

Znaczenie punktu konsultacyjnego doradztwa zawodowego w przełamaniu niepełnosprawności psychicznej

The meaning of the Consulting Trade Place in breaking through mental illness

Maryla Sawicka, Joanna Meder

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Kierownik: doc. dr hab. n. med. J. Meder

Summary

Aim. The aim of this article is to show the effects of the Consulting Trade Place for people seeking employment “On the way to work”, which exists thanks to the KRKA company. The aim of the trade place is the stimulation of mentally ill people in social life, through giving them the ability to work.

Results. Throughout the year, 215 people enrolled, especially schizophrenic patients. Almost half of them received information about where they could work or where one could find informations about it. Getting the job, or even the hope to get it, awakes resources which were put aside by the long period of illness. People who get a job, stress the satisfaction of “being someone useful”, “being someone important and valuable”, “being accepted by the society”. The willingness to live increases and so does faith in normal functioning. The persons studied said, that they once again become the integral part of society, no more are they the margin of society. They once again became necessary and useful. The relevant part of this change was an improvement of their financial situation, and by implication, the improvement of the family relations. Their poor net of social relations got widened with new people, and often with new friendships.

Conclusion. Summing up, the first year of the consulting trade place activity, we have to say that it is a new, and original method of helping mentally ill persons, who are trying to overcome the existing disability. It is also an initiative fitted to the needs and abilities of the chronically mentally ill, who have just left the mental hospital.

Słowa kluczowe: choroby psychiczne, zatrudnienie, punkt konsultacyjny
Key words: mental illness, employment, consulting place

Ocena efektów rehabilitacji osób przewlekle chorych na choroby psychiczne nastęrcza wiele problemów, które wynikają przede wszystkim ze złożoności symptomatologii i dynamiki ich przebiegu. Trudnością jest także stopniowe narastanie deficytów, które nie zawsze wiążą się bezpośrednio z samym procesem chorobowym.

Deficyty te dotyczą funkcjonowania poznawczego, społecznego oraz emocjonalnego, i są pochodną farmakoterapii i pobytu w instytucjach leczniczych. Często uważa się, że kompensowanie tych deficytów jest głównym celem rehabilitacji, która bezpośrednio przyczynia się do procesu zdrowienia [1]. Mierzalnym wskaźnikiem tak rozumianej rehabilitacji jest liczba przyjęć do szpitala oraz czas trwania hospitalizacji. Innym wskaźnikiem jest ocena stanu klinicznego.

Ważnym elementem w przebiegu przewlekłej choroby psychicznej jest wyjątkowe ubóstwo zachowań interpersonalnych i związane z tym wypadanie z ról społecznych. Z tego powodu możliwość zatrudnienia jest uznawana za znaczącą miarę skuteczności rehabilitacji i przystosowania społecznego. Zdolność pacjentów do wejścia w rolę pracownika i utrzymanie się w niej jest wskaźnikiem osiągniętego poziomu zdrowia i posiadanych umiejętności społecznych. Jednak, jak pokazują statystyki, osiągnięcie tego poziomu jest niezwykle trudne w przypadku tego typu pacjentów. W tej grupie blisko 80% nie pracuje, co sprzyja pogłębianiu się już istniejących zaburzeń psychicznych i stopniowemu ubożeniu. Bezrobocie jest jednym z najistotniejszych czynników spośród innych przyczyn powodujących niepełnosprawność. Działające w ostatnich latach różnorodne formy rehabilitacji społeczno-zawodowej obejmują zaledwie 10% osób cierpiących na choroby psychiczne, w tym przede wszystkim na schizofrenię [2].

Przyczyna powstawania bezrobocia wśród osób chorujących psychicznie jest niezwykle złożona i uwzględnia, z jednej strony, sytuację społeczno-ekonomiczną kraju, z drugiej – czynniki związane z samą chorobą. Jej przewlekłość, często niekontrolowane przerywanie okresów remisji okresami zaostrzeń oraz zmianami w zaangażowaniu i motywacji pacjentów do poszukiwań i podejmowania, odpowiedniej do swoich potrzeb i możliwości, pracy powodują, że czynniki osobiste odgrywają tu także znaczącą rolę. Dotyczą one motywacji do podejmowania ról zawodowych i są związane z pożądanymi na każdym rynku pracy określonymi cechami osobistymi i postawami życiowymi.

