

# Prawa człowieka i psychiatria w Europie

## Uwagi wstępne

### **Osoby z zaburzeniami psychicznymi były i są dyskryminowane na całym świecie.**

Po II Wojnie Światowej w niektórych częściach świata stały się widoczne starania zniesienia takiej dyskryminacji. Na początku lat 50-tych w bogatszych krajach świata, a szczególnie Europy rozpoczęło się reformowanie psychiatrii, które trwa do dnia dzisiejszego. Stawiając pytanie, co było przyczyną takich starań reformatorskich, byłoby krótkowzroczną odpowiedzią, iż naukowe przekonanie o braku efektywności starego systemu lub efektywność nowych metod czy też odkrycie nowych leków psychotropowych. Reforma psychiatrii stanowi raczej odzwierciedlenie zmian ogólnospołecznych. Psychiatria jest zanurzona w materii życia i czasu, a przez to stanowi lustrzane odbicie ogólnego obrazu relacji ludzkich.

Kiedy pod koniec katastrofy, po 1945r., wszyscy stopniowo nauczyliśmy się, że za to, co się wydarzyło nie ma odpowiedzialności zbiorowej ani zbiorowej winy, która mogłaby nas również odciążyć, lecz że istnieją odpowiedzialność i wina indywidualna, jak i indywidualne cierpienie, tym samym rozpoczęła się nowa era, w której znaczenie osoby pojedynczej, indywidualum nabrało wagi, a znaczenie kolektywu, narodu, całości, instytucji zostało zakwestionowane. Reguły i hierarchie zostały podważone i weryfi-

kowane co do ich ograniczającego wpływu na wolność pojedynczej istoty. Sprawa definicji i przestrzegania praw człowieka uzyskała coraz większe znaczenie, i sądzę, że coraz częściej można obserwować, że wraz ze wzrostem szacunku dla wolności indywidualnej wszelkie działania i poglądy naruszające ją są rozpoznawane jako dyskryminujące i jako takie tępione. To znaczy, że to, co jest dyskryminujące, jest również ustalone przez zmieniający się w społeczeństwie obraz człowieka i postrzegane w różnych kulturach odmiennie. Ale istnieją także podstawowe, uniwersalne prawa człowieka, niezależne od kultury, których przestrzeganie obowiązuje każdego z nas. O nich właśnie chciałbym mówić i wykazać na przykładach, w jakim zakresie do dnia dzisiejszego są lekceważone w psychiatrii. Chciałbym omówić trzy obszary: zaniedbywanie i umieranie, izolowanie i wojnę. Na koniec kilka przemyśleń jak można by było się temu przeciwstawić

### **Przedtem chciałbym wskazać na tło doświadczeń, o których będę mówić.**

Jak wszystkie osoby starsze wśród nas poznałem psychiatrię niemiecką przed jej zreformowaniem. System charakteryzowały zaniedbywanie i separacja. Później miałem okazję poznać niedługo po upadku Muru Berlińskiego stan psychiatrii w upadającej DDR, gdzie sytuacja wcale nie była lepsza. W ostatnich 10 latach szpital nasz nawiązał ścisłą i owocną współpracę z regionem rumuńskim. Sytuacja wyjściowa była przerażająca, ale powoli stające się wi-

doczne zmiany motywowały do dalszego działania. Jedyne nieudana próba współpracy z dwoma regionami bułgarskimi zachwiała nasz optymizm. Od 3 lat jestem członkiem grupy roboczej przy WHO zajmującej się zniesieniem stygmatyzacji i dyskryminacji psychicznie chorych i dalszej grupy roboczej WHO pod nazwą „Mental Health and Man-made Disasters” zajmującej się procesami pojednania w południowo-wschodniej Europie z Izraelem i Palestyną łącznie.

### Zaniedbywanie i umieranie

Wszyscy wiemy jak okrutnie uśmiercano chorych psychicznie podczas istnienia III Rzeszy w Niemczech i terenach okupowanych. Wiele na ten temat zostało napisane i zbadane. Niedużo jednak wiemy o tym, że dawniej, ale i dziś umierają pacjenci psychiatrii, i to z powodów nie związanych z ich chorobą. Faulstich wykazał, że wskaźnik śmiertelności wszystkich zakładów Württembergi w latach od 1914 do 1918 wzrósł z 4,9% do 10,1% (wszystkich w danym roku leczonych przypadków). Píše: „Wyjaśnienie umierania z głodu następowało bardzo powolnie. Nikt nie robił sobie zarzutów. Umieranie masowe zdawało się uzasadnione tym, że „nie było możliwe ani usprawiedliwione dawanie chorym umysłowo więcej żywności niż innym”. Ponadto niedostatek węgla uniemożliwiał wystarczające ocieplenie budynków szpitalnych, tak że niedożywieni pacjenci na dodatek zmarli.

Podczas II Wojny Światowej wskaźnik śmiertelności wzrósł do ponad 25%, poprzez program eutanazji, czyli celowe zabijanie pacjentów.

