

Es gibt in der medizinischen Versorgung im allgemeinen und in der Gemeindepesychiatrie im besonderen vielleicht nur eine universell gültige ethische Norm: Ich habe von den Menschen, die mir anvertraut sind, stets mit dem schwierigsten Fall, dem „worst case“ zu beginnen und dort meine Ressourcen an Zeit, Kraft, „manpower“, Aufmerksamkeit und Liebe zu konzentrieren. Denn übergehe ich den schwierigsten Fall, dann werden die anderen Fälle mich schon so restlos in Anspruch nehmen, daß ich zum schwierigsten Fall nie mehr komme und er dadurch verloren ist. Dies ist - wohlgemerkt - eine Norm. Das bedeutet, daß kein Mensch sie erfüllen kann, wir alle sie aber im Hinterkopf behalten müssen, damit wir im Maße unserer Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten immer wieder versuchen, uns ihr wenigstens anzunähern. Stellen wir uns also vor, unser „worst case“ wäre ein chronisch schizophrener Mensch, womöglich noch mit Verhaltensauffälligkeiten oder Alkoholabhängigkeit, der in einem Dorf von 1.000 Einwohnern zu Hause ist. In der Vergangenheit - das gestehe ich gern - habe ich von vornherein versucht, für diesen Menschen eine Nische in meiner Stadt zu finden. Ich habe nicht mal einen Gedanken darauf verschwendet, ob es sinnvoll wäre, zunächst das Dorf mit seinen Grenzen und Möglichkeiten kennenzuler-

nen, um auszuloten, ob der betreffende Patient dort seine Nische mit meiner Hilfe finden könnte. In Zukunft muß das anders werden, so schwer uns dies in den ersten 10 Jahren auch fallen wird. Hierzu gibt es keine Alternative.

Wenn ich recht sehe, tut sich hier ein großes neues Forschungsfeld auf, das aus lauter versorgungsrelevanten Fragen besteht, die auf ihre Beantwortung warten. Ich wünsche mir, daß wir in Gütersloh einiges dazu beitragen können.

Darüber hinaus macht dies deutlich, daß der Psychiater oder der psychiatrisch Tätige der Gegenwart und Zukunft nicht nur über Theorien der Psychosen als Stoffwechselstörungen Bescheid wissen muß und nicht nur psychotherapeutische Techniken beherrschen muß, sondern auch über gesellschaftspolitisches Wissen und Engagement verfügen muß, eine ziemlich weit zurückreichende historische Bildung zu haben hat und Freude daran verspüren wird, den Wohnungs- und Arbeitsmarkt nicht nur einer Stadt, sondern auch eines Dorfes zu beeinflussen.

Und noch eins: wenn wir lernen, auf dem Dorf individuellere Lebensformen für psychisch Kranke zu finden, können wir diese wiederum in die Stadt rückübersetzen, so daß auch diese davon profitiert.

KLAUS DÖRNER

Terapia chronicznie chorych na schizofrenię na wsi*

Według polskiego socjologa, Zygmunta Baumana okres moderny trwał od 1800 do 1950 roku**. Idea moderny zakładała, że w sterowaniu wszelkimi społecznymi kontaktami ludzie powinni kierować się wyłącznie rozsądkiem, wszystko co irracjonalne zastąpić tym, co racjonalne, a także powinni uwolnić się od „ubezwłasnowolnienia zawinionego przez samych siebie” (Kant). Ponadto na skutek urbanizacji powinno dojść do rozciągnięcia miejskiej formy panowania demokracji również na feudalne formy życia na wsi, a ludzie powinni tym samym rozwiązać i zrationalizować sobie wszelkie dwuznaczności.

Najbardziej ambiwalentną sprawą w każdym społeczeństwie jest sposób bycia chorych psychicznie, a szczególnie chronicznie chorych schizofreników. W ramach swojej idei moderna zakładała rozwiązanie tej ambiwalencji wobec chorych psychicznie poprzez jej instytucjonalizację.

Zrationalizowanie tej ambiwalencji nastąpiło poprzez stworzenie równomiernej sieci wielkich instytucji, zakładów dla obłąkanych, szpitali psychiatrycznych. W ten sposób racjonalnie pozbyto się chorych psychicznie. Stali się bowiem społecznie niewidzialni, odseparowani. E. Goffman

opisał tę instytucję jako „instytucję totalną”. Niektórzy określali los deportowanych tam chorych psychicznie jako „społeczną eutanazję”.

