

Zestarzyć się i umrzeć u siebie -
w Polsce i w Niemczech

Klaus Dörner

„Historia biedy“ (Monachium 1991), książka byłego polskiego ministra spraw zagranicznych Bronisława Geremka pozostaje dla mnie biblią, jeśli chodzi o zrozumienie problemów społecznych i zdrowotnych, w tym podziałów lub współlistnienia silnych i słabych w społeczeństwie. Dzięki tej lekturze można zrozumieć, dlaczego problemy społeczne i zdrowotne osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych, a od XX wieku również wymagających opieki osób starszych są problemami nieomal wyłącznie biednych – bogaci mogą bowiem zazwyczaj kupić sobie różne sposoby ich rozwiązania. Zrozumieć można również dlaczego już od XVI wieku w Europie w odpowiedzi na różne, typowe dla danej epoki problemy stosowano zawsze wyłącznie jednolite dla całego kontynentu wzorce rozwiązań.

Wyjaśnione zostało też zjawisko narzucania programów pomocy, a zarazem dyscyplinowania, wpięrow osobom samotnym, bezdomnym, biednym, a od początku wieku XIX – pod dyktando rynkowej industrializacji - również osobom żyjącym w rodzinach, ale ubogim (w tym również chorym psychicznie, niepełnosprawnym i wymagającym opieki), które stopniowo i systematycznie izolowano od ich bliskich i koncentrowano w specjalnych placówkach. Proces ten prowadził do spadku ich wartości w oczach społeczeństwa i dalej do obniżenia progu stosowania wobec nich przemocy, co przynajmniej znacznie ułatwiło mordy nazistów na osobach upośledzonych - wpięrow w Niemczech a potem w Polsce.

W owych placówkach socjalnych dochodziło do profesjonalizacji pomocy (celem odciążenia obywateli) i do ukształtowania się po raz pierwszy w historii zawodów „pomocowych“. Wykonujący je „profesjonaliści socjalni“ nie byli jednak opłacani za integrację chorych psychicznie, niepełnosprawnych i wymagających opieki. Wręcz przeciwnie, ich zadaniem było utrzymanie rozdziału między silnymi i słabymi. Ich rola obejmowała jednocześnie ochronę słabych i ochronę przed słabymi, ponieważ tylko w takich warunkach społeczeństwo industrialne mogło maksymalizować swoją produktywność. Rachunek ten przez co najmniej 100 lat okazał się być opłacalnym – przynajmniej dla silnych. Z rachunku tego my wszyscy odnosiliśmy również korzyści.

Książka Geremka, w której wszystkie kwestie socjalne umieszczane są nieustannie w ogólnospołecznych ramach, pomaga w przynajmniej częściowym oszacowaniu, dlaczego od ok. 1980 roku w Europie, ów od 100 lat sprawdzony system (w

szczegółności z jego pryncypiami instytucjonalizacji i profesjonalizacji pomocy) przestaje być skuteczny i adekwatny. Od tej pory bowiem zaczynamy uświadamiać sobie, że żyjemy w nowym społeczeństwie, które cechuje się największym zapotrzebowaniem na ogólnospołeczną pomoc w dziejach ludzkości, i w którym stary system pomocy zawodzi. Do dotychczasowych grup społecznych doszły mianowicie trzy nowe grupy wymagające intensywnej pomocy i pochłaniające istotne zasoby finansowe: po pierwsze osoby starsze (w tym cierpiące na otępienie), po drugie przewlekłe chorzy somatycznie – obie grupy są wyrazem sukcesu postępu medycyny. Po trzecie zaliczyć tu trzeba grupę, którą chętnie nazywam „neo-chorymi psychicznie“, czyli osób nadwrażliwych i z zaburzeniami osobowości. Przed 30 laty nikt nie nadałby tym kategoriom wagi choroby psychicznej, dziś jednak rozpoznania z tego kręgu są coraz częstsze. Nierzadko dzieje się to kosztem „klasycznych“ ciężko chorych psychicznie - w obliczu ośmiokrotnego wzrostu liczby psychoterapeutów w Niemczech (uwarunkowanego raczej czynnikami rynkowymi, niż potrzebą postępu), co przez kasy chorych postrzegane jest jako największy problem finansowy, dla którego brak jest mechanizmów ograniczających.

