

ANTONI KĘPIŃSKI. W STULECIE URODZIN UCZONEGO PSYCHIATRY

Jacek Bomba (Kraków)

Rocznicowe przypomnienie człowieka, którego myślenie i działalność wywarła istotny wpływ na życie wspominającego, z istoty rzeczy nacechowane jest subiektywizmem. Wokół Antoniego Kępińskiego łatwo dostrzec nimb wyjątkowości. Prawie pół wieku po jego odejściu nimb ten nie osłabł, raczej został wzmocniony podkreślaniami wyjątkowości i niepowtarzalności postaci. Chociaż nie brakuje kwestionowania jego uczoności ani krytyki obciążającej go odpowiedzialnością za zahamowanie rozwoju krakowskiej psychiatrii w kierunku, którym podąża psychiatria światowa. Jest to kierunek wysoko oceniany parametryzacją, a opiera się na metodach nauk przyrodniczych. Ceniąc, za Kępińskim, subiektywne metody poznania człowieka, pozwalam sobie przedstawić subiektywny obraz postaci człowieka, który odcisnął piętno na psychiatrii, nie tylko krakowskiej.



Ryc. 1. Antoni Kępiński, portret pędzla Haliny Dąbrowskiej, fot. Mirosław Sikorski

Antoni Kępiński urodził się 16 listopada 1918 roku jako drugie dziecko, a pierwszy syn starosty w Dolinie, w Stanisławowskim. Chociaż Wielka Wojna właśnie się zakończyła zawieszeniem broni i upadkiem monarchii Habsburgów, obejmującej Królestwo Galicji i Lodomerii, na terenach byłego królestwa wojna

trwała. Rodzice opuścili Dolinę razem z córką Łucją, pozostawiając Antoniego pod opieką niani. Biografie powtarzają, że oboje: niania i chłopiec, zostali wzięci do niewoli i niedługo potem wymienieni na dwóch znaczących jeńców. Po zakończeniu wojny, kiedy porządkowano administrację państwową, rodzina Kępińskich zamieszkała w Nowym Sączu, gdzie ojciec został także starostą. To w tym mieście Antoni Kępiński spędził dzieciństwo. Do średniej szkoły – Gimnazjum im. Bartłomieja Nowodworskiego – uczył się w Krakowie, gdzie rodzina zamieszkała, kiedy ojciec stracił stanowisko w Nowym Sączu. Po maturze w 1936 roku Kępiński rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. W tym czasie miało miejsce znaczące w jego życiu wydarzenie. Został dotkliwie pobity przez młodzieżową bojówkę narodowców, której nie podobała się jego czerwona czapka studenta medycyny. Po pobiciu, być może w następstwie tego zdarzenia, wystąpiły u niego zaburzenia psychiczne pod postacią derealizacji (zmienionego postrzegania rzeczywistości) oraz urojeniowego zaliczania ludzi do złych lub dobrych zależnie od koloru oczu. Prawdopodobnie był leczony wówczas psychiatrycznie. Po wybuchu Drugiej Wojny Światowej ochotniczo wstąpił do wojska. Wraz z jednostką, w której służył jako medyk, znalazł się na Węgrzech, gdzie internowano go wraz z innymi. Udało mu się opuścić Węgry i przedostać do Francji, gdzie usiłował znowu walczyć. Ponieważ nie zdołał ewakuować się do Anglii, przedostał się do Hiszpanii. Tam został aresztowany i osadzony w obozie koncentracyjnym Miranda de Ebro na dwa lata. Po opuszczeniu obozu przez Gibraltar dotarł do Anglii, pragnąc wstąpić do sił powietrznych. Został jednak skierowany do Polskiej Szkoły Medycznej w Uniwersytecie w Edynburgu. Uzyskał tam w 1946 r. dyplom lekarza, a wkrótce prawo wykonywania zawodu. W 1947 roku wrócił do Polski.

Ożenił się z Jadwigą Kłodzińską, siostrą przyjaciela od czasów licealnych i studiów na UJ. Nie mieli dzieci.

