

Jak można być zdrowym i chorym psychicznie w XXI wieku? Uwagi o psychiatrii i jej filozofii

Tadeusz Kobierzycki

Autor prezentuje drogę dojścia do rozumienia natury zdrowia i choroby w relacji psychiatrii filozofii i semantyki. Opisuje własne doświadczenia pracy w Studenckiej Szkole Higieny Psychiczej (1984–1995) oraz inspiracje twórczością Kazimierza Dąbrowskiego (1902–1980). Uważa, że rozumienie zdrowia i choroby psychicznej wymaga pełnego ich doświadczenia, przeżywania, przemyślenia. I aktywnego wykorzystania skrajnych stanów psychicznych dla własnego rozwoju. W tekście autor formułuje uwagi diagnostyczno-semantyczne, które dotyczą opisu i rozumienia zdrowia i choroby psychicznej na granicy XX i XXI wieku.

Słowa kluczowe: filozofia i psychiatria, zdrowie i choroba psychiczna, dezintegracja negatywna i pozytywna, Kazimierz Dąbrowski, Studencka Szkoła Higieny Psychiczej

Elementarne przygotowanie filozoficzne i psychologiczne w zakresie rozumienia zdrowia i choroby dostałem najpierw w dwóch Liceach Pedagogicznych (Radzymin, Warszawa). Tam musiałem zapoznać się z historią filozofii autorstwa Władysława Tatarkiewicza (1886–1980). Wtedy zetknąłem (się szczęśliwie dla mnie) z teorią idoli Francisca Bacona (1561–1626), której opracowanie polecił mi nauczyciel filozofii dr Wiktor Korniszewski. Używałem jej potem w licznych dyskusjach i sporach z własnymi nauczycielami. Po latach odnalazłem ślady tej teorii w myśli Carla G. Junga (1875–1961). Uniwersytecki szlif w zakresie filozofii zdobyłem na zajęciach z logiki prowadzonych przez dr. Z. Kraszewskiego. A następnie na wieloletnich seminariach promotora mojej rozprawy doktorskiej o teorii człowieka i osobowości K. Dąbrowskiego (1902–1980) (IFiS PAN, 1983). Mój promotor, prof. Tadeusz Płużanski (1920–2002), łączył fenomenologię ducha Hegla z ewolucjonizmem i personalizmem. Dał te-

TADEUSZ KOBIERZYCKI, doktor habilitowany, Instytut Ego-Analizy „Askeion”. Adres do korespondencji: ul Pięciolinii 2/27, 02-784 Warszawa. E-mail: askeion.tad@gmail.com

mu wyraz w swojej rozprawie doktorskiej na temat filozofii o. P. Teilharda de Chardin (1881–1955). Moje filozoficzne zainteresowania poszły w tym samym kierunku. Filozofia człowieka stała się przedmiotem moich dalszych interdyscyplinarnych studiów.

Moje zainteresowania psychologiczne kształtowały się najpierw na podstawie podręczników licealnych, najpierw – w Radzyminie, a następnie w Warszawie. A więc zakres mojej wiedzy ograniczał się do znajomości książek Władysława Witwickiego (1878–1948), Stefana Baleya (1885–1952) i Stefana Szumana (1889–1972). Ich myślenie wydawało mi się oryginalne i wystarczające. Do czasu spotkania się z myślą K. Dąbrowskiego, która kwestionowała wszelkie stereotypy myślowe, była bardziej skomplikowana i bardziej uniwersalna, lepiej zakorzeniona w naukach biologicznych. A także inny był jej język, który opisuje dramat ludzkiej egzystencji. Zanim jednak zetknąłem się z tą koncepcją, wcześniej poznałem Heraklita, Platona i Arystotelesa, Epikura i Plotyna, Sextusa Empiryka, B. Spinozy i R. Descartesa, F. Bacona i I. Kanta, D. Hume’a i G. W. F. Hegla, La Mettriego. Poza uniwersytetem, już po studiach, poznałem dzieła M. Wiszniewskiego, W. Jamesa, J. Ochorowicza, F. Nietzschego, M. Schelera, Z. Freuda, H. Bergsona, E. Abramowskiego, J. Mazurkiewicza, C. G. Junga, A. Korzybskiego, K. Jaspersa, W. Tatarkiewicza, H. Elzenberga, L. Wittgensteina, J.-P. Sartre’a, K. Poppera, L. Flecka, A. Kępińskiego, J. Trąbki itd. Te teksty i te myśli stanowią podstawę moich osiągnięć i ograniczeń w myśleniu o człowieku.

Po studiach, swoją wiedzę o filozofii człowieka postanowiłem sprawdzić w praktyce, jako autor projektu „Studencka Szkoła Higieny Psychiczej” (Warszawa 1984–1995), w którym wzięło udział kilkaset osób z całej Polski (głównie studenci medycyny, psychologii, pedagogiki, nauk humanistycznych i technicznych), a także pacjenci psychiatryczni¹. Do tych doświadczeń dodałbym ponad 10 letnią pracę jako wykładowcy w Uniwersytecie Trnavskim (1999–2014) na Wydziale Teologicznym w Bratysławie; oraz wiedzę, którą zdobyłem współpracując z Onco-Life-Team we Wrocławiu, kierowanym przed dr n. med. Ewę Kilar ze Szpitala „Latawiec” w Świdnicy. Tam zajmowałem się analizą psychologicznych i medycznych kontekstów zachowania ludzi chorych na raka².

Bezpośrednią przyczyną zainteresowania się chorobami psychicznymi był mój pobyt w szpitalu wywołany przez krakę samochodową, której uległam w ostatnich miesiącach swoich studiów, gdy kończyłem pisanie pracy magisterskiej o aluzjach malarskich w polskiej poezji „Pokolenia 56”. Przez dwa lata dochodziłem do zdrowia fizycznego i równowagi psychicznej i przez dwa lata

¹ *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*, red. T. Kobierzycki, Wydawnictwo STAKROOS, Warszawa 1993.

² E. Kilar, T. Kobierzycki, F. Maj, *Stres onkologiczny: wskazówki medyczne i psychologiczne*, Wydawnictwo STAKROOS, Warszawa 2005.

poznawałem system szpitalny i terapeutyczny w Polsce. Poznawałem tam kondycję człowieka chorego, ale także sytuacje psychologiczne kolegów znajdujących się w szpitalu, którzy byli „skazani” na długotrwałą i okaleczającą ich chorobę, jaką była gruźlica kości. Poznałem wtedy nie tylko histologię kości, ale i psychologię medycyny praktycznej.