Jeśli chodzi o znaczenie wymagających opieki seniorów, zostało ono dostrzeżone przez demografów jako globalny syndrom przyrostu grupy osób starszych, przy jednoczesnym spadku liczby dzieci: epidemiologicznie zjawisko to wystąpiło wpierw w Europie Zachodniej i USA, krótko potem powtarzało się w Europie Wschodniej, dotarło do krajów rozwijających się, a w następnych kilku dekadach obejmie Amerykę Południową i Afrykę – wraz ze wszystkimi towarzyszącymi mu zawirowaniami ekonomicznymi. Można zatem stwierdzić, że kraj, który jako pierwszy rozwinięciem dostosowanym do tych zmian system pomocy wejdzie w posiadanie globalnego przeboju eksportowego, przy czym Polska miałaby na tym polu całkiem spore szanse, ponieważ może uniknąć błędów popełnionych na tej drodze w Niemczech.

Chociaż jak dotąd nikt nie potrafi powiedzieć, jak ów nowy system pomocy miałby wyglądać, można już teraz stwierdzić, że stary system społeczeństwa industrialnego, z jego centralnymi pryncypiami profesjonalizacji i instytucjonalizacji pomocy, jak wspomniano wcześniej traci na znaczeniu. Eksplozja ogólnospołecznego zapotrzebowania na pomoc jest tak gwałtowna, że liniowy wzrost stopnia profesjonalizacji pomocy nie może już wystarczać – raczej rosnąca część tego zadania musi zostać zwrócona samym obywatelom: obywatele, czy tego chcą czy nie, muszą się nastawić na to, aby w swoim planie tygodnia, pomiędzy czasem pracy i czasem wolnym rezerwować czas socjalny – dla osób nie należących do rodziny, czyli obcych potrzebujących pomocy, co najmniej z sąsiedztwa, co miało miejsce we wszystkich kulturach aż do początku czasów nam współczesnych. Jest to konieczne nie tylko z powodów ekonomicznych, tak aby przynajmniej najważniejsze, nieredukowalne obszary profesjonalnej pomocy pozostały w zakresie możliwym do finansowania. O wiele bardziej konieczność ta wynika z narastającej potrzeby integracji. A mianowicie,

podczas gdy dawniej osoby starsze całkiem chętnie szły do domów opieki, choćby z powodu obowiązującej wówczas zasady „zdrowej mieszaniny“ osób mniej i bardziej sprawnych, obecnie prawie nikt nie idzie tam dobrowolnie, chociaż sytuacja materialna tych placówek uległa znacznej poprawie. Od mniej więcej dwóch dekad prawie wszyscy chcą pozostać i umrzeć u siebie w domu. Jednak ponieważ żadne społeczeństwo nie może pozwolić sobie na dłuższą metę na ignorowanie ostatniego i najważniejszego życzenia swoich obywateli powstaje frapujące pytanie – kto zatem może w istocie integrować. Wprawdzie my – profesjonaliści socjalni – potrafimy prawie wszystko, ale samemu integrować, towarzyszyć w dniu codziennym, w życiu i umieraniu we własnych czterech ścianach – tego nie potrafimy, to robić mogą tylko obywatele: tylko obywatele mogą integrować obywateli.

Podobnie ma się rzecz z zasadą instytucjonalizacji. Tutaj chodzi już mianowicie nie tylko o subiektywne życzenie: pomoc powinna przychodzić do ludzi, nie odwrotnie. Chodzi też o uwarunkowania obiektywne; a mianowicie instytucjonalne ograniczenie usprawiedliwić można co najwyżej dla mniejszości osób jemu poddanych, za pomocą argumentu, wg którego to mniejszości muszą ponosić ofiary, jeżeli pożytek z tego dla większości jest wystarczająco duży – co działo się przez ponad 100 lat. Przy czym obejmowało to np. przypadki ciężkich chorób psychicznych, gdzie odsetek obciążonych rodzin wynosił 1%, upośledzenia umysłowego z obciążeniem rodzin 3%, oraz wymagających opieki starszych osób, co przed stu laty dotyczyło ok. 5% rodzin. Jednak dzisiaj praktycznie każda rodzina konfrontowana jest nieomal nieustannie z problemem opieki nad osobą starszą i/lub chorą na otępienie, co oznacza, że odsetek obciążonych rodzin sięga blisko 100%, co nie miało miejsca nawet w przypadkach epidemii dżumy i cholery w Średniowieczu. W sytuacji, gdy starsi wymagający opieki nie są w żadnym wypadku mniejszością - ich odsetek od lat 80` wzrósł do 40%, a nadal rośnie liczba osób z otępieniem powyżej 93 roku życia – nie można już tak liczebnej i „normalnej“ grupie społecznej narzucać rozwiązania ich problemów pod postacią izolującej instytucjonalizacji. Jakościowa zmiana, którą obecnie przeżywamy sięga bardzo głęboko – aż do samego obrazu człowieka. Obraz oświeceniowy, wg którego człowiek, za wyjątkiem patologicznych, zdefiniowanych przypadków jest istotą rozumną, zamienić musimy na taki, w którym człowiek jest fazowo rozumny i nierozumny. Przy czym obie fazy muszą być pojmowane jako normalne. Dla instytucjonalizacji istnieje tylko jedna alternatywa – integracja. I jak widzieliśmy – tylko obywatele mogą integrować obywateli.

