

## OD PACJENTA DO OSOBY

### FROM A PATIENT TO A PERSON

Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”

**therapeutic attitude,  
patient-psychiatrist's  
relation**

*Autorka z perspektywy pacjenta przedstawia wiele aspektów relacji lekarz — pacjent, zwracając szczególną uwagę na problem zależności i władzy. Rozważa problem zaufania i zasługiwania na zaufanie, szacunku w stosunku do pacjenta, cierpliwości i pozostawiania mu miejsca na własne decyzje. Autorka przypomina niechlubne fakty historyczne dotyczące represji i prześladowań osób chorych psychicznie i zestawia je z postulatami Kępińskiego, by „traktować człowieka jak człowieka”.*

**Summary:** The author presents her reflections on the heritage of Professor Antoni Kępiński left in his books and in his successors. She, as a patient herself, tries to understand what is important in Prof. Kępiński's message 40 years after his passing away. With which of his priorities she would agree and which of them she would discuss. She makes efforts to imagine how Kępiński's attitude towards patients and towards the patient-therapist relation would be understood and received by the contemporary generation.

Na początek chciałam się odwołać do głównego tytułu konferencji: „Myśląc: Kępiński”. Moim pierwszym nasuwającym się skojarzeniem związanym z Profesorem Kępińskim, a zarazem najbardziej oczywistym z mojej perspektywy, jest: „Mam szczęście, że rozchorowałam się akurat w Krakowie”. Nie jest to jakieś szczególne odkrycie, wiele bliskich i znanych chorujących osób mówi to samo. Nasza koleżanka ze Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” — Jola Janik zwykła wręcz mawiać: „jak studiować — to tylko w Krakowie, jak leczyć się psychiatrycznie — to tylko w Krakowie”. Zarówno ja, jak i inne osoby chorujące mamy świadomość, że to swoistego rodzaju eldorado (niektórzy mówią też o „szczęśliwej wyspie”) zawdzięczamy przede wszystkim postaci Antoniego Kępińskiego. To owoce jego pracy sprawiają, że dziś łatwiej jest być pacjentem psychiatrycznym. To z jego myśli i doświadczenia do dzisiaj czerpią wiedzę i inspirację kolejne pokolenia psychiatrów. To wychowani w jego tradycji światopoglądowej i naukowej lekarze i terapeuci tworzą dziś psychiatrię zorientowaną na człowieka.

Przyznam szczerze, że odczuwam skrępowanie, wygłaszając sądy dotyczące Profesora, tym bardziej że naprawdę ciężko jest dziś mówić o nim, nie stroniąc od patosu i słów podziwu. Z przyczyn oczywistych nie miałam możliwości poznać go osobiście — urodziłam się już po jego śmierci. Ale są osoby, które pamiętają postać Kępińskiego, które były jego pacjentami lub które u niego „terminowały”, lub które przynajmniej znają bądź znały tych, którzy mieli z nim bezpośredni kontakt (na szczęście wiele wspomnień zostało spisanych). Na pewno jest wiele osób bardziej kompetentnych, znających bardziej wnikliwie jego dzieła, i rozumiem, że to one będą głównie dziś miały głos.

Jedyne, co ja mogę powiedzieć, to jakie są moje refleksje 40 lat po jego śmierci, co z niego przeżyło w książkach, w ludziach, których spotykam, w tradycji leczenia. Mogę opowiedzieć, jak ja go dzisiaj rozumiem, co wydaje mi się ważne, z czym się zgadzam, a z czym mogłabym dyskutować. Mogę spróbować wyrazić, jak odbierają go osoby z mojego pokolenia, z pokolenia o zupełnie innych doświadczeniach życiowych. Mogę próbować wyobrazić sobie, że jestem jego pacjentką i mogę mieć nadzieję, że ucieszyłby się, że nie tylko profesjonaliści, ale też zwykli pacjenci chcą uczcić jego pamięć — w końcu to im, nam poświęcił swoje życie.

