

PSYCHOTERAPIA TO JEST MOJA PARTIA POLITYCZNA

ROZMOWA Z PANIĄ PROF. MARIĄ ORWID

Mariola Wereszka — *Kiedy zaczęły pojawiać się w Krakowie pierwsze informacje dotyczące psychoterapii?*

Maria Orwid — Wszystko zaczęło się od Antoniego Kępińskiego w latach pięćdziesiątych. Kępiński był bardzo skromny i powściągliwy, dlatego nie nazywał swoich działań psychoterapią, ale mówił: „nawiąż kontakt z chorym, porozmawiaj, zastanów się nad swoimi emocjami”. Tak było od początku i w gruncie rzeczy tak to dzisiaj wspominam. Przyszłam do Kliniki [Psychiatrii CMUJ, wtedy Akademii Medycznej] jeszcze jako studentka w 1952 roku, trafiłam do Koła Naukowego. Mogłam przychodzić tylko raz w tygodniu, bo medycyna ma sporo zajęć. Po dyplomie od października 1953 roku chodziłam na wolontariat, a w 1954 roku dostałam etat. W tym czasie nie używało się określeń „psychoterapia”, a mówiło się: „podejście, kontakt, analiza emocji”. „Posiedź, porozmawiaj, zastanów się” — to były podstawowe słowa. Kępiński zapytany mówił swoim głębokim barytonem, basem właściwie: „nawiąż kontakt, staraj się zrozumieć”. W jego ujęciu psychiatria i psychoterapia były jednością. Niepodobieństwem było badanie psychiatryczne i rozumowanie psychiatryczne, które by tych elementów nie zawierały. Dopiero później, w połowie lat 50., zaczęło się używać terminu „psychoterapia”, a w 1957 roku już zaczęliśmy psychoterapię grupową na oddziale męskim, prowadzoną przez Kępińskiego. Miałam szczęście być tam pełnych siedem lat.

M. W. — Można powiedzieć, że początek psychoterapii to były indywidualne rozmowy z chorymi, a potem ich analizowanie czy dyskusowanie?

M. O. — Tak. Potem dyskutowaliśmy z kolegami o tym, o czym się mówiło z pacjentem, ale nie nazywaliśmy tego wówczas superwizją. To były tylko nasze „kawy” po wizytach, które odbywały się na oddziale Kępińskiego. Tego chcieliśmy, jako młodzi lekarze. Kilka osób przychodziło zawsze, niezależnie od tego, na którym oddziale kto pracował, spotykaliśmy się o 9.00 na Oddziale B, wtedy męskim. Przychodziliśmy na kawę i rozmawialiśmy o różnych rzeczach, nie tylko o psychiatrii, ale głównie o niej. To nie były formalne rozmowy, ale dzisiaj mogłabym powiedzieć, że to były rozmowy superwizyjne, mimo że nie miały tych wszystkich rygorów, jakie mają, powiedzmy, współczesne superwizje. To były „kawy składkowe”, które miały swoją konwencję, swój setting.

M. W. — Takie pierwsze grupy Balinta?

M. O. — Można tak powiedzieć. Prawdziwe grupy Balinta pojawiły się w latach 60., nie pamiętam dokładnie kiedy, ale musiało to być w początkach, bo pod koniec Kępiński już chorował. Spotykaliśmy się w poniedziałki od godziny 16.00, dobrowolnie przycho-

dziło wielu kolegów. Kępiński prowadził tę grupę kilka lat i tam się prezentowało chorych. Wszystko się dyskutowało, nie tylko własne emocje i relacje z chorym, aczkolwiek to stanowiło zawsze centrum. Relacja z drugim człowiekiem znajdowała się zawsze w centrum rozmów i to był jakby *focus* podstawowy. Tło ogólne rozmów stanowiła psychopatologia, której wtedy uczyliśmy się poprzez analizę relacji z pacjentem.

M. W. — Co było dla Państwa źródłem wiedzy o psychoterapii?

M. O. — Wbrew temu, co się często mówi, kto chciał, miał dostęp do literatury. Uczelnia sprowadzała literaturę, przede wszystkim anglojęzyczną. Poza tym Kępiński, który skończył studia w Edynburgu i miał tam jeszcze jakieś znajomości, dysponował niektórymi pozycjami. Pierwszą książką, jaką przyszło mi zreferować na „zebraniu południowym”, była *Psychiatry as interpersonal relations* autorstwa Harry Stack Sullivana.

„Zebrania południowe” odbywały się z inicjatywy prof. Karola Spetta od połowy lat 50. albo nawet wcześniej, codziennie o godzinie 12.00. Polegały na prezentacji chorych, analizie poszczególnych przypadków — psychopatologii, relacji, prognozy leczenia — i dyskusji nad nimi. Kępiński wszystko skrzętnie notował, pozostał z tego cały zestaw notesików zbieranych latami. Te bezcenne notesiki wypełniane przez Kępińskiego „pismem klinowym”, przechowywane są przez prof. Jacka Bombę. Raz w miesiącu „zebranie południowe” poświęcane było referowaniu książek i omawianiu różnych teoretycznych zagadnień, także z neurofizjologii, także z teorii Pawłowa.

M. W. — Wygląda to na bardzo intensywny program.

M. O. — Bardzo. Nasze spotkania nie były sformalizowane, nie było wielu asystentów, kilka osób, dziesięć, może mniej. Nie wszyscy byli w jednakowym stopniu zainteresowani, ale większość była zmotywowana i zaciekawiona. Codziennie spotykaliśmy się na kawie o dziewiątej, gdzie rozmawiało się o wszystkim, a potem między 12.00 a 13.30 na „zebraniu południowym” z prezentacją chorych albo z teorią. I dyskusje. Szalenie żywe, niekończące się dyskusje, często przenoszące się do stołówki. We wtorki po zebraniach katedry szliśmy na „wódeczkę”, gdzie dalej dyskutowaliśmy. Pamiętam te wszystkie lata, jako okres nieustającej dyskusji, której kręgi stopniowo się poszerzały. Potem, w latach 60., bardzo istotny stał się egzystencjalizm w psychiatrii i psychoterapii. Dr Aleksander Teutsch, który znał wspaniale język niemiecki, tłumaczył nam ówczesne teksty psychoterapeutów egzystencjalnych i dyskutowaliśmy wiele na ten temat. Teutsch i Jan Mitarski referowali nam *Allgemeine Psychopathologie* Karla Jaspersa. Po kolei, rozdział za rozdziałem, a każdy robił to inaczej. Dzięki temu byliśmy absolutnie na bieżąco. Słucham jak bajki o żelaznym wilku, że ludzie mieli jakieś trudności [z dostępem do literatury]. Jeśli ktoś się wysilił, był zainteresowany — to nie miał. Myśmy żyli w swoistej enklawie i zajmowaliśmy się właśnie tymi sprawami. W 1960 roku powstała Sekcja Psychoterapii, potem w latach 60. nasze środowisko zaczęło się dzielić i coraz częściej używano słowa „psychoterapia”.

M. W. — Jeszcze wcześniej, w 1955 roku, prof. Kępiński, zaczął wprowadzać pierwsze zebrania społeczności.

M. O. — Tak. W 1955 roku Kępiński na naszym Oddziale B wprowadził zebrania społeczności.

M. W. — Czy to był etap poprzedzający psychoterapię grupową?

M. O. — Tak, poza tym umożliwiło to zmianę postaw personelu. Bardzo dużo się wtedy mówiło o postawach psychiatrów i pielęgniarek. Ale mówmy Kępiński, bo on nie był wtedy profesorem. Profesorem został na trzy miesiące przed śmiercią.

M. W. — Znam tę postać już jako profesora.

M. O. — Tak, ale to jest ważne, aby podkreślić, że w tym czasie mogła wyrosnąć taka postać, mimo że nie był on profesorem. Było dwóch profesorów w Katedrze Psychiatrii: Eugeniusz Brzeziński i Karol Spett, bardzo ważni. Ale to Kępiński był guru.

M. W. — Co przyciągnęło Panią do psychoterapii, bo przecież od początku lat 50. weszły do leczenia neuroleptyki i pojawiła się inna możliwość leczenia...

M. O. — Ale skąd! To nie u nas! Za Kępińskim rozmawialiśmy, że owszem, neuroleptyki zmieniły sposób leczenia, ale przede wszystkim, z czym się zgadzam do dziś, zmieniły postawy lekarzy i pielęgniarek w stosunku do pacjentów. Psychiatrzy stracili poczucie bezsilności, nie byli już zmuszani do pewnych brutalnych i ograniczających wolność chorych zachowań. Neuroleptyki były oczywiście widziane, jako środki chemiczne, które wpływają na pracę mózgu, ale także jako te, które wpływały na mentalność, emocje personelu i na atmosferę na oddziale. W kręgu Kępińskiego nie stawialiśmy alternatywy biologica *versus* czynniki psychospołeczne. Zawsze człowiek brany był jako całość. Kępiński bardzo wcześnie, nie umiem powiedzieć kiedy, sformułował to zdanie, występujące we wszystkich jego książkach: „człowiek funkcjonuje w trzech płaszczyznach: biologicznej, społecznej i psychologiczno-emocjonalnej”. To był kanon.

