

Die Behandlungsvereinbarung ist eine zweiseitige Willenserklärung zwischen den Psychiatrie-Erfahrenen und der Klinik.

Wir Bielefelder Betroffenen suchten nach einer Überlebensstrategie mit den psychiatrischen Realitäten und sind offen für die Behandlungsvereinbarung. Wir wollten für zukünftige Krisensituationen vorausbestimmen, um auf diese Weise unsere Psychiatrieangst abzubauen, und den Professionellen mit mehr Selbstbewusstsein begegnen zu können. Die Auseinandersetzung mit der Behandlungsvereinbarung zu einer Zeit, in der es uns gut geht, hat somit therapeutische Wirkung.

Unsere erste Version der Behandlungsvereinbarung waren wir aufgrund massiven Widerstands kritischer Mitglieder des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener gezwungen, zu hinterfragen und zu überarbeiten. Wir mußten akzeptieren, daß die Vereinbarung kein rechtlicher Vertrag ist, aus dem hundertprozentige Erfüllung von seiten der Klinik einzuklagen ist. Sie setzt Mitarbeiterinnen unter Begründungszwang, wenn sie von den angegebenen Vereinbarungspunkten abweichen.

Was die Erfahrungen mit der Vereinbarung in bezug auf die Betroffenen angeht,

äußerten sich die meisten von uns, soweit ich das beurteilen kann, positiv.

Wir hoffen, daß über die Abschlüsse von Vereinbarungen die Behandlungsstandards in der psychiatrischen Klinik Gilead IV humaner und demokratischer sowie die Bedürfnisse und der Willen von Betroffenen deutlicher wahrgenommen und beachtet werden.

Daß wir Psychiatrie-Betroffenen neben den Behandlungsvereinbarungen ebenso Interesse an gut funktionierenden, psychiatrie-unabhängigen Beschwerdestellen haben, dies aber offensichtlich nicht auf das gleiche Engagement der Professionellen stößt, möchte ich an dieser Stelle kritisch anmerken.

Abschließend möchte ich einen Betroffenen zitieren, der in der ersten Befragung im Herbst 95 zu Wort kam: „Ich denke, daß sich das Erleben von Psychiatrie nicht allein dadurch ändert, daß man sich einmal zueinandersetzt, um eine Behandlungsvereinbarung auszuarbeiten, sondern es ist ein länger dauernder Prozeß mit einer immerwährenden Auseinandersetzung.“

BARBARA HILDEBRANDT

Nowe sposoby radzenia sobie z kryzysami

Tematem mojego wystąpienia jest bielefeldzkie „porozumienie/ugoda” w kwestii postępowania leczniczego praktykowane w Bielefeld od 1.03.1994, które chciałybym zaprezentować tutaj wspólnie z psychologiem, panią Dietz. W międzyczasie, po niemal trzech latach, zdumiewająco wiele szpitali w najrozmaitszych landach przy stosowało nasz model do swoich potrzeb i warunków lub zamierza to zrobić.

To porozumienie daje możliwość osobom mającym doświadczenia z psychiatrią, zawierania pisemnych umów ze szpitalem Gilead IV o warunkach przyjęcia i terapii na wypadek późniejszej konieczności podjęcia leczenia. Dobry początek dla tego porozumienia stanowiła współpraca pomiędzy osobami mającymi doświadczenie z psychiatrią, rodzinami pacjentów i profesjonalistami. Za działania prekursorskie w tym względzie należy uznać seminaria na temat psychiatrii, rozmowy trójstronne, seminaria na temat psychoz. Impuls do podjęcia pierwszych rozmów w jesieni 1993 wypłynął równocześnie od nas, mających doświadczenia z psychiatrią i od profesjonalistów. W ten sposób powstała grupa robocza składająca się po części z członków grupy samopomocy z Bielefeld i czolowych współpracowników szpitala psychiatrycznego Gilead IV, która w następnych miesiącach spotykała się regularnie w celu opracowania pierwszego formularza, na-

zwanego „porozumieniem/ugoda” w kwestii postępowania leczniczego.

Jak przebiega rozmowa mająca za cel osiągnięcie takiego porozumienia? Osoba mająca już doświadczenie z psychiatrią po opuszczeniu szpitala umawia się na termin rozmowy, w której oprócz zainteresowanej osoby biorą również udział osoba zaufana (na życzenie), ordynator oddziału, kierownictwo personelu pielęgniarzkiego oddziału, pracownik socjalny i koordynatorka. Rozmowa odbywa się na terenie odpowiedniego oddziału. Porozumienie podpisują wszystkie osoby biorące udział w rozmowie. Rozmowy trwają 60 - 150 minut. Porozumienie dotyczy takich kwestii, jak kontakty, przyjęcie, leczenie farmakologiczne, środki przymusu, sytuacja socjalna. Treść takiej rozmowy omówi dokładniej w swoim wystąpieniu pani Dietz.

Porozumienie w kwestii postępowania leczniczego stwarza kolejną możliwość, oprócz stosowania innych środków, zapoczątkowania i poprawienia komunikacji pomiędzy osobami posiadającymi swoje doświadczenia z psychiatrią a profesjonalistami. Obie strony uczą się wzajemnego słuchania i wzajemnej akceptacji.

Porozumienie stanowi dwustronną deklarację dobrej woli pomiędzy osobami z doświadczeniem psychiatrycznym a szpitalem.