Głównymi lekami, które tam działały, były: czysta woda i milczenie. Reszta wydawała mi się toksyczna, toksyczny szpital, pacjenci, lekarze i ja sam. To były oczywiście moje terapeutyczne objawienia i urojenia. Bycie pacjentem nauczyło mnie odkrywania pozorów, zwłaszcza zdarzeń i faktów, które mogłyby zagrażać mnie i moim bliskim. Własne doświadczenia doprowadziły mnie do zainteresowania zdrowiem i profilaktyką chorób psychicznych. I wreszcie do spotkania z prof. Kazimierzem Dąbrowskimi. A potem do podjęcia z nim współpracy i aktywności w Polskim Towarzystwie Higieny Psychiczej w Warszawie, którego był wtedy przewodniczącym. Przez dziesięć lat (1969–1980) mogłem rozmawiać z twórcą teorii dezintegracji pozytywnej o „życiu i śmierci”, o „chorobie na śmierć” i o „trwodze”, którą opisywał Søren Kierkegaard, o „sytuacjach granicznych”, które analizował Karl Jaspers, o „bycie i nicości” Jeana-Paula Sartre’a i wreszcie o „dezintegracji pozytywnej”, której był autorem.

Punktem wyjścia tego spotkania była *Odezwa do Psychoneurotyków*, którą znalazłem w jednym w tygodników warszawskich. Ten tekst był dla mnie jak przekaz z „innego świata”, ze szpitalnej nicości i ze szpitalnego (po)bytu. Teraz wydawało mi się, że muszę poznać autora tego oryginalnego tekstu, który był reklamowany jako „polski psychiatra z Kanady”. Miałem wrażenie, że spotkam kogoś młodego, jakiegoś kontestatora, który za nic ma wszelkie reguły myślenia stabilnego, usztywniającego obraz świata. Spotkałem jednak, ku mojemu zaskoczeniu człowieka 67-letniego, myśliciela, nastawionego na słuchanie nawet najdziwniejszych bredni rozmówcy, ze stoickim spokojem i sokratejską zdolnością ich komentowania i leczenia. Na bieżąco, natychmiast, na zawsze!

Był to już autor wielu nieznanym mi wtedy dzieł psychiatrycznych i terapeutycznych³. A także dzieł klinicznych, które rozpoczął w Warszawie. Jak choćby Sanatorium Neuropsychiatrii dla Dzieci w Zagórzku k. Warszawy, gdzie przez „przypadek” w czasie półrocznej przerwy w studiach w 1968 pracowałem jako wychowawca. Był założycielem Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej, w którym po jego śmierci w roku 1980, ledwo po skończeniu studiów, w latach 1981–1984 kierowałem jako przewodniczący Zarządu Głównego PTHP (w Warszawie przy ul. Targowej 59). Tam, idąc śladami filozofii czło-

³ K. Dąbrowski, *O dezintegracji pozytywnej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1964; tenże, *Personality shaping through positive disintegration*, Wydawnictwo Little Brown, Boston 1967; tenże, *Nerwowość dzieci i młodzieży*, wyd. 1, Nasza Księgarnia, Warszawa 1935; tamże, wyd. 2, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1976. Pełna opracowana przeze mnie bibliografia K. Dąbrowskiego jest zamieszczona na stronie internetowej Wikipedii, a także na stronie: www.dezintegracja.pl

wieka w kontekstach psychiatrycznych, zorganizowałem wkrótce Seminarium Naukowe „Ja-człowiek” (1981–1983).

Przypomnijmy, że w Polsce trwał wtedy stan wojenny. Polska została wtrącona w ciężką chorobę psychiczną, w chorobę niewoli, którą lepiej można było znieść traktując militarny i polityczny obłęd, za pomocą kategorii „dezintegracji”, z której obok skutków negatywnych mogłyby się pojawić także skutki pozytywne. Uczestnicy seminarium rekrutowali się z „całej Polski”. Byli to na ogół filozofowie, lekarze lub psycholodzy znawcy problematyki zdrowia i choroby psychicznej, którzy umieli ukazywać je w kontekstach nie tylko „technicznych”, ale także w kontekstach egzystencjalnych, filozoficznych i etycznych. Myślenie etyczne traktowaliśmy wtedy jako myślenie terapeutyczne.

Ja i psychopatologia – doświadczenia i projekcyjne sposoby poznania siebie

Inny rodzaj wpływu na moje myślenie o zdrowiu i chorobie psychicznej miały kontakty z wybitnymi twórcami, z ich narcystycznymi, psychotycznymi i tyranicznymi osobowościami. Z tymi, którzy byli mistrzami niewerbalnej komunikacji swoich stanów psychicznych. Drugą ważną dla moich edukacyjnych wglądów była grupa ludzi mało asertywnych i mało kreatywnych. Jedni i drudzy mieli „problemy psychiczne”. Próbowałem je wtedy zrozumieć nie tylko na podstawie rozmowy, ale także na podstawie analizy. Do których chętnie używałem rozmaitych testów projekcyjnych. Udało mi się też stworzyć testy własne, które były wykonywane i analizowane przez kilkuset studentów w Studenckiej Szkole Higieny Psychicznej (1984–1995). Tam weryfikowałem teorię projekcji i obrony, wyparcia i stłumienia Z. Freuda, teorię integracji i indywidualności C. G. Junga, teorię projekcji Hermanna Rorschacha (1884–1922) i Maxa Lueschera (ur.1923) i teorię rozwoju osobowości K. Dąbrowskiego⁴.

W SSHP nauczyłem się rozumieć różne rodzaje ukrytej komunikacji, nie tylko na podstawie analizy swoich własnych zachowań, ale także na podstawie badań neuropsychologicznych według wielopoziomowego testu K. Dąbrowskiego. Weryfikowałem je w czasie licznych treningów komunikacyjnych i kreatywnych, np. medytacji dźwiękowej, pracy z ciałem i z głosem, a także studiując wielkie ilości autobiografii. A także i pewną ilość diagnoz psychiatrycznych. Nabrałem wtedy przekonania – jak Emil Cioran (1911–1995) – że „świat tworzy się w obłędzie, gdyż poza nim wszystko jest wyobrażeniem”. Gdybym chciał dzisiaj streścić swoje metakliniczne doświadczenie, skłaniałbym się do jego przekonania, że „nie ma jednej choroby, jest ich tyle, ile liter w alfabecie plus

⁴ T. Kobierzycki, *Ku psychoterapii przez rozwój*, [w:] *Materiały Szkoleniowe Studenckiej Szkoły Higieny Psychicznej*, red. T. Kobierzycki, z. 3., Wydawnictwo LCSRN, Lublin 1988.

znaki diakrytyczne”⁵. Tak myślał filozof i mistyk prawosławny z Rumunii. Inaczej niż protestancki psychiatra Karl Jaspers (1883–1969), który uważał, że choroba psychiczna to raczej frustracja potrzeb i zdolności.

