

KĘPIŃSKI JAKO LEKARZ*

KĘPIŃSKI — A DOCTOR

Katedra Psychoterapii UJ CM
p.o. kierownika: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

psychotherapeutic relation

Autor, odnosząc się do własnych doświadczeń współpracy z Prof. Antonim Kępińskim, zwraca uwagę na znaczenie i źródła naszych postaw wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Wskazuje na znaczenie osobowości lekarza, terapeuty w budowaniu relacji terapeutycznej.

Summary: The author in correspondence with his mutual work with Prof. Antoni Kępiński, points out the importance and the sources of the psychiatrists' attitudes towards psychiatric patients. He indicates the role of the doctors' and therapists' personality in building the therapeutic relation.

Kępiński filozof, Kępiński naukowiec, Kępiński nauczyciel, Kępiński literat, Kępiński autorytet moralny — spośród wielu twarzy Antoniego Kępińskiego najważniejsza, chyba nie tylko dla mnie, jest postać Kępińskiego lekarza. Lekarza w szczególnie sposób traktującego pacjentów i innego niż większość psychiatrów. Było to zresztą elementem jego generalnej postawy życiowej. Wszystko było podporządkowane potrzebom chorych, którzy mieli do niego zawsze dostęp, byli najważniejsi, zajmowali mu prawie cały czas, także soboty i niedziele. Nie mogło się wydarzyć nic, ani w zakresie spraw życia osobistego czy rodzinnego, ani obowiązków administracyjnych (których zresztą nie znosił), dydaktyki czy prac naukowych, co byłoby ważniejsze od spotkania z pacjentem. Bardzo rzadko decydował się na wyjazdy z Krakowa — nawet krótkie — unikał udziału w konferencjach i zjazdach naukowych; poza Krakowem był w środowisku znany bardziej ze słyszenia niż z osobistych kontaktów.

Nie mówił o tym wprost, ale oczekiwał, że także jego koledzy będą gotowi do przedkładania spraw zawodowych nad osobiste. Było w tym coś budzącego nasz protest, czasami powodującego zarzut „niehumanitarnego” traktowania siebie samego i współpracowników. Jeśli nawet werbalnie oponował przeciw uznawaniu zawodu psychiatry za „powołanie”, to w rzeczywistości uważał, że wymaga on poświęcenia wszystkiego, co może być ważne w życiu, jeśliby przeszkadzało w spełnianiu obowiązków lekarza.

Nie był w tych czasach jedynym, kierującym się taką hierarchią celów i zadań. Należał do pokolenia, które — być może w konsekwencji doświadczeń okresu okupacji — było szczególnie uwrażliwione na potrzebę pomagania innym, gotowe do przedkładania potrzeb drugiego człowieka nad własne. W przypadku Kępińskiego było to jednak tak dobitne, że

* Wystąpienie na sympozjum „Myśląc: Kępiński”, 2 czerwca 2012 roku

aż budziło domniemanie istnienia jakichś ukrytych, szczególnych motywów, a — z drugiej strony — nawet skłaniało do przypisywania mu cech świętości, co było, skądinąd, pomysłem — mówiąc eufemistycznie — dość osobliwym.

Czy altruizm był jedną z cech jego osobowości, czy jednym z wymiarów roli zawodowej, takiej, jak ją rozumiał, długo by dyskutować. Chyba nie realizowałby takiego modelu bycia lekarzem, gdyby był on obcy temu, jakim był człowiekiem. A pozostawił po sobie wspomnienie kogoś, kto był po prostu dobry i przyjazny ludziom, a zarazem ogromnie rzetelny we wszystkim, co robił. Dobry, co nie oznaczało zgody na wszystko, czego ktoś sobie życzył. Niektórzy zarzucali mu nawet, że często w odmawianiu ich prośbom bywa bezwzględny i że nie liczy się z tym, czy zadaje ból swoim bliskim i współpracownikom. Ale moim zdaniem zachowywał się tak tylko wtedy, gdy uważał, że tego wymaga dobro kogoś chorego, słabszego czy skrzywdzonego przez życie.

