

bilitationsbedürftig sind und einen neuen Beruf erlernen sollen.

Voriges Jahr begannen der Verband der Angehörigen Psychisch Kranker und der Patientenverein mit ihrer Tätigkeit, nachdem sie vom Gericht eingetragen worden waren. Ihre Vertreter wurden durch den Wojwoden zum Aufsichtsrat der kommunalen Psychiatrischen Gesundheitsbehörde berufen. Der Patientenverein bereitet sich darauf vor, in einem von den Stadtbehörden zur Verfügung gestellten Gebäude ein Hostel zu eröffnen.

Eine vor drei Jahren entstandene Stiftung unterstützt die Tätigkeit der Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke und machte sich daran, ein Hostel zu gründen.

### Zusammenfassung

Die eben beschriebene Struktur stellt nichts Besonderes dar. Jede ihrer Bestandteile ist eine bewährte Form der Therapie. Damit sie leistungsfähig wirken kann, muß man sie zu einem „funktionellen Ganzen“ verbinden. Die einzelnen Strukturen können ohne Zusammenarbeit und Informationsaustausch nicht funktionieren, und ihre Arbeit muß einheitlich koordiniert und verwaltet werden. Das System muß elastisch sein, was die Fähigkeit bedeutet, bestimmte Aktivitäten, Programme und Dienste in Gang zu bringen, die gerade von Patienten in der gegebenen Region benötigt werden. Es muß auch imstande sein, mit vielen anderen Einrichtungen zusammenzuwirken und für Veränderungen aufgeschlossen zu sein, d.h. es muß Elemente seiner Struktur neu bilden oder abschaffen können. Seine Mitarbeiter haben über Wissen und Fähigkeiten zu verfügen, die über ihre beruflichen Kompetenzen und die formell bekleidete Funktion hinausgehen, denn sie sollen im ganzen Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsprozeß mitwirken, einander vertreten, konsultieren und unterstützen.

Die Bildung solch eines Systems trifft auf viele Hindernisse. Ein ernstes Problem ist das Fehlen an entsprechenden Vorschriften und das Vorhandensein von völlig unpassenden Kriterien, nach denen seine Effizienz beurteilt wird.

Mit solch einer Situation hatten wir bei der Entstehung des Sektorisierten Zentrums für Psychiatrische Behandlung (poln. SOLP) zu tun. Die Zweifel meiner Vorgesetzten wurden erst, und das immer noch nicht endgültig, durch die Autorität von Universitätsprofessoren für Psychiatrie beseitigt.

Da beim Schaffen solch eines Psychiatriemodells die Einstellung der Mitarbeiter von wesentlicher Bedeutung ist, möchte ich zum Schluß einige soziale Bedingungen erwähnen, die einen beachtlichen Einfluß auf die Motivationsprozesse haben. Ich meine, womit auch meine Kollegen einverstanden sind, die in alten Strukturen gearbeitet haben, daß die Arbeit in der offenen, dezentralisierten Psychiatrie emotional viel belastender ist. Ich bin auch der Ansicht, daß sie besonders für Ärzte weniger befriedigend sein kann, denn sie beraubt sie eines beachtlichen Teils von Glanz und Verdienst und überläßt ihnen eine unveränderte oder gar noch größere Last der Verantwortung.

Ältere Ärzte in meiner Umgebung, die sich noch an den Alltag der großen Krankenhäuser vor wenigen Jahren und ihren destruktiven Einfluß auf Patientenschicksale erinnern, verstehen den Sinn der Deinstitutionalisierung von Psychiatrie und den Sinn der Verlegung von Versorgungslast in den außerstationären Bereich. Jüngere Kollegen dagegen, die nur die Psychiatrie mit menschlichem Gesicht kennen, die nicht sinnvoll bezahlt und gleichzeitig mit aufdringlicher Indoktrinierung seitens des kommerziellen Ärztemilieus gefüttert werden, hegen immer mehr Zweifel, ob sie sich für eine zusätzliche, den beschriebenen Arbeitsstil begleitende emotionale Belastung entscheiden sollen.

