku z tym byłam wychowywana w tej tradycji i może dlatego nie wyobrażałam sobie innego zawodu. Myślę, że gdybym nie była lekarzem, to bym była pielęgniarką. Oczywiście pomniejszanie roli pielęgniarki, lekceważenie jej przez lekarzy mnie nie zachwyca. Gdy ktoś chorował, gdy jeszcze byłam dzieckiem, to ja byłam tą osobą, która przynosiła stołeczek, nakrywała serwetką, podawała lekarstwa. Lubiłam czynności opiekuńcze, w szczególności opiekę nad chorym.

W. Sz. — W jaki sposób zaspokajasz teraz te potrzeby? Jak wygląda struktura waszego oddziału? Czy jest tylko dzienny, czy też masz okazję leczyć chorych przebywających w klinice „stacjonarnie”.

M. S.-K. — Istnieją obie formy, nawet łóżek mamy więcej niż miejsc na oddziale dziennym, których jest zaledwie 14.

W. Sz. — Na dziennym oddziale — jak się domyślam — stosuje się również terapię grupową. Czy Ty też ją prowadzisz? I czy lubisz bądź lubiłaś to robić?

M. S.-K. — Nie, teraz już nie prowadzę grupowej terapii. Jestem obserwatorem. Czasem, z konieczności, zastępując kolegę, prowadzę kurs terapii grupowej, czasem — grupy treningowe. Ale kiedyś pracowałam z grupami dużo i miałam takie przekonanie, że jest to praca łatwiejsza niż indywidualna. Myślę, że w terapii indywidualnej całą odpowiedzialność ponosi się samemu, w grupie wystarczy lekko „popchnąć” grupę i ona pracuje. Grupa ma wielką moc. Do tej pory uważam, że jest bardzo potężnym czynnikiem działającym na człowieka.

W. Sz. — Ponieważ pełnisz funkcję kierowniczą w Klinice Nerwic, chciałabym zapytać, jakim jesteś kierownikiem, jak sobie z tym radzisz.

M. S.-K. — Ta rola mi trochę ciąży. Nie jest tym, o czym marzyłam. Może dlatego, że nie jestem człowiekiem bardzo kontrolującym swój los. Tylko tak się układa po prostu. Ja zdaję sobie sprawę, że mam w tym swój udział, a nie tylko okoliczności mną kierują. Pewnie jakoś mniej lub bardziej świadomie biorę odpowiedzialność za coś, za siebie i innych. Poza tym, jeszcze w szkole bywałam przywódcą w grupie czy może raczej prowodyrem niż przywódcą. Brak mi trochę zamiłowania do porządku w papierach, dokumentach. Zawsze proszę inne osoby, żeby układały np. rozkład zajęć. Nie mam do tego uzdolnień. Ale muszę jeszcze raz powiedzieć, że najczęściej mam szczęście do ludzi. I w różnych dziedzinach się wspieramy. Jeśli chodzi o obszar pracy naukowej, to zaobserwowałam, że prawdziwi psychoterapeuci nie zawsze są twórczymi naukowcami. Praca z pacjentami tak bardzo nas pochłania, że nie ma dość miejsca czy energii na konceptualizację, a nawet zapisywanie, czego dokonujemy z pacjentami. W tej klinice pracuję już trzynasty rok i dopiero zaczynam mieć doktorantów. Robimy programy badawcze, ale nie bardzo potrafimy zmotywować, zainteresować nimi ludzi. Robię sobie wyrzuty z tego powodu.

W. Sz. — Na zakończenie rozmowy powiedz proszę o swojej działalności, tak zwanej społecznej, na rzecz różnych towarzystw. Jakie pełniłaś w nich funkcje. Czy masz poczucie sprawstwa w jakiejś dziedzinie, czy też to było raczej przypadkowe czy przymusowe.

M. S.-K. Właściwie jedyną organizacją, w której działałam aktywnie jest Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zdarzyło mi się pełnić w niej funkcję przewodniczącej na początku lat 90. Jestem też w radzie Międzynarodowej Federacji Psychoterapii (IFP). Działalność taka nigdy nie stanowiła treści mojego życia. Trudno mówić o przypadkowości w tym względzie, chyba raczej o logicznej konsekwencji całej linii życiowej. Choć też nigdy nie miałam poczucia przymusu. Te rzeczy, które trzeba wykonać, staram się robić dobrze w miarę możliwości. Samo bycie przewodniczącym czy szefem mnie — jak to mówi młodzież — nie kręci. Raczej jest to dodatkowe obciążenie. Coś, co musi być zrobione. Zresztą chyba kobiety w ogóle mają trochę takie podejście, bo pełnią w swoich rodzinach obciążające funkcje, od których nie ma ucieczki. Po prostu musi być zrobione. W tym zakresie mam poczucie sprawstwa, jeśli tak to zechcesz nazwać.

W. Sz. — Dziękuję za czas, który mi poświęciłaś mimo wielu zajęć, również wynikających z roli szefa, i za rozmowę.