Podstawowe cechy, określające nastawienia osób chorujących psychicznie, związane są z obniżeniem się dążeń hedonistycznych widocznym w trudności przeżywania zadowolenia z odnoszonych sukcesów, własnej aktywności i samodzielności. Anhedonia jest często traktowana jako jeden z objawów schizofrenii organicznie z nią związany i powodujący w codziennym życiu nasilanie się postaw wycofywania i bierności. Świat wartości osobistych osób chorujących psychicznie nie uwzględnia odnoszenia sukcesów, przeżywania przyjemności, życia pełnego wrażeń czy podnoszenia własnych kompetencji [3, 4]. Nisko oceniają swoje ważne zawodowo właściwości takie, jak wyobraźnia, szerokie horyzonty czy też intelekt. Nie dostrzegają wartości własnej oryginalnej twórczości, swego talentu czy umysłu otwartego na nowości. Cenionych społecznie wesołości i skuteczności nie uważają za znaczącą wartość [5]. Paradoksalnie, osoby chorujące na schizofrenię mają tendencję do upożytywniania rzeczywistości, co przyczynia się do zawyżania jakości własnego życia i pozostawiania go w niezmienionej postaci, pomimo istniejących realnych dowodów na jego niski poziom [6, 7].

Taki zestaw cech w sposób ewidentny utrudnia skuteczne funkcjonowanie na rynku pracy. Podejmowanie się ról zawodowych wymaga w mniejszym lub większym

zakresie współdziałania społecznego, co nie jest łatwe z powodu odczuwanego zagrożenia i lęku [8]. Taką sytuację utrudniają potrzeby bezpieczeństwa, porządku, pomocy, wsparcia z jednoczesnym dążeniem do podporządkowywania się, poniżania siebie i uległości. Słabo zaznaczone cechy agresji i dominacji nie pomagają w dążeniu do sukcesu zawodowego. W miarę chorowania wzrasta wrażliwość na bodźce społeczne, poszukiwanie wzmocnień pozytywnych i jednocześnie narastają trudności z radzeniem sobie z odrzuceniem przez innych [3, 4].

Trudności w radzeniu sobie na rynku pracy osób chorych psychicznie są także pochodną sceptycznego nastawienia społeczeństwa. Społeczny wizerunek osoby chorej psychicznie jest naznaczony negatywnie. W tym oglądzie jest to osoba agresywna, dziwaczna, traktuje się ją w sposób lekceważący i w konsekwencji odrzuca jako niepełnoprawnego członka społeczeństwa. Często najbliżsi nie mają nawet najmniejszych nadziei na znalezienie pracy przez swoich synów, córki czy współmałżonka [9]. Podobnie myślą specjaliści, nierzadko pesymistycznie nastawieni do prób chorych wychodzenia z niepełnosprawności poprzez podejmowanie pracy [10].

W takiej atmosferze społecznej nie dziwią podobne, niechętnie nastawienia pracodawców. W ich opinii osoby chorujące psychicznie są: nieproduktywne i niewiarygodne, wymagają specjalnej kontroli i nadzoru, ich praca nie ma waloru ekonomicznego, a jedynie umiarkowanie terapeutyczny [11]. Do tego wizerunku przyczynia się stereotyp psychicznej choroby, jako niezwykle kosztownej w leczeniu, przewlekłej – a nawet jako choroby niemedycznej, z której nie można wyzdrowieć. Dołącza się do tego potocznie wyznawany pogląd o trudnościach w powiązaniu wymagań zawodowych z systematyczną farmakoterapią, skutkami ubocznymi leczenia i koniecznością częstych wizyt w szpitalu psychiatrycznym [12].