W XIX w. aż do I wojny światowej owa „społeczna eutanazja” stawała się coraz groźniejsza dla życia. W narodowym socjalizmie uległa totalizacji, która przejawiała się mordowaniem chorych psychicznie.

Po raz pierwszy doszło do tej zbrodni w połowie października 1939 roku w forcie VII w Poznaniu, gdzie zagazowano polskich chorych psychicznie. Tym samym po raz pierwszy w historii ludzkości w sposób przemysłowy dokonano masowego mordu na ludziach*.

Po roku 1945 we wszystkich nowoczesnych społeczeństwach na świecie rozpoczął się po raz pierwszy systematyczny proces refleksji, w którym zaczęto już dostrzegać związek pomiędzy instytucjonalizacją, odseparowaniem i wymordowaniem chorych psychicznie. Wskutek owej refleksji we wszystkich tych społeczeństwach nastąpił - obok w dalszym ciągu skutecznego trendu do instytucjonalizacji wszystkich irracjonalnych, przeszkadzających i niewydolnych grup ludności, zwłaszcza psychicznie chorych - nowy, paradygmat przeciwny deinstytucjonalizacji i

* Wykład wygłoszony na polsko-niemieckim Sympozjum Partnerstw, Gorzów Wlk., czerwiec 1995.

** Dialektyka porządku, Moderna a Holocaust, Europäische Verlagsanstalt, Hamburg 1992.

* Z. Jaroszewski: Wymordowanie chorych psychicznie w Polsce w latach 1939 - 1945, Warszawa i Gütersloh, Wyd. J. V. Hoddiss, 1993

dążenie do integracji wszystkich powyżej wymienionych grup, przede wszystkim zaś osób chorych psychicznie. Ten nowy paradygmat jest w sensie ruchu społecznego stabilny po dziś dzień, jakkolwiek przybiera różne rozmiary i tempo. Jego skuteczność zatacza coraz szersze kręgi, dzięki czemu można powiedzieć, że proces deinstytucjonalizacji posuwa się do przodu, co z drugiej strony oznacza także, że społeczeństwa stały i nadal stają się, aczkolwiek stopniowo i bardzo powoli, w takim samym stopniu bardziej skłonne i zdolne do integracji.

W przypadku chorych psychicznie wyznaleziono na określenie tego ruchu w kierunku deinstytucjonalizacji pojęcie „psychiatrii środowiskowej” lub „komunalnej”. Ten ruch integracyjny sterowany jest przede wszystkim przez trzy zasady:

1. Chorych psychicznie (1 do 2% ludności) należy rozmieścić w społeczeństwie możliwie równomiernie, po to, aby ciężar, jaki stanowią rozłożył się na możliwie wiele ramion, które łatwiej go uniosą, dzięki czemu oryginalne, kreatywne, pełne fantazji i sejsmograficzne właściwości chorych psychicznie również będą dostępne i owocne dla wszystkich.
2. Każdemu choremu psychicznie należy dostarczyć dodatkową pomoc profesjonalną, jakiej potrzebuje, tam, gdzie żyje, gdzie znajduje się jego przestrzeń życiowa.
3. Podczas gdy dodatkowa pomoc, jakiej potrzebował człowiek psychicznie chory, a więc odpowiedzialność moralno - finansowa, spoczywała w okresie przed moderną na związkach rodzinnych, to w epoce moderny została scentralizowana na abstrakcyjno - biurokratycznej płaszczyźnie porządkującej władzy państwowej. W rozpoczętym właśnie okresie postmoderny dochodzi ponownie do decentralizacji i regionalizacji owej odpowiedzialności moralno - finansowej. Niestety nie można jej oddać w

ręce rodziny, ponieważ nie potrafi już ona udźwignąć takiego ciężaru. Zamiast tego odpowiedzialność ta spływa na komuny, nawet jeżeli, co jest subiektywnie rzeczą zrozumiałą, jakiś czas będą się przed nią bronili, nic im nie pomoże, ponieważ chodzi tu o obiektywnie postępujący proces: krok po kroku komuny przejmują coraz większą odpowiedzialność moralno - finansową za chorych psychicznie.

