

Wieloletnie, niezawodne, stabilne relacje*

Szanowne Panie i Panowie, drogie Koleżanki i Koledzy

Towarzystwo człowiekowi przez dłuższy czas...

Abu przybliżyć się do tematu, pozwólcie mi Państwo zacząć od pierwszego spotkania z człowiekiem, o jakie tu chodzi: z jednej strony ci, którzy doświadczają właśnie życiowej katastrofy, z drugiej zaś ci, których codzienność składa się ze spotkań z tą katastrofą. Już podczas tego pierwszego spotkania jest widoczne, jak różna jest sytuacja ludzi psychicznie chorych i tych będącymi ich pomocnikami. Ci pierwsi są wstrząśnięci i przestraszeni czymś dla nich niewyobrażalnym, ci drudzy wypełniają swoją codzienność, chcą być czynni i pomagać. Sytuacja wyjściowa obu grup jest więc wysoce zróżnicowana. Tym trudniej, tak mi się przynajmniej wydaje, ma grupa osób pomagających, aby rzeczywiście sprostać tej sytuacji.

Ludzie psychicznie chorzy bardzo często długo odczuwają skutki tego pierwszego spotkania, czują się jednak utwierdzeni w tym, czego najczęściej się bali, a mianowicie utraty przywiązania do drugiego człowieka, braku przynależności, bez możliwości porozumienia. Zanim sami zrozumieją doniosłość wydarzeń, już znajdują się w systemie ofert, który raczej wpędza ich w zakłopotanie, gdyż waga zaistniałych wydarzeń jest przytłaczająca.

Pomocnym w takiej sytuacji byłoby z pewnością zminimalizowanie tych wstrząsów ze

wszystkimi zmartwieniami, wstydem i strachem. To odnosi się nie tylko do samych pacjentów, ale też do ich rodzin, które zazwyczaj przez dłuższy czas przeżywały z bliska zaangażowanie ich sytuacji.

Każdy powinien sobie przez moment wyobrazić, że jest dotknięty taką chorobą i co by to znaczyło dla jego życia.

Uważne przyjrzenie się początkowi spotkania pacjenta z psychiatrią jest ważne, ponieważ to wtedy toruje się drogę do relacji pełnej zaufania, która decydująco wpływa na jej dalszy przebieg. Albo toruje się drogę do relacji pełnej zaufania albo pozostaje ona obciążona brakiem zaufania, wobec którego wszystkie kroki wymagają ciąglego usprawiedliwiania.

Czasami chęć pomocy spotyka się z małą gotowością jej przyjęcia, bo druga osoba jeszcze długo zajęta jest próbą zrozumienia choroby jako części swojego życia. Podważanie własnego planu życia i marzeń o przyszłości boli i sprawia przykrość. Chory człowiek doświadcza tego, że nie tylko jego oczekiwania co do własnej przyszłości wydają się leżeć w gruzach, ale też jego rodzina i otoczenie dotknięci są tym wstrząsem. Ponadto otoczenie widzi go w sposób, który jest coraz trudniejszy do zniesienia. Pacjent jest więc w kryzysie, który jest egzystencjalny i prawdopodobnie zagraża wszystkiemu, czego do tej pory się trzymał.

Gdy wyobrazimy sobie jak trudne jest przyporządkowanie się grupie dla ludzi tak mało doświadczających akceptacji jak cho-

rzy psychicznie, to widać, jakich osiągnięć wymaga się od chorego człowieka. Powinien on wykazywać się zrozumieniem choroby, zachowywać się kooperatywnie, wykazywać współdziałanie i identyfikować się, mieszkać, jeść, pracować z grupą ludzi, która do tej pory była dla niego obca. Jego możliwości wyboru znacznie się zawężyły i jeszcze powinien okazywać wdzięczność, jeśli w ogóle znajdzie się dla niego jakieś rozwiązanie.

Gdyby mnie postawiono takie wymagania, nie wiedziałabym, jak mam im sprostać, jeśli nikt nie omówiłby ze mną mojej choroby i rozmiaru rezygnacji i strat.

