

Z cyklu: „Sylwetki psychoterapeutów”

**SKONCENTRUJ SIĘ NA PRZYSZŁOŚCI,
A NIE NA TYM, CO JUŻ BYŁO**

ROZMOWA WANDY SZASZKIEWICZ Z KRZYSZTOFEM KLAJSEM

Wanda Szaszkiewicz — Na nasze dzisiejsze spotkanie, dzięki któremu poznamy Pana sylwetkę jako psychoterapeuty reprezentującego inny niż do tej pory przedstawiany nurt psychoterapii, przybył Pan prosto z pociągu z Łodzi. Tam Pan mieszka i pracuje, tam mieści się Instytut Ericksonowski, którym Pan kieruje. Proszę powiedzieć, jak doszło do tego, że stał się Pan psychoterapeutą?

Krzysztof Klajs — Najpierw zostałem psychologiem, ale poprzedzone to było długim zastanawianiem się nad wyborem tego kierunku. Wahałem się pomiędzy architekturą a historią sztuki, w końcu wybrałem psychologię i właściwie nie wiem dlaczego. Gdy kończyłem studia, powstał Ośrodek Leczenia Nerwic, pierwsza placówka prawdziwie psychoterapeutyczna w Łodzi. Tak się szczęśliwie złożyło, że mogłem tam pracować jako wolontariusz. Najpierw po prostu obserwowałem grupy terapeutyczne, mogłem brać również udział w ich omawianiu.

W.S. — Obserwował Pan także psychoterapeutów, którzy te grupy prowadzili. Kto był pierwszym Pana nauczycielem? I jak dawno to było?

K.K. — To było 24 lata temu. Pierwszą grupę psychoterapeutyczną, jaką w życiu widziałem, prowadził Apoloniusz Madej, a kierownikiem, który to wszystko organizował, był Andrzej Rogiewicz. Ich obu więc obserwowałem, a także Tadeusza Stelmaszczyka. Wszyscy byli lekarzami, bardzo byli różni, a mimo to jakoś się porozumiewali. Psychoterapia tak mnie wciągnęła, że przez dwa lata pracowałem jako wolontariusz, z nadzieją, że uzyskam etat.

W tym czasie pracowałem w szkole specjalnej jako psycholog i chociaż traktowałem to jako zajęcie przejściowe, to bardzo dużo skorzystałem. Przekonałem się na przykład, jak bardzo środowisko wpływa na człowieka, kształtuje go. Ta szkoła specjalna mieściła się w dzielnicy slamsów w Łodzi. 80 proc. dzieci z tej szkoły żadną miarą nie powinno się w niej znaleźć, ale pochodziły z tak zaniedbanych rodzin, że trafiały tam niejako dziedzicząc tradycję, gdyż ich matki, które miały zaledwie po 15–16 lat, gdy je rodziły, też tam kiedyś uczyły się.

W.S. — Czy to przekonanie, że środowisko tak bardzo determinuje rozwój człowieka wpłynęło na myślenie o psychoterapii? Dało podstawy do optymizmu czy raczej pesymizmu terapeutycznego?

K.K. — To doświadczenie nie było w żaden sposób zintegrowane w jakieś terapeutyczne refleksje. Jedyna rzecz, która mnie ciekawiła w tej pracy w szkole, to była możliwość

odwiedzania domów uczniów i ich rodzin. To zresztą nie należało do moich obowiązków, ale miało swój sens. Były to trudne środowiska, do których kobiety były się wręcz chodzić. Chodziliśmy więc we dwoje: jakaś nauczycielka i ja. Powód był taki, że dziecko nie realizowało obowiązku szkolnego i trzeba było zobaczyć, co się z nim dzieje. W ten sposób poznałem inny obraz świata. Opodał tych miejsc, gdzie miałem zajęcia na studiach czy chodziłem na spacer, znajdowały się takie miejsca, jak drewniana komórka, w której żyła cała rodzina, albo nora, gdzie było kilkanaścioro dzieci. Trudno mi było z nimi rozmawiać, to był inny świat. Ale dużo mi dało to, że go poznałem.

Równocześnie czekałem na ten magiczny etat w ośrodku; próbowałem już wówczas swych sił jako koterapeuta w grupie. I w końcu zdarzyła się sytuacja dla mnie trudna, ponieważ w tym samym czasie dostałem propozycję pracy, jako asystent, na uniwersytecie na psychologii oraz w akademii medycznej. Miałem duży problem, który rozwiązałem wybierając praktykę kliniczną w akademii medycznej. Jestem sobie bardzo wdzięczny za tę decyzję.

W.S. — Chociaż wybrał Pan nurt medyczny, mało znany absolwentowi uniwersytetu.

K.K. — Tak, to był znowu inny świat. Zobaczyłem wtedy zderzenie dwóch sposobów myślenia: tego uniwersyteckiego, które wyrażało się tym, że można było na seminarium rozważać przez cztery godziny półtorej strony tekstu, i nie wyczerpywało to zagadnienia, i tego świata bardziej praktycznego, związanego z działaniem, leczeniem — na akademii. Oba te światy były dla mnie fascynujące, ale ten drugi jakoś bardziej mnie wciągnął.