Na początku 1970 r. rozpoczęła się reforma psychiatrii w Niemczech. W 1972 r. zostało przeprowadzone szerokie badanie nad stanem psychiatrii. Publikacja ukazała się w 1975 r. Przygotowując dzisiejszy wykład czytałem o wtedy wykrytych liczbach zgonów i byłem bardzo zdziwiony. Prawie 10% wszystkich przyjętych pacjentów umierało podczas leczenia szpitalnego i to dotyczyło jedynie szpitali specjalistycznych. Wskaźniki te były znacznie niższe dla klinik uniwersyteckich i oddziałów psychiatrycznych. Jeszcze bardziej przerażające jest stwierdzenie zależności wskaźnika śmiertelności od wielkości szpitala. Przerażało mnie także, że liczby

te nie zostały dalej omówione. Dzisiaj wiemy, że większość tych zmarłych pacjentów stanowili pacjenci gerontopsychiatryczni, którzy zostali przywiezieni w stadiach finalnych ze źle wyposażonych Domów Opieki Społecznej do Klinik Psychiatrycznych i następnie zmarli. Praktyka ta została zaniechana i w dniu dzisiejszym jedynie pojedyncze osoby umierają w szpitalach psychiatrycznych, krajowe liczby nie są mi znane, przypuszczalnie dotyczą wartości promilowych. Mimo tego, niepokojące jest, jak małą uwagę przywiązali reformatorzy psychiatrii do tych liczb.

W ramach naszych projektów partnerskich miałem okazję odwiedzenia klinik psychiatrycznych Europy Wschodniej. Warunki pod względem materialnym były tak katastrofalne (niedobór żywności, niedobra odzież, nie istniejące lub nieskutecznie działające ogrzewanie, brak dostępu do środków ogólnomedycznej diagnostyki i terapii), że odwiedzającym nieuchronnie nasuwało się pytanie o śmiertelność. Słyszałem od współpracowników WHO, że w niektórych krajach Europy Wschodniej sięga ona 30, a nawet do 40%. To oznacza, że co trzeci do szpitala przyjęty pacjent umiera. Przykłady te ukazują, że w okresach kryzysu, przejściowych i niedostatku opieka psychiatryczna jest dotknięta w sposób szczególny i że najgorszy rodzaj dyskryminacji, pozwolenia na umieranie, odbywa się bez oburzenia społeczeństwa.

### Izolowanie

Izolowanie jest dla psychiatrii tematem prawnym. Jedno z przewodnich zagadnień reformy psychiatrycznej to deinstytucjonalizacja. Celem rozwiązań instytucjonalnych jest znalezienie indywidualnej odpowiedzi na indywidualne pytanie. W Niemczech proces deinstytucjonalizacji dokonał znacznego postępu, mimo to, spora część osób przewlekłe chorych nie znalazła indywidualnej pomocy, lecz nową pomoc instytucjonalną. Dom Opieki nie jest miejscem zamieszkania dla człowieka. Karta Praw Człowieka, która została opublikowana w 2001r. ustala podstawowe prawo osób niepełnosprawnych nie tylko do życia zintegrowanego w społeczeństwie, ale uznaje wyraźnie prawo do zapewnienia samodzielności. Chcąc zrealizować to pod-

stawowe prawo będziemy musieli wywołać kolejną falę deinstytucjonalizacji.

Podczas moich odwiedzin w niektórych szpitalach wschodnioeuropejskich obok widocznego zaniedbania zauważyłem, że osoby ciężko chore, które znam ze swojej pracy psychiatrycznej, nie były tam obecne. Na pytanie, czy istnieją także dalsze instytucje dla ciężko chorych otrzymałem odpowiedzi przeczące, później wymijające. Nalegając na odpowiedź dowiedziałem się, że istnieją Domy Opieki nie podlegające Ministerstwu Zdrowia tylko Ministerstwu Opieki Społecznej, do których trafiają najtrudniejsi pacjenci. Koledzy sami nigdy dotąd tam nie byli, bez zezwolenia nie można odwiedzać takich zakładów. Mimo to udało mi się otrzymać takie zezwolenie i obraz, który ujrzałem jest nie do opisania. Ludzie ubrani w łańchmany, uwięzieni w dziurach w ziemi, w klatkach albo zasiekach, obrazy, które już nie wyjdą z głowy.