Zarówno w kontaktach z pacjentami, jak i współpracownikami kierował się zasadą, że wszyscy ludzie są sobie równi, zasługują na przyjaźń i szacunek. Salowi, pielęgniarki, psycholodzy mieli takie samo miejsce w zespole terapeutycznym, jak lekarze. Był przy tym człowiekiem bardzo towarzyskim, jak to się mówi „zabawowym”, a w nieformalnych spotkaniach dążył do przełamywania barier wynikających z hierarchii służbowej.

Uważał też, że ci, którzy mają takie same obowiązki, powinni mieć też analogiczne prawa. Prowadziło to nieraz do działań sprzecznych z ustanowionymi administracyjnie regułami. Np. gdy został kierownikiem kliniki, postanowił, wbrew obowiązującym przepisom, że skoro wymaga od wszystkich, by zajmowali się chorymi, prowadzili zajęcia dydaktyczne i pracowali naukowo — niezależnie od tego, czy zatrudnieni są na etacie klinicznym czy szpitalnym — sprawiedliwe jest, by korzystali z równie długiego wypoczynku. Więc tych na etatach szpitalnych wysyłał na zwolnienia chorobowe, rekompensując im krótszy okres urlopu...

Mimo to, współpraca z nim łatwa nie była. Nieustającym powodem konfliktów był na przykład jego obyczaj przychodzenia do kliniki godzinę — dwie przed wszystkimi innymi lekarzami. Starał się jako pierwszy spotkać chorych przyjętych poprzedniego popołudnia lub w nocy. Nieraz o ósmej rano okazywało się, że chory, którym mieliśmy się zajmować, jest już zbadany przez Kępińskiego, że nie uszanowano naszego prawa pierwszeństwa w tworzeniu relacji i związku. Protesty i argumenty były nieskuteczne, nie zamierzał tego zmieniać. Teraz myślę, że doświadczenie pierwszego kontaktu, jakie dawały pacjentom te spotkania z Kępińskim, tworzyło ich pozytywne wyobrażenia o tym, jak będą traktowani w klinice, czego się mogą spodziewać. Wzbudzały u chorych oczekiwania, narzucające nam sposób działania. Więc może słusznie czynił?

Od 1958 roku, w którym zacząłem pracować w klinice psychiatrycznej, miałem okazję doświadczać, jak Kępiński — nieformalny „szef”, autorytet dla całego personelu — stanowi odniesienie dla kształtowania naszych własnych sposobów bycia lekarzem. Często byliśmy w opozycji do tego modelu, który niezmiernie trudno było naśladować, ale jeszcze częściej akceptowaliśmy go. W rozmowach, a chyba jeszcze bardziej w myśleniu, nieraz pojawiało się pytanie: „co by w tej sytuacji zrobił Antek?”. Szczególnie w trudnych sytuacjach. Na przykład: kiedyś, wchodząc na oddział, stałem się obiektem niespodziewanego ataku psychotycznej chorej. Odruch obrony czy bezpośredniej odpowiedzi na fizyczną agresję został sparalizowany taką właśnie myślą. Pojawiła się odpowiedź: „To nie o ciebie cho-

dzi, ona się czegoś przeraziła, obejmij ją, przytul, staraj się uspokoić”. Ten „wewnętrzny Antek” miał rację. Po kilkunastu minutach pacjentka, przeprasząc, opowiedziała mi o przerażających, zagrażających jej halucynacjach, przeżywanych w momencie mojego pojawienia się w drzwiach. Zrozumienie tego, co chory przeżywa i reagowanie na to, co jest treścią przeżywania, a nie na zachowania będące wyrazem, objawem tych przeżyć, to jedna z podstawowych dyrektyw funkcjonowania zawodowego, jakie przekazywał Kępiński. Uważał przy tym, że takie zakłócenia przeżywania trzeba uszanować, zaakceptować, między innymi dlatego, że są one per se wartością. Są często źródłem oryginalnej kreatywności, umożliwiając też dostrzeżenie aspektów rzeczywistości innych od tych, które są spostrzegane przez „normalnych” ludzi.