W.S. — Jaka była pozycja psychologa w Klinice Nerwic w Łodzi w tamtych czasach? I od razu drugie pytanie — co Pan konkretnie robił?

K.K. — Ja byłem zatrudniony jako nauczyciel akademicki, miałem zajęcia z psychiatrii na VI roku studiów medycznych. Byłem jedynym psychologiem wśród młodych asystentów. To na początku budziło zdziwienie, zaciekawienie. W sumie spotkałem się z otwartością dla psychologii. A równocześnie musiałem szybko nauczyć się psychiatrii, której ze studiów nie znałem. W klinice był psycholog, ale nie był nauczycielem akademickim. Była to pani, która zajmowała się diagnostyką i ze względu na umiejętność posługiwania się testami cieszyła się dużym szacunkiem. To była taka magia testów, których lekarze nie znali i szanowali trochę jako wiedzę tajemną.

W.S. — Pan posiadał tę wiedzę? Skorzystał od koleżanki po fachu?

K.K. — Nie, nigdy mnie to narzędzie poznania człowieka, jakim jest test, nie ciekawiło. I na szczęście nie leżało to w moich obowiązkach. Ja zajmowałem się dydaktyką oraz pracowałem w Zespole Nerwic, gdzie uczyłem się psychoterapii.

W.S. — Stąd Pana długoletni związek z Sekcją Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, której stał się Pan bardzo aktywnym członkiem i reprezentantem Oddziału Łódzkiego.

K.K. — Tak, ta przynależność była jakby oczywista w Zespole Nerwic. Później zresztą ten zespół się rozszerzył o kolejnych psychologów. Współpraca z lekarzami układała się dobrze i w ogóle zespół się rozwijał. Ja powoli się stamtąd wycofywałem, nauczycielem akademickim przestałem być chyba 7 lat temu. Jednym z powodów było to, że nie byłem zainteresowany pisaniem prac naukowych, co było obowiązkiem. Pozostawałem na etacie wykładowcy, ale zaczęłam się trochę dusić w tym sztywnym układzie. Ponadto miałem

możliwości szkolenia się za granicą, natomiast praca w klinice z tym kolidowała. Szef się nie chciał zgodzić na takie szkolenie. Bardzo chciałem się szkolić, gdyż brakowało mi bardziej gruntownego, głębokiego przygotowania w jakimś nurcie psychoterapii. Zdałem sobie z tego sprawę, gdy skończyłem kursy w Polsce, organizowane przez Sekcję Psychoterapii. Dawały one pewne podstawy w psychoterapii, ale obejmowały podejście eklektyczne czy zintegrowane, mówiąc bardziej elegancko, ja zaś miałem w sobie tęsknotę wyspecjalizowania się bardziej rzetelnego, dogłębnego w którymś z nurtów psychoterapii. Szukałem dość intensywnie takiej możliwości, ale wymagała ona wyjazdu za granicę, a co za tym idzie jakiegoś wsparcia stypendialnego w tym zakresie. Poprzez Laboratorium Psychoedukacji, które miało kontakty z Europą, a między innymi ze szkołą Gestaltu, dostałem propozycję takiego stypendium. Nie musiałem płacić za naukę, tylko dojechać i utrzymać się na miejscu. I tu się pojawiły pierwsze problemy w klinice, której kierownictwo nie rozumiało mojej motywacji do tego wyjazdu do Austrii. Czuję się rozgoryczony, bo inwestowałem w ten wyjazd swoje pieniądze, jak na tamte czasy bardzo duże, swój wysiłek, i nie znajdowałem zrozumienia. A przecież pracowałem wówczas tylko w klinice, więc cała wiedza zdobyta przeze mnie była wykorzystywana również dla jej rozwoju. Po trzech wyjazdach okazało się, że aby zdobyć licencję w tym Gestalcie muszę jeszcze intensywniej się zaangażować. I to już było albo albo, nie dało się pogodzić pracy w klinice z moim rozwojem. Równocześnie dzięki tym zagranicznym kontaktom, zacząłem intensywnie rozglądać się po świecie. Spotkałem kolegów ze szkoły ericksonowskiej. Był taki rok, w którym dostałem następujące propozycje stypendiów: Gestaltu, żebym skończył szkolenie i zdobył międzynarodowy certyfikat, Towarzystwa Ericksonowskiego — dwuletnie szkolenie się, i jeszcze szkoły pracy z ciałem, z którą miałem kontakty. I tak jak to już wcześniej się w moim życiu zdarzało, miałem kłopot z niedostatkiem albo nadmiarem, czyli w tym samym czasie wiele atrakcyjnych propozycji po okresie zastoju, w tym przypadku, w roku 1990, była to możliwość trzech stypendiów, niestety, trzeba było wybrać jedno z nich. Wszystkie zresztą oferowały naukę za darmo, ale utrzymanie musiałem sobie zapewnić we własnym zakresie, więc i tak było to na granicy moich możliwości. Wybrałem propozycję Towarzystwa Ericksonowskiego.

W.S. — Co zdecydowało akurat o tym? Czy to był świadomy wybór, czy przypadek?

