

Z cyklu: „Sylwetki psychoterapeutów”

## „WSPÓLNIE DAMY RADĘ”

ROZMOWA Z JAROSŁAWEM GLISZCZYŃSKIM

**Robert Maliński:** Zanim przejdę do rozmowy, chciałbym powiedzieć Czytelnikom, jak do niej doszło. Zostałem poproszony i zachęcony przez panią Wandę Szaszkievicz do kontynuacji prowadzonych przez nią rozmów z psychoterapeutami, ciekawymi, zaangażowanymi i ważnymi dla środowiska polskiego postaciami psychoterapii i psychiatrii. Wywiady te ukazywały się przez wiele lat w kwartalniku Psychoterapia. Mam nadzieję, że będę mógł godnie kontynuować tradycję przedstawiania sylwetek psychoterapeutów. Mówiliśmy z panią Wandą o tym, że skoro mieszkam na Śląsku w Tychach, dobrze byłoby zacząć od przedstawienia kogoś z tego regionu. W trakcie jednej z naszych rozmów chyba oboje jednocześnie pomyśleliśmy o tobie Jarku, o tym, czym się zajmujesz, jak różne funkcje pełniłeś i pełnisz nadal. W jak różnych rolach jesteś osadzony. Jesteś certyfikowanym psychoterapeutą i superwizorem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownikiem Śląskiej Szkoły Psychoterapii, przewodniczącym Grupy Roboczej Superwizorów przy Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, psychoterapeutą i superwizorem Europejskiego i Polskiego Instytutu Psychodramy. Pamiętam, że przez wiele lat byłeś przewodniczącym Zarządu Śląskiej Filii Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ostatnio pełnisz funkcję przewodniczącego elekta Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Czy coś jeszcze powinienem dodać?

**Jarosław Gliszczyński:** Chyba nie. Odnośnie do Śląskiej Filii Sekcji Naukowej Psychoterapii byłem jej przewodniczącym, ale nie wiem, czy przez wiele lat czy przez jedną, dwie kadencje. Było to już dawno temu.

**R.M.:** Jak doszło do tego, że zostałeś psychologiem? Z czego to wynikło? Co Cię ciekawiło w studiach psychologicznych, że zdecydowałeś się na nie?

**J.G.:** Dokładnie pamiętam, kiedy ta decyzja zapadła, mogę trochę o tym powiedzieć. Przez długi czas, jeszcze w ogólniaku, miałem różne pomysły na siebie. Chciałem być archeologiem śródziemnomorskim, historykiem sztuki, a potem wbiłem sobie do głowy, że chcę być reżyserem filmowym. Pamiętam z tamtego czasu rozmowę z moim ojcem, kiedy powiedziałem mu, że chcę być reżyserem, ale wcześniej chcę ukończyć filologię polską. W tamtych latach dopiero po studiach magisterskich można było iść na reżyserię. Tą filologią mój tata się zafrasował i powiedział mniej więcej tak... „co ty będziesz Jarek robić po tych studiach? Będziesz nauczycielem, będziesz mało zarabiać. Może byś coś innego sobie wymyślił przed tą reżyserią...”. Pomyślał chwilę i powiedział „Może psycho-

logię?”. I ja, choć rzadko go słuchałem, wtedy pomyślałem sobie: „właściwie czemu nie? Może być ta psychologia”. I jak już zacząłem studiować psychologię, to mnie ona bardzo zainteresowała: różne tematy związane z ludźmi, ale przede wszystkim już od pierwszego, a na pewno od drugiego roku studiów, tematy związane z psychoterapią. Bardzo mnie zaciekawiła, zacząłem czytać o niej dużo i potem przeszedłem własną terapię na czwartym roku studiów. Ta moja pierwsza terapia odbyła się w Instytucie Rasztów: wtedy to jeszcze nie był instytut, tylko Ośrodek Leczenia Nerwic w Rasztowie pod Warszawą. Nadal myślałem o tym, żeby być reżyserem, nawet bardzo krótko współtworzyłem teatr studencki. Później rzuciłem te marzenia, ale w jakimś sensie powróciły one poprzez psychodramę — zostałem reżyserem psychodramy. Psychodrama to teatr terapeutyczny, tak więc połączyłem w niej te moje młodzieńcze zainteresowania z potrzebą pomagania innym. Już na końcu studiów psychologicznych było dla mnie jasne, że będę się zajmować psychoterapią.

**R.M.: Usłyszałem, że bardzo szybko, bo już na drugim roku studiów, pojawiła się u Ciebie myśl zostania psychoterapeutą. Co o tym zadecydowało?**

**J.G.:** Pewnie przyczyną tej decyzji były moje własne doświadczenia, ale na poziomie świadomym zaczęły mnie interesować takie kwestie: jak funkcjonuje ludzki umysł, jak można wpływać na drugiego człowieka, jak można pomagać innemu poprzez grupę i w grupie. Myślę, że był w tym też mój młodzieńczy idealizm — chciałem pomagać innym ludziom. Pod spodem pewnie była też nieuświadomiona potrzeba pomocy samemu sobie, jak to dzieje się u wielu z nas.

**R.M.: To, co powiedziałeś o tej nieuświadomianej chęci pomocy samemu sobie przez pomaganie innym jest mi bliskie. Słyszę w tym echa historycznego wywiadu Piotra Drozdowskiego i Wandy Szaszkiewicz z nieżyjącym już psychoanalitykiem Janem Malewskim, w którym zapytany o przyczyny zainteresowania psychoanalizą, po prostu odpowiada on, że zaciekawił się nią z powodu własnych problemów. Psychoanaliza go zainteresowała i została pasją na całe życie.**

**J.G.:** Wspomniałeś postać, z którą się zetknąłem w ośrodku Rasztów jako student jeszcze. Zetknąłem się też, na przykład, z Jerzym Pawlikiem, który, nawiasem mówiąc, grał w mojej własnej psychodramie rolę ojca.

**R.M.: Psychoterapia zaistniała szybko w kręgu Twoich zainteresowań. Jakie w tamtym czasie były możliwości szkolenia w psychoterapii, co było wsparciem w jej nauce, z czego korzystałeś, ucząc się nielatwego przecież zawodu psychoterapeuty?**

**J.G.:** Po studiach w roku 1978 rozpocząłem pracę w II Klinice Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Tarnowskich Górach. Tam nie było osób zajmujących się psychoterapią. Zespół był dość młody i znalazłem w nim drugą osobę, która była zainteresowana psychoterapią — młodego lekarza Jacka Matkowskiego, który później też został superwizorem psychoterapii. Pracuje do tej pory w Krakowie. Razem z Jackiem robiliśmy, powiedziałbym dzisiaj, eksperymenty w tej dziedzinie, tj. w psychoterapii. Nie mieliśmy dużego doświadczenia, nawet można by rzec — żadnego. Dwa lata po rozpoczęciu pracy w klinice rozpocząłem mój pierwszy kurs psychoterapii, bardziej systematyczny, profesjonalny. Wtedy kursy były dwuletnie i odbywały się w różnych miejscach w Polsce. Moimi nauczycielami byli prof. Aleksandrowicz z Krakowa, prof. Czesław Czabała i wiele innych osób z ówczesnego Instytutu Psychoneurologicznego. To, co czytaliśmy, mam na myśli literaturę psychoterapeutyczną, czego uczyliśmy się na kursie, próbowaliśmy przekładać na