Pierwszy raz bliżej z osobą Kępińskiego zetknęłam się na studiach, na zajęciach z psychiatrii. Byłam już wtedy po pierwszym epizodzie psychotycznym, po pierwszej dłuższej hospitalizacji, po urlopie dziekańskim z tym związanym, i na zajęcia z psychiatrii szłam lekko wystraszona. Pamiętam, jak na jednym z pierwszych zajęć, dotyczących schizofrenii, wykładowca powiedział, że choruje na nią 1% populacji, a skoro jest na sali około 100 osób, więc bardzo prawdopodobne, że jedna z siedzących tu ma takie doświadczenie. Po tej wypowiedzi stwierdziłam, że ten człowiek zna się na rzeczy i postanowiłam go słuchać — strach przerodził się w ciekawość. Zaczęłam wnikliwiej wsłuchiwać się w jego opowieści i oto, co z nich wyniosłam: szacunek dla pacjenta, dla jego osoby, dla jego woli, dla jego podmiotowości — to wszystko bez wielkich słów, niejako między wierszami w opowieściach o symptomach, objawach, genezie, leczeniu. Pomyślałam wtedy: skoro to jest uczeń Kępińskiego, to kim jest sam Mistrz? Wykładowca wielokrotnie odwoływał się do postaci Kępińskiego, najczęściej używając sformułowania, że miał szczęście, zaszczyt „terminować” u niego, zawsze podkreślając, że wiele się od niego nauczył.

To, co dziś dla mnie osobiście — pacjentki urodzonej już po śmierci Kępińskiego, wydaje się jego najważniejszym przesłaniem, zawarte jest w zasadzie w temacie wystąpienia: „Od pacjenta do osoby”. Spróbuję wyjaśnić, jak ja to rozumiem, jakie to dla mnie ma znaczenie. Zacznę od „pacjenta”.

Dziś słowo „pacjent” ma niestety negatywne konotacje, choć nie zawsze tak było. Wspomnieć trzeba, że źródłosłów słowa „pacjent” odwołuje się do łacińskiego „*patiens*, *patientis*”, co oznacza cierpiącego. Także etymologia niemiecka („*patient*”) i francuska („*patient*”) wskazują, że pacjent to ktoś, kto cierpi, komu trzeba pomóc. Do tego odnosi się moim zdaniem nie tylko zawód, ale i misja, posłannictwo lekarzy: pomóc pacjentowi, pomóc cierpiącemu, ulżyć w cierpieniu. Wzorując się na przysiędze Hipokratesa składanej przez lekarzy już w starożytności i wypracowanym wówczas kodeksie etyczno-moralnym lekarze do dziś ślubują: „według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic [...] mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek. [Ponadto lekarze przysięgają m.in.] nie nadużywać zaufania pacjentów i dochować tajemnicy lekarskiej [oraz] strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić”<sup>1</sup>.

Kępiński to dla mnie człowiek, którego życie zawodowe zaświadcza, że można dochować wierności tej przysiędze, uczynić z niej motto swojej pracy. Myślę, że dla Kępińskiego pacjent był przede wszystkim właśnie osobą cierpiącą — swoją pracę dedykował tym, „którzy więcej czują i inaczej rozumieją i dlatego bardziej cierpią” [1]. Myśli zawarte w jego

<sup>1</sup> Tekst Przysiężenia stanowi część Kodeksu Etyki Lekarskiej uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy

twórczości, ale też wiele spisanych relacji czy wspomnień tych, którzy go znali, wskazują, że rzeczywiście pacjent był dla niego najważniejszy, wszystkie działania, które podejmował, miały na celu wyłącznie dobro pacjenta, okazywał mu szacunek i nie nadużywał zaufania, był lekarzem, który traktował swój zawód jako misję, posłannictwo.

