S t u d i a P h i l o s o p h i c a
W r a t i s l a v i e n s i a
vol. XI, fasc. 4 (2016)

MACIEJ HUDZIEC
Uniwersytet Wrocławski

Antoni Kępiński — swoistość i granice poznania drugiego człowieka w perspektywie spotkania

Profesor Kępiński był znakomitym lekarzem, myślicielem i humanistą, który swoją twórczością inspirował nie tylko psychiatrów, ale także filozofów; najlepszym tego przykładem jest choćby esej J. Tischnera pt. *Ludzie z kryjówek*[1]. Filozof spotkania niejednokrotnie wskazywał na wartość rozważań krakowskiego profesora w kwestii problematyki antropologicznej, podkreślając ich doniosłe znaczenie[2]. Kępińskiemu z kolei nie była obca lektura filozoficzna. Cenił sobie precyzję i klarowność myśli prof. Romana Ingardena oraz prof. Władysława Tatarkiewicza[3]. We własnych pracach wykraczał poza dziedzinę psychiatrii i dotykał problemów typowo filozoficznych, głównie z zakresu antropologii i epistemologii.

Autor dzieła *Poznanie chorego* w swych dociekaniach dotyczących specyfiki poznania drugiego człowieka daje się odczytać jako myśliciel dialogiczny[4]. Fundamentalną kategorię w jego koncepcji, podobnie jak w filozofii dialogu, stanowi kategoria spotkania. Cenne w jego ujęciu jest to, że jej pojęcie nie wynika tylko z refleksji, ale żywej praktyki psychiatrycznej. Kategoria spotkania ma obszerną li-

[1] Esej ten jest bezpośrednim odniesieniem do książki Kępińskiego pt. *Psychopatie*. Por. J. Tischner, *Myślenie według wartości*, Kraków 1993; oraz A. Kępiński, *Psychopatie*, Kraków 2013.

[2] J. Tischner pisał: „Antoni Kępiński, lekarz psychiatra. Ten wie o człowieku więcej niż Freud, Heidegger, Lévinas. W moim przekonaniu jest to pierwsza po polsku odczuta, po polsku napisana, z polskiej dobroci płynąca, a zarazem uniwersalnie mądra, polska filozofia człowieka. Zarazem jakiś niezwykły sposób ratowania człowieka przed światem i przed samym sobą", zob. *Uzdrawiająca Gęba*, [w:] W. Bonowicz, *Kapelusz na wodzie. Gawędy o Księdzu Tischnerze*, Kraków 2010, s. 90.

[3] Por. B. Winid, *Antoni Kępiński jako psychiatra*, „Znak" (1975), nr 254 (8), s. 990–1001.

[4] O analogiach myśli Antoniego Kępińskiego z myślami takich przedstawicieli filozofii dialogu, jak M. Buber, E. Levinas, J. Tischner czy G. Simmel pisał Tadeusz Gadacz w jednym z własnych artykułów. Zob. T. Gadacz, *Profesor Kępiński — myśliciel dialogiczny,* „Psychoterapia" 4 (163), (2012), s. 19–26. Również Józef Maciuszek podkreśla dialogiczny charakter myśli Kępińskiego. Zob. J. Maciuszek, *Obraz człowieka w dziele Kępińskiego*, Wrocław 1996.

© for this edition by CNS

teraturę przedmiotu, my skupimy się na niej nie tyle jako na kategorii filozoficznej, lecz elemencie poznania drugiego człowieka i związanych z tego typu poznaniem granicami. Przyjrzymy się doświadczeniu spotkania pacjenta z lekarzem i łączącej ich relacji.

W praktyce krakowskiego psychiatry spotkania terapeutyczne, które prowadził, odbywały się w atmosferze wzajemnej otwartości i bliskości, zgodnie z naczelną dyrektywą poznawczą, którą przyjmował, tj. że wejście w świat przeżyć Innego, wczucie się i chęć zrozumienia może się tylko odbyć w kontakcie bezpośrednim, którego podstawą jest więź emocjonalna. Filarem psychoterapii i warunkiem właściwego kontaktu lekarza z chorym jest emocjonalna bliskość[5].

Doświadczenie i poznanie drugiego człowieka w jego bezpośredniości i naoczności, jakim jest spotkanie psychoterapeutyczne[6], odbywa się w dialogu. Rozmowa będąca podstawowym środkiem leczenia chorego stanowi główny element kontaktu psychiatrycznego[7]. Przez rozmowę należy rozumieć dialog w sensie mowy, na który w odróżnieniu od komunikacji słownej składają się sygnały zarówno słowne, jak i pozasłowne.

W porozumieniu poznającego i poznawanego, psychiatry i pacjenta, ważne jest nie tylko to, co wypowiadane, ale przede wszystkim obszar pozasłowny[8]. Kontakt psychiatryczny to wzajemna wymiana sygnałów, werbalnych i niewerbalnych, to również pewna gra pytań i odpowiedzi, w której nie jest najistotniejsze to, co chory mówi, ale jak[9] mówi, jak udzielając odpowiedzi, manifestuje swój byt[10]. Elementem dialogu jest również cisza. Lekarz, zdaniem Kępińskiego, nie powinien jej się bać, jej twórczy charakter odgrywa niezmiernie ważną rolę w procesie poznania; często w trakcie ciszy więcej się dzieje niż podczas wypowiedzi[11]. Tak rozumiany dialog może się odbywać tylko w żywym kontakcie, w spotkaniu twarzą w twarz, jest w nie wpisany, wpleciony[12]. Wymaga on jednak spełnienia pewnych warunków. Do najbardziej podstawowych należą: chęć zbliżenia się, otwarcie na innego, podmiotowe spojrzenie, a więc dostrzeżenia w człowieku cech typowo ludzkich, nieocenianie, uznanie autonomii poznawczej badanemu i przede wszystkim zachowanie

[5] Por. A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 2012, s. 322.

[6] Kępiński pisał: „Psychoterapia jest »spotkaniem« [...]". Zob. *ibidem*, s. 344.

[7] Por. *ibidem*, s. 338. A w Poznaniu chorego pisał: „głównym instrumentem diagnostyczno-terapeutycznym pozostała rozmowa z chorym". A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Kraków 2013, s. 127.

[8] Por. A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 335.

[9] Kępiński podkreślał, że nie jest aż tak istotna warstwa pojęciowa, jak sposób manifestowania się całości bycia człowieka, sposób, w jaki on odpowiada, reaguje oraz towarzyszące temu emocjonalne tło. Andrzej Kokoszka w jednym z własnych artykułów dotyczących myśli Kępińskiego również podkreśla istotne znaczenie niewerbalnego kontaktu w dialogu terapeutycznym. Zob. A. Kokoszka, *Dialog według Antoniego Kępińskiego. Komentarz do sesji „Pacjent jako osoba"*, „Psychoterapia" 4 (163), nr 12, s. 47– 54.

[10] Por. M. Opoczyńska, *Psychologia egzystencjalna wobec pytań o możliwości i granice poznania drugiego człowieka egzystencjalna wobec pytań o możliwości i granice poznania drugiego człowieka*, [w:] *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalne*j, red. M. Opoczyńska, Kraków 2004, s. 181.

[11] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 131. Pisał: „W całościowym oddziaływaniu lekarskim metoda komunikacji pozawerbalnej wydaje się najważniejsza". Zob. A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 368. I jest ona szczególnie istotna w przypadku gdy chory nie jest w stanie wypowiedzieć własnych myśli, na przykład kiedy cierpi na afazję.

[12] Por. A. Węgrzecki, *O poznaniu drugiego człowieka*, Kraków 1992, s. 96.