pracę z pacjentami. Byłem zainteresowany Gestaltem. W klinice mieliśmy wtedy pacjentów z różnymi problemami: neurotycznych, osobowościowych, zorganizowanych psychotycznie. I w odniesieniu do różnych pacjentów próbowaliśmy stosować tę naszą wyczytaną z książek i przyswojoną na kursie wiedzę. Teraz, jak myślę o tym, to widzę, że były to czasami bardzo nierozważne próby stosowania psychoterapii, ale z drugiej strony wiele uczące praktycznie. Te pierwsze lata były ważne. Mam nadzieję, że nikomu wtedy razem z moim kolegą, z którym wspólnie pracowaliśmy, nie zaszkodziliśmy, a w tym naszym młodzieńczym entuzjazmie niektórym osobom na pewno pomogliśmy. Na Śląsku nie było w tamtych latach dostępnych profesjonalnych form psychoterapii. Zresztą w Polsce to też był czas zupełnie inny od dzisiejszego. Na początku lat 80. tylko w niektórych ośrodkach psychoterapię prowadzono profesjonalnie.

**R.M.: Takimi ośrodkami w tamtym okresie były chyba Kraków i Warszawa, jeżeli dobrze pamiętam?**

**J.G.:** Tak.

**R.M.: Co było w późniejszym okresie?**

**J.G.:** Później, pod koniec 1981 r., przenieśliśmy się do Gliwic do Ośrodka Lecznico-Rehabilitacyjnego. Tam też był młody zespół i właściwie to paradoks, że tam też byłem najbardziej doświadczonym psychoterapeutą, bo właśnie kończyłem kurs psychoterapii. Parę innych osób z tego zespołu nadal jest na Śląsku i pracuje psychoterapeutycznie, jak Janek Skorupa, który teraz jest kierownikiem Oddziału Dziennego w „Dąbrowce”, czy Ania Gliszczyńska, psychoterapeutka i superwizor.

Następnie prowadziłem oddział dzienny z różnymi formami psychoterapii dla pacjentów, a potem przez pięć lat ośrodek dla pacjentów uzależnionych w Świbiu. Wtedy powstawały pierwsze ośrodki monarowskie. Była duża potrzeba, żeby leczyć na Śląsku osoby uzależnione od narkotyków i dr May-Majewski, który kierował ośrodkiem w Gliwicach, zajął się tym organizacyjnie. Ośrodek ma swoją kontynuację w Pławniowicach. Kieruje nim obecnie Krzysiek Czekaj, wtedy jeden z terapeutów.

Po czterech czy pięciu latach prowadzenia ośrodka dla pacjentów uzależnionych stwierdziłem, że nie chcę się rozwijać, a właściwie specjalizować, w modelu leczenia zbliżonym do monarowskiego i przenieśliśmy się do Ośrodka Leczenia Nerwic w Mosznej razem z moją żoną Anną.

**R.M.: Rozumiem, że w modelu monarowskim widziałeś jakieś ograniczenia, ale też i coś rozwojowego. Co było ograniczające, a co rozwojowe, twórcze?**

**J.G.:** Widziałem i jedno, i drugie. Ta praca bardzo wiele mnie nauczyła, jeśli chodzi o prowadzenie leczenia metodą społeczności terapeutycznej, która wydawała mi się szczególnie ważna w pracy z pacjentami uzależnionymi. Czułem też jednak pewne ograniczenia w tym modelu pracy.

**R.M.: Mówisz o takim okresie, w którym, jeżeli dobrze rozumiem, doświadczałeś pewnej frustracji.**

**J.G.:** Jeśli miałbym się zwierzać, to był to taki czas, kiedy, jeden jedyny raz w życiu, rozważałem zajęcie się czymś zupełnie innym niż psychoterapia i psychologia. Miałem już dość różnych układów w miejscach pracy, miałem też dość tego, że marnie zarabiałem jako psychoterapeuta. W tamtym czasie byłem alpinistą i sporo podróżowałem, zarabiałem pieniądze na pracach wysokościowych jako alpinista i na tych górskich wyjazdach.

**R.M.: To, o czym mówisz Jarku, to dla mnie coś nowego. Przyznam, że nie wiedziałem o tym, przygotowując się do naszego spotkania.**

**J.G.:** Ja w ogóle myślę, że gdybym nie był psychoterapeutą, to byłbym zawodowym podróżnikiem. Rozważałem wtedy taką opcję, chciałem założyć biuro turystyki zaawansowanej, trekkingowej. W tamtym czasie, na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, nie było w Polsce takich biur. To był okres, kiedy kończyła się w Polsce komuna i zaczynała rodzić się przedsiębiorczość. Nawet już organizowałem grupę trekkingową w Himalaje, ale wtedy zaoferowali nam pracę i mieszkanie w Mosznej, i tam się przenieśliśmy z Anią. Obecnie jestem podróżnikiem, ale już amatorsko.

**R.M.: Jaki zawodowo był dla Ciebie ten okres w Mosznej?**

**J.G.:** To był czas, kiedy z jednej strony kontynuowałem szkolenie w psychoterapii, zacząłem interesować się psychodramą i rozpocząłem moje szkolenie w tym kierunku. Wraz z kilkoma psychoterapeutami prowadziliśmy dłuższy program 12-tygodniowej terapii w Mosznej oraz pracowałem jako psycholog z osobami będącymi na kilkutygodniowych turnusach o charakterze profilaktycznym.

**R.M.: Jak doszło do powstania oddziału w Dąbrówce?**

**J.G.:** W roku bodajże 1994 pani dr Anna Rusek, dyrektorka Szpitala Psychiatrycznego w Toszku zaproponowała, aby w Dąbrówce, w starym dworcu myśliwskim, utworzyć oddział, który pracowałby bardziej psychoterapeutycznie.

**R.M.: Rozumiem, że interesowało Cię stworzenie czegoś nowego i w jakimś sensie autonomicznego?**

**J.G.:** W pewnym sensie tak. Oczywiście ośrodek nie był do końca autonomiczny, bo był częścią dużego szpitala psychiatrycznego z wszystkimi zaletami i wadami tego rozwiązania. Oddział miał 24 miejsca i równolegle pracowały w nim dwie grupy terapeutyczne. Przez pięć lat pracowaliśmy głęboko w lesie. Pacjenci musieli dochodzić do ośrodka leśnymi drogami kilka kilometrów, terapeuci też. Pracowaliśmy w systemie dyżurowym, co było bardzo korzystne, bo przez kilka dni w tygodniu byliśmy razem, rozmawiając, ucząc się od siebie nawzajem. Każdy z nas równolegle przechodził swoje szkolenia w psychoterapii. Zespół liczył 8 osób. Wtedy byłem jedynym certyfikowanym psychoterapeutą, ale szybko się to zmieniało, bo inne osoby uzyskiwały certyfikaty i stawaliśmy się coraz bardziej doświadczeni. Był to okres intensywnego rozwoju zespołu terapeutycznego „Dąbrówki”.

