

H.-Jochen Zenker

Traumatyczne momenty emigracji

Szanowne Panie i Panowie,

To dla mnie zaszczyt, że mogę wystąpić na tegorocznym sympozjum Niemiecko – Polskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego i mówić na temat traumatycznych momentów emigracji. Z dużym szacunkiem obserwowałem – z powodu innego rodzaju moich obowiązków służbowych niestety tylko z daleka – działalność Państwa. Wstąpili Państwo na trudną i żmudną drogę przypominania przeszłości, bez której niemożliwy jest etyczny i profesjonalny rozwój partnerstwa w przyszłości.

Moja znajomość historii Polski jest ograniczona, co jednak wiem, to to, że w Europie nie ma innego kraju, który w większym stopniu byłby narażony na prześladowanie i wymuszoną emigrację niż Polska.

W Polsce jestem po raz pierwszy, to dziwne. Być może ma to coś wspólnego z historią mojej rodziny, która doprowadziła do pewnego rodzaju tabuizacji migracji w kierunku wschodnim. Pochodzę z rodziny hugenotów, która posłuchała wezwania Wielkiego Księcia i osiedliła się w Prusach Wschodnich. Była to rodzina światła, o głębokich mieszczańskich tradycjach, która – wierna cesarzowi i Hindenburgowi – odrzucała faszyzm, a wobec nowej ojczyzny – Prus – czuła się tak zobowiązana, że moja matka dopiero pod koniec stycznia 1945 roku, po represjach, jakich doświadczyła ona i jej rodzice, zdecydowała się na ucieczkę na Zachód, w warunkach, jakie trudno jest sobie dziś wyobrazić. Urodziłem się w Królewcu, dorastałem w Szlezwiku – Holsztynie. Jestem tzw. emigrantem „wewnątrz krajowym” i dobrze pamiętam niełatwe lata powojenne. Moja matka – mój ojciec zmarł krótko po wojnie wskutek obrażeń wojennych – wychowywała nas, troje dzieci, w tradycji mieszczańsko – liberalnej. O swoich traumatycznych przeżyciach nie wspominała prawie nigdy, na pytania odpowiadała stale uwagą, że nie chce nic opowiadać, ponieważ nie może potem spać przez kilka tygodni. Poza tym była zdania, że po tym faszystowskim obłędzie Niemcy słusznie utraciły tereny wschodnie, co jest logiczną historyczną konsekwencją.

Wszystko to wyjaśnia być może, że jako uczeń i student, a później pracując w dziedzinie psychiatrii i w zarządzaniu służbą zdrowia, intensywnie zajmowałem się niemiecką historią i rozwinąłem w sobie wysoką wrażliwość na nierówności społeczne, odnoszące się jednak głównie do warunków krajowych i pozaeuropejskich, to znaczy z pewną obciążoną kolektywną winą obawą, jeśli chodziło o Europę Wschodnią. Te i inne aspekty mojej biografii wyjaśniają też być może, dlaczego w obliczu narastającego strumienia uchodźców do Europy i do Niemiec od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia zacząłem intensywnie zajmować się kwestiami opieki zdrowotnej, opieki dotyczącej zwłaszcza uchodźców z traumatycznymi przeżyciami.

Emigracja emigracji nierówna

Najpierw chciałbym zwrócić uwagę na konieczność zróżnicowanego traktowania tematu emigracji ze względu na jej skutki natury psychicznej i zdrowotnej.

Następnie opowiem o ewentualnych momentach traumatycznych w procesie migracji, a na koniec zajmę się gruntowniej coraz bardziej narastającym w całej Europie problemem instrumentalizacji psychiatrii w kontekście wymuszonej repatriacji.

Z punktu widzenia socjologii migracja oznacza przede wszystkim ni mniej ni więcej „zmianę przestrzeni regionalnej lub socjalnej na inną.” Jeżeli jednak problem migracji połączy się z kwestią ewentualnych momentów traumatycznych, powstanie matryca warunków, sięgająca od absolutnie nic nie znaczących, a nawet wzmacniających zdrowie i osobowość osoby migrującej, aż po trwałe poważne szkody na zdrowiu lub zaburzenia osobowości. Do tego dochodzi jeszcze trzeci aspekt, a mianowicie aspekt indywidualnych strategii przetrwania i zdolności przystosowawczych.

