

Partnerstwo w postępowaniu psychiatrycznym – fikcja czy wizja? Widziane z niemieckiej perspektywy*

Drogie Koleżanki i drodzy Koledzy,

Muszę dookreślić „niemiecką perspektywę” w tytule mojego wykładu, bowiem przypisywanie sobie takowej byłoby zuchwałe. Co mogę przedstawić, to moja perspektywa. Perspektywa wykształcona w szczególności przez niemiecki ruch społeczno psychiatryczny lat 70tych. Poza tym wszędzie tam, gdzie będę przytaczać praktyczne przykłady, będę się powoływać przede wszystkim na Bielefeld. Te przykłady porównywalne są jednakże z próbami w innych regionach. To tyle na temat „niemieckiej perspektywy”.

Pozostałą część tytułu ze słowami fikcja i wizja – umieszczonym też partnerstwem – uważam za stosowną, ponieważ wprowadzone jest krytyczne spojrzenie na partnerstwo. Przypuszczam, że powinno to zapobiec temu, że wykład zamieni się w jowialne przemówienie.

Kłótnia jest dymem miłości

W każdym partnerstwie są konflikty, jeśli ich w ogóle brak, to coś jest nie tak z partnerstwem. „Kłótnia jest dymem miłości”, mówi pisarz Ludwig Börne. To odnosi się też do wzajemnego postępowania w psychiatrii. Poza tym partnerskie traktowanie się ma w pracy psychiatrycznej wiele płaszczyzn; takich, których w żadnych razie nie można oddzie-

lić. Ja w sztuczny sposób dokonam ich rozdziału i zacznę od spojrzenia na możliwości partnerskiego traktowania się przez samych profesjonalistów. Jestem przekonana, że jeżeli współpracownikom nie uda się zdobyć na szacunek wobec odmienności osób, odmienności wykształcenia i uznania różnorodności ról w systemie hierarchii, to będą cierpieć ci, do których odnosi się ich praca, a więc pacjenci i rodziny.

Musimy więc zacząć od pytania czy profesjonalści traktują się między sobą partnersko? Jak wygląda rywalizacja pomiędzy grupami zawodowymi? Czy może istnieć partnerskie działanie pomiędzy przełożonymi i podwładnymi?

Można tego wszystkiego doświadczyć, od wysublimowanej konkurencji do całkowicie skostniałych frontów, czasem pomiędzy grupami zawodowymi, czasem pomiędzy hierarchicznymi płaszczyznami. Jest dziś w zwyczaju, aby zapanować nad taką ostatecznie bezwocną konkurencją poprzez zmianę struktur. To jednak w zupełności nie wystarcza. Partnerstwa nie można tak po prostu strukturalnie narzucić. Według mnie najlepiej się to udaje dobrym staromodnym sposobem, jeśli osoba kierująca, z szerokim horyzontem, daje wobec wszystkich przykład szacunku i nie angażuje się po stronie jednej partii. W sytuacji idealnej różne punkty widzenia mogą się wzajemnie wzbogacać. W takich, powiedziałabym najchętniej – „wypielegnowanych kulturach” można zauważyć, że odrzucane

jest pasywne zachowanie, współpracownicy respektują specyfikę innej grupy zawodowej a perspektywę innej osoby doświadczają jako uzupełnienie własnego działania. Temat „konflikty i konkurencja pomiędzy różnymi grupami zawodowymi” można odmieniać bez końca i opatrywać przykładami: pomiędzy pracownikami lekarzami i pielęgniarkami a psychologami, pielęgniarkami a lekarzami lub pomiędzy psychologami a lekarzami, itd. Zostawmy to; tylko na jedno zwróćmy uwagę: w wyniku partnerskiej współpracy z innymi grupami zawodowymi lekarze w Niemczech znacznie się poprawili – przynajmniej w znanych mi obszarach społeczno- psychiatrycznych. Znam jeszcze czasy, kiedy ordynator z całą powagą sądził, że tylko psychiatrzy są w stanie rozmawiać z chorymi na psychozę ludźmi, abstrahując od tego, że pogłębione rozmowy z nimi uważane były za raczej szkodliwe.

Jeszcze jedno słowo na temat ważnego dla mnie aspektu odpowiedzialności kierownika. Znam wizjonersko uzdolnionych szefów, wspaniale angażujących się politycznie na rzecz „umacniania” (empowerment) i innych super partnerskich koncepcji odnoszących się do osób „mających doświadczenie z psychiatrią” (beneficjentów), którzy zapominają, że równoległe do wzmocnienia emancypacji pacjentów powinna zostać rozpoznana, jako zadanie, emancypacja pracowników. Jedno bez drugiego jest według mnie niemożliwe.