Podjął pracę w Katedrze i Klinice Psychiatrii i Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. W 1951 r. z Wydziałów Lekarskiego i Farmacji UJ utworzono Akademię Medyczną. Wyłoniono wówczas odrębną Katedrę i Klinikę Psychiatryczną i ulokowano ją przy

Kopernika 21 b. W tym miejscu Antoni Kępiński pracował do końca życia. W ostatnich latach życia był kierownikiem Katedry i Kliniki, a na krótko przed śmiercią otrzymał tytuł profesora nauk medycznych. Zmarł w 1972 roku po kilku latach ciężkiej choroby.



Ryc. 2. Antoni Kępiński, brąz, Jaga Noworol, archiwum Zakładu Psychiatrii Środowiskowej CMUJ.

Antoni Kępiński uprawiał psychiatrię rozumianą jako część medycyny, łącząc praktykę kliniczną z badaniami naukowymi i nauczaniem. Leczenie, opracowywanie obserwacji i uczenie adeptów postrzegał jako nierozdzielne części jednej całości.

Pozostawił sporą grupę osób mniających się jego uczniami i może jeszcze większą uważanych za uczniów. Współpracownicy traktowali go jako autorytet zanim jeszcze został kierownikiem Katedry. Ten szacunek był zapewne wynikiem spójności codziennego postępowania i głoszonych zasad.

Pozostawił spory dorobek w formie publikacji. Znaczna ich część ukazała się drukiem w czasie śmiertelnej choroby i po śmierci autora. Powtarza się legendę mówiącą, że pisał je będąc już ciężko i nieuleczalnie chory. Tymczasem Kępiński pisał przez lata książkę zamierzoną jako *opus magnum*, ujmującą całość psychiatrii, która została w drugiej połowie lat sześćdziesiątych odrzucona, po kolei przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich i Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Fragmenty

maszynopisu czytaliśmy, na jego prośbę, w okresie, kiedy powstawały. Posługiwał się też tym tekstem w wykładach psychiatrii dla studentów psychologii UJ, a potem dla studentów Wydziału Lekarskiego AM. Całość, już w czasie choroby, przeredagował z pomocą Jana Masłowskiego i Jana Mitarskiego w formie sześciu oddzielnych książek. Mniejsze teksty, publikowane w czasopiśmie, wydało w formie książkowej Wydawnictwo Literackie w 1972 r. Wszystkie książki (lub niemal wszystkie) zdobyły uznanie i popularność, która nie mija.



Ryc. 3. Od lewej - Maria Orwid, Antoni Kępiński, Aleksander Teutsch, Zdzisław Ryn, Jacek Bomba; siedzi Eugeniusz Minkowski; przed wejściem do Kliniki Psychiatrycznej AM, Kopernika 21 b, 1967, archiwum prywatne.

Mimo tej popularności interpretacja dzieła Kępińskiego nie jest łatwa. Chyba najdobitniej zapisał tę trudność Andrzej Jakubik: „wiele oryginalnych, nierzadko sprzecznych idei i przemyśleń, nie poddających się systematyzacji i klasyfikacji, gdyż tworzą niezbyt konsekwentny system eklektyczny, zawierający zbiór na poły naukowych, na poły filozoficznych koncepcji, często niejednorodnych i wieloznacznych, a prawie zawsze niedopowiedzianych do końca” [8, s. 214].

Opinia ta odwołuje się do kryteriów poprawności naukowej: spójności systemu, klarowności modelu, a nade wszystko tego, aby model można było sprawdzić w doświadczeniu. Ale aparat metodologiczny nowożytnej nauki, zwłaszcza nauk przyrodniczych, nie jest adekwatnym narzędziem analizowania myśli Kępińskiego. Chociaż Kępiński wcale nie odrzuca dotychczasowego dorobku psychiatrii. Wręcz przeciwnie, tytuły książek zaczerpnięte są z medycyny pierwszej połowy dwudziestego wieku: *Psychopatologia nerwic*, *Schizofrenia*, *Psychopatie*. Może *Lęk* i *Melancholia* sięgają głębiej w przeszłość medycznej tradycji, aż do antyku.

