

## Psychiatria potrzebuje zaufania\*

Drodzy koledzy, przyjaciele, uczestnicy sympozjum,

Psychiatria potrzebuje zaufania - poprzez to sympozjum pragniemy kontynuować tradycję naszego Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego również w obecności naszych przyjaciół i nowych partnerów z Ukrainy. Chcemy też, niezależnie od naszych zawodowych kontaktów, postawić pytania dotyczące zasadniczych problemów naszego wspólnego życia.

Wczoraj wieczorem Manfred Deselaers przybliżył nam swoim wystąpieniem "Trauma i zaufanie w dialogu na progu Auschwitz" wymiar tego tematu. Nie opuszcza nas porażenie rozmiarem pogardy dla człowieka, jaka wyraża się w napisie na bramie „Arbeit macht frei”. Również dlatego, że psychiatria i wielu jej znanych reprezentantów w Niemczech przed i w czasie narodowego socjalizmu (nazizmu) przyczynili się do zakwestionowania wartości życia upośledzonych i psychicznie chorych ludzi. Psychiatria, poprzez swoich lekarzy i cały personel, bezpośrednio uczestniczyła w selekcji i wymordowywaniu ludzi rzekomo niegodnych życia. Była nie tylko nadużywana, była wręcz sprawcą. I właśnie dlatego ponosi teraz i w przyszłości szczególną społeczną odpowiedzialność, aby nigdy i przez nikogo nie została sprowadzona na złą drogę, aby nie została nadużywana. Z tego powodu należy żądać, aby psychiatria przykładała zna-

czenie do bycia godną zaufania i niezawodną – z perspektywy pacjentów, ich krewnych, jak również z perspektywy społeczeństwa. Jesteśmy też pewni, że również obecnie istnieją nadużycia w psychiatrii, a musimy być czujni, gdyż pokusy zaistnieją też w przyszłości.

### **Dlaczego zaufanie jest tak ważne?**

Już w roku 1900 ewangelicki teolog i późniejszy prezydent Stowarzyszenia Maxa Plancka, Adolf von Harnack stwierdził: „Nic nie może bardziej ukształtować człowieka jak zaufanie, jakie mu się okazuje”. Tym zajmie się po mnie w swoim wystąpieniu „Człowiek potrzebuje zaufania” Anna Liberadzka. Nic innego nie jest pomocne tak, jak zaufanie.

Czy my jako osoby i przedstawiciele naszego fachu jesteśmy godni zaufania? Czy zasługujemy na to, aby obdarzyć nas zaufaniem? O tym będzie mowa w moim wystąpieniu. Gdzie leżą zagrożenia i gdzie szanse? Czy nam, pracownikom psychiatrii, można zaufać, mimo że z jednej strony mamy ambicje godnie kształtować misję terapii pacjentów – ponieważ bez zaufania, jak już zostało powiedziane, nic nie okaże się pomocne; z drugiej zaś przejęliśmy prawne i społeczne polecenie wykonywania strukturalnej przemocy w określonych „ludzkich sytuacjach wyjątkowych”? Wobec wynikającego z choroby zagrożenia siebie lub innych psychiatria może użyć przemocy. Tym samym przez swoje działania naraża się na niebezpieczeństwo utraty zaufania w społeczeństwie lub utratę zaufania osób chorujących psychicznie.

Jestem zadowolony i wdzięczny, że mogę przemawiać pomiędzy Manfredem Dese-laersem i Anną Liberadzką. Właśnie w tym miejscu, pomiędzy możliwym społecznym załamaniem zaufania a egzystencjalnie koniecznym osobistym zaufaniem, umiejscowiona jest psychiatria. Musi tam trwać, nie może pozwolić się wykorzystywać, nie mogąc istnieć bez zaufania w swoją społeczną, zawodową i indywidualną integrację.

Andrzej Cechnicki i ja zblżyliśmy się po raz pierwszy do tematu „psychiatria potrzebuje zaufania”, kiedy półtora roku temu z Anną Zalewską i radnym powiatu oświęcimskiego prowadziliśmy w Szpitalu Psychiatrycznym pierwsze przygotowujące rozmowy do tego sympozjum. Stało się wówczas dla nas jasne: kształtowanie psychiatrii w tym powiecie, w bezpośrednim sąsiedztwie „drzwi w drzwi” z miejscem najcięższego załamania zaufania w historii, wymaga profesjonalnej i ludzkiej wiarygodności najwyższej miary; wymaga też niesłuchanie wrażliwego traktowania relacji pomiędzy instytucją „psychiatrii” (tzn. jej społeczną misją i jej pracownikami) a ludźmi, których zaufanie do samych siebie i innych doznało wstrząsu w ciężkich duchowych kryzysach. Było też dla nas jasne: gdzie, jak nie tu w Oświęcimiu, jest najlepsze miejsce, aby odpowiednio zmierzyć się z tematem zaufania.