## Wojna

Choć z doświadczeń z II Wojny Światowej wiemy, w jaki sposób, to jedynie domyślamy się w jakiej liczbie pacjenci psychiatryczni zostali zamordowani. Spotkaliśmy się tutaj, aby złożyć im hołd pamięci. Myśleliśmy, że coś takiego nie może się powtórzyć, lecz niestety powoli wychodzi na jaw, ilu chorych psychicznie kilka lat temu umarło, zostało zamordowanych, zaniedbanych i wygnanych na naszych oczach ze szpitali psychiatrycznych i domów opieki byłej Jugosławii podczas wojen na Bałkanach. Z poparciem WHO i środkami paktu stabilizacji zaangażowani psychiatrzy z wielu krajów Europy starają się wyjaśnić te wydarzenia, zapoczątkować procesy pojednania i zbudować nowy, środowiskowy system pomocy celem popierania zdrowia psychicznego tak traumatyzowanej ludności. Starania o zapoczątkowanie procesów przebaczenia i pojednania znalazły oddźwięk w Deklaracji Ateńskiej, która została przejęta przez WHO i teraz też przez Unię Europejską. Deklaracja ta pod tytułem „Mental Health and Man-made Disasters” definiuje podstawowe prawa ludzi chorych psychicznie w czasach wojny i katastrof. Wiemy o ograniczonych możliwościach wpływu takich etycznych deklaracji woli, lecz są one początkiem i nazywają rzeczy po imieniu.

## Co robić?

Jeśli takie rzeczy dzieją się wokół nas, a nie mam żadnych wątpliwości, że tak właśnie jest, musimy się zastanowić nad dalszym postępowaniem. Pozwólcie mi Państwo na początek odpowiedzieć na to pytanie z indywidualnego punktu widzenia. Gdziekolwiek jesteśmy konfrontowani z takimi warunkami, jako odwiedzający lub świadkowie, sądzę, iż jesteśmy zobowiązani zauważyć i nazwać naruszenia praw człowieka wobec kolegów praktykujących, tolerujących lub godzących się z nimi a także wobec polityków i rządów. Często nie jest to łatwym zadaniem, ponieważ brakuje świadomości zachowania dyskryminującego lub też odpowiedzialni sami siebie uważają za ofiary panujących warunków. Zdecydowałem się nazywać w takich sytuacjach jednoznacznie i bezlitośnie konkretne łamane prawa człowieka, zwracać uwagę na odpowiedzialność pojedynczej osoby i uzasadnić swoją postawę oceniającą tym, że sami przeżyliśmy w naszej tradycji psychiatrycznej podobne i gorsze sytuacje i że jedynie bezlitosne wykrycie umożliwiło prawdziwe reformy. Jeśli nie poprzestaniemy tylko na oskarżeniu, lecz będzie temu towarzyszyło poparcie osobiste i zawodowe, procesy zmian zostaną zapoczątkowane. Mimo tego, wiele obrazów pozostaje w mojej pamięci, dając mi poczucie winy z powodu zaniechania pomocy, bądź nie uczynienia wystarczająco dużo aby ją zmienić.

Oprócz indywidualnego spojrzenia istnieją jeszcze dwa punkty widzenia warte wspomnienia. Po pierwsze wydaje się, że instrumenty prawne służące zachowaniu praw człowieka dla chorych psychicznie nie znajdują wystarczającej uwagi. W 1991r. zebranie generalne ONZ pożegnało tzw. „Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the improvement of Mental Health Care”. Te imponujące zasady ustalają podstawowe standardy pomocy dla osób z chorobami psychicznymi, nie są jednak bezpośrednio prawnie wiążące dla państw członkowskich. Bezwzględnie wiążące dla 52 członków Rady Europejskiej w Straßburgu są „European Convention for Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms” i

specyficznie dla psychiatrii „Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights”. Wykroczenia przeciwko tym wiążącym umowom w krajach członkowskich mogą zostać zgłaszane przy Europejskim Sądzie Praw Człowieka i muszą przezeń zostać zbadane. Sąd ten posiada potrzebne instrumenty do badania i postępowania dowodowego i ma prawo stosowania ich we wszystkich krajach członkowskich. O ile jest mi znane, jedynie w przypadku Lerosa w Grecji skorzystano z tych możliwości w zakresie psychiatrii.

Po drugie, brakuje w Europie, o ile wiem, systemu Human Rights Watch w zakresie psychiatrii: forum z udziałem pacjentów, rodzin, fachowców i znających się na prawie, które reaguje elastycznie, niebiurokratycznie, kompetentnie, kreatywnie i szybko na doniesienia o

przekroczeniach przeciwko prawom człowieka, używając i koordynując współpracę istniejących instrumentów, zapoczątkowuje zmianę sytuacji. Przypadek Lerosa powinien nas motywować: poprzez solidarną, kreatywną i międzynarodową interwencję w Grecji z sytuacji katastroficznej rozwinęła się jedna z najbardziej dynamicznych reform psychiatrii w Europie.

Przeżywamy w Europie, szczególnie Zachodniej, rzeczywistość psychiatryczną, która w żaden sposób nie jest reprezentacyjna dla świata. Kiedy u nas zwalczamy procesy dyskryminacji i stygmatyzacji, co oczywiście jest dobre, wielu chorych psychicznie na świecie przeżywa głębokie zagrożenie egzystencjalne i masywne łamanie ich praw człowieczych. To powinno nas niepokoić.