**R.M.: Pamiętam taki czas w mojej pracy na oddziale psychiatrii dziecięcej, kiedy zostawanie na dyżurach bardzo wiele nas uczyło, nie tylko klinicznie. Pozwalało budować więzi pomiędzy członkami personelu, dało przestrzeń do budowania relacji, które zostały na długie lata. Myślę, że relacje budowane w zespole „Dąbrówki”, którego częścią jesteś, pozwalały na tworzenie nowych struktur i utrzymywanie pewnej jedności, a zarazem różnorodności, zaowocowały też chyba założeniem Śląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów.**

**J.G.:** Zgadzam się z tobą. Stworzyliśmy Śląskie Stowarzyszenie Psychoterapeutów (był rok 1999) i to stowarzyszenie zostało organem założycielskim ośrodka w Gliwicach. Prawie cały zespół przeniósł się do niego, zachowaliśmy ciągłość nazwy i zdecydowanie teraz większość osób z „Dąbrówki” w lesie pracuje w „Dąbrówce” w Gliwicach. Ja już z powodu mojej działalności superwizyjnej nie mogę pracować w oddziale, ale nadal mam z „Dąbrówką” kontakt, chociażby przez prowadzone co drugi tydzień superwizje zespołu.

**R.M.: Czy to znaczy, że nadal czuwasz nad ośrodkiem?**

**J.G.:** Nie nazwałbym tego „czuwaniem”. Myślę, że ośrodek, a właściwie dwa już ośrodki, bowiem od kilku lat działa filia w Katowicach, są samodzielnymi, dobrze funkcjonującymi oddziałami. Na początku kierowane były przez Janka Skorupę, a następnie Jacka Sygudę, który wiele zrobił, żeby rozwinąć różne formy terapii, ale też formy instytucjonalne tego ośrodka. Obecnie w ramach ośrodka istnieją poradnie komercyjne i poradnie zakontraktowane przez NFZ, prowadzi się zróżnicowane formy terapii, pracują podzespoły, jak chociażby grupa pracy z lękiem, grupa przygotowująca do grupowej psychoterapii psychodynamicznej itp. Myślę, że nie czuвам, jak powiedziałeś, nad ośrodkiem, ale ciągle się czuję związany z zespołem, czuję się jego częścią. Można powiedzieć nie tyle, że czuвам, co towarzyszę temu zespołowi i kibicuję mu, żeby się rozwijał tak jak do tej pory.

**R.M.:** Towarzystwo i kibicowanie to bardziej adekwatne określenia. Miałem możliwość przez siedem lat współtworzyć zespół „Dąbrówki” i przyznam, że będąc w różnych miejscach, czy to na stażach klinicznych, czy pracując już klinicznie, uważam, iż udało się wam stworzyć zespół bardzo profesjonalnie pracujący, w ramach terapeutycznych — mam na myśli częste omawianie pacjentów, cotygodniowe odprawy, regularne superwizje. Pamiętam, że kiedy pracowałem w „Dąbrówce” ty superwizowałeś zespół, a też Krzysztof Małyszczak zaczął superwizować nas w tym okresie jako drugi superwizor. To, co dla mnie było pewną nowością, ale co rozumiałem jako uważność z waszej strony, to oferowana przez was możliwość dodatkowych superwizji w sytuacjach ważnych, nagłych czy po prostu, gdy pojawiała się taka potrzeba u psychoterapeutów. Takie solidne „trzymanie”. Nieczęsto się ono zdarza. Mówię o tym, myśląc o zespołach, które sam jeżdżę superwizować, a czasami też widząc zespoły, które pracują bez superwizji czy dla których superwizja co miesiąc jest rarytasem. Myślę, że obaj wiemy, jak ważne jest wsparcie dla psychoterapeutów, lekarzy, w ogóle dla personelu.

**J.G.:** Miło mi słyszeć, że tak widzisz zespół „Dąbrówki”, jakkolwiek poza nią były też inne ośrodki pracujące terapeutycznie nawet wcześniej, chociażby zespół kierowany przez dr. Krzysztofa Macieja Golonkę w Katowicach. Krzysztof z kilkoma osobami stworzył poradnię, w której w latach 90. stosowali psychoterapię. Były też pewnie inne miejsca, gdzie ją uprawiano, jakkolwiek zgadzam się z tobą, że Dąbrówka była miejscem krystalizowania się środowiska psychoterapeutów, miejscem, które jako pierwsze miało akredytację do odbywania staży psychoterapeutycznych i klinicznych. Wielu stażystów przewinęło się przez ten ośrodek. Porównując lata 90., kiedy właściwie byłem jedynym superwizorem na Śląsku (w 1999 uzyskałem uprawnienia, trzy lata później Krzysztof Kotrys został superwizorem), do obecnego czasu, kiedy superwizorów nawet nie wiem dokładnie ilu jest na Śląsku, ale wraz z superwizorami/aplikantami około dwudziestu, to widzę, że jesteśmy trzecim miejscem w Polsce po Krakowie i Warszawie. Obserwuję niesamowity rozwój i ośrodków psychoterapeutycznych, i psychoterapeutów, i jestem bardzo dumny z niego. Chociaż nie jestem etnicznie Ślązakiem, to czuję się nim coraz bardziej. Nasze Śląskie Stowarzyszenie Psychoterapeutów niewątpliwie odgrywa dużą rolę w tym, że się spotykamy, wymieniamy doświadczeniami, współorganizujemy zebrania naukowe i konferencje.

**R.M.:** Rozumiem, że Śląskie Stowarzyszenie Psychoterapeutów pełni rolę integrującą, wspierającą i promującą.

**J.G.:** Mam nadzieję, że tak.

**R.M.:** **Mówimy o wspieraniu, integrowaniu i promowaniu. Rozumiem, że jest to też zadanie superwizora w relacji z psychoterapeutą. Czy mógłbyś trochę opowiedzieć o superwizji i szkoleniach, które prowadzisz, jaką część Twojej pracy stanowią, na co kładziesz nacisk w superwizji, jak widzisz jej rolę w rozwoju psychoterapeuty, ale też superwizora?**

**J.G.:** Oprócz prowadzenia przeze mnie terapii pacjentów indywidualnych w gabinecie oraz grupy terapeutycznej prowadzonej metodą psychodramy, dość dużą część mojej aktywności zawodowej zajmuje superwizja i szkolenia. Powiem tak: lubię tę pracę, daje mi ona dużo satysfakcji. Szczególnie lubię prowadzić superwizje grupowe. Doceniam rolę grupy superwizyjnej jako takiego miejsca, gdzie psychoterapeuta może się rozwijać. Coraz bardziej widzę, jak istotną rolę w rozwoju, w kształtowaniu się psychoterapeuty pełni superwizja. Prowadzę też indywidualne superwizje psychoterapeutów, daje mi wielką satysfakcję i radość, że wielu z nich uzyskało już certyfikat psychoterapeuty. To jest dla mnie wspierające. Pomagam też superwizantom w staniu się superwizorami, to też ważny dla mnie aspekt mojej pracy. Bardzo sobie cenię współpracę z innymi superwizorami śląskimi, ale nie tylko, również z superwizorami z całego środowiska, z Polski. Od lat współtworzymy grupę superwizyjno-samopomocowo-rozwojową. W ramach tej grupy spotykamy się regularnie, pomagając sobie nawzajem, służąc sobie superwizją.