Dzisiaj wydaje się jakby było mniej człowieka, a zarazem mniej godności w słowie „pacjent” i równocześnie mniej wzniosłości w słowie „lekarz”, „doktor” (skądinąd „doctus” oznacza uczony). Dzisiaj słowo „pacjent” coraz częściej kojarzy się z poniżeniem, bezsilnością, niemocą, bezradnością. Dotyczy to nie tylko pacjenta psychiatrycznego, ale także somatycznego. Wielu pacjentów narzeka, że są traktowani instrumentalnie, przedmiotowo, relacje lekarz — pacjent są coraz trudniejsze, coraz bardziej skomplikowane, coraz więcej wzajemnych roszczeń i pretensji. Na taką sytuację bez wątpienia ma wpływ wiele czynników, w tym także uwarunkowania ekonomiczne i społeczne, funkcjonujące rozwiązania legislacyjne itp. Myślę jednak, że istota problemu tkwi w zasadzie od zarania dziejów w tym samym, a jest to mianowicie kwestia zależności. Spotkałam się kiedyś ze stwierdzeniem, że w zależności nie ma niczego złego, gdyż słowo to oznacza, że komuś na danej osobie, rzeczy czy sprawie zależy, ale nie wydaje mi się, aby to było aż tak proste. Parafrazując w tym miejscu Kępińskiego — absolutna zależność wiąże się z absolutną władzą. Każdy lekarz ma realną władzę nad swoim pacjentem, może ulżyć jego cierpieniu, z racji wykonywanego zawodu, decyduje o jego zdrowiu i życiu — wartościach, które powszechnie uznawane są za najcenniejsze dla człowieka. Pacjent musi lekarzowi zawierzyć, oddać się w jego ręce, zaufać jego wiedzy i doświadczeniu. Świadomość, że tak wiele zależy od nieraz faktycznie obcego nam człowieka, w kwestiach tak fundamentalnych, bywa przerażająca. Kępiński ujął to w ten sposób: „Lekarz jest ojcem i sędzią zarazem, który wyda wyrok o losie czekającym chorego” [2].

W szczególnej sytuacji znajduje się pacjent psychiatryczny. Kępiński zauważa: „Swoistość psychiatryczna stosunku chory — lekarz jest znacznie bardziej skomplikowana niż w medycynie »somatycznej«” [3]. Jeśli mówimy o władzy, jaką lekarz ma nad pacjentem, to lekarz psychiatra wydaje się mieć władzę szczególnie rozległą, potencjalnie może kontrolować myśli, uczucia czy wręcz duszę drugiego człowieka. Kępiński był tego świadom i przestrzegał: „Psychiatrzy na ogół nie zdają sobie sprawy z ogromu władzy i odpowiedzialności, jaki na nich ciąży” [4]. Taka władza stwarza ogromne i realne zagrożenie dla pacjenta. Lęki, które pojawiają się na początku terapii, nie są tak bardzo bezzasadne; myślę, że u ich podstaw leży tak naprawdę instynkt samozachowawczy. Na początku pacjent przede wszystkim boi się odsłonić, zawierzyć, boi się braku zrozumienia, braku akceptacji, śmieszności. Boi się zaufać. Kępiński z perspektywy wielu lat pracy z człowiekiem widział zagrożenie: „władza nad drugim człowiekiem jest jedną z najsilniejszych i najniebezpieczniejszych ludzkich żądz” [5]. Myślę, że to samo instynktownie czują pacjenci.

O znaczeniu zaufania w psychiatrii mówi się bardzo wiele, wszyscy wiedzą, że jest to kwestia fundamentalna, że bez zaufania nie ma możliwości dobrego kontaktu czy terapii. Natomiast stanowczo za mało się mówi o tym, że lekarz czy terapeuta muszą sobie na to zaufanie zapracować, a potem starać się, by go nie zawieść. Wiele rozważań poświęca się temu, jak zdobyć zaufanie pacjenta. Myślę, że to źle postawione pytanie. Zamiast pytać, jak je zdobyć, powinno się raczej zastanowić, jak sobie na nie zasłużyć. I w tym miejscu znów spojrzeć trzeba na Kępińskiego, który umiał sprawić, że nie tylko jego pacjenci mu

