

dr Paulina Hornik

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie • <https://ror.org/0583g9182>
<https://orcid.org/0000-0002-6933-9075>

Terapeutyczny wymiar spotkania według Antoniego Kępińskiego

Wstęp

Zakorzeniona w filozofii spotkania dialogiczna koncepcja osoby czyni relację międzyludzką punktem odniesienia dla rozpatrywania egzystencji człowieka¹. W świetle tej koncepcji, spotkanie między osobami jest czymś więcej niż tylko zwykłym zetknięciem się. Jak pisze Romano Guardini,

jest to wyjście naprzeciw drugiemu, połączone z wyraźnym zauważeniem niepowtarzalnego kształtu tego kogoś drugiego, z odczuciem jego istoty, z oceną jego wartości. (...) W ten sposób mogę też spotkać nagle człowieka, którego już od dawna znałem, a pomimo to nigdy dotąd się z nim nie spotkałem, mogę zostać niespodziewanie „ugodzony

¹ J. Iwaszczyszyn, A. Kliš-Kalinowska, J. Czekaj, *Ból i cierpienie chorych w aspekcie filozofii dialogu (spotkania)*, w: *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Kraków 2011, s. 59–60.

jego osobowością”. Spotkanie staje się pełne, jeżeli ten drugi również mnie spotyka, właśnie mnie, a nie kogo innego. Wtedy wzajemnie docieramy do siebie, zaczynamy się nawzajem określać².

Tego rodzaju spotkania stanowiły nierozłączną część pracy Antoniego Kępińskiego, krakowskiego psychiatry, psychoterapeuty, wybitnego humanisty, dawnego więźnia obozu jenieckiego. Były to co prawda spotkania, które przynależały do zakresu jego pracy, jednak niektóre aspekty i charakterystyczne rysy tych spotkań mogą stanowić wskazówkę także na płaszczyźnie innych kontekstów społecznych. Poparte doświadczeniem refleksje na temat psychoterapii Kępiński przedstawia zwłaszcza w esejach: *Smutki i radości psychoterapeuty* oraz *O psychoterapii krytycznie*³.

Relacja psychoterapeutyczna jako źródło nadziei

Małgorzata Opoczyńska opisuje relację terapeutyczną jako „wydarzenie się prawdy dwóch”, „pełne mówienie”, które przewyższa wzajemne wyobcowanie mówiących do siebie osób. Tego rodzaju relacja ma swoje źródło w dostrzeżeniu i uznaniu niepowtarzalności, odmienności czy wręcz niezrozumiałości innego człowieka, co wynika z tego, że nie rozpoznaje się w drugim „tego samego”⁴. Jednak terapeuta nie poprzestaje na tym, ale pomimo niepewności, jaka często towarzyszy tej podróży w nieznane, podejmuje krok w stronę lepszego poznania drugiej osoby. Gdy ta odwaga spotka się z odpowiedzią pacjenta, wtedy wspólnie zaczynają dostrzegać wyraźniej to, co wcześniej było niejasne lub wydawało się inne niż obecnie. Razem szukają słów, które przybliżyłyby ich do prawdy. Ta jednak rozsądza ramy li tylko słowne, dlatego niekiedy są to „słowa zamknięte”, które odsłaniają to, co wcześniej było przed nimi zakryte⁵.

W eseju ks. Józefa Tischnera, zatytułowanym *Ludzie z kryjówek*, napisanym w 1978 r., autor odwołuje się do książki Kępińskiego, którą ten zdążył

² R. Guardini, *Koniec czasów nowożytnych. Świat i osoba. Wolność, miłość, los*, Kraków 1969, s. 249–250.

³ A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 2007, s. 346–373.

⁴ M. Opoczyńska, *Dialog innych albo inne monologi. Przypisy do psychoterapii*, Kraków 2018, s. 190.

⁵ Tamże.

napisać przed swoją śmiercią jako ostatnią – nosi ona tytuł *Psychopatie* (pierwsze wydanie datowane jest na 1977 r.). Zawarta w tym dziele problematyka wartości sprawia, że łączy ono dwie sztuki: medyczną i etyczną. Sposób doświadczenia wartości jest tym, co w znacznym stopniu wyznacza kierunek, w jakim idzie człowiek – w stronę zamkniętej lękiem kryjówki bądź w stronę otwartej nadzieją przestrzeni. Co dzieje się, gdy człowiek wybiera tę drugą opcję? Owocuje to pogłębieniem świadomości własnej osobowej godności, a także rozwojem nadziei: „Przekraczając próg kryjówki i osiągając pewien stopień mądrości w obcowaniu z ludźmi, człowiek pogłębia w sobie jakieś – oparte na doświadczeniu wartości – rozumienie niezniszczalności własnej godności. Rozumienie to ofiaruje mu jego nadzieja, ściślej, dzieje owej nadziei”⁶.