Łatwo zauważyć, że deinstytucjonalizacja niegdyś „totalnych instytucji” skuteczna była niemal wyłącznie w miastach i doprowadziła do stworzenia instytucji mniejszych, bardziej elastycznych, w większości w połowie zdeinstytucjonalizowanych, jak na przykład oddziałów dziennych, domów przejściowych, warsztatów dla inwalidów.

Z jednej strony możemy być z tego dumni. Z drugiej strony daleko nam jeszcze do zakończenia procesu reform, jako że proces deinstytucjonalizacji jest procesem obiektywnym, posuwającym się do przodu, zmuszającym nas do szukania rozwiązań coraz bardziej indywidualnych problemów poszczególnych osób chorych psychicznie. Dalsze deinstytucjonalizacji powinny ulec także nowe instytucje miejskie. W najbliższym czasie powinniśmy koniecznie zastanowić się nad znalezieniem odpowiedniego rozwiązania dla problemów nie tylko chorych psychicznie mieszkających w miastach, lecz także tych, którzy żyją w małych miasteczkach lub na wsi. Wymagają tego wszystkie trzy zasady paradygmatu psychiatrii środowiskowej:

1. Osoby chore psychicznie nie powinny koncentrować się na dłuższą metę w miastach, lecz równomiernie rozprasać się w całym społeczeństwie;
2. Koniecznej pomocy należy udzielać nie tylko chorym mieszkającym w miastach, lecz dostarczyć jej także psychicznie chorym żyjącym na wsi, stosownie do ich przestrzeni życiowej;

3. Zdecentralizowana odpowiedzialność moralno - finansowa dotyczy nie tylko miast, lecz również okręgów wiejskich, a następnie poszczególnych gmin.

Oczywistym jest, że nasza praca w psychiatrii środowiskowej najbardziej skuteczną okazała się najpierw w miastach, ponieważ tam można relatywnie bardziej swobodnie planować i organizować, co z kolei na wsi jest o wiele trudniejsze. Jednak już teraz znaleźliśmy szereg ważnych reguł wspierających rozwój specyficznej psychiatrii przewlekłe chorych, które zasadniczo odnoszą się również do wsi:

1. Rehistoryzacja poszczególnych osób chorych psychicznie następuje w ten sposób, że historię ich choroby przerażamy na historię ich życia w tym celu, aby ponownie mogły przyswoić sobie przeszłość i na jej podstawie rozwinąć perspektywy życiowe na przyszłość.
2. W celu repersonalizacji poszczególnych chorych należy przez dłuższy czas i oddzielnie poświęcić sporo uwagi członkom ich rodzin, aby odzyskawszy swoją niezależność mogli odnaleźć właściwe proporcje pomiędzy bliskością a dystansem do chorego psychicznie.
3. Należy zindywidualizować podstawową potrzebę mieszkania, wobec czego przechodzimy od domu przejściowego poprzez wspólnotę mieszkaniową do „mieszkań chronionych” w gospodarstwach jedno- lub dwuosobowych.
4. Zindywidualizować należy również podstawową potrzebę pracy, którą wykazują nawet przewlekłe chorzy psychicznie oraz schizofrenicy przechodząc od warsztatu dla chorych poprzez firmę działającą na zasadzie samopomocy do firmy oferującej pracę w niepełnym wymiarze godzin, a wreszcie do chronionego miejsca pracy w regularnym przedsiębiorstwie.
Znalezienie znacznie mniejszych i bardziej indywidualnych form organizacyjnych dla realizacji tych reguł, a tym samym za-

sad psychiatrii środowiskowej, odpowiednich nie tylko dla miast, lecz również dla małych miasteczek i wsi jest nadzwyczaj trudne i będzie nas zajmowało co najmniej dziesięć lat.

