

Droga do pracy po psychozie*

Wprowadzenie

- Czym jest praca w naszym życiu ?
- Odpowiedź jest prosta,

Żeby istnieć, żeby żyć, aby iść do przodu, aby nie popełnić samobójstwa – potrzebna jest praca.

(Fragment rozmowy uczestników grupy edukacyjnej) [5]

Warsztaty Terapii Zajęciowej są częścią środowiskowego programu leczenia i rehabilitacji schizofrenii prowadzonego od wielu lat przez krakowską Katedrę Psychiatrii w Krakowie. Praca terapeutyczna w Warsztatach odwołuje się do założeń obowiązujących w szerszym systemie opieki środowiskowej. Kategorie – zintegrowanego zespołu, ciągłości leczenia, minimalizacji kryteriów kwalifikacyjnych, wielodyscyplinarnego zespołu, „małej grupy”, sieci społecznej, z których wyprowadzone są podstawy metodyki oddziaływań psychospołecznych to „słowa klucze” leżące u podstaw tworzenia i opisu każdego programu rehabilitacji dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika. Jego celem jest dostarczenie pacjentowi realnych doświadczeń życiowych przez stworzenie odpowiedniej oferty pracy w warsztatach, pomoc w aktywnej organizacji dnia i naukę społecznych umiejętności. Ze względu na głębokość zaburzeń rehabilitowanych osób i ich stygmatyzację, uczestniczenie w wieloletnich indywidualnych

programach jest często jedyną możliwą formą aktywnego spędzania czasu komplementarną do prowadzonego leczenia. Ostateczny a najbardziej wymierny efekt rehabilitacji w warsztatach jakim jest fakt podjęcia i utrzymania pracy chronionej jest udziałem tylko nielicznej grupy pacjentów.

Kontekst Warsztatów Terapii Zajęciowej – „oś pracy”

Warsztaty Terapii Zajęciowej obok Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii Dorosłych i Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Schizofrenii są jednym z elementów tzw. „rehabilitacyjnego świata pracy”. Umożliwia on tworzenie zróżnicowanej oferty terapeutycznej. Od propozycji kontynuacji leczenia (w trybie ambulatoryjnym lub dziennym) poprzez stabilne uczestniczenie w wieloletnim programie w Warsztatach, aż po zajęcia w klubie pracy oraz możliwość podjęcia praktyk zawodowych i „chronionego zatrudnienia”.

Tworzenie „miejsc pracy chronionej” powiązane jest z praktyką inicjowania w ramach środowiskowego programu leczenia i rehabilitacji schizofrenii organizacji pozarządowych stawiających sobie za cel reintegrację społeczną i zawodową osób po przebytych kryzysach psychicznych. Pierwszą tego typu organizacją była Krakowska Fundacja „Hamlet”. W ciągu niecałych dziesięciu lat działalności Fundacja stała się niezależną instytucją prowadzącą w mieście wiele wartościowych i unikalnych na skalę kraju projektów.

* Autor opisuje program rehabilitacyjny Warsztatów Terapii Zajęciowej Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Jest polskim przewodniczącym Komisji Pracy i Rehabilitacji w PNTZP

W projekcie miejsc pracy chronionej w Kawiarni "Miodowa 9" Fundacja współpracuje z Kliniką Psychiatrii Dorosłych co pozwala zatrudniać pojedynczych pacjentów z Oddziału Dniennego i Warsztatów Terapii Zajęciowej oraz organizować dla nich praktyki i szkolenia zawodowe. Niestety, modelowe rozwiązania mogą służyć tylko nielicznej grupie osób. Jest to problem definiowany jako tak zwane "wąskie gardło" struktury rehabilitacji przez pracę.

Ta sytuacja jest bodźcem dla przygotowywania kolejnych projektów zarówno przy współpracy ze Stowarzyszeniem Rodzin "Zdrowie Psychiczne" jak i Stowarzyszeniem Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej. Nowe projekty miejsc pracy chronionej w "sklepie" i "hotelu" mają zostać zrealizowane wspólnie z samorządem lokalnym miasta Krakowa. PNTZP przejęło patronat nad projektem.

