

Symptomatik anders verstehen

Der Anspruch, psychische „Krankheit“ nicht primär als Störung, sondern auch als Lösungsversuch, wenn auch mitunter als fehlgeschlagenen, zu verstehen, läßt auch psychiatrische Symptome in einem anderen Licht erscheinen. Das, was wir Fachleute als „Halluzination“ oder „Wahnvorstellung“ bezeichnen und in diesem Zusammenhang als Beleg für die Realitätsverkenntung unserer Klienten interpretieren, kann auch als der Versuch eines Individuums gesehen werden, sich eine innere, von Außenstehenden nicht mehr unmittelbar erfaßbare Logik, eine andere Wahrnehmung, Überreizung und Angst, zu erklären und diese handhabbar zu machen. Einem solchen Verständnis nach wäre das Grundproblem eine Art „Gleichgewichtsstörung“ und die Symptome der Versuch des Betroffenen, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Eine solche Sichtweise psychiatrischer Symptomatik müßte vielen Praktikern deswegen naheliegen, weil man zu oft erlebt, daß sie für den Betroffenen hilfreicher zu sein scheint, als alle unsere fachlich begründeten Interventionsstrategien.

Hospitalismus als tertiäre Prävention

Welche Konsequenzen ein Paradigmenwechsel in der Sichtweise von psychischen Erkrankungen hätte, wird besonders deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, welchen Einfluß er auf die Interpretation der vermeintlichen Störungen haben könnte.

Als eine der zentralen Störungen von Menschen, die lange in psychiatrischer Behandlung in Anstalten und Heimen waren oder noch sind, wird seit Goffmann der „Hospitalismus“ diskutiert. Hospitalismus ist dabei gekennzeichnet als eine Störung, bei der der Patient seine soziale Kompetenz verliert und sich außerhalb anstaltsmäßiger Strukturen nur sehr schwer orientieren kann. An der Gültigkeit der Hospitalismus-theorie zweifeln viele, die mit der sogenannten „Enthospitalisierung“ von psychisch Erkrankten vertraut sind. Zwei unterschiedliche Enthospitalisierungsstrategien sind dabei bekannt und scheinen unterschiedlich effizient zu sein:

Zum einen gibt es den Versuch, in einer „therapeutischen“ Kette jeweils in einer Institution soziale Kompetenzen wiederzubeleben und nach erfolgreichem ersten Schritt in einer Einrichtung den nächsten Schritt evtl. in der nächsten zu tun. Am Ende dieser Bemühungen soll eine weitgehende Rehabilitation stehen.

Eine zweite Strategie geht von der Theorie aus, daß soziale Kompetenzen nur dort entwickelt werden können, wo sie auch objektiv von

den Menschen gebraucht werden, d. h. man kann z. B. nicht in der Anstalt stellvertretend für „draußen“ lernen. Folgt man dieser zweiten Strategie, so wird man sehr bald die verblüffende Erkenntnis machen, daß sich wirkliche Fortschritte im Erlernen sozialer Kompetenzen nur dann ergeben, wenn diese Kompetenzen auch objektiv benötigt werden. Dabei ergeben sich Situationen, in denen Defizite innerhalb von Stunden oder von wenigen Tagen kompensiert werden, eine Tatsache, die der „Hospitalismustheorie“ widerspricht. Diesen Widerspruch habe ich mir so erklärt, daß es sich auch beim sog. „Hospitalismus“ um ein Paradigma von Fachleuten handelt, das zu sehr die Störung von Menschen im Vordergrund sieht. Denkbar wäre auch, die Verhaltensweisen von Menschen in großen Anstalten, die scheinbaren Verluste sozialer Kompetenzen, das Abschotten und das Versinken in eine eigene Welt zu interpretieren als eine Anpassungsleistung des einzelnen an eine schwierige Wohn- und Lebenssituation. In diesem Sinne bekommt die Abkapselung, die bei hospitalisierten Menschen beobachtet wird, die Funktion eines Selbstschutzes gegenüber der Reizüberflutung, die in einer Großgruppe mit hoher sozialer Kontrolle stattfindet usw.. Das, was die Fachwelt als „Hospitalismus“ bezeichnet, könnte in diesem Sinne besser als „tertiäre“ „Prävention“ der Betroffenen verstanden werden, d. h. als der Versuch, nicht nur Wiederkrankung vorzubeugen – oder besser gesagt – neuen Lebenskrisen vorzubeugen, sondern, sich auch schwierigen Bedingungen anzupassen und soziale Kompetenzen nur dann zu benutzen wenn dies auch sinnvoll und geboten zu sein scheint.

