

MINISTERSTWO RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT RYNKU PRACY

POUKŁADAJ SWOJE ŻYCIE. AKTYWIZACJA ZAWODOWA OSÓB Z ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI

Zeszyt Informacyjno-Metodyczny Doradcy Zawodowego nr 58

W publikacji zostały wykorzystane materiały opracowane w ramach projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”, zrealizowanego przez Fundację im. Boguchwała Winida na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej w latach 2012–2015.

Projekt był realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, *Priorytet VII. Promocja integracji społecznej, Działanie 7.2. Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej, Poddziałanie 7.2.2. Wsparcie ekonomii społecznej.*

Warszawa 2017

Wydawca:

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Departament Rynku Pracy
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa

Poukładaj swoje życie. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami osobowości.
Zeszyt Informacyjno-Metodyczny Doradcy Zawodowego nr 58

Autorzy publikacji:

Anna Chadzińska-Bielaszka, Kinga Gaudyn, Ewa Jędryś, Marcin Kijas, Iwona Kostrze-
wa, Małgorzata Król, Marek Marczyk, Aleksandra Mykowska, Ewa Niezgda, Małgo-
rzata Nowak, Katarzyna Ociepka-Miąsik, Aleksandra Wieczorek, Zofia Winiarska.

Redakcja merytoryczna:

Irena Mazek
Grażyna Morys-Gieorgica

Grafika: Marcin Mendocha**Projekt okładki:** Marcin Mendocha, Jarosław Zieliński

Wszystkie ilustracje w tekście pochodzą z materiałów opracowanych w ramach pro-
jektu: „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”

Copyright © by Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2017

ISBN: 978-83-64309-58-8

Łamanie i druk: ZWP MRPiPS. Zam. 139/2017.



Ta publikacja została zrealizowana przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej. Publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko jej autora i Komisja Europejska oraz Agencja Wykonawcza ds. Audiowizualnych, Edukacji i Kultury nie ponoszą odpowiedzialności za umieszczoną w niej zawartość merytoryczną.

Spis treści

Wprowadzenie	7
Wstęp	11
I. Zaburzenia osobowości. Podstawowe informacje	15
1. Czym są zaburzenia osobowości?	15
2. Klasyfikacje zaburzeń osobowości	22
ICD-10	22
DSM-IVTR	23
Epidemiologia	25
Jakość życia	26
3. Co to oznacza w praktyce?	26
II. Pomoc dla osób z zaburzeniami osobowości w Polsce	30
1. Podstawy prawne leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami osobowości	30
Opieka całodobowa	31
Opieka dzienna	33
Opieka ambulatoryjna	34
Opieka środowiskowa	35
Koszty	39
2. Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów z zaburzeniami osobowości	40
3. Aktywizacja zawodowa	45
4. Podsumowanie	49
III. Doświadczenia innych krajów w aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z zaburzeniami osobowości	51
1. Indywidualne wsparcie zatrudnienia	51
Praca pomaga w odzyskaniu dobrostanu psychicznego	52
Efektywność metody	54
Siedem podstawowych zasad metody IPS	56
Rola trenera zatrudnienia	59

2. Case study	60
Wdrożenie IPS według Dartmouth IPS Center w USA	60
Wdrażanie IPS w Wielkiej Brytanii	62
Inne formy wsparcia dla pacjentów z zaburzeniami osobowości w Wielkiej Brytanii	63
Wdrażanie IPS w Australii	65
3. Wskazówki odnośnie wdrażania metody IPS w nowych instytucjach	67
Ocena obecnej praktyki, struktury i filozofii	67
Szkolenia i konsultacje	68
Pomoc techniczna poprzez analizę wierności metodzie IPS	69
Pomoc w zmianach organizacyjnych	69
IV. Doświadczenia projektu „Centrum integracji – by móc kochać i pracować”	70
1. Podstawowe informacje o projekcie	70
Partnerzy i wykonawcy projektu	71
Uczestnicy projektu	74
2. Założenia modelu pracy z osobami z zaburzeniami osobowości	75
3. Ośrodek Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F”	78
Organizacja pracy w Ośrodku	84
Plan terapeutyczny Ośrodka	86
Zajęcia dodatkowe	89
V. Strefa aktywizacji zawodowej	97
1. Problemy dotyczące funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości na rynku pracy	97
2. Łączenie leczenia i aktywizacji zawodowej	100
3. Specjaliści zaangażowani w aktywizację zawodową	104
Case manager	104
Doradca zawodowy	105
Zakres zadań doradcy zawodowego	107
4. Zasady pracy doradcy zawodowego z osobami z zaburzeniami osobowości w ramach projektu	108

5. Przygotowanie do uruchomienia działań w projekcie	113
6. Start w aktywizację zawodową	115
Harmonogram działań – kolejne etapy	115
Wolontariat	119
Staż	123
7. Zakończenie procesu aktywizacji zawodowej	124
VI. Refleksje związane z modelem aktywizacji	126
1. Co mogli odkryć uczestnicy	126
2. Trudności doradców zawodowych	126
3. Przejście do normalnego życia. Czego powinien nauczyć się uczestnik?	129
4. Praca z osobami z zaburzeniami osobowości bez wdrożenia modelu	131
ZAŁĄCZNIK 1	133
Wybrane aspekty związane z pracą case managerów	133
Wybrane aspekty związane z pracą doradcy zawodowego	137
1. Identyfikacja zasobów	137
2. Sprawowanie kontroli nad procesem łączenia doświadczeń zdobytych w projekcie i działaniami na „zewnątrz”	137
3. Obawa przed ujawnieniem problemów, jakie klienci mają z samym sobą, swoją historią zawodową, niepowodzeniami	138
4. Utrzymanie aktywności klientów. Kontakty i częstotliwość spotkań	138
5. Przygotowanie do podjęcia zatrudnienia, określanie priorytetów, wyznaczanie celów	139
6. Odpowiedzialność, przełamywanie barier, motywacja	141
7. Trudne sytuacje z perspektywy doradcy zawodowego	142
8. Efekty uzyskane w obszarze aktywizacji zawodowej	145
9. Z doświadczeń doradców zawodowych – historie klientów ..	147
ZAŁĄCZNIK 2	169
Broszura dla rodzin	171

O Autorach

Koncepcja merytoryczna i opracowanie tekstu:

Anna Chadzińska-Bielaszka, psycholog; w projekcie pełniła funkcję koordynatora merytorycznego ds. aktywizacji zawodowej, odpowiadała za koncepcję merytoryczną modelu aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami osobowości.

Małgorzata Nowak, doradca zawodowy w Centrum Informacji i Planowania Karier Zawodowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie; w projekcie zajmowała się aktywizacją zawodową uczestników.

Katarzyna Ociepka-Miąsik, członek Zarządu Fundacji im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej; kierownik projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”.

Opis modelu leczenia:

Ewa Jędrys, Kierownik Interdyscyplinarnego Centrum Terapii dla Pacjentów Szpitala Babińskiego w Krakowie; w projekcie pełniła rolę koordynacyjną.

Marcin Kijas, lekarz psychiatra oraz psychoterapeuta; w projekcie pełnił funkcję kierownika merytorycznego Ośrodka Leczenia Zaburzeń Osobowości Peron 7F.

Ewa Niezgoda, lekarz psychiatra oraz psychoterapeuta, superwizor, Kierownik Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Babińskiego w Krakowie; w projekcie zajmowała się współpracą międzynarodową.

Opis Indywidualnego wsparcia zatrudnienia (IPS):

Iwona Kostrzewa, pracownik firmy Dom Szkoleń Aleksandra Mykowska; w projekcie, zajmowała się tłumaczeniem i opracowaniem materiałów dotyczących IPS.

Aleksandra Mykowska, właściciel firmy Dom Szkoleń i Doradztwa Aleksandra Mykowska; w projekcie zajmowała się koordynacją działań, jako partner odpowiedzialny za aktywizację zawodową.

Broszura dla rodzin:

Kinga Gaudyn, pielęgniarka; w projekcie pełniła funkcję pielęgniarki psychospołecznej i case managera.

Małgorzata Król, pielęgniarka; w projekcie pełniła funkcję pielęgniarki psychospołecznej i case managera.

Aleksandra Wieczorek, lekarz psychiatra; w projekcie zajmowała się badaniem efektywności wsparcia jakie otrzymywali uczestnicy projektu.

Zofia Winiarska, pielęgniarka, w projekcie pełniła funkcję pielęgniarki psychospołecznej oraz prowadziła grupę wsparcia dla rodzin.

Wprowadzenie

Charakterystycznymi cechami współczesnych społeczeństw są m.in. szybkie zmiany w stosowanych technologiach, digitalizacja powodująca wzrost zasobów informacyjnych, a zarazem chaos informacyjny oraz e-wykluczenie wielu osób, wymuszona mobilność zawodowa oraz migracje. Wszystko to ma ogromny wpływ na organizację rynku pracy oraz formy zatrudnienia. W wymiarze indywidualnym oznacza to konieczność przystosowania się ludzi do szybko zmieniającego się środowiska życia i pracy, z czym coraz większa liczba osób ma trudności. Manifestują się one m.in. w postaci coraz częściej występujących problemów psychicznych oraz zaburzeń osobowości. Jak wynika z nielicznych dostępnych badań epidemiologicznych, w zależności od przyjętych kryteriów, od kilku do kilkunastu procent populacji cierpi na choroby psychiczne oraz zaburzenia osobowości. Przykładowo w Stanach Zjednoczonych osoby chore psychicznie stanowią największą i najszybciej rosnącą grupę korzystających z systemu opieki społecznej, co stanowi duże obciążenie dla tej instytucji, gdyż zaledwie niespełna 1% tych osób rocznie powraca na rynek pracy i rezygnuje z otrzymywania świadczeń socjalnych. Podobne tendencje występują w wielu innych krajach. Dlatego poszukuje się ciągle nowych sposobów, które pozwolą przywrócić osoby z problemami psychicznymi lub zaburzeniami osobowości do życia w społeczeństwie oraz podjąć im zatrudnienie. Dotychczasowe formy pomocy medycznej oraz aktywizacji zawodowej dla tych osób, nie przynoszą pożądanых efektów.

W latach 90. w Stanach Zjednoczonych powstał program „Indywidualne wsparcie zatrudnienia” (Individual placement and support, IPS), opierający się na założeniu, że praca pomaga w odzyskaniu dobrostanu psychicznego. W rozdziale III zostały szczegółowo opisane założenia i efekty tego programu, który został wdrożony w USA oraz w innych krajach, m.in. w Anglii, Holandii, Szwajcarii, Australii, Hongkongu. Według dostępnych wyników badań IPS jest trzy razy bardziej skuteczny niż inne metody wsparcia zawodowego dla osób z chorobami psychicznymi. Zgodnie z opiniami badaczy, najważniejszym czynnikiem mającym wpływ na sukces w zakresie zatrudnienia

są chęć do pracy i determinacja. Podstawowe założenia jakie przyjęto w tym programie to: intensywne, zindywidualizowane wsparcie, które towarzyszy osobie chorej przez długi czas, począwszy od etapu poszukiwania pracy, następnie podczas pierwszego okresu zatrudnienia, a w razie potrzeby również podczas trwania zatrudnienia. Pomoc opiera się na doskonałej współpracy specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego oraz trenerów zatrudnienia, którzy posiadają kompetencje doradcy zawodowego, potrafią rozwijać relacje z pracodawcami i prowadzić skuteczne poszukiwania pracy dla swoich klientów. Efektywność metody IPS okazała się bardzo wysoka, gdyż w projektach, w których zastosowano zasady tej metody średnio 61% uczestników znajdowało zatrudnienie na rynku pracy.

Również w Polsce borykamy się z problemem zapewnienia pomocy dla osób z problemami psychicznymi i zaburzeniami osobowości oraz przywracaniem ich do życia społecznego i do pracy. Znalezienie rozwiązania tego problemu jest szczególnie istotne z punktu widzenia publicznych służb zatrudnienia oraz ośrodków pomocy społecznej, gdyż jak wskazują cytowane w tej publikacji opinie doradców zawodowych z urzędów pracy, osoby te stanowią znaczną część długotrwale bezrobotnych klientów tych instytucji. Jednak dostępna w nich pomoc jest niewystarczająca dla tej kategorii klientów.

Z problemem tym zmierzył się zespół specjalistów zaangażowanych w realizację projektu „Centrum integracji – by móc kochać i pracować”, w ramach którego został opracowany i przetestowany praktycznie model interdyscyplinarnej pomocy dla osób bezrobotnych z zaburzeniami osobowości. Charakterystyczne dla tych osób jest posiadanie cech, które utrudniają prawidłowe przystosowanie, co prowadzi do znacznego osłabienia ich funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz często do subiektywnie złego samopoczucia. Informacje dotyczące doświadczeń uzyskanych w tym projekcie, zebrana wiedza dotycząca zaburzeń osobowości oraz wynikające z projektu wnioski dla praktyki stanowią ważną część tej publikacji.

W publikacji została również zamieszczona broszura dla rodzin osób z zaburzeniami osobowości, która została przygotowana w ramach projektu „Centrum integracji – by móc kochać i pracować”. Znajdują się w niej bardzo użyteczne informacje oraz wskazówki, które mogą wykorzystać zarówno

osoby bliskie, jak też doradcy zawodowi wspierający osoby z zaburzeniami osobowości.

Biorąc pod uwagę rezultaty wielu badań i projektów, które zostały przywołane w tej publikacji, należy zwrócić uwagę, że efektywne rozwiązywanie problemów osób z zaburzeniami osobowości wymaga interdyscyplinarnej współpracy różnych specjalistów.

Dlatego udostępniając Państwu tę publikację pragniemy zwrócić uwagę jak ważną rolę do spełnienia mają tu doradcy zawodowi, którzy wyposażeni w odpowiednią wiedzę, we współpracy z lekarzami oraz terapeutami, mogą pomóc osobom z zaburzeniami osobowości powrócić do społeczeństwa i pełnić w nim pełnoprawne role.

Departament Rynku Pracy

Wstęp

Pomysł realizacji projektu, który przedstawiamy w tym wydawnictwie, był od kilku lat rozważany przez Fundację im. Boguchwała Winida Na Recz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej oraz w zespole Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Babińskiego w Krakowie. Wieloletnie doświadczenia pracy klinicznej z pacjentami z zaburzeniami osobowości oraz prywatna praktyka lekarzy, terapeutów i psychologów doprowadziły do przekonania, że jest to grupa pacjentów potrzebujących specjalnych oddziaływań terapeutycznych, które przybliżą ich do pełnienia pełnoprawnych ról społecznych oraz do powrotu na otwarty rynek pracy. Dostępna w Polsce pomoc dla tej grupy osób, w ramach powszechnej opieki zdrowotnej (ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia), to trwające 24 tygodnie specjalistyczne leczenie, w formie pobytu na oddziale stacjonarnym. Zarówno doświadczenia środowiska medycznego jak i rezultaty badań międzynarodowych wskazują, iż program wsparcia oraz leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości powinien być zaprojektowany inaczej. Podstawą wsparcia powinna być długoterminowa psychoterapia, trwająca około 18 miesięcy, wspomagana przez działania na rzecz reintegracji społecznej. Podstawowym celem wszystkich działań powinno być wspieranie pacjentów w podejmowaniu ról społecznych, co sprzyja podejmowaniu przez nich aktywności na otwartym rynku pracy. To bowiem praca oraz aktywność społeczna są tymi czynnikami, które przyczyniają się do rozwoju dojrzałych osobowości.

Na etapie tworzenia planów związanych z wprowadzeniem w Polsce specjalistycznego leczenia zaburzeń osobowości zespół medyczny nie posiadał pełnej wiedzy jak osoby z zaburzeniami osobowości są postrzegane przez instytucje świadczące pomoc społeczną oraz wspierające te osoby w zakresie aktywizacji zawodowej.

Z kolei doradcy zawodowi oraz inni specjaliści pracujący z osobami długotrwale bezrobotnymi, notorycznie tracącymi pracę oraz nieradzącymi sobie w sferze społecznej i emocjonalnej, bywali często bezsilni wobec skali problemów, z którymi się spotykali. Działania pomocowe, które podejmowali pracując z takimi klientami, przynosiły jedynie krótkotrwałe efekty lub nie przynosiły żadnych. Specjalistyczne kompetencje, zaangażowanie i autentyczna chęć niesienia pomocy nie wystarczały w pracy z tą grupą osób. Należy

zwrócić uwagę, że liczba osób z zaburzeniami osobowości jest bardzo liczna. Szacuje się, że stanowią one około 50% wszystkich klientów urzędów pracy i ośrodków pomocy społecznej¹. Pracownicy instytucji pomocowych określają często tę kategorię osób jako „trudnych klientów”. Jak wskazują różne wyniki badań zaburzenia osobowości mogą dotyczyć nawet 20% populacji².

Dzięki kampaniom społecznym prowadzonym w Polsce w ostatnich latach, znacznie wzrósł poziom wiedzy społeczeństwa m.in. na temat schizofrenii czy depresji. Jednak wiedza dotycząca zaburzeń osobowości wśród pracowników instytucji działających w obszarze aktywizacji zawodowej oraz pomocy społecznej, a także w całym społeczeństwie, jest mała i bardzo powierzchowna.

Zaburzenia osobowości utrudniają, a czasem nawet uniemożliwiają normalne funkcjonowanie dotkniętych nimi osób, praktycznie we wszystkich sferach życia. Jedną z najważniejszych jest sfera zawodowa. Problemy osób dotkniętych tym rodzajem zaburzeń nie ograniczają się tylko do etapu poszukiwania pracy, ale istnieją w kontekście pracy w ogóle, m.in. ze względu na wiążące się z nimi problemy emocjonalne, społeczne oraz trudności z radzeniem sobie w różnych sytuacjach. Jednocześnie, jak wskazują m.in. przywołane w niniejszej publikacji doświadczenia innych krajów, przy właściwym prowadzeniu wsparcia często można efektywnie pomóc osobom z takimi zaburzeniami, przygotowując je do prawidłowego funkcjonowania i skutecznego radzenia sobie z problemami, a także przywracając je na rynek pracy.

Pomysłodawcy przedstawianego w tej publikacji projektu postrzegali sytuację dotyczącą pomocy osobom z zaburzeniami osobowości, udzielanej przez różne instytucje, jako dwie niezależne i „nie widzące się” dziedziny aktywności: leczenie i aktywizacja zawodowa. Z perspektywy specjalistów zaangażowanych w proces leczenia kwestia aktywności zawodowej tych osób w ogóle nie istniała. Z kolei doradcy zawodowi nie identyfikowali zaburzeń osobowości, a osoby, które do nich trafiały z takimi zaburzeniami włączali do kategorii „trudny klient”.

¹ Szacunki na podstawie wywiadów z pracownikami socjalnymi ośrodków pomocy społecznej oraz doradcami zawodowymi urzędów pracy podczas szkoleń i spotkań zrealizowanych w trakcie projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”.

² Andrzej Jakubik *O swoistych zaburzeniach osobowości* w: Psychiatria tom II pod redakcją Adama Bilikiewicza, Stanisława Pużynskiego, Janusza Rybakowskiego, Jacka Wciórki 2000, rozdział 9 Zaburzenia osobowości, Epidemiologia i patogeneza. Epidemiologia zaburzeń osobowości jest dosyć skomplikowanym procesem. Więcej na ten temat oraz o samych rozbieżnościach w różnych badaniach epidemiologicznych znajdziecie Państwo w kolejnym rozdziale, w części „Epidemiologia”.

Spotkanie specjalistów reprezentujących te dwa obszary w projekcie umożliwiło stworzenie nowego, efektywnego rozwiązania, które zapewnia pomoc osobom z zaburzeniami osobowości. Wiele elementów takiej zintegrowanej formy pomocy należy jeszcze dopracować, ale generalna zasada łączenia oddziaływań pochodzących z tych dwóch obszarów już okazała się skuteczna.

Efekty projektu wyraźnie pokazują, że leczenie i aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami osobowości nie powinny być odrębnymi, nie powiązanymi ze sobą działaniami, lecz procesami, w których zgodnie z indywidualnymi potrzebami danej osoby, uczestniczą zarówno lekarze jak i pracownicy służb zatrudnienia oraz pomocy społecznej. Pomimo tego, że procesy te przebiegają niezależnie od siebie, to obydwa, w tym samym czasie, wpływają na osobę, dostarczając jej nowej wiedzy, w tym również wiedzy na temat samej siebie. W rezultacie powoduje to u wielu osób z zaburzeniami osobowości zmiany w myśleniu i umożliwia powrót do normalnego życia.

W oddawanym w Państwa ręce opracowaniu dzielimy się naszą wiedzą, obserwacjami i doświadczeniami; prezentujemy wnioski wynikające z projektu oraz przybliżamy stosowane w nim metody pracy. Jak wynika z licznych doświadczeń współpraca interdyscyplinarna daje często znakomite efekty, ale równocześnie jest bardzo wymagająca dla wszystkich uczestniczących w niej stron, gdyż aby wspólnie działać na rzecz wspólnej sprawy konieczna jest przemiana mentalna wszystkich uczestników procesu, otwarcie się na nową perspektywę, uczenie się od siebie nawzajem. Często jest to trudne, ale na pewno warte podjętych wysiłków. Nasze doświadczenia pokazują, że wystarczy zacząć i wdrożyć odpowiednie rozwiązania. Nawet bez tworzenia wspólnych zespołów składających się z różnych specjalistów, co jest postulowane w zagranicznych modelach, oraz wypracowania całościowej wspólnej metody, można zwiększać efektywność pomocy dla osób z zaburzeniami osobowości. Zachęcamy więc do korzystania z prezentowanych tu treści, gdyż model aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami osobowości powinien być rozwijany wraz z rosnącą otwartością na współpracę interdyscyplinarną.

W tym miejscu, w imieniu Fundacji im. Boguchwała Winida Na Recz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej, dziękujemy zespołowi doradców zawodowych i pracowników socjalnych, którzy wzięli udział w projekcie: *Dominice Banach, Dorocie Bukowieckiej, Dominice Charyton, Danucie Kordzie, Joannie Kowalik, Markowi Marczykowi, Małgorzacie Nowak, Magdale-*

nie Ogorzałek, Elżbiecie Wiśniewskiej. Dzięki ich zaangażowaniu, uczestnicy projektu mogli rozwijać skrzydła i wrócić na rynek pracy. Ten projekt nie udałby się bez Was.

Blisko dwa lata po zakończeniu projektu, zdecydowana większość osób, które brały udział w projekcie utrzymuje się na rynku pracy, awansuje, zmienia pracę, rozwija się. Dla nas wszystkich, którzy braliśmy udział w realizacji projektu, stanowi to największą satysfakcję.

Anna Chadzińska-Bielaszka

Koordinator merytoryczny ds. aktywizacji zawodowej

Katarzyna Ociepka-Miąsik

Kierownik projektu

„Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”

I. Zaburzenia osobowości. Podstawowe informacje

W tym rozdziale zostaną przedstawione podstawowe informacje dotyczące zaburzeń osobowości. Znajdą się wśród nich definicje oraz krótkie informacje o klasyfikacjach zaburzeń osobowości, opis zaburzeń osobowości, kontekst ich występowania a także podstawowe informacje na temat ich pochodzenia. Informacje te są niezbędne, aby zrozumieć na czym powinna polegać pomoc osobom z zaburzeniami osobowości w świetle aktualnej wiedzy. Przedstawiono tu także tzw. dobre praktyki zagraniczne oraz własne doświadczenia zdobyte w działaniach realizowanych w ramach projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”.

1. Czym są zaburzenia osobowości?

Od wielu lat „zaburzenia osobowości” istnieją jako odrębna kategoria diagnostyczna, zarówno w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowia ICD-10³, jak i w amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych DSM⁴.

Aby odpowiedzieć na pytanie czym są zaburzenia osobowości, trzeba wyjaśnić pojęcie „osobowości.” Od osobowości zależy ogólna kondycja psychiczna człowieka. To osobowość steruje procesami radzenia sobie i decyduje o możliwościach psychologicznego przystosowania się lub nieprzystosowania człowieka do środowiska. Osobowość, za T. Millonem i R. Davisem⁵, można porównać do układu immunologicznego, od którego wydolności zależy, czy np. w zetknięciu z czynnikiem chorobotwórczym dojdzie do powstania infekcji czy też nie. Idąc dalej za tym porównaniem, problemy psychologiczne i czynniki środowiskowe, czyli tzw. stresory są odpowiednikami czynników chorobotwórczych. Od tego jak ukształtowana jest osobowość i jakimi cechami dysponuje, zależeć będzie, czy u danej osoby pod wpływem różnych

³ Jeśli w treści Zeszytu będzie używany skrót ICD-10, to zawsze odnosi się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

⁴ Jeśli w treści Zeszytu będzie używany skrót DSM, to zawsze odnosi się do Amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) DSM.

⁵ Millon T, Davis R. *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP. Warszawa 2005.

stresorów dojdzie do powstania objawów świadczących o zaburzeniach psychicznych. Gdy w skład osobowości wchodzi niewiele cech ułatwiających przystosowanie się, wówczas zdolność do poradzenia sobie z takim stresorem psychospołecznym, jakim jest na przykład utrata pracy, będzie niewielka i może łatwo dojść na przykład do wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Osobowość definiujemy zatem jako zespół cech określających zachowanie, myśli i emocje człowieka. Cechy te są głęboko zakorzenione oraz wyrażają się w sposób automatyczny, w każdej niemal sferze naszego funkcjonowania.

Osobowość ma każdy z nas. To ona określa jacy jesteśmy i odróżnia nas od innych ludzi. To zbiór cech właściwych każdemu z nas, który powstaje jako wypadkowa uwarunkowań biologicznych i oddziaływań środowiska, w jakim przychodzimy na świat i dorastamy. Uwarunkowania biologiczne psychologia nazywa **temperamentem**, natomiast efekt oddziaływań środowiskowych nazywa się **charakterem**.

Przykładem pierwszej próby opisanie czym jest **temperament** jest podział, który zastosował Hipokrates w Starożytności. Podzielił on ludzi na typ: melancholiczny, choleryczny, sangwiniyczny i flegmatyczny. Każdemu z nich przypisał charakterystyczne dla niego zachowania i cechy. Melancholik to osoba depresyjna, wrażliwa, dążąca do perfekcji. Choleryk jest porywczy, mało wyrozumiały i ma zdolności przywódcze. Sangwinik – to osoba pogodna, towarzyska, często niezorganizowana. A flegmatyk to ktoś powolny, spokojny, powściągliwy i beznamiętny. Choć podział Hipokratesa oparty jest tylko na wnikliwych obserwacjach otaczających go ludzi, to jednak do pewnego stopnia pozostaje on nadal aktualny. Co więcej, współczesna nauka próbuje szukać jego podłoża neurobiologicznego.

Jan Strelau, współczesny badacz temperamentu, definiuje go jako: „**zespół względnie stałych właściwości organizmu, które przejawiają się w takich formalnych cechach, jak poziom energetyczny i charakterystyka czasowa.**”⁶ Cechy te są pierwotnie biologicznie zdeterminowane, a temperament wpływa na przebieg czynności i działań realizowanych przez każdego z nas. Poniższe zestawienie pokazuje różnice pomiędzy temperamentem a osobowością:

Temperament:

- to wynik ewolucji biologicznej;
- jest właściwy człowiekowi i zwierzętom;

⁶ Strelau, J. (1995). *Temperament, osobowość, działanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Strelau, J. (1998). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- jest obecny od urodzenia, zdeterminowany przez wrodzone mechanizmy fizjologiczne, w toku rozwoju podlega zmianom pod wpływem środowiska;
- obejmuje formalne cechy zachowania.

Osobowość:

- to wytwór warunków społeczno-historycznych;
- jest typowa tylko dla człowieka;
- nie ma jej w momencie urodzenia, kształtuje się na bazie cech temperamentalnych, pod wpływem interakcji ze środowiskiem;
- obejmuje aspekt treściowy zachowania, w którym wyraża się stosunek do świata i samego siebie.

Drugą składową osobowości to **charakter**, czyli cechy, które są nabywane w trakcie wychowania, kształtują się pod wpływem różnych doświadczeń życiowych. Dla ukształtowania charakteru szczególne znaczenie mają doświadczenia nabyte w pierwszych latach życia. Charakter wskazuje na stopień, w jakim osobie udało się dostosować do otaczającej ją rzeczywistości i wymogów społecznych, w których żyje. Czasami utożsamia się go z osobowością i używa tych pojęć zamiennie. W zależności od okoliczności społecznych i kulturowych, w jakich żyją ludzie, cechy którymi dysponują, mogą pomagać im żyć w tych warunkach (przystosować się do nich) lub nie. Jeśli potrafimy się dobrze przystosować, to zazwyczaj czujemy się spełnieni w życiu, prowadzimy satysfakcjonujące nas życie rodzinne, towarzyskie i zawodowe. Jeśli natomiast przeważać będą tzw. cechy nieprzystosowawcze (patologiczne) lub jedna z takich cech przybierze nasilenie, które uniemożliwi nam przystosowanie się do życia w konkretnych warunkach, będziemy mówić o patologii osobowości.

W przypadku zaburzeń osobowości nie da się całkowicie obiektywnie odróżnić normy od patologii. Można przyjąć, że jest to pewnego rodzaju kontinuum. Jeśli za normę uznamy swoisty konformizm wobec zachowań i obyczajów typowych dla danej grupy odniesienia, w której jednostka funkcjonuje, to patologię stanowić będą takie zachowania, które występują stosunkowo rzadko, są nieodpowiednie lub nieznanne w grupie odniesienia tej jednostki. Mogą to być albo pojedyncze cechy, które nabierają silniejszego wyrazu, np. kiedy asertywność przechodzi w agresję, albo kiedy istnieje duża liczba cech nieprzystosowawczych.

A zatem **zaburzenia osobowości**, to występowanie takich cech, które są niepodatne na zmianę, i które utrudniają prawidłowe przystosowanie, co prowadzi do znacznego osłabienia funkcjonowania społecznego, zawodowego i/lub do subiektywnie złego samopoczucia. Często zaburzeniom osobowości

towarzyszy występowanie różnych objawów psychopatologicznych lub zaburzeń psychicznych, np. objawów lękowych, depresyjnych, psychotycznych, zachowań autoagresywnych oraz uzależnień.

Opisywane często w psychiatrii problemy i zaburzenia, które trwają przez pewien czas, jak na przykład epizod depresji, zazwyczaj mają swój początek i koniec. W przypadku zaburzeń osobowości jest inaczej, w odniesieniu do nich można powiedzieć, że ktoś „taki był i taki jest”, albo że „taka jest jego natura”.

Cechy osobowości mają wpływ na sposób myślenia i zachowania każdego człowieka oraz na jego relacje z innymi ludźmi. Zazwyczaj nie ulegają one zmianie, przez co dana osoba działa i myśli podobnie w porównywalnych sytuacjach. Jeśli jednak pewne cechy są znacznie wyostrzone, wyolbrzymione oraz wyraźnie odbiegające od wzorców rozpowszechnionych i akceptowalnych w danej kulturze, można podejrzewać zaburzenia osobowości. Zaburzenia osobowości można nazwać również „zaburzeniami relacji”, bowiem to one są odpowiedzialne za trudności we współżyciu z innymi, w nawiązywaniu oraz utrzymywaniu kontaktów, narażając osobę zaburzoną i jej otoczenie na cierpienie.

Przedstawienie wszystkich obszarów, na które wpływ mają zaburzenia osobowości, jest zadaniem trudnym i skomplikowanym. Wynika to właśnie z natury tych zaburzeń. Mówiąc o zaburzeniach osobowości mówimy bowiem o życiu danej osoby, o jej relacjach z bliskimi, ze współpracownikami czy sporadycznie spotykanymi osobami.

Wyobraźmy sobie, że znajdujemy się nagle w nieznanym sobie kraju. Nie znamy języka ani zwyczajów, nie wiemy czego się spodziewać i jak rozumieć zachowania mieszkańców. Instynktownie potrzebujemy bezpieczeństwa, chętnie znaleźlibyśmy kogoś na kim będziemy mogli polegać. Stopniowo uczymy się obowiązujących w tym kraju reguł, coraz sprawniej poruszamy się po poznawanym terenie oraz odpowiadamy na sygnały płynące od mieszkańców. Z czasem zaczynamy się czuć pewnie i dobrze sobie radzić. Ale co się stanie, gdy podczas poznawania nowego świata, będziemy dostawać sprzeczne komunikaty, żadne reguły nie będą działać, sytuacja będzie się zmieniać w zależności od jakichś mało zrozumiałych okoliczności, i nie dostaniemy od nikogo pomocy, na nikim nie będziemy mogli polegać? Jak nauczymy się wówczas radzić sobie? Czy będziemy mieć szansę na poczucie bezpieczeństwa, nie wiedząc czego się spodziewać, gdy ktoś z jakiegoś powodu nas zaatakuje?

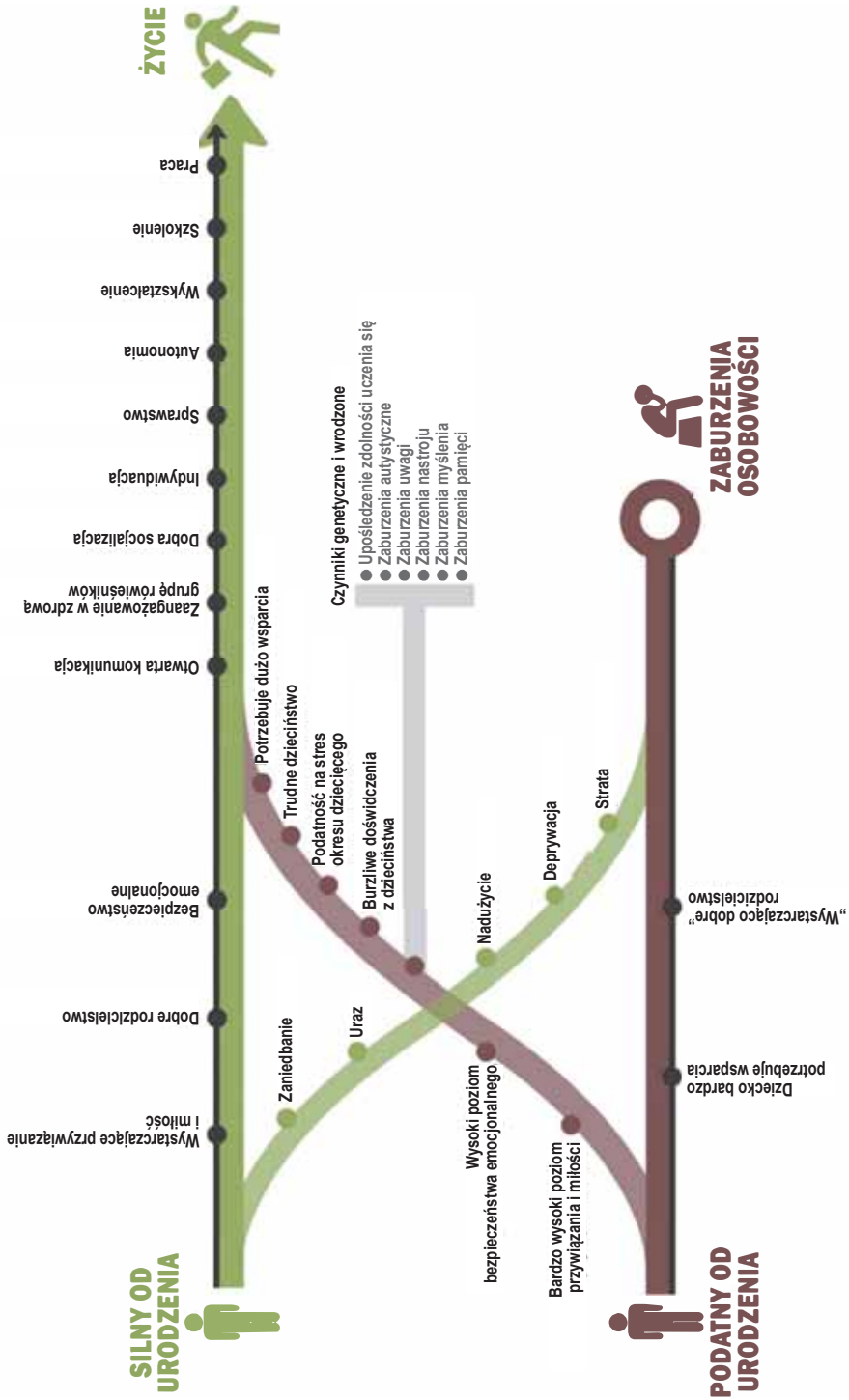
W historii osób z zaburzeniami osobowości najczęściej znajdziemy szereg podobnych zdarzeń: trudności w rozwoju, kryzysy w środowisku domowym, dysfunkcyjność rodziny i szereg innych. Niezależnie od przyczyn leżących

u podłoża zaburzeń, typowe dla tej grupy są trudności z odnalezieniem się w świecie oraz wypracowaniem funkcjonalnych sposobów radzenia sobie. Niepewne, niezrozumiałe i zmienne środowisko, w którym nie ma prawidłowo określonych granic, tzn. tego co i kiedy wolno, za co się bierze odpowiedzialność, kiedy należy się bronić etc., sprawia, że dziecko dorasta w świecie postrzeganym w podobny sposób, jak opisany powyżej nieznaną kraj, którego nie sposób się nauczyć. Jako osoba dorosła nadal nie potrafi sobie radzić oraz postrzega świat jako niezrozumiałą lub wrogą. Nie mając odpowiednich warunków w okresie dorastania, pozostaje niedojrzała, często zależna, niepewna siebie oraz niezdolna do samodzielności. Dlatego w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości konieczne są jasne reguły i oczekiwania, konsekwentne ich przestrzeganie oraz mądrze udzielane wsparcie. Takie podejście pozwala „odrobić zaległości” z dzieciństwa w porządkowaniu świata i zacząć go rozumieć, by móc sobie w nim radzić. W zrozumieniu tego jak wiele czynników wpływa na rozwój osobowości może pomóc przyjrzenie się dwóm ścieżkom rozwoju osobowości.

Pierwsza ścieżka obrazuje rozwój tzw. **osoby silnej od urodzenia** i pokazuje zdrowy proces rozwoju, podczas którego dziecko spotyka się z dobrym rodzicielstwem, bezpieczeństwem emocjonalnym, otwartą komunikacją oraz zdrową grupą rówieśniczą. Wszystkie etapy w rozwoju jednostki przebiegają tak, że jej rozwój jest harmonijny i prowadzi w kierunku przyszłej samodzielności, zdolności do pełnienia pełnoprawnych ról społecznych: rodzica, członka rodziny, pracownika, przedsiębiorcy, etc.

Druga ścieżka obrazuje rozwój osoby, w życiu której ma miejsce ciąg zaniedbań, nadużyć, przeżytych traum, w wyniku czego rozwój osobowości przebiega nieprawidłowo. W okresie dzieciństwa i nastoletnim często rozpoznane są zaburzenia zachowania, a po osiągnięciu pełnoletności zaburzenia osobowości. Mamy tu do czynienia z tzw. **osobą podatną od urodzenia**. Takie dziecko, z dużym prawdopodobieństwem, może stwarzać liczne problemy wychowawcze. Jeśli otrzyma tylko „dobrą” opiekę, ale bez wyjątkowo silnego wsparcia, istnieje duże prawdopodobieństwo, iż rozwój jego osobowości będzie podążał w kierunku zaburzeń osobowości. Natomiast jeśli dziecko otrzyma w odpowiednim okresie bardzo wysoki poziom bezpieczeństwa emocjonalnego i więzi, jeśli jego opiekunowie będą zdawać sobie sprawę z potrzeby zapewnienia mu wysokiego poziomu miłości i wsparcia, jest duże prawdopodobieństwo, iż mimo trudności wychowawczych będzie rozwijało się dalej prawidłowo.

Opisane ścieżki przedstawia poniższy rysunek. Analizując go należy pamiętać, iż jest to pewien schemat, a więc zakłada się w nim duży stopień generalizacji, jednak oddaje on główną ideę ścieżek rozwoju osobowości.

Rysunek 1. Ścieżka rozwoju zaburzeń osobowości⁷

7 Ścieżka bazuje na rozbudowanych ścieżkach rozwoju osobowości: RexHaigh, www.personalitydisorder.org.uk.

Dla zaburzeń osobowości charakterystyczne jest występowanie mechanizmu tzw. „błędnego koła”. Oznacza to, iż patologiczne cechy osobowości prowadzą do wytworzenia sztywnych strategii postępowania, które zazwyczaj powtarzane są, niezależnie od okoliczności. Mimo że przysparzają osobie licznych trudności i porażek, to poprzez nieustanne ich powtarzanie ulegają utrwaleniu. Na przykład, podejrzliwość często prowadzi do nieporozumień z otoczeniem oraz sprzyja odrzuceniu takiej osoby przez innych. W takiej sytuacji pierwotna podejrzliwość i nieufność utrwała się i jeszcze bardziej izoluje jednostkę od otoczenia.

Należy zwrócić uwagę, że zaburzenia osobowości nie dotyczą tylko samej osoby, ale praktycznie zawsze oddziałują na inne osoby z otoczenia.⁸ Osoby z zaburzeniami osobowości zazwyczaj mają trudności w kontaktach społecznych, gdyż przejawiają takie zachowania jak np.: wybuchy gniewu, manipulacje, nieufność, które z kolei wywołują intensywne uczucia w innych. Osoby te zwykle miewają również kłopoty w pracy, przejawiające się między innymi: częstymi zmianami pracy, wieloletnim bezrobociem, brakiem jakiegokolwiek aktywności, pracą na stanowiskach poniżej możliwości oraz gorszą tolerancją na stres. Często zdarza się, że poszukują pomocy głównie po to, aby zmniejszyć stres zewnętrzny. Oczekują, że leczenie zmieni otoczenie, a nie ich samych.⁹

Dla zaburzeń osobowości charakterystyczne są:

- długotrwanie utrzymujące się trudności w różnych sferach życia;
- sztywność, brak modyfikacji zachowań;
- lęk ograniczający zdolność działania, ujawniający się w postawach;
- ograniczona zdolność do empatii;
- niedojrzałość;
- konflikty interpersonalne;
- trudności w związkach emocjonalnych;
- trudności w pracy.

Osoby z zaburzeniami osobowości generalnie są skoncentrowane na sobie. Przeżywane emocje i trudności sprawiają, że trudniej im obiektywnie

⁸ Jak bardzo zaburzenia osobowości danej osoby wpływają na najbliższą rodzinę i bliskich tej osoby pokazały realizowane w ramach projektu spotkania grupy wsparcia dla rodzin, podczas których uczestnicy grupy mogli uzyskać dla siebie pomoc.

⁹ McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2009.

spojrzeć na rzeczywistość i adekwatnie oceniać znaczenie wydarzeń czy okoliczności, które ich dotyczą. Często mogą przeceniać lub niedoceniać swoje możliwości oraz opacznie widzieć motywy postępowania innych ludzi. Pracując z osobami z zaburzeniami osobowości, warto mieć na względzie, że zwykle z trudem przyjmują krytykę oraz są na nią bardzo wrażliwe, mają niższą odporność na stres, łatwiej się zniechęcają, mają trudności z utrzymaniem motywacji, często mają małą wiarę w siebie, zaniżone i nierzadko chwiejne poczucie własnej wartości.

2. Klasyfikacje zaburzeń osobowości

Jak już wcześniej wspomniano, zaburzenia osobowości są zdefiniowane zarówno w obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10, jak i w DSM-IVTR. Cechą wspólną obu tych klasyfikacji jest to, że mają one charakter kategoryalny, tzn. że postawienie diagnozy klinicznej opiera się na zidentyfikowaniu, a następnie odpowiednim zakwalifikowaniu stwierdzonych u pacjenta cech, postaw lub zachowań typowych dla danej kategorii zaburzeń osobowości.

ICD-10

ICD-10¹⁰ umieszcza zaburzenia osobowości w rozdziale kodowanym jako **specyficzne zaburzenia osobowości – F60** oraz traktuje je tak samo jak wszystkie inne diagnozy medyczne, czyli na równi z chorobą afektywną dwubiegunową, schizofrenią czy zapaleniem płuc. **Definiuje je jako: ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się osoby, zazwyczaj obejmujące kilka wymiarów osobowości i prawie zawsze związane z dostrzegalnym zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego i społecznego. Zaburzenia osobowości pojawiają się w okresie późnego dzieciństwa lub w wieku młodzieńczym i trwają nadal w wieku dojrzałym.**¹¹

Rozpoznanie zaburzeń osobowości nie stawia się w przypadkach bezpośrednio związanych ze znacznym uszkodzeniem lub chorobą mózgu lub z innymi zaburzeniami psychicznymi. Zazwyczaj niezbędne jest stwierdzenie przynajmniej trzech cech lub zachowań przedstawionych w opisie klinicz-

¹⁰ ICD-10. *Badawcze kryteria diagnostyczne*, „Vesalius” IPiN, Kraków–Warszawa – 1998.

¹¹ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.

nym charakteryzującym dane zaburzenie osobowości. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 zaburzenia osobowości dzielą się na następujące kategorie zaburzeń (F60-F61):

- **specyficzne zaburzenia osobowości (F60):**
 - osobowość paranoiczna (F60.0),
 - osobowość schizoidalna (F60.1),
 - osobowość dysocjalna (F60.2),
 - osobowość chwiejna emocjonalnie (F60.3):
 - ▷ osobowość chwiejna emocjonalnie typ impulsywny (F60.30),
 - ▷ osobowość chwiejna emocjonalnie typu borderline (F60.31),
 - osobowość histrioniczna (F60.4),
 - osobowość anankastyczna (F60.5),
 - osobowość lękliwa (unikająca) (F60.6),
 - osobowość zależna (F60.7),
 - inne określone zaburzenia osobowości (F60.8),
 - zaburzenia osobowości BNO (bliżej nie określone) (F60.9);
- **zaburzenia osobowości mieszane (F61).**

DSM-IVTR

Z kolei amerykański system klasyfikacji psychiatrycznej DSM-IVTR¹² nie rozpatruje zaburzeń osobowości w tej samej kategorii co inne zaburzenia psychiczne. Jest to model wieloosiowy, który na pięciu niezależnych osiach opisuje różne czynniki wpływające na zachowanie człowieka. Na osi I umieszczone są takie zespoły kliniczne jak: zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne czy zaburzenia psychotyczne, które zazwyczaj stanowią powód zgłoszenia się po pomoc do lekarza czy psychoterapeuty. Oś II opisuje zaburzenia osobowości, które stanowią kontekst i podłoże dla wystąpienia objawów z osi I. Kolejne osie opisują następujące obszary: oś III – ogólne uwarunkowania medyczne, oś IV – problemy psychospołeczne i środowiskowe, oś V – ogólną ocenę funkcjonowania. Takie podejście pomaga zrozumieć znaczenie osobowości dla całości funkcjonowania człowieka oraz przyczyny wystąpienia poszczególnych objawów psychopatologicznych. W ten sposób wyraźnie podkreślony zostaje również fakt, że zaburzeń osobowości nie należy traktować jako choroby w sensie medycznym. DSM-IVTR opisuje zaburzenia osobowości w trzech skupiskach, które nazywa się klasterami.

¹² Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR*. ElsevierUrban&Partner. Wrocław 2008.

Rysunek 2. Podział zaburzeń osobowości – różne typy zaburzeń osobowości



Poniżej prezentujemy opis najczęściej diagnozowanych typów zaburzeń osobowości, choć klinicyści zaznaczają, iż rzadko zdarza się, aby dana osoba miała diagnozę obejmującą tylko jeden typ zaburzeń, gdyż często występują typy mieszane:

- **osobowość paranoiczna** – dominuje doszukiwanie się u innych niechęci i wrogości, wycofywanie się z kontaktów z ludźmi, przesadna podejrzliwość, nadmierna wrażliwość na lekceważenie oraz krytykę, niezdolność do wybaczenia urazy;
- **osobowość schizoidalna** – samotniczy tryb życia, brak wyraźnej potrzeby kontaktów z innymi oraz ograniczone wyrażanie emocji w kontaktach interpersonalnych;
- **osobowość schizotypowa** – liczne dziwactwa i ekscentryczność zachowania, myślenia, afektu, mowy, wyglądu zewnętrznego; występują zachowania zdominowane społecznymi oraz interpersonalnymi deficytami, naznaczone silnym dyskomfortem i ograniczoną zdolnością do zawierania bliskich znajomości i utrzymywania związków z innymi;
- **osobowość histrioniczna** – zachowania i ekspresja pełne dramatyzmu i wyrazistości, przesadne reakcje emocjonalne, teatralność zachowań, usiłowanie zwrócenia na siebie uwagi oraz prowokacyjna seksualność;
- **osobowość narcystyczna** – wyraźnie zawyżona samoocena oraz przesadne wyczulenie na punkcie znaczenia własnej osoby, potrzeba bycia podziwianym, brak empatii i niezdolność do przyjęcia perspektywy innych;

- **osobowość antyspołeczna** – zachowania nieprzystosowawcze, nie uwzględniające praw innych osób;
- **osobowość chwiejna emocjonalnie typu *borderline*** – dominują zaburzenia poczucia własnej tożsamości i odrębności, trudności wchodzenia w bliższe związki z ludźmi oraz brak prawidłowej kontroli emocji;
- **osobowość unikająca** – cechami wyróżniającymi są wstydlivość i nieśmiałość, trudności w kontaktach społecznych i unikanie ich, mimo dążenia do bycia akceptowanym i pragnienia relacji interpersonalnych oraz w większości przypadków zaniżona lub nieprawidłowa samoocena;
- **osobowość zależna** – dominują zależność i podporządkowanie innym, występuje przesadna potrzeba bycia pod opieką, prowadząca do zachowań nacechowanych uległością oraz strachem przed opuszczeniem, ciągła obawa przed popełnieniem błędu i związana z nią bierność, unikanie podejmowania ważnych decyzji dotyczących swojego życia;
- **osobowość anankastyczna (obsesyjno-kompulsywna)** – przesadna dbałość o porządek, perfekcjonizm, kontrola umysłowa w kontaktach interpersonalnych, kosztem elastyczności, otwartości i efektywności.

Epidemiologia

Według danych z krajów, w których przeprowadzono badania epidemiologiczne obejmujące zaburzenia osobowości, rozpoznanie to dotyczy od 2,1 do 18% populacji ogólnej. Osoby te stanowią 5–8% wszystkich zgłaszających się po pomoc do lekarzy różnych specjalności oraz ok. 7,4 – 50% osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych.¹³ Dla przykładu, w Wielkiej Brytanii od 5% do 12% populacji spełnia kryteria uprawniające do rozpoznania zaburzenia osobowości, w Holandii 13,5%¹⁴. Jest więc to dość często występujący problem. Dla porównania, tylko około 1% osób będzie miało co najmniej jeden epizod psychozy w pewnym momencie życia, a około 2% ludzi cierpi z powodu ciężkiej depresji. Niektóre z osób, które spełniają kryterium

¹³ Andrzej Jakubik *O swoistych zaburzeniach osobowości* w: Psychiatria tom II pod redakcją Adama Bilikiewicza, Stanisława Pużynskiego, Janusza Rybakowskiego, Jacka Wciórki, Warszawa 2000, rozdział 9 *Zaburzenia osobowości, Epidemiologia i patogeneza*. Więcej informacji dotyczących badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń osobowości można znaleźć w artykule: Joanna Rymaszewska, Tomasz Adamowski, Tomasz Pawłowski, Andrzej Kiejna, *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych. Przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (3): 195.200, str. 197.

¹⁴ *Zaburzenia osobowości: diagnostyka i leczenie*, Broszura informacyjna poświęcona zaburzeniom osobowości, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2013, Utrecht.

zaburzenia osobowości, mają stosunkowo łagodne problemy i mogą potrzebować leczenia tylko w trudnych momentach, ale wiele osób żyje stale z problemami, które wpływają na ich samopoczucie, ich relacje z innymi i codzienne życie.¹⁵

Jakość życia

Zaburzenia osobowości w bardzo znaczący sposób obniżają jakość życia osób zmagających się z tym problemem. Jakość życia można przedstawić na skali od 0 do 1, gdzie 0 oznacza całkowity brak, a 1 optymalną jakość życia. **Jakość życia osób z zaburzeniami osobowości wynosi 0,56.** Jest to niski poziom, który jest porównywalny z jakością życia osób z poważnymi dolegliwościami medycznymi, takimi jak cukrzyca, reumatyzm lub choroba Parkinsona. **Jakość życia w przeciętnym społeczeństwie wynosi dużo więcej, tj. 0,85.** Innymi słowy **oznacza to, że osoby z zaburzeniami osobowości doświadczają gwałtownej utraty jakości życia.** Ponadto osoby te zmagają się często z różnymi problemami zdrowotnymi. Zła jakość życia wyraża się także w skłonnościach samobójczych, w szczególności u pacjentów z zaburzeniem osobowości typu *borderline*. **Skłonności samobójcze występują u 84% pacjentów,** przy czym 60–70% podejmuje skuteczne próby samobójcze. Każdy, kto dokonuje próby samobójczej, angażuje 6–11 innych osób, co jednoznacznie dowodzi, że zaburzenia osobowości mogą również mieć istotny wpływ na jakość życia najbliższych osób.¹⁶

3. Co to oznacza w praktyce?

Każdy z nas ma osobowość, tj. zbiór cech właściwych tylko nam, które sprawiają, że każdy człowiek jest inny. U każdego występują też pewne cechy osobowości, które czasami bywają kłopotliwe. Każdy także ocenia innych w kontekście ich cech osobowości: czasami kogoś postrzegamy jako ekstrawertyka, a czasami jako osobę nieśmiałą. Cechy, które opisują osobowość każdego człowieka mogą się czasem wydawać przeciwstawne lub

¹⁵ *Meeting the challenge, making a difference.* Community PD management handbook, published by DH in 2014, str. 12.

¹⁶ Djøra Ingele Soeteman, Economic Evaluation of Psychotherapy for Personality Disorders: burden of disease, cost-effectiveness, and the value of further research and active implementation, str. 19, http://repub.eur.nl/pub/19865/100603_Soeteman,%20Djora%20Ingele.pdf

sprzeczne: np. dana osoba może być ostrożna, gdy chodzi o pieniądze, ale impulsywna w momencie nawiązywania kontaktów z drugim człowiekiem lub może być bardzo poważna i sumienna w pracy, ale zabawna i ciepła, gdy przebywa z przyjaciółmi. Niektóre cechy naszej osobowości mogą sprawiać, że w pewnych sytuacjach pojawiają się problemy. Na przykład ktoś, kto na ogół dobrze radzi sobie w życiu, może mieć skłonności do rozdrażnienia oraz podejrzliwości, gdy spotyka kogoś nowego lub niepokoi się, gdy jest sam. Pojawia się więc pytanie, jak rozróżnić czy osoba posiadająca cechy osobowości, które czasami powodują problemy, ma zaburzenia osobowości?

By móc czyjeś problemy określić mianem zaburzeń osobowości, stosuje się często tzw. regułę 3 x P od pierwszej litery P w angielskiej wersji słów: problematyczne (*problematic*), trwałe (*persistent*) oraz wszechobecne (*pervasive*).¹⁷

- W przypadku osoby, u której zdiagnozowano zaburzenia osobowości, indywidualne cechy osobowości muszą wykroczać poza normy uznawane w społeczeństwie, w którym dana osoba żyje, być źródłem cierpienia jej i/lub innych, i/lub poważnie utrudniać jej funkcjonowanie. Cechy te są przyczyną **problemów** ich właściciela.
- Zaburzenia osobowości są schorzeniami przewlekłymi, co oznacza, że cechy generujące problemy utrzymują się przez długi czas; zwykle pojawiają się w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości, są stosunkowo stabilne i mogą być obecne w późniejszym życiu. Cechy te są **trwałe**.
- Stwarzające problemy cechy powodują cierpienie i trudności w wielu różnych aspektach czyjegoś życia, np. takich jak: kwestie intymne, rodzinne oraz relacje społeczne, sposób, w jaki ktoś postrzega świat wokół siebie, a także jego stosunek do siebie (świat wewnętrzny), we wszelkich miejscach pracy lub zajęciach, które dana osoba wykonuje. Mogą one mieć również wpływ na sposób, w jaki dana osoba odnosi się do możliwych źródeł pomocy. Są one obecne w większości, jeśli nie we wszystkich aspektach życia człowieka. Innymi słowy, są **wszechobecne**.¹⁸

¹⁷ Winifred Bolton, Camden and Islington NHS Foundation Trust Kath Lovell, Emergence Lou Morgan, Emergence Heather Wood, Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, *Meeting the challenge, making a difference. Community PD management handbook*, published by DH in 2014.

¹⁸ Ibidem.

Po czym można rozpoznać, że mamy do czynienia z osobą z zaburzeniami osobowości? Różne rodzaje informacji oraz sygnały (objawy) mogą zwrócić naszą uwagę na fakt, że ktoś ma zaburzenia osobowości. Nigdy nie będzie jednak tak, że wszystkie charakterystyczne objawy będą obecne u danej osoby. Należy też mieć na uwadze, że niektóre z nich mogą być związane z innymi rodzajami problemów, jak np. choroby przewlekłe. Natomiast jeśli osoba posiada kilka wymienionych cech, to można zacząć się zastanawiać, czy nie mamy do czynienia z zaburzeniami osobowości.

Sygnały, na które warto zwrócić uwagę¹⁹:

1. Jak zachowuje się osoba, która ma zaburzenia osobowości i jak opisuje samą siebie?

- Długo utrzymujący się wzorec problemów emocjonalnych lub związanych z relacjami, np. ciągłe poczucie zawiedzenia, wykorzystania lub porzucenia przez innych.
- Poczucie wciągnięcia w wir szybko zmieniających się uczuć, częste poczucie przytłoczenia lub przytłaczanie innych swoją osobą, intensywność odczuć.
- Historia burzliwych lub niestabilnych związków.
- Nieufność i podejrzliwość, niechęć do ujawniania informacji, pomimo chęci udzielenia pomocy.
- Długo utrzymująca się cecha osobowości, która zawsze była uciążliwa, np. „Nigdy nie miałem żadnych znajomych”, „Zawsze byłam bardzo nieśmiała”, „Nigdy nie byłam w stanie znieść poczucia niezależności”, „Nigdy nie chciałem zmian”.
- Trudne relacje z własnym „ja”, takie jak problemy z tożsamością, samooceną, poczucie tego, że jest się innym niż pozostali lub poczucie tego, że nie radzimy sobie w życiu.

2. Historia danej osoby

- Powtarzające się schematy impulsywnych lub autodestrukcyjnych zachowań, takich jak samookaleczenia, nadużywanie substancji psychoaktywnych, leków, wielokrotne ataki agresji, powtarzające się prowokowanie bójek, łamanie prawa, czy zaburzenia jedzenia.
- Wielokrotnie powtarzające się schematy w kontaktach z ludźmi, takie jak: powtarzające się zwolnienia z pracy, częste angażowanie się

¹⁹ Ibidem.

w związku z niewłaściwymi partnerami lub poczucie wyjątkowej zależności od przyjaciół, rodziny i służb medycznych.

- Szereg traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie, w tym doświadczenie przemocy fizycznej, seksualnej albo emocjonalnej, zastraszenia, skrzywdzenia czy bycie świadkiem przemocy w rodzinie. Doświadczenie jednego traumatycznego wydarzenia samo w sobie zwykle nie jest przyczyną zaburzeń osobowości w dorosłym życiu, ale trudności w dzieciństwie mogą złożyć się na utrudniony start życiowy danej osoby.
- Wielokrotne hospitalizacje z powodu nadal nie rozwiązanych problemów ze zdrowiem psychicznym. Poszukiwanie pomocy u lekarzy, w zakresie objawów fizycznych, które zostały w pełni zbadane, ale których nie sposób wyjaśnić.
- Często występujące kryzysy emocjonalne, które wymagają częstych wizyt u lekarzy.
- Próby samobójcze lub okaleczanie się.

3. Problemy z przyjęciem oferowanej pomocy

- Problemy w relacjach z profesjonalistami (lekarzami, pielęgniarkami, doradcami zawodowymi, pracownikami socjalnymi, etc.). Dana osoba mogła zrezygnować z leczenia, nie dotrzymywać terminów wizyt, stać się agresywna, i w konsekwencji wykluczona z terapii. Może mieć w swojej historii liczne skargi na pracowników instytucji pomocy. Może to być odpowiedź na nieadekwatną pomoc lub odzwierciedlenie indywidualnych trudności z zaangażowaniem się tej osoby w terapię lub relację z pracownikiem instytucji pomocowej.
- Uczestnictwo w terapiach z powodu problemów psychologicznych, gdy wcześniejsze leczenie okazało się bezcelowe czy bezskuteczne.