Mimo to można opisać pewne ogólne czynniki, które w kontekście migracji związane są z wysokim ryzykiem traumatyzacji. Z pewnością japoński naukowiec, przebywający na studiach w Europie, nie jest narażony na traumatyczne przeżycia. Wręcz przeciwnie, z dużą dozą prawdopodobieństwa swoją dobrowolną emigrację przeżywa jako wzbogacenie siebie.

Według szacunków UNHCR całkiem inaczej wygląda sytuacja 25 mln uchodźców, którzy z powodu konfliktów wojennych albo katastrofy głodu uciekają do sąsiednich krajów, z powodu biedy nie mając żadnych możliwości dotarcia do Europy. Tych niewielu, których krewni pozbierają jakoś wszystkie oszczędności, aby przynajmniej jednemu członkowi rodziny umożliwić nowe życie w bezpiecznych warunkach, podejmuje wysokie ryzyko i próbuje nielegalnie dotrzeć do Europy. Tylko podczas prób dotarcia z Afryki do Hiszpanii albo Włoch umierają każdego roku setki ludzi. O traumatycznych momentach tego rodzaju prób ucieczki wiemy niewiele, możemy się ich tylko domyślać.

Obecnie dysponujemy znacznie większą wiedzą na temat tej grupy uchodźców, którzy w swojej ojczyźnie byli prześladowani z powodów kulturowych, etnicznych albo religijnych, źle traktowani albo torturowani, i którzy podczas ucieczki często narażeni są na nieludzki wyzysk, a ich osobowość jest narażona na różne destrukcyjne wydarzenia, np. gwałt. Od początku lat siedemdziesiątych minionego wieku publikacje, jak ta autorstwa Hansa Keilsona na temat sekwencyjnej traumatyzacji sierot wojennych żydowskiego pochodzenia w Niderlandach, czy też publikacje Rehabilitation Centre for Torture Victims (RCT) w Kopenhadze, a także publikacje Amnesty International (ai), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) albo Wysokiego Komisarza do Spraw Uchodźców ONZ (UNHCR) wyczuliły świat specjalistów, a częściowo także kręgi polityczne na to, że należy traktować poważnie zapotrzebowanie na ochronę, opiekę i leczenie tej grupy docelowej. Niestety jeszcze daleko nam do spełnienia takich warunków, które byłyby do zaakceptowania od strony humanitarnej i profesjonalnej.

Naszej uwagi i opieki potrzebuje zwłaszcza duża grupa tzw. „uchodźców pomiędzy pieczętkami”, tzn. takich, którzy otrzymali czasowe pozwolenie na pobyt w danym

kraju, oraz takich, którzy nie mają żadnego statusu, tzn. tych tzw. „nielegalnych” albo lepiej „undocumented” lub „sans papiers” – „bez papierów”. Warunki w kraju przyjmującym uchodźców często nie są wolne od konfliktów. Oprócz wątpliwego lub wręcz braku statusu prawnego ten łańcuch przeżyć traumatycznych kontynuować mogą bariery kulturalne i ksenofobiczne zachowanie miejscowej ludności. Nieco później zajmę się kwestią szczególnego dramatu wymuszonej repatriacji.

Trauma traumie nierówna

Zmiana paradygmatów w percepcji problematyki uchodźców zagranicznych, a częściowo także krajowych, którzy doświadczyli przeżyć traumatycznych, dokonała się w Europie właściwie dopiero w ostatnich trzydziestu latach i wymaga dalszej politycznej refleksji, jak również wsparcia humanitarnego i profesjonalnego.