**R.M.:** **Jak powstał pomysł na grupę roboczą superwizorów, której jesteś przewodniczącym? Nie pamiętam, kiedy dokładnie ona powstała, ale wydała mi się wtedy czymś nowym i ważnym w strukturach Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.**

**J.G.:** Trudno jest mi zrekonstruować, jak to się stało, że grupa ta zaistniała, bo było w tym dużo spontaniczności. Pomysł dojrzał na spotkaniach grupy dla superwizorów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, na konferencjach superwizorów. Pamiętam, że na konferencji w Bochni kilkanaście lat temu pojawiła taka idea. Myślę, że powstanie tej grupy wynikało z potrzeby i zarazem konieczności kontynuowania konferencji superwizorów. Pierwsze dwie konferencje w Bochni, czy bodajże trzy, były organizowane przez superwizora ze Śląska panią Janinę Czapnik, która — wraz z innymi osobami — bardzo wiele pracy włożyła w to, by je organizować. Tutaj też prof. Czesław Czabała odegrał dużą rolę. Janina Czapnik wraz z prof. Czabala promowała ideę kształcenia ustawicznego superwizorów. Kontynuacją tej idei kształcenia jest grupa robocza superwizorów. Nawiasem mówiąc, wydaje mi się ciekawe i ważne, że regulamin Sekcji Psychoterapii dopuszcza możliwość tworzenia różnego rodzaju grup roboczych.

**R.M.:** **Myślę, że to dobra okazja do wymiany doświadczeń pomiędzy superwizorami o różnym stopniu doświadczenia, prezentujących odmienne podejścia czy modalności terapeutyczne bądź pracujących z różnymi grupami pacjentów. Widzę coś twórczego i koniecznego w spotkaniach, podczas których możemy zastanawiać się nad różnymi kwestiami związanymi z psychoterapią, jej standardami, w tym także etycznymi, rozwojem, upowszechnianiem i badaniami nad nią. Wiem, że jako grupa robocza zajęliście się tematyką etyki w psychoterapii i superwizji.**

**J.G.:** Był to jeden z tematów, wokół którego zaczęły się ogniskować nasze rozmowy. Wydaje się to bardzo ważny temat. Grupa robocza stworzyła projekt rozdziału do kodeksu

etycznego psychoterapeuty, a dotyczący superwizji psychoterapeuty. Mam nadzieję, że w nieodległym czasie rozdział ten będzie przyjęty; na razie on jest procedowany.

**R.M.: Mówiąc o tworzeniu grupy roboczej superwizorów, wspomniałeś o spontaniczności, jaka towarzyszyła jej powstaniu. Spontaniczność wydaje się mieć istotne miejsce w różnych Twoich przedsięwzięciach. Jest w jakiejś mierze istotą psychodramy — jeżeli się mylę to, proszę, sprostuj — której terapeutą i superwizorem jesteś. Pamiętam Twój artykuł o łączeniu psychodramy i psychoterapii psychodynamicznej, jak i różne psychodramy prowadzone przez Ciebie, do których odwoływali się pacjenci leczenia w oddziale i sami psychoterapeuci. Czy mógłbyś opowiedzieć więcej o tej części Twojej pracy, chętnie też o fascynacji psychodramą.**

**J.G.:** Jako psychodramatysta rozwijam się od 27 lat, jeśli dobrze liczę. Wtedy się rozpoczęło moje pierwsze szkolenie w psychodramie w Europejskim Instytucie Psychodramy. Wcześniej poznałem inne nurty terapeutyczne. Przyznam, że na początku byłem zafascynowany psychodramą, ale też trochę sceptyczny wobec niej. Być może nie rozumiałem do końca różnych jej aspektów. Im bardziej poznawałem psychodramę, tym bardziej dostrzegałem, że wnosi ona do takiego podejścia w psychoterapii, które jest oparte na werbalizacji — a takim na ogół jest podejście psychodynamiczne i niektóre inne podejścia — aspekt wielu modalności funkcjonowania człowieka i w ten sposób pogłębia efekt terapeutyczny. Można powiedzieć, że wnosi aspekt wielu modalności funkcjonowania człowieka. Wydaje się, że rozwój neuronauki pozwala nam dzisiaj lepiej rozumieć, dlaczego używanie i uruchamianie ciała w psychoterapii, bo to moim zdaniem wnosi psychodrama z równoczesnym uruchamianiem emocji i działania, wraz z towarzyszącą werbalizacją, pomaga leczyć nasze umysły. Ważny jest pewien balans pomiędzy uruchamianiem ciała, podjęciem działania i werbalizacją. Myślę, że czynnik związany z katharsis jest też tutaj istotny. Drugi aspekt, który można w jakimś sensie historycznie zobaczyć, to to, że połączenie podejścia analitycznego i psychodramy ma bardzo głęboki sens; to historia psychoterapii. Psychodrama i psychoanaliza to — historycznie rzecz ujmując — dwie najstarsze szkoły psychoterapii. Psychoanaliza powstała jako pierwsza szkoła psychoterapii, ale już 20 lat później, tj. w drugiej połowie lat dwudziestych XX wieku, i później począwszy od lat trzydziestych XX wieku wraz z przeniesieniem się Jakuba Levy Moreno, twórcy psychodramy, do Stanów Zjednoczonych rozwijała się właśnie tam. O ile psychoanaliza powstała jako forma terapii w diadzie, a potem, dopiero w latach 40., wraz z koncepcjami Foulklesa została zaadaptowana do terapii grupowej, o tyle w psychodramie — historycznie drugiej szkole psychoterapii — mamy do czynienia z odwrotną sytuacją. Powstała ona jako forma terapii grupowej przede wszystkim jako forma terapii w grupie. Moreno pierwszy użył określenia „terapia grupowa” i powołał pierwsze towarzystwo zajmujące się tą formą terapii — do dzisiaj zresztą istniejące. Psychodrama wnosi wiele do psychoterapii grupowej, ma w niej swoje korzenie, dopiero później stworzyła różne formy adaptujące psychodramę do terapii indywidualnej. W psychoanalizie mamy sytuację odwrotną. Wydaje mi się, że łączenie tych najlepszych części obu kierunków jest zasadne.

Wróć jeszcze do neuronauki i tego, jak uzupełnianie werbalizacji o ruch i działanie ma istotne znaczenie psychoterapeutyczne. Posłużę się cytatem znanym z Bessela van der Kolka: „Nasze doświadczenie ze straumatyzowanymi pacjentami wykazuje, że siedzenie i rozmawianie nie porusza wystarczająco ludzi. Ruch zaczyna się, gdy zaczynamy pracę

teatralną. Najgłębsze warstwy organizmu nie podlegają wpływowi racjonalizacji. Droga do uczenia się u ludzi wiedzie poprzez ruch. Mózg jest poruszającym się organem” (Bessel van der Kolk, wystąpienie na Bostońskiej Konferencji na temat traumy psychologicznej 2003 r.). W psychoterapii psychodramą ruch jest szczególnie ważny; człowiek wychodzi na scenę i działa w przestrzeni „jak gdyby” i uruchamia swoje ciało, jednocześnie uruchamiając refleksję, werbalizację. Jeszcze inną rzeczą, bardzo cenną, którą widzę w psychodramie, a którą psychoanaliza zaczyna doceniać od lat 90., to nowe doświadczenia w psychoterapii. Bardzo istotna jest rola, którą odgrywamy, nie tylko dlatego, że osiągamy wgląd w różne aspekty naszego funkcjonowania, przeszłe uwarunkowania naszego aktualnego przeżywania, ale także z powodu nowych doświadczeń w psychoterapii. Te nowe doświadczenia w psychoterapii są coraz bardziej doceniane i powiązane z określeniem „korektywne doświadczenie emocjonalne”. W psychodramie jest to doświadczenie od początku obecne. Nowe doświadczenia, nowe sceny są czymś bardzo istotnym — nazywamy je w psychodramie poszerzoną rzeczywistością (surplus reality).

