

**Z cyklu: Sylwetki psychoterapeutów**

**„GDYBY ŚWIAT STAŁ SIĘ BARDZIEJ SPRAWIEDLIWY,  
BYLIBYŚMY PSYCHICZNIE ZDROWSI”**

ROZMOWA Z PROF. DR HAB. KATARZYŃĄ PROT-KLINGER

**Wanda Szaszkievicz** — Pomysł na przedstawienie twojej sylwetki psychoterapeutki powstał, gdy zorientowałam się, że niewiele osób z kręgu psychoterapeutów zajmuje się bardzo mi bliską ideą terapii środowiskowej, a jeszcze mniej z nich zostało przedstawionych w naszym piśmie. Byli to przede wszystkim Maria Orwid, a także Ryszard Izdebski, twórcy Zespołu Leczenia Domowego w Klinice Psychiatrii w Krakowie. A przecież także w Warszawie, gdzie rozmawiamy, są silne tradycje uprawiania tej formy psychoterapii. Dodatkowo obszar innych twoich zainteresowań jest jeszcze bardziej unikalny, a również bliski środowisku, z którego wywodzą się wspomniane wcześniej osoby. Dotyczy on postępowania terapeutycznego w sytuacji ciężkiej traumy. Dlatego postanowiłam poprosić cię o rozmowę o tych sprawach, a przy okazji poznać twoją drogę do zajęcia się nimi. Jak ona wyglądała? Teraz jesteś psychiatrą z tytułem profesora.

**Katarzyna Prot-Klinger** — Tak, rzeczywiście trzeba zacząć od tego, że moja naukowa działalność jest bardzo związana z praktyką. Psychiatrią interesowałam się na studiach medycznych, które przypadły na przełom lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. Dość wcześnie zapisałam się do koła psychiatrycznego, z czasem nawet je prowadziłam. W tym czasie opiekunem koła był prof. Andrzej Piotrowski, który był i jest dla mnie bardzo ważną osobą. Mogę tu powiedzieć o swoim niezwykle szczęściu, jakim jest posiadanie drugiej pary rodziców, a mianowicie rodziców psychiatrycznych, to jest Marysi Orwid i Andrzeja Piotrowskiego, którzy byli wspaniałymi ludźmi, a w dodatku bardzo się lubili i przyjaźnili. Gdy skończyłam studia, Andrzej Piotrowski zaproponował mi, żebym przyszła do pracy do nowo otwartego oddziału psychiatrycznego, nietypowo wówczas umiejscowionego w szpitalu ogólnym. Pobyt pacjentów w oddziale był krótki, ale rozbudowano system terapii środowiskowej. Powstał oddział dzienny na stosunkowo nowym osiedlu mieszkaniowym Bródno, które wtedy jeszcze było dzielnicą biednych ludzi, mieszkających często w zdewastowanych mieszkaniach. Trudne miejsce, zamieszkałe przez tych, którzy coraz gorzej sobie radzili ze zmianami społecznymi. Nasz ośrodek leczenia środowiskowego powstał w latach 1984/1985. Jego szefem był Andrzej Axer, człowiek bardzo już doświadczony w tego typu terapii. Przeszedł on z Kliniki Psychiatrycznej przy ulicy Nowowiejskiej na Bródno. Axer uprzednio współpracował z ważnymi osobami dla warszawskiej psychiatrii środowiskowej, którymi byli Zdzisław Bizoń i Kazimierz Jankowski.

**W.Sz.** — Zastanawiam się, jak sobie poradziłaś z tym wyzwaniem, przecież byłaś bardzo młoda, bez większego doświadczenia?

**K.P.K.** — Na początku pracowałam jeszcze w oddziale całodobowym, zaczęłam też od razu robić specjalizację. Oddział mnie wiele nauczył, gdyż trzeba było szybko wejść w tryb dyżurowy. Była ograniczona liczba lekarzy, więc byliśmy dosyć obciążeni. Musieliśmy działać samodzielnie. W oddziale można było spotkać pacjentów z wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych. Konsultowaliśmy wszystkie inne oddziały dużego szpitala wojewódzkiego, czyli miałam spore wyzwania, jak na pierwszą pracę. Dostałam bardzo dużo wsparcia. Szefowa, dr Anna Kilian, która była doświadczonym psychiatrą, powiedziała mi, że mogę do niej telefonować, gdybym miała problem. Skwapliwie z tego przyzwolenia korzystałam i często dzwoniłam. Przy kolejnym telefonie, gdy doradzałam się, czy mam pacjenta przyjąć czy nie, ona mi delikatnie powiedziała, żebym pamiętała, że to jest ostatecznie moja odpowiedzialność. To była mądra uwaga, dotarło do mnie już na zawsze, że jako lekarz ponoszę odpowiedzialność, co nie wyklucza oczywiście tego, że gdy mam wątpliwości, powinnam się poradzić. Po roku pracy na oddziale przeszłam na zastępstwo za nieobecnego lekarza do leczenia środowiskowego. Szybko poczułam, że jestem zakochana w leczeniu środowiskowym i już tam zostałam.

