

Człowiek odbiegający od normy jako obcy – o radzeniu sobie z lękiem przed utratą znanego

Szanowne Panie i Panowie,
pozwólcie proszę, że najpierw wyrażę moją radość i wdzięczność za to, że mogę dziś wystąpić przed Państwem.

Na wstępie chciałbym pokrótce poinformować Państwa, jaka działalność leży u podstaw moich dzisiejszych wywodów: Od 16 lat pracuję jako pedagog w Klinikach Reńskich (Rheinische Kliniken) w Düren; moja praca polega głównie na nauczaniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami sądowymi, przygotowywaniu ich do życia na wolności, a gdy mają zostać wypuszczeni - w załatwianiu im pracy na zewnątrz. Do moich obowiązków należy również PR. Oprócz tego od 1991 roku pracuję jako wykładowca w szkołach kształcących personel pielęgniarski i ergoterapeutów. Ponadto pracuję jako wolny autor.

Od kilku lat zajmuję się intensywnie kwestią prezentowania naszej pracy na zewnątrz oraz warunkami powstawania obrazu z jednej strony cierpień psychicznych, a z drugiej zadań i możliwości terapii w szpitalach psychiatrycznych, jaki wyrażają sobie tzw. „normalni obywatele”.

Tak więc będę mówił o moich i naszych doświadczeniach i zapraszam Państwa do poddania moich wniosków krytycznej ocenie.

Do końca lat sześćdziesiątych zainteresowanie warunkami życia i pracy w psychiatrii było w RFN minimalne; równocześnie nie dało się nie zauważyć złego stanu rzeczy: warunki zakwaterowania były katastrofalne, możliwości terapii ograniczo-

ne. Na początku lat siedemdziesiątych „psychiatria – to zbankrutowane przedsiębiorstwo” (Heinz Häfner) zostało poddane gruntownej kontroli. Protokół cząstkowy, a następnie protokół końcowy zawarty w Ankiecie n/t Psychiatrii dla niemieckiego Bundestagu z lat 1972-1975 zawierał bardzo dokładne dane na temat katastrofalnego stanu opieki psychiatrycznej w Niemczech, a także formułował niezbędne posunięcia: zmniejszenie zakładów psychiatrycznych, decentralizacja tychże, wspieranie powstawania oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych oraz tworzenie środowiskowych służb półstacjonarnych – to były główne żądania tamtej fazy przełomu, która zakładała koniec odseparowywania chorych psychicznie, przechowywania ich naperyferiach życia społecznego.

Idea przewodnią była i jest fascynująca: chorzy psychicznie pozostają nadal obywatelkami i obywatelami, społeczeństwo zapewnia im prawo do wycofania się z życia społeczno – zawodowego na czas, jaki jest im niezbędnie konieczny, prawo do odpowiedniej i zaangażowanej terapii oraz prawo stopniowego ponownego włączenia się w życie społeczno – zawodowe. Chorzy absolutnie nie tracą swojego prawa do udziału w życiu społecznym, chociaż w fazie zaostrzenia choroby muszą z tego zrezygnować dla swojego własnego dobra. Społeczeństwo akceptuje zachowanie odbiegające od normy, rozumie je jako konsekwencję sumy czynników obciążających, spowodowanych przez warunki socjalne, ekonomiczne i kulturowe, które mogą człowieka wpędzić w sytuację kryzysową. Po skutecznej terapii każdy/

a jest chętnie widziany/a z powrotem. Jeżeli pacjentka lub pacjent pozostanie niepełnosprawna/y, a więc chora/y chronicznie, to należy zapewnić jej/jemu godne warunki życia i dalszej terapii – np. w mieszkaniach chronionych – w społeczeństwie a nie na peryferiach.

„Najwięcej pieniędzy dla najbardziej nie lubianych ludzi!” – taką tezę prowokował publicznie w owym czasie prof. Klaus Dörner swoje koleżanki i kolegów. Jego powiedzenie stało się programem psychiatrii społecznej.

W duchu tych idei zwrócił się do społeczeństwa dr Helmut Koester, dyrektor ówczesnego szpitala psychiatrycznego w Düren: „Sami lekarze, psycholodzy, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, pedagodzy, siostry i pielęgniarki pracujący w tutejszym szpitalu nie mogą pomóc. My możemy tylko próbować stworzyć do tego warunki. Jednak bez współdziałania społeczności zapoczątkowany tu proces zdrowienia nie może się zakończyć powodzeniem: rodzina, przyjaciele, koledzy, pracodawcy, lekarze praktykujący prywatnie, takie urzędy, jak Urząd Pracy, Urząd ds. Socjalnych, Wydział Zdrowia a przede wszystkim obywatelskie organizacje niosące pomoc – wszystkie one muszą współdziałać. Szpital psychiatryczny nie jest już dzisiaj przechowalnią beznadziejnych przypadków.”

