

Sibylle Prins

Oczekiwania i potrzeby osób doświadczonych przez psychiatrię w Niemczech¹

Przy okazji tematu „Oczekiwania i potrzeby” zadałam sobie najpierw pytanie, czego miałyby one dotyczyć. Czy chodzi o oczekiwania pod adresem leczenia i opieki psychiatrycznej? Czy też o oczekiwania wobec życia, społeczeństwa czy siebie samego? Jeśli chodzi o potrzeby, to czasami rozróżnia się potrzeby „obiektywne” i „subiektywne”. Do potrzeb obiektywnych zalicza się np. dach nad głową, wyżywienie, dochody, opiekę medyczną w rozumieniu medycyny szkolnej – a także kontakty społeczne! Pojęcie potrzeb subiektywnych rozumiane jest raczej jako całkiem osobiste życzenia, plany, nadzieje konkretnych osób. Czasami wydaje mi się, że opieka psychiatryczna bardziej interesuje się tymi potrzebami obiektywnymi, uznając te subiektywne za drugorzędne lub nierealistyczne. Z tego wynika często różnica pomiędzy tym, co terapeuci uważają za ważne, a tym, do czego dążą sami zainteresowani. Osobiście uważam, że tzw. potrzeby subiektywne powinny być absolutnie respektowane, ponieważ w przeciwnym razie pacjent może każdy inny rodzaj wsparcia uznać za bezsensowny. Od razu chciałabym też przypomnieć o innej sprawie: tytuł mojego wystąpienia sugeruje być może, że chodzi tu o jakieś stałe oczekiwania i potrzeby dotyczące wszystkich pacjentek i pacjentów psychiatrycznych. W rzeczywistości chodzi oczywiście o niezwykle zróżnicowane jednostki. W ciągu ostatnich 20 lat poznałam podczas mojej pracy w ośrodkach samopomocy wielu pacjentów psychiatrycznych, niektórych dość blisko. Mają oni absolutnie różne opinie i potrzeby odnośnie ich problematyki psychiatrycznej, pobytów w szpitalu, leków, innych form terapii. Pacjenci bywają różni – tacy z tytułem doktora i tacy ze świadectwem szkoły specjalnej. Posiadający dłuższy staż pracy i w ogóle bez żadnych doświadczeń w tym zakresie. Osoby posiadające już dzieci i takie, które ciągle jeszcze mieszkają wspólnie z rodzicami. Młodzi i starsi, przewlekle chorzy i mający po raz pierwszy kontakt z psychiatrią. Niektórzy mają bardzo „mieszkańskie” życzenia wobec swojego życia, ale są też tacy, którzy bardziej lub mniej świadomie, w sposób bardziej lub mniej zamierzony żyją na pozycji społecznych outsiderów. Ponadto w miarę upływu czasu ludzkie potrzeby i oczekiwania ulegają zmianie. Tak więc w dalszym ciągu mojego

¹ Referat wygłoszony podczas XX Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego pt. *Wśród swoich... Potrzeby chorych psychicznie i odpowiedzialność lokalnej społeczności* (Lublin, 1-4 października 2009 rok).

wystąpienia będę się wprawdzie od czasu do czasu powoływała na informacje niemieckich organizacji zrzeszających osoby doświadczone przez psychiatrię, lecz w większości będę powoływała się na to, co sama dostrzegam w zakresie oczekiwań i potrzeb pacjentów psychiatrycznych, ponieważ albo zostały one przekazane mi wprost, albo też zapoznałam się z nimi w inny sposób.