K.K. — Trochę przypadku, jak zawsze, pewnie było, ale ja zastanawiałem się, głęboko rozważałem, gdyż wybór jednej drogi wykluczał drogi pozostałe. Najpierw odrzuciłem „pracę z ciałem”. Co prawda podczas szkolenia w tym — bo poddałem się terapii w tej szkole i to jako pacjent pracy z ciałem — bardzo dużo zyskałem, ale uznałem, że ponieważ nie mam medycznego wykształcenia, będę w tym ograniczony. Pozostał Gestalt, który już w dużej mierze poznałem, oraz podejście Ericksona. Myślę, że zdecydował optymizm tego Ericksonowskiego podejścia.

W.S. — Potrzebował Pan tego optymizmu, czy był Pan optymistą i to myślenie było bliskie.

K.K. — Gdy teraz sam siebie diagnozuję, to widzę, że mam w sobie część depresyjną. Myślenie ericksonowskie mnie przyciągało właśnie dlatego, że jest we mnie depresyjny wątek. To nie jest depresja, która się nasila wiosną i jesienią, tylko to jest taki cień, który mam w sobie od zawsze. I myślę, że to właśnie zdecydowało.

W.S. — I to zmogło ten cień?

K.K. — Nie, myślę, że raczej stworzyło większą przestrzeń światła i ciepła. Wybrawszy szkolenie w podejściu Ericksonowskim pojechałem do Niemiec, z tym, że obydwie szkolenia, które przeszedłem, były anglojęzyczne, prowadzone przez Amerykanów.

W.S. — W starej już książce, sprzed przeszło 10 lat, pod redakcją Marii Lis-Turlejskiej o nowych kierunkach w psychoterapii, gdzie przedstawiony jest prowadzony przez Pana warsztat na temat psychoterapii ericksonowskiej, przeczytałam Pana wyznanie dotyczące początków Pana pracy i pierwszych fascynacji. Wspomina Pan metodę NLP, która Pana wówczas jakoś wciągnęła. Czy coś z tego zostało?

K.K. — Nie, to bardziej chodziło o to, że w tych latach, a były to lata 80., gdy jakiś terapeuta z zagranicy pojawiał się w Polsce, wszyscy w laboratorium z tego korzystali. Byliśmy po prostu głodni nowości w tej dziedzinie. I podczas warsztatu Erica Marcusa ze wspomnianego NLP pierwszy raz usłyszałem o Miltonie Ericksonie. I o to mi raczej w tej wypowiedzi chodziło, gdyż, poza tymi warsztatami, ja się NLP więcej nie uczyłem.

W.S. — Został Pan terapeutą szkoły ericksonowskiej, proszę powiedzieć, czym się różni terapeuta ericksonowski od tego, który ma certyfikat psychoterapeuty, ale reprezentuje inną szkołę? Co jest oryginalnego? Jaka jest ta najważniejsza sprawa w terapii ericksonowskiej?

K.K. — Najważniejsza różnica między terapeutą ericksonowskim a innymi jest w tym, gdzie on kieruje swoją uwagę. Kieruje ją do przyszłości i do możliwości. Do tego, co może się dobrego zdarzyć w przyszłości. Dla tej terapii kluczowe jest pojęcie kierowania uwagi czy kierowania skojarzeniami. Gdy prowadząc superwizję obserwuję młodych terapeutów, to patrzę, gdzie oni kierują swoją uwagę. Większość zawsze do przeszłości, gdzie szuka uwarunkowania stanu obecnego, natomiast w naszej szkole szukamy rozwiązań, szukamy zmiany i pracujemy w kierunku przyszłości.

W.S. — Ale przecież zanim zacniemy coś budować w terapii, choćby nawet tę lepszą przyszłość, trzeba drugiego człowieka poznać. I po to się sięga do przeszłości. Sam człowiek także w swych korzeniach znajduje zrozumienie siebie, swoich problemów, ograniczeń. Ponadto pacjent często chce opowiedzieć swoją historię. Pragnie ją z siebie wyrzucić, często pierwszy raz w taki sposób.

K.K. — I tak by się właśnie wydawało. Moje doświadczenia jednak takie nie są, chociaż przez lata tak właśnie myślałem, że pacjent, który przychodzi, chce nam opowiedzieć o swoim bólu, nieszczęściu, krzywdzie, kłopotach. Kiedy moja terapeutyczna konstrukcja była właśnie taka, to prawie wszyscy pacjenci mi to opowiadali. Teraz to się też zdarza, staram się uważać, aby być gotowym na słuchanie tego, ale jednak jest tak, że kiedy moja uwaga nie idzie w tę stronę, to znacznie mniej pacjentów prezentuje taką gotowość. Owszem, są takie osoby, zwłaszcza te, które przychodzą z takim konceptem na swój temat, że jest im źle, i to dlatego, że ich nieszczęście ciągnie się od lat, a przyczyny tego tkwią w przeszłości. I teraz chcą mi to wszystko opowiedzieć. I tłumaczyć, i uzasadniać, że tak jest. Wtedy muszę być gotów wysłuchać i jakoś towarzyszyć temu. Ale jest ogromnie dużo pacjentów, u których nie rozpoznaję tego głodu opowiedzenia całej historii swego życia. To jest taki trochę cud, tak to odczuwam, że wiele osób oczekuje czegoś innego, jakby mówiły: skonstruujmy razem, tu, w trakcie terapii, możliwość lepszego funkcjonowania. Zróbmy to podczas naszych spotkań, zaczynając od tej godziny, aby moje życie było lepsze w najbliższym roku.