**W.Sz.** — Co zadziało, że tak szybko dokonałaś wyboru? Albo inaczej: co musi być w człowieku, żeby tę formę leczenia tak bardzo polubił i pewnie się w niej poczuł? Są osoby, które nigdy w życiu nie wybrałyby tego rodzaju leczenia, a te, które je wybierają, potem nie chcą już tego wyboru zmieniać. Czy zdajesz sobie sprawę z tego, co cię tak wciągnęło?

**K.P.K.** — Przede wszystkim zobaczyłam, jak bardzo ograniczone było moje widzenie pacjenta w szpitalu. Na przykład przepisywałam mu leki, nie uwzględniając, że on je w domu odstawia. Nie brałam pod uwagę, że ten człowiek ma inne życie, niż tylko życie pacjenta korzystającego z leczenia. I że tamto pozaszpitalne życie jest dla niego ważniejsze! A ja byłam zafiksowana na dobrym ustawieniu dawki pernazyny, która wtedy była podstawowym lekiem, i nie brałam pod uwagę tego, co dla tego pacjenta było ważniejsze od leczenia — jego życia w miejscu zamieszkania. Przecież choroba dla człowieka jest częścią jego życia, a nie całym życiem. Odkryłam, że właśnie to trzeba wziąć uwagę, aby pomóc.

**W.Sz.** — Podczas ostatniej Konferencji Trzech Sekcji mówiłaś, że ważne jest, żeby wiedzieć, kto się leczy, a nie, na co się leczy. To się wiąże z tym, o czym mówisz, że pacjent, człowiek, jest całością, a także jest zależny od miejsca, w którym żyje. I od wielu innych spraw jeszcze, a życie, jakie prowadzi, jest dla niego najważniejsze. Rozumiem, że to odkrycie pomogło ci w decyzji o wyborze leczenia środowiskowego.

**K.P.K.** — Tak, to był jeden powód, a drugi wiązał się z moją osobowością czy też pewną łatwością odnalezienia się w nowej roli, nie tej klasycznej roli lekarza ze szpitala czy gabinetu. Podczas odwiedzin w rodzinie pacjenta jesteśmy nie tylko lekarzami, ale też gośćmi i musimy się do tej roli dostosować.

**W.Sz.** — Rozumiem, że istnieje tutaj paralela: pacjenci często hospitalizowani podlegają swoistej instytucjonalizacji, a terapeuci, lekarze podobnie — usztywniają się w swoich rolach, które pełnią w szpitalu. Natomiast w leczeniu domowym, środowiskowym, pełniemy więcej ról, one wymagają nowych umiejętności.

**K.P.K.** — Oczywiście! To duża zasługa profesora Piotrowskiego, który dał mi szansę podjęcia tej roli. W pierwszym momencie nie bardzo był moją decyzją zachwycony, gdyż dopiero rok pracowałam w psychiatrii, a leczenie środowiskowe jest leczeniem całości-

wym, uwzględniającym zarówno chorobę, jak i warunki życiowe pacjenta. Wzięcie za nie odpowiedzialności wymagało zaufania do moich umiejętności. Andrzej Axer, pochodzący ze wspaniałej reżyserskiej rodziny, wyreżyserował przyjęcie mnie do zespołu środowiskowego w ten sposób, że zaprosił tworzących go kolegów, profesora i mnie, abyśmy pod koniec mojego zastępstwa mogli porozmawiać, jak nam się razem pracowało. Po pewnym czasie profesor Piotrowski zrozumiał, że uczestniczy w zebraniu, w którym jest mowa o tym, że ja tam zostaję. Przyjął to ze spokojem — był to człowiek z niebywałą klasą — a z czasem przekonał się do tego pomysłu, zaufał mi i był zadowolony. Trzeba wiedzieć, że w tamtych czasach leczenie środowiskowe było zupełnie inne niż teraz. Nazywało się hospitalizacją domową i była to rzeczywiście hospitalizacja, do której przyjmowaliśmy nie tylko pacjentów przewlekle chorych, ale także tych w stanach ostrych. W szczególności takich chorych, którzy nie godzili się na pobyt w szpitalu, a nie mieli wskazań bezwzględnych do przyjęcia bez zgody lub takich, dla których korzystniejsze było leczenie w domu. Niektórzy pacjenci wymagali wizyt dwa razy dziennie z podaniem leków, gdyż sami nie byli w stanie ich zażyć, a rodzina nie zawsze była dostępna. Z tymi pacjentami, którzy byli w lepszym stanie, mieliśmy kontakt co najmniej co drugi dzień.

**W.Sz.** — Wyobrażam sobie, że w tej wstępnej fazie leczenia ważna była diagnoza systemu rodzinnego, żeby wiedzieć, na ile jest współpracujący, na ile wydolny. Pamiętam też podobny czas w naszym Zespole Leczenia Domowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, gdy przyjmowaliśmy do terapii pacjentów psychiatrycznych, których trzeba było dużo częściej odwiedzać niż innych.

**K.P.K.** — Wsparcie rodzinne było bardzo istotne, ale pacjenci mieli także wsparcie systemu leczącego. Stawali się formalnie pacjentami szpitala, co oznaczało, że ich dokumentacja była codziennie odnoszona na oddział, nie było wtedy jeszcze komputerów. Tak więc, gdyby stan pacjenta pogorszył się poza godzinami pracy zespołu, rodzina mogła zawieźć go do szpitala, gdzie dostawał pomoc bez wdrażania procedury przyjęcia.