To było w 1974 roku. Dwanaście lat później, w kwietniu 1986 roku, przekazano dr Koesterowi kierownictwo nad „Sądową Wioską”; klinika dla 120 chorych psychicznie sprawców przestępstw w całej Europie uważana była za klinikę modelową – na terenie znajdującym się w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala ogólnopsychiatrycznego pacjenci poddawani byli i nadal poddawani są leczeniu zgodnie z najnowocześniejszymi poglądami z zakresu socjoterapii i przygotowywani do wymaganego przez prawo powrotu do społeczeństwa.

W międzyczasie minęło 17 lat i nie wzbudzę chyba polemiki, jeżeli uogólniając stwierdzę, że świat się zmienił, zrobił się bardziej niespokojny. Dzięki wnikliwej obserwacji czynniki wpływające z polityki światowej oraz czynniki narodowe, jak również globalne procesy ekonomiczne są i Państwu i mnie znane aż za dobrze. Pozwólcie Państwu, że zajmę się kilkoma specjalnymi wydarzeniami, które według moich obserwacji wyraźnie

wpłynęły na postrzeganie, względnie akceptację chorób psychicznych i które nie mogły pozostać bez wpływu na konkretną pracę jak również na szanse rehabilitacji. Chciałbym się przy tym skoncentrować – oprócz kilku promyków światła z zakresu psychiatrii ogólnej – na doświadczeniach z dziedziny sądowej, ponieważ akurat tutaj można bardzo dobrze opisać przyczyny i tendencje.

Klimat polityczny w Republice Federalnej Niemiec zmienił się (w Państwa kraju obserwowano to zapewne z wielką uwagą) wraz z upadkiem muru i zakończeniem „zimnej wojny”. Na skutek wysokich kosztów zjednoczenia dosłownie w ciągu nocy konieczna stała się forma solidarności, która bardzo szybko zgasła początkową euforię. Skoro miało się zrosnąć coś, co stanowiło części całości, to ten proces zbliżania musiał być także nieodzwrotnie związany z wyczuwalnymi ofiarami po zachodniej stronie tej nowej republiki. Nie zawsze zrównywanie poziomu pomiędzy landami wschodnimi i zachodnimi przebiegało bez oporów; pamiętamy złośliwe dowcipy na temat „Ossis” (mieszkańców wschodnich landów), którzy w ówczesnych bogatych Niemczech postrzegani byli jak obcy, którzy zakłócili sen śpiącej królowej, w jaki zapadła stara RFN i uważani byli za zagrożenie ciężko zapracowanego dobrobytu.

Wraz z załamaniem się wielkiego militarnego bloku na Wschodzie zszedł równocześnie ze sceny świata niemal już oswojony wróg. Nie jest to odpowiednie miejsce, aby ze szczegółami omawiać te wydarzenia, ale ważne jest, aby podkreślić, że niebezpieczeństwo konfrontacji militarnej pomiędzy supermocarstwami, wiszące nad nami całe dziesiątki lat, wpłynęło na postrzeganie świata przez miliony ludzi, a nawet zdominowało je. Jednocześnie związana została pokaźna ilość ludzkich lęków: Jeżeli istniało jakieś niebezpieczeństwo, to mogło nadejść tylko z jednego kierunku – wszystkie inne troski i zmartwienia wydawały się w porównaniu z tym wielki konfliktem raczej skromnych rozmiarów.

Wraz z zakończeniem tego podziału świata na dobry i zły w następnych latach w przerażający sposób ujawniło się rozdzieranie kuli ziemskiej. Świat jako scena kryzysów ekonomicznych i ekologicznych niczym z taśmy produkcyjnej, wypuszczał serie wojen domowych i napięć etnicznych, kryzy-

sów giełdowych, spekulacji, rosnącego bezrobocia, braku moralności, przestępczości i nikańcego zaufania w możliwości polityki, że zapanuje jakoś nad tymi sytuacjami.

Tego rodzaju zmiany stanowią idealną pożywkę dla rozpaczliwych prób ludzkiej duszy, aby przynajmniej częściowo przywrócić porządek, zaufanie i bezpieczeństwo.