4. Jest coś nietypowego w tym, jak pracownicy instytucji pomocy reagują na daną osobę

- Czasami to nasze własne reakcje lub reakcje naszych kolegów wyczuwają nas na fakt, że dana osoba przyczynia się do nietypowych reakcji u ludzi. Okazuje się, że reagujemy na kogoś w sposób, który wydaje się nietypowy i trudny do wytłumaczenia.
- Czasami reakcje te odzwierciedlają nasze własne słabości; przy większym doświadczeniu lub wsparciu ze strony współpracowników możemy poradzić sobie lub nauczyć się zarządzać takimi uczuciami. Ale czasami wydaje się, że takie zachowania są reakcjami na konkretną osobę i to, jak postrzega ona siebie i innych.

II. Pomoc dla osób z zaburzeniami osobowości w Polsce

W rozdziale tym zostaną przedstawione podstawowe informacje dotyczące podstaw prawnych udzielania pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w ramach służby zdrowia oraz instytucji zajmujących się aktywizacją zawodową. Informacje te zostały przedstawione w taki sposób, aby uwzględniały perspektywę osób korzystających z tych usług. Właśnie ta perspektywa jest ważna, gdyż pokazuje obraz, którego być może nie uwzględniają specjaliści, którzy pracują z osobami z zaburzeniami osobowości.

Ta perspektywa została wykorzystana również w projekcie „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”, którego istotą była współpraca interdyscyplinarna specjalistów, reprezentujących różne instytucje pomocowe, na rzecz osób z zaburzeniami osobowości.

1. Podstawy prawne leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami osobowości

Leczenie psychiatryczne w Polsce oparte jest na zasadach i wytycznych zawartych m.in. w *ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535)²⁰ oraz w rozporządzeniu Rady Ministrów w *sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015* z dnia 28 grudnia 2010 r. W myśl *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, pacjenci psychiatryczni mogą zostać objęci wsparciem w postaci:

- **opieki całodobowej** obejmującej całodobowy pobyt w szpitalach oraz psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych;
- **opieki dziennej** odbywającej się m.in. w szpitalach specjalnych posiadających oddziały dzienne;
- **opieki ambulatoryjnej** obejmującej poradnie zdrowia psychicznego, poradnie terapii uzależnień (od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych) oraz poradnie psychologiczne;
- **opieki środowiskowej** realizowanej przez zespoły leczenia środowiskowego w domach pacjentów.

²⁰ <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535>

Opieka całodobowa

W zakresie opieki całodobowej od wielu lat dokonuje się w Polsce pewna transformacja: z jednej strony, następuje powolny proces zmniejszania dużych szpitali, z drugiej, tworzy się nowe oddziały przy szpitalach ogólnych lub innych szpitalach specjalistycznych:

- **szpitale psychiatryczne:** obecny w kraju system opieki szpitalnej obciążony jest pozostałościami izolacyjnego modelu opieki, o nadmiernej koncentracji łóżek w szpitalach budowanych poza miastami, często w odległych, słabiej zaludnionych rejonach. Proces zmniejszania dużych szpitali odbywa się powoli od lat, głównie poprzez wyzbywanie się technicznie zużytych lub niewykorzystanych obiektów oraz poprawę warunków (rozszerzenie) w obiektach wyremontowanych;
- **oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych:** jest to szczególnie promowana od lat forma opieki całodobowej, ponieważ funkcjonując w strukturach placówek niepsychiatrycznych, z jednej strony zmniejsza stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych, z drugiej – przybliża miejsce leczenia do miejsca zamieszkania;
- **hostele:** jest to najmniej dostępna forma opieki, polegająca na prowadzeniu profilowanych programów psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych, w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania, pozwalających na przywrócenie umiejętności społecznych w warunkach codziennego funkcjonowania osobom z zaburzeniami psychicznymi, które nie wymagają leczenia szpitalnego;
- **zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO):** są formą opieki wyrosłą z jednej strony z dawnych domów pomocy społecznej, pozostawionych na początku transformacji w resorcie zdrowia, a z drugiej, z części dużych szpitali psychiatrycznych, z których wydzielono część obiektów wraz z pacjentami przewlekłe hospitalizowanymi, którzy całkowicie utracili kontakt ze swoim środowiskiem. Wraz ze starzeniem się populacji, a więc także osób z zaburzeniami psychicznymi, należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na oddziały opiekuńcze o przyzwoitym standardzie dla osób, które nie utrzymują się samodzielnie w środowisku. Należy jednak zauważyć, że dotychczasowa praktyka kierowania do zakładów opiekuńczych, w pewnym stopniu dowodzi niewydolności systemu opieki psychiatrycznej, ponieważ brakuje alternatywnych form opieki, które dla sporego odsetka pacjentów tych zakładów, byłyby realną alternatywą, pozwalającą na dalsze funkcjonowanie we

własnym środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej, m.in. dzięki aktywnemu wsparciu, leczniczymi i opiekuńczymi świadczeniami środowiskowymi, w różnych formach zamieszkiwania chronionego.²¹

Leczenie zaburzeń osobowości należy w psychiatrii do obszaru leczenia specjalistycznego, nie jest to leczenie tzw. ogólnopsychiatryczne, i co do zasady, pacjenci z zaburzeniami osobowości nie powinni trafiać na oddziały ogólnopsychiatryczne. Z tego powodu, specjalistyczne oddziały całodobowe przyjmujące pacjentów z zaburzeniami osobowości, znajdują się przy szpitalach ogólnopsychiatrycznych. Przykładem takiego specjalistycznego oddziału jest Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic przy Specjalistycznym Szpitalu im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie. Jest to jeden z dwóch takich specjalistycznych oddziałów w kraju. Drugim takim oddziałem jest Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych nr VI Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim.²² Pacjenci w obu oddziałach są przyjmowani na okres 168 dni, co daje 24 tygodnie leczenia (okres prawie półroczny). Warto zaznaczyć, iż mimo że oba oddziały specjalizują się w leczeniu zaburzeń osobowości, i takich pacjentów przyjmują, to w swoich nazwach odwołują się do zaburzeń nerwicowych. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, są klasyfikowane wg ICD-10 jako F40 – zaburzenia lękowe w postaci fobii, F41-inne zaburzenia lękowe, F43-reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, F44-zaburzenia dysocjacyjne, F45-zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, F48-inne zaburzenia nerwicowe.

Należy zauważyć, że zaburzenia osobowości są odmienną od zaburzeń nerwicowych jednostką chorobową. Leczenie zaburzeń osobowości wymaga specyficznych dla tej grupy pacjentów oddziaływań terapeutycznych, a podstawową, skuteczną metodą leczenia jest długoterminowa psychoterapia, co wykazały analizy badań, przeprowadzone zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (*Evidence-based medicine* EBM²³). Długoterminowa

²¹ Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, str. 50–51.

²² Informacje na temat dostępności leczenia zaburzeń osobowości przedstawione są na portalu zajmującym się leczeniem zaburzeń osobowości: www.zaburzeniaosobowosci.pl

²³ EBM – medycyna oparta na dowodach/faktach – skrupulatne, precyzyjne i roztropne wykorzystywanie w postępowaniu klinicznym najlepszych dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa. Dowodów takich dostarczają wyniki wiarygodnych badań eksperymentalnych (skuteczność i bezpieczeństwo) oraz badań obserwacyjnych (efektywność i bezpieczeństwo). Medycyna oparta na faktach umożliwia więc klinicytom korzystanie z najlepszej dostępnej wiedzy pochodzącej z systematycznych badań naukowych.

oznacza tu lata a nie miesiące, co stanowi podstawową różnicę w leczeniu zaburzeń osobowości i nerwic. Zaburzenia osobowości różnią się od zaburzeń nerwicowych m.in. ze względu na długość i intensywność leczenia co związane jest z koniecznością większych nakładów na leczenie. **Zaburzenia osobowości są głębokimi zaburzeniami psychicznymi wynikającymi ze struktury charakteru, są trwałe i wymagają długoterminowego wsparcia.** Natomiast zaburzenia nerwicowe wynikają z przeżycia stresującego wydarzenia lub konfliktu wewnętrznego, który przeżywa dana osoba, są tymczasowe, tzn. pojawiają się jako reakcja na dane wydarzenie w życiu (co w przypadku zaburzeń osobowości ma charakter stały) oraz wymagają znacznie krótszego leczenia w postaci psychoterapii.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 36/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2012 r., zmieniającym *zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych w trybie oddziału stacjonarnego trwa do 84 dni. Jednak w przypadku zaburzeń osobowości może być przedłużone do 168 dni. W załączniku do rozporządzenia nie ma osobnej pozycji dotyczącej leczenia zaburzeń osobowości. Znajduje się tu pozycja związana z leczeniem zaburzeń nerwicowych, i jako wyjątek potraktowana jest sytuacja pacjentów, którzy mając zaburzenia osobowości, mogą być leczeni do 168 dni. Należy podkreślić, że oba ww. oddziały mają w swoich nazwach zaburzenia nerwicowe, mimo iż leczą zaburzenia osobowości. Jest to też zapewne jeden z powodów, dla którego liczba specjalistycznych oddziałów leczenia zaburzeń osobowości w Polsce jest tak mała. Łatwo policzyć, że na oddziale, który ma zaledwie 35 miejsc, rocznie można pomóc ok. 70 pacjentom. Warto to zestawić z danymi z rozdziału poświęconego epidemiologii występowania zaburzeń osobowości.

Opieka dzienna

„W całym kraju oddziały dzienne stanowią bardzo ważną środowiskową formę opieki, zapewniającą pacjentom świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne, przez 8–10 godzin dziennie, przez 5 dni w tygodniu, na ogół w miejscowości zamieszkania, a więc z zachowaniem więzi rodzinnych i społecznych”.²⁴

²⁴ Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, str. 49–50.

Analizując możliwości leczenia dziennego pacjentów z zaburzeniami osobowości, można stwierdzić, że sytuacja jest tutaj bardziej obiecująca, niż w przypadku oddziałów stacjonarnych. **W Polsce znajduje się sześć oddziałów dziennych, specjalizujących się w leczeniu zaburzeń osobowości: trzy w Krakowie, dwa w Warszawie i jeden we Wrocławiu.**²⁵ Jednak i w tym przypadku ilość oddziałów, a przede wszystkim długość leczenia, jest niewystarczająca. Głębsze zaburzenia osobowości wymagają większej ilości oddziaływań terapeutycznych co powoduje, że leczenie ambulatoryjne jest niewystarczające. Odpowiednie warunki zapewnia leczenie w ramach oddziału dziennego, jednak czas udzielania świadczenia w tej formie, które jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wynosi do 60 dni, jednak nie jest to pomoc wystarczająca do uzyskania trwałej i znaczącej zmiany w strukturze osobowości pacjenta.

Opieka ambulatoryjna

„Mimo dynamicznego rozwoju tej formy opieki, czego wyrazem jest ponad dwukrotny wzrost liczby poradni w porównaniu z rokiem 2000, zakres oferowanych w nich świadczeń jest niejednakowy. Połowa z nich dysponuje rozbudowaną ofertą, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych, także sesje psychoterapii indywidualnej oraz rzadziej inne świadczenia. Pozostałe oferują usługi ograniczone do podstawowych porad lekarsko-psychologicznych, bądź wyłącznie lekarskich. Dotyczy to przede wszystkim 30% poradni funkcjonujących w ograniczonym wymiarze czasu (1–3 dni w tygodniu), usytuowanych najczęściej w mniejszych miejscowościach. Poradnie „pełnowymiarowe”, tj. czynne przez 5 dni w tygodniu i oferujące pełny zakres świadczeń, powinny stanowić załączek podstawowego wariantu Centrum Zdrowia Psychicznego, tj. połączonego z zespołem środowiskowym, realizującym opiekę czynną wobec pacjentów z określonego obszaru oraz współpracującą z opieką dzienną i stacjonarną”²⁶

Leczenie ambulatoryjne zaburzeń osobowości w ramach NFZ jest bardzo trudne. Jak już wcześniej wspomniano, leczenie zaburzeń osobowości wymaga czasu, a czas w służbie zdrowia to koszt. Z tego powodu, nawet jeśli w niektórych poradniach jest możliwość kontraktacji długoterminowych procesów

²⁵ <http://zaburzeniaosobowosci.pl/oddzialy-dzienne.html>

²⁶ Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, str. 48–49.

terapeutycznych, to w rozliczeniu całościowym godzin terapeutycznych jest bardzo mało i wystarcza dosłownie dla kilku pacjentów. Ponieważ leczenie jest długie, czas oczekiwania na wolne miejsce wynosi czasem nawet dwa lata. Dlatego tak ważna jest aktywizacja zawodowa pacjentów z zaburzeniami osobowości, aby osoby te miały możliwość opłacenia terapii z własnych środków.

Opieka środowiskowa

„Zespoły leczenia środowiskowego są szczególnie ważną formą, przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku. Cechą wyróżniającą pracę zespołów są częste wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów oraz utrzymywanie kontaktów z nimi w innych formach zajęć, np.: kluby pacjentów. W 2011 r. w całym kraju działało 68 zespołów, głównie w dużych ośrodkach miejskich, obejmując opieką rocznie 9,6 tys. osób. Jest to tak ważne ogniwo środowiskowego modelu opieki, że brak istotnych zmian w tym zakresie może spowodować niepowodzenie całej reformy lecznictwa psychiatrycznego.”²⁷

Leczenie środowiskowe jest rekomendowane pacjentom, którzy:

- zakończyli leczenie w oddziale całodobowym lub dziennym i wymagają dalszych oddziaływań socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych z którymi nie udało się uzyskać trwałej efektywnej współpracy w leczeniu, w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni (chorzy wielokrotnie hospitalizowani);
- nie utrzymują się w innych formach leczenia, co oznacza, że nie są w stanie efektywnie korzystać z innych form leczenia.

Rozszerzenie dostępu do środowiskowej formy opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest jednym z kluczowych elementów rozwoju opieki psychiatrycznej. Kwestia ta zawarta jest w drugim celu głównym *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* realizowanego w latach 2011–2015 (dalej NPOZP). Również w przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia *Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego* na lata

²⁷ Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, str. 49.

2017–2022 jednym z głównych celów jest wspieranie rozwoju leczenia środowiskowego²⁸.

Najbardziej zaburzeni pacjenci, ze względu na trudności w tolerowaniu frustracji, przestrzeganiu zasad, małej zdolności kontroli impulsów, będących cechą ich zaburzeń, nie są w stanie korzystać z oddziaływań terapeutycznych w ramach oddziału. Najbardziej adekwatną pomocą wobec tej grupy pacjentów jest tworzenie odpowiednich programów leczniczych w leczeniu środowiskowym. Aktualnie takie oddziaływania znajdują się poza standardowymi procedurami finansowanymi ze środków NFZ. Z tego powodu tylko niektóre z działających zespołów obejmują swoim wsparciem pacjentów z zaburzeniami osobowości.

Podsumowując, z jednej strony, dostępne regulacje prawne obejmują w zasadzie pełen wachlarz możliwości leczenia zaburzeń psychicznych, z drugiej strony, uwzględniając szczegóły takie jak czas trwania leczenia lub dostępność wyspecjalizowanych jednostek, rysuje się bardzo skromny zakres wsparcia pacjentów z zaburzeniami osobowości. Dodatkowo dochodzi też problem braku badań epidemiologicznych.

W 2010 roku zostało przeprowadzone w Polsce pierwsze szerokie badanie epidemiologiczne pod nazwą „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Jednak w badaniu tym nie wyszczególniono badań dotyczących zaburzeń osobowości. W konsekwencji, powoływanie się na ww. badanie w najnowszych dokumentach, decydujących o kształcie polityki w zakresie profilaktyki oraz leczenia zaburzeń psychicznych, skutkować może utrzymywaniem stanu braku adekwatnej, specjalistycznej pomocy dla osób z zaburzeniami osobowości, co może spowodować marginalizację lub wykluczenie tej grupy osób.

Skala rozpowszechnienia zaburzeń osobowości w Polsce nie jest również odpowiednio widoczna w systemie ochrony zdrowia, gdyż lekarze albo nie rozpoznają zaburzeń osobowości, albo jest to drugie lub dopiero kolejne rozpoznanie podczas udzielania świadczeń, gdyż poza specjalistycznymi oddziałami leczącymi zaburzenia osobowości, nie ma możliwości diagnostyki tych

²⁸ W momencie przygotowania tekstu do druku *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*, który stanowi załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022* został przyjęty przez Komitet Stały Rady Ministrów w dniu 5 stycznia 2017 r.

zaburzeń. Pacjenci z zaburzeniami osobowości zwracają się o pomoc lub są tam kierowani w kryzysach, w związku z nasileniem objawów depresyjnych, nerwicowych, zaburzeniami reaktywnymi, dekompensacjami psychotycznymi, po próbach samobójczych lub w związku ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. Niewielu pacjentów trafia do leczenia z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, najczęściej pojawia się informacja o podejrzeniu zaburzeń osobowości.

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej NPOZP) na lata 2011–2015 sytuacja pacjentów z zaburzeniami osobowości nie została poddana analizie, a same zaburzenia osobowości nie zostały wymienione w dokumencie. Mimo dobrych rozwiązań proponowanych przez NPOZP na lata 2010–2015, wobec braku wyróżnienia zaburzeń osobowości jako odrębnej kategorii, zapisy tego dokumentu pozostają martwe w odniesieniu do grupy pacjentów z zaburzeniami osobowości, a realizacja celów głównych i szczegółowych bardzo utrudniona.

W pracach nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020 uczestniczyło m.in. wielu przedstawicieli środowiska naukowego. Zakres zmian oraz nadzieje pokładane w tym programie, które płyną ze środowiska lekarzy psychiatrów, chyba najlepiej oddaje wypowiedź dr hab. Andrzeja Cechnickiego z Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego:

Przygotowywany w Ministerstwie Zdrowia akt prawny napawa optymizmem. Wydaje się, że postulaty środowiska zostaną nie tylko uwzględnione w samych zapisach rozporządzenia, ale wiele wskazuje na to, że będą one realizowane. Zgodnie z jego zapisami powstanie bowiem centrum koordynujące wdrażanie programu, z odpowiedzialnością ministra zdrowia za jego realizację. Wprowadzony zostanie zapis o zarezerwowaniu środków pochodzących z budżetu państwa na realizację programu, i że środki te będą przekazywane rokrocznie również do samorządów, bo to one mają koordynować powstawanie w regionach centrów zdrowia psychicznego. Co ważne, uwzględniony został również nowy rodzaj finansowania świadczeń psychiatrycznych. Rozporządzenie ma zerwać z płaceniem za osobodzień – co było rozwiązaniem antyreformatorskim, utrwalającym obecność na mapie opieki psychiatrycznej dużych szpitali i niepozwalającym na redukcję łóżek i przesunięcie środków do opieki środowiskowej. Dyskutowane jest wprowadzenie finansowania per capita, zależnego od liczby mieszkańców

będących w zasięgu danego centrum zdrowia psychicznego. To pozwoli, aby zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne, poradnie, były odpowiednio finansowane, tak aby pacjent w jak najmniejszym stopniu potrzebował szpitala. To się wiąże również z nowym taryfikatorem usług psychiatrycznych, który został wprowadzony kilka tygodni temu, a który utrwał dawne rozwiązania. Nowe rozporządzenie musi być powiązane z anulowaniem tego taryfikatora. Powstanie szybko mapa potrzeb psychiatrycznych w skali całego kraju, niezbędna do pozyskiwania środków europejskich. W rozporządzeniu znajdzie się również postulowane zwiększenie środków przeznaczonych na psychiatrię do wysokości 5–6 procent budżetu NFZ.

Przez najbliższe pięć lat będziemy się uczyć współpracy i odpowiedzialności. Na początek międzysektorowej, między przestrzenią pomocy społecznej i psychiatrią. Nastaje czas współpracy i współdziałania, zwiększa się też rola organizacji pozarządowych, stowarzyszeń pacjentów i rodzin, coraz bardziej świadomych swoich oczekiwań”²⁹

Analiza zapisów projektu NPOZP na lata 2017–2022³⁰ pozwala mieć nadzieję, że założenia dotyczące utworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego umożliwią realizację podstawowych założeń modelu opracowanego w ramach projektu. Nadzieję budzi też fakt zmian w zakresie finansowania usług oraz wprowadzenie finansowania per capita. Wprowadzenie w życie założeń projektu NPOZP z pewnością przyczyni się także o polepszenia sytuacji osób z zaburzeniami osobowości. Jak wynika z raportu dotyczącego dobrych praktyk w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości „Skuteczne leczenie pacjenta z głębokimi zaburzeniami osobowości, powinno polegać na pracy multidyscyplinarnego zespołu. Jeżeli chcemy naprawdę pomóc takiemu pacjentowi musimy „zanurzyć” go w sieci oddziaływań społeczno-psychiatryczno-psychoterapeutycznych”³¹. Wydaje się, że nowy NPOZP będzie dawał taką możliwość.

²⁹ M. Szrejner „Powstaje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020”, https://www.podyplomie.pl/psychiatria/20379_powstaje-narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego2016-2020

³⁰ Ze względu na przedłużające się prace nad NPOZP na lata 2016–2020 zmieniono okres jego realizacji na lata 2017–2022.

³¹ Ewa Niezgoda, Aleksandra Wieczorek, Ewa Jędrys, Raport dobrych praktyk, *Leczenie osób z zaburzeniami osobowości oraz wspieranie ich powrotu do pracy lub nauki w wybranych krajach Europy*, Peron 7F, str. 22, http://www.peron7f.pl/wp-content/uploads/2013/06/Peron7F_Raport_Raport-Dobrych-Praktyk_19.06.pdf

Koszty

W poprzedniej części została zasygnalizowana konieczność stworzenia w Polsce specjalistycznego leczenia zaburzeń osobowości. Stosowanie zasad psychiatrii ogólnej do tego typu zaburzeń jest nie tylko nieefektywne, ale wręcz szkodliwe dla tych pacjentów, doprowadzając do jatrogennych, trwałych zmian wynikających z zazwyczaj niewłaściwie zastosowanej farmakoterapii, która uzależnia. Należy też przyznać, że koszty niespecjalistycznego leczenia zaburzeń osobowości są duże, dotyczą oddziałów ogólnopsychiatrycznych, gdzie trafiają pacjenci w kryzysie (po próbach samobójczych, zachowaniach autoagresywnych, dekompensacjach depresyjnych czy psychotycznych), ale też SOR-ów, oddziałów toksykologicznych, oddziałów chirurgicznych. Ponoszone w ten sposób koszty nie są związane z leczeniem przy czynowym lecz z działaniami doraźnymi. Koszty generowane są także na skutek zwolnień lekarskich, jednak te koszty trudno jest aktualnie oszacować, gdyż na druku L4 lekarze nie wpisują rozpoznania „zaburzenia osobowości”, tylko będące bezpośrednią przyczyną niezdolności do pracy zaburzenia adaptacyjne, depresyjne, lękowe etc.

Pozostałą grupę kosztów pośrednich stanowią m.in. świadczenia wypłacane przez pomoc społeczną, urzędy pracy, świadczenia z funduszu alimentacyjnego i inne. Skuteczna pomoc osobom z zaburzeniami osobowości mogłaby te koszty znacznie ograniczyć, a ich powrót do funkcjonowania społecznego, w szczególności podjęcie pracy, poza podstawową korzyścią dla samych pacjentów, dawałby wymierne korzyści finansowe dla państwa m.in. w formie podatków czy opłacania składek na ubezpieczenia społeczne.

Aktualnie brak jest krajowych badań dotyczących kosztochłonności leczenia osób z zaburzeniami osobowości oraz ekonomicznych skutków braku takiego leczenia. Są natomiast dostępne wnioski z badań międzynarodowych. **Przeprowadzone na dużą skalę badanie europejskie wykazało, że zaburzenia osobowości kosztują Europę rocznie 27,3 miliardów euro.** Jest to kwota przekraczająca koszty generowane wspólnie przez osoby autystyczne, z zaburzeniami behawioralnymi oraz z rozpoznanym ADHD. Dominującą część tych kosztów (78%) to wydatki pośrednie, przede wszystkim będące skutkiem absencji chorobowej. Bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej wydają się być szczególnie duże w przypadku ludzi młodych, cierpiących na zaburzenia osobowości, wynoszą one rocznie 14 032 euro na jedną osobę, tj. prawie dwa razy więcej niż koszt leczenia osoby dorosłej z zaburzeniem oso-

owości (7398 euro).³² Natomiast przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badanie wykazuje, że w ciągu minionych sześciu lat, ponad 80% pacjentów z zaburzeniami osobowości przynajmniej połowę czasu spędziło na leczeniu.³³

Leczenie osób z zaburzeniami osobowości jest zazwyczaj intensywne i długotrwałe oraz kosztowne dla społeczeństwa. Jednak badania nad opłacalnością pokazują coraz częściej, że takie intensywne terapie przynoszą korzystne wyniki. W oparciu o badania nad opłacalnością można przyjąć, że istotna część kosztów inwestowanych w leczenie może się zwrócić. Ludzie po zakończeniu terapii częściej wracają do pracy, a koszty absencji chorobowej zmniejszają się. Oprócz tego obniżają się koszty opieki na innych płaszczyznach, w tym koszty opieki prawnej i społecznej.

2. Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów z zaburzeniami osobowości

W styczniu i lutym 2013 r. zostały przeprowadzone badania jakościowe na grupie 50 osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości, które miały na celu diagnozę potrzeb tej grupy pacjentów w zakresie leczenia i dostępnej oferty pomocy³⁴. Badania przeprowadzono w formie rozmów z zastosowaniem wywiadu częściowo ustrukturalizowanego. Łącznie wywiadami objęto 30 osób, które były w trakcie leczenia w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZOiN) oraz 20 osób wcześniej korzystających z leczenia w OLZOiN, z którymi przeprowadzono indywidualne, godzinne wywiady. Podczas analizy i interpretacji uzyskanych wypowiedzi starano się zidentyfikować problemy wspólne dla tej grupy osób. Jednakże każda rozmowa to krótka „historia życia”. Każda opowiedziana nieco inaczej, przez pryzmat własnych doświadczeń, trudności, przeżyć, sposobu patrzenia na świat.

Tylko nieliczni badani stwierdzili, że pomoc była dla nich dostępna. Jedna z osób zadeklarowała, że od razu trafiła na Oddział, a druga korzystała bez

³² Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2013, Utrecht.

³³ Ibidem.

³⁴ Aleksandra Mykowska, Anna Chadzińska-Bielaszka, Agnieszka Mickiewicz, „Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów z zaburzeniami osobowości”, Peron 7F. Kolejne w tekście odniesienia do wyników badań dotyczą właśnie tego raportu, który jest także dostępny pod adresem: http://www.peron7f.pl/wp-content/uploads/2013/06/Peron7F_Raport_Wywiady-z-pacjentami_18.06.2013.pdf

problemu z pomocy, po ukierunkowaniu przez inne osoby. Wszyscy pozostali (48 osób) wskazywali na różne utrudnienia w uzyskaniu efektywnej pomocy, w tym: brak informacji co mogą zrobić, małą liczbę miejsc zapewniających psychoterapię finansowaną w ramach NFZ, brak możliwości korzystania z terapii blisko miejsca zamieszkania, trudności z trafieniem do dobrego terapeuty lub lekarza etc. Badani często wskazywali na to, że późno postawiono prawidłową diagnozę ich problemów, a początkowe leczenie okazało się niewłaściwe. Dwie osoby w ogóle nie otrzymały informacji na temat swojej diagnozy. W wypowiedziach badanych można znaleźć konkretne przykłady nieefektywnego leczenia: wyłącznie leczenie farmakologiczne, pobyt na ogólnym oddziale psychiatrycznym, leczenie ogólne zamiast terapii.

Respondenci wskazywali również na potrzeby związane z leczeniem i radzeniem sobie w życiu po opuszczeniu oddziału. Z ich relacji wynika, że opuszczając oddział nie otrzymali żadnej propozycji pomocy i ukierunkowania co robić dalej, więc odczuwali brak opieki. Z bezpiecznych warunków na oddziale stacjonarnym, gdzie przebywali przez blisko 6 miesięcy, pełnej opieki, możliwości mówienia o wszystkim szczerze i otwarcie, z dnia na dzień „spadli” do świata, w którym musieli sobie sami radzić, w którym nie mówi się wszystkiego, bo jest to odbierane jako np. dziwaczne. W świecie zewnętrznym rządzą inne prawa niż na oddziale, nie wiedzieli, co ze sobą zrobić. Nastąpiło „twarde lądowanie” i konieczność poradzenia sobie samodzielnie.

Jedynie pojedyncze osoby czuły się na siłach aby zacząć samodzielne życie po opuszczeniu oddziału, natomiast ogromna większość skarżyła się na trudności związane z tym przeskokiem. Prawie wszyscy przeżywali kryzys po opuszczeniu oddziału. Część osób korzystała ze spotkań społeczności przy oddziale, ale narzekali, że to za mało. Spotkania społeczności odbywały się tylko dwa razy w miesiącu i nie od razu po opuszczeniu oddziału. Dodatkowo, dotyczyły one tylko tych osób, które mogły sobie pozwolić na pozostanie w Krakowie. Wielu pacjentów przyjeżdżało nawet z drugiego końca Polski aby podjąć leczenie na oddziale. Aby móc kontynuować leczenie i terapię zostali w Krakowie. Nie mieli mieszkania, pracy i bardzo często środków do życia. Opuszczając oddział stali więc przed ponadstandardowymi wyzwaniami, a nawet bez takich utrudnień nie było im łatwo podjąć normalne życie. W wielu przypadkach powrót do domu rodzinnego oznacza powrót do patologicznego środowiska, które jest odpowiedzialne za liczne trudności, z którymi muszą się borykać. Taki powrót wiąże się więc z ryzykiem ponownego

nasilenia objawów, trudności itd. Powrót do takiej rodziny nieraz napawa ich lękiem i może zniweczyć postępy w leczeniu.

Mimo konkretnych działań realizowanych przez lekarzy i terapeutów, służących zwiększaniu samodzielności i świadomości, że powinni dążyć do coraz lepszego radzenia sobie samodzielnie, w wielu z nich pozostała tęsknota za komfortem (bezpieczeństwem, zrozumieniem, zadbaniem), jaki zapewniał im oddział.

Część osób wskazywało na mankamenty publicznego systemu pomocy, m.in. długie kolejki, gorzej przygotowanych terapeutów dostępnych w ramach NFZ lub ograniczoną możliwość wyboru terapeuty, niewystarczającą liczbę sesji terapeutycznych, które są finansowane przez NFZ. Duża część badanych wskazywała na potrzebę uzyskania bezpłatnej lub częściowo finansowanej terapii, gdyż całkowicie płatna jest dla nich zbyt dużym obciążeniem.

Respondenci podkreślali, że wysiłki włożone w przygotowanie pacjenta do lepszego funkcjonowania, skutkują rzeczywistymi efektami leczniczymi w momencie zakończenia hospitalizacji. Pacjenci mają poczucie, że są w znacznie lepszej formie oraz że wzrosła ich szansa na usamodzielnienie się i radzenie sobie w codziennym życiu. Brak wsparcia po opuszczeniu oddziału, w tym konieczność ustawienia się w długiej kolejce po terapię, niewystarczająca liczba sesji terapeutycznych finansowanych ze środków publicznych, a także brak kompleksowego programu wsparcia adresowanego do tych osób sprawiają, że efekty leczenia często są częściowo niweczone.

W ramach projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować” przeprowadzono też badanie dokumentacji medycznej zebranej przez 10 lat funkcjonowania Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie³⁵. Wśród 548 badanych, 512 było już wcześniej leczonych psychiatrycznie, 116 osób było wcześniej hospitalizowanych jeden raz, 109 osób było hospitalizowanych dwa razy, 70 osób – trzy razy, a 21 osób było hospitalizowanych więcej niż 10 razy. 61% pacjentów leczących się w Oddziale to osoby młode w wieku od 21 do 30 lat. Kolejne 20% osób miało od 31 do 40 lat. Wyższe wykształcenie (magisterskie lub licencjackie) miało 25% pacjentów, a 57% wykształcenie średnie. Jednocześnie ponad 63% osób nie pracowało i pozostawało na utrzy-

³⁵ M. Kijas, K. Walicka, „Raport badania dokumentacji medycznej pacjentów Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie”, http://www.peron7f.pl/wp-content/uploads/2013/06/Peron7F_Raport_Dokumentacja-medyczna_v2p.pdf

manii rodziny, opieki społecznej czy też korzystało z renty. 135 osób (prawie 25%) nie podjęło jeszcze nigdy pracy (43 osoby w wieku 18–20 lat, 57 osób w wieku 26–30, 8 osób w wieku 35–40 lat). Jak wynika z badań 76% wszystkich badanych nie pobierało, czy też nie planowało pobierać renty związanej z chorobą.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzili także przedstawiciele Katedry Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy leczą podobną co do struktury grupę pacjentów. Jak wynika z ich badań, osoby poniżej 30 roku życia, ze średnim lub wyższym wykształceniem, posiadają największą motywację do leczenia i do pracy.

W tym miejscu kończą się jednak proste rozwiązania dla tych osób, gdyż aby możliwe było udzielenie im skutecznej pomocy w zakresie aktywizacji zawodowej niezbędna jest terapia oraz odpowiednio przygotowani doradcy zawodowi. Ponadto bezrobotne osoby z zaburzeniami osobowości, leczone się na oddziałach stacjonarnych, powinny już w trakcie pobytu w szpitalu przygotowywać się do przyszłych wyzwań związanych z poszukiwaniem pracy. Dla osiągnięcia skuteczności działań związanych z aktywizacją zawodową tych osób, powinna zostać wprowadzona procedura przygotowania ich do powrotu na rynek pracy.

Poza opisanymi powyżej badaniami, w trakcie realizacji projektu, organizowane były konsultacje z ekspertami, zajmującymi się tematyką leczenia zaburzeń osobowości. W panelach ekspertów uczestniczyli: Agnieszka Russek-Zajac – kierownik Psychiatrycznego Oddziału Dziennego Scanmed Multimedias, Bartłomiej Gorlewski – kierownik Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicznych i Osobowości nr VI Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim, Denis Flynn – prof. Akademii Pedagogiki Specjalnej, dr hab. n. med. Katarzyna Prot-Klinger – prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr hab. Krzysztof Rutkowski – Kierownik Zakładu Psychoterapii Zaburzeń Nerwicznych w Katedrze Psychoterapii, prof. dr. hab. Bogdan de Barbaro – Kierownik Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr Krzysztof Walczewski – konsultant wojewódzki ds. psychiatrii, dr Tomasz Rowiński, dr n. med. Cezary Żechowski.

Zgodnie stwierdzono, że w trakcie leczenia nie uwzględnia się, bądź uwzględnia w stopniu niewystarczającym, trudności w poszukiwaniu lub utrzymaniu pracy przez pacjentów. Ten obszar funkcjonowania pacjenta nie jest przedmiotem działań prowadzonych przez służby medyczne, pozostaje więc poza obszarem działań terapeutycznych. Równocześnie wszyscy eksper-

ci byli zgodni co do tego, że podejmowanie pracy przez osoby z zaburzeniami osobowości jest niezbędnym warunkiem ich powrotu do funkcjonowania społecznego. Problem ten zauważają również pacjenci, którzy ukończyli terapię. Przedstawiciele wszystkich ośrodków byli zgodni także co do tego, że czas terapii jaki oferuje obecnie NFZ, jest niewystarczający aby osoby z zaburzeniami osobowości mogły uzyskać w pełni skuteczną pomoc.

Realizacja innowacyjnego projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”, była reakcją na opisany powyżej stan rzeczy. W ramach projektu stworzono model kompleksowej pomocy we wszystkich obszarach trudności osób z zaburzeniami osobowości, który miał na celu przeciwdziałanie zagrożeniu wykluczeniem społecznym i marginalizacją tych osób. W modelu przyjęto założenie, że niezbędnym elementem powrotu do życia społecznego osób z zaburzeniami osobowości jest podjęcie przez nie pracy, które umożliwi im samodzielne funkcjonowanie.

W odróżnieniu od sytuacji osób z krajów Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych dla osób z zaburzeniami osobowości w Polsce, nie stworzono dotychczas oficjalnego programu leczenia i wsparcia dostosowanego do ich potrzeb. Dla przykładu, w Stanach Zjednoczonych Izba Reprezentantów jednogłośnie przyjęła 1 kwietnia 2008 r. uchwałę nr 1005 popierającą ideę uznania maja miesiącem świadomości zaburzenia osobowości typu *borderline*. W dokumencie tym znalazł się następujący zapis:

(...) mimo jego rozpowszechnienia (zaburzenia osobowości typu borderline) i ogromnych kosztów ponoszonych przez publiczny system opieki medycznej oraz rujnącego wpływu na życie osobiste, rodzinne i społeczne, dopiero w ostatnim czasie zaburzeniom osobowości typu borderline zaczęto poświęcać należytą uwagę (...). Za kluczowe należy uznać zwiększenie świadomości na temat zaburzeń osobowości typu borderline wśród osób cierpiących na to zaburzenie, ich rodzin, pracowników ochrony zdrowia psychicznego oraz ogółu społeczeństwa poprzez promocję edukacji, badań, finansowania wczesnego wykrywania oraz skutecznych form terapii³⁶.

Uchwała nr 1005 powstała dzięki staraniom społecznym. Zwraca się w niej uwagę na dysproporcje między znaczeniem zaburzenia osobowości

³⁶ Gunderson John G. *American Journal of Psychiatry* 2009, 166: 530–539.

typu *borderline* dla problematyki zdrowia publicznego, a niskim poziomem świadomości społecznej, niedostatecznym finansowaniem ze środków publicznych badań naukowych w tym zakresie oraz niewystarczającą dostępnością stosownych możliwości terapeutycznych.

3. Aktywizacja zawodowa

Aby móc oszacować koszty leczenia osób z zaburzeniami osobowości konieczny jest dostęp do wyników badań dotyczących realnych kosztów leczenia. Niestety, aktualnie w Polsce trudno jest dotrzeć do odpowiednich wyliczeń tych kosztów, ze względu na brak danych dotyczących pełnych kosztów powiązanych z leczeniem, takich m.in. jak zasiłki chorobowe, zasiłki dla bezrobotnych w związku z pozostawaniem bez pracy, deficyt wpływów z podatków od dochodu i innych istotnych danych dotyczących omawianej tu grupy.

Relacje byłych pacjentów OLZOiN pokazują jednak, że mimo ich przekonania o bardzo dobrych rezultatach leczenia na oddziale, dalsze korzystanie ze wsparcia po jego opuszczeniu, jest bardzo utrudnione i uzależnione od możliwości samodzielnego finansowania dalszego leczenia. Osoby, które nie mogą sobie na to pozwolić, są zdane na ograniczoną ofertę leczenia w placówkach publicznych, która jest najczęściej niewystarczająca. Bardzo prawdopodobna jest hipoteza, że większy oraz odpowiednio ukierunkowany nakład środków finansowych na wsparcie terapeutyczne, przy równoczesnym włączeniu działań aktywizacyjnych, pozwoliłby uniknąć wielokrotnych powrotów do leczenia i skuteczniej pomagać pacjentom w powrocie na rynek pracy.

Przytaczane wcześniej badanie 50 respondentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości obejmowało także obszar aktywizacji zawodowej i radzenia sobie w pracy. Według opinii badanych najczęstsze problemy w uzyskiwaniu i utrzymywaniu samodzielności zawodowej i bytowej dotyczą głównie relacji ze współpracownikami lub pracodawcą. Badani wskazywali m.in. na następujące przyczyny tych złych relacji: brak asertywności, lęk w kontaktach społecznych, izolowanie się od otoczenia, nieśmiałość, problem z podporządkowaniem się, nadmierne poczucie odpowiedzialności za innych. Osoby badane deklarowały również trudności dotyczące motywacji i utrzy-

mania kierunku działania: tendencje ucieczkowe, unikanie aktywności, racjonalizację braku działania, utratę motywacji, robienie wielu rzeczy jednocześnie, nieobowiązkowość, trudności w podejmowaniu decyzji. Dodatkowym utrudnieniem w realizacji zamierzeń były problemy poznawcze związane z trudnościami z pamięcią oraz koncentracją. Ponadto osoby badane miały trudności z oceną własnych kompetencji i predyspozycji, co znacząco ograniczało ich możliwość adekwatnego planowania swojej przyszłości zawodowej.

Badani wskazywali na potrzebę pomocy w zakresie doradztwa zawodowego w wejściu lub powrocie na rynek pracy, w szczególności pomocy w rozpoznaniu swoich kompetencji oraz silnych i słabych stron (30% badanych), a także w zakresie pisania CV. Badani wymieniali także potrzebę pomocy w zakresie wyboru szkoleń zawodowych lub ogólnych, które byłyby dofinansowane lub bezpłatne (15% badanych), oraz pomocy w rozwoju umiejętności interpersonalnych, zarządzania czasem, ustalania priorytetów oraz nabycia nowych kompetencji. Część osób stwierdziła, że cenna byłaby dla nich pomoc w poszukiwaniu pracy, wsparcie w zakresie zakładania własnej firmy, w tym pomoc w radzeniu sobie z „biurokratycznymi formalnościami” (cytat z raportu z badań).

Duża część badanych chciałaby już w trakcie pobytu w szpitalu przygotowywać się do poszukiwania pracy. Tak więc dla osiągnięcia skuteczności działań związanych z aktywizacją zawodową tych osób, powinna zostać wprowadzona odpowiednia procedura, która zapewni przygotowanie pacjentów do powrotu na rynek pracy.

Wśród byłych pacjentów, większość osób nie miała określonych planów zawodowych, a jeśli takie posiadali, były one często nierealne lub nieadekwatne do sytuacji w jakiej się znajdowali. Niektórzy badani mieli sprecyzowane zainteresowania, ale nie potrafili ocenić, czy mają wystarczające podstawy do rozpoczęcia aktywności zawodowej. Inni nie mieli pomysłu na swoją przyszłość zawodową i zarobkową. Wiele osób nie potrafiło określić swoich predyspozycji i kompetencji. Należy podkreślić, że trudności wynikające z zaburzeń osobowości często są przyczyną przerwania nauki, co powoduje niemożność rozwoju kompetencji etc. Nawet jeśli osoby te miały jakieś kierunkowe wykształcenie to najczęściej pracowały poniżej swoich kwalifikacji. W czasie rozmów o przyszłej pracy wskazywały, że mogą podjąć aktywność zawodową w obszarze sprzątnia, podawania posiłków (praca kelnera), pomocy w kuchni lub pracy w ochronie.

Podobne problemy zgłaszali uczestnicy projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”. Początkowo nie wyobrażali sobie aby mogli wykonywać ciekawą, kreatywną, spełniającą ich oczekiwania pracę, która będzie odpowiednio wynagradzana. Wiele osób nie wiedziało jak napisać CV, jak i gdzie szukać pracy, jak zachować się podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Bardzo często osoby te nie miały świadomości, że istnieją instytucje, które są dedykowane do pomocy osobom szukającym pracy. Urzędy pracy kojarzyły im się tylko z długą, poranną kolejką po numerek i przymusową wizytą raz na jakiś czas. Dodatkowym utrudnieniem był dla nich często brak pewności siebie, zmienna motywacja, zaniżona samoocena, poczucie pustki, brak wcześniejszych doświadczeń zawodowych, wynikający m.in. z okresów w życiu, w których dominowała zupełna bezczynność i życiowa bezradność oraz pobytów na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Po zakończeniu leczenia na oddziale wiele osób, próbując się utrzymać, podejmowało działania w celu znalezienia pracy, która często była pracą dorywczą lub pracą poniżej ich kompetencji. Jedynie nielicznym udało się znaleźć pracę zgodną z ich predyspozycjami i zainteresowaniami oraz satysfakcjonującą finansowo. Studenci z zaburzeniami psychicznymi mają większe trudności m.in. z zaliczaniem egzaminów oraz ukończeniem studiów w terminie. Niektóre szkoły wyższe zapewniają im profesjonalną pomoc lekarską i terapeutyczną. Działające przy uczelniach Akademickie Biura Kariery (ABK) oraz Biura Obsługi Niepełnosprawnych (BON) udzielają wsparcia studentom i absolwentom w zakresie poszukiwania pracy lub innych szczególnych potrzeb, jakie są związane z niepełnosprawnością czy też zaburzeniami psychicznymi. Przykładem może być prężnie działające Biuro dla Osób Niepełnosprawnych (BON) Uniwersytetu Jagiellońskiego, które realizowało m.in. projekt „Konstelacja Lwa”. Powołanie przy uczelniach BON-ów należy uznać za doskonałe rozwiązanie w zakresie wsparcia studentów, którzy mają problemy i schorzenia psychiczne. Jednak nie każda uczelnia wyższa oferuje takie wsparcie, gdyż nie przy każdej uczelni działa BON.

Należy podkreślić, że w ostatnich latach wiele zrobiono w Polsce w zakresie podnoszenia świadomości społeczeństwa na temat chorób psychicznych, np. schizofrenii. Program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” działa od ponad 10 lat. Jednak wiedzy oraz doświadczeń zdobytych podczas pracy z osobami ze schizofrenią nie można wykorzystać w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości. Co więcej, zapraszanie do wspólnych grup terapeutycznych czy

zajęciowych pacjentów z obu grup jest niewłaściwe, ze względu na inne podejście do leczenia tych pacjentów oraz inne wymagania w zakresie kontaktu. W przypadku, gdy osoby z zaburzeniami osobowości nie pracują oraz nie uczą się ze względu na brak środków finansowych lub z powodów bytowych, trafiają pod opiekę instytucji oraz ośrodków do tego powołanych, takich jak: ośrodki pomocy społecznej (OPS), centra integracji społecznej (CIS) lub Caritas. Odbiorcami pomocy tych instytucji są osoby, które nie są w stanie, z różnych względów, funkcjonować na otwartym rynku pracy, między innymi: długotrwale bezrobotne, bezdomne, niepełnosprawne, chore psychiczne, uzależnione od alkoholu i narkotyków, byli więźniowie itp. Najczęściej nie potrafią one działać w zespole, nie mają poczucia odpowiedzialności za swoje działania i przejawiają bardzo niską samoocenę³⁷. Duża część tych osób, to osoby z zaburzeniami osobowości (zdiagnozowanymi lub niezdiagnozowanymi). Każda z wyżej wymienionych instytucji posiada szeroki wachlarz wsparcia dla swoich podopiecznych, jednak jest ono niedostosowane do ich potrzeb, a przez to nieskuteczne. Aby działania skierowane do osób z zaburzeniami osobowości były skuteczne, udzielana pomoc powinna pochodzić od interdyscyplinarnych zespołów, które współpracują w ramach porozumienia kilku instytucji np: ośrodek pomocy społecznej, szpital/poradnia zdrowia psychicznego, etc. Optymalnym rozwiązaniem w Polsce dla rozwiązania problemu pomocy osobom z zaburzeniami osobowości mogą być dobrze działające centra opieki środowiskowej. Centra takie działają za granicą, wspierając pacjentów w ich środowisku, poza szpitalami. Centra takie zapewniają pacjentowi działania terapeutyczne, aktywizujące, wzmacniające jego samodzielność i powrót na rynek pracy. W Polsce zespoły opieki środowiskowej mogą przyjmować do swoich programów osoby z zaburzeniami osobowości dopiero od 2012 roku, ale w rzeczywistości pomoc taka praktycznie nie istnieje. Prof. dr hab. Piotr Gałęcki, krajowy konsultant ds. psychiatrii, zwraca uwagę, że ten obszar polskiej psychiatrii stale się jednak rozwija:³⁸

³⁷ Jolanta Koral, broszury: *Centra Integracji Społecznej, Podmioty Ekonomii Społecznej*, http://rynekpracy.org/files/1bezrobocie.org.pl/public/broszury_proes3/081203_proes3_broszura_2_cis.pdf

³⁸ Prof. P. Gałęcki: *Jest realna szansa, że poprawi się sytuacja w polskiej psychiatrii*, Rynek Zdrowia, Wywiad z 31.08.2014, <http://www.rynekzdrowia.pl/Wywiady/Prof-Galecki-jest-realna-szansa-ze-poprawi-sie-sytuacja-w-polskiej-psychiatrii,144200.html>

„Psychiatria środowiskowa i ambulatoryjna systematycznie w Polsce się rozwija i nie ma od niej ucieczki. Podam przykład: w 2011 r. było 69 zespołów leczenia środowiskowego, obecnie NFZ kontraktuje 136 takich zespołów. Dalszy rozwój psychiatrii środowiskowej pozwoliłby „uwolnić” miejsca w szpitalach psychiatrycznych, przyczyniając się do poprawy opisywanej sytuacji. Jeśli tylko będzie więcej środków przeznaczanych na ten cel z NFZ, to środowisko psychiatrów będzie z tego powodu zadowolone. Doświadczenia europejskie wskazują jednak, że nie uciekniemy od szpitali, które gwarantują kompleksowość usług w psychiatrii. Pamiętajmy natomiast, że stworzenie odpowiedniej infrastruktury wymaga czasu i jak zwykle pieniędzy, które muszą być zainwestowane w sposób planowy i przemyślany”.

4. Podsumowanie

Pierwszą trudnością w podjęciu prawidłowego leczenia jaką napotykają osoby z zaburzeniami osobowości to trudności związane z diagnozą, gdyż problemy psychiczne z zasady trudno się diagnozuje oraz leczy. Według deklaracji badanych, przed pobytem w OLZOiN napotykali oni na problemy w zakresie diagnostyki i proponowanych form leczenia: 20% badanych mówi o braku dokładnej diagnozy, 26% wskazuje, że późno nastąpiła prawidłowa diagnoza ich problemów, a uzyskiwane leczenie było nietrafione, gdyż skupiano się tylko na objawach (20%) oraz brakowało psychoterapii (20%). Wśród trudności w korzystaniu z pomocy publicznych instytucji wymieniano: długi czas oczekiwania na terapię finansowaną przez NFZ (10%), rzadki kontakt z terapeutą (40%), trudności w dostępie do terapii finansowanej przez NFZ. Wiele z osób wskazywało na długotrwałe, czasami wieloletnie leczenie, które było nieefektywne.

Osoby z zaburzeniami osobowości często tkwią w błędnym kole (rysunek 3). Ich problemy, w zależności od głębokości zaburzenia, powinny być leczone przede wszystkim poprzez terapię z ewentualnym wsparciem farmakologicznym oraz hospitalizację. Jednak do tych form wsparcia często mają utrudniony dostęp z wielu powodów, m.in. braku terapeuty blisko miejsca ich zamieszkania, utrudnionej możliwości korzystania z terapii finansowanej przez NFZ, małej liczby ośrodków i specjalistów oferujących wsparcie dedy-

kowane tym osobom. Dużo łatwiejszy dostęp jest do terapii płatnej, ale na to trzeba mieć środki. Niestety ich zaburzenia powodują, że trudno im znaleźć lub utrzymać pracę i być niezależnymi finansowo, co powoduje, że mają utrudniony dostęp do terapii. Brak leczenia powoduje, że ich problemy emocjonalne i relacyjne nasilają się, co utrudnia im znalezienie oraz utrzymanie pracy.

Rysunek 3. Schemat błędnego koła osób z zaburzeniami osobowości



III. Doświadczenia innych krajów w aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z zaburzeniami osobowości

Rozdział ma na celu pokazanie dobrych praktyk zagranicznych, w których zastosowano efektywne podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób z zaburzeniami osobowości, które sprzyjało ich odnalezieniu się na otwartym rynku pracy.

1. Indywidualne wsparcie zatrudnienia

Program „Indywidualne wsparcie zatrudnienia” (*Individual placement and suport*, dalej: IPS) powstał w 1990 roku w Stanach Zjednoczonych, w Centrum Wsparcia Zatrudnienia IPS w Dartmouth (*Dartmouth IPS Supported Employment Center*). Metoda ta została wypracowana przez interdyscyplinarny zespół naukowców i trenerów, którzy prowadzą badania naukowe, rozpowszechniają ich wyniki, organizują szkolenia oraz świadczą usługi doradcze. Celem Centrum IPS jest działalność na rzecz zatrudnienia osób z problemami natury psychicznej oraz chorobami psychicznymi.

Centrum zajmuje się nadzorowaniem wspólnoty edukacyjnej w zakresie IPS, która obejmuje 19 stanów w USA i trzy kraje europejskie. Zapewnia również pomoc techniczną i szkolenia dla krajów, stanów, regionów i instytucji, na ich wniosek. Centrum IPS w Dartmouth wraz z Centrum Badań Psychiatrycznych w Dartmouth (*Dartmouth Psychiatric Research Center*) współpracują z naukowcami z Centrum Technologii Zatrudnienia Wspieranego (*Center for Supported Employment Technology – CSET*). Naukowcy z CSET opracowują narzędzia i metody w celu zwiększenia dostępności usług IPS dla zatrudnienia wspieranego.³⁹

Centrum jako współtwórca metody i instytucja nadzorująca społeczność IPS prezentuje klasyczne podejście do IPS, które w niektórych krajach bywa modyfikowane. Metoda została wdrożona m.in. w takich krajach jak: Wielka

³⁹ Dartmouth IPS Supported Employment Center. About the Center. Online [1.04.2015] <http://www.dartmouthips.org/about-the-center/>

Brytania, Norwegia, Dania, Hongkong, Kanada, Nowa Zelandia oraz Australia⁴⁰. Randomizowane badania kliniczne dotyczące skuteczności programu zostały przeprowadzone w Kanadzie, w krajach europejskich takich jak Wielka Brytania, Holandia, Szwajcaria, a także w Australii oraz w Hongkongu⁴¹. Badania wykazują pewne różnice w osiągniętych wskaźnikach zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Co do zasady, najlepsze efekty osiągają Stany Zjednoczone, Australia i Hongkong, natomiast kraje europejskie notują słabsze wyniki. Odpowiedzialność za zmniejszoną skuteczność modelu IPS w Europie przypisuje się prowadzonej w tych krajach polityce rynku pracy wobec osób niepełnosprawnych i chorujących psychicznie, co może utrudniać ich powrót na rynek pracy. Burns⁴² nazywa to „pułapką niepełnosprawności”. Badania IPS prowadzone obecnie w Szwecji, szczegółowo opisują biurokratyczną inercję i szereg barier wewnątrz szwedzkiego systemu opieki, które utrudniają efektywny rozwój usług IPS w tym kraju. Na wyzwania i przeszkody podczas procesu wdrażania IPS natrafiono także w Holandii. Alternatywnym wyjaśnieniem dla gorszych wyników zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z zaburzeniami osobowości, w Europie jest brak odpowiedniej pomocy technicznej i szkoleń dla pracowników, co prowadzi do wdrożenia metody IPS w sposób niezgodny z obowiązującymi standardami lub do pominięcia części standardów. Nieprzestrzeganie standardów IPS powoduje obniżenie skuteczności programu i powoduje, że wyniki ewaluacji są znacznie niższe.

Praca pomaga w odzyskaniu dobrostanu psychicznego

Wiele osób z problemami psychicznymi, w tym z zaburzeniami osobowości, może i chce pracować. Możliwość podjęcia pracy powinna być uznawana za integralną część procesu powrotu do zdrowia w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych. Program IPS został opracowany dla osób z różnymi

⁴⁰ M. Rinaldi, R. Perkins, E. Glynn, T. Montibeller, M. Clenaghan, J. Rutherford *Individual placement and support: from research to practice; Advances in Psychiatric Treatment*. Dec 2007. Online [1.04.2015] <http://apt.rcpsych.org/content/14/1/50>

⁴¹ Wikipedia IPS Supported Employment Online [1.04.2015] https://en.wikipedia.org/wiki/IPS_Supported_Employment

⁴² G.R. Bond, R.E. Drake D.R. Becker *Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US*. World Psychiatry. 2012 Feb. Online [1.04.2015] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266767/>

problemami psychicznymi, począwszy od epizodycznych depresji, poprzez różnego rodzaju zaburzenia, w tym zaburzenia osobowości, skończywszy na chorobach psychicznych.

Wiadomo, że bezrobocie niekorzystnie wpływa na zdrowie psychiczne. Praca natomiast może odgrywać istotną rolę w powrocie do zdrowia dla wielu ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Jednak osoby z problemami zdrowia psychicznego mają mniejsze szanse na znalezienie płatnego zatrudnienia, niż osoby z innymi zaburzeniami czy chorobami. Wskaźnik zatrudnienia w Wielkiej Brytanii dla ludności w wieku produkcyjnym w 2014 r. wynosił 77,7%.⁴³ Natomiast tylko 22% respondentów ankiety Health Care Commission Survey, korzystających ze specjalistycznych usług w zakresie zdrowia psychicznego, potwierdziło, że miało płatną pracę lub uczyło się w pełnym wymiarze godzin. Tymczasem większość osób z problemami psychicznymi (70–90%) konsekwentnie twierdzi, że chce pracować. **Jak wynika z badań, najważniejszym czynnikiem mającym wpływ na sukces w zakresie zatrudnienia jest chęć do pracy i determinacja.** Zarówno diagnoza, jak i rodzaj lub historia zatrudnienia nie mają większego wpływu, jeśli tylko dana osoba naprawdę chce pracować (Grove&Membrey, 2005)⁴⁴.

Dlatego wsparcie osób z problemami zdrowia psychicznego w znalezieniu zatrudnienia powinno być priorytetem dla służby zdrowia i opieki społecznej. Jednak tylko połowa osób korzystających z usług w zakresie zdrowia psychicznego w Wielkiej Brytanii zgłaszała, że otrzymała wsparcie w zatrudnieniu⁴⁵. Bez względu na dostrzegalne trudności oraz na warunki ekonomiczne, praca wciąż stanowi najbardziej skuteczną terapię dla osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym.

Metoda IPS to intensywne, zindywidualizowane wsparcie, które towarzyszy osobie chorej przez długi czas. Rozpoczyna się na etapie poszukiwania pracy, jest obecne zaraz po jej podjęciu, a następnie zarówno pracownik, jak i pracodawca może czasowo korzystać ze wsparcia.

⁴³ <http://www.rynekpracy.pl/artukul.php/wpis.795>

⁴⁴ B. Grove, H. Lockett, G. Shepherd, J. Bacon (Employment Programme) and M. Rinaldi, Head of Recovery and Social Inclusion at South West London and St George's Mental Health NHS Trust. Sainsbury Centre for Mental Health *Doing what works Individual placement and support into employment*. Online [1.04.2015] <http://www.centreformentalhealth.org.uk/briefing-37-doing>

⁴⁵ Healthcare Commission, 2008.

Efektywność metody

Według dostępnych badań, IPS jest trzy razy bardziej skuteczny niż inne metody wsparcia zawodowego dla osób borykających się z chorobą psychiczną. Skuteczność tej metody została wykazana w wielu przypadkach, w tym u osób z różnymi diagnozami, o różnym poziomie wykształcenia i z różnymi doświadczeniami zawodowymi. Były w tej grupie osoby korzystające z długoterminowej pomocy socjalnej, młodzi dorośli, osoby starsze, weterani z zespołem stresu pourazowego, ludzie z zaburzeniami psychicznymi oraz współistniejącymi chorobami, a także ludzie uzależnieni od substancji psychoaktywnych. Jak dotąd nie odkryto podgrupy, dla której IPS nie byłby skuteczny.

Przeprowadzono szereg badań⁴⁶ w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Hongkongu, Australii i Europie, w ramach których zostały porównane doświadczenia uczestników objętych wsparciem metodą IPS z osobami, wobec których stosowano inne podejście w zakresie aktywizacji zawodowej, skoncentrowane raczej na szkoleniach zawodowych („przejdź szkolenie, następnie znajdź zatrudnienie”). W badaniach naukowych i projektach, w których w największym stopniu zastosowano zasady metody IPS, odnotowano największe sukcesy, średnio 61% uczestników znajdowało zatrudnienie na rynku pracy, w porównaniu do zaledwie 23% w projektach stosujących inne metody oraz podejścia.

Zgodnie z opinią badacza problemów związanych ze wsparciem osób z problemami psychicznymi R.E. Drake’a:⁴⁷

Podczas 30-letnich obserwacji ludzi i pacjentów poddanych dziesiątkom badań naukowych staje się dla mnie całkowicie jasne, że żadne leki, psychoterapie, programy rehabilitacji (aktywizacji) oraz żadna z pozostałych rzeczy, o których się uczymy, że są w stanie pomóc ludziom w powrocie do zdrowia, nie są tak skuteczne jak metoda indywidualnego wsparcia zatrudnienia IPS.

Badanie skuteczności metody przeprowadzone przez zespół St. Georges Medical School dotyczyło poprawy jakości życia i niezależności osób niepełnosprawnych w wyniku ciężkiej choroby psychicznej poprzez zatrudnienie wspierane (EQOLISE)⁴⁸.