© for this edition by CNS

emocjonalnej bliskości. Poznanie psychiatryczne nie może być zatem poznaniem z dystansu, odbywać się może tylko w żywym kontakcie, w spotkaniu, w emocjonalnym złączeniu, elementem, którego jest rozmowa.

Spotkanie

Spotkanie można rozumieć na wiele sposobów. Spotkać się można z czymś lub kimś, zarówno z człowiekiem, jak i sferą przedmiotów. Mogą to być przedmioty realnie istniejące, jak i te, które nie istnieją, przedmioty będące tworami człowieka lub nimi niebędące oraz zjawiska czasowe, takie jak wydarzenia czy sytuacje, mogące trwać krótko lub długo[13]. W tak szeroko pojętym znaczeniu spotkanie można odnieść do rozmaitego rodzaju faktów. Nas interesować będzie tylko jeden typ spotkania, mianowicie spotkanie człowieka z człowiekiem — lekarza z pacjentem. I nie chodzi tu bynajmniej tylko o współobecność na zasadzie przebywania obok siebie w sposób niezaangażowany[14], tak jak na przykład w tłumie, ale o spotkanie, które jest pewnym wydarzeniem zachodzącym między dwojgiem angażujących się w nie osób. W tego typu spotkaniu człowiek świadomie otwiera się na drugiego człowieka, umożliwia mu poznanie siebie i sam go poznaje. To, co się wydarza w trakcie spotkania, jest przeżyciem, współprzeżywaniem obydwu stron dialogu, będących jego aktywnymi uczestnikami. Spotkanie jest również dialogiem, jest bezpośrednie i naoczne[15]. Żeby spotkanie mogło się wydarzyć, wszystko, co pośredniczy i zakłóca jego przebieg, musi być usunięte. Muszą być zatem zachowane wstępne warunki, by dialog był możliwy. Kępiński, odnosząc się do możliwości spotkania, twierdzi, że jednym z warunków dialogu chorego z lekarzem jest pozbycie się stereotypiza-

[13] *Ibidem*, s. 90.

[14] Por. *ibidem*.

[15] Kategoria spotkania, jak już wspominaliśmy, odgrywa zasadniczą rolę w myśli dialogicznej, nazywanej także filozofią spotkania. Dla przedstawicieli tej filozofii nie każdy dialog jest źródłowym spotkaniem. Stąd też, jak twierdzi T. Gadacz, trudno zaliczyć do filozofii dialogu na przykład teorię komunikacji J. Habermasa, w której akcent zostaje położony na język. Spotkanie według przedstawicieli filozofii dialogu wydarza się dzięki mowie, która jest czymś różnym od języka. Por. T. Gadacz, *Filozofia dialogu*, [w:] *idem*, *Historia filozofii XX wieku. Nurty: neokantyzm, filozofia egzystencji, filozofia dialogu*, Kraków 2009, s. 507. Widoczne są tutaj podobieństwa myśli dialogicznej z myślą Kępińskiego, którego interesowała przede wszystkim mowa i jej tło emocjonalne. To, co dane jest źródłowo i bezpośrednio, to właśnie emocjonalna mowa odróżniana przez Kępińskiego od mowy pojęciowej, języka mającego strukturę gramatyczno-komunikacyjną. Pożyteczne będzie tutaj Saussurowskie rozróżnienie na *langue* i *parole*, w którego rozumieniu *langue* — język to pewien system znaków mający własną strukturę gramatyczną, który realizuje się, urzeczywistnia — jako że sam jest pewną abstrakcją — w indywidualnych aktach werbalnych, w *parole* — mowie. Por. W. Doroszewski, *Przedmowa do wydania pierwszego*, [w:] F. de Saussure, *Kurs językoznawstwa ogólnego*, tłum. K. Kasprzyk, Warszawa 1991. Do komunikowania się wystarczy nam znajomość języka i otwartość na sens wypowiedzi, inaczej jest w przypadku dialogu. Zarówno dla Kępińskiego, jak i dialogików dialog jest pojmowany w sensie mowy, która, jak już wspominaliśmy, jest przejawem tego, co indywidualne i konkretne. Mową wyrażony zostaje podmiotowy stosunek do drugiej osoby i do rzeczywistości. Mowa ma więc głęboki wymiar. Język natomiast jest powierzchowny i uprzedmiotawiający. Krasicki powie: „język »przedmiotowy« [»podmiot — przedmiot«] jest językiem zdegradowanym, w którym ujawnia się brak najgłębszego wymiaru języka, tj. wymiaru intymnej głębi osoby". Zob. J. Krasicki, *Ja, Ty, On*, [w:] *idem*, *Przeciw nicości*, Kraków 2002, s. 25.

© for this edition by CNS

cji[16], a więc otwarcia pewnej przestrzeni, w której chory odsłoni przed nami to, co w nim intymne, własne przeżycia. Pozbycie się stereotypów jest jednym z kilku warunków umożliwiających dotarcie do tego, co źródłowe, do spotkania i dialogu.

Autor *Rytmu życia* pojmuje spotkanie jako szczególnego rodzaju relację, łączącą lekarza z pacjentem, relację o charakterze emocjonalnym. Tego typu relacja nie jest relacją przedmiotową, ale relacją podmiotową i dialogiczną[17]. W jednej z własnych książek profesor określa związek łączący tych dwoje jako jeden „z najpiękniejszych związków istniejących w stosunkach międzyludzkich"[18]. Jest on, w rzeczy samej, związkiem typowo ludzkim. I choć nie można wprost nazwać tej relacji miłością, to mechanizmy nią rządzące są podobne właśnie do uczucia miłości[19]. W tego typu relacji człowiek nie może zwracać się do drugiego jak do przedmiotu, widzi w nim człowieka, nie przedmiot.

Zdaniem Kępińskiego stosunek do ludzi może mieć dwojaki charakter, może się odbywać poprzez relację podmiotową lub przedmiotową. Warto zaznaczyć przy okazji, iż idea dwojakiego podejścia do człowieka obecna jest również w filozofii dialogu[20]. Obu relacjom czy też postawom odpowiadają dwie płaszczyzny: pozioma płaszczyzna emocjonalna i pochyła płaszczyzna wolicjonalna[21]. Spotkanie lekarza z chorym jest spotkaniem dwojga ludzi i powinno odbywać się tylko na płaszczyźnie poziomej. Pochyła płaszczyzna wolicjonalna jest płaszczyzną, na której podmiot spotyka się z przedmiotem. Tego rodzaju relacja wyraża instrumentalne podejście do badanego zjawiska i jest charakterystyczna dla modelu poznania przyrodniczego[22]. Przyrodnik, spoglądając na człowieka jakby z góry, czyni z niego przedmiot własnej obserwacji, widzi w nim tylko to, co zewnętrzne, nie dostrzega tego, co specyficznie ludzkie, a więc tego, co wykracza poza świat przedmiotów fi-

[16] Kępiński niejednokrotnie mówił o tym, by wyzbyć się wszelkich stereotypów, etykiet diagnostycznych szufladkujących chorego i uniemożliwiających poznanie drugiego. Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 6–7.

[17] Kępiński, podobnie jak egzystencjaliści, podkreślał podmiotowy, wolnościowy i indywidualny charakter człowiek oraz krytykował perspektywę poznawczą, która nie uwzględniałaby tychże własności.

[18] A. Kępiński, *Rytm życi*a, s. 284.

[19] Por. *ibidem*, s. 350–351.

