

Od Redakcji

Drodzy Czytelnicy!

Tym razem Renata Schernus omówiła wyczerpująco, wrażliwie i żywo sympozjum „Czy istnieją jeszcze zdrowi ludzie? – Niebezpieczne trendy w psychiatrii w Niemczech i w Polsce”. Nie może być lepszego wprowadzenia do dwudziestego zeszytu „Dialogu”. A więc oddajmy jej głos.

Dla mnie to sympozjum było definitywnym dowodem na to, że Polsko-Niemieckiemu Towarzystwu Zdrowia Psychicznego w dalszym ciągu nie brakuje rozmachu, mądrości i odwagi do prowokacji, niezbędnej do podejmowania tematów aktualnych, ale zaniedbywanych przez psychiatryczny i społeczny mainstream.

Naprawdę nie zasnąłam ani razu. O to zatroszczył się już na samym początku „środek pobudzający” w osobie Klausa Dömera. Jego tezy: nasze społeczeństwo zmierza do takiego rozszerzenia ilości osób chorych psychicznie, że wkrótce nie będzie już zdrowych. Odpowiedzialnych za to jest kilka czynników, częściowo warunkujących się wzajemnie:

- utrata politycznego, społecznego i filozoficznego zrozumienia „braku psychicznego dobrego samopoczucia” na korzyść jednostronnej perspektywy medycznej,
- agresywna reklama przemysłu farmaceutycznego (zwłaszcza w USA),
- związane z tym oddanie opieki zdrowotnej w ręce ekonomii, co spowodowało przymus orientowania się na osiąganie zysków i zdobywanie nowych rynków,
- jak również w Niemczech zwiększenie się liczby psychoterapeutów, co również w zdecydowany sposób przyczynia się do tego, że normalne kryzysy życiowe przedefiniowuje się na choroby wymagające leczenia.

Wniosek Klausu Dömera: sytuacja, gdy nadmierne środki wydawane są na psychoterapię ludzkich kryzysów, które właściwie nie wymagają leczenia, powoduje, że środków tych brakuje na leczenie osób naprawdę ciężko chorych psychicznie.

Trzy następne referaty zrozumiałam jako niezbędne rozróżnienia i rozszerzenia wystąpienia otwierającego sympozjum. Z interesującej socjologicznej diagnozy Andrzeja Zybertowicza zapamiętałam przede wszystkim wypowiedź, że należy negatywnie ocenić wszystkie te procesy cywilizacyjne, które systematycznie redukują empatię w stosunkach międzyludzkich.

Niezwykle interesująca była także przejrzysta i poparta dokładnymi liczbami analiza autorstwa Günthera Wienberga. Chodziło w niej o pytanie, czy Niemcy znajdują się na drodze do psychiatrii trzech klas. Zazwyczaj po wysłuchaniu trzech bogatych w treść wystąpień skłonna jestem do chwilowego wyłączenia się. Tym razem nie było na to szansy.

Fantastyczny wykład Bogdana de Barbaro o skromnym tytule: „Uwagi na temat niektórych skutków medykalizacji i psychiatryzacji dnia codziennego” oraz wystąpienie Martina Driessena na

temat „Psychiatryzacji społeczeństwa?” uniemożliwiły mi jakiegokolwiek odpłynięcie ku innym myślom. Na przykładzie medykalizacji i psychiatryzacji udało się B. de Barbaro wyjaśnić, jak społecznie konstruuje się „rzeczywistość” oraz jakie społeczne instancje uczestniczą w zalewaniu języka codziennego przez wyrażenia z języka medycyny, względnie z języka psychiatrii i jakie skrywają się za tym interesy ekonomiczne. Wplątani w te procesy są psychiatrzy (a także inni pracownicy psychiatrii, jak pracownicy socjalni, psychologowie itp.) jako „współuczestniczący, współtwórcy i współofiary”; jest to wystarczający powód do uważnego obserwowania tych procesów.

