

Z cyklu: Sylwetki psychoterapeutów

W ŻYCIU WAŻNE JEST UTRZYMANIE RÓWNOWAGI I WTEDY MOŻNA WIELE ZNIEŚĆ

Rozmowa z Bożeną Winch — psychoterapeutką, psychoonkologiem

Wanda Szaszkiwicz — Poprosiłam Cię o rozmowę, gdyż jako psychoterapeutka, poza wieloma innymi aktywnościami, zajmujesz się pomocą poważnie, a czasem przewlekle chorym somatycznie. Gdy zaczęłam superwizować pracowników hospicjum, lekarzy, psychologów, pielęgniarki, rehabilitantów, którzy rozmawiają z chorymi oraz ich rodzinami, uświadomiłam sobie, jaka to ważna umiejętność. Ale wokół nas nie ma wielu psychoterapeutów, którzy się tym zajmowaliby na co dzień, większość raczej usiłuje odesłać do kogoś innego osoby chore terminalnie. I nie bardzo jest je do kogo odesłać...

Bożena Winch — Nieodmiennie mnie zadziwia to, że psychoterapeuci, niekiedy bardzo doświadczeni i przygotowani do pracy, obawiają się prowadzić terapię ludzi przewlekle i terminalnie chorych. Myślę tu także o osobach chorych na stwardnienie rozsiane, osobach po zawałach czy udarach. Wiemy przecież, że nie zawsze są to choroby wieku starczego, a dzięki rozwojowi medycyny ludzie wiele lat z nimi żyją i chcą żyć, niekiedy bardzo aktywnie. A jeżeli chorują na jakieś postępujące choroby neurologiczne i następuje degradacja, to wielu terapeutów odmawia terapii, tłumacząc, że się nią w takich przypadkach nie zajmują, nie znają się na niej. Ja tego nie mogę zaakceptować — mnie się zdaje, że my od tego właśnie jesteśmy, żeby szukać sposobów pomocy różnym chorym, także i takim, których kryzys psychiczny jest następstwem utraty zdrowia. Przecież choroba jest częścią życia, a zadaniem psychologa jest towarzyszenie ludziom w różnych sytuacjach. To samo z chorobą nowotworową. Oczywiście nasuwa się tu pytanie, co to znaczy psychoterapia chorego onkologicznie. Niestety, zamiast poszukiwać nowych, stosownych formuł, częściej mówimy: ja po prostu się tym nie zajmuję.

W. Sz. — Tak, rzeczywiście, uzasadniając swoją odmowę tym, że się na tym nie znam. I często mówimy rodzinom pacjentów, że trzeba znaleźć kogoś, kto jest w tym obszarze kompetentny. Może się też przydarzyć, że ktoś, kogo mamy w terapii, zachoruje. I co wtedy, mamy go przekierować do innego terapeuty?

B. W. — W istocie, ludzie mówią, że nie znają się na pracy z osobami chorymi, ale także z tymi, których dotknęła utrata najbliższej osoby. Rozwiązaniem jest gotowość „poznania się na tym” — co oznacza szukanie, rozmawianie z ludźmi, rozmyślanie. Zastanawiające

jest, że ludzie tego unikają. Pewnie się obawiają tej problematyki, konfrontacji z nią. Ale przecież tak rozwijała się psychoterapia. Pamiętam jej początki w Polsce. Nie zaliśmy się na niej, gdy zaczynaliśmy ją stosować. Uczyliśmy się tego, równolegle pracując. Tworzyliśmy jej zręby trochę na zasadzie twórczości własnej, trochę korzystając od autorytetów uznanych terapeutów, którzy przyjeżdżali z zagranicy, dzielili się z nami swoją wiedzą, umiejętnościami. Tak samo na psychoonkologii na początku nikt się nie znał.

W. Sz. — Zaczynijmy od początku, czyli właśnie od czasów, gdy zdecydowałaś, że zajmiesz się tą dziedziną. Czy to było na studiach, czy później i co się na ten wybór złożyło?

B. W. — Zaczęłam studia w 1969 roku w Warszawie na Akademii Teologii Katolickiej, która teraz jest Uniwersytetem im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego i jest kompletnie inną uczelnią. Wybrałam ją, bo mnie nie przyjęto na Uniwersytet Warszawski, gdyż nie miałam dobrych opinii z organizacji ZMS-owskich i innych. Takie były czasy. Ale studia moje okazały się ciekawe i na trzecim roku, gdy wybiera się specjalizację, pojawiła się specjalizacja z psychoterapii. Wrócił z USA po szkoleniu ksiądz dr Jerzy Jakubowski (teraz już docent i już nie ksiądz, pracujący w Niemczech) i zaczął nauczać psychoterapii. Na psychologię poszłam dlatego, że chciałam pracować z chorymi psychicznie. Trudno mi to głębiej uzasadnić, bo nie spotkałam ich wielu, ale zawsze miałam tendencje do zajmowania się innymi. Były mi bliskie takie obszary innych kultur, jak np. kultura cygańska czy żydowska. Interesowała mnie odmienność. Poszłam po pierwszym roku studiów na wolontariat do szpitala w Drewnicy, który był wtedy dość ponurym miejscem. Chciałam zobaczyć, jak to jest, doświadczyć, ale też się przydać. Pamiętam, że były tam wielkie wieloosobowe sale. Byłam tam trzy lata i to, co mnie tam trzymało, to możliwość kontaktu z chorymi, który, jak możesz sobie wyobrazić, nie był łatwy w tych warunkach.