Łatwiej jest zawsze wówczas, kiedy osoby z kryzysami psychicznymi mogą ufnie zwrócić się do dostępnych struktur partnersko zorientowanego psychiatryczno-psychotherapeutycznego systemu pomocy. Jeśli są wysłuchani i znajdują zrozumienie, u terapeutów ambulatoryjnych – lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek lub w szpitalach psychiatrycznych, gdzie w razie potrzeby mogą uzyskać schronienie i pomoc.

Dobrowolnie oczekiwać pomocy od psychiatrii – już sama ta sytuacja wymaga ogromnego kredytu zaufania. Jako pacjent oddaję się w ręce instytucji lub terapeuty z moim strachem, chorobami, z utratą zaufania do siebie samego i do wrogo odbieranego otoczenia oraz z częstym uczuciem dezorientacji. Powierzam mu siebie w potrzebie, ufam mu, że

mnie wysłucha, zrozumie i nie będzie obiecywał, w sposób często typowy dla lekarzy czegoś, czego i tak nie będzie mógł dotrzymać.

Jako leczący muszę najpierw uwiarygodnić (usprawiedliwić) zaufanie do mnie jako do terapeuty, poprzez nawiązanie z pacjentem relacji godnej zaufania, która jest podstawowym warunkiem, aby praca nad jego kryzysem była w ogóle możliwa – inaczej niż to jest w medycynie somatycznej, chociaż i tu już się wiele, dzięki Bogu, zmienia. Wymaga to w terapeutycznym procesie ogromnej wrażliwości i wczucia się w sytuację, doświadczenia i kompetencji, aby pacjentowi udało być aktywnym partnerem a nie pasywnym odbiorcą pomocy.

W ostatnich dziesięcioleciach prowadzono wiele badań szukając odpowiedzi na pytanie, co jest tym czynnikiem działającym w psychoterapii i psychiatrycznej pracy z pacjentem. Wiele ukrywa się pod pojęciem, które Grawe nazwał „podstawy psychoterapii”. Martin Driessen mówił przed kilku laty na Forum Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie, o dobrze udokumentowanej badaniach skuteczności pracy terapeutycznej.

Do tych skutecznie działających czynników zaliczyć trzeba przede wszystkim zbudowanie terapeutycznej relacji, następnie wyjaśnienie danej sytuacji, rozwój strategii rozwiązywania zaistniałych problemów, aktywowanie własnych zdolności i możliwości, wypracowanie konkretnych celów i prowadzących do nich kroków. Zaufanie do psychiatrii oznacza także zaufanie do fachowej kompetencji tych, którzy zajmują się psychiatrią. Jako pacjent muszę polegać na ich wiedzy, kiedy z zaufaniem oddaję się w ręce terapeuty. To nie jest teraz moim tematem. Może Martin Driessen i Maria Załuska intensywniej zajmą się tymi pytaniami.

Chcę teraz wyjść od naszej psychiatrycznej codzienności, gdziekolwiek i jakkolwiek pracujemy. Tam, każdego dnia musimy odpowiadać na pytania, tam niesiemy odpowiedzialność i tam musimy tak działać, aby nam zaufano. Tak więc pytanie o zaufanie dotyczy każdej osoby pracującej w dziedzinie psychiatrii, w jego codziennym miejscu pracy. Czy jako

terapeuta jestem godny zaufania? Czy można na mnie polegać? Czy jestem gotowy wczuć się w potrzeby, strach, bezbronność pacjenta? Czy wytrzymam, jeśli pacjent podważy moją kompetencję? Czy mogę powiedzieć, że czegoś nie rozumiem, że muszę zasięgnąć rady u kogoś, kto lepiej zna problem ode mnie?