ufali, ale też późniejsi, w tym obecni potrafią, albo przynajmniej próbują, ufać psychiatrii. Nie wiem, nie sędzę, by Profesor miał jakieś specjalne techniki zdobywania zaufania, on właśnie na to zaufanie sobie zapracował swoim życiem, zawodową pracą, a przede wszystkim wartościami, które prezentował, w które wierzył i o które walczył. Niemniej starał się dawać jakieś wskazówki swoim następcom, dzielił się wszystkim, co odkrył. Zapisał wiele cennych myśli, dotyczących kontaktu lekarza psychiatry z pacjentem. Te, które wydają mi się szczególnie istotne, patrząc z „drugiej strony”, brzmią: „psychiatra powinien być dla chorego zawsze tym człowiekiem, przed którym może on się bezpiecznie odsłonić, który nie będzie go osądzał ani potępiał, który będzie starał się go zrozumieć i w miarę możliwości mu pomóc” [A. Kępiński *Schizofrenia*], oraz „psychiatra powinien swemu pacjentowi dodać odwagi i ułatwić mu szukanie prawdy o sobie” [6].

Mówił także o cierpliwości w kontakcie: „cierpliwość psychiatry musi być dosłownie bezgraniczna” [3] oraz „niekiedy psychiatra jest pierwszym człowiekiem, który ma cierpliwość wysłuchać chorego” [3]. Z perspektywy pacjenta cierpliwość wydaje mi się niezmiernie ważna, wręcz nieodzowna. W trakcie leczenia stykałam się z sytuacjami (zwłaszcza podczas hospitalizacji), w których oczekiwaniem lekarzy było, że zacznę się zwierzać, odkrywać przy pierwszej rozmowie. Na zrozumienie, nie mówiąc o zaufaniu, potrzeba czasu, starań i wysiłku. Myślę, że wielu lekarzom mogłoby pomóc zrozumienie pacjenta, gdyby spróbowali odpowiedzieć sobie samym na pytanie, ile w normalnej, nieterapeutycznej sytuacji potrzeba czasu, aby zaufać drugiej osobie? Albo przypomnieć sobie, ile czasu minęło, zanim zaufali swojemu obecnemu przyjacielowi, partnerowi? Z pewnością pomogłoby im to uzmysłowić, jak czuje się pacjent, od którego wymaga się, by się odkrywał. Ponadto w przypadku pacjentów psychiatrycznych, trzeba wziąć poprawkę, że najczęściej są to osoby w jakiś sposób zranione, ktoś już tego zaufania wobec nich nadużył. Mówiąc o powiernictwie psychiatry, terapeuty, Kępiński wielokrotnie odnosił się do pojęcia intymności. Jest to słowo, którego się w dzisiejszych czasach trochę boimy, a trochę wstydzimy. Kępiński natomiast nie bał się go oraz tego, co ono ze sobą niesie, i pisał: „swoistość intymności jest cechą ogólną związku chorego z lekarzem. Jeden z partnerów kontaktu jest skazany na obnażanie się. W medycynie somatycznej chodzi o obnażanie się cielesne, w psychiatrii — o psychiczne” [3]. I w innym miejscu: „natężenie intymności, które w kontakcie psychiatrycznym jest tak duże, jak może w żadnym innym związku między dwojgiem ludzi, stwarza skomplikowane powiązanie uczuciowe, często o ambiwalentnych oscylacjach” [3].

Dziś raczej częściej mówi się o zaufaniu, zapominając, że jego zdobycie to tak naprawdę początek drogi. Ważniejsze pytania to: jak to zaufanie wykorzystam, czy ja chcę dobra tego człowieka, czy ja chcę innych korzyści, czy umiem pogodzić się z jego wyborami, czy nie ulegam pokusie, że wiem lepiej, co dla niego jest słuszne? Mądrość Kępińskiego przejawia się także w myślach: „psychiatra ma tylko pomóc choremu w tym, by sam się zmienił, a nie może jego zmieniać” [3] oraz „im większy wpływ psychiatra chce na chorego wyrzucić, tym mniejszy wpływ wywiera” [4]. Bowiem prawdziwym dramatem jest uzależnienie pacjenta od siebie. Wówczas to, co podpowiadał mu instynkt, że traci kontrolę nad własnym życiem, staje się faktem. Mówiąc o uzależnieniu, mam na myśli sytuację, kiedy pacjent jest tak bardzo zależny od terapeuty i jego autorytetu, że nie wie, co ma myśleć, dopóki nie zapyta go o zdanie czy opinię, kiedy nie potrafi bez konsultacji