**W.Sz.** — Jak słyszę, co mi zresztą przypomina początki naszego zespołu, była to praca bardzo angażująca, a także wymagająca dobrego porozumienia w zespołach — i tym środowiskowym, i tym szpitalnym. U nas profesor Maria Orwid, wówczas kierownik kliniki, była swoistym łącznikiem, przychodziła do naszego zespołu, gdy omawialiśmy rodziny.

**K.P.K.** — Tak, u nas codziennie były odprawy i omawianie każdej wizyty domowej. Raz w tygodniu bywaliśmy w szpitalu na zebraniach dotyczących pacjentów oddziału. Dwa razy dziennie był też kontakt z oddziałem podczas przekazywania dokumentacji. Można było wtedy przekazać także bieżące informacje. Pomysł pierwotny był taki, że my prowadzimy pacjentów w stanie ostrym, a potem kontynuują oni leczenie w poradni rejonowej. Potem to uległo zmianie, gdy okazało się, że więź, która powstaje między pacjentem a członkami zespołu odwiedzającymi go w domu, których pacjent przeżywa jako tych, dzięki którym nie musiał być w szpitalu, jest bardzo silna, ale nie jest wykorzystana, gdy pacjent zbyt szybko idzie do poradni. W tej poradni termin jest odległy, psychoterapii nie ma, są tylko wizyty u lekarza, na które chory przychodzi coraz rzadziej, więc przestaje brać leki i znów jego stan się pogarsza. Gdy to odkryliśmy, zaczęliśmy dłużej pozostawiać pacjentów w naszej opiece. Powstało w ten sposób ambulatorium, do którego pacjent był przekazywany z hospitalizacji domowej. Były to czasem nadal wizyty domowe, już rzadsze, lub spotkania na miejscu, w siedzibie zespołu.

**W.Sz.** — Słuchając cię, myślę, jak wiele musieliście sami odkrywać, wypróbować metody działania psychoterapeutycznego w sytuacji, gdy chyba nie było wzorców takiego leczenia w Polsce, a też mało na świecie. Profesor Piotrowski z pewnością należał do prekursorów terapii środowiskowej w Polsce. Czyli tą terapią zostali objęci tylko pacjenci psychiatryczni?

**K.P.K.** — Profesor Piotrowski, chociaż formalnie nie był psychoterapeutą, był nim z przekonania. Ogromną wagę przykładał do pracy z rodziną pacjenta, do zrozumienia relacji w niej. Jeśli chodzi o psychoterapię, moje pokolenie było skazane na samokształcenie, nie było regularnych kursów. Były różne wykłady, np. wykłady Wojciecha Hańbowskiiego z psychoanalizy, na które uczęszczałam. Z kolei prof. Piotrowski dzielił się swoim myśleniem rodzinno-systemowym. Pojawiały się artykuły i pierwsze książki wyglądające jak skrypty, dotyczące psychoterapii humanistycznej. Pozostawały nam własne lektury, omawianie pacjentów w zespole, nie było szkoleń w tym zakresie. Każdy z tych nurtów był bardzo istotny, gdyż stanowił opozycję do myślenia biologicznego. A co do leczenia domowego, rzeczywiście nasze działania obejmowały wyłącznie osoby z rozpoznaniem psychozy. Z zespołem leczenia domowego wiąże się też początek mojej działalności naukowej. U mnie zawsze na pierwszym miejscu była aktywność psychoterapeutyczna. Był to świadomy wybór, moi rodzice są naukowcami, więc wiedziałam, z czym to się wiąże i nie chciałam kontynuować tej tradycji. Bardziej byłam zainteresowana kontaktem z drugim człowiekiem w przebiegu leczenia, samym procesem terapii niż jego konceptualizacją. Rodzice akceptowali mój wybór. Wtedy zdarzyło się coś, co zmodyfikowało moje plany. W latach dziewięćdziesiątych współpracowaliśmy z Niemcami, z ośrodkiem w Mönchengladbach, który prowadził mój przyjaciel dr Ralf Seidel. Niemieccy koledzy zaczęli do nas przyjeżdżać, pokazywali im nasze dokonania. Nie prowadzili oni u siebie leczenia domowego w tak intensywnej formie i pamiętam, jak padło z ich strony stwierdzenie, że ten rodzaj leczenia musi być bardzo kosztowny. Zaintrygowało mnie to stwierdzenie, a trudno było odpowiedzieć, czy tak jest w istocie, bo w Polsce nie obliczało się wtedy kosztów leczenia. Postanowiłam policzyć, a ściślej mówiąc, oszacować te koszty, nie mając żadnych narzędzi ani twardych danych, tylko przecucie, że nasze leczenie nie jest całkowicie droższe od tradycyjnego, a być może jest bardziej skuteczne. Profesor Piotrowski zaakceptował ten pomysł i dodał od siebie, że mógłby być on punktem wyjścia do mojej pracy doktorskiej. I rzeczywiście tak się stało. W tym mrówczym zadaniu pomogło mi to, że byłam ze względu na moje małe dziecko trochę wyłączona z pracy, siedziałam w domu i spisywałam wszystkie dane z historii chorób potrzebne do obliczeń. Ta z pozoru szalona myśl, następnie żmudna praca przydała się, gdyż moja hipoteza o większej efektywności i mniejszych kosztach leczenia środowiskowego potwierdziła się! Okazało się, że objęcie pacjentów intensywną, środowiskową opieką powoduje redukcję kosztów leczenia mniej więcej o połowę. W ten sposób weszłam na ścieżkę naukową, nie schodząc z tej praktycznej. Promotorem mojej pracy był oczywiście profesor Andrzej Piotrowski.