Dlatego ponosimy szczególną odpowiedzialność, ponieważ psychiatria i psychoterapia przeżywają, przynajmniej u nas w Niemczech, najwyższą koniunkturę. Widać to na przykładzie nieustannie rosnącej liczby psychoterapeutów, szybko rosnącym rynku klinik psychosomatycznych i psychoterapeutycznych (w Polsce przenoszą się do przestrzeni niepublicznej i komercyjnej). Budują one w Niemczech jeden „moloch szpitalny” za drugim i zagrażają spychaniem psychiatrii dla ciężko chorych (rejonowej psychiatrii) na margines, odbierając pieniądze i personel. U nas w Niemczech jest obecnie więcej łóżek w obszarze psychosomatyki i psychoterapii niż w pozostałej części świata.

Chorób psychicznych gwałtownie przybywa. Depresja jest na najlepszej drodze do najczęściej stawianej diagnozy wśród wszystkich chorób. Z kolei studenci niemieckich uniwersytetów coraz częściej skarżą się na drastyczne obciążenia studiami. W wyniku tej sytuacji tylko w ostatnich latach wzrost psychoterapeutycznych interwencji wśród studentów wynosił 50%, – i to już przy wysokim poziomie opieki terapeutycznej u osób rozpoczynających studia.

Czy psychiatria i psychoterapia rzeczywiście są tak dobre? Tak godne zaufania? Tak kompetentne?

Należy równocześnie wziąć pod uwagę, że absencja w pracy uwarunkowana zaburzeniami psychicznymi jest obecnie na czele wszystkich chorób, a liczba wcześniejszych rent z powodu zaburzeń psychicznych jest większa niż z powodu chorób somatycznych. Nic ostatnio nie rośnie tak szybko jak rynek terapeutycznych możliwości w psychiatrii i psychoterapii. Pomimo to liczba zachorowań na zaburzenia psychiczne niepowstrzymanie rośnie. Coś tu się musi nie zgadzać.

Czy to jest realne? Czy dawniej było ina-

czej, czy tylko stawialiśmy błędne diagnozy i źle leczyliśmy? Czy coś się rzeczywiście zmienia, czy tylko nasz sposób patrzenia?

### **Czy psychiatria i psychoterapia zawłaszczają inne możliwości pomagania?**

Czy zaufanie do nas jest może wyrazem zanikającego zaufania do innych osobistych, rodzinnych lub społecznych uwarunkowań? W Niemczech wiara i kościół nie są już uosobieniem zakorzenionego zaufania, jak było to jeszcze kilka dziesięcioleci temu. Czy pomoc psychoterapeutyczna staje się religią zastępczą? Kto przyjmuje do wiadomości szerokie spektrum oferty psychoterapeutycznej, ten nie może nie dostrzegać, że musimy uważać, aby nie stać się lekarstwem na wszystko. Nie jesteśmy ani religią zastępczą, ani zbawicielem.

Nie nadajemy się też do interweniowania i prowadzenia terapii tam, gdzie wskazana jest właściwie inna pomoc. Niepotrzebny stres związany ze studiami jest w gestii planowania i organizacji uniwersytetu, a nie kanapy terapeutycznej. Mobbing i niedopuszczalne obciążenie pracą w gospodarce i administracji muszą zostać napiętnowane i zmienione. Absolutnie się nie nadają do psychoterapii i zalecania środków uspokajających.

Na razie czerpiemy profity z ciągle rosnących liczb. Dyrektorzy szpitali cieszą się (w Niemczech, w Polsce nie płacą za nad - wykonania), gabinety są pełne pacjentów potrzebujących terapii, którzy rzeczywiście cierpią. Jako pracujący w psychiatrii i psychoterapii ponosimy odpowiedzialność, abyśmy nie pozwolili zdegradować się do roli pomocników w znoszeniu nieludzkich społecznych warunków. Nie jesteśmy „opium dla ludu” – musimy wkładać palce w rany. Nie możemy pozwolić na wykorzystywanie psychoterapii jako środka zmiękczającego niedomagania społeczne. Tylko wtedy stworzymy i utrzymamy zaufanie.

A dokąd prowadzi to zaufanie? Jak możemy być pewni, jako przedstawiciele poważnej psychiatrii, czy zaufanie do nas jest usprawiedliwione? Czy w naszym codziennym postępowaniu troskliwie obchodzimy się z zasobami naszych pacjentów?