Tradycyjnie imigrantów postrzegano wyłącznie jako ryzyko infekcyjno – epidemiologiczne dla miejscowej ludności, chociaż ryzyko takie, przynajmniej w przypadku Europy Zachodniej, od dawna już nie istnieje. Następnie uznano zapotrzebowanie na terapię somatyczną, później zwrócono uwagę na zaburzenia wynikające z obciążeń posttraumatycznych, aż doszło do umieszczenia tego zjawiska w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD F 43.1). Dopiero niedawno rozpoczęła się poważna fachowa dyskusja na temat wskazań, jak również możliwości i granic interwencji terapeutycznej w przypadku uchodźców po przeżyciach traumatycznych, a grupa ta nie jest już postrzegana wyłącznie jako potrzebująca pomocy, wreszcie dostrzeżono także jej strategie i zdolności protekcyjne i gwarantujące przeżycie.

Uogólniając można stwierdzić, ryzykując oczywiście przeoczenie cech indywidualnych, że skutki traumy (psychicznej) nasilają się tym bardziej, względnie tym bardziej maleje zdolność radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu, im większe zagrożenie następuje ze strony innych ludzi. Im bardziej w sposób celowy i wyizolowany nakierowane jest ono na daną jednostkę i im mniej osoba dotknięta jest w stanie bronić się intelektualnie lub fizycznie, albo przynajmniej egzystencjalnie lub emocjonalnie zachowywać dystans. I tak np. stosunkowo łatwo można uporać się ze skutkami klęsk żywiołowych. Uważa się, że człowiek nie ma wpływu na tego rodzaju zdarzenia, i że nie są one skierowane tylko przeciwko konkretnemu, pojedynczemu człowiekowi; takie zdarzenia prowadzą wręcz do tego, że ludzie trzymają się razem. Nawet wojny uważane są raczej za nieuniknione katastrofy. W przeciwieństwie do wojen „Man-Made-Disasters” w ściślejszym sensie, takie jak wypędzenie, prześladowanie, złe traktowanie lub tortury, stanowią głębokie traumatyczne przeżycie, którego skutki odczuwalne są jeszcze długo potem. Tak więc nie da się porównać negatywnie wpływającego na psychikę poczucia wykorzenia doznanego wskutek klęski żywiołowej z podobnym uczuciem doznany wskutek brutalnego wypędzenia. Z kolei wypędzenie stanowi mniej traumatyczne przeżycie, jeżeli odnosi się do większej grupy ludzi i jest skutkiem zaangażowania politycznego lub religijnego, tzn. można je rozumieć jako strategię zdefiniowanego przeciwnika.

Kobiety i dzieci są szczególnie podatne na zranienie. Dzieci tracą na dłuższy czas wszelkie zaufanie do świata, jeżeli np. przeżyją coś takiego jak wojna domowa w Bośni, gdy przyjaźni do tej pory sąsiedzi prześladowają albo nawet zabijają ich rodziców. Jednak dzieci potrafią znacznie lepiej od dorosłych trwale wyłumić

przeżycia traumatyczne, o ile mogą być pewne ochrony ze strony swoich głównych opiekunów, zazwyczaj rodziców. Oprócz grupy kobiet i dzieci, łatwo ulegającej traumatyzacji, istnieją osoby z takimi cechami, które predestynują je do silnie chorobliwego przeżywania nawet niezbyt poważnej traumy. Poważną dekompensacją zagrożeni są zwłaszcza pacjenci depresyjni i z utajoną psychozą, tzn. że w swoim obrazie dolegliwości wykraczają daleko poza symptomatykę posttraumatycznego syndromu stresowego (PTSD), który w ścisłym sensie tego pojęcia nie stanowi jednostki psychiatrycznej.

Nigdy nie powinno się pomijać spektrum pierwotnych i wtórnych czynników protekcyjnych, które łagodzą skutki trudnych momentów traumatycznych lub pomagają je zrelatywizować. Potwierdzają to doświadczenia osobiste i terapeutyczne psychiatry dziecięco – młodzieżowego, Petera Riedessera, który przy klinice uniwersyteckiej Hamburg – Eppendorf stworzył ambulatorium dla dzieci uchodźców. Ludziom, którzy przez wiele lat doświadczali w swoim życiu i w swoim związku wiele dobrego, łatwiej przychodzi uwierzyć w przyszłość, nawet po dotkliwym załamaniu. Do tego dochodzą słabo dotychczas zbadane neurobiologiczne fenomeny samoregulacji, które niektórym umożliwiają lepiej niż innym zachowanie dobrych wspomnień i odcięcie się od złych. Coś podobnego przeżyłem w przypadku torturowanych uchodźców politycznych z Kurdystanu, Sri Lanki i kilku państw afrykańskich. Riedesser mówi o zracjonalizowanych stanach dysocjacyjnych, tzn., własne przekonania polityczne i wola walki umożliwiają aktualnie i w retrospektywie niemal całkowite wyciszenie przeżytych okrucieństw.