Jest zrozumiałe, jak ważny jest, obok gotowości do pomocy, respekt przed chorobą i wstrząsem pacjenta i że bez tego respektu oferta pomocy rzeczywiście go nie osiągnie. Niosący pomoc doznają, co to znaczy dla człowieka i jego otoczenia przeżywać rzeczywistość choroby, nawet jeśli lub dlatego, że spotkanie z tą sytuacją jest codziennością i też rutyną.

Sądzę, że właśnie znaczenie rzeczywistości choroby w towarzyszeniu ludziom psychicznie chorym jest zagrożone utratą z pola widzenia, ponieważ w danym momencie pierwszeństwo ma orientacja na potrzeby.

Jednak to pacjent powinien odgrywać pierwszorzędną rolę, a nie osoba pomagająca. Mnie pomagało zawsze wyobrażenie siebie w roli pacjenta. Ta wyobrażona zamiana ról prowadziła do tego, że szybkie rozwiązania nie udawały mi się zbyt dobrze i stawałam się ostrożniejsza.

Ten obraz, że po jednej stronie są ludzie przeżywający właśnie coś bardzo znaczącego, w pewnym stopniu przeżywają katastrofę swojego życia, a po drugiej znajdują się ludzie, których spotkania z tymi katastrofami są codziennością i rutyną, pokazuje, jak trudnym jest sprostanie tej sytuacji na wszystkich płaszczyznach.

„Psychiatria potrzebuje zaufania” brzmi temat naszego sympozjum. Można sobie wyobrazić, jak bardzo człowiek zdany jest na to, aby właśnie w tej pierwszej fazie dłużej trwającego towarzyszenia znaleźć partnera, który wczuje się w znaczenie tej „katastrofy” dla pa-

cjenta i jego otoczenia. Zaufanie może wzrosnąć tylko wtedy, kiedy człowiek w jego bardzo szczególnym położeniu czuje się traktowany z uwagą.

Niezależnie od tego, jak ta sytuacja oceniana jest fachowo, dla konkretnego człowieka pozostaje ona poza wszelkimi diagnozami jako najbardziej bolesna, obrażająca i obciążona wieloma stratami. Zaufanie może rosnąć tylko wtedy, jeżeli ten wymiar choroby będzie wystarczająco w odczuciu pacjenta respektowany i okazywany.

Chciałabym teraz przedstawić praktyczny przykład z własnej pracy, aby zastanowić się następnie, które z zebranych tam doświadczeń mogą zostać uogólnione, a które można odnieść do innych sytuacji, a przede wszystkim do naszego tematu „psychiatria potrzebuje zaufania”.

Całkiem ogólnie można stwierdzić, że wielu chorych, również po wielu latach naznaczonych chorobą, jest w sytuacji przeżywania swojego cierpienia jako hańby lub też jako wyrazu swojej małości. Terapeuci służyli im pomocą, zaopatrując w leki, znajdując zajęcie, mieszkanie, strukturę dnia. Rozwinęło się zaufanie w ich pomoc i wsparcie.

Zaufanie do samych siebie, do własnej wartości i własnej siły pozostawało jednak często bardzo małe. Zaufanie do osób pomagających było większe, a do siebie samego stawało się nierzadko coraz mniejsze. Poczucie bycia zdany na kogoś często prowadziło do tego, że pozostawało uzależnienie lub nawet też całkowity opór, często wbrew własnym interesom. Zwracano dokładnie uwagę na ilość poświęcaney innym uwagi i wymagano „sprawiedliwości”.

Od dwunastu lat towarzyszę i opiekuję się ludźmi przez dłuższy czas. Towarzystwo to odbywa się poza kliniką, albo w domu pacjenta, albo w ośrodku dziennym. Ten dłuższy wspólny czas dał mi okazję ponownej obserwacji i oceny „oczywistości” naszej pracy. Podczas moich przemyśleń naszyły mi jednak wątpliwości. Myślałam, że to, co mam do powiedzenia, będzie może brzmiało zbyt oczywiście i dałoby się ująć w pięciu zdaniach. Mimo to chcę spróbować powiedzieć trochę więcej zdań.