Zauważalny jest związek między doświadczeniem nadziei a rozumieniem niezniszczalnej godności człowieka: im bardziej uświadamia on sobie swoją niezniszczalną godność, zyskuje tym samym szersze horyzonty nadziei, z kolei im dalej sięga jego nadzieja, tym lepiej rozumie, że nic nie może zagrozić jego godności: „Na pewnym ich etapie człowiek już wie: «duszy zabić nie mogą»”. Tęgo rodzaju świadomość nienaruszalności własnej godności, jako osoby, wraz z doświadczeniem ochraniającej funkcji prawdy rodzi odwagę, która pomaga zrobić nie tylko pierwszy krok na drodze poza próg kryjówki, lecz także staje się sposobem bycia człowieka⁷. Owo samoprzekraczanie siebie w stronę drugiego sprzyja lepszemu samopoznaniu: „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”⁸. Gest serca i rozumu, którego kwintesencja wyraża się w tym, że pozwala się drugiemu być, przenosi człowieka ponad samą zasadę przeciwieństwa, która dotychczas stanowiła podstawowy wyznacznik jego interakcji z innymi. Może powierzyć drugiemu część swojej nadziei, a on może uczynić to samo wobec niego. Nadzieja ma więc w sobie potencjał wspólnototwórczy. „Otwarta przestrzeń nadziei to przestrzeń wolności zatroskanej potrzebą realizowania wartości” – jest to więc wolność twórcza.

⁶ J. Tischner, *Ludzie z kryjówek*, <https://tischner.pl/ludzie-z-kryjowek/> [dostęp: 15.02.2025].

⁷ Tamże.

⁸ J. Tischner, *Etyka solidarności oraz Homo sovieticus*, Kraków 1992, s. 20.

Myślenie psychoterapeutyczne, podobnie jak myślenie etyczne, dąży do wyzwolenia człowieka, przy czym pierwsze, w drodze do tego celu, ukierunkowane jest na usuwanie wewnętrznych przeszkód, drugie – na otwieranie i poszerzanie przestrzeni godnej dla ludzkiej nadziei. Dla Kępińskiego aspekt doświadczania wartości stanowi łącznik między tymi dwoma rodzajami wrażliwości (psychoterapeutycznej i etycznej), myślenia, działania i przeżywania. Stąd też rozwijany przez niego sposób uprawiania psychiatrii nosi miano psychiatrii aksjologicznej⁹. Wszędzie tam, gdzie człowiek w jakiś sposób przeżywa siebie lub innych, nie sposób pominąć doświadczenia wartości. Staje się ono pewnego rodzaju kryterium pomagającym naświetlić i zrozumieć to, jak człowiek przeżywa samego siebie i innych w danych okolicznościach życia: „Człowiek musi «przetrawić siebie», aby umieścić siebie na tej płaszczyźnie życia, na której poczuje się najbardziej «sobą i u siebie»”¹⁰. Pomocnym towarzyszem w tej drodze może być osoba psychoterapeuty. Z procesem psychoterapii związana jest często nadzieja odnalezienia prawdy o sobie, zyskania lub odzyskania harmonii życia w zgodzie z nią¹¹, dzięki czemu nawet pozornie pozbawione sensu sytuacje i doświadczenia składające się na życie może on przekształcić w osobiste osiągnięcie, wydobyć z nich korzyść, „zamieniając cierpienie w tryumf, poczucie winy w pracę nad sobą, a świadomość nieuniknionego końca w bodziec do działania”¹².

Aspekty poznania psychoterapeutycznego

Integralnym elementem działań leczniczych jest komunikacja terapeutyczna. Ma ona na celu neutralizowanie stresu związanego z chorobą, wzmacnianie zasobów pacjenta oraz dobrą jakość współpracy pacjenta z lekarzem. Tego rodzaju komunikacja prowadzi do zbudowania relacji terapeutycznej, rozumianej jako pozytywny związek emocjonalny z pacjentem, podporządko-

⁹ A. Bulaczek, *Relacje pacjent-lekarz w psychiatrii aksjologicznej Antoniego Kępińskiego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2013 nr 11, s. 12.

¹⁰ J. Tischner, *Ludzie z kryjówek*, dz. cyt.

¹¹ M. Opoczyńska, *Dialog innych...*, dz. cyt., s. 187–188.

