

## CZEGO DZIŚ UCZYMY SIĘ OD ANTONIEGO KĘPIŃSKIEGO \*

### WHAT WE ARE TAUGHT BY KĘPIŃSKI TODAY?

Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM  
Kierownik: dr hab. med. Andrzej Cechnicki

#### schizophrenia therapeutic relation

*Autor próbuje znaleźć klucz do zrozumienia psychozy i poszukuje wskazówek dla codziennej pracy terapeutycznej. Podkreśla znaczenie relacji i opisuje podejście terapeutyczne stymulujące proces zdrowienia i odczytuje, zapisane przed czterdziestu laty, praktyczne zalecenia Profesora. Wyraża przekonanie, że w psychiatrii powinien nastąpić powrót do humanistycznego podejścia w duchu Antoniego Kępińskiego i pogłębienie wrażliwości na fundamentalne potrzeby pacjentów i ich rodzin.*

**Summary:** The author, basing on *Schizophrenia* by Antoni Kępiński, attempts to find a key to understand psychosis and seeks suggestions for everyday therapeutic work. He emphasizes the importance of therapeutic relationship and bonding with the patient on the way towards a common world. In this process, the patient is getting closer to us and helps us to know ourselves better. The author describes a therapeutic approach to stimulate the healing process and reiterates the 40-years old practical recommendations of Professor Kępiński, who expected individual treatment of each patient, encouraged to teach patients to manage their own treatment and to treat them as experts in their own experiences. The author believes that psychiatry should return to the humanistic approach in the spirit of Antoni Kępiński and deepen its sensitivity to the fundamental needs of patients and their families.

Czytałem *Schizofrenię* [1] jako student, potem jako młody psychiatra, i czytam teraz, kiedy patrzę na moje życie zawodowe, spędzone wśród osób chorujących na schizofrenię, z pewnego oddalenia. Za każdym razem było to trochę inne odczytanie, ale pozostawiało wspólne uczucie, że Profesor wysyła nas na misję niemożliwą: zrozumieć i leczyć schizofrenię. Wysyła, bo jest przekonany, że się powiedzie.

### Przesłanie Kępińskiego

Kępiński pisał *Schizofrenię* wsłuchany w historie opowiadane przez swoich pacjentów. Zostawił nam klucz, z jakim mamy ją czytać. Proponował, aby „patologię traktować jako wyolbrzymienie zjawisk zachodzących u każdego człowieka, tj. stać na stanowisku continuum — braku ostrej granicy między normą a patologią. Należy choremu dyskretnie ukazać, jaką wartość mają jego psychotyczne przeżycia, w jaki sposób wiążą się one z jego dotychczasowym życiem, w jakim stopniu są wynikiem złego doń przystosowania i w jaki sposób życie to wzbogacają” [1, s. 283].

---

\* Tekst jest przedrukowany (za zgodą Wydawcy) z posłowie do *Schizofrenii* Antoniego Kępińskiego wydanej przez Wydawnictwo Literackie w 2009 roku.

Kępiński opowiada się za tą tradycją, która w myśleniu o schizofrenii podkreśla to, co wspólne, a nie to, co specyficzne. Takie rozumienie schizofrenii owocuje w zaleceniach terapeutycznych: Profesor uważa, że stały związek z drugą osobą, włączenie chorego w akceptowaną przez niego aktywną wspólnotę, ciągła aktywizacja zdrowych sił w chorym człowieku i mobilizacja ukrytych możliwości rozwojowych, jest oddziaływaniem zwróconym ku istocie choroby, gdyż wpływa na harmonizację wewnętrznego rozszczepienia. Mamy więc za zadanie wprowadzić chorego na schizofrenię w przestrzeń wspólną. Nasza uwaga przesunęła się z psychotycznego epizodu na przebieg życia ze schizofrenią, a przebieg życia ze schizofrenią przesunął się z instytucji do środowiska. Dostaliśmy więc zadanie kształtowania nie tylko wspólnoty terapeutycznej z pacjentem w instytucji, w okresie ostrej psychozy, ale przestrzeni wspólnej przez lata wspólnego życia poza szpitalem („wspólny świat” — *koinós kosmós*), [1, s. 273, 280]. Można to wyrazić jeszcze inaczej: trzeba przestać pisać historię choroby i zacząć pisać historię życia.