Lassen Sie mich zum Schluß noch einmal festhalten, daß der beste Schutz vor dem System Psychiatrie immer zwei Seiten hat: Die eine Seite ist die der aktiven Kontrolle, der Verantwortung und Mitsteuerung des Systems Psychiatrie durch die Betroffenen und durch eigene, unabhängige Organisationen; die zweite Seite ist die genannte geänderte Einstellung der Fachwelt zu ihrem Tätigkeitsbereich. Beides scheint mir miteinander verknüpft zu sein, d. h. der Paradigmenwechsel in der Begrifflichkeit der Fachleute wird, und dies sei als eine Hoffnung von mir ausgedrückt, am ehesten dadurch provoziert werden, daß die Betroffenen ihr Schicksal selber in die Hand zu nehmen versuchen und das System Psychiatrie in seinem Grundanspruch, Hilfen zu leisten, anklagen.

Literatur beim Verfasser

KLAUS NOUVERTNE

Co chroni „dotkniętych przez psychiatrię“ przed psychiatrią? *

Uwagi wstępne

Mam nadzieję, że po raz ostatni ja czy inny profesjonalista wypowiada się w imieniu „dotkniętych przez psychiatrię“ otreściach ich przeżyć. W ciągu kilku tygodni bowiem ma się zawiązać ogólnoniemiecka organizacja osób „dotkniętych przez psychiatrię“. W stowarzyszeniu tym wezmą udział byli pacjenci psychiatryczni, osoby mające doświadczenie przeżytej psychozy oraz ci, którzy nie uważając się za chorych, zetknęli się w jakiś sposób z opieką psychiatryczną. Związek ten będzie władny przedstawiać stanowisko chorych psychicznie w sposób bardziej autentyczny ode mnie. Tytuł referatu spowodował też prostą reakcję założycieli związku. Po jego przeczytaniu wyrazili przekonanie, że to naturalnie ogólnokrajowy związek będzie chronił „dotkniętych przez psychiatrię“ przed psychiatrią.

Tematem referatu nie jest jednak „kto“ lecz „co“ chroni „dotkniętych przez psychiatrię“. Bliższe jest niebezpieczeństwo, że w przyszłości ludzie pracujący w psychiatrii delegują refleksję dotyczącą własnego działania i oczekiwań na organizację. Nie miałoby to jednak sensu. Stowarzyszenie się „dotkniętych przez psychiatrię“ jest życiowo konieczne, jednakże dyskusja wśród fachowców, czy nie należałoby przyjąć innej postawy wobec psychicznie chorych, pozostaje nadal ważna. Dla ilustracji następujący scenariusz :

Przypadek psychiatryczny

Z wcześniejszych lat mojej pracy mam w pamięci sytuację pewnego starszego 55-letniego mężczyzny, która zainspirowała mnie do rozmyślań na zarysowany powyżej temat. Chory ten, po długotrwałej chorobie i prawie 25-letniej karierze pacjenta w psychiatrii został przyjęty do hostelu. Na drogach swojego szaleństwa poznał wiele stylów i modeli psychiatrycznych, jednak ciągle trafiał do różnych klinik z powodu dużej agresywności, zachowań społecznie nieakceptowalnych i stale utrzymującej się symptomatyki produkttywnej. Poznał kolejne kliniki oraz aktualnie dominujące w nich style terapii. Ważny był fakt, że po krótkim okresie adaptacji pierwsze pół roku pobytu w nowych warunkach przebiegało bez problemów, potem zaś zaczęły się spory zarówno z personelem jak i ze współmieszkańcami. Coraz częściej był w tych sprzeczkach agresywny. Klarowne omówienie problemów lub choćby jasna komunikacja z tym pacjentem była możliwa w stopniu niewystarczającym. W chwilach, kiedy nie był zbyt napięty ani za bardzo agresywny jego stale utrzymujące się halucynacje fascynowały i były atrakcyjnym tematem do rozmowy. Intensywność jego objawów pobudzała ambicje pracowników, aby na jego przykładzie pokazać możliwości rehabilitacji psychiatrycznej. Cały ten wysiłek kończył się jednak kryzysem psychotycznym oraz izolacją od współmieszkańców. Podczas naszej 6 letniej znajomości nigdy nie udawało mi się mu pomóc, stopniowo jednak nawiązałem z nim bardziej intensywny kontakt, spowodowany również tym, że byłem kierownikiem hostelu a on bez przerwy próbował mnie prowokować szukając jednocześnie mojej