¹² C. Hammond, *Przedmowa*, w: V.E. Frankl, *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, Warszawa 2012, s. 11.

wany zadaniowo zamierzonym celem terapeutycznym¹³. W procesie poznania człowieka zmagającego się z chorobą aspekt werbalny komunikacji jest godny uwagi ze strony lekarza. Słowo jest jedną z nici, z jakich utkane jest doświadczenie cierpiącego człowieka, a także drogą do jego świata wewnętrznego. Przykładowo, w dyskursie podejmującym próbę opisu depresji istotną rolę odgrywają struktury metaforyczne. Duża świadomość i wrażliwość językowa pozwalały Kępińskiemu przybliżyć się do świata przeżyć swoich pacjentów, ich lęków, dylematów, nadziei, marzeń, aby dzięki temu lepiej im pomagać¹⁴. O tym, iż była to dla niego kwestia wielkiej wagi, świadczą między innymi jego zapiski, w których powracają często frazy takie jak „zdolność wczucia się i zrozumienia drugiego człowieka”¹⁵. Jest to dla Kępińskiego jedna z podstawowych umiejętności psychiatrycznych.

Niezależnie od tego, czy pacjentem jest genialny intelektualista, czy osoba z niepełnosprawnością intelektualną, każdy ze swoją niepowtarzalną percepcją świata i siebie samego zasługuje w równym stopniu na uwagę i wysiłek ze strony lekarza. Postawa zmierzająca do tego, aby do pewnego stopnia przyjąć sposób patrzenia na rzeczywistość, jaki reprezentuje pacjent (po to, by lepiej go zrozumieć), pociąga za sobą także troskę o to, by próbować rozmawiać z nim jego własnym językiem. Kępiński był przeświadczony o tym, że będąc uważnym na słowa, jakie kieruje do nas drugi człowiek, niekiedy możemy dotknąć rzeczywistości, która nie jest jeszcze w pełni uświadomiona i poddana refleksji mówiącego. Słowa w tym przypadku pełnią rolę zwiastunów tego, co dopiero zaczyna się formułować w świadomości rozmówcy¹⁶.

Jednym z postulatów Kępińskiego wobec psychoterapii było wytworzenie przez lekarza¹⁷ w sobie tzw. „trzeciego obserwatora”, który z pewnego dystansu obserwuje reakcje emocjonalne zarówno badanego, jak i swoje, traktu-

¹³ M. Motyka, *Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, „Sztuka Leczenia”, 2013 nr 3–4, s. 18.

¹⁴ P. de Bończa Bukowski, *Obrazy smutku. Antoniego Kępińskiego metaforyka melancholii w kontekście kognitywnym*, „Teksty Drugie”, 2023 nr 4, s. 78–101.

¹⁵ A. Jakubik, J. Masłowski, *Antoni Kępiński – człowiek i dzieło*, Warszawa 1981, s. 170.

¹⁶ Tamże, s. 165.

¹⁷ Ilekroć w niniejszym artykule mowa o relacji lekarz – pacjent, dotyczy to również relacji psychoterapeuta – pacjent. Uprawomocnienie tej analogii znajdujemy u Kępińskiego: „Każdy lekarz, chcąc nie chcąc, jest lepszym lub gorszym psychoterapeutą. Wzajemny bo-

jąc jedno i drugie przeżycia jako przedmiot badań. Celem tego procesu jest możliwie najgłębsze, całościowe poznanie i zrozumienie człowieka, w tym również jego świata subiektywnego. Taka perspektywa zamykająca kontakt z drugim człowiekiem w ciasnych granicach obiektywizacji pomiaru. W rezultacie, psychoterapia staje się nie tylko narzędziem diagnozy, ale również przestrzenią do odkrywania bogactwa ludzkich doświadczeń¹⁸. Od samego początku zetknięcia się lekarza z pacjentem powstaje pewnego rodzaju więź emocjonalna, która może mieć charakter dodatni lub ujemny, jej natężenie może być także zróżnicowane – może być silna lub słaba. Odgrywa kluczową rolę w procesie terapeutycznym: „więź emocjonalna jest podstawą każdej psychoterapii”¹⁹.

Cel poznania psychoterapeutycznego

Charakterystyczna dla Kępińskiego postawa szacunku i pokory wobec tajemnicy, jaką jest drugi człowiek, znajduje swój wyraz zarówno na kartach jego dzieł, jak i w świadectwach, jakie zostawili o nim ci, którzy go znali. Tajemnicę ludzkiego „ja” można jedynie rozjaśnić, jednak nie da się jej do końca wyjaśnić. Dlatego psychiatra, stawiając sobie za cel poznanie drugiego człowieka, nieraz mimo postawionego rozpoznania choroby, wielu godzin rozmów z chorym, często może mieć wrażenie, że zamiast przybliżyć się do wytyczonego celu, oddala się od niego. Dzieje się tak dlatego, iż wraz z czasem, jaki poświęca choremu, odsłaniają się nowe horyzonty, stwarzające potrzebę weryfikacji lub uzupełnienia wcześniejszego punktu widzenia, a to, co z początku wydawało się jasne i proste, okazuje się o wiele bardziej złożone i wielowymiarowe. Wraz z poznawaniem drugiego człowieka, jego obraz wzbogaca się o nowe aspekty i ulega zmianom²⁰. Dynamiczny charakter diagnostyki psychiatrycznej wiąże

wiem stosunek dwóch osób, z których jedna jest lekarzem, a druga pacjentem, jest z konieczności stosunkiem psychoterapeutycznym”. A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 322.