W tym kontekście nasuwa mi się zawsze bajka o szczęśliwym Jasiu („Hans im Glück“). Mam nadzieję, że nie zostaną źle zrozumiane:

Któż nie zna bajki o szczęśliwym Jasiu, który przez siedem lat ciężkiej pracy zdobył kawałek złota wielkości głowy. W długiej drodze do domu wymieniał go na pozornie bardziej wartościowe, w rzeczywistości na mniej cenne przedmioty: na konia, krowę, świnie, gęś, a w końcu na oseekę. Utraciwszy ją na końcu w studni wrócił do domu beztroski i szczęśliwy.

Czy szczęśliwy Jaś może być przykładem dla psychiatrii? Wymienia się (na) subiektywnie rzekomo wyżej cenione szczęście, ale od jednej wymiany do drugiej obiektywnie traci się wszystko stojąc na końcu z niczym, a jednocześnie będąc beztrosko szczęśliwym.

Nie chciałym tu słodkiego lub gorzkiego zakończenia. Ale ta bajka braci Grimm przynajmniej wskazuje nam, jak duża może być rozpiętość pomiędzy obiektywną utratą a subiektywnym zyskiem – zyskiem szczęścia. Nawet jeśli naiwne zaufanie Jasia do jego każdorazowej wymiany nastraja do zadumy. Tę pierwszą część mojej mowy na temat „Psychiatria potrzebuje zaufania” chciałym zakończyć prośbą do Państwa, abyście odnieśli Państwo morał bajki o Jasiu do swojej własnej sytuacji zawodowej.

Ta część kończy się przestroga i upomnieniem nas wszystkich, abyśmy na co dzień ostrożnie obchodzili się z pokładanym w nas zaufaniem, nie marnowali zasobów pacjenta na rzecz rzekomo spontanicznego, subiektywnego dobrego samopoczucia, a tym samym obiektywnie nie pomniejszali własnej swobody postępowania. My, jako terapeuci, jesteśmy w mniejszym niebezpieczeństwie niż jakaś dająca wolność i obiecująca uzdrowienie religia zastępcza, która umiejscowiła się na marginesie „psycho-ryнку”. Szczęśliwy Jaś – pozornie absurdalny przykład, po dłuższym namyśle zmusza nas do bycia świadomym posiadanej przez nas odpowiedzialności, kiedy zawiera się nam w trudnych sytuacjach życiowych.

To co mamy do zaoferowania, to z jednej

strony nie religijne oczekiwanie uzdrowienia, nie wskazówka na przyszłość, ale z drugiej strony nie szczęśliwy Jaś z jego potencjałem utraconym poprzez krótkotrwałe spontaniczne szczęście. Jest to pomoc do uzyskania umiejętności stosownego i konstruktywnego posługiwania się swoim potencjałem. Nie wystarczy tu uzyskane w terapii subiektywne dobre samopoczucie lub odczuwanie obiektywnie mylnego szczęścia, przez odbiorcę pomocy. Wzmacnianie potencjału wymaga więcej. A mimo to musimy zaakceptować, że pacjenci w danej sytuacji znajdują dla siebie inne rozwiązania i drogi, niż te, których byśmy sobie życzyli. Są pacjenci zachowujący się jak Jaś, tracący cały potencjał i pomimo tego stosownie przechodzący przez życie.

Było dla mnie ważne, aby tą część mojego wykładu zakończyć upomnieniem nas wszystkich, aby dać początek. Bo tak bardzo jak cieszymy się z obdarzania nas zaufaniem, tak bardzo musimy opierać się pokusie tkwienia w roli zbawiciela psychiatryczno-psychotherapeutycznego.

W leczeniu uzależnień oczekiwanie uzdrowienia nadal odgrywa dużą rolę. Ale obecnie wiemy też, że na dłuższą metę najbardziej skuteczne są: szczerłość pomiędzy pacjentem i terapeutą, spotkanie jak równy z równym oraz zaufanie w relacji – również przy nawrotach choroby.

Przejdźmy teraz do innej, trudniejszej kwestii naszego psychiatrycznego obszaru działania, do społecznej misji jaką jest powstrzymanie zaburzonego zachowania i zagrożenia wobec siebie i innych, które wywoływane jest przez zaburzenia psychiczne. O ile zajdzie konieczność z przymusem i przemocą. My, przynajmniej wszyscy akceptujący misję opieki, przyznajemy się do stosowania przemocy z konieczności. Zatrzymujemy ludzi w czasie trudnych kryzysów psychicznych, zamykamy ich, pilnujemy, aby nie wyrządzali sobie i innym krzywdy, Używamy przemocy poprzez unieruchamianie, zamykanie, leczenie lub tylko intensywną obserwację.