Dla opisywanego "świata pracy" szczególne znaczenie ma udana współpraca z wolnorynkową Firmą Handlową "Big-Fox", zatrudniająca kilkusobową grupę pacjentów po zakończonym leczeniu w Oddziale Dziennym lub rehabilitacji w Warsztatach. Należy jednak podkreślić, że tego rodzaju współpraca należy do odosobnionych wyjątków. Po latach doświadczeń wyniesionych z klubu pracy, w którym terapeuci towarzyszyli pacjentom w poszukiwaniu pracy na wolnym rynku, można jednoznacznie stwierdzić, że przeważająca liczba podejmowanych prób reintegracji zawodowej chorych na schizofrenię skazana jest na niepowodzenie, albo przynajmniej jest niewyobrażalnie trudna.

Struktura i zadania Warsztatów Terapii Zajęciowej

Wartością programu rehabilitacyjnego Warsztatów, w którym uczestniczy 45 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, jest jego zintegrowanie z szerszym systemem opieki, który obok zajęć i pracy obejmuje również leczenie i psychoterapię. Dalszy rozwój oferty rehabilitacyjnej związany jest przede wszystkim z wprowadzeniem w życie wspomnianych powyżej nowych projektów "pracy chronionej".

W Warsztatach w ramach pięciu pracowni terapii zajęciowej oraz klubu pracy zostały utwo-

rzony indywidualne stanowiska terapii dostosowane do potrzeb i możliwości uczestników. Praca w małej grupie w jednej z pracowni jest obok indywidualnej opieki terapeutycznej nad uczestnikami, podstawowym elementem organizującym funkcjonowanie instytucji.

Pacjenci zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji biorą również udział w zajęciach dodatkowych: kursie obsługi komputera, kursach językowych, pracy grupy malarstwa i rysunku Galerii "Miodowa" oraz pracy grupy teatralnej.

Najważniejszą misją rehabilitacyjną warsztatów jest dbanie o indywidualny rozwój każdego uczestnika WTZ w zakresie:

- 1) podstawowych umiejętności życiowych - to jest higieny osobistej, prac kulinarnych i porządkowych, planowania czasu wolnego, odpoczynku, korzystania z dóbr kulturalnych;
- 2) podstawowych umiejętności społecznych - to jest podejmowania decyzji, odpowiedzialności, wyrażania bez lęku własnego zdania, życia w grupie (współpracy, współodpowiedzialności, korzystania z pomocy czy też udzielania pomocy innym);
- 3) umiejętności współżycia w rodzinie;
- 4) podstawowych umiejętności zawodowych;
- 5) zdolności rozumienia choroby i nabywania skutecznych sposobów radzenia sobie z nią.

Zadania powyższe podejmowane są między innymi przez tzw. grupę edukacyjną, której praca odwołuje się do treningu umiejętności społecznych i treningu kognytywnego.

Strategiczne zadania Warsztatów związane z usytuowaniem instytucji na "osi pracy" i koniecznością jej otwarcia się na życie w społeczności lokalnej przedstawiają się następująco:

1. Zapewnienie uczestnikom odpowiedniej formy treningu pracą.
2. Animacja grup pacjentów poszukujących pracy.
3. Utrzymywanie kontaktów z uczestnikami, którzy podjęli zatrudnienie i wymagają dalszego wsparcia zespołu terapeutycznego.
4. Udzielanie porad z zakresu prawa socjalnego.
5. Utrzymywanie stałych kontaktów z placówkami lecznictwa psychiatrycznego, centrami rehabilitacji, miejscami pracy chronionej i służ-

bami zatrudnienia. Ostatecznym celem tego zadania powinno być współtworzenie regionalnego forum, które byłoby zdolne zagwarantować chorym psychicznie prawo do pracy.

Równocześnie codzienna praktyka w Warsztatach odwołuje się do założenia o współlistnieniu i równouprawnieniu trzech wymiarów procesu rehabilitacyjnego: "leczenia i rehabilitacji", "mieszkania" oraz "pracy" [2].