¹⁸ J.K. Gierowski, *Przedmowa*, w: B. Grabski, *Podstawy badania psychiatrycznego dla studentów, lekarzy, psychologów i psychoterapeutów*, Kraków 2015, s. 10.

¹⁹ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 322, 363.

²⁰ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Kraków 2002, s. 7, A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 309.

się z dynamizmem kontaktu (jego jakością oraz częstotliwością) lekarza z pacjentem²¹.

Słusznym wydaje się więc postulat, aby już na wstępie zmierzyć się z niedosiężnością tak nakreślonego celu – poznania pacjenta, skoro cel ten „mieści się w nieskończoności”²². Złudzenie, że można do końca zrozumieć i poznać człowieka, byłoby jak „pogoń za słońcem tonącym w morzu; wydaje się, że wystarczy przepłynąć kilka kilometrów, by dotknąć złocistej tarczy”²³. Jednak nie znaczy to, że należy zrezygnować z tak ambitnie obranego kierunku, ponieważ jedynie wówczas lekarz staje się strażnikiem i promotorem osobowej godności chorego, swoją postawą umożliwiając proces leczenia²⁴. Jeśli chodzi o różnego rodzaju klasyfikacje, mogą one być pomocne, na przykład w procesie diagnostycznym, jednak należy pamiętać o nieoznaczoności natury człowieka, która wykracza poza wszelkiego rodzaju systemy klasyfikacyjne: „każdy człowiek mieści w sobie wszystkie typologie i one wcale jego nieoznaczoności nie wyczerpują”²⁵. Droga, która prowadzi do poznania pacjenta, nie jest wyraźnie i jednoznacznie wytyczona. Sposób pracy z każdą osobą jest zróżnicowany, podlega modyfikacji także w czasie, w zależności od konkretnej sytuacji, w jakiej dana osoba się znajduje: „do każdego chorego inaczej trzeba podejść, a często nawet w stosunku do tego samego chorego trzeba sposób podejścia zmieniać”²⁶. Wymaga to dużej elastyczności i wyczucia ze strony lekarza/psychoterapeuty.

Poznanie pacjenta i siebie przy pacjencie

Zdaniem Kępińskiego, weryfikatorem tego, czy obrana droga zmierza w dobrym kierunku, jest zaufanie, jakim chory obdarza lekarza, innymi słowy – „kontakt z pacjentem”. To dzięki niemu możliwym staje się głębszy wgląd w stan chorego. Moment uchwycenia kontaktu z pacjentem jest wydarzeniem

²¹ Tamże, s. 268.

²² A. Kępiński, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 7, 40.

²³ Tamże, s. 7.

²⁴ Tamże s. 43–62.

²⁵ A. Kępiński, *Psychopatie*, Kraków 1992, s. 41.

²⁶ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 9.

przełomowym w procesie terapii: „wtedy odsłania się nam po raz pierwszy wewnętrzna struktura chorego w całej swojej wielkości i pięknie. Jest to w pewnym sensie doznanie estetyczne, podobne do krótkotrwałego olśnienia, jakie przeżywamy, gdy nagle potrafimy ujrzeć piękno sztuki czy jakiegoś krajobrazu”²⁷. W pewnym sensie jest to początek właściwego procesu psychoterapii, w którym zachodzi obustronne oddziaływanie na siebie dwóch osób, wzbogacające ich przeżycia i świadomość siebie oraz stanowiące bodziec do dalszego rozwoju²⁸.