W. Sz. — A co na to Twoja rodzina? W ogóle na wybór psychologii, a potem na powyższe działania.

B. W. — Cóż, rodzina była przeciwna psychologii, szczególnie mój ojciec, który nie wiedział, że ja jestem kontrsugestywna (ja też tego nie wiedziałam...). Im bardziej ze mną walczył, tym bardziej byłam mocniej zdecydowana iść na psychologię. Pamiętam, jak w trakcie matury mój matematyk mówił do ojca: „Panie Tadeuszu, trzeba coś zrobić, bo ona się nam zmarnuje”. Niezmarnowaniem się byłoby pójście na politechnikę. Ale wybrałam inaczej.

W. Sz. — To trudne miejsce, Drewnica, utwierdziło Cię, żeby zostać z chorymi psychicznie? Zajmować się psychoterapią, która była w powijkach, wraz z innymi psychologami, których było mało?

B. W. — Tak właśnie się stało, chociaż wydawało się to snem szaleńca śnionym nieprzytomnie. Gdy skończyłam studia, pojawiła się wiadomość, że Kazik Jankowski zakłada Ośrodek Synapsis, który będzie się zajmował chorymi psychicznie. Napisałam do niego, chociaż kompletnie go nie znałam, że chcę tam pracować. Dostałam odpowiedź, że tak, ale na początek na wolontariacie. Ja już nie bardzo mogłam sobie na to pozwolić, chciałam być niezależna i nie na utrzymaniu rodziców. Więc, żeby móc to robić, zajęłam się dziennikarstwem — zgłosiłam się do dwutygodnika „Filipinka”, gdzie znalazłam miejsce w dziale poradnictwa. „Filipinka” była we wspólnej redakcji z „Kobietą i Życie”. Szefowa redakcji, bardzo wysoko upartyjniona, zrobiła mi przysługę i zatrudniła mnie mimo że byłam po uczelni, po której nie przyjmowano do takiej redakcji. Ta praca była świetna, gdyż czas był nienormowany, mogłam działać w innych miejscach i to robiłam. W redakcji miałam dyżury na zasadzie telefonu zaufania, w terenie robiłam interwencje, odpisywałam na listy. U Kazika Jankowskiego zaczęłam pracę w tzw. programie amerykańskim dla chorych psychicznie — najpierw na oddziale psychiatrycznym mieszczącym się przy ul. Dolnej, który był oddziałem działającym na kompletnie innych zasadach niż inne. Przy Czerniakowskiej był ośrodek, hostel dla osób w kryzysie, potem szpital przy Dolnej, gdzie pacjenci byli na stosunkowo małych dawkach leków, co było wstrząsem tektonicznym w psychiatrii warszawskiej. Wtedy w tych miejscach pojawiły się pierwsze oddziaływania terapeutyczne, które stosował Kazik i inne osoby, które przyjeżdżały z Ameryki. Uczyli nas Gestaltu. Potem ten system się rozwijał nadal w nurcie humanistycznym. Bo czego wtedy można było uczyć się w Warszawie? Można było iść do Rasztowa i zostać psychoanalitykiem, można było być „u Jankowskiego”, a w szpitalu przy Nowowiejskiej powstawały załączki pracy środowiskowej. Niebawem dołączył nurt behawioralny w Instytucie Psychoneurologii. Ja zaczęłam pracę w oddziale u Oli Rogowskiej, gdzie oprócz pracy z chorymi były już kontakty z ich rodzinami przerażonymi tym, co się działo z ich bliskimi. Kierowaliśmy się często intuicją, ale znakomite było to, że pracowali ludzie, którzy bardzo chcieli to robić. Była także bardzo mocna idea pracy zespołowej.

W. Sz. — Tak, to były czasy doceniania zespołu, którego wartość była ogromna przy jeszcze niezbyt dużych kompetencjach terapeutycznych. Miało się oparcie w sytuacjach trudnych, zaufanie do kolegów.

B. W. — Właśnie! Przebywaliśmy ze sobą nieustannie, rozmawialiśmy bez przerwy, wszystko to, co powstawało, było oparte na bezpośrednim kontakcie, nie było bowiem telefonii komórkowej. A ja wiem, że to, co jest w relacji w zespole, odzwierciedla się potem w relacji z pacjentami. I odwrotnie też to działa. Wtedy odbywały się niekończące się rozmowy, narady, które dziś nazwalibyśmy superwizyjnymi.