⁴⁶ Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R., *An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2008.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ *Enhancing the Quality of Life and Independence of persons disabled by severe mental illness through Supported Employment* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18407881>

W ramach 3-letniego projektu przeprowadzono ocenę ekonomiczną zatrudnienia wspieranego w porównaniu do standardowych rozwiązań w sześciu krajach europejskich. Wyniki badania pokazują, że uczestnicy objęci metodą IPS mieli dwa razy większe szanse na uzyskanie zatrudnienia w porównaniu z alternatywnymi tradycyjnymi metodami rehabilitacji i aktywizacji zawodowej:

- uczestnicy objęci IPS dwukrotnie częściej zdobywali zatrudnienie (55% vs 28%) w porównaniu z uczestnikami tradycyjnych metod aktywizacji zawodowej;
- uczestnicy IPS utrzymywali miejsca pracy dłużej i zarabiali więcej niż osoby, które były objęte najlepszymi alternatywnymi metodami aktywizacji zawodowej stosowanymi lokalnie;
- lepsze wyniki uzyskiwano wdrażając metodę IPS w całości;
- decydującym czynnikiem sukcesu była jakość partnerstwa wypracowanego między służbą zdrowia i instytucjami wspierającymi zatrudnienie. Szczególnie ważne jest, aby dostarczać klientom „zintegrowany pakiet”, tj. wsparcie zarówno zawodowe jak i kliniczne;
- wpływ na wyniki zatrudnienia miały wskaźniki zatrudnienia na lokalnym rynku pracy oraz poziom świadczeń, jednakże metoda IPS była wciąż bardziej skuteczna niż standardowe interwencje;
- nie zaobserwowano pogorszenia zdrowia psychicznego uczestników w wyniku podjęcia pracy;
- część uczestników metody IPS pozostała niezmotywowana do podjęcia pracy lub była niezdolna do utrzymania zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Niestety niemożliwe jest zidentyfikowanie tych osób, w momencie ich przystępowania do programu po raz pierwszy;
- przez 6 pierwszych miesięcy całkowity koszt programu IPS był ogólnie niższy niż innych standardowych usług;
- klienci, którzy w poprzednich pięciu latach pracowali przez co najmniej miesiąc, osiągnęli lepsze wyniki;
- u osób, które podjęły zatrudnienie obniżeniu uległy wskaźniki hospitalizacji⁴⁹.

Podejście IPS koncentruje się na osobie, która szuka pracy. Jest dalekie od sztywnego modelu, który ogranicza zakres usług.

⁴⁹ Centre of mental health, London, *Individual Placement and Support (IPS)* Online [1.04.2015]. <http://www.centreformentalhealth.org.uk/individual-placement-and-support>

Metoda koncentruje się na problemach danej jednostki i bierze pod uwagę to, co jest dla niej ważne. Opiera się na trenerach zatrudnienia oraz doradcach zawodowych, mających doskonałą znajomość lokalnego rynku pracy i znających potrzeby pracodawców, jak również na skutecznej pracy zespołowej pomiędzy trenerami, doradcami zawodowymi i pracownikami służby zdrowia. Metoda ta promuje kreatywność i otwartość zaangażowanych w nią pracowników (trenerów zatrudnienia, doradców zawodowych i specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego) do pomagania ludziom w uzyskaniu dobrego dopasowania się do pracy i zapewnienia im indywidualnego wsparcia.

Siedem podstawowych zasad metody IPS

W różnych krajach występują nieco inne ujęcia głównych zasad IPS. W USA, w kolebce metody IPS, wyróżnia się 8 kluczowych zasad IPS. Ponieważ jednak Wielka Brytania jest bliższa Polsce pod względem kulturowym oraz ze względu na warunki socjalno-ekonomiczne, poniżej przedstawiono 7 zasad IPS za źródłem brytyjskim⁵⁰.

1. Zatrudnienie na otwartym rynku pracy jest głównym celem

Podstawowym założeniem metody IPS jest znalezienie zatrudnienia (na pół etatu lub w pełnym wymiarze godzin) na otwartym rynku pracy. Dodatkowe staże, kursy czy szkolenia mogą być pomocnym działaniem w drodze do zatrudnienia dla młodych ludzi. Inne formy szkolenia mogą pomóc niektórym osobom, ale głównym celem zawsze powinno być znalezienie zatrudnienia.

2. Każdy, kto tego chce, kwalifikuje się do indywidualnego wsparcia zatrudnienia (IPS)

W metodzie IPS nie znajdziemy innych kryteriów kwalifikacji do uczestnictwa w programie, niż motywacja do skorzystania z pomocy. Badania pokazują, że potrzeba pracy jest w przeważającej mierze najważniejszym czynnikiem dla pomyślnego znalezienia płatnej pracy⁵¹. Metoda IPS bazuje na wewnętrznej motywacji osób uczestniczących w programie. Już sama chęć do pracy jest silnym czynnikiem sukcesu. Dlatego też praktycy IPS nie dyskwalifikują potencjalnych uczestników programu w zależności od poziomu ich świadomej gotowości do podjęcia pracy, historii karal-

⁵⁰ B. Grove, H. Lockett, G. Shepherd, J. Bacon (Employment Programme) and M. Rinaldi, *Head of Recovery and Social Inclusion at South West London and St George's Mental Health NHS Trust. Sainsbury Centre for Mental Health Doing what... op. cit.*

⁵¹ Ibidem.

ności, zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, objawów psychicznych, zaburzeń poznawczych, opinii medycznych, osobistej prezencji lub jakiegokolwiek innego czynnika. W rzeczywistości, agencje korzystające z IPS zachęcają wszystkich ludzi do myślenia o możliwych korzyściach płynących z zatrudnienia. Praktycy metody wiedzą, że chodzenie do pracy może pomóc niektórym ludziom w ograniczeniu używek lub podjęciu wysiłków nad rozwiązaniem innych problemów, które kolidują z osiągnięciem ich celów. Dla wielu takich osób zatrudnienie jest integralną częścią procesu powrotu do zdrowia.

3. Poszukiwanie pracy jest zgodne z indywidualnymi preferencjami jednostki

Trenerzy zatrudnienia zawsze starają się dostosować oferty pracy do preferencji klientów dotyczących rodzaju i miejsca pracy, harmonogramu i środowiska pracy. Pomagają także klientom uzyskać informację o różnych miejscach pracy, tak aby każda osoba mogła dokonać świadomego wyboru miejsca zatrudnienia. Trenerzy zatrudnienia rozmawiają z każdym klientem na temat tego, czy chce on udostępnić pracodawcy informacje o swojej niepełnosprawności lub inne informacje osobiste.

4. Poszukiwanie pracy jest szybkie, rozpoczyna się w ciągu pierwszego miesiąca

Poszukiwanie pracy należy rozpocząć wcześniej, zwykle w ciągu pierwszego miesiąca udziału danej osoby w programie. Pozytywne podejście i odpowiednia postawa powinna być wzmacniana zarówno wśród personelu, jak i odbiorców wsparcia. Personel w swoich działaniach powinien dawać nadzieję na powrót do zdrowia.

5. Zespoły trenerów zatrudnienia i pracownicy służby zdrowia pracują razem oraz znajdują się bardzo blisko siebie

Jednym z głównych aspektów metody IPS jest jakość wspólnej pracy pomiędzy trenerami zatrudnienia i zespołem medycznym. Trenerzy zatrudnienia powinni być zintegrowani oraz usytuowani w tym samym miejscu co zespół leczący, niezależnie od tego, kto ich zatrudnia. Powinni oni aktywnie uczestniczyć w spotkaniach aktywizujących, mieć wpływ na kierowanie i udział w procesie podejmowania decyzji. Może to stanowić wyzwanie dla służb, które są przyzwyczajone do samodzielnej pracy. Oznacza to, że trenerzy zatrudnienia muszą być równymi członkami zespołu, a nie peryferyjnym „dodatkiem”. W ten sposób wszyscy pacjenci

zespołu leczącego są automatycznie klientami trenerów zatrudnienia. Dla porównania, w kolebce metody IPS, w Stanach Zjednoczonych trenerzy zatrudnienia spotykają się co tydzień z pracownikami służby zdrowia, aby omawiać strategię działania. Za wsparcie w uzyskaniu pracy i edukacji klienta są odpowiedzialni trenerzy zatrudnienia, a pracownicy służby zdrowia powinni wspierać ten proces. Przykładowo: lekarz lub pielęgniarka mogą zadbać, aby leczenie farmakologiczne w mniejszym stopniu wpływało na obszar zawodowy danego pacjenta. Trener zatrudnienia może pomóc klientowi otworzyć konto w banku, aby mógł podejmować pensję. W USA trener zatrudnienia koordynuje także współpracę klienta z instytucją zajmującą się rehabilitacją zawodową. Dodatkowo, za zgodą klienta, trener zatrudnienia kontaktuje się z jego rodziną, aby wesprzeć go w osiągnięciu sukcesu.

6. Pomoc i wsparcie jest nieograniczone w czasie i dopasowane indywidualnie zarówno do pracodawcy jak i pracownika

Metoda IPS jednoznacznie pokazuje, że znalezienie pracy na samym początku procesu: „znajdź zatrudnienie, następnie szkół”, sprawdza się lepiej, niż w przypadku podejścia: „szkół, następnie znajdź zatrudnienie”. (*It's „place-then-train”, rather than „train-then-place”*). Wsparcie musi łączyć to kluczowe przejście, transformację i prowadzić ją tak długo, jak jest to konieczne. Oznacza to, że w odniesieniu do wykonywanej pracy, posiadanych umiejętności i preferencji, osoby otrzymują wsparcie, które jest dostosowane do ich indywidualnych potrzeb. Wsparcie jest udzielane przez wiele różnych osób, w tym trenerów zatrudnienia i lekarzy specjalistów. Członkowie rodziny i bliscy przyjaciele mogą być włączani do zespołu wspierającego, jeśli tego chcą. Trenerzy zatrudnienia mogą również, zgodnie z życzeniem wspieranej osoby, zapewnić wsparcie dla pracodawców.

Trenerzy zatrudnienia nie powinni wymagać od pacjentów ujawnienia swoich problemów psychicznych w miejscu pracy. Ich zadaniem jest omówienie z daną osobą korzyści i ewentualnego ryzyka ujawnienia, bądź nieujawnienia swoich problemów oraz wspieranie ich w podjętej decyzji.

7. Doradztwo dotyczące świadczeń socjalnych wspiera osoby podczas przejścia z zasiłków do pracy

Każdy uczestnik IPS ma zapewnioną możliwość uzyskania informacji jaki wpływ będzie miało zatrudnienie na wysokość jego świadczeń (rentę, dodatek mieszkaniowy, pomoc żywnościową etc.).

Informacje te są udzielane przez doradcę ds. świadczeń, który zna bieżący stan prawny. Jeżeli dana osoba chce podjąć pracę w pełnym wymiarze czasu pracy doradca poinformuje ją, jak i kiedy otrzymywane świadczenia będą przerwane. Bardzo istotne jest, aby trenerzy zatrudnienia lub lekarze specjaliści pomogli osobie zrozumieć konsekwencje finansowe związane z rozpoczęciem pracy. Powinno to obejmować proces przejścia od świadczeń socjalnych do pracy, a także doradztwo związane ze świadczeniami otrzymywanymi w pracy oraz możliwymi ulgami podatkowymi.

Rola trenera zatrudnienia⁵²

Podstawową rolę w metodzie IPS spełnia trener zatrudnienia, który współpracuje bezpośrednio z klientami w ramach planowania procesu zatrudnienia oraz ułatwia im działania związane z podjęciem i utrzymaniem pracy. Kluczową funkcją trenera zatrudnienia jest koordynacja wszystkich planów zawodowych z członkami zespołu terapeutycznego. Trenerzy zatrudnienia mogą w jednym okresie pracować jednocześnie z maksymalnie 25 osobami, angażując się w ich sprawy zawodowe, aktywnie pomagając im zdobyć i utrzymać pracę. Trener zatrudnienia pomaga organizować dostęp do kursów edukacyjnych, prowadzi doradztwo w sprawie świadczeń socjalnych i możliwości uzyskania potrzebnego wsparcia, w tym zachęca klientów do zmian, w celu utrzymania zatrudnienia lub kontynuacji nauki. Jeśli osoba z zaburzeniami osobowości jest w stanie sama prowadzić poszukiwania pracy lub odmówi skorzystania z oferowanej pomocy, należy pozwolić jej zrobić to samodzielnie. Trenerzy spędzają 70% lub więcej swojego czasu na przeprowadzaniu oceny, udzielaniu wsparcia zawodowego oraz zapewnieniu stałej pomocy, aby umożliwić swoim klientom utrzymanie zatrudnienia.

Trenerzy zatrudnienia nie są koordynatorami opieki, ale są w pełni zaangażowani w proces terapii jako równorzędni członkowie zespołu medycznego. Aby realizować swoje zadania przechodzą przez system szkoleń specjalistycznych. Trenerzy zatrudnienia nie są z wykształcenia specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego, ale zwykle są to ludzie, którzy posiadają umiejętności i doświadczenie w aktywizacji zawodowej, zasobach ludzkich, marketingu i psychologii pracy oraz mogą mieć osobiste doświadczenie

⁵² Center for evidence-based practices *Supported Employment/Individual Placement & Support*, Case Western Reserve University est 1826. Online [1.04.2015] <https://www.centerforebp.case.edu/practices/se>

z problemami zdrowia psychicznego. Trenerzy zatrudnienia spędzają dużo czasu w społecznościach, w których żyją i pracują ich klienci. Spotykają się z nimi w kawiarniach, ośrodkach rehabilitacji zawodowej, miejscach pracy, domach, bibliotekach etc. Poznają także firmy pracodawców, którzy zatrudniają ich klientów, aby lepiej zrozumieć ich potrzeby.

Kluczowe kompetencje trenera zatrudnienia obejmują:

1. doświadczenie i wiedzę z zakresu rozwoju zawodowego, marketingu;
2. umiejętność pozytywnego nawiązywania kontaktów z pracodawcami;
3. wiedzę z zakresu problemów psychicznych;
4. zdolność do identyfikowania zainteresowań, mocnych stron, umiejętności, zdolności oraz sposobów radzenia sobie ze stresem oraz dopasowania osoby do rodzaju pracy;
5. zdolność do identyfikacji potrzeb klientów i organizacji długoterminowego wsparcia, aby pomóc im w utrzymaniu miejsca pracy;
6. wiedzę na temat świadczeń socjalnych;
7. umiejętność wspierania osoby objętej terapią wobec innych członków zespołu, pracodawców i rodzin.

Jednym z głównych zadań trenerów zatrudnienia jest także nawiązanie i utrzymywanie kontaktu z pracodawcami, z agencjami zatrudnienia, agencjami rządowymi, uczelniami i organizatorami szkoleń, a także ze specjalistycznymi instytucjami świadczącymi usługi szkoleniowe dla osób z problemami psychicznymi.

2. Case study

Wdrożenie IPS według Dartmouth IPS Center w USA⁵³

IPS jest opłacalny

Osoby chore psychicznie stanowią największą i najszybciej rosnącą grupę beneficjentów systemu opieki społecznej w USA. Mniej niż 1% beneficjentów rocznie rezygnuje z otrzymywania świadczeń socjalnych i wraca na rynek pracy. Pomagając zdobyć zatrudnienie osobom chorym psychicznie, zwłaszcza osobom młodym, doświadczającym wczesnej psychozy, można zapobiec

⁵³ Dartmouth Psychiatric Research Center Making the Case for IPS Supported Employment Online [1.04.2015] <http://www.dartmouthips.org/wp-content/uploads/2014/11/policy-bulletin3updated.pdf>

ich „wejściu w system niepełnosprawności” i znacząco ograniczyć wydatki na system opieki społecznej.

Roczny koszt stosowania metody IPS na jedną osobę to około 5500 dolarów. Przeprowadzone badania efektywności finansowej IPS wykazały zmniejszenie liczby dni hospitalizacji psychiatrycznych oraz interwencji pogotowia ratunkowego wśród klientów, którzy otrzymywali usługi wsparcia zatrudnienia. Oddziały zmieniające swoje programy leczenia na metodę IPS zmniejszyły koszty swoich usług o 29%.

W perspektywie długoterminowej, osoby które wracają do pracy, przyczyniają się tym samym do powstania ogromnych, długoterminowych oszczędności w budżecie na ochronę zdrowia psychicznego. 10-letnie studium obserwacji klientów mających poważne zaburzenia psychiczne z jednocześnie występującymi uzależnieniami wykazało, że w przypadku osób stale pracujących, średnioroczne oszczędności z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wyniosły ponad 16.000 \$ na jedną osobę, w stosunku do beneficjentów, którzy pozostali poza rynkiem pracy.

IPS długotrwale poprawia samopoczucie

Osoby, które uzyskały zatrudnienie na rynku pracy dzięki metodzie IPS zwiększyły swoje dochody, poprawiły poczucie własnej wartości oraz jakość życia, a także zmniejszyła się u nich ilość występujących objawów. Około 40% klientów, którzy uzyskali pracę z pomocą metody IPS utrzymała ją i pozostawała w zatrudnieniu dekadę później.

Programy IPS mają wysoki wskaźnik pomyślnego wdrożenia i zrównoważonego rozwoju

Jakość wdrożenia metody IPS jest mierzona poprzez stosowanie wystandaryzowanej skali wierności. IPS jest stosunkowo łatwy do wdrożenia wraz z zastosowaniem wysokiego współczynnika wierności metodzie. Wraz z odpowiednim finansowaniem, zaangażowaniem kierownictwa, władz lokalnych i monitorowaniem wierności metodzie, projekty wieloosrodkowe, z wieloma lokalizacjami (*multi-site*), z powodzeniem realizowały założenia IPS w ponad 80% programów przyjmujących takie podejście. IPS został z powodzeniem wdrożony w społecznościach zarówno miejskich jak i wiejskich. Po wdrożeniu metody IPS, większość programów realizujących jej założenia, jeśli nadal mają odpowiednią infrastrukturę, kontynuuje oferowanie wysokiej jakości usługi. Jedno z badań wykazało, że 84% ze 165 instytucji stosujących programy IPS, realizowanych w poprzedniej dekadzie, nadal świadczyło usługi IPS w 2012 roku.

Jednak większość Amerykanów z ciężką chorobą psychiczną nie ma dostępu do usług z wykorzystaniem metody IPS. Pomimo korzyści płynących ze stosowania metody IPS, dostęp do niej jest ograniczony lub niedostępny w wielu społecznościach. Tylko 2,1% osób z ciężką chorobą psychiczną, zarejestrowanych w amerykańskim publicznym systemie ochrony zdrowia psychicznego w 2009 roku, uzyskało wsparcie zatrudnienia. Podobnie, w 2007 roku, poniżej 1% pacjentów Medicaid (państwowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych dla osób o najniższych dochodach w USA), z rozpoznaniem schizofrenii, miało realną możliwość skorzystania z systemu zatrudnienia wspieranego.

Wdrażanie IPS w Wielkiej Brytanii

W wyniku różnorodnych badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii stwierdzono, że metoda IPS wykazuje się dużo wyższą skutecznością niż inne, tradycyjne metody wspierania zatrudnienia. W broszurze z 2009 roku wydanej przez Sainsbury Centre for Mental Health, stwierdzono:

Brytyjskie rządowe programy (Government's Pathways to Work oraz New Disability Employment Programme) mają wiele wspólnego z opisywaną metodą IPS i często ich założenia są zbliżone. Co więcej, występuje duża zbieżność między grupami osób, którym te programy mają służyć. Dowody wskazują jednak, że im ściślej program przestrzega zasad metody IPS, tym bardziej staje się skuteczny. Brytyjski Sainsbury Centre inicjuje dialog z osobami odpowiedzialnymi za programy ogólnego zatrudnienia do zbadania, w jaki sposób mogą być one bardziej skuteczne we wspieraniu ludzi z zaburzeniami psychicznymi⁵⁴.

Jedna z siedmiu zasad metody IPS mówi, że wsparcie zatrudnienia i opieka zespołu medycznego powinny być zintegrowane, a nie rozdzielone. Może to być osiągnięte w dowolnym układzie organizacyjnym lub finansowym, o ile osoby, które zarządzają i monitorują usługi rozumieją, jak ważne jest przestrzeganie tej zasady w metodzie IPS.

⁵⁴ B. Grove, H. Lockett, G. Shepherd, J. Bacon (Employment Programme) and M. Rinaldi, Head of Recovery and Social Inclusion at South West London and St George's Mental Health NHS Trust. Sainsbury Centre for Mental Health *Doing what... op. cit.*

Najskuteczniejszym sposobem osiągnięcia tego celu jest dla trenerów zatrudnienia (niezależnie od tego przez kogo są zatrudnieni) bycie pełnoprawnymi członkami zespołów medycznych, dzielących wspólnie miejsce pracy (w rozumieniu lokalizacji), przynajmniej przez pewną część tygodnia. Powinni oni aktywnie uczestniczyć w spotkaniach oceniających i brać udział w procesie podejmowania decyzji oraz rozwiązywania problemów. Wszystkie notatki zespołów wsparcia zatrudnienia i zespołów medycznych powinny być zintegrowane oraz powinny pozostać poufne, ale dostępne dla klienta, trenerów zatrudnienia, a także dla zespołu medycznego.

Wspólna lokalizacja zapewnia regularne kontakty oraz lepszą komunikację, co pozwala uniknąć powielania ocen i zmniejsza odsetek osób wycofujących się z programu, ponieważ usuwa bariery związane z podrózami z jednego miejsca do drugiego. Daje to trenerom zatrudnienia możliwość rozpoczęcia pracy z osobami już na wczesnym etapie procesu. Jest to również ułatwienie dla osób, które są już zatrudnione i chcą utrzymać swoje stanowiska pracy, gdy ich stan zdrowia się pogorszył.

Inne formy wsparcia dla pacjentów z zaburzeniami osobowości w Wielkiej Brytanii

W Wielkiej Brytanii zaburzenia osobowości są rozpoznawane jako zaburzenia psychiczne. Badania szacują, że dotyczą one 4–11% populacji, z czego 60–70% to osoby przebywające w więzieniu. Do niedawna zaburzenia osobowości były zaniedbywane przez odpowiedzialne instytucje i często uważane za nieuleczalne. Brytyjski *National Institute for Clinical Excellence* opublikował wskazówki dotyczące ich leczenia i postępowania. Stopniowo coraz więcej instytucji rozpoznaje i adresuje swoją ofertę do osób z zaburzeniami osobowości. Rokowania wobec osób z zaburzeniami osobowości nie są obecnie tak pesymistyczne, jak kiedyś sądzono.⁵⁵

W ciągu ostatnich dziesięciu lat odnotowano także istotne zmiany w sposobie, w jaki służba zdrowia oraz opieka społeczna zajmują się oso-

⁵⁵ J. Craissati, P. Minoudis, J. Shaw: Oxleas NHS Foundation Trust, S.J Chuan: Camden & Islington NHS Foundation Trust, S. Simons: London Probation Trust, N. Joseph: National Offender Management Service *Working with personality disordered offenders A practitioners guide* January 2011, Ministry of Justice. Online [1.04.2015] oraz W. Bolton, Camden and Islington NHS Foundation Trust; Kath Lovell, Emergence; Lou Morgan, Emergence; Heather Wood, Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. *Meeting the challenge... op. cit.*

bami z zaburzeniami osobowości. Poczyniono znaczne kroki w kierunku rozwoju nowych propozycji terapeutycznych, które mają wspierać te osoby w prowadzeniu bardziej satysfakcjonującego życia. Jednocześnie rząd przeznaczył dodatkowe środki finansowe na prowadzenie specjalistycznych i innowacyjnych usług oraz publikację dokumentów zawierających wytyczne dotyczące rozwoju usług skierowanych do osób z zaburzeniami osobowości oraz kompetencji personelu.

W 2003 roku Departament Zdrowia opublikował wytyczne zatytułowane „*Koniec z diagnozą wykluczającą*” (*No Longer a Diagnosis of Exclusion*), w celu identyfikacji i zapewnienia odpowiedniego leczenia dla osób z zaburzeniami osobowości lub innymi złożonymi zaburzeniami psychospołecznymi. W dokumencie tym podkreślono niedostosowane do potrzeb tych osób działanie głównego nurtu usług zdrowia psychicznego. W 2005 roku, chcąc przetestować nowe modele usług i ocenić ich skuteczność, uruchomiono program, który miał wprowadzić 11 usług dedykowanych osobom z zaburzeniami osobowości. Większość tych projektów pilotażowych zostało włączonych w Anglii do głównego nurtu świadczeń lokalnych i doprowadziło do stałego wzrostu usług dedykowanych osobom zmagającym się z zaburzeniami osobowości.

Wydany w 2004 roku dokument ramowy zatytułowany „*Przerwanie cyklu odrzucenia. Ramy możliwości pomocy w zaburzeniach osobowości*” (*Breaking the Cycle of Rejection: The Personality Disorder Capabilities Framework*) był początkiem inicjatywy edukacyjno-szkoleniowej mającej na celu poprawę świadomości, umiejętności i kompetencji personelu służby zdrowia, opieki społecznej oraz wymiaru sprawiedliwości. Współpraca Instytutu Zdrowia Psychicznego w Nottingham, organizacji Emergence (dawniej Borderline UK), Tavistock and Portman NHSTrust oraz Open University doprowadziła do powstania inicjatywy „*Wiedza i zrozumienie*” (*Knowledge and Understanding Framework*), która obecnie oferuje kompleksowe kształcenie i szkolenie personelu pracującego z osobami z zaburzeniami osobowości.

Inicjatywy te w 2009 roku przyczyniły się do rozwoju bardzo ważnych projektów szkoleniowych dla pracowników, mających na celu zapewnienie efektywności oferowanych usług dla osób ze złożonymi problemami psychologicznymi. Opracowano też praktyczne podręczniki ze wskazówkami dla osób pracujących z osobami z zaburzeniami osobowości.⁵⁶

⁵⁶ *Working with personality disordered offenders a practitioners guide*, wyd. Ministerstwo Sprawiedliwości i Departament Zdrowia, 2011. *Meeting the Challenge. Making a Difference*, wyd. Departament Zdrowia, 2014.

Wdrażanie IPS w Australii⁵⁷

Według prof. Eoin Killackey istnieje wiele dowodów na to, że ludzie z chorobą psychiczną mogą być największą grupą klientów australijskiego odpowiednika urzędu pracy dla osób chorych psychicznie oraz niepełnosprawnych (*Disability Employment Services*), ale jest to jednocześnie grupa, która korzysta z tych usług w niewielkim stopniu. Konieczne jest zatem znalezienie innego sposobu na rozwiązanie problemu dostępu do zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami osobowości. Prawie dziesięć lat temu, Killackey i jego zespół badawczy z Młodzieżowego Ośrodka Zdrowia z Orygen postanowili spojrzeć na wyniki aktywizacji zawodowej osób z objawami psychozy oraz sprawdzić różne możliwości pomocy dla tej grupy pacjentów. Killackey zastosował podejście IPS. Po jego wdrożeniu 85% osób objętych tą formą pomocy wróciło do pracy lub szkoły.

Jedną z głównych barier dla wdrożenia IPS jako standardowej części oferowanych terapii jest znalezienie funduszy na tworzenie stanowisk dla pracowników IPS. Kolejnym wyzwaniem dla specjalistów IPS jest wkroczenie do systemu ochrony zdrowia psychicznego bez doświadczenia związanego z psychiatrią. Problemem jest także ustawodawstwo, które określa granice finansowania między sektorami zdrowia i zatrudnienia. Rząd przyznaje co prawda, że metoda niesie ze sobą pozytywne skutki, ale spotyka się z oporem na szczeblu federalnym, gdzie panuje przekonanie, że wdrożenie terapii metodą IPS należy do obowiązków państwowej służby zdrowia.

Dla osób z zaburzeniami osobowości, które poszukują pracy, stres w miejscu pracy działa również jako bariera. Wielu pracowników służby zdrowia postrzega pracę jako czynnik stresogenny. Prof. Killackey zauważa, że podczas jego specjalizacji na początku lat 90., uczono młodych lekarzy, aby w sytuacjach stresowych doradzać ludziom odpoczynek, zachęcano również do korzystania z systemu świadczeń socjalnych, aby się utrzymać. Nie podkreślano, że bycie bezrobotnym jest w rzeczywistości bardzo stresujące. Zdaniem profesora, nadal w środowisku klinicznym wiele osób prezentuje postawy, które mogą działać na niekorzyść wdrożenia IPS do praktyki leczniczej. Jego

⁵⁷ Western Australian Association for Mental Health Australian Professor talks IPS Online [1.04.2015] <http://waamh.org.au/development-and-training/individual-placement--support-ips/australian-professor-talks-ips.aspx> oraz Western Australian Association for Mental Health Implementing IPS in Australia Online [1.04.2015] <http://waamh.org.au/development-and-training/individual-placement--support-ips/implementing-ips-in-australia.aspx>

zdaniem, aby upowszechnić metodę IPS w całej Australii, należałoby wprowadzić jeden z dwóch sposobów działania. Jednym z nich jest podejście oparte na partnerstwie z agencjami zatrudnienia. To najbardziej korzystne podejście, które wymaga zmian ze strony służby zdrowia i agencji zatrudnienia polegających na doprowadzeniu do rzeczywistej współpracy. Inną opcją jest bezpośrednie zatrudnienie doradców zawodowych w psychiatrii, ale wymaga to od służby zdrowia znacznie szerszego spojrzenia na rolę doradców w procesie powrotu do zdrowia.

Model partnerski

Doświadczenie pokazuje, że najlepsze efekty uzyskiwane są dzięki współpracy służby zdrowia oraz doradców pracujących metodą IPS. Stany Queensland, Nowa Południowa Walia i Wiktoria wdrożyły model IPS za pomocą podejścia opartego na partnerstwie. Uzyskane przez nie wyniki potwierdzają inne międzynarodowe badania, zgodnie z którymi co najmniej 60% osób z zaburzeniami osobowości oraz chorobami psychicznymi uzyskało płatne zatrudnienie.

Zgodnie z uzyskanymi doświadczeniami z wdrożenia IPS kluczowe elementy programu IPS obejmują:

- wspólne zarządzanie przez Komitet Sterujący IPS;
- założenie, że pracownik urzędu pracy spędza nie mniej niż 3 dni, pracując w służbie zdrowia;
- ocenę efektów programu i sukcesów.

Wskazówki systemowe – poradnik jak wdrażać IPS

Służby Zdrowia Psychicznego (*Mental Health Services*) są główną instytucją nadzorującą wstępne wdrażanie zintegrowanego programu IPS w Australii. W oparciu o doświadczenia związane z wdrażaniem IPS w tym kraju opracowano następującą listę wskazówek:

- budowanie środowiska – IPS budzi różnorodne reakcje wśród lekarzy, personelu pomocniczego, rodzin pacjentów i szerszej społeczności. Dlatego tak ważne jest, aby zbudować wspólne stanowisko przed wdrożeniem metody IPS. Należy dobrać zespół odpowiedzialny za informowanie i ustalanie kluczowych partnerów w procesie wdrażania metody;
- wiedza na temat modelu IPS – istotne jest rozpowszechnianie informacji i materiałów na temat IPS, aby zmotywować i wesprzeć członków zespołu;

- aprobata kierownictwa – wsparcie kierownictwa, działów kadr poszczególnych firm jest kluczem do wdrożenia procesu IPS;
- wyznaczenie koordynatora modelu IPS – osoba ta powinna stale wzmacniać korzyści z płynące ze stosowania IPS w organizacji. Powinna śledzić aktualne badania i literaturę oraz inicjatywy międzynarodowe związane z IPS. Zadaniem takiej osoby jest wspieranie i promowanie modelu IPS w systemie ochrony zdrowia psychicznego oraz wśród zainteresowanych partnerów. Rolą koordynatora jest odgrywanie kluczowej funkcji w trakcie realizacji programu IPS oraz zapewnienie monitorowania i oceny na poziomie Komitetu Sterującego;
- konieczne jest zapewnienie wymiany doświadczeń pracowników służby zdrowia i liderów metody IPS;
- należy stworzyć wzór umowy partnerskiej, która spełnia standardy udzielania świadczeń;
- utworzenie Komitetu Sterującego, składającego się z kierownictwa służby zdrowia oraz urzędu pracy, koordynatora serwisu, trenera zatrudnienia i innych pracowników pomocniczych. Komitet ma kluczowe znaczenie dla powodzenia programu IPS, zapewniając strukturę, monitorowanie i stałą poprawę jakości.

3. Wskazówki odnośnie wdrażania metody IPS w nowych instytucjach⁵⁸

Wdrożenie metody IPS jest procesem złożonym, który wymaga zmian organizacyjnych, programowych oraz zmian w myśleniu o problemie aktywizacji. Zmiany te dotyczą zwykle instytucji zdrowia psychicznego i instytucji odpowiedzialnych za aktywizację zawodową, ale mogą uwzględniać organizacje pozarządowe oraz organizacje wspierające rodziny.

Ocena obecnej praktyki, struktury i filozofii

Trener zatrudnienia IPS powinien spędzić pewien czas w instytucjach zdrowia psychicznego, aby poznać specyfikę trudności z jakimi borykają się

⁵⁸ Dartmouth Psychiatric Research Center *Role of the IPS Supported Employment Trainer*. January 2010; Revised March 2014. Online [1.04.2015] <http://www.dartmouthips.org/wp-content/uploads/2014/10/role-of-the-ips-trainer.pdf>

osoby z zaburzeniami psychicznymi. Przed wyborem oddziału do realizacji usług IPS, lider wdrażający powinien spędzić co najmniej kilka godzin na spotkaniach z administratorami instytucji, obserwując spotkania dotyczące zatrudnienia, rozmawiając z zespołem pracowników, rozmawiając z klientami, którzy otrzymali wsparcie w zatrudnieniu oraz spotkać się z trenerami zatrudnienia i ich przełożonymi. W ciągu dwóch tygodni lider powinien przekazać opinię do instytucji na temat praktyk i struktur organizacyjnych, które są zgodne z modelem IPS, jak również zmian, których instytucja i system będzie potrzebować w celu realizacji metody IPS.⁵⁹

Szkolenia i konsultacje

Trenerzy zatrudnienia muszą umieć określić profil kariery klienta, potrafić omówić ujawnione problemy klienta, prowadzić wywiad, wiedzieć jak rozwijać relacje z pracodawcami, prowadzić skuteczne poszukiwania pracy i zapewnić zindywidualizowane wsparcie zatrudnienia. Lekarze muszą zrozumieć podstawowe założenia metody IPS, a także poznać strategie służące zdobywaniu zatrudnienia. Trenerzy zatrudnienia, aby zrozumieć podejście IPS, powinni zostać zaproszeni do udziału w większości lub wszystkich szkoleniach. Grupy wsparcia klientów i grupy rówieśnicze, powinny otrzymać informacje na temat usług w ramach metody IPS, mogą bowiem mieć pomocne uwagi dotyczące organizacji i realizacji tych usług. Rodziny są także ważnym partnerem dla grup wsparcia zatrudnienia. Liderzy powinni dotrzeć do lokalnych organizacji pracujących z rodzinami.⁶⁰ Szkolenie może pomóc w optymalnym zorganizowaniu pracy oraz w opracowaniu wizji dotyczącej świadczenia usług w przyszłości.

Ponieważ większość osób ma trudności w zmianie sposobu udzielania pomocy i dostarczania usług, dlatego wdrażający IPS powinni pracować razem z trenerami zatrudnienia, aby wykształcić nowe umiejętności i wypracować model pomocy w rozwiązywaniu nieoczekiwanych problemów. Aby w instytucji dokonały się istotne zmiany, liderzy powinni odwiedzać nowe instytucje włączane do programu co najmniej dwa razy w miesiącu. Między wizytami, niektóre konsultacje mogą odbywać się przez telefon.

⁵⁹ Przykład listy kontrolnej odnośnie gotowości oddziału można znaleźć na www.dartmouthips.org wybierając zakładkę „Trainers&FidelityReviewers”.

⁶⁰ Przykładowy plan szkoleń można znaleźć na www.dartmouthips.org wybierając zakładkę „Trainers&FidelityReviewers”.

Pomoc techniczna poprzez analizę wierności metodzie IPS

Instytucje wdrażające IPS powinny brać udział w treningu IPS przez co najmniej 6 miesięcy. Najpierw powinny mieć możliwość wdrożenia pewnych elementów IPS, aby osiągnąć wysoki stopień odwzorowania. Pomiar wierności programowi IPS powinien pomóc poprawić jakość oferowanych usług. Instytucje te powinny być poddawane ocenie zgodności z metodą IPS co sześć miesięcy, aż osiągną odpowiedni poziom zgodności. Następnie mogą być poddawane ocenie co rok. Liderzy wdrażający powinni pracować wraz z przełożonymi programu IPS i komitetami sterującymi w celu poprawy zgodności i dokładności metody pomiędzy wizytami oceniającymi.⁶¹

Pomoc w zmianach organizacyjnych

Liderzy wdrażający powinni prosić instytucje o pomoc w realizacji i wdrożeniu metody IPS. Często to kierownicy mają uprawnienia do dokonywania niezbędnych zmian. Niektóre instytucje nie organizują spotkań zespołu leczącego, który zapewnia nadzór lekarski. W takich sytuacjach lider wdrażający IPS powinien porozmawiać z administratorami o korzyściach płynących ze zintegrowanych usług oraz powinien pomóc liderom instytucji w wypracowaniu planów i wdrożeniu spotkań zespołu leczącego z udziałem trenerów zatrudnienia.

Niektóre instytucje są w stanie przeprowadzić duże zmiany w szybkim tempie, podczas gdy inne są bardziej skłonne wprowadzać stopniowo kolejne cele ustalone wcześniej. Niechętni cotygodniowym spotkaniom administratorzy instytucji mogą rozważyć comiesięczne spotkania z psychiatrami. Po kilku miesiącach lider wdrażający może poprosić administratorów o rozmowę z przełożonymi by dowiedzieć się, czy spotkania były pomocne i ocenić perspektywę i przydatność częstszych spotkań.⁶²

⁶¹ Szczegółowe informacje na temat wizyt oceniających zgodność metodzie, raportów wierności oraz planów działania można znaleźć w podręczniku „Evidence Based Supported Employment Fidelity Review Manual” na stronie www.dartmouthips.org/Fidelity, w zakładce „Trainers&Fidelity Reviewers”.

⁶² Informacje o komitetach sterujących są dostępne na www.dartmouthips.org w zakładce „Trainers&FidelityReviewers”.

IV. Doświadczenia projektu „Centrum integracji – by móc kochać i pracować”

W rozdziale tym zostały przedstawione podstawowe informacje o projekcie „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”, w ramach którego został opracowany i przetestowany praktycznie model pomocy dla osób bezrobotnych z zaburzeniami osobowości.

1. Podstawowe informacje o projekcie

Projekt „Centrum integracji – by móc kochać i pracować”⁶³, zwany dalej „projektem”, to międzynarodowy projekt innowacyjny, realizowany w okresie od 1 listopada 2012 roku do 31 października 2015 roku, przez krakowską Fundację im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej.

Projekt dotyczył opracowania i przetestowania modelu interdyscyplinarnej pomocy osobom bezrobotnym z zaburzeniami osobowości. Zaburzenia osobowości to problem, który dotyczy dużej części klientów instytucji oferujących różne formy pomocy, takich jak urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, szpitale lub poradnie zdrowia psychicznego.

Projekt trwał pełne trzy lata. W ciągu pierwszych 8 miesięcy odbywały się kontakty z partnerami zagranicznymi i wizyty studyjne. Ich celem było opracowanie wstępnej koncepcji modelu leczenia oraz aktywizacji zawodowej. Kolejne miesiące służyły przygotowaniu się do okresu testowania, następnie przetestowano model oraz przeprowadzono badania i ewaluację zewnętrzną.

Projekt obejmował trzy główne obszary:

1. Długoterminowe, trwające 18 miesięcy, leczenie w trybie dziennym oraz ambulatoryjnym osób z zaburzeniami osobowości, na które składały się: psychoterapia psychoanalityczna, spotkania społeczności terapeutycznej, oddziaływania case managerów i udział w zajęciach dodatkowych.

⁶³ Ilekroć w tekście używane jest sformułowanie „projekt”, dotyczy ono, projektu „Centrum integracji – by móc kochać i pracować”.

2. Aktywizację zawodową osób bezrobotnych z zaburzeniami osobowości.
3. Strukturalną pomoc dla osób z zaburzeniami osobowości, która polegała na opracowaniu zestawu narzędzi, dzięki którym może odbywać się zarówno specjalistyczne leczenie jak i aktywizacja zawodowa.

W ramach projektu zostały opracowane:

- metody diagnozy oraz postępowania i leczenia zaburzeń osobowości;
- program szkoleniowy dla pracowników socjalnych i doradców zawodowych pt. *Zaburzenia osobowości w praktyce pracownika socjalnego i doradcy zawodowego*;
- program superwizji specjalistycznej;
- program wsparcia dla rodzin oraz poradnik dla rodzin osób z zaburzeniami osobowości.

Założono, że model testowany będzie przez 18 miesięcy, a uczestniczyć w nim będą 32 osoby, u których zdiagnozowane zostały zaburzenia osobowości. W trakcie projektu testowano również funkcjonowanie nowego typu oddziału dziennego, na którym pacjenci mogli spędzać czas w godzinach jego otwarcia, tj. od 8.00 do 20.00.

Partnerzy i wykonawcy projektu

Projekt był realizowany przez Fundację im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej w partnerstwie z następującymi krakowskimi instytucjami: Szpitalem Specjalistycznym im. dr J. Babińskiego, Wojewódzkim Urzędem Pracy, Grodzkim Urzędem Pracy, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Domem Szkoleń Aleksandra Mykowska oraz partnerem holenderskim Ad Bus Advisering.

Fundacja im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej – działa od 2004 roku na rzecz osób z zaburzeniami osobowości oraz profesjonalistów zajmujących się ich leczeniem. Celem Zespołu od początku jego istnienia było informowanie społeczeństwa o problemach osób z zaburzeniami osobowości.

W latach 2006–2008 Fundacja realizowała projekty polegające na reintegracji społecznej osób z zaburzeniami osobowości, w szczególności kończących długoterminową terapię w oddziale szpitalnym.

We współpracy z Krakowską Szkołą Psychoterapii Psychoanalitycznej organizowała wykłady otwarte oraz projekcje filmowe, po których widzowie mogli wziąć udział w dyskusji moderowanej przez psychoterapeutę i filmoznawcę (www.fundacjawinida.org/archiwum.html). Od 12 lat organizuje wraz z Oddziałem Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie ogólnopolskie konferencje naukowe, w których uczestniczą również goście zagraniczni.

W latach 2012–2015 Fundacja realizowała innowacyjny międzynarodowy projekt „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować” testujący nowy model połączenia długoterminowego leczenia zaburzeń osobowości oraz aktywizacji zawodowej. Model spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem w środowisku doradców zawodowych urzędów pracy oraz w obszarze pomocy społecznej, a także wśród lekarzy i psychoterapeutów. Dzięki projektowi Fundacja mogła rozpocząć w Krakowie budowanie interdyscyplinarnego rozumienia problemu zaburzeń osobowości. Z tych doświadczeń czerpią obecnie kolejne instytucje: m.in. Specjalistyczny Szpital im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie. Instytucje te tworzą partnerstwo z Fundacją w projekcie „Bliżej Ciebie – model zintegrowanego leczenia i wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi”, które opracowuje założenia reformy leczenia środowiskowego.

Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZOiN) – jest jednostką Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie, której organizacja i sposób działania umożliwia leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości. Jest to oddział stacjonarny, który proponuje pacjentom 24-tygodniowy proces leczenia na oddziale, w ramach którego pacjenci korzystają 2 lub 3 razy w tygodniu z prowadzonej przez psychoterapeutów psychoterapii psychoanalitycznej (korzystają oni ze stałej superwizji). Psychoterapia ma formę indywidualną lub grupową. Należy podkreślić, że do oddziału przyjeżdżają pacjenci z całej Polski, a na leczenie w nim czeka się zazwyczaj w półrocznej kolejce. OLZOiN jest także pierwszym specjalistycznym oddziałem stacjonarnym w Polsce, w którym odbywa się szkolenie kadry lekarzy oraz terapeutów do pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości w nurcie psychoanalitycznym/psychodynamicznym.

Ośrodek Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F” – ośrodek został uruchomiony w ramach realizowanego projektu; funkcjonował w trybie oddziału dziennego, tzn. od godziny 8.00 do 20.00. Przez 18 miesięcy testowany był w nim model leczenia zaburzeń osobowości, opracowany w ramach projektu. W efekcie końcowym powstał model, który może być wdrożony jako model dziennego oddziału leczenia zaburzeń osobowości.

Ad Bus Advisering – firma ekspercka, świadcząca usługi w zakresie rozwoju programów leczenia psychiatrycznego oraz usługi konsultacyjne w zakresie zmiany organizacji i budowania strategii organizacji. Posiada ponad 30 letnie doświadczenie pracy w szpitalu psychiatrycznym i ponad 12-letnie doświadczenie w obszarze konsultingu.

Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie (WUP) – w projekcie brało udział czterech doradców zawodowych z WUP, którzy pracowali z uczestnikami projektu, wspierając ich w zakresie aktywizacji zawodowej.

Grodzki Urząd Pracy w Krakowie (GUP) – w projekcie brało udział dwóch doradców zawodowych z GUP, którzy pracowali z uczestnikami projektu, wspierając ich w aktywizacji zawodowej.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie (MOPS) – w projekcie brało udział trzech pracowników socjalnych z tej instytucji, z których jeden był doradcą zawodowym, a pozostali posiadali uprawnienia trenera zatrudnienia wspieranego, uzyskane w ramach projektu Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie pt. „Holownik – nowa usługa aktywizacji zawodowej”. Wszyscy trzej pracownicy pracowali z uczestnikami projektu, wspierając ich w aktywizacji zawodowej.

Dom Szkoleń Aleksandra Mykowska – to firma szkoleniowo-konsultingowa, która była odpowiedzialna za realizację zadań związanych z doradztwem zawodowym, realizację sesji Development Center dla pacjentów i część badawczą, realizowaną w ramach pierwszego etapu realizacji projektu, w tym ewaluację wewnętrzną.

Lekarz psychiatra – w projekcie funkcję lekarza psychiatry pełniła jedna osoba. Pełniła ona dyżury psychiatryczne dwa razy w tygodniu. Funkcję tę pełnił kierownik merytoryczny Ośrodka „Peron 7F”.

Psychoterapeuci – zespół psychoterapeutów liczył dziesięć osób. Stosowali oni podejście psychoanalityczne. Każdy z psychoterapeutów był objęty superwizją.

Doradcy zawodowi – proces aktywizacji zawodowej w projekcie był prowadzony przez doradców zawodowych z GUP i WUP oraz trenerów zatrudnienia wspieranego, pracujących w MOPS. Osoby pracujące w MOPS nie były doradcami zawodowymi, ale miały przygotowanie do działań aktywizacyjnych wspierających osoby poszukujące pracy. Dla ujednolicenia nazywania, wszystkie osoby wchodzące w skład zespołu aktywizacyjnego nazywane będą „doradcami zawodowymi”.

Case manager – to funkcja członka zespołu terapeutycznego. Do zespołów terapeutycznych Ośrodka Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F” wprowadzono funkcję case managera, co było nowatorskim rozwiązaniem zaczerpniętym z doświadczeń holenderskich. Case manager to osoba, która łączy w swojej pracy wiedzę na temat terapii i aktualnej sytuacji pacjenta, gdyż pozostaje w stałym kontakcie zarówno z zespołem terapeutów jak i doradców zawodowych.

Uczestnicy projektu

W projekcie wzięły udział 32 osoby, z czego 30 przeszło pełną ścieżkę leczenia w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F”. Dwie osoby zostały wypisane z Ośrodka, w niedługim okresie po przyjęciu, z powodu łamania regulaminu Ośrodka. Do końca projektu dotrwały 24 osoby (13 kobiet i 11 mężczyzn), pozostałe 6 osób z różnych względów odeszło z projektu przed jego zakończeniem.

Choć uczestnicy zgłaszając się do Ośrodka mieli często wstępne diagnozy lub podejrzenia zaburzeń osobowości, w trakcie rekrutacji wszyscy przeszli 4-stopniowy proces diagnozy.

Średni wiek uczestników to 30 lat, przy czym większość (21 osób) stanowiła grupa w przedziale wieku 20–30 lat. Dwanaście osób miało wykształcenie wyższe, trzynaście średnie, sześć ponagminazjalne, jedna osoba wykształcenie podstawowe.

Wszyscy uczestnicy zgłaszając się do projektu byli osobami bezrobotnymi. Część z nich miała pewne doświadczenie zawodowe, część nie miała żadnego lub niewielkie. Wśród uczestników były osoby, które bardzo często zmieniały pracę, były też osoby, które od dawna nie pracowały np. przez okres 5 lat, utrzymując się z pomocy społecznej. Wszyscy uczestnicy pochodzili z województwa małopolskiego.

2. Założenia modelu pracy z osobami z zaburzeniami osobowości

Model aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami osobowości⁶⁴ opracowany w ramach projektu opiera się na kilkunastu kluczowych założeniach:

1. Jednostka rozwija się przez całe życie.
2. Każda jednostka ma w sobie potencjalne możliwości niezbędne do rozwiązania swojego problemu, lecz może czasowo potrzebować zewnętrznego wsparcia, aby je skutecznie zmobilizować.
3. Lepsze poznanie samego siebie, swojego potencjału, umiejętności i zainteresowań jest ważne dla dobrego radzenia sobie na rynku pracy.
4. Jednym z celów modelu aktywizacji zawodowej jest zmiana sposobu myślenia klienta, tak aby otworzyć go na nowe możliwości na rynku pracy.
5. Uczestnicy powinni przyjąć do świadomości konieczność wzięcia odpowiedzialności za siebie i swoje życie oraz uświadomić sobie znaczenie gotowości do zmian.
6. Odpowiedzią na potrzeby osób z zaburzeniami osobowości powinny być dwutorowe oddziaływania w zakresie leczenia oraz aktywizacji zawodowej, które powinny prowadzić do samodzielnego i satysfakcjonującego radzenia sobie w życiu, w tym w sferze zawodowej.
7. Doradca zawodowy powinien traktować osoby należące do tej grupy w taki sam sposób jak klientów zdrowych. Nie wymagają one tworzenia szczególnych warunków w miejscu pracy, powinny dążyć do podejmowania normalnego zatrudnienia. Odpowiedzią na doświadczane trudności powinno być leczenie. Dzięki temu, że klient objęty jest leczeniem, doradca zawodowy może skoncentrować się na zadaniach ze swojej specjalności.
8. Indywidualne podejście i dostosowanie sposobu pracy oraz realizowanych działań do potrzeb i możliwości uczestnika jest punktem wyjścia do efektywnej pracy w procesie leczenia oraz aktywizacji zawodowej.

⁶⁴ Ze względu na to, że w projekcie uczestniczyły osoby z zaburzeniami osobowości, które równocześnie były *pacjentami* szpitala, *klientami* urzędu pracy lub ośrodka pomocy społecznej, jak też *uczestnikami* projektu, w tym opracowaniu pojęcia te będą używane zamiennie, z uwzględnieniem odpowiedniego kontekstu ich zastosowania.

9. Jasno określone zasady i konsekwencja w postępowaniu są koniecznymi elementami w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości.
10. Bardzo ważnym, a zarazem bardzo trudnym zadaniem specjalistów pracujących w obszarze aktywizacji zawodowej z osobami z zaburzeniami osobowości, jest towarzyszenie im w poszczególnych realizowanych przez nie działaniach, bez wyręczania ich, ale z czujną uważnością, prawidłowym identyfikowaniem kryzysów i odróżnianiem ich od innych sytuacji, np. celowego unikania działań bądź podejmowania prób manipulacji.
11. Potrzebna jest praktyczna wiedza na temat zawodów i sposobów prowadzących do ich zdobycia.
12. Konieczne jest zawsze branie pod uwagę relacji jednostka – otoczenie, gdyż obydwa te elementy wzajemnie na siebie oddziałują.

Przedstawiany model określa działania adekwatne do potrzeb i możliwości osób z zaburzeniami osobowości. Osoby te potrzebują więcej specjalistycznego wsparcia niż zdrowi członkowie społeczeństwa, ale dzięki otrzymanej pomocy mają realną szansę samodzielnie radzić sobie w sferze zawodowej i w ogóle w życiu.

Doradcy zawodowi urzędów pracy w swojej praktyce często spotykali klientów posiadających objawy charakterystyczne dla tego zaburzenia, jednak wcześniej nie identyfikowali ich jako osoby z zaburzeniami osobowości. Najczęściej używali wobec nich określenia „trudny klient”, gdyż stosowane wobec tych klientów formy pomocy nie przynosiły efektów lub były one krótkotrwałe. Wskazują na to m.in. następujące przyczyny częstej zmiany miejsca pracy występujące w tej grupie osób: trudności w wywiązywaniu się z obowiązków zawodowych oraz z dostosowaniem się do obowiązujących norm, a także konflikty z przełożonymi i współpracownikami, które decydowały o zmianie pracy aż w 55% przypadków⁶⁵. Wcześniejsze doświadczenia doradców zawodowych w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości nie były więc optymistyczne. Doskonale znane i często powtarzające się są nie tylko problemy takich klientów ze znalezieniem pracy ale najczęściej z jej utrzymaniem. Część klientów podczas spotkań poświęconych aktywizacji zawodowej czy doradztwu przedstawia swoją sytuację w taki sposób aby uniknąć pod-

⁶⁵ Raport badania dokumentacji medycznej pacjentów OLZOiN w Krakowie.

jęcia zatrudnienia. Niektórzy klienci kończą proces doradczy najczęściej krótkotrwałym powodzeniem, ale po krótkim czasie pojawiają się u doradcy zawodowego z tym samym problemem. Dzieje się tak m.in. ze względu na problemy dotyczące sfery emocjonalnej takie jak: lęk, niedojrzałość i sztywność, które zakłócają, a nawet uniemożliwiają osobom z zaburzeniami osobowości funkcjonowanie w pracy zawodowej.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, w ramach projektu miał zostać przetestowany model służący rozwiązaniu tych problemów, który miał zapewnić uczestnikom zarówno aktywizację zawodową, jak i leczenie. Biorący udział w projekcie doradcy zawodowi w innym świetle zobaczyli wcześniejsze niezadowolające efekty swoich działań oraz nauczyli się nowego podejścia do pracy z tą grupą, które dawało większe szanse na skuteczną pomoc. Co prawda dla konkretnego klienta nie zawsze było możliwe wdrożenie pełnego modelu, ale wiedza zdobyta przez doradców w projekcie sprzyjała właściwemu ukierunkowywaniu działań. Wiedza ta miała również wpływ na przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu doradców, które im zagraża wówczas, gdy profesjonalna wiedza i stosowane metody oraz zaangażowanie nie przekładają się na dobry rezultat pracy z klientem.

Dopiero po wdrożeniu adekwatnych działań terapeutycznych i doprowadzeniu do sytuacji, w której klient będzie w stanie podjąć potrzebne kroki służące zorganizowaniu sobie życia zawodowego, zasadne jest podjęcie odpowiednich działań przez doradcę zawodowego. Jednak określenie tego momentu w praktyce nie jest łatwe.

Zaprezentowany wcześniej katalog zaburzeń osobowości pokazuje jak szerokie jest spektrum możliwych trudności, z jakimi mogą borykać się osoby z zaburzeniami osobowości oraz jak duża jest różnorodność możliwych objawów. Planując działania służące aktywizacji zawodowej w projekcie skoncentrowano się na kluczowych, wspólnych dla większości typów zaburzeń, rodzajach problemów oraz potrzeb osób z tej grupy. Należy podkreślić, że nie wszystkie rodzaje zaburzeń osobowości mogą podlegać oddziaływaniom zaplanowanym w ramach prezentowanego tu modelu.

Dokonując kwalifikacji do hospitalizacji na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie uwzględniono rokowania co do efektów leczenia i funkcjonowania pacjenta w środowisku. Podobnie, w odniesieniu do działań służących aktywizacji zawo-

dowej przyjęto, że zasadne będzie objęcie pomocą osób, które mają realne szanse efektywnie z niej skorzystać, a ich udział w programie będzie zarazem sprzyjał rozwojowi innych uczestników, a przynajmniej nie będzie go zakłócał.

Dzięki otrzymaniu kompleksowej pomocy (wsparcie terapeutyczne i doradcze), osoby z zaburzeniami osobowości są w stanie prawidłowo funkcjonować na rynku pracy – nie trzeba tworzyć dla nich szczególnych warunków pracy, oddzielnych zakładów czy odpowiednio przygotowanych stanowisk. Przeciwnie, wiele ułatwień byłoby dla nich niekorzystnych, gdyż utrudniałoby przystosowywanie się do funkcjonowania w rzeczywistych sytuacjach oraz leczenie. Ułatwienia mogłyby też być wykorzystywane przez nich „manipulacyjnie”, co nie sprzyjałoby ani leczeniu, ani radzeniu sobie w normalnym życiu.

Właściwe zorganizowanie pomocy dla tej grupy osób, pozwala obniżyć koszty leczenia i innych działań pomocowych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności w obszarze aktywizacji zawodowej. Jeśli działania te są niespójne i epizodyczne, w małym stopniu umożliwią faktyczne włączenie osób z zaburzeniami osobowości w prawidłowe funkcjonowanie społeczno-zawodowe.

Myślą przewodnią projektu była interdyscyplinarność działań na rzecz osób z zaburzeniami osobowości. Dlatego już na etapie projektowania Fundacja im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej nawiązała współpracę z kilkoma krakowskimi instytucjami, z którymi w trakcie realizacji projektu utworzono partnerstwa, umożliwiające testowanie modelu.

3. Ośrodek Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F”

Organizacja pracy Ośrodka Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F”, zwanego dalej „Ośrodkiem”, przygotowana została w oparciu o doświadczenia holenderskie oraz metodę wypracowaną w Cassel Hospital, który jest wiodącym ośrodkiem leczenia zaburzeń osobowości w Wielkiej Brytanii. Połączono tam dwie metody leczenia: psychoterapię psychoanalityczną i społeczność terapeutyczną.

Psychoterapia psychoanalityczna to metoda oddziaływania na pacjenta, w której kładzie się nacisk na podtrzymywanie i rozwijanie jego zdrowych funkcji. Metoda leczenia społecznością terapeutyczną w Cassel Hospital, zwana też leczeniem psychospołecznym, obejmuje program socjoterapeutyczny, prowadzony głównie przez personel pielęgniarski.

Wobec pacjentów zastosowano leczenie grupowe w oparciu o psychoanalizę. Pionierami takiego podejścia w szpitalu wojskowym Northfield w Birmingham byli Wilfried R. Bion, Siegfried H. Foulkes oraz Tom Main⁶⁶. Niezależnie od nich ideę społecznego leczenia pacjentów z problemami psychosomatycznymi wprowadzono w szpitalu Mill Hill na obrzeżach Londynu.

Metoda ta została wykorzystana również w OLZOiN, w ramach leczenia stacjonarnego pacjentów z zaburzeniami osobowości. Innowacja wprowadzona w polskim modelu polega na adaptacji metody do dziennego trybu pracy ośrodka, który umożliwia pacjentom podejmowanie pracy i staży zawodowych równoległe z procesem terapii. Nowością jest również pomoc z zakresu doradztwa zawodowego oraz pomoc w poszukiwaniu i podejmowaniu pracy w ramach funkcjonowania Ośrodka.

Poniżej przedstawione zostały najważniejsze założenia, które w warunkach polskich nadają metodzie zastosowanej w projekcie nowatorski charakter.

1. Długoterminowa psychoterapia

Badania i analizy przeprowadzane zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine, EBM*) jednoznacznie wskazują, że długoterminowa psychoterapia jest skutecznym sposobem leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości. Daje ona możliwość trwałych, pozytywnych zmian w strukturze osobowości i zachowaniu pacjentów. Oddziaływania krótkoterminowe mogą być pomoce jedynie w doraźnym pokonywaniu kryzysów i nie są wystarczające do wyleczenia osób z zaburzeniami osobowości.

Warto przy tym pamiętać, iż osobowość kształtuje się przez lata, przez całe dzieciństwo, wiek dojrzewania, a pewne wzorce utrwalają się zazwyczaj w okresie tzw. młodego dorosłego (od 18 do 30 r.ż). Jeśli więc mówimy o osobach z zaburzeniami osobowości, to mówimy o latach utrwalania się

⁶⁶ Kennard D., *An Introduction to Therapeutic Communities*. Jessica Kingsley Publishers, London, 1998.

niepoprawnych wzorców zachowań, których nie da się zmienić w krótkim czasie. Wszystkie międzynarodowe wytyczne, które powstały w odniesieniu do leczenia zaburzeń osobowości, wskazują na bezwzględną konieczność długoterminowego oddziaływania, które powinno minimalnie trwać 18 miesięcy, a optymalnie 2 lata.

