

**ALEKSANDRA BULACZEK**

Uniwersytet Zielonogórski

## **Relacje pacjent-lekarz w psychiatrii aksjologicznej Antoniego Kępińskiego**

**Słowa kluczowe:** Antoni Kępiński, relacja pacjent-lekarz, psychiatria aksjologiczna, filozofia dialogu

**Key words:** Antoni Kępiński, relation patient-doctor, axiological psychiatry, philosophy of dialogue

### **SUMMARY**

#### **Relations patient – doctor in axiological psychiatry of Antoni Kępiński**

The author of the article helps to understand the relation patient-doctor in the light of axiological psychiatry developed by Antoni Kępiński. Kępiński was not a typical doctor who, with great dedication and reverence, fulfilled his duties towards patients. First of all, he paid special attention to uniqueness and specificity of the level of contact between a doctor and a patient and pointed out its matey character.

The article also introduces the sources of axiological psychiatry developed by Kępiński, which should be found in the philosophy of dialogue. In the light of works of Cracovian psychiatrist one can notice that his philosophical anthropology was saturated with the influence of dialogue thought. According to Kępiński only a specific kind of emotional relationship based on empathy and trust could be the key to complete knowledge of the man fighting with mental illnesses.

Antoni Kępiński był jedną z najbardziej inspirujących postaci w powojennej historii psychiatrii polskiej. Zasłynął nie tylko jako wybitny lekarz, ale również jako wrażliwy humanista stawiający w swych książkach zasadnicze pytania z zakresu filozofii człowieka, np. dotyczące sensu życia, doświadczenia wartości, cierpienia, lęku. Obok intensywnej pracy w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej, Kępiński utrzymywał stały kontakt z wieloma wybitnymi przedstawicielami nauki. Zwłaszcza z Romanem Ingardenem, z którym prowadził długie dysputy, i cenił sobie wysoko i wielokrotnie podkreślał precyzję i jasność myślenia tego filozofa (Zob. Jakubik, Masłowski 1981: 285). Szczególnie bliska była mu uprawiana przez Ingardena fenomenologia, natomiast tak popularna wśród XIX-wiecznych filozofów i psychologów „kategoria wczucia” zdawała się być punktem wyjścia, który krakowski psychiatra przyjmował podczas spotkań terapeutycznych ze swoimi pacjentami. Terapie Kępińskiego oparte były bowiem na pewnego rodzaju „wczuwającym uczestnictwie” polegającym na doświadczeniu i uobecnieniu w swojej wyobraźni świadomości pacjenta, bycia obok jego „Ja”, interpretowania jego przeżyć. Był to znakomity sposób poznania drugiego człowieka, którego źródła należy upatrywać właśnie w filozoficznej fenomenologii.

Prawdopodobnie to Roman Ingarden, który „miał kontakty w środowisku polskich psychiatrów” (Bonowicz 2010: 87) zapoznał Kępińskiego z Józefem Tischnerem. Tischner doskonale wiedział, kim jest Antoni Kępiński. Od samego początku darzył go estymą i uznaniem. Nie powinno to być zaskoczeniem, gdyż Kępiński wielokrotnie zapraszał Tischnera z odczytami do Towarzystwa Psychiatrycznego. Jak wspominał później krakowski filozof: „Mało im wtedy mogłem dać, bo był to dopiero początek mojego zainteresowania psychiatrią, więc mówiłem im o podstawach filozofii, ale oni potrzebowali takiej syntezy. Wartość filozofii w takich przypadkach polega na tym, że proponuje jakiś porządek” (Bonowicz 2010: 87). Tischner zafascynowany antropologią Kępińskiego, częstokroć w czasie swoich wykładów wzmiankował o krakowskim psychiatrze i jego obserwacjach. W wykładzie po-

święconym rozważaniom na temat filozofii Hegla, Tischner analizując fragment *Fenomenologii Ducha* podnoszący kwestię „utruty istotności”, przywołał studentom opis mający ułatwić im zrozumienie powyższej kwestii: „Może Państwo nie czujecie tragizmu tego, ale wyobraźcie sobie, że jesteście uczniami jednej postaci, jednego mistrza. Wtedy należy powiedzieć, że w tym mistrzu jest utrata wszelkiej istotności, bo cokolwiek mówię, ja mówię według mistrza. Cokolwiek ja myślę, ja myślę, ja myślę według mistrza. Podobno takie rzeczy się zdarzały [Antoniemu] Kępińskiemu w psychiatrii, mianowicie, że jego pacjenci do tego stopnia byli pod urokiem jego osobowości, że nawet chód jego naśladowali” (Tischner 2008: 100-101). Tischner chcąc podkreślić znaczenie i bogactwo rozważań krakowskiego psychiatry, mawiał często, że Kępiński wiedział o człowieku więcej, aniżeli Freud, Heidegger i Lévinas razem wzięci (Zob. Kłoczowski 2005: 113).

Z pewnością Kępiński był psychiatrą nieszablonowym, który z wielkim oddaniem i pietyzmem wypełniał obowiązki wobec swoich pacjentów z krakowskiej Kliniki. Zwracał on szczególną uwagę na swoistość i wyjątkowość płaszczyzny kontaktu pomiędzy lekarzem i chorym oraz wskazywał na jej partnerski charakter. Choć praca w Klinice Psychiatrycznej wypełniała Kępińskiemu zdecydowaną większość czasu, to obok niej Kępiński zaangażowany był w pracę naukową – w swych książkach w mistrzowski sposób wypowiadał się na temat sensu i wartości życia oraz istoty i natury człowieczeństwa, a tym samym podejmował rozważania z zakresu filozofii. Gdy współcześnie powszechnie krytykowane jest bezduszne i instrumentalne traktowanie pacjentów przez lekarzy, głęboko humanistyczny sposób traktowania pacjentów przez krakowskiego psychiatrę powinien służyć za wzorzec godny naśladowania. Dlatego w poniższym opracowaniu podjęty został wątek ukazujący relację pomiędzy lekarzem a chorym na tle rozwijanej przez Kępińskiego psychiatrii aksjologicznej oraz uwypuklone zostały filozoficzne inspiracje krakowskiego psychiatry, związane przede wszystkim z nurtem dialogicznym.