[20] Na ten fakt zwracał uwagę zarówno T. Gadacz, jak i J. Maciuszek. Martin Buber, pisząc o dwóch postawach, jakie można przyjąć w stosunku do człowieka, twierdził, że postawa przedmiotowa wyrażona w słowach: „Ja–To" jest postawą doświadczenia, a doświadczać, jego zdaniem, można tylko rzeczy; z człowiekiem natomiast można się spotkać lub wejść w relację, w dialog. Postawę relacji wyraża formuła: „Ja–Ono". M. Buber pisał: „Świat jako doświadczenie należy do podstawowego słowa Ja–To. Podstawowe słowo Ja–Ty ustanawia świat relacji". Zob. M. Buber, *O Ja i Ty*, [w:] *Filozofia dialogu*, B. Baran (oprac.), Kraków 1991, s. 39.

[21] Dla Kępińskiego stosunkom do świata i otoczenia odpowiadają dwie płaszczyzny: pochyła płaszczyzna wolicjonalna wyrażająca relację przedmiotową i pozioma płaszczyzna emocjonalna wyrażająca relację podmiotową. Zob. A. Kępiński *Poznanie chorego.*

[22] Kępiński przeciwstawiał się wykorzystywaniu metod stosowanych w naukach przyrodniczych do badań nad człowiekiem. Podobnie jak Dilthey wyróżniał dwie perspektywy poznawcze i poznaniu przyrodniczemu przeciwstawiał poznanie typu animizacyjnego — zwane również humanistycznym — będące emocjonalną relacją dwojga ludzi. Koncepcja poznania, którą proponuje Kępiński, wpisuje się w krytykę naturalizmu metodologicznego — którą dobitnie przedstawił w swojej książce pt. *Poznanie chorego* — i jest odpowiedzią na próby zaszczepienia modelu przyrodniczego na grunt psychiatrii.

© for this edition by CNS

zycznych, tego, co psychiczne[23]. Na tego typu płaszczyźnie dialog nie jest możliwy. Relacja pochyła jest zaburzoną relacją dialogiczną i uniemożliwia poznanie drugiego człowieka. Wobec tego, z konieczności, należy przejść z płaszczyzny pochyłej na płaszczyznę poziomą, która realizuje się w postawie emocjonalnej.

W poznaniu psychiatrycznym człowiek jest dany całościowo i bierze aktywny udział w procesie poznania, nie jest już tylko biernym jego uczestnikiem. Ponadto w relacji podmiotowej zostaje zachowana poznawcza autonomia, będąca przejawem wolności człowieka i warunkiem powodzenia poznania[24]. W spotkaniu człowiek jest dany jako podmiot, żywy organizm, który zachowując autonomię wobec poznającego, może odmówić mu dostępu i nie dać się poznać. Natomiast obiektem badań przyrodnika jest zjawisko należące do świata fizycznego, dające się zmierzyć i zważyć. Ideałem takiego poznania jest obiektywność[25]. Zdaniem Kępińskiego w podejściu naukowym — przyrodniczym człowiek zostaje zredukowany do przedmiotu. Zakłada się przy tym jednocześnie, że przedmiot badań nie wpływa na przebieg badania, nie uczestniczy w nim. W tego typu relacji poznający i poznawany są w pewnym sensie zdegradowani — poznający staje się biernym rejestratorem faktów i danych doświadczenia, poznawany zaś traktowany jest jako rzecz dająca się mierzyć, ważyć i kontrolować poznającemu[26]. Pochyła wolicjonalna zamyka możliwość dialogu, a odpowiadająca jej relacja jest relacją bezosobową. Przyrodnik wyklucza możliwość oddziaływania i obserwacji ze strony poznawanego, patrząc na niego z góry, podporządkowuje go sobie do założonego przez siebie wcześniej planu[27].

Proces terapeutyczny nie spełnia warunków doświadczenia naukowego, takich jak możliwość jego sprawdzenia w sensie wymierności i powtarzalności. Jest czymś niepowtarzalnym i niedającym się przewidzieć. Stąd też spotkania człowieka z człowiekiem nie można zaplanować, przewidzieć jego przebiegu, ułożyć według wcześniej założonego projektu.

kontakt z drugim człowiekiem jest bowiem w mniejszym lub większym stopniu nieprzewidywalny i nieoznaczalny. Im kontakt jest bardziej bezpośredni i intymny, tym mniejszy jest stopień oznaczoności. W bardzo powierzchownych kontaktach towarzyskich można posługiwać się stereotypowymi formułami rozmowy. Również tam, gdzie dystans między rozmówcami jest zbyt wielki, np. w kontaktach z dygnitarzami, rozmowa może być ujęta w stereotypową formułę[28].

W tego typu relacjach nie ma miejsca na dialog w sensie mowy, możliwa jest tylko pozbawiona mocy terapeutycznej komunikacja[29]. Znaczenia nabiera mowa

[23] Według Kępińskiego możliwie jest bezpośrednie poznanie cudzych stanów psychicznych. Zob. *ibidem*.

[24] Por. A. Węgrzecki, *O poznaniu drugiego człowieka*, s. 86–88.

[25] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 17.

[26] M. Opoczyńska, *Psychologia egzystencjalna wobec pytań o możliwości i granice poznania drugiego człowieka*, s. 171.

[27] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 23. Kępiński pisze: W „płaszczyźnie poziomej — podmiotu do podmiotu, [...] obserwujący jest jednocześnie obserwowanym i odwrotnie". Zob. *ibidem*.

[28] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 101. *W Rytmie życia* (s. 345) pisał: „spotkanie z chorym jest zjawiskiem niepowtarzalnym [...]".

[29] „Język nie tylko jest środkiem komunikacji, lecz też środkiem magicznym [...]", *ibidem*, s. 365.

© for this edition by CNS

pojęciowa, istotne jest to, co się mówi, a nie jak się mówi. Język dialogiczny zostaje zastąpiony językiem, który w odróżnieniu od mowy mającej głęboki wymiar jest językiem „rzeczowym", zewnętrznym i analitycznym[30]. Emocjonalna więź zostaje zerwana, a tym, co interesuje uczestników rozmowy, jest to, co zewnętrzne — obszar struktury sensu języka, konkretne wypowiedzi. Tego typu relacja nie jest możliwa w kontakcie psychiatrycznym, jeśli chce się dotrzeć do przeżyć chorego. Spotkanie terapeutyczne wiąże się z emocjonalnym zaangażowaniem i, co więcej, z wzięciem odpowiedzialności za innego, za chorego. Stosunek, jaki ich łączy, ma charakter intymny i towarzyszy mu niezwykle silny ładunek emocjonalny[31]. W związku z ciężarem tego ładunku, którego lekarz niejednokrotnie nie jest w stanie udźwignąć, dokonuje on obiektywizacji badania psychiatrycznego, uciekając się do teorii, które pośredniczą w poznaniu — lekarz patrzy przez ich pryzmat na pacjenta, odsuwając chorego od siebie — tworzą dystans między lekarzem a chorym. Obiektywizacja chorego, przed którą przestrzegał Kępiński, jest, jak twierdzi, mechanizmem obronnym, który pomaga lekarzowi w ucieczce przed odpowiedzialnością, wiążącą się z wejściem w emocjonalny świat przeżyć chorego i nieuchronnie prowadzi do przejścia lekarza z płaszczyzny poziomej na płaszczyznę pochyłą kontaktu, z relacji podmiotowej na relację przedmiotową[32]. Co więcej jest również wyrazem lęku lekarza przed tym, co inne (*various*), przed chorobą psychiczną[33]. Tylko pozioma relacja w badaniu psychiatrycznym umożliwia lekarzowi dialog i wejście w intymny świat przeżyć osoby chorej[34]. Kępiński obok odpowiedzialności, jaka spoczywa na lekarzu, podkreślał również tragiczność bezpośredniego doświadczania człowieka w spotkaniu[35].