Próbą przełamania tych mylnych przekonań, wpływających z jednej strony z samej niepełnosprawności psychicznej, a z drugiej – z postaw społecznych, są inicjatywy przejawiane w ramach oddziaływań środowiskowych. Jest to efekt funkcjonującej od 1994 r. ustawy psychiatrycznej oraz pojawienia się nowych możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych, będących skutkiem przystąpienia Polski do Wspólnoty Europejskiej. W ramach działań rehabilitacyjnych zaczęły powstawać punkty aktywizacji zawodowej dla osób przewlekle chorujących psychicznie, które oferują szeroki program przywracania tego typu chorym kompetencji zawodowych. Istniejące oferty proponują cały zintegrowany system wspierania aktywności zawodowej poprzez udział w treningach umiejętności społecznych nakierowanych na rozwijanie zdolności nawiązywania kontaktów interpersonalnych potrzebnych w miejscu pracy. Inne umiejętności, które chorzy zdobywają, dotyczą sposobów poszukiwania pracy oraz autoprezentacji swoich możliwości w momencie negocjowania warunków zatrudnienia. Oczywiście, obok tego głównego nurtu, szereg zajęć dotyczy przygotowywania uczestników do sprawnego posługiwania się formalną wiedzą dotyczącą zasad zatrudniania w miejscach pracy chronionej oraz na otwartym rynku pracy [13, 14].

Przygotowywanie osób chorych psychicznie do podjęcia pracy wymaga nie tylko wielu zabiegów dotyczących odtwarzania lub budowania od podstaw umiejętności społecznych i zawodowych, ale także sprawnego informowania o możliwościach, jakie już istnieją [15, 16]. Sprawnie działające pośrednictwo pracy stanowi istotny element

na drodze w wychodzeniu z niepełnosprawności psychicznej, ważny dla tych osób, które zrobiły pierwszy krok i już się na tej drodze znalazły. W tak rozumianą pomoc w aktywizowaniu zawodowym osób niepełnosprawnych psychicznie wpisuje się także inicjatywa firmy farmaceutycznej KRKA. W ramach społecznej kampanii pod hasłem „Żyć zdrowym życiem” – prowadzonej, dzięki inicjatywie i wsparciu firmy KRKA, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – zorganizowano punkt konsultacyjny doradztwa zawodowego – powstał w lutym 2007 roku przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii z myślą o osobach z zaburzeniami psychicznymi poszukujących pracy. Cele, jakie są stawiane, i już od ponad roku urzeczywistniane w ramach tej działalności, są następujące:

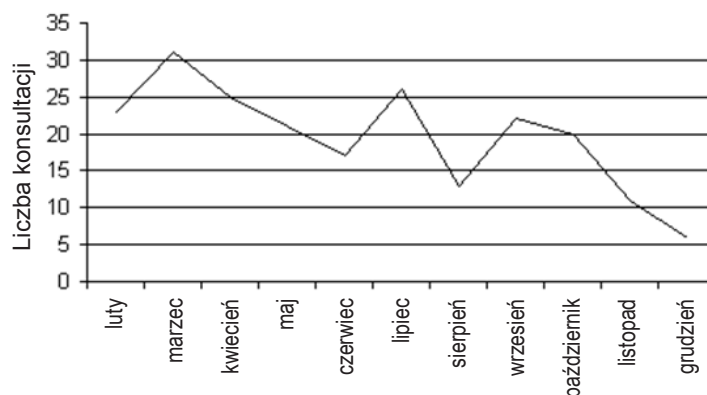
- informowanie o możliwościach zatrudnienia osób z okresowymi dolegliwościami psychicznymi;
- ocena przydatności do pracy;
- doradzanie, konsultowanie i sprawdzanie możliwości zatrudnienia;
- kierowanie do instytucji oferujących pracę;
- wspieranie w trudnych momentach występujących już po jej podjęciu.