Kępiński uczy nas, że schizofrenia nie jest tylko chorobą mózgu, że takie ujęcie jest jednostronne i zawężające. Jej objawy są różnorodne i trudno poddają się obiektywizacji, a subiektywne cierpienie jest bardzo rozmaicie przeżywane przez osoby chorujące. Jednak koncepcje zdrowienia (*recovery*) i orientacji na subiektywne doświadczenie stały się właśnie dzięki Profesorowi wartościową perspektywą, inspirującą już trzy kolejne pokolenia psychiatrów. Pomaga nam borykać się z mitem o nieuleczalności i chronicznie niekorzystnym przebiegu schizofrenii.

Z długiej obserwacji i terapeutycznej wspólnoty z chorymi wynikają dwa stwierdzenia. Po pierwsze, odkrywamy, że „chore objawy” mają zrozumiałą związek z wewnętrznym życiem chorego, że za tym, co odbieramy jako niezrozumiałe, schowany jest człowiek, a zadaniem osób leczących i pomagających jest poznać i zrozumieć świat przeżyć chorego. Podobnie jak u człowieka zdrowego można stwierdzić związek między jego wnętrzem a doświadczeniami życiowymi. W próbie ich tłumaczenia trzeba traktować te doświadczenia jako „wyolbrzymienie zjawisk zachodzących u każdego człowieka” [1, s. 283]. Kępiński opowiadał się za brakiem ostrej granicy między normą i patologią. Często związek między symptomem a wewnętrznym wyobrażeniem, podobnie jak we śnie u osób zdrowych, pozostaje symboliczny. Na przykład przeżycia halucynacyjne mają związek z przeżywanymi i nieprzepracowanymi emocjami. Rozpoznanie tego typu związków płynie ze wspólnoty terapeutycznej z chorym i odwrotnie, żąda tego typu wspólnoty jako drogi do „wspólnego świata” [1, s. 273]. Wówczas za ekspresją pustki odkrywamy bogaty świat przeżyć, gdzie „znajdujemy nieraz własne skryte marzenia, tłumione uczucia, pytania, na które nie umieliśmy dać odpowiedzi i które z czasem przestały nas nękać. Chory staje się nam coraz bliższy, gdyż pomaga nam poznać lepiej samych siebie” [1, s. 281]. Taki rodzaj kontaktu, o którym dzisiaj piszą krewni i przyjaciele pacjentów w konkursach literackich „Słowo może ranić, słowo może leczyć” w programie „Schizofrenia — Otwórzcie Drzwi”, umożliwia ekspresję uczuć i zobaczenie swojego miejsca w zwykłym świecie.<sup>1</sup> Inaczej, chorzy skłonni są do ukrywania się jak ślimak w skorupie.

Na kilku stronach kończących książkę zawarł Profesor najbardziej nowoczesne i aktualne do dzisiaj przesłanie terapeutyczne. Dawał proste wskazówki, choć wymagające dużego za-

<sup>1</sup> zob. „Dla nas”, czasopismo środowisk działających na rzecz osób chorujących psychicznie. 2005, nr 4.

angażowania od zespołu terapeutycznego. Pisał, że leczenie choroby wynika z jej rozumienia, a złożone przyczyny wymagają kompleksowego podejścia biopsychospołecznego. Podkreślał rewolucyjne znaczenie, dzisiaj już kolejnych generacji, neuroleptyków, ale zachował sceptycyzm co do faktu, czy leczą istotę choroby. Uważał, że dzięki ich wpływowi na łagodzenie objawów lęku, agresji, urojeń czy omamów, a więc pobudzeniu remisji — najbliższe otoczenie stopniowo przestawało bać się osób chorujących psychicznie, zmienił się też wygląd szpitala psychiatrycznego. Minęło dotychczasowe uczucie bezsilności i pesymizmu, a bardziej optymistyczna postawa automatycznie stymulowała postępujący proces zdrowienia. Równocześnie proroczo przestrzegał przed używaniem nadmiernych dawek, „nadmiernej szczodrości” [1, s. 279] w leczeniu, przy długim stosowaniu leków sugerował „zmniejszenie dawek do minimum” [1, s. 279] i apelował o indywidualne traktowanie każdego pacjenta.