Der vorliegende Vorschlag, organisatorische Probleme zu lösen, sollte schließlich auch die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und die Mitwirkung mit vielen Einrichtungen wie der Sozialhilfe, Kommunalbehörden, Patienten- und Angehörigenverbände u.s.w. berücksichtigen. Ohne solche Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene ist meiner Meinung nach eine sinnvolle Lösung von wichtigen Gesundheitsproblemen in unserem Land unmöglich.

Übersetzt von Grażyna Pietruszewska

KLAUS DÖRNER

## Psychoterapia przez pracę - w czasach Hermanna Simona i w chwili obecnej\*

Cieszę się, że dostąpiłem wielkiego zaszczytu przyczynienia się do uświetnienia jubileuszu 100-lecia istnienia szpitala psychiatrycznego w Gnieźnie. W rozmowach z moim przyjacielem i kolegą Marianem Jaską ciągle powracaliśmy do tego, że oba nasze szpitale w Gnieźnie i w Gütersloh nie tylko dzisiaj łączy serdeczne partnerstwo, lecz że także w przeszłości, a szczególnie w latach dwudziestych, wychodziły z naszych szpitali podobne impulsy reformatorskie. Owe impulsy uosabiają dyrektorzy tych instytucji – Aleksander Piotrowski i Hermann Simon. Tak więc pan Jaska zaproponował, aby przy okazji tego święta umacniającego nasze partnerstwo i symbolizującego wspólne elementy w historii naszych szpitali uczcić także zaangażowanie reformatorskie Piotrowskiego i Simona.

### Psychoterapia przez pracę w czasach Hermanna Simona

Przybliżając Państwu osobę i działalność Hermanna Simona opieram się nie tylko na

\* Wykład wygłoszony z okazji 100-lecia

własnych przemyśleniach, lecz przede wszystkim na badaniach mojej koleżanki Christine Teller, znanej wielu osobom na tej sali, która jako pierwsza zajęła się studiami nad obszerną spuścizną Hermanna Simona. Oprócz tego wkrótce ukaże się biografia Hermanna Simona pióra Angeli Grüter.

Hermann Simon urodził się 22 marca 1867, a więc jedenaście lat wcześniej niż Piotrowski, w Zweibrücken w Palatynacie (dzisiaj Saarland). Studiował medycynę w Monachium, Heidelbergu, Berlinie i Strasburgu. Następnie przez pięć lat był asystentem w zakładzie dla chorych psychicznie w Saargemünd. W roku 1896 przeprowadza się na stałe do Westfalii. Zostaje ordynatorem w zakładzie w Dortmundzie - Aplerbeck, w 1898 r. publikuje swoją pracę doktorską zatytułowaną „Przyczynek do wiedzy o psychozach wojskowych”, w 1902 r. udaje się w obowiązkową podróż mającą na celu zwiedzenie różnych zakładów psychiatrycznych, szczególnie tych nowoczesnych. Od 1902 r. jest przez krótki okres czasu ordynatorem w Lengerich, aż w 1905 r. zostaje dyrektorem zakładu w Warstein, w którego budowie uczestniczył już przedtem. Głęboko oburzony trzymaniem chorych psychicznie w łózkach, co wtedy uważane było za nowoczesną metodę leczenia, a jego zdaniem odbierało zarówno leke-