W.S. — I co wtedy terapeuta ericksonowski robi? Bo powszechnie się uważa, że

używa różnych technik, które to ułatwiają, idąc za samym Ericksonem, zwanym wielkim taktikiem czy nawet strategiem.

K.K. — Nie jest tak. Techniki są drugorzędne. One są w każdej szkole terapii i zawsze powinny być drugorzędne. Jest to widoczne, gdy przychodzi na szkolenie początkujący terapeuta — często się domaga: „naucz mnie techniki, najlepiej rozpisz mi to na procedury”. Ale to przecież nie na tym polega. W każdej szkole są techniki, na przykład w Gestalcie — przecież to nie te dwa puste krzesła, które terapeuci ustawiają i pracują. W innych szkołach też tak jest, że albo terapeuta położy nacisk na techniki, trochę w nie „ucieknie” — co oznacza, że sam siebie wycofa z kontaktu, chroniąc w ten sposób samego siebie, gdy ten kontakt jest za trudny czy patologia zbyt podobna do jego własnej — albo pracuje bardziej sobą, „używa” siebie, opiera swoją aktywność na procesie własnych skojarzeń. I wtedy ważne jest to, w którą stronę kieruje swoją uwagę.

W.S. — Jak wygląda w praktyce proces konstruowania z pacjentem tej lepszej przyszłości?

K.K. — W praktyce wygląda to tak, że terapeuta często pyta pacjenta o marzenia, pragnienia, plany czy cele. Dopytuje, jak marzenia z przeszłości się zrealizowały. Razem z pacjentem zaczyna szukać wewnętrznych mechanizmów, które w nim tkwią, z których wcześniej przy realizacji pragnień korzystał, i stara się te wewnętrzne siły ożywić.

Specyficzne dla tej szkoły jest to, że rozwój terapeuty w jego roli zawodowej polega na uczeniu się własnej nieświadomości i oddzielaniu tego, co jest w tej nieświadomości patologiczne, a co jest zasobem. I to jest proces tyleż fascynujący co trudny.

W.S. — Z tego, co wiem, to Erickson powiada, że nasza nieświadomość jest dobra i piękna, a nie mroczna i przerażająca.

K.K. — Cały proces polega na tym, że terapeuta uczy się ufać swej nieświadomości, zanim ją zrozumie. Bo gdy ją zrozumie to oczywiście nie jest to już nieświadome, a po drugie — to już jest za późno, w takim sensie, że refleksja przychodzi, ale już po czasie, po sesji terapeutycznej, na przykład następnego dnia, podczas superwizji, ale nie w trakcie tego kontaktu, który jest w danym momencie. W praktyce to jest taka realizacja: z nieświadomości terapeuty do nieświadomości pacjenta, ale ta nieświadomość terapeuty czy ta przestrzeń świadome–nieświadome podlega oczywiście procesowi kształcenia, refleksji, superwizji.

W.S. — Proszę powiedzieć, na czym ta realizacja w praktyce polega? Co terapeuta konkretnie robi, mówi? Jak korzysta z tego pacjent? Co to znaczy, że terapeuta uczy się ufać swej nieświadomości?

K.K. — Terapeuta śledzi swój wewnętrzny proces skojarzeniowy. Odrzuca to, co jest własną patologią. Formułuje interwencje nie tyle wtedy, kiedy zrozumie własny proces, ile raczej wtedy, gdy rozpozna wyrazistość własnej reakcji.

W.S. — Chciałabym coś więcej dowiedzieć się na temat potrzeby tworzenia własnych kategorii diagnostycznych, do czego Pan nawołuje w jednej z publikacji. Czemu by to miało służyć? I może poda Pan jakiś przykład takiej kategorii.

K.K. — Myślmy, żeby tworzyć kategorie diagnostyczne, które sprzyjają zmianie, czyli takie, które odwołują się do możliwości zmiany. Żeby te kategorie diagnostyczne były w służbie terapii, a nie na odwrót.

W.S. — Czy one mają odzwierciedlać rozumienie problematyki pacjenta przez

terapeutów? Czy pacjent dowiaduje się, jak jest przez nich rozumiany?

K.K. — Nie, tak nie jest. Jest w ogóle bardzo mało pacjentów, którzy przychodzą na terapię z taką motywacją czy chęcią, że chcą lepiej poznać samych siebie. Pozostali, czyli większość, przychodzą, aby się pozbyć objawów, chcą tego, aby im było lepiej. Wyjątkowo ktoś sobie życzy sformułowania diagnozy na swój temat.