Przedmiotem psychiatrii, jako dyscypliny medycznej jest w deklaracji Kępińskiego cierpienie powodujące u człowieka utratę uczestniczenia we wspólnym świecie i znalezienie się w pozycji innego, odmiennego.

Dziewiętnastowieczna koncepcja choroby umysłowej (psychicznej) jest, jego zdaniem, użyteczna w niesieniu pomocy cierpiącym. Dlatego nie odrzuca jej, jak to uczynili w tym czasie antypsychiatrzy [17]. Nie podziela jednak poglądu o jakościowej różnicy między umysłem człowieka zdrowego i chorego. Skłania się raczej ku koncepcji kontinuum różnic indywidualnych. Kluczowe jest jednak to, że Kępiński traktuje człowieka jako psychofizyczną jedność o wysokim stopniu złożoności, uniemożliwiającym zbudowanie adekwatnego modelu, jaki poddałby się empirycznej weryfikacji. W konsekwencji przyjmuje, że możliwe jest jedynie wycinkowe poznanie człowieka, po świadomym wyborze jednego obszaru i zaniedbaniu innych. Ujęcie całościowe wymaga złożenia poznanych fragmentów. Trudności integrowania wiedzy uzyskanej dzięki radykalnemu odrzuceniu różnych, apriorycznie wybranych, istotnych wymiarów ludzkiego bytu, trafiły już psychiatrów w pierwszej połowie dwudziestego wieku [1]. Poważnym zastrzeżeniem Kępińskiego wobec przyrodniczego podejścia do przedmiotu badań psychiatrii była konieczności unieruchomienia żywego organizmu, wyłączająca charakteryzującą życie zmienność [10]. Całkiem postmodernistycznie kwestionował zasadność posługiwania się w procesie poznawania drugiego człowieka pojęciami i kategoriami wypracowanymi wcześniej przez naukę. Uważał, że ograniczają, wręcz wykluczają możliwość poznania niepowtarzalnej indywidualności każdego. Wypowiadał ten pogląd pisząc o poznaniu chorego przez lekarza [13]. Ale Kępiński gotów był posługiwać się wieloma współczesnymi mu rozwiązaniami metodologicznymi, o ile zwiększało to prawdopodobieństwo zbliżenia się do zbudowania kolejnego przydatnego modelu tego, co jest badane, przy zastrzeżeniu zachowania świadomości nieusuwalnych ograniczeń każdego modelu [3]. Równocześnie jednak każdy model zawiera w sobie nieusuwalne ograniczenia. Najważniejszym z nich jest sprowadzanie poznawanego podmiotu – osoby ludzkiej – do poziomu przedmiotowego.

Informacja wymaga przetrwania - Metabolizm informacyjny

Zmierzając do uniknięcia ważnego ograniczenia, za jakie uważał uprzedmiotowienie osoby ludzkiej, Kępiński opracował model życia psychicznego tak, aby uwzględnić w nim podmiotowość człowieka. Model metabolizmu informacyjnego na ogół traktuje się jako inspirowany cybernetyką i informatyką. Nie bezzasadnie, ponieważ Kępiński czerpał także z osiągnięć i tych rozwijających się wówczas

gwałtownie nauk. Aktywne przetwarzanie, metabolizm jako istota psychiki, w opozycji do zaprogramowanego korzystania z informacji w modelach cybernetycznych, stanowi o osobowym wymiarze tego modelu. Koncepcja metabolizmu informacyjnego jest nadal przedmiotem studiów [np. 6].



Ryc. 4. Od lewej – Jacek Bomba, Zofia Demel, Antoni Kępiński; opactwo w Lubiążu, wiosna 1968, archiwum prywatne.