**W.Sz.** — Zastanawiam się, jak doszłaś do trzeciego obszaru twoich zainteresowań, które też mają już dłuższą historię, dotyczącego pracy z pacjentami po ciężkich traumatycznych przeżyciach i badań w tym zakresie.

**K.P.K.** — Na konferencji w Berlinie w 1989 roku poznałam Marysię Orwid. Byłam z Warszawy sama, a dzięki delegacji krakowskiej, a w szczególności Marysi, poczułam

się tam pewnie. Niedługo potem za pośrednictwem profesora Piotrowskiego dostałam od pani profesor Orwid zaproszenie do rozmowy w związku z krakowskim programem naukowym dotyczącym Ocalałych z Holocaustu i tzw. drugiego pokolenia, czyli ich dzieci. Mój ojciec jest Żydem Ocalałym z Holocaustu, jeszcze wtedy żyła moja babcia — oboje przeżyli wojnę na tzw. aryjskich papierach. Tak więc ja jestem „drugim pokoleniem” i we trójkę wzięliśmy udział w projekcie. Po tych badaniach stworzono program, w którym zaoferowano psychoterapię osobom, które przeżyły wojnę i Maria Orwid zaproponowała mi udział w tym programie psychoterapeutycznym. Miałam bardzo dużo wątpliwości, również dlatego, że nie miałam doświadczenia w prowadzeniu grup terapeutycznych. Ważniejszą wątpliwością było to, że nie byłam pewna, czy sama mam już rozwiązany problem dotyczący „drugiego pokolenia”, mojej tożsamości jako córki Ocalałego z Zagłady. Gdyby nie wcześniejsza rozmowa z profesor Orwid, która mi bardzo dużo dała, nie podjęłabym się tej pracy. Miałam do Marysi dużo szacunku i zaufania, że skoro mi tę pracę proponuje, wie, co robi. Najwyraźniej oceniła, że moje zasoby są wystarczające. Początki były trudne, bo było nas, terapeutów, mało, a grupa osób zaproszonych do terapii była duża — na każdego z nas przypadało około 20 osób. I znów powtórzyła się mi powracająca od początku pracy sytuacja wskoczenia na głęboką wodę. Początkowo grupę prowadziłam sama, potem dołączył Krzysztof Szwejca i od wielu lat prowadzimy tę grupę razem. To było i jest dla mnie ważne doświadczenie. W pewnym momencie zdałam sobie sprawę, że w pracy z traumą pomaga mi doświadczenie, jakie nabyłam w psychoterapii pacjentów psychotycznych. Zastanowiło mnie, co łączy doświadczenie traumy i doświadczenie psychozy. Dzisiaj już wiemy, że psychozę często poprzedza silnie traumatyczne doświadczenie. Myślę także, że od strony terapeuty praca z traumą i psychozą związana jest z gotowością na zetknięcie się z problemami egzystencjalnymi człowieka. Z czymś, co bardzo głęboko go dotyka.

**W.Sz.** — I bardzo mocno utrudnia porozumienie się ze światem, od którego człowiek się odcina. Być może jest tak, jak mówisz, że te dwa obszary w tobie się jakoś złączyły i pozwalają ci przyjąć i udźwignąć ciężkie przeżycia osób po skrajnie traumatycznych doświadczeniach.

**K.P.K.** — To trochę tak, jak w początkach mojej pracy, kiedy chodząc po domach pacjentów, byłam narażona na sytuacje trudne i co gorsza niespodziewane — nagłego zaostrzenia się psychozy. Z tymi grupami też tak było, że nikt z nas nie mógł przewidzieć, jak będzie wyglądała nasza z nimi praca, jakie będą ostatecznie oczekiwania osób uczestniczących w psychoterapii. Nie było kwalifikacji do terapii, szef Stowarzyszenia Dzieci Holocaustu<sup>1</sup>, czyli organizacji zrzeszającej osoby ocalałe z Zagłady w młodym wieku, Jakub Gutenbaum, uznał, że osobom tym należy się psychoterapia ze względu na to, co przeżyły, niezależnie od ich aktualnego stanu psychicznego. Marysia przyjęła tę koncepcję natychmiast. Myślę, że dla osób Ocalałych przeprowadzanie „selekcji” byłoby niemożliwe do zaakceptowania. Miało to też znaczenie depatologizujące — uczestnicy grup leczenia są nie dlatego, że są „chorzy”, tylko dlatego, że przeżyli ekstremalną sytuację życiową.

<sup>1</sup> Stowarzyszenie Dzieci Holocaustu skupia osoby ocalałe z Zagłady, które ze względu na żydowskie pochodzenie były skazane przez okupanta hitlerowskiego na eksterminację i z tego powodu przebywały w gettach, obozach koncentracyjnych, obozach zagłady lub zmuszone były do ukrywania swojej tożsamości, przy czym w dniu rozpoczęcia II wojny światowej miały nie więcej niż 13 lat lub urodziły się w czasie wojny (Statut Stowarzyszenia rozdz. II § 12).