W swojej teorii zdrowia i choroby psychicznej K. Dąbrowski poddał najpierw krytykę analitykę i założenia psychoanalizy i behawioryzmu. Potem próbował połączyć egzystencjalizm Sorena Kierkegaarda (1813–1855), witalizm Fryderyka Nietzschego (1844–1900) i Henryka Bergsona (1859–1941) z psychologią doświadczalną Edouarda Claparede’a (1873–1940) oraz z teorią rozwoju intelektualnego Jeana Piageta (1896–1980), u których studiował w Instytucie J.-J. Rousseau w Genewie. Dodał do tego krytykę teorii ewolucji i dyssolucji Johna H. Jacksona (1835–1911), pojęcie „funkcji rzeczywistości” i teorii nerwic, którą znalazł u Pierre’a Janet’a (1859–1947). Za dzieło kluczowe dla psychopatologii uważał wydany 100 lat temu tekst K. Jaspersa. *Allgemeine Psychopathologie* (1913). Sam K. Dąbrowski swoje analizy i diagnozy kliniczne zestawiał z tekstami filozoficznymi (S. Kierkegaard i F. Nietzsche, M de Unamuno A. Camus) i z tekstami poetyckimi – Słowacki (np. *Godzina myśli*) i Mickiewicz (np. *Pan Tadeusz*), a także z prozą Fiodora Dostojewskiego, Franza Kafki i Marcela Prousta. Ich duże fragmenty znał na pamięć. I nieraz szokował słuchaczy swoją aktywną pamięcią słów wielkich ludzi i wielkich rzeczy. Część swojej wiedzy na ten temat przedstawiłem w swojej rozprawie doktorskiej *Człowiek i osobowość w teorii dezintegracji pozytywnej*, napisanej pod kierunkiem Tadeusza Płużańskiego i obronionej w IFiS PAN w Warszawie w roku 1983. A następnie w pracy podoktorskiej *Osoba – Dylematy rozwoju. Studium metakliniczne*, wydanej w Bydgoszczy w 1989 roku⁶.

Ja i egzystencja – umysł i wrażenia, uczucia i wyobrażenia

Ktokolwiek bada relacje ja – ciało i umysł, w kontekście filozofii nie powinien pomijać interesujących poznawczo także w czasach współczesnych definicji zdrowia i choroby, zawartych w studium filozoficznym Immanuela Kanta (1724–1804) *Antropologie in pragmatischer Hinsicht* (1798). Filozof różnicuje słabości umysłu i choroby duszy. Te drugie dzieli na dwa gatunki – chimeryczność (hipochondria) i upośledzenie umysłu (mania). W stanie pierwszym chory umysłowo jest świadom, że z jego myśleniem dzieje się coś niedobrego. Jego radości i zmartwienia (humory) zmieniają się jak pogoda. Stan drugi choroby umysłu polega na samowolnym biegu myśli wedle własnej subiektywnej reguły. I. Kant definiuje też zmyślanie niedorzeczności (jako obłąd), oraz obłąkanie jako aberrację. Definiuje też takie pojęcia jak – tępota i głupota, chytryść i cwa-

⁵ E. Cioran, *Święci i łzy*, tłum I. Kania, Wydawnictwo KR, Warszawa 2003.

⁶ T. Kobierzycki, *Osoba – Dylematy rozwoju. Studium metakliniczne*, Wydawnictwo Pomorze, Bydgoszcz 1989.

niactwo, rozpraszenie się i absencję duchową, niedojrzałość dzieci. Następnie definiuje – hipochondrię, choroby wyobraźni (lęk), skrajne nastroje (afekt-raptus) i ich efekty np. samobójstwo, melancholię i wynikające z niej samodreńczenie. A także szaleństwo ogólne (*delirium generale*) i szaleństwo konkretne (*delirium circa objectum*)⁷.

Wśród historycznych i współczesnych modeli antropologii medycznej w zakresie badania relacji ja – ciało i umysł wyróżniłbym co najmniej osiem sposobów psychiatrycznego definiowania tożsamości za pomocą pojęć zdrowia i choroby:

- **identyfikacja eugeniczna** (relacja: ja – doskonałość) – choroba to znak zaburzeń w dystrybucji form estetycznych (syndrom brzydala), etycznych (syndrom kłamcy lub przestępcy) lub religijnych (syndrom niewiernego lub diabła);
- **identyfikacja mistyczna** (relacja: ja – Bóg) – choroba to znak zaburzeń w dystrybucji reakcji religijnych (syndrom grzesznika lub świętego);
- **identyfikacja militarna** (relacja: ja – wróg) – choroba to znak zaburzeń w dystrybucji reakcji obronnych (syndrom bohatera lub ofiary);
- **identyfikacja behawioralna** (relacja: ja – zachowanie) – choroba to znak zaburzeń w dystrybucji wzorów złego zachowania (syndrom psychopaty lub przestępcy);
- **identyfikacja fizjologiczna** (relacja: ja ciało) – choroba to znak zaburzeń w dystrybucji obrazów deformacji fizycznej (syndrom kaleki lub trędowatego);
- **identyfikacja komunikacyjna** (relacja: ja – symbole) choroba jako znak zaburzeń w dystrybucji zdeformowanych symboli mowy (syndrom głuchego lub niemowy);
- **identyfikacja ekonomiczna** (relacja: ja – majątek) choroba to znak zaburzeń w dystrybucji dóbr materialnych (syndrom biedaka lub żebraka);
- **identyfikacja kognitywna** (relacja: ja – mózg) – choroba to znak zaburzeń w dystrybucji impulsów poznawczych i ewaluacyjnych mózgu (syndrom głupka lub szaleńca) itp.

Współcześnie duża część uwagi psychiatrów jest poświęcona analizie zaburzeń procesów poznawczych (obłąd) i próbach ich detotalizacji za pomocą preparatów chemicznych tzw. leków i mikstur narkotycznych) lub za pomocą terapii behawioralnej (zmiana postaw) i semantycznej (zwłaszcza na poziomie semantyki religijnej). W każdym kryzysie oprócz zmiany zachowania następuje zmiana języka mówienia o sobie i rozumienia siebie. Te zmiany mają służyć osłabianiu reakcji lękowych (strach, samobójstwo), konfliktów (spór, wojna) i

⁷ I. Kant, *Antropologia w ujęciu pragmatycznym*, tłum. E. Drzazgowska i P. Sosnowska, IFiS PAN, Warszawa 2005.

nieadekwatnym wypowiedziom o sobie (samoświadomość, psychoterapia). W tym ujęciu zdrowie psychiczne to prostomysłność, odwaga i (s)pokój, które powstrzymują człowieka przed niszczeniem, ranieniem, uszkodzaniem, torturowaniem oraz zabijaniem innych i zabijaniem siebie (samobójstwo).