Ponieważ jeszcze nie wiemy, jak to ma wyglądać, skoro tu i ówdzie widać już niewielkie udane początki, muszę się przede wszystkim ograniczyć do kilku hipotetycznych uwag porównujących i uwzględniających różnice pomiędzy miastem a wsią, co chyba mogłoby pomóc w poszukiwaniach adekwatnych form organizacyjnych dla wsi:

1. Część funkcji, jakie w systemie psychiatrii środowiskowej w mieście należą do obowiązków lekarza, na wsi znajduje się w gestii pracownika socjalnego lub pielęgniarki, ponieważ na wsi jest zbyt mało lekarzy, lub ich usługi są za drogie.
2. Przyjemna i ubezpieczająca się nawzajem praca zespołowa (Team - Work) zastąpiona zostanie na wsi przez pracę samodzielną (Case - Work).
3. Część pomocy, którą w mieście da się zorganizować i sfinansować w sposób profesjonalny, na wsi trzeba będzie zastąpić samopomocą i ożywieniem pomocy międzysąsiedzkiej.
4. Zcentralizowane formy organizacyjne należy rozwijać w kierunku form zdecentralizowanych, co zresztą i tak odpowiada postępowi deinstytucjonalizacji także poza szpitalami i podobnymi instytucjami.
5. Dom przejściowy jako forma zaspokajająca podstawową potrzebę posiadania mieszkania możliwa do zaakceptowania w mieście, na wsi już poprzez swoją wielkość będzie postrzegany jako coś sztucznego, niczym martwe, obce ciało. Formę tę należy rozwijać w kierunku ośrodka zdecentralizowanego, składającego się z kilku oddzielnych mieszkań, a poza tym w kierunku jednoosobowych gospodarstw chronionych.

6. Nowych i bardziej indywidualnych form organizacyjnych wymaga również inna, dla każdego chorego psychicznie podstawowa potrzeba - potrzeba pracowania. Może to być indywidualne miejsce pracy chronionej (asystowanie przy pracy), lub wynajęcie w regularnym małym przedsiębiorstwie jakiegoś pomieszczenia, gdzie znajdzie się miejsce dla firmy oferującej trzy do sześciu miejsc pracy w niepełnym wymiarze godzin, pod względem rozdziału zadań powiązanej organicznie z regularnym zakładem, jak udało się to zrealizować w jednym z miasteczek w okręgu Gütersloh.
7. Niejednokrotnie dla potrzeb miasta znakomicie wystarcza jeden oddział dzienny przewidziany na 20 miejsc. Natomiast we Francuskich Alpach istnieje pewien słabo zaludniony departament (140 000 mieszkańców), gdzie nie ma ani jednego łóżka psychiatrycznego, za to aż 29 oddziałów dziennych tak zdecentralizowanych, że nawet w tylnym pokoju gospody zorganizowano pomieszczenie z trzema miejscami dla ewentualnych klientów oddziału dziennego.
8. W mieście mamy do czynienia z różnymi służbami o odmiennej specjalizacji, które jednak mogą się dobrze uzupełniać pod względem funkcjonalnym. Natomiast na wsi należy traktować wszystkie służby w sposób generalny. Powinny one spełniać kilka, lub wręcz wszystkie funkcje naraz.
9. Podczas gdy w mieście można zaobserwować, że nowa oferta stopniowo staje się coraz mniej dostępna dla szerokiego ogółu zainteresowanych, a więc ulega ponownej instytucjonalizacji i stwarza dystans do otoczenia, - co w przypadku pozytywnie ocenianej anonimowości życia w mieście może się nawet okazać funkcjonalne, - to na wsi podobne oferty mogą przetrwać wyłącznie dzięki szerokiej dostępności,

nierzadko wypełniając funkcje ważne dla ogółu ludności.

10. Przy okazji naszych wysiłków, raz po raz będziemy musieli uświadamiać sobie, że kultura życia w mieście polega na tym, że kiedy rankiem opuszczamy mieszkanie, przeważnie spotykamy się systematycznie z obcymi (obcymi zewnątrz i wewnątrz w sensie ludzi odmiennych). Natomiast na wsi ma się do czynienia głównie ze znajomymi, tak że ktoś zewnątrz lub wewnątrz obcy stanowi raczej przypadek jednostkowy, który albo się integruje, albo zostaje odrzucony.

Ponieważ jednak lęk przed obcymi jest w ogóle pierwotną formą ludzkiego strachu, to już w starożytnej Grecji, a także w Europie z początkiem ery nowożytnej na skutek urbanizacji rozwinęła się w miastach demokracja wraz z jej instytucjami podziału władzy, reprezentatywnym parlamentaryzmem i regulacją prawną możliwie wielu aspektów kontaktów międzyludzkich.