Grupa edukacyjna jako jedna z metod pracy w Warsztatach Terapii Zajęciowej

Praca w grupie edukacyjnej związana jest z tradycją krakowskiej Kliniki Psychiatrii. Myślę tutaj przede wszystkim o praktyce Profesora Antoniego Kępińskiego [6], który zawsze podkreślał wartość poznawczą bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Tradycja i współczesność dydaktyczna to również tzw. "prezentacja pacjenta". Pomimo niebezpieczeństwa uprzedmiotowienia chorego, ta forma edukacji musi trwać nadal, ponieważ jest najlepszym sposobem, aby "nauczyć się słuchać" pacjenta. Nauka psychiatrii powiązana z bezpośrednim kontaktem z chorym nabiera szczególnej wartości bowiem staje się niejako procesem "samoleczącym" i równocześnie jest wiarygodną opowieścią ze źródła, z którego czerpiemy zrozumienie cierpienia i potrzeb jakie rodzi choroba.

Kilkanaście lat temu pacjenci byli pytani o świat, w którym dominowały objawy. Dzisiaj po wieloletnim doświadczeniu choroby ci sami pacjenci poszukują sensu swoich zmagania ze schizofrenią i sposobów radzenia sobie w codziennym życiu. Tak więc, stopniowo zmienia się tematyka zajęć dydaktycznych oraz ich forma. Świat objawów zastępuje subiektywne rozumienie choroby, a pacjenta "prezentowanego" na szkoleniach, osoba zdolna do refleksji nad własnym doświadczeniem choroby.

Powstanie grupy

Niespełna dwa lata temu przed pierwszą wizytą studentów ze Szkoły Ergoterapii z Eckardtsheim w Krakowie poprosiłem jednego z pacjentów uczestniczących od kilku lat w rehabilitacji

w Warsztatach Terapii Zajęciowej o pomoc w przygotowaniu i wygłoszeniu wykładu na temat znaczenia pracy w rehabilitacji psychiatrycznej. Rozmowy z pacjentem – Robertem - poprzedzające spotkanie z niemieckimi studentami dotyczyły nie tyle jego obaw przed wystąpieniem na forum grupy, ile potencjalnie zagrażającej tematyki spotkania. Na ile będzie ona związana z pytaniami o przebieg choroby i jej objawy? Kwestia ta ogniskując niepokój pacjenta powodowała stopniowe precyzowanie planu spotkania. Ostatecznie dominowała w nim wyraźna orientacja na przedstawienie indywidualnego planu pracy w warsztatach i jej wpływu na funkcjonowanie Roberta. Określone zostały wyraźne granice ewentualnej dyskusji na tematy związane z historią choroby i zgoda na rozmawianie o historii życia. Byliśmy przygotowani do godzinnego wystąpienia i ... odniesienia sukcesu. Tak też się stało. Z niemieckimi studentami rozmawialiśmy o doświadczeniu pracy, o specyficznych potrzebach pacjenta i jego opiniach oraz przede wszystkim o drobnych zwycięstwach odniesionych w walce z trwającą od dwudziestu lat chorobą. Jednym słowem: dyskutowaliśmy o zdrowiu, niejako dzieląc przekonanie A. Antonovsky'ego, że "każdy, póki tli się w nim choć jedna isierka życia, jest do pewnego stopnia zdrowy" [1].

Z czasem, do udziału w pracy dydaktycznych zapraszani byli kolejni pacjenci, którzy zgodzili się uczestniczyć w regularnych zajęciach dydaktycznych prowadzonych przez pracowników Kliniki.

Swoją obecnością stwarzali okazję do wprowadzania w tok zajęć nowych tematów. Obok zagadnień pracy i rehabilitacji pojawił się temat roli rodziny w leczeniu, wartości sieci społecznego oparcia, znaczenia indywidualnej relacji terapeutycznej, wpływu leków na codzienne funkcjonowanie. I jako jeden z ostatnich tematów: *Znaczenie mojego udziału w leczeniu, moja praca nad sobą*. Tematy te zostały ostatecznie sformułowane przez pacjentów na jednym z pierwszych spotkań grupy edukacyjnej.