Co mnie osobiście przyciągnęło do psychoterapii? Nie umiem tego powiedzieć. Po prostu tak rozumiałam psychiatrię. Poszłam na medycynę, żeby zostać psychiatrą, bo interesowało mnie to, co dzieje się z człowiekiem. Zresztą moje zainteresowania zidentyfikował Stanisław Lem, który się mną wówczas opiekował. Wtedy tak do końca tego nie rozróżniałam, ani wcześniej, ani już pracując w psychiatrii i psychoterapii. Było to u mnie naturalne, że człowiek jest jakąś „humanistyczną sprawą”, poza tym, że jesteśmy biologiczni, rodzimy się i umieramy. Nie miałam w swojej historii przejścia od diagnostycznej, redukcjonistycznej postawy do psychoterapii.

M. W. — Jak rozumiała Pani psychoterapię na początku swojej pracy?

M. O. — Psychoterapia na początku znaczyła „nawiązanie kontaktu”. To było kluczowe i podstawowe. Tak też rozumiem ją do dziś. Uważam, że nie swoiste elementy psychoterapii, które zresztą nie były wówczas tak nazywane, ale te, które powinny zaistnieć w każdym myśleniu psychoterapeutycznym i w każdym podejściu, czyli: nawiązać kontakt i wiedzieć, rozumieć, co się dzieje z chorym, ze mną i między nami — to jest najistotniejsze. Wejście w tak rozumianą psychiatrię czy psychoterapię wiązało się z pewnym ogólnym myśleniem o człowieku, także o polityce, sprawach społecznych; był to pewien rodzaj światopoglądu. Kiedy już byliśmy bardziej świadomi, często powtarzaliśmy z [nieżyjącym już] prof. Andrzejem Piotrowskim z Warszawy, również, że „psychoterapia to jest nasza partia polityczna”. Psychoterapia to stosunek do człowieka i do zjawisk, coś więcej niż

wypunktowanie objawów. Myślenie w psychiatrii zawierało tolerancję, pewien dystans, a jednocześnie szacunek dla człowieka. Szacunek to jest coś zupełnie podstawowego i tego szukałam. Dlatego też dla mojego otoczenia wejście w myślenie systemowe nie było żadnym szokiem kulturowym, ale po prostu stopniowym poszerzaniem kontekstu.

M. W. — Czy w Pani odczuciu klimat lat 50. miał wpływ na rozwój myślenia psychoterapeutycznego?

M. O. — Kiedy zaczęłam psychiatrię bardziej serio, w 1954 roku, to był już zmierzch stalinizmu. O ile mogłam się zorientować z rozmów ze starszymi kolegami i ogólnie z atmosfery klinicznej, stalinizm o tyle miał wpływ, że uczyliśmy się także pawłowizmu. Nie oznacza to, że redukowaliśmy psychiatrię do tej teorii. Sam Kepiński wspaniale znał neurofizjologię i uważał, że jest bardzo ważna. Jego zdaniem lekarz powinien znać nie tylko psychologiczne czy społeczne sprawy. Pawłowizm był fragmentem neurofizjologii tamtych czasów.

Jeśli chodzi o wpływy polityczne lat 50. właściwie nie [były one wielkie]. Wcześniej prawdopodobnie były jakieś usiłowania nacisków, ale wtedy nie miałam jeszcze kontaktu z psychiatrią, bo byłam na studiach. Nie odczuwałam nacisku, oczywiście były środowiska poddawane presji i to jest już inna historia, ale nie odczułam tego, pracując w psychiatrii całe swoje życie. Mogę dać taki przykład: psychiatria sądowa była bardzo rozwinięta w tym czasie, prof. Karol Spett, jak mówili obrońcy: „wprowadził prawdziwą psychiatrię na salę sądową”. Wtedy był taki zwyczaj, że milicja przyprowadzała pacjenta do badania i wchodziła razem z nim do pokoju.

M. W. — Uczestniczyli w badaniu?

M. O. — Tak, ale Spett odmówił przeprowadzenia badań przy osobach trzecich. Byłam świadkiem tego zdarzenia. Milicjanci próbowali się bronić, że nie wolno im puścić więźnia, ale Spett był stanowczy i postawił na swoim. To było wcześniej, jeszcze przed przełomem październikowym. Sam Spett nie był rewolucjonistą, wtedy jeszcze nie mówiło się w ogóle o dysydentach. Był człowiekiem i lekarzem bardzo głęboko przekonanym o godności człowieka i ważności tajemnicy lekarskiej.

M. W. — Czy można mówić o specyfice rozwoju psychoterapii w Krakowie?

M. O. — Nie mogę powiedzieć, żeby to był tylko Kraków, ponieważ w tym samym czasie powstała w Warszawie Klinika Nerwic Stefana Ledera, wtedy jeszcze doktora, choć może już po habilitacji. Oba te ośrodki pracowały w zupełnie innym podejściu. Warszawa — w oparciu o teorię uczenia się, w nurcie behawioralno-poznawczym; psychoterapia jest uczeniem zachowań społecznych. Leder w dużym stopniu, organizacyjnie i intelektualnie, przyczynił się do powstania, a właściwie stworzył Sekcję Psychoterapii.

Drugim ośrodkiem był właśnie Kraków, który od początku miał swoją specyfikę. Dla nas samo nawiązanie kontaktu [z pacjentem] było już działaniem psychoterapeutycznym. Niektórych to bawiło, bo uważali to wyłącznie za narzędzie. Przyjmowaliśmy, że jeśli człowiek otworzy się przed drugą osobą i opowie o tym, czego nigdy nikomu nie zdradził, to możemy mówić o procesie psychoterapii. To była różnica między Krakowem i Warszawą.

Poza tym, u nas panowała duża tolerancja i wolność osobista była podstawową wartością, o którą szła walka. Tak było od samego początku.

M. W. — Mówimy o wolności pacjenta?

M. O. — Nie tylko. Mówimy o prawie do wolności pacjenta, ale też młodych lekarzy. Obowiązywała zasada, że każdy miał prawo się wypowiedzieć. Oczywiście była hierarchia, bo była struktura w szpitalu, a już w szczególności w instytucji akademickiej. Hierarchia nie powodowała jednak tego, że polecenia zwierzchnika człowiek wykonywał ze strachu! Natomiast każdy miał prawo do wypowiedzi i do wygłoszenia swojego zdania, nawet jeśli było ono sprzeczne z tym ogólnie obowiązującym. Brzezicki, Spett i Kępiński — wszyscy trzej — mieli inne poglądy, myśleli inaczej, ale to nie miało znaczenia. Ewentualnie powstawały wewnętrzne kręgi wyznawców poszczególnych panów, ale nie miało to znaczenia dyscyplinującego.

M. W. — Można powiedzieć, że specyfiką Krakowa jest myślenie o pacjencie i to jest Kępiński. Ale też, jak mówiła Pani o Spetcie, to jest głęboko zakorzeniony szacunek do człowieka.

M. O. — Szacunek do człowieka oraz niezwykła precyzja myślenia, jeśli chodzi o Spetta. To jest trzymanie się faktów, jak byśmy dzisiaj powiedzieli: *evidence based psychiatry*. Obowiązkiem było pisanie opinii sądowych, każdy z nas musiał to robić całymi latami, musieliśmy to umieć bardzo dobrze. Chociaż w ogóle nie zajmuję się pisaniem opinii sądowych od co najmniej ćwierć wieku, dzisiaj w nocy zbudzona potrafiłabym powiedzieć pewne rzeczy. To była właśnie precyzja myślenia — zbieranie faktów, logiczne ich układanie i rozumowanie. A Brzezicki to była fantazja i absolutna tolerancja. Tolerancja na różne przejawy życia i sposoby zachowania.

Bardzo trudno określić, czym jest specyfika Krakowa, bo to jest cały klimat tego miasta.