Tak więc, dzięki sformalizowaniu kontaktów międzyludzkich lęk przed obcymi został zrytualizowany, a tkwiące w nim niebezpieczeństwo stępione, po to, aby współistnienie wielu obcych odczuwano jako przejaw różnorodności, kolorytu, ożywienia, a tym samym wzbogacenia. Rzecz jasna podobne procesy zaszyły nawet w najbardziej odległych wioskach, jednak ze względu na mniejsze rozmiary i raczej pojedyncze przypadki pojawienia się obcych, nie były aż tak bardzo znaczące.

Tak zatem, gdy w mieście da się to wykorzystać pozytywnie dla możliwości życia chorych psychicznie, właśnie dlatego, że obecnie niemal zupełnie odrębne współistnienie i tolerowanie różnych światów, środowisk nie jest w miastach niczym niezwykłym, to na wsi musimy liczyć się z tym, że zasady życia miejskiego mają w tym środowisku ograni-

czony zasięg, w związku z czym obok odmienności nie przechodzi się obojętnie. Otwartą pozostaje kwestia, czy dla chorych psychicznie będzie to miało skutki raczej pozytywne, czy też raczej negatywne.

W leczeniu ogólnym, a zwłaszcza w psychiatrii środowiskowej obowiązuje być może jedna uniwersalna norma etyczna:

Spośród powierzonych mi ludzi muszę zająć się przede wszystkim "najtrudniejszym przypadkiem", „worst case”, i na nim skoncentrować cały mój zasób czasu, sił, „manpower”, uwagi i miłości. Ponieważ jeśli pominię ten najtrudniejszy przypadek, to inne przypadki pochłoną mnie bez reszty tak, że nigdy więcej nie zdołam już powrócić do tego najcięższego, przez co zaprzepaszczę jego szansę. To jest - nawiasem mówiąc - norma, co oznacza, że żaden człowiek nie jest w stanie jej spełnić. Jednakże wszyscy powinniśmy o niej pamiętać, abyśmy w ramach naszych możliwości wyboru i decyzji przynajmniej próbowali zbliżyć się do niej.

Wyobraźmy więc sobie, że nasz „worst case” jest człowiekiem przewlekłe chorym na schizofrenię, być może nawet osobliwie zachowującym się lub uzależnionym od alkoholu, mieszkającym na wsi liczącej 1000 mieszkańców. Muszę się przyznać, że w przeszłości starałem się znaleźć dla tego człowieka jakąś niszę w moim

mieście. W ogóle nie zastanawiałem się nad tym, czy nie byłoby sensowniej poznać najpierw wsi z jej ograniczeniami i możliwościami, żeby zorientować się, czy odnośny pacjent przy mojej pomocy właśnie tam nie mógłby znaleźć dla siebie jakiejś niszy. W przyszłości musimy ten problem rozwiązywać inaczej, bez względu na to, na jakie trudności napotkamy przez pierwsze dziesięć lat. Nie mamy innego wyboru.

Jeśli się nie mylę, w tym miejscu otwiera się wielkie nowe pole do badań, składające się wyłącznie z pytań czekających na odpowiedź, a niesłuchanie ważnych dla opieki psychiatrycznej. Życzyłbym sobie, abyśmy tu, w Gütersloh przyczynili się coś niecoś do rozwiązania tej kwestii.

Ponadto widać tu wyraźnie, że psychiatrze, lub komuś zajmującemu się obecnie i w przyszłości psychiatrią nie wystarczy wiedza na temat teorii psychoz jako zaburzeń przemiany materii, lecz musi dysponować zaangażowaniem i wiedzą społeczno - polityczną, posiadać wykształcenie historyczne i czerpać radość z możliwości wpływania na rynek pracy i mieszkań nie tylko w mieście, lecz na wsi.

I jeszcze jedno: Skoro nauczymy się znajdować na wsi bardziej indywidualne formy życia dla chorych psychicznie, będziemy mogli przetransponować je na powrót do miasta, żeby i ono odniosło z tego jakąś korzyść.