Do partnerstwa należy też, aby pracownicy nie tylko odważnie, ale również troskliwie obchodzili się ze swoimi przełożonymi i nie wykorzystywali ich jako „projekcyjnych ekranów” dla konfliktów z autorytetem. A dalej, profesjonalści muszą w interesie własnych klientów (beneficjentów) wykorzystać swoje partnerskie uzdolnienia i wyjść poza wąskie ramy swojej własnej instytucji. Hasłem jest w Niemczech „Gminny Związek Psychiatrii Środowiskowej” (po reformie opieki psychiatrycznej w Niemczech w każdej niemieckiej gminie/powiecie powstał związek na rzecz współpracy wszystkich instytucji zaangażowanych na różnych poziomach – rodzina, mieszkanie, czas wolny i praca – w pomoc osobom chorującym psychicznie). W mojej ocenie można go stwo-

rzyć tylko wówczas jeśli:

1. nie będzie polecony strukturalnie, odgórnie, lecz będzie rozwijał się stopniowo
2. idea partnerskiej współpracy nie zostanie popsuta przez rosnącą rywalizację opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej.

„Uwolnienie rodziny” – odkrycie obecności krewnych

Podjmując temat relacji partnerskich trzeba zacząć od kilku spostrzeżeń o krewnych osób chorujących psychicznie. Konieczne konflikty, które muszą istnieć w każdym partnerstwie, mogły wystąpić pomiędzy profesjonalistami i krewnymi dopiero wówczas, kiedy ci ostatni zostali zauważeni i poważnie potraktowani. Pierwsze próby w Niemczech można wiązać z rokiem 1982. Przedtem krewni czuli się nierzadko jak więźniowie, więźniowie profesjonalnych ideologii. Nie bez powodu opublikowana przez Dörner’a i jego współpracowników książka nosiła tytuł „Uwolnienie rodziny”. To uwolnienie, szczególnie od poczucia winy, było konieczne, aby umożliwić bliskim należną im partnerską rolę. W następnych latach zakładano grupy wsparcia i stowarzyszenia rodzin, a krewni stawali się coraz bardziej widocznymi Partnerami. Prosty fakt, że to nie profesjonalści spędzają najwięcej czasu z osobami chorującymi psychicznie, został przez nich zrozumiany stosunkowo późno. Zanim zostaną włączeni profesjonalści, krewni mają za sobą często wieloletnie doświadczenie. Do nich też najczęściej wraca syn czy córka, jeśli nie radzi sobie – z jakichkolwiek powodów – z profesjonalnym systemem. Profesjonalści się zmieniają, krewni pozostają krewnymi. Krewni, jeżeli profesjonalści nie traktują ich jak Partnerów, lecz pozbawiają odwagi a nawet obwiniają, z trudem przekazują nadzieję, będącą jak wiadomo bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu. Do poważnego traktowania krewnych należy też m. in. dobra informacja. Czasami, okresowo ważniejsza jest troska o krewnych, o ich pytania i problemy, niż o samego pacjenta. Obawiam się tu powiedzieć zbyt dużo, bo wiem, że w Polsce praca te-

rapeutyczna z rodzinami jest powszechna, a poza tym znajdujemy się na terenie Kliniki -Szpitala (w Niemczech tych pojęć używa się zamiennie) w Padeborn, która jest centralą systemowego myślenia i praktyki. Ale coś wydaje mi się godnym nadmienia: mam wrażenie, że obecnie – przynajmniej w Bielefeld – kliniki/szpitala psychiatryczne i domy pomocy lepiej angażują krewnych niż obszar ambulatoryjny (pozaszpitalny). Zapewne dzieje się tak, ponieważ dla ambulatoryjnego obszaru nie wymyślono jeszcze własnej stosownej koncepcji dotyczącej współpracy zorientowanej na całą rodzinę. W Niemczech opieka ambulatoryjna funkcjonuje w oparciu o odliczane w godzinach indywidualne psychoterapie lub odliczane w minutach wizyty specjalistyczne, co wydaje się być przeszkodą zarówno dla rozwoju koncepcji włączającej rodziny, jak też jej praktycznego przeprowadzenia. W każdym razie co pewien czas słyszę od krewnych, że w obszarze ambulatoryjnym otrzymują zbyt mało pomocy, zwłaszcza jeśli ich bliscy są w sytuacjach kryzysowych. Opcją dla partnerskiego postępowania byłoby, gdyby profesjonaliści w skomplikowanych sytuacjach wczuli się w problem rodziny, a nie tkwili przy pasywnej postawie: jak klient nie przychodzi, to nic nie możemy zrobić. Nawet wówczas nie byłoby żadnej gwarancji na rozwiązanie satysfakcjonujące obydwie strony. W pracę psychiatryczną wpisane jest doświadczenie, że świadczona pomoc często się nie udaje i szybko nie może stać się skuteczna, tak jak by sobie tego życzyli krewni. I – co jest często pomijane – do poważnego partnerstwa należy też wspólne znoszenie bezradności.