Bilans działalności punktu konsultacyjnego pokazuje, że korzystają z niego przede wszystkim chorzy na schizofrenię (33%). Spośród 215 osób, którym udzielono konsultacji, w pierwszym roku działalności to właśnie ta grupa była najliczniej reprezentowana – liczyła 71 osób. Należy zaznaczyć, że osoby zgłaszające się po poradę nie miały obowiązku informowania o swojej diagnozie i większość korzystała z tej możliwości. Kolejnymi, pod względem liczności, były osoby z zaburzeniami depresyjnymi (8%), chorobą afektywną dwubiegunową (4%), z zaburzeniami schizoafektywnymi (4%) oraz 3 osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Największą trudność sprawiały osoby mówiące o sobie, że mają „tymczasową przypadłość” lub że „nie pamiętają nazwy choroby”; miały one także tendencję do unikania rozmowy na temat swoich możliwości i swoich szczegółowych preferencji zawodowych.

Z osób, które się zgłosiły, 55% miało już orzeczenie o niepełnosprawności oraz o czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. Tylko 5% osób nigdy dotąd nie miało doświadczeń zawodowych. 70% wykonywało prace fizyczne, a 25% miało wykształcenie wyższe i pracowało kiedyś zgodnie ze swoim wykształceniem.

Źródłem informacji o punkcie konsultacyjnym byli przede wszystkim psychiatrzy, psychologowie, terapeuci, ale także rodziny, przyjaciele i sąsiedzi.

Blisko połowa osób, które zgłosiły się na konsultację i po poradę (104) została skierowana do różnego typu fundacji i organizacji oferujących konkretne możliwości zatrudnienia. Były to: Biuro Karier, Centrum „Integracja”, Państwowa Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Otwarte Drzwi, Work Service. Należy zaznaczyć, że w miejscach tych oferowano nie tylko zatrudnienie, ale także możliwość szkolenia się i podnoszenia swoich kwalifikacji na kursach, np. komputerowych. Z informacji zwrotnych napływających do punktu konsultacyjnego wynika, że 10% osób tam skierowanych otrzymało pracę natychmiast, a blisko 20% zostało skierowanych na kursy doszkalające.



Dynamika częstotliwości konsultacji (wyniki od lutego do grudnia)

Jak widać na prezentowanym wykresie, początek działalności punktu konsultacyjnego cieszył się największym zainteresowaniem. W marcu odbyło się najwięcej konsultacji, bo blisko 31. Spadek popularności nastąpił w okresie letnim i pod koniec roku – w okresie zimowym, w grudniu było ich tylko 6. Oczywiście zaprezentowana dynamika zmian nie świadczy o zgodności rytmu życia osób chorujących psychicznie z rytmami natury – może być ona wypadkową wielu czynników. Najprawdopodobniej jednym z nich mogą być zmiany w nastroju, nasilenie objawów psychotycznych, ale także sezonowe zmiany na rynku pracy i tym samym łatwiejsza do niego dostępność.

Znaczącym niedopatrzeniem jest luka w przepisach uniemożliwiająca stworzenie instytucji „asystentów” dla osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi podejmujących pracę.

W wielu krajach o dobrze rozwiniętej strukturze psychiatrii środowiskowej „asystenci osoby niepełnosprawnej” działają już od dawna. Każdy z nas, rozpoczynając nową pracę lub nawet wracając do pracy po dłuższym urlopie, odczuwa lęk, niepewność, co zastanie, czy da sobie radę z nowymi obowiązkami itd. Ludzie z zaburzeniami psychicznymi są jeszcze bardziej wrażliwi, lękowi, mają duże trudności adaptacyjne do nowego środowiska. „Asystent” to osoba życzliwa i dająca poczucie bezpieczeństwa, bo służy pomocą w każdej sytuacji. „Asystent” jest użyteczny również pracodawcy, bo zapewnia pomoc, w razie potrzeby, w różnorodnych sytuacjach zdrowotnych swego podopiecznego lub konfliktowych. „Asystenci” stają się podporą i gwarancją utrzymania się w pracy dwukrotnie większej liczbie niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi niż dotychczas. Funkcja ta sprawdza się i przynosi zyski od lat w innych krajach Unii Europejskiej.