**R.M.: Rozumiem, że w psychoterapii łączysz podejścia psychodynamiczne i psychodramatyczne, czy podobnie jest w superwizji?**

**J.G.:** Tutaj musiałbym rozgraniczyć dwa aspekty: superwizję psychodramy, bo, jak wspomniałeś, jestem superwizorem psychodramy, i superwizję psychoterapii. Do superwizji psychoterapii dodają niektóre elementy psychodramy i one często wzbogacają doświadczenie psychoterapeuty, dając taki spontaniczny wgląd. Na przykład często używam zamiany roli z pacjentem w superwizji, nie tylko psychodramatystów. Natomiast nie powiedziałbym, że w samej superwizji w dużym stopniu uruchamiam psychodramę; robię to od czasu do czasu. Ponieważ ona, tj. psychodrama, jest obecna w moim myśleniu, to wydaje mi się, że to, co wplątam z obszaru psychodramy w dialog superwizyjny też zawiera pewne elementy psychodramy. Zwracam uwagę na zasoby pacjenta, na to, co nowego ma się wydarzyć w psychoterapii — nawiązuję do tego, co powiedziałem przed chwilą o ważności nowych doświadczeń. Chciałbym powrócić do tego fragmentu twojej wypowiedzi, w którym powiedziałaś o twojej uważności na nową rolę, którą pacjent ma rozwinąć, uważności na to, co ma być następnym krokiem dla pacjenta. Myślę o tym, jakiego rodzaju nowe role pacjent ma rozwinąć w sobie i w czym ma mu psychoterapia pomóc. To właśnie coś, co wynoszę z psychodramy, włączając również w superwizję i w szkolenia. Śląska Szkoła Psychoterapii integruje te dwa nurty, czyli podejście psychodynamiczne i psychodramatyczne.

**R.M.: Słucham z uwagą tego, co mówisz i myślę o tym, że jesteś w psychoterapii i superwizji blisko pacjenta i superwizanta, nie „odlatujesz” w odległe rejony.**

**J.G.:** Nie wiem Robert, nie wiem, co myśleć o tym, co powiedziałaś. Niektórzy zarzucają psychodramie, że jest dosyć odlatowa. Nawet w logo Instytutu Psychodramy mamy skrzydła. Natomiast nie jest odlatowa w tym sensie, że odnosi się do konkretnych doświadczeń pacjenta. Tak o niej myślę.

**R.M.: Chciałbym powrócić do tego fragmentu Twojej wypowiedzi o uważności na nową rolę, którą pacjent ma rozwinąć w sobie, uważności na to, co ma być, co może być następnym krokiem dla pacjenta. Ciekawi mnie taki sposób patrzenia, ale w trochę innym kontekście. Mam na myśli kontekst psychoterapii pacjenta dziecięco-młodzieżowego. Innymi słowy myślę o tym, do czego dziecko, nastolatek ma zmierzać, jakie role rozwijać w sobie, jakie podejmować, co jest koniecznym krokiem**



**rozwojowym w jego życiu. Gdy myślę, na co zwracasz uwagę u pacjentów dorosłych, superwizantów, tj. na to nowe doświadczenie, to jakoś blisko mi do pojęcia „nowego obiektu” w terapii dzieci i młodzieży. W jakimś sensie to, na co zwracasz uwagę, tj. nowe doświadczenie korektywne, ważne jest także w psychoterapii dzieci i młodzieży. Jakie widzisz możliwości aplikowania psychodramy do terapii dzieci i młodzieży, jak ona może być pomocna w tym okresie rozwojowym?**

**J.G.:** Nie jestem, jak wiesz, specjalistą od psychoterapii dzieci i młodzieży, ale trochę próbuję ująć temat od strony psychodramy.

W terapii dzieci i młodzieży używa się psychodramy do tego, żeby młodzi pacjenci grali różne nowe role — takie, których pragną, których potrzebują, które ich rozwijają, ale żeby też odgrywali sytuacje, które ich na co dzień stresują, blokują, zamykają. W ten sposób mogą nabyć nowe umiejętności, przyjrzeć się sobie i innym, a następnie, w sharingu, podzielić swoimi odczuciami i myślami dotyczącymi tych ról. Idea psychodramy wzięła się z obserwacji zabaw dzieci, które Moreno spotykał w parkach wiedeńskich. Przyglądał się im, jak się bawiły, jak grały w różnego rodzaju gry, jak pomagały sobie w radzeniu z emocjami, wreszcie jak rozwijały swoją naturalną spontaniczność. Myślę, że nowa scena, czyli doświadczenie nowych sytuacji poprzez grę w psychodramie, może pełnić rolę nowego obiektu, o którym mówiłeś przed chwilą.

**R.M.:** Wspomniałeś wcześniej, że w terapii zwracasz uwagę na zasoby pacjenta, na jego możliwości, patrzysz na jego potencjalnie silną część. Zastanawiam się, jak to dzieje się w superwizji. Na co zwracasz uwagę w rozwoju superwizantów? Czy jest coś szczególnie ważne dla Ciebie?

**J.G.:** Zwracam uwagę na różne rzeczy, ale uważam przede wszystkim, że aby superwizja sprzyjała rozwojowi superwizantów, to w pierwszej kolejności musi tworzyć środowisko bezpieczne. Jest to podobny aspekt jak w psychoterapii, ale niewystarczający. Drugim aspektem superwizji powinna być kreatywność. Powinna ona być inspiracją do rozwoju, do poznawania różnych aspektów funkcjonowania siebie, pacjenta, relacji z pacjentem. Superwizja powinna być wyzwaniem i kreacją. Ważny jest dla mnie balans pomiędzy tymi dwoma czynnikami w superwizji. Z tego punktu widzenia czymś, co najbardziej zaburza poczucie bezpieczeństwa i swobodę eksploracji jest według mnie nadmierny krytycyzm. Nie mówię tutaj tylko o krytycyzmie superwizora, on moim zdaniem stanowi najmniejszy problem. Większość z nas, tj. superwizorów, stara się nie być nadmiernie krytyczna i częściej z nas się to udaje. Chodzi mi o krytycyzm, który jest obecny wewnątrz superwizanta. Mamy do czynienia w takiej sytuacji z pewnym paradoksem. Im bardziej terapeuta jest nastawiony na wyszukiwanie różnych swoich mankamentów, słabości i jest nadmiernie krytyczny wobec siebie, tym trudniej jest mu uruchomić zdrowy krytycyzm w relacji superwizyjnej, ponieważ do tej optymalnej dawki krytycyzmu czy reflektowania dodaje własny nadmierny krytycyzm. Uważam, że wtedy powstają największe zaburzenia w relacji superwizyjnej. W związku z tym zwracam szczególną uwagę na stworzenie przestrzeni do popełniania błędów, do zastanawiania się nad nimi. W superwizji grupowej bardzo natomiast zniechęcam do mądrzenia się na swój temat, do wzajemnego wytykania błędów, a szczególnie zniechęcam do kreowania się na „tego, co to lepiej rozumie”. Staram się też nie kreować siebie w takiej roli. Wiem, że w każdej sytuacji w terapii, a tym samym w superwizji, jest wiele dróg postępowania, nie ma jednej jedynie właściwej.