Nie oznaczało to, że „choremu wszystko wolno, bo przecież jest psychicznie chory”. W postawie takiego wybaczenia, tolerancji, zawarte jest wiele pogardy. Ze zrozumienia chorego wynikała akceptacja, a nie zaledwie tolerowanie odmienności. Kępiński zresztą w ogóle nie był tolerancyjny, przy tym był niezmiernie pryncypialny. Z tego, jakie zasady uważał za słuszne, jakimi wartościami się kierował, wynikały jego własne sposoby funkcjonowania jako lekarza i wymagania, jakie stawiał współpracownikom. Nie tolerował, gdy zdarzały się im odstępstwa od tych reguł — np. gdy przez kilka dni nie znajdowali czasu na rozmowę ze swoim pacjentem, gdy nie kontrolowali swoich emocji itp. Nie mówiąc już o tym, że przyjęcie przez personel łapówki lub jakiegokolwiek zarabianie na pacjentach kliniki było nie do pomyślenia, było sprzeczne z jego poczuciem przyzwoitości. Akceptował jedynie „kubany” w postaci kwiatów, książki, butelki alkoholu. Odrzucanie takich wyrazów wdzięczności uważał za upokarzające ofiarodawcę.

Nie lubił oddalać się od chorych, tych leczonych w szpitalu i w ramach praktyki prywatnej, o której ironicznie mówiło się „praxis aurea”. Ironicznie, bo było powszechnie wiadomo, że nie tylko nie przynosi mu ona znaczących dochodów, ale nawet bywało, że pacjent wychodził z pieniędzmi otrzymanymi od niego, zamiast mu płacić za wizytę. Chyba zwyczajnie lubił te rozmowy z chorymi, twierdził, że nieraz czerpie z nich więcej niż sam daje, uważał, że poznawanie chorego przynosi tyleż, a może nawet więcej korzyści poznającemu, co poznawanemu. Ciekawość poznawcza, zafascynowanie tajemnicą przeżywania, niezwykłością procesów psychicznych, do których uzyskuje się dostęp w kontakcie psychiatrycznym, było najprawdopodobniej jednym z motywów takiego sposobu bycia psychiatrą. Ale zarazem nieraz krytycznie mówił o tych fascynacjach, uważał, że nie należy pozwalać sobie na samo zaciekawienie niezwykłością przeżyć. Że powinno ono pozostawać na marginesie procesu leczenia, bo to zaspokojenie ciekawości jest uboczną korzyścią terapeuty i nie może dominować w relacji z pacjentem. W czasach, gdy neuroleptyki dopiero zaczynały być powszechnie używane, gdy psychiatra często był bardziej strażnikiem, dozorcą, opiekunem, niż lekarzem, znaczenie tej relacji ujawniało się szczególnie wyraźnie. Ale Kępiński uważał, że powstawanie związku między leczonym a leczącym jest zawsze, nie tylko w psychiatrii, podstawą leczenia. Dlatego twierdził, że każdy lekarz powinien być psychoterapeutą, a w psychoterapii za najistotniejsze uznawał nawiązanie kontaktu oraz budowanie emocjonalnej więzi, dającej pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, pewność, że jego problemy są rozumiane, relacji przynoszącej ulgę w cierpieniu.