Przed sześcioma laty przejęłam kierowanie dziennym zakładem opieki i zastałam klimat podobny do tego wyżej opisanego. Zanim wróciłam do pracy z pacjentem, wiele lat spędziłam na dokształcaniu się i stworzyłam wtedy – przynajmniej teoretycznie – kilka pomysłów. Zależało mi teraz na tym, aby przekazane przeze mnie treści sprawdziły się w praktyce.

Wyobrażałam sobie zmiany, które wzmocniłyby pacjentów i pozwoliły zmniejszyć ich poczucie bycia zdanym na pomagających im profesjonalistów. Główną zasadą było przekonanie się, co możliwe jest wraz z chorobą i pomimo niej. Wyobrażam sobie, że wczucie się w sytuację chorującego mogło być częściowo zastąpione przez przekonanie, że ma się coś do zaoferowania.

Najpierw pracowałam z koleżankami, początkowo były to tylko kobiety, nad żądaniem przez pacjentów „sprawiedliwości”. Zaznaczyliśmy, że dla naszego ośrodka istniały wprawdzie jasne ramy dotyczące zadań, jak np. struktura dnia i obowiązki służące orientacji, ale że wewnątrz tych ram będziemy szukać wraz z pacjentem osobiście dostosowanego dla niego schematu odpowiedniego dla całej różnorodności historii życiowych, talentów i zdolności.

Ta pierwsza zmiana nie pozostała bez skutków. Nie miało chodzić o porządek, którego wszyscy mieli przestrzegać, lecz pacjenci mieli doświadczyć, że nie było koniecznym walczyć o wsparcie i jego możliwie jak najbardziej równomierne rozłożenie, ale że doceniano ich indywidualność i szczególność. Ta sytuacja pobudziła rozwój, którego my, osoby pomagające początkowo nawet nie oczekiwaliśmy. W spotkaniach i rozmowach grupowych odwiedzający dzienny zakład opieki odkryli zainteresowanie do siebie nawzajem, które było dla nich całkiem nowe. Wyraźne stały się podobieństwa w ich doświadczeniach i życiowych historiach, uwidoczniły się różnice i cechy szczególne.

Znaczenie miały nie tylko reakcje pracowników, lecz odkrywano siebie nawzajem. My, koledzy, nie musieliśmy być w takim stopniu aktywni, jak tego oczekiwaliśmy, ponieważ zainteresowanie ludzi uległo przemieszczeniu.

Prezentowali oni i przeżywali życiowe historie, a nie tylko historie cierpienia, byli pod wrażeniem, zaskoczeni, czasami zamyśleni, a czasem też bez zrozumienia. Wspierali siebie nawzajem przy wynajdywaniu swoich zasobów i założonych przez siebie siodeł.

W takich momentach my, pomagający, byliśmy raczej figurami marginalnymi, mieliśmy mało do powiedzenia. Stwierdziłszy, że im więcej pacjenci mieli sobie do zaoferowania, tym mniej korzystali z nas, od których to miało przyjść uwolnienie od cierpienia i nieszczęścia. Wprawdzie nadal tam byliśmy, ale już nie w centrum ich oczekiwań.

Przypomina mi się zdanie wypowiedziane przez Ursulę Plog podczas naszej pracy w Hamburgu Eppendorf: „Że dobrze pracowałeś, zauważasz po tym, jak pacjent mówi, że wszystko co osiągnął, zrobił sam.” Cel pracy jest w tym znaczeniu całkiem oczywisty: wspieranie ludzi przez wzrost zaufania do własnych sił, oddania im do dyspozycji nie naszych, lecz ich własnych możliwości i mocnych stron.

Ale gdzie tu wymagano czegoś szczególnego od nas? Jak rola była sensowna i pomocna? Jak mogliśmy osiągnąć to, że nasze dotychczasowe „znaczenie” mogło być zastąpione przez inne, mniej ważne, ale bardziej pomocne?

Najpierw musieliśmy się nauczyć, że respekt i szacunek były warunkiem dla naszej pracy. Nie chodziło o to, czy byliśmy przyjaznymi i wspaniałomyślnymi ludźmi, lecz o opisaną postawę i gotowość wejścia w relację, to było bazą dla wspólnej pracy. Ponieważ spotykający się ludzie zawsze w jakiś sposób są w jakichś relacjach względem siebie, to naszym zadaniem było takie ukształtowanie tych relacji, aby były one pomocne i wspierające. Jak inaczej moglibyśmy usprawiedliwić taki długi czas wspólnie spędzony z pacjentami.