M. W. — Artystycznego...

M. O. — Oczywiście. To były bardzo bliskie związki ze środowiskiem artystycznym, szczególnie z plastykami, z malarzami. Prawie każdy z nas miał kogoś bliskiego wśród artystów. Studenci ASP i malarze byli przyjmowani do lekarza bez kolejki, a sporo ich było. To jest nasza „miłość od pierwszego wejrzenia” z Piwnicą pod Baranami. Mam poczucie, że nasze środowisko było wpisane i współtworzyło klimat Krakowa w sposób najzupełniej naturalny. Chodziło o porozumienie ludzi, którzy chcieli ze sobą przebywać, podobnie myśleli i działali. Tym bardziej że był to czas, kiedy prawie nikt nie miał mieszkania, a na pewno nikt nie miał samochodu. Zawsze gdzieś się łąziło i gadało. Piło, owszem...

M. W. — Oprócz Kępińskiego, jakie jeszcze inne osoby uznałaby Pani za znaczące dla rozwoju psychoterapii w Krakowie?

M. O. — Dr Aleksander Teutsch, oczywiście. To była niedościgła subtelność myślenia, którą zachwycał się sam Kępiński. Wyrafinowana subtelność analiz sytuacji, zdarzeń, przeżyć, fenomenów psychopatologicznych, relacji psychoterapeutycznych. Od Teutscha uczyliśmy się egzystencjalizmu. Następnie obecny profesor Jerzy Aleksandrowicz. Jako

młodziutki człowiek był zafascynowany psychiatrią jako siłą napędową i dynamizował sprawę. Świętej pamięci docent Boguchwał Winid, który po swoim pobycie w Stanach Zjednoczonych bardzo szybko poszedł w kierunku psychoanalitycznym. Niekoniecznie udawało mu się od razu te idee zaszcześcić, bo nie były to popularne kierunki myślenia u nas. Potem znalazł swoje środowisko w kręgu klinicznym i poza nim — na pewno był ważną postacią w psychoterapii. Docent Ewa Broszkiewiczowa, która reprezentowała „nurt rzeczywistości”. Mniej koncentrowała się na dywagacjach czysto abstrakcyjnych i nie dlatego, że nie była do nich zdolna, ale uważała, że powinniśmy pracować blisko rzeczywistości chorego po to, żeby mógł do niej wrócić i sam ją kształtować. Dr Wanda Półtawska w latach 50. i 60. bardzo dużo pracowała w psychoterapii. Pielęgniarka, pani Janina Ryszka Zajac, której wypowiedź stała się mottem w *Schizofrenii* Kępińskiego. Miała nieprawdopodobne podejście do chorych. Potrafiła nawiązać kontakt, rozumiejącą relację z każdym, także z rodzinami i znajdowała się doskonale we wszystkich grupach chorych. Każdy z nas miał jakieś preferencje, a ona po prostu lubiła ludzi. Kiedy robiłam dużo idiotyzmów na początku mojej pracy ona je łagodziła.

Dr Wanda Badura-Madej, psycholog, to już młodsze pokolenie, pracowała od pierwszej połowy lat 60., jej domeną była psychoterapia indywidualna. Jacek Bomba, z którym pracowaliśmy razem od początku. Dr Małgorzata Dominik, nieżyjąca. Na Oddziale Nerwic Teutsch, Aleksandrowicz i Dominik stanowili takie trio, dyskutujące i nieustannie się ścierające. Dr Elżbieta Uniwersał-Leśniakowa, psycholog, jako jedna z pierwszych wprowadzała nieswoiste metody w psychoterapii na oddziałach psychotycznych. W późniejszym okresie, na pewno dr Piotr Drozdowski (to już lata 70.) i Teresa Żuchowicz, która od początku rzetelnie, subtelnie i bardzo odpowiedzialnie funkcjonowała w psychoterapii. Później Kazimierz Bierzyński, Ilona Kolbik. Lata 80. to już dr Barbara Józefik, Ryszard Izdebski, Ewa Domagalska-Kurdziel, która od początku miała znakomity kontakt z młodzieżą. Ostatnie lata to dr Kinga Widelska i dr Maciej Pilecki oraz Zespół Leczenia Domowego Ryszarda Izdebskiego, czyli: Maria de Barbaro, która już nie pracuje z nami w klinice, Wanda Szaszkievicz, prof. Bogdan de Barbaro, który stworzył Zakład Terapii Rodzin i jego współpracownicy, dr Andrzej Cechnicki z zespołem, intensywnie rozwijający psychiatrię społeczną. W tej chwili łatwiej byłoby mi wymienić, kto nie jest zaangażowany. Obecnie, w bardzo zróżnicowanym środowisku, wagę psychoterapii deklarują nawet ci, którzy niezbyt się na niej znają i wydawałoby się niezbyt ją doceniają. Bez tego trudno dziś myśleć o leczeniu w psychiatrii.

M. W. — Wygląda na to, że na początku myślenie psychoterapeutyczne skupione było wyłącznie wokół kliniki.

M. O. — Nie wiem dokładnie. W Krakowie nikt się z nami nie kontaktował. Poza Krakowem był prof. Stefan Leder, a na ul. Nowowiejskiej w Katedrze Psychiatrii, prowadzonej najpierw przez prof. Andrzeja Jusa, a potem przez prof. Halinę Wardaszko-Łyskowską, byli koledzy, którzy bardzo wchodzili w psychoterapię: dr Andrzej Dąbrowski, prof. Zdzisław Bizoń, dr Małgorzata Kostecka, z młodszych była prof. Irena Namysłowska. Potem Dąbrowski odszedł bardziej do psychiatrii społecznej i założył własną klinikę. Bizoń stworzył pełną bazę psychiatrii społecznej, łącznie z leczeniem domowym.

Nie było w polskiej psychoterapii takiego rozdźwięku między psychiatrią społeczną a psychoterapią, jaki bywa wielokrotnie na Zachodzie, w szczególności w Niemczech. Początkowo psychoterapia właściwie była zaliczana do psychiatrii społecznej, nie zastanawialiśmy się, czy ona jest psychiatrią społeczną, czy metodą naszego leczenia. To była pewna ogólna postawa wobec życia i wobec człowieka, dopiero potem, od lat 70., zaczęły się specjalizacje, rozmaite sposoby podejścia i pracy i w tej chwili to jest bogata mapa.

Muszę powiedzieć, że ogromną rolę odegrała Sekcja Psychoterapii, która powstała i formalnie została zatwierdzona przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w 1960 roku. Kilka lat wcześniej odbyły się pierwsze spotkania grupy osób, które interesowały się psychoterapią. Spotykaliśmy się w Warszawie, w różnych miejscach, gdzie pracował Leder. Jeździliśmy z Teutsem, Małgosią Dominik, Aleksandrowiczem, bardzo często z Wandą Badurą-Madej, potem z Jackiem Bombą, kiedy tylko przyszedł do kliniki. Był wśród nas także śp. Jan Malewski, wybitny polski psychoanalityk, który wywodził się z Krakowa, a potem osiadł w Heidelbergu. Zakładaliśmy Sekcję Psychoterapii niezależnie od różnic światopoglądowych — nie miało znaczenia, czy ktoś był bardziej czy mniej psychoanalityczny, behawioralny czy eklektyczny. To była po prostu grupa ludzi zainteresowanych psychoterapią. Pierwsze spotkania polegały na dyskusjach oraz referowaniu poszczególnych autorów i kierunków. Dzięki Lederowi rozpoczęły się w sekcji dość usystematyzowane szkolenia. Polegały one na comiesięcznych spotkaniach w nieustannie poszerzającym się gronie osób, podczas których prezentowano teorie, a potem także opisy przypadków i procesów. Można powiedzieć, że to były pierwsze szkolenia w psychoterapii: wokół Ledera w Instytucie Psychoneurologii w Warszawie i wokół Kępińskiego w klinice w Krakowie. To był bardzo żywy okres, pamiętam fantastyczne dyskusje. Zupełnie nie mam poczucia, że to była pustynia i „ciemne lata”. Bardzo wcześnie Leder zaczął organizować spotkania psychoterapeutów typu treningowego, prowadziliśmy warsztaty. Na przestrzeni między rokiem 1960 a 1980, właściwie stanem wojennym, bo wtedy było trudno, pamiętam wiele takich spotkań. Stawiane były problemy psychoterapeutyczne związane ze społecznością leczniczą, z profilowaniem psychiatrii ze względu na zaburzenia i wiek pacjentów. Odbywały się ogólnopolskie spotkania warsztatowe z rozszerzającą się liczbą kolegów.