W tym okresie wydawało się, że skuteczność terapeutyczna zależy głównie od tego, jakim człowiekiem jest psychiatra. Powszechnie uważano, że leczy jego osoba, osobowość. Także Kępiński przypisywał ogromne znaczenie cechom osób zajmujących się leczeniem, ich zdolnościom do empatii, kładł nacisk na wymiar relacji osobowej w pełnieniu roli psychiatry. Dostrzegał przy tym, że niektórzy, niezależnie od rodzaju i stopnia wykształcenia, są szczególnie pomocni pacjentom, że dysponują tym, co określano nazwą „osobowości leczącej”. Dostrzegał też jednak, że koncepcja istnienia takiej szczególnej osobowości stwarza rozmaite zagrożenia. Może się stać źródłem przekonania terapeutów, że są ludźmi wyjątkowymi, poczucia wyższości, wiary, że są „z samej swojej natury” uzdrowicielami i że cokolwiek zrobią, byle „autentycznie” i „zgodnie z sobą”, będzie dobre dla pacjenta. Kępiński dostrzegał to niebezpieczeństwo i starał się je ograniczać. Przestrzegał przed „grzechem pychy”, bezpodstawnym zaufaniem do siebie i swojej wiedzy. Złośliwi, zresztą chyba nie bez jakiejś racji, twierdzą, że psychiatrzy (i w ogóle personel szpitali psychiatrycznych) szczególnie często są sami w jakiś sposób zaburzeni. Jeśli to twierdzenie jest — przynajmniej w jakiejś mierze — prawdziwe, ujawnianie swojej autentyczności niekoniecznie może służyć chorym. Kępiński twierdził, że konieczne jest filtrowanie spontanicznych odruchów i reakcji przez racjonalne myślenie oparte na wiedzy, doświadczeniu życiowym i kompetencjach zawodowych. Dlatego lekarz psychiatra musi ciągle starać się poznawać siebie. W różnych sytuacjach, jakie powstają w czasie spotkań z chorymi, może i powinien nieustannie poszerzać tę samowiedzę po to, by prawidłowo, racjonalnie, rozumieć pacjentów i działać w sposób korzystny dla nich. Uważał, że leczący klimat uczuciowy relacji terapeutycznej powstaje nie tylko w konsekwencji otwartości terapeuty, jego szczególnych cech osobowości, ale także w następstwie intelektualnej kontroli postaw i zachowań leczącego. Zasadą działania lekarza miała być „kontrolowana spontaniczność”.

Relację terapeutyczną uważał za podstawowe narzędzie, jakim dysponuje lekarz. Przypisywał jej przede wszystkim działanie łagodzące cierpienia chorego, chociaż być może także działanie leczące. (Dziś pewnie mówilby — szerzej — o roli oddziaływania niespecyficznych czynników terapeutycznych i o ich uruchamianiu w ramach takiej relacji.) W poglądach Kępińskiego na znaczenie relacji i związku terapeutycznego było jednak zawarte coś więcej niż tylko troska o komfort emocjonalny: w ramach takiego kontaktu powinno dochodzić do porządkowania chaotyczności w przeżyciach chorego, do nazwania uprzednio niedookreślonych doznań i wrażeń. Każde zachowanie psychiatry powinno mieć charakter pobudzenia do takiego porządkowania.

Zasady tworzenia relacji terapeutycznej, takiej, jaką proponował i tworzył Kępiński, niezmiernie trudno oddać w kilku słowach. Oczywiście życzliwość i szacunek, zainteresowanie osobą chorego i jego umiejętność ograniczania indukcji napięciem przeżywanym przez pacjenta i promieniowanie spokojem — to wszystko było ważne. Ale jeszcze ważniejsze wydaje się to, co pozostawało w sferze intencji — a wynikało z nastawienia, z postawy, z jaką Kępiński wchodził w relacje z chorymi i jaką starał się nam przekazać — intencji pomagania w cierpieniu. Wyrażała się w tym jego pokora wobec enigmaty choroby i chorowania, ale zarazem też pewna nuta nihilizmu terapeutycznego. W jakiejś mierze stanowiła ona chyba pokłosie też psychoanalizy, głoszącej, że nie ma nic takiego jak „wyleczenie”, że nigdy nie można żadnego procesu terapii (analizy) uznać za zakończony.

