

Klaus Dörner

## Medyczny model choroby w psychiatrii (środowiskowej) jako źródło cierpienia

Dziękuję organizatorom, że jeszcze raz publicznie mogę prowadzić dialog z Dorotą Buck. Miałem już możliwość rozmawiania z nią tu, w tym miejscu przy okazji legendarnego światowego kongresu psychiatrii społecznej, który odbył się w Hamburgu w 1994 roku, gdy wynaleziono i spopularyzowano na całym świecie pojęcie "trialogu".

Zacznę od przypomnienia, że my, starsze pokolenie naszym zrywem z 68 roku zapoczątkowaliśmy reformę psychiatrii krytykując przez wiele lat "medyczny obraz choroby". Zanim zabraliśmy się do praktycznej pracy, aby niegodne człowieka warunki życia chorych psychicznie zastąpić przez nowy system psychiatrii społecznej i środowiskowej, ciągle próbowaliśmy jeszcze dokładniej rozpracować ciemnościelski charakter pojęcia choroby, obiektywizujący i zawłaszczający chorego. W ciągu ostatnich 30 lat osiągnęliśmy w tym zakresie znaczne sukcesy, dlatego tytuł wystąpienia mojego i pani Buck rozumiem jako jakiś rodzaj podstępu, a mianowicie jako pytanie, czy na gruncie naszych sukcesów w dziedzinie psychiatrii środowiskowej cierpienie na medyczny obraz choroby należy już do przeszłości, czy też istnieje nadal, a uśpiony został tylko nasz krytycyzm?

Podczas gdy przed 30 laty my profesjonaliści sami odpowiedzialibyśmy na to pytanie, to dzisiaj doszliśmy już do tego, że chorzy psychicznie jako doświadczeni w dziedzinie psychiatrii mówią już za siebie i sami odpowiadają na to pytanie. Słyszeliśmy odpowiedź Dorthei Buck, która potwierdziła tę ostatnią alternatywę, a tym samym jej odpowiedź wypadła wystarczająco jednoznacznie. Panią Buck rozumiem tak: Nie należy krytykować faktu, że istnieją teorie albo hipotezy badawcze na temat związku pomiędzy przemianą materii w mózgu i psychozą, lecz należy krytykować fakt, że tego typu teorie ciągle jeszcze mieszają się z siłami instytucjonalnymi i decydują o praktyce, redukując pacjentów i ich przeżycia do przemiany materii w mózgu, nie tylko stosując leki psychotropowe, lecz przyznając im w dalszym ciągu priorytetowe znaczenie, stawiając diagnozy, które ciągle jeszcze służą przyklejaniu etykietek. Z tym wszystkim cierpienie na medyczny obraz choroby istnieje nadal, ponieważ przyczynia się do obiektywizacji i stygmatyzacji chorych psychicznie. Stąd też medycyna i psychiatria ciągle jeszcze nie mają decydującego słowa, dlatego ciągle jeszcze to nie rozmowy o związku pomiędzy przeżyciami psychotycznymi a historią życia wysuwają się na plan pierwszy, a chorych psychicznie ciągle jeszcze zostawia się sam na sam z ich cierpieniem.

Dla mnie ta krytyka wyrażana przez Dorotheę oznacza, że my profesjonaliści ciągle jeszcze nie zwątpiliśmy tak dalece w siebie, żeby uwolnić nasze teorie i naszą praktykę od ciężaru instytucjonalnej potęgi zawłaszczania, że my sami nie wydostaliśmy się spod wpływu instytucji, że ciągle jeszcze niedostatecznie potrafimy odróżnić naszą służbę instytucji od służenia poszczególnym chorym psychicznie. Dorothea mogłaby kontynuować: "Ten defekt was, profesjonalistów jest o tyle zastanawiający, że już od dawna w stosunkach między upośledzonymi umysłowo i fizycznie a profesjonalistami to profesjonaliści od dawna uchodzą za "asystentów" dla których osoby upośledzone posiadają "kompetencje kierowania personelem".

Gdybym chciał w ten sposób pozwolić, aby kierowała mną Dorothea, poddać się jej umiejętności kierowania personelem, to naprawdę musiałbym zadać sobie pytanie, jak dalece moje myślenie i działanie zdeterminowane jest przez własny interes mojej instytucji (stacjonarnej i ambulatoryjnej) i czy potrafię to oddzielić od mojej bezwarunkowej służby dla poszczególnych chorych. Muszę zadać sobie pytanie, jak dalece wyzbyłem się wpływu instytucji i czy jestem już w stanie myśleć o sobie po pierwsze z punktu widzenia środowiska, a po drugie - z punktu widzenia drugiego człowieka, ponieważ to dopiero byłoby w pełnym sensie tego słowa psychiatrią środowiskową. I kiedy tak pozwałam Dorothei poddawać w wątpliwość moją osobę, to przychodzi mi na myśl, że być może powinienem poddać się jeszcze kilku bolesnym operacjom i że zmiana paradygmatu od pomocy instytucjonalnej w kierunku pomocy skierowanej do konkretnej osoby, od psychiatrii instytucjonalnej do psychiatrii środowiskowej jest jako zadanie na najbliższy okres czasu ciągle jeszcze przed nami.