M. W. — Mówimy o psychoterapii w gronie specjalistów, a jak reagowali na psychoterapię sami pacjenci i ich rodziny?

M. O. — Bardzo dobrze, chcieli rozmawiać. Reagowali, jak zawsze pacjenci reagują na to, gdy ktoś chce się nimi zająć. Oczywiście, że zdarzają się przypadki oporu, że ktoś nie chce. Pamiętam sam początek, Szefer [Kępiński] zaproponował w 1957 roku grupy terapeutyczne dla pacjentów stacjonarnych na oddziale męskim. Nie mieliśmy ambulatoryjnego serwisu, poza Kępińskim przyjmującym co piątek wypisanych chorych, którzy chcieli przyjeżdżać. Początkowo miało to sens, ponieważ stwarzało możliwość dalszego leczenia, ale później, gdy przychodziło kilkadziesiąt osób, stawało się to absurdalne. Jacek Bomba przejął te obowiązki na jakiś czas. W każdym razie, na zebraniu społeczności Szefer zapowiedział chorym spotkania grupowe, na których będzie się omawiało problemy pacjentów. Napisał trzy nazwiska lekarzy, którzy mieli to prowadzić i chorzy sami się wpisywali. Zapamiętałam to sobie, bo Kępiński śmiał się, że nikt do mnie nie przyjdzie, że nie będą traktowali mnie poważnie. Okazało się, że pod moim nazwiskiem zapisało się

więcej pacjentów niż pod jego, co było przedmiotem mojej wielkiej radości i dumy. Stało się to tematem naszych żartów na dłuższy czas. Powstały wtedy trzy grupy: Kępińskiego, Juliana Gąterskiego i moja. To był bardzo ciekawy czas, chorzy zupełnie nie byli dobierani, ani pod względem diagnoz, ani pod żadnym innym.

M. W. — To musiało być trudne...

M. O. — Może, nie wiem, co było trudne. Dla mnie trudna jest praca górnika. Zajmowaliśmy się tym, co chcieliśmy, co lubiliśmy robić, co dawało nam satysfakcję, o czym dyskutowaliśmy. Dziesięć lat później zaczęłam psychoterapię młodzieży. Pacjenci byli rozproszeni, bo nie było oddziału młodzieżowego. Powstał dopiero, kiedy problem młodzieży zaczął narastać społecznie i został zidentyfikowany. Podobnie było na Zachodzie, to były mniej więcej równoległe procesy. Zaczęliśmy przyjmować coraz więcej pacjentów, Ministerstwo Zdrowia wysłało mnie nawet na stypendium do Anglii. Kilka osób było wtedy na stypendiach tam i w Szwajcarii, m.in. Kępiński, Broszkiewiczowa, Teutsch; każdy, kto mógł się porozumieć i wyjaśnić przed komisją, po co jedzie. Jeśli ktoś nie jechał, to znaczy, że nie mówił w żadnym języku albo nie miał zainteresowań i nie znał w ogóle ośrodków europejskich. Pamiętam, że uczelnia wysłała na tę komisję do Warszawy cały autokar asystentów. To były lata 60., ja byłam w 1966 roku, Szeff był wcześniej w 1959 roku.

Trafiłam na Oddział Młodzieżowy Instytutu Maudsley, to jest Instytut Psychiatrii Uniwersytetu Londyńskiego i bardzo mi się nie podobało. Z mojej perspektywy to nie była w ogóle psychoterapia, tylko behawioralne postępowanie, trochę wychowawcze, trochę farmakologiczne, trochę psychopedagogika. Właściwie nie znalazłam tam niczego, poza jedną rzeczą. To był oddział wczesnych adolescentów, dziewczynki 12-, 13-letnie. Poszłam na wizytę, wtedy na Zachodzie praktykowano jeszcze wizyty od łóżka do łóżka (u nas już nie) i lekarz pukał do pokoiów tych młodzieżeńskich dziewczynek. Byłam zaskoczona, a chociaż ten lekarz był głupi, dlatego nie będę wymieniała jego nazwiska, dla niego to było oczywiste, że pokój to jest prywatność. I chociaż nie podobało mi się jego myślenie o psychiatrii, bo było skostniałe, konwencjonalne, nieuznające całego psychospołecznego kontekstu, który u nas był już wykorzystywany, tę scenę zapamiętałam na całe życie.

M. W. — Kto miał wpływ na Pani zainteresowania w obrębie samej psychoterapii?

M. O. — Po części był to nacisk kolegów, po części była taka potrzeba. Sama bardzo chciałam zająć się młodzieżą, tylko nigdy nie traktowałam siebie na tyle serio, żebym uważała, że mogę dostać jakiś wycinek, za który będę wyłącznie odpowiadała. Nie chodzi o to, że mam problemy z odpowiedzialnością, ale uważałam, że tyle jest świetnych osób wokół. Koledzy uznali, że powinnam zająć się organizacją psychiatrii młodzieżowej w Krakowie i rzeczywiście wtedy zaczęłam od spotkań psychoterapii grupowej. Ogłosiłam na oddziałach, że pacjenci w wieku młodzieżowym są zaproszeni do Klubu Pacjenta i przyszli. Natychmiast na następne spotkanie przyszła Wanda Badura, a potem też Jacek Bomba i pracowaliśmy w ten sposób we trójkę przez trzy lata. Spotkania odbywały się po południu, ponieważ nie mieliśmy formalnej zgody na to, żeby robić to w ciągu godzin pracy. Początkowo mieliśmy grupę raz czy dwa razy w tygodniu, a potem młodzież zaczęła wymuszać trzy razy. Nie pamiętam, kiedy przeszliśmy na tryb codzienny. Po grupie

siedzieliśmy we trójkę, dyskutowaliśmy i omawialiśmy to, co się działo. Potem, kiedy powstał oddział młodzieżowy, zaczęły się nasze „czwartki”, które do dzisiaj funkcjonują w innej już formie. I dyskutowaliśmy wszystko. To już były klasyczne grupy Balinta, bo one także analizowały relacje między personelem. Zaczęliśmy w 1967, 1968 roku, coś takiego, i trwa to do dzisiaj.

M. W. — Początkowo na grupę przychodzili pacjenci z różnych oddziałów...

M. O. — Młodzieżowi.

M. W. — Potem powstał oddział młodzieżowy...

M. O. — Nie tak łatwo. Ponieważ to jest stary budynek, ma sto pięćdziesiąt lat, więc nie tak łatwo cokolwiek w nim wygospodarować. Powstała sala dziewcząt w oddziale dorosłych, potem sala chłopców, potem się połączyły, a potem przyszła koedukacja. Właściwie trwało to parę lat, Szef był już wtedy chory. Wcześniej, w 1969 roku, były „otwarte drzwi”, które się zresztą później zamknęły...

M. W. — Pani była inicjatorką tej akcji na swoim oddziale?

M. O. — Można tak powiedzieć. Ale wie Pani, nie z fałszywej skromności bronię się przed sformulowaniem „ja zrobiłam, ja otworzyłam”. To był zespół, sama niczego nie zdołałabym zrobić. Nie mogłabym też istnieć, gdyby nie zespół, który mnie współtworzył i który ja współtworzyłam na zasadzie interakcji. Mam, w tym sensie, ogromne opory przed sformulowaniem, że ja. Wiem dokładnie, że gdybym pracowała w samotności albo w innym kontekście, musiałabym się awanturować albo załamać, albo zabić, albo zwariować, albo diabli wiedzą, co zrobić. Człowiek sam nic nie zrobił. Niewątpliwie miałam dużo wspólnego z akcją „otwarcia drzwi” i koedukacją młodzieży. Pamiętam to dobrze, bo to była dosyć dramatyczna sytuacja. Szef uczył nas, że pacjent powinien żyć w warunkach jak najbardziej zbliżonych do naturalnych, chodziło o to, żeby coraz bardziej szpital „odszpitalniać”, odkształcić, żeby było coraz bardziej domowo. Oczywiście były przepustki, odwiedziny, drzwi były niby zamknięte, ale chorzy, których uważało się za odpowiedzialnych, mieli klucze. Chorzy są bardzo mądrzy, nie będą fałszywie lojalni wobec takich, którym może coś grozić. Szef był już wtedy bardzo chory i zadzwonił do mnie wieczorem przed koedukacją, mówiąc: „Nie rób tego. Ja się boję”. Wywiązała się z tego dramatyczna rozmowa, powiedziałam, że całe życie przygotowuje mnie do takich działań, a teraz każe się wycofać. Nie wiedziałam, co robić, pacjenci już wiedzieli, pielęgniarki też. Następnego dnia, jak zwykle spóźniona przyszedłam do kliniki, a koedukacja już była zrobiona przez pielęgniarki i zachwyconą tym młodzież. Wzięli po prostu swoje rzeczy i przenieśli się do sal. Starostką była wtedy Helenka Borkowska, dziewczyna pochodząca z gór. Odważna, harda, śmiała, inteligentna, bardzo zmotywowana do pracy z młodzieżą. Ona to zaczęła i właściwie nie miałam już nic do zrobienia. Mogłam tylko przyjrzeć się temu i ucieszyć. Oczywiście wcześniej było bardzo dużo dyskusji i zastanawiania się, ale w samym fakcie nie brałam już udziału.