**W.Sz.** — Myślę o osobach prowadzących te grupy, jakie dla nich musi być trudne spotkanie z osobami po strasznych przejściach, podobnie jak po psychozie. Taki terapeuta powinien być silnie zintegrowany psychicznie, aby ciężar ten wytrzymać i co więcej — przydać się swojemu rozmówcy. Być może obok integracji wewnętrznej, powinien mieć jednak doświadczenie jakiejś dezintegracji, aby ją zrozumieć u drugiego. Żeby mógł okazać spokój, dać bezpieczeństwo i tym samym przekazać pewność, że da się ją wytrzymać i pokonać.

**K.P.K.** — Tak, mówiąc w skrócie, przydaje się nam kontakt ze swoim szaleństwem, ale ważne, by mu nie ulegać. Ja rzeczywiście uważam, ale też odczuwam, że psychoza może zdarzyć się każdemu, że bariera między zdrowiem a chorobą może pęknąć, co nie oznacza, że po jakimś czasie nie wraca się do zdrowia. Moja praca z Ocalałymi trwa już 20 lat i jest bardzo ważnym doświadczeniem życiowym, nie tylko zawodowym, wymaga ścisłej współpracy zespołu terapeutycznego. Prowadzenie grup ma charakter maratonu, trwa kilka dni, zawsze podczas wyjazdu, zwykle do Śródborowa, w którym po całym dniu pracy w grupie wymieniamy doświadczenia, dajemy sobie wzajemnie wsparcie. Na początku pracy grupy jej uczestnicy potrzebowali olbrzymiego „kontenera” na ich traumatyczne przeżycia. Przyjmowaliśmy napięcie podczas sesji, ale mieliśmy trudność, żeby utrzymać nasze emocje do wieczornego omawiania. Dlatego w przerwach opowiadaliśmy sobie wydarzenia, które miały miejsce w grupie. Można powiedzieć, że „kontener” potrzebował „kontenera”. Bez wzajemnego wsparcia w zespole praca byłaby absolutnie niemożliwa.

**W.Sz.** — Badania w tym zespole, o którym mówisz, rozmowy, wspólne opracowania, wymiana myśli na konferencjach organizowanych przez Polsko-Izraelskie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego, w którym pełnisz teraz funkcję przewodniczącej, wskazuje na potrzebę rozwoju w tym zakresie. Czy ten rozwój, zdobycie wielu doświadczeń w pracy z traumą, przekłada się na jakieś nowe odkrycia w tym obszarze? Bo też wiem, że prowadzisz na ten temat zajęcia na studiach, jesteś „panią od traumy”, czyli znasz się na niej. Czy twoi pacjenci rzeczywiście zyskują i co na twojej wiedzy na ten temat?

**K.P.K.** — Pamiętam, że kiedyś, gdy już bardzo aktywnie zajmowałam się Ocalałymi, przyszła do mnie pacjentka ze znacznie nasiloną traumą z okresu dziecięcego. I gdy tak siedziała, ja miałam nieodparte wrażenie, że ona jest jedną z Ocalałych. I nawet podzieliłam się tym z profesor Orwid, a ona mi powiedziała, że ta pacjentka jest ocalała, chociaż z innej opresji. Z pewnością te doświadczenia wiele mnie nauczyły, wiadomo przecież, że najwięcej uczymy się od pacjentów i potem im to oddajemy.

**W.Sz.** — Pacjenci rzeczywiście nas uczą, chociaż nie wszyscy tego chcemy, jakby się tego obawiamy i gdy odkrywamy większy ciężar ich problemów, szybko przekierowujemy ich do kogoś naszym zdaniem bardziej kompetentnego. Pamiętam rozmowę z Bożeną Winch, która mówiła mi, że terapeuci często kierują do niej pacjentów terminalnie chorych jako do „pani od umierania”. To budzi jej sprzeciw, bo jest przekonana, że każdy terapeuta powinien mieć w sobie przede wszystkim gotowość do rozmowy na wszelkie trudne tematy, a umiejętnością zdołędzie w praktyce.

**K.P.K.** — Tak, tylko trzeba mieć w sobie głębokie wewnętrzne przekonanie, że rozmowa leczy, a także, że już samo wysłuchanie czyjejs trudnej, pełnej traumatycznych doświadczeń historii jest mu pomocne. Samo to, że opowie, przyniesie opowiadającemu ulgę, tylko, żeby to zrobił, musi poczuć się bezpiecznie i jego historia musi być wysłu-



chana czy, inaczej mówiąc, przyjęta. Jest taki fragment w tekście Ocalałego z Auschwitz Primo Leviego o tym, jak więźniowie w obozie mieli powracający sen, że wracają do domu i próbują opowiedzieć o swoim doświadczeniu obozu koncentracyjnego i nikt ich nie słucha. Jeżeli mamy poczucie, iż brak nam gotowości wysłuchania trudnych historii ludzkich, to lepiej tego nie robić. Ostatnio rozmawiałam z kobietą z Ruandy, która miała głęboką traumę psychiczną i która po raz pierwszy — jak wspomniała — opowiedziała o swoim doświadczeniu. Rozumiem, że w ludziach nie było gotowości, żeby wysłuchać, otworzyć się, przyjąć to, co przeżyła. To oczywiście nie jest łatwe dla słuchającego, ale z pewnością leczące dla opowiadającego. Psychologowie często ulegają przekonaniu, że po co poruszać temat traumy, lepiej o niej zapomnieć. Nie zgadzam się z tym. Trzeba zapewnić tej rozmowie odpowiednie warunki, w których osoba po traumie będzie się bezpiecznie czuła.