* Termin „Betroffene“ nie ma odpowiednika w języku polskim. Jest tłumaczony w całym artykule jako „dotknięci przez psychiatrię“ (red.)

bliskości. Stopniowo zapoznałem się z jego historią i pewną logiką reagowania na własną biografie. Była ona naznaczona głębokim lękiem, który pozostawiła w nim jeszcze z dzieciństwa ideologia faszystwu. Głęboko w sobie żywił lęk, że mógłby stracić prawo do życia, kiedy będąc z powodów chorobowych niezdolny do pracy, nie mógł nic zrobić dla „dobra narodu”. Ten strach wzmagał się wtedy, kiedy w czasie kolejnych prób leczenia wychodziła na jaw jego niezdolność do osiągnięcia poprawy. Tym większa była jego niepewność, im większą odczuwał chęć innych do „pomagania mu”, ponieważ wyczuwał w pracownikach, wyraźnie zreszta formułowane, wymaganie zmiany. Prawie nie dostrzegał różnicy pomiędzy eutanazją w Trzeciej Rzeszy a dążeniem do „uzdrowienia” demonstrowanym przez niektórych dynamicznych, młodych psychiatrów.

Przynajmniej dla niego było to zakwestionowaniem prawa do życia ludzi, którzy są „inni” i z powodu swoich niedostosowań nie mogą brać udziału w wielu formach życia społecznego. Przyjmował wewnętrzne przeciwieństwo między postępowymi ideami „lewicowców” a „prawicową” ideologią faszystowską. Dlatego też dyskusje o historii Trzeciej Rzeszy były dla niego kopalnią tematów. Podczas rozmów zdarzało mu się wypowiadać zdania o uderzającej jasności, ostre jak brzytwa, wręcz nie pasujące do człowieka, którego nazywano zrujnowanym.

Przez przypadek, czytając mowę kardynała von Galena, w tym czasie biskupa Münster, natknąłem się na zdania, w których przeciwstawiał się on ludobójstwu dokonywanemu na pacjentach w czasach Trzeciej Rzeszy. Kardynał von Galen, jak wyszło na jaw w jednej z rozmów, dał mojemu pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Prawdopodobnie pacjent był zafascynowany, że kardynał, człowiek konserwatywny, odwoływał się do wartości ponadczasowych, mianowicie do swojej wiary w naukę Kościoła Katolickiego. Trudno było zrozumieć te rozmowy w pełni, niektóre wyrażenia rozszyfrowywałem dopiero po tygodniach czy nawet miesiącach, być może część tego rozumienia jest subiektywna. Nagle zrozumiałem, dlaczego ten mężczyzna zawsze sprawdzał, czy personel jest wierzący i to w wierze rzymskokatolickiej. Współżycie z ludźmi niewierzącymi budziło w nim głęboki wewnętrzny niepokój. Zacząłem rozumieć, dlaczego. Nie dawał się zwodzić ani sympatii, ani gotowości współpracy ani zdolności wczuwania się prezentowanej przez naszych współpracowników. Dawało mu to za mało pewności i oparcia wobec społecznego przymusu. Zwłaszcza, kiedy znów

odżyły i zaistniały w centrum życia społecznego teorie o „życiu nie wartym życia”. Euforyczne koncepcje psychiatrii społecznej przerażały go głęboko w tym sensie, iż obawiał się, że są one w każdym czasie wymienne zgodnie z tendencją „żądaną zmiany”. Przeciwnie, przebywanie z ludźmi wierzącymi dawało mu pewność, że będą się oni kierować wartościami, które przetrwały wieki, niezależnie od wszelkich przymusów i przemian społecznych. Wydawało się, że potrzebował tej stabilności aby uspokoić swój pierwotny lęk, że odmówi mu się prawa do życia, ponieważ z powodu braków psychicznych jest inny niż większość.

Jak rozumiem sens tego przykładu?

Rozmowy z opisywanym pacjentem były istotne z dwóch zasadniczych powodów: po pierwsze mogły one wyjaśnić oporność na leczenie, opór i głęboki brak zaufania pacjentów do ich terapeutów.