## 1. Źródła psychiatrii aksjologicznej

Zafascynowany piśmiennictwem Kępińskiego Tischner stwierdził, że jest to „pierwsza po polsku odczuta, po polsku napisana, z polskiej dobroci płynąca, a zarazem uniwersalnie mądra, polska filozofia człowieka. Zarazem jakiś niezwykle sposób ratowania człowieka przed światem i przed samym sobą” (Bonowicz 2010: 90). Wypowiedź Tischnera niezwykle trafnie podkreśla charakter twórczych dokonań krakowskiego psychiatry. Z racji tego, że Kępiński był „lekarzem dusz”, jego książki przesycone były niezwykle bogatą tematyką antropologiczną. Andrzej Jakubik trafnie zauważył, że Kępiński stawiał w swych książkach „zasadnicze pytania z zakresu filozofii człowieka – np. dotyczące sensu życia, wolności, odpowiedzialności, indywidualności, hierarchii wartości, samorealizacji, cierpienia, lęku lub poczucia winy” (Jakubik, Masłowski 1981: 294). Analizując bogate piśmiennictwo krakowskiego psychiatry natychmiast zauważymy, że jest ono przesycone wątkami zaczerpniętymi m.in. z nurtu dialogicznego. W tym miejscu warto wspomnieć o filozofii dialogu będącej inspiracją mającą istotny wpływ na rozwój jego refleksji na temat człowieka.

### 1.1. Filozofia dialogu

Schyłek XIX i początek XX wieku był przełomowy dla wielu dziedzin nauki, w tym również dla psychiatrii, w której zaczął panować pewien nihilizm terapeutyczny pogłębiony przez koncepcje eugeniki głoszone m.in. przez niemieckiego psychiatrę Emila Kraepelina (1856–1926). Powszechny był wówczas pogląd, że ludzie chorzy psychicznie nie są godni, by żyć. Antoni Kępiński o niemieckich psychiatrach początku XX wieku, pisał następująco: „wprawdzie dla nauki mają oni bezsprzecznie trwałe zasługi, ale przez zbytne podkreślanie roli dziedziczności w chorobach psychicznych i nikłych szans wyleczenia (przynajmniej niektórych chorób, jak schizofrenii), swym naukowym autorytetem utwierdzali i pogłębiali atmosferę lęku i beznadziejności otaczającą w każdym społeczeństwie chorobę psychiczną. Na nega-

tywne nastawienie do chorych psychicznie wpłynął też duch epoki, charakteryzujący się między innymi tym, że miarą człowieka jest jego społeczna efektywność. Psychiczenie chorzy jako nieefektywni traktowani byli jako element bezwartościowy” (Kępiński 2003: 22-23). Naukowym ugruntowaniem dla poglądów niemieckich psychiatrów miała być praca z roku 1922 „Wydanie zniszczeniu istot niewartych życia”, której autorami byli psychiatra Alfred Hoche i prawnik Karl Binding. Ci dwaj „uczni” utrzymywali, że śmierć osób chorych psychicznie byłaby wyzwoleniem dla samych chorych zmagających się z zaburzeniami, jak i dla całego społeczeństwa. Ponadto państwo nie musiałoby utrzymywać ludzi, którzy nie przedstawiają żadnej wartości i są po prostu bezużyteczni. W roku 1933 w Niemczech weszła w życie ustawa o zapobieganiu potomstwu obciążonemu dziedzicznie, której zastosowanie spowodowało poddanie sterylizacji ok. 323 tys. osób (Zob. Nasierowski 1992: 25). Sześć lat później utworzono w Niemczech tajną komisję do uśmiercania chorych. Lekarze i pielęgniarki asystujące przy porodach, mieli w obowiązku informować władze o przyjściu na świat dziecka z ciężkimi wadami wrodzonymi. Na szeroką skalę rozwinęły się ośrodki, do których transportowano na śmierć zarówno dzieci, jak i dorosłych. Chorych zabijano śmiertelną dawką morfiny, a w czasie wojny prowadzono ich do komór gazowych (Zob. Web-01). Jak podaje Tadeusz Nasierowski, podczas II wojny światowej „zgładzono m.in. około 27 tys. chorych psychicznie obywateli polskich, a tylko w latach 1940 – 1941 około 70 tys. chorych psychicznie obywateli niemieckich. Chorzy psychicznie Polacy, zagazowani 15 października 1939 r. w Forcie VII w Poznaniu, stali się pierwszymi ofiarami zainicjowanej przez Niemców akcji zabijania ludzi na skalę masową metodami przemysłowymi” (Nasierowski 1992: 25).

Rozwijająca się na przełomie XIX i XX wieku filozofia dialogu była naturalną przeciwwagą dla panujących koncepcji eugenicznych. Można powiedzieć, że od tej pory impas związany z problematyką antropologiczną został skutecznie przewyciężony, bowiem zagadnienia filozofii człowieka zaczęły wysuwać się na pierwszy plan. Jak zauważył Tadeusz



Gadacz, nasilająca się „krytyka myślenia systemowego i pojęcia całości związana była z pozytywnym odkryciem jednostki, osoby, bytu indywidualnego, Ja i Ty, niepowtarzalnej egzystencji, nieredukowalnej do żadnych systemów (...)” (Gadacz 2009: 34). Z kolei Maria Szyszkowska pisała na ten temat następująco: „Nastąpiło w filozofii XX wieku wyraźne przejście od badania istoty świata, w którym człowiek żyje, do skupienia uwagi na tzw. wewnętrznych światach poszczególnych jednostek (...). Staje się oczywiste, że to, co pozaracjonalne waży również na tym, co racjonalne w człowieku” (Szyszkowska 1985: 370).

Koniec XIX wieku przyniósł perspektywę innego poznawczego ujęcia problematyki antropologicznej, która była sukcesywnie rozwijana w pierwszych dziesięcioleciach wieku XX pod nazwą „nowego myślenia” (*das neue Denken*). Twórcą „nowego myślenia” był niemiecki filozof Franz Rosenzweig (1887–1929), ale wiele podobnych idei znajdujemy również w tekstach filozofa samouka Ferdinanda Ebnera (1882–1931) oraz Martina Bubera (1878–1965). Ten ostatni uchodził za jednego z fundamentalnych autorów „nowego myślenia”. To właśnie książka Bubera zatytułowana *Ja i Ty* uważana była za klasyczną pozycję tego kierunku filozoficznego. Co więcej, był też nurt „nowego myślenia” wyraźnie zakorzeniony w konkretnym czasie, czasie naznaczonym brzemieniem dwóch wojen światowych. Rosenzweig pisał swoją *Gwiazdę Zbawienia* podczas pierwszej wojny światowej na kartkach pocztowych, które przysyłał z frontu bałkańskiego do niemieckiego miasta Kassel, gdzie mieszkała jego matka; Emmanuel Lévinas (1906–1995) pisał pierwsze szkice, w których formułował kluczowe tezy swojej filozofii, przebywając w niemieckim obozie dla jeńców wojennych, gdzie został skierowany na przymusowe roboty.