Praca grupy edukacyjnej

Praca grupowa odwołuje się do dwóch głównych założeń. Po pierwsze - do założenia o wzajemnej korzyści jaką wynoszą z pracy dydaktycznej

studenci i pacjenci oraz po wtóre - do założenia o odwoływaniu się do silnych stron pacjenta. Grupa edukacyjna skoncentrowana jest bardziej na budowaniu ich siły, aniżeli analizowaniu słabości, na ich funkcjonowaniu - mniej na patologii i chorobie.

Pacjenci występują w różnych grupach zawodowych i instytucjach w roli "ekspertów" i "nauczycieli", którzy doświadczyli choroby schizofrenicznej i posiadają lub doskonałą skuteczne sposoby radzenia sobie z nią. Proces rozwoju grupy bazuje na istniejącym rytmie pracy dydaktycznej pracowników naukowych Kliniki. Kolejne grupy studentów (np. medycyny, pracy socjalnej) i pracowników (pielęgniarek, lekarzy, opiekunów, terapeutów zajęciowych) określają poprzez swoją orientację zawodową zakres tematyczny spotkań z pacjentami - "nauczycielami psychiatrii". Może on obejmować tak treść i znaczenie przeżyć psychotycznych, jak i potrzeby rehabilitacyjne i doświadczenia zdobyte przez pacjentów w pracy w Warsztatach.

Udział pacjentów w wykładach jest zawsze przed spotkaniem precyzyjnie planowany oraz dostosowywany do ich potrzeb i istniejących aktualnie możliwości. Celem pracy indywidualnej jest precyzowanie dla każdej z osób własnego tematu wykładowego i próba odpowiedzi na pytanie o jego poznawcze znaczenie dla danej grupy. Należy podkreślić, że poza spotkaniami dydaktycznymi pacjenci uczestniczyli również w kilku programach telewizyjnych i wywiadach prasowych dotyczących krakowskiej psychiatrii. Proces rozwoju grupy ilustrują zmiany, które nastąpiły w pierwszym roku pracy rehabilitacyjnej.

- Zmiana pierwsza: od prezentowania przez pacjentów wyłącznie "znaczenia form leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej" do częstszego podnoszenia wartości własnego udziału w leczeniu, własnych decyzji uczestniczenia w rehabilitacji, czy uczestniczenia w życiu społecznym w ogóle.
- Zmiana druga: od wykładów, na których terapeuta mówił "o pacjencie" - bez jego obecności do wykładów, na których terapeuta mówił "przy pacjencie". ("Nic więcej nie stało się po moim wyjściu.")

- Zmiana trzecia: od wniosków wypowiedzianych przez terapeutę do wniosków wypracowywanych wspólnie z pacjentem. ("Coraz więcej wspólnego omawiania tematyki i wzajemnych komentarzy.")

Rehabilitacja w grupie edukacyjnej korzystnie wpływa na uporządkowanie i reintegrację tak samych przeżyć chorobowych pacjentów, jak i ich życia z chorobą. Pozwala na zdobycie większego zakresu wiedzy o sposobach radzenia sobie z nią oraz na uzyskanie dystansu do własnych przeżyć psychotycznych. Ponadto umożliwia pacjentom pozytywne doświadczenie siebie, własnych kompetencji społecznych i co wydaje się być najistotniejsze, akceptującej obecności innych ludzi.

Sukces w rehabilitacji

Profesor Klaus Dörner w jednym ze swoich wystąpień jednoznacznie określił cel stosowania terapii pracą:

"Praca w szpitalu jest w zasadzie pracą przymusową, ponieważ odbywa się w ramach instytucji, stąd też może służyć tylko jednemu celowi, a mianowicie spowodowaniu, aby pacjent był zdolny do dokonania wyboru rodzaju pracy poza instytucją, (...) ponieważ tylko praca wybrana przez samego pacjenta da mu możliwość takiej realizacji jako człowieka, która będzie odpowiadała jego poczuciu godności." [3]

Program rehabilitacji w warsztatach odwołuje się do tak sformułowanego celu ergoterapii, który jest równocześnie jego aksjologiczną podstawą.