**R.M.: Rozmawiamy w czasie, gdy trwa wojna. Chciałem cię zapytać, co według Ciebie wniosła ona do gabinetów. Jak odbiła się na tym, co wnoszą pacjenci i co dzieje się z nimi? Czy widzisz wpływ wojny na superwizantów, a jeżeli tak, to jaki? Na konferencji superwizorów, w której uczestniczyliśmy, były warsztaty poświęcone pracy w sytuacji konfliktu zbrojnego. Jak widzisz sytuację wojny?**

**J.G.:** Zacznę może od pacjentów. Na początku szczególnie dużą przestrzeń zajmowały tematy związane z wojną, ale nie jest i nie była to reguła dotycząca wszystkich pacjentów. Byli i są nadal tacy, którzy zachowywali się, jakby wojny nie było. Myślę, że z punktu widzenia mechanizmów obronnych to niektórzy radzili sobie nie zauważając wojny czy wypierając ją, zaprzeczając jej, a niektórzy w ogóle nie radzili sobie, byli zalewani przez lęk. Bardzo wielu pacjentów uruchamiało też zdrowsze mechanizmy, osłabiały się ich objawy, angażowali się w różne pożyteczne społecznie inicjatywy, chociażby w pomoc Ukrainie i jej mieszkańcom. Sporadycznie obserwowałem, że niektórzy z tych pomagających angażowali się czasami do przesady i trochę bez głowy, bez dostrzegania własnych możliwości — „czy mam się czym podzielić, czy nie robię tego nadmiarowo”. Na przykład jeden z moich pacjentów, mając bardzo małe mieszkanie, zakwaterował w pokoju córki kilku Ukraińców, co wyraźnie negatywnie wpłynęło na jego z nią relację. Generalnie jednak miałem wrażenie, że wielu pacjentów radziło sobie dobrze. W sytuacji realnego zagrożenia życia i zdrowia obserwowano ustępowanie neurotycznych objawów. Zjawisko takie jest dość znane i opisane w literaturze naukowej. Z upływem czasu temat wojny zaczął schodzić na plan dalszy i terapie zaczęły być bardzo podobne do okresu sprzed napaści Rosji na Ukrainę. W tym momencie nie obserwuję dużego wpływu wojny na podejmowane przez pacjentów tematy, natomiast wydaje mi się, że wszyscy możemy mieć pewien podwyższony poziom napięcia i niepokoju, który występuje podprogowo. Jeśli chodzi o superwizje, to to, co wysunęło się na pierwszy plan w co najmniej dwóch moich grupach superwizyjnych, to dylematy terapeutów, którzy sami się zastanawiali, jak mają zdrowo reagować w sytuacji wojny toczącej się tak niedaleko. Terapeuci reflektowali też, jak oni sami reagują na pacjentów i ich lęki związane z wojną. Najpierw musieli sobie poradzić jakoś z ogarnięciem tej sytuacji jako ludzie — dogadać się ze sobą (trochę im superwizja w tym pomagała), a dopiero potem byli w stanie pomagać swoim pacjentom budować dojrzałe, bardziej adaptacyjne, bardziej kreatywne sposoby radzenia sobie. Kiedy terapeuci zaczęli sobie radzić lepiej, to zaczęli pomagać pacjentom znajdować adekwatne odpowiedzi na tę wojenną sytuację, wewnętrzne odpowiedzi, ale też i zewnętrzne.

**R.M.: Najpierw mieliśmy doświadczenie pandemii, a potem wojny. Jak na Ciebie ta sytuacja wpłynęła?**

**J.G.:** Dodałbym jeszcze do tego sytuację społeczną i polityczną w Polsce, która działała i działa na mnie, i na moich pacjentów również. Na mnie w taki sposób, że coraz mniej oddzielałem w podstawowym wymiarze moją rolę terapeuty i superwizora od utrzymywania całkowitej neutralności od zjawisk politycznych. Bardziej dotarło do mnie, głównie przez to, co się dzieje w sferze polityki, w sferze działań totalitarnego reżimu, który rozpętał wojnę, że nie możemy być neutralni w sferze wartości demokracji; my terapeuci i superwizorzy. Psychoterapia należy do świata szeroko rozumianej demokracji i nie można pogodzić psychoterapii z wojną czy totalitaryzmem. Wiele razy (używam tego zabiegu podczas wykładów na temat socjokulturowych aspektów psychoterapii) polecałem kur-

santom wyobrazić sobie psychoterapię w Korei Północnej, oczywiście wyobrazić sobie tego nie sposób. W PRL-u były enklawy względnej wolności i była możliwa psychoterapia — w Korei jej nie ma. Mam też anegdotę z mojego życia. Jestem oficerem rezerwy Wojska Polskiego, skończyłem szkolenie w czasach służnie minionych i jako psycholog dostałem kartę mobilizacyjną na wypadek wojny, miałem być zastępcą dowódcy szpitala liniowego/polowego, gdzie ozdrowieńcy albo ranni mieli się leczyć. Moją rolą miało być takie działanie, żeby tych ludzi jak najszybciej na linię frontu skierować. Czy taka ma być rola psychoterapeuty? To koszmarnie. Moje refleksje z ostatnich lat są takie, że powinniśmy być jednoznaczni, jeżeli chodzi o kwestię wartości demokracji, tak samo w sytuacji, gdy politycy wypowiadają rasistowskie poglądy albo dyskryminują jakieś grupy ludzi. Powinniśmy zajmować jasne stanowisko w tej sprawie. Jesteśmy psychoterapeutami i powinniśmy reprezentować, wspierać tych ludzi, którzy są piętnowani, dyskryminowani.

**R.M.: Mówisz, że konieczne jest bycie zaangażowanym i że obecna sytuacja wyraża psychoterapeutów z pozycji neutralności. Rozumiem, że są takie momenty w rozwoju społeczeństw, że głos psychoterapeutów jest ważny.**

**J.G.:** Tak. Psychoterapeuci, znając różnego rodzaju mechanizmy społeczne, mogą być pomocni w objaśnianiu zjawisk społecznych. Weźmy choćby mechanizm szukania kozła ofiarnego funkcjonujący nie tylko na poziomie grupy, ale także społeczności, narodowości. Uważam, że są granice niezaangażowania. Chodzi o zajmowanie koniecznego stanowiska też w przestrzeni publicznej.

**R.M.: Zastanawiam się, czy otrzymywałeś bezpośrednio pytania od pacjentów w kwestii wojny czy poglądów politycznych?**

**J.G.:** Nie, nie miałem od pacjentów pytań dotyczących poglądów politycznych. Ja też ich nie ujawniam i moje poglądy polityczne nie są tematem terapii. Mówię o tym w szerszym kontekście. W terapii grupowej może częściej takie kwestie się zdarzają. Parę miesięcy temu pacjentka wypowiadała się w grupie jako nauczycielka o tym, jak nauczyciele są traktowani — również przez polityków. Jak widzisz, czasem takie pytania się więc pojawiają. W terapii indywidualnej raczej się z pytaniami o poglądy polityczne nie spotykam.