Wszystko zależy od zasadniczej postawy

W Niemczech samopomocowy ruch osób, którzy zetknęli się z psychiatrią w roli pacjentów, sam dla siebie stworzył pojęcie „doświadczeni przez psychiatrię” (W Polsce „beneficjenci” - przyp. tłum.). Dla mnie tkwi w tym przesłanie: mam wprawdzie szczególne doświadczenia z samą sobą, moim otoczeniem,

psychiatrią i dlatego nie jestem wiecznym pacjentem. To co przeżyłam niewystarczająco mieści się w pojęciu „pacjent” a przypuszczalnie dla wielu zupełnie się nie mieści. Z nowym samo-określeniem, to nie choroba, ale doświadczenie jest w centrum zainteresowania, a tym samym podkreślona zostaje inna niż medyczna rzeczywistość. Każdy człowiek czegoś doświadcza. Przez pojęcie „doświadczycy psychiatrii” lub „doświadczycy psychozy” – staje się bardziej możliwe zrozumienie przeżyć ludzi psychicznie chorych, jako przeżyć przynależnych do różnorodności ludzkich doświadczeń. W zależności od kontekstu, korzystam z tego pojęcia lub sięgam po inne, zazwyczaj stosowane. Jeśli mam na myśli jednocześnie „doświadczonych psychiatrią” i krewnych, to używam słowa „dotknięci”.

Różne terapie chętnie przywołują pojęcie partnerstwa. Należy zaznaczyć, że we wszystkich wysiłkach terapeutycznych w grę wchodzi mniej lub bardziej asymetryczna komunikacja. Jeden jest zdrowy, drugi chory lub przynajmniej coś z nim jest nie tak. Jeden dostaje pieniądze, drugi płaci, albo robi to za niego kasa chorych lub pomoc socjalna. Mogą nasunąć się wątpliwości, czy partnerstwo nie jest od początku rozpatrywane jako fikcja. W każdym razie nie jest ono zapewne jako orzeczenie dobrej woli lub też poprzez jakiegokolwiek specjalistyczne wykształcenie, również nie zapewnia go szkolenie w psychoterapii. W moim psychoterapeutycznym działaniu zawsze poruszało mnie pytanie, na jakiej podstawowej międzyludzkiej figurze, na jakim wzajemnym traktowaniu się, bazuje to co nazywamy psychoterapią człowieka (współczesnego) nowożytnego? Myślę, że odpowiedź na to pytanie jest ważna dla wszystkich form profesjonalnego terapeutycznego postępowania. Zdecyduje, czy asymetria się utrwala, czy skamienie w szablon lub stanie się arogancją tych rzekomo „wiedzących” celem utrwalenia ich władzy. Wydaje mi się, że pomiędzy mną i człowiekiem, którego spotykam, istnieje coś podstawowego, co bezpośrednio i nadrzędnie nakazuje mi wobec niego obowiązek troski. Wynika to z faktu, że jesteśmy istotami społecznymi a nie wyizolowanymi po-

jedynczymi – egzemplarzami.

Terapeutyczna wiedza i rzemiosło są czymś drugorzędym i mogą działać pozytywnie tylko wówczas jeśli zbudowane są na tym wzorze troski. Często mówimy po prostu, że wszystko zależy od „zasadniczej postawy”. Wszyscy mamy wówczas uczucie, że wiemy, co mamy na myśli.

I jeszcze coś na temat asymetrii: ogólnie oczekuje się, że pracownicy psychiatrii już z racji swojego wykształcenia są ludźmi więcej wiedzącymi o chorobach psychicznych niż reszta ludzi oraz niż sami dotknięci psychozą. Ale to niedokładnie opisuje komunikacyjną asymetrię. Moim zdaniem profesjonalista to nie ten, który wie więcej, lecz ten, który wie inaczej i dlatego zdany jest przynajmniej w takim samym stopniu na swoją specjalistyczną wiedzę, co na to, czego może się dowiedzieć od dotkniętych psychozą, ich krewnych, przyjaciół i sąsiadów.

Tak rozumiane partnerstwo wyklucza, że spotkam się z człowiekiem i będę zachowywał się bez żadnych wątpliwości tak, jakbym już wszystko o nim wiedział/a z książek i instrukcji diagnostycznych, dokąd go prowadzić i jak on powinien się zmienić do z góry założonego porządku. Do partnerskiego nastawienia należy, że jestem otwarty/a na rzeczywiste spotkanie. A żyje ono tym, że zostawiam drugiemu (innemu) przestrzeń obcości i jego nieokreśloność. Każdy człowiek potrzebuje takiej przestrzeni, aby odnaleźć drogę do siebie. Również przez nadmierne (przygniatające?) zrozumienie można za bardzo zbliżyć się do Innego, czasami rujnująco blisko.