Spotkanie jest także doświadczeniem cierpienia, jakim dotknięta została osoba chora[36]. Choroba, będąca cierpieniem i źródłem tragedii, zmusza człowieka do szukania pomocy. Lekarz jest tym, który wychodzi cierpiącemu naprzeciw. Chory,

[30] Por. J. Krasicki, *Ja, Ty, On*, s. 25.

[31] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 46. Warto wspomnieć, że kategoria odpowiedzialności odgrywa znaczącą rolę w filozofii E. Levinasa, w spotkaniu twarzą w twarz. Pisał: „Odpowiedzialność rozumiem jako odpowiedzialność za drugiego, a więc odpowiedzialność za to, co nie jest moją sprawą lub nawet mnie nie dotyczy; lub za tego, który patrzy na mnie, jest osiągnięty przeze mnie jako twarz", oraz „więź z drugim zawiązuje się tylko jako odpowiedzialność [...]". Zob. E. Levinas, *Etyka i nieskończony. Rozmowy z Philippem Nemo*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, Kraków 1991, s. 54–55. Choć, jak słusznie stwierdza T. Gadacz w jednym z własnych artykułów „Odpowiedzialność [Kępiński — M.H.] rozumiał, nie tak radykalnie jak Levinas. Była ona bliższa rozumieniu Ingardena, bardziej czynna niż bierna". Zob. T. Gadacz, *Profesor Kępiński — myśliciel dialogiczny*. Tischner również odnosi się do odpowiedzialności, która jego zdaniem jest moralną reakcją na głos doświadczenia drugiego człowieka w jego cierpieniu. Zbigniew Kuderowicz, odnosząc się do tej kwestii, pisze: „Reakcja ta wzbudza poczucie odpowiedzialności za stan i działanie drugiego; jest tym bardziej intensywna, im więcej krzywdy i cierpienia odkrywamy w drugim człowieku". Zob. Z. Kuderowicz, *Józef Tischner — filozof i etyk*, [w:] *Filozofia XX wieku*, Z. Kuderowicz (red.), Warszawa 2002, t. 1, s. 158–159.

[32] Por. *ibidem*.

[33] „Psychiatra broni się przed tym uczuciem [lękiem — M.H.] etykietą choroby psychicznej, tą nazwą stara się wszystko wytłumaczyć". A. Kępiński, *Lęk*, Kraków 2015, s. 305.

[34] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 46.

[35] *Ibidem*. O tragiczności spotkania i doświadczaniu cierpienia drugiego w trakcie spotkania pisał też J. Tischner, *Myślenie według wartości*.

[36] Por. A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 282.

© for this edition by CNS

szukając ratunku, pokłada jednocześnie nadzieję w lekarzu, że ten mu pomoże[37]. Wszystko to odbywa się w atmosferze zależności, intymności i szacunku wobec cierpiącego. Obnażający własną intymność pacjent musi czuć szacunek, dający pewność i gwarancję, że ten nie zostanie potępiony, że jego intymna sfera przeżyć zostanie nienaruszona, że dochowana zostanie tajemnica[38]. Związek, jaki łączy tych dwoje ludzi, jest związkiem typowo ludzkim. Zaangażowanie emocjonalne, a więc bliskość i brak dystansu, są tym, co charakteryzuje psychiatryczny kontakt. Lekarz jest tym, który poznaje świat chorego i niesie pomoc. Doświadczenie spotkania ma zatem nie tylko wartość poznawczą, ale i etyczną. W sytuacji dramatyczności i oczekiwań osoby chorej trudno zachować postawę naukową, która jest postawą dystansu. Stąd też tak ważny jest stosunek emocjonalny, który umożliwia zbliżenie i zrozumienie chorego. Aby mogło do tego dojść, chory musi czuć obecność żywego człowieka i być taktowany jak żywy człowiek[39].

Doświadczenie wydarzenia, jakim jest spotkanie, wymaga spełnienia pewnych warunków, bez których nie jest ono możliwe. A więc otwarcia pewnej przestrzeni, w której chory zrzuci własną maskę i da się poznać lekarzowi takim, jakim jest naprawdę. Może się to dokonać tylko dzięki emocjonalnemu zbliżeniu, które wyklucza relacja przedmiotowa, bo będącą relacją z dystansu[40]. Do najistotniejszych warunków należą:

Otwartości i szczerości
Nieoceniania badanej osoby
Uznania autonomii chorego, będącej przejawem jego wolności
Umiejętności słuchania
Chęci zrozumienia
Szacunku
Uczuciowej atmosfery[41]

Warunek pierwszy jest bezpośrednio związany z krytyką badania przyrodniczego, które zdaniem Kępińskiego dostarcza nam fragmentarycznej wiedzy o człowieku. Ponadto, tego typu badanie w związku z zachowaniem wymaganej w nim zasady neutralności jest poznawaniem z dystansu, wykluczającym emocjonalne zaangażowanie zarówno poznającego, jak i poznawanego[42]. Obraz, do którego dąży naukowiec, ma być obrazem obiektywnym, a w każdym razie powinien on do obiektywności dążyć. Psychiatria, wyróżniająca się spośród nauk medycznych z uwagi

[37] „Lekarz jest tym, który wyprowadzi chorego z cierpienia i słabości, przywrócić go normalnemu życiu". Zob. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 44.

[38] Por. *ibidem*, s. 128. „Intymność zobowiązuje do tajemnicy".

[39] Por. *ibidem*, s. 46.

[40] Kępiński twierdził, iż tylko w sytuacji zbliżenia możliwe jest poznanie drugiego człowieka. Umożliwić je ma emocjonalny kontakt, który nie jest pożądany w badaniu przyrodniczym. Stąd też poznanie przyrodnicze jest poznaniem z dystansu. Por. A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 300.

[41] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 44–62. Do trzech pierwszych odnoszą się kolejno trzy błędy, których, zdaniem Kępińskiego, należy się wystrzegać w badaniu psychiatrycznym: błąd postawy — przedmiotowe podejście, błąd maski — nieszczerość i błąd sędziego — moralna ocena.

[42] Zasada neutralności odnosi się do stosunku, jaki winien przyjąć przyrodnik do badającego przedmiotu, a więc dystans i brak emocjonalnego zaangażowania, które zdaniem Kępińskiego jest kluczem do zrozumienia i poznania drugiej osoby. Por. *ibidem*.

© for this edition by CNS

na całościowe, holistyczne widzenie człowieka, musi być wolna od jakichkolwiek obiektywizacji. Musi uwzględniać wszystko to, co do człowieka należy, a więc i jego psychikę — przede wszystkim. W *Poznaniu chorego* Kępiński pisał:

> To całościowe zaangażowanie jest jednak najwyraźniejsze w psychiatrii i stanowi swoistość tej gałęzi medycyny, która zajmuje się „całym człowiekiem"[43].

Wyzbycie się przedmiotowego spojrzenia otwiera przestrzeń możliwą do zbliżenia. Ceną emocjonalnego spojrzenia jest wejście lekarza w obszar przeżyć chorego. W emocjonalnej bliskości przeżywany przez pacjenta świat staje się również światem lekarza, który wpuszczony do tego świata współprzeżywa go razem z nim[44]. Od momentu zerwania bariery, jaką jest bariera dystansu związana z przedmiotowym podejściem, chory staje się uczestnikiem zarówno badania, jak i leczenia. A odpowiedzialność, która jest niewyobrażalnym ciężarem dla lekarza, zostaje rozłożona na nich obydwojga[45]. Zbliżenie się jest warunkiem relacji dialogicznej. Dialog, jak podkreśla profesor, jest ciężką pracą. W rozmowie lekarz i pacjent odkrywają prawdę o chorym, która jest podstawą wyjścia z choroby[46].