Sprawa ta została poruszona także dobitnie w wystąpieniu Martina Driessena, w którego wywodach uwagę moją przykuły zwłaszcza dwa punkty. Po pierwsze: szeroko w niemieckich mediach rozpowszechnione twierdzenie, jakoby dramatycznie nasiliła się ilość osób niezdolnych do pracy z powodu chorób psychicznych, nie da się udowodnić, a przynajmniej nie na podstawie liczb absolutnych. Po drugie: Jeżeli w społeczeństwie warunki życia i pracy rozwijają się w ten sposób, że brakuje miejsca dla wypoczynku i – jak to uzupełniłabym – dla kreatywnych możliwości realizacji, wzrasta szansa, że problemy stwarzane przez społeczeństwo będą przeddefiniowane na diagnozy psychiatryczne (przykład burnout).

Wszystkie wymienione do tej pory wystąpienia łączyła intencja przekazywania pomocy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej przede wszystkim osobom rzeczywiście i ciężiej chorym psychicznie i występowaniu przeciwko nieprawidłowościom, które ze względu na różne interesy przyczyniają się do tego, że i tak niewielkie środki zużywane są na zajmowanie się całkiem normalnymi kryzysami życiowymi. Mówiono o tym, że popierane przez politykę przekształcanie systemu opieki zdrowotnej i socjalnej w kierunku orientacji na zyski i maksymalizacji profitu w zastanawiający sposób łączy się z tym, co określa się mianem psychiatryzacji. Tak więc na miejscu jest tutaj zdanie: koncerny farmaceutyczne nie tworzą rynku leków, lecz rynek zaburzeń (B. de Barbaro).

Rozgorzała dyskusja na temat, czy fakt, że w Niemczech coraz więcej osób leczonych jest z powodu depresji, może być odczytany, jako nadmierne rozszerzenie diagnostyki, podczas gdy równocześnie zmniejszyła się ilość popełnianych samobójstw (Klaus Dörner). Czy też na to ostatnie nie mogą równie dobrze wpływać bardziej intensywne starania o profilaktykę suicydalną łącznie z rozszerzoną ofertą psychoterapeutyczną? Zastanawiałam się również nad tym, w jaki sposób można wyjaśnić, że w tak religijnym kraju jak Polska, ilość popełnianych samobójstw jest wyższa niż w Niemczech.

Co zrobić? Zapewne referenci mieli na to kilka pomysłów (być może w grupach roboczych, w których nie mogłam wziąć udziału), niekoniecznie nowych, ale z pewnością wymagających nowego i bardziej zdecydowanego podejścia, jak np.: ustalenie ogólnego budżetu dla psychiatrii, który obejmowałby zarówno świadczenia opieki pielęgnacyjnej, jak i pomoc integracyjną (G. Wienberg). Włączenie psychoterapeutów do finansowania komunalnego, pozytywne wykorzystanie oddziaływania Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ, wzmocnienie zaniedbanej filozoficznej, antropologicznej strony psychiatrii (K. Dörner) etc.

W grupie roboczej moderowanej przez Łukasza Cichockiego, Dorotę Dużyk, Sibylle Prins i mnie, doszło do ożywionej dyskusji pomiędzy beneficjentami a pracownikami psychiatrii na temat, co bardziej pomaga w powrocie do zdrowia. Tutaj na gruncie doświadczeń osobistych doszedł do głosu fakt, jak bardzo negatywny wpływ wywiera brak perspektyw, zwłaszcza odnośnie możliwości podjęcia pracy, ewentualnie lęk przed jej utratą, stres, presja czasu, brak osobistej rozmowy zarówno na pacjentów jak i na pracujących w psychiatrii. Obie strony były jednomyślne, co do tego, że zarówno w Polsce jak i w Niemczech kontekst leczenia w psychiatrii w ostatnich latach zmienił się pod presją celów ekonomicznych zarówno dla pacjentów jak i dla pracujących w psychiatrii. Empatia wymaga czasu, a tego jest coraz mniej na korzyść biurokracji. Między innymi – tak mówili beneficjenci – do zdrowia należy także siła nie pozwalająca zredukować się im do choroby.