z nim podjąc decyzji dotyczących swojego życia. Mówiąc o uzależnieniu mam na myśli sytuację, w której terapeuta staje się tak ważny w życiu pacjenta, że liczy tylko na niego, mentalnie odwracając się od partnera, przyjaciół, rodziców czy innych bliskich. Zachodzi wtedy pytanie, czy terapia nie staje się w pewnym sensie substytutem życia?

W tym wszystkim nie można zapominać, że psychiatra czy psychoterapeuta jest często bardzo ważną, znaczącą postacią dla pacjenta, często jest tym, który jako pierwszy pomaga w oddzielaniu urojonej fikcji od realnej rzeczywistości. Jest w tym jak rodzic, który pomaga małemu dziecku odkrywać świat. I tak jak dziecko w pewnym momencie doznaje rozczarowania, grożącego pewnego rodzaju załamaniem, kiedy widzi, że rodzic nie jest nieomylny, tak i pacjent w pewnym momencie terapii przestaje wierzyć w nieomyślność terapeuty. Ma to pewien wymiar brutalności, zawodu, ale jest nieodłącznym elementem rozwoju, fazą, przez którą trzeba przejść, by osiągnąć następny etap niezależności, dojrzałości, świadomości, samostanowienia, samodecydowania, przejmowania odpowiedzialności za własne życie. A czyż nie o to tak naprawdę chodzi w terapii?

Dobrze jest też umieć przyznać, że pacjent ma prawo do błędu, do porażek, ma prawo do wycofania się, do poddania się bez walki. Jest to też rodzaj szacunku dla pacjenta, dla jego decyzji oraz pokora wobec jego niemocy. Kępiński pisał: „Podstawą kontaktu psychiatrycznego jest szacunek, a nawet pewna pokora wobec bogactwa odsłaniającej się przed oczyma struktury świata drugiego człowieka” [3].

Stopniowo przybliżając się do Kępińskiego, do jego myśli i wartości, takich jak właśnie szacunek czy pokora, wraz z nim pokonujemy mentalny dystans „od pacjenta do osoby”. Nie ma tu jakiejś daty czy zdarzenia granicznego. Przejście od pacjenta do osoby wyznaczają wartości, w które Kępiński wierzył, i myśli, które nam zostawił. Jeśli spośród nich ja miałabym wybrać tylko jedną, najważniejszą, najpełniejszą, czy najbardziej wartościową dla mnie, to z pewnością byłaby sentencja: „Podstawą wszelkich stosunków międzyludzkich jest traktowanie drugiego człowieka jako człowieka” [3]. Wydaje się ona prosta, ale jest niezwykle głęboka, surowa, mądra. Gdyby udało się każdemu z nas zastosować do tej jednej myśli Kępińskiego... Wprowadza ona uniwersalne wartości. Te, które wydają mi się kluczowe, to szacunek dla drugiego człowieka, jego podmiotowości, wolności wyboru. Tym, co tak naprawdę zmienił Kępiński, to zobaczył w pacjencie osobę, człowieka, zaczął go słuchać i uczył tego swoich następców. Dla Kępińskiego rzeczywiście osoba chorująca psychicznie jest nie tylko pacjentem, tym, który cierpi, któremu trzeba pomóc, nad którym powinno się pochylić, ale i osobą, człowiekiem, nauczycielem. To wydaje mi się prawdziwą spuścizną po Kępińskim. To przesłanie jest mi — i nie wątpię, że też wielu innym — bliskie 40 lat po jego śmierci. Zadziwiające, że nasze indywidualne obserwacje i doświadczenia prowadzą wielokrotnie do tych samych wniosków i konkluzji, które on lat temu bez mała 40 sformułował. Często też nowe doświadczenia, przemyślenia, sprawiają, że z biegiem czasu Kępińskiego rozumie się inaczej, może głębiej, co powoduje, że wciąż go można na nowo odkrywać. Świadczy to też jednak o jego wielkości, o tym, że z jednej strony wnikliwie poznał psychikę osób chorujących, z drugiej — że potrafił dostrzec, zanotować, wyodrębnić pewne rzeczy, zjawiska, mechanizmy czy wręcz reguły powtarzalne, niejako uniwersalne, ponadczasowe, skoro dziś, w roku 2012, ciągle istnieją, a jego zapiski nadal są pasującym kluczem do ich zrozumienia.