Otwartość i szczerość, kolejne z warunków, odnoszą się do tak zwanego błędu maski, przed którym przestrzegał krakowski psychiatra. Spotkanie może się bowiem odbywać tylko w atmosferze szczerości i otwartości, w atmosferze autentyczności. Lekarz „powinien być przede wszystkim sobą [...], takim jakim naprawdę jest"[47]. Atmosfera szczerości otwiera przestrzeń do dialogu. Poza tym, maska, pod którą zwykle się ukrywamy, przy swojej całej niedoskonałości nie jest w stanie przykryć całkowicie naszych stanów psychicznych. Co więcej:

> Chorzy psychiatrycznie [...] są bardzo wrażliwi na prawdziwe nastawienie uczuciowe do nich. Fałsz i maskę z miejsca wyczuwają[48].

Postawa obojętna, fałszywa i nieszczera powoduje zamknięcie się osoby chorej i uniemożliwia dostęp do obszaru własnej psychiki. Poznaniu nie sprzyja również naturalna wśród ludzi skłonność do ocen. Przyjęcie perspektywy wartościującej zniekształca spojrzenie na drugiego człowieka i z góry ustala emocjonalny do niego stosunek[49]. I nie chodzi tu tylko o to, by wyzbyć się moralnych ocen, ale przede wszystkim o to, by ujrzeć w drugim jego człowieczeństwo:

> Dla lekarza wszystko, co dotyczy człowieka, nie jest ani dobre czy złe, ani mądre czy głupie, ani piękne czy brzydkie — jest tylko ludzkie. Istotny dla lekarza jest walor ludzkiego cierpienia, które jego obowiązkiem jest zmniejszyć[50].

---

[43] *Ibidem*, s. 47.

[44] Por. *ibidem*, s. 49.

[45] Por. *ibidem*, s. 50.

[46] Por. *ibidem*, s. 51.

[47] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 47.

[48] A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 316. Na jakąkolwiek manipulację szczególnie wyczulenie są, jak twierdzi profesor, schizofrenicy. Por. *idem*, *Schizofrenia*, Kraków 2013, s. 282.

[49] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 59.

[50] *Ibidem*, s. 61.

© for this edition by CNS

Atmosfera badania psychiatrycznego musi rodzić poczucie bezpieczeństwa i zaufania[51]. Lekarz nie może być nieszczery. Nie może też nie uznawać autonomii pacjenta, ale powinien pozwolić człowiekowi być, uznawać jego wolność. Wolność bowiem jest fundamentem zarówno dialogu, jak i człowieczeństwa. Słusznie stwierdza J. Krasicki, mówiąc, że „bez wolności człowiek nie jest człowiekiem"[52]. Według Kępińskiego uznanie w badanym jego wolności jest warunkiem ujrzenia w nim człowieczeństwa. Co więcej, lekarz musi też umieć słuchać[53], musi być otwartym na wszelkie problemy, nie oceniać ich, choć nie rzadko wzbudzają w nim poczucie niechęci i wrogości. Człowiek w obliczu czegoś, co nie uchodzi za normę[54], jest skłonny do wydawania krzywdzących ocen, staje się wrogi i odrzuca to, co inne, skazując na ostracyzm[55]. Przeczy to zadaniom, jakie sobie stawiają psychiatrzy[56]. Bowiem ich celem jest pomoc w odzyskaniu sił choremu i przywrócenie zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie, które utracił na skutek choroby.

Istotny jest także szacunek wobec chorej osoby, bez którego nie jest możliwe jej zrozumienie[57]. A także atmosfera ciepła i bliskości — chory powinien czuć obecność drugiego człowieka[58].

Zbliżenie się i zrozumienie chorego wymaga chęci podjęcia wysiłku wejścia w obszar jego przeżyć i emocjonalnej atmosfery. W związku na specyfikę przedmiotu psychiatrii — a jest nim człowiek — nie można go wyjaśnić tak, jak czyni to nauka, trzeba go zrozumieć, ale żeby to uczynić, trzeba się z nim spotkać i wejść w relację dialogiczną.

Rozumienie

W książkach Kępińskiego niejednokrotnie spotykamy się z terminami wczucia i zrozumienia. Kategorie te służą profesorowi na oznaczenie sposobu, w jaki dochodzi do poznania drugiego człowieka. Zgodnie z jego przekonaniem dokonuje się ono na drodze wczucia i zrozumienia, w bezpośrednim kontakcie i doświadczeniu psychiki innego[59]. Powodzenie badania psychiatrycznego zależy między innymi od umiejętności wejścia w świat przeżyć osoby chorej i zrozumienia, dlaczego ten

[51] „Sprawdzianem, czy droga jest dobra czy zła, jest zaufanie, jaki chory ma do badającego, to, co w zawodowym języku psychiatrycznym nazywa się kontaktem z chorym i od czego z kolei zależy możność zdobycia większej wiedzy o chorym i zyskania głębszego wglądu w jego stan". Zob. *ibidem*, s. 9.

[52] J. Krasicki, *O darze wolności*, [w:] *idem*, *Po „śmierci Boga". Eseje eschatologiczne*, Kraków 2011, s. 100.

[53] „Chory musi wyczuwać, że psychiatra go słucha, że chce mu pomóc, że jest mu życzliwy [...]", A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 131.

[54] Warto podkreślić, że zdaniem Kępińskiego nie ma czegoś takiego, jak definicja normy.

[55] Por. A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 301.

[56] „Tylko przyznając, że »varii«, »inni« to nie znaczy »gorsi« — można być prawdziwym psychiatra". Zob. M. Szpakowska, *O kulturze i znachorach*, Kraków 1983, s. 7.

[57] Por. A. Kepiński, *Schizofrenia*, s. 281.

[58] Por. A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2014, s. 263.

[59] Jeszcze raz przypomnijmy. Kępiński twierdził, że jest możliwe doświadczenie i poznanie cudzej psychiki.

© for this edition by CNS

świat, w taki a nie inny sposób został ułożony[60]. Wyklucza się przy tym jakikolwiek dystans:

> Chęć zrozumienia łączy się zawsze z chęcią zbliżenia i — vice versa — nie można niczego poznać z dystansu[61].

Niezbywalną składową procesu rozumienia jest „wczucie"[62]. Pojawia się ono zawsze w związku z „całością zwaną rozumieniem"[63]. Tischner, odnosząc się do rozumienia w perspektywie spotkania, podkreśla, iż rozumienie ma pewną strukturę, której częściami są przedrozumienie i horyzont rozumienia[64]. Proces rozumienia funkcjonujący w obrębie tej struktury określany jest mianem „koła hermeneutycznego"[65]. Chcąc wejść w obszar cudzej psychiki i zrozumieć Innego, trzeba już jakoś go rozumieć — przedrozumieć, musimy coś wcześniej o nim wiedzieć. Ale warunkiem rozumienia jest zawierające element emocjonalny przeżycie[66]. Zrozumienie wymaga wczucia się, a posługując się słowami Schleiermachera „wżycia się" (*Sich-Einleben*)[67]. To coś, co już o drugim wiemy, co zakładamy, pozwala nam zainicjować kontakt, wejść na wspólną poziomą płaszczyznę porozumienia i podtrzymać relację dialogiczną[68]. Zrozumienie wymaga zatem znalezienia wspólnej płaszczyzny, wspólnego horyzontu rozumienia, a jest nim świat chorego. Dotarcie do obszaru wspólnego rozumienia nie jest sprawą łatwą, wymaga od lekarza niemałych umiejętności:

> Każdy seans terapeutyczny jest podróżą w nieznane, gdzie wciąż czekają nas niespodzianki, i trzeba mieć dużą żywość, wrażliwość i giętkość emocjonalną, by móc wczuć się w każdą nową sytuację[69].