W tym kontekście koniecznie należy wspomnieć o umowie kooperacyjnej pomiędzy Stowa-

rzyszeniami Beneficjentów „Otwórzcie drzwi” w Krakowie a Stowarzyszeniem Beneficjentów Psychiatrii w Bielefeld, która została przedstawiona przez Sibylle Prins na zebraniu członków: wyraźna oznaka tego, że w ostatnich latach do pozytywnych tendencji należą działania beneficjentów psychiatrii, którzy zabierają głos zarówno w ramach psychiatrii, jak i na zewnątrz. uczestniczą w pracach różnych gremiów oraz w kursach doszkalających dla pracowników. gdzie wygłaszają referaty i zgłaszają się jako doradcy (beneficjenci doradzają beneficjentom) oraz pracują jako osoby towarzyszące w procesie zdrowienia.

Jak wzbogacające dla myśli i działania profesjonalistów w dziedzinie psychiatrii mogą być wystąpienia osób posiadających własne doświadczenia z psychiatrią, widać było w drugim dniu sympozjum dzięki referatowi Doroty Dużyk z Krakowa. Zwróciła uwagę na bardzo subtelne niebezpieczeństwa „psychiatryzacji”, o których nie wolno zapominać także podczas jak najbardziej empatycznego leczenia psychiatrycznego, np. gdy psychiatria przeżywana była jako „dobra matka”, która – czasem zbyt długo – ochraniała przed zimną rzeczywistością. Z drugiej strony nie pozostawiła wątpliwości, że absolutnie koniecznym jest „przynajmniej na jakiś czas” chronienie osoby chorej psychicznie przed „morderczym tempem pracy” oraz przed nadmiernymi wymaganiami świata pracy. Bardzo mi się podobało, jak pewnie Dorota Dużyk prostowała obiegowe opinie. Powiedziała między innymi, że np. niechronione, nadmiernie wymagające miejsca pracy na normalnym rynku pracy powinny się uczyć od chronionych miejsc pracy organizowanych przez psychiatrię. Na pewno wyszłoby to na dobre wszystkim ludziom. A wolniejsze tempo pracy z przerwami na odpoczynek jest tak czy owak dla wszystkich zdrowsze niż pośpiech. W związku z tym osoby posiadające doświadczenia z chorobą psychiczną często wykazują się zdrowszymi zachowaniami.

To, że sympozjum przez wszystkich, z którymi rozmawiałam zostało uznane za nadzwyczaj udane, zawdzięczać należy nie tylko referentkom i referentom, lecz także wszystkim, którzy przygotowali je pod względem tematycznym i organizatorskim. Z mojej ograniczonej perspektywy z Bielefeld miałam wrażenie, że zwłaszcza Daniela Brandtner przyczyniła się do bezproblemowego przebiegu sympozjum i do dobrej atmosfery. Wniosek: autor Peter Weiss miał kiedyś powiedzieć coś w tym sensie, że sztuka teatralna jest udana wtedy, gdy widzowie w drodze do domu mówią: tak nie może dalej być. Dokładnie to mówiło wiele osób po zakończeniu sympozjum.

Poruszone tematy zawierały wystarczającą ilość materiału dla następnego sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Być może następnym tematem będzie – jak wychodząc od wywierających wrażenie analiz sprawić, by miały one praktyczny wpływ na politykę socjalną. I być może należałoby przy rozdzielaniu środków spojrzeć oprócz psychiatrii na cały system opieki zdrowotnej, ponieważ ani psychiatrzy, ani psychoterapeuci, ani lekarze rodzinni czy też pracownicy socjalni i personel pielęgniarski nie powinni być traktowani w sposób szczególny.