W. Sz. — A kogo wspominasz jako osobę znaczącą wśród współpracowników, taki autorytet?

B. W. — Kazik Jankowski, Andrzej Samson, Krzysztof Jedliński, Michał Wroniszewski, z terapeutów muszę wymienić Helenkę Keller, a poza tym była żona Kazika — Hanka Buza, Basia Tryjarska, Marysia Rudzińska, Rysio Praszki. To były osoby, które prawie równocześnie zaczęły pracować, chociaż trzeba powiedzieć, że tron zespołu był z Garwolina, gdzie właśnie Helenka, Kazik i Rysiek usiłowali wprowadzać psychoterapię humanistyczną. Niestety, nie zostało to przyjęte i wyrzucono ich stamtąd. I wtedy powstał Ośrodek Synapsis, gdzie przyjęto także młodych psychotyków, a nie tylko zaburzone osobowościowo osoby. Ja wtedy trafiłam do zespołu Heleny Keller i zaczęło się: terapia indywidualna, terapia grupowa, terapia rodzinna także w domach pacjentów (jeszcze nawet nie umieliśmy nazwać tego terapią rodzinną). Robiliśmy grupy dla rodziców. Bardzo ciekawe doświadczenie, bo przecież nikt z nas nie miał pojęcia o tego rodzaju terapiach! To wszystko nas ogromnie zbliżyło, wspieraliśmy się wzajemnie, ufaliśmy sobie. Zaczęło się tworzenie środowiska, spotkania poza pracą, wspólne wyjazdy. To był dobry czas dla mnie, bo właśnie okazało się, że robię to, o czym marzyłam, a nie bardzo wierzyłam, że to będzie możliwe. Jako młoda terapeutka miałam wielki zapał i energię, chociaż wciąż nie miałam etatu. Pamiętam takie wstrząsające zdarzenie, gdy po raz pierwszy w życiu prowadziłam pacjentkę anorektyczną, skierowaną do nas przez profesora Bilikiewicza. Długo się wahałam, ale wreszcie odważyłam się zadzwonić do sekretariatu profesora, aby zapytać, co to jest ta anorexia nervosa. Profesor z całą powagą ze mną rozmawiał i pamiętam, jak mi powiedział, że to jest wstęp do schizofrenii. Na szczęście tak bardzo się tym nie przejęłam, gdyż już wiedziałam (w swoim pojęciu rzecz jasna), co robić z pacjentami chorymi na schizofrenię. Gorzej z anoreksją... Pracowałam indywidualnie z tą pacjentką z wielkim zapałem, były też sesje rodzinne w domu z babcią, rodzicami. Była to duża inwestycja zespołu, na gorąco opracowywana, która przyniosła dobry efekt! A musisz wiedzieć, że była to epoka postrzegania przez terapeutów winy po stronie schizofrenogennych matek. Trochę mi czasu zajęło, żeby się z tym obwinianiem uporać. Bo od początku nie podobało mi się w psychoterapii szukanie winnego. Ale idea tych matek długo nas trzymała. W ogóle opowiadanie się po stronie pacjentów jako ofiar. Byliśmy trochę obrońcami pacjentów przed opresyjnym światem. Trwało trochę, zanim zrozumiałam, że to nie jest takie proste i już wtedy złapałam równowagę w spojrzeniu na system rodzinny, jakby się dzisiaj powiedziało. Sporo czasu zajęło mi, żeby zobaczyć autentyczne cierpienie rodziców osób chorych psychicznie.

W. Sz. — Kogo wspominasz z zespołu, z kim najbliższej pracowałaś i dochodziłaś wspólnie do tych odkryć?

B. W. — W zespole z Heleną Keller, która stała mi się bardzo bliska. Jej dom przy ul. Prokuratorskiej był miejscem nieustannych spotkań i niekończących się dyskusji. Następnie z Rysiem Praszkiem, który miał bardzo oryginalne spojrzenie na wszystko i z którym też przegadywaliśmy wiele godzin. Ale cały zespół: Kazik Jankowski, Krzyś Jedliński, Ola Rogowska i inni zmierzali się z tymi nowymi dla nas ideami. Trochę też dlatego, że przyjeżdżali Amerykanie i nas inspirowali, co było bardzo pomocne. Zakładali, że choroba

zmienia rodzinę i w związku z tym trzeba pracować z całą rodziną. Mieli różne doświadczenia wdrażania programów rehabilitacyjnych, pracy w środowisku.

W. Sz. — Jak długo pracowałaś w Synapsis? To był chyba spory kawałek życia? A gdzie jeszcze pracowałaś, bo z pewnością w wielu miejscach, jak Cię znam?