Na zakończenie chciałam podzielić się jeszcze jedną refleksją związaną z tematem: „od pacjenta do osoby”. Wydaje mi się, że ten wykład nie byłby pełny, gdybyśmy pominęli kontekst historyczny. Rozważając zagadnienia pacjenta osoby nie można nie pamiętać, że były też czasy, kiedy odbierano osobom chorującym psychicznie nie tylko prawa do bycia pacjentem, cierpiącym, ale nawet te bardziej podstawowe prawa: prawo do życia i prawo do zachowania gatunku. Myślę, że to bardzo ważne, dlatego pozwolę sobie przypomnieć w skrócie kilka faktów z historii. Aby to zrozumieć, trzeba by się cofnąć aż do XIX wieku, do postaci Francisa Galtona i wprowadzonej przez niego koncepcji eugeniki (dziś zwanej negatywną). Termin eugenika oznacza reprodukcję wartościowych przedstawicieli gatunku, przy równoczesnym zakazie posiadania potomków przez jednostki słabe, mniej wartościowe. Wśród tych uznawanych za słabych i mniej wartościowych były też osoby chorujące psychicznie. To w Stanach Zjednoczonych Ameryki, które dziś kojarzą nam się głównie z poszanowaniem takich praw, jak równość, wolność, tolerancja, w 1896 roku wprowadzono prawo małżeńskie oparte na kryteriach eugenicznych — powstał prawnie sankcjonowany zakaz zawierania małżeństw osobom chorym psychicznie, ograniczonym psychicznie i epileptykom. Następnym krokiem było zasądzenie w niektórych stanach możliwości sterylizacji osób uznanych za „nieprzydatne”, co doprowadziło do wysterylizowania ok. 64 tysięcy osób.

W naszej rzeczywistości, ze względu na uwarunkowania historyczne, bardziej znane są doświadczenia III Rzeszy. To właśnie tam został stworzony najszerszy program przymusowej sterylizacji. Już w 1933 roku wprowadzono w Niemczech ustawę zabraniającą zawierania małżeństw ze względów genetycznych, a następnie o zapobieganiu narodzinom obciążonego chorobą dziedziczną potomstwa. Później, na skutek propagandy hitlerowskiej, zaczęto wyłuskiwać ludzi „bezużytecznych”, dzielić wszystkich na „przydatnych” i „nieprzydatnych”. Nieprzydatnych głodzono, sterylizowano, a później zabijano. Utworzono około 200 sądów eugenicznych. Lekarze i położne zostali zobligowani, aby zgłaszać urodziny dzieci z podejrzeniem choroby genetycznej, w tym także choroby psychicznej — tylko po to, by można je uśmiercić. W sumie do 1945 roku zamordowano w ten sposób ok. 5 tysięcy dzieci. Tak więc najpierw odebrano osobom chorującym prawo do miłości, związku, później prawo do prokreacji, a wreszcie także prawo do życia. Równocześnie we wrześniu 1939 roku podjęto decyzję o likwidacji życia niewartego życia — niewartymi życia były osoby chorujące psychicznie. Zaczęto uśmiercać, eksterminować osoby chorujące psychicznie. Początkowo używano zastrzyków. Kiedy uznano to za mało efektywne, zaczęto stosowanie komór gazowych. Szacuje się, że w operacji, którą od głównej centrali decyzyjnej nazwano „T4” (Tiergartenstrasse 4), zabito ponad 70 000 chorych i niepełnosprawnych, wśród nich także pensjonariuszy szpitala w podkrakowskim Kobierzynie, gdzie 23 lipca 1942 roku eksterminowano 500 pacjentów.