Zaangażować się – balans pomiędzy dystansem i bliskością

Partnerstwo może stać się fikcją, jeśli nie udaje się balansowanie pomiędzy stosownym terapeutycznym dystansem a stosowną ludzką bliskością.

W obu kierunkach mogą być popełniane zdecydowane błędy. Przykład bezowocnego dystansu: z początkiem lat 60-tych zaczęłam całkiem niedoświadczona, bezpośrednio po

szkole, rok praktyki w Bethel, w zamkniętym domu dla chorujących psychicznie kobiet. Jedynie zdanie wstępu siostry przełożonej tego domu było następujące: „Proszę nigdy nie opowiadać nic osobistego, bo one pewnego dnia mogą to wykorzystać przeciwko pani.” Byłam przez to skazana na skostniały, pełen strachu dystans, sugerujący mi, że poruszam się po niebezpiecznym terenie. Była to oczywiście całkowicie niefortunna wskazówka. Ale być może przełożona miała na myśli to, czego młodzi, zaangażowani pracownicy psychiatrii rzeczywiście musieli się nauczyć. A mianowicie, że spotkanym w kontekście zawodowym ludziom – zarówno w słowach, zachowaniu i postawie, nigdy nie mogą obiecywać więcej niż potrafią dotrzymać, niż to co dopuszcza zawodowa rola a to jest najczęściej mniej, niż to, co im początkowo przychodzi na myśl. Doświadczonym pracownikom rola zawodowa może jednak dać często więcej, niż zakładają profesjonalny mainstream i podręczniki. Później z „seminariów o psychozie” mogliśmy się nauczyć, że w doświadczeniach wszystkich ludzi można znaleźć strukturalne podobieństwa. Wiedza, która może przyczynić się do bardziej stosownego zrozumienia duchowych kryzysów oraz psychotycznych doświadczeń. Oczywiście większość z nas daleka jest od podróży do nieba czy piekła, które przeżywa się podczas niektórych psychoz. Można jednak odkryć podobieństwa, np. do przeżywania snów, egzystencjalnych strachów lub do doświadczeń religijnych.

Z zupełnie neutralnej pozycji obserwatora nie możemy sprostać ludzkim przeżyciom, szczególnie tym psychotycznym. Partnerstwo wymaga zaangażowania się. W chwili obecnej pojęcie inkluzji (włączenia), przynajmniej w Niemczech, jest przesadnie często stosowane. Uważam za dobre, że przy okazji tego sympozjum wypróbujemy pojęcie partnerstwa.

Pod pojęciem inkluzji (włączenia) rozumiem się często tylko to, co można zrobić z innymi w celu umożliwienia im uczestnictwa w życiu społecznym. Partnerstwo zaczyna się w momencie, kiedy ja sam próbuję coś ze sobą zrobić, w jakiś sposób odważę się uczynić krok

w stronę innych. Partnerstwo skupia się na uczestnictwie a nie tylko na udziale. Pojęcie partnerstwa można też odnieść do popularnego zdania: bycie różnym jest normalne.

To się łatwo mówi, ale w praktyce jest często uciążliwe i/lub niewygodne. Istnieją różnice, które są społecznie akceptowane i inne, które niechętnie się publicznie ujawnia, które są dla nas bardzo nieprzyjemne, z powodu których się cierpi i realnie obawia bycia stygmatyzowanym lub zredukowanym do nich.

Wiemy o tym wszyscy że, są ludzie, którzy nas denerwują, obrażają, ciągle sprawiają trudności, czasami nam zagrażają, przy których cieszymy się, jeśli uda się nam wypełnić obowiązek i zapewnić postępowanie zgodne z uwzględnianiem należnych im praw człowieka. Partnerskie postępowanie będzie więc bardzo różnie wyglądało, w zależności od osoby i sytuacji. To jest normalne, że działamy na różne sposoby. To nie jest normalne, że działamy według standardów. Partnerskie postępowanie w psychiatrii musi być otwarte na niespodzianki, na korzyści z przypadków. Kieruje ono uwagę na to co nie wypowiedziane. Wymaga wolności, aby iść okrężną drogą i odwagi, aby czynić rzeczy niezwykłe, jeśli to ma sens.