Melancholia

Chociaż wybór tytułu dla tomu poświęconego depresji wyraźnie nawiązuje do starogreckiej teorii humorальной, Kępiński opowiada się w nim także za wieloprzyczynowością zaburzeń. W tym samym czasie w psychiatrii światowej przeważał triumfalizm, związany z błyskotliwymi efektami farmakologicznego leczenia depresji i tendencja do redukcjonowania patomechanizmu zaburzeń depresyjnych do zaburzeń metabolizmu substancji neuroprzekaznikowych, korygowalnych lekami. Farmakologiczne leczenie depresji jest niewątpliwym sukcesem psychiatrii klinicznej. Praktyka pokazała niestety, że nie zawsze metoda ta daje oczekiwane wyniki i trzeba było zburzyć koncepcję jednorodności depresji, wprowadzając kategorię diagnostyczną depresji odpornej na leczenie. Podejście Kępińskiego wyraża się w uznaniu dla koncepcji

odmiennych i niewyjaśniających całkowicie cierpienia psychicznego, jeśli tylko dają szansę niesienia pomocy choremu.

Dobrym przykładem jest wprowadzenie kategorii diagnostycznej depresji przełomów bio-psycho społecznych. Zakładając, że są w życiu okresy, w których człowiek przechodzi gruntowne zmiany w funkcjonowaniu ciała, w czynnościach psychicznych oraz zakresie zadań i ról społecznych, Kępiński przyjmuje, że trud związany z tymi zmianami może być przyczyną depresji. Nie rozstrzyga jednak, czy depresja taka jest nieuchronna i przemija spontanicznie z czasem. Zwraca natomiast uwagę na to, że może powodować szkody (takie jak na przykład niekorzystne pokierowanie życiem lub samobójstwo), ale może też przysłać rozwijające się inne zaburzenia zdrowia. Warto dodać, że empiryczne badania prowadzone w krakowskiej Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży potwierdziły powszechność depresyjności w okresie dorastania i zwróciły dodatkowo uwagę na znaczenie jej utrzymywania się w czasie [4, 5]. Zbliżone wyniki uzyskali też badacze kanadyjscy i szwedzcy [2, 7].

Zaburzenia psychiczne po pobycie w obozie koncentracyjnym (KZ Syndrom)

Jednym z niewymazywalnych śladów pozostawionych na cywilizacji europejskiej przez II Wojnę Światową są następstwa masowych i przemysłowo zorganizowanych prześladowań i eksterminacji grup etnicznych oraz oponentów politycznych. Ocaleni i wyzwoleni z obozów koncentracyjnych więźniowie stanowili zauważalną grupę społeczną. W większości krajów Europy organizowali się w tzw. kluby byłych więźniów obozów koncentracyjnych [18]. Wielu wymagało pomocy i opieki lekarskiej. Lekarze, wśród nich także ocaleni z obozów, udzielając byłym więźniom pomocy medycznej gromadzili obserwacje o ich stanie zdrowia. Wiązali obserwowane zaburzenia z faktem uwięzienia i prześladowaniami [18]. Antoni Kępiński, zainteresowany tym problemem przez przyjaciela i szwagra, byłego więźnia Obozu Koncentracyjnego Auschwitz, dr. Stanisława Kłodzińskiego, powołał spośród asystentów Katedry Psychiatrii zespół badawczy (Maria Orwid, Roman Leśniak, Jan Mitarski, Adam Szymusik i Aleksander Teutsch). Zespół, pod jego kierunkiem opracował program, przeprowadził badania i opublikował ich wyniki. Maria Orwid, Roman Leśniak, Adam Szymusik i Aleksander Teutsch przedstawili swoje opracowania w formie rozpraw na stopień naukowy doktora medycyny. Antoni Kępiński dokonał podsumowania. Wyjątkowość krakowskiego programu