Ta całkowicie nieludzka strona psychiatrii została zapewne już ostatecznie przezwyciężona. Miała ona, z początkiem XX wieku

w Niemczech, na początku debaty o rzekomo nie-wartościowym życiu, istotny udział w niskiej ocenie ludzi upośledzonych lub nieproduktywnych, psychicznie chorych. Doprowadziła na początku II wojny światowej na zajętych wówczas terenach wschodnich, najpierw w Polsce a później też na Ukrainie, do pozbawionych kryteriów masowych mordów przez niemieckich przedstawicieli psychiatrii i organów państwowych; u nas w Niemczech zabijano według potencjalnie obiektywnych naukowych kryteriów.

Konwencja ONZ dotycząca praw osób upośledzonych (UN-Behinderten-Rechtkonvention) raz na zawsze wyjaśniła kwestię praw ludzi upośledzonych wyjaśnieniem, że wartość każdego poszczególnego człowieka wynika sama z siebie i nie może być uzależniona od jakichkolwiek kryteriów – religii, koloru skóry, stopnia upośledzenia, itp. Prawa te można obecnie zaskarżyć i tak jest dobrze.

Mimo to, patrząc perspektywicznie, nie możemy być pewni przyszłości ponieważ dyskusji o rzekomo wartościowym i nie-wartościowym życiu przez dziesięciolecia towarzyszyła przymusowa sterylizacja, również poza Rzeszą. Ma ona wpływ na debatę na temat dozwolonej w Niemczech diagnostyki preimplantacyjnej. Jest ona siłą napędową kolejnej debaty dotyczącej potencjalnego samodecydowania przy samobójstwie i o asyście lekarzy w przerywaniu podtrzymywania życia pod jego koniec.

Moi drodzy przyjaciele, jestem zadowolony, że poruszamy ten temat tutaj, w polsko-niemiecko-ukraińskim dialogu. Bo w pytaniu o naszą misję, o nasze psychiatryczne postępowanie nie chodzi tylko o obiektywne kryteria. W ramach naszego projektu „Partnership for Mental Health“ zwiedziliśmy w kwietniu tego roku w Kijowie nowo otwarty i wyremontowany oddział specjalny leczenia psychoz u pacjentów chorujących po raz pierwszy – first episode unit. Stwierdziliśmy tam m.in., że żadna z toalet dla pacjentów nie posiada drzwi. Zareagowaliśmy z oburzeniem i niezrozumieniem: „to jest przecież nieludzkie naruszenie sfery prywatnej psychicznie chorych,

którzy muszą być przecież traktowani jak normalni ludzie. Niezbyt nas zrozumiano, gdyż zaufanie i dobre psychiatryczne postępowanie jest z perspektywy naszych partnerów nadal bezpośrednio powiązane ze skuteczną kontrolą. To samo odnosiło się do pielęgniarki, która permanentnie miała na oku wszystkich pacjentów w ostrej fazie i przebywała z pacjentami w 8-12 osobowej sali ani na chwilę jej nie opuszczając.

Zostaliśmy odpowiednio pouczeni: „To jest przecież naszą odpowiedzialnością, aby wszyscy powierzeni nam pacjenci pozostali przy życiu”. Żaden ze specjalistów, z którymi mamy do czynienia na Ukrainie, w to nie wątpił, nie tylko w Kijowie.

Konieczną dyskusję na temat zaufania i kontroli musimy prowadzić w naszym ukraińsko-polsko-niemieckim dialogu. Może ona być pomocna w lepszym wzajemnym zrozumieniu, akceptowaniu różnic społecznych. A przez to w dłuższym okresie wzmacniać zaufanie również w samoodpowiedzialność ludzi psychicznie chorych. Taka jest przynajmniej moja nadzieja.

Na razie musimy zaakceptować, że żyjemy w różnych socjalnie sytuacjach. Tak jak musieliśmy się nauczyć, że w Polsce mimo znacznie gorszych warunków niż w Niemczech, na początku naszych niemiecko-polskich kontaktów przed 20 laty, przemoc w psychiatrii tu w Polsce odgrywała znacznie mniejszą rolę niż u nas; tak też musimy zaakceptować, że istnieje wiele różnic społecznych pomiędzy naszymi krajami partnerskimi.