My, pacjenci z Bielefeld poszukiwaliśmy jakiejś strategii przeżycia z realiami panującymi w psychiatrii i jesteśmy otwarci na porozumienie w kwestii postępowania leczniczego. Chcieliśmy zabezpieczyć się na wypadek przyszłych sytuacji kryzysowych, aby w ten sposób zredukować naszą lęk przed psychiatrią i móc z większą pewnością siebie występować w kontaktach z profesjonalistami. Tym samym, rozpatrywanie tego porozumienia w okresie naszego dobrego samopoczucia ma dla nas działanie terapeutyczne.

Z powodu ogromnego oporu nastawionych krytycznie członków Federalnego Zrzeszenia Osób Doświadczonych przez Psychiatrię (Bundesverband Psychiatrie - Erfahrener) byliśmy zmuszeni do przeprowadzenia ponownych konsultacji i przeformułowania naszej pierwszej wersji formularza. Musieliśmy zaakceptować fakt, że porozumienie nie jest umową w sensie prawnym, której niedotrzymanie w stu procentach przez szpital można zaskarżyć przed sądem. Porozumienie zmusza natomiast pracowników psychiatrii do podania powodów, dlaczego odstąpili od jego warunków.

Jeżeli chodzi o doświadczenia z porozumieniem ze strony pacjentów, większość z nich, o ile mogę to ocenić, wyrażała się o nim pozytywnie.

Mamy nadzieję, że dzięki zawieraniu takich porozumień standardy leczenia w szpitalu psychiatrycznym Gilead IV staną się bardziej humanitarne, a potrzeby pacjentów będą wyraźniej dostrzegane i uwzględniane.

Chciałabym jednak zauważyć, że my, mający doświadczenia z psychiatrią oprócz porozumienia w kwestii postępowania leczniczego interesujemy się również dobrze funkcjonującymi, niezależnymi od psychiatrii punktami konsultacyjnymi, co jednak nie napotyka na podobne zaangażowanie profesjonalistów.

Na zakończenie chciałabym zacytować pacjenta, który jako pierwszy zabrał głos w dyskusji w jesieni 1995 r.: „Myślę, że odczucia związane z psychiatrią nie zmieniają się tylko i wyłącznie przez fakt, że raz usiedliśmy razem, aby wypracować porozumienie w kwestii leczenia, lecz jest to długotrwały proces z ustawicznymi dyskusjami.”

ELŻBIETA LINCZOWSKA

Die Krankenschwester im therapeutischen Milieu. Erfahrungen aus der Arbeit mit psychotischen Patienten

Die Arbeit einer Krankenschwester mit psychotischen Patienten verläuft sehr unterschiedlich, je nach dem Ort, wo sie verrichtet wird. Ich möchte hier meine Arbeit in einer Reha-Einrichtung darstellen, die auf Rehabilitation durch Beschäftigung, Arbeit und Kunst ausgerichtet ist. Diese Reha-Tagesklinik mit Werkstätte für Beschäftigungstherapie entstanden im Jahre 1993 am Psychiatrischen Lehrstuhl des Kollegium Medicum in Krakow. In die Tagesklinik kommen chronische Patienten nach mehreren Jahren einer Behandlung sowie ab und zu Patienten nach erster stationärer Behandlung mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf.

Das Ziel dieser Rehabilitation von psychisch Kranken ist es, ihr „Funktionieren“ in der Gesellschaft zu verbessern. Dabei handelt es sich auch um eine Reduzierung von sog. negativen Symptomen wie Verlangsamung von Bewegungen, emotionale Zurückgezogenheit, Apathie usw. Es ist jeweils wichtig, die Kompetenz und die Möglichkeiten der durch eine psychische Krankheit behinderten Person zu vergrößern. Man legt Wert darauf, daß jemand mit seiner Krankheit besser zurechtkommen kann und nicht nur auf die Heilung selbst (Bennet 1978). Man soll dabei die individuellen Fähigkeiten der Kranken nut-

zen, so daß sie in ihrem Umfeld optimal funktionieren können. Der erwartete, aber nicht immer erzielte Endeffekt der Rehabilitation ist dann die Aufnahme einer Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz oder unter Bedingungen des freien Arbeitsmarktes.

Falldarstellung von Jarek

Während meiner Arbeit in der Tagesklinik übernahm ich die Betreuung dieses Patienten, der bereits sieben Mal wegen einer Schizophrenieerkrankung, der zunächst ein langer Alkoholmißbrauch vorausgegangen war, hospitalisiert war. Zum Aufnahmegespräch erschien der Patient mit seinem Vater. Bei dem Gespräch tauchte schon das Problem der täglichen Fahrten zur Tagesklinik auf, was aber nicht so sehr mit einer niedrigen Motivation des Patienten zur Behandlung zusammenhing, sondern damit, daß die Zufahrtsmöglichkeiten von dem kleinen Ort, in dem er wohnte, nach Krakow ziemlich eingeschränkt waren. Dem Vater lag aber sehr daran, daß sein Sohn unser Behandlungs- bzw. Rehabilitationsprogramm in Anspruch nahm. Ich persönlich zweifelte allerdings zunächst daran, daß der Patient unseren Erfordernissen überhaupt gerecht werden könne, d. h. daß er regelmäßig an Aktivitäten in der Klinik teilnehmen, auf Alkohol verzichten und systematisch Arzneien einnehmen

* Vortrag gehalten auf VII. Bethel-Krakau Konferenz, Kraków 1997