B. W. — O tak, tutaj chyba pracowałam najdłużej. Najpierw trwało to 6 lat, miałam przerwę i po powrocie pracowałam 11 lat. Pracowałam też w innych miejscach. W stanie wojennym, gdy zostałam negatywnie zweryfikowana jako dziennikarz, dostałam pracę u Andrzeja Piotrowskiego w psychiatrycznym oddziale dziennym na Bródnie. Profesor powiedział, że nie obchodzą go komisje weryfikacyjne i ich oceny. Pracowałam również z Andrzejem Rogiewiczem w Komorowie, bo miał taką ideę, żeby w Komorowie powstał ośrodek terapeutyczny dla psychotyków. Ale niestety, to się rozmyło i wycofałam się. Cały czas trzymałam się nurtu humanistycznego w terapii. Pracowałam między innymi w Towarzystwie Rozwoju Rodziny u Zuzanny Celmer. Sprowadzała ona interesujących ludzi. Pamiętam, jak Rogers prowadził warsztat, który potem przeszedł do historii rozwoju psychoterapii. To, co mnie wtedy pociągało, to zwrócenie uwagi na relację pacjent — terapeuta i postawienie akcentów na szacunek do pacjenta, kongruencję terapeuty, nie skośność relacji. Dla mnie do tego spontanicznego uczenia się i kształtowania psychoterapii w psychiatrii dołączył się kontakt z Rogersem i filozofią spotkania. To miało dla moich dalszych wyborów duże znaczenie. Było to fascynujące i odkrywcze, że można tak inaczej widzieć i tworzyć relację. Zrozumiałam wtedy dopiero, co to znaczy być psychologiem i psychoterapeutą. Równolegle czytałam Kępińskiego, którego książki doskonale podbudowywały moją wiedzę kliniczną i wzmacniały postawę podejścia humanistycznego. A jak Kępiński widział pacjenta, jak trafnie pisał o błędach w relacji! Jak wspaniale wykorzystywał swoje doświadczenie życiowe z różnych traumatycznych sytuacji i jak głęboko o tym pisał. Znalazłam w jego tekstach dokładnie to, czego szukałam. Było to niezwykle porządkujące, osadzające w pewnej filozofii życia, rozumieniu człowieka. Poczułam ulgę, bo zawsze obawiałam się, że to, co chcę robić, to naiwnie ratować świat, a w szczególności chorych psychicznie. Ta metafora, że nie muszę się czuć jak ktoś, kto wybiera się na Himalaje w klapkach i bez tlenu, pasowałaby tu — okazało się, że ktoś myśli podobnie jak ja i że to ma sens i może przynieść korzyści.

W. Sz. — Z drugiej strony ta idea otwartych drzwi w psychiatrii czy walki o prawa pacjenta w czasach, o których mówimy, nie była taka oczywista, trzeba było ją forsować i aplikować w dużych szpitalach i to nie tak od razu i nie tak prosto.

B. W. — O tak, to były początki, ale ja poczułam ulgę, gdy zobaczyłam się w kontekście pewnej filozofii. Bo praca w Synapsis była trochę mieszkanką wybuchową, poszukiwaniem, uczeniem się na błędach, które popełnialiśmy. Ale też ważne były rozmowy, formułowanie idei. Czułam, jak kształtuje się tożsamość nas, psychoterapeutów. I, co ważne, jest ona

coraz mocniej osadzona w idei — jak chodzi o podbudowę teoretyczną, i w zespole — praktyczną.

W. Sz. — Zwracasz uwagę na znaczenie zespołu — co jest mi bardzo bliskie, bo bez tego psychoterapia nie zostałaby skonceptualizowana ani nie dopracowałaby się standardów. Dla nas — „dinozaurów” psychoterapii zespół był ważny. Mam wrażenie, że teraz młodzi terapeuci tak bardzo go nie doceniają. Często ryzykują pracę poza zespołem. Może już go nie potrzebują, bo wiedzą, co robić?

B. W. — Dobrze, że chociaż z superwizji korzystają, bo wiemy obie, jak się kończy praca terapeuty pracującego w pojedynkę. Ten dialog w zespole był nam niezbędny też dlatego, że nie było literatury, kursów, konferencji naukowych. Ale była idea i wspólne szukanie rozwiązań. A teraz, w nowym świecie i systemie leczniczym, nie ma czasu ani miejsca na rozmowy — trzeba robić punkty. Za chwilę w ogóle kontakt, relacja terapeutyczna, przestaną się liczyć, pozostaną leki i terapia behawioralno-poznawcza, szalenie sprofilowana i okrojona w czasie. A przecież we wszystkich badaniach nad psychoterapią okazuje się, że właśnie znaczenie lecznicze ma dobra relacja, to przymierze terapeutyczne, które nie powstanie bez dobrego kontaktu. Ja nie mam co do tego wątpliwości, chociaż oczywiście doceniam też inne czynniki leczące, jak kontrakty, interpretacje, różne techniki. Ale wciąż badane i opisywane przez Czesława Czabałę znaczenie relacji terapeutycznej jest ogromne. Nie chciałabym, żebyśmy od tego odeszli.

W. Sz. — Tak, z pewnością należy uwzględnić ten aspekt w szkoleniach psychoterapeutów. Wspominałaś o początkach szkoleń w tej dziedzinie, spontanicznych, oddolnych. Teraz sama jesteś superwizorem psychoterapii, prowadzisz zajęcia już w formie zorganizowanych kursów.

B. W. — Rzeczywiście nasze początki były odmienne od dzisiejszej oferty dla terapeutów. W tamtych czasach nasi zagraniczni goście przyjeżdżali, nie zawsze licząc na honorarium. Nie było organizacji, które by to finansowały. Ledwo nas było stać, żeby im opłacić podróż, mieszkali w prywatnych domach. Były to kontakty prywatne, osobiste przyjaźnie, bo Polacy są do nich chętni. Wiele osób z tego nurtu psychiatrii i psychologii humanistycznej w ten sposób ugościliśmy. Wtedy w klinice przy Nowowiejskiej pracowali Zdzisław Bizon i Andrzej Piotrowski i pojawiły się badania rozwijające podejście środowiskowe. To wszystko zaczęło zyskiwać pewną rangę i było traktowane nie tylko jako bunt antypsychiatryczny pod wodzą Kazika Jankowskiego.