Kępiński dostrzegał to i poszukiwał sposobów zmniejszania zagrożeń związanych z takim poglądem. Nie widział jednak alternatywy i nic w tym dziwnego — nie tylko wówczas, ale także dzisiaj nie dysponujemy wiedzą umożliwiającą jednoznaczne określenie granicy między chorobą a zdrowiem psychicznym, a więc i kryteriów „wyzdrowienia”. W tej sytuacji uznawał za nieuchronne wieloletnie kontakty pacjenta ze swoim psychiatrą, podtrzymywanie relacji i związku, w gruncie rzeczy powodujące uzależnienie.

Krytyczny stosunek do istniejącej wiedzy nie oznaczał rezygnacji z posługiwania się wszystkimi dostępnymi elementami wiedzy psychopatologicznej i wszystkimi dostępnymi metodami postępowania terapeutycznego. Zdaniem Kępińskiego świadomość ich ograniczonej wartości stanowi jednak, obok tej wiedzy, ważny element kompetencji psychiatry. Przykładem może być jego stosunek do farmakoterapii. Np. wkrótce po okresie entuzjazmu związanego z pojawieniem się leków neuroleptycznych Kępiński zauważył, że oddziałują one przede wszystkim na manifestację objawową, a nie na przyczyny zaburzeń. Podkreślając więc wartość dysponowania tymi lekami, dostrzegał ją jednak głównie w zmniejszeniu bezradności personelu i wynikającej z niej agresji wobec chorych. Uważał, że większe znaczenie niż bezpośrednie oddziaływanie neuroleptyków na pacjenta ma powstawanie u lekarzy poczucia, że dysponują skutecznymi narzędziami leczenia. Jego krytycyzm wobec możliwości stwarzanych przez farmakoterapię wynikał między innymi z systemu wartości, którym się kierował. Na pierwszym miejscu tego systemu stawiał racjonalność. Wynikał z tego bardzo krytyczny stosunek do wszystkiego, co było nieracjonalne — przesadnej, „promocyjnej” prezentacji wartości nowych leków, do wszelakich ideologii i teorii naukowych, do przepisów administracyjnych i norm, także prawnych; do wszystkiego, co miało charakter wiary, a nie wiedzy wynikającej z doświadczenia. Dlatego uważał np., że przed zastosowaniem u pacjentów jakiegoś nowego leku powinniśmy sprawdzić jego działanie na sobie, nakłaniał też do przeprowadzania kontrolowanych, klinicznych badań jego skuteczności.

Ta postawa sceptycyzmu i dystansu do obiegowych prawd była widoczna zarówno w jego sposobie uprawiania medycyny czy kierowania kliniką, jak i w dyskusjach na rozmaite tematy, także w czasie towarzyskich spotkań. Nieraz podważał pozornie oczywiste twierdzenia o świecie i życiu, czasem podawał w wątpliwość niektóre — pozornie oczywiste — zasady etyczne mające kierować postępowaniem lekarza. Kiedyś, gdy ogromnie zadowolony z siebie na rannej odprawie sprawozdawałem walkę o życie umierającego na dyżurze, ciężko chorego somatycznie i psychicznie pacjenta, usłyszałem, że nie mam z czego być dumny, bo niepotrzebnie tylko zwiększyłem jego cierpienie. Żebym zastanowił się, czy rzeczywiście chodziło mi o dobro pacjenta. W pierwszej chwili osłupiałem. Ale miał rację, te kilka dni, o które przedłużyłem choremu życie, były wypełnione jedynie bólem i lękiem.