M. W. — Dziesięć lat później, w 1978 roku, założyła Pani pierwszą w Polsce Klinikę Dzieci i Młodzieży.

M. O. — Tak.

M. W. — Jakie były cele i założenia jej działania?

M. O. — To nie były moje cele i założenia. Habilitowałam się z psychiatrii rodzinnej, to była śmieszna sprawa, bo pierwszą habilitację mi odrzucono. Centralna Komisja ds. Stopni i Tytułów Naukowych mnie odrzuciła. Krótko mówiąc — praca nie była dobra. Trudno. Różne opowieści krążyły później na ten temat, ale ja przyjąłem wersję, że praca nie była dobra. Cała ta sprawa wywołała trochę zamieszania w środowisku, ponieważ jednak nie uchodziłam za absolutną idiotkę. Wobec tego było trochę zdziwienia, trochę zamieszania, niektórzy się bali, że Bóg wie, co zrobię. A ja nic nie zrobiłam, tylko powtórzyłam pracę. Motywację zewnętrzną miałam głównie w osobie mojego partnera [Mariana Szulca], który powtarzał: „Co tak się memłasz? Nie masz wyjścia. Mogłaś tego nie robić, ale skoro już zrobiłaś, nie możesz zostać z odwaloną habilitacją”. Nalegał także rektor, koledzy, mój zespół, to był już zespół oddziału młodzieżowego. Motywacji osobistej nie miałam w ogóle, poza tym, że chciałam się wywiązać przed Szefem. Powiedziałabym, że miałam niesłychanie życzliwą atmosferę wokół. Wie Pani, nie miałam motywacji do tytułów i stopni, po prostu przechodziłam z klasy do klasy. Skoro weszłam w życie akademickie, to robiłam poszczególne klasówki. A ponieważ jedną oblałam, to trzeba było powtórzyć. Pracowałam półtora roku na tym samym materiale, wprowadzając bardziej precyzyjną metodologię, w czym pomogła mi pani prof. Helena Sękowa z Uniwersytetu Poznańskiego. Wspaniale myśląca kobieta, mózg jak komputer, pomogła mi metodologicznie z tego wyjść. I ta powtórzona praca strasznie się spodobała. Zresztą, przysłałam „na bani” na drugie kolokwium habilitacyjne. Było rano, pamiętam, że wypiałam całą literatkę winiaku i kawę. Właściwie to specjalnie się nie denerwowałam, ale chciałam zachować się „ze szpanem”. Uszyłam sobie nowego ciucha, oczywiście u pani Janeczki Demarczykowej, świętej pamięci, kochanej osoby...

M. W. — Matki Ewy Demarczyk?

M. O. — Tak. U niej się ubierałam przez ponad dwadzieścia lat, aż do jej śmierci. Ona jest moją współautorką, jak zawsze mówiłam. Kolokwium jakoś poszło, praca się spodobała i wtedy różni ludzie zaczęli interesować się, co to jest ta psychiatria rodziny, psychoterapia rodziny, o co w ogóle chodzi. Wcześniej nikt tego nie praktykował. Po habilitacji przyszła propozycja z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, przysłał ją pan prof. Marek Masiak, obecny szef katedry w Lublinie, a wówczas specjalista krajowy ds. dzieci i młodzieży. W tamtym czasie sytuacja była bardzo zła, nie było specjalistów, szerzyło się wstecznictwo, wszystko jakoś padło. Nagle się zorientowali, że trzeba coś zrobić w tej sprawie, choćby jakieś szkolenia i wtedy sobie o mnie przypomnieli. Pierwsza propozycja przyszła z zaproszeniem do Warszawy. Pamiętam, jak bezczelnie odpowiedziałam, że na emigrację to wolałabym Nowy Jork. Obrazili się. Bardzo nie chciałam jechać do Warszawy, ale zapowiedziałam, że mogłabym zastanowić się nad taką propozycją w Krakowie. Po paru latach przyszła kolejna oferta, była już zgoda na Kraków, ale w Instytucie Pediatrii. Pomyślałam sobie, że jestem psychiatrą i znowu odmówiłam. Dopiero za trzecim razem zgodzili się, żeby powstała klinika w Katedrze Psychiatrii.

M. W. — A sam temat Pani habilitacji, to są początki terapii systemowej w Polsce?

M. O. — Wtedy nazywało się to terapią rodzinną. Pani prof. Halina Wardaszko napisała w recenzji mojej pracy, że to był „pomysł podyktowany przez życie”. Nie dało się pracować z pacjentem młodzieżowym, nie ruszając jego rodziny. Bardzo często nie dało się go w ogóle wypisać. Po prostu w indywidualnym kontekście nie sposób było rozwiązać burzy kryzysu adolescencji. W tamtym czasie przyjmowaliśmy dużo ostrych kryzysów adolescencji, to było naturalne. Poza tym, oczywiście, jakieś moje osobiste sprawy były w to włączone, nie wiem na ile wtedy uświadomione, nie chcę teraz fantazjować. Później na pewno już wszystko sobie poukładałam. Nie wiem, na ile moja własna adolescencja, bardzo trudna, bo zahaczająca o wojnę i lata powojenne, była na dnie mojego zainteresowania, mojej fascynacji tematem młodzieży. Zresztą Szeff, już wtedy profesor Kępiński, miał szalenie ciekawy sposób prowadzenia, chociaż sam nie interesował się psychiatrią rodzinną, ale skoro ja chciałam — to proszę bardzo. Poradził mi, żebym na początku nie czytała, tylko zobaczyła, co wychodzi z pracy, co sama widzę, żeby się nie indoktrynować. I trzeba powiedzieć, że wychodziły takie rzeczy, jakie wychodziły wszystkim tym, którzy badali w tym czasie rodziny. Wprawdzie bardzo wielu rzeczy nie wiemy i zgadzam się z określeniem pewnego włoskiego profesora, że psychiatria jest „nauką wątpliwą”, mimo to, pewne zjawiska się powtarzają i można je zobaczyć. I tak jest też z rodzinami.

M. W. — Powiedziała Pani, że cele nie były Pani...

M. O. — W ogóle nie chciałam mieć kliniki. Mnie to w ogóle do głowy nie przychodziło. Chciałam mieć pracownię terapii rodzinnej, zajmować się psychoterapią rodzinną, młodzieży. Dużo wtedy pracowałam, oddałam oddział młodzieżowy Jackowi Bombie, a sama miałam rodziny. Wiedziałam, że klinika pochłonie strasznie dużo mojego życia, czasu i nerwów. I tak się stało. Ale nie żałuję, bo coś tam jednak zrobiliśmy jako zespół. Trzonem był zespół oddziału młodzieżowego.

M. W. — Kim byli Pani współpracownicy?

M. O. — Jacek Bomba, Wanda Badura, Ewa Domagalska-Kurdziel, Agata Günter-Siudak, Ewa Mamrot, która po doktoracie wyjechała do Stanów. Jest tam już od wielu lat, moja pierwsza doktorantka, bardzo inteligentna. W tym czasie także dr Zdzisław Pajor, bardzo uroczy, elegancki pan, który przyszedł do nas z pediatrii, zrobił specjalizację psychiatryczną. Potem była Ewa Jaworska, Barbara Józefik i Ryszard Izdebski oraz Maja Kamińska — kluczowe osoby. Przez jakiś czas współpracował z nami Roman Kwiatkowski, bardzo dobrze i inteligentnie pracował, ale odszedł do psychoanalizy. Kazimierz Pietruszewski pracował z nami przez piętnaście lat. Niezwykle inteligentny, wykształcony, znakomity lekarz. Ewa Kozanecka, ale to już byli ludzie, którzy dochodzili do kliniki.

M. W. — Jak tworzyliście Państwo programy terapeutyczne?

M. O. — Programy tworzyliśmy na podstawie naszych doświadczeń i naszych dyskusji. Potem literatury oczywiście. Odkrywaliśmy nasze stany psychiczne i dylematy w literaturze psychoterapeutycznej, wtedy przeważnie amerykańskiej. Byliśmy na bieżąco. Jakoś wypracowaliśmy sobie zasadnicze ramy funkcjonowania oddziału młodzieżowego. Później pojawiły się trudności z oddziałem dziecięcym w Kobierzynie [Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego], które zasadniczo wynikały z różnic w szkoleniu i przygotowaniu

personelu. Stacjonarny oddział dziecięcy został zlikwidowany, kiedy wróciliśmy na ul. Kopernika w 1989 roku. Do dziś uważam, że właściwie nie był potrzebny, wystarczyłoby kilka łóżek. Dla dzieci powinien być dostępny serwis ambulatoryjny, młodzież już często wymaga hospitalizacji, choć powinna zostawać na oddziale tylko z bezwzględnych wskazań. Zawsze mieliśmy bardzo mało łóżek. Obsługiwaliśmy całą Polskę południowo-wschodnią dwudziestoma łózkami i do dzisiaj tak jest. I to wystarcza. W tym czasie powstawało dosyć dużo rozmaitych poradni i dobrych ośrodków, potem najczęściej padały przy transformacji, ale teraz znowu się reaktywują. Obecnie nie śledzę już tych spraw, zajmuję się tylko tym, co mam robić, tzn. szkoleniem lekarzy.