**R.M.: Jak na przestrzeni lat widzisz zmiany problematyki pacjentów? Czy widzisz, że pacjenci dostają większe wsparcie, np. pacjenci z psychozami? Czy widzisz zmiany w pracy z nimi? Czy widzisz zmiany w podejściu pacjentów do psychoterapii? Jeżeli tak, to jakie?**

**J.G.:** Moje doświadczenie z pacjentami z psychozami nie jest duże. Pracowałem z nimi na początku mojej pracy, tj. w końcu lat siedemdziesiątych i w latach osiemdziesiątych, ponieważ pracowałem wtedy w klinice psychiatrycznej. Próbowałem też różnych form psychoterapii z tymi pacjentami. Teraz tych doświadczeń mam mniej, ale mam, wraz z kolegami i koleżankami pracującymi w obszarze psychoz, swoje obserwacje. Zmieniło się bardzo wiele, jeśli chodzi o pozytywne traktowanie tej grupy pacjentów. W latach 70. byłem delegatem na zjazd „Solidarności” i współtworzyłem rozdział dotyczący ochrony zdrowia psychicznego. Między innymi jeździłem i przyglądałem się, jak pacjenci psychotyczni byli traktowani w szpitalach. To był koszmar. Traktowano ich gorzej niż w więzieniach. Obecnie, w tym bardzo ludzkim wymiarze — nie wszystko jeszcze jest takie, jak byśmy sobie życzyli — ale zmiana jest ogromna pomiędzy tamtymi latami a współczesnością.

Coraz częściej osoby cierpiące na psychozy są traktowane jak ludzie, a nie podlegają tylko represjom. Rozwinęły się różne programy pomocowe i terapeutyczne dla tych pacjentów, ośrodki środowiskowej opieki. Projekt „Otwórzcie Drzwi” prof. Andrzeja Cechnickiego i jego zespołu jest przykładem takiego programu. Generalnie, jeżeli chodzi o pacjentów z różnymi diagnozami, to na przestrzeni mojego życia zawodowego obserwuję ogromną zmianę. Przede wszystkim tę zmianę dostrzegam w większej świadomości pacjentów co do źródła swoich trudności. Ponadto są oni dużo bardziej otwarci na korzystanie z psychoterapii. Porównuję, z jakim lękiem przychodzili pacjenci do psychoterapeuty, jeśli w ogóle przychodzili, kilkadziesiąt lat temu, z tym, co się dzieje teraz, kiedy właściwie bardzo często lęku, nie powiem, że nie ma wcale, ale jest nieporównywalnie mniejszy niż kiedyś. Po prostu korzystanie z pomocy psychoterapeuty stało się czymś zupełnie naturalnym. Ludzie nie kryją się już tak. Po drugie zwiększyła się liczba psychoterapeutów, chociaż paradoks polega na tym, że zwiększyła się też liczba pacjentów. Mam wrażenie, że im więcej jest nas, psychoterapeutów, tym mamy więcej pracy.

Kiedy po raz pierwszy otworzyłem gabinet w Gliwicach, to na pacjentów czekałem i nie byłem w tym odosobniony, chociaż byłem jednym z niewielu psychoterapeutów. Teraz jest nas dużo, a telefony się urywają. Kiedy już pacjenci trafiają do terapii, to w dużo bardziej świadomy sposób uczestniczą w niej. Rozumieją wiele rzeczy. Jest to związane z tym, że wiele na temat psychoterapii czytają. Wiele tematów związanych z psychoterapią jest poruszanych w przestrzeni publicznej i ludzie przychodzą do terapeutów z dużą wiedzą. Są bardziej świadomi i w bardziej dojrzały sposób korzystają z psychoterapii, więc mnie się trochę łatwiej pracuje teraz niż dawniej. Mam wrażenie, że jest więcej zrozumienia wśród pacjentów nad czym wspólnie z nimi pracujemy. Być może moje wrażenie wynika z tego, że ja jestem dojrzałszym, bardziej świadomym psychoterapeutą teraz niż kiedyś. Myślę, że pacjenci częściej przychodzą z pewnymi planami, wymaganiami — to dobrze, że wymagają. Nie ulegałbym czasami powtarzanemu stereotypowi, że mamy do czynienia z coraz trudniejszymi pacjentami, z coraz trudniejszymi zaburzeniami osobowości itp. Z moich doświadczeń tak nie wynika. Myślę, że łatwiej jest współpracować z pacjentami. Przez ubiegłe kilkadziesiąt lat psychoterapia się rozwinęła i my sami lepiej rozumiemy pacjentów, lepiej konceptualizujemy ich trudności i lepiej ich leczymy. Jesteśmy bardziej doucheni, jest więcej literatury, jesteśmy lepiej wykształceni klinicznie.

Jak sięgnę do moich doświadczeń z lat 70. z terapii z pacjentami z diagnozą borderline, to widzę, że nie mieliśmy jeszcze dobrych koncepcji i pomysłów na ich leczenie i rozumienie. Ja sam byłem wtedy jeszcze niedouczonej, miałem za mało doświadczeń w tej kwestii. Ci pacjenci wtedy mi się wydawali niesamowicie trudni i wielu innym terapeutom także.

**R.M.: Skoro rozmawiamy o zmianach, jakie zauważasz w pacjentach i terapeutach, to powiedz, jakie w Twojej opinii zaszły zmiany w superwizji na przestrzeni lat?**

**J.G.:** Zmiany są bardzo duże. Kiedy zaczynałem pracę, superwizja była czymś zupełnie niecodziennym, to nie był standard w prowadzeniu psychoterapii, dopiero przecież w latach 80. i 90. byli pierwsi superwizorzy z nadania. Pojawił się system certyfikacji superwizorów i ich szkolenia. Jest nas dużo więcej, w związku z czym superwizja stała się czymś codziennym w psychoterapii. W tej chwili jest standardem, że nawet mając certyfikat i tak dalej się superwizujemy. Superwizorzy uczestniczą w grupach superwizji. Ten proces zmian toczy się szybko.

Ostatnie lata to czas zmian w kształceniu superwizorów, dobrych zmian. Są nowe formy szkoleń, system aplikacji superwizji w Sekcji Naukowej Terapii Rodzin i Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP. System seminariów dla aplikantów superwizji. Za ważne uważam to, że oddzielono system egzaminowania od procesu uczenia, to bardzo korzystna zmiana, tak się nie działo jeszcze do niedawna. Od razu może powiem, na czym by mi zależało w przyszłości. Jest to związane z moją funkcją przewodniczącego elekta, ale też wcześniejszą funkcją przewodniczącego grupy roboczej superwizorów. Bardzo by mi zależało na uregulowaniu zasad etycznych dotyczących superwizji.