Najpierw mała dygresja: pewna ergoterapeutka z kliniki psychiatrycznej powiedziała mi pewnego razu, że wielu spośród jej pacjentów wyraża życzenie czynnego uczestnictwa w życiu politycznym. Ergoterapeutka nie wiedziała za bardzo, w jaki sposób w warunkach pobytu w klinice mogłaby spełnić to życzenie i tak powołała do życia „grupę gazetową”. Podczas spotkań tej grupy prezentowane a następnie omawiane były artykuły z lokalnego dziennika. Niestety nie wiem, czy uczestnicy tej grupy pisali również listy do tej gazety. Dyskusja nad artykułami z gazet, pisanie listów do gazet – to wprawdzie łatwy dostęp do politycznej aktywności, ale też nie dający wielu możliwości działania. Także inni obywatele w społeczeństwie chcą „robić politykę”, ale potem muszą stwierdzić, że praca w partiach, organizacjach społecznych, gremiach itp. jest często bardzo trudna, męcząca i sucha. Ma się wiele do czynienia z przepisami prawnymi i prawem administracyjnym. Nie każdy się do tego nadaje. Mimo to znam kilka osób doświadczonych przez psychiatrię, które są aktywne politycznie: obok takich, którzy działają w ramach organizacji samopomocy oraz w organizacjach reprezentujących interesy pacjentów psychiatrycznych i ich rodzin, są też inni – działający np. w Amnesty International, związkach ochrony zwierząt lub w ruchach ekologicznych. Niektórzy łączą też swoją działalność polityczną z działalnością kulturalną. Ale: jest ich niewiele. Przeszkody na drodze do uczestnictwa w kształtowaniu życia wspólnotowego są najwyraźniej wysokie. I dotyczy to, jak powiedziałam, nie tylko osób dotkniętych przez chorobę psychiczną. Aktywność polityczna wymaga czasu i energii, być może także określonego stopnia wykształcenia, pewnej odporności psychicznej, a w każdym razie oznacza to wysiłek. Chodziłoby więc o znalezienie i wspieranie takich form polityki, które byłyby łatwiej dostępne i łatwiejsze do ogarnięcia, za to mniej obciążone regułami i teorią. I może nawet sprawiające przyjemność?

Po tej dygresji chciałabym jednak wrócić do głównego wątku: z pewnością nie wszyscy pacjenci psychiatryczni chcą się uaktywnić politycznie. Czego jednak pragną – to być zauważonym (bądź co bądź obiektywna podstawowa potrzeba ludzka!) – i to przede wszystkim także ze strony polityków. Po pierwsze pacjenci psychiatryczni i ich rodziny są także wyborcami. Zapomina się o nich, bo ponieważ wielu z nich nie płaci podatków lub składek ubezpieczeniowych, często są słabi ekonomicznie, to nie należą do „interesujących”

polityków grup wyborców. Przy tym stanowią oni wraz ze swoimi rodzinami dość liczną grupę. Dla nas ważniejsze jest jeszcze coś innego: przede wszystkim zaistnienie jako grupa ludności, za którą ogół społeczeństwa ponosi szczególną odpowiedzialność. Obecni na tej sali mają wiele do czynienia z procesami politycznymi, w których chodzi właśnie o problemy pacjentów psychiatrycznych. Ale mnie chodzi o ogólną politykę, która powinna poświęcić więcej uwagi ludziom z problemami psychicznymi. I tak w Niemczech przed kilku laty uchwalono nowe przepisy dotyczące tzw. „bezrobotnych długoterminowych”, tzw. Agenda 2010, tzw. „Pakiet Hartz”. Chodziło w tym wszystkim o świadczenia dla tych osób i o instrumenty, które pod hasłem „Wspierać i żądać” pozwoliłyby skłonić je do ponownego podjęcia pracy. Najwyraźniej jednak przy tej okazji nie pomyślano o tym, że znaczna część tych osób walczy z trudnościami natury psychicznej lub cierpi na jakieś uzależnienie. Stąd też instrumenty te okazują się często nieprzydatne w ponownym włączaniu tych osób w pracę zarobkową, a często brakuje środków towarzyszących. Nierzadko osoby te w ogóle nie są w stanie spełnić narzuconych im warunków w celu np. dalszego otrzymywania świadczeń z tytułu bezrobocia. Skutek jest taki, że grozi im obniżenie wysokości lub nawet odebranie dotychczasowych świadczeń.