Współpraca poza kontekstem terapii

Przejdźmy teraz do partnerskiego działania pomiędzy profesjonalistami a „doświadczonymi przez psychiatrię” (beneficjentami). Ta współpraca wysunęła się w ostatnich latach na pierwszy plan i przesunęła poza bezpośredni kontekst terapii. Pierwsze próby partnerskiego traktowania się w Niemczech, o których wiem, wiązały się z reformą psychiatrii w 1970 roku. Około 1972 roku nie tylko pracownicy zaczęli skarżyć się na brak reformy, ale wspólnie z nimi mieszkańcy ówczesnych zakładów/szpitali długoczasowego pobytu. Społecznie i politycznie wpływowy ruch Stowarzyszeń „Doświadczonych przez psychiatrię”, taki, jaki obecnie znamy, zaczął się dopiero na początku lat 90-tych, czyli około 10 lat

później, po stworzeniu organizacji rodzin. Dobrze pamiętam, że w tych latach sama byłam daleka od tego, aby móc sobie wyobrazić, że „mający doświadczenie z psychiatrią”, którzy dopiero zaczynali się sami tak nazywać, będą w stanie zakładać swoje własne, skuteczne pod względem społeczno-politycznym, związki i stowarzyszenia.¹

W Bielefeld zaczęliśmy w tym czasie ćwiczyć się w partnerstwie poprzez regularne rozmowy pomiędzy mającymi doświadczenie z psychiatrią, krewnymi i profesjonalistami. Obecnie takie ćwiczenia nazywane są triadologią. Faza początkowa była bardzo zajmująca i obfitowała w konflikty. W „rozmowach o współpracy” chodzi o całkowicie otwarte forum z 30/40 uczestnikami. A ja przez pewien czas nie byłam pewna, czy to się powiedzie, czy też zakończy kompletnym chaosem. Kilku krewnych odbierałam początkowo jako ekstremalnie oskarżających i żądających wielu, prawie niemożliwych zabezpieczeń. Niejeden z mających doświadczenie z psychiatrią próbował zwrócić na siebie uwagę poprzez ostre ataki na profesjonalistów. Przez krótki czas było znacznie więcej dymu niż miłości. Dla nas profesjonalistów była to szczególnie dobra szansa nauczenia się lekcji z zakresu partnerstwa. Wtedy nie chodziło już o grzeczne, terapeutyczne wysłuchanie pod ochroną profesjonalnej roli, ale co mnie przychodziło z wielkim trudem, o bezpośrednie odpieranie obraźliwości i nedorzecznosci. My, profesjonalisci, jesteśmy wytrenowani w rozumieniu siebie jako adwokatów interesów innych ludzi. Są jednak sytuacje, w których musimy jasno i wyraźnie bronić naszych własnych interesów. Kiedy przeciwieństwa interesów nie zostaną przedstawione, grozi niebezpieczeństwo, że ten tzw. dialog przekształci się w trójstronne kłamstwo, jak zauważyła bystra osoba mająca doświadczenie z psychiatrią. Stopniowo klimat na spo-

¹ A mogliśmy to wiedzieć już od dawna. W Anglii istniał już od ok. 1838 roku ruch samopomocowy, bardzo skuteczny społeczno-politycznie, założony przez Johna Thomasa Percevala. Wybronił się on skutecznie od bardzo wówczas restrykcyjnych instytucji wiktoriańskiej Anglii.

tkaniach stawał się coraz bardziej rzeczowy i konstruktywny. Na pierwszy plan zaczęły wysuwać się cele i projekty, które chciano osiągnąć i tworzyć wspólnie. W tym rzeczowym klimacie profesjonaliści zaczęli też zauważać, jak dobre pomysły wnoszą krewni i jak kreatywne idee – mający doświadczenie z psychiatrią. Ci ostatni byli często inicjatorami różnych projektów, które stopniowo były realizowane. Stworzono np. „Porozumienie dotyczące leczenia”, które okazało się potem wzorcowe i przejęte zostało obecnie przez wiele klinik/szpitali. W porozumieniu tym „mający doświadczenie z psychiatrią” (beneficjenci) mogą spisać, co z ich punktu widzenia powinno być uwzględnione podczas następnego pobytu w szpitalu/klinice. W tym czasie powstał trójstronnie obsadzony „Punkt skarg na leczenie”, jak również tzw. „Seminaria o psychozie”, na których stworzono przede wszystkim przestrzeń dla dzielenia się wiedzą i doświadczeniem. SeminaRIA są najlepszym jaki sobie można wyobrazić sposobem dokształcania dla pracowników psychiatrii. Są one ważne dla zwalczania społecznych stereotypów, wśród osób które dotychczas nie miały prawie żadnego kontaktu z psychicznie chorymi lub posiadają złe doświadczenia z psychiatrią. Oprócz tego wprowadzono „doroczne seminaRIA w ratuszu” poświęcone tej współpracy; wszystkie te projekty są w realizacji i są przygotowywane regularnie i partnersko z pacjentami. Przy dwóch ostatnich wymienionych wydarzeniach są nimi objęci również zwykli obywatele. Inny projekt, naznaczony w fazie początkowej znacznymi kontrowersjami wszystkich uczestników, zakończony satysfakcjonująco, to powstanie „kamienia pamiątkowego dla ofiar przymusowej sterylizacji” w Bethel w okresie narodowego socjalizmu. Obecnie nie jest już w zwyczaju, aby profesjonaliści wspólnie z pacjentami lub też z krewnymi oferowali szkolenia lub wygłaszali wykłady. Za bardzo owocne uważałam m. in. moje uczestnictwo wspólnie z mającymi doświadczenie z psychiatrią na szkoleniu grupy policjantów.