Relacja pełna respektu i szacunku, która nie na wszystko się godzi, ale zaznaczająca przychylnie starania o poprawę, jest nieodłączną częścią naszej pracy. Chłodne zawodowstwo udające profesjonalizm i odrzucające empatyczną postawę, boli i stwarza dystans, który jest nie do przezwyciężenia przez żaden dobry program. Nasi pacjenci czuli, że wiary-

godna i pełna respektu oferta relacji powinna być miarą i zamiarem naszej pracy. Zaufanie mogło się rozwinąć, gdy główny cel leżał w umacnianiu, a nie w powiększaniu naszego znaczenia. Równocześnie dawaliśmy do zrozumienia, że nasza oferta nie była tylko chwilowa, lecz pomyślana na dłuższy czas. Dano jej więc czas, którego potrzebowała.

Nie bez znaczenia było wspólne, przez pierwsze lata pracy wewnątrzpersonalne dokształcanie się. Ważnym było posiadanie ugruntowanej wspólnej bazy wiedzy fachowej. Ważne było móc sobie wyobrazić, jakimi wewnętrznymi pobudkami kierował się chory człowiek. Urazy coraz mniej obciążały relacje.

Dokształcanie się miało różnorakie skutki. Pewność, że to samo ma się na myśli, a kiedy dobieraliśmy podobne słowa, wzmacniało to również członków zespołu. Ten proces był dlatego szczególnie ważny, że zespół składał się początkowo z koleżanek z poprzedniej pracy i nowo przybyłych. Możliwym było ponowne znalezienie wiarygodnych wypowiedzi u wszystkich członków zespołu, a to wzmacniało także zaufanie pacjentów do naszej wiarygodności. Najważniejszą dla nas rolę odgrywało wczuwanie się w przeżycia pacjentów.

Jak ważnym było przeprowadzenie tego porozumienia doświadczyliśmy po jego skutkach. Wyraźnie dostrzeżono, że wiedzieliśmy, co i dlaczego coś robimy. Decyzje mogły być zakwestionowane i uzasadnione. Niejasności mogły być formułowane i często też wyjaśnione. Przeciwności mogły być nazwane i zniesione. Byliśmy modelem dla naszych pacjentów, który dodawał im odwagi do formułowania swoich spraw, nawet jeśli nie zawsze można było oczekiwać zgody. To, że wystąpienia wszystkich traktowane były w równy sposób i nikt nie miał racji tylko z racji swojego statusu, motywowało każdego w grupie do wniesienia własnego wkładu, niezależnie czy to pacjenta, czy pracownika.

Rozwój ten obudził u naszych pacjentów życzenie znalezienia możliwości bardziej intensywnego udziału w życiu i przeżywaniu rzeczy, które dla innych ludzi są zupełnie oczywiste i codzienne. Ponadto to, co zosta-

ło osiągnięte w ramach możliwości, powinno stać się widoczne także dla innych ludzi. Opinia publiczna powinna widzieć, co mieliśmy do zaoferowania, co było możliwe w chorobie i pomimo niej.

Dzięki naszym projektom powstały prace mozaikowe i biżuteria, tak atrakcyjne optycznie i technicznie, że musieliśmy je pokazać opinii publicznej. Podczas zajęć w naszym ośrodku pacjenci mieli okazję porozmawiać z publicznością i przedstawić swoją sytuację. Zaskoczenie tych, którzy dotychczas prawie nie mieli kontaktu z ludźmi psychicznie chorymi, było duże. Upředzenia i lęk z ich strony stały się mniejsze.

Doświadczenie własnych możliwości i zaufanie do wiarygodności naszej opieki, dzięki której można było także pójść na ryzyko niepowodzenia, zachęciło pacjentów do ciągłego rozszerzania swoich granic. Podczas zaproszenia do Parlamentu Związkowego w Kielcach pacjenci przedstawili politykom swoje życie z chorobą psychiczną. Zrobiło to wrażenie, ale czy na stałe, to się jeszcze okaże.