rozwi jak i pacjentowi jakiegokolwiek poczucie odpowiedzialności, doświadczył w tym okresie być może swoich najbardziej decydujących przeżyć kształtujących jego osobowość: W Warstein „przejechaliśmy wielki teren zakładu kompletnie niezagospodarowany. ... dążenie do wykonania rozległych prac ziemnych, stworzenie zieleni, dróg itd. przy ciągle trwającej budowie samego zakładu, oraz do podolania własnymi siłami pracy w wielkim gospodarstwie rolnym zmuszało nas do wyszukiwania pomocników spośród pacjentów siedzących beczynnie na oddziale, lub leżących w łózkach a później stopniowo do coraz śmielszego sięgania po dość wątpliwy, niespokojny element. Rezultat był o tyle zaskakujący, że wkrótce nastąpiła wyraźnie korzystna zmiana całego obrazu zakładu: Zrobiło się o wiele spokojniej i porządniej, niż do tej pory, a zwykłe brzydkie obrazy chorobowe stopniowo zanikały.”(1) Przy tej okazji Simon po raz pierwszy dokonał systematycznej obserwacji, że uwolnienie chorych psychicznie z łóżek i zaangażowanie ich w pracę pożyteczną także dla innych, oddziałuje leczniczo, psychoterapeutycznie na ogólny stan pacjenta i zakładu. Opierając się na tych doświadczeniach kierował z Warstein budową zakładu w Gütersloh, którego dyrektorem został w 1914 roku. Jednak podczas I Wojny Światowej zakład ten wykorzystywano jako obóz dla jeńców i lazaret. Stąd też praca w dziedzinie psychiatrii rozpoczęła się w Gütersloh dopiero w 1919 r., a więc w tym samym roku, w którym Piotrowski został dyrektorem zakładu w Gnieźnie. Tak więc główna działalność obu dyrektorów przypada dokładnie na ten sam okres, a mianowicie na lata 1919 – 1933, kiedy to zmarł Piotrowski. Simon przeszedł w 1934 r. w stan spoczynku, lecz zmarł dopiero w 1947 r., tuż po swoich osiemdziesiątych urodzinach. Na jego grobie na przyszpitalnym cmentarzu w Gütersloh wyryto napis: „Dopóki trwa dzień, muszę pracować”, ponieważ takie właśnie motto przyświecało jego życiu.

Chociaż Simon był praktykiem i ciągle uczył się na podstawie własnych doświadczeń, a ponadto posiadał wybitny talent techniczny, to jednak usprawiedliwione jest pytanie o teoretyczne podstawy jego działalności, wynikające z jednej strony z jego konserwatywnej struktury osobowości, a z drugiej z jego doświadczeń. W przeciwieństwie do Piotrowskiego odrzucił, tak jak niemal wszyscy niemieccy psychiatrzy, jakiegokolwiek związku z psychoanalizą i podzielał

panujący ówczesnie pogląd Kraepelina, że choroby psychiczne są w rzeczywistości jeszcze nie odkrytymi chorobami mózgu. Simon zrobił jednak decydujący krok naprzód, był także terapeutycznie bardziej „aktywny”. Podczas gdy pozostali psychiatrzy tego okresu wychodząc od hipotezy choroby mózgu ograniczali się do leczenia pacjentów w łózkach, Simon radykalnie odrzucił wyływający z tej hipotezy wniosek, że „chorzy nie są odpowiedzialni za swoje postępowanie”. Po tym, jak w Warstein zobaczył, że nawet ciężko chorych można zmobilizować do pracy, skłaniał się ku maksymie: „Chorzy psychicznie mogą być tak chorzy na umyśle, jak chcą, mimo to potrafią zachowywać się porządnie i mogą wykonywać pewne prace.”(2) Zwracając w ten sposób w zasadzie chorym psychicznie ich poczucie odpowiedzialności za samych siebie, nie poprzestął na tym, lecz posunął się jeszcze dalej: konsekwencją tego poglądu powinno być zwrócenie poczucia odpowiedzialności także psychiatrom i personelowi pomocniczemu, ponieważ ich pedagogicznym zadaniem jest rozwijanie zdrowej i zdolnej do odpowiedzialności części chorych psychicznie, dzięki czemu pacjenci powinni nauczyć się żyć ze swoją chorobą i pomimo swojej choroby wieść życie zadowolające ich samych i ich bliskich.

Następny teoretyczny krok Simona polegał na dojściu do przekonania, że zmiany tej nie osiągnie się jedynie poprzez zmianę samego chorego, lecz raczej poprzez celową zmianę otoczenia chorego psychicznie, a więc najpierw samego zakładu. Doprowadzenie do tych zmian jest centralnym zadaniem psychiatrów i personelu pomocniczego. „Dzisiaj wiemy już przecie, że – niezależnie od istnienia samych chorób mózgu – to, czym stają się nasi chorzy, w znacznym stopniu jest naszym dziełem i że my sami potrafimy dość pewnie radzić sobie z najcięższymi stanami choroby psychicznej. ... Psychiatra musi zazwyczaj nie tylko zastępować swoim rozumem braki w samodzielnym, uporządkowanym myśleniu i woli chorego, lecz w zamkniętym zakładzie lekarz jak nikt inny posiada władzę decydowania o czynnikach środowiskowych oddziałujących na jego chorych, podczas gdy chory nie ma możliwości ucieczki z otoczenia rządzonego przez lekarza.”(3)