Praca jako czynnik leczący

Aktywność zawodowa w środowisku osób chorych psychicznie jest traktowana jako synonim zdrowia psychicznego i zarazem czynnik leczący [17]. Zatrudnienie urealnia sens codziennego funkcjonowania poprzez wprowadzenie porządku czasowego. Bezpośrednio łączy się także ze strukturalizacją dnia – wyraźnie zaznacza jego początek,

rano, i koniec, wieczorem, co w przypadku osób chorujących nie jest bez znaczenia, gdyż typowe jest dla nich dowolne przestawianie pory aktywności i snu. U osób pracujących obserwowana jest dużo lepsza współpraca w leczeniu i tym samym szybsze ustępowanie objawów psychotycznych oraz zmniejszenie się nawrotów choroby [18]. Podjęcie pracy poza domem umożliwia pacjentom z rodzin o „wysokim wskaźniku ujawnianych uczuć” skuteczniejsze przeciwdziałanie nawrotom [19]. Zmianie także ulega sam status osoby chorującej. Nie jest już ona tylko rencistą czy bezrobotnym. Staje się pełnowartościowym uczestnikiem życia społecznego [12]. Badania pokazują, że sam czynnik zatrudnienia stanowi jeden z najlepszych predyktorów zdrowienia po niedawno odbytej hospitalizacji – lepszy aniżeli poziom psychopatologii i czynniki demograficzne [20]. Dzieje się tak dlatego, że podjęcie pracy daje możliwość rozwijania własnych umiejętności, doświadczania sukcesu, potwierdzenia swojej wartości, realizacji oczekiwań otoczenia, co przynosi wzrost samooceny i pewności siebie. A to motywuje do utrzymania tego stanu jak najdłużej [12].

Podjęcie pracy, lub choćby sama nadzieja na jej otrzymanie, wzbudza zasoby uspione przez długotrwały proces chorobowy. Osoby zgłaszające się do punktu konsultacyjnego i otrzymujące konkretną pracę podkreślały odczuwaną satysfakcję z „bycia w końcu potrzebnym”, „bycia kimś ważnym i wartościowym”, „akceptowanym społecznie”. Wzrastała chęć do życia i wiara w normalne funkcjonowanie. Osoby takie deklarowały, że na nowo stają się integralną częścią społeczeństwa, już nie poza jego marginesem. Na nowo stawały się potrzebne i przydatne. Istotnym elementem tych zmian było polepszenie się ich sytuacji finansowej oraz tym samym polepszenie się stosunków rodzinnych. Ich, z reguły uboga, sieć stosunków społecznych ulegała poszerzeniu o nowych ludzi, a często także o nowe przyjaźnie. Zdobyć pracę chronionej łączyło się także z zadowoleniem ze współpracy z wyrozumiałym pracodawcą.

Podjęcie pracy poprzedzane było zawsze próbą określenia oczekiwań, jakie miały osoby konsultowane. Oczekiwania te związane były z konkretnymi zasadami zatrudnienia. Najczęściej poszukiwaną była praca na 1/2 lub 1/3 etatu oraz taka, która nie wymagała wczesnego wstawania. Nasilony lęk społeczny powodował, że osoby te poszukiwały pracy, która nie wymagałaby wychodzenia z domu i konieczności współpracy z innymi ludźmi. Część osób zgłaszała potrzebę pracy w miejscach, gdzie mogłyby wykorzystać swoje doświadczenia z hospitalizacji, stąd deklaracje o podjęciu pracy w domach opieki, hospicjach czy szkołach specjalnych. W trakcie udzielanych konsultacji zwracał uwagę brak wiary w swoje możliwości. Dotyczyło to osób z wyższym wykształceniem, które często dopytywały o proste prace fizyczne, nie widząc możliwości powrotu do wcześniej wykonywanego zawodu czy nawet na zbliżone stanowisko.

Osoby zgłaszające się do punktu konsultacyjnego często miały już za sobą swoje własne próby i niepowodzenia w znalezieniu pracy. Stąd zgłaszały skargi na doświadczane trudności w odnalezieniu się w nowym miejscu oraz na występujące problemy w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów ze współpracownikami.