Maciuszek podkreśla, iż przedrozumienie pojawiające się u Kępińskiego w kontekście poznania, oparte jest na przekonaniu profesora o tym, że różnica między normą a patologią jest niewielka[70]. Według Kępińskiego przeżycia chorego są właściwie wyolbrzymioną wersją przeżyć ludzi zdrowych[71]. Wydaje się zatem, że ludzie w strukturze psychiki są sobie podobni. Stąd też lekarz, badając chorego, często uświadamia sobie własne ukryte problemy. Psychiatra poznaje chorego

[60] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 7.

[61] A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 300.

[62] J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 424. J. Tischner wskazywał na hermeneutyczny charakter koncepcji poznania, którą proponował Kępiński. Zob. *ibidem*; oraz J. Tischner, *Pytanie o metodę* [w:] A. Kokoszka, *Jak pomagał i leczył profesor Antoni*, Kraków 1992.

[63] Por. *ibidem*.

[64] Por. *ibidem*.

[65] Chodzi tu o propozycję wykładni „koła hermeneutycznego", jaką zapoczątkował Wilhelm Dilthey (wcześniej występuje ona zaczątkowo na przykład u D. Schleiermachera), który twierdzi, że każde rozumienie musi być poprzedzone przedrozumieniem, jest to konieczne, by móc cokolwiek zrozumieć. Zob. W. Dilthey, *Rozumienie*, [w:] Z. Kuderowicz, *Dilthey*, Warszawa 1987, s. 214–233.

[66] W. Dilthey, *Przeżywanie i rozumienie*, [w:] Z. Kuderowicz, *Dilthey*, s. 204–213. Obecność uczuć w procesie rozumienia jest czymś, co odróżnia poznanie na drodze zrozumienia od poznania wyjaśniającego, które charakterystyczne jest dla nauk szczegółowych. Zob. *ibidem*, s. 84–85.

[67] E. Coreth, P. Ehlen, J. Smith, *Filozofia XIX wieku*, tłum. P. Gwiazdecki, Kęty 2006, s. 117.

[68] M. Opoczyńska, *Psychologia egzystencjalna wobec pytań o możliwości i granice poznania drugiego człowieka*, s. 179.

[69] A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 340.

[70] Por. J. Maciuszek, *Obraz człowieka w dziele Kępińskiego*, s. 77.

[71] A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 300–301.

© for this edition by CNS

przez siebie, ale w chorego subiektywności. Wchodząc w świat chorego i uznając go za własny, odkrywa również swoją własną nieuświadomioną naturę. Punktem wyjścia jest zatem świat chorego. Lekarz dostrzega w nim inną perspektywę, nie własną. Zauważa inne układy wartości; świat ten jest jakby pozbawiony porządku i logiki, ale tylko pozornie[72].

Lekarz jest tym, który pomaga uporządkować zaburzony układ wartości. Dokonuje się to w dialogu. W tym celu lekarz i chory tworzą fikcyjną postać, będącą polem ich obserwacji i przedmiotem ich rozmów, jest nim wspólnie tworzony wizerunek pacjenta, jakby trzeci uczestnik dialogu[73]. Należy również podkreślić, że rozumienie nie ogranicza się tylko do tego, co wewnętrzne, musi również uwzględniać inne płaszczyzny obserwacji: biologiczną — spojrzenie lekarza, socjologiczną — spojrzenie otoczenia i psychologiczną — subiektywny świat przeżyć chorego[74]. Przyjęcie wielopłaszczyznowego punktu widzenia sprawia, że zrozumienie chorego nie może sprowadzać się tylko do wyjaśniania w kategoriach przyczyny i skutku, a sposób interpretacji może być wieloraki[75]. Odpowiedzi na przyczyny stanu emocjonalnego chorego mogą być różne.

> W poznaniu typu psychiatrycznego koncepcja jest wieloraka, przeciwstawne koncepcje się nie wykluczają, na pytania: dlaczego? i po co? można dać jednocześnie wiele odpowiedzi i wszystkie będą prawdziwe. [...] to samo doświadczenie może mieć wiele interpretacji, mimo pozornych sprzeczności wcale się nie wykluczających. Nawet im jest ich więcej, tym poznanie drugiego człowieka staje się bogatsze[76].

Tego typu rozumienie, nieograniczające się tylko do pytań o przyczynę, jest rozumieniem całościowym. W perspektywie spotkania poznajemy człowieka holistycznie. I, jak podkreśla Węgrzecki, całościowe rozumienie ze swej natury przekracza to, co teraźniejsze, jest jednocześnie „retrospektywne i prospektywne"[77]. Psychiatra chce znać podstawowe determinanty decyzji chorego, chce również wiedzieć, jak pacjent rzutuje siebie w przyszłość. Konieczne się staje odkrycie prawdy o nim samym. Przypomina to, zdaniem Kępińskiego, pracę archeologa, który odkrywając kolejno nakładające się na siebie warstwy, chce dotrzeć do właściwego

[72] Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 73.

[73] Por. *ibidem*, s. 72.

[74] Por. *ibidem*, s. 69. Lekarz, łącząc te perspektywy z sobą, stara się odtworzyć historię życia chorego (tak zwany przekrój podłużny) i jego obraz współczesny (tak zwany przekrój poprzeczny), co daje podstawę do nawiązania emocjonalnego kontaktu. Por. *ibidem*, s. 70.

[75] Kępiński krytykował behawioralne podejście w psychiatrii. Behawioryzm jest kierunkiem w psychologii, który bywa określany mianem psychologii bodźca i reakcji. Przedstawiciele tego kierunku przypisują owym bodźcom i reakcjom status fizyczny. To, co ich interesuje w badaniu, to zachowania zewnętrznego organizmu (reakcje) odpowiadające determinującym je bodźcom. Behawioryści uznają tylko obiektywną metodę badań, taką, która ma charakter intersubiektywny, którą może posłużyć się dowolny badacz, a wyniki na jej drodze będą jednakowe dla wszystkich badających. Zob. *behawioryzm*, [hasło w:] *Filozofia a nauka. Zarys encyklopedyczny*, Z. Cackowski (red.), Wrocław 1987, s. 48.

[76] *Ibidem*, s. 39. Dla Kępińskiego interpretacja psychiatryczna nie ogranicza się do odpowiedzi na pytanie dlaczego?, które jest pytaniem o przyczynę. Rozpatrywanie zjawisk w kategoriach przyczyny i skutku, jest charakterystyczne dla nauk przyrodniczych. Psychiatra chce pytać nie tylko dlaczego, ale i po co? — tego pytania nauka nie stawia — w pytaniu tym uwzględniony zostaje wolnościowy charakter człowieka. Por. *ibidem*, s. 36–39.

[77] Por. A. Węgrzecki, *O poznaniu drugiego człowieka*, s. 112.