Jako psychiatra, K. Dąbrowski starał się skorelować pięć wskaźników pozwalających człowiekowi komunikować swoje stany ducha – zmysłowy, ruchowy, wyobraźniowy, emocjonalny i intelektualny – z podłożem neurologicznym. Uważał, że pięć korelatów neurokognitywnych umożliwia lub utrudnia komunikację człowieka z samym sobą i otoczeniem. Następnie zestawiał je z procesami psychicznej integracji i dezintegracji – w kontekście stanów pozytywnych i negatywnych, zdrowia i choroby psychicznej. Jako kontynuator myśli ewolucjonistycznej, K. Dąbrowski uważał, że proces ewolucji człowieka jest zakończony. I tylko jeden składnik jego osobowości nadal podlega ewolucji. Są nimi przede wszystkim uczucia i ich stany bezpośrednie emocje i nastroje i afekty. Jako pierwszy w Polsce wprowadził do własnego modelu rozwoju osobowości pojęcie „empatii”. Jest ono dla jego koncepcji jednym z najważniejszych kryteriów personalizacji jednostkowej i grupowej, które dokonują się we współpracy z umysłem, i nie znajdują się zbyt często pod jego kontrolą. Jest raczej odwrotnie, to umysł znajduje się częściej pod kontrolą uczuć

K. Dąbrowski uznał, że głównymi potencjałami rozwoju osobowości są nie tyle ruch, ciało i wrażenia, ale umysł, uczucia i wyobrażenia. Jeżeli chodzi o jego teorię umysłu, to jest ona zbliżona do koncepcji Williama Jamesa (1842–1910), który zakładał, że każdy stan poznawczy jest częścią świadomości osobowej. Jej stany ciągle się zmieniają, lecz zachowują odczuwalną ciągłość. Świadomość jest według niego aktywnym czynnikiem podmiotu. Jednak interesuje się tylko niektórymi częściami swego podmiotu, a inne pomija. Przyjmuje bądź odrzuca jego poszczególne części – dokonuje spośród nich wyboru – przez cały czas. Świadomość nie jest oddzieloną od ciała, samodzielną instancją (np. duszą), lecz stanem mózgu. Stan ten pośredniczy między wrażeniami zmysłowymi a zachowaniem, będącym odpowiedzią na nie. Świadomość steruje organizmem w ten sposób, że człowiek może utrzymać się w swym otoczeniu w stanie względnie dobrej orientacji przestrzennej i czasowej.

Życie psychiczne jest nurtem wrażeń, w którym niemożliwe jest wyraźne oddzielenie podmiotu od przedmiotu, tego, co wewnętrzne od tego, co zewnętrzne. Psychika nie jest złożona z prostych, niezmiennych, odrębnych elementów, jedne łączą się z drugimi i przechodzą w swoje przeciwieństwo. Świadomość ma więc ciągły charakter, jest płynnym strumieniem. Podstawą tożsamości człowieka jest Ja przedmiotowe (*me*), Ja podmiotowe (*I*) i Ja empiryczne, które obejmuje wszelkie wrażenia, ale także rzeczy (jacht, konto bankowe) i role, które pełni jednostka. Ja podmiotowe – jest tym, które poznaje. Jako istotna i niezmienna część człowieka nie podlega obiektywizacji. Swą jedność odnajduje

w niepodzielnym zjawisku przeżywania. Kieruje działaniem, w którym jest miejsce na wolność woli. Ale ta nie jest zwykłą wolnością wyboru, lecz trudem opanowywania chaosu świata⁸.

Swój odrębny status, świadomość uzyskała w połowie XIX wieku, zastępując pojęcie duszy. Synchronizuje obiekty psychiczne, tworzy tło lub wypełnia luki przestrzenne – współtworzy rzeczywistość. Bez niej nie zaistniałyby kwantowe i falowe własności zjawisk elementarnych. Świadomość determinuje własności obserwowanych zjawisk, jest dwuaspektowa. Co świadczy o naturalnej schizforeniczności świadomości, jest graniczna, rozmyta, rozbita. Myślenie jest strumieniem asocjacji (konwergencja) i dysocjacji (dywergencja) – znaków, znaczeń, pojęć i idei. Poznanie dokonuje się w zerowym czasie i usztywnionej przestrzeni psychoneuralnej⁹.

W ostatnich latach swego życia, K. Dąbrowski, oprócz pojęcia empatii używał także pojęcia „ilorazu inteligencji emocjonalnej”. Za tym poglądem stoi dziś cała biblioteka rozpraw na temat emocji, nastrojów i przeżyć itd. Współcześni badacze uważają, że pojęcie empatii to złoty klucz do psychologii człowieka. Badacz „emocjonalnego mózgu”, Joseph LeDoux¹⁰, podobnie jak wcześniej K. Dąbrowski, także podkreśla, że nie tyle brak sprawnego intelektu, ile brak sprawnych uczuć jest przyczyną behawioralnej patologii i chorób psychicznych. Zauważył to kiedyś także wielki pisarz, który sam był targany sam był targany przez wewnętrzne sprzeczności George B Shaw (1856–1950), który przyznał, że jego zdaniem: „Niewielu ludzi myśli więcej niż dwa lub trzy razy w roku”. I dodaje: „Zyskałem międzynarodową sławę przez myślenie raz lub dwa razy w tygodniu”.

Specjalna dekada badań relacji ciało – umysł / *body – mind* zrealizowana pod koniec XX wieku, rozszerzyła i zweryfikowała wiele twierdzeń klasycznej antropologii medycyny, wymuszając zmiany w rozumieniu zdrowia i choroby psychicznej w kontekście procesów poznawczych. Jednak ktokolwiek bada relacje ja – uczucia i wynikające z nich zachowania nie może pominąć analizy Rene Descartesa (1596–1650) *Les passions de l'ame* (1649) i rozprawy Adama Smitha (1723–1790) *The Theory of Moral Sentiments* (1790), gdzie pisze o *fellow*

⁸ W. James, *The Principles of Psychology, in two volumes*, Henry Holt and Company, Nowy York 1890; tenże, *The Principles of Psychology: In two volumes*, wyd. 2, Dover Publications, Nowy York 1950.