Aktualne badania nad wynikami przebiegu choroby przekonują nas, że o długotrwałych korzyściach decyduje dobra współpraca pomiędzy lekarzem i pacjentem. Wspólne uzgadnianie planu terapeutycznego, uczenie chorych kierowania własnym leczeniem, sugerowanie przez pacjenta lekarzowi dawkowania leków, a więc traktowanie pacjentów jako ekspertów od swoich dolegliwości — to jest właśnie odczytanie zaleceń Profesora zapisanych w jednym małym rozdziale przeszło czterdzieści lat temu [1].

Antoni Kępiński oczekuje w relacji terapeutycznej szacunku i ciepła oraz otwartości, nawet jeżeli mamy do powiedzenia trudną prawdę na przykład o konieczności hospitalizacji. Dzisiaj uważamy, że powinniśmy te sytuacje przewidywać i nawet podpisać specjalne „porozumienie o leczeniu” w okresie ustąpienia objawów (remisji) o tym, kto i w jaki sposób ma taką procedurę wdrożyć. Praktyka kliniczna ciągle stawia nas przed pytaniami, jak budować zaufanie, rozwijać relacje, pogłębiać wrażliwość w postrzeganiu i reflektowaniu, pobudzać motywację, kiedy świat społeczny budzi w chorym uczucie niepewności i lęku.

Profesor oczekuje też, że osoba chorująca na schizofrenię, która ma mało szans na zerwanie związku z instytucją leczniczą na zawsze, w pewnej fazie leczenia powinna przeżyć doświadczenie możliwie jak największej autonomii i niezależności w relacjach z terapeutą, instytucją leczniczą i otoczeniem społecznym. Dlatego też w programach terapeutycznych kategoria wolności czy, aby rzec mniej patetycznie, aktywności własnej pacjentów jest równie ważna, jak kategoria zdrowia. Kępiński przestrzega przed przesadną nieco szczodrością terapeutyczną w wypadku leczenia schizofrenii. Od terapeuty oczekuje przede wszystkim, aby starał się poznać i zrozumieć świat przeżyć chorego, był z nim bezpośredni i stwarzał atmosferę ciepła i szacunku. Uważał, że należy szanować poczucie wolności chorego człowieka, a nie wprowadzać go na siłę do klatki normalnego życia.

Antoni Kępiński uczy nas, że schizofrenia nie jest tragicznym losem, zachęca do tworzenia pozytywnej wizji terapii, zaprasza pacjentów do aktywnej roli współautora programu terapeutycznego i wciąga rodzinę w sojusz do walki z chorobą, co pozwala odzyskać utracone przez kryzys psychotyczny poczucie wpływu na własne życie.

### **Pacjent i nauczyciel**

Antoni Kępiński wyznaczył osobie z zaburzeniami psychicznymi szczególną rolę: „pacjenta i nauczyciela”. Píše o lekarzu i chorym jako o „dwóch autorach” [2, s. 51]. Uważał, że profesjonaliści zajmujący się leczeniem, rehabilitacją czy też świadczeniem

pomocy powinni wsłuchać się w głos osób chorujących. Nauczał, iż doświadczenie nazywane „schizofrenią” rzuca światło na pytania egzystencjalne wspólne chorym i zdrowym, konfrontuje nas ono z dylematami ważnymi dla nas wszystkich. Dzięki temu możemy wzbogacać się o wiedzę, która dotyczy granic poznawalności świata i własnych przeżyć, rozróżnienia między złudzeniem a rzeczywistością, kryteriów prawdy i fałszu, sensu życia i jego metafizycznych odniesień. Umocnieni wiedzą czerpaną z pierwszej ręki, powinniśmy lepiej rozumieć potrzeby i oczekiwania osób chorujących psychicznie, które są adresowane do nas jako terapeutów i do instytucji, jakie mamy współtworzyć. Codzienna praktyka spotkania i rozmowy z chorującymi to coś więcej niż próba zrozumienia samego zaburzenia psychicznego. To wysiłek budowania wartości, jaką jest społeczna więź łącząca ludzi słabych z silnymi, chorych ze zdrowymi. Spotkanie z osobą, której pomagamy, odbywa się zatem nie tylko w przestrzeni relacji terapeutycznej. Całokształt oddziaływań oraz wspólnej pracy terapeuty i pacjenta przechodzi swoisty rodzaj sprawdzianu w momencie, gdy człowiek po kryzysie psychicznym powraca do aktywnego życia, odbudowuje siebie jako istotę społeczną. Proces owego powrotu opiera się na założeniu, iż osoba doświadczająca zaburzeń psychicznych może, powinna i chce żyć wśród nas. Poprzez spotkanie, bycie z drugim człowiekiem, możemy budować, wzmacniać oraz wzbogacać swoje wnętrze. To, kim jestem i jaki jestem, zależy w dużej mierze od sposobu, w jaki kształtuję kontakt z drugim człowiekiem. Szeroko rozumiany proces zdrowienia rozpoczyna się od spotkania z osobą i podjęcia dialogu. Język to pierwszy krok ku zniesieniu dzielącej nas bariery. Kiedy rozpoczynamy rozmowę, nawiązuje się pierwszy kontakt ponad barierami. Dychotomia „my — oni” zaczyna przekształcać się w akceptującą inność drugiego wspólnotę. To jest punkt wyjścia do wszelkich psychospołecznych działań.