Od tego miejsca logiczny łańcuch myśli Simona staje się niebezpieczny, ponieważ władza lekarza w „zakładzie zamkniętym” (Gof-

fman powie później „w instytucji totalnej”) jest stale narażona na niebezpieczeństwo przekształcenia się we władzę totalną – co może być błogosławieństwem, ale także przekleństwem pacjentów. Owo niebezpieczeństwo, z którym Simon igra, uwidacznia się w tytule książki, jedynej jaką napisał i w której w roku 1929 streścił wszystkie swoje przemyślenia i doświadczenia. Tytuł ten brzmi: „Aktywniejsze leczenie chorych w zakładzie psychiatrycznym.” Niebezpieczeństwo leży w użyciu stopnia wyższego przymiotnika „aktywny”. Simon nie mówi o aktywnym leczeniu chorych, lecz o bardziej aktywnym, co pojmuje w następujący sposób: każdy człowiek jest aktywny, pacjenta należy uznać za aktywnego już wtedy, gdy na hipotetyczną chorobę mózgu odpowiada symptomami psychicznymi. Aktywny jest także psychiatra, jeżeli tylko pracuje w zakładzie zamkniętym. Jednak w terapii psyche, czyli w psychoterapii chodzi o to, by być „aktywniejszym”. Pomimo swojej choroby pacjent powinien nauczyć się przejmowania odpowiedzialności za swoje życie. Ażeby osiągnąć ten cel psychiatra i pielęgniarz powinni nauczyć się prześcigania pacjenta w aktywności i „aktywniej”, tzn. bezlitośnie zmierzać do celu i tak długo zmieniać czynniki środowiskowe, aż - w pewnym stopniu za każdą cenę – zostanie osiągnięty cel, czyli odpowiedzialność pacjenta. Dzisiaj wiemy już, że totalnie celowo wolno obchodzić się z rzeczami, ale nie z ludźmi. „Instytucja totalna” traktuje ludzi jak przedmioty. 10 lat później najważniejszy uczeń Hermanna Simona, Carl Schneider, zorganizuje nazistowskie akcje mordy poprzez eutanazję, argumentując je tym, że skoro w pojedynczych przypadkach niemożliwe jest wyleczenie pacjenta, należy pozwolić mu umrzeć, a więc go zabić. Naturalnie Simon nie posuwa się aż tak daleko, lecz jedynie bez wytchnienia, nie rezygnując w żadnym wypadku „aktywniej” pracuje nad tym, aby skłonić każdego pacjenta do przejęcia odpowiedzialności za siebie, czyniąc go przynajmniej w zakładzie zdolnym do pracy.

Jak to wygląda w praktyce? Simon, który zostałby chętnie także inżynierem, troszczy się o każdy szczegół techniczny i ekonomiczny, sprawdza każdą czynność pod tym kątem, czy nie mógłby jej wykonywać także pacjent i w ten sposób stwarza w zakładzie taką atmosferę, że pacjentowi wydaje się oczywiste, iż jest to miejsce, w którym w miarę swoich sił trzeba pracować. Już nowoprzyjęci pacjenci w najbardziej