W obecnym zarządzie jest duża otwartość na ten temat i wydaje mi się, że doprowadzimy tę kwestię do końca, tzn. do uchwalenia nowego rozdziału w kodeksie etycznym psychoterapeuty, dotyczącego superwizji. Jesteśmy po procesie konsultacji i materiał wstępny jest gotowy. Dalej należy rozwijać system seminariów superwizorskich — jest ich moim zdaniem za mało. To jest niesamowite, jak następna generacja przejmuje aktywność w obszarze superwizji od poprzedników. To bardzo ważna kwestia, tj. kwestia następstwa pokoleń. Bardzo istotne są spotkania i dialog pomiędzy „pełnymi” superwizorami a superwizorami aplikantami. Ważnym elementem tego dialogu są cykliczne konferencje superwizorów. Mam nadzieję, że będą one stałym elementem „krajobrazu psychoterapeutycznego”. Na pierwszej konferencji superwizorów, którą organizował Krzysztof Klajs, a później prof. Czesław Czabała i dr Celina Brykczyńska chyba w Łodzi, było nas kilkadziesiąt osób. Nie miała ona takiego wymiaru, jak ostatnia konferencja w Wadowicach (na której było sto kilkadziesiąt osób), co też świadczy o rozwoju środowiska. Chciałbym, aby ten trend, bardzo cenny i obecny od dawna w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, polegający na tym, że się nie okopujemy w naszych ogródkach modalności terapeutycznych, tylko rozmawiamy, siedząc obok siebie i reprezentując różne podejścia do psychoterapii, był nadal kontynuowany i rozwijany. To naprawdę nie jest typowe dla różnych stowarzyszeń psychoterapeutycznych. Kolejną sprawą jest kwestia umocowań prawnych zawodu psychoterapeuty i jego prestiżu. Wprawdzie już tyle lat trwają próby, żeby ten zawód był umocowany, ale są to próby nieudane. Jestem zdania, że nie możemy się zniechęcać i byłbym za tym, żeby doprowadzić do szerszego konsensusu w ustawie o zawodzie psychoterapeuty i żeby tę ustawę przeprowadzić. To program na kilka lat, bo niestety ciągle nam grozi sytuacja, w której gorszy pieniądz wypiera lepszy. Gorsze standardy szkoleń terapii mają tendencję do wypierania tych dobrych. Bardzo ważne będzie dążenie do lepszej komunikacji pomiędzy członkami Sekcji Psychoterapii. Wymaga ona pewnej zmiany sposobów komunikacji, zmiany wynikającej też ze zmian pokoleniowych. Ważną kwestią jest też problem zauważalny w ostatnich latach — procentowo coraz mniej osób podchodzi do egzaminu na certyfikat psychoterapeuty. Największa grupa terapeutów to osoby w szkoleniu bądź po szkoleniu. Chcemy poznać powody tego stanu rzeczy i tak mu przeciwdziałać, aby ludzie identyfikowali się z certyfikatem SNTR i SNP PTP. Dotyczy to pewnej dbałości o standard usług psychoterapeutycznych i prestiż tego certyfikatu.

**R.M.: Jak wnoszę z Twoich wypowiedzi, pracy jest dużo jeszcze do wykonania, ale też sporo dobrego zostało już zrobione. Czy jest jeszcze coś, czym chciałbyś się podzielić z czytelnikami?**

**J.G.:** Uważam się za szczęściarza robiąc to, co mnie pasjonuje, co mi sprawia przyjemność. Jest to trudny zawód, ale ciągle jestem w stanie wykonywać go z radością, czyli

wypalenie zawodowe jakoś mnie omija i to jest coś, z czego bardzo się cieszę. Myślę też, że jest to związane z tym, że oprócz psychoterapii mam jeszcze inne rzeczy w życiu, które mnie pasjonują, którymi się zajmuję. I pomimo rozlicznych swoich aktywności znajduję czas, żeby poznawać świat, żeby gdzieś wyjeżdżać.

**R.M.:** Przeszliśmy do tematu, o którym od jakiegoś czasu myślę: jak zachować równowagę, pewien balans. Gdy cię słucham, to wydaje mi się, że potrafisz integrować podejście psychodynamiczne i psychodramatyczne, pracę i odpoczynek, a nawet pasję. Powiedziałeś, że różne Twoje zainteresowania pozwalają Ci nie czuć się wypalonym, a właściwie czuć się szczęśliwym. Czy tę umiejętność zachowywania równowagi też przekazujesz początkującym psychoterapeutom? Powiem o tym, co zauważam, a co mnie niepokoi od pewnego czasu. Przyjmując na superwizję indywidualne młodych psychoterapeutów, zadaję im zawsze pytanie, ilu mają pacjentów. Czasami jestem zaniepokojony, słysząc w odpowiedzi liczbę: prowadzą trzydzieści, czterdzieści i więcej procesów psychoterapii. Zastanawiam się, jak oni pomieszczają tych pacjentów, często ucząc się dopiero konceptualizowania problematyki pacjenta, rodziny czy pary. Zastanawiam się, jak się samemu chronić, jak chronić tych terapeutów przed przepracowaniem, a może i wypaleniem. Czy są tu jakieś rozwiązania czy może masz swoje refleksje na ten temat, a może zalecenia.

**J.G.:** Podzielał twój niepokój. Na samym początku wykładu o etyce psychoterapii staram się mówić wszystkim uczestnikom Śląskiej Szkoły Psychoterapii, że jednym z podstawowych wymogów etycznych w psychoterapii jest to, aby terapeuta dbał o siebie, o swój rozwój, odpoczynek i dobrostan. Nie jestem tu oczywiście odkrywcy, nie ja jeden to mówię, pisze o tym pięknie choćby Gerard Corey w rozdziale o etyce praktyki psychoterapeutycznej w książce „Teoria i praktyka poradnictwa”. Ale zaczynam od tego, bo to jest niesamowicie ważne. Jednocześnie rozumiem tych młodych terapeutów. Jednym z czynników wpływających na to, że tyle pracują, jest ich potrzeba urzędzenia się w życiu. Mają dużo wydatków, potrzebują sfinansować swoje szkolenia, superwizje itd. Więc muszą dużo pracować, bo ten zawód, gdy się go zaczyna uprawiać, dochodowy nie jest. Pojawia się błędne koło, terapeuci biorą różnego rodzaju obciążenia na siebie. To, co mnie osobiście bardziej niepokoi to to, że duża część z nich nie pracuje w zespołach psychoterapeutycznych. W zespołach, jak sam dobrze wiesz, inaczej przebiega nauka klinicznego rozumienia pacjenta, w zespołach, w których można liczyć na wsparcie, ale też rozwiązania pojawiających się trudności wypracowane przez starszych kolegów czy koleżanki, a różnorodność myślenia może zapobiegać wypaleniu i powielaniu błędów, i zadufaniu. Ważne jest, abyśmy pomagali młodym psychoterapeutom uczyć ich dbania o siebie na różne sposoby, między innymi zachęcając ich do pracy w zespołach. Kilkanaście lat temu podjąłem decyzję, której się trzymam do dzisiaj — planowanie moich zajęć na przyszły rok zaczynam od zaznaczania dni wolnych, dni mojego odpoczywania — dopiero potem zakreślam w kalendarzu, kiedy będę pracował.

**R.M.:** Dziękuję Ci za rozmowę, szczególnie za Twoje dostrojenie się do mnie. Pozwolisz, że zakończę spotkanie z Tobą słowami, które wypowiedziałeś na początku, a które były uspokajające i krzepiące zarazem. Być może, czując moje obawy przed wywiadem, powiedziałeś „Wspólnie damy radę”. Mam nadzieję, że wspólnie damy radę, że jako środowisko psychoterapeutów i superwizorów wspólnie będziemy realizować przedstawione przez Ciebie zadania i cele na przyszłość, że będą one jednoczyć środowisko.