Po drugie lęki tego człowieka uprzytomniły mi, jak ważna jest dla profesjonalistów praca w obszarze wartości podstawowych, które są nie tylko uwarunkowane społecznie, lecz zawierają pewną ponadczasową etykę.

Można powiedzieć, że osoby „dotknięte przez psychiatrię” będą chronione przed psychiatrią, jeżeli nasi współpracownicy pozbędą się oczekiwań, że ich pacjenci zmienią się, zmienią swoje zachowanie albo sytuację życiową i będą w stanie zapewnić ochronę, zaoferować stabilność i umieć „zostawić inność” taką, jaka ona jest. Przykład ten pokazuje także pilną potrzebę etyki niepodatnej na upływ czasu.

Dlaczego istnieje potrzeba takiej postawy etycznej?

Pytanie to może się niektórym wydać akademickie. Dla klinicysty jest oczywiste, że są ludzie potrzebujący ochrony przed psychicznie chorymi. Zakładając, że ludzie są w tak dużym lęku, że aż dopuszczają się czynów gwałtownych lub są zupełnie zdezorietowani, postawienie powyższego pytania wydaje się zbędne.

Powstaje ono jednak samo, jeśli zauważymy, że system psychiatryczny jest jednym z niewielu systemów pomocy społecznej, działających tak-

że wbrew woli objętych nim ludzi, dokonując pewnego rodzaju „opiekuńczej przemocy”. Częścią wewnętrznej ideologii psychiatrycznej jest przekonanie, że osoby „dotknięte przez psychiatrię” nie uważają się za chorych, ponieważ same nie wiedzą, co jest dla nich dobre. Leczenie psychiatryczne powinno więc służyć przede wszystkim uzyskaniu wglądu w chorobę, uzyskaniu zgody i chęci na leczenie.

Jeżeli ten pogląd miałby chociaż cień słuszności, to wyraża on pewne „absolutne” wymaganie kryjące wielkie niebezpieczeństwa dla „dotkniętych przez psychiatrię”. Niewątpliwie z tego powodu, że zarówno brak wglądu jak i konieczność „opiekuńczej przemocy” mają swoje znaczenie w psychiatrii, „dotknięte przez psychiatrię” potrzebują ochrony, ponieważ w każdej chwili istnieje wielkie ryzyko nadużyć i nieuzasadnionego użycia przemocy.

Trzeba dodać, że psychiatria ma do dyspozycji skuteczne środki organizacji i obrony przez budowanie zależności emocjonalnej. Dlatego konieczność ochrony i kontroli rysuje się jeszcze wyraźniej.

Chociaż ideologia społeczności terapeutycznej wydaje się pomocna, należy krytycznie zauważyć, że w ciągu ostatnich 15 lat przeszkodziła ona w znacznym stopniu samoorganizowaniu się „dotkniętych przez psychiatrię”. Z ich punktu widzenia ideologia społeczności terapeutycznej jest przedłużeniem roszczenia sobie prawa do wyłączności zmienionymi, subtelniejszymi, emocjonalnymi metodami.

Co psychiatria może uczynić dla ochrony „dotkniętych przez psychiatrię”?

Przedstawię teraz w czterech punktach jakie działania system psychiatryczny w zakresie form organizacyjnych i postaw może podejmować, w celu ochrony „dotkniętych przez psychiatrię” przed nadużyciami oraz przed roszczeniem sobie prawa do wyłączności ze strony psychiatrii.

Skromność

Psychiatrii dobrze by zrobiło, gdyby pierwszą i najważniejszą regułą było ćwiczenie skromności i to zarówno w obszarze zawodowym jak i instytucjonalnym.

Z fachowego punktu widzenia psychiatria ma powody do skromności, biorąc pod uwagę, że jedynie 50% ludzi uważanych za wymagających

pomocy psychiatrycznej objętych jest leczeniem ambulatoryjnym lub stacjonarnym. Pozostałe 50% żyje w swoim naturalnym otoczeniu społecznym lub na ulicy, niezależnie od stopnia zaburzeń a o wiele bardziej w zależności od wsparcia, które otrzymują od swoich rodzin. Na dodatek z tych 50% duża część żyje na takim poziomie, jak ludzie wewnątrz psychiatrycznego systemu pomocy, a możliwe, że jeszcze lepiej. Oznaczałoby to, że przy odpowiedniej sieci społecznej, można by się było obyć bez długoterminowych pobytów w instytucjach psychiatrycznych.