ostrym stadium choroby zajmują się od pierwszego dnia pobytu w zakładzie prostymi pracami. Gdy tylko ostry stan uspokoi się nieco, pacjenta przydziela się po kilku dniach, a najpóźniej po kilku tygodniach do kolumny, w której dynamika grupy pomoże mu spędzić pożytecznie dzień na określonej pracy poza oddziałem, czy to w dziedzinie rolnictwa, gospodarstwa domowego, czy później coraz częściej techniczno - rzemieślniczej. Kiedy pacjent wraca wieczorem zmęczony z pracy, zazwyczaj brakuje mu już sił na to, aby zachowywać się na oddziale niespokojnie. Dlatego wszyscy Niemcy i cudzoziemcy odwiedzający w latach 20-tych zakład w Gütersloh zafascynowani są panującą w całym zakładzie atmosferą pracowitego, ukierunkowanego spokoju. Simon prowadzi codzienną statystykę, z której wynika, że stale pracuje około 95 – 99% pacjentów. Wyjątki dopuszczalne są niemal jedynie w razie choroby somatycznej. Na podstawie tej „aktywniejszej” metody leczenia należałoby oczekiwać, że w Gütersloh w latach 20-tych czas hospitalizacji był krótki, a liczba zwolnień wysoka. Niedawno porównaliśmy te liczby ze szpitalami, które pod względem terapii pracą były mniej aktywne. Okazało się, że czas hospitalizacji i liczba zwolnień w Gütersloh nie przedstawiały się o wiele korzystniej niż w innych szpitalach, z czego wynika, że Simon dążył do socjalizacji chorych bardziej do wewnątrz, do zakładu, niż na zewnątrz, w stronę właściwego obszaru życia pacjentów. Jest to zrozumiałe, jeżeli pamięta się o podstawowych założeniach teorii Simona, według której władza lekarza polegająca właśnie na terapeutycznym spożytkowaniu czynników środowiskowych w zakładzie zamkniętym. Simonowi nie chodziło więc tak bardzo o przywrócenie pacjentów ogólnemu rynkowi pracy, co raczej o uczynienie ich zdolnymi do pracy na terenie zakładu. Tym samym jako prusko - konserwatywny urzędnik dążył do tego, aby zakład w Gütersloh stał się pod względem ekonomicznym możliwie samowystarczalny, aby chorzy psychicznie nie stali się zbyt wielkim ciężarem dla podatników. Jego celem było więc stworzenie pewnego rodzaju wewnętrznej kolonii dla chorych psychicznie z jego rejonu, możliwie spokojnej i mało kosztownej.

Do tej pory próbowałem pokazać, że psychiatryczny koncept Hermanna Simona był nowoczesny pod każdym względem, zarówno w części, z której korzystamy jeszcze dzisiaj, jak



również w części, która jako „idealizm terapeutyczny”, tzn. dążenie do wyleczenia za każdą cenę, mogła stanowić w późniejszym okresie nazistowskim zagrożenie dla życia chorych psychicznie. Stąd też nasuwa się pytanie, jak zachowałby się Simon w 1940 r., kiedy z berlińskiej centrali ds. eutanazji nadeszły formularze meldunkowe, na podstawie których także z Gütersloh deportowano i zamordowano 1000 pacjentów. Czy stawiałby bardziej zdecydowany opór niż większość innych dyrektorów zakładów w Niemczech? W spuściźnie Simona znaleźliśmy na ten temat tekst pewnego wykładu z roku 1931, z którego pochodzi następujące słowa: „Opieki udziela się jedynie człowiekowi słabemu i małowartościowemu, nieodpornemu, a więc niezaradnemu życiowo. ... Skutkiem tego musi się zmóc słabość i niezadarność. ... w sumie ponad 12 milionów mniej wartościowych ludzi, lub inaczej 1/5 społeczeństwa. ... (Państwo) chce utrzymać wszystkich, jednak nie potrafi stworzyć ku temu warunków, stąd wynika beznadziejna nędza. Ktoś będzie musiał umrzeć. Pytanie tylko, które miliony będą musiały umrzeć. Śmierć jest i pozostanie także wybawieniem.”(4) To było w roku 1931 i doskonale odpowiadało ówczesnemu duchowi czasu w Niemczech. Kiedy Simon na krótko przed swoją śmiercią w roku 1946 porządkował swoją spuściznę, dopisał do cytowanego właśnie fragmencie odręczny komentarz: „W związku z tym muszę teraz dodać (1946!): tego – pod względem rzeczowości jeszcze dzisiaj słusznego – ujęcia podstawowej myśli nie uznalbyśmy dzisiaj, po straszliwych doświadczeniach hitleryzmu (wymordowanie chorych psychicznie itp.) za taktycznie korzystne.”(5) W końcu nie mogę więc odpowiedzieć na pytanie, jak zachowałby się Simon w roku 1940 wobec akcji uśmiercania przez eutanazję. Pozostaje straszliwa, mam nadzieję, że pouczająca dwuznaczność.