Powyższe rozważania przedstawiały perspektywę teoretyczno-dedukcyjną lub normatywną. Każdy mógłby powiedzieć, że w nią wierzy albo wręcz przeciwnie, że uważa ją za socjalno-romantyczny bezsens – przecież obywatele nie są na tyle głupi aby dobrowolnie wziąć na siebie takie obciążenie, skoro od 100 lat (przynajmniej w Niemczech Zachodnich) wyćwiczeni są w coraz większym koncentrowaniu się na własnym, zdrowo-egoistycznym interesie. Dlatego winien jestem Państwu jeszcze

perspektywę empiryczną: jak zachowują się naprawdę obywatele? Aby ją uzyskać nie ograniczyłem się wyłącznie do studiowania literatury i statystyk. W pierwszych 10 latach mojej emerytury podjąłem ok. 1500 podróży celem przyjrzenia się podstawowym inicjatywom obywatelskim. Do tej pory nie mogę się nadziwić, jak bardzo obywatele stali się aktywni – w stopniu empirycznie mierzalnym – i jak po raz pierwszy od 100 lat otworzyli się oni na pomoc dla innych, wbrew rynkowej mentalności naszych czasów, rezerwując faktycznie trzeci – socjalny czas w swoim tygodniu. Nie ma może tego czasu zbyt wiele, ale też nie jest go tak mało. Można zatem mówić o nowym ruchu obywatelskim, jeszcze bez samoświadomości, który swoją aktywnością wpływa korzystnie na podstawowe instytucje społeczne – rodzinę, sąsiedztwo, wspólnotę parafialną, gminę. Wyrażając to nieco skromniej – od 1980 roku istnieje ruch przeciwko nadal dominującemu trendowi orientacji rynkowej i rozdziałowi silnych i słabych, co najmniej pod postacią trendu orientacji na wspólne dobro społeczności i na współzycie silnych i słabych. Trend ten wymuszony został przede wszystkim przez wzrost na znaczeniu nas – osób starszych. Doniesienia z moich dotychczasowych podróży przenieśliśmy na papier w książeczce „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ (Neumünster 2007), uzupełniając je w satyrze na problemy nas – profesjonalistów w postrzeganiu pomagających obywateli jako nam równych, zatytułowanej „Helfende Berufe im Markt-Doping“ (Neumünster 2008).

Poniżej przynajmniej kilka przykładów z mojego materiału empirycznego – jako wskazówka praktyczna dla nas wszystkich w naszych miejscach pracy:

1. Odsetek przyjęć do domów opieki osób w wieku powyżej 80 lat spadł w Niemczech w latach 1980 – 2005 z prawie 26 % do 20 %. Jest to szczególnie ciekawe wobec jednoczesnego i nadal trwającego wzrostu liczby miejsc w placówkach opieki dla przewlekle psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, chociaż tak dumni jesteśmy z naszej reformy psychiatrii, z naszymi niezmierzonymi, profesjonalnymi staraniami i wielkimi inwestycjami finansowymi.

2. Nowe formy organizacji pomocy obywatelskiej przy udziale obywateli.

Od 1980 r. odnotowuje się stały wzrost dobrowolnych pomocników. W Niemczech mówi się o 30%. Jak niewielkie są różnice z Polską widać w artykule Stefana Garszteckiego (Polen und wir 1/2008, S. 7-8), wg którego w Polsce od 1990 r. 25 % społeczeństwa aktywne jest jako dobrowolni pomocnicy społeczni, z tego 18% w dziedzinie zdrowia i opieki społecznej, co odpowiada oszacowaniom w Niemczech.