Wymienioną w tytule artykułu "drogę" pacjenta do pracy i samodzielności rozumiem jako problem ściśle związany ze "społeczną naturą" przewlekłej schizofrenii. Towarzysząc pacjentowi w jego wieloletniej historii leczenia i rehabilitacji, "ucząc się godzić z porażkami i niepowodzeniami" w terapii coraz bardziej wartościowe i potrzebne wydają się rozwiązania zmierzające do tworzenia równoległych wobec istniejącego rynku, specjalnych systemów stabilnego zatrudnienia. Takich rozwiązań pracy, które są osiągalne dla pacjentów i równocześnie zdolne do udźwignięcia ciężaru konkurencji z wolnym

rynkiem [7,8]. Właściwym przykładem są między innymi niemieckie firmy integracyjne zjednoczone w organizacji FAF. Bez funkcjonowania tych specjalnych instytucji pracy chronionej trudno jest jednoznacznie definiować sukces w rehabilitacji, a jeszcze trudniej jest go doświadczyć wspólnie z pacjentem [4].

Stale powiększająca się w Polsce przepaść pomiędzy warsztatami terapii zajęciowej a zakładami pracy chronionej jest jednym z największych zagrożeń dla utrzymania pozytywnych wyników rehabilitacji.

Indywidualny program rehabilitacji, który opiszę w dalszej części artykułu jest historią pięcioletniej terapii pracą z tak zwanym "trudnym pacjentem". Będzie to przedstawienie sposobu w jaki staramy się zrozumieć potrzeby pacjenta i jego trudności związane z codziennym życiem w środowisku.

Opis indywidualnego programu rehabilitacji

Pan Robert został przyjęty do warsztatów pięć lat temu, miał wówczas 36 lat. Mieszkał w Krakowie ze swoją matką. Przed trzema laty związek małżeński rodziców po kilkuletnim okresie emocjonalnego rozvodu został formalnie rozwiązany. Ojciec pacjenta zamieszkał osobno i założył własną rodzinę. Od tego czasu Robert i jego matka nie utrzymywali z nim żadnych kontaktów. Ich status społeczny ulegał stopniowemu pogorszeniu. Utracili rodzinną firmę, wycofali się całkowicie z aktywności zawodowej, utrzymując się ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego i pomocy społecznej. Tworzyli w "świecie krakowskiej psychiatrii" charakterystyczną nierozłączną parę, szczepioną silnym symbiotycznym związkiem. Jakiegokolwiek próby terapeutycznej interwencji w tym systemie skierowane na jego "zneutralizowanie" kończyły się kolejnymi kryzysami psychicznymi pacjenta.

Pan Robert od 21 roku życia, kiedy wystąpiła konieczność hospitalizacji stacjonarnej, został objęty regularnym leczeniem psychiatrycznym. Pierwsze trudności w społecznym funkcjonowaniu pojawiły się u niego już kilka lat wcześniej w trakcie nauki w liceum ogólnokształcącym i na-

stępnie w ekonomicznej szkole policealnej. Doprowadziły one do rocznej przerwy w nauce i podjęcia leczenia w oddziale nerwic. Jednakże, stopniowe nasilenie objawów psychotycznych i ich utrzymywanie się po wspomnianej pierwszej hospitalizacji uniemożliwiły pacjentowi uzyskanie dyplomu zawodowego. Ze szpitala został wypisany z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Kolejny pobyt w szpitalu, który nastąpił w niespełna rok po wypisie zakończył się przyznaniem Robertowi stopnia niepełnosprawności. W sumie w ciągu piętnastu lat ze względu na niekorzystny przebieg choroby pacjent był leczony na oddziałach całodobowych osiemnaście razy z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego.