Institutionalna skromność oznacza, że psychiatria powinna zrezygnować ze swojej potrzeby kontroli, zmiany i leczenia, poprzez rozrastanie się w wiele instytucji stacjonarnych i ambulatoryjnych tkwiących w naszej społeczności. W zakresie pomocy ambulatoryjnej doświadczenie uczy, że różnorodność instytucjonalna nie przyczynia się do pomocy ludziom, którzy obiektywnie tego potrzebują. W obu systemach (stacjonarnym i ambulatoryjnym – przyp. tłum.) widać wyraźnie tendencję do tego, by w dwójnasób a nawet w trójnasób troszczyć się o pacjentów, którzy są mili. Nieprzyjemni i zrędlivi są izolowani i zaniedbywani. Wydaje się, że w psychiatrycznych rejonach modelowych pomoc otrzymują wszyscy, niezależnie od stopnia swoich zaburzeń. Jednak ci pacjenci, którzy dla profesjonalistów nie przedstawiają żadnej „wartości płynącej z rozmowy” są wyłączeni, ponieważ denerwują pracowników instytucji psychiatrycznych. W ten sposób, psychiatryczna ośmiornica także wewnątrz psychiatrii społecznej ustala reguły selekcji raniące ludzi psychicznie chorych.

Ustanowienie norm oraz definicja skuteczności

Za najistotniejszą część odpowiedzi na pytanie „co chroni „dotkniętych przez psychiatrię” przed psychiatrią?” uważam określenie przez system psychiatryczny swoich celów, interwencji oraz sposobów przeprowadzania interwencji.

Argument często używany wśród profesjonalistów, że właśnie „związek terapeutyczny” a zwłaszcza jego aspekt emocjonalny, opiera się próbem definicji celu i efektu, może być niebezpieczny i służyć do samoobrony specjalistom od psychospołecznych oddziaływań. Bardziej klarowne stanowisko w tym względzie oddałoby w ręce klienteli psychiatrycznej możliwość decydującej kontroli.

O ile cele zachowań psychiatrycznych zostaną jasno określone, powstanie możliwość zadawania pytań o ich motywy. Pewne strategie dzia-

tania mogą być wprawdzie logiczne a jednak pozostawać w sprzeczności ze światopoglądem i wewnętrznymi celami użytkownika.

Należy zauważyć, że większość strategii czy działań terapeutycznych implikuje wprost określony światopogląd lub wyobrażenia o tym, co jest zdrowe i idealne, nie nazywając tego wprost.

Bardziej szczegółowe zbadanie sprawy pozwala często odkryć silny wpływ kultury anglo-amerykańskiej z jej indywidualistycznym obrazem człowieka. Człowiek jest tu postrzegany jako istota dążąca do autonomii. Tylko wtedy, kiedy takie implikacje są przedstawiane jasno i otwarcie, powstaje możliwość, choćby przybliżona, wyboru przez pacjenta innych rozstrzygnięć aksjologicznych. W przeciwnym razie można odnieść mylące wrażenie, że pewne interwencje dlatego są konieczne, ponieważ posiadają naukowe uzasadnienie, stąd też są absolutnie niezbędne dla „uzdrowienia” analogicznie jak w medycznym modelu myślenia.

Jasne określenie świadczeń umożliwia pacjentom i ich bliskim kontrolę czy są one rzeczywiście realizowane. Oczywiście tej wypowiedzi nie oddaje jej sily sprawczej, jeżeli ją zastosować w praktyce. Na przykład ostry oddział psychiatryczny stawia sobie za cel uspokojenie i stabilizację człowieka w sytuacji kryzysowej, w ekstremalnie wyrażonym konflikcie wewnętrznym. Zbyt często jednak cel ten nie jest osiągnięty z powodu zinstytucjonalizowania przymusu, braku personelu czy błędnych koncepcji oddziały. Oczywiście dopiero określenie celu leczenia pozwala klientowi ocenić, czy założenia pracy instytucji psychiatrycznej pokrywają się z rzeczywistością. Rozziew między potrzebami a rzeczywistością chroni pacjentów i ich rodziny przed przecenianiem możliwości udzielania pomocy przez systemy psychiatryczne.