Mimo to: większość emigrantów, którzy w kraju ojczystym, podczas ucieczki, lub w kraju przyjmującym ich, narażeni byli na przeżycia traumatyczne, cierpi na straszliwe skutki tych przeżyć – przez wiele lat, zazwyczaj przez całe życie. Dolegliwości występują często z opóźnieniem, nawet kilka miesięcy po wydarzeniu. Typowe są tzw. „flash backs”, tzn. ponowne przeżywanie okropności, przerażające sny, otępienie posunięte aż do „duchowej głuchoty”, wybuchy agresji i paniki, reakcje paranoiczne, bezsenność, depresja, różnorodne symptomy psychosomatyczne i reakcje psychotyczne. Pacjenci potrzebują bezpiecznej przestrzeni ochronnej, często na stałe. Angażowanie się po stronie ich potrzeb i praw, wynikających m.in. z niezliczonych postanowień narodowych i międzynarodowych organizacji zrzeszających specjalistów, a także z konwencji praw człowieka ONZ i UE, musi stać się dla nas, profesjonalistów, etycznym i zawodowym obowiązkiem. Chodzi tu także o to, że musimy wystąpić przeciwko rygorystycznej polityce Europy wydalania cudzoziemców. Aktualna propozycja UE utworzenia przy pomocy uregulowań prawnych krajów trzecich, strefy państw zaprzyjaźnionych wokół Europy, aby w ten sposób doprowadzić do zaniku strumienia uchodźców, jest tak samo do odrzucenia, jak prawdopodobnie i – mam nadzieję – nigdy nie będzie możliwa do zrealizowania.

Jak długo wraz z globalizacją w takim stopniu nasilać się będą nierówności społeczne i ekonomiczne, tak długo będzie nasilać się strumień uchodźców. Należy zwalczać przyczynę. To nie uchodźcy stanowią przyczynę, lecz polityka gospodarcza i handlowa tzw. krajów rozwiniętych.

Według mojej oceny w Niemczech żyje przynajmniej 100 000 (z ogółem 1,3 mln uchodźców) głęboko strauatyzowanych emigrantów. Nie da się oszacować liczby podobnych przypadków wśród ok. 500 000 „emigrantów nielegalnych”, ponieważ nie

mają oni dostępu do opieki zdrowotnej, dlatego ich stanu zdrowia możemy się tylko domyślać.

Na temat strauumatyzowanych uchodźców w Polsce dysponuję bardzo skąpyimi informacjami. Podczas gdy Polska do końca lat osiemdziesiątych sama była krajem generującym uchodźców, a także krajem tranzytowym dla uchodźców z innych krajów, podpisano w 1991 roku Konwencję Genewską, a w 1997 roku – mając na uwadze perspektywę przystąpienia do UE – zagwarantowano w konstytucji prawo do azylu i wprowadzono w życie nowe przepisy dotyczące cudzoziemców, które mocno przypominają przepisy zachodnioeuropejskie. Obecnie ok. 3 000 – 4 000 uchodźców rocznie ubiega się w Polsce o azyl. Nie wiadomo, ilu cudzoziemców żyje w kraju. Liczba uchodźców, którym przyznano azyl jest niewielka, ponieważ kraje sąsiednie uchodzą za bezpieczne. W tym względzie, przynajmniej jeśli chodzi o ramy formalno – prawne oraz o wytyczne administracji – Polska i RFN są porównywalne. Istnieje kilka organizacji pozarządowych, angażujących się w sprawy uchodźców, np. Polska Akcja Humanitarna, Fundacja Helsińska, czy też Legal Clinic – inicjatywa studencka przy Uniwersytecie Warszawskim. Jakie w Polsce istnieją możliwości uzyskania prawa pobytu dla strauumatyzowanych uchodźców i czy istnieją konkretne oferty w zakresie poradnictwa i terapii – tego nie wiem.