Inny przykład: także w przypadku nowych uregulowań prawnych lub nowych koncepcji w polityce dotyczących osób niepełnosprawnych mam często wrażenie, że dopiero po wprowadzeniu ich w życie decydenci zadają sobie pytanie, jak te regulacje wpłyną na osoby z zaburzeniami psychicznymi. W tej dziedzinie ciągle jeszcze mówi się o „usuwaniu barier”, co jest nam bardzo potrzebne. Pojęcie to zostało pierwotnie wprowadzone w celu skuteczniejszego zwrócenia uwagi np. na problemy osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – a o tym, że pacjenci psychiatryczni potrzebują usunięcia zupełnie innych barier niż osoby z niepełnosprawnością fizyczną, dyskutuje się tylko w kręgach fachowców. Potrzeba ta daje się streścić następująco: być bardziej dostrzeganym przez politykę i poważnie uwzględnianym w planowaniu i ustawodawstwie!

Inna potrzeba, która także ociera się o politykę: Jak Państwo wiedzą, tylko niewielka część pacjentów chronicznie chorych psychicznie ma jeszcze normalne, przeciętne dochody. Wielu z nich żyje z tzw. przychodów transferowych – małych rent, zasiłków socjalnych. Niekiedy na ich utrzymanie muszą łożyć członkowie rodziny. Choroba psychiczna wpędziła dotknięte nią osoby w ubóstwo. Oczywiście ubóstwo w Niemczech wygląda inaczej niż np. w Afryce, jednak nie można go lekceważyć. Po pierwsze są tacy pacjenci, którzy nie posiadają żadnej podstawy egzystencji, którzy tracą mieszkanie i jakiegokolwiek przychody, gdy np. nie potrafią poradzić sobie z przepisami pomocy społecznej, lub popadli w taki kryzys finansowy,

że do ich mieszkań odcięty został dopływ prądu i wody. Ale także dla tych, którzy dzięki tym przychodom transferowym mają zapewnione przeżycie – czy tak bogatemu społeczeństwu wystarczy zadowolić się tym, że pozwala ludziom jedynie „przeżyć”? Czy to odpowiada godności człowieka? A czy także psychiatria społeczna nie ma zupełnie innych celów? W raporcie rządu federalnego na temat ubóstwa i bogactwa ubóstwo rozumiane jest jako brak szans na urzeczywistnienie. Występuje w nim często używane pojęcie „udziału” w możliwościach, jakie daje życie w naszym kraju. Niektórzy nazywają to chętniej integracją lub – od niedawna – inkluzją. No ale ten udział czy też integracja kosztują dużo pieniędzy. Pieniądzy nie tylko na struktury, personel, projekty, lecz także na to, żeby pacjenci psychiatryczni dysponowali wystarczającymi środkami finansowymi. Przypominam sobie pewnego młodego, niespełna trzydziestoletniego mężczyznę, uczestniczącego w rehabilitacji zawodowej. **Na końcu rehabilitacji postawiono diagnozę, że jest niezdolny do pracy zarobkowej i nie da się znaleźć dla niego pracy, dlatego powinien złożyć wniosek o rentę, co dla niego oznaczało zależność od podstawowego ubezpieczenia państwowego.** Był zrozpaczony. Przede wszystkim z powodu perspektywy, że całą resztę swojego życia i całą leżącą przed nim przyszłość będzie musiał spędzić w tej strefie ubóstwa. Do tego dochodzi fakt, że ubóstwo i związana z nim izolacja również stanowią duży czynnik obciążający psychikę. Tak więc choroba czyni człowieka biednym, a bieda – chorym. Oczywiście istnieją u nas specjalne firmy dla potrzeb chorych psychicznie, w których mogą sobie trochę dodatkowo zarobić. **Ale w moim mieście płace w tych firmach zostały obniżone, a zatrudnionym w nich osobom chorym psychicznie narzucono bardzo ściśle granice, ile wolno im w ogóle zarobić dodatkowo do otrzymywanych od państwa świadczeń.** Właściwie to w międzyczasie zrobiła się z tego tzw. oferta „strukturująca dzień”, bo o jakimś zarobku wartym wzmianki nie ma już co nawet mówić. Zdrowi „normalni” obywatele nigdy nie podjęliby się tak nisko płatnej pracy, chociaż także ich warunki na rynku pracy znacznie się pogorszyły.