Mając 26 lat Robert podjął pierwszą i jedyną w swoim życiu próbę pracy w krakowskim zespole opieki zdrowotnej na stanowisku pracownika administracyjnego. Przyczyną rezygnacji z pracy po niespełna jednym miesiącu były trudności w nawiązaniu i utrzymaniu rozmowy ze współpracownikami i stale towarzyszące pacjentowi przekonanie, że nie może być dla ludzi "wykształconych" partnerem w codziennej zawodowej aktywności. Opisując ten okres swojego życia Robert powiedział: "Przyływy i odpływy różnych stanów emocjonalnych, nie wiadomo jak człowiek będzie funkcjonować. Stąd brały się moje trudności w regularnej pracy."

W piętnastoletniej historii życia pacjent był regularnie leczony farmakologicznie, zastosowano leczenie elektrowstrząsami, był objęty indywidualną terapią, uczestniczył w turnusach leczniczo-rehabilitacyjnych, psychoedukacyjnych spotkaniach rodzinnych i zajęciach klubu pacjenta.

Ostatecznie przed przyjęciem do warsztatów leczenie i terapię indywidualną pacjenta prowadził Zespół Leczenia Domowego, a czas wolny pan Robert spędzał na cotygodniowych zajęciach klubu pacjenta. Matka brała udział w spotkaniach klubu rodziców i pracy stowarzyszenia rodzin, który jest kontynuacją spotkań psychoedukacyjnych i grupą wsparcia. Po kilku latach pracy terapeutyci rodzinni "pochyliłi głowy przed siłą systemu". Czas nie związany z terapią Robert i mama spędzali razem, prowadząc gospo-

darstwo domowe. Codzienne funkcjonowanie pacjenta utrudniał znacznie obniżony nastrój, tendencje do społecznej izolacji, spowolnienie ruchowe oraz zaburzony rytm dnia, jak również przekonanie Roberta, że przynależność do grupy "ludzi chorych, schizofreników" utrudnia lub zgoła całkowicie uniemożliwia porozumienie z tak zwanym zdrowym społeczeństwem.

Charakterystyka etapów rehabilitacji

Adaptacja. W pierwszym etapie pracy najistotniejsza zmiana dotyczyła zwiększenia społecznej aktywności Roberta. Dotychczasowy jej wymiar, sprowadzający się do cotygodniowych wizyt w klubie został zastąpiony próbą codziennej obecności w warsztatach. Dla uczestnika nie najistotniejszym czynnikiem motywacyjnym była możliwość podjęcia "pracy i uzyskania własnych dochodów", ale przede wszystkim spotkania osób znanych mu z wcześniejszego leczenia. Po wstępnych spotkaniach zdecydował się na pracę w pracowni stolarskiej, w której uczył się oprawy obrazów powstających w grupie plastycznej. Często zbierał w sklepach kartonowe pudła potrzebne do zajęć. Zapytany o przyczyny wyboru miejsca pracy odpowiedział, że "osoby posiadające prawdziwy talent są w grupie malarstwa i rysunku dla reszty pozostaje żmudna praca w stolarni". Po dwóch latach stwierdził, że w tym czasie przeżywał swoją pracę jako "uwłaczającą i śmieszną". Obok trudności z regularnym i punktualnym przychodzeniem do pracy (z racji zmienionego rytmu dnia na zajęcia popołudniowe rozpoczynające się o piętnastej przychodził spóźniony o blisko dwie godziny), problemem była niezdolność Roberta do prowadzenia rozmów w grupie i negatywne przeżywanie własnej w niej obecności. W trakcie indywidualnych spotkań terapeutycznych formułował opinie, że nie jest w stanie rozmawiać ponieważ nie zna się na pracy, a swoją obecnością przeszkadza innym w planowaniu i wykonywaniu zadań w warsztatach.