Czym było to „nowe myślenie”? Jest ono myśleniem dialogicznym. W jego horyzoncie centralne miejsce zajmował drugi człowiek oraz relacje zawiązujące się między Ja a osobą drugiego. Drugi to nie tylko i nie przede wszystkim pewien byt przedmiotowo scharakteryzowany, odpowiednik pojęcia „człowiek”, ale nade wszystko drugie ja. Relacja ja – drugi może przerodzić się w relację ja – ty, w której ja staje

się ty dla drugiego. Poprzez budowanie wzajemności, ja i ty mogą na nowo siebie odkrywać, mogą pełniej siebie rozumieć, urzeczywistniać. Johann Mader pisał na ten temat: „Intencja filozofii dialogu jest praktyczna; jest to przede wszystkim intencja filozofii spotkania. Jej cel ma charakter egzystencjalny: chodzi o urzeczywistnienie się jednostki jako „osobowości” (Buber). W jakimś minimalnym sensie filozofia dialogu ma w tym wypadku momenty styczne z filozofią egzystencjalną: jednostka winna się urzeczywistniać w swej jednorazowości i niepowtarzalności. To urzeczywistnianie dokonuje się jednakże – i tu filozofia dialogu ostro odróżnia się od filozofii egzystencjalnej – nie dzięki własnemu solipsystycznemu „ja” i w jakimś agresywnym dystansowaniu się do innego, rozumianego jako ktoś obcy i jako wróg, a więc bytowego (ontologicznego) przeciwnika (Sartre), lecz właśnie p r z e z innego, którego się spotyka, i przez spotkanie jako jedność ze spotkanym, a więc przez wzajemną relację Ja i Ty oraz Ty i Ja. Buber mówi o „pomiędzy”, na bazie którego ja i ty stają się osobowościami” (Mader 1985: 374).

Martin Buber zauważył, iż w relacji dialogicznej mogą być nie tylko z człowiekiem. Ograniczenie Ty do człowieka było niezgodne z Bubera pojęciem Ty, bowiem także świat przyrody oraz „istot duchowych” mógł stanowić sferę tejże relacji.

„Nowe myślenie” (nazywane także filozofią dialogu, innego, spotkania, altrologią czy dialogiką) zajmowało w całokształcie filozoficznej problematyki XX wieku miejsce szczególne. Punktem wyjścia była dla niego praktyka życia człowieka, konkretność zdarzeń oraz spotkań (Zob. Walczak 2007: 68). I tak jak niegdyś zainteresowanie metafizyką ustąpić musiało na rzecz teorii poznania, tak teraz teoria poznania musiała oddać laur pierwszeństwa antropologii filozoficznej.

Zasługą filozofii dialogu uważanej przez jej zwolenników (m.in. Lévinasa) za „kopernikańską rewolucję w myśleniu” było uwypuklenie doniosłości tego, co łączy człowieka z drugim człowiekiem. W roku 1965 niemiecki badacz filozofii dialogu, Michael Theunissen, zauważył, iż: „(...) niewiele jest realności, które zafascynowały myśl filozoficzną naszego stulecia tak bardzo, jak drugi człowiek. Niemal żaden inny te-

mat (...) nie wzbudził tak powszechnego zainteresowania jak ten. Niemal żaden inny temat nie różnicuje ostrzej teraźniejszości – naturalnie czerpiącej z XIX wieku – od tradycji. Wprawdzie też we wcześniejszych epokach zastanawiano się nad drugim człowiekiem i przyznawano mu, niekiedy znaczne, miejsce w etyce i antropologii, w filozofii prawa i państwa, ale temat drugiego nigdy nie przeniknął tak głęboko jak dzisiaj do postaw myśli filozoficznej” (Wieczorek 1990: 8-9).

W świetle lektury prac Kępińskiego można zauważyć, że jego antropologia filozoficzna była właśnie nasycona wpływami myśli dialogicznej. Uwidacznia się to przede wszystkim w opisach nawiązywania relacji psychoterapeutycznej pomiędzy chorym a lekarzem. Czytając fragmenty przybliżające płaszczyznę kontaktu między terapeutą a pacjentem, jak np.: „Chory wreszcie znalazł kogoś, kto chce go wysłuchać, a może go też rozumie” (Kępiński 1972a: 292), lub „Powoli odsłania się przed nami jak ciekawy film czy powieść całe życie chorego. Coraz lepiej go rozumiemy i często czujemy, że jesteśmy z nim razem. Często w jego przeżyciach i zawodach życiowych widzimy swoje własne przeżycia. Poznając chorego, poznajemy też siebie” (Kępiński 1972a:263) łatwo w nich odnaleźć wpływy przedstawianych przez dialogików opisów fenomenu spotkania (wystarczy porównać powyższe opisy relacji pacjent – lekarz do opisu relacji Ja – Ty w Tischnerowskim obrazie fenomenu spotkania: „Ani ja, ani ty nie jesteśmy w stanie poznać prawdy o sobie, jeśli pozostaniemy w oddaleniu od siebie, zamknięci w ścianach naszych lęków, lecz musimy spojrzeć na siebie niejako z zewnątrz, ja twoimi, a ty moimi oczami” (Tischner 1992: 20) lub „W każdym pytaniu jest próba przeniesienia się ze świata jednego człowieka w świat drugiego” (Ostrowska-Karóń 2008: 135). Krakowski psychiatra kładł szczególny nacisk na tzw. „zasadę dialogiczną”, która wyrażała się w określeniach typu: „bycie człowieka-z-człowiekiem”, „spotkanie z drugim”, „odpowiedzialność za drugiego” (w tym przypadku szeroko pojęta odpowiedzialność za pacjenta). Kępiński niejednokrotnie podkreślał, że w praktyce lekarskiej doświadczenie drugiego człowieka było dla niego źródłem ubogacenia – poprzez spotkanie z chorym,