W. Sz. — A jak doszłaś do doświadczeń z psychoonkologii i w ogóle do pracy z chorymi somatycznie?

B. W. — Wróć jeszcze do czasów, gdy na Dolnej powstał oddział działający na rzecz pacjentów programu amerykańskiego i szefową została Ola Rogowska. Bardzo zaprzyjaźniłyśmy się. W którymś momencie okazało się, że Ola zachorowała na raka. To był środek lat 70., polska onkologia była słaba, leczenie Oli trwało trzy lata, ale niestety po tym czasie zmarła. Ola była dla nas ważną osobą. Jej chorowanie było trochę sprawą ośrodka, byliśmy bardzo wszyscy w nie zaangażowani. Równocześnie zobaczyliśmy na własne oczy, co należało zobaczyć: całkowity brak pomocy psychologicznej w instytucji leczącej. Ona ją miała od nas, przyjaciół. Gdy Ola zmarła, na skutek pewnych decyzji życiowych zajęłam się jej dwiema córkami. I wtedy zrezygnowałam z Synapsis, bo wychowywanie dwojga dzieci w wieku szkoły podstawowej dość angażowało, a dodatkowo mieszkaliśmy na Bródnie, skąd dojazd był zbyt długi. Zajęłam się więc domem, dziećmi. Pracowałam wtedy na Karowej w poradni u Zuzanny Celmer w cywilizowanych godzinach pracy. Tam też można było się uczyć — przyjeżdżał Stev Kratochwil, którego uwielbiałam, przyjeżdżał inny Czech, Mirosław Plzak, który uczył terapii w obszarze seksuologicznym. Bardzo dużo korzystaliśmy z tych wizyt.

Był rok 1988, gdy Michał Wroniszewski zadzwonił, żeby mnie zaprosić do ponownej współpracy. Kazika Jankowskiego już nie było w Polsce od 10 lat. Ośrodek, który przejął Michał, zaczął się zmieniać, zgodnie z potrzebami środowiska, w jakim był. Więcej było oddziaływań nastawionych bezpośrednio na środowisko. Na Ursynowie zaczęto tworzyć różnego rodzaju klubiki dla mieszkańców, dla dzieci w różnym wieku, czym zajął się Marek Liciński. Znowu byłam wśród przyjaciół, w swoim świecie, który tworzyliśmy razem. I wtedy zadzwonili z Centrum Onkologii, które nie miało żadnego psychologa, czy ktoś z naszych psychologów przyjąłby panią bardzo chorą na nowotwór, która zresztą była lekarzem. Gdy Michał zapytał zespół, kto ją przyjmie, cisza zapadła jak makiem zasiał i wtedy popatrzył powłóczył się spojrzeniem w moim kierunku i ja oczywiście się zgodziłam, właściwie bez namysłu, nie wiedząc oczywiście nic na temat psychoonkologii. Przyszła do mnie pani niespełna 40-letnia, zdająca sobie sprawę ze swojego stanu, z wyraźnie wypowiedzianą potrzebą, że chce uporządkować swoje życie. Zdawała sobie sprawę z tego, że wiele jej czasu już nie zostało. Chciała zastanowić się nad życiem, gdyż miała poczucie, że wiele spraw zaniedbała. Miałam świadomość, że praca z nią będzie inaczej wyglądała niż klasyczny tzw. setting terapeutyczny, bo warunek systematycznego udziału w terapii może nie być do spełnienia. Pomyślałam, że trzeba być elastycznym, i też wierzyć w siłę relacji. Zaczęłam z nią pracować z głową pełną myśli, jak ta psychoterapia ma wyglądać, żeby się jej przydała. Jak wiemy, psychoterapia jest drogą do zmiany. Co by mogło być tą zmianą w chorobie terminalnej? Ta pani nie wyglądała wprawdzie na osobę u kresu życia, ale za taką się uważała i, co gorsza, lekarze to potwierdzali. Rozumiałam, że powinna nastąpić zmiana w jej postrzeganiu siebie czy też swojego życia. Taki swoisty bilans. Czy to jest wystarczające, żeby to nazwać psychoterapią? Co więcej można w takiej sytuacji zrobić?

W. Sz. — Nasuwa mi się skojarzenie ze szkołą narracyjną w dzisiejszej psychoterapii, z możliwościami zobaczenia swojej przeszłości w innym świetle przez zmianę znaczeń, które nadajemy różnym faktom.