Praca w grupie terapii zajęciowej. W kolejnym roku Robert pracował na dotychczasowym stanowisku wykonując z niewielkim już wsparciem ze strony terapeutów ramy do obrazów. Efekty końcowe jego pracy cechowała duża staranność. Jednakże największą trudnością dla

pacjenta było wykonanie jej w określonym terminie. Poszukiwanie możliwych rozwiązań w zmianie organizacji pracy nie zakończyło się powodzeniem. Robert zgłosił po raz pierwszy, że jest niezadowolony z osiągniętych w warsztacie postępów, co stało się bezpośrednią przyczyną poszukiwania projektu bardziej dostosowanego do jego możliwości, który zagwarantowałby przeżycie siebie jako "w pełni efektywnego pracownika". Nie rezygnując z dotychczasowego zajęcia, pacjent otrzymał propozycję nauki prac introligatorskich związanych z oprawą i foliowaniem wykonywanych w warsztacie kartek świątecznych. Były one sprzedawane w trakcie organizowanego w ośrodku, kilka razy w roku kiermaszu prac.

To rozwiązanie zostało przyjęte przez uczestnika i z sukcesem wprowadzone do codziennej pracy.

Z czasem wokół projektu kartek świątecznych zaczęła powstawać nowa grupa zajmująca się wyłącznie ich produkcją i przygotowywaniem do sprzedaży. Poprzednie pocztówki, z których każda była wykonywana ręcznie zastąpione zostały wzorami powielanymi techniką ksero. Dla Roberta i pozostałych uczestników w grupie była to możliwość nauki i zastosowania nowych umiejętności pracy. Robert jako osoba najdłużej związana z projektem pocztówek, stał się naturalnym "brygadziwą" w grupie. Pomoc świadczona dla partnerów w pracy, fachowe uwagi, próby koordynacji poszczególnych etapów zadania to określenia charakteryzujące jego aktywność w warsztatach i dominującą tematykę rozmów indywidualnych. W trakcie jednej z nich podjęty został temat sposobu dystrybucji pocztówek, których grupa przygotowała przeszło sto. Zadanie polegające na znalezieniu w mieście punktu sprzedaży było wielokrotnie omawiane i ostatecznie zostało przez Roberta zaakceptowane. W jego wykonaniu pomagały mu poszczególne osoby z grupy. Pierwsze kartki zostały sprzedane w sklepiku przykościelnym, a pierwszy dochód został przeznaczony na zakupy materiałów do terapii.

W następnym roku aktywność Roberta skierowana była przede wszystkim na poszukiwa-

nie i utrzymanie współpracy z kolejnymi sklepikami tzw. "punktami chronionej akwizycji". Sukcesem było pozyskanie przez pacjenta kolejnych trzech miejsc dystrybucji. Analiza pracy polegającej na telefonicznych lub bezpośrednich rozmowach uczestnika z szefami i pracownikami różnych firm oraz prowadzeniu okresowych rozliczeń z uzyskanych dochodów, zdominowała tematykę rozmów indywidualnych. Pacjent zobaczył podobieństwo pomiędzy aktualnym zajęciem w warsztatach a pracą wykonywaną w rodzinnej firmie wraz z ojcem: "Nigdy nie myślałem, że to czym zajmowałem się przez kilka lata było pracą."

Grupa edukacyjna. Odmienną formą aktywności Roberta w tym etapie rehabilitacji był jego udział w pracy grupy edukacyjnej. Robert występował w roli "wykładowcy problemu" i otrzymywał za swoje zajęcia wynagrodzenie. Prezentował na nich charakter i dotychczasowy przebieg swojej pracy i rehabilitacji. Mógł bilansować pozytywne doświadczenia, uzyskać wzmocnienia emocjonalne oraz rozwijać swoje umiejętności w kontaktach z grupą. Równocześnie rozmowy indywidualne z pacjentem poprzedzające spotkania edukacyjne stały się rozmowami o trudnych doświadczeniach związanych z chorobą. W trakcie jednego ze spotkań Robert opisując swój stan z okresu silnego nawrotu choroby powiedział: "Pamiętam bardzo silną depresję. Widziałem starego mężczyznę, żebraka, który zamiatał ulicę przed kościołem. Byłem przekonany, że już nigdy nie odzyskam zdolności do żadnej pracy".