## Psychoterapia przez pracę w Gütersloh w dniu dzisiejszym

W ostatniej części mojego wykładu chciałbym Państwu przedstawić rozwój psychiatrii w Gütersloh od czasów Hermanna Simona do czasów współczesnych. Następcy Simona w dalszym ciągu sporo uwagi poświęcali zdolności do pracy i terapii pracą, jednak już znacznie

mniej niż Simon i bez wcześniejszych pretensji do monopolu w tym zakresie. Dzisiaj jedynie bicie dzwonów w kościele na terenie zakładu o godz. 17 przypomina o tym, że za czasów Simona pracowano tu do tej właśnie godziny, podczas gdy dzisiaj psychoterapia poprzez pracę odbywa się z reguły tylko przed południem. Popołudnia zarezerwowane są na inne działania terapeutyczne. Zmiana ta, a tym samym dzisiejsza reforma psychiatrii w Niemczech została wywołana przez antyautorytarny ruch rozwijający się po roku 1968. Nowe grupy zawodowe, terapeuci zajęciowi, asystenci socjalni, psycholodzy troszczyli się o różnorodność oferty terapeutycznej. W szczególności psychoterapia odbywa się teraz przede wszystkim werbalnie, bez medium, jakim była praca.

W 1980 r. uzupełniliśmy nasz koncept psychiatrii w Gütersloh o trzy elementy. Po pierwsze zwróciliśmy uwagę na potrzeby własne rodzin chorych psychicznie, dlatego wszystkie oddziały dysponują własnym stowarzyszeniem członków rodzin. Następnie powstała teoria i praktyka pomocy pacjentom - chronikom i ich dehospitalizacji. Po trzecie rozpoczęliśmy rozprawę z okresem nazistowskim w Gütersloh, a tym samym z historią i Hermannem Simonem. Chyba można nawet powiedzieć, że nasze zainteresowanie przewlekłe chorymi pacjentami, którzy spędzili w zakładzie w Gütersloh 10 – 50 lat, zmusiło nas do rozprawy z okresem nazistowskim, a także z Hermannem Simonem.

Dotychczasowy wynik tych starań na płaszczyźnie praktycznej wygląda następująco: nasz rejon składa się z powiatów Gütersloh, Herford i Lippe, obejmujących 800 000 mieszkańców. Jednak nie potrzebujemy tak jak to miało miejsce jeszcze przed 30 laty 1000 łóżek dla pacjentów psychiatrycznych, lecz wystarcza nam ich 350. Od 1980 r. dehospitalizowaliśmy ok. 400 przewlekłe chorych, którzy spędzili w szpitalu od 2 do 50 lat, umieszczając ich we własnych mieszkaniach i oferując im miejsce pracy. W ten sposób został rozwiązany oddział dla upośledzonych umysłowo. Ostatnich 40 osób w oddziale dla chronicznych pacjentów w najbliższych latach również opuści szpital. Dzięki pomocy stowarzyszeń rodzin pacjentów w całym naszym rejonie wynajęliśmy lub zakupiliśmy ponad 100 mieszkań i domów. Podczas gdy większość innych szpitali musiała się jednak wstrzymać z dalszym zwalnianiem pacjentów z powodu braku mieszkań, a pacjenci już wypisani nie mogli zaspokoić swojej potrze-

by pracy, odważę się na stwierdzenie, że my w Gütersloh zawdzięczamy Hermannowi Simonowi to, że poważnie potraktowaliśmy tę potrzebę pracy pacjentów przewlekłe chorych i uwzględniliśmy ją, jednak już nie w zakładzie, lecz w miejscu zamieszkania chorych. W całym naszym rejonie stworzyliśmy również przy wsparciu stowarzyszeń lub poprzez organizowanie spółek z o. o. firmy samopomocy ze 150 miejscami pracy objętymi obowiązkowym ubezpieczeniem socjalnym, gdzie ex - pacjenci mogą samodzielnie wypracować swoje dochody. Dodatkowo z pomocą tychże firm samopomocy utworzyliśmy 150 miejsc dających możliwość dodatkowego zarobku lub pracy w niepełnym wymiarze godzin, dzięki którym ludzie słabsi i chorzy mogą dorobić sobie do renty lub zasiłku socjalnego, a przede wszystkim zaspokoić swoją, choćby nawet ograniczoną potrzebę pracy. Do tego dochodzi 100 miejsc w warsztatach dla niepełnosprawnych, 20 miejsc dla ambulatoryjnej terapii pracą i 80 w centrach rehabilitacyjnych dla chorych psychicznie. Te ostatnie pomysły zostały jako internaty poza obrębem kliniki, w których pacjenci przygotowują się na definitywne wejście w samodzielne życie.