Zabezpieczenie praw pacjentów poprzez określenie zakresu świadczeń

Dalszym, nie mniej ważnym skutkiem ustanowienia norm i określenia celów terapii jest zabezpieczenie prawa do świadczeń. Niedostateczne omówienie celów i sposobów leczenia jest przez pacjentów odbierane jako pozbawienie praw. Postulat Asmusa Finsena podchwycony przez „dotkniętych przez psychiatrę” brzmi „od leczenia do negocjacji”. Leczenie jest czymś, czemu się można poddać. Negocjacje mają zawsze jakiś przedmiot. Przedmiotem negocjacji w psychiatrii są w istocie świadczenia, które oferuje się klientom systemów psychiatrycznych. Dopiero wówczas, kiedy profesjonalści i zatrudniającej

ich instytucje zdecydują się na obiektywizację swojego spektrum świadczeń, uczynią pacjentów podmiotami leczenia i partnerami w negocjacjach.

Nieprzemijające wartości podstawowe

Historia psychiatrii wykazuje podatność tej dyscypliny medycznej na przeobrażenia społeczne i na zmiany systemów wartości dokonujące się w ciągu wieków.

Niebezpieczeństwo grożące pacjentom, które może stać wypływać, zostało zobrazowane na wstępie. Przemiany społeczne mogą również nieść szansę dla psychiatrii, jednak w każdym przypadku istnieje ryzyko. Od dawien dawna psychiatria nie tylko oferowała pomoc, ale była również instytucją odpowiedzialną za porządek społeczny. Obok sądownictwa jest jedną z niewielu instytucji władnych ograniczać ludzi w ich podstawowych prawach, nawet, jeżeli przywołanie prawa jest do tego niezbędne.

Jest rzeczą oczywistą, że wielu ludzi podlega leczeniu psychiatrycznemu wbrew ich woli i że wbrew ich woli udziela się im pomocy. Łatwo zrozumieć, jak wielka jest pokusa w strukturach totalitarnych, aby posłużyć się psychiatrią w celu odizolowania inaczej myślących. Przewijająca się refleksja etyczna, zamyślenie się nad podstawowymi wartościami etycznymi, wydaje się być najważniejszym gwarantem przeciwstawienia się społecznym próbom instrumentalizacji psychiatrii. W wymienionym na wstępie przykładzie chrześcijański światopogląd popchnął kardynała von Galena do oporu przeciwko akcjom ludobójstwa w Trzeciej Rzeszy. Religijność, wiara, mogą być ważną częścią składową postawy etycznej.

Inny obraz chorego psychicznie

Najważniejszym czynnikiem ochraniającym „dotkniętych przez psychiatrę” będzie dokonanie w psychiatrii radykalnej zmiany obrazu psychicznie chorego. Obrazu tworzonego w ciągu wieków. Stary paradygmat chorego psychicznie jako człowieka bezsilnego, bezradnego, nie rozumiejącego realności i skazanego na ustawiczną opiekę i pomoc pociąga za sobą niebezpieczeństwo nadopiekuńczości, troskliwego ubezwłasnowolnienia i ciągłego przekraczania granic i kompetencji aż do zranienia ludzkiej godności. Ponowne przemyślenie obrazu chorego psychicznie, tak zwana zmiana paradygmatu, jest

konieczna, aby traktować „dotkniętych” z większym szacunkiem i godnością. Taka zmiana nie następuje jednak automatycznie lecz zakłada, że zmienimy nasze naukowe poglądy na rozumienie chorych psychicznie. Odnośnie tego cztery punkty wydają się ważne:

Pożegnać się z terapeutycznym obłędem

Uważam, że psychiatria powinna pożegnać się z wyobrażeniem, że potrafi zarządzić wszystkim przypadkom psychiatrycznym przy pomocy swoich sposobów. Wyrażając się ostrzej, chodzi tu o pożegnanie się z mitem uleczalności chorób psychicznych. Nie oznacza to rezygnacji z fachu wiedzy psychiatrycznej i prób leczenia lecz dążenie do innego rozumienia choroby psychicznej, w którym widzi się ją nie jako „chorobę”, lecz jako próbę regulacji podejmowaną przez jednostkę. Jeżeli objawów psychiatrycznych nie spozstrzega się jako „choroby” w sensie medycznym, ale jako inną formę przeżywania i zachowania, to objawy te nie są „uleczalne” w sensie medycznym. Ideologia uleczalności każdego cierpienia prowadziła w praktyce do odgraniczania i selekcji ciężiej zaburzonych, tzw. nieuleczalnych. Wymaganiem by leczyc i uzdrawiać działa wprawdzie pozytywnie, na pierwszy rzut oka budząc optymizm terapeutyczny, ale w końcowym efekcie jest opłacone ceną w postaci dyskryminowania ludzi, którzy okazują się oporni na terapię.