2. Pomoc w aktywizacji zawodowej

Doświadczenia zagraniczne jednoznacznie pokazują, że równoczesne oddziaływanie terapeutyczne oraz pomoc w podejmowaniu pracy umożliwia bardziej efektywne, skuteczne i szybsze osiągnięcie oczekiwanych zmian w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości. Podstawowym problemem dla tych osób nie jest brak kompetencji zawodowych lecz m.in. trudności w znalezieniu motywacji do pracy oraz w podejmowaniu inicjatywy i odpowiedzialności w życiu, trudności z pokonywaniem lęku w kontaktach interpersonalnych, czasami trudności w powstrzymaniu impulsów i znoszeniu frustracji. Skutkuje to konfliktami lub porzucaniem pracy, a docelowo może doprowadzić do całkowitego wycofania się z życia zawodowego i społecznego.

Długoterminowe oddziaływanie, w ramach którego równocześnie prowadzona jest psychoterapia i aktywizacja zawodowa, zwiększa nie tylko ich szanse na podjęcie pracy, ale zapewnia również wsparcie w początkowym okresie aktywności zawodowej. Pomoc w przewyżnianiu trudności i budowanie pozytywnych doświadczeń zapobiega ponownemu wycofaniu się z życia społecznego i zawodowego przez osoby objęte pomocą.

3. Case manager

Nowatorskim działaniem zaczerpniętym z doświadczeń holenderskich było wprowadzenie do zespołu terapeutycznego funkcji case managera. Case manager to osoba, która łączy w swojej pracy wiedzę na temat efektów terapii, aktualnej sytuacji pacjenta oraz pozostaje w stałym kontakcie z doradcami zawodowymi. Tworzy on wspólnie z pacjentem indywidualny, odpowiadający jego potrzebom plan działań. Do zadań case managera należy również monitorowanie postępów w realizacji tego planu, w tym m.in.: wsparcie w trakcie uczestnictwa w stażach, wolontariacie, w całościowym procesie aktywizacji zawodowej i kontaktach z doradcami zawodowymi oraz wsparcie w przewyżnianiu kryzysów. Praca z pacjentem odbywa się podczas regularnych, cotygodniowych spotkań. W projekcie funkcję case managera pełniły cztery pielęgniarki psychospołeczne z OLZOiN Szpitala Babińskiego w Krakowie.

4. Współpraca interdyscyplinarna

Elementem podnoszącym skuteczność działań w ramach projektu była współpraca interdyscyplinarna. Przy takim podejściu inicjatorem spotkania może być każda ze stron zaangażowanych w pomoc pacjentowi. Skład zespołu może się zmieniać w zależności od aktualnych potrzeb pacjentów. Udział w spotkaniach mogą brać członkowie zespołu leczącego (lekarz, terapeuta, case manager), doradca zawodowy, pracownik socjalny oraz inne osoby zaangażowane w pomoc danej osobie. Takie skoordynowane działania pozwalają na wymianę wiedzy, zwiększenie rozumienia trudności pacjenta oraz tworzenie wielokierunkowych strategii współpracy z nim. Spotkania mogą być organizowane np. w sytuacji, gdy zawodzą ustalone plany, gdy pojawiają się różne trudności, niespójne informacje, gdy pacjent ma emocjonalne trudności lub unika kontaktu, stosuje manipulację, nie wywiązuje się z podjętych zobowiązań, itp.

5. Wsparcie dla rodzin pacjentów

Bardzo ważnym elementem pomocy osobom z zaburzeniami osobowości jest wsparcie dla osób z otoczenia pacjenta, gdyż to one stanowią środowisko, w którym pacjent funkcjonuje na co dzień. Zadanie to realizowane jest poprzez konsultacje rodzinne, w których uczestniczy także pacjent oraz organizowanie grup edukacyjno-wspierających dla rodzin. Ich celem jest przekazanie wiedzy, udzielenie wsparcia oraz pomocy w podejmowaniu konstruktywnych zmian w funkcjonowaniu pacjenta i jego rodziny. Pozytywne zmiany w najbliższym otoczeniu pacjenta wzmacniają efekt terapeutyczny oddziaływań psychoterapeutycznych.

6. Prace w ramach wolontariatu

W okresie poprzedzającym podjęcie aktywności zawodowej, wszyscy pacjenci uczestniczą w wolontariacie tj. pracy na rzecz innych osób potrzebujących pomocy. Jak pokazało doświadczenie projektu aktywność, która pierwotnie miała na celu bezpieczny wstęp do aktywności zawodowej oraz społecznej okazała się być ważnym elementem programu terapeutycznego. Dzięki wolontariatowi pacjenci nabywają umiejętności społeczne, takie jak współpraca w grupie, branie odpowiedzialności za wykonywane zadania, poczucie obowiązku, a także opanowują różne praktyczne umiejętności, np. wykonywanie prac domowych, z którymi część pacjentów ma trudności, gdyż nigdy wcześniej ich nie wykonywała. Pacjenci uczestniczący w zajęciach otrzymują na bieżąco informację zwrotną odnośnie swojej pracy, co pozwala im korygować własne postawy czy wprowadzać

w działanie otrzymywane sugestie. Prace te pozwalają również zmieniać perspektywę myślenia o otrzymywanym wsparciu. Ta perspektywa u osób z zaburzeniami osobowości ma na początku formę „należy mi się”. Stopniowo, w trakcie pracy, możliwe jest przekazywanie pacjentom „idei długu społecznego”, w myśl której bliższa staje się im perspektywa: „otrzymuję wsparcie/pomoc/leczenie od społeczeństwa, z pieniędzy, które odłożyli pracujący ludzie, bo tego potrzebuję, a w zamian mogę swoją pracą pomóc innym, spłacając zaciągnięty w ten sposób dług społeczny”. Te zajęcia są też często pierwszym krokiem do podjęcia pracy zawodowej.

7. Praca zespołowa oraz wypełnianie codziennych obowiązków

Pacjenci w Ośrodku tworzą społeczność, w której poprzez podejmowanie ról, funkcji, dyżurów dbają o porządek, pomagają w przygotowaniu posiłków etc. Kształtują w ten sposób własne postawy społeczne oraz uczą się funkcjonowania w grupie, w oparciu o zasady odpowiedzialności i współpracy. Wspólna dbałość i odpowiedzialność za budynek Ośrodka, w którym realizowany był projekt miała ogromne znaczenie. Do zadań uczestników należało dbanie o zakup środków czystości oraz środków spożywczych przeznaczonych na ich posiłki. Uczestnicy wspólnie dbali także o porządek i czystość Ośrodka. Początkowo budziło to wiele oporu i niechęci, gdyż wszystkie obowiązki w Ośrodku musiały być realizowane w parach, co wymagało współpracy i efektywnej komunikacji między uczestnikami (kto jest z kim w parze i kto za co w Ośrodku odpowiada). W podsumowaniu udziału w projekcie wielu uczestników odwoływało się do tych zasad. Mówili, że dopiero dzięki nim nauczyli się funkcjonować z innymi osobami, współpracować, sprawnie się komunikować, dostrzegli także możliwość posiadania wpływu na miejsce, w którym się funkcjonuje.

Na początku udziału w projekcie wśród uczestników dominował marazm, brak wiary we własne siły, postawy roszczeniowe, ale też widoczna była motywacja do zmiany. Kolejny etap to próby, wysiłek wkładany w zajęcia terapeutyczne, nawiązywanie relacji z innymi osobami, wspólne, często przebiegające w konflikcie, obowiązki i dyżury. Następnie działania w zakresie aktywizacji zawodowej, które na końcu prowadziły do odnalezienia się na otwartym rynku pracy. Na koniec projektu ponad 70% jego uczestników pracowało i utrzymywało zatrudnienie. Niektórzy uzyskali nawet awans.

Rysunek 4 przedstawia schematycznie sposób myślenia o drodze, którą uczestnik przechodził w projekcie.

Organizacja pracy w Ośrodku

W trakcie realizacji projektu Ośrodek działał od poniedziałku do piątku przez 12 godzin dziennie (od godziny 8.00 do 20.00). Uczestnicy brali udział we wszystkich zajęciach, które były organizowane głównie w godzinach przedpołudniowych i wczesnych popołudniowych.

Początkowo pacjenci brali udział w następujących zajęciach:

- psychoterapii psychoanalitycznej (2 razy w tygodniu);
- społeczności terapeutycznej (5 razy w tygodniu);
- dodatkowych zajęciach terapeutycznych (1 raz w tygodniu). Mieli do wyboru: psychorysunek, zajęcia kulinarne, biblioterapię, zajęcia teatralne, zajęcia ogrodowe;
- pracach wolontaryjnych (4 godziny w tygodniu);
- rozmowach z case managerem (1 godzina w tygodniu).

Wraz z rozpoczęciem przez nich staży lub pracy, przygotowywany był **Indywidualny Plan Terapii (IPT)**, a liczba zajęć terapeutycznych była zmniejszana.

Po podpisaniu IPT pacjenci uczestniczyli w następujących zajęciach:

- psychoterapii psychoanalitycznej (2 razy w tygodniu);
- społeczności terapeutycznej (2 razy w tygodniu);
- rozmowach z case managerem (1 raz w tygodniu);
- ewentualnie w dodatkowych zajęciach terapeutycznych.

Okres wsparcia można podzielić na 3 sześciomiesięczne etapy:

1. **Intensywne wsparcie.** W tym czasie pacjenci uczestniczyli w licznych zajęciach terapeutycznych, indywidualnych i grupowych, które miały na celu m.in. poznanie przyczyn i charakteru trudności, z którymi się zmagają, zmianę dotychczasowych mechanizmów radzenia sobie, zmianę wzorców relacji społecznych oraz postaw życiowych.
2. **Okres podejmowania aktywności zawodowej.** Na tym etapie zmniejszana była liczba zajęć terapeutycznych, a zwiększany był nacisk na wsparcie w poszukiwaniu i podejmowaniu staży oraz pracy. Celem było przezwyciężanie pojawiających się obaw, trudności oraz ewentualnych niepowodzeń, a także wzmacnianie pozytywnych zmian i osiągnięć.
3. **Okres stabilizowania i utrwalania dokonanych zmian.** W tym okresie osoby objęte wsparciem miały możliwość stopniowego przygotowania się do zakończenia udziału w projekcie i podjęcia samodzielnej aktywności oraz zaplanowania dalszego rozwoju osobistego i zawodowego.

Ze względu na indywidualne tempo rozwoju każdego uczestnika projektu proces wsparcia przebiegał nieco inaczej. Zmniejszająca się intensywność wsparcia wspomaga proces rozwoju, poprzez stopniowe usamodzielnianie się pacjenta, podejmowanie coraz większej odpowiedzialności za swoje życie, oraz równoczesny wzrost poczucia wpływu. Dla większości uczestników 18-miesięczny okres wsparcia wydawał się być wystarczający, aby podjąć skutecznie aktywność zawodową i ustabilizować sytuację życiową. Niektóre osoby mogły zrealizować te cele w krótszym czasie. W pojedynczych, uzasadnionych przypadkach można rozważać przedłużenie okresu wsparcia. Należy traktować takie sytuacje jako wyjątkowe i poddać je uważnej analizie w ramach dyskusji całego zespołu terapeutycznego, aby uniknąć w ten sposób nadopiekunkowości i przejmowania odpowiedzialności za uczestników, gdyż część z nich próbuje „wciągnąć” terapeutów i doradców zawodowych w ten rodzaj relacji.

Pacjenci zobowiązani byli do przestrzegania Regulaminu Ośrodka. Jeżeli ktoś nie przestrzegał zasad, konkretne sytuacje omawiane były podczas zebrań społeczności. Częste zachowania sprzeczne z Regulaminem mogły stać się powodem wykluczenia z projektu.

W Ośrodku przez cały czas pełniła dyżur pielęgniarka psychospołeczna⁶⁷. Pielęgniarki psychospołeczne pracowały na dwie zmiany: od godziny 8.00 do 14.00 i od godziny 14.00 do 20.00.

Ośrodek oprócz funkcji leczniczej pełnił dla uczestników także funkcję „zastępczego domu”. Uczestnicy projektu podkreślali, jak ważne znaczenie miała dla nich atmosfera Ośrodka i aranżacja jego pomieszczeń. Podkreślali, że często nie mieli w swoim życiu miejsca, w którym czuli się tak bezpiecznie oraz komfortowo, w którym uzyskali zrozumienie i akceptację. Należy też pamiętać, że leczenie zaburzeń osobowości to leczenie więzi i relacji, tak więc w miarę możliwości budynek czy też pomieszczenia Ośrodka powinny być tak zaaranżowane, by uczestnicy chcieli do niego wracać oraz spędzać w nim czas.

W leczeniu zaburzeń osobowości bardzo ważne jest podejmowanie przez pacjentów odpowiedzialności za własne działania oraz wypracowywanie poczucia obowiązku, sumienności oraz rzetelności. Niezwykle ważne jest również nabywanie umiejętności organizowania pracy w grupie i brania odpowiedzialności za innych podczas działań zespołowych, a także umiejęt-

⁶⁷ Obecnie w Polsce nie istnieje kategoria pielęgniarki psychospołecznej. Nazwę tę przyjęto w projekcie w wyniku współpracy z partnerem holenderskim oraz w wyniku analizy doświadczeń brytyjskich, dla podkreślenia wyjątkowej funkcji jaką w nim pełniła.

ność rozwiązywania konfliktów, kontrolowanie własnych emocji oraz rozpoznawanie emocji innych osób. Wszystkie te umiejętności są także niezbędne podczas wykonywania pracy zawodowej oraz podczas samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Podczas terapii w Ośrodku praca z pacjentem ukierunkowana była na nabywanie kompetencji w tych obszarach.

Wszystkie działania terapeutyczne miały na celu wykształcenie u pacjentów poczucia odpowiedzialności i przeciwdziałanie wyuczonej bezradności. Doświadczenie takie uczy współodpowiedzialności oraz poczucia, że niezbędne jest dołożenie starań i wysiłku, aby coś w zamian otrzymać. Podobnie jest w pracy zarobkowej: za wysiłek włożony w pracę otrzymuje się wynagrodzenie.

Plan terapeutyczny Ośrodka

Poszczególne metody terapeutyczne zostały dobrane w taki sposób, aby w jak największym stopniu umożliwić pacjentom nabywanie nowych kompetencji oraz rozwijanie tych obszarów osobowości, które dotychczas stanowiły źródło trudności. Rysunek 5 przedstawia graficznie wszystkie oddziaływania skierowane do pacjenta, które miały na celu pomoc i wsparcie pacjentów Ośrodka w zakresie funkcjonowania społecznego.

Rysunek 5. Metody terapeutyczne



PSYCHOTERAPIA PSYCHOANALITYCZNA

Psychoterapia psychoanalityczna polega na tworzeniu relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem, w której możliwe jest bezpieczne powierzenie terapeutcie przez pacjenta bolesnych i trudnych obszarów życia (jego wewnętrznego, intrapsychniczego świata), w celu przepracowania (często poprzez odtwarzanie) znaczących relacji z przeszłości pacjenta i wymaga ona aktywnego uczestnictwa obu stron. W procesie terapii terapeuta wraz z pacjentem podejmują próbę łączenia, rozumienia oraz myślenia o tym, w jaki sposób nieświadome obszary wewnętrznego świata wpływają na jakość życia pacjenta: jego sposób przeżywania siebie, budowania relacji z innymi ludźmi, podejmowania ról życiowych. Celem tej formy psychoterapii jest umiejscowienie dysfunkcyjnych sposobów zachowania w relacji terapeutycznej, gdzie mogą zostać przyjęte, nazwane, przemyślane oraz zrozumiane. Podobny sposób rozumienia przez terapeuta i pacjenta tego co bolesne i raniące pozwala terapeutcie poznać wewnętrzny świat pacjenta i sposób, w jaki rzeczywistość intrapsychniczna wpływa na jego funkcjonowanie w zewnętrznym świecie. Dzięki udziałowi w terapii możliwa staje się zmiana w sferze emocji, myśli i zachowań pacjenta.

Ważnym aspektem w organizacji pracy Ośrodka była stałość czasu i miejsca odbywania sesji psychoterapeutycznych. Oznacza to, że ten sam pacjent odbywa sesje terapeutyczne w tym samym gabinecie, w określone dni tygodnia, o stałych godzinach oraz z tym samym psychoterapeutą. Stworzenie stabilnych, przewidywalnych i bezpiecznych warunków umożliwiła uruchomienie leczniczych procesów terapeutycznych.

SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA

Pacjenci i personel (terapeuci oraz pielęgniarka psychospołeczna) spotykali się codziennie na zebraniu społeczności, w celu omówienia tego co się działo w społeczności od poprzedniego zebrania. Rozmowy dotyczyły problemów oraz konfliktów, które się pojawiały, spraw porządkowych, obowiązków i trudności w ich realizowaniu, łamanych zasad i emocji, które utrudniały lub uniemożliwiały uczestniczenie w terapii. Zebrania rozpoczynały się o stałej, niezmiennej porze i trwały tak samo długo.

Te granice wyznaczające stałą przestrzeń, są ważne dla uczestników, którzy nieustannie próbują dokonać jakiegoś wyłomu czy nagięcia wymagań

do swoich potrzeb. Najważniejszą sprawą w społeczności jest branie przez pacjentów części odpowiedzialności za sprawy społeczności, co pozwala im przezwyciężyć brak zaufania oraz niską samoocenę. Dzięki dyskusjom o poszczególnych zdarzeniach pacjenci dowiadują się, jakie uczucia kryją się za konkretnymi zachowaniami innych osób i jak można mieć mylne przekonanie co do jakiejś sprawy w konfrontacji z tym, jak postrzega ją reszta uczestników społeczności.

Bezpośrednio po zebraniach, terapeuci społeczności spotykali się aby omówić i ustalić jakie relacje oraz emocje zachodzą w społeczności oraz o czym uczestnicy nie mówili. Terapeuci społeczności omawiali również swoje emocje, które pojawiały się w interakcjach pomiędzy nimi a pacjentami.

Zebrania społeczności rozpoczynały się od rozliczenia dyżurów i porządków. Wprowadzenie porządku oraz czystości w przestrzeni społecznej ma charakter symboliczny. Uporządkowana przestrzeń ma służyć wszystkim, a praca wykonywana w tym celu jest wspólnie. Te dwie zasady bywają przyczyną wielu konfliktów, a w konsekwencji bywają przedmiotem dyskusji na zebraniach społeczności.

W czasie zebrań terapeuci społeczności nigdy nie zajmują się animowaniem zdarzeń lecz wyłącznie moderowaniem dyskusji, tym samym cała aktywność pozostaje po stronie uczestników. Terapeuci szukają związków pomiędzy poruszonymi przez uczestników sprawami, próbują odkryć te sprawy, które są przez nich pomijane lub przemilczane i starają się dojść, dlaczego tak się dzieje. Ponieważ ludzie funkcjonują inaczej w relacjach społecznych niż w kontaktach indywidualnych, zadaniem terapeutów jest pokazywanie uczestnikom zarówno różnic pomiędzy obydwoma typami relacji, jak też wskazywanie na ile są one pomocne, a na ile dysfunkcyjne.

Uczestniczenie w społeczności zaspokaja również potrzebę przynależności, która jest fundamentem motywacji i podnosi samoocenę. W połączeniu z możliwością podejmowania odpowiedzialnego działania daje wyjątkowe efekty dla terapii w społeczności, których nie sposób uzyskać poprzez inne formy leczenia osób z zaburzeniami osobowości⁶⁸.

⁶⁸ Pearce S., Pickard H., *How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome*. International Journal of Social Psychiatry, published online 20.07.2012. <http://isp.sagepub.com/content/early/2012/07/18/0020764012450992>

ROLA PIEŁĘGNIARKI PSYCHOSPOŁECZNEJ⁶⁹

Pielęgniarki psychospołeczne poprzez swoją stałą obecność i udział w życiu społeczności pomagały w organizowaniu podejmowanych zadań. Mając możliwość obserwowania uczestników w relacjach społecznych, również tych mniej formalnych, pomiędzy zajęciami terapeutycznymi, pielęgniarki psychospołeczne mogły omawiać swoje spostrzeżenia i przekazywać swoje obserwacje uczestnikom. Pozwalało to na lepsze rozumienie motywów ich zachowań oraz przyjmowanych postaw. W sytuacjach konfliktowych podejmowały rolę negocjatora, moderowały dyskusję lub interweniowały w sposób konstruktywny, umożliwiając pacjentom nabywanie nowych wzorów zachowań i sposobów rozwiązywania konfliktów. W pojawiających się sytuacjach kryzysowych pacjenci mogli otrzymać pomoc w postaci rozmowy interwencyjnej. Pielęgniarka psychospołeczna musi posiadać wiedzę na temat wewnętrznego funkcjonowania człowieka, znać historię indywidualnych pacjentów, musi wiedzieć jak zaniedbanie, wykorzystanie lub inne traumy mogą wpływać na ich relacje z innymi ludźmi i jak reagują w konkretnych sytuacjach, włączając w to sytuację pracy. Umiejętność pomocy ludziom poprzez rozmowę i wzajemne wysłuchanie wymaga odpowiedniego przygotowania.

Zajęcia dodatkowe

Wszystkie zajęcia dodatkowe rozpoczynały się od omówienia zasad i warunków uczestnictwa właściwych dla danych zajęć. Dwie zasady były wspólne dla wszystkich zajęć:

- uczestniczenie w zajęciach jest dobrowolne, ale jeżeli osoba decyduje się na udział w zajęciach powinna w nich konsekwentnie uczestniczyć;
- zajęcia zaczynają się i kończą punktualnie.

PSYCHORYSUNEK

Psychorysunek jest niewerbalną formą terapii, która wykorzystuje rysunek do celów leczniczych. Rysowanie pozwala pacjentom wyrażać ich lęki oraz obawy, może również ukazać ukryte konflikty, pragnienia czy fantazje.

⁶⁹ W Polsce nie istnieje odrębna specjalizacja pielęgniarska: pielęgniarka psychospołeczna. Używane w modelu określenie odnosi się do specyficznej roli (różnej od roli pielęgniarki psychiatrycznej) pełnionej przez pielęgniarkę w ramach zespołu terapeutycznego w testowanym Ośrodku Leczenia Zaburzeń Osobowości, jak również w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwicy w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie.

Psychorysunek ułatwia komunikację i ekspresję szczególnie tym pacjentom, którzy mają trudności z wyrażaniem swoich emocji za pomocą słów. Rysowanie może mieć również „oczyszczający” charakter, gdyż agresywne i wrogie emocje mogą być wyrażane w sposób bardziej akceptowany społecznie. Zajęcia prowadzone były przez terapeutę w grupach 6–8 osobowych, dzięki czemu pacjenci mogli nawzajem komentować swoje prace, odnajdywać różne znaczenia swoich rysunków, uczyć się dyskusji, wymiany poglądów i przyjmowania opinii odmiennych od ich własnych.⁷⁰

BIBLIOTERAPIA

Biblioterapia to jedna z form terapii, w ramach której za pomocą literatury pacjenci mogą przyglądać się swym emocjom i doświadczeniom życiowym, odnosząc się do przeżyć, przygód i dramatów bohaterów. Literatura zawiera informacje o świecie społecznym, dostarcza pacjentowi wzorów osobowych, daje przestrzeń do interpretacji. Jej oddziaływanie polega na uaktywnieniu myślenia oraz budowaniu zastępczego doświadczenia. Czytanie stymuluje rozwój samoświadomości.

Literatura piękna ilustruje głównie myślenie ludzi przez ukazanie różnych sposobów rozumienia, odczuwania i zachowania. W ten sposób stymuluje do poznawania i rozumienia innych, sprzyja rozwijaniu samoświadomości, nazywaniu uczuć, odkrywaniu motywów własnych zachowań i nowej interpretacji przeszłych doświadczeń. Literatura stymuluje do indywidualnego kreowania siebie, zawiera wzorce tożsamościowe innych oraz wzory wyjaśniania zdarzeń i zachowań.

Mechanizm oddziaływania literatury polega na stymulacji do „odkrywania” siebie. Jednostka interpretując tekst, odnosi go do własnych doświadczeń, co stymuluje proces zmiany. Zdobywa nową wiedzę w rozumieniu siebie lub innych. Biblioterapia może doprowadzić do modyfikacji bądź korekty tożsamości, redukcji napięcia a nawet do *katharsis*, czyli uzewnętrznienia emocji wraz z ich rozumieniem. Ta forma terapii wspiera pacjenta w sytuacjach emocjonalnie trudnych, ułatwia zrozumienie i akceptację siebie przez pokazanie, że innych także spotykają podobne zdarzenia, jednocześnie ilustruje, jak można sobie z nimi radzić.

⁷⁰ Gerald D. Oster, Patricia Gould; *Rysunek w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.

ZAJĘCIA TEATRALNE

Zajęcia teatralne bardzo często stosowane są jako wspomaganie psychoterapii. Ich celem jest wzbogacenie osobowości pacjenta poprzez odgrywanie ról, bez skupiania się na umiejętnościach aktorskich. Chodzi przede wszystkim o doświadczanie każdej sytuacji, która wzbogaca samoświadomość oraz służy wewnętrznemu rozwojowi. Głównym ich celem jest pogłębienie wiedzy na temat swoich wewnętrznych konfliktów, nauka nowych ról społecznych, integracja środowiskowa. Zajęcia angażują uczestnika na trzech poziomach. Na poziomie emocjonalnym, wówczas gdy angażuje emocje podczas wchodzenia w role. Na poziomie fizycznym, poprzez wykorzystanie ciała w trakcie improwizacji oraz na poziomie intelektualnym, dzięki dyskusjom prowadzonym po improwizacjach. Istotą zajęć jest utożsamienie się z odgrywanymi postaciami. Improwizacje umożliwiają jednostce przeżycie wielu różnorodnych sytuacji w bezpiecznych warunkach, bez ponoszenia realnych konsekwencji improwizowanych działań, ale z możliwością wyciągania wniosków z własnych działań oraz działań innych osób. Zajęcia teatralne uczą działania w grupie, efektywnej komunikacji, empatii, a także pozwalają na wyrażenie własnych uczuć oraz myśli. **Główną funkcją oraz korzyścią zajęć jest ukazywanie konsekwencji konkretnych zachowań, analizowanie ich, a także trenowanie poprawnych zachowań.** Ich zaletą jest ukazywanie uczestnikom możliwości sprawczości, kreowania własnego życia, świadomego dokonywania wyborów. Trenowanie nowych zachowań oraz utrwalanie ich powoduje zakorzenienie się w nas pozytywnych nawyków oraz adekwatnych mechanizmów zachowań.

Poprzez odgrywanie ról uczestnicy ćwiczą zapomniane lub zniekształcone role społeczne, uczą się, często na nowo, jak być osobą pracującą, matką, żoną, uczniem, uczą się również opanowywać nowe role, by z tą wiedzą móc zacząć funkcjonować w społeczeństwie. **Szczególnym celem zajęć teatralnych jest uwolnienie stłumionych emocji, wewnętrznych konfliktów i oczyszczenie z nich.** Cel ten realizowany jest w sposób bezpośredni, gdy uczestnik poprzez grę doświadcza upustu tłumionych emocji. Aktywność teatralna motywuje do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, uczestnicy nabywają umiejętności niezbędne we współżyciu i współpracy. Członkostwo w grupie teatralnej kształtuje umiejętność pracy i współdziałania w zespole, jak również sprzyja wyrabianiu postawy współdecydowania i współodpowiedzialności za grupę.⁷¹

⁷¹ *Metody i formy terapii sztuką*, pod red. L. Kataryńczuk-Mania, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2005. Bielańska A., *Teatr, który leczy*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2002.

Ważnym elementem zajęć teatralnych są ćwiczenia rozwijające kreatywność, wyobraźnię, improwizację, rozpoznawanie uczuć swoich oraz innych osób, czytanie gestykulacji. Pacjenci pracując w parach lub małych grupach uczą się współpracy, podziału zadań, zauważają jaką rolę przyjmują podczas współpracy. Po każdym bloku zajęć następuje krótkie podsumowanie – „jak się czułem podczas ćwiczenia?”, „co było dla mnie trudne?”.

ZAJĘCIA KULINARNE

Zajęcia kulinarne, poza zdobywaniem umiejętności kulinarnych (co już samo w sobie jest cenną zdolnością), mają na celu naukę współpracy i nabywanie doświadczeń w podejmowaniu decyzji w zespole. Ponadto przyrządzanie oraz wspólne spożywanie posiłków jest ważnym elementem przygotowującym do życia w rodzinie oraz w społeczności. Należy pamiętać, że duża grupa osób z zaburzeniami osobowości pochodzi z rodzin dysfunkcyjnych i brak im takich podstawowych doświadczeń dnia codziennego.

Zajęcia te odbywały się w grupie, przy współpracy z instruktorem/terapeutą. Optymalna liczba uczestników to 4–6 osób. Taka liczba daje możliwość podziału pracy pomiędzy wszystkich uczestników, a także obserwowanie ich pracy przez prowadzącego. Czas trwania jednego cyklu zajęć dla zamkniętej grupy uczestników to trzy miesiące. Krótszy czas nie daje możliwości przepracowania interakcji, które zachodzą między uczestnikami zajęć oraz wprowadzenia zmian w wyniku otrzymywanych informacji zwrotnych. Uczestnicy wspólnie decydują o wyborze przygotowywanych potraw.

Zajęcia trwały 4 godziny. W tym czasie uczestnicy robili listę produktów, szli po zakupy oraz rozdzielali pomiędzy siebie zadania. Na początku pracy grupy kulinarnej podziałem pracy zazwyczaj musi zająć się prowadzący, gdyż uczestnicy obawiają się wyznaczać dla siebie zadania. W późniejszym okresie rola prowadzącego w tym zakresie się zmniejsza, a jego zadaniem staje się przede wszystkim obserwowanie, czy uczestnicy nie angażują się ciągle w wykonywanie tych samych czynności, które już opanowali i unikają uczenia się nowych rzeczy oraz zachęcanie uczestników do podejmowania nowych zadań i ról. Najlepiej aby odbywało się to w różnych parach, co pozwala nabywać nowe umiejętności współpracy i stymuluje rozwój umiejętności społecznych. W trakcie zajęć uczestnicy przygotowują posiłek dla wszystkich pacjentów, aby później wspólnie go zjeść. Bardzo ważną, ostatnią częścią zajęć

jest ich omówienie. Trwa ono około 20 minut. Początkowo uczestnicy mówią jedynie o swoich odczuciach w czasie zajęć. W miarę rozwoju komunikacji w grupie możliwa staje się spontaniczna wymiana informacji na temat współpracy pomiędzy poszczególnymi uczestnikami podczas realizacji konkretnych zadań. Pacjenci omawiają wzajemnie własne postawy, zaangażowanie, komunikację w grupie etc. Po zakończeniu całego cyklu prowadzący i uczestnicy podsumowują pracę grupy.

ZAJĘCIA OGRODOWE

Zajęcia ogrodowe mają na celu, poza nabywaniem podstawowych umiejętności ogrodniczych, zdobywanie doświadczeń pracy w grupie, kształtowanie postawy cechującej się zaangażowaniem oraz odpowiedzialnością, a także dbałości o miejsce, w którym się przebywa.

Na pierwszym spotkaniu omawiane są obowiązujące podczas zajęć reguły i zasady:

- uczestnicy dzielą się swoimi pomysłami i podejmują decyzje jak zagospodarować ogród;
- wspólnie podejmowane są decyzje dotyczące zakupu potrzebnych nasion i produktów;
- po pracy należy uporządkować narzędzia i ogród.

Udział w zajęciach ogrodowych nastawiony jest na współpracę. Osoba prowadząca bierze w nich aktywny udział. Każdorazowo zajęcia kończą się wspólnym omówieniem. Uczestnicy dzielą się swoimi odczuciami dotyczącymi współpracy między sobą, tym jak odnajdywali się w poszczególnych zadaniach, jakie towarzyszyły im emocje, z czym sobie radzą, co sprawia im trudność etc. Osoba prowadząca również dzieli się swoimi spostrzeżeniami, jak z jej perspektywy wyglądała dynamika grupy. Ważne jest, aby zachęcić również inne osoby z Ośrodka do podejmowania pracy w ogrodzie, aby pomagały dbać o rośliny np. poprzez codziennie podlewanie w czasie pomiędzy zajęciami.

DYŻURY I FUNKCJE PODEJMOWANE PRZEZ PACJENTÓW

W trakcie leczenia w Ośrodku pacjenci podejmowali się pełnienia różnych funkcji oraz pełnili dyżury. Decyzje o podjęciu konkretnej funkcji zapadały podczas piątkowego zebrania społeczności. Zalecane jest, by każdy z uczestników miał możliwość sprawdzenia się we wszystkich funkcjach. Dzięki te-

mu uczestnicy mogą nabywać nowe kompetencje, sprawdzać się w nowych rolach, rozwijać wachlarz doświadczeń. Podejmowane funkcje to: przewodniczący społeczności, zastępca przewodniczącego oraz skarbnik. Funkcje pełnione były przez tydzień.

Rolą przewodniczącego społeczności jest:

- otwieranie i zamykanie zebrań społeczności;
- obsadzenie dyżurów na kolejny tydzień oraz monitorowanie ich realizacji;
- przekazanie informacji zwrotnej uczestnikom, którzy pełnili dyżury na temat wywiązywania się z przydzielonych zadań (odbywa się to także podczas piątkowego zebrania społeczności);
- wprowadzanie nowych uczestników do społeczności terapeutycznej, przekazanie im obowiązujących zasad.

Pełnienie funkcji przewodniczącego pozwala zdobyć doświadczenie w byciu liderem grupy, zarządzaniu zespołem, rozwinąć umiejętność planowania oraz efektywnej komunikacji. Takie doświadczenia i umiejętności przynoszą korzyści w późniejszej pracy zawodowej.

Funkcja zastępcy przewodniczącego ma pomocniczy charakter. Zastępca współpracując z przewodniczącym pomaga mu realizować jego zadania. Równocześnie osoba będąca zastępcą przygotowuje się do roli przewodniczącego. Po zakończeniu pełnienia tej funkcji pacjent zostaje przewodniczącym społeczności podczas kolejnego tygodnia.

Zadaniem skarbnika jest zarządzanie budżetem tygodniowym, który jest przeznaczony na potrzeby pacjentów, podział środków na poszczególne cele (zakupy artykułów spożywczych na lunch, na zajęcia kulinarne oraz na zakup środków czystości, etc.), a także odbieranie przynoszonych przez pacjentów faktur za zakupy oraz bilansowanie wydatków. Zdobywane w ten sposób umiejętności są pomocne m.in. w zarządzaniu własnym budżetem. Pacjenci uczą się również w ten sposób odpowiedzialności oraz współpracy.

W trakcie leczenia w Ośrodku uczestnicy pełnili też dyżury, które sami organizowali. W ramach dyżurów pacjenci dbali o czystość przestrzeni, w której spędzają czas, przygotowywali posiłki, robili zakupy. Te wszystkie czynności są odpowiednikami prac domowych i obowiązków dnia codziennego. Dzięki nim pacjenci mogą wyrabiać w sobie poczucie obowiązku i zaangażowania. Dla części osób może być to okazją do nauki takich prac, jeżeli np. byli wyręczani w nich przez osoby z otoczenia lub rodziny. Wszystkie dyżu-

ry powinny być wykonywane w parach. Jest to podstawowy warunek, gdyż wymaga to od pacjentów współodpowiedzialności za realizację zadań, rozwija umiejętność współpracy i komunikacji. Nie zrealizowanie dyżuru, bądź wykonywanie go w sposób niezadowolający jest omawiane na forum społeczności.

Tak przygotowani uczestnicy, którzy w trakcie terapii uczyli się mówić o swoich emocjach, uczyli się współpracy i funkcjonowania w grupie oraz w parach, wchodzili w proces aktywizacji zawodowej.

Poniższy rysunek przedstawia aktywności pacjentów w Ośrodku.

Rysunek 6. Kalendarz aktywności w Ośrodku: *Tydzień z życia uczestnika...*



Emocje, relacje i praca to dla człowieka bardzo bliskie sfery. Nie da się ich oddzielić, bo nie można założyć, że podczas leczenia zajmujemy się tylko leczeniem, a w okresie aktywizacji mamy do czynienia z procesami, które dotyczą tylko pracy. W obu sytuacjach mamy do czynienia z tym samym człowiekiem, któremu towarzyszą określone emocje.

Działania w obszarze aktywizacji zawodowej zostały opisane w kolejnym rozdziale. Warto jednak pamiętać o rysunku z początku tego rozdziału. Ta sama osoba przebywa drogę, na której spotykają się leczenie i aktywizacja zawodowa.

V. Strefa aktywizacji zawodowej

1. Problemy dotyczące funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości na rynku pracy

Opisując realia funkcjonowania na rynku pracy oraz możliwości aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami osobowości, warto wspomnieć o problemach ujawnionych przez te osoby podczas wywiadów przeprowadzonych w ramach projektu z byłymi pacjentami OLZOiN Szpitala im. Babińskiego.⁷²

Ujawnione w wywiadach trudności odnoszące się do podejmowania i utrzymania pracy dotyczą m.in. sfery społecznej, w tym relacji interpersonalnych, konfliktów, niezdolności do empatii oraz sfery emocjonalnej czyli adekwatności i nasilenia reakcji emocjonalnych, kontroli emocji, często lęku. W odniesieniu do relacji społecznych istotną przeszkodą do uzyskania bądź utrzymania samodzielności zawodowej są problemy w relacjach ze współpracownikami lub pracodawcą. W relacjach tych często pojawia się niska samoocena, brak pewności siebie, obawa przed krytyką, stawianie sobie zbyt wysokich wymagań, a także wycofywanie się z relacji. Kluczową kwestią są również problemy emocjonalne, w tym zbyt silne przeżywanie emocji i labilność emocjonalna.

Bardzo często osoby badane wskazywały na trudności w radzeniu sobie ze stresem, obawę przed nowymi sytuacjami oraz przed niepowodzeniem. Pojawiała się też skłonność do wycofywania się w obliczu trudności. Wyraźnie ujawniły się też – choć często nie wprost w deklaracjach osób badanych – trudności związane z brakiem, mało sprecyzowanymi lub mało realnymi planami na przyszłość oraz z niską motywacją, brakiem inicjatywy, a także problemy z utrzymaniem kierunku działania. Ujawniały się tendencje ucieczkowe, unikanie aktywności, uzasadnianie braku działania.

Ważną i często podkreślaną kwestią były niedostateczne umiejętności oceny własnych kompetencji oraz predyspozycji. Na funkcjonowanie na rynku pracy ma istotny wpływ, często identyfikowana w tej grupie, trudność z oceną własnych możliwości, ustaleniem posiadanych kompetencji oraz zawodu, który klient może wykonywać. Brak wiedzy dotyczącej posiadanych

⁷² Całość badania zawarta jest w raporcie z badania dokumentacji medycznej pacjentów Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, http://www.peron7f.pl/wp-content/uploads/2013/06/Peron7F_Raport_Dokumentacja-medyczna_v2p.pdf

kompetencji i preferencji znacząco ogranicza możliwość adekwatnego planowania swojej przyszłości zawodowej.

Badane osoby zostały zrekrutowane wśród byłych pacjentów oddziału stacjonarnego szpitala, na którym pacjenci mają zapewnioną całodobową opiekę. Oznacza to, że przez 24 tygodnie były one oderwane od realiów swojego codziennego życia, do których wracają po zakończeniu pobytu w szpitalu. W czasie pobytu w szpitalu mało konkretnie myślą o swojej przyszłości – w tym zawodowej. Koncentrują się na leczeniu i na bieżących aktywnościach. Tylko jeden z respondentów już w trakcie pobytu na oddziale szukał pracy, wysłał CV oraz chodził na rozmowy kwalifikacyjne. Dzięki temu zaraz po opuszczeniu oddziału podjął pracę, co ułatwiło mu rozpoczęcie normalnego życia i uzyskanie samodzielności. Działania te przynajmniej częściowo zabezpieczyły go również przed kryzysem po zakończeniu etapu leczenia.

Po opuszczeniu oddziału w naturalny sposób zwiększało się zainteresowanie pracą zawodową oraz własną sytuacją finansową byłych pacjentów. Przywiązywali oni większą wagę do możliwości funkcjonowania na rynku pracy ze względu na konieczność utrzymania się oraz radzenia sobie z konkretnymi życiowymi problemami. Częściej podnosili potrzeby rozpoznania swoich kompetencji, formułowania celów zawodowych oraz dookreślenia swoich możliwości w kontekście pracy. Wspólne dla większości osób z omawianej grupy i typowe dla zaburzeń osobowości cechy to: lęk, sztywność myślenia, niedojrzałość, trudności w relacjach, konflikty, które objęte były pracą terapeutyczną. Są to kluczowe trudności w radzeniu sobie w życiu zawodowym.

Najważniejsze obszary trudności cechujące osoby z zaburzeniami osobowości.

- **Zaniżona bądź nieadekwatna samoocena.** Praca nad tym obszarem prowadzona była głównie w ramach terapii. Każde doświadczenie poradzenia sobie przez uczestnika na rynku pracy może mieć korzystny wpływ na efekty tej pracy, gdyż stopniowo wpływa na budowanie zaufania do siebie i do swoich kompetencji czy możliwości, zwłaszcza wówczas, gdy takie doświadczenia były omawiane również podczas sesji terapeutycznej. Role terapeuty i doradcy zawodowego uzupełniają się, a czynione postępy są widoczne i istotne z obu perspektyw.
- **Problemy w zakresie funkcjonowania społecznego** oraz radzenia sobie w relacjach z ludźmi. Praca nad tym obszarem była prowadzona przez cały czas trwania terapii. Każda trudność dotycząca relacji społecznych,

jaka pojawia się w związku z szukaniem pracy lub po jej podjęciu, może rzutować na poczucie lepszego lub gorszego radzenia sobie w sytuacjach zawodowych. Z kolei omawianie tych trudności, wyciąganie z nich wniosków i rozwijanie umiejętności radzenia sobie z nimi są ważne dla poprawy funkcjonowania w sferze zawodowej.

Z perspektywy doradcy zawodowego istotne są umiejętności klienta w zakresie kontaktów z ludźmi, posiadanie potrzeby takich kontaktów, co wiąże się z realizacją potrzeby uznania oraz prestiżu, a także umiejętność i gotowość klienta do społecznego dopasowania się, np. zrozumienia i akceptacji stanowiska jego kolegów lub przełożonego.

- **Problemy w sferze emocjonalnej** dotyczącej zarówno kontroli jak i regulacji nasilenia emocji. W tym zakresie postępy w terapii są warunkiem efektywnej pracy z doradcą zawodowym. Problemy z tego obszaru silnie rzucają na sferę pracy zawodowej. Jednak pomoc doradcy zawodowego jest skuteczna dopiero wówczas, gdy pacjent osiągnie wystarczający ogólny poziom radzenia sobie, który pozwoli na podjęcie działań ukierunkowanych na aktywizację zawodową.
- **Problemy związane z identyfikacją własnych predyspozycji i trafną oceną posiadanych kompetencji.** Nie jest to trudność specyficzna dla omawianej tu grupy, przeciwnie – również wiele zdrowych osób nie potrafi rozpoznać swoich możliwości, umiejętności i talentów. Dla osób z zaburzeniami osobowości szczególne znaczenie ma określenie kierunku, w którym mogą podążać, aby sobie radzić i mieć szanse się rozwijać. Jednak samo ukierunkowanie w zakresie pracy zawodowej nie rozwiąże wszystkich problemów tych osób związanych z pracą, ale bez niego dużo trudniej będzie wytyczyć ścieżkę rozwoju i kariery zawodowej. Natomiast dobrze zaplanowane działania, w oparciu o rzeczywisty potencjał klienta, nie tylko ułatwiają osiągnięcie sukcesu, ale dzięki realnym osiągnięciom pomagają też uwierzyć w siebie.
- **Problemy dotyczące motywacji do pracy.** Z punktu widzenia doradcy zawodowego, na poziom motywacji do pracy wpływ mają następujące czynniki:
 - zainteresowania zawodowe lub inne zainteresowania, które mogą być wykorzystane w sferze zawodowej,
 - preferencje co do sposobu wykonywania pracy (np. lubi lub nie wykonywać prace wymagające cierpliwości, precyzji, zadania zróżnicowane lub jednolite, osiągać widoczne efekty z pracy, itd.),

- pożądane warunki dotyczące miejsca pracy (np. wymiar godzin, praca zmianowa, związana z podróżowaniem lub w stałym miejscu, siedząca lub w ruchu),
- upodobania co do określonych materiałów i obiektów (np. praca z wykorzystaniem urządzeń, kierowanie pojazdami, praca z książkami, praca w drewnie lub metalu, praca z żywnością, itd.),
- potrzeby związane z pracą (np. prestiżu, awansu, stabilizacji, dużej ilości wolnego czasu, nadania sensu życiu, możliwości spotykania interesujących ludzi itd.).

Każdy z tych czynników cechuje indywidualna siła i stabilność.

Czy osoby z zaburzeniami osobowości można w procesie aktywizacji zawodowej traktować jak osoby zdrowe?

Już pierwsze spotkania w projekcie z doradcami zawodowymi oraz ich wypowiedzi podczas szkolenia z zakresu zaburzeń osobowości pokazały, że trudności przejawiane przez osoby z zaburzeniami osobowości są im dobrze znane. Jednak doradcy nie stosowali dotąd terminologii klinicznej wobec klientów z zaburzeniami osobowości, ale włączali takie osoby do szerokiej kategorii „trudny klient”. Z ich deklaracji oraz opisywanych doświadczeń jednoznacznie można wnosić, że na co dzień pracują z osobami z zaburzeniami osobowości. Niektórzy doradcy twierdzą, że grupa ta stanowi około 2/3 wszystkich klientów.

Należy podkreślić, że przy odpowiednio prowadzonej pracy z klientem, polegającej na jednoczesnym leczeniu i aktywizacji zawodowej, doradca zawodowy z powodzeniem może traktować klienta jak osobę zdrową, stale jednak musi pamiętać o zasadach pracy z osobami, u których występują zaburzenia osobowości. Przy braku leczenia tych osób ryzyko niepowodzenia w aktywizacji jest duże. Podobnie jak samo leczenie nie doprowadza zwykle do poradzenia sobie na rynku pracy. Już samo podjęcie zatrudnienia ma w pewnym sensie działanie leczące. Pomaga przywrócić klientowi wiarę w swoją użyteczność i zdolność radzenia sobie, strukturalizując jego czas oraz zwiększając jego samodzielność.

2. Łączenie leczenia i aktywizacji zawodowej

Projekt pokazał, że łączenie leczenia i aktywizacji zawodowej jest właściwym rozwiązaniem i przynosi pożądane efekty. Po pierwszych doświadczeniach z łączeniem tych obszarów, warto się zastanowić, jak można udoskona-

lić ten model działania oraz jak go wdrożyć na szerszą skalę. W kontekście rozwijania modelu, kluczowe pytanie dotyczy efektywnego łączenia obydwu form wsparcia. Należy pamiętać o istniejących ryzykach i zdarzających się trudnościach w łączeniu procesów oraz stale zwracać na nie uwagę, nawet jeśli nie ma możliwości poszukania odpowiednich rozwiązań.

Takie podejście, związane z uznaniem potencjalnych zakłóceń i trudności pochodzących wprost z działań realizowanych w modelach leczenia i aktywizacji zawodowej, ma swoje dobre strony. Przede wszystkim sprzyja wdrażaniu rozwiązań na szerszą skalę. Przy założeniu, że dla uzyskania pożądaných efektów, potrzebne jest połączenie leczenia z aktywizacją, można starać się zapewnić klientom potrzebną pomoc nawet bez implementacji wypracowanego w projekcie modelu.

W sprzyjających okolicznościach i przy pewnej otwartości, dzięki wskazówkom uzyskanym od doradcy zawodowego, osoba może samodzielnie podjąć leczenie. W takim wariacie obecność case managera nadal będzie pożądana, ale nie będzie on już musiał organizować leczenia. W odwrotnej sytuacji terapeuci mogą kierować swoich pacjentów do doradcy zawodowego.

W projekcie wprowadzono zasadę kierowania uczestnika przez doradcę zawodowego do zespołu leczącego lub odwrotnie. Przypadki takie miały miejsce wtedy, gdy pacjent znajdował się w okresie/momentcie dużych zmian, przechodził kryzys lub w sytuacjach, które wymagały interwencji drugiego specjalisty. Doradcom miało to zapewnić większy komfort pracy i umożliwić skupienie się na właściwych dla nich działaniach. Również terapeuci mogą w ten sposób zapewnić potrzebne wsparcie swoim pacjentom. Wprowadzenie takich rozwiązań wymaga uzgodnienia zasad współdziałania przynajmniej na podstawowym poziomie.

Mówiąc o łączeniu dwóch procesów nie sposób pominąć przyjętego w projekcie wymagania dotyczącego obowiązku podjęcia przez uczestników pracy. Jednak przymus w tym zakresie nie sprzyja budowaniu pozytywnego nastawienia i motywacji do poszukiwań oraz rozwoju w sferze zawodowej. Z perspektywy procesów motywacyjnych, a zwłaszcza poszukiwania swojej własnej drogi zawodowej, uczestnicy mogli ten wymóg postrzegać jako utrudnienie. Jednakże przyjęcie i jasne sformułowanie takiego wymagania wobec uczestników nie pozostawiło przestrzeni do wątpliwości czy jakichkolwiek negocjacji i tym samym faktycznie stało się dla nich oczywistością.

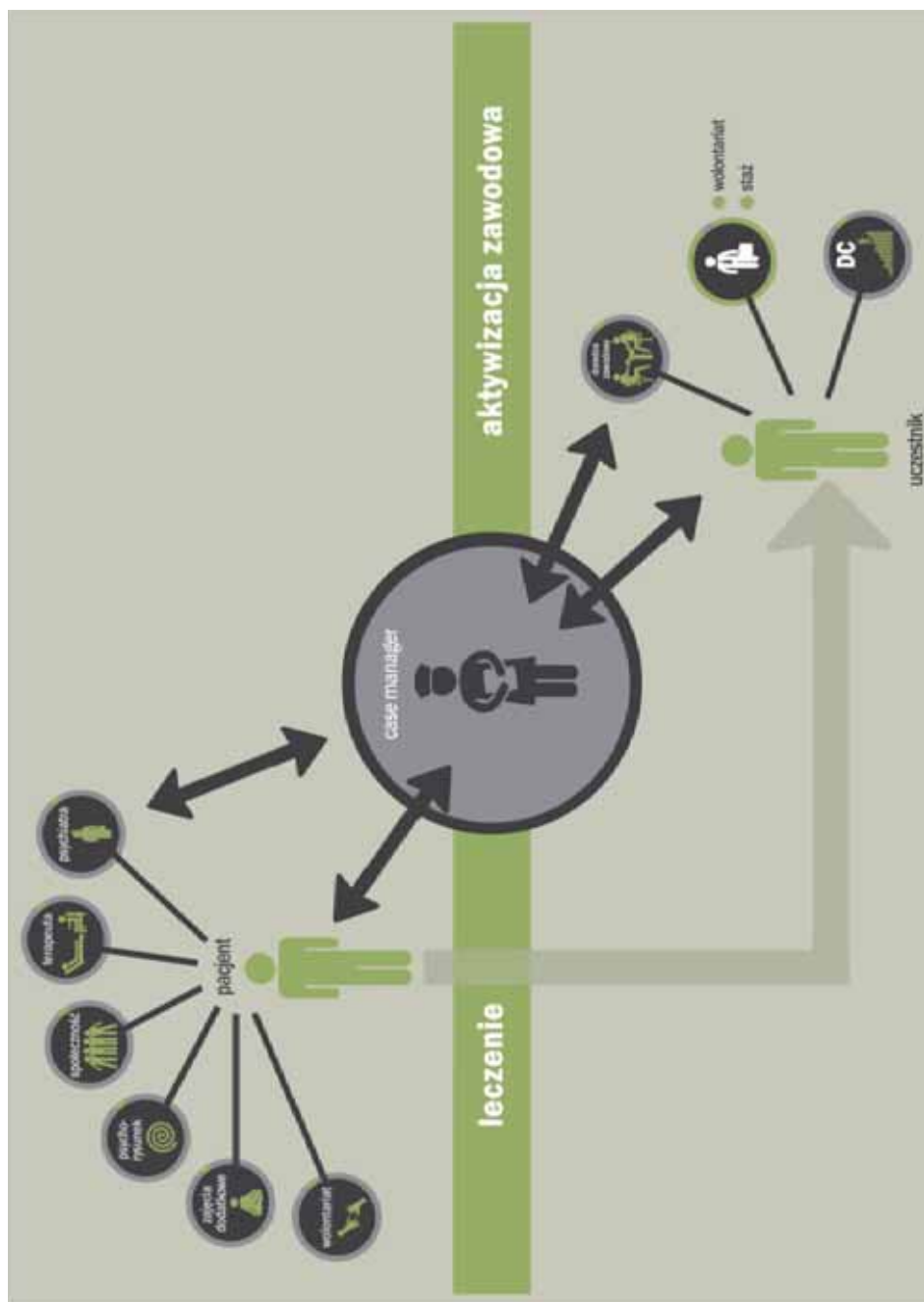
Formy pracy z pacjentem/klientem wykorzystane w projekcie nie miały charakteru nowatorskiego. Zarówno doradcy zawodowi, jak i terapeuci, stosowali metody i techniki powszechnie znane. Zasadnicza różnica polegała na połączeniu obydwu rodzajów oddziaływania oraz na utworzeniu funkcji case managera, usytuowanej na styku tych obszarów. W obszarze aktywizacji zawodowej zespół doradców zawodowych dostosował swoje działania do specyficznych potrzeb osób z zaburzeniami osobowości, ale nie tworzył nowych metod pracy z klientem.

Rozmowy z byłymi pacjentami i osobami leczącymi się niestacjonarnie pokazały, że nawet najlepsze efekty leczenia nie są wystarczające do radzenia sobie w sferze zawodowej i zazwyczaj także w życiu. Szczególnie trudny jest moment opuszczenia oddziału szpitalnego, gdy po prawie półrocznym leczeniu osoba powinna od razu zacząć funkcjonować samodzielnie. Często te osoby nie mają środków do życia, mieszkania, najczęściej nie mają też pracy. Osoby z innych części Polski aby móc kontynuować terapię często decydowały się na pozostanie w Krakowie. Wiele osób musi podjąć decyzję, czy wracać do dysfunkcyjnego domu, podczas gdy to właśnie środowisko rodzinne często stanowiło źródło zaburzeń, czy próbować radzić sobie inaczej. W obliczu braku pracy, dachu nad głową i źródła utrzymania są to wybory szczególnie trudne. Praktyka pokazuje, że leczenie nie stanowi wystarczającej odpowiedzi na ten rodzaj zaburzeń i związanych z nimi trudności w funkcjonowaniu.

Z perspektywy doradców zawodowych uczestniczących w projekcie sytuacja nie wygląda lepiej. Udział w projekcie uświadomił doradcom, że tego rodzaju trudności są typowe dla liczego grona ich klientów. Trudności te nie były identyfikowane z punktu widzenia zaburzeń osobowości, a co za tym idzie nie poszukiwano dla nich rozwiązań właściwych dla tej grupy osób. Stosowane metody doradcze nie były wystarczające, a brak efektów udzielanej pomocy powszechny. Mimo przeprowadzenia wszystkich możliwych działań doradczych klienci z zaburzeniami osobowości najczęściej nie podejmują pracy w ogóle, albo po krótkich okresach zatrudnienia w kolejnych miejscach, powracają do doradców zawodowych. Praca z tą grupą powodowała więc często frustrację u doradców i łatwo mogła prowadzić do wypalenia zawodowego. Samo poradnictwo zawodowe nie jest bowiem wystarczającą formą pomocy dla osób z zaburzeniami osobowości.

Model zastosowany w projekcie został schematycznie przedstawiony na rysunku 7.

Rysunek 7. Model leczenia i aktywizacji zawodowej, koordynacja procesów przez case managera



We wczesnym okresie pracy nad modelem zakładano, że w projekcie będą tworzone zespoły interdyscyplinarne składające się z psychoterapeutów, terapeutów społeczności, psychiatrów, doradców zawodowych i pielęgniarek psychospołecznych pełniących funkcje zdefiniowane na potrzeby modelu oraz osób prowadzących dodatkowe zajęcia z pacjentami. W praktyce zespół medyczny i doradcy zawodowi nie tworzyli jednego zespołu i pracowali z uczestnikami oddzielnie, w obszarze leczenia i obszarze aktywizacji zawodowej. Ich działania koordynowali case managerowie, którzy stale towarzyszyli uczestnikom projektu.

Bardzo ważnym elementem całego procesu było dobre zaplanowanie i zorganizowanie komunikacji w projekcie. Przyjęto, że wszyscy będą czuwali nad uczestnikami i pilnowali, by wywiązywali się z ustaleń, by nie stosowali uników, wykrętów i prób manipulacji, które powszechnie zdarzają się osobom z zaburzeniami osobowości. Case managerowie byli informowani za pośrednictwem raportów m.in. o działaniach oraz ustaleniach doradcy zawodowego z uczestnikiem. Sami również w raportach przekazywali doradcy bieżące informacje na temat swoich działań. Ważne, aby informacje były przekazywane na bieżąco, co w projekcie nastroczało niekiedy trudności.

3. Specjaliści zaangażowani w aktywizację zawodową

Case manager

Case manager to funkcja, która została wprowadzona w projekcie w celu zapewnienia komunikacji między zespołem leczącym i zespołem aktywizacji zawodowej oraz do indywidualnego prowadzenia uczestnika na wszystkich etapach jego udziału w projekcie. W praktyce case managerowie towarzyszyli przypisanym sobie uczestnikom poprzez monitorowanie ich postępów, identyfikację kryzysów, pomoc podczas analizowania decyzji i zachowań. Szczególnie czuwali nad realizacją działań dotyczących sfery zawodowej.

Ważnym zadaniem case managera było również bieżące wspieranie swoich podopiecznych w zakresie ich aktywności w ramach wolontariatu, stażu, poszukiwania zatrudnienia oraz podczas pracy. W praktyce polegało to m.in. na omawianiu postępów, gromadzonych doświadczeń, emocji związanych z odbywaną praktyką bądź zadaniami w pracy oraz relacjami z przełożonymi, współpracownikami oraz klientami. Spotkania poświęcone tym zagadnieniom trwały około pół godziny i odbywały się co tydzień. W ocenie uczestni-

ków, zwłaszcza na początku udziału w projekcie, był to jednak czas niewystarczający. Dodatkowo case managerowie reagowali na pojawiające się potrzeby i pracowali z uczestnikami, gdy było to uzasadnione. W projekcie funkcję case managera pełniły odpowiednio przygotowane pielęgniarki psychospołeczne, mające doświadczenie w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości.

Case manager to jedyna osoba w projekcie, która miała bezpośredni kontakt ze wszystkimi osobami zaangażowanymi w pracę z klientem. Zgodnie z założeniami, jego kluczowym zadaniem była koordynacja działań dotyczących klienta i dbanie o efektywną komunikację między zespołem leczącym a zespołem aktywizacji zawodowej. Case manager identyfikował kryzysy, jakie pojawiały się u uczestników, ale też próby omijania przez nich reguł lub niewywiązywania się z uzgodnionych działań oraz dbał o przepływ informacji na ten temat. Koordynował działania i zapewniał komunikację, aby procesy aktywizacji zawodowej i leczenia były spójne oraz uwzględniały trudności oraz postępy rzeczywiście czynione przez klienta w każdym z tych obszarów.

Ponieważ case manager wiedział na czym polega praca doradcy zawodowego, potrafił ocenić czego należy oczekiwać po procesie doradczym realizowanym z klientem, jakie działania były podejmowane i czemu mają one służyć oraz czego można oraz trzeba wymagać od klientów, a w czym im pomagać.

Case manager powinien być osobą dojrzałą (w tym emocjonalnie), samodzielną, asertywną, empatyczną oraz wspierającą, która akceptuje towarzyszenie klientowi i pozwala mu samodzielnie podejmować decyzje oraz dochodzić do efektów.

Doradca zawodowy

Doradca zawodowy pracujący z osobami z zaburzeniami osobowości powinien mieć dobry warsztat pracy właściwy dla tej grupy zawodowej (metody i techniki pracy wykorzystywane w procesie doradczym). Nie ma potrzeby tworzenia nowych, unikatowych metod, adresowanych wyłącznie do tej grupy klientów. Nie ma wyraźnego wskazania do stosowania konkretnego podejścia; każdy z doradców może wybrać takie metody, którymi będzie się posługiwał sprawnie i efektywnie. Od doradcy zawodowego pracującego z osobami z zaburzeniami osobowości wymagane jest doświadczenie w zakresie doradztwa zawodowego, wiedza na temat zaburzeń osobowości oraz doświadczenie zdobyte w pracy z osobami, które posiadają takie zaburzenia.