Obecnie mamy nowy instrument wspierający wspomniane już „uczestnictwo”: ludzie mogą składać wnioski o przyznanie im **z Budżetu Osobistego** środków na przedsięwzięcia mające służyć ich zdrowiu lub ich integracji społecznej. Niektórzy rezerwują kursy sportowe, lekcje muzyki, inni otrzymują pieniądze na zagospodarowanie ogrodu lub porady w zakresie żywienia. To bardzo pięknie, ale jest to bardzo kosztowna, bardzo biurokratyczna metoda i często myślę sobie: gdyby ci ludzie mieli choć trochę własnych pieniędzy, troszkę wyższe przychody, to w ogóle nie potrzebowałiby tej formy pomocy. To, czego wielu „normalnych obywateli” w ogóle nie bierze pod uwagę, to fakt, że także kontakty społeczne, które dla osób

cierpiących na choroby psychiczne są szczególnie ważne, także kosztują sporo pieniędzy! A więc następna potrzeba to: poprawa sytuacji materialnej.

Jest oczywiste, że zła sytuacja finansowa wielu chorych psychicznie wiąże się z problemem znalezienia przez nich miejsca pracy. Nie chcę dogłębnie zajmować się tematem „Praca”, jednak chciałabym zwrócić uwagę na to, że zwłaszcza młodszy pacjenci psychiatryczni, oraz tacy, którzy zdobyli już jakieś kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, mają duże trudności ze znalezieniem miejsca pracy w tzw. obszarach „chronionych”, które przecież zostały stworzone kiedyś specjalnie dla osób chorych psychicznie, i gdzie obowiązują pewne specjalne warunki. Jedną z przyczyn, dla której pacjenci psychiatryczni wolą podejmować pracę na „normalnym” rynku pracy, jest z pewnością wynagrodzenie, które na specjalnych stanowiskach pracy jest znacznie niższe. Inną przyczyną jest status społeczny oraz niechęć do przebywania w miejscu pracy znów tylko z podobnymi sobie koleżankami i kolegami, a więc z osobami chorymi psychicznie. Ale **po pierwsze** - na rynku pracy jest niewiele płatnych ofert także dla osób bez problemów psychicznych, **a po drugie** - niektórzy pacjenci nie są w stanie sprostać wymogom nawet specjalnego miejsca pracy (np. nie wytrzymują długości przepisowego dnia pracy), lub też generalnie nie radzą sobie z regułami i obowiązkami pracowniczymi. Dlatego też nie należy zapominać, że również poza pracą zarobkową istnieją możliwości sensownego działania, **np. w pracy społecznej**. Znam kilku pacjentów psychiatrycznych, którzy znaleźli dla siebie całkiem dobre rozwiązania, utrzymujące się również przy częstszym występowaniu symptomów choroby lub w ostrych kryzysach, co nie zdarza się raczej w przypadku regularnego miejsca pracy. Czasami w tych samodzielnie stworzonych modelach życia lepiej spełnia się osobista potrzeba sensu i lepiej rozwijają się indywidualne umiejętności niż w mozolnie poszukiwanym miejscu pracy. Warunkiem odnalezienia sensu także poza regularnym miejscem pracy jest oczywiście wystarczające zabezpieczenie materialne. Tę krótko zarysowaną, ale jakże ważną potrzebę streszczę słowami: sensowne działanie, stać się potrzebnym, wnieść wkład.