Kiedy pacjenci jeszcze stwierdzili, że ich ośrodek jest w stanie wspierać partnerstwo w Krakowie, że z ich pomocą będzie utrzymywany sklep second hand, ogromnie ich to wzmocniło. To, że byli oni w stanie pomóc innym ludziom było ważnym wydarzeniem po długim czasie zależności od pomocy innych. Rosnące zaufanie do samych siebie przyczyniło się budowania zaufania u partnerów.

Obok udziału w projektach, rozwinęła się też kultura przyjemności. Podróżuje się, świętuje, zaprasza gości, ogląda filmy. Rośnie przekonanie, że po zachorowaniu życie się zmieniło, ale nie musi pozostać bez przyjemności, że jednak jest do odkrycia lekkość w ciężkości. To przekonanie promieniuje na inne organizacje chętnie korzystające z naszej oferty.

Dodatkowo ważnym jest doświadczenie, że nasze oferty wykazują trwałość, że nie są słomianym ogniem. My pracownicy przyrzekliśmy sobie, że nie ulegniemy ideom budzącym nadzieję i znów ją tracącym, jeśli nie będą już nam sprawiać radości i będą nas przerastać. Pacjenci często doświadczali takiego zakoń-

czenia i rozczarowania. Jesteśmy świadomi tej odpowiedzialności i chcielibyśmy być wiarygodnymi partnerami naszych pacjentów. Powinniśmy oferować tylko to, co jesteśmy w stanie trwale osiągnąć.

Jeśli porównuję pracę z grupą, jakiej doświadczyłam w zakładzie opieki dziennej z moją działalnością w mieszkaniach chronionych, a więc z indywidualnymi pacjentami, to sytuacja przedstawia się tu inaczej. Ta „relacja dwojga” wymaga o wiele większej uwagi. Jest niebezpieczeństwem o wiele większym, że rośnie zaufanie pacjenta do mojej gotowości przejmowania za niego odpowiedzialności. A zatem wymaga to bardziej intensywnego wzmocnienia zaufania pacjenta do własnych sił. Dodatkowym utrudnieniem w tej konstelacji jest dualność relacji. Perspektywa kogoś trzeciego jako korekta byłaby z pewnością bardzo pomocna.

W tym miejscu chcę zakończyć opis mojej pracy od strony praktycznej. Ale był on dla mnie ważny, jest przecież dowodem na to, na jak wielu płaszczyznach możliwy jest rozwój. Po wielu latach pracy psychiatrycznej doświadczyłam, że ludzie z chorobami psychicznymi, które na dłuższą metę przeszkadzają im żyć tak, jak sobie tego życzyli, potrzebują najpierw pomocy, aby pogodzić się ze swoim losem i znaleźć swoje miejsce.

Nasza pomoc w tym procesie nie polega na znajdowaniu dla nich rozwiązań lecz na pełnym respektu towarzyszeniu. Ponieważ wiele respektu wymaga konieczność pożegnania się bez własnej winy z planami, życzeniami i nadziejami, aby znaleźć nowy sens i nowe cele. Pomocnym jest poszukiwanie tego wspólnie z ludźmi, którym podobnie się wiedzie lub którzy są świadomi trudności takiej nowej orientacji, ale jednocześnie umieją przekazywać nadzieję.

Po doświadczeniach ostatnich lat mogę powiedzieć, że miałam oczekiwania i nadzieje na powodzenie w pracy w ośrodku dziennym, ale realia i osiągnięcia pacjentów te oczekiwania znacznie prześcignęły. Wiele się nauczyłam.

Jest to więc proces wzajemnie wzmocniający: kiedy my jako zespół byliśmy w stanie

zaoferować empatyczne i fachowe wsparcie, u pacjentów rozwinęło się poczucie, że mogą szukać własnych możliwości i mocnych stron, również z możliwością pomyłki. My z kolei przeżywalimy ich wzrost zaufania do siebie samych i do nas jako wsparcia w sondowaniu i poszerzaniu dotychczasowych ich i naszych granic.