M. W. — Czy można mówić o zmieniającym się profilu pacjentów młodzieżowych?

M. O. — To było różnie. Na początku właściwie były zaburzenia zachowania: byli narkomani, byli tzw. wachacze z Nowej Huty, masa ich była. Koniec lat 60., początek 70. to kryzysy adolescencyjne, bywały anoreksje, nie w tej liczbie, co dzisiaj, ale także bywały. Bywały psychozy. Potem nastął okres, w którym pojawiała się więcej psychoz. Po prostu, jak życie dyktowało. Oddział był zawsze heterogeniczny diagnostycznie. Uważam to za słuszne do dzisiaj. Nie mam na to wpływu, ale podoba mi się ten model, bo uważam, że getta chorych to nie jest dobra sprawa. Ludzie korzystają ze swoich wzajemnych doświadczeń, a młodzież jest mądra. W tej chwili, koledzy mówią, że zmienia się profil chorych, znowu pojawia się więcej agresywnych zaburzeń zachowania. Ale to jest zjawisko społeczne. Nie wiem, jak to jest aktualnie, bo nie jestem w „Małej Klinice”.

M. W. — Z jakimi trudnościami spotykała się Pani na początku swojej pracy terapeutycznej?

M. O. — Miałam w ogóle problemy z życiem, a praca w psychiatrii pomagała mi żyć. Nie potrafię w tej chwili zidentyfikować, jakie trudności. Bardziej mogę zidentyfikować, jakie trudności miałam pracując z młodzieżą, młodzież bardziej polaryzuje postawy. Chcę powiedzieć, że psychiatria mnie ratowała i umożliwiała życie. Byłam tak bardzo zafascynowana tym, co robię i całym środowiskiem, naszymi dyskusjami i działalnością, że nie potrafię nazwać swoich trudności. Kępiński mówił: „macie być autentyczni i spontaniczni, a jednocześnie się kontrolować”. To jest mniej więcej coś takiego jak u Heisenberga: określił w tym samym momencie masę elektronu i jego pozycję. Rozważaliśmy zalecenie Kępińskiego w podobnych kategoriach, jako coś niemożliwego. I ta trudność jest do dzisiaj, to jest zawsze. Doskonale wiem, że jeśli nie będę prawdziwa to nie nawiążę kontaktu, z kolei — jeśli będę zbyt prawdziwa, też nie nawiążę kontaktu. Tak jest zawsze i wiek terapeuty, ani długość doświadczeń nie mają na to wpływu. Człowiek się angażuje i jednocześnie przyzwyczajają do tego, że musi mieć dystans — to jest zawsze obszar, który stwarza problemy. Nie wiem, czy można nazwać to trudnością, bo to jest istota rzeczy, z tym trzeba się uporać.

Jeśli chodzi o pracę z młodzieżą, to było bardzo proste, banalne wręcz, jak w literaturze. Kiedy byłam młoda miałam super *involvement*, jakby uwikłanie w młodzież i identyfikowałam się z pacjentami młodzieżowymi. Potem zaczęłam to dostrzegać i trochę mi puściło. W momencie, kiedy zaczęłam przygotowywać pracę o rodzinach i badać rodziców.

Zobaczyłam ich problemy, zobaczyłam, że to są bardzo nieszczęśliwi ludzie, którzy wcale nie chcą zła dla swoich dzieci i mi puściło. Kiedy zaczęłam się starzeć może trochę bardziej byłam zagrożona identyfikacją z rodzicami, ale nie zanadto. Nie mam dzieci, więc nie było mi tak bardzo trudno stać się terapeutą całej rodziny, bez uwikłania i wchodzenia w koalicję z poszczególnymi osobami. Na pewno popełniałam błędy, ale na ile jestem tego świadoma, wydaje mi się, że tutaj byłam ostrożna. Zresztą, nie było to dla mnie trudne, nie uważam za słuszne, jeśli robi się w terapii rodzinnej adwokata identyfikowanego pacjenta i adwokata rodziny. Uważam, że trzeba to w sobie pomieścić, trzeba to skontenerować, bo jeżeli rodzina chce się leczyć i jest jej członek, który ma nierozzerwane zależności separacji, wszyscy są w to wmotani. Trzeba wszystkim pomóc rozwiązać ten problem, nie tylko jednej osobie i wszyscy są ważni jednakowo w tej sytuacji, więc to nie jest dla mnie trudność emocjonalna. To może być intelektualna trudność, techniczna, może mi się udać, ale emocjonalnie nie jest to dla mnie trudność, bo jestem przekonana, że separację, którą uważam za problem główny okresu młodzieżowego dla dziecka i dla rodziców, można rozwiązać tylko kontekstualnie.

M. W. — Chciałam teraz odwołać się do ważnego etapu Pani pracy zawodowej, tj. do badań byłych więźniów Oświęcimia w ramach programu oświęcimskiego.

M. O. — To osobny temat. Do emerytury to był temat równoległy ze sprawami Kliniki Młodzieży, bardzo wpływał na moje podejście do psychiatrii, do człowieka, w ogóle do kwestii poznania. Po wojnie nie rozmawialiśmy o tych sprawach, niewiele się mówiło. Nie wstydziłam się swojego pochodzenia, wręcz przeciwnie, demonstrowałam je, natomiast nie rozmawiałam o swoich przeżyciach. Kiedy przyszedłam do pracy SzeF wyszedł z inicjatywą takich rozmów, których zresztą zupełnie już nie pamiętam. Wiem tylko, że był pierwszym człowiekiem, który mnie o to pytał i któremu o tym opowiadałam, ale nie pamiętam co, to jest zupełnie wycięte. Podejrzewam, że powiedziałam mu swoją prawdę i że pytał, jak zwykle mądrze. Koledzy, z którymi wówczas pracowałam: Olek Teutsch, Roman Leśniak, Adam Szymusik, Jan Mitarski, przez chwilę wszyscy mieli jakieś związki z wojną, wszyscy byli starsi ode mnie, nie mieli żydowskiego pochodzenia, ale jeden był w AK, jeden kogoś stracił, jeden był w Batalionach Chłopskich. Każdy miał do czynienia i zetknął się z nazizmem. Byliśmy dwudziesto-, trzydziestoparoletnimi ludźmi, był dopiero rok 1959, nam się wydawało, że to było bardzo dawno, a to było dopiero piętnaście lat po wojnie. SzeF miał szwagra lekarza, dr. Stanisława Kłodzińskiego, który pięć lat spędził w Oświęcimiu, a po wojnie założył Klub Oświęcimski. Bardzo zajmował się swoimi kolegami, byłymi więźniami, i jako lekarz, i jako człowiek, właściwie można powiedzieć, że im się poświęcił. I on razem z więźniami zaczęli główkować, czy są jakieś następstwa psychiczne pobytu w obozie. Potem przyszedł na któreś z naszych spotkań popołudniowych, był rok 1959, i SzeF zapytał, kto byłby zainteresowany badaniem skutków uwięzienia w obozie koncentracyjnym na psychikę więźniów. Zgłosiliśmy się i tak się zaczęło.

