

Refleksja nad psychiatrią społeczną w krakowskiej Klinice - przeszłość i terażniejszość

Początkowo miałem mówić o dylematach i zagrożeniach dla psychiatrii społecznej -tak jak ją rozumiemy i realizujemy w krakowskiej Klinice. Temat ten narodził się z przekonania podzielanego przez wielu moich kolegów, że podejście psycho-społeczne konstytuuje tożsamość naszej Instytucji. Kiedy Henry Szor zaproponował, aby dominującym tematem spotkania był wpływ przeszłości na nasze postawy, wybory i działania w dniu dzisiejszym nie ukrywam, że ta bardzo osobista perspektywa z jakiej miałem dokonać bilansu stosunku do psychiatrii społecznej w naszej Klinice wydawała mi się jeszcze przedwczesna; być może czułem brak koniecznego w takich sytuacjach dystansu, aby uniknąć zafalszowania wspomnień o czasach własnej młodości jak również dystansu koniecznego dla wystarczająco otwartej, niezafalszowanej oceny czasu terażniejszego. Może trudność tej osobistej perspektywy wynikała właśnie z konieczności popatrzenia na własne życie zawodowe i zjawiska, które mogły je kształtować. Musiałem głośno, sam przed sobą wypowiedzieć bardzo mocno narzucającą się refleksję -„przeszłość, która ukształtowała moje myślenie o psychiatrii nie była bezpośrednio związana ani z drugą wojną światową ani z Holocaustem”

Moja przeszłość

Gdy wybuchła wojna moi rodzice mieli po 12 lat, ja urodziłem się po wojnie - dokładnie w połowie wieku. Ojcowska część mojej rodziny pochodzi spod Lwowa a matczyzna przywędrowała kiedyś z Niemiec i ostatecznie zamieszkała w Krakowie. Moich dwóch wujko-dziadków po stronie ojca

zamordowano w łagrach sowieckich (mam rodzinę od Moskwy po Nowosibirsk - opis Bogdan Cechnicki „Trudawoje sierdce”. Mińsk) a trzech wujko-dziadków z rodziny matki było w Oświęcimiu (jeden zginął a dwóch przeżyło). Nazywali się Reising, Gesing i Kahl. Poruszający opis obozu przeżywanego przez polskiego więźnia znajdujemy w zapiskach Adolfa Gawalewicza „Refleksje z poczekalni do gazu”, które wraz z jego niemieckim tłumaczeniem dzisiaj przywieźliśmy.

Moja rodzina zawsze żyła w świadomości dwóch totalitaryzmów. Wraz z małżeństwem ta świadomość, poprzez tradycję rodzinną mojej żony - można by ją nazwać niepodległościowo-martyrologiczną, uległa jeszcze wyostreniu.

Na moją młodość największy wpływ miały dwa środowiska. „Tygodnik Powszechny” - czyli Jerzy Turowicz i grupa społecznie myślących katolików związanych z obecnym Papieżem, duszpasterstwo akademickie prowadzone przez Adama Bonieckiego (obecny red. naczelny Tygodnika) - czułem się poniekąd ich wychowankiem. Wszystko, co Papież mówił o antysemityzmie, o Holokauście, wszystko, co mówił i za co przeproszał było dla tamtego środowiska, kiedy go spotkałem, wspólnie dzielonym przekonaniem. Teraz, kiedy to powtórzył na oczach całego Izraela i Polski w Yad Vashem i pod Ścianą Zachodnią, Polacy będą musieli każdy przejaw antysemityzmu powiązać z działaniem wymierzonym równocześnie w ich Papieża, w głoszoną przez Niego prawdę i przesłanie miłości.

Z drugiej strony przez lata związany byłem z niezależnym studenckim ruchem teatralnym, pro-

wadziłem jeden z krakowskich nieprofesjonalnych teatrów. Towarzysto temu niezwykle silne poczucie wspólnoty, działania w grupie tzw. mit zbiorowej kreacji, sprzeciw przeciwko przemocy, nietolerancji i wszelkim totalitaryzmom oraz prawo do swobodnej wypowiedzi. Z końcem lat 60-tych był to w Polsce olbrzymi ruch, spotykaliśmy się na wielu festiwalach z „Bread and Puppet”, „Living Theatre”, „Freie Buhne aus München” i innymi teatrami niezależnymi i czuliśmy się, choć odgradzeni, w większej wspólnotcie, która nie chciała żadnej wojny nigdzie na świecie.