W.S. — Ja nie o tym myślałam, tylko o zdjęciu etykiety z pacjenta, którą stanowi psychiatryczne rozpoznanie, i o wspólnym z nim tworzeniu sposobu rozumienia jego problemów. To się często w terapii rodzin dzieje. Gdy definiujemy, czy potem dochodzi do wspólnej z rodziną redefinicji problemu rodzinnego czy indywidualnej osoby. Niekiedy używa się do tego metafor. A ponieważ wiem, że też stosujecie metafory, to myślałam, że temu właśnie one służą. Że owa metafora może być właśnie taką kategorią diagnostyczną.

K.K. — Może tak być i jeśli terapeuta tak to sobie zaplanował, to jest wszystko w porządku. Ale w tej samej interwencji terapeutycznej, czyli na przykład na tej samej sesji, byłby to tylko wstęp, a ciąg dalszy musiałby być metaforycznym rozwiązaniem tej metaforycznie sformułowanej diagnozy. Czyli, jeżeli byłaby diagnoza, to tylko jako wstęp do dalszego ciągu. Gdy z jakiegoś powodu terapeuta uznałby, że zanim powie o rozwiązaniu, musi powiedzieć o problemie — to dobrze, może to robić. Jeśli robi to w formie metafory — proszę bardzo, nie ma przeszkód.

W.S. — Poproszę zatem o przykłady tych kategorii diagnostycznych.

K.K. — Kategorie diagnostyczne tworzymy dla każdego pacjenta indywidualnie. Dobrze skonstruowana kategoria to oś, na której krańcach są przeciwstawne cechy. Jeden kraniec jest zazwyczaj związany z aktualnym, chorobowym doświadczeniem pacjenta, drugi wyznacza kierunek terapii. Podam tu przykłady dwóch różnych kategorii, np.: uwaga skierowana do wewnątrz (często u pacjentów depresyjnych) — biegunem przeciwnym jest uwaga skierowana na zewnątrz; przymus powtarzania (u pacjentów z natręctwami) — poczucie wolności.

W.S. — Jak wygląda szkolenie w tym nurcie psychoterapii? Jak przebiegało pańskie szkolenie?

K.K. — Jeśli chodzi o moje szkolenie w tym nurcie, to program trwał dwa lata, ale jest to szkolenie nieciągłe. W przerwach, gdy się wraca do domu, ma się kontakt ze swoimi pacjentami, co jest oczywiście zaletą. Można to dalej poddawać refleksji. Po mnie w tym samym programie uczestniczyło ok. 10 osób z Polski, gdyż ta współpraca zaczęła się bardzo dobrze układać. Dostaliśmy duże wsparcie, głównie emocjonalne, od Fundacji Ericksonowskiej, aby utworzyć Instytut Ericksonowski. Kolejne osoby, które tam wysyłałyśmy, mają stypendia, nie muszą płacić całej kwoty za szkolenie. Te osoby zwykle potem z nami zostają w instytucie. Muszą przyjmować pacjentów, gdyż umówiliśmy się ze sobą, że uczymy tylko tego, czym się zajmujemy. W całym dużym obszarze zastosowań terapii ericksonowskiej my nie robimy wszystkiego. Na przykład dużym obszarem jest praca z bólem, z pacjentami cierpiącymi. Ale my tego nie uczymy, bo nie praktykujemy. Ale byliśmy uczeni, jak to robić.

W.S. — Jakich macie pacjentów najczęściej, jacy pacjenci, mówiąc żargonem, „dobrze idą” w terapii ericksonowskiej?

K.K. — Głównie mamy pacjentów, których można by określić mianem nerwicowych.

Ale mamy też rodziny w terapii, spotykamy się z całym systemem rodzinnym. Instytut jest rozlokowany w trzech miejscach — w Łodzi, Poznaniu i Katowicach, i jest prywatny. Nie mamy umowy z kasą chorych na nasze usługi. To oczywiście trochę profiluje grupę pacjentów, nie wszyscy mogą płacić z własnej kieszeni. To powoduje, że przyjmujemy tych, którzy jakoś funkcjonują albo ich rodziny sobie radzą. Przynajmniej na ekonomicznym poziomie.

W.S. — W jaki sposób pracujecie z rodzinami, czy także z nastawieniem na teraźniejszość i przyszłość? Przecież każda rodzina ma swoją historię, z której pewne rzeczy wynikają. Czy stosujecie genogramy w pracy z rodzinami? Czy symptomy rozumiecie podobnie jak terapeuci systemowi?