Nowe szanse – nowe ryzyka

Ryzykując partnerstwo narażamy się w sposób oczywisty na nowe problemy. Jeśli np. mający doświadczenie z psychiatrią wyjaśniają sami w publikacjach i szkoleniach, czego subiektywnie doświadczyli w ich psychotycznym czasie, co im pomogło, a co nie, jeśli sami przedstawiają własną perspektywę na związek z biografią i społeczne wpływy, jeśli formułują żądania społeczno-polityczne, to wchodzi tym samym w dotychczasową sferę profesjonalistów. A to, jeżeli robione jest przekonywująco, oznacza konkurencję. Więcej partnerskiego traktowania może więc też prowadzić do tego, że profesjonaliści utracą część swojej pracy i muszą nauczyć się, jak częściowo stać się zbędnymi.

Problemy mogą wynikać również z tego, że ściślejsza współpraca z określonymi pacjentami może prowadzić u innych pacjentów do zazdrości lub nawet do zawiści. W ramach czysto terapeutycznego kontekstu, opłacany profesjonalista próbuje, możliwie bez względu na osobę rozdzielić sprawiedliwie swoje zaangażowanie i czas. Jako człowiek pozostaje w wysokim stopniu niewidoczny ze swoimi zainteresowaniami i upodobaniami. W pozainstytucjonalnych związkach opartych o współpracę terapeuci nie występują już tylko w swojej terapeutycznej roli, ale swobodnie zachowują się i rozmawiają mówiąc czasami co im przysłowiowa ślina na język przyniesie. A jeśli chodzi o tematy psychiatryczne lub społeczno-polityczne oraz o słynną „współpracę na tym samym poziomie”, to profesjonaliści zapraszają do współpracy tych pacjentów, o których sądzą, że posiadają konieczne do współpracy zdolności, jakie nie każdy – pomimo pragnień – posiada.

Istnieją również zazdrośni profesjonaliści. Zdarza się, że niektórzy pracownicy oddziału psychiatrycznego lub domu pomocy, ze względu na swoje przekonania nigdy nie zaznali przyjemności prowadzenia grup roboczych czy też wygłaszania wykładów. Jest wiele osób spośród krewnych a szczególnie wśród „doświadczonych przez psychiatrię” (beneficjentów), którzy pod tym względem są bardzo kompetentni i pożądani. Zasiadają w gremiach samorządowych, regionalnych

i narodowych i przewyższają nawet swoimi zdolnościami niektórych profesjonalistów.

Partnerska współpraca może stać się wtedy fikcją, jeśli profesjonalści zachowują się tak, jakby mogli tak samo dobrze współpracować z każdym beneficjentem (doświadczonym przez psychiatrię) i każdym krewnym. Jest oczywiste, że w zachowaniu „doświadczonych” może nam, profesjonalistom, przeszkadzać dokładnie to, co przeszkadza nam u innych ludzi. Jeśli np. ktoś nie umie słuchać, przerywa rozmowy, mówi ciągle tylko o sobie, jest nieuprzejmy, arogancki lub agresywny, itd. Moim zdaniem mogłoby to być uważane jako kaleczenie partnerskiej współpracy, gdyby profesjonalści zaczęli wobec „doświadczonych przez psychiatrię” jak również wobec ich krewnych przykładać inną miarę.

Z drugiej strony zanotować można, niestety dość często, brak partnerstwa ze strony profesjonalistów. Jeśli „mający doświadczenie z psychiatrią” (beneficjenci) zapraszani są do gremiów i na różne posiedzenia, to na wstępie, kiedy stosowane są fachowe pojęcia, skróty i inne specyficzne słowa, których nikt nowy nie jest w stanie zrozumieć, nie udziela się im żadnej pomocy. Z kolei dla profesjonalistów partnerska współpraca jest utrudniona, jeśli „mający doświadczenie z psychiatrią” (beneficjenci) prezentują swoje własne doświadczenia i to, co miało dla nich działanie leczące z przekonaniem, że odnosi się to do wszystkich innych. Pamiętajmy, że jednostronność i przecenianie swojego doświadczenia występują też w różnych odcieniach wśród ludzi nie posiadających styczności z psychiatrią. Odwaga partnerskiego działania wymaga od wszystkich stron zrozumienia własnej roli w każdej sytuacji, związanych z nią uczuć i rezeznania w możliwych pułapkach. Jeśli obie strony trzymają się ściśle granic wytyczonych przez role zyskują więcej pewności. Więcej współpracy oznacza też narażenie się na większą niepewność. Na niektórych płaszczyznach partnerskie postępowanie oznaczało będzie dla pracowników rezygnację z władzy, na innych natomiast doprecyzowanie i większe postrzeganie własnej roli. To ostatnie oznacza też, że pracownicy w klinikach/szpi-

talach i zespołach ciągle będą się znajdować w sytuacjach, w których muszą zdecydowanie stawiać granice i działać bez zbędnego gadania. Jak to obie strony przeżywały, można wyjaśnić prawdopodobnie dopiero na końcu. A czasami nawet nie.