Można by teraz pomyśleć, że nasza praca całkowicie odbiega od zwykłego stanu rzeczy. Ale również my jesteśmy podlegli presjom organizacyjnym, odczuwamy silne napięcie związane z kosztami. Jednak tę presję redukujemy do absolutnie koniecznego rozmiaru. To stwarza pole manewru i daje poczucie, że tego, co dla nas ważne, nie tracimy z oczu. Nauczyliśmy się także od naszych polskich partnerów, że sprawy materialne to nie wszystko i nie mogą one prowadzić do trwałych przeszkód.

Co wynika więc z tego przykładu, co pozwala się uogólnić?

Najpierw powinno się zwrócić szczególną uwagę na stworzenie pełnego szacunku, wspierającego klimatu. To jest ważne, aby ludzie odnaleźli się w otoczeniu, które jest do nich przyjaźnie nastawione. Ważne również jest, aby pracownicy dobrze się ze sobą obchodzili. W takiej atmosferze choremu człowiekowi o wiele łatwiej wrócić do sił i aktywować swój potencjał.

Praca psychiatryczna, obojętnie ile czasu w końcu zajmuje, w żadnym momencie nie powinna być przypadkowa. Nie powinno dojść do niepotrzebnych zranień i tej odpowiedzialności jesteśmy świadomi. Ludzie potrzebujący pomocy od samego początku, w możliwym dla nich zakresie, uczestniczą w kształtowaniu tej pomocy. Muszą oni umieć na swój sposób wyrazić, czy potrzebują wsparcia w przezwyciężaniu konfrontacji z cierpieniem choroby psychicznej. W ten sposób doświadczają tego, że osoby pomagające poważnie traktują ich i ich sytuację. To stwarza relacje otwierające szanse rozwinięcia się do partnerstwa wiarygodnego i stabilnego.

W efekcie konieczne jest zawsze wysondowanie możliwości chorego człowieka. Który może doświadczyć powrou do sił w środowi-

sku pozwalającym mu odkryć nowe zdolności lub te uważane za utracone. Znalezienie miejsca w życiu, dającego potwierdzenie i pewność, mimo że nie dopowiada ono dawnym życzeniom, to trudny proces. Konieczne są w nim osoby towarzyszące, którym można zaufać. Nie powinny one ani ze strachu przed własnym niepowodzeniem bać się i unikać tego, ani nie powinny ryzykować nadmiernych żądań z potrzeby własnego sukcesu.

Osoby pomagające powinny kierować się własną motywacją i w zaufaniu wymieniać się z kolegami poglądami dla dobrej współpracy. Pełne respektu traktowanie, które niezbędne jest dla pacjentów, w tym samym stopniu konieczne jest dla pracowników. Jest ono z jednej strony modelem obchodzenia się z sobą i innymi, z drugiej zaś zasługuje na decyzje i ich potrzebuje, tak jak respektu i wsparcia, aby wykonywać pracę psychiatryczną.

Myślę, że pracownicy psychiatrii powinni być świadomi, jak wymagająca jest ich praca, jeśli ma być dobrze wykonywana. Konieczna jest szeroka wiedza fachowa, która powinna

być powiązana z ludzką postawą chroniącą też przed zdobywaniem władzy nad człowiekiem, który często jest bezbronny. Posiadanie racji wydaje się proste, nawet bez popełniania fachowo oczywistych błędów.

Dwie uwagi na koniec:

Po pierwsze:

Faktowi, istnienia chorób psychicznych zawdzięczam moje źródło utrzymania, a niektórzy z nas nawet własną karierę. Ten pogląd rzuca może inne spojrzenie na sytuację psychiatrii i pokazuje, że bycie zdanym na siebie jest jak najbardziej obustronne.

Po drugie:

Nawet jeśli długo towarzyszymy pacjentom, to jednak ludźmi z reguły najdłużej pozostającymi w psychiatrii, jesteśmy my sami. To powinien być kolejny powód do naszego starania się, również w aspekcie naszego własnego zdrowia, aby uczynić z psychiatrii ludzkie miejsce, zdobywające zaufanie i na nie zasługujące.

Dziękuję Państwu