Inny przykład:

Z naszą ukraińską delegacją w Klinice Psychiatrycznej w Paderborn rozmawialiśmy na oddziale z żyjącą w Niemczech, ale mówiącą tylko po rosyjsku pacjentką. Również pielęgniarki i lekarze rozmawiali po rosyjsku z racji swojego pochodzenia; to było bardzo dobre dla naszych gości. To był jej 7 pobyt w klinice, ponieważ mimo leczenia ambulatoryjnego i upominania przez bliskich, ciągle odstawiła leki i za każdym razem choroba wracała. Również w rozmowie wydawała się nieprzekonywalna. Ukraińscy ordynatorzy z delegacji byli coraz bardziej nerwowi, aż w końcu jeden

z nich wybuchnął: „Tak przecież nie może być. Trzeba w końcu pokazać swój autorytet! Uderzył pięścią w stół. U nas żadna pacjentka by się na to nie odważyła! W końcu wiemy lepiej, co jest wskazane i co trzeba uczynić”.

Przyznam szczerze, że i ja byłem wdzięczny za tę interwencję. Ale: według mnie psychiatria w dłuższej perspektywie ma przyszłość, jeśli my terapeuci będziemy szli tą często trudniejszą drogą budowania i pozyskiwania zaufania. Na dłuższą metę proces ten nie zostanie zahamowany również na Ukrainie. Zaufanie polega na spotkaniu jak równy z równym, w takim samym prawie dla każdego i konieczności wewnętrznego przekonania; tylko tak rośnie zaufanie. Trzeba też niestety zaakceptować, że pacjenci wzbraniają się przed pomocą i radą.

Zaufanie dla nas jako pracujących w psychiatrii – czy to na Ukrainie, w Polsce, czy w Niemczech – zależy też od tego, czy nasze kraje tak skonstruują ustawy i ich przestrzeganie w praktyce, że ludzie chorzy psychicznie będą mogli na nich polegać, – nawet w przypadku zaskarżalnych finansowych i strukturalnych warunków gwarantujących równouprawnione uczestnictwo wszystkich obywateli, niezależnie od stopnia zaburzenia czy upośledzenia.

Psychiatria nie może też być wykorzystywana do pozbywania się z otoczenia awanturników, zamykania w klinikach i przetrzymywania tam tych, którzy korzystają z należnych im praw – chociaż może za pomocą niestosownych środków. Państwo prawa nigdy i w żadnym kraju nie może wpaść na pomysł wybrania najprostszej drogi umieszczenia pacjenta w zakładzie psychiatrycznym, jeśli chce się pozbyć niewygodnych współobywateli.

Po zjednoczeniu Niemiec istniała komisja do spraw wyjaśnienia możliwych nadużyć psychiatrii podczas reżimu NRD. W wielu pojedynczych przypadkach doszło do nadużyć, jak np. krótkotrwałe zatrzymanie osób z rzekomymi zaburzeniami osobowości podczas zagranicznych wizyt państwowych, ale dzięki Bogu nie było to systematyczne i zakrojone na dużą skalę. W tym przypadku nasi koledzy z NRD nie dali się skorumpować.

Mam nadzieję, że to samo można powiedzieć o innych państwach z reżimem dyktatorskim.

My pracujący w psychiatrii musimy przede wszystkim uważać; państwo prawa jest konieczne, szczególnie w obchodzeniu się z tymi, co przeszkadzają, nie dopasowują się, zachowują się wyzywająco. Na państwie musi się też polegać oczekując ochrony słabych, jeśli oni czują się zastraszeni, krzywdzeni lub wykorzystywani. My specjaliści jesteśmy w szczególności zobowiązani do rozpoznania i ochrony cienkiej granicy pomiędzy wykluczeniem niewygodnych ludzi a ochroną zastraszonych i pokrzywdzonych. Pod żadnym pozorem nie wolno nam pozwolić się wykorzystać, jeśli chcemy utrzymać zaufanie. Musimy pośredniczyć pomiędzy różnymi interesami – państwa i konkretnych osób, przejmować odpowiedzialność, a razie konieczności być krytykowanymi za to w konkretnych sytuacjach.