Podsumowując można powiedzieć, że partnerskie postępowanie w opisany sposób częściej prowadzi do powszechnie znanych trudności, ale za to praca jest bardziej interesująca, spotkania żywsze, odkrywane są u partnerów zupełnie nowe punkty widzenia, a wspólnie wpada się na bardziej kreatywne pomysły, które dopasowane do życzeń i wyobrażeń pacjentów są bliższe życiu, niż te wymyślone przy biurku przez profesjonalistów.

Fikcja czy wizja?

Czy w Niemczech, np. w Bielefeld piękna wizja partnerskiego postępowania w psychiatrii stała się już rzeczywistością? Pół na pół. Według mnie istnieje coś takiego jak światy równoległe. Z jednej strony chętni do współpracy profesjonalści i kilku zarówno chętnych jak i zdolnych do współpracy mających doświadczenie z psychiatrią; z drugiej strony codzienna rutyna w instytucjach, które nadal trwają nietknięte tym doświadczeniem. To, co na „seminariach o psychozie” jest na pierwszym planie; pełne zrozumienia zbliżanie się do doświadczeń pacjentów i wspólne wypracowanie poglądów pomiędzy uczestnikami, wymaga jeszcze zakorzenienia codziennej pracy w szpitalach i zespołach w środowisku.

W Bielefeld są to w przeważającej mierze zawsze ci sami profesjonalści i ci sami pacjenci uczestniczący w projektach, seminariach o psychozie, kształtujący dialog. Związek (beneficjentów) mających doświadczenie z psychiatrią ma wprawdzie dużą liczbę członków, ale tylko nieliczni mogą się na stałe angażować z powodów zdrowotnych. Ci, którzy się angażują, posiadają coś na kształt pracy w pełnym wymiarze, tylko bez wynagrodzenia. Stowarzyszenie Rodzin i Krewnych w Bielefeld w ostatnich latach uległ osłabieniu i niedawno został całkiem rozwiązany. Nie

udało się zdobyć młodszych, zaangażowanych krewnych. Jest to fenomen, który można zaobserwować także w innych regionach Niemiec.

Moim zdaniem, ważną rolę w utrzymaniu partnerskiej pracy, dalszym rozwoju projektów i odwadze do eksperymentów odgrywają, co do znużenia powtarzam, osoby aktualnie kierujące instytucją. Znaczenie ma to, czy kierownicy/profesjonaliści pojawiają się w tym kontekście i odbierani są jako aktywnie wspierający i czy pracownicy, a tego potrzeba, są ciągle motywowani do brania udziału w projektach, które wykraczają poza bezpośredni kontekst terapii.

Jednak nawet otwarte na opisywany proces kierownictwa i pracownicy w Niemczech nie mają już siły z powodu neoliberalnie zabarwionej polityki socjalnej ostatnich lat. Muszą oni walczyć z bezpośrednimi i pośrednimi skutkami tej polityki, np. z cięciami personalnymi, biurokratyzacją i powstającymi pod presją wydajności problemami w zarządzaniu.

Do praktyki w Bielefeld odnosi się to, że wszystkie wymienione i nie wymienione partnerskie działania i projekty, mimo napotykanych ograniczeń, pozostają drożdżami w psychiatrycznym cieście, oddziałują na tych, którzy nie chcą lub nie mogą brać w nich bezpośredniego udziału. Są jednak regiony w Niemczech, gdzie brakuje nawet drożdży.

Poza tym wydaje mi się, że cała polityka socjalna Europy znajduje się w okresie próby wytrzymałości pomiędzy fikcją i wizją. Nie brakuje w psychiatrii dobrze brzmiących programów počawszy od zapewnienia jakości, przez ukierunkowanie na osobę, indywidualne planowanie pomocy, uzgadnianie celów,

osobisty budżet, empowerment, recovery, a skończywszy na inkluzji i disability mainstreaming. Jestem pewna, że wszystkie te programy same w sobie zakładają wspieranie partnerskiego postępowania.