Płynię we mnie wiele różnych krwi - polska, ukraińska, niemiecka - o żydowskiej nic nie wiem. Kilku Polaków żydowskiego pochodzenia po wojnie ożeniło się z moimi ciotkami - jak choćby Michał Merzan. Jego matka Ida była zaprzyjaźniona z rodziną ojca, ona sama była w Zarządzie Towarzystwa Korczakowskiego. W czasie wojny - po stronie matki jeden z wujów wraz z ciotką Lusią, która była Żydówką, musieli się ukrywać i przechowywali ich moi dziadkowie. Dla mnie, podobnie jak dla większości ludzi mojego pokolenia, dramat polsko-żydowski rozegrał się dopiero w 68 roku kiedy dowiedziałem się, że mój bliski przyjaciel jest Żydem i opuszcza zajęcia na medycynie i w Teatrze, który razem robiliśmy i wyjeżdża z Polski. Spotykamy się do dzisiaj. To doświadczenie zupełnego milczenia na tematy polsko-żydowskie dzieliłem z całym pokoleniem.

Całe moje ćwierć wieku zawodowego można podzielić na dwa okresy. Pierwsze 10 lat to okres, który umownie można nazwać „okresem pierwszego epizodu” i pracy w zamkniętej instytucji. Następne 15 lat, to okres pracy przede wszystkim z chronicznym pacjentem i przeniesienie całej aktywności do środowiska. Kiedy przyszedłem do pracy w krakowskiej Klinice miała ona niezwykłą siłę przyciągania - dla mnie tak dużą, że w pewnym momencie życia w 1979 roku, mogąc dokonywać wyboru, porzuciłem etat asystenta w szpitalu psychiatrycznym w Szwajcarii i wróciłem do Krakowa. Oczywiście to były moje wybory życiowe, ale też coś znaczącego było w tym „wybieranym”.

Klinika w tym czasie z trudem wychodziła z przedłużającej się żałoby po stracie swojego kierownika Antoniego Kępińskiego, twórcy psy-

chiatрії zorientowanej na osobę. Przynajmniej jego spuściznę (8 książek wydanych przeważnie po jego śmierci, które napisał w ostatnich latach swego życia zmagając się ze śmiertelną chorobą) a jego uczniowie dyskutowali zaciekle, kto ten spadek najlepiej rozumie i realizuje. Pierwsze sympozjum poświęcone Antoniemu Kępińskiemu zorganizował ówczesny kardynał a dzisiejszy Papież. Tworzył się mit (w rozumieniu, jakim go użył w zeszytym roku w Krakowie Dov Aleksandrowicz - „Poprzez „mit” rozumiem zniekształcenie wydarzeń historycznych (minionych lub współczesnych) podzielane przez dużą grupę, społeczność lub naród. „Mit” w tym sensie może być rozmyślnie rozprzestrzeniany przez przywódców takiej grupy lub może być wyrazem nieświadomej wewnętrznej potrzeby”.

Sprawdzanie czy działanie jest zgodne z „duchem Profesora” nadawało „sens” naszej pracy. Mit kazał wszystkim dorastać do życia w duchowym centrum psychiatrii myślącej i działającej w oparciu o podstawową zasadę „*najważniejszy jest człowiek*”. Dla całej Polski byliśmy miejscem pielgrzymowania - patrzyli na naszą solidarność, sposób, w jaki się wzajemnie traktowaliśmy i jak ten stosunek przenosił się na pracę z rodziną i pacjentem. Chciałbym chwilę zastanowić się nad tym, jaką ożywczą, kulturotwórczą rolę miał ten mit przed ćwierć wiekiem i jak dalece może on dzisiaj zniekształcać nasze patrzenie na rzeczywistość końca wieku w krakowskiej psychiatrii. Zdaję sobie też sprawę, że nie każde tabu może być złamane. Zarówno przeszłości jak i teraźniejszości chciałbym się przyjrzeć z trzech perspektyw - opisując stosunek do pacjenta, stosunki między kolegami i stosunek do instytucji (opis ten nie dotyczy Kliniki Dzieci i Młodzieży, która rozwijała się w odrębnym paradygmacie)

Przeszłość - czyli o „imperatywie moralnym Kępińskiego” w pierwszym etapie pracy zawodowej przed 25 laty

Stosunek do pacjenta

To były trzy proste przykazania - człowiekowi należy się szacunek, należy tworzyć wspólnotę z pacjentami i „raczej starać się czynić dobrze niż źle”.

W czym się to wyrażało - uczyć się słuchać, poświęcać dużo czasu na rozmowę, odkrywać

razem znaczenie historii życia i traumatycznych doświadczeń dla wybuchu choroby i jej przebiegu, podkreślać udział własny w leczeniu, szukać sposobów by stosować jak najmniej leków. Wszystko czego się nauczyłem w pierwszych miesiącach, cały „imprinting kontaktu” a myślę o sprawach w spotkaniu z pacjentem fundamentalnych, pozostaje aktualne do dzisiaj. Niepisanym kryterium wartości była wówczas „ilość czasu spędzanego z pacjentem”, zdolność do budowania kontaktu, zaufania i poczucia bezpieczeństwa.