Dla pełnego zrozumienia mojej roli w środowisku oznaczałoby to mniej więcej, że mam się troszczyć nie tylko o to, żeby zamknięto wszystkie kliniki ponadkomunalne, a więc dawne wielkie szpitale psychiatryczne, co w Anglii powiodło się już w jednej trzeciej, ponieważ oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych organizowane przez władze komunalne lepiej zabezpieczają leczenie stacjonarne i zapewniają sensowną ofertę świadczeń specjalistycznych. Oczywiście nawet i te oddziały muszą się jeszcze zdeinstytucjonalizować, co wypróbowano już np. w Londynie, Trieście i u nas w Bremie - Północ. I mam się opowiadać nie tylko za tym, aby leczenie w zakładach zamkniętych jako rozwiązanie z XIX wieku całkowicie lub przynajmniej częściowo zastąpiono ofertą komunalną i ambulatoryjną, skutkiem czego ponad 100 000 chronicznie chorych psychicznie, a więc właśnie ci najbardziej bezbronni odzyskaliby

swoje prawa obywatelskie, których obecnie im odmawiamy bez żadnego powodu i racji, tylko dlatego, że tego wymaga interes instytucji. Wszystko to jest właściwie tylko oczywistym warunkiem wstępnym.

Pełne zrozumienie mojej roli w środowisku polegałoby raczej na tym, że przede wszystkim nie postrzegałbym już siebie jako członka instytucji stacjonarnej lub ambulatoryjnej, w ramach której pracuję dla mojej społeczności, lecz że postrzegam siebie głównie jako obywatela tej społeczności, któremu płaci się za pracę dla dobra stosunków pomiędzy wszystkimi obywatelami tej społeczności. W tej służbie dla społeczności powinienem zważać na to, żeby ci obywatele, którzy cierpią właśnie na jakąś chorobę psychiczną i stanowią dodatkowy ciężar dla siebie i innych, znaleźli dostateczną liczbę pleców, które rozdzieliwszy ten ciężar po równo byłyby w stanie udźwignąć go. Tylko spełniwszy ten warunek spowodujemy, że sejsmograficzne, oryginalne, metafizyczne, fantastyczne, kreatywne przeżycia chorych wzbogacą i chorych i ich otoczenie. I tylko tam, gdzie realizując moje zadanie "redystrybucji pleców" (bliscy, grupa samopomocy, przyjaciele, sąsiedzi, najemcy, pracodawcy) nie znajduję ich w odpowiedniej ilości, powinienem - jako środek zastępczy - zastosować moje własne plecy, ewentualnie w razie potrzeby postarać się o wsparcie instytucjonalne.

A jak w ramach takiego umiejscowienia w środowisku wygląda moje "świadczenie zastępcze", jak angażuję się w sprawy innego człowieka, jak postrzegam siebie od strony drugiego człowieka, jak służę nie instytucji, lecz asystuję w kierowaniu personelem przez drugiego człowieka? Na zakończenie jeszcze kilka myśli na ten temat z całkiem różnych punktów widzenia:

1. Nie tylko teorie organiczne lecz także socjalno - psychiatryczne mogą być naładowane instytucjonalną potrzebą zawłaszczania i obiektywizowania chorych. Dotyczy to np. także cenionej przeze mnie koncepcji szczególnej podatności na zranienie, a mianowicie wtedy, gdy tak zdefiniowany a tym samym wyszczególniony chory psychicznie zostanie zmuszony do zrozumienia takiej "niższej wartości" i poddany programom psychoedukacyjnym. Tę godną zastanowienia się możliwość zawdzięczam pracy dyplomowej z psychologii Uwe Beninga (uniwersytet Oldenburg 1999).

2. Psychiatrzy zorientowani somatycznie mogą być tak samo wyczuleni na "cierpienie na medyczny obraz choroby" jak osoby o orientacji socjalno-psychiatrycznej pracujące w psychiatrii. Tak więc psychiatrzy z Getyngi, dr Rüttherowi zawdzięczam następującą myśl: Jeżeli leczę kogoś lekami psychotropowymi, to muszę wiedzieć, że na ten okres mogę spowodować u niego paraliż emocjonalny. Więc tylko wtedy mam prawo zastosować leki psychotropowe, jeżeli wcześniej zadbałem o taki intensywny kontakt z pacjentem, który będzie w stanie udźwignąć taki paraliż emocjonalny. Czegoś podobnego nauczyłem się od mojego nauczyciela z Eppendorf, Jana Grossa, który usprawiedliwiał stosowanie leków psychotropowych tylko wtedy, gdy służyły podtrzymaniu lub przywróceniu zdolności do prowadzenia rozmowy.