Przeżyć psychozę i spojrzeć wkład pacjentów w jej rozwiązywanie

Warunkiem odstąpienia od „terapeutycznego obłędu” jest przekonanie, że pacjenci nie tylko wykazują zaburzenia i deficyty, ale są zdolni pracować aktywnie nad rozwiązaniem swoich problemów. Własne przeżycia dotkniętych i ich własne próby rozwiązań, które są uważane przez świat fachowców za chore, byłyby przy takim rozumieniu poważniej potraktowane, ponieważ mogą one przedstawiać obiecującą drogę wyjścia z problematycznej sytuacji. (Porównaj Dorothea Buck „Samozrozumienie psychozy”)

Inaczej rozumieć objawy

Rozumienie „choroby” psychicznej nie tylko jako zaburzenia, lecz także jako czasem chybotliwej próby rozwiązania, pozwala w innym świetle zobaczyć objawy psychiatryczne. To, co my fachowcy określaliśmy jako „halucynacje” albo „urojenia” i w związku z tym interpretujemy jako dowód braku należytej oceny rzeczywistości, może być także widziane jako próba jednostki wyjaśnienia sobie, poprzez wewnętrzną logikę nie-

rozumiałą dla stojącego z boku, innego postrzeżenia, rozdrażnienia i lęku. Wyjaśnienia i oswojenia. Według takiego rozumienia podstawowym problemem byłby pewien rodzaj „zaburzenia równowagi”, objawy zaś byłyby próbą jej przywrócenia. Taki sposób widzenia objawów psychiatrycznych jest zapewne bliiski wielu praktykom i z tego powodu są oni często bardziej pomocni pacjentom niż wszystkie nasze fachowo ugruntowane interwencyjne strategie.

Rozumieć hospitalizację jako trzeciorzędową prewencję

Jakie konsekwencje miałyby taka zmiana paradygmatu w widzeniu chorób psychicznych, będzie szczególnie widoczne w interpretacji domniemyanych zaburzeń. Jednym z podstawowych zaburzeń u ludzi, którzy długo przebywali lub nadal pozostają w różnych zakładach psychiatrycznych lub domach pomocy społecznej, jest roztrząsany od czasów Goffmana „hospitalizm”. Hospitalizm jest określany jako zaburzenie wyrażające się utratą przez pacjenta kompetencji społecznej i orientacji poza strukturami szpitala. Wielu fachowców zajmujących się dehospitalizacją wątpi w wartość teorii hospitalizmu. Znane są dwie, prawdopodobnie o różnej skuteczności strategie dehospitalizacji.

Pierwsza próbuje reanimować kompetencje społeczne pacjentów w „łańcuchu terapeutycznym” wewnątrz instytucji. Po udanym pierwszym kroku podejmuje się próby następnych. Na końcu tych starań powinna stać szeroko zakrojona rehabilitacja. Druga strategia wychodzi z założenia, że społeczne kompetencje mogą się rozwijać tylko tam, gdzie są one obiektywnie używane. tzn. nie można w szpitalu uczyć się sytuacji „z życia zewnętrznego”. Wskazywane są sytuacje, gdy deficyty są kompensowane są w ciągu godzin albo niewielu dni. Fakt ten przeczy teorii hospitalizmu. Przyrzeczność tę, próbowałem sobie wyjaśnić, przyjmując, że tzw. „hospitalizm” jest częścią paradygmatu wyznawanego przez fachowców, którzy skłonni są na pierwszym planie widzieć u ludzi zaburzenia.

Byłoby możliwe zinterretować również zachowania ludzi w dużych szpitalach, które wskazywałyby na pozorną utratę społecznej kompetencji i zasklepienia się we własnym świecie jako umiejętność adaptacji do ciężkiej mieszkaniowej i życiowej sytuacji. W tym sensie następuje zakłopotowanie, które jest obserwowane u ludzi hospitalizowanych i które spełnia funkcje samoobrony przed zalewem bodźców występujących w dużej grupie z wysoką kontrolą społeczną. To co świat

fachowy określa jako hospitalizm, mogłoby być w tym sensie lepiej rozumiane jako trzeciorzędowa prewencja „dotkniętych przez psychiatrę”, tzn. jako próba nie tylko zapobieżenia ponownemu zachorowaniu lub, lepiej powiedziawszy, zapobieżenia nowemu kryzysowi życiowemu, lecz jako próba dopasowania się do ciężkich warunków i wykorzystania społecznych kompetencji tylko wtedy, gdy jest to sensowne i dozwolone.