Doradcy zawodowi pracujący z osobami z zaburzeniami osobowości w projekcie stosowali takie metody, jak w swojej codziennej praktyce. Sposób pracy dopasowywali do klienta, dobierając metody do jego potrzeb i możliwości. Niektórzy klienci dobrze reagowali na elementy coachingu, dla innych ważne było zobaczenie „twardych wyników”, np. dzięki zastosowaniu testu. Doradcy zawodowi łączyli różne metody i dobierali narzędzia dowolnie. Realizowali usługę doradczą w oparciu o indywidualne oraz grupowe poradnictwo zawodowe, a także dostarczali różnorodnych informacji dotyczących rynku pracy i edukacji.

Doradcy pomagali w identyfikacji celów, służyli wsparciem, motywowali, tworzyli warunki ułatwiające rozpoznawanie możliwości oraz służyli radą w trudnych sytuacjach. Doradcy przygotowywali także uczestników do ciągłego dokonywania wyborów oraz podejmowania decyzji.

Pomagali przygotować się do poszukiwania pracy, a następnie jej utrzymania. Wspierali w procesie przystosowania się do zmieniającego się rynku pracy i nowych wyzwań zawodowych. W pracy z uczestnikami stosowali podejście procesowe, w ramach którego doradca zawodowy nadawał kierunek procesowi, dostarczał dodatkowej wiedzy i wsparcia, śledził drogę klienta, dostarczał informacji zwrotnej.

W ramach tego procesu klienci przechodzili od braku pracy, poprzez określenie swoich kompetencji, możliwości i oczekiwań, sformułowanie celów i planu, do radzenia sobie na rynku pracy oraz nabycia wiedzy i umiejętności potrzebnych do dobrego funkcjonowania.

Efekty, które w wyniku procesu doradczego były istotne dla klientów to: zmiana dotychczasowych strategii działania, myślenie kategoriami sukcesu, znajdowanie wsparcia społecznego, poszerzenie możliwości osobistych, przeżywanie pozytywnych odczuć.

Wielu klientów brało udział w zajęciach grupowych. Osoby, które wzięły udział w pracy grupowej, miały szansę odkryć swoje atuty związane z funkcjonowaniem społecznym, rozwijać umiejętność pracy zespołowej oraz uzyskać informacje zwrotne od członków grupy, które były przydatne m.in. w procesie planowania własnej kariery zawodowej.

Doradcy zawodowi w swojej pracy wykorzystywali te programy i te formy pracy, które najlepiej wpisywały się w potrzeby ich klientów. Ci z klientów, którzy byli zaangażowani w proces terapeutyczny i inne formy wsparcia dostępne w projekcie, mieli możliwość takiego planowania spotkań z doradcą zawodowym, aby nie kolidowały one z innymi zajęciami.

Najczęściej wykorzystywanymi narzędziami testowymi były: *Kwestionariusz Zainteresowań Zawodowych*, *Test O-Z*, *Test temperamentów*, *Inwentarz Osobowości NEO-FFI* oraz takie narzędzia jak *Kwestionariusz Kariery Scheyna*, *Kwestionariusz Oczekiwań* oraz *Test Zainteresowań*.

Doradcy wykorzystywali też niektóre elementy programu *Szukam Pracy* oraz zawarte w nim propozycje programowe. Nie wszyscy klienci skorzystali z zajęć warsztatowych, ale część z nich znalazła czas na tę formę aktywizacji. Wybierali m.in. takie zajęcia warsztatowe jak: „Własna firma – zanim zrealizujesz pomysł”, „Rozmowa kwalifikacyjna z pracodawcą”, „Komunikacja społeczna w miejscu pracy”, „Metody poszukiwania pracy”, „Pisanie dokumentów aplikacyjnych” oraz „Radzenie sobie ze stresem”.

Zakres zadań doradcy zawodowego

Pracę doradcy zawodowego z uczestnikiem należy rozumieć jako proces, w ramach którego klient przechodzi od sytuacji, w której nie umie odnaleźć się na rynku pracy i poradzić sobie z określonymi trudnościami, do sytuacji, w której działa na tyle świadomie, że może samodzielnie szukać dla siebie miejsca pracy, zgodnego ze swoimi zainteresowaniami i kwalifikacjami oraz utrzymać pracę przez dłuższy czas.

W ramach pracy doradcy zawodowego z klientem można wskazać najważniejsze oraz najczęściej występujące etapy:

1. Działania na rzecz identyfikacji potencjału, kompetencji, oczekiwań i zainteresowań klienta.
2. Analiza systemu wartości, motywacji i osiągnięć klienta.
3. Pomoc w uświadomieniu sobie przez klienta jego mocnych stron, a poprzez to zwiększenie jego wiary w siebie i adekwatne określenie ścieżki zawodowej.
4. Dostarczenie informacji o zawodach i predyspozycjach psychofizycznych potrzebnych do ich wykonywania, a także o możliwościach doształcania i doskonalenia zawodowego oraz szkołach lub innych instytucjach, w których można zdobyć kwalifikacje zawodowe.
5. Pomoc w określeniu potencjału zawodowego klienta, jego przygotowania do radzenia sobie na rynku pracy oraz ustalenia możliwości rozwoju.
6. Doprowadzenie do ustalenia preferencji i priorytetów klienta oraz opracowanie strategii jego działania.
7. Wsparcie w podejmowanych działaniach, pomoc w przypadku pojawienia się trudności, w razie potrzeby przeformułowanie celu i zmiana strategii działania.

8. Pomoc w opracowaniu dokumentów wymaganych w procesie rekrutacji oraz w przygotowaniu klienta do rozmowy kwalifikacyjnej.

4. Zasady pracy doradcy zawodowego z osobami z zaburzeniami osobowości w ramach projektu

Każdy doradca zawodowy w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości powinien pamiętać o zasadach, których przestrzeganie jest kluczowe dla uzyskania pożądaných efektów. Oto ich lista:

- **Jak najlepsza wiedza o kliencie.** Staranny wywiad na początku pracy, w tym identyfikacja potencjału i zainteresowań klienta, poznanie jego doświadczeń, najważniejszych faktów z historii życia, trudności, punktów zwrotnych itd., o których klient zechce opowiedzieć.
- **Zawarcie kontraktu i ustalenie zasad współpracy na początku pracy.** Ważne jest jasne określenie zasad: czego klient może oczekiwać, o co sam powinien zadbać, czego dopilnować, z czego się wywiązać. Obowiązujące zasady i zakres oferowanej pomocy powinny następnie być bezwzględnie przestrzegane. Bardzo duże znaczenie ma ustalenie i przestrzeganie terminów.
- **Jasne określenie granic i konsekwentne ich przestrzeganie.** Dla osób z zaburzeniami osobowości typowe są problemy z prawidłowym rozumieniem i respektowaniem granic. Nieprzypadkowa jest tu analogia do rozwoju dziecka, dla którego bardzo ważne jest prawidłowe zdefiniowanie ograniczeń w otaczającym świecie, które trzeba respektować. Jeśli zasady lub dopuszczalne zachowania często się zmieniają, dziecko traci nie tylko orientację w otaczającym świecie, ale i poczucie bezpieczeństwa. Dorosły człowiek z zaburzeniami osobowości potrzebuje uzupełnić ten deficyt wiedzy na temat granic, doświadczyć ich oraz uznać je za własne.
- **Indywidualnie ustalona częstotliwość spotkań.** W pierwszej kolejności trzeba określić potrzeby klienta, wziąć pod uwagę jego inne aktywności oraz w oparciu o tę wiedzę planować grafik spotkań. W toku pracy założenia dotyczące częstotliwości spotkań należy weryfikować oraz modyfikować. W sytuacji niepojawienia się klienta na spotkaniu, należy jak najszybciej poinformować o tym case managera. W sytuacji powtarzających się nieobecności należy ustalić ich przyczyny, a jeśli jest to uzasadnione wprowadzać konsekwencje przewidziane w kontrakcie.

- **Nadawanie wartości.** Osoby z zaburzeniami osobowości często nie znają rzeczywistej wartości m.in. rzeczy oraz czasu. Od początku pracy z klientem ważne jest nadanie znaczenia czasowi, uczenie respektowania związanych z nim ograniczeń oraz szanowania własnego i cudzego czasu. Podobnie warto zadbać, aby klient rozumiał wartość rzeczy oraz tego, co otrzymuje np. w trakcie wolontariatu lub pracy.
- **Dbanie o samodzielne działanie klienta i niewyręczanie go.** Istotne jest precyzyjne ustalenie, w którym momencie i co uczestnik zrobi wspólnie z doradcą zawodowym, a co powinien zrobić sam. Dotyczy to również wywiązywania się przez uczestnika z obowiązków. Na początku współpracy oraz w szczególnych sytuacjach dopuszczalne jest przypomnienie o obowiązkach, ale zawsze z założeniem, że ma to prowadzić do samodzielnego pilnowania przez klienta tego, co ma zostać zrobione. Uczenie samodzielności oraz odpowiedzialności wymaga przypominania o terminach, działaniach do wykonania itd., zwłaszcza na wczesnych etapach pracy, jednak nie może przerodzić się w pilnowanie klienta na co dzień oraz zastępowanie go w aktywnościach bądź w ich planowaniu. Prowadzenie „za rękę”, przypominanie o szczegółach, terminach, wywiązywaniu się z obowiązków czy kontrolowanie mogą, z dużym prawdopodobieństwem, przynieść efekty przeciwne do pożądanых.
- **Zawsze pozostawianie wyboru klientowi.** Tylko samodzielnie podjęte przez klienta decyzje mają rzeczywiście szansę pomóc mu w uczeniu się odpowiedzialności, samodzielności, radzeniu sobie i poleganiu na sobie.
- **Jasne określanie ram współpracy, które klient musi uznać.** Dla osób z zaburzeniami osobowości bardzo ważna jest konieczność uznania obowiązujących norm czy istniejących ograniczeń. Warto np. proponować trzy terminy kolejnego spotkania (do wyboru), ale już niewskazane jest pozostawianie wyboru godziny spotkania we wszystkich terminach, w szczególności jeśli miałyby to być czas po godzinach pracy doradcy zawodowego.
- **Pomoc w ustalaniu priorytetów i pamiętanie o nich przy kolejnych działaniach i decyzjach.**
- **Uczenie roli, zwłaszcza roli pracownika.** Elementy roli zwykle nie są znane lub są błędnie rozumiane przez klienta, a dla pożądanego efektu konieczne jest odnalezienie się w danej roli oraz zaakceptowanie jej ograniczeń.
- **Stawianie na indywidualne możliwości.** Głównym celem pomocy udzielanej przez doradcę zawodowego jest budowanie przez klienta wiedzy na temat swoich możliwości, predyspozycji, ograniczeń oraz wiary w siebie,

a także zwiększanie zaufania do siebie oraz do swojej zdolności radzenia sobie. Zidentyfikowanie mocnych stron i adekwatna ocena posiadanych kompetencji ma prowadzić do korzystania ze swojego rzeczywistego potencjału zamiast „ustawiania się w kolejce” po nieciekawą oraz nie dającą satysfakcji pracę. Gdy robi się to, co się lubi oraz co chce się robić, to łatwiej o motywację i zaangażowanie, które z kolei sprzyjają osiągnięciu pozytywnych wyników. Klient powinien wypracować nową definicję siebie, obejmującą wiedzę na temat tego, kim jest oraz kim może być w aspekcie zawodowym, co umie lub czego może się nauczyć, do czego najlepiej się nadaje, w czym się odnajdzie.

- **W uzasadnionych sytuacjach doprowadzenie do konieczności wyjścia ze strefy komfortu działania i przekroczenia utartych schematów.** Doradca powinien nauczyć się identyfikować te sytuacje i odróżniać je od stanów kryzysu przeżywanych przez klienta.
- **Zastosowanie „taryfy ulgowej” w sytuacji autentycznego kryzysu u klienta,** wymaganie realizacji niezbędnego minimum i służyć wsparciem.
- **Motywacja po stronie uczestnika.** Aby program działań był skuteczny i przyniósł pożądane rezultaty, klient sam musi dążyć do usamodzielnienia się oraz zdrowienia. Nie można podpowiadać mu gotowych rozwiązań. Dbanie o utrzymanie motywacji klienta na odpowiednim poziomie jest ważnym zadaniem doradcy, który na bieżąco powinien monitorować ten obszar i w razie potrzeby podejmować stosowne działania. Nie można zastępować motywacji klienta wyręczaniem go w podejmowaniu potrzebnych aktywności ani pozwalać, by energia do działania była energią doradcy. Jednak impulsy w tym zakresie, zwłaszcza początkowo, mogą pochodzić od doradcy.
- **Jeśli klientowi zależy na czymś, efekty jego działań będą lepsze.** Osiągnięcie konkretnego, nawet niewielkiego celu, będzie sprzyjać motywacji uczestnika, np. postaranie się o możliwość spotkania z doradcą zawodowym. Należy jednak pamiętać o zaniżonej lub chwiejnej samoocenie osób z zaburzeniami osobowości oraz ryzyku kryzysu, które mogą sprawić, że klient wycofa się z pracy z doradcą zawodowym, poczuje się odrzucony, bezwartościowy i bez szans na poradzenie sobie w sferze zawodowej.
- **Współpraca z innymi specjalistami i instytucjami pracującymi z klientem.** Współpraca nie zawsze będzie możliwa, ale niewątpliwie najbardziej efektywny jest szczelny i kompletny system pomocy. Osoby z zaburzeniami osobowości często prezentują różnym specjalistom, z którymi pracują,

inne warianty wydarzeń i wyjaśnienia swojej sytuacji. Poprawa ich funkcjonowania wymaga eliminowania takich wzorców zachowań. Dlatego sprawna komunikacja między osobami czy instytucjami pracującymi z klientem działa na poprawę jego funkcjonowania oraz zdrowienia. Decyzja o rodzaju udzielonej pomocy w jednej instytucji powinna być zgodna z kierunkiem działań innej, a wszystkie podjęte kroki powinny działać na rzecz tych samych celów.

- **Decyzje, ustalenia i działania dotyczące klienta powinny być dla niego jawne.** Kontaktowanie się z instytucją, w której klient odbywa wolontariat lub staż, musi odbywać się za jego wiedzą. Wymiana informacji pomiędzy specjalistami współpracującymi w procesie pomocy znacznie ogranicza możliwość manipulowania, kłamania i wykręcania się ze zobowiązań, co ma dla klienta znaczenie lecznicze i sprzyja wypracowaniu bardziej funkcjonalnych, prawidłowych zachowań.
- **Umożliwianie klientowi zatrzymania się, lepszego przygotowania, zmiany nastawienia itd., np. gdy jakieś działania są dla niego zbyt trudne w danej chwili.** Ważną umiejętnością doradcy zawodowego i case managera jest rozróżnienie próby manipulacji czy uchylania się od działania, od sytuacji rzeczywistego kryzysu czy trudności. Postępowanie w obydwu sytuacjach będzie różne, a decyzje bardzo ważne.
- **Traktowanie klienta jak osoby zdrowej.** W sytuacji, gdy aktywizacja zawodowa przebiega równoległe z leczeniem a szczególnie, gdy między tymi obszarami zapewniona jest skuteczna komunikacja, wówczas klienta z zaburzeniami osobowości należy generalnie traktować jak osobę zdrową. Zawsze należy stawiać wymagania, rozliczać z wywiązywania się z podjętych zobowiązań oraz z wykonania zadań wynikających z własnych decyzji. Trzeba pamiętać, że poza sytuacjami kryzysu stosowanie „taryfy ulgowej” jest działaniem niekorzystnym dla klienta. Zawsze jednak ważna będzie adekwatna ocena, jakie działania w danym momencie są dla niego osiągalne i czego realnie można od niego wymagać.
- **Odpowiedzialność za decyzje, działania i postępy klienta zawsze leży po jego stronie.** Zwolnienie klienta z tej odpowiedzialności jest dla niego szkodliwe i utrudnia proces pokonywania trudności typowych dla osób z zaburzeniami osobowości.
- **Wymaganie dorosłych zachowań.** Oczekiwania dotyczące samodzielności oraz odpowiedzialności za decyzje i działania służą doprowadzeniu klienta do zachowań właściwych dla osoby dorosłej, odpowiedzialnej za swoje

życie. Od osób z zaburzeniami osobowości nie należy od razu oczekiwać znakomitych efektów w tym zakresie, gdyż taki jest charakter ich trudności, ale stopniowo i konsekwentnie należy budować ich świadomość dotyczącą dorosłości i dorosłych zachowań.

- **Doradca nie może obrażać się lub przyjmować osobiście zachowań klienta.** Pewne zachowania klienta wynikają z jego zaburzeń. Szkolenie z zakresu zaburzeń osobowości pomaga doradcy zawodowemu w identyfikacji zachowań, które są ich efektem. Profesjonalizm doradcy wymaga podjęcia prób zrozumienia i właściwej interpretacji zachowań klienta oraz pozostania w swojej roli również wobec jego trudnych zachowań. Nie oznacza to, że doradca ma zgadzać się na niewłaściwe, przekraczające przyjęte normy zachowania, przeciwnie, jednym z jego zadań jest pilnowanie granic. Doradca zawodowy musi jednak rozumieć niepożądane sytuacje w kategoriach zawodowych, a nie osobistych.
- **Poczucie bezpieczeństwa doradcy zawodowego, case managera i innych specjalistów zaangażowanych w pracę z osobami z zaburzeniami osobowości.** Gdy praca z klientem zaczyna zagrażać poczuciu bezpieczeństwa osoby prowadzącej proces pomocy, niezależnie od tego, czy jest to realne, fizyczne zagrożenie czy inne okoliczności, należy zatrzymać się i przeanalizować sytuację. Najlepiej, jeśli zobiektywizuje się swoje odczucia i omówi trudności z innymi specjalistami.
- **Wymogi dotyczące higieny oraz trzeźwości.** Wszyscy specjaliści mają prawo wymagać od klienta spełnienia elementarnych wymogów dotyczących m.in. utrzymania higieny oraz trzeźwości. W przeciwnym razie należy odmówić przeprowadzenia spotkania z klientem w danym dniu i ustalić warunki przeprowadzenia go w innym terminie.
- **Ważne jest, aby klient miał możliwość spotkania się z doradcą zawodowym po podjęciu pracy.** Specyfika zaburzeń osobowości sprawia, że po podjęciu pracy przez klienta należy liczyć się z trudnościami, przede wszystkim w sferze społecznej i emocjonalnej. W większości przypadków dla osób z zaburzeniami osobowości trudności z utrzymaniem pracy są poważniejszym problemem niż z jej uzyskanie. Występujące trudności wymagają pomocy o charakterze terapeutycznym, która powinna być dostępna niezależnie od uzyskania pracy. Obszar zagadnień wymagających dalszej pracy doradcy zawodowego z klientem dotyczy relacji w pracy, zarówno z przełożonym jak i współpracownikami, utrzymania motywacji, pamiętania o priorytetach oraz sformułowanych celach i planach.

Oczywiście decyzja o kontynuowaniu pracy z doradcą zawodowym po podjęciu zatrudnienia zależy od uczestnika. Jeśli jednak jest to możliwe, zdecydowanie warto kontynuować spotkania, utrwalając osiągnięte efekty i przeciwdziałając wystąpieniu trudności, które mogą okazać się dla klienta zbyt dużym wyzwaniem, zwłaszcza w dłuższej perspektywie czasowej.

- **Higiena psychiczna doradcy zawodowego i case managera.** Praca z ludźmi, szczególnie z tak trudną grupą jaką są osoby z zaburzeniami osobowości, jest wyczerpująca. Angażuje uwagę oraz emocje i łatwo może doprowadzić do wypalenia. Wykonujący ją specjaliści muszą znaleźć sposoby radzenia sobie ze stresem: konieczne jest dbanie o wypoczynek, umiejętność nabrania dystansu oraz poczucie humoru. Pomocna będzie również specjalistyczna superwizja.

Oprócz opisanych tu zasad, należy wspomnieć o dodatkowym ważnym aspekcie, o **wywiadzie rodzinnym**. W projekcie nie było to możliwe, ale w miarę możliwości zdecydowanie warto zadbać o poznanie historii życia uczestnika z innej perspektywy i w ten sposób uzupełnić uzyskane od niego informacje. Ważnymi informacjami będą np. doświadczenie wielopokoleniowego bezrobocia w rodzinie oraz powtarzające się schematy oraz trudności.

5. Przygotowanie do uruchomienia działań w projekcie

Przed przystąpieniem do realizacji projektu wszystkie osoby zaangażowane w jego realizację uzyskały niezbędną wiedzę, dostosowaną do zadań jakie miały w nim pełnić.

Case managerowie przygotowując się do uruchomienia działań przewidzianych w projekcie poznali cele, zakres i sposób pracy doradców zawodowych.

Doradcy zawodowi w pierwszej fazie projektu uczestniczyli w szkoleniu zatytułowanym *Zaburzenia osobowości w praktyce doradcy zawodowego i pracownika socjalnego*. Program szkolenia miał charakter nowatorski. Opracowany został przez osoby mające wieloletnie doświadczenie w szkoleniu psychoterapeutów, psychiatrów oraz superwizora wspierającego różne instytucje pomagające osobom z zaburzeniami osobowości.

Szkolenie dostarczyło w szczególności:

1. wiedzy o pochodzeniu, rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń osobowości, w tym: typy zaburzeń osobowości, spektrum możliwych objawów, różnorodnych obrazów zaburzeń;
2. umiejętności rozpoznawania własnych emocji w kontakcie z klientem z zaburzeniami osobowości;
3. praktycznych wskazówek, jak pracować z osobami, które sprawiają trudności w kontakcie;
4. umiejętności rozpoznawania sytuacji świadczących o zaburzeniach osobowości klienta i radzenia sobie w takich przypadkach. Doradcy zawodowi zazwyczaj dobrze orientowali się, kiedy klient jest zdolny do podjęcia oraz utrzymania pracy, natomiast mieli problem z uświadomieniem mu, że nie jest aktualnie zdolny do podjęcia pracy i potrzebuje pomocy terapeutycznej;
5. poznania metody interwizji, która może ułatwić pracę i zapobiegać wypaleniu zawodowemu.

W trakcie szkoleń pracownicy urzędów pracy i ośrodków pomocy społecznej często opisywali trudności w kontakcie z klientami, które są charakterystyczne dla osób z zaburzeniami osobowości: ich nadmierną wrażliwość, roszczeniowość, bierność, zachowania agresywne, zachowania o charakterze manipulacyjnym, bezradność, wycofanie, etc. Osobom takim zazwyczaj nie udaje się skutecznie pomóc. Doradcom zawodowym nieprzygotowanym do pracy z tą grupą klientów często towarzyszy uczucie bezradności, które może być związane także z niemożnością spełnienia oczekiwań klienta, który często nie jest świadomy tego, że potrzebuje leczenia. Powtarzające się sytuacje tego typu wywołują u doradców poczucie dyskomfortu w codziennej pracy i mogą doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego. Poszerzenie wiedzy i umiejętności doradców zawodowych w obszarze zaburzeń osobowości było zatem kluczowe i służyło nie tylko klientom, ale zwiększyło również zaufanie doradców do swoich kompetencji oraz większą pewność i swobodę pracy z tą grupą klientów.

Ważnym elementem przygotowania do pracy z osobami z zaburzeniami osobowości jest dla doradców zawodowych praca nad ich własnymi granicami. Zdarza się nierzadko, że kontakt z klientem wyzwala chęć pomagania, która wykracza poza profesjonalne granice, np. może wzbudzać chęć angażowania się w działania, które klient powinien zrealizować sam, bądź przeciw-

nie – złość na klienta lub poirytowanie, gdy np. lekceważy on przyjęte ustalenia.

Generalnie wskazane jest stworzenie dla doradców pracujących z osobami z zaburzeniami osobowości możliwości do zespołowego omawiania poszczególnych przypadków i związanych z nimi emocji oraz zachowań. Spojrzenie „z boku” oraz analiza tego, co wydarza się w relacji z klientem, a także jakie wzbudza to emocje i reakcje u doradcy zawodowego, są bardzo użyteczne i może służyć nie tylko samym doradcom zawodowym ale również ich klientom.

6. Start w aktywizację zawodową

Moment rozpoczęcia procesu aktywizacji zawodowej w projekcie miał znaczenie zarówno dla jego powodzenia, jak i dla utrzymania motywacji klientów. W projekcie przyjęto, że zespół medyczny podejmuje decyzję na temat gotowości uczestnika do rozpoczęcia pracy z doradcą zawodowym. W praktyce, po około miesięcznym okresie dostosowania się do warunków funkcjonowania w projekcie, uczestnicy dostawali informację o możliwości współpracy z doradcą zawodowym i byli zapraszani na pierwsze spotkanie. Wśród pacjentów były zarówno osoby w pełni gotowe do zajęcia się sferą zawodową, jak też osoby mające problemy z koncentracją, dla których praca z doradcą zawodowym nie była jeszcze wskazana. Trudno jednoznacznie ocenić na jakim etapie pracy terapeutycznej powinien zostać uruchomiony proces aktywizacji zawodowej aby był najbardziej efektywny. W wielu przypadkach jest uzasadnione równoległe prowadzenie obydwu procesów od wczesnego etapu udziału osoby w projekcie, ponieważ daje szansę na przyspieszenie momentu podjęcia pracy. Z kolei sam fakt podjęcia pracy oraz choćby częściowego poradzenia sobie z nowymi obowiązkami, oddziałuje pozytywnie na proces leczenia.

Harmonogram działań – kolejne etapy

Udział w procesie aktywizacji zawodowej rozpoczynał się od wstępnej identyfikacji potencjału oraz zainteresowań klienta. Następnie realizowane były spotkania indywidualne oraz warsztaty rekomendowane przez doradcę zawodowego.

W uzgodnionym momencie uczestnicy projektu mogli wziąć udział w stażu lub podjąć pracę, nawet jeśli w grę wchodziło stanowisko, którego nie traktowali docelowo. Umożliwiało to gromadzenie doświadczeń zawodowych, których często uczestnicy nie mieli. Analiza doświadczeń związanych z pracą pozwoliła, w przypadku wielu osób, na wyciągnięcie wniosków użytecznych dla dalszych działań. Podobną funkcję pełnił wolontariat, który w ramach projektu miał charakter obowiązkowy. W projekcie przewidziana była również możliwość udziału w sesji Development Center po kilku, a nawet kilkunastu miesiącach od wejścia uczestnika do projektu.

Rysunek 8. Obszary wsparcia uczestnika w procesie aktywizacji zawodowej



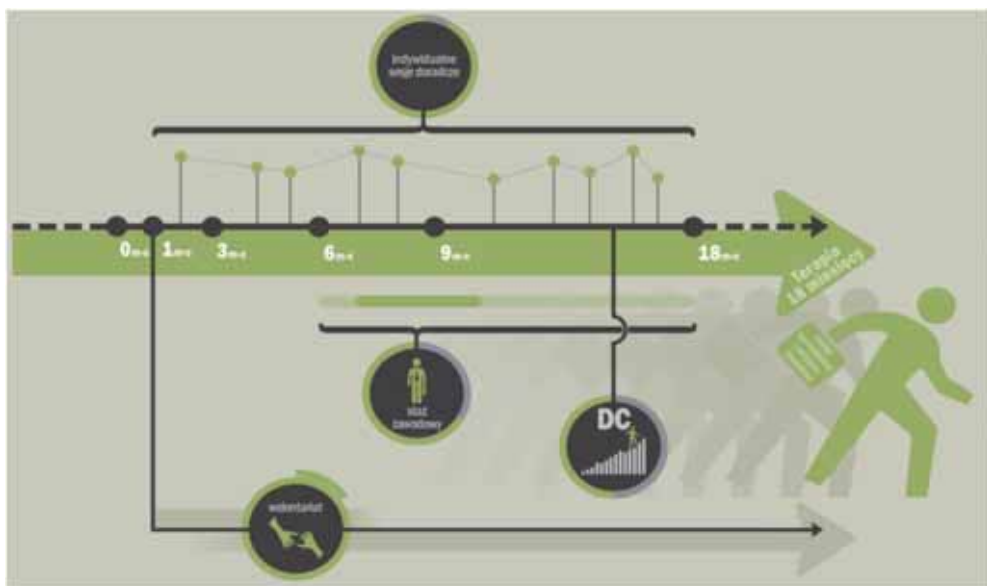
Doradca zawodowy miał możliwość zawieszenia współpracy z klientem w sytuacji, gdy ten nie wywiązywał się z podjętych zobowiązań lub nie spełniał uzgodnionych wymogów i zasad. Odpowiedzialność za kontynuowanie procesu i uzyskiwane w jego toku postępy spoczywała na uczestniku, który był zarówno podmiotem jak i autorem tych działań. W przypadku zawieszenia procesu aktywizacji cały zespół pracujący z daną osobą musiał być infor-

omawiany o takiej decyzji oraz jej powodach. Ponieważ kluczem do powodzenia na rynku pracy jest działanie zgodne z własnym potencjałem, zainteresowaniami i oczekiwaniami, dlatego dużo uwagi w pracy z klientami należy poświęcić na ich rozpoznanie. Jednak podstawą każdego działania jest zawsze motywacja. Dla uzyskania założonych efektów w obszarze funkcjonowania zawodowego, kluczowa jest odpowiednio wysoka i możliwie trwała motywacja. Dostrzeżenie i docenienie swoich mocnych stron oraz wiedza na temat własnych możliwości sprzyjają podejmowaniu działań ukierunkowanych na osiągnięcie celów, w tym również celów zawodowych.

Ponieważ motywacja zależy od wielu czynników, a jej zmiany lub wahania są nieuniknione, nie sposób oddzielić sfery zawodowej klienta od jego aktualnego samopoczucia i oddziałujących w danym okresie czynników. W przypadku osób uczestniczących w projekcie ważnymi czynnikami było leczenie, udział w grupach terapeutycznych, wolontariacie itd. Zakładano, że czynniki te będą sprzyjały budowaniu oraz wzmacnianiu motywacji klientów do podejmowania aktywności w sferze zawodowej. Podczas każdego spotkania z klientem doradca zawodowy dokonywał oceny jego motywacji i starał się ją podtrzymywać bądź wzmacniać.

Przebieg aktywizacji został schematycznie przedstawiony na rysunku 9.

Rysunek 9. Przebieg aktywizacji zawodowej



Pierwszy etap pracy z klientem polegał na określeniu sytuacji zawodowej, w jakiej w danym momencie się znajdował, z punktu widzenia możliwości podjęcia przez niego pracy i dalszego rozwoju zawodowego. Na pierwszym spotkaniu z doradcą zawodowym wykorzystywana była metoda wywiadu epizodycznego, która pozwala trafnie przeanalizować doświadczenia i sposób funkcjonowania klienta oraz identyfikować istotne trudności. Poprzez pytania otwarte dotyczące sytuacji zawodowej, oczekiwań i ambicji, można lepiej zrozumieć sytuację klienta. Najczęściej już te pierwsze spotkania pozwalały uruchamiać u klientów proces myślenia ukierunkowanego na poszukiwanie pracy. W większości przypadków udało się wówczas wzbudzić bądź wzmocnić motywację klientów, którzy ujawniali gotowość do podjęcia działań. Ważne było, aby wykorzystać moment, w którym chcieli od razu „ruszać” do działań ukierunkowanych na pracę.

Dalszy proces doradczy realizowany był z wykorzystaniem indywidualnego poradnictwa zawodowego oraz warsztatów aktywizujących. W projekcie przyjęto, że klient powinien spotkać się z doradcą zawodowym około dziesięć razy. Praktyka potwierdziła, że ze względu na bardzo intensywny program leczenia, udział w wolontariacie, obowiązkach w Ośrodku oraz spotkaniach z case managerami było to założenie słuszne. Niezależnie bowiem od zakresu pomocy otrzymanej od doradcy zawodowego klient musiał mieć również czas na refleksję i podejmowanie samodzielnych działań. To co robił w sferze poszukiwania pracy musiało być jego własnym dziełem.

Udział w sesji Development Center (DC), który jest związany z silną ekspozycją społeczną, oceną oraz kilkugodzinnym wysiłkiem, był możliwy na dalszym etapie procesu aktywizacji, gdyż na początku uczestnicy nie byli do niego jeszcze gotowi. Udział w DC dostarczał okazji do urealnienia myślenia na swój temat, dostrzeżenia swoich najmocniejszych stron, adekwatnej oceny kompetencji oraz rozważenia możliwości rozwojowych. Przystępujący do sesji DC klienci mieli świadomość, że będą oceniani. Wyraźnie widoczna była mobilizacja w trakcie sesji i chęć pokazania się z jak najlepszej strony. Udział w sesji DC pozwolił klientom doświadczyć, że potrafią sobie poradzić w różnych sytuacjach. Jednocześnie jednodniowa sesja DC nie dostarczyła okazji do zaobserwowania trudności związanych z utrzymaniem zaangażowania i motywacji do realizacji zadania, które często towarzyszą osobom z zaburzeniami osobowości, powodując nierzadko trudności w życiu zawodowym. Krótkotrwała mobilizacja jest dla nich zazwyczaj o wiele łatwiej osiągalna niż

konsekwentne, długoterminowe działanie. Dlatego informacje zwrotne przekazywane uczestnikom biorącym udział w sesji DC musiały być udzielane z dużą ostrożnością.

Projekt potwierdził, że bardzo ważną rolę w aktywizacji zawodowej odgrywa wolontariat i staż.

Wolontariat

„W dzisiejszych czasach, zwłaszcza w dobie kryzysu na rynku pracy, wolontariat może się okazać także świetnym sposobem na zdobycie doświadczeń oraz nabycie nowych umiejętności, przydatnych w każdej pracy, takich jak: komunikacja interpersonalna, rozwiązywanie problemów, planowanie, czy zarządzanie zadaniami”.⁷³ Warto też dodać, że wolontariusze są postrzegani przez pracodawców jako osoby gotowe do podejmowania nowych wyzwań, bezinteresowne, szybko przyswajające wiedzę, obowiązkowe, a jednocześnie kreatywne i wychodzące z inicjatywą. Pracodawcy wysoko cenią każdą aktywność u kandydatów do pracy, jeśli tylko pozwala im ona nabyć nowe umiejętności.

Osoby uczestniczące w projekcie zobowiązane były odbywać wolontariat przez minimum 4 godziny w tygodniu. Rozpoczęły go po pierwszym miesiącu udziału w projekcie. W momencie podjęcia pracy były zwalniane z tego obowiązku. Każda osoba mogła wybrać miejsce wolontariatu zgodnie ze swoimi zainteresowaniami, korzystając z bazy organizacji przyjmujących wolontariuszy. Baza była dostępna dzięki Fundacji Biuro Inicjatyw Społecznych⁷⁴. Uczestnicy projektu rozpoczynali aktywność wolontariacką od udziału w warsztatach prowadzonych przez Fundację Biuro Inicjatyw Społecznych, na których omawiano zadania, obowiązki i korzyści wynikające z wolontariatu. Uczestnicy indywidualnie dobierali dla siebie miejsca wolontariatu. Część uczestników od razu zdecydowała się na udział w wolontariacie na „Farmie Życie” w Więckowicach (powiat Zabierzów), gdzie pomagali Fundacji Wspólnota Nadziei⁷⁵ w działalności na rzecz osób dorosłych z autyzmem. Miejsce to znakomicie się sprawdziło. Rodzinna atmosfera Farmy Życie, piękna lokalizacja, otoczenie przyrody oraz bardzo życzliwy personel spowodowały, że to miejsce wybierane było najczęściej. Nie bez znaczenia był też fakt, że koordy-

⁷³ <http://www.edulider.pl/edukacja/jakie-korzysci-daje-wolontariat>

⁷⁴ <http://wolontariat.org.pl/krakow/regionalne-centrum-wolontariatu-w-krakowie>

⁷⁵ <http://www.farma.org.pl/pl/farma-ycia-mainmenu-30.html>

nator wolontariuszy ze strony Farmy, zapewnił atmosferę pełną akceptacji i otwartości na drugiego człowieka oraz informacje zwrotne, użyteczne zarówno w kontekście leczenia, jak i radzenia sobie w sytuacjach zawodowych.

Podczas udziału uczestników projektu w wolontariacie cały czas miała miejsce ścisła współpraca case managerów z koordynatorem wolontariuszy. Dzięki bieżącej wymianie informacji, case managerowie, członkowie zespołu leczącego oraz doradcy zawodowi otrzymywali bieżące informacje na temat funkcjonowania uczestników podczas wolontariatu. Pozwalało to uchwycić sytuacje, które wymagały interwencji, ale także zidentyfikować takie zachowania uczestników, które często były początkiem budowania poczucia własnej wartości oraz dawały możliwość włączania nowych form aktywizacji zawodowej. Z możliwości udziału w wolontariacie skorzystało 23 z 24 uczestników projektu, którzy dotarli do końca projektu.

W projekcie przyjęto, że wolontariat spełni wobec osób z zaburzeniami osobowości trzy podstawowe funkcje: aktywizującą, „spłaty długu społecznego” i wprowadzenia na rynek pracy.

Funkcja aktywizująca

Warto pamiętać, że zazwyczaj osoby z głębokimi zaburzeniami osobowości są wycofane z życia społecznego, nie odczuwają potrzeby nawiązywania relacji z innymi i nie sprawia im ona przyjemności, dlatego funkcjonują w bardzo wąskim gronie osób, a często nie mają żadnych kontaktów. Z tego powodu ich udział w projekcie aktywizującym zawodowo musiał być zaprojektowany w formie „bezpiecznego treningu aktywizującego społecznie”. Te założenia spełnił wolontariat.

„Spłata długu społecznego”

Z uczestnikami projektu przeprowadzono dyskusje na temat kosztów projektu, bezpłatności wsparcia, które otrzymują oraz możliwości wzajemnego świadczenia pomocy na rzecz innych osób. Była to zasada najtrudniejsza i budząca u uczestników najwięcej wątpliwości.

Funkcja wprowadzenia na rynek pracy

Zakładano, że wolontariat dostarczy uczestnikom niezbędne doświadczenia i wiedzę o własnym funkcjonowaniu w sytuacjach społecznych oraz że w oparciu o te doświadczenia będzie im łatwiej planować i budować

przyszłość zawodową. Tak się też stało. W kilku przypadkach okazało się, że doświadczenia zdobyte podczas wolontariatu były początkiem drogi ku aktywizacji zawodowej oraz zakończyły się podpisaniem umowy o pracę. W pozostałych przypadkach doświadczenia zgromadzone przy tej okazji były analizowane i służyły zwiększaniu samoświadomości oraz trafniejszemu podejmowaniu decyzji przez uczestników w sferze zawodowej.

Doświadczenie projektu pokazało, że wolontariat spełniał też funkcję terapeutyczną. Pomagał w uczeniu się samodzielności, braniu odpowiedzialności za podejmowaną aktywność oraz rozumieniu konsekwencji podejmowanych działań. Był też niejednokrotnie szansą na uruchomienie własnego potencjału i spontaniczności. Dla części uczestników wolontariat był pierwszą w życiu próbą robienia czegoś nowego, pierwszym wyjściem z domu do nowego miejsca, w którym spotykali nieznane im osoby. Pozwolił im również na sprawdzenie się w pracy grupowej, na zdobycie nowych kompetencji społecznych i komunikacyjnych oraz podniesienie poczucia własnej wartości i samooceny. Przebieg wolontariatu zależał w dużej mierze od indywidualnych możliwości klientów. W początkowej fazie wolontariat budził u części uczestników sporo wątpliwości i zastrzeżeń, czasami nawet opór, niechęć oraz złość. Wszystkie te negatywne odczucia były przedmiotem rozmów podczas indywidualnych spotkań z case managerami.

Wraz z upływem czasu podejście do wolontariatu zmieniało się, uczestnicy zaczęli odczuwać satysfakcję z podejmowanych prac, chętniej jeździli do miejsc odbywania wolontariatu. Pojawiły się odczucia związane z możliwością posiadania na coś wpływu, sensu własnych działań, nawet jeśli były to działania bardzo proste, takie jak malowanie ławki, czy przyszywanie guzików. Ponadto wielu klientów angażowało się w wolontariat nawet wtedy, gdy pracowali już zawodowo i formalnie byli zwolnieni z tego obowiązku.

Korzyści z udziału w wolontariacie w opinii klientów:

- przyjemność z robienia czegoś, bycia potrzebnym;
- podejmowanie prób zmiany systemu własnych wartości, przełamanie się, przekonanie się, że wolontariat ma sens i nie jest wykorzystywaniem ani przykrym obowiązkiem;
- przekonanie się, że zaangażowanie w pomoc nie musi być wyczerpujące emocjonalnie;
- przekonanie się, że nawet najmniejsza, najprostsza praca może być pożyteczna i wartościowa;

- podwyższenie samooceny i poczucie pewności siebie;
- zrozumienie, że nie wszystko należy robić perfekcyjnie, bo nie zawsze o to chodzi;
- uświadomienie sobie, że wolontariat nie jest niepotrzebną stratą czasu,
- uświadomienie sobie, że po tym doświadczeniu łatwiej jest znosić stres związany ze zmianą otoczenia, obecnością ludzi i koniecznością uczenia się nowych rzeczy;
- chętniejsze podejmowanie inicjatywy wraz ze zwiększeniem poczucia pewności siebie w czasie wolontariatu;
- obniżenie lęku przed samodzielnością związaną ze sprawowaną funkcją;
- przełamanie lęków i barier;
- odzyskanie poczucia, że coś można i potrafi się zrobić, że jest się gdzieś chcianym;
- nabranie dystansu do siebie;
- przekonanie się, że życie jest nieprzewidywalne i nawet w „normalnym” życiu są problemy;
- uświadomienie sobie, że można zrobić coś systematycznie;
- uświadomienie sobie, że można sobie poradzić;
- doświadczenie, że można wytrzymać w pracy 6–8 godzin.

Najtrudniejsze w wolontariacie było dla klientów:

- zmierzenie się z poczuciem, jak trudno jest dawać coś z siebie;
- niewspółmierny opór na początku związany z podjęciem wolontariatu;
- przyjęcie pochwały za rzetelną pracę oraz uwierzenie, że jest ona adekwatna do włożonego wysiłku i że nie jest tylko „słodzeniem”;
- przetrzymanie własnych odczuć sabotujących własny rozwój;
- podjęcie się czynności, których się nigdy wcześniej nie wykonywało (w tym przypadku szycia), co pozwoliło zrozumieć jak łatwo można wpaść w histerię ze strachu przed nieznanym albo z niechęci do czegoś nowego;
- przestawienie rytmu pracy i wykonywanych działań na ciągły i powtarzalny;
- wyjście do ludzi „ze sobą”;
- doświadczenie przywiązania, możliwości bycia poznanym przez innych oraz bycia swobodnym;
- systematyczność;

- opanowanie swoich tendencji do ucieczki, pokonanie lęku i strachu przed ludźmi.

Staż

Uczestnicy projektu mogli korzystać z 3-miesięcznych płatnych staży zawodowych. Staże były realizowane zgodnie z indywidualną ścieżką aktywizacji danej osoby. Ich indywidualny charakter wyrażał się zarówno w doborze stanowiska, jak i momentu rozpoczęcia stażu. Skorzystało z nich 8 osób (33%). W projekcie przewidziane były środki finansowe na wynagrodzenia w czasie stażu. Bez konieczności przejścia stażu zawodowego poradziło sobie na otwartym rynku pracy 17 osób, co daje 56% wszystkich osób biorących udział w projekcie.

Jedna z osób, która zgodnie z rekomendacją doradcy zawodowego i case managera uczyła się zawodu fryzjera, wnioskuje o przedłużenie stażu o kolejne trzy miesiące, na co otrzymała zgodę. Druga osoba otrzymała zgodę na przedłużenie stażu do czterech miesięcy.

W przypadku trzech osób staż był wstępem do zatrudnienia w tym samym miejscu, gdyż po jego zakończeniu pracodawcy zaproponowali im umowy o pracę. W dwóch przypadkach zaczęło się od wolontariatu, który przerodził się w staż, a później w umowę o pracę. W pozostałych przypadkach staż był znaczącym impulsem i doświadczeniem, które zaowocowało aktywnym poszukiwaniem pracy oraz w kilku przypadkach podjęciem zatrudnienia.

Uczestnicy sami musieli znaleźć miejsce stażu dla siebie, ale mogli korzystać cały czas ze wsparcia case managera i doradcy zawodowego. Do ich obowiązków należało znalezienie miejsca odbywania stażu oraz wszystkie uzgodnienia z pracodawcą, w tym ustalenie zasad i zakresu stażu. Początkowo budziło to ich zdziwienie, a nawet opór; jednak założenie, że nie należy wyręczać uczestników w poszukiwaniu stażu okazało się bardzo istotne, gdyż umożliwiło im zrozumienie, że ich aktywizacja zawodowa jest zależna od nich i że to oni sami są odpowiedzialni za siebie oraz za swoją przyszłość. Uczestnicy często podejmowali próby pokazania się jako osoby niezdolne do podjęcia decyzji, „zbyt chore” do wzięcia na siebie odpowiedzialności za znalezienie stażu dla siebie. Zgłaszali oczekiwania, aby staż „załatwił” im doradca zawodowy lub case manager. Jednak już po pierwszych doświadczeniach osób, które rozpoczęły staż najwcześniej, okazało się, jak ważne jest to, że do

nich właśnie należy moc sprawcza, że czują się samodzielni i autonomiczni oraz zaczynają być odpowiedzialni za siebie. Jedna z uczestniczek podsumowała to następująco:

Wydawało mi się, że nie nadaję się do żadnej poważnej pracy, że nadaję się tylko do mopa, no bo przecież „chora jestem” a teraz, proszę, pracuję. Pierwszy był wolontariat – pierwsze wyjście do ludzi, do pracy, ale byłam „pod opieką” bo był to wolontariat na Farmie. Potem sama znalazłam sobie wolontariat bliższy planom zawodowym – i tu byłam już sama, ja i nowi ludzie, bez opieki, sama sobie wszystko zorganizowałam. Ale i tak myślałam, że do niczego się nie nadaję. Zaczęły się spotkania z doradcą, potem z wolontariatu wyszedł staż, po 2 miesiącach stażu zaproponowano mi jego skrócenie i umowę o pracę! Projekt to moment przełomu, gdyż wcześniej przez 5 lat nie pracowałam. Ale początkowo udział w stażu to był dla mnie zawód, bo myślałam, że Peron 7F da mi pracę, a tu musiałam to zrobić sama. Początki były trudne ale miałam dużo wsparcia terapeutycznego. Wszystko to zakończyło 5,5-letnią przerwę w pracy.

Opinie klientów, którzy uczestniczyli w stażu:

- staż zawodowy, chociaż nie zaowocował podjęciem jeszcze pracy, pozwolił mi się sporo nauczyć i spowodował, że polubiłem aktywność zawodową. Jestem przekonany, że teraz będę aktywnie poszukiwał pracy lub rozważał własną działalność, gdyż nie chcę wracać do bezproduktywnego życia;
- momentem przełomowym, ale też najtrudniejszym był staż, który umożliwił przełamanie lęku, docenienie siebie, że ktoś może chcieć mnie zatrudnić, a z drugiej strony zmobilizował do działania i trwania mimo trudności;
- najbardziej jestem zadowolona z tego, że udało mi się znaleźć i podjąć pracę. Z tamtej perspektywy to było bardzo trudne, dziś patrzę na to trochę inaczej.

7. Zakończenie procesu aktywizacji zawodowej

W dniu zakończenia projektu spośród 24 jego uczestników, którzy dotrwali do końca, 16 osób miało zatrudnienie: 7 osób pracowało na umowach o pracę, 8 realizowało prace zleczone, a jedna osoba prowadziła własną działalność gospodarczą. Z możliwości 3-miesięcznego płatnego stażu zawodowego

skorzystało 8 osób. Ostatecznie, projekt osiągnął wskaźnik zatrudnieniowy na poziomie 66%. Uczestnicy projektu nie zawsze podejmowali pracę, która dawała im satysfakcję. Byli jednak zachęceni do podejmowania zatrudnienia również na stanowiskach, które nie były dla nich docelowe, aby jak najszybciej zacząć gromadzić doświadczenia zawodowe. Płynące z tych doświadczeń wnioski były następnie wykorzystywane w dalszej pracy z doradcą zawodowym. Te doświadczenia pomagały poznać własne atuty zawodowe, doświadczyć poczucia sukcesu związanego z poradzeniem sobie z obowiązkami i skonfrontowania się z trudnościami. Trzeba pamiętać, że w grupie osób z zaburzeniami osobowości brak jakichkolwiek doświadczeń zawodowych jest bardzo częsty.

Podjęcie przez uczestników pracy nie było równoznaczne z zakończeniem aktywizacji zawodowej. O zakończeniu tego procesu można myśleć realnie wówczas, gdy klient przez dłuższy czas radzi sobie w sferze zawodowej, a jednocześnie zgłasza gotowość do zakończenia współpracy z doradcą zawodowym. Nieraz dzieje się to bez deklaracji wygłoszonej wprost. Spotkania z case managerem czy doradcą zawodowym potrzebne są wtedy coraz rzadziej, a doświadczenia, o których opowiada uczestnik, świadczą o jego gotowości do samodzielnego radzenia sobie. Dla doradcy zawodowego takiej gotowości powinien dowodzić fakt posiadania przez uczestnika realnej wizji dotyczącej funkcjonowania w sferze zawodowej, co może mieć formę jednego lub dwóch rzeczywście możliwych do zrealizowania scenariuszy działania.

Proces aktywizacji zawodowej trzeba rozumieć jako proces rozwoju. Dlatego żaden moment czy sytuacja nie powinny ostatecznie go zamykać. Należy przyjąć, że jest to decyzja uznaniowa i najlepiej, jeśli zostanie podjęta wspólnie przez uczestnika i doradcę zawodowego.

VI. Refleksje związane z modelem aktywizacji

1. Co mogli odkryć uczestnicy

Najważniejsze i najbardziej potrzebne odkrycia osób uczestniczących w aktywizacji zawodowej dotyczą ich potencjału, możliwości i kompetencji. Często już po pierwszym spotkaniu zaczynają widzieć siebie w całkiem nowy sposób. Uświadamiają sobie, że dysponują umiejętnościami oraz doświadczeniami, z których wcześniej nie zdawali sobie sprawy. Zaczynają zauważać możliwości, których wcześniej nie byli w stanie dostrzec. Odkrywają również, że poszukiwanie pracy nie ogranicza się do wysyłania CV i oczekiwania na odpowiedź. Przekonują się, że można świadomie planować sferę zawodową oraz tworzyć scenariusze poszukiwania pracy. Przy bliższym poznaniu sama praca również może okazać się mniej „groźna” niż wydawało się z perspektywy braku doświadczeń. Poznają też miejsca i specjalistów, do których mogą zwrócić się po pomoc. Wszystkie te działania składają się na wzrost poczucia możliwości wpływania na swoje życie.

2. Trudności doradców zawodowych

Po rozpoczęciu pracy w projekcie doradcy zawodowi szybko doszli do przekonania, że problemy osób, z którymi podjęli pracę, są im doskonale znane. Napotykając w swojej praktyce klientów posiadających objawy charakterystyczne dla osób z zaburzeniami osobowości, nie identyfikowali ich w ten sposób, ale włączali do szerszej kategorii „trudnych klientów”. Dla doradców zawodowych bardzo ważne okazały się szkolenia oraz pozyskanie wiedzy na temat funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości. Duże znaczenie miało też zrozumienie, że możliwości ich wpływu na efekty jakie uzyskają uczestnicy projektu są ograniczone, a co za tym idzie, nieuzasadnione jest branie na siebie odpowiedzialności za ich niedostateczne postępy w poszukiwaniu rozwiązań w sferze zawodowej. Kluczowa okazała się uzyskana wiedza o tym, że podstawę rozwiązania problemów klientów z zaburzeniami osobowości stanowi odpowiednie leczenie. Wcześniej klienci doradców zawodowych, posiadający objawy charakterystyczne dla zaburzeń osobowości, nie

osiągali pożądaných, zwłaszcza długotrwałych efektów ze względu na trudności jakie generują ich zaburzenia. Pozytywne efekty w pracy z uczestnikami projektu doradcy zawodowi zaczęli uzyskiwać dopiero wówczas, gdy zadziałała odpowiednio prowadzona terapia. Innymi słowy, dzięki działaniom o charakterze interdyscyplinarnym doradca mógł realizować swoje zadania, wiedząc jakie inne działania były potrzebne i możliwe do zastosowania. Zatem pomoc oferowana przez różnych specjalistów służyła uzyskiwaniu zamierzonych rezultatów.

Doradcy zawodowi dosyć często zgłaszali problem dotyczący egzekwowania zobowiązań podjętych przez klientów. Jeden z doradców zaobserwował, że im bardziej zadaniowo i konkretnie podchodził do pracy z klientem, tym większy był jego opór oraz problem z podjęciem konstruktywnych działań.

Kolejną kategorią zgłaszanych trudności były emocje wzbudzone przez klientów u doradców zawodowych. Jeden z biorących udział w projekcie doradców podsumował to następująco:

...ku mojemu zaskoczeniu pojawił się gniew, złość, smutek i strach, a tego zupełnie się nie spodziewałam. Czymś co bardzo mi pomogło zrozumieć te wszystkie emocje i poradzić sobie z nimi były spotkania zespołu aktywizacji zawodowej, które odbywały się regularnie i pozwalały omawiać na bieżąco to, co dla nas było trudne i z czym nie potrafiliśmy sobie poradzić sami.

Inny doradca mówił o doświadczeniu wyczerpującej emocjonalnie relacji, dla opisanego której używał określenia „wampir energetyczny”. Wielką wartością dla doradców zawodowych stanowiła możliwość omówienia doświadczanych emocji z innymi doradcami, zdystansowania się do nich, zrozumienia oraz zobaczenia ich w innym kontekście.

Kolejną trudnością było fałszywe poczucie kompetencji u klienta. Pierwsze postępy klienta mogą być przez niego przeceniane oraz prowadzić do złudnego przekonania o możliwości samodzielnego uporania się z problemami. Doświadczony doradca zawodowy łatwo identyfikuje taką sytuację, ale nie może zatrzymać klienta wbrew jego woli i chęci dalszej współpracy. Często najlepszym rozwiązaniem było pozostawienie uczestnikowi otwartej możliwości kontynuowania pracy w ramach aktywizacji zawodowej oraz umówienie się na weryfikację jego możliwości zawodowych, gdy będzie tego potrzebował. Istnieje też inna opcja – założenia z góry, w podpisywanym

z klientem kontrakcie, że przerwanie współpracy zamyka proces doradczy. Wtedy jedyną opcją przetestowania aktualnej zdolności radzenia sobie przez klienta będzie uzgodnienie zawieszenia wspólnej pracy na określony czas. Bez takich uzgodnień nie powinno być możliwości powrotu do doradcy, ponieważ oznaczałoby to brak konsekwencji i przestrzegania reguł, które w tym modelu mają ogromne znaczenie. Pojawia się tu kolejne utrudnienie związane z realiami wielu instytucji wspierających osoby bezrobotne. Doradca zawodowy, co do zasady, nie może odmówić pomocy. Zmiana lub mniej rygorystyczne przestrzeganie tej zasady miałyby prawdopodobnie korzystny wpływ na pracę z osobami wykazującymi zaburzenia osobowości.

Brak wiedzy o zdiagnozowanych u klienta zaburzeniach osobowości nie tylko utrudnia pracę doradcy zawodowego, ale też wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia u niego poczucia bezradności oraz frustracji. Mimo posiadania odpowiednich kompetencji zawodowych oraz zaangażowania doradca zawodowy często nie jest w stanie doprowadzić klienta z objawami zaburzenia osobowości do zatrudnienia oraz utrzymania się w pracy. Bez leczenia są znikome szanse, że trudności ustąpią. Dlatego konieczne jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne doradców zawodowych przed podjęciem pracy zgodnej z modelem.

Również w sytuacji, gdy znana jest diagnoza klienta i gdy równolegle prowadzone jest leczenie, doradca zawodowy musi zachować ostrożność, gdyż w trakcie pracy z klientem może pojawić się niebezpieczeństwo, że doradca poruszy wrażliwe tematy, które są również podejmowane w ramach terapii. Wiedza o tym, że klient ma poważne trudności i przechodzi długi proces leczenia, przy braku bardziej precyzyjnych informacji dotyczących jego aktualnego stanu, może czasami uruchamiać przesadną ostrożność doradcy oraz ograniczać zakres jego działań z klientem.

Tajemnica zawodowa nie pozwala terapeutom oraz lekarzom przekazywać doradcom zawodowym informacji o rozpoznaniu i leczeniu pacjentów. W modelu testowanym w projekcie informacje te nie były jednak bezwzględnie potrzebne, zakładano bowiem, że informacje potrzebne doradcom zawodowym będą im przekazywane przez case managera, który bazuje na własnej wiedzy o kliencie, a jeśli zachodzi konieczność może uzyskać ważne informacje dotyczące jego aktualnego stanu od zespołu leczącego. Jest więc w stanie przekazać „operacyjne” informacje na temat klienta, np. na co należy uważać, z czym warto się wstrzymać, jakie wskazówki mogą być użyteczne i na jakie

zachowania należy zwracać szczególną uwagę. Zwłaszcza początkującym doradcom zawodowym, którzy mają pracować zgodnie z omawianym modelem, warto przekazywać informacje, jakie działania mogłyby być ryzykowne, aby zapobiec ewentualnym trudnościom w relacjach z klientem. Doradcy zawodowi mają prawo oczekiwać, że otrzymają wszystkie potrzebne informacje (oczywiście w dopuszczalnych prawem granicach), przekazane w profesjonalny sposób. Do nich należy decyzja, czy zaufają osobie informującej ich o problemach klienta i poprzestaną na bardziej ogólnych zapewnieniach typu „nie ma podstaw do obaw”, bądź „terapeuci poradzą sobie z problemami pacjenta”, czy będą potrzebowali odpowiedzi na dodatkowe pytania.

Na wczesnych etapach projektu doradcy zawodowi często zgłaszali oczekiwania dotyczące szczegółów związanych z rozpoznaniem lekarskim, jednak te informacje nie mogły być im przekazywane, w związku z obowiązującymi przepisami dotyczącymi tajemnicy lekarskiej. Mieli natomiast możliwość uzyskania wskazówek od case managera, które pomagały im w pracy z uczestnikami projektu.

3. Przejście do normalnego życia.

Czego powinien nauczyć się uczestnik?

W toku długotrwałej terapii pacjenci uczą się analizować i komunikować w inny sposób niż ma to miejsce w „normalnym życiu”. Szczególnie było to widoczne podczas sesji Development Center, gdy uczestnicy, będąc w swoim gronie, komunikowali się inaczej niż podczas analogicznych sesji dla innych grup. Uczestnicy komentowali nawzajem swoje zachowania oraz dawali sobie informacje zwrotne na temat ujawnianych emocji. Działo się tak, gdyż w wyniku wielomiesięcznej terapii pacjenci z zaburzeniami osobowości nabierają nawyków komunikacyjnych, z których często nie zdają sobie sprawy. Terapeuci zwracają im na to uwagę, gdyż zbyt osobiste wypowiedzi np. w środowisku pracy, mogą uchodzić za dziwaczne oraz utrudniać adaptację nowej osoby w zespole pracowników. Praktyczne ćwiczenie pożądanых zachowań, szczególnie takich jakie są adekwatne do sytuacji zawodowej, daje o wiele większą szansę nauczenia się użytecznych sposobów działania. Późniejsze spotkania z doradcą zawodowym dają ku temu bardzo dobrą okazję.

Osoby z zaburzeniami osobowości zazwyczaj są niedojrzałe, a proces leczenia służy m.in. uzyskaniu przez nie większej dojrzałości. Nie ma możliwości, aby bez spełnienia tego warunku pacjent samodzielnie poradził sobie w sferze zawodowej. W pracy z doradcą zawodowym, która zmierza do tego by klient samodzielnie poradził sobie na rynku pracy, zasadne jest założenie, że nawet w obliczu dużych trudności z wywiązywaniem się z zadań i zobowiązań, klient powinien być traktowany przez doradcę jak osoba dorosła. Rezygnacja z tego założenia spowoduje, że trudno byłoby przygotowywać poważne plany zawodowe i rozważać stałe zatrudnienie. Jeśli klient ma funkcjonować jak osoba dorosła, powinien uczyć się wynikającej z tego odpowiedzialności. Doradca zawodowy świadomy trudności, jakie ma klient musi konsekwentnie stwarzać sytuacje wymagające dorosłych zachowań oraz nie zrażać się, gdy klient nie od razu zachowuje się odpowiedzialnie. Takie działania dają szansę na doprowadzenie do zamierzonego efektu, choć nie należy nastawiać się na szybkie rezultaty. W kontekście uczenia się samodzielności i odpowiedzialności należy dodać, że w odniesieniu do własnych kompetencji, klient powinien być również zdolny do samodzielnej oceny. W optymalnej sytuacji klient powinien zdobyć obiektywną wiedzę o posiadanych oraz wymaganych kompetencjach w kontekście przyszłej pracy oraz funkcjonowania na rynku pracy i w oparciu o tę wiedzę podejmować stosowne decyzje zawodowe. Informacje pozyskiwane od doradcy zawodowego mogą mieć charakter wspomagający, ale doradca nie może klientowi niczego narzucać, nie może mówić mu, co ma zrobić.