Pomimo różnic między postawą psychiatry wobec chorego a jego pozawodowymi kontaktami, w swoim zasadniczym kształcie jest ona tożsama z jego ogólną postawą wobec ludzi²⁹. Zachodzi także innego rodzaju analogia – niektóre aspekty tej szczególnej relacji, jaka łączy lekarza i pacjenta, można odnieść do komunikacji i relacji interpersonalnych w ogóle. Jako czynnik pomocny w procesie terapeutycznym Kępiński wskazuje likwidację ostrej granicy między światem zdrowych i chorych, przyjęcie inności drugiego człowieka, uznanie, że „wszyscy ludzie są w mniejszym lub większym stopniu nienormalni – inni, *varii*”³⁰. Ów element pewnego rodzaju „inności”, nieoznaczoności, nieprzewidywalności czy niezrozumiałości, obecny jest w każdym człowieku. Gdy psychiatra darzy chorego szacunkiem, może on stać się dla niego w pewnym znaczeniu kimś bliskim, ponieważ wgląd w świat jego przeżyć i zmagañ staje się dla niego źródłem lepszego zrozumienia istoty ludzkiej natury³¹. Kontakt z drugą osobą, jaką w tym przypadku jest człowiek chorujący psychicznie, pomaga towarzyszącemu mu lekarzowi-terapeucie lepiej poznać samego siebie³²: „Gdy lepiej poznamy chorego, w jego przeżyciach znajdujemy nieraz własne skryte marzenia, tłumione uczucia, pytania, na które nie umieliśmy odpowiedzieć i które z czasem przestały nas nękać”³³. W tym kontekście Kępiński przywołuje również jedną z myśli Blaise’a Pascala: „znajdujemy w sobie

²⁷ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 297.

²⁸ Tamże, s. 297.

²⁹ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 43.

³⁰ Tamże, s. 49.

³¹ A. Kępiński, *Schizofrenia*, Warszawa 1972, s. 268.

³² A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1972, s. 268.

³³ A. Kępiński, *Schizofrenia*, dz. cyt., s. 269.

samych prawdę tego, co słyszymy; prawdę, o której istnieniu w nas nie wiedzieliśmy wprzód³⁴. Darem zaangażowania w pomoc i bycia przy drugim jest głębsze spojrzenie na życie i ludzką naturę³⁵.

Dialog, jaki zachodzi między lekarzem a pacjentem, staje się wówczas mozolną, lecz równocześnie pasjonującą pracą twórczą, przypominającą w swej istocie aktywność pisarza lub portrecisty. Autorami tego dzieła jest zarówno psychiatra, jak i chory. Dysponując chaotycznymi fragmentami przeżyć psychicznych pacjenta, jego zachowań i przekonań, próbują uporządkować je w spójną całość³⁶. Patrząc w ten sposób na zagadnienie rozwoju osobowości, które jest, według Kępińskiego, rdzeniem psychoterapii, człowiek przypomina dzieło sztuki, które jest w nieustannym procesie tworzenia lub różnorodną, złożoną konstrukcję, której budowa trwa całe życie³⁷. Tworzenie obrazu pacjenta wyłącznie w oparciu o informacje z różnych sesji byłoby niewłaściwe, ponieważ z każdym kolejnym spotkaniem jest on już kimś innym niż wcześniej³⁸: „każde bowiem spotkanie z chorym jest zjawiskiem niepowtarzalnym i na ogół nie dającym się przewidzieć, ma charakter wielkiej przygody, gdzie wciąż czekają niespodzianki i odsłaniają się nowe widnokreśli³⁹, „każdy sens psychoterapeutyczny jest podróżą w nieznane”⁴⁰.

Świat osoby chorej jako wyzwanie i bogactwo

Zaangażowanie w proces terapeutyczny może niekiedy aktywować najgłębsze warstwy psychiczne nie tylko pacjenta, ale również lekarza⁴¹. Pozioma płaszczyzna poznania chorego, w przeciwieństwie do postawy pionowej, stanowi antidotum wobec trzech niepożądanych postaw: pseudonaukowego uprzedmiotowienia (postawy podmiotu do przedmiotu), maski oraz oceny

³⁴ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 51.

³⁵ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 269.

³⁶ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 51.

³⁷ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 297.

³⁸ M. Opoczyńska, *Dialog innych...*, dz. cyt., s. 192.

³⁹ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 346.

⁴⁰ Tamże, s. 289.

⁴¹ A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, dz. cyt., s. 271.

moralnej (sędziego)⁴². Stawarza ona także przestrzeń sprzyjającą zaistnieniu opisanego wyżej zjawiska psychicznego rezonansu – poznając chorego, lekarz poznaje równocześnie siebie⁴³. Jest to więc dla lekarza/psychoterapeuty pewnego rodzaju poznanie siebie przy pacjencie i poprzez pacjenta.