Oczywiście na taki stosunek do pacjenta wpływała przeszłość. Nie przypadkiem Kępiński w „Rytmie życia” zawarł obok siebie rozważania o ludzkim upokorzeniu w nazistowskich obozach, o godności człowieka, o patologii władzy i o podstawowych zasadach terapeutycznych. W tym czasie (połowa lat siedemdziesiątych) badania oświęcimskie (uczestniczyło w nich całe pokolenie naszych nauczycieli: Maria Orwid, Adam Szymusik, Aleksander Teutsch, Roman Leśniak, Jan Mitarski), kontakt i opieka nad byłymi więźniami była przeżywana przez nas jako „oczywista codzienność” w pracy klinicznej.

Stosunek do kolegów w zespole

W tym czasie kolega w zespole występował w kilku rolach: był mistrzem, nauczycielem zawodu, opiekunem naukowym i bardzo często przyjacielem. To, co kształtowało nasze relacje to fakt, że *mogliśmy sobie ufać*, to związki oparte na zaufaniu, hierarchia oparta na autorytecie a nie na karierze politycznej (lub innych mechanizmach). Solidarność się czuło. Ważna też była lojalność. Dawaliśmy sobie dużo oparcia. Dużo też poświęcaliśmy idei - dosłownie cały nasz wolny czas. Nie przychodziło nam do głowy zarabiać pieniędzy, nawet patrzyliśmy na tych, co je zarabiali z niejaką wyższością.

Nie byliśmy zasuszoną akademicką instytucją o znanym „porządku dziobania”. Spłaszczano hierarchię - tworzyliśmy Radę Oddziału i toczyliśmy zaciekle spory czy kierownik oddziału ma dwa czy jeden głos w Radzie (oczywiście w sprawach dla oddziału rozwojowych bo byliśmy wówczas niewątpliwie środowiskiem nastawionym na rozwój a nie tylko na wypełnienie zadania).

Zaczynałem pracę w latach wielkiego entuzjazmu. Niektórzy moi koledzy pokoleniowi

mogą się oburzyć, że piszę o „entuzjazmie” zwykle kojarzonym z niedojrzałością, ale ja używam tego pojęcia opisując prawdziwie głębokie zaangażowanie i niejako w opozycji do czasów dzisiejszych.

Stosunek do instytucji

Instytucja zbudowana była na tradycji. Była zachowana ciągłość i spójność przekazu międzypokoleniowego. Ludzie pracowali przez całe życie w Klinice i byli silnie zidentyfikowani z instytucją - bardziej niż ze swoim własnym interesem. Panował pluralizm poglądów i tolerancja. Już wcześniej nastąpił podział na zespoły terapeutyczne, działała Rada i Klub Pacjentów, dużo uwagi poświęcano wewnętrznemu życiu instytucji i jej ciągłemu przekształcaniu.

W połowie lat siedemdziesiątych już dawno rozpoczęta „terapia instytucji” nabiera tempa. Wiąże się to z likwidacją jednopłciowych oddziałów, wprowadzeniem społeczności terapeutycznej (ja jeszcze przyszedłem na wizyty przy łóżku w oddziale kobiecym), psychoterapii grupowej, wreszcie wizyt domowych i pracy z rodziną, otwarciem pierwszego hostelu terapeutycznego i pierwszych intensywnych obozów terapeutycznych.

Wiedzieliśmy, że ostry epizod trwa krótko a życie z chorobą nie kończy się na opuszczeniu Kliniki. Zaczęliśmy ją przed 25 laty rozbudowywać w system opieki w środowisku. Wobec instytucji postawiono dwa pytania:

1. Czy Klinika będzie instytucją otwartą?

Dyskutowano więc problem „zamkniętych drzwi”, a przez wiele lat głównym tematem był „klucz od drzwi oddziału w rękach pacjentów poprzez zmieniający się co kilka godzin dyżur” To była kwestia przesuwania odpowiedzialności we współ-odpowiedzialność już od pierwszej minuty spotkania z pacjentem.

2. Pytaliśmy się też w jaki sposób opieka stacjonarna będzie połączona z systemem opieki pozaszpitalnej aby zabezpieczyć ciągłość leczenia?

Odpowiedź była wówczas oczywista - tylko jeden i ten sam zespół, ze wspólną filozofią działania i z jednym szefem może zapewnić ciągłość opieki. Tak też się działo w rzeczywistości przynajmniej w części zespołów.