w dialogu z nim, mógł pełniej odkrywać, rozumieć i urzeczywistniać siebie („Poznając chorego, poznajemy też siebie”). Doświadczenie drugiego człowieka, stanowiło dla Kępińskiego źródło samoidentyfikacji, tj. świadomości i rozumienia własnego „Ja”, własnej tożsamości. Krakowski psychiatra pisał: „Poznanie psychiatryczne jest głębsze niż poznanie w innych działach medycyny; głębsze w tym sensie, że poznajemy drugiego człowieka przez pryzmat samego siebie. Stąd wywodzi się duża indywidualność poznania psychiatrycznego, sprawiająca wrażenie nienaukowości, ale również dzięki temu większe niż w innych specjalnościach modelowanie własnej osobowości, któremu podlega psychiatra” (Kępiński 1972b: 263-264).

Kępińskiego kierowanie się „zasadą dialogiczną” widoczne było w stosowanej przez niego psychoterapii. Pacjenci wspominali spotkania z Profesorem następująco: „On [Kępiński] siedział i milczał, patrzył na mnie uważnie, to milczenie było dobre. Czułam, że gubi się gdzieś moja rozpacz, mój żal, moja bezsilność. Mówił o tym, że mnie rozumie, że sama też mogłabym siebie lepiej zrozumieć, gdyby to, co mówię, tak bardzo mnie nie bolało” (Kokoszka 1999: 31). „Kiedy pierwszy raz zachorowałem na ciężką depresję, kiedy bałem się o siebie, jutra, wszystkiego, spotkałem się z jasnym, prostym stwierdzeniem Profesora: «Nie bój się, przede wszystkim nie bój się ani siebie, ani swojej choroby». A w ślad za tym poszło zapewnienie: «Pomogę ci». Czy mogło mnie w tym nieszczęściu spotkać coś lepszego niż to zapewnienie pomocy?” (Kokoszka 1990: 31). Istotę powyższych opisów spotkań Kępińskiego z pacjentami można zawrzeć w jednym, dialogicznym sformułowaniu: „wiem, że mnie rozumiesz, więc jesteście”.

Opisując relacje pacjent – lekarz, Kępiński wielokrotnie posługiwał się kategorią „maski”. Krakowski psychiatra pisał: „Psychoterapeuta nie może być zimnym obserwatorem, który traktuje swego pacjenta jako obiekt obserwacji i doświadczeń. Nie może przybierać takiej czy innej «maski», gdyż chorzy – podobnie jak dzieci – są specjalnie wrażliwi na wszelką sztuczność i momentalnie tracą zaufanie do ludzi z «maską». Musi być takim, jaki jest, ani lepszym ani gorszym, ani

głupszym, ani mądrzejszym” (Kępiński 1972a: 299). W „Psychopatologii nerwic” czytamy zaś: „W płaszczyźnie poziomej kontaktu maskowanie nie jest potrzebne; jest się takim, jakim się jest. Ta swoboda, wynikająca z równości, znika w pochyłej płaszczyźnie kontaktu. Pojawia się lęk przed oceną zarówno osoby stojącej wyżej, jak niżej od siebie. Lęk paraliżuje swobodę zachowania, człowiek chowa się za maskę zachowania normatywnego, które osłania go przed potępieniem” (Kępiński 1972b: 268). Kategoria „maski” była często przywoływana w dziełach dialogików. Między innymi Tischner pisał, iż owocny dialog pomiędzy Ja i Ty odbywać może się tylko w horyzoncie prawdy, w którym uczestnicy „odrzucają maski z twarzy, wychodzą z kryjówek, ukazują prawdziwe twarze” (Tischner 1992: 11). Twarz jest bowiem miejscem, w którym – wedle filozofów dialogu – uwidacznia się prawda człowieka (zasłona skrywa twarz, maska zaś kłamie). Odrzucenie maski i zasłony pozwala lepiej poznać człowieka, który jest inny i całkowicie poza nami. Otwarcie Ja na Ty oraz Ty na Ja następuje wtedy, gdy u źródeł spotkania pojawia się autentyzm, szczerłość i zaufanie. Wówczas każdy z uczestników spotkania uświadamia sobie, że drugi jest dla niego kimś bliskim, komu można zawierzyć siebie. Podobnie w psychoterapii – każde spotkanie lekarza z pacjentem jest niepowtarzalne i wymaga partnerskiej płaszczyzny dialogu opartej na obopólnej szczerości i zaufaniu. W publikacji poświęconej centralnej kategorii filozofii dialogu jaką jest fenomen spotkania z drugim, czytamy: „Zaufanie to pewność, że otwarcie się w rozporządzalności względem drugiego człowieka napotka z jego strony odwzajemnienie mej postawy lub przynajmniej jej poszanowanie. Ufam, że moja otwartość zostanie odwzajemniona i że nasz kontakt będzie przebiegał na planie całkowitej równości osób, co nie wyklucza sytuacji, w której ktoś z nas może być w nawiązującym się dialogu «wyżej», a ktoś drugi «niżej», że jeden z nas może drugiemu w czymś pomóc, czegoś go nauczyć” (Bukowski 1987: 252).

## **2. Psychiatria aksjologiczna**

Zaaprobowanie nakazu szacunku i miłości do drugiego człowieka oraz uczynienie z niego fundamentalnej powinności moralnej, doprowadziło Kępińskiego do uznania relacji pacjent – lekarz za jedną z najpiękniejszych relacji międzyludzkich, w której oddziaływanie dwóch podmiotów opiera się na zasadzie partnerskiej równości i dialogiczności. Tylko szczególny rodzaj związku emocjonalnego opartego na empatii, mógł być kluczem do pełnego poznania istoty drugiego człowieka, szczególnie człowieka zmagającego się z chorobami psychicznymi, które są poza granicami normalnego ludzkiego poznania i zrozumienia. Można śmiało powiedzieć, że Kępiński stanowił wzór Tischnerowskiego „człowieka agatologicznego”, czyli człowieka zwróconego ku drugiemu, zdolnego do wzajemności, dla którego najważniejsze jest bycie-dla-drugiego, bycie-przy-innym. Tischner przekonywał, że dobro zawarte w naturze ludzkiej znajduje swój pełny wyraz tylko wtedy, gdy jest dobrem dzielonym z drugim człowiekiem. Z pewnością postawa Kępińskiego stanowiła idealny przykład potwierdzający słowa autora „Filozofii dramatu”.