W latach dziewięćdziesiątych dramatycznie narastająca nienawiść do cudzoziemców doprowadziła do zawstydzających wydarzeń, o których głośno było w mediach. Niezadowolenie, napięcia, a przede wszystkim ogólny brak perspektyw znalazły swój godny politowania wyraz w grobowych hasłach, najokrutniejszych napaściach i brutalnych pomysłach wydalania cudzoziemców.

Czy te naszkicowane tu z grubsza tendencje i zmiany mogły zatrzymać się przed bramami psychiatrii? Jaki miały wpływ na wysiłki reformatorskie, o których wspominałem na początku? Czy powinno, czy mogło znaleźć się jeszcze miejsce w społeczeństwie dla chorych psychicznie?

Odpowiedź nie jest łatwa! Bez wątpienia duch Ankiety Psychiatrycznej doprowadził do godnej zauważenia poprawy w krajobrazie psychiatrycznym. Tylko w Düren dzięki rozbudowaniu usług ambulatoryjnych, dzięki odważnej współpracy z lekarzami i szpitalami i dzięki utworzeniu grup mieszkających na zewnątrz oraz oddziałów dziennych można było skutecznie „rozbroić” ten „szpitalny moloch”, uzyskać więcej normalności i przybliżyć go do społeczeństwa. W konsekwencji w listopadzie 1988 roku Komisja Ekspertów Rządu Federalnego ds. Reformy Opieki Zdrowotnej w Dziedzinie Psychiatrii i Psychoterapii napisała w swoim protokole: „Dalszy rozwój psychiatrii w ostatnich latach wyszedł szczególnie na dobre pacjentom w ostrej fazie choroby oraz pacjentom ze średnim okresem trwania choroby. Pomimo wyraźnych postępów w rozwoju rehabilitacyjnych metod leczniczych we wszystkich grupach pacjentów psychiatrycznych istnieje znaczna ilość chorych i niepełnosprawnych, którzy nie są jeszcze stosownie zaopatrzeni. Stanowią oni istotny problem psychiatrii.”

Ale jak to wyglądało z ogólnospołecznym umocowaniem kontaktów z chorymi psychicznie? Jak konkretnie zachowywali się ludzie wobec

rosnącej niepewności w konfrontacji z wysokimi etycznymi postulatami psychiatrii społecznej? W 1980 roku Klaus Dörner spuentował ten problem w następującym wierszu:

„Jest o wiele bardziej ciężkie, to cierpienie,
którego nie da się zlikwidować,
które po prostu jest,
wobec którego jesteśmy bezsilni,
nie chcieć z l i k w i d o w a ć
w ferworze walki, w ferworze reformowania,
w ferworze oświeceniowego tworzenia
społeczeństwa
wolnego od cierpienia,
lecz z
tym cierpieniem żyć;
nie tylko tak ogólnie,
lecz we własnej społeczności,
wśród własnych sąsiadów
i we własnej rodzinie.”

To doernerowskie pojęcie sąsiedztwa stało się dla mnie inspiracją.

Lata dziewięćdziesiąte były również okresem, kiedy w mediach roiło się od prezentacji przestępstw na tle seksualnym. Wraz z szybkim rozwojem telewizji kablowej i satelitarnej i w walce o widzów niejedna stacja telewizyjna okazała się adwokatem prawa i porządku, wołającym na pustyni przeciwko zdżyczeniu obyczajów i przeciwko wszechobecnej przemocy. Nie, żeby w tym czasie ilość przestępstw tego rodzaju jakoś nadzwyczajnie wzrosła – nie, to raczej odpowiedzialni za kształt programu wkradali się w łaski widzów, jeżeli każdego wieczoru na ekranach telewizorów ukazywała się informacja o coraz bardziej niebezpiecznym świecie. Resentymenty chcą być karmione...

Mimochodem w ciągu krótkiego czasu wykonywania kary dyscyplinarnej – a więc terapia chorych psychicznie łamiących prawo – znalazła się na cenzurowanym. Istniało zagrożenie, że załamię się klimat przychylności dla rehabilitacji, odczuwalny jeszcze w latach osiemdziesiątych. Jeżeli do tej pory obowiązywał umocowany prawnie postulat, aby pacjentów sądowych sukcesywnie przygotowywać do powrotu na wolność w – z punktu widzenia terapeutów – najbardziej odpowiednim momencie (a tym samym chcąc nie

chcąc umożliwiać im także wyjścia na przepustki, to teraz kursowało hasło „Bezpieczeństwo za wszelką cenę – ŻADNYCH eksperymentów!”. Odpowiedzią na debatę publiczną było zaostreżenie przepisów prawnych, co w krótkim czasie doprowadziło do narastającej presji w kierunku większej ilości przyjęć pacjentów do klinik sądowych, które z oporami zgadzały się na wypuszczenie pacjentów na wolność.