⁹ Por. D. Bohm, *Quantum Theory*, Prentice-Hall, Inc., Nowy York 1951; K. R. Popper, J. C. Eccles, *Mózg i jaźń*, tłum. P. Jaśkowski, Wydawnictwo Protekt, Poznań 1999; J. Trąbka, *Natura objawia swą moc. Współczesna gnoza*, Wydawnictwo Dream, Kraków 1993.

¹⁰ J. E. LeDoux, *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2000; zwrócił tam uwagę na teorie emocji W. Jamesa i C. Lane, W. Cannona i Ph. Barda, St. Schachtera i J. Singera. Dziś trzeba by dodać prace J. Pankseppa, na temat systemów emocjonalnych mózgu ssaków, czy B. de Gelder na temat emocjonalnego języka ciała.

feeling. Obie rozprawy znajdują odzwierciedlenie w dawnych i współczesnych dziełach psychiatrycznych Europy.

Ja – choroba i zdrowie psychiczne – dezintegracja negatywna i pozytywna

Według K. Dąbrowskiego: „Zdrowie psychiczne jest to zdolność do wszechstronnego rozwoju psychicznego w kierunku coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i celów, aż do realizacji własnej osobowości i pomocy innym w realizacji ich osobowości”¹¹. Najlepiej postulaty tej definicji spełniają przede wszystkim święci, bohaterowie i twórcy. A więc ci, którzy radzą sobie, mówiąc językiem C. G. Junga, z integracją własnego „cienia” z własnym „ja”. Ten model rozwoju dotyczy wymiaru moralnego, który integruje cierpienie bohaterów, świętych i twórców z wartościami metafizycznymi. Teoria ukazuje, jak jest możliwe wykorzystanie doświadczenia zła, w rozwoju, którego celem jest dobro. Jest to więc teoria eudajmoniczna i jednocześnie antyeugeniczna.

Twórcy, bohaterowie i święci, dzięki swoim siłom przemiany, opartym na empatii, wyciągają samych siebie i innych z egzystencjalnej jaskini. Nikt lepiej od nich nie widzi, nie słyszy i nie rozumie aktualnego nieszczęścia, przez które muszą przejść, aby dotrzeć do aktualnego szczęścia. To jednak wymaga przejścia przez strach, lęk i trwogę, przez obłąd, tyle, że nie samotnie, lecz w towarzystwie obrazów, myśli i wizji proroków i wieszczów, wszystkich tych, którzy szli przed nimi wcześniej. I którzy umarli, aby inni mogli żyć w przekonaniu, że ich życie ma sens.

Po II wojnie światowej i po wielu wojnach lokalnych dla stworzenia podstaw prawnych, socjalnych i niekiedy leczniczych, psychiatrzy amerykańscy zbudowali ogromną listę zaburzeń psychicznych i chorób. Dzięki temu wiele osób przeżywających stres pourazowy mogło otrzymywać państwową pomoc socjalną. W tym szlachetnym celu za bardzo empatyczni psychiatrzy wyróżnili wiele fobii, różne rodzaje ataków lękowych, rozmaite rodzaje zaburzeń nastroju i myślenia, liczne zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia osobowości zachowania aspołeczne, liczne postaci uzależnień itd. Ich różnicowanie chorób i zaburzeń psychicznych poszło tak daleko, że stało się mało racjonalne i funkcjonalne, a nawet absurdalne¹². Jednocześnie w Europie odbywa się proces odwrotny, następuje łączenie różnych tzw. „chorób psychicznych”.

Próba zawrótka koła psychiatrycznych fantazji i powrót do wielkiej „syn-tezy” rozmnożonych niepotrzebnie „jednostek chorobowych” jest choćby tak-

¹¹ K. Dąbrowski, *Pojęcia żyją i rozwijają się: ze studiów nad dynamiką pojęć*, Gryf Publications, Londyn 1971, s. 175.

¹² Por. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. 1 (DSM I), American Psychiatric Association, 1980; tamże, wyd. 4 (DSM IV), American Psychiatric Association, 1994.

sonomia Jaques'a Lacana (1901–1981), który wyodrębnił tylko trzy „choroby”: nerwice, psychozy i perwersje. Osobiście uważam, że to wystarczy. Reszta ma charakter słowotwórczy, zbyt wąsko sprofilowany, a nawet niekiedy urojeniowy. Jest próbą zastąpienia religii narracyjnej przez religię medyczną, chyba niepotrzebnie. Wystarczyłby może powrót do opracowanej dziś na przykład komputerowo klasyfikacji charakterów rozumów ludzkich, dokonanych niegdyś przez Michała Wiszniewskiego (1794–1865)¹³. Najpierw był uczniem a potem profesorem Liceum Krzemienieckiego, profesorem na UJ w Krakowie i wreszcie mianowany księciem, był pierwszym polskim autorem psychologicznej teorii umysłu.

Autor teorii dezintegracji pozytywnej, K. Dąbrowski, działający w okresie międzywojennym i powojennym, będący pod wpływem psychiatrii szwajcarskiej, zidentyfikował 27 jednostek chorobowych, umieszczając je w siedmiu grupach:

- **grupa 1** obejmuje psychopatię, histerię charakteropatyczną, zachowania kryminalne – poziom I (integracja pierwotna);
- **grupa 2** obejmuje opóźnienia mentalne – poziom I i II (dezintegracja jednopoziomowa);
- **grupa 2a** obejmuje paranoję, nerwice organiczne, hipochondrię, hebefrenię, schizofrenię simplex, II poziom (dezintegracja jednopoziomowa);
- **grupa 3** obejmuje schizofrenię paranoidalną, schizofrenię katatoniczną, psychozę maniakalno-depresyjną, perwersje nerwicowe, zaburzenia psychosomatyczne, psychonerwicę seksualną, neurastenię, histerię konwersyjną, infantylizm psychonerwicowy, schizonerwicę, obsesje psychonerwicowe, psychonerwicę niepowodzenia – II i III poziom (dezintegracja jednopoziomowa i wielopoziomowa spontaniczna);
- **grupa 4** obejmuje obsesje psychonerwicowe – II, III i IV poziom (dezintegracja jednopoziomowa, wielopoziomowa spontaniczna i wielopoziomowa usystematyzowana);
- **grupa 5** obejmuje psychonerwicę lękową – III poziom (dezintegracja wielopoziomowa spontaniczna);
- **grupa 6** obejmuje depresję psychonerwicową, psychastenię i psychonerwicę egzystencjalną – III i IV poziom (dezintegracja wielopoziomowa spontaniczna i wielopoziomowa usystematyzowana);
- **grupa 7** obejmuje histerię egzystencjalną – IV poziom (dezintegracja wielopoziomowa usystematyzowana).