Podsumowanie

Na koniec chciałbym jeszcze raz powtórzyć, że najlepsza ochrona przed psychiatrą ma zawsze

dwa aspekty. Pierwszym z nich jest aktywna kontrola odpowiedzialności i współkierowanie systemem psychiatrii przez „dotkniętych przez psychiatrę” i przez ich własne niezależne organizacje. Drugi aspekt dotyczy zmienionego nastawienia świata zawodowego do obszaru własnych działań.

Sądzę, że oba są ze sobą związane, tzn. zmiana paradygmatu w systemie pojęć profesjonalistów powstanie najprędzej wówczas, kiedy zainteresowani pacjenci spróbują sami wziąć swój los w swoje ręce i oskarżyć system psychiatrii w jego podstawowym obowiązku, jakim jest niesienie pomocy.

Literatura u autora

Tłum. K. Walczewski, A. Curyło, A. Cechnicki

HANS-JOACHIM SCHWAGER

Lernen aus der Geschichte

Für gewöhnlich wird die Geschichte für die Gegenwart und deren Interessen mißbraucht. Ein Urteil über die Geschichte setzt voraus, daß der Urteilende sich auf die Gegebenheiten einer vergangenen Zeit einläßt, und aus diesen Gegebenheiten heraus urteilt.

Nach einer langen Zeit der Verdrängung haben sich die Erinnerungen an die Verbrechen des Dritten Reiches wieder zu Wort gemeldet. Diese Erinnerung ist für viele mit Schmerz verbunden, weil zu den Tätern fast eine ganze Generation gehörte.

Bei der Beschäftigung mit der Geschichte darf es nicht bei dem Erschrecken und dem Schuldbewußtsein bleiben, sondern es muß auch die Frage gestellt werden, wie es dazu kommen konnte. Nur bei der historisch begründeten Beantwortung dieser Frage ist ein „Lernen aus der Geschichte” möglich.

„Der Historiker hat... mehr zu sein als ein rückwärts gewandter Kriminalist. Ihn interessiert über menschliches Fehlverhalten hinaus die Verhaltensrealität von Menschen, gerade auch in einer so deprimierenden Zeit wie der des Nationalsozialismus. Welche Spielräume des Handelns, welche Begrenzungen gab es? Welches Maß an Einverständnis, welcher Grad von innerem Widerstand oder Gegenwehr begegnet angesichts der normentleerten Zumutungen des NS-Regimes?” (D. Blasius, Umgang mit Unheilbaren, 1986)

Bethel im Dritten Reich

Was ist geschehen? An der Außenseite der Zionskirche hängt eine Gedenktafel:

Gedenket derer die unter uns lebten und, nur weil sie anders waren, zwischen 1933 und 1945 ermiedrigt ermordet verscharrt wurden. Herr Gott, erbarme dich.

Diese Tafel erinnert an jene Bewohner Bethels, die Opfer der Euthanasie-Aktion wurden. Am 1. September 1989, also am 50. Jahrestag der beginnenden Euthanasie-Aktion, hat der Vorstand der von Bodelschwingschen Anstalten zu einem Gottesdienst eingeladen, in dem die Erinnerung an die Opfer jener Aktion in dem Mittelpunkt des Gedenkens standen.

Was ist geschehen?

Am 3. September 1939 dem Tag, an dem Frankreich und Großbritannien dem Deutschen Reich den Krieg erklärten, schrieb der Schweizer Journalist Albert Müller: „Man darf die Augen nicht vor der Tatsache verschließen, daß die Verantwortung für diese europäische Katastrophe auf einem Mann liegt, der mit Name und Vorname bezeichnet werden kann: Adolf Hitler.“

Aber, so fügen wir hinzu, ohne die Zustimmung und Einwilligung vieler wäre die Machtentfaltung eines Mannes nicht möglich gewesen. Deutschland war ein industriell entwickeltes Land mit einer hohen Intelligenz. Wissenschaft, Forschung und Technik besaßen in Deutschland einen hohen Standard. Deutschland rühmte sich seiner humanistischen Gymnasien. Es war ge-