W połowie lat dziewięćdziesiątych plany budowy klinik sądowych w Nadrenii – Westfalii stały się okazją do najburzliwszych dyskusji w miejscach ich lokalizacji. Przede wszystkim inicjatywy obywatelskie, których członkowie rekrutowali się z potencjalnego sąsiedztwa przyszłej kliniki, perorowali na całe gardło. Byli bezkompromisowi, mało zróżnicowani i imponowali maksymalnymi postulatami. „Nie chcemy tej/tych klinik/i – a już na pewno nie przed naszymi drzwiami!” – można było usłyszeć i przeczytać w zmodyfikowanej formie w licznych listach od czytelników pisanych do lokalnych gazet. Wiele razy uczestniczyłem w zebraniach ludności oraz w imprezach informacyjnych, aby zorientować się, gdzie leżą głębsze przyczyny takiego wrzenia emocji. Jak to było możliwe, że ludzie wyrażali swoją postawę odmowną – czasami używając wulgarnego słownictwa – oburzeni, bez wykazania jakiegokolwiek gotowości do otwarcia się na apele i informacje? Gdzie leżą motywy uogólniania i insynuacji wobec uczciwych pracowników i pracowników kliniki psychiatrycznej?

Decyzje o lokalizacji nowych klinik – tak odczuwa to społeczeństwo – podejmowane są odgórnie. Wściekłość na wszechwładzę wielkich, którzy podejmują swoje decyzje za zamkniętymi drzwiami, pod nieobecność „maluczkich”, jest wypisana na twarzy tych, którzy się buntują. Ta rola bezsilnego czekania znana jest sporej ilości ludzi – to nie tylko kliniki spadają z nieba, nie, również i inne rzeczy z chłodną miną wciska się ludziom: wymówienia z pracy, eksmisje, obniżki płac, zamknięcia zakładów pracy, cięcia wydatków, redukcje, ... Nie zadaje się już takich pytań jak „Dlaczego?” i „Dokąd?”; stąd więc – tak interpretuję zniechęcenia, zdeterminowane twarze protestujących – na tego typu posunięcia należy odpowiadać takim samym chłodem.

Kto porozmawia z nimi, z tymi nieprzejednanymi przeciwnikami, zrozumie, jak może dochodzić do najgorszych wyzwick i przerażającej gotowości do przemocy po jednej stronie i do lez rozgoryczenia po drugiej stronie. Ze znamioną częstotliwością padają zdania „Nikt nas o nic nie pyta!” i „Dość tego!”. Kto aż tak się oburza i sięga po takie środki, pokazuje pośrednio swój stosunek do świata.

A to wykracza już znacznie poza właściwą przyczynę. W gruncie rzeczy przesłanie brzmi: „Chcę mieć wreszcie święty spokój, nie chcę, aby dotknęło mnie jeszcze więcej zła! Czuję się zasypany lawiną zła, dlatego, proszę, nie burzcie mi ostatniego zakątka mojego jako tako szczęśliwego świata!” Tym samym doszliśmy do przyczyn: większość ludzi w naszym kraju widzi siebie codziennie na granicy wytrzymałości – wzmaga się zalew negatywnych wpływów; nikt tak naprawdę nie jest w stanie planować swojego życia ze względnym poczuciem bezpieczeństwa; codzienność zdominowana jest przez wydarzenia nieprzewidywalne. Niektórzy doprowadzani są do rozpacz - oprócz dręczących trosk egzystencjalnych – przez niestabilne związki, choroby i ogólny lęk przed przyszłością. Trzeba mieć sporo energii, żeby nie wypuścić steru z rąk. Ciało i psychika zagrożone są znacznym uszczerbkiem na zdrowiu. A ponieważ rozpadający się system opieki społecznej jest dziś jeszcze w stanie mniej więcej złagodzić cierpienia cielesne, to w miarę możliwości nie powinno dochodzić więcej zagrożeń. A to odnosi się zwłaszcza do obszaru cierpień psychicznych, które ciągle jeszcze są tematem tabu!