W RFN istnieją obecnie 21 ośrodki terapii dla strauumatyzowanych emigrantów. Oczywiście nie pokrywają one zapotrzebowania, tym bardziej, że ogólnodostępny system opieki zdrowotnej nie jest w stanie sprostać temu zadaniu, ponieważ personelowi brak jest wiedzy fachowej i interkulturowej, istnieje też bariera językowa.

Możliwości terapii są ograniczone

Z możliwości interwencji terapeutycznej, która rokowałaby sukces, można skorzystać w sposób bardzo ograniczony. Właściwie terapia możliwa jest tylko wtedy, gdy pacjent ma zapewnione pozwolenie na pobyt stały. Słynne RTC w Kopenhadze wymaga bezwarunkowo pozwolenia na pobyt na czas nieokreślony, ale wiele ośrodków zajmujących się uchodźcami, pod presją okoliczności nie może zachować tak wymagającej postawy. Brak gotowości do poddania się terapii nie jest wskazówką, że dana osoba nie przeżyła traumy. Właśnie ci najmocniej strauumatyzowani przez długi okres czasu nie są w stanie pokonać drogi do ośrodka terapeutycznego, zbyt wielka jest niemożność mówienia, a często także poczucie winy, że się przeżyło.

Chciałbym też zwrócić uwagę na problemy interkulturowe w terapii uchodźców – cudzoziemców, jak również na brak odpowiednich ośrodków. Komisja Europejska świadczy w tym względzie cenną pomoc finansową, która niestety co roku na nowo jest zagrożona.

Ale szczególny problem wynika z przepisów prawnych odnoszących się do cudzoziemców, ponieważ wyleczenie zawsze związane jest z potencjalnym niebezpieczeństwem wydalenia. Mój kolega ze Szwajcarii trafnie zreasumował ten absurd:

„Choroba może być powodem, dla którego można uzyskać przedłużenie pozwolenia na pobyt w Szwajcarii.

Jeżeli chodzi o bardzo ciężką i nieuleczalną chorobę, to czasowe zezwolenie na pobyt może być przedłużane x razy, czasami aż do śmierci. Ale perwersyjność tego systemu polega na tym, że jeżeli na przykład są to choroby psychiczne albo psychosomatyczne, to pacjenci wcale nie mogą wyzdrowieć, ponieważ zaraz zostaliby wydalen z kraju. Muszą pozostać chorymi. Dla nas – lekarzy ta sytuacja „niechęci/ niemożności wyzdrowienia” stanowi duży problem, dotyczący nie tylko kwestii etycznych.¹”

Choroba jako przeszkoda w wydaleniu

W dalszej części mojego wystąpienia ograniczę się do kwestii wydawania opinii na temat tzw. zdolności do podróżowania. Za podstawę posłużą mi doświadczenia z naszego ośrodka w Bremie, ale oczywiście pomiędzy poszczególnymi landami istnieją spore różnice w działaniach administracyjnych dotyczących praktyki opiniowania.

Jeżeli weźmie się pod uwagę zasady humanitarne oraz kryteria określające z zawodowo – etycznego punktu widzenia akceptowalną praktykę wydawania opinii, to można stwierdzić, że istnieją spore różnice pomiędzy landami na północy i południu, ewentualnie na zachodzie i wschodzie. Ale wyjątek stanowią niemal wszystkie wielkie miasta, w których psychoterapeuci, odpowiednie inicjatywy i ośrodki terapeutyczne stworzyły i ustaliły standardy opiniowania.

Do biegłego zgłaszane są postulaty i oczekiwania, które często są dość niespójne. Czasami widoczne są próby wywierania nacisku, które sięgają od restrykcyjnych wewnątrzpolitycznych i przesadnie szczegółowych zaleceń administracyjnych po skuteczne na forum publicznym inicjatywy obywatelskie, które zasadniczo kwestionują prawo do azylu. Tym bardziej biegły musi skoncentrować się na swojej neutralnej i obiektywizującej profesjonalności, uwzględniając rzecz jasna przepisy prawa zawodowego i aktualne rozstrzygnięcia organizacji zawodowych, jak np. odpowiednich regionalnych Izb Lekarskich i Federalnej Izby Lekarskiej.