Ludzie psychicznie chorzy mogą nam tylko wtedy zaufać, jeśli będziemy godni zaufania, jeśli nigdy nie staniemy się pomocnikami siły wykonawczej społecznych potrzeb. Chodzi tutaj również o przestępców na tle seksualnym, recydywistów z zaburzeniami osobowości, chuliganów, zaburzających spokój, aspołecznych nałogowców, itp. Państwo musi nam umieć zaufać, że w konkretnym przypadku nie odrzucimy odpowiedzialności.

Naszym wyznacznikiem, na którym można najbardziej polegać, jest konwencja ONZ dotycząca praw ludzi upośledzonych, która konsekwentnie we wszystkich obszarach życia, we wszystkich państwach stawia ich na równi z nieupośledzonymi.

W praktycznym zastosowaniu istnieją jednak znaczne różnice pomiędzy naszymi krajami; wynikają z różnych socjalnych uwarunkowań.

Niech to będą nawet otwarte czy zamknięte drzwi do toalety na oddziale. Albo u nas w Niemczech jeszcze bardziej drażliwe pytanie o konsekwencje samodzielnego decydowania w każdej sytuacji życiowej. W wyjaśnieniu tych wszystkich kwestii potrzebujemy dialogu z Wami, z Polski i Ukrainy.

Aktualna jest np. kwestia „dyspozycji” pa-

cjenta (do samostanowienia).

W Niemczech wielkim dobrem jest obecnie ustawowo zagwarantowane samodecydowanie. Jako pacjent mogę zgodnie z ustawą o dyspozycji pacjenta samemu stanowić, jak w żadnym wypadku nie chcę być leczony, i to niezależnie od sytuacji pod koniec życia, od rodzaju i stopnia ciężkości choroby oraz od pytania, czy np. w ramach psychozy mogą zostać przeoczone konsekwencje czyjejs decyzji.

Wśród niemieckich psychiatrycznych organizacji pacjentów, wśród krewnych i profesjonalistów trwają od czasu tej nowej ustawy intensywne dyskusje. Czy pacjenci rzeczywiście chcą tego i mogą, również w ciężkich psychotycznych kryzysach, odpowiedzialnie sporządzić taką dyspozycję? Czy my, jako profesjonalści możemy rzeczywiście stosować się do tego, a jeśli tak, to jak? Stowarzyszenia krewnych pacjentów są bezradne, kiedy doświadczają, jak ich chorujący psychicznie członek rodziny sporządza dyspozycje – częściowo przy wsparciu innych pacjentów psychiatrycznych, które według nich jednoznacznie kolidują z dobrem pacjenta.

Sądzę, że my w Niemczech wiele możemy się nauczyć od naszych polskich sąsiadów. Czy indywidualne samodecydowanie w każdej sytuacji życiowej rzeczywiście jest dobrem najwyższym, zwłaszcza jeśli mieszkam z rodziną pod jednym dachem? Na co mogę kogoś narazić? Gdzie kończy się indywidualna wolność? Dopiero w momencie śmierci? Czy jako pacjent sam o wszystkim mogę decydować – i czy jako lekarz muszę sprostać wyrażonej woli?

Jeszcze niejasne jest, jak wygląda praktyka w (szpitalach) i klinikach psychiatrycznych, kiedy pacjenci leczeni są gdyż tego wymaga ich stan psychiczny, ale nieakceptujący przyjmowania leków i którzy w ostateczności są unieruchamiani lub izolowani. Co to znaczy dla innych pacjentów i pracowników? Czy trzeba to wszystko znosić? Niektórzy pacjenci uważają, że mogą określić, jak będą leczeni w konkretnych przypadkach. Ale odnosi się to naturalnie tylko do sytuacji, w której życzenie leczenia jest w zgodzie ze sztuką lekarską. Oczekuję tu jeszcze więcej dyskusji i kilku de-

cyzji sądu.

Podczas Forum Psychiatrii Środowiskowej w maju tego roku w Kobierzynie, dużym Szpitalu Psychiatrycznym w Krakowie, dyskusje plenarne kształtowane były przede wszystkim przez pacjentów i krewnych. Byłem zadowolony z jasnych i realistycznych przemówień. Nie było nic z antypsychiatrii lub dystansu do psychoterapeutów i instytucji psychiatrycznych. Były natomiast jasne żądania leczenia, wyposażenia, zaufania do zaordynowanych leków, rządu, instytucji socjalnych w mieście i na wsi. To był zrealizowany dialog, mówiący o zaufaniu rosnącym obustronnie.