Podobnie zresztą jak u Tischnera, tak i u Kępińskiego pojmowanie losu człowieka przyjmowało zawsze wyraźnie pocieszycielski charakter, wskazujący drogę wewnętrznego i międzyludzkiego ładu, opartego na nadziei i miłości. W jednym z artykułów poświęconych Profesorowi czytamy: „(...) nadzieja – nadzieja w ogóle, to znaczy zdolność rozumienia dobra i oczekiwania na nie, okazuje się być z punktu widzenia Kępińskiego jednym z zasadniczych warunków zdrowia psychicznego. Zanik zdolności odczuwania nadziei jest dla uczonego równoznaczny z początkiem choroby psychicznej” (Michalski 2010: 226).

Kępińskiego rozumienie kategorii nadziei możemy zobrazować na przykładzie lęku nerwicowego. W praktyce psychiatrycznej lęk jest zagadnieniem centralnym, gdyż stanowi on zasadniczą składową niemal wszystkich zespołów chorobowych. Objawem zaburzeń emocjonalnych związanym z silnym lękiem nerwicowym jest odczuwanie nieokreślo-

nego niepokoju wobec przyszłości. Mówiąc krótko, dla chorego zmagającego się z lękiem czas przyszły przybiera destruktywny charakter: chory nie ma odwagi przebić się przez ciemność przyszłości stając się zupełnie bezradnym wobec mroku nieznanego. Człowiek taki niepewny jest otaczającego go świata. Nie wie, co z nim samym stanie się jutro, co przyniesie kolejny dzień. Nieokreśloność przyszłości budzi napięcie lękowe, intensywny niepokój, trwogę. Przyszłość przeraża, maluje się w czarnych barwach, z jej ciemności „wyłaniają się potwory śmierci i katastrofy” (Kępiński 1987: 15). Czas przyszły nie niesie ze sobą pokrzepiającej nadziei, lecz jedynie niepokój i zwątpienie. „Człowiek – jak pisał Tischner – zamiast kroczyć swoją drogą, czuje się zmuszony szukać gdzieś w przestrzeni kryjówki dla siebie. W kryjówce tej chroni się przed światem i przed innymi. Przyszłość nie obiecuje człowiekowi nic wielkiego, pamięć przeszłości podsuwa mu przed oczy same doznane porażki, przestrzeń nie zaprasza do żadnego ruchu” (Tischner 1989: 471). Można zatem stwierdzić, że utrata nadziei stanowi jeden z podstawowych objawów nerwicy lękowej. Dlatego też w psychoterapii tak ważne jest przywrócenie choremu wiary w wyzdrowienie, w przezwycięzenie lęku, wiary w lepsze jutro. Obowiązkiem lekarza psychiatry jest zatem zminimalizowanie nieokreślonego niepokoju pacjenta poprzez przywrócenie mu nadziei, że przezwycięży on chaotyczną i niepewną przyszłość, a nie sam zostanie przez przyszłość przezwycięzony. By jednak wlać w chorego nadzieję, lekarz sam musi do ostatka wierzyć, że uda mu się przezwyciężyć chorobę. Jak pisał Kępiński: „Wbrew oczywistym faktom lekarz musi do końca zachować choćby iskrę nadziei. Utrata jej, przyjęcie postawy pesymistycznej są zwykle natychmiast wyczuwane przez chorego i doprowadzają zazwyczaj do załamania psychicznego i fizycznego. Lekarz musi też wierzyć w swoje umiejętności i metody przez siebie stosowane” (Kępiński 1987: 314). W innym miejscu Profesor pisał: „Chory potrafi z twarzy lekarza wyczytać wyrok śmierci dla siebie i dlatego lekarzowi nie wolno tracić nadziei” (Kępiński 1992: 114).

Obok płynącej od lekarza wiary w zwycięstwo nad chorobą, ważnym czynnikiem w zwalczaniu chorób na tle psychicznym jest właściwa postawa emocjonalna lekarza względem pacjenta. Profesor mawiał, że najlepszym lekiem dla cierpiącego jest sam lekarz, jego pokrzepiające słowo, a przede wszystkim postawa miłości. „Miłość – pisał Kępiński – jest jednym z najsilniejszych antidotów na uczucie lęku, dlatego tak ważną odgrywa rolę w relacjach pacjenta z lekarzem i pielęgniarką” (Kępiński 1987: 315). Natomiast w „Psychopatologii nerwic” krakowski psychiatra pisał: „Z tego, co psychiatra i psychiatryczny personel mogą zaoferować choremu, to zrozumienie i trochę serca. Może to brzmi czułościowo, niemniej jest prawdą (...) Wszelkie metody leczenia okazują się zawodne, gdy zasadnicza postawa w stosunku do chorego jest niewłaściwa” (Kępiński 1972b: 254).

Bez wątpienia Kępiński postulował zasadę dialogiczności i opowiadał się za poziomą płaszczyzną kontaktu między ludźmi. Tischner pisał o relacji Ja-Ty, natomiast Kępiński poprzez charakter swojego zawodu, sprowadzał powyższą relację do modelu pacjent-lekarz. „Jaką psychiatra ma postawę w stosunku do swych chorych – pisał Kępiński – łatwo poznać po sposobie, w jaki z nimi rozmawia i o nich mówi” (Kępiński 1972b: 264). Wspomniana „pozioma płaszczyzna kontaktu” to nic innego, jak pewnego rodzaju postawa dialogiczna, u źródła której leży spostrzeżenie, że drugi człowiek (Ty) ufundowany jest na tym samym materiale co Ja, a dzięki temu dochodzi do szczególnej formy zrównania między podmiotami. Nie jest jednak łatwo utrzymać horyzontalną płaszczyznę relacji pomiędzy ludźmi. Jak bowiem zauważył krakowski psychiatra: „U człowieka istnieje, jak zresztą u zwierząt, tendencja do wywyższania się nad innych; każdy chce być ważniejszy od innych, zajmując lepsze miejsce w grupie społecznej; dzięki temu ma większe szanse zdobycia lepszych warunków życia i lepszej partnerki czy partnera. Oba podstawowe prawa biologiczne są więc zaangażowane w tendencję do wywyższania się” (Kępiński 1972b: 264). Można zatem stwierdzić, że pozioma płaszczyzna kontaktu nie jest łatwa do wypracowania, gdyż prawa natury nie zawsze sprzyjają jej kreowaniu i utrzymaniu.