¹³ Por. M. Wiszniewski, *Charaktery rozumów ludzkich*, PWN, Warszawa 1837, i tenże, *O rozumie ludzkim*, Nakład i druk S. Orgelbranda, Warszawa 1848.

Poziom V (integracja wtórna) pozbawiony jest zaburzeń psychicznych¹⁴.

Z tego zestawienia widać, że wyróżnionym pozytywnie torem rozwoju osobowości poprzez „dezintegrację pozytywną”, jest tzw. histeria, którą K. Dąbrowski identyfikuje na I, II i IV poziomie. Może zaskakiwać fakt, że nie identyfikuje jej na poziomie III, który jest pełen oscylacji, wejść w górę i zejść w dół, tam gdzie tworzy się „środowisko wewnętrzne”, gdzie tworzy się „sumienie”, gdzie podmiot identyfikuje się z przedmiotem, a więc tam, gdzie rozkwita życie duchowe, mistyczne, religijne. Wyczuwam tu obawę przed negatywną definicją tych stanów, hysterii mistycznej, hysterii religijnej, hysterii duchowej. Nie miałem świadomości tej luki, gdy miałem okazję rozmawiania z autorem tej klasyfikacji. Być może nastąpiło tu przesunięcie nie tylko semantyczne, ale i psychologiczne, które pozwolił K. Dąbrowskiemu zastąpić pojęcie „hysterii” pojęciem obsesji psychonerwicowej, którą identyfikuje na poziomie III, IV i V. Takich zagadek klasyfikacyjnych i diagnostycznych jest tu więcej. Są zastanawiające i wielce inspirujące.

Z procesem dezintegracji neuro-psychicznej wiążą się zmiany w przeżywaniu, myśleniu i zachowaniu. To wymaga przestrojenia lub zmiany całego systemu poznawczego jednostki, który jest sterowany przez emocjonalno-semantyczne kody ukryte w nieświadomości. Jednostka musi dokonywać licznych wyborów, odnoszących się nie tylko do bieżących zdarzeń, ale także do zachowań w przyszłości. Właściwa „Decyzja jest możliwa jedynie podczas kryzysów istnienia”¹⁵. Analizę zachowań, które powstają w trakcie dysocjacji psychicznej połączonej z kryzysami rozwoju przedstawili w sposób systemowy dwaj autorzy urodzeni w tym samym roku – Erik Erikson (1902–1994) i K. Dąbrowski (1902–1980), terminujący wcześniej u Karla L. Buhlera (1879–1963) i jego żony Charlotty z d. Małachowski Buhler, we Wiedniu. Tam zapoznał się zarówno z psychologiczną teorią kryzysów i teorią cykli rozwoju człowieka. Ich inspiracje widać w pracach K. Dąbrowskiego.

Chorobę psychiczną wzmacnia, a czasem po prostu tworzy, brak indywidualnej bazy językowej, która pozwala zrozumieć komunikaty egzystencjalne, werbalne i niewerbalne, tworzone w sytuacjach kryzysowych czy też w odmiennych stanach świadomości. Takie jest uzasadnienie dla stosowania psychoterapii jako czynności, która ma pomagać w metabolizowaniu informacji o sobie, taki jest sens „medycyny werbalnej”.

W chorobach psychicznych korelacja neurosemantyczna impulsów wzrokowych –które z dodatkiem znaczników emocjonalnych trafiają do systemu percepcyjnego mózgu i tam są odtwarzane – staje się problematyczna. W tym przypadku istotny staje się niedobór lub nadmiar wizualizacji i werbalizacji – milczenie i gadanie, niedobór lub nadmiar kinetyzacji – zeszywnienie i bieganie,

¹⁴ K. Dąbrowski, *Psychoneurosis is not an illness*, Gryf Publications, Londyn 1972, s. 110.

¹⁵ Por. K. Jaspers, *Philosophie*, t. III, Springer, Berlin 1932.

niedobór lub nadmiar reakcji emocjonalnych – anhedonia i perwersyjna namiętność¹⁶.

Za każdym razem występuje tu nadmiar lub niedobór wyobrażeń, które powodują chaos mentalny i behawioralny. Inaczej mówiąc w przypadku analizy choroby psychicznej brak jest zrozumiałych dla pacjenta i lekarza, sygnałów, znaków i symboli pozwalających dobrze rozumieć to, co dzieje się z człowiekiem, gdy on sam siebie nie rozumie. Dla polepszenia sytuacji poznawczej w psychiatrii trzeba podjąć studia nad podłożem neuronalnym i semantycznym stanów milczenia. Trzeba przyjąć, że milczenie jest głównym punktem komunikacji z samym sobą, z innymi i z otoczeniem. Jest stanem pre-ikonicznym, księgą bez słów, rejestrem sygnałów ludzkiego istnienia.

Z entuzjazmem odnoszę się więc do podejmowanych przez filozofów badań i studiów nad „semantyką milczenia”, a zainicjowanych w Polsce przez artykuł Izydory Dąbbskiej (1904–1983) i podjętych przed kilkoma laty w Akademii Muzycznej w Warszawie, gdzie odbyły się dwie konferencje i opublikowane zostały 2 tomy pt. *Semantyka milczenia* (1999), pod red. Kwiryny Handke, które chyba nie są znane w środowisku psychiatrycznym¹⁷.

Innym ważnym problemem jest pojawianie się w stanach ludzkiego cierpienia „drugiego” „trzeciego”, multi- lub monofunkcjonalnego – Ja, które w kryzysie podejmuje funkcję dystrybutora informacji o sobie samym. Gdy jego bazowy zasób semantyczny i jego system operacyjny (pierwsze ja) jest już niefunkcjonalny lub niesprawny. W tym sensie „choroba psychiczna” jest zaburzeniem funkcji Ja w zakresie tworzenia i dystrybucji komunikatów podtrzymujących percepcje i ich korelaty ikoniczne, dające wrażenie ciągłości i tożsamości samego siebie¹⁸. Wtedy dysocjacja, fragmentacja i multiplikacja Ja ratuje poczucie tożsamości człowieka poza stanami integracji i bez poczucia jego integralności.

Podmiot musi przejść przez chaotyczne procesy poznawcze, dochodząc do stanów asertywnych lub kreatywnych. Tam, gdzie dużą rolę odgrywa proces komunikacji niewerbalnej, autystycznej i artystycznej. Widać wtedy, że tzw. „choroba psychiczna” jest efektem zaburzeń w dystrybucji czyli tworzeniu, nadawaniu, odbieraniu i interpretowaniu zbiorów semantycznych, którymi dysponuje człowiek/ jednostki i grupy. W systemach semantycznych, gdzie nie funkcjonuje pojęcie Ja (np. w językach Dalekiego Wschodu) lub brak jest korelatu Ja – „choroba psychiczna”, nie może istnieć jako forma rozszczepienia. Pojawia się jako forma zlania się Ja dziecka z umysłem rodzica (lub bóstwa), który

¹⁶ J. A. Fodor, *The Language of Thought*, Harvard University Press, Cambridge MA 1975; J. A. Fodor, *Psychosemantics: The Problem of Meaning in the Philosophy of Mind*, MIT Press, Cambridge MA 1987.