K.K. — Zdarza się, że robimy genogramy z rodziną, robimy też genogramy z dziećmi używając do tego cukierków czy kamyków i muszelek, traktując to trochę jak zabawę. Kierunek wyznacza tutaj głównie taka sytuacja: jeżeli my zdiagnozujemy, że rodzina wnosi tę przeszłość jako coś bardzo istotnego, czym trzeba się zająć — to my to robimy; gdy tego nie ma, to sami tego nie wnosimy. Staramy się zawsze zacząć od tej przyszłości i jeżeli to idzie w tę stronę — to dobrze. Jeżeli zaś czujemy, że na tym leży przeszłość, która kamienną płytą przygniata wszystko, wtedy trzeba ją odkryć. Co do symptomów — traktujemy je podobnie jak systemowi terapeuci rodzinni. Trzeba wiedzieć, że Erickson pracował systemowo i właśnie jego prace obserwowali terapeuci z Palo Alto, Watzlawik i inni, którzy sformułowali różnego rodzaju teoretyczne postulaty. Znalazły one potem odzwierciedlenie w różnych szkołach terapeutycznych na całym świecie. A więc to, co robimy, nie jest w ogóle sprzeczne z systemowym myśleniem, lecz wręcz z nim spójne. Gdy ten Identyfikowany Pacjent, dziecko lub młody człowiek, jest nadal niejako fizycznie związany z systemem, to zawsze z tym systemem pracujemy. I to, co jest ciekawe — co ja obserwuję, a co się zmienia od czasu trwania instytutu, a w przyszłym roku będzie to już 10 lat to na początku rodziny były zdziwione, że na wizytę ma przyjść cała rodzina, a w każdym razie obydwój rodzice, gdy dziecko jest chore. Przez ostatnie dwa — trzy lata rodziny to przyjmują jako coś oczywistego, coś, o czym być może słyszały. To niewątpliwie jest zmiana świadomości społecznej, zwłaszcza że Łódź jest miastem raczej ubogim, ale głównie ubogim duchem. Może to wynika z biedy ekonomicznej, ale nie ma tu wielopokoleniowych akademickich tradycji w rodzinach. Trzeba tę świadomość dopiero kształtować, ale widać efekty. Podobnie jest zresztą w innych, nazwijmy je filiach Instytutu Ericksonowskiego, które powstały w Katowicach i Poznaniu. We wszystkich tych miejscach pracujemy podobnie: leczymy i szkolimy, wspieramy się nawzajem w superwizowaniu, a także organizujemy razem różne przedsięwzięcia, jak wystąpienia na konferencjach. To się dobrze układa. Ja kieruję tym od strony organizacyjnej.

W.S. — Chciałabym zadać bardziej osobiste pytanie. Otóż wiem od kolegów, którzy uczestniczyli w Pana warsztatach, że kładzie Pan nacisk na pozytywne zasoby człowieka, na to, aby człowiek potrafił je wykorzystać w trudnych dla siebie sytuacjach, oraz na ten aspekt przyszłości, o którym mówiliśmy. Tytuł cytowanego wcześniej warsztatu to „Zasoby znajdziesz w sobie”. Jedną z moich koleżanek, która była na Pana warsztatach, rozważała ogromne znaczenie uruchomienia optymistycznego nastawienia w tej pracy. Z kolei kiedyś dowiedzieliśmy się nagle o Pana chorobie. Bardzo martwiliśmy się tym. Czy mogę zapytać, czy wtedy, w tej bardzo trudnej sytuacji potrafił Pan odnieść się do tych własnych zasobów, czy sam sobie potrafił Pan pomóc w ten właśnie sposób? Wtedy, gdy te zasoby na pewno były

uszczuplone. Czy to jest w takich sytuacjach możliwe i jak to uczynić?

K.K. — Niewątpliwie bardzo mi to moje nastawienie pomogło. Pomimo że te moje zasoby były nie tylko uszczuplone, ale zdecydowanie „przetracone”. Być może tym bardziej że w swoim życiu mało chorowałem. Ostatni raz, pamiętam, byłem chory w przedszkolu, a potem już nigdy. I byłem przekonany, że mam bardzo dobry kontakt z własnym ciałem, że mam zdrowy organizm. Przez wiele lat byłem zawodnikiem w pływaniu, robiłem to w klubie sportowym. Byłem przekonany, że mam bardzo sprawne ciało i dobrą z nim komunikację. Ta moja choroba była szokiem głównie w tym zakresie, ponieważ ja nie czułem się chory, nie rozpoznałem choroby w sobie. Poszedłem na operację ostrego wyrostka i wówczas okazało się, że mam nowotwór, i to wielkości pięści, a ja nie byłem tego świadom. Wtedy straciłem zaufanie do kontaktu z własnym ciałem i w pewnym sensie trwa to do dziś. Moje wcześniejsze przekonanie o tym, że dobrze panuję nad swoim ciałem, wzięło się także z tego, że potrafię w krótkim czasie wyjść z przeziębienia. Polega to na tym, że wyłapuję jego pierwsze sygnały i eliminuję je od razu, inaczej oddychając, inaczej się ruszając. Wydawało mi się, że dobrze się z tym ciałem zawsze dogadywałem, a ono mnie zawiodło. I to mnie trafiło najmocniej. Nie tyle otarcie się o śmierć, chociaż to też, ale bardziej, że nie mogę mieć zaufania do swojego ciała po tym wszystkim. I to jest problem. Natomiast niewątpliwie chemioterapię przeszedłem w autohipnozie. Nie wiem, czy gdybym sobie tego nie zastosował, to czy byłoby tak samo czy inaczej. Świadomie starałem się sobie w ten sposób radzić. Jest też prawdą, że dostałem bardzo duże wsparcie ze strony środowiska. Ludzie do mnie dzwonili, rozmawiali, otaczały mnie dobre uczucia, i to z różnych stron. Też ze strony profesjonalnych terapeutów. To było ciekawe, że oni mi podrzucali pomysły, jak mogę ze swoich zasobów korzystać. Podrzucali pomysły na autohipnozę i byli w tym wszystkim troskliwi, ale nie inwazyjni — nikt nie chciał zagłaskać mnie na śmierć. Byli gotowi robić ze mną sesje w hipnozie. Muszę powiedzieć, że z wielu tych propozycji skorzystałem, bo to jest inaczej, lepiej, gdyż samemu nie ma się dystansu do siebie ani tej siły wpływu.