Przeciwnieństwem poziomej płaszczyzny kontaktu jest płaszczyzna pochyła, w której dochodzi do uprzedmiotowienia uczestnika dialogu. „W płaszczyźnie pochyłej – pisał Kępiński – druga osoba staje się po trosze przedmiotem, bo będąc nad kimś wyżej, mamy nad nim władzę, możemy nim w pewnym stopniu kierować, jest on od nas zależny” (Kępiński 1972b: 265). W innym miejscu, Kępiński stwierdził: „Nie jest trudno wywyższać się nad chorym psychiatrycznym, zwłaszcza chorym z wielkiej psychiatrii, który przez swe anormalności zachowania został wyłączony z kręgu społecznego. Nawet najbardziej humanitarnie nastawionemu psychiatrze nieraz w kontakcie z chorym nasuwa się mimo woli myśl, że «ja jednak jestem lepszy od niego», co oczywiście wpływa często korzystnie na poprawę własnego samopoczucia, ale jednocześnie automatycznie zmienia płaszczyznę kontaktu z poziomej na pochyłą. Chory staje się kimś gorszym, a psychiatra kimś lepszym. Patrząc z góry, łatwiej jest osądzać, potępiać, poprawiać, ustawiać, manipulować itp. Jest to też pozycja pseudonaukowa, w której wszystko wie się o drugiej osobie; łatwo jest wtedy zaklasyfikować i przewidzieć jej zachowanie, wszystko jest oczywiste, gdyż pasuje do książkowego opisu” (Kępiński 1972b: 264-265). Kępiński zaznaczył jednak, iż sam pacjent ustawiać się może w płaszczyźnie pochyłej w stosunku do lekarza. Mamy wtedy do czynienia z tzw. regresją do dzieciństwa: chory często czuje potrzebę i chęć powrotu do zależności i poczucia bezpieczeństwa, które – wedle jego mniemania – zapewnić mu może jedynie lekarz. Człowiek chory szuka bowiem w lekarzu opieki, oparcia, pomocy. Bardzo często sytuuje się on w roli bezradnego dziecka szukającego wsparcia i zrozumienia w osobie, która ma być dla niego namiastką rodzica. „Nierzadko chorzy – pisał Kępiński – nazywają lekarza «ojcem», jest to chyba najpiękniejsza dla niego pochwała” (Kępiński 1972a: 265).

Kierując się Hipokratejską zasadą – *Salus aegroti suprema lex*, czyli zdrowie chorego najwyższym prawem – krakowski psychiatra podkreślał, że lekarz nie może uwolnić się z narzuconej mu przez chorego pochyłej płaszczyzny kontaktu. Nie może powiedzieć pacjentowi: „Jesteśmy wobec siebie równi, zatroszcz się o siebie sam”. Takie twarde stano-

wisko byłoby bowiem niezgodne z ustaloną rolą lekarza, którego obowiązkiem jest przeciwdziałać cierpieniu chorego. Wobec tego nasuwa się pytanie: jak pogodzić pochyłość płaszczyzny kontaktu wynikającą ze specyfiki zawodu lekarza z jej poziomością wynikającą ze swoistości psychiatrii, która (jak żadna inna gałąź medycyny) troszczyć się chce o autentyczny stosunek człowieka do człowieka, o bezprzedmiotowość i bezpośredniość relacji? Wedle Kępińskiego uznanie wyższości lekarza może wyjść jedynie od samego pacjenta, bowiem „sam psychiatra nie może rościć sobie prawa do tego, że jest specem od poznawania i naprawiania natury ludzkiej, ale sam chory musi czuć, że właśnie tylko ten lekarz chce i może go zrozumieć i mu pomóc” (Kępiński 1972b: 266). Wszystko zatem zależy od tego, kto ustawia pochyło płaszczyznę kontaktu. Samemu bowiem chętnie szuka się osób „wyższych”, na które można zrzucić brzemień odpowiedzialności, na których można się wzorować, od których oczekuje się zrozumienia i pocieszenia. Z trudem jednak akceptuje się sytuację, w której pochyła płaszczyzna kontaktu jest narzucona. „Wówczas – jak uzasadniał Kępiński – budzi się ochota, by tego, kto jest wyżej, poniżyć. Kontakt taki przestaje być spontaniczny; staje się, analogicznie jak jego płaszczyzna, narzucony” (Kępiński 1972b: 266). Lekarz powinien zatem stworzyć możliwości zbudowania poziomej płaszczyzny relacji pomiędzy nim, a pacjentem. Zanim jednak wypracuje się poziomą płaszczyznę kontaktu psychiatrycznego, lekarz musi zdać sobie sprawę, że nie ma ostrej granicy między normą a patologią, że w gruncie rzeczy patologii można doszukać się w umyśle każdego człowieka. Gdyby nie było choć najmniejszych elementów patologicznych u „zdrowego psychicznie” psychiatry, nie byłby on w stanie w pełni zrozumieć człowieka zmagającego się z chorobą psychiczną. Autor „Psychopatologii nerwic” pisał na ten temat następująco: „Psychiatrii nie można nauczyć się z książki, trzeba wczuć się w przeżycia chorego i samemu je w jakimś przynajmniej stopniu przeżyć, a do tego konieczne jest psychiczne pokrewieństwo z pacjentem. Inaczej chory staje się obcy – «alienus» i «varius». A pierwszym właśnie krokiem w terapii psychiatrycznej jest uwolnienie chorego

z kręgu obcości. Jeśli psychiatra od samego początku swojego szkolenia nie ma właściwego stosunku do chorego, to tendencja do wywyższania weźmie górę. Przepaść między normą a patologią psychiczną będzie się pogłębiać i coraz trudniejsze będzie się stawać porozumienie” (Kępiński 1972b: 266-267).