## Próba podsumowania

Na zakończenie chciałbym Państwu pracującym w Gnieźnie, a więc w szpitalu, w którym w czasach nazistowskich mordowano także pacjentów z Gütersloh złożyć sprawę z tego, jak dalece posługujemy się jeszcze dzisiaj teoretycznymi założeniami Hermanna Simona i od którego miejsca odchodzimy od nich. Pomocną okazała się przy tym książka „Holocaust i moderna” polskiego socjologa Zygmunta Baumana (6): Akceptujemy podstawowe antropologiczne przekonanie Simona, według którego każdy człowiek, także człowiek chory psychicznie pragnie swojej realizacji poprzez pracę, tzn. poprzez wspólną obróbkę rzeczy dla dobra innych. Zgadza się także z logicznym tokiem postępowania Simona, które opisałem w pierwszym akapicie, ale tylko do pewnego stopnia, do momentu „aktywniejszego” leczenia pacjentów. Sądzimy jednak, że zrozumieliśmy, iż ta logiczna kolejność kroków Hermanna Simona za bardzo podlega czystej, celowej racjonalności, utylitarnej etyce, instrumental-

nemu rozsądkowi. Taki kierunek myślenia jest logiczny, stąd też fascynujący, ale niebezpieczny dla ludzkiego życia, ponieważ traktuje człowieka jak przedmiot. Jedynie z przedmiotami wolno obchodzić się celowo i racjonalnie, nigdy z ludźmi. Ponieważ celem człowieka jest przede wszystkim on sam i to właśnie stanowi o jego godności. Godność człowieka, której poszanowanie nakazuje nam Konstytucja RFN, chroni wszystkich ludzi przed tym, żeby jako ofiary społecznej modernizacji nie stali się jedynie obiektami celowo - racjonalnych działań. Ludzka godność zmusza nas więc do odejścia od logiki Hermanna Simona przynajmniej w trzech punktach.

1. Nawet w „zakładzie zamkniętym”, w jakiejś instytucji, czy szpitalu nasza władza, tzn. ludzi pracujących w psychiatrii nie może być totalna, bez względu na to, jak błogosławione intencje nam przyswiewcają. Nasza władza rozbija się raczej o godność każdego pojedynczego pacjenta, tym bardziej jeśli chce żyć inaczej, niezgodnie z naszym pojęciem racjonalności. Dopiero poszanowanie godności innego człowieka nadaje godność nam samym. Dlatego nie wolno nam stosować terapii „za wszelką cenę”, obciążając z pacjentami musimy nauczyć się godzić z porażkami i niepowodzeniami i nie obwiniać za nie pacjenta.

2. Praca w szpitalu jest w zasadzie pracą przymusową, ponieważ odbywa się w ramach instytucji, stąd też może służyć tylko jednemu celowi, a mianowicie spowodowaniu, aby pacjent był zdolny do dokonania wyboru rodzaju pracy poza instytucją, nawet jeżeli jest to sprzeczne z ekonomicznymi interesami szpitala, ponieważ tylko praca wybrana przez samego pacjenta da mu możliwość takiej realizacji jako człowieka, która będzie odpowiadała jego poczuciu godności. Najwyraźniej zobaczyliśmy to w firmach samopomocy, oraz w miejscach oferujących możliwość dodatkowego zarobku.

3. Nawet jeżeli wydaje nam się to logiczne, że dzięki naszej mocy kształtowania czynników środowiskowych potrafimy najlepiej sterować chorobliwym zachowaniem pacjenta w szpitalu, to nasz cel może polegać jedynie na przygotowaniu pacjenta do tego, aby lepiej sobie radził nie w szpitalu, lecz w miejscu swojego zamieszkania, z ludźmi, którzy mają jakieś znaczenie dla jego historii życia. Tam, a nie w szpitalu wolno nam otoczyć go ostrożną opieką.