Wychodząc z rozumienia patologii psychicznej, jako zjawiska różniącego się od normy pod względem ilościowym, a nie jakościowym (zakładając istnienie pewnego rodzaju *continuum* między normą a patologią)⁴⁴, Kępiński traktuje chorobę psychiczną jako karykaturalny obraz zjawisk, które stanowią doświadczenie każdego człowieka: „Przeżycia chorych bowiem, choćby nawet najbardziej zaskakujące, w rzeczywistości są tylko wyolbrzymionymi przeżyciami każdego człowieka”⁴⁵. Krakowski klinicysta jest zdania, że śladowe ilości patologii można odnaleźć także u osób zdrowych. Swoiście rozumiana empatia (jako wczucie się w przeżycia chorego, a nawet do pewnego stopnia przeżycie ich samemu) staje się możliwa dzięki temu właśnie „psychicznemu pokrewieństwu z pacjentem”⁴⁶. Dzięki takiej nici porozumienia chory przestaje być obcym (*alienus* i *varius*), a uwolnienie chorego z kręgu wyobcowania stanowi pierwszy i fundamentalny krok ku odzyskaniu przez niego zdrowia⁴⁷.

Mimo iż świat osoby chorej może nam wydawać się „dziwny, zaskakujący, czasem śmieszny”, Kępiński dostrzega w nim pierwiastek czegoś wielkiego: w świecie osoby chorej, w jej zmaganiach z sobą i otoczeniem, w szukaniu własnej drogi przejawia się kwintesencja tego, co najbardziej ludzkie w człowieku⁴⁸. Wejście w świat osoby chorującej psychicznie wymaga ze strony psychoterapeuty dużej odwagi i wysiłku, jest to świat, który nieraz „przyprawia o zawrót głowy, ale piękno i bogactwo tego świata warte jest trudu”⁴⁹. Dlatego też, zdaniem Kępińskiego, adekwatną postawą jest tu nie tylko szacunek, lecz na-

⁴² A. Kępiński, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 47–62; Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, dz. cyt., s. 272–278; A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 290–293.

⁴³ A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, dz. cyt., s. 271; A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 293.

⁴⁴ A. Kępiński, *Autoportret człowieka. Myśli, aforyzmy*, red. J. Ryn, Kraków 1992, s. 196.

⁴⁵ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 269.

⁴⁶ A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, dz. cyt., s. 271.

⁴⁷ Tamże.

⁴⁸ A. Kępiński, *Schizofrenia*, dz. cyt., s. 269.

⁴⁹ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 298.

wet podziw. Zatem niesłuszne byłoby traktowanie kogoś zmagającego się z chorobą „tylko jako chorego, tj. jako człowieka, który zszedł ze zwykłej ludzkiej drogi”⁵⁰.

„Zasada dialogiczna”, będąca elementem filozofii dialogu, znajduje u Kępińskiego wyraz w byciu z drugim, odpowiedzialności za drugiego, spotkaniu z drugim. Opanowanie metod i technik terapeutycznych to dla Kępińskiego za mało, aby być dobrym psychoterapeutą. Dopiero ten dotknie istoty tej profesji, kto poprzez kontakt z pacjentami będzie zyskiwał „coraz lepsze zrozumienie drugiego człowieka i wzbogacał dzięki temu swój własny świat przeżyć”⁵¹. Osoba lekarza lub psychoterapeuty jest w sposób czynny i indywidualny włączona w proces poznania pacjenta. Tego rodzaju osobista subiektywność, znamionująca ten rodzaj poznania, może dla niektórych być odczytana jako argument o rzekomej nienaukowości, jednak w gruncie rzeczy dopiero dostrzeżenie z bliska i zrozumienie (przynajmniej w jakimś stopniu) doświadczeń pacjenta (również tych subiektywnych) pozwalają na głębsze i bardziej trafne diagnozowanie oraz dobranie odpowiedniej metody leczenia (w przypadku lekarza) lub określenie kierunku, w jakim ma zmierzać proces psycho-terapeutyczny. Zintegrowanie osobistych interakcji z obiektywnymi metodami badawczymi może prowadzić do bardziej całościowego i spójnego podejścia do zdrowia psychicznego. W procesie terapeutycznym empatia i relacja między terapeutą a pacjentem stają się kluczowymi elementami, które umożliwiają odkrywanie złożoności ludzkiego doświadczenia, co jest niezbędne dla skutecznej pomocy cierpiącemu nieraz w wielu aspektach człowiekowi.

Zdaniem Kępińskiego właściwy kontakt psychiatryczny niejednokrotnie pozwala na to, by lekarz stał się dla chorego najbliższą osobą, przez którą czuje się rozumiany, której powierza swoje tajemnice. Tym samym lekarz „staje się dla pacjenta jakby jego planetą, krążącą po najbliższej orbicie”⁵². Dzieje się to jednak niejako spontanicznie, ponieważ im bardziej lekarz chce wywierać wpływ na pacjencie, tym w mniejszym stopniu ma to miejsce⁵³.

⁵⁰ A. Kępiński, *Schizofrenia*, dz. cyt., s. 269.