Postawa dążenia do racjonalności powodowała sceptycyzm, z jakim traktował także psychiatryczną „naukowość”, zwłaszcza pretensje rozmaitych teorii do „jedynie prawdziwego” wyjaśniania zaburzeń i mechanizmów ich powstawania. Kępiński lekarz przywiązywał większą wagę do posługiwania się w poznawaniu chorego metodą kliniczną niż naukową, eksperymentalną. Przede wszystkim dlatego, że psychiatria nie dysponuje możliwościami ścisłego pomiaru zjawisk, ale także dlatego, że skoro istotą eksperymentu jest ograniczanie pola obserwacji, rzeczywiste poznanie chorego człowieka jest niemożliwe. Diagnoza

psychiatryczna musi brać pod uwagę całość, wszystkie ujawniające się problemy jednostki i jej interakcje z innymi ludźmi, odsłaniać ich dynamikę. Staje się to dostępne jedynie w spotkaniu badanego z badającym, uczestniczącym obserwatorem zachowującym krytyczny dystans do tego, co sam w tę sytuację wnosi, zdającego sobie sprawę z tego, jakie zakłócenia stwarza jego obecność. Przeciwnie, niż można by oczekiwać od lekarza, starał się więc unikać diagnozowania w kategoriach wynikających z systemów klasyfikacyjnych. Przede wszystkim dlatego, że są one zawsze zafałszowanym uproszczeniem. Ale poza tym „etykieta” chorego psychicznie (szczególnie określenie „schizofrenia”), uruchamia deprecjonujące przeżywanie siebie związane z usłyszeniem przez pacjenta takiej diagnozy. To przeżywanie siebie, zwłaszcza gdy jest wzmacniane reakcjami otoczenia, samo, nawet bez oddziaływania procesu chorobowego, może doprowadzić do inwalidyzacji.

Poznawanie chorego i zaburzeń jego przeżywania oznacza w gruncie rzeczy podejście kazuistyczne, bo przecież każdy pacjent jest inny, każdy choruje inaczej i inne są przyczyny jego choroby. Kępiński zastępował diagnozę opisem, czymś w rodzaju noweli stwarzającej możliwość oddania indywidualnej i niepowtarzalnej specyfiki zaburzenia. Na taki opis składały się elementy mające charakter biologiczny, społeczny i psychologiczny, porządkowane w przekrojach „horyzontalnym” — to znaczy aktualnej struktury zaburzeń — i w „podłużnym”, dynamicznym w historii życia i rozwoju. Gdy opisywał przeżywanie chorego, umiejscawiał poszczególne elementy w strukturze zaburzeń pacjenta, a nie w porządku historycznym. Był w tym oponentem myślenia psychoanalitycznego, ograniczonego do penetracji wczesnodziecięcych doświadczeń i przebiegu rozwoju jednostki, nie zwracającego dostatecznej uwagi na aktualne zakłócenia przeżywania.

Poprzez próby określenia pacjenta w przecięciu się tych dwóch wymiarów, „aktualnego” i „historycznego”, dążył do uzyskania całościowego, syntetycznego obrazu. Myślę, że umożliwił mu to zarówno talent literacki, jak i gruntowne, humanistyczne wykształcenie. Tylko nieliczni z nas potrafili go niekiedy naśladować. Teksty, jakie pojawiały się w historiach choroby po badaniach przeprowadzanych przez Kępińskiego, nieraz czytało się jak nowelę, w której pacjent był głównym, ale nie jedynym bohaterem.

W publikacji w „Przeglądzie Lekarskim” z 1983 roku¹, próbując przedstawić poglądy Antoniego Kępińskiego decydujące o jego sposobie uprawiania medycyny, uznaliśmy za najważniejsze holistyczne traktowanie problematyki klinicznej, diagnozy i terapii. Kępiński należał do tych lekarzy, którzy uważali, że choroba — każda, nie tylko zaburzenie psychiczne — jest elementem ludzkiej egzystencji i wobec tego należy leczyć chorego, a nie jego chorobę. A chory jest osobą osadzoną i uwikłaną w środowisku, w jakim żyje, jego leczenie nie może toczyć się w oderwaniu od tego środowiska. Dlatego oburzał się, gdy niektórzy z nas odmawiali kontaktów z rodziną pacjenta, zajmowali się tylko sferą jego „życia intrapsychicznego” i powstrzymywali się (często w imię założeń teoretycznych, a wbrew zdrowemu rozsądkowi) od jakichkolwiek usiłowań modyfikacji tych sytuacji, nawet wówczas, gdy ich patogeny wpływ był ewidentny.