© for this edition by CNS

obszaru, do jądra, którym jest styl życia człowieka, który został wytworzony jeszcze za czasów dzieciństwa. Składają się na niego wartości, do których człowiek się odnosi w kierowaniu własnym życiem, a które w jakiś sposób zostały zaburzone u osoby chorej. Oddajmy jednak głos w tej sprawie samemu Kępińskiemu:

> Człowiek w dzieciństwie wytwarza swój „styl życia" — jest, to najbardziej osobiste zrozumienie życia i ustawienie swojej osoby na jego tle. Od tego „stylu życia", zależy kierunek ludzkiej działalności i „cele" stawiane sobie w późniejszym życiu. Na kształtowanie osobowości nie tylko wpływają czynniki dziedziczne i środowiskowe, co ta najbardziej własna koncepcja życia. W psychoterapii dąży się do ustalenia „stylu życia" chorego, przez rozumienie jego dzieciństwa, a zwłaszcza sytuacji rodzinnej, wyjaśnia się choremu ukryte cele jego postępowania i wzmacnia się poczucie wiary w swoją wartość, w swój „styl życia", dzięki czemu chory może z powrotem wrócić do grupy społecznej[78].

Zrozumienie wymaga dialogu, nie można zrozumieć drugiego bez współprzeżywania i współobecności, bez relacji dialogicznej, bez uczestnictwa w jego egzystencji. Dialog jest ciężką pracą obydwu uczestników; krok po kroku lekarz razem z chorym odsłaniają, warstwa po warstwie, prawdziwy obraz człowieka, zauważając po drodze skrzywienia i „wady konstrukcji, które zahamowały lub wypaczyły rozwój, wprowadzając chorego w ślepą uliczkę, w jego przekonaniu już bez wyjścia"[79]. Naoczność i bezpośredniość w postaci dialogu są warunkiem poznania i doświadczenia innego w jego subiektywności. Punktem odniesienia takiego poznania staje się sam chory. Chcąc go zrozumieć, wczuwamy się w jego osobiste i najbardziej intymne przeżycia. W emocjonalnej bliskości spotkania dochodzi do zrozumienie drugiego człowieka. To, co interesuje uczestników dialogu najbardziej, to podmiotowość, kryjąca się pod tym, co zewnętrzne, „tajemnica jego istnienia"[80]. Kępiński, chcąc dotrzeć do wnętrza pacjenta, zakładał jednocześnie poznawczy sceptycyzm. Poznanie dla niego ma charakter procesu, dzieje się i trwa, dopóki poznajemy, nigdy jednak nie jest pełne. Zachodzi pytanie, czy w obliczu tak rozumianego poznania — agnostycyzmu poznawczego, jaki wyznawał profesor — próba odpowiedzi na pytanie, kim jest Inny, ma jakikolwiek sens? Wydaje się, że ma. Bo czyż nie jest tak, że próbując udzielać odpowiedzi, docieramy do tego, czego nie można w pełni poznać? Wszak, jak stwierdza Bukowski, dopiero w spotkaniu odkrywamy, że człowiek jest tajemnicą, i jak trafnie zauważa, „to już bardzo wiele"[81].

Zdaniem krakowskiego psychiatry nie można zrozumieć człowieka bez reszty, natura jego jest bowiem nieokreślona i „nie należy zapominać o jej nieoznaczoności [...]"[82]. Rozumienie drugiego człowieka w procesie dialogu jest wspólnym dziełem jego uczestników. To, co jest przedmiotem rozumienia, to sfera cudzych przeżyć. W trakcie wzajemnej wymiany sygnałów, manifestującego się sposobu bycia innego, odkrywamy o nim prawdę. Proces realizacji poznania drugiego człowieka, jego efek-

[78] A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 328.

[79] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 51.

[80] Por. *ibidem*.

[81] Zob. J. Bukowski, *Zarys filozofii spotkania*, Kraków 1987, s. 298.

[82] A. Kępiński, *Psychopatie*, Kraków 2013, s. 48. Kępiński nie raz podkreślał nieoznaczoność, nieokreśloność i zagadkowość natury człowieka i wiążący się z nią nieskończony proces poznawczy. W Poznaniu chorego pisał: „Cel bowiem [poznania drugiego człowieka — M.H.] mieści się w nieskończoności. Im dalej się do niego zbliżać, tym dalej on ucieka". A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 7.

© for this edition by CNS

tywność zależna jest nie tylko od osoby poznającej, ale i od poznawanej. Granice poznania drugiego w perspektywie spotkania wynikają nie tylko ze specyfiki tegoż poznania, ale również przede wszystkim z samego przedmiotu poznania.

Granice poznania

Trudności wiążących się z poznaniem drugiego człowieka w perspektywie spotkania należy upatrywać zarówno w związku ze specyfiką tego poznania, jak i poznawanego przedmiotu. Sam proces poznania, mający charakter nieskończony, wynika właśnie z nieoznaczoności, jakim jest konkretny żywy człowiek, niepowtarzalny podmiot, będący zarazem polem badawczym psychiatry. Kępiński niejednokrotnie, odnosząc się do pytania, kim jest człowiek, stawiał znak zapytania, nazywając go tajemnicą lub zagadką. Psychiatra był przeciwnikiem „medykalizacji" psychiatrii i dlatego uważał, że psychiatra w swym poznawaniu chorego stoi nie tylko przed obiektem analizy praktyki medycznej, ale nieoznaczoności samego człowieka w znaczeniu, jakim mówi się w filozofii, w antropologii filozoficznej. Podobnie jak egzystencjaliści uważał on, że nigdy nie można orzekać o człowieku w sposób ostateczny z uwagi na fakt, że jest on istotą nieustannie się zmieniającą w każdym aspekcie własnego istnienia, zarówno biologicznym, jak i psychicznym[83]. Podobnie jak przedstawiciele egzystencjalizmu podkreślał dziejowy oraz wolnościowy charakter istoty ludzkiej[84]. Kępiński pisał:

> każdy człowiek jest bez ustanku tworzącym się dziełem sztuki, wspaniałą niezwykle bogatą i różnorodną konstrukcją, której budowa nigdy się nie kończy; trwa od chwili poczęcia aż do śmierci[85]. [człowiek — M.H.] ma wolność wyboru drogi w przyszłość, w którą stale się rzutuje[86].

Człowiek dla Kępińskiego jest istotą otwartą na świat, wolną i pełną możliwości, a przez to niedającą się określić[87]. Granice poznania innego wyznaczają, zarówno nieokreśloność tego, kim człowiek jest, jak i fakt, że jest on wyposażony w wolną wolę, dzięki której decyduje o tym, kim chce być. Tak rozumiany człowiek,

[83] Kępiński proponuje własny biologiczny modelu człowieka. Zgodnie z tym modelem człowiek to żywy organizm (jedność psychofizyczna), system otwarty, który wchodząc w relację ze światem poprzez ciągłą z nim wymianę energetyczno-informacyjną, nieustannie się zmienia, zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychicznym. Chodzi tutaj o tak zwany metabolizm energetyczno-informacyjny. Por. A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 266–273.

[84] Por. A. Anzenbacher, *Człowiek*, [w:] *idem*, *Wprowadzenie do filozofii*, tłum. J. Zychowicz, Kraków 2008, s. 279. Odnosząc się do dziejowości człowieka w wykładni filozofii Heideggera, pisał: „Dziejowość człowieka polega na tym, że nigdy nie może on rozpłynąć się w swej teraźniejszości, lecz w swoim czynnym byciu w świecie jest zawsze motywowany przeszłością i zorientowany jest ku przyszłości", *ibidem*. Dla Karla Jaspersa człowiek jest indywidualną i niepowtarzalną wolnością. Por. T. Gadacz, *Filozofia egzystencji*, [w:] *Historia filozofii XX wieku*, s. 431. Z kolei dla Sartre'a: „Człowiek jest [...] bytem możliwym, wybiera siebie i tworzy ponieważ jest wolny". Zob. *ibidem*, s. 476.