⁵¹ A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, dz. cyt., s. 257.

⁵² A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 372.

⁵³ Tamże.

Aktualność myśli Antoniego Kępińskiego

Bezwzględny szacunek wobec chorego oraz uznanie jego podmiotowości stanowią fundament psychiatrii, którą reprezentował Antoni Kępiński. Kontynuatorami tej idei są m.in. przedstawiciele krakowskiego ośrodka klinicznego, którzy starają się rozwijać i pogłębiać humanistyczny wymiar psychiatrii w jej wymiarze poznawczym, diagnostycznym i terapeutycznym, tym samym stając się spadkobiercami dzieła profesora Kępińskiego. Idąc za wskazaniem Kępińskiego, Bartosz Głowacki, wśród wytycznych relacji lekarz – pacjent, wymienia m.in.: bycie autentycznym, zainteresowanym i zaciekawionym, pokornym wobec zarówno niepowtarzalności człowieka, jak i jego zmagania z losem, chorobą, cierpieniem (taka postawa może chronić przed wypaleniem zawodowym), bycie współczującym i współodczuwającym, a także przeżywanie i przejawianie szacunku do pacjenta (przeciwieństwem byłoby np. myślenie o pacjencie jako o kolejnym „przypadku”)⁵⁴.

Wśród tego, co powinien czynić lekarz, można wskazać także znajdowanie wspólnego mianownika nawet dla najbardziej niezwykłych przeżyć, spotykanie się z pacjentem jak z drugim człowiekiem (świadomość, że pacjent mógłby być naszym przyjacielem, krewnym, fachowcem, u którego sami zasięgamy porady, nie musi stać w sprzeczności z osadzeniem w rolach lekarza i pacjenta, co stanowi wiodący i podstawowy kontekst sytuacji klinicznej; tego rodzaju dostrzeżenie ludzkiego, uniwersalnego wymiaru spotkania dwojga osób stanowi remedium wobec uprzedmiotowienia lub odczłowieczenia pacjenta)⁵⁵.

Zakończenie

Podsumowując, podejście Antoniego Kępińskiego do psychoterapii łączy w sobie głęboką empatię, poszanowanie podmiotowości pacjenta oraz odwagę w odkrywaniu złożoności ludzkiego doświadczenia. Kępiński, osadzając swoje myśli w filozofii spotkania, podkreśla, że skuteczna terapia nie opiera się je-

⁵⁴ B. Grabski, *Podstawy badania...*, dz. cyt., s. 18–21.

⁵⁵ Tamże, s. 22–26.

dynie na technikach medycznych, ale na autentycznym dialogu, który dokonuje się na bazie zaufania i wzajemnego powiernictwa nadziei. Kluczowym elementem jest tu nie tylko komunikacja, ale także umiejętność tworzenia relacji, w której pacjent nie jest postrzegany jako „przypadek”, ale jako unikalna osoba z niepowtarzalnym i nieprzeniknionym do końca światem przeżyć.

Kępiński wskazuje, że każdy pacjent wnosi do terapii swoją osobistą historię, którą terapeuta ma za zadanie nie tylko zrozumieć, ale i uszanować. Sposób myślenia Kępińskiego na temat spotkania z pacjentem dobrze wyrażają słowa norweskiej terapeutki Evy Roine: „Jeśli nie wierzysz, że historia człowieka – który staje przed tobą – jest święta, to daj mu święty spokój”⁵⁶. W obliczu współczesnych wyzwań w psychiatrii, refleksje Kępińskiego są nadal aktualne i nadal inspirują nową generację terapeutów do poszukiwania głębszego sensu w relacjach z pacjentami. Współczesna psychoterapia, opierająca się na jego wskazaniach, może przyczynić się do tworzenia przestrzeni nadziei, w której każdy człowiek, niezależnie od swoich zmagających, może lepiej uświadomić sobie swoją godność i odkryć sens w doświadczeniu cierpienia. Tak rozumiana psychoterapia nie tylko leczy, ale również przyczynia się do rozwoju osobowego obu uczestników tego procesu. Prawdziwa psychoterapia to „pasjonującą podróż w najbardziej tajemniczy kraj, w duszę drugiego człowieka”⁵⁷. Dając pacjentowi swoje zaangażowanie, wiedzę, doświadczenie, uwagę, psychoterapeuta otrzymuje możliwość głębszego zrozumienia ludzkiej natury, a także radość z towarzyszenia pacjentowi w procesie lepszego poznania siebie i świata.

⁵⁶ M. Wysocka, I. Dziemska, W. Dziemski, *Mistyka spotkania. Laudato si' Evangelii gaudium i Amoris laetitia w świetle nauczania ks. Krzysztofa Grzywacza*, Kraków 2022, s. 18.