oświęcimskiego polega z jednej strony na zasadach doboru grupy byłych więźniów, którzy zgłaszali się do badań ochotniczo, przez Krakowski Klub Oświęcimski, a wynik badania nie wiązał się z żadną rekompensatą, co było następstwem politycznego rozwiązania kwestii odszkodowań wojennych dla państwa. Z drugiej strony wyjątkowość polegała też na metodzie zbierania materiału, która miała formę psychiatrycznego wywiadu półstrukturalnego, zapewniającego jednorodność zakresu uzyskiwanych informacji, swobodę wypowiedzi badanych osób i możliwość pełnego badania psychiatrycznego. Poszukiwano informacji o życiu i cechach osobowych przed uwięzieniem, o reakcji na umieszczenie w obozie i sposobach przetrwania, o przeżyciach obozowych, o reakcji na uwolnienie, o przystosowywaniu się do życia na wolności oraz oczywiście o stanie zdrowia somatycznego i psychicznego. O ile badanie cech osobowości przed uwięzieniem można powiązać z żywym po I Wojnie Światowej problemem nerwic wojennych i choroby okopowej, a doznanych w obozie urazów mechanicznych, przebytych tam chorób i doznanego głodu – z uznanymi czynnikami patogenezy zaburzeń psychicznych – to badanie przystosowania do warunków obozu i po uwolnieniu było nowością. Kępiński i jego współpracownicy stwierdzili i opisali zespół objawów depresji i lęku u większości spośród zbadanych stu byłych więźniów. Opisali też u wielu trwałe zmiany osobowości i poważne trudności w funkcjonowaniu społecznym poza grupą byłych więźniów. Kępiński opisał ten zespół pod nazwą KZ-Syndrom i domagał się umieszczenia go w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia [11]. Wyniki tego programu zostały wykorzystane kilka dekad później przy pracy nad uznanymi obecnie powszechnie następstwami poważnych i zagrażających życiu doznań, nazwanych Zespołem Stresu Pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*) [16].

Kępiński wykorzystał też pracę nad programem oświęcimskim do refleksji, które opublikował w kolejnych zeszytach Przeglądu Lekarskiego „Oświęcim”, a potem w „Rytmie życia” [12]. Wśród poruszanych w nich problemów warto zwrócić uwagę na rozważania nad istotą sytuacji granicznej, dzisiaj nazywanej stresem urazowym, i często upraszczająco zredukowanej do niepowodzenia i banalnej przeciwności losu. A także na refleksję nad psychopatologią zła i władzy.

Reformator psychiatrii

Pojęcie reform straciło może na wyrazistości, ale wydaje się odpowiednie dla zaznaczenia wpływu

Kępińskiego na formy leczenia ludzi cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Jako jeden z pierwszych w powojennym rozwoju polskiej psychiatrii stosował psychoterapię jako metodę leczenia i donosił o tym w prasie fachowej [14].



Ryc. 5. Tablica na domu przy ulicy Warszawskiej 1, fot. Mirosław Sikorski.

Jego wkład w rozwój psychoterapii jest niekwestionowany. Jego myśli i metody pracy psychoterapeutycznej wymykają się powszechnie przyjętej systematyzacji tej dziedziny [8, 15]. Wydaje się, że nie można wpisać Kępińskiego do którejś ze znanych szkół psychoterapii. Równocześnie czytając pozostawione dzieła pisane, badacze nie znajdują niczego, co wskazywałoby na Jego usiłowania zmierzające do stworzenia własnej szkoły psychoterapii. W świecie psychoterapeutów, w którym niemal każdy piszący zmierza do pozostawienia dowodów zbudowania własnego podejścia, musi to być bardzo frustrujące dla badaczy dzieła Kępińskiego. Rozwiązania być może szukać trzeba w Jego przekonaniu o podstawowym dla psychoterapii znaczeniu tych jej składowych, które nazywa się obecnie niespecyficznymi.

Tak sformułowane przypuszczenie zdaje się także potwierdzać i to, że nie sposób ze spuścizny Kępińskiego wypreparować schematu myśli, który można by uznać za najważniejszy i bronić go jako ortodoksji.

To niezwykła i cenna cecha tego dzieła i spójna z rozwiązaniami metodologicznymi autora.