Trudnym dylematem dla części klientów była decyzja o ujawnianiu bądź nie ujawnianiu swojego udziału w projekcie, a co za tym idzie, czy należy informować np. potencjalnego pracodawcę o swoich zaburzeniach. Pytania takie pojawiały się m.in. w sytuacji poszukiwania płatnego stażu, gdyż informacja o problemach zdrowotnych stażysty może utrudnić przebieg stażu i może zmniejszyć jego szansę na zatrudnienie po zakończeniu stażu. Podobnie jest w sytuacji ubiegania się o pracę. Niektóre okresy braku zatrudnienia łatwo można wyjaśnić informacją o hospitalizacji lub o trudnym okresie związanym z dynamiką zaburzeń, wiąże się to jednak z koniecznością poinformowania pracodawcy na ten temat. Nie wchodząc w bardziej szczegółowe rozważania, generalnie bezpieczniej jest przyjąć założenie, że problemy zdrowotne każdego człowieka są jego osobistą sprawą i nie ma obowiązku informowania przyszłego pracodawcy o tych problemach. Jednak każdy klient

powinien być przygotowany do odpowiedzi na pytania o przerwy w zatrudnieniu lub brak wcześniejszego zatrudnienia, w sposób dający szansę pokazania się jako potencjalnie dobry pracownik oraz osoba wiarygodna, ale bez podawania nieprawdziwych informacji na swój temat. Jest to przede wszystkim kwestia asertywnej, ale także otwartej na współpracę i dobrą komunikację postawy. Opisany tu problem nie dotyczy wyłącznie osób biorących udział w projekcie. Taki problem powstanie zawsze, gdy trudności klienta będą związane z zaburzeniami osobowości. Przygotowanie się klienta do informowania bądź nie informowania pracodawcy na ten temat, będzie miało duże znaczenie.

4. Praca z osobami z zaburzeniami osobowości bez wdrożenia modelu

Doradca zawodowy, który posiada wiedzę, że do efektywnego przygotowania klienta z zaburzeniami osobowości do podjęcia pracy, potrzebne jest połączenie leczenia z aktywizacją, może pomóc klientowi znaleźć potrzebną pomoc. Osoba korzystająca z pomocy doradcy zawodowego może podjąć leczenie dzięki uzyskanym od niego wskazówkom. Wprawdzie doradca zawodowy nie może wpływać na to, czy jego klient podejmie leczenie i od tego faktu nie może uzależniać udzielenia mu pomocy, powinien jednak przedstawić klientowi korzyści, jakie może odnieść gdy podejmie leczenie. Klienci mówiąc o swoich trudnościach mogą być zainteresowani znalezieniem rozwiązań wykraczających poza działania doradcy zawodowego. Dobrym pomysłem może być również przygotowanie oraz udostępnienie klientom ulotek, materiałów dotyczących zaburzeń osobowości oraz możliwości ich leczenia. Zainteresowane osoby miałyby wówczas szansę rozważyć takie możliwości.

Jeszcze w czasie trwania projektu, dzięki doświadczeniom zgromadzonym podczas jego realizacji, inni pacjenci OLZOiN byli kierowani przez personel Oddziału do doradców zawodowych, czyli podjęto próbę łączenia obydwu elementów: leczenia i aktywizacji zawodowej wobec osób, które nie brały udziału w projekcie. Tym samym wiedza uzyskana przez personel medyczny Oddziału, dzięki udziałowi w projekcie, przełożyła się na bardziej efektywne działania wobec osób spoza projektu. Szczególnie pielęgniarki psychospołeczne, spośród których rekrutowali się case managerowie, informowały swo-

ich podopiecznych z Oddziału o możliwości uzyskania potrzebnej pomocy od doradców zawodowych.

Nie będący uczestnikami projektu klienci z zaburzeniami osobowości, którzy trafiali do doradców zawodowych mieli wątpliwości czy informować doradcę na temat swoich problemów. Dla doświadczonego doradcy zawodowego, który zna specyfikę takich zaburzeń, jest to ważna informacja, która może pomóc w pracy z klientem. W przypadku niedoświadczonego doradcy istnieje jednak pewne niebezpieczeństwo, że nie będzie on umiał zrobić dobrego użytku z takiej wiedzy, a informację o zaburzeniach zinterpretuje jako niemożność skutecznej pracy z klientem. Należy wspomnieć w tym miejscu o takich wątpliwościach, gdyż obowiązkiem doradcy jest dbałość o szczerą i otwartą komunikację z klientem oraz najlepsze wykorzystanie uzyskanych od niego informacji. Wiedza o dylematach potencjalnych klientów może stanowić ważną wskazówkę.

Pracujący w projekcie doradcy zawodowi podnieśli swoje kompetencje i nabyli doświadczenia w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości. Mówili o tym, że ważna i użyteczna była dla nich możliwość konsultowania się z case managerami oraz omawiania trudnych sytuacji podczas spotkań zespołu aktywizacji zawodowej. Takie działania, oprócz użyteczności w kontekście skutecznego wypełniania zadań, pomagają też przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu, które w tej grupie zawodowej stanowi wysokie ryzyko. Szczególnie klienci z zaburzeniami osobowości, którzy słabo poddają się działaniom aktywizacyjnym, mogą być źródłem licznych frustracji i sprzyjać wypaleniu zawodowemu. Uczenie się specyfiki pracy z tą grupą klientów oraz pozytywne efekty obserwowane w przypadku osób, które równocześnie zdecydowały się na leczenie, pomaga ograniczyć ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego w tej grupie specjalistów.

Załącznik 1

Wybrane aspekty związane z pracą case managerów

Jak wspomniano na początku niniejszego opracowania, prezentowany tu model aktywizacji stanowi odpowiedź na potrzeby osób z zaburzeniami osobowości oraz stara się pomóc w rozwiązaniu ich najważniejszych trudności, ale nie stanowi jedynej wersji tej metody pracy. Wraz ze wzrostem świadomości pracujących zgodnie z nim specjalistów i ich gotowości do wspólnego działania, model może i powinien być rozwijany. Warto przypomnieć, że kluczowym postulatem modelu jest indywidualne podejście do każdego uczestnika, co oznacza, że problemy każdej osoby powinny być analizowane w kontekście jej osobistych uwarunkowań i doświadczenia, a także stosowane wobec klienta metody i podejścia powinny być dobierane indywidualnie.

W końcowej fazie projektu case managerowie zostali zaproszeni do dyskusji podsumowującej ich doświadczenia w projekcie. Poniżej znajdują się najważniejsze uwagi i obserwacje case managerów.

1. Współpraca z uczestnikami:

- warto weryfikować to co uczestnik mówi z tym co robi; nie można poprzestać jedynie na deklaracjach, zwłaszcza tych bez pokrycia;
- uczestnik szybciej i łatwiej omawiał „sferę działania” z case managerem niż z pielęgniarką; personel medyczny był często postrzegany przez uczestników jako „ten od emocji”, a case managerowie jako personel „od działania”;
- uczestnicy często mieli problem z proszeniem o pomoc; przyznanie, że potrzebują pomocy już samo w sobie było rozwojowe, jednak pojawiła się wtedy konieczność ustalenia jakichś granic związanych z dostępnością personelu, np. godzin, w których można się zwracać z takimi prośbami;
- relacja uczestnika z case managerem ewoluowała z czasem; zmieniały się proporcje dotyczące zagadnień poruszanych podczas spotkań, na początku była to głównie okazja dla uczestników do wyrzucenia z siebie mnóstwa emocji, z czasem coraz większa część spotkania poświęcona była aktywizacji zawodowej, pod koniec – prawie całe spotkania dotyczyły tej sprawy;

- łatwiej było budować relację z tymi uczestnikami projektu, którzy wcześniej nie uczestniczyli w leczeniu na oddziale OLZOiN, gdyż uczestnicy, którzy wcześniej leczyli się na oddziale potrzebowali więcej czasu aby przystosować się do zmienionej sytuacji, w której niektóre pielęgniarki pełniły nową rolę case managerów;
- po zakończeniu projektu dało się zauważyć, że ci uczestnicy, którzy starali się dostosować do jego wymogów, tj. korzystali ze spotkań, dbali o własną dyscyplinę i starali się nie rozpraszać zrealizowali swoje cele, rozwinęli się oraz znaleźli pracę; natomiast uczestnicy, którzy cały czas unikali zobowiązań i podjęcia działań, koncentrowali się na trudnościach, w sferze zawodowej nadal pozostali w takim punkcie, jak na początku projektu;
- czasami, gdy coś było zbyt trudne dla uczestnika lub gdy pojawił się kryzys, potrzebne było danie mu możliwości zatrzymania się, wtedy warto było zawiesić większość działań i skupić się tylko na najważniejszych;
- w praktyce bardzo ważne okazało się określanie priorytetów, gdyż osoby z zaburzeniami osobowości mają z tym często trudności;
- trzeba umieć pozostawić uczestnikowi wybór, ale należy też umieć „postawić uczestnika pod murem”, żeby uruchomić jego działania, gdyż często z nimi zwleka niemal bez końca;
- aby wypełniać swoją rolę case manager nie musi się znać na aktywizacji zawodowej, jednak pomocne było rozszerzenie jego wiedzy w tym zakresie, aby skuteczniej współpracował z doradcą zawodowym;
- w praktyce okazało się, jak ważna jest wewnętrzna motywacja danej osoby do podjęcia leczenia i udziału w projekcie; deklaratywna motywacja do zmiany nie wystarcza aby skorzystać z takiego programu;
- projekt miał swoje ograniczenia (współfinansowanie ze środków unijnych i narzucone wskaźniki); jednak celem pracy z uczestnikiem powinien być jego indywidualny efekt, który nie będzie zakłócany perspektywą osiągnięcia wskaźników;
- należy pamiętać o wygaszaniu procesu relacji z uczestnikami; w miarę zbliżania się do końca udziału w projekcie, kontakt ten powinien być „rozrzedzany”; dzięki temu uczestnik stopniowo przechodzi od sytuacji, w której otrzymuje szeroko zakrojone wsparcie do samodzielnego radzenia sobie i przyzwyczajają się do samodzielnego funkcjonowania;
- warto pamiętać, aby oczekiwania i plan działania formułować indywidualnie dla każdej osoby, biorąc pod uwagę jej możliwości, багаż doświadczeń oraz zobowiązania;

- użyteczne jest wzięcie pod uwagę otoczenia i czynników systemowych mających wpływ na uczestnika, co umożliwi rozpatrywanie jego potrzeb i możliwości z uwzględnieniem warunków, w których żyje oraz możliwości uzyskania wsparcia lub jego braku w środowisku domowym.

2. Współpraca z doradcami zawodowymi:

- komunikacja między case managerami a doradcami zawodowymi była bardzo przydatna dla obu stron; pojawiły się opinie, że dobrze byłoby zaplanować więcej czasu na wzajemny kontakt, dlatego rekomendowany jest także kontakt telefoniczny i osobisty;
- notatki po spotkaniu uczestnika z case managerem i z doradcą zawodowym spełniły swoją rolę; nawet krótka informacja pisemna na temat postępów i trudności uczestnika, jego planów i zamierzeń oraz najważniejszych wątków poruszonych podczas spotkania, była użyteczna zarówno dla case managerów jak i doradców zawodowych;
- stała wymiana informacji o tym co dzieje się z uczestnikiem pozwalała na szybkie i właściwe reagowanie;
- bardzo ważna była interdyscyplinarna współpraca różnych instytucji np. aby pomóc jednemu uczestnikowi na wspólnym spotkaniu zebrano wszystkich specjalistów (doradcę zawodowego, case managera, psychiatrę oraz pracownika MOPS'u) i ustalono wspólny plan działań, dzięki któremu każdy znał swoją rolę oraz rozumiał zadania innych specjalistów.

3. Wnioski w obszarze służby zdrowia:

- doświadczenia z udziału w projekcie zmieniły też sposób myślenia personelu na oddziale stacjonarnym; dzięki temu pacjenci już w trakcie leczenia rozmawiają o przyszłości, która nastąpi po opuszczeniu oddziału, także o perspektywach zawodowych oraz są kierowani do doradców zawodowych;
- te same osoby w roli case managera były lepszymi opiekunami, niż w roli pielęgniarki psychospołecznej, gdyż od razu pracują na faktach i strukturalizują sytuację uczestnika, podczas gdy w roli pielęgniarki psychospołecznej koncentrują się na uczuciach, emocjach oraz rozumieniu motywów pacjentów;
- case manager może być wyłącznie specjalistą od prowadzenia osoby, z którą pracuje i nie musi zajmować się wszystkim; dla case managera użyteczna jest wiedza m.in. na temat tego do jakiej instytucji może skier-

rować uczestnika, jakie są zasady i korzyści z zarejestrowania się jako bezrobotny itd.;

- w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości potrzebna jest superwizja i wydzielony czas na pracę zespołu oraz wsparcie, którego pielęgniarki psychospołeczne na oddziale otrzymywały więcej niż gdy pełniły rolę case managera w projekcie;
- oddział stacjonarny, w którym leczenie trwa prawie pół roku, stwarza warunki izolacji, co oznacza, że pacjenci są odcięci od realnego świata i jego problemów; natomiast prowadzenie pacjenta poza oddziałem, i z dostępem do realnego życia, stwarza inne warunki oraz inne możliwości; choć niejednokrotnie jest dla pacjenta dużo trudniejsze;
- warto wprowadzić rozwiązanie, w ramach którego pacjent po zakończeniu leczenia jest objęty wsparciem case managera, który na stałe współpracuje z doradcą zawodowym;
- warto rozważyć stworzenie zawodu case managera, ponieważ ta funkcja sprawdza się w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości; dla osób chcących go wykonywać należałoby stworzyć odpowiednie szkoły oraz szkolenia.

4. Wnioski w obszarze aktywizacji zawodowej:

- wolontariat powinien zostać indywidualnie dobrany do uczestnika i case manager powinien mieć możliwość kontrolowania jego przebiegu oraz uzyskania informacji o postępach uczestnika;
- wolontariat uruchomił wielu uczestników do działania oraz dał im nową perspektywę: „coś daję, bo coś dostaję”;
- staże pozwoliły uczestnikom na uczenie się roli pracownika oraz poznanie siebie w warunkach pracy, na ponoszenie konsekwencji niewywiązania się z obowiązków, pomogły też w poznaniu wymagań pracodawców; można powiedzieć, że praktykowanie pracy pomaga dorośleć;
- bardzo pomocne okazały się być zwykłe życiowe doświadczenia: zakupy, codzienne obowiązki w Ośrodku, które były początkiem wdrażania się w aktywizację zawodową;
- dla uczestników użyteczne były szkolenia z autoprezentacji i rozmowy kwalifikacyjnej, a także z zarządzania czasem; pozyskiwanie informacji o organizowaniu takich szkoleń może pozwolić na kierowanie na nie aktualnych pacjentów oddziału.

Wybrane aspekty związane z pracą doradcy zawodowego

1. Identyfikacja zasobów

Kluczową formą pracy doradcy zawodowego z uczestnikami projektu było poradnictwo zawodowe ukierunkowane na zasoby klienta. Identyfikacja zasobów klienta opierała się na analizie różnych obszarów jego dotychczasowej aktywności oraz zainteresowań i preferencji zawodowych, uzdolnień, umiejętności, cech osobowych, systemu wartości, wiedzy i kwalifikacji, postaw i motywacji, aspiracji oraz przekonań, a także stylów uczenia się i różnego rodzaju ograniczeń.

Sposób postrzegania własnych zasobów przez uczestników był uzależniony od ich aktualnego stanu emocjonalnego oraz bieżącej sytuacji osobistej i zawodowej. Charakterystyczne dla klientów były: chwiejna samoocena i oczekiwania wobec siebie i innych osób, zaniżone poczucie własnej wartości, oraz niestabilna interpretacja dotycząca relacji z innymi osobami (z projektu, otoczenia osobistego, pracodawców).

Co powinien zrobić doradca:

- tworzyć warunki do postrzegania zidentyfikowanych zasobów jako wartościowych;
- utrzymywać pozytywne postrzeganie zasobów i wzmacniać ich znaczenie poprzez odwoływanie się do doświadczeń klienta;
- tworzyć „przestrzeń” do znalezienia sposobu wykorzystania zidentyfikowanych zasobów.

2. Sprawowanie kontroli nad procesem łączenia doświadczeń zdobytych w projekcie i działaniami „na zewnątrz”

W czasie trwania projektu uczestnicy prezentowali różną gotowość do samodzielnego podejmowania działań, szczegółowego konsultowania kolejnych kroków i korzystania z porad oraz proponowanych przez doradcę zawodowego rozwiązań. Zmienność oczekiwań co do proponowanego przez doradcę zawodowego podejścia często wyzwała irytację lub niezadowolenie i wymagała korekty w trakcie spotkań.

Co powinien zrobić doradca:

- korzystać z informacji case menagera i na bieżąco dostosowywać się do sytuacji klienta;
- wzmacniać aktywność własną klienta, budować jego poczucie sprawstwa i satysfakcji;
- poszerzać zakres doświadczeń i umiejętności klienta, w szczególności związanych z jego poruszaniem się na rynku pracy;
- wzmacniać znaczenie korzystania z opinii i informacji oraz wsparcia innych osób.

3. Obawa przed ujawnieniem problemów, jakie klient ma z samym sobą, swoją historią zawodową, niepowodzeniami

Na początku relacji z doradcą zawodowym klienci ujawniali silny niepokój, dzielili się obawami, wątpliwościami, lękiem przed procedurami urzędniczymi, lękiem związanym z oceną. W trakcie trwania procesu doradczego stopniowo „oswajali” ten kontakt. Budowanie zaufania, wsparcie emocjonalne oraz informacyjne przynosiło efekty w postaci większej swobody, otwartości, odważnego wyrażania przez klientów własnych potrzeb i opinii.

Co powinien zrobić doradca:

- przygotowywać się do każdego spotkania, m.in. zapoznać się z raportem lub skontaktować z case managerem, przygotować scenariusz spotkania;
- ukierunkować proces doradczy na przyszłe rozwiązania.

4. Utrzymanie aktywności klientów. Kontakty i częstotliwość spotkań

Klienci często powoływali się na problemy osobiste i rodzinne, które z ich perspektywy uniemożliwiały aktywność związaną z poszukiwaniem pracy. Przykład schematu błędnego koła: ⇔ nie mam czasu na szukanie pracy ⇔ lecę się, jestem w projekcie ⇔ nie mam środków finansowych ⇔ muszę zadbać o rodzinę ⇔ nie mam czasu na szukanie pracy itd.

Dodatkową przeszkodą w regularnym poszukiwaniu pracy była niecierpliwość związana z brakiem oczekiwanych rezultatów, pomimo podjętych działań np. przygotowania i wysłania odpowiedzi na ofertę. Powodowało to trud-

ności z utrzymaniem systematycznego kontaktu z doradcą zawodowym. Często towarzyszyły temu silne emocje: frustracja, gniew, poczucie krzywdy.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Podejście klientów do doradcy zawodowego jest różne. Dla niektórych stanowi on „wymóg” projektu, zło konieczne, które trzeba odbębnić. Niekoniecznie wiąże się to z agresją, czy niechęcią, jednakże zauważa się wtedy brak inicjatywy ze strony uczestnika, który unika spotkań i ma wiele wymówek, aby z nich nie skorzystać, np. mówi, że źle się czuje, podczas gdy tego samego dnia korzysta ze wsparcia innego specjalisty. Jednakże są i tacy, dla których spotkania mają istotne znaczenie, którzy sami o nie zabiegają, zadają podchwytliwe pytania: „a co Pani by zrobiła na moim miejscu?” Praca z tymi osobami to przyjemność, ale i wyzwanie. Co prawda bazuję tu na zasobach klienta, chcę aby sam odpowiadał sobie na pytania, ale budzi się też we mnie większe poczucie odpowiedzialności i chęci udzielenia wsparcia niż w sytuacji uczestników, którzy nie są nastawieni na konstruktywną współpracę.

Co powinien zrobić doradca:

- zadbać o utrzymanie stałej dynamiki kontaktu z klientem, a jednocześnie pozostawić mu decyzję oraz poczucie wpływu dotyczące ilości i częstotliwości spotkań;
- pozostawać w gotowości do kontaktu;
- „dyskretnie” nawiązać kontakt po dłuższej przerwie.

5. Przygotowanie do podjęcia zatrudnienia, określanie priorytetów, wyznaczanie celów

Klienci posiadają utrwalone stereotypy i przekonania dotyczące własnych możliwości, wymagań pracodawców, rynku pracy, zagrożeń, które stanowią silną barierę utrudniającą im rozwój. W procesie doradczym stałej weryfikacji podlegają takie zachowania i przekonania klientów jak: porównywanie się z innymi, zbyt idealistyczne wyobrażenie sytuacji pracy lub tworzenie czarnych scenariuszy oraz bazowanie na negatywnych doświadczeniach. Pojawia się też obszar godzenia życia zawodowego oraz rodzinnego, co stanowi często

argument, który ma usprawiedliwiać ich zaniedbania w poszukiwaniu pracy. Klienci mają również skłonność do uogólnień i przenoszenia braku oczekiwanych rezultatów z jednej aktywności lub dziedziny na inne. Jednak realizacja planów zawodowych oraz osobistych jest związana z wyznaczeniem konkretnych celów.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Rozmowy z klientami dowodzą, że ich dotychczasowe wybory nie były podyktowane jasno określonymi kryteriami. Podejmując wcześniejsze decyzje kierowali się intuicją, różnymi szczątkowymi informacjami, podpowiedziami lub sugestiami innych osób. Stosowana tu strategia – mam jakiś pomysł, spróbuję i zobaczymy co z tego wyjdzie, a jeżeli nie wyjdzie poszukam innego rozwiązania – wymaga zmiany i starań ze strony doradcy, aby klient rozpoznał zależność między określaniem celów krótkoterminowych (małych kroków), a celami prowadzącymi do faktycznej zmiany w życiu.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Każdy z uczestników projektu był inny. Zdarzało się, że praca w obszarze zawodowym zamiast iść do przodu stawała, a niekiedy miało się nawet wrażenie, że cofała się o przysłowiowe dwa kroki w tył. Z mojej perspektywy było to bardzo trudne, a czasem irytujące. W przypadku braku realizacji zaplanowanych działań musieliśmy z uczestnikiem na nowo opracowywać plan działania w obszarze zawodowym. Niekiedy powtarzało to się kilkakrotnie. Częste zmiany zdania dotyczące przyszłego zatrudnienia oraz kierunku podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz oczekiwań względem przyszłego zatrudnienia powodowały, że tak naprawdę praca w obszarze zawodowym stała w miejscu.

Co powinien zrobić doradca:

- identyfikować potrzeby informacyjne, dostarczać informacji oraz wskazywać źródła informacji;
- budować scenariusze działań na rynku pracy oraz określać granice akceptowanych przez uczestnika warunków pracy;
- pomagać tworzyć dokumenty aplikacyjne, uwzględniając proces „dojrzenia” uczestnika do rzetelności i odpowiedzialności za zawarte w dokumentach informacje;
- budować z uczestnikiem scenariusze poszukiwania pracy.

6. Odpowiedzialność, przełamywanie barier, motywacja

Zapał i chęć do działania uczestników często występowały naprzemian z całkowitym wycofywaniem się i uczuciem bezradności, słabości i niemożności. Kiedy pojawiały się możliwości, np. realna rozmowa z pracodawcą, równocześnie pojawiały się podekscytowanie, niepokój o właściwą autoprezentację oraz wątpliwości co do posiadanych kompetencji. Uczestnicy często utożsamiali motywację z „ochotą do zrobienia czegoś”. Wielokrotnie sygnalizowali, że rozumieją i akceptują zmianę podejścia do wyznaczania celów, natomiast właśnie motywacja stanowi dla nich największy problem. Wyrażali to np. w słowach: „ja wiem, ale jakoś tak nie mogę się zebrać” lub „zgadzam się, ale nie mam siły, żeby zacząć działać”.

Uczestnicy prezentowali różnorodne nastawienie. Jeżeli podejmowali zadania obowiązkowe, które wynikały z regulaminu Ośrodka, wtedy trudno było doradcom zawodowym pracować nad ich motywacją do działania związanego z realizacją ich planów zawodowych. Niekiedy prezentowali własny pomysł oraz oczekiwali wsparcia w jakimś zakresie, np. określenia predyspozycji zawodowych („do czego się nadaje?”), pomocy w wyborze ścieżki edukacyjnej, wzmocnienia poczucia własnej wartości, wsparcia w podejmowaniu decyzji zawodowej, otrzymania gotowej „recepty” na rozwiązanie problemu zawodowego, itp.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Nieoceniona okazała się pomoc i współpraca z case managerami, którzy wiedząc jaki jest plan działania mogli dodatkowo motywować i wspierać uczestników w jego realizacji. Ponadto pozwoliło to wyeliminować wszystkie próby „migania” się uczestników od działań zaplanowanych z doradcą zawodowym. Myślę, że sprawa progresu i regresu jest bardzo indywidualna, co nie zmienia faktu, że musimy być na nią przygotowani. Ponadto musimy wykazać się dużą cierpliwością w pracy z uczestnikami, u których wystąpił regres.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Uczestnik, który dąży do sukcesu zauważa każdą pozytywną zmianę wynikającą z udziału w projekcie. Gdy cieszą go małe zmiany, stopniowo dochodzi do tych większych. Często wynika to z trudności życiowych, jednakże faktyczna motywacja do zmian daje napęd. Jedna z uczestniczek, z którą

współpracowałam, ze spotkania na spotkanie czyniła znaczące postępy: zmieniała się komunikacja z nieśmiałej, na bardziej otwartą, sposób ubioru, sposób myślenia – od braku wiary w poprawę sytuacji, po wspólne rozważania jak będzie, gdy podejmie pracę, co jej to da, co się zmieni.

Co powinien zrobić doradca:

- wzmacniać oraz motywować klienta;
- odwoływać się do pozytywnych rezultatów oraz skuteczności w wybranych działaniach;
- przekazywać pozytywne informacje zwrotne oraz scenariusze działań możliwych do zastosowania po zrezygnowaniu z danej aktywności.

7. Trudne sytuacje z perspektywy doradcy zawodowego

Podczas pracy z klientami wiele sytuacji budziło wątpliwości doradców zawodowych. Poniżej zostały opisane najważniejsze z nich:

- Czy dobrze to robię?, Czy robię to we właściwym czasie?, Czy nie osaczam klienta swoim wsparciem?, Czy zostawiam mu właściwą przestrzeń, na ile jest gotowy do następnego kroku?
- Czy temat zaburzeń osobowości jest obszarem, który można poruszać bezpośrednio w rozmowie z klientem?
- Na ile można klienta „przycisnąć”? Jak ustawiać granice, formułować wymagania?, W jaki sposób rozliczać z wykonania zadań?
- Czy brak aktywności ze strony klienta jest efektem zaburzeń osobowości, trudności obiektywnych czy też zwykłego lenistwa i wygodnictwa, a może niechęci do doradcy?
- Jak sobie radzić z emocjami klientów: brakiem zaufania w początkowej fazie i widoczną niepewnością w relacji z doradcą, zmiennością nastrojów /dezorientacją/rezygnacją/ oraz irytacją w sytuacji poczucia niezrozumiałych nacisków typu: „Czego Pan ode mnie oczekuje?”, „Jak mogę wesprzeć Pana?”.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Największą trudnością było przekonanie samej siebie, iż praca z uczestnikami projektu nie różni się od pracy z klientami, z którymi spotykam się na

co dzień. Przed pierwszymi spotkaniami pojawiały się we mnie obawy co do tego, czy będę potrafiła się z nimi prawidłowo komunikować, czy ich czymś nie urażę, czy uda mi się nawiązać relację rokującą na dalszą współpracę. Jak się później okazało obawy te były nieuzasadnione.

Kolejne trudności identyfikowane przez doradców zawodowych:

- pasywna postawa klienta, tłumaczącego brak aktywności zewnętrznymi, niezależnymi od niego przyczynami;
- realne trudności na rynku pracy oraz uwikłania klienta w sprawy osobiste, np. alimenty, które po zawarciu legalnej umowy o pracę drastycznie obniżą poziom dochodów;
- nieznanomość siebie, swojego potencjału oraz niska i nieadekwatna samoocena;
- niezgłaszanie się klientów na spotkania, przekładanie ich, niedotrzymywanie ustaleń.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Myślę, że trudnych sytuacji w tym projekcie nie brakowało. W zasadzie nie wiem od czego można by było zacząć, ponieważ każde spotkanie było wyzwaniem. Myślę, że dla mnie te trudne sytuacje to było zmierzenie się z nowym i nieznanym. Pierwszą trudnością dla mnie było zmierzenie się z nowym tematem, którym dotąd się nie zajmowałam. Może nie dosłownie, ale pierwszy raz przyszło mi pracować z osobami, o których od samego początku wiedziałam z jakiego rodzaju problemami się zmagają, i zostały wyselekcjonowane według sztywnych kryteriów kwalifikujących je do tego projektu. Kolejną trudnością było dla mnie połączenie obowiązków wynikających z przystąpienia do projektu, z dotychczasowymi zajęciami, ponieważ robiłam to po godzinach pracy etatowej.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Najtrudniejszą sytuacją było rozpoczęcie pracy z uczestnikami projektu. Okazało się, że ustalenie pierwszego terminu, aby był on dogodny dla wszystkich, było nie lada wyzwaniem. Później pojawiały się trudności z tym, aby kontakt ten był systematyczny i efektywny w obszarze zawodowym. Myślę, że to właśnie było dla mnie najtrudniejsze. Trudne było dla mnie nawiązywanie kontaktu i jego utrzymanie. Pomijając kwestie organiza-

cyjne, problematyczne okazało się przekonanie jednego z klientów do mnie jako doradcy zawodowego. W pewnym momencie, podczas jednego z pierwszych spotkań, pojawiły się wątpliwości z jego strony, jaki jest sens pracy z doradcą i jak może on pomóc w zmianie sytuacji zawodowej. Ponadto, jakie są moje umiejętności i kompetencje, które przemawiają za tym, że jestem akurat tą osobą, która może mu pomóc w obszarze zawodowym. Sytuacja ta dość mocno zachwiała moją pewnością siebie oraz wystawiła moją cierpliwość na nie lada próbę. Być może była to próba odwrócenia uwagi od swojej osoby i niechęci do podjęcia przez klienta zobowiązań w obszarze zawodowym.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Jeden z klientów początkowo zdawał się być bardzo zaangażowany. Deklarował chęć zmian, aktywnie uczestniczył w proponowanych formach wsparcia. Będąc już na zaawansowanym etapie udziału w projekcie zaczął jednak unikać spotkań, przekładając je z różnych „ważnych” powodów. Nie podejmował działań związanych z podjęciem zatrudnienia, co usprawiedliwiał zewnętrznymi okolicznościami. W rozmowach twierdził, że dzięki projektowi nie musi siedzieć w domu, w którym nie lubił przebywać. Projekt był dla niego azylem, miejscem schronienia. Martwił się co będzie, gdy możliwość udziału w projekcie się zakończy. Pomimo swoich obaw zachował pozornie aktywną postawę.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Największa trudność ze strony klienta polegała chyba na tym, aby udało się realnie określić jego obszar poszukiwań pracy oraz oczekiwania dotyczące przyszłego zatrudnienia. Na pewno też trudnością mogło być skonfrontowanie się z tym, co chce oraz co realnie może (jakie zatrudnienie mogę podjąć, czego pracodawca oczekuje od przyszłego pracownika, a co ja mogę mu zaoferować). Niekiedy duża dysproporcja między tym „co chcę” oraz tym „co mam do zaoferowania” powodowała, że na nowo trzeba było budować obszar poszukiwań w pracy z poszczególnymi klientami. Sytuacja ta była trudna zarówno dla klienta, który odkrywał nowe prawdy na temat swojego życia zawodowego, jak też dla mnie, bo musiałam mu pomóc w odnalezieniu się w tej sytuacji. Cierpliwość była tu bezcenna, ponieważ odkrywanie tych prawd nie jest łatwe, a efekt zaskoczenia, a niekiedy również swojego

niedowierzania, dość mocno spowalniał ten proces. Można powiedzieć, że budowanie indywidualnego planu działania w obszarze zawodowym było bardzo mozolne i wyczerpujące oraz wymagające kompromisów, zarówno ze strony klienta, jak i mojej. Można powiedzieć, że wynik naszych trudnych sytuacji był 1:1”.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Kolejną trudną „rzeczą” dla klienta, z perspektywy doradcy zawodowego, było utrzymanie systematyczności w działaniu oraz wywiązywanie się z zaplanowanych działań w obszarze zawodowym. Można powiedzieć, że ustalenie kontraktu, respektowanie go oraz odpowiedzialność klienta za zaplanowane wspólnie z doradcą działania były kolejnymi elementami piętrzącymi trudności. Nie była to łatwa sprawa, kiedy po kolejnym spotkaniu okazywało się, że wcale nie posuwamy się do przodu, ale cofamy o kilka kroków. Często w wypowiedziach klientów pojawiały się takie słowa jak: wstyd, bezradność, poczucie rozczarowania swoją osobą itp. W takich sytuacjach, tak naprawdę, obszar zawodowy schodził na drugi plan, ponieważ emocje towarzyszące klientowi nie sprzyjały poszukiwaniu zatrudnienia na otwartym rynku pracy. W tej sytuacji bezcenna okazała się pomoc innych specjalistów zaangażowanych w projekt, w myśl zasady, że obszar zawodowy nie jest „samotną wyspą”.

8. Efekty uzyskane w obszarze aktywizacji zawodowej

Doradcy zawodowi zwracali uwagę na następujące osiągnięcia „swoich” klientów:

- podjęcie pracy wolontaryjnej;
- poszukiwanie stażu i podjęcie stażu;
- pomyślnie ukończony staż w ramach projektu, co wiązało się z nabyciem nowych umiejętności, otrzymywaniem pochwał, uzyskiwaniem informacji zwrotnej dotyczącej wykonywanej pracy, otwarciem się na nowych ludzi;
- określenie kompetencji wykorzystywanych przy poszukiwaniu pracy, co prowadziło do uświadomienia sobie potrzeby zdobywania wiedzy oraz dalszego kształcenia, bycia mobilnym oraz zorganizowanym;

- określenie form aktywności zawodowej dostępnych dla klienta oraz odkrycie potrzeby udziału w warsztatach rozwojowych i zajęciach przygotowujących do podjęcia pracy;
- śledzenie ofert pracy;
- aplikowanie o pracę do wybranych pracodawców;
- poznawanie rynku pracy;
- konfrontowanie wymagań pracodawców z własnym potencjałem zawodowym, np. uznanie konieczności uzyskania nowych kwalifikacji czy zrobienia prawa jazdy, nauki języka obcego, posiadania książeczki sanepidu itp.;
- przełamywanie oporu w składaniu własnej aplikacji do pracodawcy;
- poszukiwanie i podjęcie zatrudnienia;
- doświadczanie relacji z innymi osobami w tworzeniu wspólnych przedsięwzięć;
- realizacja bieżących i nowych zadań na stanowisku pracy i przełamanie bariery silnego niepokoju związanego z odpowiedzialnością za powierzone zadania.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

Moja klientka miała problem z określeniem preferowanego obszaru zawodowego oraz nierealistyczne nastawienie do możliwości i wymagań rynku pracy. Dużym sukcesem w podejmowanych przez nią działaniach była zmiana postawy, polegająca m.in. na uznaniu konieczności dopasowania się do rynku pracy oraz rozpatrywaniu możliwości podjęcia pracy na umowy cywilnoprawne. Ponadto ze względu na uzyskanie wglądu w siebie i uznanie, że podjęcie pracy jest dla niej ważne, klientka próbowała sił na otwartym rynku pracy. Aktywnie szukała pracy i odbyła kilka rozmów kwalifikacyjnych, co zakończyło się podjęciem pracy.

Wypowiedź doradcy zawodowego:

O sukcesie klienta można mówić wówczas, gdy zrobi krok do przodu i się nie wycofa. Gdy zrealizuje to, co założył, że osiągnie. Gdy udział w projekcie przyniesie realną zmianę w jego życiu. Może to być zmiana choćby niewielka, ale ziarno zasiane ma szansę na rozkwit.

9. Z doświadczeń doradców zawodowych – historie klientów

Zaburzenia osobowości manifestują się w wielu wymiarach zachowań osób, które na nie cierpią. Dlatego trudno opisać je w zuniifikowany sposób i dać jedną receptę na radzenie sobie w pracy z osobami posiadającymi te zaburzenia. Dla przybliżenia specyfiki pracy z uczestnikami projektu, przytaczamy tu historie opowiedziane przez doradców zawodowych, którzy byli członkami zespołu aktywizacji zawodowej. Krótkie charakterystyki uczestników projektu były pisane przez różnych doradców zawodowych, z uwzględnieniem różnych perspektyw. Jest to swoisty dziennik, w którym doradcy spisali swoje spostrzeżenia. Imiona i szczegóły, pozwalające zidentyfikować konkretne osoby, zostały zmienione.

Poczucie straconego czasu

Pan Marcin ma 40 lat. Do tej pory przepracował w sumie około 2 lat, mimo że ma ukończone studia wyższe, na dość atrakcyjnym na rynku pracy kierunku. Ma poczucie, że zmarnował mnóstwo czasu i czuje się głupio, zaczynając praktycznie od początku w takim wieku. Jest to jeden z jego podstawowych hamulców do podjęcia działań zawodowych. Do tej pory próbował sił w zawodach znacznie odbiegających od jego wykształcenia i wymagających niższych kwalifikacji. Dokonywane wybory nie wynikały z zainteresowań ani predyspozycji, w pewnym stopniu były przypadkowe. Pan Marcin nie ma poczucia, że coś udało mu się osiągnąć oraz uważa, że prawie nic nie umie oraz nie dysponuje argumentami dla potencjalnych pracodawców. Nie ma też pomysłu czym mógłby się zajmować zawodowo. Dlatego nie stara się nawet zrobić planu poszukiwania pracy. Nie wiedząc co chce osiągnąć, nie może zaprojektować drogi do celu. Nie wierzy też w swoje możliwości, dlatego każdy samodzielnie opracowany plan może mu się wydawać nierealny.

Liczne trudności, które nieodłącznie są związane z zaburzeniami osobowości, znacznie ograniczają możliwości radzenia sobie w sferze zawodowej: znalezienia pracy, utrzymania jej i osiągnięcia sukcesów. Z upływem czasu zwykle rośnie poczucie porażki, nieradzenia sobie, bycia niezdolnym do pracy, zwłaszcza interesującej, atrakcyjnej, spełniającej własne oczekiwania. Zaniżona samoocena, niedocenianie swoich kwalifikacji, talentów i doświadczeń również ograniczają gotowość do podejmowania działań na rynku pracy,

zwłaszcza bardziej ambitnych. Przekonanie o braku przydatnych umiejętności często blokuje jakiegokolwiek działania na rzecz uzyskania zatrudnienia.

Panu Marcinowi udało się uwolnić od koncentrowania się na swojej przeszłości zawodowej, a właściwie jej braku, podjął staż w zawodzie, do wykonywania którego miał potrzebne wykształcenie i zyskał gotowość do poszukiwania dla siebie możliwości na otwartym rynku pracy.

Przynajmniej kilku uczestników projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować” już po pierwszym, wstępnym spotkaniu poświęconym aktywizacji zawodowej, dostrzegło możliwości spróbowania swoich sił na rynku pracy. Osoby te doszły do przekonania, że straciły dużo czasu, tkwiąc w przeświadczeniu, że są niezdolne do pracy oraz że nie mają żadnych użytecznych doświadczeń i umiejętności. Związaną z tym frustrację, ale i nadzieję, wniosły na spotkania z zespołem realizującym projekt, zarówno w zakresie leczenia, jak i aktywizacji zawodowej. Przyjęcie tego momentu za punkt startu, nowe otwarcie w sferze zawodowej, pozwoliło podjąć wysiłki oraz opracować realny plan dobrego poradzenia sobie w sferze zawodowej.

Niestabilna samoocena

Pani Róża od dawna marzyła o pracy w instytucji X. Jednocześnie była przekonana, że nie ma potrzebnych kwalifikacji oraz nie poradziłaby sobie na wymarzonym stanowisku. Już podczas pierwszego spotkania, poświęconego wstępnej identyfikacji kompetencji oraz predyspozycji, zobaczyła, że ma możliwości w sferze zawodowej, z których nie zdawała sobie sprawy, że może robić nowe rzeczy i po nowemu myśleć o pracy, a nie tylko zabiegać o jakiegokolwiek zatrudnienie. Nie oznacza to jednak, że wkroczyła na prostą drogę w kierunku sprecyzowania i realizacji celów zawodowych. Jeszcze wielokrotnie przeżywała chwile zwątpienia. Liczne wątpliwości nieraz pojawiają się do dziś, choć sytuacja zawodowa pani Róży zdaje się być stabilna. Obecnie pracuje w swojej wymarzonej instytucji na stanowisku, o którym jeszcze rok temu nawet nie była gotowa pomyśleć. Ten pozytywny obrót spraw nie oznacza końca huśtawki nastroju jaką przeżywa. Doskonale obrazuje to historia jej udziału w sesji Development Center.

Z pierwszym zespołowym zadaniem podczas sesji DC, pani Róża poradziła sobie znakomicie. Odegrała znaczącą rolę przy poszukiwaniu rozwiązania, współpracowała, działała na rzecz konstruktywnego procesu grupowego. Była zaangażowana, aktywna i efektywna. Mimo to, podsumowując swój

udział w tym ćwiczeniu i analizując jego przebieg, dostrzegła głównie negatywne aspekty oraz skupiła się na elementach, które uznała za swoje niepowodzenie. W kolejnych zadaniach znowu radziła sobie dobrze. Niecałe dwa tygodnie po sesji DC pani Róża została zaproszona na indywidualne spotkanie poświęcone omówieniu sesji, co jest stałym elementem metody DC. Kilka dni przed zaplanowanym spotkaniem odwołała je, tłumacząc się chorobą. Nie chciała zmienić terminu na późniejszy o tydzień, ponieważ, jak twierdziła, zamierzała wtedy zajmować się przygotowaniami do zbliżających się świąt. W końcu udało się ustalić datę zaraz po świątach, choć ewidentny był jej brak entuzjazmu dla tego pomysłu. Na spotkanie dotarła punktualnie, ale wyraźnie obawiała się, co usłyszy na swój temat. Raport z sesji i informacja zwrotna przekazana podczas spotkania dostarczyły pozytywnej oceny jej sposobu działania i zdolności radzenia sobie w różnych sytuacjach. Otrzymała wiele wzmacniających komentarzy dotyczących jej kompetencji i potencjału rozwojowego, choć wszystkie były przekazywane z dużą dbałością o niezawyżanie oceny i urealnianie obrazu. Pani Róża w ciągu godziny przeszła od przekonania o swoich niskich kompetencjach i słabym radzeniu sobie do uznania, że pracuje na o wiele za niskim stanowisku i w tym momencie jedynym rozwiązaniem jest awans. Dalsza część spotkania poświęcona była urealnieniu i ustabilizowaniu jej samooceny. Takie krócej lub dłużej trwające epizody chwiejnej (zaniżonej lub zawyżonej) samooceny będą się z pewnością zdarzać pani Róży jeszcze przez dłuższy czas. W toku terapii i podczas pracy z doradcą zawodowym prawdopodobnie będzie na nie coraz bardziej odporna.

Tak, ale ...

Kiedy pan Filip przyszedł na pierwsze spotkanie, zadeklarował że chce pracować i chce współpracować w tym celu z doradcą zawodowym. Oświadczył, że największą trudność sprawia mu pierwsza rozmowa z potencjalnym pracodawcą. Motywacja pana Filipa była bardzo chwiejna, nie wykazywał inicjatywy. Gdy miał się sam umówić na kolejne spotkanie, nie robił tego. Potrzebował stymulacji ze strony doradcy zawodowego lub case managera, stawał opór przed ćwiczeniem scenek dotyczących rozmów z pracodawcą, twierdził, że potrzebuje by ktoś z nim przeglądał oferty oraz był przy rozmowie przez telefon w sprawie pracy. W decydującej chwili zaczynał jednak mówić o wielu trudnościach, problemach: „nie teraz, wolę sam, nie mam czasu, źle się czuję, dam radę sam, już to robiłem, itp.”. Podczas rozmowy nie

odpowiadał stricte na pytania, błędził wokół tematu, na propozycje doradcy zawodowego zwykle reagował „tak, ale...”. Gdy na jednym spotkaniu zostało ustalone zadanie do wykonania, pan Filip realizował je tylko w części, przy kolejnym spotkaniu nie podejmował również próby jego realizacji, a jako przyczynę swoich trudności podawał czynniki zewnętrzne. Często powtarzał, że nie ma czasu, musi wiele rzeczy zrobić, jest to dla niego za dużo. Propozycja prowadzenia zapisów w kalendarzu przez kilka miesięcy spotykała się z odmową lub wymówkami, gdy udało się stworzyć plan na tydzień, to na kolejny już nie, gdyż przerywał zapisywanie. Pan Filip samodzielnie znalazł sobie pracę, która jednak mu nie odpowiadała: za mało pieniędzy, mało godzin, brak stałych godzin pracy, tzw. praca „na telefon”, umowa zlecenie, z której komornik mógł zabrać 100% wynagrodzenia. Przy kolejnym podejściu samodzielnie znalazł sobie staż, jednak już po pierwszym dniu miał wiele zastrzeżeń: że praca za ciężka, narzekał na zdrowie, martwił się jak pogodzi to z innymi zajęciami w projekcie.

Klient potrzebował bardzo jasnych komunikatów, wyznaczenia drobnych zadań, narzucenia oraz wyjaśnienia, jednym słowem kontroli. W jego przypadku dawanie czasu, możliwości wyboru czy swobody, nie przynosiło efektów. Skuteczna bywała natomiast motywacja zewnętrzna. Często opowiadał jak było dawniej gdy pracował, chciał żeby tak nadal było, miał trudności z przystosowaniem się do obecnego rynku pracy. Często powtarzał, że to nie jest tak, że on nie chce, ale nie może przejść dalej. Znajduje pracę, potrafi pracować, jednak za każdym razem „coś” mu przeszkadza w utrzymaniu pracy. Chciał pomijać proces przygotowywania się do podjęcia pracy, przemyślanego wyboru, od razu chciał rozpocząć pracę i tak robił, ale efekt był krótkotrwały. Używał nawet argumentu, że zaczął staż, żeby nie było, że nic nie robi, żeby inni tak nie mówili. Jak już się wydawało, że pan Filip pracuje, wywiązuje się z ustaleń, zmieni swoje życie na dłużej, wtedy był krok do tyłu, unikanie spotkań, przerwa w pracy itp.

Mogę wszystko... albo nic...

Pierwsze wrażenie – bystry wzrok, trochę spięty, ciekawy tego co będzie za chwilę, czujny. Tak można pokrótce streścić moment pierwszego spotkania z **panem Robertem**. Klient w średnim wieku, który niejedno już przeżył i widział, natomiast z jakichś przyczyn znalazł się na zakręcie życia. Myślę, że poznałam go w momencie, gdy ten zakręt już pomału mijał. Jego droga

okazała się zaskakująco nieprzewidywalna, tak jakby przez przypadek zamienił się z kimś innym na życia.

Kiedy go spotkałam, sprawiał wrażenie nieporadnego, skulonego w sobie. Na początku zastanowiła mnie jego determinacja wynikająca z zadawanych pytań. Nie pasowała jakoś do wyglądu. Pomimo to nie można przecież twierdzić z pewnością, nie znając jeszcze jego historii, że to wrażenie jest mylne i wprowadza w błąd. Wrażenie będzie tu jednak istotne, gdyż jest odzwierciedleniem funkcjonowania tej osoby wśród innych. Począwszy od jego edukacji, dużego talentu w pewnej dziedzinie, po chorobę i rezygnację z marzeń, które ulegały gdzieś, wobec niemożności spełnienia.

Ale co wobec tego można zrobić z tak pięknie rozpoczętym życiem, skoro nie da się uprawiać wyśnionego i zamierzonego zawodu? I tutaj nie ma chyba mądrej odpowiedzi. Szczególnie, jeśli w grę wchodzi talent, wrażliwość, wielkość, warsztat, kunszt, zmysły, sprawność, rozmach, perfekcja – cały ciąg realnych kompetencji składających się na mistrzostwo. Skoro nie mogę „wszystkiego”, cóż więc pozostaje do zrobienia? To trochę tak brzmi, jakby trzeba wybierać – wszystko albo nic. Dlatego tak trudno odnaleźć się panu Robertowi na „nowej drodze życia”. Trochę „tego” i trochę „tamtego” to za mało, aby czuć się dobrze, być spełnionym.

Podjmował różne prace i aktywności, ale nie znalazł w nich własnego odbicia, które odpowiadałoby jego wyobrażeniu o sobie samym. Te wrażenia są bardzo istotne, gdyż podobne odczucie pojawiło się w trakcie naszych spotkań – atmosfera emocji związanych z omawianiem poszczególnych pomysłów i celów zawodowych w pracy u kogoś lub na własny rachunek. Trafny pomysł może okazać się drogą powrotu do normalnego funkcjonowania na co dzień oraz sposobu na życie. To jakby powstawał obraz, którego niezbędnym elementem jest ta część dotycząca sposobu organizacji dnia pracy, wykonywanych czynności zawodowych, zarabiania, funkcjonowania z innymi – spełnienie zawodowe. Ten pomysł może mieć znaczenie na miarę „powstania z martwych”, z popiołu dotychczasowego życia, uwikłanego w nieuporządkowane emocje, nałogi oraz niemożność funkcjonowania wśród ludzi, na miarę własnych możliwości oraz potencjału (talenty, umiejętności, niepowtarzalna osobowość).

Pan Robert sprawiał wrażenie osoby wyniosłej, chociaż starał się to ukryć. W ramach procesu doradczego oczekiwał dużej dawki informacji na swój temat (odnośnie potencjału zawodowego) oraz na temat rynku pracy. Spotka-

nia z doradcą zawodowym miały za zadanie określenie realnego dla niego celu zawodowego oraz sposobów jego realizacji. Aby mógł pójść dalej bardzo ważne było okazanie mu wsparcia oraz zestawienie informacji istotnych dla tworzenia „harmonijnego i spójnego obrazu”. Trudno ocenić rzeczywisty efekt naszej współpracy, natomiast klient potwierdzał znaczenie tych działań. Ważna była tutaj realizacja na bieżąco wyznaczanych zadań, które przybliżały do oczekiwanego rezultatu.

Planowanie czasu – pozorna motywacja

Pani Grażyna na kolejnym spotkaniu z doradcą zawodowym zgłosiła potrzebę zaplanowania sobie czasu. Mówiła, że bieżące obowiązki przerastają ją. Na spotkaniu wielokrotnie i bardzo chaotycznie wymieniała czynności jakie ma do wykonania. Były to głównie obowiązki, które wynikały z udziału w projekcie, ale również obowiązki pozaprojektowe. Z jej relacji wynikało, że było to „nie do zrobienia”. Na spotkaniu zaproponowałam pani Grażynie m.in. Macierz Eisenhowera oraz inne techniki ułatwiające planowanie czasu, tak aby klientka mogła sobie zaplanować zadania na najbliższy tydzień oraz ustalić jakie ma cele, które z nich są ważne oraz pilne, które wymagają zaplanowania. Klientka chaotycznie nazywała czynności, określając czas ich realizacji. Cały plan zapisywała/rysowała na dużej kartce A3, ale gdy plan był już gotowy pani Grażyna nie była nim zainteresowana. Na moje pytanie czy może będzie chciała zatrzymać swój plan, tak by mieć obraz swoich zadań, z obojętnością odpowiedziała, że „wszystko pamięta”. Aby dodatkowo mogła zapoznać się z tematem planowania czasu, zaproponowałam jej udział w bezpłatnych zajęciach „Sztuka planowania czasu”. Pani Grażyna wyraziła bardzo duże zainteresowanie, ale w zajęciach nie wzięła udziału. Wielokrotnie na spotkaniach deklarowała „zrobię”, ale nie robiła. Pani Grażyna świetnie radziła sobie z podawaniem wielu powodów, dla których nie mogła zrealizować uzgodnionego ze mną zadania.

Ja już nic nie mogę!

Pani Lucyna miała kilkuletnie doświadczenie zawodowe, jej motywacja do szukania pracy była bardzo labilna, z tendencją do częstego podkreślania, że „ja już nic nie mogę”. Taka postawa zdecydowanie pojawiła się w momencie, kiedy pani Lucyna miała szukać dla siebie stażu. Trudnością dla niej było samo podjęcie decyzji „w jakim miejscu, u jakiego pracodawcy mogłabym

odbyć staż”, odczuwała z tego powodu duży dyskomfort. Na spotkaniu ze mną szukała potwierdzenia, że jest zmotywowana do szukania pracy. Ze łzami w oczach mówiła, że jej terapeutka twierdzi inaczej. Opracowała sobie scenariusz poszukiwania stażu. Wielokrotnie w trakcie poszukiwań kontaktowała się ze mną drogą mailową. Z maili wynikała duża potrzeba wsparcia w realizacji tego celu, co starałam się jej zapewnić.

Nieadekwatna samoocena – problem ze zdefiniowaniem obszaru zawodowego

Pani Izabela miała 25 lat, posiadała wykształcenie średnie zawodowe i najbardziej chciała podjąć pracę w jednostkach samorządowych, w pracy biurowej. Na jej dorobek zawodowy składało się z kilka miejsc pracy w obszarze handlowym i społecznym. Podczas spotkania ze mną, mówiła o swoim celu zawodowym z uwzględnieniem barier na drodze do osiągnięcia wymarzonego miejsca pracy.

Uświadomiła sobie przeszkody, które mogą ją blokować w trakcie starania się o taką posadę: nie może się pochwalić znajomością języka obcego, nie posiada również wykształcenia wyższego oraz ma trudności adaptacyjne w nowym miejscu pracy. Ponadto pani Izabela była osobą bardzo skromną, cichą i introwertyczną. Nie preferowała miejsc, w których jest dużo osób, ponieważ czuła się przytłoczona i niepewna swojej wartości. Z powodu niskiego poczucia własnej wartości pani Izabela miała tendencję do nieujawniania swoich potrzeb, co negatywnie wpłynęło na jej sytuację zawodową. Była osobą mało dynamiczną, a w rozmowie ze mną często bierną. Nadmierne skupianie się na swoich słabościach i szeroko pojętych barierach dodatkowo obciążało jej stan emocjonalny. Brakowało jej umiejętności dostrzegania pozytywnych stron sytuacji.

Praca z panią Izabelą koncentrowała się na wzmocnieniu poczucia własnej wartości, dotarciu do jej potencjału i wzbudzeniu motywacji. Pani Izabela ujawniała zdecydowane trudności związane z procesem poszukiwania pracy. Na samą myśl o zaproszeniu na rozmowę kwalifikacyjną pojawiał się lęk oraz obawa przed bezpośrednim kontaktem z pracodawcą. Miała duże wymagania w stosunku do pracy biurowej, ale bardzo ograniczone możliwości na rynku pracy, co ujawniło się w trakcie opracowywania listy potencjalnych pracodawców. Wobec posiadanych ograniczeń, wystąpił problem ze zdefiniowaniem adekwatnego obszaru zawodowego. Naszej pracy towarzyszyło wiele

sprzeczności, z jednej strony niska samoocena, niespełnianie wymagań pracodawców, z drugiej próba ulokowania siebie w miejscu, do którego nie posiadała kompetencji i predyspozycji osobowościowych.

Pani Izabela włożyła dużo pracy w obszarze poznania samej siebie, autoprezentacji oraz komunikacji werbalnej i niewerbalnej, pomocnych w kontakcie z pracodawcą. Po kilku spotkaniach widać było ogromny postęp w otwarciu się na nowości, ekspozycji siebie w nowych sytuacjach zawodowych. Nagrana i odtworzona symulacja rozmowy kwalifikacyjnej w znaczący sposób wpłynęła na jej obraz siebie i wyobrażenia na temat rekrutacji. Klientka uświadomiła sobie istniejące trudności w kontekście poszukiwania pracy w obszarze pracy biurowej i zaczęła rozważać nowe obszary pracy, tj. handel, usługi opiekuńcze oraz produkcję. Pani Izabela doszła do wniosku, że nie ma pracy „stałej”, która gwarantuje nam zatrudnienie na długi czas. Sytuacja na rynku pracy zmusza nas do elastyczności, mobilności oraz dużej otwartości na zmiany. Poza tym zaczęła rozważać możliwości podjęcia pracy również w ramach umów cywilnoprawnych. Pani Izabela wykazała się dużą odwagą w odkrywaniu swoich mocnych stron oraz zaczęła minimalizować swoje bariery na drodze do zatrudnienia. W trakcie analizy swojej sytuacji zawodowej robiła konkretne plany, dotyczące zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych, np. kurs językowy, czy komputerowy, ułatwiające w przyszłości podjęcie zatrudnienia. Pojawiła się większa otwartość i możliwości wchodzenia w różne obszary zawodowe.

Takie krócej lub dłużej trwające sytuacje zaniżonej samooceny i nieadekwatne do jej realnych możliwości wybory obszarów zawodowych będą z pewnością zdarzać się przez dłuższy czas. Na skutek leczenia i pracy z doradcą zawodowym najprawdopodobniej będzie na nie coraz bardziej odporna. Wykorzystywane przeze mnie metody poradnictwa zawodowego tj. Metoda Edukacyjna, czy Kurs Inspiracji zadziałały w przypadku tej klientki, ponieważ pomogły sformułować problem, zdefiniować priorytety i podjąć konkretne działania. Dodatkowo coaching okazał się właściwą metodą, dzięki której pani Izabela uświadomiła sobie konieczność zmiany oraz nauczyła się akceptowania swojej indywidualności i odmienności. Rozmowy dotyczące odkrywania potencjału zawodowego pobudziły ją do dalszego działania. Nasza współpraca pozwoliła utrzymać optymistyczne nastawienie do życia oraz zachęciła do poszukiwania i osiągnięcia celów.

W podobnych przypadkach można brać pod uwagę tematykę związaną z asertywnością, nieśmiałością oraz zarządzaniem sobą w czasie. Myślę, że

grupowe zajęcia poradnictwa zawodowego mogłyby być mniej skuteczne ze względu na nieśmiałość, indywidualność oraz obawy klientki i niechęć w stosunku do kontaktów z większą liczbą osób. W tym przypadku metoda pracy indywidualnej okazała się najlepszą z możliwych, co pozwoliło uzyskać realizację zamierzonych celów.

Ma być tak, jak ja chcę

Pani Zofia była matką, samotnie wychowującą 5-letnie dziecko uczęszczające do przedszkola. Miała jeszcze dwóch synów, którzy z nią nie mieszkali. Od lat nie udało się jej podjąć pracy. Miała nieuregulowaną kwestię alimentów i wielki żal do sądu, iż sprawy nie toczyły się po jej myśli. Pani Zofia korzystała ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej, jednakże i z tego była niezadowolona, uważając że otrzymywane wsparcie jest zbyt małe. Do udziału w projekcie zgłosiła się, gdyż bardzo chciała zmienić swoją sytuację życiową. Na spotkania organizowane w ramach projektu zgłaszała się systematycznie. Angażowała się w kontakty z innymi uczestnikami oraz specjalistami, brała udział w zajęciach. W pewnym momencie, na zajęcia w ramach projektu, Pani Zofia zaczęła przyprowadzać córkę. Zwrócono jej uwagę, iż nie jest to stosowne miejsce dla dziecka. Starano się ustalić inne możliwości opieki nad córką. Pani Zofia nie przyjęła do wiadomości, że mogłoby być inaczej niż sama zdecydowała. Obraziła się. Przyszła na spotkanie jeszcze dwa razy, uparcie utrzymując, że do projektu nie wróci. Ostatecznie zrezygnowała z udziału w projekcie. Stało się tak, jak chciała. Pomimo wielu próśb i nalegań specjalistów zaparła się w sobie, zrezygnowała ze współpracy. Przyczyna rezygnacji była błaha, problem można było swobodnie rozwiązać. Zwrócenie uwagi odebrała jak atak na swoją osobę. Całą sytuację potraktowała jako kolejny dowód na swoje nieszczęście. A wszystko dlatego, że nie było tak, jak ona chciała.