Co więcej od 1980 roku (dlaczego zawsze od 1980 – nie wiem) rośnie liczba organizacji sąsiedzkich i rodzinnych. Od 1980 usystematyzowały się grupy samopomocy, powstał ruch hospicyjny, ukształtowała się nowa kultura opieki i towarzyszenia w umieraniu w AIDS.

Od 1980 r. prawie codziennie powstają nowe fundacje obywatelskie; również tutaj nie

ma różnic między Niemcami a Polską, gdzie od 1990 r. powstało 8200 fundacji.

Od tamtej pory odżyła też stara instytucja opieki rodzinnej jako „rodziny opiekuńczej“, otwartej również dla osób starszych i z otępieniem. Nierzadko znaleźć można małe przedsiębiorstwa rolnicze, usługowe (gastronomia) lub warsztaty, które wychodzą finansowo na prostą dzięki przyjęciu do rodziny jednej lub dwóch starszych, wymagających opieki osób. Ruch ten obecnie wypróbowywany jest dla osób samotnie wychowujących dzieci.

Istotny jest również nowy ruch wspólnego, ponadpokoleniowego osiedlania się, w ramach którego dziesiątki, czasem setki obywateli z wszystkich grup wiekowych, na bazie wzajemnej samopomocy prowadzą wspólne projekty mieszkaniowe. Od 1980 r. mamy już ok. 1000 takich projektów, zmieniających stopniowo infrastrukturę społeczną.

Na koniec warto wspomnieć o kolejnym nowym ruchu – ambulatoryjnych grup pielęgnacji domowej – obecnie istnieje około 600 projektów takich grup. Chodzi o powstawanie wspólnoty zlecniodawców składającej się z rodzin i opiekunów prawnych. W tych ramach osoby wymagające opieki pozostają najemcami i w razie potrzeby zawierają umowę z ambulatoryjną opieką pielęgniarstwa, właściwą dla danej dzielnicy miasta, czynną 24 godziny na dobę. Czasem grupa składa się tylko z osób z otępieniem, czasem obejmuje również inne osoby niepełnosprawne z danej dzielnicy, co wg moich doświadczeń dzięki heterogenności grupy mieszkaniowej przyczynia się do jej ożywienia. W ramach swoich możliwości wszyscy mieszkańcy grupy uczestniczą w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Ilość wariantów jest nieograniczona, ponieważ dzięki nowatorstwu tych projektów nikt nie może obecnie powiedzieć, które z nich okażą się w przyszłości najlepszymi.

3. O motywach nowych pomocników obywatelskich.

Jeśli chodzi o motywy działania, polegam na licznych rozmowach z dobrowolnymi pomocnikami. Wydaje się, że istnieje zjawisko cierpienia z powodu nadmiernej ilości wolnego czasu. W ciągu 100 lat ilość czasu wolnego w stosunku do czasu pracy uległa podwojeniu. U osób długotrwale bezrobotnych i rencistów odsetek czasu wolnego rośnie do 100%. Najwyraźniej u większości z nas przyjemność ze wzrostu ilości czasu wolnego rośnie tylko do pewnego optimum. Po jego przekroczeniu przyjemność zmienia się w cierpienie. Najpóźniej w tym momencie potrzebne jest, zamiast błędnego udawania się do psychoterapeuty, odnalezienie wartości komplementarnej, adekwatnej do potrzeby o samostanowieniu. Nazywam tę wartość „dzienną dawką znaczenia dla innych“ – nie powinna być ona zbyt duża ani zbyt mała. Jest to miara owego trzeciego, socjalnego czasu, który potrzebny jest aby czuć się zdrowym; pewne minimum obciążenia przez osoby obce – nie należące do własnej rodziny, bez którego spójność społeczeństwa byłaby nie do pomyślenia. Wiedza o tym, że dzisiejsze choroby cywilizacyjne wynikają mniej z przeciążenia, a w większym stopniu z

niedociążenia wydaje się dotyczyć nie tylko zaburzeń somatycznych, ale również psychospołecznych. To wyjaśniałoby, że owo nowe zaangażowanie obywateli tak naprawdę zorientowane jest również na zaspokojenie własnych potrzeb.