Do zewnętrznych potencjalnych zmiennych zaburzających proces opiniowania i wynik końcowy dochodzą wewnętrzne czynniki, mające wpływ na ten proces, których każdy biegły powinien być świadomy, i które wymagają stałej uwagi, a także po części zewnętrznej superwizji. Biegli Urzędu Zdrowia w Bremie mają za sobą długi proces historycznego przepracowania tzw. urzędowych opinii lekarskich, a ponadto przeszli odpowiednie szkolenia, tak że dzisiaj istnieją już wytyczne socjalno – medyczne, odznaczające się wysokim profesjonalizmem, niezawistością i zasadą zgodności z zapotrzebowaniem.

Mimo to nam, lekarzom opiniującym, konflikty są bardziej niż bliskie.

Szczególny problem polega na niezbędnym rozdzieleniu wypełnienia jasno zakreślonego zlecenia na opinię od wykraczających ponad to humanitarnych lub politycznych poglądów biegłego jako obywatela.

¹ J. Moser, Lozanna: Ankieta CH, DK, N, NL, D, F, GB, „Choroba jako przeszkoda w wydaleniu”, styczeń 2000

Wnioski końcowe

Pozwólcie Państwo, że zreasumuję:

Nie jest łatwo na przykładzie traumatycznych momentów w życiu emigrantów udzielić odpowiedzi na pytanie, ile obcości zniesie człowiek. Wprawdzie istnieją ważne stwierdzenia uogólniające, jednakże zawsze należy postawić w centrum uwagi pojedynczego człowieka. Przyczyny kompleksowe należy rozpatrywać w kontekście warunków i możliwości politycznych, prawnych, materialnych, socjalnych, etnicznych, kulturowych, medycznych, psychologicznych i psychiatrycznych. Ponadto właśnie my, Niemcy, ze względu na naszą przeszłość musimy przejąć odpowiedzialność poprzez te instytucje, do których to należy:

Kwestia uchodźców jest po pierwsze problemem politycznym, po drugie – problemem humanitarnym, a po trzecie medyczno – psychologicznym.

Odwrócenie hierarchii odpowiedzialności i podejmowania decyzji zawsze związane jest z niebezpieczeństwem instrumentalizacji, nie tylko medycyny i psychologii, lecz także pracy socjalnej.

Z naszym profesjonalizmem i wiedzą wynikającą z doświadczenia oczekuje się od nas, że uzyskamy posłuch w kręgach politycznych. Faszyzm nauczył nas, dokąd prowadzi ścisły rozdział ról i odpowiedzialności oraz pozbawione oparcia w etyce pozytywistyczne postawy profesjonalne.

Piśmiennictwo:

1. Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein. Polen – Daten und Fakten. www.baltic-refugee.net, August 2001
2. Majchrzak, Kamil: Flucht und Migration als europäische aufgaben – Migration und Flüchtlinge in Polen. MenschenRechtsMagazin Heft 2/2001
3. Stuchly, Karin: Frauen auf der Flucht. www.zebra.or.at/doc/frauen-flucht/jahrhundert.htm, September 1999
4. Zenker, H.-J.: Krankheit als Abschiebehindernis ausländischer Flüchtlinge und Asylsuchender. Hochschule Bremen, 2003
5. Riedesser, P.: Gebremst in der Erforschung von Traumatisierungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 27, Juli 2003
6. Keilson, Hans: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchungen zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Enke-Verlag, 1979
7. Refugees. THE LANCET Vol. 357, May 5, 2001
8. Kandel, Isaack. Mehr psychische Erkrankungen unter Holocaust-Überlebenden – Trauma-Erfahrungen verstärken sich im Alter. Psychotherapie, Bd. 1, 2000
9. Kaufmann, Heiko. Der Krieg gegen die Flüchtlinge. Frankfurter Rundschau, 21.06.2003
10. Grundsätze zur Begutachtung von Migranten nach §§ 53 Abs. 6 und 55 Abs. 2. Gesundheitsamt Bremen, Juni 2000