Kępiński uważał, że w leczeniu trzeba posługiwać się wszystkim tym, czym dysponuje aktualna terapia psychiatryczna. Ale był przeciwny najpowszechniejszej z dostępnych wów-

¹ J.W. Aleksandrowicz, J. Bomba, E. Broszkiewicz, M. Orwid: Kępiński jako klinicysta. Przegląd Lekarski 1983; 12: 843–848

czas metod: leczenia na oddziałach szpitalnych. Krytykował ich tradycyjną, hierarchiczną strukturę, wciskającą w sztywne ramy i stwarzającą pacjentowi — zajmującemu najniższą pozycję w „hierarchii dziobania” — znikome możliwości manewru w odbierających wolność i prywatność „kukułczych gniazdach”, którymi było wiele instytucji psychiatrycznych. Kierowane przez siebie oddziały opierał na zasadach społeczności terapeutycznej. Głównym założeniem był podział odpowiedzialności i wzajemna komunikacja w obrębie zespołu tworzonych przez pacjentów i terapeutów, wspólnie realizujących codzienne zadania. Był też przeciwny decydowaniu za chorego, radzeniu mu, co ma zrobić, zarówno w czasie pobytu na oddziale, jak i po wypisaniu z niego. Naciskanie, zalecanie przez terapeutę podjęcia decyzji życiowych — np. o rozwodzie, wyprowadzeniu się z domu rodziców, zmianie pracy — uznawał za niedopuszczalne manipulowanie chorym. To, co psychiatra uznaje za dobre dla pacjenta, wynika przecież z jego, terapeuty, postaw i przekonań, z jego systemów wartości. Nie ma żadnego uzasadnionego powodu mniemać, że może to być korzystne także dla pacjenta. Natomiast uznawał za obowiązek lekarza pomaganie chorym w załatwianiu spraw bytowych — mieszkania, renty, w rozwiązywaniu konfliktu w miejscu pracy czy w domu; wspieranie ich w samodzielnie podejmowanych decyzjach życiowych i w dokonywaniu takich zmian w swoim życiu, które uznają za konieczne.

Trudno jest zmierzyć się w kilkunastominutowym wystąpieniu z zamiarem opisania tego, co stanowiło o sposobie funkcjonowania Kępińskiego w jego codziennym, lekarskim działaniu. Próba taka wydaje mi się jednak szczególnie potrzebna obecnie, w sytuacji skomercjalizowania medycyny, podporządkowanej wszechobecnym regułom ekonomicznej efektywności; w sytuacji kształtowania lekarzy tak, by byli sprawnymi technokratami stosującymi bardziej lub mniej zasadne standardy, umożliwiające bezpieczne, ale i w znacznej mierze bezmyślne, wykonywanie zawodu; medycyny powodującej niezadowolenie pacjentów, traktowanych jak przedmiot mający być źródłem dochodu. Coraz powszechniejsze są protesty wobec zasad „opieki zdrowotnej”, sprzedającej swoje świadczenia tak jak każdy inny towar obecny na wolnym rynku wobec medycyny, która, podobnie jak fabryka guzików czy samochodów, ma być przede wszystkim fabryką pieniędzy. To, co prezentował Kępiński jest alternatywą, z której wartości warto zdawać sobie sprawę, mimo że może wydawać się staromodna, a nawet niepoprawna politycznie.

Adres: mzaleksa@cyf-kr.edu.pl