Kępiński realizował w swej Klinice podstawowe postulaty etyki lekarskiej polegające na powszechnym obowiązku życzliwości oraz aktywnym zabieganiu o dobro drugiego człowieka. Nie interesowała go przy tym skodyfikowana deontologia lekarska, ale deontologia bez sztywnego zbioru przepisów i bez przymusu, kładąca nacisk na wolność i zaufanie do jednostki. Andrzej Jakubik zauważył, że Kępiński pokładał wiarę „w potencjalną siłę moralną lekarza jako człowieka obdarzonego naturalnym porządkiem moralnym” (Jakubik, Masłowski 1981: 312). Co więcej, miał pełną świadomość tego, że nadmierna kodyfikacja, może przemienić człowieka moralnego w człowieka prawnego, który będzie oczekiwał od kodeksu uwolnienia od odpowiedzialności moralnej za podejmowane decyzje i czyny. Deontologia Kępińskiego nacechowana była rygoryzmem etycznym, przejawiającym się choćby w konstatacji, że lekarz wyłącznie sam ponosi odpowiedzialność moralną za swoje decyzje i nikt z tej odpowiedzialności zwolnić go nie może. Tak surowa deontologia służyć miała przede wszystkim dobru chorego, który w oczach lekarza miał być wartością najwyższą. „W hierarchii wartości psychiatry – pisał Kępiński – najważniejszą sprawą jest przynieść pomoc w cierpieniach psychicznych tym, z którymi się on styka na gruncie zawodowym” (Kępiński 1988: 8). Profesor aprobował zasadę Kanta, by człowieka nie traktować nigdy przedmiotowo, i podkreślał, że wartość „człowiek” jest wartością bezwzględną. Rygoryzm etyki filozofa z Królewca był bliski odczuciom i koncepcjom Kępińskiego. Imperatyw kategoryczny – „postępuj tylko według maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, by stała się ona powszechnym prawem” (Kant 2005: 48), urzekł Kępińskiego swoją przejrzystością i humanizmem. Tym samym fundamentalne prawo moralne Kantowskiej etyki stało się – obok przykazania miłości bliźniego – naczelną normą mo-

ralną, którą Kępiński aprobował zarówno w życiu prywatnym, jak i na polu pracy zawodowej.

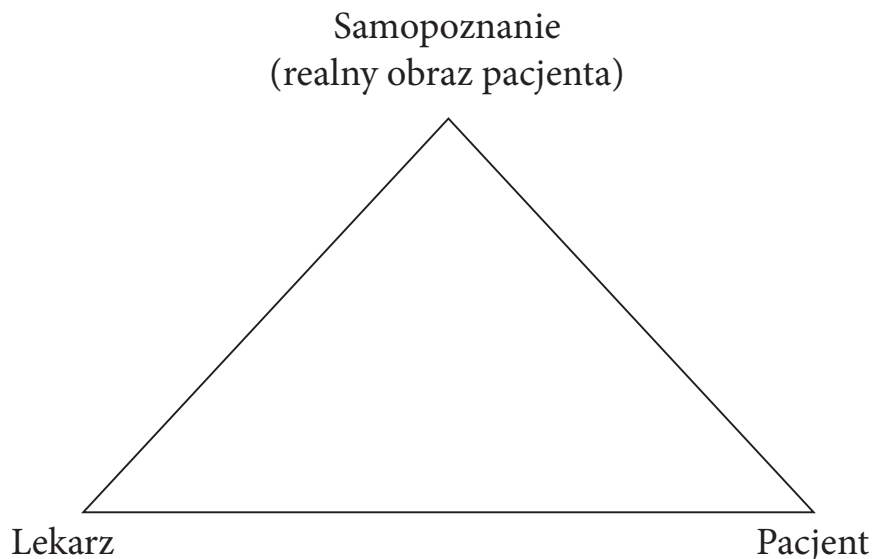
Z podstawowych norm etycznych jakie przyświecały krakowskiemu psychiatrze, wypływały bardziej szczegółowe powinności. Przede wszystkim wrażliwy na dobro pacjenta, Kępiński nauczał, że psychiatria jest bardziej sztuką, aniżeli nauką („Kontakt z chorym jest bezsprzecznie pracą twórczą; jest to jakby tworzenie wciąż nowych portretów chorego” (Kępiński 1992: 92)), że bliższa jest posłannictwu niż zawodowi. Profesor przestrzegał swoich studentów, że „wobec chorego nie można zachować postawy naukowego badacza, postawy podmiotu do obserwowanego przedmiotu” (Kępiński 1972a: 239). Nie może być mowy o sztywnych regułach postępowania, bowiem każdy pacjent to „zjawisko jedyne, niepowtarzalne, wiecznie żywe i zmienne, zaskakujące nie dającymi się przewidzieć reakcjami” (Kępiński 1972a: 239). Stąd też psychiatria bliższa jest sztuce, bo lekarze mają do czynienia nie z uogólnionym modelem, wzorcem, ale z indywidualną jednostką.

Z wieloletnich obserwacji chorych zmagających się z zaburzeniami psychicznymi, a przede wszystkim cierpiącym na schizofrenię, Kępiński wysnuł nowatorskie wnioski. Wedle jego przekonania metafizyka schizofrenicznego świata jest rezultatem zaburzenia hierarchii wartości chorego. „Ne popełnimy więc błędu – pisał Andrzej Jakubik – uznając Kępińskiego za twórcę nowego kierunku, który można określić terminem: «psychiatria aksjologiczna». I chociaż nie jest to kierunek oparty na jakichś podstawach teoretycznych, stanowi jednakże oryginalne koncepcyjne ujęcie psychopatologii i otwiera nowe horyzonty badawcze w tym zakresie” (Jakubik, Masłowski 1981: 358). Ogólnie rzecz ujmując przeprowadzana przez lekarza psychoterapia powinna prowadzić do zmiany systemu wartości pacjenta, do nowego przeżywania i rozumienia wartości. Człowiek zdrowy z natury jest otwarty na doświadczenie nowych wartości, realizuje je w świecie materialnym, modyfikując go niejako na obraz i podobieństwo obiektywnego, irrealnego świata wartości. Jednak zdolności te mogą zostać zaburzone w chorobie psychicznej. Lekarz pracujący z chorym powinien ułatwić pacjentowi otwarcie

się na doświadczenie wartości, które pozwolą mu na nowo zrozumieć siebie i nadać sens otaczającemu światu.