Los pacjentów psychiatrycznych – a w szczególności wymiarze los pacjentów sądowych – pokazuje nam wyraźnie, że psychika może doznać uszczerbku, że w pewnych warunkach człowiek może straszliwie się wykołocić. W gruncie rzeczy nikt nie jest na to uodporniony! Ale to właśnie jest tym, czego nikt nie chce wiedzieć. W czasach rosnącej nieobliczalności nikt nie chce, aby mu o tym przypomiano.

W naszych czasach nie ma miejsca na ewentualności, ponieważ „jeżeli i ale” jest pod dostatkiem. Aby i tak już cienkiej skóry nie narażać na dalsze zranienia, koniunkturę przeżywa obliczalność. Nie bez kozery pytanie o bezpieczeństwo

jest w kontekście sądowym jednym z najczęściej stawianych.

Ale chory psychicznie musi nauczyć się z tym żyć, na długi okres czasu zrezygnować z bezpieczeństwa; nie do zniesienia są już te stałe pytania o to, co będzie, jak to będzie.

Jak, szanowne Panie i Panowie, można byłoby sformułować krótki wniosek mając na uwadze tematykę tego sympozjum?

Choroba psychiczna jest na wszystkich płaszczynach czymś obcym, osobliwym. Chorzy w najprawdziwszym sensie tego słowa nie mogą rozpoznać samych siebie, świat wokół siebie postrzegają jak w krzywym zwierciadle, a w zależności od obrazu choroby także jako zagrożenie. Największym cierpieniem, jakie ich dotyka, jest utrata bliskości, swojskości. Równocześnie ludzie ci, odbiegający od utartych konwenansów, postrzegani są przez tzw. zdrowych za obcych, dziwnych. Jeżeli do choroby psychicznej dojdzie jeszcze jakieś przerażające przestępstwo – a to jak wiadomo ma miejsce w przypadku pacjentów sądowych – to są oni nie tylko „inni”, lecz stają się pierwszorzędym czynnikiem wywołującym lęk, który to czynnik należy zwalczać wszelkimi dostępnymi środkami.

Otwarcie się na ten świat wymaga odwagi, zdolności doznania frustracji i cierpliwości. Ponieważ, jak już wspominałem, z powodu ochronnej stabilności wewnętrznej gwałtownie maleje gotowość do stawiania czoła stałe to nowym pytaniom zadawanym przez życie, wniosek jest prosty a zarazem przerażający: Świat psychiatrii jest obcy i niech taki pozostanie. Od dziecka uczyliśmy się, że w stosunku do obcych należy zachowywać się sceptycznie, nie rozmawiać z nimi, nie wpuszczać ich do domu. Każdy z nas zna te rozbuchane fantazje, które nawiedzają nas od czasu do czasu, gdy wyobrazimy sobie zachowanie i sposób myślenia obcych ludzi.

Tak długo, jak w grę nie wchodzi przemoc i nienawiść, to zdrowy dystans do obcych jest wdług naszego systemu wartości całkiem zrozumiałym, strzeże i chroni nas przed zawodem i niebezpieczeństwem – tak przynajmniej się nam wydaje...

Zadeklarowanie chorych psychicznie do grupy obcych spełnia tym samym rzekomą funkcję ochronną. Walka z nimi – podpowiada często pośrednio wyrażony lęk – zachwiałyby naszym już i

tak kruchym, ale oswojonym światem.

A jeżeli chory popełnił jeszcze jakieś przestępstwo, to błyskawicznie dochodzi do wyładowania moralnego oburzenia; w czasach absolutnej niemoralności przeciwnikom psychiatrii sądowej wydaje się, że wyrażanie oburzenia przynajmniej w tej sprawie jest jak najbardziej uzasadnione: "Tacy ludzie na zawsze zaprzepaścili swoje prawo do udziału w życiu społecznym! Zamknąć – i to na zawsze!"

W ankiecie, jaką przed trzema laty przeprowadziłem w ramach pewnego projektu z jedną z klas szkoły pielęgniarstwa w Düren, uzyskałem daleko idące informacje: obywatelki i obywatele Düren żyją od 125 lat w sąsiedztwie kliniki i, abstrahując od kilku wyjątków, dialog pomiędzy kliniką a społeczeństwem przebiega jak najbardziej pozytywnie. Ale znacznie ponad 80% respondentów wyraziło swoje zadowolenie z faktu, że klinika położona jest na peryferiach miasta. Bliskość, jak się wydaje, powinna mieć swoje granice – ciągle jeszcze obcy świat w pewnej odległości od swojej codzienności...