¹⁷ *Semantyka milczenia*, red. K. Handke, Sławistyczny Ośrodek Wydawniczy, Warszawa 2002.

¹⁸ T. Kobierzycki, *Jaźń i tożsamość*, Wydawnictwo Muzaios, Warszawa 2012, tenże, *Jaźń i twórczość*, Wydawnictwo Muzaios, Warszawa 2012.

i tu i tam traktowany jest jako „święte Ja”, które i nie powinno być medycznie leczone. Zajmuje się nim wtedy na ogół „terapia religijna” lub „terapia prawna”.

Ludzie, cierpiący w systemie, w którym wykluczone, zniszczone lub zmarginalizowane jest ich Ja, myślą częściej o „sylogizmach goryczy” niż „sylogizmach choroby”. Myślą obsesyjnie w „sylogizmach wiary”, a nie w „sylogizmach nauki”. Dość często w figurach logicznych i semantycznych osób doświadczających skrajnych efektów dysocjacji procesów neurologicznych, umysłowych i emocjonalnych, brak jest miejsca na pojęcie choroby. Ich umysły i emocje sytuują się poza semantyką medyczną, przenosząc swoje cierpienie i ból na poziom wydarzeń eschatologicznych, religijnych. Jeden ze studentów biorący udział w grupowych treningach ego-analzy, wyraził to tak, „wszyscy mówią, o tym jak bardzo cierpiał Jezus Chrystus, bo chyba nie wiedzą jak straszne jest moje cierpienie”¹⁹.

Zakończenie

Z doświadczenia wykładowcy akademickiego wiem, że nawet inteligentni studenci mogą czuć się urażeni jakąś prostą uwagą, którą zdarza mi się wygłaszać podczas wykładów z filozofii, nawet taką, że mamy dziś ładną albo brzydką pogodę. Na zakończenie przypomnę w celach profilaktycznych dwie myśli K. Dąbrowskiego na temat kłopotów, jakie mogą wypływać ze złego rozumienia uczuciowej wrażliwości, którą większość z nas chyba ceni: „Nadmiar wrażliwości bez przekształceń wewnątrzpsychicznych, doprowadza do wielu niepotrzebnych konfliktów, wyolbrzymia różnice, a pomniejsza i zaciemnia sprawy najważniejsze”²⁰; „Urażliwość jest wrogiem wrażliwości: pomniejsza ją i prowadzi do schorzeń”²¹.

Trudno rozumieć kogoś, kto sam siebie nie rozumie, bez wchodzenia w doświadczenia podmiotowego Ja i w semantykę tego doświadczenia. Na szczęście systemy analizy emotywno- sensorycznej i opracowane przez programy analizy komputerowej pozwalają dziś szczegółowo diagnozować sieci powiązań neurosemantycznych. Wraz z ich udoskonaleniem, jak sadzę, za 50 lub 100 lat, dzisiejsze kliniki instytuty psychiatryczne mogą zamienić się w kliniki i instytuty badania charakterów rozumów ludzkich, podobnie do tego, co robił wiek temu Michał Wiszniewski. Nie będzie się tam diagnozować „zdrowia” ani „chorób” psychicznych, ale rodzaje charakterów rozumów ludzkich. Dzisiejsze choroby są w dużej mierze konstrukcjami obejmującymi więcej tego, czego nie da się określić, ich nazwy mają się tak do faktów biologicznych jak literackie libretto opery czy baletu do muzyki lub tańca, którą wykonuje orkiestra, chóry i soliści.

¹⁹ Studencka Szkoła Higieny Psychiczej, archiwum własne (1995).

²⁰ K. Dąbrowski, *Myśli i aforyzmy egzystencjalne*, aforyzm 79, Gryf Publications, Londyn 1970.

²¹ Tamże, aforyzm 78.

Jest to na ogół związek wybiórczy, punktowy, projekcyjny, nie literalny, a nie jakby się można było spodziewać realny.

Mimo medycznego wykształcenia i perfekcyjnej znajomości anatomii i neurofizjologii człowieka, K. Dąbrowski miał serce i umysł idealisty i altruisty. Sformułował więc przesłanie do idealnych psychiatrów, w którym zakładał, że szpitale psychiatryczne powinny być przekształcone w „ośrodki mądrej miłości”. I zadając pytanie: „Jacy powinni być nasi lekarze, pracownicy ośrodków mądrej miłości?”, odpowiadał: „Powinni umieć spoglądać w trzech kierunkach – w głąb siebie, poza siebie i ku innym. Ich wiedza uzupełniana być musi mądrością, ich opiekuńczość musi być oparta na przeżyciu własnego opuszczenia i samotności. Uodpornienie na rozpacz brać będą z pokonania własnej rozpacz, serdeczność z doznania miłości w nocach duszy, wizje rozwoju innych z doświadczenia własnego rozwoju”²².

Psychoterapia przez rozwój – sformułowana przez K. Dąbrowskiego – odnosi się przede wszystkim do osób, które mają mocny wyobraźniowy, emocjonalny i intelektualny „potencjał rozwojowy”. Tych leczy twórczość i rozwój ich trójwymiarowego Ja – ku osobowości. Inni, którzy mają tylko mocne potencjały ruchowe i somatyczne, skazani są na tzw. statystyczną „normalność” i statystyczną „patologię”, czyli po prostu na „patologię normalności”, której przekraczanie naraża ich na schizofrenię i psychozy. Ich losem są dezintegrujące ich negatywnie tzw. choroby psychiczne, wynikające z niedoboru uczuć (psychopatie, socjopatie i zachowania kryminalne), albo z niedoboru analitycznej myśli (urojenia, projekcje, brednie). Dla nich lekarstwem jest represywna pedagogika i kultura, której tak bał się nie tylko Z. Freud czy C. G. Jung, ale też i K. Dąbrowski.