Dziś, zwłaszcza dla ludzi z mojego pokolenia, może się to wydawać odległe, nierealne, niemożliwe do powtórzenia. Dlaczego tak ważne, aby mówić o tym dzisiaj? Po pierwsze, aby pamiętać, a po drugie, aby uzmysłowić sobie, że Kępiński — człowiek, któremu pacjenci zawdzięczają przywrócenie godności — żył i tworzył właśnie w takich czasach. Nie można nie pamiętać, że to był świat, w którym dojrzewał Kępiński. Doświadczenia II wojny światowej, koszmar Holocaustu miały wpływ na jego postawę, twórczość, późniejsze życie zawodowe. Sam doświadczył niewoli, był w obozie internowanych na

Węgrzech, przeżył obóz koncentracyjny w Mirandzie. Wiele czasu i uwagi poświęcił na prace nad patologią wojny i obozów koncentracyjnych, stworzył program badań nad skutkami traumy obozowej.

Żył w okresie, kiedy dokonywano największych zbrodni, także na osobach chorujących, i potrafił się z tym zmierzyć. Fakt, że już w tamtych czasach widział w pacjencie przede wszystkim człowieka, osobę — wyprzedzało z pewnością jego epokę. Mając to na uwadze, pamiętając, w jakich czasach żył, warto jeszcze raz zastanowić się nad jego wspomnianymi już wcześniej słowami, aby „traktować człowieka jak człowieka”.

Doceniając wkład Kępińskiego w polską psychiatrię, trzeba zauważyć, że mimo wszystko wielu go nie zrozumiało, wielu do niego nie dorosło. Co nam mówi o traktowaniu pacjenta psychiatrycznego jako osoby funkcjonująca do dzisiaj ustawa z 1964 roku zabraniająca zawierania małżeństw bez zezwolenia sądu, czego w tym względzie nauczyła nas historia, czego nauczył nas Kępiński? Czego nauczyliśmy się o szacunku dla drugiego człowieka i poszanowania jego godności, skoro do dziś zdarzają się w polskich szpitalach psychiatrycznych sceny niewiele odbiegające od tych znanych wszystkim z *Lotu nad kukulczym gniazdem*? Czy możemy powiedzieć, że pacjent jest nauczycielem, w sytuacji, kiedy wciąż doświadcza przemocy fizycznej lub, co boli jeszcze bardziej, pogardy i poniżenia? Czy na pewno dzisiejsza epoka, dzisiejszy świat dojrzał do Kępińskiego? Czy przypadkiem nie jest trochę tak, jak z innym wielkim Polakiem, Janem Pawłem II — szcycimy się, że był krakowianinem, jesteśmy dumni, że stąd pochodził, odwołujemy się do wielkich myśli, tradycji, wartości, ale czy wprowadzamy je w życie, respektujemy? Czy naprawdę czegoś się od Kępińskiego nauczyliśmy?

Kępiński pisał: „Przebywanie z chorymi psychiatrycznymi uczy człowieka głębszego spojrzenia na życie i na ludzką naturę” [3]. To samo można dziś powiedzieć o jego dziełach — przebywanie z nimi naprawdę uczy człowieka głębszego spojrzenia — naukę pobierają z nich nie tylko kolejne pokolenia lekarzy, ale i kolejne pokolenia pacjentów. Kępiński nie tylko pomaga lekarzom psychiatrom rozumieć pacjentów, ale i pacjentom rozumieć lekarzy. To pozwala na dialog. Nie zmarujemy tego.

### Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: PZWL; 1974.
2. Kępiński A. Poznanie chorego. Warszawa: PZWL; 1989.
3. Kępiński A. Autoportret człowieka. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1997.
4. Kępiński A. Rytm życia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2003.
5. Kępiński A. Lęk. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2002
6. Kępiński A. Psychopatie. Warszawa: PZWL; 1977.

Adres: [anna.liberadzka@wp.pl](mailto:anna.liberadzka@wp.pl)