Jako doradca spotkałam się z Panią Zofią zaledwie trzy razy. Od początku była bardzo otwarta. Opowiadała o swojej sytuacji życiowej, jakby rozmawiała ze starym znajomym. Niestety, w potoku jej słów wiele było goryczy, niezadowolenia, poczucia że wszyscy dookoła są źli. Deklarowała chęć zmiany na lepsze, jednakże bardzo szybko wracała na tor negatywnego myślenia i opowiadania o swoich problemach. Plan był taki, że najpierw pozwolę jej opowiedzieć swoją historię, a następnie małymi krokami wspólnie będziemy poszukiwać zasobów, dobrych stron życia, perspektyw na zmianę. Nieste-

ty zabrakło czasu na konkretną pracę. Ostatnie spotkania koncentrowały się na wskazywaniu jej korzyści płynących z udziału w projekcie, jak i możliwości, jakie może stracić poprzez rezygnację z niego, jednak argumentacja nie przekonała klientki do kontynuacji korzystania ze wsparcia. Nie mam pewności, czy podczas naszych spotkań udało mi się zasiać choćby ziarno nadziei na zmianę. Pani Zofia była osobą bardzo skoncentrowaną na swoich kłopotach i otaczającej ją nieprzychylniej rzeczywistości. Być może jeszcze nie czas na zmiany w jej życiu.

Patrzcie na mnie wszyscy!

Opowiem o kliencie, którego chciałabym przedstawić nie tylko na podstawie naszych kontaktów, ale również z perspektywy innych osób, z którymi przebywał. **Pan Krystian** był człowiekiem towarzyskim, mającym łatwość nawiązywania kontaktów, a zarazem ciekawą osobą, potrafiącą skupiać na sobie uwagę, za sprawą m.in. umiejętności bawienia innych, co było zgodne z jego oczekiwaniami. To niezwykle jak różni są ludzie, to co dla jednego jest czymś trudnym i nadmiernie stresującym, dla osoby lubiącej być w centrum, dla urodzonego aktora, staje się źródłem satysfakcji, doprowadzając w skrajnych przypadkach do uzależnienia od widowni i jej aplauzu. Tak też było w przypadku pana Krystiana. Do tego stopnia, że czymś niekomfortowym dla niego stały się sprawy codzienne, w tym dbanie o własny byt. Czasami bowiem okazuje się, że nawet publiczność może mieć przesyt i nie jest już zainteresowana braniem udziału w przedstawieniu. Wiem, że reakcje takie ze strony otoczenia pana Krystiana miały miejsce, ale on ich nie zauważał. Myślę, że tak też funkcjonujemy na co dzień. Każdy z nas potrzebuje jak powietrza drugiej osoby, którą może nie tylko oglądać, ale również czerpać z wzajemnych relacji.

Głównym celem pracy z panem Krystianem było uświadamianie mu odczuć oraz reakcji otoczenia, zwracanie uwagi na rzeczywistość, sprowadzanie doświadczeń i możliwości do poziomu realności. Ważne było również udzielane mu wsparcie, gdyż miał w sobie wiele niepewności co do swojego postępowania, ze względu na wcześniejsze doświadczenia, własny standardowy sposób zachowywania się w grupie. Niewątpliwie mocna osobowość, wiedząca czego chce, mocno akcentująca swoje oczekiwania postawą, słowami, zachowaniem, barwą głosu.

Obraz doskonały

Pan Marcin, młody, zdolny człowiek, z konkretnym wykształceniem, atrakcyjny dla rynku pracy, a mimo to borykający się z trudnościami dnia codziennego. Zbytня dokładność oraz totalny perfekcjonizm w robieniu czegokolwiek stanowią czasami duży kłopot na co dzień. Szczególnie uciążliwe bywa takie zachowanie w pracy, gdzie w dzisiejszych czasach tak bardzo liczy się szybkość, elastyczność, wielość wykonanych zadań, łatwość w podejmowaniu kolejnych i nowych obowiązków pracowniczych. Nadmierna pieczołowitość wkładana w czynności, nie zawsze tego wymagające, może rodzić negatywne emocje i nastawienie pracodawcy. To tak, jakby świat miał się zawalić, jeśli się nie zważy i nie zmierzy efektu działania osoby, która przykładła zbyt wielką wagę do codziennych, czasami rutynowych czynności. Opisany pokrótce schemat charakteryzuje sposób funkcjonowania pana Marcina, któremu opisane wyżej podejście towarzyszyło na co dzień. Zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. Pomimo konkretnego wykształcenia, zawodu i atrakcyjności (zawodowo i prywatnie), borykał się z trudnościami wynikającymi z nadmiernego perfekcjonizmu. Można się tylko domyślać, że taki sposób funkcjonowania był bardzo czasochłonny i męczący, zarówno dla niego samego jak i jego otoczenia. Rzadko kiedy osiągał bowiem zadowalający efekt. Przecież zawsze można coś poprawić, prawda? Czasami końca nie widać.

Perfekcjonista to ktoś dokładny, sumienny, skrupulatny i pracowity. Wydawałoby się, że ma same zalety, i powierzchownie patrząc, to idealny kandydat do pracy. Jeśli jednak rzeczywiste proporcje zostają zachwiane, istnieje ryzyko stanu chorobowego. W sytuacji niepowodzenia dążenie do realizowania nierealistycznych, skrajnie wysokich wymagań wobec siebie, może prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości. W takie podejście wpisane jest też ryzyko wiecznego niezadowolenia i związanych z tym negatywnych emocji (gniew, złość, frustracja i inne) oraz osłabienia kreatywności. Zbytni perfekcjonizm powoduje nadmierne skupienie uwagi na sprawach, często tego nie wymagających, przyziemnych. Ma miejsce zarówno w kontekście zawodowym, jak też prywatnym. Nieustanne dążenie do doskonałości, w którym każde zadanie jest postrzegane jako wyzwanie, żaden wysiłek nie jest wystarczający. Dotknięty tą przypadłością człowiek próbuje za wszelką cenę unikać błędów, osiągnąć doskonałość i zyskać akceptację. Im więcej wysiłku włożonego w działanie, tym większe oczekiwanie na docenienie przez

otoczenie. Perfekcjonizm charakteryzuje się dążeniem do osiągnięcia możliwie idealnych efektów, stawianiem sobie bardzo wysokich standardów wykonywanych działań oraz nadmiernym krytycyzmem wobec własnych osiągnięć. Pamiętajmy jednak, że nikt nie jest doskonały. Wadą perfekcjonizmu jest ciągła obawa o poziom wykonania wyznaczonych celów, w konsekwencji narastający stres, prowadzący do wypalenia zawodowego.

Podczas naszej wspólnej pracy starałam się przede wszystkim wspierać klienta, dawać akceptację, przy jednoczesnej analizie schematów, w które sam bezwiednie wpada. Jest to osoba potrafiąca rzeczywiście ciężko pracować, skłonna do „autopoprawek”, więc ma szansę na sprawne poradzenie sobie ze swoimi trudnościami. Myślę, że bardzo wiele zależy tu od pracy własnej, adekwatnego poziomu kontroli oraz dbania o sprawdzanie się w nowych sytuacjach, korzystania z pomocy i opinii innych osób. Będzie temu sprzyjać pewna uważność co do swojego sposobu postępowania.

Tak jak u większości klientów, posługiwałam się metodą biograficzną, analizując jego zachowania w kontekście doświadczeń życiowych i zawodowych. Metoda ta daje optymalną możliwość „spojrzenia w duszę” rozmówcy. Myślę, że mój sympatyczny klient, potrafiący ciężko pracować nad różnymi aspektami życia, poradzi sobie również z przypadłością nadmiernego perfekcjonizmu. Posiadana zaś przez niego umiejętność wkładania dużego wysiłku w każde działanie sprawi, że pokona swoje słabości i nauczy się funkcjonować normalnie, w komforcie radości i spełnienia, w otoczeniu życzliwych mu ludzi.

Rzeczywiste potrzeby

Pani Katarzyna przyszła do projektu z przekonaniem, że nie ma zbyt dużych trudności w znalezieniu pracy, zaś udział w projekcie umożliwi pozostawanie w terapii. W jej doświadczeniu zawodowym były zarówno prace w zawodzie zgodnym z kierunkiem jej studiów, jak i takie, które pozwalały na szybkie zarobkowanie poza granicami kraju. Taki obraz własny mógł być podtrzymywany przez krótki czas, dzięki jej umiejętności do prezentowania swoich najmocniejszych stron oraz łatwości w utrzymaniu powierzchownego kontaktu.

Pani Katarzyna miała wizję swojego rozwoju zawodowego, jednak nie czyniła żadnych kroków do osiągnięcia celu. Próby zachęcania do działania przeżywała jako brak wiary w jej możliwości. Kiedy przyszedł moment,

w którym musiała ostatecznie podjąć pracę, gdyż kończyły się pieniądze na utrzymanie, okazało się, że nie jest w stanie w rozmowie z pracodawcą zaprezentować swoich możliwości. Odmowy przyjęcia jej do pracy traktowała jako urazę i wycofywała się z dalszych działań lub bez porozumienia z doradcą i case managerem znacząco zmieniała obszar poszukiwań pracy. Stałe omawianie możliwych działań w ramach terapii, analizowanie motywacji do zmiany oraz nieustępowanie w dziedzinie konieczności poszukiwania pracy, przyniosło efekt w postaci znalezienia zatrudnienia w dużej korporacji. Pani Katarzyna z początku miała częste okresy zwątpienia w swoje możliwości, co także wiązało się z chęcią porzucenia pracy. Udało się to jednak przetrwać, dzięki ograniczaniu zaangażowania w innych dziedzinach życia, np. została przełożona planowana dla niej sesja Development Center, a także została zachęcona do odłożenia planowanej zmiany mieszkania. Obecnie pani Katarzyna dobrze sobie radzi w pracy, jest świadoma swoich możliwości, ale także swoich braków, a jej zaangażowanie zostało zauważone i docenione awansem. Nadal miewa chwile zwątpienia, jednak coraz lepiej potrafi sobie z nimi radzić.

Kiepski rynek pracy

Pan Jędrzek trafił do projektu z myślą, że potrafi ciężko pracować, potrafi się odnaleźć w pracy, ale tylko poza granicami Polski. Miał teorię, że nie wynika to z jego trudności, ale wyłącznie z podejścia polskich pracodawców, którzy są nastawieni na wyzysk pracownika. Przez wiele tygodni nie dopuszczał nikogo do tej sfery swoich przekonań, a na chęć pomocy z naszej strony obrażał się. Powodowało to, że pan Jędrzek znajdował prace, w których był w stanie spędzić od kilku godzin do najwyżej kilku dni. Powodami odejścia były najczęściej nieporozumienia ze współpracownikami lub przełożonymi oraz branie na siebie tak dużej liczby obowiązków, że nie był w stanie im sprostać. Czuł się potem słaby, beznadziejny, tracił chęci do działania, a najczęstszym sposobem wydobycia się z tego stanu była dewaluacja polskiego systemu zatrudnienia. W ten sposób pan Jędrzek nie musiał mierzyć się z tym, co w nim samym jest do zmiany.

Wiele tygodni pracy, skupionej wokół zachęcania klienta do wspólnego analizowania co jest powodem trudności w utrzymaniu zatrudnienia, zaowocowało tym, że można było na bieżąco omawiać trudne sytuacje, które pojawiały się w kolejnej pracy. Pan Jędrzek z dumą opowiadał o tym, jak udało mu

się uniknąć kłótni z przełożonym, zachowując przy tym własne zdanie, jak zaprzyjaźnia się ze swoim najbliższym współpracownikiem. W momentach kryzysu pan Jędrzek przestawał doceniać wsparcie projektu, czuł się oszukany, bo uważał, że projekt skierowany na aktywizację zawodową powinien zapewnić mu awans, a praca, którą wykonuje to nie jest zbyt duże osiągnięcie. Wówczas starałam się mu uświadamiać, że jego sukcesem jest utrzymanie pracy, dobre kontakty w niej i satysfakcja, którą na codzien czuje, a niekoniecznie awans na wyższe stanowisko. Mimo poważnych trudności oraz zakorzenionych przekonań udało się pomóc panu Jędrkowi, który podjął pierwsze skuteczne kroki do poradzenia sobie w sferze zawodowej.

Proszę się nie wtrącać

Pan Bartosz od wielu lat nie pracował zawodowo, na co dzień pomagał w prowadzeniu rodzinnej firmy, ale nie miał tam zagwarantowanych stałych dochodów, godzin pracy ani ubezpieczenia. Na początku wydawał się bardzo zmotywowany do zmiany swojej sytuacji, choć miał dużo wątpliwości dotyczących tego, czy może być atrakcyjny na rynku pracy, skoro nie ma dobrego wykształcenia oraz udokumentowanego doświadczenia zawodowego. Pan Bartosz chętnie przyjmował sugestie na ten temat i sam wносił swoje pomysły na rozwój. Jednak szybko okazało się, że poza deklaracjami nie jest w stanie zaangażować się w poszukiwanie pracy. Stale przesuwiał wspólnie ustalone terminy działań aktywizujących, zaślaniając się obowiązkami w rodzinnej firmie. Jednocześnie zapewniał o chęci zaangażowania i zmiany swojego życia. Skonfrontowany z dwuznacznością swojego postępowania oraz zobowiązany do konkretnych działań ostatecznie zrezygnował z udziału w projekcie.

Pan Bartosz wycofał się i liczne, długotrwałe wysiłki pracującego z nim zespołu nie przyniosły pożądanych efektów. Bez względu na to, jak określone zostaną przyczyny takiego obrotu sprawy, trzeba podkreślić, że nawet przy ogromnym zaangażowaniu i profesjonalnym przygotowaniu, doradca zawodowy nie zawsze może mieć wpływ na postępy klienta.

Mogę wszystko!

Pani Jagoda była młodą osobą, studentką V roku studiów. Za sobą miała kilkumiesięczne doświadczenie zawodowe w formie stażu w administracji publicznej. Na pierwszym spotkaniu ze mną jasno określiła swoje oczekiwania, zdecydowanie poprosiła o pomoc w przygotowaniu się do rozmowy kwa-

lifikacyjnej oraz pomoc w sporządzeniu dokumentów aplikacyjnych. Na pytanie jakiej pracy szuka, pani Jagoda z dużym przekonaniem odparła, że wiele, zawodów może wykonywać. Wielokrotnie podkreślała, że „powinny być to prace, które są związane z ludźmi”. Wskazała szeroki obszar: administracja, biuro nieruchomości, kancelaria prawna, praca w sekretariacie, doradztwo zawodowe, centra handlowe (praca w drogeriach, sklepach odzieżowych, kawiarniach, księgarniach), może podjąć prace jako trener tańca towarzyskiego, archiwista, agent ubezpieczeniowy, doradca finansowy, z łatwością będzie wykonywała zadania związane z realizacją Europejskiego Funduszu Społecznego. Wszędzie tam gdzie mogłaby wykorzystać umiejętności „negocjacyjne oraz perswazyjne w pracy z ludźmi”.

Pani Jagoda prezentowała przekonanie, że ma dużą łatwość w pracy z ludźmi, że jest osobą posiadającą wysokie kompetencje interpersonalne, które mogłaby wykorzystać w pracy z drugim człowiekiem. Na spotkaniu zaobserwowałam, że jest to osoba bardzo chaotyczna, ze sporymi brakami właśnie w kompetencjach niezbędnych w pracy z ludźmi. Pani Jagoda wybiórczo słuchała tego co mówię, w jej wypowiedziach było dużo chaosu, a jej mowa ciała często była niedostosowana do komunikacji werbalnej. Zdecydowanie nie posiadała większości deklarowanych kompetencji.

Skuteczne wzmocnienia

Pani Iga mimo dobrych kwalifikacji zawodowych, dobrego wykształcenia i wieloletniego doświadczenia, zauważała w swojej historii zawodowej głównie porażki, stracone szanse, niskie kompetencje. Porównywała się z innymi, i to wzmacniało jej przekonanie, że faktycznie niewiele ma do zaoferowania pracodawcy. Obawiała się konfrontacji z zadaniami na stanowisku pracy, wymagań położonych, braku akceptacji w środowisku współpracowników. Była zmotywowana, ale lęk przed niepowodzeniem hamował jej aktywność ukierunkowaną na stanowiska pracy, którymi była zainteresowana. Wobec tego bezpieczniej się czuła, gdy aplikowała o pracę poniżej swoich kompetencji, a to z kolei wpływało na niskie poczucie własnej wartości.

W swojej historii zawodowej miała wiele ciekawych doświadczeń zawodowych, które były źródłem konkretnych umiejętności. Mówiła jednak o nich ostrożnie, umniejszając ich wagę i znaczenie. Podczas rozmowy była uważna, podejmowała trud adekwatnego nazywania interesujących ją obszarów zawodowych, i próby analizy tych aspektów pracy, które były dla niej ważne oraz

satysfakcjonujące, a które były zarazem zbyt dużym wyzwaniem. W rozmowie zachowywała się swobodnie i była konkretna. Deklarowała zrozumienie dla wysiłku jaki musi włożyć w opracowanie swojej koncepcji zatrudnienia oraz w poszukiwanie pracy. Obawiała się tego, że w związku „ze swoją depresyjnością” będzie miała trudności w zmobilizowaniu się, gdy pojawią się sytuacje trudne, również te związane z samym procesem poszukiwania pracy.

W trakcie pracy wyzwaniem dla niej było wzmocnienie jej samooceny, wykluczenie ulubionych sformułowań: „nie jestem pewna”, „mogę nie podołać”, „inni są ciekawsi”, „nie chcę, żeby ktoś znowu mnie krytykował”. Powoli pani Iga zauważyła, że o wielu aspektach swojego doświadczenia nie pomyślała. Zgodziła się na wizualizację swojej wymarzonej pracy, z nakreśleniem jak największej ilości szczegółów, a w dalszej kolejności opracowała swój list motywacyjny do „wymyślnego” pracodawcy. W efekcie podjęła działania. Analizowała za i przeciw poszczególnych ofert. Ta analiza pomogła jej doprecyzowywać oczekiwania wobec pracy. Bardzo obawiała się o swoją kondycję psychiczną, ale stale wyrażała nadzieję, że kontakt z terapeutą pomoże jej poukładać „obszary zagrożone”. Chodziła na rozmowy z pracodawcami.

Pani Iga, po wielu latach braku aktywności zawodowej, podjęła pracę w ramach wolontariatu, następnie stażu i ostatecznie na etat. Przełamała bariery silnego niepokoju związanego z odpowiedzialnością za powierzane jej zadania na każdym etapie pracy. Był to proces bardzo istotny dla wzmocnienia jej poczucia własnej wartości („skoro pracodawca proponuje zmiany, to najpewniej jest zadowolony z pracownika”). Pani Iga potrzebowała „twardych” argumentów do budowania swojego scenariusza zatrudnieniowego. Bardzo ważna była dla niej informacja zwrotna. Potrzebowała pozytywnych wzmocnień, określenia kolejnych kroków w poszukiwaniu pracy, informacji zawodowej, a także dzielenia się doświadczeniem oraz swoimi opiniami na każdym etapie pracy z doradcą.

Bardzo skuteczną okazała się w jej przypadku praca na zasobach. Ich identyfikacja, a następnie wzmocnienie i atrybucja kontroli spowodowały, że poczuła się właścicielką wielu kompetencji. Ćwiczyłyśmy umiejętność posługiwania się językiem osiągnięć, przez co znacznie lepiej radziła sobie w formułowaniu pozytywnych opinii dotyczących własnych osiągnięć i rezultatów swoich działań. Wizualizacja oraz budowanie scenariusza poszukiwania pracy w oparciu o mapę myśli, pomogło jej zauważyć wiele możliwości. Obawy „czy sobie poradzę”, „nie jestem pewna czy są zadowoleni z mojej pra-

cy”, „raczej mnie akceptują”, zmieniły się w stwierdzenie: „Chcę iść do przodu, być wśród ludzi oraz zdobywać nowe umiejętności, trzeba próbować”. Pani Iga nadal potrzebowała „bezpiecznego zaplecza”, do którego mogła się odwołać w sytuacji niepewności, co sprawiło, że pomimo podjęcia pracy doceniła możliwość uczestniczenia w terapii.

Docenianie wsparcia

Pani Alicja z zadowoleniem przyjęła propozycję spotkania z doradcą zawodowym. Wcześniej kontaktowała się e-mailowo. Była zainteresowana zakresem współpracy z doradcą zawodowym oraz uznała, że w przedstawionym jej obszarze faktycznie potrzebuje wsparcia. Pani Alicja była zaangażowana w poszukiwanie rozwiązań, rozważała możliwości, ale też zgłaszała wątpliwości dotyczące własnych kompetencji. Zainteresowała się strategią stworzenia własnej oferty dla pracodawcy. Analiza dokumentów aplikacyjnych była okazją do zwrócenia jej uwagi na kwestie związane z autoprezentacją. Po omówieniu znaczenia i roli dokumentów aplikacyjnych, klientka uznała, że powinna dokonać zmian w swoich dokumentach. Wzmocnienie i ukierunkowanie jej na analizę posiadanych atutów zaowocowało kilkoma pomysłami na wprowadzenie zmian.

W relacji ze mną była ufna i bardzo pozytywnie oceniała swój udział w projekcie. Wyróżniała ją otwartość, ale też samodyscyplina. Zawsze była przygotowana do spotkań i zgłaszała problem, który chciała omówić. Można uznać, że potrafiła dobrze wykorzystać dany jej czas. Było to zapewne wynikiem dobrego przygotowania wprowadzającego do spotkania z doradcą zawodowym oraz terapii. Obserwowała dokonujące się zmiany w swoim funkcjonowaniu, nazywała je i interpretowała jako postęp, czasami mówiła: „nie chce mi się wierzyć, że ja to zrobiłam”, „jeszcze niedawno nie byłabym w stanie nawet pomarzyć o takiej pracy”.

Podczas naszych spotkań podejmowała tematy samooceny, radzenia sobie ze stresem, komunikowania się w pracy. Stale towarzyszył jej niepokój i wiele wątpliwości dotyczących poradzenia sobie w różnych sytuacjach, zarówno w życiu jak i w pracy. Mimo, że powoli nabierała pewności siebie, to stale pozostawał duży margines niepewności. Obawy przed zbyt dużym obciążeniem w pracy, a także potrzeba wywiązania się z oczekiwań pracodawcy, powodowałyby częsty dyskomfort. W sytuacji narastającego niepokoju konsultowała się z terapeutą, doradcą zawodowym i case managerem, którzy starali

się podtrzymać jej motywację do podejmowania wyzwań. Przyznawała się, że kusi ją powrót pod skrzydła opieki społecznej, ale drobne sukcesy tworzyły „pajęczynki” nadziei. Zauważała, że doświadczenia w projekcie są dla niej rozwojowe, lecz nadal towarzyszyło jej poczucie braku stabilności i karuzela emocjonalna.

Podtrzymywanie motywacji, identyfikowanie stanów emocjonalnych, które towarzyszyły Pani Alicji, pozostawanie w gotowości do podjęcia kontaktu w razie potrzeby oraz udostępnienie jej stałego kontaktu telefonicznego, dawały jej poczucie bycia ważną. Uczyla się także dawać wzmocnienia innym, np. doceniając kontakt z doradcą zawodowym. Początkowo ambiwalentny stosunek pani Alicji do aktywności zawodowej, w miarę upływu czasu kryształizował jej potrzebę podjęcia pracy i uznanie, że praca ma istotne znaczenie dla poczucia własnej wartości oraz dla potwierdzenia przydatności posiadanych kompetencji.

Co z moim wizerunkiem

Pani Bożena w mailu poprzedzającym pierwsze spotkanie ze mną wyraziła gotowość współpracy dotyczącej znalezienia pracy. Podczas spotkania mocno akcentowała jak ważne jest to, aby ta praca faktycznie była dla niej odpowiednia, tj. uwzględniała jej doświadczenie, możliwości i inne ważne aspekty, jak kreatywność i samorealizacja. O swoim doświadczeniu zawodowym mówiła dość obojętnie, lecz chętnie rozwijała te wątki pracy, które były dla niej satysfakcjonujące. Chciała sprawić oraz sprawiała wrażenie osoby, która wiele wie i potrafi oraz nie będzie miała problemów z autoprezentacją. Angażowała się w rozmowę ale też zachowywała dystans. Deklarowała wysoką motywację do zatrudnienia i widziała możliwe scenariusze swojej aktywności zawodowej, które chciała ze mną dopracować. Przejawiała skłonność do kontrolowania przebiegu rozmów. Nie unikała osobistych opinii i ocen. Uważała, że ujawnienie swoich pomysłów czy zaangażowania, to nie jest problem. Potrafiła określić swoje potrzeby, zrelacjonować doświadczenie zawodowe i uważała, że ich zaprezentowanie jest sprawą prostą. Akcentowała potrzebę niezależności w pracy, ale jednocześnie odczuwała bezsilność i potrzebę impulsu mobilizującego ją do działania.

Pani Bożena była świadoma swoich kompetencji, bardzo inteligentna, kreatywna, sprawiała wrażenie osoby będącej w pełnej gotowości do aktywności. Jednak duża labilność emocjonalna, skutkująca wysoką lecz krótkotrwałą

motywacją, a innym razem kompletnym jej brakiem i zniechęceniem, zamykaniem się w domu i utratą kontaktu, stanowiły bardzo poważną barierę do „wprowadzenia” jej dużego potencjału zawodowego na rynek pracy. Pozorna pewność siebie i jednocześnie konflikty wewnętrzne, wrażliwości i słabości, powodowały trudności w systematycznym i konsekwentnym poszukiwaniu pracy.

Kluczowym obszarem w pracy z panią Bożeną było podtrzymywanie jej aktywności w poszukiwaniu pracy. Dobre określenie celów, w tym zawodowych, było istotne, gdyż mogło ułatwić jej kontrolę nad własnym działaniem. W trakcie pracy ze mną te cele zmieniały się. Szczególne znaczenie miała poprawność ich formułowania. Punktem wyjścia do działań związanych z poszukiwaniem pracy był cel – pozytywnie sformułowany i poddany analizie SMART. Pani Bożena miała skłonność do formułowania celów w sposób negatywny. Sprawnie identyfikowała przeszkody, jakie mogą pojawić się podczas różnych działań, a moje wsparcie koncentrowało się na ukierunkowaniu jej na poszukiwanie rozwiązań. Każde podjęte przez panią Bożeną działanie było pretekstem do wzmocnień, które wykorzystywałam jako punkt wyjścia do planowania kolejnych aktywności.

Co zawiodło? Zbyt wczesne uznanie, że klientka jest dobrze przygotowana do poszukiwania pracy, że aktywnie jej poszukuje, a podjęta praca wolontaryjna jest dobrym zwiastunem na przyszłość. Mimo, że taka aktywność klientki stała się faktem, to jednak jej chęć do działania, pozostająca w przeciwstawie do pojawiającego się poczucia bezradności i niemożności, wciąż pozostaje obszarem do wsparcia doradczego i być może terapeutycznego.

Zmiana to trudne wyzwanie

Pani Beata posiadała różnorodne doświadczenia zawodowe, określone preferencje zawodowe oraz profil zawodowy, ustalony cel zawodowy, dobrą orientację na rynku pracy, umiejętność konfrontowania wymagań pracodawców z własnym potencjałem zawodowym. Miała również profesjonalnie przygotowane dokumenty aplikacyjne. Taki był początek współpracy z panią Beatą ukierunkowanej na poszukiwanie pracy.

Z czym musieliśmy się zmierzyć? Pani Beata musiała działać, a ja doradca zawodowy miałam wspierać jej działania. Bazując na swoich preferencjach, pani Beata wypracowała scenariusz poszukiwania pracy. Zidentyfikowała potencjalnych pracodawców i uznała, że interesuje ją najbardziej praca samo-

dzielna, nie obwarowana procedurami, w zespole kompetentnych i rzetelnych osób. Zaczęła działać. Ustaliła ze mną bardzo szczegółowy plan, sprawnie radziła sobie z wyszukiwaniem ofert pracy. Ćwiczyła rozmowę kwalifikacyjną. Pozostawało przezwyciężenie oporu w składaniu aplikacji do pracodawcy, wiązało się to bowiem z koniecznością relacji z innymi osobami. Gdy miała zanieść swoją ofertę osobiście, panikowała, miała poczucie narzucania się, uważała, że to nieeleganckie. Brak wcześniejszych doświadczeń związanych z poszukiwaniem pracy stawiał ją w trudnej sytuacji. Mimo deklaracji, że postrzega to zadanie jako proste i łatwe, ociągała się z jego wykonaniem.

Stawianie sobie wymagań mobilizowało panią Beatę, ale głównie wtedy, gdy nie miała poczucia, że będzie się to wiązało z jakimś zobowiązaniem. Dobre przygotowanie do poszukiwania pracy było co prawda milowym krokiem do przodu, ale brak motywacji zatrzymywał ją w połowie drogi. Podejmowała zatem dwa działania: jedno ukierunkowane najchętniej na pracę dorywczą, nie wymagającą dyscypliny, i drugie zwalniające ją z poszukiwania pracy, gdyż „inne” aktywności są absorbujące i być może na teraz „łatwiejsze lub ciekawsze” od poszukiwania pracy.

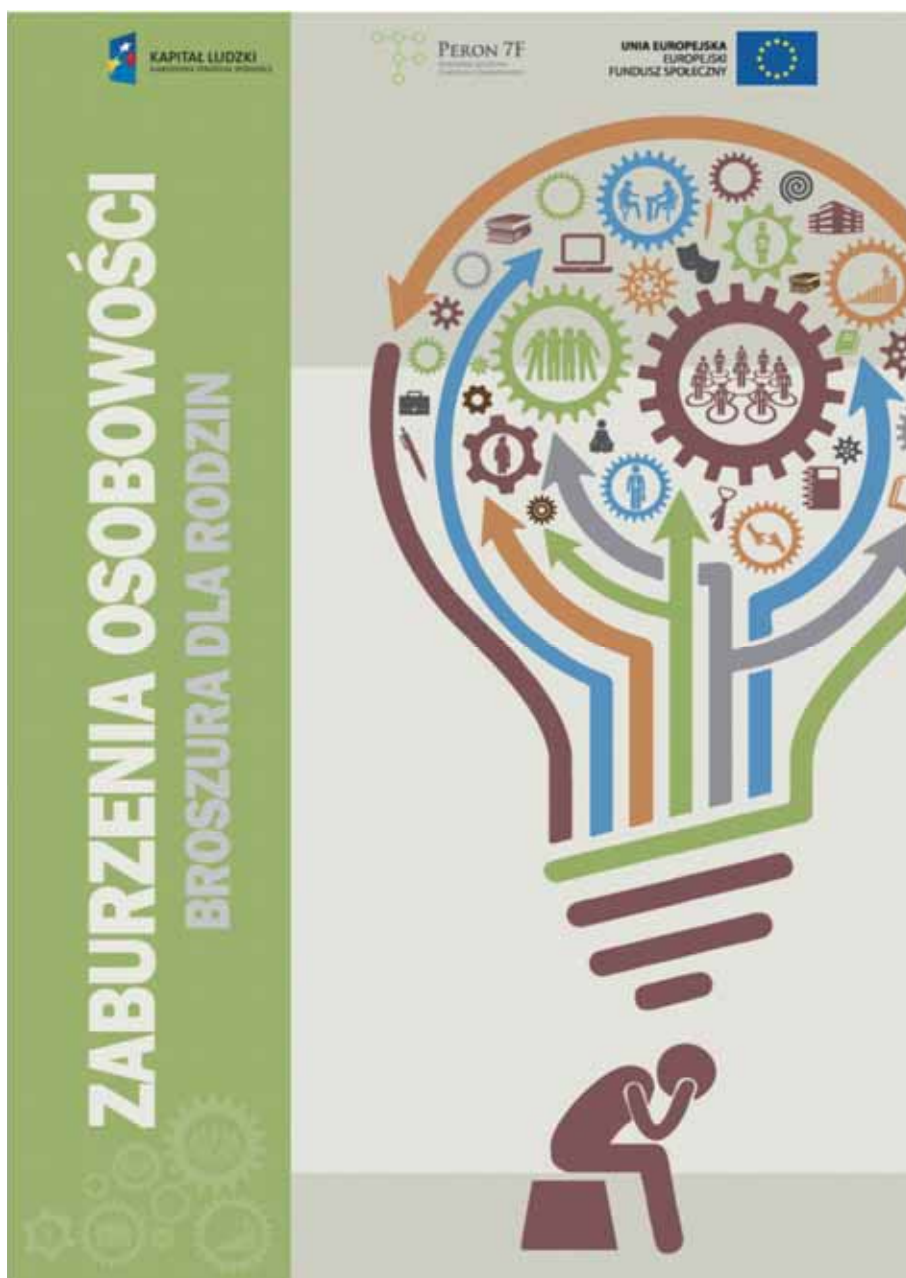
Pani Beata potrzebowała ustalać i nazywać trudności. To dawało jej poczucie wywiązania się z naszych wspólnych ustaleń. Zidentyfikowane trudności były pretekstem do zwalniania tempa poszukiwania pracy, a trud związany z jej poszukiwaniem stawał się bezsensowny „bo i tak nic się nie zmieni”. W podejmowanych przedsięwzięciach nie mogła pozostawać sama. Zdecydowanie potrzebowała wsparcia. Pani Beata deklarowała silną potrzebę podjęcia pracy, jednak akcentowała równocześnie swoje obecne zobowiązania, koncentrowała się na przeszkodach i odsuwała decyzje zawodowe na dalszy plan. Widziała potrzebę kontaktowania się z pracodawcami, ale obawiała się tego, czy zostanie sprawiedliwie oceniona jako kandydatka oraz jakie warunki pracy zostaną jej zaproponowane. Motywacja do unikania zderzała się tu z motywacją do działania. Gdy zwyciężała ta druga, pani Beata kontaktowała się ze mną i ustalała szczegółowy plan działania, gdy pierwsza, złościła się na siebie, wycofywała, traciła nadzieję oraz cierpiała.

Pani Beata miała trudności z utrzymaniem systematyczności w kontaktach oraz z utrzymaniem ciągłości działań. Przy w miarę stabilnym stanie równowagi psychofizycznej miała trudności w znoszeniu ambiwalencji dwóch stanów równocześnie: poczucia siły i mocy oraz poczucia słabości oraz niemożności. Chciała być „poprawna” i spełnić zobowiązania przyjęte w pro-

jekcie, ale jednocześnie „odsuwała od siebie” wejście w pełną aktywność zawodową.

Pomimo dobrego przygotowania do poszukiwania pracy i wielu działań w tym kierunku, pani Beata nadal angażowała się w prace wolontaryjne. Powoli przekonywała się, że podjęcie pracy wiąże się z koniecznością dłuższego bycia w jednym miejscu, aby krok po kroku dojść do zatrudnienia. Ponieważ bywały okresy, kiedy wysoki poziom zwątpienia w dobry rezultat poszukiwania pracy powodował jej wycofywanie się, konieczne było ciągle wspieranie pani Beaty w utrzymywaniu aktywności. Zidentyfikowane zasoby odniesione do ofert dostępnych na rynku pracy nie spełniły swojej roli, gdyż brak pełnej akceptacji dla funkcjonowania w charakterze pracownika najemnego mocno obniżał jej motywację. Ponieważ doświadczenia wynikające z kontaktów z pracodawcami podczas rozmów o pracę były szczegółowo omawiane z doradcą, stale pojawiała się wątpliwość dotycząca kwestii uzyskania i utrzymania samodzielności w pracy oraz podporządkowania się. Własna działalność gospodarcza, na tamtą chwilę, nie była scenariuszem realnym. Ważnym aspektem pracy doradczej była analiza bieżących doświadczeń związanych z doświadczeniem pracy w projekcie oraz podejmowaniem kolejnych kroków w poszukiwaniu pracy, trudności z motywacją i utrzymaniem stałej aktywności, a także racjonalizacja powodów braku działań. Określenie wybranego profilu zawodowego i przygotowane przez panią Beatę portfolio, dało jej większą pewność w kontaktach z pracodawcami.

Załącznik 2



FUNDACJA IM. B. WINIDA
NA RZECZ ROZWOJU PSYCHOTERAPII PSYCHOANALITYCZNEJ

**ZABURZENIA OSOBOWOŚCI
BROSZURA DLA RODZIN**

Kinga Gaudyn
Małgorzata Król
Aleksandra Wiczorek
Zofia Winiarska

Kraków, 2015

Opracowanie powstało w ramach projektu „*Centrum Integracji – by móc kochać i pracować*” realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Priorytet VII. Promocja integracji społecznej, *Działanie 7.2. Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej, Poddziałanie 7.2.2. Wsparcie ekonomii społecznej.*

Publikacja w całości finansowana jest ze środków Unii Europejskiej

Redakcja: Katarzyna Ociepka-Miąsik

Rysunek na okładce: Marcin Mendocha

Kraków, 2015

Fundacja im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej

Peron 7F Ośrodek Leczenia Zaburzeń Osobowości

Spis treści

	Str.
1. Zamiast wstępu	174
2. Geneza zaburzeń osobowości, skąd pochodzą, czynniki ryzyka	176
3. Zaburzenia osobowości – jak leczyć?	181
4. Relacje rodzinne	185
5. Znaczenia zdrowych elementów w pacjentach, tzw. zdrowe elementy społecznościowe	189
6. Co potrafią a czego nie potrafią osoby z zaburzeniami osobowości w zakresie emocji, budowania relacji	194
7. Jaka jest rola rodziny, co rodzina powinna robić a czego nie?	199
8. Zaburzenia osobowości a samobójstwa, samookaleczenia, zachowania autoagresywne	201

Zamiast wstępu

1. Zaburzenia osobowości to nie choroba, którą można złapać, albo się z nią urodzić, to raczej sposób bycia. Zaburzenia osobowości rozwijają się wraz z dojrzewaniem. To znaczy, że niektóre aspekty osobowości mogą powodować powtarzające się problemy w życiu, zwłaszcza w relacjach. Trudności mogą pojawiać się w relacjach z rodziną, przyjaciółmi, w pracy, w kontaktach z osobami pełniącymi funkcję opiekuńczą, a często we wszystkich relacjach społecznych łącznie.
2. Wyróżniamy 10 typów zaburzeń osobowości. Wielu klinicystów oraz pacjentów nie uznaje tych kategorii za użyteczne, jako że większość osób z głębszymi zaburzeniami osobowości ma objawy mieszane z różnych typów i precyzyjna diagnoza nie pomaga w decydowaniu o sposobie leczenia. Wielu profesjonalistów używa mniej pejoratywnych określeń, takich jak „zespół PTSD”, albo „zaburzenia więzi”, albo skal, aby pokazać, że każdy jest na skali między lekkim a głębokim zaburzeniem: „każdy ma osobowość i nikt nie jest doskonały”.
3. Owe 10 typów zaburzeń dzieli się na grupy A, B i C (wg klasyfikacji DSM-IV).
 - grupa A: dziwnych i ekscentrycznych (osobowość paranoidalna, schizoidalna, schizotypowa);
 - grupa B: dramatycznie emocjonalnych czy niekonsekwentnych (osobowość histrioniczna, narcystyczna, antysocjalna i *borderline*);
 - grupa C: bojaźliwych i lękowych (osobowość obsesyjno-kompulsywna, unikająca i zależna).
4. Zaburzenia są bardzo powszechne – niektórzy badacze mówią o ponad 13% populacji, 25% spośród konsultacji lekarskich w biedniejszych dzielnicach miast, o większości więźniów, i w końcu o połowie osób bezdomnych oraz od jednej do dwóch trzecich pacjentów szpitali psychiatrycznych. Generalnie pracujemy na rzecz około 4% spośród dotkniętych tym problemem ludzi, którzy mogliby skorzystać z pomocy.
5. Tym, którym można zdiagnozować zaburzenia osobowości, mogą towarzyszyć inne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, zaburzenia jedzenia, ataki paniki czy nadużywanie lekarstw.

6. Ci, którzy czują się nieszczęśliwie ze swoją osobowością i poszukują pomocy, to w większości osoby należące do grupy B: *borderline*, histrionicznych i narcystycznych. Osoby antysocjalne, także z grupy B, wcześniej określane jako „psychopaci”, trafiają najczęściej do więzienia. Ci z grupy A „żyją we własnym świecie” i rzadko poszukują pomocy specjalistycznej, a osoby ze zdiagnozowanymi paranoidalnymi zaburzeniami osobowości mogą być bardzo podejrzliwe i skarżące się. To zachowanie jest bliskie osobom z zaburzeniami obsesyjno – kompulsywnymi z grupy C. Inni z grupy C są często zbyt bojaźliwi i zawstydzeni, by szukać pomocy.
7. Przyczyny są kombinacją tego co się dziedziczy i jest zapisane w mózgu oraz doświadczeń uzyskanych we wczesnym dzieciństwie. Eksperti różnią się w ustaleniach, co ma większy wpływ, ale wszyscy zgadzają się co do znaczenia obu tych elementów.
8. Cokolwiek jest przyczyną, przyjmuje się, że nieprzychylnie traktowanie może zezłościć takie osoby. Nazywa się to „cyklem odrzucenia” i może stać się gdziekolwiek, gdzie osoby z zaburzeniami osobowości pozostają w relacjach z innymi ludźmi.
9. Bezwiednie, czy robiąc to w sposób niezamierzony, osoby z zaburzoną osobowością mogą wzbudzać w innych silne emocje. Profesjonaliści muszą mieć sposoby, by sobie z tym radzić, zazwyczaj poprzez tzw. superwizję. W niektórych podejściach, rozumienie tego co się dzieje jest częścią terapii. Pozostały personel natykając się na ludzi z problemami tego rodzaju, również potrzebuje sposobów na radzenie sobie z tymi złymi emocjami (złość, wrogość, bezużyteczność), które nie są w rzeczywistości ich własnymi.
10. Do dzisiaj nie ma w naszym kraju żadnego programu, który w sposób systemowy określałby, na jaką pomoc medyczną, psychologiczną lub socjalną mogliby liczyć pacjenci z zaburzeniami osobowości. W przestrzeni społecznej dostrzegane są jedynie fakty, których tłem są zaburzenia osobowości: m.in. samobójstwa, zaburzenia jedzenia, samookaleczenia, agresja, „znieczulica”.

Niezależnie, czy diagnoza została już postawiona, czy masz obawy, towarzyszy Ci niepokój, że ktoś bliski ma poważne emocjonalne trudności i nie radzi sobie w kontaktach z otoczeniem czy w relacjach zawodowych, to propozycja dla Ciebie.

Geneza zaburzeń osobowości, skąd pochodzą, czynniki ryzyka

Anna ma 40 lat. Mieszka samotnie od paru lat. Wcześniej była w paru, bardzo burzliwych związkach. Jej partnerzy zazwyczaj odchodzili po dłuższym lub krótszym okresie czasu nie mogąc wytrzymać nieustannych awantur i podejrzliwości. Rodzina też stara się obchodzić z nią jak najłagodniej. Przy rodzinnych spotkaniach nigdy nie wiedzą, kiedy wybuchnie. Często dopatruje się złych intencji. Wielokrotnie zmieniała prace. Zazwyczaj pracodawca nie przedłużał jej umowy. Kiedy próbowała się dowiadywać o powody, zawsze słyszała podobne słowa: trudności we współpracy.

Rafał ma 25 lat. Od dziesięciu lat leczy się psychiatrycznie z powodu trudnych do określenia lęków, stanów apatii, samookaleczeń. Bywają okresy, że przez parę tygodni nie wychodzi ze swojego pokoju. Sam rzadko wychodzi z domu. Nie ma przyjaciół, ani znajomych. Czas spędza leżąc w łóżku lub przed komputerem. Kilka razy podejmował dorywcze prace. Zwykle nie pracował dłużej niż kilka dni. Z trudem skończył liceum, ale do matury już nie podszedł. Nigdy nie był w żadnej intymnej relacji. Sprawia wrażenie obojętnego na wszystko, co się wokół niego dzieje.

Katarzyna ma 35 lat. Mieszka z mężem i pięcioletnią córką. Ma wyższe wykształcenie. Po urodzeniu córki nie wróciła do pracy zawodowej. Pojawiły się napady paniki, podczas których boi się, że umrze. Czasami myśli, aby odebrać sobie życie. Boi się zostać w domu sama z dzieckiem. Praktycznie cały czas ktoś musi obok niej być – mąż, matka, sąsiadki. Od zawsze była wycofana, małomówna i oczekiwała dużego wsparcia od otoczenia. Nigdy nie podejmowała decyzji samodzielnie. Szkołę i studia wybrali rodzice. Ona sama zazwyczaj ma problem, aby zamówić sobie coś samej w restauracji. Zwykle zamawia to, co inni.

Joanna ma 20 lat. Uciekła z domu 3 lata temu. Nie ma stałego miejsca zamieszkania ani pracy. Od 5 lat leczy się psychiatrycznie z powodu niestabilności nastroju, myśli samobójczych, samookaleczeń, lęków, bulimii. Już 7 razy była w szpitalu psychiatrycznym. Zazwyczaj powód jest taki sam: próba samobójcza – leki plus szklanka wódki lub przecięte żyły w nadgarstku. Po 2–3 tygodniach opuszcza szpital na własne żądanie. Zachowania samobójcze zwykle poprzedzone są kłótnią z kimś bliskim: partnerem, przyjaciółką. Sytuację, w której ktoś się spóźnił, zapomniał zadzwonić, przeży-

wa jako odrzucenie i odtrącenie. Czuje się wtedy bezwartościowa i samokaleczy się, objada się i wymiotuje, etc.

Każda historia jest inna. Wspólna jest diagnoza oraz cierpienie przedstawionych tu osób i ludzi ich otaczających. Spróbujmy się przyjrzeć czym są zaburzenia osobowości? Skąd się biorą? Jakie są ich rodzaje?

Aby mówić o zaburzeniach osobowości, warto najpierw zastanowić się, co to jest osobowość. Osobowość ma każdy z nas. To ona określa jacy jesteśmy i odróżnia nas od innych ludzi. To zbiór cech właściwych tylko nam. Jest wypadkową uwarunkowań biologicznych i oddziaływań środowiska, w jakim przychodzimy na świat i dorastamy. Uwarunkowania biologiczne psychologia nazywa temperamentem. Oznacza to, że każdy z nas ma uwarunkowaną genetycznie skłonność do przejawiania określonych zachowań, do reagowania w określony sposób.

Przykładem takiej pierwszej próby opisaną czym jest **temperament** jest podział, który zastosował Hipokrates w Starożytności. Podzielił on ludzi na cztery typy: melancholiczny, choleryczny, sangwiczny i flegmatyczny. Każdemu z nich przypisał charakterystyczne dla niego zachowania i cechy. Melancholik to osoba depresyjna, wrażliwa, dążąca do perfekcji. Choleryk jest porywczy, mało wyrozumiały i ma zdolności przywódcze. Sangwiniak – to osoba pogodna, towarzyska często nieorganizowana. A flegmatyk to ktoś powolny, spokojny, powściągliwy i beznamiętny. Hipokrates podział ten oparł na wnikliwych obserwacjach otaczających go ludzi ale do pewnego stopnia pozostaje on nadal aktualny. Co więcej współczesna nauka próbuje szukać jego podłoża neurobiologicznego.

Drugą składową to **charakter**, czyli cechy, które nabywamy w trakcie wychowania, które kształtują się pod wpływem różnych doświadczeń życiowych. Podkreśla się szczególne dla jego ukształtowania znaczenie doświadczeń jakich doznaliśmy w pierwszych latach życia. Charakter wskazuje na stopień, w jakim udało się nam dostosować do otaczającej nas rzeczywistości i wymogów społecznych, w których żyjemy. Czasami utożsamia się go z osobowością i używa tych pojęć wymiennie.

Wiedząc czym jest osobowość, łatwiej zrozumieć czym są zaburzenia osobowości. Osobowość oznacza pewien zbiór cech, którymi dysponujemy. Cech, które po części wynikają z biologii (temperamentu), a po części z wychowania i doświadczeń życiowych (charakteru). W zależności od okoliczności społecz-

nych i kulturowych, w jakich przychodzi nam żyć, cechy którymi dysponujemy, mogą pomagać nam żyć w tych warunkach (przystosować się do nich) lub nie. Jeśli potrafimy się dobrze przystosować, to zazwyczaj czujemy się spełnieni w życiu. Prowadzimy satysfakcjonujące nas życie rodzinne, towarzyskie i zawodowe. Jeśli natomiast przeważać będą tzw. cechy nieprzystosowawcze (patologiczne) lub jedna z posiadanych cech przybierze takie nasilenie, które uniemożliwi nam przystosowanie się do życia w konkretnych warunkach, będziemy mówić o patologii osobowości.

Aby rozpoznać zaburzenia osobowości musi być spełnionych kilka warunków:

1. indywidualne cechy danej osoby muszą być poza „normą” istniejącą w danej społeczności i być źródłem poważnych trudności i cierpienia dla niej i/lub jej otoczenia, powinny w wyraźny sposób upośledzać jej funkcjonowanie;
2. problematyczne cechy muszą być trwałe czyli muszą się utrzymywać przez długi czas; zazwyczaj pojawiają się w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości i utrzymują się w późniejszym życiu;
3. problematyczne cechy są wszechobecne, co oznacza, że są obecne w większości lub nawet we wszystkich aspektach życia danej osoby. Powodują cierpienie i trudności w takich obszarach jak: kwestie intymne, rodzinne i relacje społeczne. Cechy te wpływają na sposób, w jaki dana osoba postrzega świat wokół siebie, na jej stosunek do siebie i do otoczenia np. w szkole, czy w pracy. Mogą również wpływać na sposób, w jaki odnosi się ona do możliwych źródeł pomocy.

Wracając do przytoczonych wcześniej historii, u każdej z tych osób wszystkie 3 warunki są spełnione. Osoby te posiadają cechy, które stanowią źródło poważnych trudności i cierpienia dla nich samych oraz ich otoczenia. Np. Pani Anna jest kłótliwa, pan Rafał – skrajnie wycofany, pani Katarzyna nadmiernie zależna, a pani Joanna skrajnie niestabilna emocjonalnie. U każdej z tych osób cechy te pojawiły się co najmniej w okresie dojrzewania i utrzymują się, nie przemijają. Cechy te rzutują na prawie wszystkie obszary ich życia i powodują różnorodne problemy w pracy, w życiu rodzinnym, etc.

Bardzo znamieny dla zaburzeń osobowości jest fakt, że wywołują one bardzo żywe, często gwałtowne reakcje emocjonalne w osobach, z którymi wchodzi w interakcje. Bardzo często jest to irytacja, złość, niechęć. Ale pojawić się również mogą uczucia bezradności, lęku, nadmiernej troski, poczucia

winy. Bycie na co dzień z taką osobą wiąże się z licznymi, różnorodnymi trudnościami. Rodzina pani Anny boi się z nią spotykać, boi się odezwać, aby nie sprowokować kolejnego wybuchu złości i wielotygodniowego zerwania kontaktu. Próbuje chodzić na paluszkach wokół niej, ale i to nie zawsze pomaga. Jej partnerzy nie wytrzymywali tego i odchodzili. Mąż pani Katarzyny zmęczony jest ciągłym niezdecydowaniem żony, koniecznością niańczenia jej i obawami przed pozostawieniem jej samej z dzieckiem. Rodzice pani Joanny umierają ze strachu o nią, ale nie są w stanie nawiązać z nią kontaktu. Uciekła z domu jak miała 17 lat. Czasami wraca do nich, gdy czegoś potrzebuje. Ale gdy to dostaje, znów jej nie widzą przez długie tygodnie. Rodzice pana Rafała próbowali różnych rzeczy. Są coraz bardziej zaniepokojeni jego stanem, ale czują się całkowicie bezradni. Zaczynają się martwić, co się z nim stanie, gdy ich zabraknie.

Skąd się biorą zaburzenia osobowości? Aktualnie nauka nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych rozważa się podłoże bio-psycho-społeczne. Przyjmuje się, że ważną rolę pełnią uwarunkowania biologiczne, wczesne doświadczenia rozwojowe oraz oddziaływanie społeczne, którym jesteśmy poddani w czasie rozwoju. Badania nad jednym z typów zaburzeń osobowości, jaki stanowi osobowość borderline, sugerują, że rozwój tego zaburzenia u osoby zależy od wystąpienia i wzajemnego oddziaływania czynników genetycznych oraz niekorzystnych doświadczeń we wczesnym okresie życia. Do doświadczeń tych może należeć m.in.: zaniedbanie emocjonalne, znęcanie się psychiczne i fizyczne, molestowanie seksualne, etc. Czynniki te mogą prowadzić do problemów w regulacji emocji i impulsywności, które skutkują wystąpieniem problematycznych zachowań, np. konfliktów interpersonalnych, które mogą dodatkowo nasilać problemy w regulacji emocji i impulsywność.

Są również badacze, którzy podkreślają czynniki środowiskowe związane, np. ze środowiskiem rodzinnym. Wskazują oni na tzw. „**unieważniające środowisko**”, które nie daje dziecku prawa do przeżywania i wyrażania własnych emocji, narzuca swoją interpretację świata, często karze za wyrażanie negatywnych emocji, np. złości. W praktyce oznacza to dorastanie w tzw. „**rodzinie chaotycznej**”, w której niewiele czasu i uwagi poświęca się dziecku (np. rodziny z problemem uzależnień czy problemami finansowymi) lub w tzw. „**rodzinie doskonałej**”, w której rodzice nie są w stanie tolerować przejawów negatywnych emocji u dziecka.

Postawienie rozpoznania zaburzeń osobowości wymaga specjalistycznej wiedzy. Uprawnieni do tego są psycholodzy, lekarze psychiatrzy, psychoterapeuci. Odbywa się to w oparciu o szczegółowo zebrany wywiad od osoby zainteresowanej, czasami również od jej bliskich i/lub badanie psychologiczne.

Obowiązujące aktualnie klasyfikacje Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 lub Amerykańska Klasyfikacja Chorób Psychiczych DSM wyróżniają kilka typów specyficznych zaburzeń osobowości. Odwołując się do Klasyfikacji DSM-IV-TR, i DSM 5 zaburzenia osobowości można podzielić na 3 podgrupy (tzw. klaster lub wiązki).

Klaster A określany jako grupa dziwaczna obejmuje osobowość schizoidalną, schizotypową oraz paranoiczną. Wspólne cechy tych zaburzeń to: wycofanie, małomówność, dziwaczność w wypowiedziach, w wyglądzie, brak bliskich przyjaciół, samowystarczalność, chłód emocjonalny, aseksualność dla schizoidalno-schizotypowych oraz podejrzliwość, nieufność, arogancja, poczucie zagrożenia, dopatrywanie się spisku, duże wymagania wobec otoczenia dla paranoicznej. Do tej grupy można by zaliczyć panią Annę (osobowość paranoiczna) i pana Rafała (osobowość schizoidalna).

Klaster B określany jako grupa dramatyczna obejmuje osobowość: histrioniczną, narcystyczną, antyspołeczną oraz z pogranicza. Typowe cechy dla osobowości narcystycznej i histrionicznej to: potrzeba bycia w centrum uwagi, bycia podziwianym, uwodzenie lub pogarda wobec innych, roszczeniowość, używanie ludzi, wyolbrzymione poczucie własnej wartości, brak empatii, powierzchowność, teatralność, sugestywność, często współwystępowanie zaburzeń nastroju, zaburzeń somatyzacyjnych. Cechy osobowości antyspołecznej to: wywiad obciążony licznymi zachowaniami przekraczającymi prawo i normy społeczne od okresu adolescencji, kłamstwo i manipulacja, drażliwość i agresywność, lekkomyślność i brak odpowiedzialności, impulsywność, bezwzględne używanie innych, często nadużywanie substancji psychoaktywnych. Natomiast osobowość z pogranicza inaczej określana jako *borderline* charakteryzuje: niestabilność postaw, zachowań, emocji, relacji oscylujących pomiędzy idealizacją a dewaluacją, duża reaktywność nastroju, impulsywność, trudności w opanowaniu agresji, zachowania autoagresywne, ryzykowne oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzeń lękowych, zaburzeń jedzenia, uzależnień). Do tej grupy można by zaliczyć panią Joannę (osobowość z pogranicza).

Klaster C określany jako grupa lękowa obejmuje osobowość: unikającą, zależną oraz obsesyjno-kompulsyjną. Charakterystyczne cechy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych to perfekcjonizm, koncentracja na szczegółach, sztywność i upór oraz skąpstwo. Natomiast charakterystyczne cechy zaburzeń unikających i zależnych to: lęk, unikanie samodzielności i odpowiedzialności, poczucie niedostosowania, unikanie aktywności zawodowej z powodu obaw związanych krytyką, odrzuceniem, trudności z podejmowaniem decyzji, trudności z wyrażeniem sprzeciwu z powodu obaw dotyczących utraty wsparcia. Do tej grupy można by zaliczyć panią Katarzynę (osobowość zależna).

Zaburzenia osobowości – jak leczyć?

Jeśli któraś z historii z poprzedniego rozdziału brzmi Ci znajomo i dość dobrze opisuje zachowanie bliskiej Ci osoby, może to znaczyć, że masz do czynienia z zaburzeniami osobowości. Co możesz zrobić w takiej sytuacji? Czy można leczyć taką osobę? Na czym polega leczenie? Gdzie szukać pomocy?

Problemy osób z zaburzeniami osobowości bardzo mocno wpływają również na ich otoczenie, szczególnie to najbliższe: rodziców, współmałżonków, dzieci, przyjaciół, współpracowników. Często bywa tak, że to właśnie osoby z otoczenia zauważają, że coś niedobrego dzieje się z ich bliskim. Często to właśnie członkowie rodzin, partnerzy zachęcają, nalegają, żądają leczenia takiej osoby bardziej niż ona sama. Dzieje się tak, ponieważ dość często osoby z zaburzeniami osobowości postrzegają rzeczywistość w sposób zniekształcony i źródło swoich problemów upatrują w otoczeniu: rodzicach, żonie, mężu, szefie, koledze, kraju w którym żyją, etc. Wtedy bardzo trudno taką osobę nakłonić do leczenia. Łatwiej jest, gdy osoba dotknięta tym problemem, doświadcza jakichś objawów (np. lęków, depresji, bezsenności), ponieważ ma wtedy motywację, aby szukać pomocy. Wtedy zwykle łatwiej nakłonić ją do leczenia. A jeśli już się to uda i przyjdzie ona do specjalisty, to wówczas oczekuje zmiany otoczenia, które postrzega jak źródło swoich problemów. Natomiast najczęstszymi powodami szukania specjalistycznej pomocy przez osoby z zaburzeniami osobowości są różnorodne objawy powodujące cierpienie psychiczne, a zdarza się również, że i fizyczne, lub upośledzające codzienne

funkcjonowanie. Do objawów takich należą m.in.: lęki, smutek, poczucie pustki, bezsenność, bulimia, nadużywanie alkoholu lub narkotyków, etc. Wymienione objawy mogą mieć różne przyczyny. Jednak jeśli pomimo leczenia wymienione powyżej objawy nie ustępują lub nawracają, warto zastanowić czy u ich podłoża nie stoją zaburzenia osobowości.

Aby móc leczyć zaburzenia osobowości, trzeba wcześniej je właściwie rozpoznać. Diagnozę taką postawić mogą tylko specjaliści – lekarz psychiatra, psycholog lub psychoterapeuta w oparciu o przeprowadzone przez siebie badania. Zdarza się jednak, że postawienie takiej diagnozy nie jest łatwe, szczególnie gdy jednocześnie współwystępują inne problemy, wtedy bardzo pomocny może się okazać wywiad zebrany od osób bliskich.

Przed omówieniem sposobu leczenia zaburzeń osobowości, warto zaznaczyć, że nie są one zaliczane do chorób psychicznych, jak np. depresja czy schizofrenia. Zaburzenia lękowe, depresyjne, psychotyczne wymagają leczenia farmakologicznego, tzn. podawania leków. Czasami, np. w przypadku psychozy, wymagają również umieszczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Natomiast w zaburzeniach osobowości pochopne podanie leków lub przyjęcie do szpitala na oddział psychiatryczny ogólny może się okazać błędem. Oczywiście, może się zdarzyć, że postępowanie takie będzie niezbędne, np. przyjęcie osoby z zaburzeniami osobowości do szpitala w sytuacji bardzo intensywnych myśli samobójczych czy tendencji samobójczych lub przejściowe podawanie leków w celu umożliwienia codziennego funkcjonowania. Jednak będzie to tylko działanie objawowe.