Robiliśmy doktoraty na ten temat, Adam Szymusik był pierwszy w 1962 roku, ja w 1963 roku, Olek Teutsch i Romek Leśniak w 1964 roku. Niewątpliwie w znaczący sposób praca nad tym tematem wpłynęła na naszą psychiatrię, na nasze rozumienie zjawisk, relacji międzyludzkich. Pokazało się zupełnie jednoznacznie, że bez pomocy drugiego człowieka w obozie przeżyć się nie dało, po prostu nie było to możliwe, a ta pomoc mogła być róż-

na. Nie tylko chleb, ale jedno słowo, dwa słowa, coś życzliwego, coś personalnego, coś ludzkiego. Nie mogę powiedzieć, w którym momencie, w którym dniu zaczęło mi się to tak kształtować, ale nie ulega wątpliwości, że był to „kamień milowy” w moim stosunku do psychiatrii, do znaczenia grupy, do znaczenia człowieka dla człowieka, do znaczenia godności. Na początku nie wiedzieliśmy nawet, o co ich pytać, nic nie wiedzieliśmy, oni nam pomogli po prostu. To był też bardzo istotny element, że ci, których mieliśmy zbadać i ewentualnie opisać, co zrobiliśmy w końcu niedoskonale, ale zrobiliśmy — oni nas uczyli. Na początku mieliśmy kilku panów, bardzo wykształconych, inteligentnych ludzi, którzy mówili nam, o co warto pytać, co było ważne. Wtedy znowu zaczęły się nasze nieustające dyskusje, nawet Roman Leśniak mówił, że Szeff zrobił obóz dla doktorantów. Kępiński był szefem tych badań, dyskutował z nami każdy protokół, każde zagadnienie, kwestionariusz, był animatorem i ostoją tego programu. Pamiętam, była wiosna czy lato, to musiało być w 1960 roku, jeden z tych wykształconych panów zapytał mnie: „Pani doktor, pani jest młodą dziewczyną, jest taka piękna pogoda, dlaczego pani nie jest w kawiarni tylko tu ze mną siedzi i mówi o tych makabrach?”. Odpowiedziałam, że jestem pochodzenia żydowskiego. „A to teraz rozumiem, będę z panią rozmawiał”. Każdy z nas był w jakiś sposób wypróbowywany, jaką ma właściwie motywację, żeby z nimi o tym rozmawiać.

M. W. — Taka nieufność, tak?

M. O. — Tak nieufność, oczywiście. Ale to już jest w opisie syndromu, nie będę w to wnikać. Zrobiliśmy to, choć było bardzo trudno. Początkowo nic nie widzieliśmy, potem zaczęliśmy widzieć, była trudna metodologia, nie wiedzieliśmy, jak Rada Wydziału, jak recenzenci, bo wcześniej nie było takich opracowań.

M. W. — Byliście Państwo pierwsi w Polsce, którzy o to pytali. A jak to było na świecie wtedy?

M. O. — Były badania, mieliśmy dosyć sporą literaturę. Pisał Primo Levi, ale to nie była praca naukowa, to były jego refleksje jako byłego więźnia. Były badania duńskie, norweskie prowadzone pod kierunkiem Eitingera, nastawione medycznie i organicznie. Badania sowieckie, które nie mówiły o gułagach, tylko o nazistowskich obozach, Morozowa pamiętam. Francuzi trochę pisali, ale to były prace pojedyncze. Nasze prace znacznie bardziej brały pod uwagę aspekty psychologiczne i psychospołeczne. Aksjologię, sens, motywację, co pomagało, co przeszkadzało, znacznie bardziej, niż zachodnie badania. Oczywiście braliśmy też pod uwagę, czy więźniowie chorowali, czy dostawali w łeb, czy umierali, somatyczne wskaźniki. Potem była długa przerwa, a potem w latach 70. badałam z Małgorzatą Dominik i Julkiem Gąterskim ofiary eksperymentów pseudomedycznych. Zbraliśmy bardzo dużą grupę osób, które zresztą dostały odszkodowania. W tym czasie podobne badania prowadziły w Polsce także inne środowiska, ale ponieważ mieliśmy największe w tym doświadczenie nasze zaświadczenia były na ogół uznawane przez Międzynarodowy Czerwony Krzyż. Potem był Klinika Młodzieżowa, terapia rodzinna, ale to zawsze było gdzieś „z tyłu głowy”. Później Kępiński chciał ze mną prowadzić badania nad ofiarami Holocaustu, ale akurat zabraliśmy się do tego w 1968 roku, cudownie... Przerwailiśmy, a potem Szeff cynicznie zmarł i zupełnie sama nie byłam w stanie tego robić.

Wróciłam do tematu dopiero, kiedy miałam swój zespół, swoją klinikę, kiedy byłam już bardzo dorosłą panią, miałam pięćdziesiąt kilka lat i czułam się już dosyć okrzepnięta. Jesienią 1989 roku pojechałam na sympozjum do Hanoweru, to było bardzo ważne, bo wtedy zaczynała się otwierać sprawa żydowska w Polsce. Było już po artykule Jana Błońskiego „Biedni Polacy patrzą na getto”¹ i pojawiało się bardzo dużo publikacji, coś zaczynało wtedy pękać. Akurat w tym okresie pojechałam z Adamem Szymusikiem na to sympozjum nt. Holocaustu organizowane przez Uniwersytet Hanowerski. Prof. Kisker, który zajmował się ocalonymi z Holocaustu przez całe swoje życie kliniczne, już od lat 60., 70., odchodził właśnie na emeryturę. Poznałam tam wówczas bardzo wiele osób z całego świata, z Niemiec, Izraela, Anglii, Ameryki, z którymi przyjaźnię się do dziś. Przez trzy dni z rządu razem z Ralfem Seidlem z Niemiec prowadziłam tam duży panel dyskusyjny na temat drugiego pokolenia. Każdy mnie wtedy pytał, dlaczego nie ruszam tego tematu w Polsce. Kiedy wróciłam do Krakowa, zrobiłam zebranie kliniki, opowiedziałam o sympozjum i powtórzyłam metodą Kępińskiego: „Proszę państwa zamierzam zająć się tym tematem, kto zechciałby się przyłączyć?”. I zgłosiło się sześć osób. Wtedy też nawiązaliśmy współpracę z ówczesnym rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego, świętej pamięci prof. Józefem Gierowskim, który w założonym przez siebie Zakładzie Historii i Kultury Żydów prowadził program „Judaica” i potrzebował właśnie badań. W pierwszym etapie tego programu we wczesnych latach 90. zbadaliśmy czterdzieści osób. Potem pojawiła się potrzeba pomocy tym ludziom, leczenia, psychoterapii. Już dziesięć lat prowadzimy cztery grupy Ocalonych, dwa razy do roku odbywają się maratony [terapeutyczne]. Potem na prośbę pacjentów, włączyliśmy drugie pokolenie, potem na prośbę dzieci, zrobiliśmy grupę drugiego pokolenia, która pracuje już osiem lat, raz na dwa miesiące, jeden dzień w Krakowie.

M. W. — To są zupełnie inne programy terapeutyczne?

M. O. — Czy zupełnie inne? Nie mam nastawienia, bardzo bliskie jest mi podejście eklektyczne, czyli używanie różnych sposobów myślenia, i interpretacji, i pracy, i zachowania w zależności od sytuacji. Pracujemy na dynamice grupy, pracujemy transgeneracyjnie i egzystencjalnie, bo bardzo dużo jest o sensie i o braku sensu. Bardzo dużo jest na temat separacji, bardzo dużo o lęku, bardzo dużo o samotności. Ostatnio też na temat starzenia, chorowania, umierania członków grupy. Cały czas na temat tożsamości, światopoglądu. Oczywiście na temat różnych osobistych relacji tych ludzi, uczestników grupy, z otoczeniem społecznym, rodzinnym.

M. W. — Ostatnie Pani badania, dotyczące Romów w Polsce, to jest kontynuacja tego tematu?

M. O. — Tak, ale to nie są moje badania, tylko całego zespołu: Kinga Widelska, przez jakiś czas Maja Kamińska i Krzysztof Szwejca. Romowie dostali prawa inwalidzkie do rent wojennych i Stowarzyszenie Romów zwróciło się do mnie z prośbą o przeprowadzenie takich badań, a ponieważ nie jestem pracownikiem ZUS-u i wszystko do tej pory robiłam w ramach programów naukowych, poradziłam, żeby zwrócili się do rektora uczelni z tym

¹ Błoński J. Biedni Polacy patrzą na getto. Tygodnik Powszechny nr 2/1987, z 11 stycznia 1987 roku.

problemem. Rektor zlecił mi te badania, dołączyli się koledzy, zbadaliśmy do tej pory około pięćdziesięciu Romów, chyba już będziemy kończyć. Kontynuacja tematu, ponieważ oni przeżyli ten sam Holocaust. Byłam zadowolona, że przyszła ta propozycja. Nie jestem w swoim myśleniu zawężona tylko do martyrologii i Holocaustu żydowskiego, nie ujmując nic swoistości Holocaustu, który uważam za absolutny ewenement i coś szczególnego w historii ludzkości. Byłam zadowolona, że możemy zająć się także inną poszkodowaną grupą. Myślę, że jest w tym jakaś logika: Oświęcimiaci, Ocaleni z Holocaustu, drugie pokolenie, a teraz inna grupa Ocalonych.