Powyższe rozważania zyskują na znaczeniu, gdy weźmiemy pod uwagę, że praca zarobkowa obecnie coraz częściej nie wystarcza na utrzymanie gospodarstwa domowego, z którego to powodu rosnąca liczba osób szuka drugiego zajęcia, często na polu socjalnym (szczególnie opieki nad osobami starszymi) – legalnie, półlegalnie lub nielegalnie. Coraz częściej zalegalizowane to zostaje poprzez obywatelskie szkolenia w kierunku „towarzysza dnia codziennego”. Nowi pomocnicy obywatelscy różnią się od dawnych „honorowych” tym, że oprócz oferowania swojego czasu, dostają też za to pieniądze.

4. Wpływ na podstawowe instytucje społeczne.

a) Rodzina, co najmniej od czasu ruchu 68 postrzegana jako przeżytek okazała się, choćby z racji swego godnego podziwu wieku, bardziej zdolna do samo naprawy niż można było przypuszczać. Warto zauważyć, że w Niemczech nadal 70% starszych wymagających opieki i cierpiących na otępienie zaopatrywana jest w rodzinach – z lub bez wsparcia profesjonalnego. Od dekad odsetek ten pozostaje na stabilnym poziomie, chociaż zmianie na gorsze uległo sporo czynników obiektywnych (mniej dzieci, większa mobilność). Ma to swoje powody. Wydaje się na przykład, że coraz bardziej kurcząca się rodzina poszerza się na związek oparty nie tylko na pokrewieństwie, ale również na wyborze jej członków. Tak kształtująca się rodzina, w miarę potrzeby nawet wieloosrodkowo staje się silniejsza. Przyjaźń zyskuje obecnie znaczenie takie, jakie ostatnio miała w czasach romantyzmu, gdy tworzyła przysłowiowe “pokrewieństwo z wyboru” Goethego. Tylko na gruncie takich samouzdrawiających i poszerzających się rodzin, dzięki którym ożywieniu ulega również instytucja sąsiedztwa powstawać mogą nowe formy organizacji pomocy, takie jak ponadpokoleniowe osiedlanie, rodziny opiekuńcze, ambulatoryjne grupy pielęgnacji domowej.

b) Sąsiedztwo: Niezależnie od własnej dynamiki rodziny wydaje się odżywać instytucja sąsiedztwa. Zdaje się, że ponownie odkrywamy jej sensowność. Ponieważ pojęcie sąsiedztwa kojarzy się wielu negatywnie z na szczęście już nieaktualną kontrolą społeczną, zaproponowałem pojęcie „trzeciej przestrzeni społecznej”, umiejscowionej pomiędzy przestrzenią prywatną i społeczną, która obejmuje na terenach miejskich 5 do 20 tys. mieszkańców. We wszystkich kulturach w historii ludzkości uważana ona była za całkowicie niezbędną w zakresie trzech funkcji: dla pomocy tam, gdzie rodzina sobie już nie radzi; dla osób samotnych, bez rodziny; i przede wszystkim dla wszystkich form integracji nie tylko potrzebujących pomocy, ale również dla np. imigrantów. Właśnie dzięki swym relatywnie niedużym rozmiarom i ograniczeniu możliwe jest mobilizowanie ruchów obywateli dla owej trzeciej

przestrzeni społecznej. Możliwe jest tu również synchronizowanie pomocy obywateli z pomocą profesjonalną – jako „obywatele-profesjonaliści-mix“ w sensie „podzielonej odpowiedzialności (wg. Thomasa Klie) – najlepiej tylko wtedy, gdy obie strony czują się odpowiedzialne, np. w ramach związków sąsiedzkich lub biur obywatelskich. Dlatego już dzisiaj widać, że owa trzecia przestrzeń społeczna o rozmiarach dzielnicy miasta lub wspólnoty wiejskiej w przyszłości stanie się jednostką organizacyjną pomocy w ramach nowego systemu. Z powyższego wynika też w sposób nieunikniony to, że dotychczasowa specjalizacja (pomoc tylko chorym psychicznie albo tylko upośledzonym, albo tylko starszym) – wygodna dla administracji, profesjonalistów i celów naukowych stanie się bezpodstawną lub co najmniej mniej ścisłą. Istniejące w Bielefeld ambulatoryjne grupy pielęgnacji domowej, których jest tam już około 70, otwarte są typowo dla wszystkich w wystarczającym stopniu wymagających opieki starszych i niepełnosprawnych w danej dzielnicy. Ponieważ obecnie wiele dzielnic Bielefeld objęte jest wystarczająco gęstą siecią takich grup, możliwe jest zagwarantowanie obywatelom tego, że w swojej dzielnicy otrzymają oni w razie potrzeby odpowiednią pomoc bez uciekania się do oferty placówek opieki. Stąd cała gospodarka mieszkaniowa w tym mieście przejęła tę zasadę działania, a organizacja będąca największym dostarczycielem miejsc w domach opieki - Ev. Johanneswerk – zdecydowała się nie tworzyć żadnych nowych miejsc w tych placówkach, a w miejsce nich zawiązywać wyłącznie ambulatoryjne grupy pielęgnacji domowej. Przeciętnie wokół takiej grupy zaangażowanych jest 20 sąsiadów, jako pomocnicy obywatelscy. Urząd Miasta Bielefeld, ale również miast Rendsburg i Ettenheim mogą już oficjalnie ogłosić, że są na drodze do miast bez domów opieki. Podobne zmiany zachodzą w bawarskim okręgu Schwandorf.