Z potrzebą działania lub pracy ściśle związana jest potrzeba kontaktów społecznych. Choroby psychiczne prowadzą często do samotności, i to z najróżniejszych powodów. Moim zdaniem jest to jednak w niewielkim stopniu pierwotny składnik samej choroby. Potrzeba działania lub pracy uzasadniana jest często w następujący sposób: „żeby wreszcie wyszła/wyszędł, żeby znalazła/ znalazł się wśród ludzi”. Jak już wspomniałam, wielu pacjentów psychiatrycznych życzy sobie kontaktów nie tylko z podobnymi sobie, lecz także z tzw. „zdrowymi” ludźmi, także spoza rodziny. **Z jednej strony wyrażają takie życzenie, z drugiej zaś czasem dość trudno spełnić to życzenie (frustrowana potrzeba)**. Ciężej chorzy

mogą się czasem czuć „przygniecieni” przez dynamikę, energię i kompetencje, które dla osób zdrowych są całkiem oczywiste. Osoby chore mają wtedy wrażenie, że w porównaniu ze zdrowymi wypadają znacznie gorzej, czują się w ich towarzystwie „małowartościowi” i nie wiedzą, czy przez innych traktowani są poważnie. Z drugiej strony osoby zdrowe są czasem niepewne, jak mają reagować na wypowiedzi czy też zachowanie osób chorych. Wszystko zależy od kontekstu. Czasem w takich kontaktach konieczne jest ostrożne zbliżenie i rodzaj „pośrednictwa”.

Czego oczekują chorzy psychicznie od swoich kontaktów społecznych? No, tego, czego spodziewają się chyba wszyscy ludzie: uznania, szacunku, zainteresowania własną osobą, a w zamian także wzbogacenia przez nowe wrażenia z życia innych, nadziei, że odgrywa się rolę dla innych, jakkolwiek miałyby to wyglądać w szczegółach. Pozostanę na chwilę przy powodach wymienionych na początku. **Uznanie, szacunek** – gdzie psychicznie chorzy mogą tego doświadczyć? Często utracili swoje miejsca pracy, być może dano im do zrozumienia, że się do tego nie nadają. Ich rodziny często bardzo troskliwie troszczą się o nich – ale czy w rzeczywistości nie przyznaje się im roli chorych, rolę takich, o których trzeba się stale martwić? Czy to jest uznanie, szacunek? A na psychiatrii? Tam oczywiście są ludzie, którym dobro pacjentów leży na sercu, zwłaszcza w sektorze ambulatoryjnym widzę duże zaangażowanie – ale czy pacjent ma jakieś osobiste znaczenie dla pomagającej mu osoby, dla terapeuty? Czy uznanie, z jakim on/ona się tam spotyka, nie odbywa się jedynie na płaszczyźnie „terapeutycznej”? To nie są przecież kontakty prywatne, lecz uwarunkowane przez zawód – zainteresowanie pacjentem jest natury zawodowej. Jeszcze nieco wyostrzę ten problem: Pacjentom psychiatrycznym brakuje często realnego, stosownego do ich wieku przeżycia sukcesu. Gospodyni domowa i matka, która w klinice lub w oddziale dziennym nakrywa do stołu dla trzech osób i za to jest chwalona ponad miarę, nie tylko być może nie zgadza się z tą pochwałą, lecz prawdopodobnie nie potrafi tego zakwalifikować jako „osiągnięcie” – w jej normalnym życiu byłaby to mało znacząca czynność, którą załatwiłaby mimochodem. Oczywiście czasem jest trudno stworzyć pacjentom **możliwość przeżycia sukcesu**, który byłby dla nich odpowiedni, podtrzymał ich na duchu, wpływał pozytywnie na ich zdrowie i poczucie własnej wartości, zwłaszcza gdy ich aktualna odporność psychiczna jest ograniczona, albo gdy nie mogą w pełni wykorzystać zgodnych z ich wiekiem umiejętności.

Oprócz „sukcesów” ważne jest jeszcze coś innego: niezależnie od jakichkolwiek osiągnięć, wyglądu, kondycji fizycznej, zdolności do artykulacji, poznać ludzi, przez których byłoby się lubianym. **Lubianym bez osiągnięcia w dalekiej przyszłości odległych celów.**

Niestety nie można wymusić tego „lubienia” ani też stworzyć go dla kogoś. Ale można by stworzyć środowisko, które przyjaźnie traktowałoby słabości i przykładałoby wagę do tego, żeby w człowieku dostrzegać to, co sprawia, iż jest wart miłości. To jest zagadnienie, które zajmuje nie tylko pacjentów psychiatrycznych. Do tego byłaby potrzebna kultura, która nie jest oparta o formę zewnętrzną i widoczne „osiągnięcia”. Początkiem tworzenia takiej kultury mogłyby być festyny i inne imprezy towarzyskie.