Podstawowe znaczenie w leczeniu zaburzeń osobowości ma psychoterapia

Jedną z metod psychoterapii o uznanej skuteczności jest psychoterapia psychoanalityczna oraz psychodynamiczna. Inne to: terapia oparta na mentalizacji, terapia dialektyczno-behawioralna, terapia schematu. Psychoterapia może mieć formę terapii indywidualnej lub grupowej. Może przebiegać w specjalistycznych oddziałach psychoterapeutycznych o charakterze stacjonarnym (dotyczy to pacjentów z głębokimi zaburzeniami, kiedy nie można zastosować leczenia w innych warunkach) lub dziennym albo w warunkach ambulatoryjnych.

Podjęcie psychoterapii (niezależnie od tego czy jest to prywatny gabinet czy oddział szpitalny) poprzedzone jest zazwyczaj tzw. procesem konsultacyjnym. W przypadku tzw. terapii wglądowych, do których należy m.in.: psy-

choterapia psychoanalityczna oraz psychodynamiczna proces konsultacyjny pozwala nie tylko zweryfikować diagnozę, oszacować głębokość zaburzenia, rozpoznać indywidualne problemy, ale również umożliwia ocenę motywacji pacjenta do leczenia oraz jego możliwości do skorzystania z takiej formy leczenia. Oszacowaniu poddana zostaje refleksyjność osoby oraz jej umiejętność znoszenia frustracji, czyli tego jak dana osoba będzie sobie radziła w sytuacji dużego napięcia emocjonalnego, czy np. pod wpływem emocji doświadczanych w terapii nie będzie podejmowała zachowań niebezpiecznych dla jej zdrowia lub życia, np. prób samobójczych.

Leczenie psychoterapią wymaga od pacjenta odpowiedniej motywacji. Musi to być własna, choćby nieduża, ale własna chęć poddania się takiemu leczeniu. Nie wystarcza tylko wyrażenie samej zgody, jak w przypadku innych procedur medycznych, np. zgody na zastrzyk, po którym lekarstwo działa samoistnie. Psychoterapia wymaga od pacjenta sporego wysiłku emocjonalnego oraz poznawczego. Aby móc go podjąć, osoba zainteresowana musi być zdecydowana na taki krok. W przeciwnym razie albo bardzo szybko zrezygnuje z terapii, albo biernie się podda, nie korzystając w ogóle z leczenia. Na przykład kiedy pacjent doświadcza jakiś objawów, np. lęku czy bezsenności będzie bardziej skłonny do podjęcia leczenia, aby sobie ulżyć i „wyleczyć się” z nich, niż kiedy spostrzeżę siebie jako „ofiara” np. złego traktowania przez szefa.

Szczególnie trudna jest sytuacja, kiedy bliskim osoby z zaburzeniami osobowości, zależy na leczeniu bardziej niż jej samej. Często próbują oni wówczas w różnoraki sposób ją do tego zachęcić lub zmusić przez obietnice, prośby, szantaże lub groźby. Zazwyczaj jednak efekt bywa odwrotny. Co zatem robić? Czasami pozostaje czekać. Pomocna bywa wiedza o zaburzeniach osobowości i świadomość, że osoby te bardzo potrzebują jasnych i wyraźnych granic oraz konsekwencji.

Zdarzają się sytuacje, kiedy osoba nie kwalifikuje się do psychoterapii ale może być leczona innymi formami oddziaływań o charakterze terapeutycznym. Szczególnie skuteczne może się wówczas okazać leczenie w społeczności terapeutycznej. Podkreślić należy, że leczenie psychoterapią jest procesem długotrwałym. Jest potrzebny odpowiednio długi czas, aby podczas leczenia mogło dojść do przebudowania, przemodelowania cech osobowości pacjenta, które kształtowały się przez bardzo wiele lat. Czasami konieczne jest, aby psychoterapia wsparta została podawaniem leków. Wtedy dobrze jest, jeśli psychoterapeuta i psychiatra działają razem, czyli mogą współpracować ze sobą.

Ważne też jest, aby leczenie prowadziła osoba mająca doświadczenie w tym obszarze i odpowiednie kwalifikacje. Kompetencje psychoterapeuty można sprawdzać na stronach internetowych towarzystw naukowych, np. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej oraz Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej. Szukając pomocy w oddziałach dziennych czy stacjonarnych, warto sprawdzić czy proponowany tam program terapeutyczny jest dedykowany osobom z zaburzeniami osobowości. Dużo praktycznych informacji można znaleźć na stronie: www.zaburzeniaosobowosci.pl

Jak pomóc osobom takim jak pani Anna, pani Katarzyna, pani Joanna czy pan Rafał podjąć leczenie? Oto ciąg dalszy ich losów:

Rodzina pani Anny od wielu lat zmęczona była jej wybuchami złości i oskarżeniami. Każda próba rozmowy na ten temat kończyła się awanturą. Po kolejnym zwolnieniu z pracy pani Anna z płaczem zadzwoniła do siostry, która tym razem zareagowała inaczej niż zwykle. Spokojnie wysłuchiwała tego, co Anna miała do powiedzenia, bez pouczeń, bez słów: „a nie mówiłam”. Na koniec rozmowy zaproponowała, że razem z nią może się udać do psychoterapeuty, który pomoże jej zrozumieć powtarzający się w jej życiu schemat. Pani Anna tak była zaskoczona spokojnym i rzeczowym tonem siostry, że zgodziła się. Psychoterapeuta zaproponował spotkania w warunkach ambulatoryjnych. Zarówno motywacja do pracy, jak i możliwości refleksyjne pani Anny były na tyle duże, że możliwa była taka forma psychoterapii.

Kiedy rodzice pana Rafała dowiedzieli się o stacjonarnym oddziale leczącym pacjentów z zaburzeniami osobowości, postanowili podjąć jeszcze jedną próbę leczenia. Początkowo chcieli sami umówić spotkanie z lekarzem, bo syn nie przejawiał żadnych chęci i jak zawsze zbywał ich milczeniem. Kiedy zadzwonili, zostali zaproszeni na grupę psychoedukacyjną. Po kilku spotkaniach przestali naciskać na syna. Zamiast tego nie opłacili Internetu na kolejny miesiąc, co poskutkowało brakiem łącza. Kiedy Rafał to zauważył, wyszedł z pokoju i zainteresował się tym, co się dzieje. Wówczas rodzice spokojnie oraz stanowczo przedstawili mu propozycję leczenia. Zakończyli informacją, że dopóki nie zgłosi się na leczenie, to nie będzie Internetu w domu. Po tygodniu Rafał poprosił o numer telefonu. Potem sam zadzwonił. Po procesie konsultacyjnym został zakwalifikowany do leczenia w try-

bie stacjonarnym. Jego motywacja i możliwość znoszenia frustracji zostały ocenione jako małe, nie miał też praktycznie żadnych relacji społecznych, dlatego zaproponowano taką formę leczenia, w której jednym z kluczowych oddziaływań była psychoterapia i społeczność terapeutyczna, a więc możliwość bycia w interakcji z innymi.

Mąż pani Katarzyny znalazł w Internecie informacje o oddziale dziennym, który przyjmuje pacjentów z zaburzeniami lękowymi i z zaburzeniami osobowości. Zaproponował jej, że pojedą razem na konsultacje. Pani Katarzyna mimo obaw, zachęcana przez męża, zgodziła się. Została zakwalifikowana do leczenia. Jej motywacja została oceniona dość wysoko, natomiast refleksyjność i umiejętność znoszenia frustracji raczej nisko. Dlatego obawiano się, że formuła spotkań ambulatoryjnych może nie być wystarczająca.

Pani Joanna po kolejnej próbie samobójczej trafiła do szpitala. Lekarz prowadzący zaproponował konsultację rodzinną, na co początkowo zareagowała oburzeniem. Po paru dniach zgodziła się jednak. W czasie spotkania lekarz przedstawił propozycję leczenia w specjalistycznym oddziale. Żeby mieć spokój, Joanna zgodziła się. Już parę razy wcześniej otrzymywała podobne propozycje. Postawiła warunek, że zgodzi się, jeśli rodzice zabiorą ją ze szpitala i wezmą do domu. Jednocześnie planowała „pożyczyć” od nich trochę pieniędzy i kolejny raz zniknąć. Sądziła, że ucieszą się, że zgodziła się na leczenie i mimo wcześniejszych zapowiedzi, że „już ostatni raz” dali jej pieniądze, znów to uczynią. Zaskoczyła ją jednak konsekwencja rodziców, którzy tym razem odmówili, mimo jej zapewnień i obietnic. Zgodzili się pomóc pod warunkiem, że tym razem nie tylko zgłosi się na konsultację, ale również ukończy leczenie.

Relacje rodzinne

Jak już zostało wcześniej powiedziane, zaburzenia osobowości prowadzą do psychicznego cierpienia osoby nimi dotkniętej, a z drugiej strony prowadzą do trudności i problemów w kontaktach z ludźmi. Odmienność w przeżywaniu świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz odmienność zachowań przejawia się w obszarach obejmujących:

- postrzeganie i interpretowanie świata zewnętrznego, a co za tym idzie tworzenie wyobrażeń własnej osoby i innych;

- uczuciowość;
- kontrolowanie emocji i systemu nagradzania;
- sposób odnoszenia się do innych i postępowanie w sytuacjach międzyludzkich.

Pani Joanna (osoba z pogranicza – borderline)

Aby zrozumieć sposób wchodzenia w relacje osób z zaburzeniem borderline, warto zajrzeć do ich świata wewnętrznego.

„Bycie osobą z zaburzeniem borderline to poczucie wewnętrznego piekła, wewnątrz czuję pomieszanie bólu i złości. Nie wiem kim jestem, nie wiem co czuję, z minuty na minutę zmienia się mój nastrój, zalewają mnie emocje. Cierpię ponieważ ranię tych, których kocham. Czuję się niezrozumiana, nic nie daje mi przyjemności, czuję się uwięziona w pułapkę swojego świata. Czuję się niezdolna do zabicia siebie, ponieważ czuję się przytłoczona winą w stosunku do tych, których kocham i wściekam się na siebie za to, że ich ranię, więc tnę się lub biorę większą dawkę leków, aby odsunąć od siebie to co czuję”.

Relacje z osobami *borderline* są skomplikowane, ponieważ posiadają one zbiór cech, które uderzają w samo sedno tego, co daje grunt pod budowę relacji z innymi. Oto podstawowe obszary trudności:

Trudność monitorowania emocji własnych oraz emocji osób z najbliższego otoczenia, a następnie wykorzystywania wiedzy o tych emocjach do kierowania swoimi działaniami i myślami. Osoby *borderline* posiadają empatię, ale ich własne emocje są tak intensywne, że nie są ich świadome. To powoduje, że nie mają zdolności świadomego odbierania emocji osób wokół nich. Stąd częste poczucie, że bliski tonie razem z osobą, której chce pomóc.

Impulsywność. Można ją porównać do emocjonalnej szybkiej kolejki (roller-coaster). Jest wywoływana odrzuceniem lub nawet samą myślą o możliwym odrzuceniu. Jako reakcja obronna może się wtedy pojawić agresja, zarówno skierowana do siebie, wyrażana w postaci samookaleczeń, gestów samobójczych, szantaży samouszkodzeniem się, lub wyrażona na zewnątrz poprzez: słowa, dewastację sprzętu, przemoc wobec najbliższych. Impulsywna agresja jest wynikiem przejęcia kontroli nad umysłem przez ośrodki odpowiedzialne za reagowanie na zagrożenie walką, bez poddania ocenie sytuacji

przez ośrodki odpowiedzialne za myślenie. Każda sytuacja oceniana jako zagrożenie porzuceniem jest oceniana jako śmiertelnie zagrażająca.

Często bliscy pani Joanny zastanawiają się w jaki sposób możliwe są tak nagłe zmiany nastrojów, częste wybuchy, działania autoagresywne, kiedy obiektywnie, z ich perspektywy, nie pojawiły się żadne powody do takich zachowań. Jednak silne emocje które przeżywa pani Joanna nie mogą zostać poddane wewnętrznej refleksji. Pani Joanna nie potrafi zatrzymać się na chwilę z daną emocją, zastanowić nad jej przyczyną, możliwością podjęcia decyzji o strategii rozwiązania danego problemu. Jedynym rozwiązaniem wchodzącym w grę jest właśnie impulsywne zachowanie. To właśnie wybuchy agresji są najczęstszą przyczyną trudności w rozwoju i utrzymaniu bliskich oraz opartych na zaufaniu relacji.

Wysoka podatność na odrzucenie. Pani Joanna jednak oczekuje w przeżeniu na porzucenie. Takie nastawienie powoduje ciągłą potrzebę potwierdzenia zainteresowania, zaangażowania, obecności. Nawet nieznaczne gesty mogą być odebrane jako potwierdzenie porzucenia i wywołują ogromne zamieszanie. Często, nawet dyskretne, spoglądanie na zegarek traktowane jest jako znudzenie, niechęć do kontaktu. **„To jakby moja córka, dorosła kobieta była wciąż dzieckiem, czasem zbuntowaną nastolatką.”** Pani Joanna będzie przeżywać skrajne emocje smutku oraz złości. Smutek może być przeżywany jak kiedyś, gdy była porzucona przez inne dzieci na podwórku. Złość może być przeżywana jak u nastolatki, w sytuacji gdy rodzice zabronili wyjścia na prywatkę. Bliskich często zastanawia nieadekwatność reakcji, no bo przecież mają już do czynienia z dorosłą osobą, która „powinna być odpowiedzialna”, a nie z dzieckiem czy nastolatką. Emocje przeżywane są tak intensywnie jak w okresie, kiedy dorosła osoba była dzieckiem. Pani Joanna będzie ciągle poszukiwać kogoś do kogo mogłaby przywrzeć, z kim mogłaby stworzyć idealną relację. Z drugiej strony będzie gotowa ponosić ogromne koszty, gdyż nie czuje, że jej granice i tym samym bezpieczeństwo może być zagrożone.

Osoby z zaburzeniami osobowości często nie potrafią sobie radzić z silnymi emocjami, jeśli więc w sytuacjach społecznych i zawodowych pojawią się nadmierne lub nieoczekiwane trudności, silne emocje, należy się spodziewać, że dojdzie do kryzysu, zachowań impulsywnych, nadmiernego przeżywania danej sytuacji. Niestety powoduje to zazwyczaj duże trudności w życiu zawodowym, gdyż osoba taka jest uważana za osobę bardzo konfliktową, z którą pracodawcy niechętnie przedłużają umowę o pracę.

Poznajmy teraz Pana Jacka (osobowość narcystyczna)

Relacje z osobami narcystycznymi są trudne, ponieważ co do zasady, mają one wewnętrzną niechęć do identyfikowania uczuć i potrzeb innych, oczekują w relacji na szczególne traktowanie, dopasowanie się do ich potrzeb.

Pan Jacek ma 40 lat. Posiada wyższe wykształcenie artystyczne oraz umiejętności sportowe wraz z certyfikatem trenera piłki nożnej. Mimo obiektywnie wysokich umiejętności i wiedzy oraz niewątpliwej pasji nie podejmuje pracy w obawie, że nie potrafi sam być kimś tak utalentowanym jak znane gwiazdy futbolu. Jego brak doświadczenia zawodniczego może zostać odkryty przez uczniów i zostanie ośmieszony, poniżony. Z drugiej strony, żyjąc w przekonaniu o wyjątkowym talencie, nie może podjąć zwyczajnej pracy jako pracownik w firmie. Każda taka próba kończyła się depresją, myślami samobójczymi i nadmiernym spożywaniem alkoholu. Zdesperowani rodzice, aby go uchronić przed powrotem depresji opłacają mu mieszkanie, płacą „kieszonkowe”, które równe jest lub przewyższa równowartość średniej pensji. Pan Jacek mieszka w dobrej dzielnicy, tak jak inni młodzi, dobrze sytuowani ludzie, posiada dwa rasowe koty, żeby nie czuć się osamotnionym oraz sportowy samochód, którym podkreśla swój status przed młodymi kobietami. Mimo swojego wieku, choroby 75-letniej matki, wciąż domaga się opieki i wyjątkowego traktowania. Rodzina z obawy przed zachowaniami autodestrukcyjnymi i groźbami samobójczymi stara się spełniać wszystkie oczekiwania i zachcianki pana Jacka. Coraz starsi rodzice są jednak coraz bardziej przerażeni tą sytuacją, w jakim kierunku się to rozwinie?

U osób narcystycznych potrzeba potwierdzenia wyjątkowości nie dotyczy tylko sfery rodzinnej, przekłada się na sferę zawodową oraz sferę relacji z innymi osobami, czy też relacji z terapeutą. Osoby z zaburzeniami osobowości narcystycznej podejmują często próby zaborczych, zachłannych relacji, mogą pojawić się elementy podejrzeń, nadmiernych wymagań, szantażu porzuceniem. W ich wewnętrznym przeżyciu jest natomiast pustka, samotność, nicość. Bardzo często osoby te nie potrafią odczuwać potrzeb innych osób, dlatego nawet swoich najbliższych, rodziców, czy rodzeństwo traktują instrumentalnie, jednostronnie, nastawieni są tylko na czerpanie zysków od innych. To oczywiście spotyka się z niezrozumieniem, czasem złością, bezradnością ze strony rodziny. Innym osobom bardzo trudno to zrozumieć, no bo „jak tak można nie potrzebować mieć relacji z innymi osobami?”

Trzeba pamiętać, że osoby z zaburzeniami osobowości są w stanie tego wszystkiego się nauczyć, ale tylko w procesie leczenia opartego na psychoterapii, wymaga to czasu i zaangażowania osoby leczącej się. Często powodem zgłoszenia się do leczenia jest poważny życiowy kryzys. Tylko wtedy, tak naprawdę, osoba z zaburzeniami osobowości jest w stanie uznać potrzebę pomocy od innych osób.

Znaczenie zdrowych elementów w pacjentach, tzw. zdrowe elementy społecznościowe

Czy osoby z zaburzeniami osobowości mają jakąś zdrową część, do której można się odwołać w codziennym funkcjonowaniu? Jak „obchodzić się” z bliskimi, z którymi mamy utrudniony kontakt albo wcale go nie mamy? Jak zachować się w sytuacjach kiedy nasi bliscy swoim zachowaniem wywołują w nas niepokój i lęk? Jaką zachować postawę by nie pogłębiać i nie utrwalać zaburzonego funkcjonowania?

Psychoterapia oparta jest na przekonaniu, że pacjenci mają zdrową psychicznie, funkcjonalną stronę, którą można mobilizować. Często z perspektywy rodziny wydaje się, że rodzina nie ma do czego się odnieść, nie potrafi zobaczyć, dostrzec tej zdrowej części u swojego bliskiego. Natomiast jak pokazuje praktyka leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości, obiektywnie, pacjenci ci częściej niż rzadziej mogą podtrzymywać swoje zdrowe funkcjonowanie. Zazwyczaj przy okazji są konfrontowani z dysfunkcyjną, zakłóconą stroną, która utrudnia codzienne życie. **Mimo tego, co często pokazują na zewnątrz – niechęć, lekceważenie, pogardę, często agresję – tak naprawdę potrzebują ludzi, którzy potrafią zrozumieć ich stany: lęki, nieufność, wahania nastroju, strach przed zależnością i jednocześnie pragnienie bliskości.** To co dotychczas chroniło przed zranieniem – ich mechanizmy obronne – w dorosłym życiu stały się przeszkodą w budowaniu zdrowych relacji i bliskości. W efekcie często są wyizolowani w swoich najbliższych środowiskach albo ich relacje z bliskimi zdominowane są niejednokrotnie przez przemoc emocjonalną lub fizyczną. Pustka wokół nich spowodowana jest nieumiejętnością nawiązywania lub utrzymywania kontaktów. Trudno im znieść zależność, której doświadczają w najbliższym środowisku, szkole, zakładzie pracy.

U osób leczących się często pojawia się oczekiwanie cudownej przemiany: natychmiastowej, bezbolesnej, bez ich udziału. Czasem wyobrażenie terapii jest porównywalne do warsztatu samochodowego, gdzie odstawia się zepsuty samochód, a odbiera naprawiony.

Pacjenci mają ogromną chęć zrzucania na kogoś innego odpowiedzialności za swoje zdrowie, zachowanie, wręcz życie. Często zdarza się, że pacjenci chcą włożyć w ręce zespołu terapeutycznego (dosłownie) odpowiedzialność za siebie, swoje życie. Przykładem może być sytuacja, kiedy pacjent przynosi do dyżurki na oddziale nóż czy żyłkę z informacją, że ma ochotę się okaleczyć, i w związku z tym oddaje narzędzia w ręce personelu. Zwykle pacjenci są bardzo zdziwieni, kiedy te narzędzia są im oddawane wraz z informacją, że personel nie jest w stanie uchronić ich przed wszystkimi narzędziami, którymi mogliby zrobić sobie krzywdę, i że **tylko oni sami są w stanie siebie uchronić**. W zamian oferowana jest rozmowa, w której można wspólnie zastanawiać się, co takiego przeżywa dana osoba, z czym sobie nie radzi, że w taki sposób chce odreagować. Zwykle rozmowa rozładowuje napięcie, daje zrozumienie stanu emocji, które dana osoba przeżywa. Jednak często jest też tak, że pacjenci odmawiają refleksji, myślenia, nie chcą mierzyć się z tym co przeżywają, tylko odreagowują okaleczając się. Jest to również omawiane z pacjentami. Otrzymują informacje, jak inni czują się z tym, co oni zrobili, z odrzucaniem pomocy oraz wsparcia. Jest to długi proces i dopiero po jakimś czasie przynosi efekty w postaci refleksji i radzenia sobie w zdrowy sposób z przeżywanymi emocjami oraz napięciem poprzez werbalizowanie uczuć. Zazwyczaj, po przejściu takiego procesu pacjenci są w stanie podobne rozmowy realizować z bliskimi w domu, o ile rodzina zna założenia leczenia, terapii i rozumie czym są zaburzenia osobowości.

Najtrudniejsze dla bliskich i rodziny są sytuacje, kiedy osoba mówi o myślach samobójczych. Dla zespołu terapeutycznego sytuacje te są również najbardziej niepokojące. Z perspektywy zespołu terapeutycznego, **nie można ulec presji przejścia kontroli nad pacjentem**. Stosowana praktyka to wspólne zastanawianie się z czego wynika chęć zabicia się, konfrontowanie jej z niepokojem jaki wywołuje ona w innych osobach i skłanianie pacjenta do wzięcia odpowiedzialności za swoje życie. Zawsze są to bardzo trudne rozmowy, podczas których personel poznaje też swoje możliwości kontenerowania (znoszenia i rozładowywania emocji). Podczas tych rozmów, często pacjenci nie mają świadomości jak czują się inni w kontakcie

z nimi, nie mają też kontaktu z uczuciami bliskich im osób, które często są przerażone tym co sobie robią.

Nie zawsze jednak pacjent chce wziąć odpowiedzialność za to co się z nim dzieje, albo nie ma w danym momencie takich możliwości. Zdarzają się sytuacje szantażu samobójstwem, któremu zespół terapeutyczny nie może ulec, ale też nie może go zlekceważyć. Pacjent jest wtedy informowany, że jeśli nie jest w stanie uporać się z tendencjami samobójczymi to zostanie mu zapewnione miejsce, gdzie inni wezmą za niego odpowiedzialność, tzn. ostry oddział psychiatryczny. **Pacjent musi mieć jasność konsekwencji swoich zachowań.**

Rodzicom oraz bliskim, którym trudno widzieć w bliskiej osobie z zaburzeniami osobowości kogoś, kto jest w stanie powstrzymać się przed destrukcyjnymi zachowaniami – trudno postawić granicę oraz uwierzyć, że osoba ta ma jakiś „zdrowy kawałek”, do którego można się odwołać i „uruchamiać” po to, by mogła przejąć odpowiedzialność za siebie. Raczej szukają takiego rozwiązania, by ktoś inny tę odpowiedzialność przejął – szpital, jakaś instytucja. Często ścieżka taka jest niezbędna, aby sami pacjenci zobaczyli ten „kawałek” u siebie samych, aby rozeznali swoje emocje oraz uczucia.

Pan Tomek, ojciec 23 letniej córki Zofii, poszukuje kolejnego ośrodka, oddziału, w którym mógłby umieścić córkę, która wycofała się z życia, odizolowała od rówieśników, nie utrzymuje relacji, często się okalecza. Wywołuje wśród najbliższych dużo lęku oraz niepokoju. Wydaje się, że odpowiedzialność za swoje samopoczucie i bezpieczeństwo umieściła w najbliższych, pozbawiając się wpływu na swoje życie.

Jeśli zespół terapeutyczny, rodzice lub inni bliscy przejęliby odpowiedzialność za daną osobę, w tym za jej bezpieczeństwo, to dla tej osoby jest to, z jednej strony, duża pokusa, bo jest ktoś realny, kogo można obwinąć za cierpienia, niepowodzenia, ale z drugiej strony jest to dyskomfort, bo ktoś ogranicza jej wolność, decyduje za nią i to również wywołuje wściekłość. **Dlatego tak ważną sprawą jest, aby pacjenci nie czuli się pozbawieni odpowiedzialności za swoje wybory, czyny, zachowania.**

W kontaktach z pacjentem, w różnych sytuacjach, zespół terapeutyczny musi podejmować decyzje: czy pacjent będzie w stanie się z czymś uporać czy nie? To wymaga poznania możliwości pacjenta, jego reakcji na różne sytuacje, jego mechanizmów obronnych. Cały czas jest to dyskutowane oraz omawiane z pacjentem, aby on sam również mógł siebie poznać.

Im więcej odpowiedzialności zespół terapeutyczny/rodzina/bliscy biorą na siebie, tym mniej pozostawiają pacjentowi, a przez to go upośledzają.

Jak zachować równowagę nie obciążając pacjentów ani nie upośledzając?

To bardzo indywidualne podejście, zawsze trzeba próbować zrozumieć zachowanie, emocje, intencje pacjenta, patrząc przez pryzmat jego życiowych doświadczeń. A możliwe jest to jedynie przy nawiązaniu bliskiego kontaktu, w którym możliwe będzie otwieranie się pacjenta.

WAŻNE jest by w relacji ustawić się tak, aby nie było się nadmiernie wspierającym, ani zbyt wymagającym.

Zbytne wspieranie: podważa autonomię, zachęca do zależności, stwarza niebezpieczeństwo zbyt silnego przywiązania do osoby wspierającej.

Natomiast **zbytne wymaganie** prowadzi do wrogości i wycofania – pacjent może poczuć się niezrozumiany. Zasada ta dotyczy tak samo relacji terapeutycznej, jak i domowej, rodzinnej.

W ramach terapii pacjent jest aktywizowany do myślenia, mobilizowania tej zdrowej części, dzięki której możemy wspólnie dochodzić do tego co w różnych sytuacjach dzieje się w jego relacjach, dlaczego tak a nie inaczej reaguje. Naturalną sytuacją jest to, że powstają konflikty, spory, które należy wspólnie rozumieć przez pryzmat życiowych doświadczeń. Omawiane są realne problemy, plany, trudności, które pacjenci uczą się nazywać i rozumieć, a nie odreagowywać tak jak dotychczas poprzez zachowania autodestrukcyjne (okaleczanie, wymioty, objadanie się albo niejedzenie, uderzanie głową o ścianę, znieczulanie się poprzez narkotyki, leki, picie albo wycofywanie z życia).

Czy zauważasz, że ktoś w Twoim otoczeniu nie radzi sobie czasem z podstawowymi czynnościami lub ich nie podejmuje z różnych powodów? Jak reagujesz w takich sytuacjach?

Często zdarza się, że dorosły pacjent przychodząc do terapii, po raz pierwszy staje wobec konieczności wykonania takich podstawowych czynności jak sprzątanie, pranie, planowanie posiłków, gospodarowanie budżetem czy wręcz dbanie o higienę osobistą, czystość i porządek wokół siebie. Wydaje się, że część pacjentów wyrosła w przekonaniu, że coś dzieje się samo. Dla wielu jest naturalne, że ktoś ich obsługuje, dba o ich potrzeby (to im się należy), albo też nie chcą zwracać sobie uwagi takimi „przyziemnymi” sprawami. W trakcie terapii okazuje się, że muszą uczyć się podstawowych spraw związanych

z codziennym funkcjonowaniem. Takie urealnianie, kontakt z codziennością, zwyczajnością często wywołuje w pacjentach wściekłość.

Pan Jan (24 lata) dotychczas funkcjonował bez podejmowania jakichkolwiek obowiązków, żył w swoim nierealnym, odizolowanym świecie, fantazjując o sławie pisarza i nagrodzie Nobla. Chroniony przez najbliższych podejmował się czegoś tylko wtedy kiedy miał na to ochotę. Nie czuł przymusu, że miałby w coś włożyć wysiłek. Budził się rano w poczuciu cierpienia, nachodziły go natrętne myśli „piekło, szatan”, co przy bliższym poznaniu oznaczało wściekłość na codzienność, realność, wymagania jakie stawia życie. Niejednokrotnie od najbliższych słyszał jak postrzegają jego funkcjonowanie, ale dopiero w terapii zmierzył się z konsekwencjami swojego braku odpowiedzialności i unikania podejmowania wysiłków (zaniebywanie dyżurów, trudności w ogarnianiu podstawowych spraw), bo spotykało się to ze złością pozostałych pacjentów.

W trakcie procesu leczenia osoby z zaburzeniami osobowości traktowane są jak niezależni dorośli, co oznacza, że muszą ponosić odpowiedzialność za swoje czyny ale też zaniechania. Pacjenci uczą się samodzielnego funkcjonowania, gospodarowania pieniędzmi, odpowiedzialności za zakupy dla innych, ustanawiane są dyżury związane z przygotowaniem posiłków oraz porządkowe. Bardzo ważnym jest rozróżnienie robienia czegoś lub funkcjonowania za pacjenta, od pomagania w samodzielnym funkcjonowaniu.

Równie ważną sprawą jest trzymanie granic, zmniejsza to możliwość manipulowania i rozgrywania. Pacjenci często próbują przesuwac te granice, chcąc uzyskać to czego pragną. Celem leczenia jest uzyskanie niezależności i samodzielności, zarówno dotyczącej codziennego funkcjonowania jak i emocjonalnej. Rodzice, często uwikłani w patologię swoich dorosłych dzieci, chronią je nie dopuszczając do zmian.

PRZYKŁAD: 32-letni pacjent, na początku terapii jest w intensywnym kontakcie telefonicznym z mamą oraz przez nią kontaktuje się z pielęgniarkami. Po omówieniu tej sytuacji z pacjentem, próbuje on stawiać mamie granice, jednak słyszy od niej, że on potrzebuje opieki i ona go nie zostawi.

Jeśli dana osoba cały czas może liczyć na bezwarunkową pomoc rodziców zwykle odwleka w nieskończoność usamodzielnienie się, w dosłownym tego słowa znaczeniu.

Co potrafią, a czego nie potrafią, osoby z zaburzeniami osobowości w zakresie emocji oraz budowania relacji?

Aby spróbować przekazać w prosty sposób z czym borykają się osoby z zaburzeniami osobowości, w zasadzie można uznać, iż są to relacje z innymi oraz ich własne emocje i uczucia. Można powiedzieć, że osoby z zaburzeniami osobowości borykają się z jednej strony z nadmiarem, a z drugiej strony z brakiem relacji, miłości, zainteresowania. Z jednej strony, możemy określać to jako brak, niedosyt, głód relacji, z drugiej strony można mówić o nadmiarze, przesyceniu. Jeśli pojęcia te rozszerzymy na inne obszary życia, będziemy mówić z jednej strony o braku środków finansowych, biedzie, głodzie czy potrzebie miłości, zainteresowania, a z drugiej strony o dobrach materialnych, zaspokojeniu ambicji, ale też nadmiarze tych ambicji, nadmiarze opieki, przytłoczeniu miłością i uwagą. Gdzieś pomiędzy tymi stanami pojawia się u każdego z nas frustracja, tzn. zespół przykrych emocji związanych z niemożliwością realizacji potrzeby lub osiągnięcia określonego celu. Czasem frustrację definiuje się jako każdą sytuację, która wywołuje nieprzyjemne reakcje: ból, gniew, złość, nudę, irytację, lęk i inne formy dyskomfortu. Jeśli mamy wśród bliskich osobę z zaburzeniami osobowości, prawdopodobnie to właśnie z emocjami frustracji często nie mogą sobie poradzić nasi bliscy, co doprowadza do impulsywnych zachowań, wybuchów gniewu, czasem agresji.

Stan braku, niedostatku

W codziennej gonitwie trudno nam zazwyczaj zauważyć obszary braku, które dla osób z zaburzeniami osobowości są tak znaczące. A są to głód obecności, bycia zauważonym, zmotywowanym, bycia wartościowym. To także potrzeba bycia akceptowanym z tym co mam, z tym co wiem, jak również z tym czego nie potrafię, nie umiem, z czym sobie nie radzę, z tym czego potrzebuję, ze swoją niedoskonałością i całą ułomną stroną człowieczeństwa. To pytanie, czy mogę być kochany, użyteczny, kiedy nie spełniam oczekiwań i czy mogę być w tej prawdzie z inną osobą. Czy ktoś mnie nie okaleczy swoimi nadmiernymi oczekiwaniami, złością, porzuceniem. Potrzeba ta wpływa na podstawową trudność osób z zaburzeniami osobowości, czyli relacjami, bliskością z innymi. Bliskość czyli bycie z drugim człowiekiem tak, aby obie strony mogły się tym cieszyć, aby obie strony z radością mogły się spotkać

i wiedziały czemu ma służyć to spotkanie, dla wielu osób z zaburzeniami osobowości jest nieosiągalna. Głównym powodem nieradzenia sobie w relacjach z innymi jest brak wiedzy: kim jestem, czego nie mam, czego potrzebuję, czego chcę od innych, co mam do zaoferowania, co chcę dać innym, czym się podzielić, gdzie są moje granice pojemności na stan zmęczenia, lęku, pracy, możliwości intelektualnych, możliwości refleksji, możliwości zatrzymania się, rozglądania gdzie jestem, z kim jestem, możliwości wczucia się w sytuację innej osoby. Osoby te, nie rozeznając siebie, zupełnie nie rozumieją innych. Męcząc się ze sobą pokazują tylko w różnych zachowaniach czego chcą, ale nie zastanawiają się czy ktoś może to zaspokoić.

Bardzo często osoby z zaburzeniami osobowości nie zauważają granic innych osób, ich ograniczeń, emocji, wyczerpania. Wydaje im się, że inni mają wszystko, a oni nic. Powoduje to złość, a ze złości wynika często mściwość, roszczeniowość, zachłanność, poczucie, że im się należy. Chęć bycia jedyną osobą do zaopiekowania i niemożność dzielenia się kimś lub czymś.

Stan nadmiaru

Część osób w swojej historii ma nadmiar opieki, nadmiar troski, nadmiar oczekiwań, poprzeczek, zadaniowości, ambicji. Ich wewnętrzny obraz jest taki, że pędzą jak nadmiernie rozpędzone pociągi, aby zdążyć do celu. Biorą zbyt dużo obciążeń, pracy, odpowiedzialności. Nie mogą się zatrzymać, traktują innych po drodze, bo wszystko, co wejdzie pod nogi jest przeszkodą. Takie doświadczenia powodują, że ważne są tylko głośne dźwięki, silne emocje, wielkie sprawy. Rzeczy proste, zwykłe, proza życia, codzienność jest trudna do zniesienia, nie jest atrakcyjna. Paradoksalnie, to czego potrzebują to właśnie kontaktu z codziennością, z umiarem, który początkowo może być nudny lub trudny do przyjęcia, ale jest rozwojowy.

Jak się to przekłada na umiejętność współpracy, partnerstwa, relacji z innymi? W relacji z takimi pacjentami widoczna jest zazwyczaj ogromna nadwrażliwość i wrażliwość na wszelkie podstawowe wymagania, także dotyczące granic czasowych „*a dlaczego teraz a nie za 10 minut?*”, „*dlaczego zajęcia mają się rozpocząć o 16.00?*”. Niemoc współpracy i dzielenia się obowiązkami. Często dochodzi do sytuacji, w których osoby te nie są w stanie powiedzieć, że czegoś nie umieją, że potrzebują, aby im pokazać, nauczyć. Z dużą intensywnością pokazują wtedy złość i irytację. Przy wspólnym zadaniu albo się złością albo wycofują, i ze złością oraz rozpaczą znikają.

Ogarnięcie szarej rzeczywistości jest dużym kłopotem. Robią wszystko, aby się tym nie zająć. Jedni wymagają i nie szanują, konfliktują się z innymi o drobne sprawy. Inni toną w szczegółach, drobnych fragmentach, obsesyjnie doprowadzając do perfekcji, przez co zajmuje im to tak wiele czasu, że z niczym nie zdążą. Równocześnie złością się i zazdrością będą obdarzać każdego, kto jest szybszy. Poprzez oskarżenia będą udowadniać swoje racje, poprzez ciągle zarzuty, aż nikt tego nie wytrzyma i doprowadza to do ich porzucenia oraz samotności.

W zespole terapeutycznym zauważamy zachowania pacjentów, którzy przychodzą do nas z różnymi sprawami, np.: potrzebują taśmy, zgłaszają ból palca, nogi, zaglądną do dyżurki i sprawdzają czy z kimś rozmawiamy, obserwują przy wydawaniu posiłków, czy ktoś nie dostał więcej surówki, czy nie uśmiechamy się życzliwie do kogoś. Pod byle pretekstem szukają kontaktu, w ten sposób pokazując chęć bycia blisko, ale nie mogą i nie potrafią o tym powiedzieć. Równocześnie obrażają się, udają, że nie widzą, protestując, że o nich nie zabiegamy. Nieśmiałość prezentują przez kompletne wycofanie się i czekają, czy ktoś przypomni sobie o nich. Leżenie w łóżku często może być manifestacją, którą podejmują po to, aby wszyscy się zaniepokoił i dopytywali się, co się z nimi dzieje. A gdy już zwrócą na siebie uwagę, złością się, że inni skupili na nich uwagę. Oczekują, że ktoś się domyśli albo złością się, że się nie domyślił...

Praca zespołu terapeutycznego polega na wytrzymaniu tych wszystkich skrajnych emocji, oskarżeń, intencji oraz równoczesnym ustalaniu, w czasie rozmowy, co naprawdę dzieje się w relacjach, których uczą się podczas leczenia. Osobom z zaburzeniami osobowości wydaje się, że cały świat tak samo przeżywa, ma te same uczucia w tym samym czasie. Nie rozpoznają różnic stanów emocjonalnych, pragnień, potrzeb różnych osób i chcą zniszczyć każdą inność, każdą różnicę. Muszą uczyć się tolerancji oraz dystansu do tego, że inni mogą mieć swoje problemy, że oni sami mają za dużo swoich emocji i nie są w stanie kogoś ogarnąć.

Radzenie sobie z emocjami

Złość i irytacja zazwyczaj od razu powoduje tzw. **zalew emocji**. Można wyobrazić sobie, że daną osobę dosłownie zalewają przeróżne emocje, z którymi nie jest w stanie sobie poradzić. Podobnie bardzo trudne jest znoszenie poczucia bezradności. Zazwyczaj uczuciu bezradności towarzyszy chęć lub

konieczność natychmiastowego działania, impulsywnego, tak aby ten stan zagłuszyć. Nie mogąc znieść lęku przed odpowiedzialnością lub nadmiaru cudzych emocji okaleczają się, bo ból psychiczny oraz poczucie niezrozumienia jest nie do wytrzymania. Nie mogąc znieść stałego wysiłku, wycinają element mozolnej pracy krok po kroku. Często sięgają po alkohol, narkotyki, środki psychoaktywne, nadmierną zabawę, seks. Brakuje im cierpliwości i możliwości zniesienia porażki oraz mozolnej naprawy.

Szansa

Nadzieją jest odpowiednie leczenie specjalistyczne, w wyniku którego osoby z zaburzeniami osobowości, początkowo przekonane o swoim braku jakiegokolwiek wartości, odkrywają swoje talenty, zdobywają poczucie wartości, uczą się relacji społecznych, pracy zespołowej, aktywności oraz odpowiedzialności. To tak jakby odkrywali, że są paczką z kryjącą się w środku niespodzianką. Bardzo często są w nich ogromne pokłady intelektualnych możliwości; gdy się je rozeźnia, nada znaczenie; potrafią kreatywnie coś budować i się tym cieszyć. Mogą też być dobrymi fachowcami w wąskich specjalizacjach, ale tylko wtedy, gdy ktoś zapewni im odpowiednie warunki poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego, czyli wtedy, gdy nie będą obciążeni cudzą emocjonalnością.

Cenne mogą być przytoczone poniżej wypowiedzi byłych pacjentów, którzy zakończyli specjalistyczne leczenie w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Osobowości „Peron 7F”. Wypowiedzi te najlepiej ilustrują, że mimo początkowego poczucia beznadziei, pacjenci mogli powrócić do pełnienia ról społecznych i odnaleźć się w samodzielnym życiu.

Ja przed Peronem	Ja po Peronie
Bardzo zagubiona, nie widząca sensu życia. Kiedy o tym myślę jest mi siebie żal. Bardzo trudno o motywację kiedy codziennie rano zastanawiasz się jak długo będzie trwała ta męka – tak to nazywałam na początku terapii.	Chce mi się żyć! Zaczynam cieszyć się tym co mam oraz tym co w wielkim trudzie udało mi się osiągnąć. Czuję nawet satysfakcję a nigdy nie wierzyłam, że sobie na to pozwolę.
W chaosie, niestabilna emocjonalnie, z poczuciem braku perspektyw, z trudną diagnozą, z którą ciężko mi się będzie pogodzić, że to nie koniec świata, w dużej zależności od rodziców i siostry, pomimo posiadania	Spokojna, stabilna, pogodzona ze sobą i światem, z poczuciem że nadal jest nad czym pracować, ale już nie tak przerażona, jest tyle rzeczy, które chciałabym robić, znów cieszą mnie drobiazgi, chcę się spotykać z innymi,

„swojego życia” z chłopakiem, chęcią zakończenia swojego życia.	robić wspólne rzeczy, pracuję mimo tego że nie jest to praca marzeń, czerpię z niej satysfakcję, poznałam ludzi na których mogę liczyć, po zakończeniu projektu chcę się dalej rozwijać.
Lubiłam się izolować, nie chciałam pracować, wierzyłam, że nigdy się do nikogo nie zbliżę, nie założę rodziny.	Pracuję zawodowo, mam większą świadomość swoich zachowań, jestem w związku.
Byłam osobą, która praktycznie wyłączyła się z aktywnego życia. Zamknąłem się w domu i straciłem wiarę w sens podejmowania prób zmiany swojego życia.	Jestem osobą żyjącą zdecydowanie bardziej aktywnie niż miało to miejsce przed Peronem. Po Peronie dalej jestem bezrobotny ale mam nadzieję na zmianę i chcę tej zmiany.
Miałam ogromnego „doła”, nie potrafiłam odnaleźć swojego miejsca, nie wiedziałam czego chcę, co chcę robić. Byłam bardzo zagubiona.	Boję się czy to co dostałam uda mi się utrzymać, ale zdecydowanie bardziej potrafię się odnaleźć, wytrzymać stany napięcia, lepiej sobie radzę z lękiem.
Nie wychodziłam z domu, nie miałam pracy, trudne relacje rodzinne.	Wychodzę z domu – czasem z przyjemnością, zaliczyłam 3-miesięczny staż, dalej bez pracy ale z większymi perspektywami.
Dużo czasu poświęcałem na realizację różnych zadań. Dużo zaangażowania wkładałem w formację siebie. Miałem stany czarownictwa przyszłości. Nie miałem nadziei na przyszłość.	Doceniam relacje, emocje i uczucia. Lubię rozmawiać z ludźmi, odkryłem w tym wartość. Wiem, że muszę podejmować decyzje a nie tylko plany planów. Chcę budować swoje życie z ludźmi w codzienności, czerpać z tego przyjemność.
Przestraszony w 100%, niepewny siebie, zagubiony, z anoreksją i samookaleczeniem się, z niszczeniem, destrukcją, złością (200%).	Wiem co chcę, przestraszony w 30%, pewny siebie w 80%, bez cięcia się, głodzenia, w niszczeniu oraz budowaniu, z nadzieją, szczęśliwy od czasu do czasu, radosny, pracuję.
Byłam bardzo niestabilna, zamknięta, nie wiedziałam co chcę w życiu robić, byłam w destrukcyjnym związku.	Staram się nie wchodzić w destrukcyjne relacje, jestem bardziej stabilna (chyba), lepiej się poznaję.
Pełna lęku, niewypowiedzianej złości, bezradna, bez pracy, perspektyw, bezradna.	Spokojna, mówię jak coś mi się nie podoba, staram się mieć więcej ochoty do działania, mam pewność siebie.
Mocno wycofana, nieśmiała, niepewna.	Pewna siebie, świadoma swoich wad i zalet, trochę kontaktowa.
Nie miałem wiary w siebie, dokuczwały mi silne bóle psychosomatyczne wynikające z braku dostępu do siebie i swoich emocji.	Mam nadzieję, świadomość i jestem zdecydowanie bardziej otwarty na innych ludzi. Mam punkt odniesienia i zrobię wiele, aby go nie stracić.

Jaka jest rola rodziny, co rodzina powinna robić a czego nie?

Wiele osób w dzisiejszym świecie skupia się na zapewnieniu swoim bliskim bezpieczeństwa materialnego oraz finansowego, zwłaszcza gdy same doświadczały niedostatku. Należy jednak pamiętać, że równie istotną formą poczucia bezpieczeństwa dla ludzi jest bezpieczeństwo emocjonalne. Tylko te dwa elementy dają możliwość swobodnego uczenia się, refleksji i możliwości naprawiania swoich działań. To co słyszymy zazwyczaj od pacjentów, to skarga na poczucie bycia nie wysłuchanym ze zrozumieniem, na brak zrozumienia emocjonalnego dotyczącego ograniczeń, niemożności, nieumiejętności, lęku ale także złości. Złość jest jedną z podstawowych emocji człowieka, pojawia się ona w każdej relacji, z dziećmi, rodzicami, relacji małżeńskiej, przyjacielskiej, także zawodowej. Rzadko kiedy zastanawiamy się jakie konsekwencje dla naszych dzieci mają strategie radzenia sobie ze złością innych. Czy będzie to właśnie strategia rozumienia złości i jej podłoża u dzieci, czy raczej będzie to strategia obśmiewania, negowania, czy wręcz zakazywania złośczenia się. Rodzice, od chwili urodzenia dziecka, mają trudności z rozpoznaniem co i jak ono przeżywa, bo u noworodka zakres komunikacji jest ubogi. Trudno też później, na poziomie przedszkola czy pierwszych klas w szkole, rozpoznać co dziecko przeżywa i jakich doświadcza różnorodnych stanów emocjonalnych. Rodzice często dają przekaz dziecku: „masz być grzeczny”. Ale co to znaczy i do jakiego momentu? Dzieci dostosowują się do przekazów, udają, ale zawsze gdzieś wyjdzie niezgoda na dostosowanie się, czy wymagania. Dlatego warto sobie zadawać pytanie, o czym świadczy złość naszych dzieci czy bliskich. Być może za bardzo chcemy, aby się nam podporządkowali nie zostawiając im niezbędnej swobody, podejmowania decyzji i popełniania swoich błędów.

Częstym błędem jest też pokazywanie dzieciom, że rodzice zniosą wszystko, że nie mają ograniczeń oraz ukrywanie, że czegoś nie potrafią, że sobie nie radzą. W pewnym okresie życia faktycznie dzieci potrzebują pewnika, wzorca, układu odniesienia, wobec którego mogą uporządkować chaos znaczeń, zdarzeń, kryteriów moralnych. Ale w zderzeniu z zewnętrznym światem, innymi poglądami, innymi racjami przychodzi moment wątpliwości. Gdy okaże się, że dogmaty wyniesione z domu są niefunkcjonalne, wszystko może runąć. Warto więc zastanowić się czy w kontakcie ze swoimi bliskimi, być

może dorosłymi już dziećmi, „bierzecie wszystko na siebie”, „dźwigacie cały ciężar” bez pokazywania swoich emocji, uczuć, poczucia bezradności?

Rola rodzica zależy od modelu, który wyniósł z domu, jest jakoby „przyklejona do pleców”, ale z upływem czasu pojawiają się nowe potrzeby i każdy definiuje tę rolę na nowo. Na przykład przyzwyczajenie małżonków, młodych rodziców, do wstępnej roli, którą przyjęli na początku związku, blokuje obojętny rozwój, jest przyczyną frustracji, gniewu, złości. Zaciekawienie, otwartość na zmianę, negocjowanie nowych oczekiwań, warunków, wypracowanie kompromisu co do możliwości podziału obowiązków w rodzinie, to zazwyczaj trudna praca, która dokonuje się na przestrzeni wielu lat. W przypadku relacji z dorosłymi dziećmi, konieczne jest doprowadzenie do podobnego procesu, zwłaszcza jeśli wspólnie dzieli się gospodarstwo domowe.

Podstawowym elementem, który uczy ludzi samodzielności jest konsekwencja. Ta sama, która była w centrum uwagi przy wychowywaniu małych dzieci, w przypadku relacji z osobą z zaburzeniami osobowości jest podstawą wszystkiego. Bardzo ważne jest, aby bliscy osoby z zaburzeniami osobowości mieli świadomość tego problemu. Świadomość tego, z czym się wspólnie borykają to pierwszy krok, dlatego tak ważnym jest, aby szukać pomocy, informacji na temat zachowań osób bliskich.

Drugim krokiem wydaje się wewnętrzne przyznanie się do problemu w rodzinie, pozbycie się wstydu, że z moim bliskim, dzieckiem czy dorosłym, jest „coś nie tak”. Kolejnym, powiązanim z tym krokiem, jest zwrócenie się do odpowiednich instytucji po pomoc. Może to być psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pracownik socjalny, asystent rodziny, a w skrajnych przypadkach również policja.

Ostatnim, ale szczególnie ważnym i niezbędnym krokiem, aby móc konstruktywnie działać, jest wybaczenie sobie tego, że byłem lub jestem nieświadomy, bezradny, zakłopotany, potrzebujący. Pomocna może być świadomość, że każdy człowiek boryka się z podobnymi stanami, że wszyscy popełniamy błędy i wszyscy próbujemy postępować najlepiej jak potrafimy.

Jeśli chodzi o wewnętrzną komunikację w domu, w relacji z osobą z zaburzeniami osobowości, niezbędnym jest nauczenie się mówienia i nazywania wprost swoich uczuć. Co czujemy, czego nie rozumiemy, ale też czego nie możemy już wytrzymać, że jesteśmy bezradni, zaniepokojeni. Już wcześniej zostało to powiedziane, że niezbędna jest też konsekwencja, trzymanie się ustalonych zasad, reguł. W sytuacji, kiedy są one łamane, należy o tym

rozmawiać, przypominać ustalone zasady, ale tylko wtedy, gdy miną pierwsze, nadmiernie uwolnione emocje. W gniewie lub w złości jest to tylko walka emocjonalna na wyrzucane pociski, walka na argumenty, wszyscy są pokaleczeni na polu bitwy i długi czas schodzi na opatrywanie ran. Swoim bliskim, często dorosłym „niedorosłym” warto pozwolić na błędy i samodzielne nieporadne przeżywanie konsekwencji, na samodzielność myślenia oraz szukanie pomocy u obcych. Tylko wtedy istnieje szansa, że nasz bliski poczuje motywację do zmiany, chęci leczenia.

Zaburzenia osobowości a samobójstwa, samookaleczenia, zachowania autoagresywne

Do repertuaru zachowań osób z zaburzeniami osobowości należą różnorodne zachowania autoagresywne oraz samookaleczenia. Osoby te, niestety, należą także do grupy dużego ryzyka zagrożeniem próbą samobójczą – szacuje się, że 10% osób z silnymi zaburzeniami osobowości kończy życie samobójstwem.

Z dokonanymi czynami autodestrukcyjnymi często związane jest poczucie bezradności, przytłoczenia, rozpacz, wściekłości. W przypadku samookaleczeń mówi się o rozpacz, uderze, bólu. Tak naprawdę jest to komunikat bardziej do siebie samego, a dopiero później do innych. Samookaleczenia interpretuje się w kontekście zmiany ciała danej osoby. Zazwyczaj pacjent ma kontrolę nad tym co robi, jego czyny są zaplanowane, przewidywalne, mają swój określony rozmiar, np. samookaleczenie się żyłką na nodze, ręce. Samookaleczenie daje możliwość zmagania się z napięciem. Pacjenci celowo zadają sobie ból, ale działanie to jest pozbawione intencji samobójczej (nacinanie ramion, dłoni, nóg, torsu, piersi, poparzenia, obijanie się o ścianę, gryzienie, wyrywanie włosów, rzęs, połykanie przedmiotów). Próba samobójcza jest natomiast chęcią odcięcia się od życia, eliminacji ze świadomości lub z istnienia.

Samookaleczenia mogą lub nawet powinny być potraktowane jako komunikat o trudności i napięciach w relacjach, jako problem poczucia winy. Takie działanie zazwyczaj ma na celu przyciągnięcie uwagi.

PRZYKŁAD: Pani Róża utraciła partnera, miłość swojego życia, nie może znieść świadomości, że ktoś kogo ona kocha może w ogóle myśleć o innej kobiecie, o innym życiu, w którym nie ma dla niej miejsca. Jej samookaleczenie jest aktem rozpacz, ale także próbą ponownej koncentracji uwagi na swojej osobie.

Pretekstów może być wiele, czasem będzie to wynikać z niemożności dopasowania własnego myślenia do myślenia innych osób, czasem, są to działania przeciwko sobie.

PRZYKŁAD: Pan Mateusz, 25 lat, uważa że nie jest idealny, jego ciało nie jest idealne, jego myśli nie są idealne. Od świata, siebie i innych wymaga doskonałości. Kiedy wewnętrzne napięcie jest już za duże do zniesienia, sięga po żyletkę i nacina sobie uda lub nie je przez kilka dni, głodząc się.

Z perspektywy osoby bliskiej, niezwykle trudno to zrozumieć, no bo przecież czy świat jest idealny? No nie! Każdy z nas boryka się wieloma trudnościami, jedna osoba ma krzywy nos, druga ma nadwagę, trzecia nieproporcjonalną sylwetkę. Nie ma ludzi idealnych. W przeżywaniu pana Mateusza to cios od życia, niemożność zaakceptowania siebie takim jakim się jest. Oczywiście, chęć bycia idealnym ma swoje źródła w historii życiowej pana Mateusza, ale ważne jest to, że nikt z jego bliskich nie może pojąć że tak „irracjonalny powód” może być powodem jego zachowań.

Innymi zachowaniami autodestrukcyjnymi są np. zaburzenia łaknienia, nadużywanie alkoholu, ryzykowne zachowania seksualne. Wszystkie te zachowania wynikają z potrzeby samouszkodzenia, postawienia siebie i swojego ciała w sytuacji zagrożenia. Czasem samookaleczenie, impulsywność lub autodestrukcyjność, zwłaszcza u osób z zaburzeniem borderline ma na celu wzbudzenie poczucia winy.

PRZYKŁAD: Pani Joanna telefonuje do przyjaciółki. Chciałaby się umówić z nią na kawę. Przyjaciółka przeprosza ją i tłumaczy, że nie może się dziś spotkać, bo chłopakowi udało się zdobyć bilety na spektakl, który od dawna oboje chcieli obejrzeć, i wychodzą do teatru. Chętnie spotka się z nią jutro rano. Pani Joanna niezadowolona odkłada słuchawkę. W jej głowie pojawiają się myśli, że musi być nic niewarta skoro jej najlepsza przyjaciółka wybiera swojego chłopca zamiast jej. Pewnie wcale jej nie zależy. Nic ją nie obchodzi. Tylko udaje przyjaciółkę... Z tymi myślami idzie do łazienki po żyletkę. Siada na ubikacji i nacina sobie przedramię... Powoli czuje jak ustępuje wewnętrzny ból, uspokajają się kłębujące się myśli...

Bez względu jednak na formę zachowań, wszystkie osoby dokonujące uszkodzeń potrzebują wsparcia emocjonalnego. Niektórym osobom bardzo

trudno jest prosić o takie wsparcie i jednocześnie trudno jest im je przyjmować. W chwilach silnego stresu czują chwilowy wzrost tej potrzeby. Często, gdy problemy je przerastają, pojawia się także konieczność pomocy kryzysowej – poprzez rozmowę z kimś, zatelefonowanie, pójście do miejsca gdzie można poczuć się bezpiecznie. W takich momentach należy przede wszystkim poświęcić im czas umożliwiając nieśpieszną, swobodną, wyjaśniającą rozmowę, gdyż nie zawsze przyczyna napięcia jest od razu znana. Wsparcia nie powinno się uzależniać od powstrzymania się danej osoby, gdyż taka postawa wzmacnia tylko znaczenie i siłę zachowania samouszkodzającego. W praktyce, zwłaszcza w relacji rodzinnej, jest to bardzo trudne.

Rodzina, bliscy takie sytuacje przeżywają jako coś strasznego, to tak jakby im się „grunt spod nóg zapadł”, czują ogromne przerażenie i pustkę. Często jako mechanizm obronny uruchamiana jest złość, warunkowanie pomocy, ale też chęć uzyskania zapewnienia, że to się więcej nie powtórzy, „pomogę ci, ale to się nie może więcej powtórzyć”. Niezwykle ważne jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, wsparcia oraz powstrzymanie się od oceny.

Podczas leczenia terapeuta lub zespół terapeutyczny pracują nad zachowaniem poczucia odpowiedzialności i szacunku do siebie. Muszą znaleźć równowagę pomiędzy udzielaniem wsparcia, usamodzielnieniem, ubezwłasnowolnieniem, a przejęciem odpowiedzialności za życie pacjenta. Istotne jest więc, aby wspólnie z pacjentem wypracować sposoby docierania w razie potrzeby do źródeł wsparcia, rozwijając jego siłę wewnętrzną i zasoby. Z czasem może udać się identyfikować sytuacje, które stwarzają ryzyko, że osoba nie podoła czemuś i podejmie próbę samouszkodzenia, ale będzie mogła planować sposoby udzielania sobie wsparcia, szukania go w otoczeniu.

Samookaleczenia mają znaczący wpływ na innych w placówce, w rodzinie, wśród przyjaciół. Wywołują silny niepokój, złość i lęk otoczenia. Często podczas rozmów z rodzinami obok niedowierzania, rozpacz i bezradności, pojawia się ogromne poczucie winy, że „nie byliśmy wystarczająco dobrymi rodzicami”, „może za mało go wspieraliśmy”, „nasza rodzina jest normalna, gdzie popełniliśmy błąd, co zrobiliśmy nie tak”?

* * *

Nie da się na łamach tej broszury odpowiedzieć na wszystkie pytania. Realizowane grupy wsparcia dla rodzin każdorazowo odsłaniały u rodzi-

ców i innych bliskich osób z zaburzeniami osobowości poczucie winy, troski i borykanie się z pytaniami, na które często nie ma łatwej i jednoznacznej odpowiedzi. Jako kierunek dalszych poszukiwań możemy rekomendować znalezienie grupy wsparcia, miejsca, gdzie wraz z terapeutą i innymi rodzicami można będzie próbować zrozumieć zachowania i motywy bliskich. Drugim kierunkiem jest lektura kilku książek, która może okazać się cenna. Są to:

1. Ewa Woydyłło, *My rodzice dorosłych dzieci*, Wydawnictwo Literackie.
2. Helen McGrath, Hazel Edwards, *Trudne Osobowości*, Rebis.
3. dr Ross W. Greene, *Trudne emocje u dzieci. Jak wspólnie rozwiązywać problemy w domu i w szkole*, Samo Sedno.

Cennym źródłem informacji mogą być artykuły zamieszone na stronie: www.zaburzeniaosobowosci.pl

„Większość rodziców nie uczęszczała na lekcje dobrego rodzicielstwa. Każdy przeważnie miał tylko własny dom, z takimi a nie innymi rodzicami, którzy też nie pobierali tego typu lekcji. Nie chodzili na warsztaty odpowiedzialnego życia i pokazy miłości – takiej, która trwale nie rani i nie krzywdzi. Ale gdzie takiej miłości szukać? W każdym razie, dla wielu w domu jej nie było. Nic dziwnego, że rodzice potrzebują rad, wskazówek, wzorów i pomocy, a mając nieudane dzieci pytają, co robić oraz czy i jakie popełnili błędy. Oczywiście, że popełnili. Wszyscy popełniamy. Czyż można sobie wyobrazić kogokolwiek, w roli rodzica też, żeby był nieomylny, doskonały? Absurd”⁷⁶

⁷⁶ Ewa Woydyłło, *My rodzice dorosłych dzieci*. Str. 19.