**W.Sz.** — Rozumiem, że dzięki zdobytym doświadczeniom możesz nie tylko wykorzystać je w psychoterapii, ale też dzielić się nimi z innymi, początkującymi terapeutami, wprowadzać w program edukacji. Szczególnie teraz, gdy już jesteś formalnie profesorem psychiatrii, jak i zarazem superwizorem psychoterapii.

**K.P.K.** — Tak, może trochę opowiem, jak do tego doszłam. W 1990 roku wyjechałam na 4 lata do Rumunii, towarzysząc mężowi, który dostał tam stanowisko dyplomatyczne. Nauczyłam się rumuńskiego, weszłam w kontakt ze środowiskiem żydowskim i zorganizowałam dla Ocalałych z Holocaustu grupę, której celem było przywracanie podmiotowości osobom przebywającym w domu pomocy społecznej. Zaczęłam się interesować, jaka była historia Holocaustu w Rumunii i stąd powstał pomysł na opisanie i opracowanie tego tematu od strony psychologicznej. Wspierał mnie w tym od strony naukowej profesor Jacek Bomba. Po powrocie z Rumunii uzyskałam grant KBN-u na zakończenie badań rumuńskich i zrobienie w Polsce podobnych badań, które stały się podstawą mojej książki habilitacyjnej „Życie po Zagładzie”. Kontynuowałam pracę środowiskową poprzez założenie zespołu leczenia środowiskowego dla dzielnic, w których do tej pory takiego zespołu nie było — Ursynowa i Wilanowa. Postanowiłam też przejść formalne szkolenie psychoterapeutyczne. Odbýłam je w Instytucie Analizy Grupowej „Rasztów”, który był dla mnie naturalnym wyborem, bo interesowała mnie psychoanaliza i psychoterapia grupowa. Również w „Rasztowie” zrobiłam kurs superwizorski i jestem tam osobą szkolącą, prowadzę wykłady w zakresie psychopatologii, mam też blok zajęć dotyczący traumy.

**W.Sz.** — Bardzo korzystnie się ułożyło, że jesteś związana, prowadząc zajęcia, ze szkołą psychoterapii, z której wyszłaś. A z kolei jak chodzi o pacjenta, którego leczysz — pozostałaś wierna pacjentowi z rozpoznaniem psychozy, a nie takiemu, który leczy się w Rasztowie.

**K.P.K.** — Jak pytasz o „Rasztów”, to muszę powiedzieć, że był dla mnie miejscem powrotu. Staż do specjalizacji psychiatrycznej odbywałam w dawnym „Rasztowie” — był to pomysł prof. Piotrowskiego. Miałam stamtąd bardzo dobre wspomnienia i nawet zachętę współpracy z ich strony. Ale wtedy rzeczywiście byłam bardziej zainteresowana pacjentami psychotycznymi. Teraz dryfuję w kierunku myślenia, że podział na zaburzenia psychiczne, ich klasyfikacja jest kompletnie niepotrzebna. W tym roku będzie konferencja we Wrocławiu na temat „szaleństwa”, gdzie będę mówić o tym, czy granice pomiędzy zaburzeniami psychicznymi są potrzebne. I zmierzam do takiego przekonania, że stawianie

granic diagnostycznych nie jest potrzebne. Rzeczywistość to potwierdza, bo najczęściej spotykamy się obecnie z pacjentem, którego diagnoza mieści się w kategoriach zaburzeń osobowości. Ale to jest też pacjent, którego postrzeganie rzeczywistości momentami bywa bardzo zmienione. W ogóle można spojrzeć na to tak: psychiatrzy, tworząc klasyfikacje zaburzeń psychicznych, umawiają się np., że pacjenci z natręctwami nie są psychotyczni. Podobnie jak pacjenci „psychosomatyczni”, których postrzeganie rzeczywistości bywa przecież podobnie zaburzone, jak u pacjentów z psychozą. Przykładem mogą być pacjentki anorektyczne, które mają głębokie zaburzenia obrazu ciała, brak poczucia choroby, a my nie dajemy im rozpoznania psychozy.

**W.Sz.** — Czy to znaczy, że to nie pacjenci się zmieniają, tylko nasze spojrzenie na psychopatologię, które wpływa na klasyfikację zaburzeń?

**K.P.K.** — Chyba obie rzeczy się dzieją. My coraz wyraźniej widzimy umowność klasyfikacji psychiatrycznych, ale też pacjenci są inni. Na przykład obecnie jest jakby mniej ostrych stanów psychotycznych, a więcej pacjentów z pogranicza nerwicy czy zaburzeń osobowości i psychozy. Może to też wynikać z tego, że pacjenci, którzy dawniej byli w szpitalach i tam stawali się chroniczni, teraz są poza tą instytucją i oczekują od nas innych działań, w tym psychoterapeutycznych. Są to może różne procesy nakładające się na siebie.