Szanowni Państwo, obawiam się, że mamy przed sobą jeszcze wiele doświadczeń uraża-

jących naszą własną próżność i naszą własną potrzebę władzy. Obecnie zarówno w Gütersloh, jak i w wielu innych miejscach w RFN tworzy się tzw. forum trójstronne, gdzie spotykają się przedstawiciele nas, czyli psychiatrów profesjonalistów z rodzinami chorych psychicznie i samymi chorymi, którzy przyłączyli się do grup samopomocy. Sądzymy, że nie do tychczasowy dialog, lecz dopiero dialog pomiędzy wszystkimi trzema grupami może doprowadzić do tego, że pomożemy sobie nawzajem dostatecznie szanować godność drugiego człowieka i swoją własną. Także Państwu życzę na następne 100 lat możliwie wiele korzystnych doświadczeń.

## Piśmiennictwo

1. Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Nachdruck aus dem Jahre 1929, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1986, S.10
2. a. a. O., S.167
3. a. a. O., S.165 f.
4. zitiert nach: K. Dörner, Tödliches Mitleid, Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis 1993, S.45f.
5. a. a. O., S.64
6. Bauman, Z.: Holocaust und Moderne, Hamburg: Europäische Verlagsanstalt 1992.

## Gütersloher Psychotherapie durch Arbeit - bei Hermann Simon und heute\*

Ich freue mich über die große Ehre, zum Gelingen der 100-Jahr - Feier Ihres psychiatrischen Krankenhauses Gniezno etwas beitragen zu dürfen. In vielen Gesprächen mit meinem Freund und Kollegen Marian Jaska kamen wir immer wieder auf das Thema, daß unsere beiden Krankenhäuser, Gniezno und Gütersloh, nicht nur heute eine herzliche Partnerschaft verbindet, sondern daß auch in der Vergangenheit, insbesondere in den 20er Jahren, vergleichbare Reformimpulse von unseren beiden Krankenhäuser ausgegangen sind. Diese Reformimpulse sind personalisiert in den beiden Anstaltsdirektoren Alexander Piotrowski und Hermann Simon. So kam es zu dem Vorschlag von Herrn Jaska, anlässlich dieser Feier zur Festigung unserer Partnerschaft und zur Symbolisierung der Gemeinsamkeiten in der Geschichte unserer beiden Krankenhäuser das Reform - Engagement von Piotrowski und Simon parallel zu würdigen.

### Gütersloher Psychiatrie bei Hermann Simon

Wenn ich nun damit beginne, Ihnen die Person und die Wirkung Hermann Simons näherzubringen, dann stütze ich mich dabei

\* Vortrag gehalten anlässlich der 100-Jahrs Feier des Psychiatrischen Krankenhauses Dziekanka, Gniezno, 1994

nicht nur auf eigene Gedanken, sondern vor allem auf die Untersuchungen meiner Kollegin Christine Teller, die vielen hier im Raum bekannt ist, da sie als erste den umfangreichen Nachlaß Hermann Simons erforscht hat. Außerdem wird eine umfassende Biographie Hermann Simons von Angela Grüttez in Kürze erscheinen.

Hermann Simon wurde am 22. März 1867 - also 11 Jahre früher als Piotrowski - in Zweibrücken in der Pfalz, heute Saarland geboren. Er studierte Medizin in München, Heidelberg, Berlin und Straßburg. Danach war er fünf Jahre Assistenzarzt an der Bezirksirrenanstalt Saargemünd. 1896 wechselte er für immer nach Westfalen. Er wird Oberarzt an der Provinzialanstalt Dortmund - Applerbeck, veröffentlicht 1898 seine Dissertation mit dem Titel „Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen“. Er macht 1902 die obligate Anstaltsreise, um besonders moderne Krankenhäuser zu studieren, ist für kurze Zeit ab 1902 Oberarzt in Lengerich, bis er 1905 Direktor der Anstalt Warstein wird, an deren Bau er sich zuvor schon beteiligt hatte. Zutiefst empört über die damals als modern geltende Bettenbehandlung der psychisch Kranken, durch die nach seiner Meinung sowohl den Patienten als auch den Ärzten jedes Gefühl für Verantwortlichkeit genommen wurde, hatte er in dieser Warsteiner Bauperiode sein vielleicht entscheidendes Bildungserlebnis: In Warstein „hatten wir das große Anstaltsgelände in einem sehr unfertigen und wüsten Zustand übernommen. ...das Bestreben bei der noch im