B. W. — Tak, dokładnie to było to! Okazało się, że w życiu tej pacjentki było dużo tragicznych wydarzeń, doświadczeń przemocy i innych, a choroba — bardzo agresywny nowotwór — była ich uwieńczeniem. Ta pani żyła szesnaście lat od naszego pierwszego spotkania! Najpierw były pierwsze trzy lata terapii, a potem byliśmy cały czas w doraźnym kontakcie. Ta pacjentka zresztą wróciła do pracy, była w dobrej psychicznej formie. Stało się coś takiego chyba, że jak zaczęła się z sobą układać, to przestała siebie niszczyć. Przeszła cały proces pracy nad wybaczeniem. Uregulowała różne relacje rodzinne, wyszła za męża, miała satysfakcję z pracy lekarza. Wciąż się zastanawiam, czy była to psychoterapia i jaka psychoterapia. Chyba jednak tak, było to coś więcej niż bilansowanie życia. Były zresztą wznowy i walka o to życie. Byłam z nią bardzo związana, taki pacjent to skarb! Kolejni pacjenci przysyłani z Centrum Onkologii trafiali do mnie, a ja starałam się jakoś im pomagać. To była ważna lekcja dla mnie, bo nie wszyscy byli tacy jak ta pierwsza pacjentka. Najczęściej diagnoza stanu terminalnego potwierdzała się. Jedni przychodzili bardziej rozmawiać o śmierci niż o życiu. Oczywiście o nim też, ale w kontekście śmierci. Była ona realnością. Musiałam temu stawić czoło i podejmować te wątki. Uczylałam się ciągle, bo każda sytuacja była inna. Na przykład przyszedł do mnie pan z nowotworem trzustki i przyszedł z żoną. Co się okazuje, on prosi mnie, żebym wytłumaczyła żonie, że on niebawem umrze, chociaż wyglądał jeszcze całkiem dobrze. Żona oczywiście w lament, że się nie zgadza, że wie od lekarza, że jeszcze mają czas. Ja wtedy poprosiłam, żeby po prostu starała się słuchać męża. Żeby poskromiła swój lęk, rozpacz, bo tylko w ten sposób będzie mogła usłyszeć to, co on mówi. Poinstruowałam, co może robić, żeby było jej łatwiej — na przykład powtórzyć to, co on opowiedział, upewnić się, czy dobrze zrozumiała. Wiesz, te wszystkie elementy terapii, które, jak się okazuje, można stosować w rozmowie z chorymi terminalnie. To było dla mnie odkrycie, że ułatwiały sytuację. I posłuchaj, w ciągu dwóch tygodni ten mężczyzna zmarł, mimo że prognoza była bardziej optymistyczna. Skąd on czuł i wiedział, że to już — nie wiem. Ale właśnie chciał jednego — żeby go wysłuchać, i to się udało. I znowu: czy to jest terapia? A w sytuacjach, kiedy umiera mama — czy i jak powiedzieć o tym dzieciom? Czy to jest terapia, czy interwencja, czy co? Ja wtedy pytam: jak długo da się to ukrywać i po co? I rozmawiamy, przygotowujemy te najtrudniejsze rozmowy. Zgłaszają się także osoby na początku leczenia, z lękiem, niepewnością, zagubieniem.

W. Sz. — Skąd wiedziałaś, co robić? To są jednak bardzo poważne i niezmiernie trudne sytuacje.

B. W. — Żeby się z tym wszystkim zmierzyć, zaczęłam czytać, jeździć na konferencje onkologiczne i inne, rozmawiać z lekarzami, żeby się czegoś więcej o chorobie dowiedzieć, żeby się osłuchać. Żeby się dowiedzieć, jakie są skutki uboczne leczenia, co ludzie mogą przeżywać. Nadal zresztą to robię. Sama też zaczęłam szkolić różne grupy zawodowe, uczyć ludzi rozmawiania na temat choroby nowotworowej. Różne pojawiały się wątki, różne sytuacje i moje odkrycia, jak ludzie sobie z nią radzą, przydatne potem w pracy.

I nagle się okazało, że od 20 lat istnieje książka lekarki z Nowego Jorku, która zebrała wszystkie takie doświadczenia i opisała w podręczniku. Rozumiałam różnice kulturowe związane z chorowaniem, leczeniem etc., jednak miałam już do czego sięgnąć... To psychoonkologiczna biblia Jimi Holland „Psychoonkology”. Potem zdarzyło się, że miałyśmy z Helenką Keller warsztat dla nowo powstającego hospicjum dziecięcego. Przyszedł pan dr Tomasz Dangel z młodziutkim bardzo zespołem lekarzy i pielęgniarek, które nie miały żadnego doświadczenia w tym względzie, a zdecydowały się na pracę w pierwszym polskim hospicjum dla dzieci. Naradziłyśmy się z Helenką, jak ich wesprzeć. Wiesz przecież, że Helena była pierwsza do wspierania wszystkich nieszczęśliwych tego świata.

W. Sz. — Wiem oczywiście, to taka ich rodzinna przypadłość, Marysia jest taka sama!

B. W. — No właśnie. I okazało się, że musimy zacząć od tego, aby wszyscy potencjalni pracownicy dowiedzieli się, jak ich praca będzie w praktyce wyglądała. W takim miejscu są bardzo różne dzieci i chore na przeróżne choroby. Współprowadziłam tam grupę dla rodziców w żałobie, a też superwizowałam pracę zespołu. I wtedy dotarło do mnie, że podobnie jak rodzina z chorym dzieckiem, tak też i rodzina z dorosłym potrzebuje wsparcia. Gdy czytałam jakąś książkę Kübler-Ross, zrozumiałam, że u podłoża przeżyć każdej z tych rodzin, podobnie zresztą jak rodzin osób chorych psychicznie (co już wcześniej odkryłam), leży gigantyczny lęk, którego inni ludzie nie znają.