**W.Sz.** — Wertując twoje publikacje, wystąpienia na konferencjach, zauważyłam też, że bliskie ci są problemy etyczne, dbałość o pacjenta, o danie mu stosownej oferty leczenia, zadbanie, żeby było ono efektywne. Zaczynając od tych działań w środowisku, gdy patrzysz na szanse chorych, zwracasz uwagę na takie aspekty ich funkcjonowania, jak życie w ubóstwie, bezrobocie, którego nierzadko doświadczają.

**K.P.K.** — Jestem teraz przewodniczącą sekcji polskiej międzynarodowego towarzystwa zajmującego się psychologicznym i społecznym podejściem do psychoz. Na konferencji w Liverpoolu, na której byłam w tym roku, wyraźnym trendem był odwrót od myślenia kategorialnego — jednostkami chorobowymi na rzecz myślenia dymensjonalnego, wymiarowego. Oznacza to, w pewnym uproszczeniu, że nie mamy psychozy, ale jesteśmy bardziej lub mniej psychotyczni. Powszechnie się uważa, że klasyfikacje się skompromitowały, okazało się, że pod określonymi kategoriami nie ma rzeczywistości, że ona jest wymyślona, a nie prawdziwa. O tym mówią poważni uczeni i praktycy. Innym ważnym trendem jest myślenie, że dla poradzenia sobie z zaburzeniami psychicznymi konieczna jest zmiana świata w tym kierunku, żeby stał się bardziej sprawiedliwy. Prewencją chorób psychicznych nie jest psychoedukacja, tylko praca nad tym, żeby świat stał się lepszy, żeby ludzie mieli bardziej wyrównane szanse na rozwój. I jakkolwiek by to naiwnie brzmiało, to ja jestem o tym głęboko przekonana.

**W.Sz.** — Tylko, jak to zrobić? Jak specjaliści od zdrowia psychicznego mają się w to zaangażować? Uruchamia się tutaj znowu środowiskowe myślenie i społeczne zaangażowanie. Ale czy to wystarczy? Co powinno się dzieć w tej sprawie? Myślę, że twoje wyjazdy do Rumunii, praca z grupami osób po traumach, pozwoliły ci ten problem zobaczyć. Inne osoby też to widzą, pamiętam głos w dyskusji Anny Tanalskiej podczas konferencji „Obcy. Inny. Taki sam”, gdy powiedziała, że kiedy na lotnisku zobaczyła grupę Romów, barwną, hałaśliwą, pomyślała sobie, że świetnie, że Romowie mogą też korzystać z tej drogi przemieszczania się. Ale za chwilę już się od nich odsunęła, szukała miejsca bardziej oddalonego, czyli ciszy dla siebie. Obie reakcje — ta aprobata, a potem irytacja, pokazały



jej, jak trudno znosi innych, gdy naruszają jej granicę komfortu. Niby nie chce czuć się lepsza, ale woli pozostać w sporej odległości od drugiego, który jest inny. Ten podział świata przecież istnieje i co z nim możemy i powinniśmy zrobić?

**K.P.K.** — Myślę, że na to pytanie każdy musi sobie sam odpowiedzieć. W swoim czasie byłam bardzo zaangażowana w ruch Niezależnego Zrzeszenia Studentów Akademii Medycznej w Warszawie, zawsze byłam w komitetach strajkowych. Dlatego wierzę, że można i trzeba zmieniać świat, każdy powinien coś robić w tym miejscu, gdzie jest i każdy na swoją miarę. Z tamtych czasów znamy się i przyjaźnimy z Andrzejem Lederem, którego cenię za to, że dobrze pisze, ale przede wszystkim za to, że pisze, jak powinna wyglądać sprawiedliwość. Przekazujemy studentom, superwizantom nie tylko wiedzę fachową, ale uczymy także szacunku do człowieka, wrażliwości na jego problemy. Mam w szkoleniu wiele osób z miejsc, w których są osoby wykluczone społecznie, jakimi bywają na przykład środowiskowe domy samopomocy, i bardzo sobie cenię tę pracę. Podziwiam te osoby, że wybierają pracę w tak trudnych warunkach. Taka naiwna nie jestem, że ich zaangażowanie od razu zmieni świat, ale trzeba podejmować wysiłek, żeby nie pozostać obojętnym. Teraz jest też bardzo aktualna dyskusja, jak zachować się wobec ważnych spraw społecznych — czy i w jaki sposób psychoterapeuci, psychiatry powinni zabierać głos publicznie. Zasadniczo uważam, że powinni. Dlatego włączyłam się w projekt, który wyszedł ze środowiska raszewskiego dotyczący „rozmowy społecznej” pod tytułem „Polska na kozetce”.

**W.Sz.** — Bardzo jest mi bliskie to, co mówisz. Wiele lat pracowałam w Zespole Leczenia Domowego wśród podobnie myślących przyjaciół, terapeutów środowiskowych, takich jak Ryszard Izdebski czy Krzysztof Szwajca, a także w Nowej Hucie, gdzie psychoterapia była czymś nowym dla mieszkańców. Okazało się, że bardzo jest im potrzebna i co więcej skuteczna. Teraz moi dawni współpracownicy z jeszcze młodszymi kolegami zakładają nowe miejsca terapii dla takich osób, właśnie trochę wykluczonych, dla dzieci bardzo zaniedbanych, żeby wyrównać ich szanse na prawidłowy rozwój. Wracając jednak do ciebie, trochę już na zakończenie rozmowy, powiedz proszę o swoich planach, projektach. Gdzie teraz pracujesz?