[85] A. Kępiński, *Rytm życia*, s. 349.

[86] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 41.

[87] Człowiek jest ukryty sam przed sobą, jest „homo absconditus", jak powie Plessner. Owa niezgłębialność wynika właśnie z wolnościowego charakteru istoty ludzkiej i jej otwartości — jej „postawy ekscentrycznej". Por. H. Plessner, *Homo absconditus*, tłum. Z. Krasnodębski, [w:] *idem*, *Pytanie o conditio humana*, tłum. M. Łukasiewicz, Z. Krasnodębski, A. Załuska, Warszawa 1988, s. 107–121.

© for this edition by CNS

zachowując autonomię poznawczą, może odmówić nam dostępu do swojego wnętrza, uniemożliwiając poznanie. Decyduje on bowiem, czy odsłonić przed nami własną intymność, czy kryć się pod maską. Poznanie cudzej psychiki jest więc ściśle zależne od stopnia otwartości drugiego człowieka. Ale, jak podkreśla Tischner, otwartość musi być obustronna, nie tylko poznający musi udostępnić siebie, ale i poznawany[88]. Otwarcie przestrzeni poznawczej, w której inny zechce się otworzyć, wymaga pewnych warunków, których spełnienie nie przesądza jeszcze o powodzeniu realizacji procesu poznawczego. Drugi człowiek może bowiem zawsze odmówić dostępu osobie poznającej i zamknąć się na poznającego.

Analogiczne do aktów otwarcia się i zamknięcia są stany dopuszczenia i niedopuszczenia analizowane przez Węgrzeckiego[89]. Twierdzi on, że każdemu dopuszczeniu towarzyszy w jakimś stopniu akt niedopuszczenia, że granica dopuszczenia jest wyznaczana przez poznawanego[90]. Poznawany decyduje o stopniu jawności i niejawności własnej psychiki, jak bardzo dać się poznać i co pozostawić w ukryciu[91]. Przejaw wolności innego, jego autonomii poznawczej w zasadniczy sposób decyduje o powodzeniu procesu poznania.

Problemów z poznaniem dostarcza również zagadnienie dotyczące stopnia możliwości uzewnętrznienie i przekazanie drugiej osobie własnych przeżyć emocjonalnych. Według na przykład Ingardena nie wszystko, co należy do sfery psychiki człowieka, daje się w pełnym stopniu wyrazić[92]. Kępiński także podziela to zdanie. Trudności w zrozumieniu chorego może również dostarczać sama choroba. Człowiek chory nie zawsze jest zdolny wyrażać własne przeżycia, ma to miejsce szczególnie w przypadkach tak zwanej afazji amnestycznej[93].

Co więcej, granicę otwartości i dostępu wyznacza również samowiedza, a więc to, co człowiek wie o sobie samym[94]. Poznaniu człowieka w perspektywie spotkania barier dostarcza także sam język. Wydaje się, że nie wszystkie przeżycia dają się wyrazić w słowach. Język często nie tylko nie oddaje trafnie własnych uczuć, ale również, zdaniem Kępińskiego, je trywializuje. Zdolność wyczucia cudzych stanów psychicznych i ich zrozumienia wymagają ponadto niemałych umiejętności. Przeszkodą są także maski społecznych ról, za których sprawą najprawdopodobniej zdolności te maleją[95]. O efektywności poznania decyduje również doświadczenie lekarza, jego wiedza i postawa, jaką przyjmuje w stosunku do chorego.

Wydaje się, że warunki, w jakich odbywać się powinno spotkanie psychiatryczne, atmosfera, w jakiej rozgrywać się ma dialog, również przysparzają problemów. Po-

[88] Por. J. Tischner, *Myślenie według wartości*, s. 420.

[89] Por. A. Węgrzecki, *O poznawaniu*, s. 86–90.

[90] Por. *ibidem*.

[91] Por. *ibidem*.

[92] R. Ingarden, *O poznawaniu cudzych stanów psychicznych*, [w:] *idem*, *U podstaw teorii poznania*, Warszawa 1997, s. 424.

[93] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 160.

[94] Por. M. Opoczyńska, *Psychologia egzystencjalna wobec pytań o możliwości i granice poznania drugiego człowieka*, s. 184.

[95] Kępiński jest zdania, że nasze zdolności do wyczuwania cudzych stanów z wiekiem maleją. Wpływ na to mają najprawdopodobniej przypadające nam społeczne role. Por. A. Kępiński, *Poznanie chorego*, s. 18, 96–101.

© for this edition by CNS

stulaty wysuwane w tej kwestii przez Kępińskiego nie są bowiem łatwe do spełnienia. Wydaje się również, że nie jest możliwa w praktyce pełna ich realizacja. Wizję atmosfery spotkania psychiatrycznego proponowaną przez profesora należałoby zatem potraktować jako idealną, do której lekarz powinien dążyć. Pytaniem pozostaje, w jakim stopniu możliwe jest jej urzeczywistnienie. Zatem możliwości stworzenia właściwego klimatu badania psychiatryczne również mają własne granice, które, jak słusznie stwierdza Opoczyńska, są także granicami rozumienia drugiego człowieka[96].

O powodzeniu rezultatów poznania innych ludzi decyduje zatem wiele czynników, a zasadniczym celem spotkania psychiatrycznego są pomoc w dotarciu do prawdy o samym sobie, pomoc w odzyskaniu nadziei i wiary we własne siły, przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie oraz samorozwój, który skutecznie uniemożliwia „trwoniąca siły konstruktywne"[97] choroba.

Poznanie chorego jest nie tylko zrozumieniem istoty samej choroby, ale i elementem poznania drugiego człowieka jako takiego, jego człowieczeństwa. Kępiński wielokrotnie wskazywał na korzyści płynące ze spotkań terapeutycznych oraz podkreślał wartość samowiedzy pozyskanej w toku dialogicznej relacji. Odkrycie prawdy o Innym, o „varii" dostarcza prawdy o człowieku i „odsłania niezwykłe bogactwo ludzkiej natury"[98]. I, jak słusznie stwierdza Szpakowska, „wszystko, co [w człowieku — M.H.] szalone, jest [...] ludzkie, i jako ludzkie winno być traktowane"[99]. Wymaga więc szacunku i zrozumienia[100], które są konieczne, jeśli chcemy pojąć i odsłonić „elementarną prawdę o człowieku"[101] i jego naturze, z którą nie zawsze chcemy się pogodzić i broniąc się przed nią, traktujemy chorego jako niezrozumiałą rzecz — „rzecz medyczną"[102].

Antoni Kępiński — specificity and limits to cognition of another person in perspective of personal contact

Summary

The article presents reflection on the problem of cognition of another person in Kępiński's point of view. The work helps to understand the relation of patient-doctor. The author analyzes two categories: dialogue and meeting. Both of them are fundamental categories in Kępiński's theory. The author asks, and at the same time shows what needs have to be fulfilled, so the dialogue could happen. He also considers limits of cognition of another person in the experience of personal contact.

[96] Por. *ibidem*, s. 190.

[97] K. Horney, *Nerwica a rozwój człowieka, trudna droga do samorealizacji*, tłum. Z. Doroszowska, Warszawa 1978, s. 15.

[98] A. Kępiński, *Schizofrenia*, s. 294.

[99] M. Szpakowska, *O kulturze i znachora*ch, s. 10.

[100] Por. *ibidem*.

[101] M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Warszawa 1987, s. 466.

[102] *Ibidem*.

© for this edition by CNS

Studia Philosophica Wratislaviensia 11, 2016 z. 4
© for this edition by CNS