Rozpoczęłam od postrzegania przez politykę, a wylądowałam przy postrzeganiu w bardzo osobistym zakresie. Zapewne zadają sobie Państwo pytanie, co to ma wspólnego z tematem „parafia, gmina, wspólnota”, którym zajmujemy się podczas tej konferencji. A więc myślę, że we wszystkich obszarach, które wymieniłam, można odnaleźć punkty zaczepienia dla życia w parafii, gminie. Wielu – ale nie wszyscy – pacjentów żyje u nas już „we wspólnocie gminnej”. Z geograficznego punktu widzenia. Społeczna integracja ze wspólnotą często pozostawia jeszcze wiele do życzenia.

Tak więc, ponownie zaczynam od postrzegania przez politykę: czy polityczna wspólnota przyjmuje do wiadomości, że wśród jej obywateli/obywatelek są też tacy, którzy mają problemy psychiczne? Że wspólnota ponosi za nich szczególną odpowiedzialność, a ich sprawy również muszą być uwzględniane? W naszym mieście niedawno odbywały się wybory do władz lokalnych. Z tej okazji przyjrzałam się dokładniej programom wyborczym trzech większych partii. **Tylko w programie wyborczym jednej jedynej partii znalazłam hasło „psychiatria społeczna” i wzmiankę na ten temat.** W innych programach właściwie w ogóle nie wspomniano o ludziach niepełnosprawnych – i to bez względu na rodzaj niepełnosprawności - chociaż w naszym mieście istnieje szeroko zakrojony program leczenia psychiatrycznego, jak również Rada ds. Osób Niepełnosprawnych oraz **Rada ds. Psychiatrii, które powinny wydawać miastu zalecenia.** To trzeba będzie poprawić.

Gmina powinna być także odpowiedzialna za obszary dotyczące pracy i zatrudnienia, a tym samym za płace. Nie wystarczy jednak sam wysiłek polityków, administracji i zaangażowanych pracowników psychiatrii społecznej – trzeba wciągnąć w to także firmy, pracodawców i ośrodki szkoleniowe. **A jak w ogóle wyglądają kontakty z instytucjami, które nie mają nic wspólnego z psychiatrią?** Wprowadzie kościelne instytucje pomocowe robią wiele w sferze socjalnej i psychiatrycznej – ale czy zwykle miejscowe parafie są świadome tego, że ich członkami są również osoby chore psychicznie? Czy mają dla nich miejsce? A jak to wygląda z innymi związkami i organizacjami społecznymi? W wielu miastach istnieją **tzw. kręgi wymiany**, których członkowie świadczą sobie nawzajem drobne przysługi, za co na ich konta dopisywane są odpowiednie jednostki czasu, za które mogą

skorzystać z usług innych członków. Dla niektórych pacjentów psychiatrycznych byłby to idealny sposób na okazanie się przydatnym, a przy tym jeszcze na nawiązanie kontaktów międzyludzkich. Ale niestety z mojego doświadczenia wynika, że organizacje te odrzucają członkostwo pacjentów psychiatrycznych... Odporność psychiczna i niezawodność tych osób nie są dla nich wystarczająco dobre. Zamiast próbować znaleźć sposób na sensowną integrację tych ludzi, odrzuca się ich i separuje.

Inny temat stanowią organizacje sportowe. Znam pacjentów psychiatrycznych, którzy są bardzo usportowieni, ale inni, nawet gdyby sami chcieli zrobić coś w tym kierunku, są przeciążeni wymaganiami dotyczącymi sprawności fizycznej obowiązującymi w tych grupach. Gdyby te organizacje sportowe oferowały również możliwości poruszania się także dla nie uprawiających sportu, pomogłyby większej ilości osób.