c) Wspólnota parafialna: Są to jedyne instytucje, które bez luk pokrywają całe obszary, oraz które nieprzypadkowo, ze względów historycznych cechują się wielkością idealną dla trzeciej przestrzeni społecznej, tworząc idealne ramy dla wymieszania silnych i słabych. Dodatkowym wzmocnieniem jest tutaj najwyższa biblijna zasada równoważności służby Bogu ze służbą ludziom. W rzeczywistości jednak wspólnoty te w ramach industrializacji zrzekły się swojej roli społecznej służby na rzecz diakonatu lub Caritas, pozostawiając sobie już tylko rolę służby Bogu – co dzisiaj w co najmniej istotnym stopniu prowadzi do masowych wystąpień z Kościoła. Dopiero od niedawna wspólnoty parafialne znów zaczynają rosnąć, co dotyczy tych wspólnot, które samodzielnie przejęły zadania resocjalizacji, próbując połączyć profesjonalizm diakonatu z parafialnym zaangażowaniem obywatelskim.

d) Gmina: Gminne samorządzenie, poza nielicznymi wyjątkami raczej w niewielkim stopniu dołącza się do opisywanych powyżej trendów. Oprócz gron doradczych seniorów i konwencyjonalnych form doradztwa obywatelskiego być może tylko sołtysi wsi aktywnie troszczą się o związki sąsiedzkie i ambulatoryjne grupy pielęgnacji domowej. Jakkolwiek w Austrii liczne rady powiatowe zaleciły, aby podległe im

wspólnoty wiejskie stworzyły przestrzeń dla rozwoju ambulatoryjnych grup mieszkaniowych, adekwatną do szacowanego przez nie zapotrzebowania na opiekę tego typu.

W podsumowaniu, poradzić należy nam – profesjonalistom pomocy psychiatrycznej – abyśmy w obliczu dokonującego się przeobrażenia zaczęli postrzegać wszystkie nasze aktywności w z perspektywy „podzielonej odpowiedzialności”, jako „miks obywatelsko-profesjonalnego”. Warunkiem wyjściowym ku temu jest przyjęcie nowej perspektywy wobec pomocników obywatelskich, których najczęściej nadal widzimy z perspektywy wertykalnej. Tak naprawdę to my służymy pomocnikom obywatelskim, a nie odwrotnie. I w tym kontekście jeszcze kilka słów na temat stosunku do umierania, który w moim wystąpieniu dotąd nie wyszedł na plan pierwszy. Tutaj również nowa, zdominowana przez lekarzy medycyna paliatywna posługuje się starszą, obywatelską formą ruchu hospicyjnego, podczas gdy w rzeczywistości powinno być odwrotnie. Temat samego umierania powinniśmy raczej omówić na odrębnym sympozjum.

Ponadto mam nadzieję, że z mojego wystąpienia wynikła jasna teza, że z powodu niepomiarnie obszernego zakresu problemu opieki nad osobami starszymi i otępiałymi tylko wtedy dojdziemy do nowych, adekwatnych systemów opieki dla tej i innych grup, gdy nauczymy się, jako profesjonaliści, że perspektywa niepsychiatryczna musi się stać dla nas, przynajmniej na jakiś czas, ważniejsza od psychiatrycznej. Ponieważ ostatecznie idzie o to, że właśnie ludzie starsi zmuszają nas, albo przynajmniej dają nam szansę na drodze właściwego podejścia do nich, przewyciężenia w nowym społeczeństwie starego podziału na silnych i słabych. I tylko w ten sposób możemy dojść do nowych rozwiązań innych, trapiących nas w psychiatrii problemów.