Chwila obecna - czyli o utopii społecznej solidarności i współodpowiedzialności"

Co zostało po 25 latach z opisywanych zjawisk? Jakie są konsekwencje przesunięcia ciężaru opieki w środowisko i tworzenia „wspólnoty z pacjentem w środowisku”, terapii bardziej indywidualizowanej i dostosowanej do różnorodnych potrzeb zarówno pacjenta jak i ich rodzin? Wydaje się, że rozwój ten nie nastąpił harmonijnie. No cóż pozostają pytania:

wobec pacjenta -

Wszystko co było ważne pozostało - doszły jednak nowe, bardzo korzystne aspekty - rozbudowała się „odpowiedzialność własna” pacjentów (stowarzyszenia), zwiększyła się rola rodziny w leczeniu, ale pozostała „zakryta twarz przed TV” - lęk przed etykietą, stygmat społeczną i dyskryminacją. Dlaczego pozostał nierozwiązany program leczenia stacjonarnego? Dlaczego pacjenci muszą „zdobywać miejsce w Klinice” a wygrywają jedynie osoby z krótkim stażem chorowania? Do czego prowadzi taka sytuacja ciągłego pozbywania się cięższej i dłużej chorujących pacjentów?

wobec zespołu -

Olbrzymia rozbudowa zespołu, rozpad na małe zespoły, atomizacja i coraz większa anonimowość. Cechą charakterystyczną tych czasów jest „brak czasu dla kolegów”. Dawna rozmowa przemienia się w milczenie. Milczymy jak się zgadzamy i jak się nie zgadzamy. Powoli czuć coraz większy ciężar tego braku rozmów. Dawne relacje wypiera powoli zasada niezwykle kosztownych szkoleń, które wpływają na wzajemne stosunki. Czy moi młodzi koledzy mają czas na entuzjazm? bezinteresowność? Czy obronią się przed pokusami stwarzanymi przez duże koncerny farmakologiczne np. wycieczki do egzotycznych krajów? Czy wobec siebie pozostaną solidarni?

wobec instytucji -

Spostrzegłem, że od dłuższego już czasu zacząłem patrzeć na moją Klinikę z perspektywy pacjenta chorego chronicznie. Kiedy myślę o jego poczuciu godności to równocześnie myślę o dostępnosci, przeciwstawiania się zjawisku se-

lekcji. Czy nie następuje rozszczepienie pomiędzy instytucją „pierwszych epizodów” a opieką środowiskową skoncentrowaną na chronicznie chorym i jego życiu z chorobą?

Zniknęły rozmowy o kluczu w rękach pacjentów, otwarcie instytucji przestało być w ogóle zadawanym pytaniem „czyżby reforma instytucji stacjonarnej niejako się skończyła?”

Jaki wpływ na leczenie będzie miała era badań farmakologicznych, z wszystkimi niewidocznymi jeszcze dzisiaj konsekwencjami?

Czyżby niewykorzystana szansa?

Krakowska Klinika posiada dwa razy więcej oddziałów dziennych niż stacjonarnych. Dawniej uważano, że już 10% wobec łóżek stacjonarnych jest znaczącą przeciwwagą. Czy powstanie nowych oddziałów dziennych, ich nowych liderów przyczyniło się do narastania świadomości o konieczności integracji leczenia szpitalnego z pozaszpitalnym? Czy artykułowanie nowej filozofii leczenia jest bardziej twórcze? A co z nasilającymi się głosami, że wystarczy leczenie stacjonarne i prywatne gabinety? Czy niepostrzeżenie wchodząca komercjalizacja, która ogarnia całe życie społeczne wyrządzi szkodę naszej Klinice?

Konkluzja jest też pytaniem: czyżby pamięć przeszłości przestała powoli chronić naszą Klinikę przed teraźniejszością? A może my powoli zapominamy?

Na zakończenie

Jeden z ośrodków naszej Kliniki „Dzienne Centrum Leczenia i Rehabilitacji Schizofrenii” jest wtopiony w krakowską dzielnicę Kazimierz. Znajduje się naprzeciwko synagogi Tempel i kościoła Bożego Ciała. Posiada warsztaty, oddział dzienny, galerię, kawiarnię, stowarzyszenia rodzin. Bierze udział w rytmie świąt i uroczystości wspólnie z całą dzielnicą. Rokrocznie w czasie Festiwalu Kultury Żydowskiej - z końcem czerwca - urządzamy mały wernisaż, wpisujemy się w program festiwalu i zapraszamy gości. Przed kilku laty amatorską kamerą pacjenci nakręcili krótki zapis z tego spotkania pt. „Zapomniane krajobrazy” - obrazy z Kazimierza. Niech to będzie zaproszenie do Krakowa a szczególnie zaproszenie dla izraelskich pacjentów do odwiedzin.