Bardzo często w spotkaniach ze swoimi pacjentami Kępiński posługiwał się obrazem „trójkąta terapeutycznego”. „Utworzymy trójkąt. Podstawą tego trójkąta – tłumaczył choremu Kępiński – będzie nasz wzajemny kontakt, mój z panem, wierzchołek – pan, bo będziemy rozmawiać o panu, będziemy jakby malowali pana portret” (Jakubik, Masłowski 1981: 153). Można powiedzieć, że wierzchołek „trójkąta terapeutycznego” stanowił realny obraz pacjenta, który został utworzony za zasadzie samopoznania czy samorefleksyjności.

Model „trójkąta terapeutycznego”, można zobrazować następująco:



Tak rozumiana i uprawiana psychoterapia miała doprowadzić chorego do korektywnego przeżywania wartości, z których najistotniejszymi były wartość życia i nadanie mu sensu oraz nadzieja na odzyskanie zmysłu rzeczywistości. By ułatwić choremu tak trudne przedsięwzięcie, lekarz – wedle Kępińskiego – powinien odznaczać się pewnego rodzaju heroizmem znajdującym wyraz w wierze w swoją mądrość oraz skuteczność przeprowadzanej terapii. Pacjent, który wyczuwa w lekarzu swoistą postawę heroiczną, mimowolnie znajduje w sobie podobny heroizm i siły na walkę z chorobą. Taka postawa obu stron pociąga za



sobą wzajemne zaangażowanie i buduje niepowtarzalną więź ugruntowaną na zaufaniu.

### **Zakończenie**

Jak trafnie zauważył Jakubik: „z punktu widzenia trzech najważniejszych działów filozofii: ontologii, epistemologii i metodologii, twórczość Profesora mieści się przede wszystkim w zakresie problematyki epistemologicznej” (Jakubik, Masłowski 1981: 153) Rekonstruując założenia epistemologiczne krakowskiego psychiatry można wywnioskować, że największą wartość w poznaniu drugiego człowieka miało dla Kępińskiego poznanie intuicyjno-emocjonalne. Ten rodzaj poznania pozwalał bowiem na wgląd do wnętrza drugiego człowieka i doświadczenie jego świadomości. „Wczuwanie” pozwalało lekarzowi w świat przeżyć pacjenta i zrozumieć ich treść. To właśnie poznanie intuicyjno-emocjonalne stało się kręgosłupem dla psychiatrii aksjologicznej. I choć Kępiński podkreślał niepoznawalność wnętrza istoty ludzkiej (w „Psychopatologii nerwic” stwierdził: „Psychiatra nie powinien jednak zapominać o nieskończoności poznania, jeśli chodzi o całościowe ujęcie życia drugiego człowieka. Nigdy jego rozwiązania nie są ostateczne i co dziś wydaje się ostateczną prawdą, jutro może okazać się jej mało znaczącym fragmentem” (Kępiński 1972b: 241)), to jednak mawiał, że poznawanie drugiego to zawsze „pasjonująca podróż w najbardziej tajemniczy kraj: w duszę drugiego człowieka” (Kępiński 1972a: 293) Profesor przyznawał, że poznanie drugiego (tutaj: pacjenta) to „badanie bardzo żmudne, czasem trwa wiele miesięcy, a nawet dłużej” (Kępiński 1972a: 293). A jednak poznając drugiego człowieka – jak zapewniał Profesor – poznajemy tym samym siebie, gdyż często w przeżyciach i zawodach życiowych innych ludzi, widzimy – niczym w zwierciadle – swoje własne przeżycia.

## Bibliografia

### Literatura

- Bonowicz W., 2010, *Kapelusz na wodzie. Gawędy o księdzu Tischnerze*, Znak, Kraków.
- Bukowski J., 1987, *Zarys filozofii spotkania*, Znak, Kraków.
- Gadacz T., 2009, *Historia filozofii XX wieku*, tom I, Znak, Kraków.
- Jakubik A., Masłowski J., 1981, *Antoni Kępiński – człowiek i dzieło*, PZWL, Warszawa.
- Kant I., 2005, *Ugruntowanie metafizyki moralności*, Zielona Sowa, Kraków.
- Kępiński A., 1972a, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kępiński A., 1972b, *Psychopatologia nerwic*, PZWL, Warszawa.
- Kępiński A., 1987, *Lęk*, PZWL, Warszawa.
- Kępiński A., 1988, *Psychopatie*, PZWL, Warszawa.
- Kępiński A., 1992, *Autoportret człowieka*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kępiński A., 2003, *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kłoczowski J. A., 2005, *Filozofia dialogu*, W drodze, Poznań.
- Kokozka A., 1999, *Jak pomagał i leczył profesor Antoni*, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Mader J., 1989, *Filozofia dialogu*, w: Tischner J. (red.), „Filozofia współczesna”, PAT, Kraków, 372-391.
- Michalski M. A., 2010, *Antoni Kępiński jako etyk*, w: Słomski W. (red.), „Filozofia słowiańska a tożsamość europejska”, Wyd. Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania, Warszawa, 213-253.
- Nasierowski T., 1992, *Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii*, w: Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (red.), „Psychiatria”, PZWL, Warszawa, 20-26.
- Ostrowska-Karoń A., 2008, *Spotkanie*, Znak, Kraków.
- Szyszkowska M., 1985, *Filozofia zdrowia psychicznego*, w: Dąbrowski K. (red.), „Zdrowie psychiczne”, PWN, Warszawa, 357-379.
- Tischner J., 1989, *Ludzie z kryjówek*, w: Tischner J. (red.), „Filozofia współczesna”, Wyd. Instytutu Teologicznego Księża Misjonarzy, Kraków, 471-486.
- Tischner J., 1992, *Etyka solidarności oraz Homo sovieticus*, Znak, Kraków.
- Tischner J., 2008, *Etyka a historia. Wykłady*, Instytut Myśli Józefa Tischnera, Kraków.
- Walczak P., 2007, *Wychowanie jako spotkanie. Józefa Tischnera filozofia człowieka jako źródło inspiracji pedagogicznych*, Impuls, Kraków.
- Wieczorek K., 1990, *Dwie filozofie spotkania. Konfrontacja myśli Józefa Tischnera i Andrzeja Nowickiego*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

### Witryny internetowe

- Web-01: Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego, *Akcja T4 – zagłada chorych psychicznie* <http://uczyc-sie-z-historii.pl/pl/artykuly/zobacz/19>. T, dostęp: 29.05.2012.