"Rozmowy o pracy" zainspirowały powołanie w warsztatach grupy edukacyjnej.

Próba pracy. W kolejnym roku w programie rehabilitacji nie nastąpiły istotne zmiany. Praca zmierzała do utrzymania dotychczasowego poziomu funkcjonowania uczestnika w poszczególnych zadaniach. Zmniejszony został poziom bezpośredniego zaangażowania terapeutów w pracę z Robertem.

Po pięciu latach rehabilitacji pacjent podjął pracę w ramach przywarsztatowych praktyk zorganizowanych w Kawiarni zatrudniającej osoby, które chorowały psychicznie. Była to po pięć-

nastu latach przerwy druga w życiu pacjenta próba aktywności zawodowej.

Robert nie został zatrudniony w Kawiarni. Zaproponowana przez pracodawcę miesięczna umowa o pracę okazała się niewystarczająca aby przenieść nabyte umiejętności w inny kontekst społeczny. Ponownie pojawiła się niepewność co do własnych umiejętności społecznych i zawodowych. Rytm życia w "miejscach pracy chronionej" okazał się dla uczestnika zbyt różny od codziennej rehabilitacji w warsztatach. Robert ocenił pozytywnie nowo uzyskane doświadczenie i wyraził gotowość podjęcia podobnej próby w przyszłości.

Podsumowanie - efekty pięcioletniej rehabilitacji

1. W trakcie przeszło piętnastu lat opieki psychiatrycznej przed przystąpieniem do warsztatów żaden lek - w opinii Roberta – nie okazał się na tyle skuteczny aby zapobiec kolejnym hospitalizacjom. Tym "lekiem", który chroni przed kolejnymi nawrotami jest połączenie farmakoterapii i codziennej pracy w warsztatach.
2. Czas trwania kolejnych nawrotów choroby (bez konieczności przerywania terapii pracą) na przestrzeni ostatnich pięciu lat rehabilitacji ulegał stopniowemu skróceniu.
3. W stosunku do osiemnastu hospitalizacji do czasu przystąpienia do warsztatów w ostatnich pięciu latach liczba hospitalizacji wynosi zero.
4. Nastąpiła pozytywna zmiana w możliwościach refleksji pacjenta nad sobą, a stabilna poprawa w poziomie funkcjonowania jest wynikiem:
 - "koegzystencji" (zintegrowania) doświadczeń związanych ze światem choroby i realnych zadań dnia codziennego, jak również
 - akceptacji symbiotycznego związku w rodzinie, który towarzyszył wszelkim zmianom w programie rehabilitacji. Nie rozrywanie więzi, tylko wykorzystanie jej dla zbudowania "aktywności własnej" Roberta i "aktywności matki" w klubie i stowarzyszeniu rodzin co stało się czynnikiem wspomagającym zdrowie pacjenta.

5. Wartością wieloletniej rehabilitacji w warsztatach było stworzenie pacjentowi możliwości świadomego wyboru aktualnie dostępnej oferty pracy i nauki.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
2. Cechnicki A.: *Wybrane aspekty leczenia schizofrenii*. Psychoterapia, 1992, 2, 27-37.
3. Dorner K.: *Arbeit ist mehr als eine Kombination aus Gnade und Ausbeutung*. W: Frankfurter Rundschau, 7 Jani 1985.

4. Dorner K.: *Psychoterapia przez pracę – w czasach Hermanna Simona i w chwili obecnej*. Dialog, 1994, 1, 113-118.
5. Hawlena-Drożdżak A.: *Krakowski Kazimierz, ulica Miodowa 9, Światło i Cienie*, 1999, 2, 14
6. Kępiński A.: *Schizofrenia*. PZWL, Warszawa 1972.
7. Weber P., Steier F.: *Arbeit schaffen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998.
8. Wedekind R., Kuhnt S.: *Psychisch krank – ohne Arbeit ohne Ausweg*. Enke, Stuttgart 1991.