Antoni Kępiński miał decydujący wpływ na przełom w psychiatrii klinicznej w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Po studyjnej wizycie w Institute of Psychiatry w Londynie wprowadził zasadniczą modernizację warunków bytowych pacjentów Kliniki Psychiatrycznej, likwidując represyjne i zbędne zasady zabezpieczania i zbliżył je (na ile to możliwe) do domowych, a także otworzył drzwi części oddziałów. Chodziło nie tylko o swobodne poruszanie się pacjentów, ale też o zmniejszenie barier izolujących ich od naturalnego środowiska. Towarzyszyło tej zmianie wprowadzenie zasad społeczności terapeutycznej [9] oraz psychoterapii grupowej [14]. Zazwyczaj zmianę w psychiatrii z połowy dwudziestego wieku wiąże się z odkryciem przeciwpyschotycznego działania fenotiazyny, a wkrótce potem szeregu innych leków psychotropowych. Zapewne jednak to nie one same zmieniły wówczas psychiatrię. Trudno sobie ją dziś wyobrazić bez farmakoterapii, ale i bez społeczności terapeutycznej, bez psychoterapii oraz bez oddziaływań środowiskowych. Do Kępińskiego należy torowanie im drogi w polskiej psychiatrii.

Zamiast zakończenia

Mam nadzieję, że okolicznościowe przypomnienie Antoniego Kępińskiego, w którym skupiłem się na najważniejszych cechach jego dzieła, nie pominęło niczego istotnego. A przecież nie wspomniałem nawet o jego głosie przeciw degradującemu wpływowi zaburzeń schizofrenicznych. Ani o kluczowej dla nerwicy koncepcji błędnego koła, w którym rozwiązania, jakie człowiek znajduje, nasilają przyczyny dla których podejmuje te kroki. Ani o stosunku do pesymizmu terapeutycznego. Ani o braku zgody na determinizm. Czy na postępującą technicyzację i dehumanizację medycyny. Wielcy ludzie zajmują się tak wieloma sprawami!

Bibliografia

1. Barbaro de B., Bomba J. (1995) Czy portret psychiatrii jest możliwy? W: J.Bomba, B.de Barbaro (red.): *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Collegium Medicum UJ, Kraków: 180-185.
2. Bardone A.M., Moffitt T.E., Caspi A., Dickson N., Stanton W.R., Silva P.A. (1998) Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 6: 594–601.
3. Bomba J. (2002) Obecność Kępińskiego. *Psychoterapia* 1: 5-7.
4. Bomba J., Modrzejewska R. (2008) Prospective study on dynamics of depression in mid-adolescence. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 1: 29–35.
5. Bomba J., Modrzejewska R., Pilecki M., Pac A. (2017) Thirty years' follow-up of depressive adolescents: a preliminary report. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 1: 7–12.
6. Ceklarz J. (2018) Rewizja koncepcji metabolizmu informacyjnego Antoniego Kępińskiego. *Psychiatria Polska* 52:165 – 173.
7. Fleming J.E., Boyle M.H., Offord D.R. (1993) The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 28–33.
8. Jakubik A., Masłowski J. (1981) *Antoni Kępiński – Człowiek i dzieło*. Warszawa: PZWL.
9. Kępiński A. (1970) (1972) *Społeczność terapeutyczna*. Rytm życia, WL, Kraków: 262 – 273.
10. Kępiński A. (1972) O biologiczny model w myśleniu psychiatrycznym. *Rytm życia*, WL, Kraków: 226 - 321.
11. Kępiński A. (1972) KZ Syndrom. Próba syntezy. *Rytm życia*, WL, Kraków: 226 - 321 92 – 106.
12. Kępiński A. (1972) *Rytm życia*. WL, Kraków.
13. Kępiński A. (1978) *Poznanie chorego*. PZWL, Warszawa.
14. Kępiński A., Winid B., Mitarski J. (1959) Ogólne uwagi o psychoterapii grupowej. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska* 9: 847-857
15. Kokoszka A. (1996) *Rozumieć aby leczyć i „podnosić na duchu”*. *Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
16. Lifton R.J. (1973) *Home from the War: Vietnam Veterans—Neither Victims nor Executioners*, Simon & Schuster, New York.
17. Sasz T. (1960) The Myth of Mental Illness. *American Psychologist* 15: 113-118.
18. Withuis J., Mooij A (red.) (2010) *The Politics of War. The aftermath of World War II in eleven European Countries*. Akasnt, Amsterdam.