System prawny, który legalizuje i delegalizuje diagnozy medyczne, miesza się w ich los niejako, stając na straży ludzi słabych fizycznie i psychicznie, ale silnych duchem. Niemożliwe wydaje się rozumienie fenomenów psychiatrycznych bez rozumienia zdrowych stanów asertywnych i stanów kreatywnych ja i bez filozofii, która chroni obraz człowieka przed jego patologizacją. Wśród polskich filozofów współcześnie podejmują te problemy między innymi: Z. Rosińska, A. Leder, P. Dybel, J. Mizińska, S. Symotiuk, A. Kapusta, a w bioetyce – Z. Szawarski, J. Sak, J. Barański i inni. Filozofia od pięciuset lat zmusza psychiatrię do zajęcia się nietypowymi i niezwykłymi stanami ducha, świadomości, umysłu lub zdrowia psychicznego, w kontekście stanów skrajnych, granicznych, krytycznych, które dostały w różnych kulturach nazwę „chorób”. Są one odmiennymi, granicznymi stanami ciała i umysłu, którym towarzyszy, nie tylko egzystencjalna radość i szal, ale także ból i cierpienie. Są one równocześnie dynamizmami rozwoju i hamowania życia człowieka, zmieniają swój obraz i sens

²² Tamże, aforyzm 81.

wraz z cyklem życiowym, który je przekracza, dzięki woli zdrowia, i sensu życia.

Bibliografia

- Bohm D., *Quantum Theory*, Prentice-Hall, Inc., Nowy York 1951.
- Cioran E., *Święci i łzy*, tłum I. Kania, Wydawnictwo KR, Warszawa 2003.
- Dąbrowski K., *Myśli i aforyzmy egzystencjalne*, Gryf Publications, Londyn 1970.
- Dąbrowski K., *Nerwowość dzieci i młodzieży*, wyd. 1., Nasza Księgarnia, Warszawa 1935.
- Dąbrowski K., *Nerwowość dzieci i młodzieży*, wyd. 2, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1976.
- Dąbrowski K., *O dezyntegracji pozytywnej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1964.
- Dąbrowski K., *Personality shaping through positive disintegration*, Little Brown, Boston 1967.
- Dąbrowski K., *Psychoneurosis is not an illness*, Gryf Publications, Londyn 1972.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. 1 (DSM I), American Psychiatric Association, 1980.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. 4 (DSM IV), American Psychiatric Association, 1994.
- Fodor J. A., *Psychosemantics: The Problem of Meaning in the Philosophy of Mind*, MIT Press, Cambridge MA 1987.
- Fodor J. A., *The Language of Thought*, Harvard University Press, Cambridge MA 1975.
- Higiena psychiczna dla studentów medycyny*, red. T. Kobierzycki, Wydawnictwo STAKROOS, Warszawa 1993.
- James W., *The Principles of Psychology, in two volumes*, Henry Holt and Company, Nowy York 1890.
- James W., *The Principles of Psychology: In two volumes*, wyd. 2, Dover Publications, Nowy York 1950.
- Jaspers K., *Philosophie*, t. III, Springer, Berlin 1932.
- Kant I., *Antropologia w ujęciu pragmatycznym*, tłum. E. Drzazgowska i P. Sosnowska, IFiS PAN, Warszawa 2005.
- Kilar E., Kobierzycki T., Maj F., *Stres onkologiczny: wskazówki medyczne i psychologiczne*, Wydawnictwo STAKROOS, Warszawa 2005.
- Kobierzycki T., *Jaźń i tożsamość*, Wydawnictwo Muzaios, Warszawa 2012.
- Kobierzycki T., *Jaźń i twórczość*, Wydawnictwo Muzaios, Warszawa 2012.
- Kobierzycki T., *Ku psychoterapii przez rozwój*, [w:] *Materiały Szkoleniowe Studenckiej Szkoły Higieny Psychiczej*, red. T. Kobierzycki, z. 3., Wydawnictwo LCSRN, Lublin 1988.
- Kobierzycki T., *Osoba – Dylematy rozwoju. Studium metakliniczne*, Wydawnictwo Pomorze, Bydgoszcz 1989.
- Le Doux J. E., *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2000.
- Popper K. R., Eccles J. C., *Mózg i jaźń*, tłum. P. Jaśkowski, Wydawnictwo Protext, Poznań 1999.
- Semantyka milczenia*, red. K. Handke, Sławistyczny Ośrodek Wydawniczy, Warszawa 2002.

Studencka Szkoła Higieny Psychiczej, archiwum własne (1995).

Trąbka J., *Natura objawia swą moc. Współczesna gnoza*, Wydawnictwo Dream, Kraków 1993.

Wiszniewski M., *Charaktery rozumów ludzkich*, PWN, Warszawa 1837.

Wiszniewski M., *O rozumie ludzkim*, Nakład i druk S. Orgelbranda, Warszawa 1848.

Summary

How Can You Be Healthy and Mentally Ill in the XXI Century? Comments about Psychiatry and its Philosophy

The author, as a philosopher, presents a way to come to understand the nature of health and disease in relation psychiatry and semantics. He describes his own experience working in the School Student Mental Hygiene (1984–1995) and inspired by the work of Kazimierz Dabrowski (1902–1980). It is believed that the understanding of health and mental illness requires full their experience of living and thoughts. And active use of extreme mental states for their own development. In the text the author formulates a diagnosis of attention-semantic, which relate to the description and understanding of health and mental illness on the border of the century.

Keywords: philosophy and psychiatry, health and mental illness, positive and negative desintegration, Kazimierz Dabrowski, Student's School of Mental Hygiene

Summarised by Andrzej Kapusta

Zusammenfassung

Wie kann man psychisch gesund und krank im 21. Jahrhundert sein? Die Bemerkungen über die Psychiatrie und ihre Philosophie

Der Verfasser schildert seinen Weg zur Erkenntnis des Wesens von Gesundheit und Krankheit und der Beziehung zwischen Psychiatrie und Philosophie. Er beschreibt seine Erfahrungen in der Studentenschule für Psychische Hygiene (1984–1996) und die Inspiration durch das Schaffen von Kazimierz Dąbrowski. Das ganzheitliche Verständnis der Gesundheit und der psychischen Krankheit erfordert die Berücksichtigung der Selbsterkenntnis und der Rolle der Gefühle und Vorstellungen sowie der Dynamik der Integration von psychischen Prozessen. Zum Schluss verweist der Autor auf diagnostisch-semantische Probleme in der Beschreibung der Gesundheit und psychischer Krankheit.

Schlüsselworte: Philosophie und Psychiatrie, psychische Gesundheit und Krankheit, positive und negative Desintegration, Kazimierz Dąbrowski, Studentenschule für psychische Hygiene

Aus dem Polnischen übersetzt von Anna Pastuszka

Information about Author:

TADEUSZ KOBIERZYCKI, habilitated doctor, Institute of Ego-Analysis „Askeion”.
Address for correspondence: ul Pięciolinii 2/27, PL 02-784 Warszawa. E-mail:
askeion.tad@gmail.com