W Bielefeld, dokładnie z tych powodów i dla obustronnego budowania zaufania, stworzyliśmy tzw. porozumienie o leczeniu – pomiędzy pacjentami i lekarzami – lub specjalistami z dziedziny psychiatrii, mające na celu zapobieganie przy często powracających stanach chorobowych możliwych aktów przemocy podczas kolejnego kryzysu. Pacjenci często wiedzą, co jest dla nich dobre w kryzysie i gdzie on eskaluje. W pisemnych porozumieniach pomiędzy pacjentem a (szpitalem) kliniką można określić w wielu przypadkach praktyczne kroki postępowania, które potem – jak jednoznacznie potwierdzają zdobyte doświadczenia – znacząco przyczyniają się do deeskalacji nowych kryzysów.

I jeszcze jeden ostatni, ważny temat w związku z tym:

Psychiatria stała się u nas częścią medycyny, ale zawsze musi walczyć o bycie braną pod uwagę przy podziale środków.

Czy dotyczy to też Polski? Wiem, że tego lata wystartowała wielka parlamentarna inicjatywa psychiatrów – zainicjowana przez Andrzeja Cechnickiego – mająca na celu procentowe zwiększenie środków na psychiatrię. Jest ona w porównaniu z medycyną somatyczną mocno pokrzywdzona; brakuje zaufania do społecznej pozycji psychiatrii. A jak to wygląda na Ukrainie, gdzie psychiatria nadal jest znacznie dyskryminowana na wielu obszarach? Cytuję zdanie ukraińskiego kolegi kierującego dużą kliniką: „dlaczego mam współpracować z Wami Niemcami, jeśli mój rząd daje mi do dyspozycji tylko kilka centów

na dzienną stawkę żywieniową?”

Co kryje się pod tą wypowiedzią, jest jasne. O ile nie ma zapewnionej podstawowej opieki pacjentów, to międzynarodowa współpraca służy zasadniczo skrywaniu złego stanu rzeczy. Po pierwszej podróży z delegacją przez Ukrainę w roku 2008 złożyliśmy oświadczenie, w którym zaznaczyliśmy, że istnieją różne drogi reformy psychiatrii w poszczególnych krajach, ale wszędzie należy zagwarantować, że nie będzie warunków niegodnych człowieka. Zwrócenie na to uwagi nie jest żadnym niedopuszczalnym mieszanym się w sprawy innego kraju. Wręcz przeciwnie: tylko w ten sposób możemy jasno dać do zrozumienia, że poprzez naszą współpracę nie przyczyniamy się do ukrywania złego stanu rzeczy. Moim życzeniem jest, abyśmy tak też zostali zrozumiani – w przeciwnym razie nie byłoby zaufania.

Ale także w kwestii pytań o ocenę wartości psychiatrii dobrym jest, że występujemy w dialogu. Życzymy Wam, aby znaczenie i pozycja psychiatrii wkrótce zmieniły się zarówno w Polsce jak i na Ukrainie, zgodnie z całokształtem misji leczenia. U nas w Niem-

zech psychiatria staje się rynkiem różnorodnych możliwości. Można dzięki niej zarobić dużo pieniędzy – np. szpitale, kierownictwo, przemysł farmaceutyczny, lekarze i psychoterapeuci. Musimy raczej uważać, aby pieniądze i kompetencja kierowane były tam, gdzie są najbardziej potrzebne.

Drodzy Przyjaciele,  
Zbliżam się ku końcowi.

Psychiatria potrzebuje zaufania – tego potrzebują pacjenci, ich bliscy, tego potrzebujemy my, pracownicy psychiatrii. Tego potrzebuje również społeczeństwo, które musi nam zaufać, że odpowiednio wypełniamy naszą misję. Musimy przy tym uwzględniać społeczne uwarunkowania (kontekst) naszej pracy w każdym kraju.

Nie ma tu rozwiązań patentowych. Ale im bardziej jesteśmy świadomi delikatności tematyki, im bardziej na równi rozmawiamy z pacjentami i krewnymi oraz organizacjami państwowymi, z im większym zaufaniem, na tych sympozjach – obchodzimy się ze sobą, tym bardziej wzrasta zaufanie, na które tak jesteśmy zdani w naszej codziennej pracy.

Serdecznie dziękuję