A zapytani o ośrodki rehabilitacyjne kliniki (grupy pacjentów mieszkające poza kliniką) zaznaczali, że jest dla nich ważne, aby pacjenci ci znajdowali się pod stałą opieką pracowników kliniki, i żeby tylko „wybrani pacjenci” mogli skorzysta z tej formy wolności. To się nazywa „zdrowy dystans”, cokolwiek miałoby to znaczyć.

I jeszcze jedno spostrzeżenie:

Jeżeli by Państwo przejrzyli statystyki niemieckiego „telefonu zaufania”, to zauważylibyście, że znacznie więcej telefonów pochodzi od ludzi, którzy w najszerszym znaczeniu tego słowa byli chorzy psychicznie, lub też są, którzy raz lub kilka razy poddani byli leczeniu stacjonarnemu. Telefonujący szukają ochrony w anonimowości gwarantowanej przez tę instytucję i wyrażają myśli i uczucia, jakich nie znają nawet ich bliscy krewni. Także i tu widać, że lęk przed ujawnieniem i obawa przed odrzuceniem, jako ten dziwny, inny, szalony, stanowi motyw do zamykania się w gettach.

Tak więc szanse na zaakceptowanie psychiatrii środowiskowej zależą w wysokim stopniu od rozmiarów obciążeń socjalnych, ekonomicznych i psychosocjalnych, jakich żąda się w społeczeństwie od jednostki. Stąd też gotowość do otwarto-

ści i uczenia się spada wraz z zanikiem indywidualnego poczucia bezpieczeństwa i pewności.

W Düren poczyniliśmy doświadczenie, że przy całym sceptycyzmie nie można zrezygnować z żadnej próby przeciwdziałania temu stanowi rzeczy. Charakterystyczne, że udało nam się przekonać niektórych sceptyków, jeżeli zainteresowani byli naszymi gośćmi – także i w oddziałach sądowych.

Dlatego też nie tracę nadziei, że uda się także i w przyszłości zapewnić chorym psychicznie prawo do życia w i razem ze społeczeństwem – również w okresach pustych kas i coraz silniejszej mentalności „rozpychania się łokciami! Zdajemy sobie przy tym sprawę, że świata psychiatrycznego nie należy „wypychać przemocą” ze strefy tabu przy pomocy belfersko podniesionego palca, powinniśmy raczej z wdziękiem, cierpliwością, kompetentnie i bardzo delikatnie i stopniowo rozbudzać ciekawość „niewtajemniczonych”, a nie paraliżować ich teoriami i statystykami.

Pozwólcie Państwu, że zakończę moje wystąpienie trzema zdaniami odnoszącymi się do tematu sympozjum i niejako „pozamiatam przed własnymi drzwiami”: Widziałem już wiele na świecie – w Polsce nigdy jeszcze nie byłem! Gdybym Państwu zdradził, jak skromna jest moja wiedza na temat tego kraju (a jako nauczyciel historii wiem

coś niecoś na temat historii i okresu po Zimnej Wojnie...), to uśmiechnęlibyście się (i to byłby najkorzystniejszy wariant Państwa reakcji...)

Polska była/jest mi obca, nieznaną. Niech więc ten krótki czas w Waszych szeregach stanie się dla mnie zachętą do ćwiczenia się we własnej gotowości do uczenia się i otwartości.

Jestem bard zo ciekawy!

Literatura

- 1) Heinz Häfner, Rede anlässlich seiner Verabschiedung am 09.09. 1994, in: ZI-Informationen 17, Nr. 2, 1994
- 2) Erhard Knauer/Friedel Schulz/Heinz Lepper (Hrsg.), 125 Jahre Rheinische Kliniken Düren. Gestern, heute, morgen, Rheinland-Verlag, Pulheim 2003
- 3) Thomas Hax-Schoppenhorst, Feindbild Bürgerinitiative – Feindbild Klinik, in: Wolfgang Weigand (Hrsg.), Der Maßregenvollzug in der öffentlichen Diskussion, Votum-Verlag, Münster 1999. S. 71-77
- 4) Thomas Hax-Schoppenhorst/Friedhelm Schmidt-Quernheim, Professionelle forensische Psychiatrie, Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe, Verlag Hans Huber, Bern u. a. 2003