**K.P.K.** — W Akademii Pedagogiki Specjalnej, zaproszona tam przez profesora Czesława Czabałę, który wcześniej już wspierał mnie w rozwoju naukowym. Moje plany obejmują każdy z tych wcześniej omówionych przeze mnie obszarów. Kontynuujemy z zespołem krakowskim prowadzenie grup terapeutycznych dla osób Ocalałych z Holocaustu, prowadzę zajęcia, superwizję, a także przyjmuję pacjentów. Jak chodzi o wątek naukowy, który bardzo mnie ostatnio zaciekawia, to uczestniczę w programie, który dotyczy historii polskiej psychoanalizy w okresie między- oraz powojennym. Pasjonujące jest poznawanie życia lekarzy i ich pacjentów. Część z tych osób jest bardziej znana za granicą niż w Polsce, jak na przykład psychoanalityk pracujący z osobami psychotycznymi Gustaw Bychowski. Cieszę się, że pamięć o nich będzie przywrócona w Polsce. Wydaje mi się też ważne docenienie korzeni polskiej psychoterapii w sytuacji dominującego aktualnie myślenia biomedycznego. Bardzo sobie cenię współpracę z osobami, z którymi się tym wspólnie zajmujemy. Jest to zespół multidyscyplinarny złożony z historyków, filozofów, psychoterapeutów. Ukazują się kolejne książki o tej tematyce. Teraz szykowany jest tom o wojnie i Zagładzie, do którego będziemy pisali z Krzysztofem Szwajcą rozdział o naszym doświadczeniu pracy z Ocalałymi.

**W.Sz.** — Ciekawa też jestem, jakie masz inne pasje oprócz wymienionych, bo nas jako psychoterapeutów niewątpliwie inspirują w pracy nie tylko teorie z pola zawodowego. Samo życie też nas zasila, przyjaźnie, rodzina. Jak jest z tobą? Przeczytałam, że interesujesz się literaturą, teatrem, a także operą.

**K.P.K.** — Piszę o operze w piśmie „Psychiatra”. Kiedyś z doktorem Tomaszem Szafrąnskim, który prowadzi to czasopismo, spotkaliśmy się w kinie na projekcji z Metropolitan Opera i zapytał mnie, o czym chciałabym pisać do jego pisma. Myślał chyba o temacie bardziej „psychiatrycznym”, ale kiedy powiedziałam, że najchętniej pisałabym o operze, bardzo się ucieszył. Lubię o niej pisać, o miłości i szaleństwie, które w operze tak wyraźnie widać i słyszać. Trudno mi powiedzieć, czy te moje pasje w jakiś bezpośredni sposób przekładają się na pracę, ale wydaje mi się, że jednak tak. Ważne są i potrzebne takie miejsca, w których jesteśmy pomieszczani. Dla mnie takim miejscem jest sztuka, dobra literatura.

A co do rodziny, każde z dzieci mieszka już w swoim miejscu, w swoim związku, ale mamy bardzo bliskie relacje. Nie mamy bardzo rozgałęzionej rodziny, ale i z rodzicami, i dziećmi mamy żywy i ciepły kontakt. Poza tym, że bardzo się kochamy, to wydaje mi się, że bardzo się lubimy, przyjaźnimy, mamy wspólne zainteresowania. I oczywiście kłócimy się okropnie, trochę jak włoska rodzina. Te kłótnie są przede wszystkim o ważne sprawy społeczne, polityczne, nie osobiste. Stanowimy też rodzinę „patchworkową”, bo są w niej dzieci, a nawet wnuki mojego męża.

**W.Sz.** — Kiedy słucham tego, co mówisz o swoich bliskich, to jeszcze raz nasuwa mi się myśl o twojej silnej integracji wewnętrznej, która się przydaje i pacjentom, i też w rodzinie, w której można się czuć bezpiecznie, miło, a równocześnie spierać i nie zgadzać ze sobą.

**K.P.K.** — Fajne jest u dzieci to, że bardzo dużo nas uczą. Czuję różnicę pokoleniową, to, że te nasze dzieci mają inną wiedzę i postrzeganie świata i korzystam z tego, pomaga mi to lepiej zrozumieć młodych pacjentów. To nowe pokolenie czym innym żyje niż my, inaczej przeżywa świat i dobrze jest to wiedzieć, a jeszcze lepiej jest starać się od nich tego nauczyć. Przykładem jest akcja „Me Too”, w której nie chodzi tylko o sytuacje bezpośredniego molestowania, ale o to, jak traktowane są kobiety. W naszym pokoleniu nie był to temat ugłaśniany, był wstydlivy i niemożliwy do ujawnienia, nasze dzieci mają odwagę mówić, że się na coś nie godzą. Jestem dumna z tych młodych dziewczyn, że nie dają się źle traktować, to jest wspaniałe.

**W.Sz.** — Ta ich odwaga też daje szansę na poprawę świata, na której tak nam zależy. Bardzo dziękuję za rozmowę i cieszę się, że możemy się spotykać nie tylko w Warszawie, ale też w Krakowie, do którego masz nieustające zaproszenie, także ode mnie!