Równoległe do tego dokonuje się – widocznie nie do powstrzymania – ekonomizacja służby zdrowia i pracy socjalnej.² Wszystko to nie pozostaje bez efektu na kulturę pracy psychiatrycznej. W przeciwieństwie do czasu ubiegłego, nikt dziś nie powie, że dla ludzi z psychicznymi problemami rozmowy są szkodliwe. Nie przyczyny ideologiczne stają im na przeszkodzie, lecz ekonomiczne, ponieważ często brakuje czasu. Poza tym, w wielu miejscach można zauważyć, że demokratyczne procesy oparte na uzgodnieniach są zarzucane. Wszędzie odczuwana ekonomiczna presja wspiera skłonność do autorytarnych stylów kierowania.

Niebezpieczeństwa w kierunku fikcji można by upatrywać w tym, że mający doświadczenie z psychiatrią (beneficjenci), aktywni społeczno-politycznie i zorganizowani, wydają się dziś zbyt jednostronnie odpowiadać przedstawionemu ideałowi samodzielnego, autonomicznego obywatela, który sam powinien kierować własną chorobą czy niepełnosprawnością. To dominujące wyobrażenie mogłoby zaszkodzić tym, którzy w małym stopniu mogą sami sobie pomóc. Nie powinno się tak zdarzyć, że w nurcie zafascynowania działaniem opartym o współpracę z przedstawicielami stowarzyszeń pacjentów wiele głęboko niepełnosprawnych chorujących psychicznie osób, którzy nie umieją dobrze wypowiedzieć się w swoim imieniu, zostanie zapomnianych.³

² Organizacje restrukturyzowane są wg wyznaczników racjonalizacji i kalkulowania ekonomicznych kosztów i korzyści. Współzawodnictwo i konkurencja są ustawowo zalecane. Wokół funkcjonują mechanizmy takie jak: zaostrożona kontrola in- i output, cięcia personalne, nowa struktura procesów zarządzania i komunikacji, standaryzacja i kwantyfikacja procesów pomocowych, prywatyzacja, outsourcing i wiele innych.

³ Fikcyjne partnerstwo wydaje mi się raczej zasłanianiem modernistyczną mową o klientach. To właśnie psychicznie chorzy ludzie są w okresie, w którym potrzebują najwięcej pomocy, a nie są w stanie zachowywać się jak klienci na targu i targować się o układy jak równy z równym, abstrahując od tego, że klient ma prawo do tego, za co może zapłacić. Bardziej partnerskie byłoby, gdybyśmy brali na poważnie prawa naszych klientów bazujące na ogólnych prawach człowieka.

„Jeszcze nie jesteśmy, ale się staniemy.“ – Podsumowanie

Mimo niektórych sprzeczności i niebezpieczeństw nie powinniśmy tracić nadziei, że w przyszłości rozwiną się jeszcze inne formy współpracy pomiędzy profesjonalistami, pacjentami i obywatelami, raczej wzajemnie się uzupełniające, a tym samym inne modele umożliwiające finansowanie przynajmniej części pracy wykonywanej przez beneficjentów. Ponoszący koszty w Niemczech stawiają ostatnio bardziej na społeczeństwo obywatelskie i obywatelskie zaangażowanie. Można by się w pełni z tym zgodzić, gdyby było się pewnym, że jest polityczna wola stworzenia niezbędnych warunków dla rozwoju „kultury partnerskiego współżycia”.⁴ Nie można ich ustanowić jedynie przez same apele i jako efekt uboczny programów oszczędnościowych.

Zmierzając ku końcowi i biorąc pod uwagę, że moje Koleżanki i moi Koledzy z Polski są zazwyczaj katolikami, chciałabym zakończyć arcyprotestanckim cytatem Marcina Lutra (Martina Luthra). W cytacie tym widać nastawienie, które nie pozwala zwieść się ani

naiwnej wierze w fikcję, ani nie pozwala utracić nadziei tkwiącej w wizjach. Oto on:

Życie...
 Nie jest zdrowiem,
 Lecz zdrowieniem,
 Nie byciem,
 Lecz stawaniem się,
 Nie spokojem,
 Lecz ćwiczeniem.
 Jeszcze nie jesteśmy,
 Ale się staniemy.
 Jeszcze się nie stało lub nie wydarzyło,
 Ale jest w trakcie.
 To nie jest koniec,
 Ale droga.
 Nie wszystko się jarzy i świeci,
 Ale wszystko się oczyszcza.⁵
 Cóż – zamiast ostatnich słów powinniśmy raczej powiedzieć: wiele jeszcze należy oczyścić, zarówno w codziennym postępowaniu psychiatrycznym jak i też w polityce społecznej i zdrowotnej. Wszyscy możemy brać w tym udział – każdy według własnych możliwości.

⁴ Konferencja Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej – Dalszy rozwój pomocy w integracji dla osób niepełnosprawnych; stan z: 3.9.2008.

⁵ Luther, Martin (1521): z pisma: „Grund und Ursache aller Artikel Dr. Martin Luthers, die durch die römische Bulle zu Unrecht verdammt sind“, wydanie weimarskie 7, str. 336.