W. Sz. — To było odkrycie, które ukierunkowało Twoje myślenie, jak pomóc tym osobom z lękiem, niepewnością jutra, a potem z utratą?

B. W. — Tak. I że ja od tego właśnie jestem. I że to jest moje zadanie. Gdy wreszcie przestałam się skupiać na sobie i zastanawiać, czy jestem kompetentna czy nie jestem, to nagle poczułam, że wiem, co robić w różnych sytuacjach. Jak i o czym rozmawiać z ludźmi, którzy przychodzą się poradzić, jak i o czym rozmawiać ze swoimi chorymi. Poczulałam się pewniejsza, co robić, gdy pacjent, który jest w fazie terminalnej, nagle mnie prosi, żebym przyjechała. Jadę i niczego to nie narusza. I gdy pacjent prosi mnie, żebym z nim pobyła, albo przy jego rozmowie z żoną, której chce coś powiedzieć, to ja jestem na swoim miejscu. Czy to jest terapia, to już nie ma dla mnie znaczenia. To jest spotkanie, od którego wiele zależy w życiu tych dwojga. I to jest dla mnie ważne. A nie standardy i wymogi, i czynniki leczące opisywane w podręcznikach. Pozytywne jest, że w ostatnich latach wzrasta świadomość młodych ludzi co do znaczenia pomocy psychologicznej w leczeniu onkologicznym. A równocześnie coraz więcej młodych ludzi choruje czy też wykrywa u siebie chorobę onkologiczną.

W. Sz. — A dodatkowo, jak bardzo to działa negatywnie na personel, który sobie z tymi trudnymi uczuciami nie radzi. Wiesz, bo też superwizujesz hospicjum. Jakie są koszty tej pracy.

B. W. — Wielu pacjentów w czasie leczenia onkologicznego zaczyna psychoterapię w pełnym tego słowa rozumieniu. Zaczynają wobec tego pewien proces przemiany siebie w relacjach, w różnych sytuacjach. Trochę w kontekście tego, co doprowadziło do choroby albo zastanawiając się, co ta choroba im pokazuje, jakie wartości życia odkrywa. Trzeba być na to przygotowanym. Bo to ratuje człowieka, jeśli odkryje te korzyści. Sytuacja dla adeptów psychoterapii w tej dziedzinie jest dobra, bo na naszym rynku są trzy książki z psychoonkologii, są studia podyplomowe z psychoonkologii. A mimo to ludzie obawiają się tej pracy. Gdy myślę o tym dlaczego, to dochodzę do wniosku, że ludzie boją się śmierci. Nie chcą się z nią konfrontować. A niestety, w kształceniu psychologów prawie w ogóle nie ma wątku filozoficznego, egzystencjalnego, czyli zastanawiania się nad sensem życia, do czego ono zmierza, i jego końcem. Pomijam tu wymiar religijny, natomiast nie pomijam wymiaru duchowego. Dla mnie duchowość jest znacznie szersza niż religia. I bardzo człowiekowi potrzebna, bo zawierająca stosunek do życia, pokoju, wojny, piękna, śmierci. I jeśli pacjenci chcą o tym rozmawiać — proszę bardzo. To są podstawowe tematy, które stanowią o rozwoju człowieka, budują jego tożsamość. W tym jest też rozmowa o chorobie, bo wiadomo, że jedną z trudniejszych sytuacji jest jej nawrót, gdy już się wydawało, że jesteśmy uratowani, a tu znów ból, utrata sprawności, zagrożenie życia. To są ważne wyzwania. Są to sprawy związane tylko z towarzyszeniem.

W. Sz. — Powiedziałabym raczej: aż z towarzyszeniem, gdyż dodawanie człowiekowi otuchy w chwili, gdy już traci nadzieję na poprawę swego stanu, wymaga jednak odwagi. Wymaga umiejętności we wspieraniu rodziny, gdy tracą najbliższą osobę. Podczas rozmowy z Tobą zastanawiam się cały czas, w jaki sposób pokonałaś własny lęk, jak uzyskałaś swoje umiejętności i skąd bierzesz siłę, żeby się nimi dzielić, nie wypalić psychicznie.

B. W. — Gdy zaczęłam pracować z pacjentami onkologicznymi, zaczęłam dostrzegać wartość równowagi w życiu. Na przykład w tym, że warto czasem odsunąć pracę i jechać do Krakowa na wystawę, bo mnie interesuje. Albo jechać do Wrocławia na koncert, bo chcę usłyszeć tę orkiestrę. Umieć powiedzieć sobie jasno, czego chcę, czego potrzebuję. I pozwolić sobie na to! Czyli odkrycie, co ode mnie samej zależy, umocnienie w sobie dążenia do tego i utrzymania równowagi między powinnością, pracą a przyjemnością, uczcią duchową. I jeszcze oparcie w sobie samej, w rozsądnych wyborach standardów i obowiązujących zasad w pracy. Żeby nie popaść w rutynę!

W. Sz. — Podejrzewam jeszcze, że uprawiasz różne rodzaje aktywności, wiem o terapii par i rodzin, które prowadzisz, czy superwizji zespołów i osób indywidualnych.