W.S. — Rozumiem zatem, że w trudnej dla siebie sytuacji sięgnął Pan do swoich wypróbowanych sposobów pracy z problemem, i to posługując się również hipnozą. Jak Pan sobie z tym radził, gdy użył jej Pan wobec siebie. Jest to jednak specyficzna metoda i wymaga odpowiednich warunków.

K.K. — Gdy idzie się na chemioterapię, i to kolejny już raz, jest się w ogromnej rozterce — człowiek za chwilę sam, z własnej woli, doprowadzi do tego, że wypełni go jakieś świństwo, jakby trucizna, która jest obrzydliwa i daje mnóstwo przykrych objawów, czyli wyraża się zgodę na silną destrukcję w imię domniemanego procesu leczenia. Jednak wiadomo że trzeba przejść przez tę repulsję do propulsji. Ale idzie się na to trochę jak na ścięcie. Muszę powiedzieć, że jest to bardzo trudne. Użycie hipnozy przynosiło pewną ulgę. W procesie autohipnozy trzeba się trochę zdysocjować, stanąć jakby na zewnątrz siebie, i tą częścią siebie, która podejmuje ten trud, pomóc tej drugiej części siebie. I to z pozycji tej siły czy zasobów, o których Pani mówi. To jest naprawdę trudne. W związku z tym łatwiej jest przyjąć czyjąś ofertę, kogoś, kto pozwala się zregresować, położyć i niesie tę pomoc. Mnie było o tyle łatwiej, że całe dwuletnie szkolenie, które przeszedłem było po angielsku. Wszystkiego uczyłem się po angielsku, w głowie „zapisane mam” to po angielsku. Gdy wcześniej miałem tego uczyć po polsku, to niektóre terminy trzeba było wymyślać, żeby

one jako zgrabnie brzmiały. Nie miałem więc problemu przyjąć tego w tym języku czy nawet po niemiecku. Poza tym, gdy koledzy stamtąd, a także stąd, z Polski, mi pomagali, miałem wrażenie powstania wokół mnie takiego kręgu bardzo silnie mnie wspierającego. Kręgu ludzi, od których słyszałem „dasz sobie radę”. I jeszcze ta świadomość mi pomogła, że Erickson był przez całe życie chory i dawał sobie radę.

W.S. — Wracając do hipnozy, czy wobec pacjentów często ją Pan stosuje? Na czym to polega? Czy jest to jakaś specjalna odmiana tej metody?

K.K. — Istotnie, hipnoza ericksonowska jest trochę inna niż ta klasyczna, którą znam — uczyłem się jej zresztą tu, w Krakowie, dawno temu, chyba minęło już 15 lat. Hipnoza ericksonowska jest hipnozą, która często nie jest sformalizowana, nie ma takiego wyraźnego początku i końca, jest płynna. Z perspektywy obserwatora wygląda tak, jakby terapeuta nieco dłużej mówił czy wchodził w jakiś monolog, który trwa 15–20 minut. I my to oczywiście bardzo często stosujemy właśnie w taki sposób. Ta różnica, że jest to płynne, bez wyraźnego końca i początku, to jest różnica techniczna.

W.S. — To znaczy jest tak, że pacjent w ogóle może nie wiedzieć, że jest wobec niego stosowana hipnoza? Czy on o tym wie?

K.K. — I wie, i nie wie, bo przecież na drzwiach wisi wywieszka, że jest to Polski Instytut Ericksonowski, więc może się spodziewać metod tej szkoły. Przecież pacjenci czytają książki, mają wiedzę. Ale my nie zapowiadamy, że właśnie za chwilę będziemy stosować tę technikę. Podobnie w innych szkołach terapii nie mówi się, jakich metod używa terapeuta. Na przykład podając interpretację, terapeuta nie zapowiada, że będzie interpretował, tylko robi to, co uważa za słuszne. Ja sądzę, że warsztat to jest nasza sprawa, a pacjenci powinni nam zaufać, że będziemy postępować zgodnie z tym, co uważamy za najlepsze.

W.S. — Zastanawiam się nad tym, czy metody przez Was stosowane, gdy używacie bardzo wyraźnie siebie, swojej osoby, i tej siły autorytetu hipnoterapeuty, nie zanedbują uzależniają pacjenta albo nawet osoby uczące się od Was. Przypomina mi się konkretna osoba, która była równoległa na szkoleniach w Instytucie Ericksona, akurat pod Pana kierunkiem, i także na naszym kursie terapii systemowej. Wiem o tym, że szukała ona rozwiązania swoich osobistych problemów przez wiele lat u Pana właśnie — trochę jak u guru, trochę jak u terapeuty, od którego wpływu jakby popadła w rodzaj zależności nie bardzo chcąc ją chyba rozwiązać. Nie miała jakby własnej siły i zawsze, jak coś się działo, jechała do Łodzi do swojego Mistrza, trochę czarodzieja Krzysztofa Klajsa.