3. Formułka "Od leczenia do negocjacji", którą tak wszyscy lubimy, i ja także, może również posłużyć jako przykrywką dla utrzymania mojej przewagi jeżeli chodzi o wiedzę i władzę instytucjonalną. Jeżeli tego nie chcę, to muszę iść trudną, okrężną drogą: Jeżeli mianowicie traktuję poważnie spotkania na tej samej płaszczyźnie, podmiotowy wymiar mojego kontaktu z drugim człowiekiem, to po pierwsze nie wolno mi wypierać się subiektywno - obiektywnego wymiaru tego kontaktu, a więc mojej faktycznej przewagi jeżeli chodzi o wiedzę i władzę instytucjonalną, abym nie był zmuszony do kompensowania, równoważenia tego wymiaru poprzez wymiar przeciwny, obiektywno - subiektywny, do umieszczania tego pierwszego w tym drugim. A po trzecie jest to możliwe tylko wtedy, gdy bez reszty poświęcę się drugiemu człowiekowi, oddam się mu do dyspozycji, będę mu służyć (niezależnie od służenia instytucji), stanę się asystentem jego kompetencji kierowania personelem. To samoponizowanie się niezbędne dla samowywyższenia się jest tak trudne, że wprawdzie wszyscy potrafimy je chcieć, ale niechętnie, z oporami, ponieważ oznacza ono - tu odpowiadam Dorothei Buck na jej usprawiedliwioną krytykę teologii cytatem z Biblii "... i prowadzić, dokąd nie chcesz" (Joh. 21, 18). Wszystko to stanowi warunek, aby w moich kontaktach z drugim człowiekiem przynajmniej od czasu do czasu rozbłysnął ten podmiotowy wymiar.

4. Ale moimi prawdziwymi nauczycielami trudnej sztuki, którą próbuję tu opisać, jest 435 chronicznych pacjentów ze szpitala psychiatrycznego w Gütersloh, których przed 15 laty wszystkich bez wyjątku mogliśmy wypuścić ze szpitala i umieścić w środowisku. Większość z nich, jak opisaliśmy w relacji "Koniec imprezy" (Gütersloh, Jakob van Hoddis, 1998) korzysta jedynie z opieki ambulatoryjnej. Na przykładzie tych chronicznie chorych nauczyliśmy się tego, co jest najważniejsze także i w postępowaniu z chorymi w ostrych stanach. Stwierdziliśmy mianowicie, że niemal wszystkie nasze poszczególne kroki, nasze pytania, nasze propozycje okazały się złe i należało je skorygować. To nas nauczyło, że wszystkie nasze działania obarczone są możliwością błędu, w związku z czym powinniśmy prezentować postawę pasywną a nie aktywną, aby zasygnalizować drugiemu człowiekowi, w tym wypadku osobom chronicznie chorym, że jesteśmy tymi, którzy w każdej chwili gotowi są pozwolić na to, aby ich korygowano, poprawiano, że jesteśmy tymi, którzy są wiarygodni w ograniczaniu się we wsłuchiwanie się, sygnały drugiego człowieka, bo tylko on może nam powiedzieć, co mamy robić. W oparciu o filozofię Emmanuela Levinasa znaleźliśmy formułę dla pasywności naszej postawy: "Słuchać - w posłuszeństwie - bez absolutnego posłuchu".

5. Na zakończenie krótka historyjka, która lepiej niż jakiegokolwiek abstrakcyjne myśli streści moją odpowiedź w dialogu z Dorotheą Buck: Podczas dyskusji w Katolickiej Organizacji Pomocy Kobietom w Verl/Westfalia pewna starsza kobieta powiedziała: "No więc, wie pan, gdy mam kłopoty, to nie lubię z nikim o tym rozmawiać." - "A dlaczego nie?" - "Z lęku, że ten ktoś zechciałby mi pomóc." - "A czego by pani chciała zamiast tego?" - "Życzyłabym sobie jakiejś osoby, co do której mogę być pewna, że będzie mnie słuchała nieskończenie długo, tak długo, aż dzięki mojemu mówieniu sama będę wiedziała, w jakim punkcie się znajduję i co mam robić."

Myślę, że dopiero wtedy, gdy uda nam się zrealizować coś takiego albo coś podobnego, będziemy mieli prawo powiedzieć, że wychodzimy od paradygmatu psychiatrii środowiskowej, w którym być może umiejscowione jest cierpienie na medyczny obraz choroby.