Ja sama mam niewielkie doświadczenia z tym, żeby osoby nie będące związane z psychiatrią angażowały się społecznie w tym zakresie. W innych regionach niż miasto, w którym przypadkiem żyję, istnieje w tym względzie dobra tradycja. I tam, jak mi się przynajmniej wydaje, nie było tak okropnie ciężko znaleźć ludzi, którzy towarzyszą pacjentom psychiatrycznym, wspierają i odwiedzają ich, chcą się nimi interesować i to nie czyniąc tego swoim właściwym zawodem. I tak np. warto wymienić tu tzw. **„Przyjacielskie Przysługi”**, które działają w Holandii. My prawdopodobnie nazwalibyśmy to „patronatami”, co nie jest za bardzo równorzędnym pojęciem. Chodzi w tym o to, że każdy z członków tej organizacji w wolnym czasie towarzyszy jednemu pacjentowi psychiatrycznemu. Z drugiej strony pacjenci nie chcą być zawsze tylko pasywnymi odbiorcami pomocy. To, co po ciężkiej i długotrwałej chorobie ulega największemu uszkodzeniu, jest odnalezienie miejsca w świecie, miejsca w życiu wspólnoty. **Nikt nie chce czuć się „zbędnym”**. Każdy chce być uznanym, szanowanym członkiem społeczeństwa, nawet ci, którzy chcą żyć w ukryciu. **Gdzie jest takie miasto, dzielnica, wieś, które czułyby się odpowiedzialne za swoich psychicznie chorych mieszkańców i nie pozostawiały tego socjalno – psychiatrycznej subkulturze?** Które czułyby się też odpowiedzialne za to, żeby pacjenci psychiatryczni także odnaleźli swoje „miejsce w świecie”, żeby mieli możliwość rozwoju swoich zdolności?

Wymieniłam Państwu jedynie kilka oczekiwań i potrzeb odnoszących się do integracji społecznej. Wiele można by mówić także o tym, czego pacjenci psychiatryczni oczekują od systemu opieki psychiatrycznej. Od leczenia, pielęgnacji, opieki, rehabilitacji. **Pacjenci mają więc nadzieję na leczenie bez przymusu, na ostrożne ordynowanie leków antypsychotycznych oraz na wskazywanie alternatyw wobec leczenia farmakologicznego**

(idea Soterii). To tylko kilka przykładów. Ja życzyłabym sobie, żeby w psychiatrii „pacjent nieubezwłasnowolniony” był oczywistością, a nie rzadkim kuriozum. Jestem jednak zdania, że biograficzne i społeczne skutki choroby psychicznej są często dużo poważniejsze niż wynikałoby to z samej choroby. **I w tym miejscu zaczyna się rola „gminy, parafii, wspólnoty”.** Myślę, że nadszedł czas, aby system opieki psychiatrycznej, który w naszym kraju jest dość dobrze rozwinięty, ponownie albo jeszcze mocniej zazębić z „normalnym społeczeństwem”. Stanowi to również podstawę debaty nt. inkluzji. Można zauważyć, że wiedza psychiatryczna, psychiatryczne myślenie i działanie są często nieznane poza kręgiem fachowców. Z drugiej strony psychiatria nie odpowiada już na argumenty padające z zewnątrz, od nie-specjalistów, lecz upiera się przy własnym punkcie widzenia. Tylko jeden mały pomysł: Na przykład w każdej instytucji psychiatrycznej mogłaby istnieć osoba dbająca o kontakty ze światem zewnętrznym. Ktoś w rodzaju „**pełnomocnika ds. wspólnoty**”. (Ten pomysł pochodzi zresztą od Doortje Kal, która stworzyła koncepcję „Kwartiermaken” – [praca nad gościnnością, kształtowanie gościnności] i powołała do życia także wymienione już „Przyjacielskie Przysługi”. Jednak szczególnie ważne jest dla mnie, aby pacjenci psychiatryczni ponownie mogli zobaczyć i konkretnie odczuć siebie jako obywateli społeczeństwa. W tej dziedzinie jest jeszcze wiele pracy.