⁵⁷ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 344.

Abstrakt

Dialogiczna koncepcja osoby, sięgająca korzeniami filozofii spotkania, stanowi antropologiczne tło zarówno praktyki, jak i koncepcji teoretycznej Antoniego Kępińskiego, wybitnego psychiatry, psychoterapeuty i humanisty. Wielokrotnie w swoich pracach podkreśla on rolę relacji między lekarzem/terapeutą a pacjentem jako znaczącego czynnika w procesie terapeutycznym. W artykule zostały scharakteryzowane wybrane cechy relacji psychoterapeutycznej w oparciu o myśl Kępińskiego. Nakreślono także zasadnicze postulaty Kępińskiego dotyczące tego szczególnego rodzaju kontaktu międzyludzkiego, jakim jest relacja lekarz – pacjent, odnosząc je do psychoterapii. Celem artykułu jest nie tylko zarysowanie teoretycznych podstaw, ale również wskazanie na praktyczną wartość tych idei w kontekście psychoterapeutycznym, pedagogicznym oraz wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia ze spotkaniem między ludźmi.

Słowa kluczowe: psychoterapia, spotkanie, Antoni Kępiński, relacja lekarz – pacjent.

The therapeutic dimension of encounter according to Antoni Kępiński Abstract

The dialogical concept of the person with its roots in the philosophy of encounter is the anthropological background of both the practice and theoretical concept of Antoni Kępiński, an eminent psychiatrist, psychotherapist and humanist. Repeatedly in his works he emphasises the role of the relationship between doctor/therapist and patient as a significant factor in the therapeutic process. The article characterises selected features of the psychotherapeutic relationship based on Kępiński's thought. Kępiński's fundamental postulates regarding this particular type of interpersonal contact, which is the doctor-patient relationship, are also outlined, relating them to psychotherapy. The aim

of the article is not only to outline the theoretical underpinnings, but also to point out the practical value of these ideas in psychotherapeutic and pedagogical contexts, and wherever there is an encounter between people.

Keywords: psychotherapy, encounter, Antoni Kępiński, doctor – patient relationship

Bibliografia

- Bończa Bukowski de, P., *Obrazy smutku. Antoniego Kępińskiego metaforyka melancholii w kontekście kognitywnym*, „Teksty Drugie”, 2023 nr 4, s. 78–101, doi: 10.18318/td.2023.4.5.
- Bulaczek A., *Relacje pacjent-lekarz w psychiatrii aksjologicznej Antoniego Kępińskiego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2013 nr 11, s. 9–28.
- Gierowski J. K., *Przedmowa*, w: B. Grabski, *Podstawy badania psychiatrycznego dla studentów, lekarzy, psychologów i psychoterapeutów*, Kraków 2015, s. 9–12.
- Guardini R., *Koniec czasów nowożytnych. Świat i osoba. Wolność, miłość, los*, Kraków 1969.
- Grabski B., *Podstawy badania psychiatrycznego dla studentów, lekarzy, psychologów i psychoterapeutów*, Kraków 2015.
- Hammond C., *Przedmowa*, w: V. E. Frankl, *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, Warszawa 2012, s. 10–15.
- Iwaszczyszyn J., Kliś-Kalinowska A., Czekaj J., *Ból i cierpienie chorych w aspekcie filozofii dialogu (spotkania)*, w: *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarza, Kraków 2011, s. 162–168.
- Jakubik A., Masłowski J., *Antoni Kępiński – człowiek i dzieło*, Warszawa 1981.
- Kępiński A., *Autoportret człowieka. Myśli, aforyzmy*, red. J. Ryn, Kraków 1992.
- Kępiński A., *Poznanie chorego*, Kraków 2002.
- Kępiński A., *Psychopatie*, Kraków 1992.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1972.

Kępiński A., *Rytm życia*, Kraków 2007.

Kępiński A., *Schizofrenia*, Warszawa 1972.

Motyka M., *Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, Sztuka Leczenia, 2013 nr 3–4, s. 17–24.

Opoczyńska M., *Dialog innych albo inne monologi. Przypisy do psychoterapii*, Kraków 2018.

Tischner J., *Etyka solidarności oraz Homo sovieticus*, Kraków 1992.

Tischner J., *Ludzie z kryjówek*, <https://tischner.pl/ludzie-z-kryjowek/> [dostęp: 15.02.2025].

Wysocka M., Dziemska I., Dziemski W., *Mistyka spotkania. Laudato si' Evangelii gaudium i Amoris laetitia w świetle nauczania ks. Krzysztofa Grzywacza*, Kraków 2022.