Dla Kępińskiego fundamentalną rolę w leczeniu odgrywa relacja pomiędzy pacjentem a jego terapeutą. Terapeuta osób chorujących na schizofrenię, chcąc przyjąć lekcję Kępińskiego, musi scalić w sobie dwie perspektywy.

Z jednej strony musi mieć gotowość zanurzenia się w wewnętrzny świat chorego i towarzyszenia mu w chorobie. Musi też mieć umiejętność akceptacji i ciekawość chorego. Powinien starać się zrozumieć i nadać sens przeżyciom, porządkując wewnętrzny chaos. Jest to możliwe poprzez obecność, która nie wyraża się szybkim działaniem, troskliwość, która nie ma nic wspólnego z całą machiną inżynierii społecznej.

A równocześnie terapeuta musi być wrażliwy na zjawiska, które są realnym doświadczeniem naszych pacjentów i ich rodzin. Mam tu na myśli: bezdomność, bezrobocie, pusty dzień, samotność, pauperyzacja w świecie konsumpcji, zniszczone przez wszechobecny rynek społeczne nisze, komercjalizacja, brak albo pęknięcie więzi rodzinnych i społecznych (a nawet wrogość i odrzucenie), piętno, pogłębione przez zwykły brak wiedzy o chorobie i leczeniu, brzemień i przeciążenie rodziny, wypalenie w zespołach prowadzących leczenie i rodzinach podejmujących trud opieki — a więc zjawiska, z którymi w terapii osób chorujących na schizofrenię stykamy się codziennie. Od stopnia i umiejętności, w jakim poszczególni terapeuci, zespoły terapeutyczne i instytucje potrafią scalić, zintegrować te dwie, jakże często rozszczepione perspektywy w spójne działania w duchu Antoniego Kępińskiego (ale też Manfreda Bleulera, Luca Ciompiego czy Klause Dörnera), powtórzmy — od stworzenia wspólnej przestrzeni, będzie zależał wynik zmagania z indywidualnie

przeżywanym doświadczeniem psychozy, które my w uproszczony sposób nazywamy schizofreniami. I tę wrażliwość na sprawy fundamentalne zawdzięczamy Profesorowi.

Można więc powiedzieć, że zadanie jest dosyć jasno wyrażone — wystarczy działać w duchu Kępińskiego — jak mówi dzisiaj wielu psychiatrów społecznych. Przyznaję, że jest to przesłanie mi bliskie i nie potrafię znaleźć nic bardziej wartościowego ani bardziej sensownego w pracy z chorymi na schizofrenię.

Zaczął się nowy, dwudziesty pierwszy wiek i dzisiaj pracujemy w zmieniającym się szybko świecie, pełnym zarówno nadziei, jak i nowych zagrożeń. Wyobrażam sobie Profesora przechodzącego ze swoimi pacjentami przez „Otwarte Drzwi” na Brackiej i Gołębiej w Krakowie w Dniu Solidarności z Osobami Chorującymi na Schizofrenię.

### **Piśmiennictwo**

1. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2009.
2. Poznanie chorego. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2002

Adres: [mzcechni@cyf-kr.edu.pl](mailto:mzcechni@cyf-kr.edu.pl)