M. W. — Czy Pani wczesne oczekiwania wobec psychoterapii potwierdziły się z biegiem czasu?

M. O. — To jest pytanie z XXI wieku. Nie miałam wczesnych oczekiwań, dla mnie było oczywistością, że jeśli człowiek ma problemy psychiczne czy emocjonalne, to trzeba porozmawiać z nim i dojść do tego, skąd się one biorą i co można z nimi zrobić. Od początku takie podejście do leczenia było moim naturalnym sposobem bycia w zawodzie. Psychoterapii nie traktowałam jak programu naukowego: mam hipotezy, które trzeba sfalsyfikować albo zweryfikować, to nie tak! Nie mam onnipotentnych oczekiwań, żeby zmieniać ludziom osobowość, ale jeśli np. pacjenta w ostrym kryzysie adolescencyjnym i jego rodzinę udało się namówić, żeby wspólnie przychodzili na spotkania i rozpoczynali wewnątrzrodzinny dialog, jak to nazwaliśmy w pierwszej pracy z tego zakresu publikowanej w Psychoterapii w 1974² roku, to już było bardzo dobrze. Przecież to nie jest skończony proces. Nie można w ciągu paru tygodni czy miesięcy wszystkiego rozwiązać, zresztą sama psychoterapia jest procesem nieskończonym. Albo teraz, kiedy nasi *survivors* mówią, że mają mniej lęków, potrafią rozmawiać z ludźmi o swoich problemach, potrafią dać trochę więcej wolności swoim dzieciom i nie czują się przez nie kompletnie odrzuceni, dlatego że one mają już własne życie. Albo też przestają bać się tego, kim są, klaruje się dla nich samych, kim są i jakie są tego konsekwencje. Kiedy tworzą pozaterapeutyczny układ wsparcia między sobą to jest nie tylko grupa psychoterapeutyczna, ale też sieć społeczna, grupa odniesienia. Grupą odniesienia jest Stowarzyszenie Dzieci Holocaustu, nadanie statusu tej ciemnej, trudnej, wielokrotnie upokarzającej, a zawsze dramatycznej przeszłości i wszystkim utratom. To jest określenie miejsca i pozycji w świecie, a grupy psychoterapeutyczne swoją drogą też stają się dla siebie grupami odniesienia i stają się dla siebie siecią społeczną, taką siecią wsparcia, której my nie przeciwdziałamy, wręcz przeciwnie — staramy się ją stymulować, co jest różnicujące te grupy od innych grup psychoterapeutycznych. Jest jeszcze inna, bardzo istotna różnica — grupy te nie mają terminu zakończenia, oni ciągle chcą [się spotykać]. I to jest wielka odpowiedzialność, to jest odpowiedzialność na całe życie, bo właściwie opuszczanie tych ludzi byłoby spowodowaniem kolejnej utraty, a cali już są utkani z utrat. To są te bardzo istotne różnice społeczne i egzystencjalne, etyczne. Ale jakoś zespół się na to godzi. Zespół częściowo się zmienił od czasu pierwszego programu, ale zawsze znajdują się ludzie zainteresowani.

M. W. — Co dała Pani praca psychoterapeuty? Co pacjenci wnieśli do Pani życia?

² Orwid M., Badura W., Bomba J., Pajor Z. *Doświadczenia w terapii rodziny w psychiatrycznym oddziale młodzieżowym*. Psychoterapia 1974, 8, 24–29.

M. O. — Możliwość życia! Taka byłaby najkrótsza odpowiedź. Nie wiem, czy to praca psychoterapeutyczna czy psychiatryczna, bo jak mówię do dzisiaj tego nie rozróżniam, po prostu — możliwość życia. Gdyby nie psychiatria, zupełnie nie wiem, czy poradziłabym sobie ze sobą, z tym wszystkim... To mnie jakoś uratowało do życia społecznego, intelektualnego, emocjonalnego też.

M. W. — Jak zmieniło się Pani rozumienie pacjentów z biegiem pracy?

M. O. — Nie potrafię powiedzieć. Na przestrzeni lat myślę coraz bardziej kontekstualnie i systemowo. Nie ulega wątpliwości, że jeśli ktoś przedstawia mi samą psychopatologię pacjenta bez kontekstu, to nic nie rozumiem. Gdyby to była psychopatologia fenomenologiczna, głęboka i bardzo precyzyjnie opisana, może coś bym zrozumiała, bo mogłabym wyprowadzać z tego pewne wątki kontekstualne. Natomiast psychopatologia przedstawiona przeciętnie, klinicznie dość mało mi mówi, nie odrzucam jej, nawet ją wykładam, tylko zaczynam coś główkować, coś łapać na temat człowieka, jeżeli widzę jego kontekst plus psychopatologię, całość.

M. W. — Która z Pani licznych aktywności zawodowych jest Pani szczególnie bliska?

M. O. — Wszystkie. Po prostu bardzo lubię swój zawód. Powiedziałabym pompatycznie, że go kocham. W tej chwili zajmuję się głównie dydaktyką oraz programem Ocalonych i drugiego pokolenia. Bardzo jestem tym usatysfakcjonowana. Tu i ówdzie mam jeszcze wykłady, ale nie mam ochoty na więcej, zupełnie mi to wystarczy.

M. W. — Co Pani daje kształcenie kolejnych już pokoleń psychiatrów, psychoterapeutów?

M. O. — O, dużo, bardzo dużo. Strasznie dużo w życiu dostałam! Potwornie dużo! Nie mówię już o całej rodzinie, w sensie ciepła i akceptacji, cudownej atmosfery mojego dzieciństwa. Ktoś może powiedzieć, że ją mitologizuję, a jeżeli nawet — no to trudno! Tak ją pamiętam i tak czuję, i tak ich wszystkich widzę, są tu ze mną wszyscy. W sensie intelektualnym nieprawdopodobnie dużo dostałam od ojca, potem od Stanisława Lema, potem od Szeffa, czyli Kępińskiego, potem od mojego partnera, artysty, Mariana Szulca i w ogóle — miałam bardzo stymulujące, sprzyjające środowisko. Rozwinęłam w sobie silną potrzebę, nie mogę powiedzieć, że teraz, bo zawsze bardzo mi na tym zależało, żeby oddać to, co dostałam. Nie chcę tego zabrać ze sobą! To jest dyrektywa etyczna, powiedziałabym, a poza tym cieszy mnie, kiedy widzę, że się ktoś rozwija, że pogłębia swoje rozeznanie, swoją wiedzę, to mnie niesłychanie cieszy. Można powiedzieć, odnosząc się do koncepcji Erika Eriksona, że funkcja generatywna okresu starości, polegająca na tym, żeby coś przekazać, jest mi bardzo bliska. Nie żyję pogrążona w pustce i rozpaczy, że to już mija, bo jestem bardzo szczęśliwa, że mija, na tyle na ile człowiek może w ogóle być szczęśliwy w tym okresie życia.

M. W. — Jak radzi sobie Pani z obciążeniami płynącymi z tego zawodu?

M. O. — Z jakimi obciążeniami? Co znaczy, jak sobie radzę? Sądzi pani, że jestem w złej formie?

M. W. — Nie, sądzę, że to jest trudny zawód.

M. O. — Nie znam innego. Skąd mam wiedzieć, jak sobie radzę. Jeżeli po to poszłam na studia medyczne, żeby zostać psychiatrą, psychiatrię od początku pokazano mi jako psychiatrię psychoterapeutyczną, niczego innego nie potrafię robić. Mogę ewentualnie zrobić jajecznicę. Ewentualnie mogłabym prowadzić perfumerię, ale krótko, szybko zbankrutowałabym, bo wszystko wzięłabym do domu. W ogóle nie rozumiem, kiedy ludzie mówią: a to obciążające, a tamto obciążające. Mam tego typu podejście do życia i spraw, że jeśli coś nie jest obciążające, to prawie nie istnieje, po prostu wszystko, co jest ważne ma swoją wagę i swoją cenę, jestem o tym najgłębiej przekonana. Zresztą, z tego trochę bierze się moje „ciuchomaństwo”, które przypisała mi Kazimiera Szczuka. Rzeczywiście je lubię. Po prostu mnie nie obciążają — jeśli jakiś ciuch mi się nie podoba, to podaruję, wyrzucę, zrobię coś z tym. Podobno od dziecka to lubiłam, tak twierdziła moja mamusia, od kiedy sprawiła mi pierwsze rękawiczki, jeszcze w wózku, czego oczywiście nie pamiętam. Ale już pamiętam, że pierwszych butów skórzanych z lakierkami nie pozwoliłam sobie zdjąć, byłam całkiem mała, grubo przed szkołą, to pamiętam. Myśleli, że zasnęłam i chcieli mi zdejmować, zaczęły się krzyk, płacz i ostatecznie spałam w nich, co było strasznym dramatem dla mojego tatusia, który był obsesyjnie czysty. Nie mógł tego znieść.

M. W. — Dziękuję bardzo za rozmowę.

M. O. — Dziękuję.

Grudzień 2007 roku