K.K. — Ja myślę, że to nie jest problem tej szkoły. Uważam, że to się zdarza w każdej szkole, gdy adepci lokują w nauczycielu różne przeniesieniowe uczucia i oczekiwania, i traktują go jak wyrocznię. Trzeba czasu, aby to rozwiązać. Są też pacjenci, którzy w taki sposób się uzależniają od każdej terapii, bez względu na szkołę. Nie sądzę, żeby nasza szkoła była jakby ze swojej natury silniej uzależniająca, szczególnie, że my często staramy się pracować krótkoterminowo, a także przyjmujemy takie kontrakty, w których setting jest nieregularny, zmienia się.

A jeśli chodzi o łączenie nurtu terapii ericksonowskiej z systemową, to jest to chyba najłatwiej połączyć. Nawet na poziomie teorii nie widzę tu konfliktu. Raczej wzajemne wsparcie. Nasze doświadczenie praktyczne jest takie, że oba te nurty łączymy w terapii. Uważamy, że system może nas wspierać w zmianie lub ją blokować, gdy go nie uwzględnimy. Nie ma tu sprzeczności. Istnieją większe z innymi szkołami, jak choćby pomiędzy

ericksonowskim podejściem a Gestaltem. Wiem, że koledzy to łączą, mnie jest trudno.

W. S. — Czy mógłby Pan powiedzieć coś więcej na temat rozwoju koncepcji psychoterapii, którą Pan uprawia? Chodzi mi o to, że na pewno od czasu początku Pana praktyki koncepcja ta ewoluowała. Być może też ma Pan własny w nią wkład. W jakim kierunku to idzie i czy coś się zmienia?

K.K. — Powiem o trzech aspektach, choć sądzę, że jest ich więcej, bo postrzegam, że psychoterapia to obszar, który ma znacznie więcej przed niż za sobą.

Po pierwsze, współczesne prace badawcze nad komunikacją umysł–ciało, prace E. Rossiego, pokazujące wpływ psychiki na geny, prawdopodobnie stawiają przed hipnozą bardzo obiecujące możliwości terapeutyczne, choćby w zakresie pracy z systemem immunologicznym.

Po drugie, coraz więcej wiemy o rodzinach i lepiej potrafimy z nimi pracować. Wielopokoleniowe zależności rodzinne (na co zwraca uwagę B. Hellinger) i trans rodzinny czy małżeński, to zjawiska, o których nikt nie mówił, gdy zaczynałem pracę.

Po trzecie — sądzę, że obecnie dobrze wyszkolony terapeuta musi być znacznie wszechstronniejszy niż 20 lat temu. Psychoterapia przez literaturę i media staje się bardziej popularna i pacjenci oczekują od nas szybszej i skuteczniejszej pracy. Ponieważ często też sami za to płacą, oczekują widocznych, wymiernych efektów. To jest dla nas zawodowe wyzwanie i presja, ale sądzę, że to w efekcie wpływa bardzo korzystnie.

W. S. — Gdzie Pan ostatnio i czego nauczał? Ciekawa też jestem, jak te różne aktywności: leczenie, nauczanie, a także życie prywatne, rozkładają się w proporcjach w Pana życiu. Proszę o takie wyznanie oraz o komentarz, czy jest Pan z tego zadowolony. Czy, jak ten klasyczny terapeuta Ericksonowski, jest Pan „całym sobą” w pracy, w aktywności dla innych? Tak zdaje się było z Ericksonem.

K.K. — Teraz prowadziłem warsztaty w Niemczech na temat terapii pacjentów z narządami. Co do tej struktury czasu i moich różnych obciążeń — to zdecydowanie za dużo jest pracy w stosunku do życia prywatnego. Z kolei, w ramach tej pracy, najwięcej jest terapii, muszę też trochę czasu poświęcić sprawom kierowania zespołem, następnie byłyby szkolenia, w tym także superwizja. Ale, inaczej niż Erickson, ja nie przyjmuję w domu, mam chyba trochę inne granice niż on. Dla mnie dom jest azylem.

W. S. — A kto się w nim znajduje, oprócz Pana, jacy ludzie, jakie zwierzęta?

K.K. — W domu są następujące osoby: żona i dwoje dzieci; jest też ogród, którym ja się opiekuję, za czym przepadam. Zwierząt teraz nie ma. Ponieważ każde dziecko chce inne zwierzę, więc na razie jest dyskusja na ten temat. Życia pozazawodowego mam zbyt mało jak na moje potrzeby. Myślę, że czas, aby to zmienić.

W. S. — Życzę, aby się to udało i bardzo dziękuję za dzisiejszą rozmowę.

5 kwietnia 2002 roku w Krakowie