B. W. — Oczywiście różnorodność pracy mnie ratuje. Na przykład superwizuję zespół Twojej ulubionej fundacji „Dajemy Dzieciom Siłę” przy ul. Mazowieckiej. Pacjentów najchętniej mam takich z ulicy, z problemami typu „dziewczyna mnie rzuciła”. I jeszcze zajęcia edukacyjne dla OPTY czy inne kursy. Jedyne, czego mi brakuje, to zespołu i dlatego jedźdę do Krakowa na spotkania grupy superwizyjnej superwizorów u profesora Jacka Bomby. Bardzo lubię te spotkania i sam Kraków. Nie muszę Ci mówić, że siłę, energię

do życia daje też rodzina, spotkania z nią, podróże zagraniczne z moją siostrą. Ale też z przyjaciółkami, z których jedna jest psychologiem, ale na szczęście ta druga już nie! Lubię również spotkania z ludźmi spoza branży.

W. Sz. — Słucham tego, co mówisz i wydaje mi się to bardzo z Tobą integralne i z pewnością pomocne w Twojej pracy, ale wciąż mnie nurtuje, jak do tego wszystkiego doszłaś. A najbardziej to, jak się odważyłaś podjąć pracę w psychoonkologii tak odważnie, odpowiedzialnie, a równocześnie jakoś tak naturalnie.

B. W. — A to jeszcze coś Ci opowiem, do czego sama nie tak dawno doszłam. Mam taką historię rodzinną: w 1944 roku, gdy wybuchło Powstanie Warszawskie, mój stryj, który miał wtedy 17 lat, wpadł w łapance. Widział to mój ojciec, który nie mogąc swojego młodszego brata zostawić, dołączył do niego. Zostali wywiezieni na roboty do Essen do Niemiec. I tam, w dniu wyzwolenia obozu — 11 kwietnia 1945 roku, mój stryj pobiegł przywitać braci Amerykanów, którzy obóz wyzwolali, i wyleciał w powietrze. Został tam gdzieś pochowany. Mój ojciec z tego obozu trafił do Paryża, gdzie spędził trzy lata i w 1949 roku wrócił do Polski. Tu się dowiedział, że jego ojciec też nie żyje, została tylko matka. Wielkim marzeniem mojej babci było znalezienie grobu stryja, jej młodszego syna. Ojciec wiedział, że brat został pochowany w Essen, ale nic więcej nie pamiętał, niczego na ten temat nie wiedział. Nie było żadnej możliwości pojechania tam, gdyż było to w RFN, próbowaliśmy przez Czerwony Krzyż, ale na próżno. Babcia zmarła w 1957 roku, wcześniej prosząc tatę, aby odnalazł grób brata. Mój ojciec zmarł w 1991 roku i poprosił mnie, żebym odnalazła grób stryja. Grób jako symbol ciągłości pamięci. Któregoś dnia w 2006 roku dzwoni do mnie mój brat i mówi, że w „Rzeczpospolitej” jest tekst o mężczyźnie, który szukał grobu swojego ojca w Essen i go znalazł. Okazało się, że rzeczywiście ten pan odkrył przypadkiem adres Polaka, który jeździł po cmentarzach w Niemczech i hobby-stycznie robił spis grobów Polaków na tych cmentarzach. Poprosiłam o adres mailowy tego pana, piszę do niego, a on pyta o dokładną datę śmierci stryja. I gdy mu podałam, dostałam zdjęcie z grobem stryja. Po 61 latach spełniło się marzenie babci. Ja tak to rozumiem, że śmierć mojego stryja była w naszej rodzinie obecna, że pamięć o nim żyła i przetrwała. Bo śmierć jest wydarzeniem specjalnym, które jest częścią życia rodziny. Oczywiście pojechaliśmy do Essen, znaleźliśmy grób, bo mieliśmy dokładną mapkę. Wzruszyliśmy się bardzo. To jest dla mnie doświadczenie, które mnie oswoiło ze śmiercią. Że nie jest ona czymś, co straszy i odbiera sens, jest częścią życia. Chociaż dla babci była wielką utratą. Ale równocześnie dzięki tej więzi stryj pozostał w pamięci. I tylko trzeba było odnaleźć grób. I to się udało, i pozostał w rodzinie. Stałam nad jego grobem na cmentarzu w Essen położonym na pagórkach, razem z rodzeństwem i nagle przyszła mi myśl, że ten grób był zawsze obecny w naszym życiu. Nagle się coś dopełniło.

W. Sz. — Czyli stąd to oswojenie ze śmiercią. I idąca za tym akceptacja ludzkiego losu, chociaż tak tragicznego. Jest mi to bardzo bliskie. Rzeczywiście człowiek potrzebuje oswojenia ze śmiercią i wtedy może też dać oparcie innym w przyjęciu jej. I jej akceptacji.

Rozumiem, że Ty dość wcześnie zobaczyłaś ból babci i poznałaś jej pragnienie znalezienia grobu jako elementu porządkującego sprawy rodzinne. Dziękuję Ci za naszą rozmowę, mam nadzieję, że jej przekaz spowoduje, że młodzi terapeuci ośmielą się podejmować wątki egzystencjalne ze swoimi pacjentami.