Innym rodzajem problemów, które często były tylko antycypowane, były obawy o nieporadzenie sobie z pracą z powodu występujących deficytów pamięci i trudności z koncentracją uwagi. Podnoszone obawy dotyczyły także możliwości przeżywania

nadmiernego stresu związanego z koniecznością rannego wstawania, utrudnionego przez zażywanie wieczorem leki, i wykonywania pracy w tempie niemożliwym do spełnienia. To budziło lęk przed możliwością nawrotu objawów choroby i pogorszeniem się tym samym stanu zdrowia. Pytano też o sprawy związane z konsekwencjami prawnymi podjęcia pracy w przypadku pobierania renty czy też zasiłku z opieki społecznej. Tak więc punkt nie tylko informował o możliwościach zatrudnienia, ale także urealniał możliwości samych zainteresowanych poradzania sobie z obawami i stresem z tym związanym.

Cele i zadania tak funkcjonującego punktu konsultacyjnego często w praktyce wybiegały poza ustalone wcześniej założenia. Działając w obrębie dużego szpitala psychiatrycznego, jakim jest Instytut Psychiatrii i Neurologii, punkt, oprócz informowania o pracy, realizował także i inne zadania. Jednym z nich było stanie się „przedmurzem” poradni psychiatrycznej, ułatwiającym odbycie wizyty psychiatrycznej, pierwszej w życiu lub już kolejnej. Oprócz kontaktów z samymi osobami chorymi psychicznie odbywały się tu także konsultacje z rodzinami szukającymi pomocy i wsparcia w wyjściu z trudnych sytuacji, jakie niesie ze sobą choroba psychiczna członka rodziny.

Podsumowując pierwszy rok działalności Punktu Konsultacyjnego Doradztwa Zawodowego „w Drodze do Pracy” KRKA należy stwierdzić, że jest to oryginalna metoda niesienia pomocy osobom chorym psychicznie, która próbuje przełamywać istniejącą niepełnosprawność. Jest to także inicjatywa dopasowana do potrzeb i możliwości osób przewlekle chorujących psychicznie, które właśnie opuszczają szpital psychiatryczny.

Значение консультативного пункта профессиональной помощи в переломке барьера у психически больных людей

Содержание

Задание. Предложение эффектов действия консультативного пункта профессиональной помощи психически больным. Такой пункт организован по инициативе и финансовой помощи фармацевтической фирмы KRKA. Главным заданием пункта является организация условий для психически больных и их возвращения к профессиональной деятельности.

Результаты. Среди 215 лиц, консультированных на первом году работы пункта большинство болело шизофренией. Почти половина обратившихся была направлена в различного типа организации, предлагающие конкретные возможности поступления на работу. Принятие работы, или же хотя бы надежда на ее получение, возбуждают залежи, усыпленные длительным болезненным процессом. Больные, приходящие в пункт консультации и получающие конкретную работу подчеркивали большое удовлетворение из „потребного бытия”, „быть кем то важным и ценным”, „общественно акцептированным”. Возрастала охота к жизни и вера в нормальное функционирование. Такие люди говорили, что наново становятся интегральной частью общества, а не его „боковинке”. Снова становились нужными и пригодными. Существенным элементом этих изменений было улучшение их финансовой ситуации и тем самым семейных отношений. Кроме того, их, как правило, скромная сеть общественным связей расширялась, они узнавали новых людей, а часто рождались дружественные связи.

Выводы. При оценке первого года деятельности Консультативного пункта профессиональной помощи KRKA можно сказать, что такой метод оказался оригинальным в оказании помощи психически больным, которые пробуют переломать существующую неполноценность. Кроме того, это также инициатива приближения к потребностям и возможностям для людей с хроническими психическими болезнями, которые выписываются из психиатрической больницы.

Die Bedeutung der Beratungsstelle bei der Überwindung der psychischen Behinderung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie ist die Beschreibung der Ergebnisse der Tätigkeit einer Beratungsstelle zur Berufsberatung, die mit finanzieller Unterstützung der pharmazeutischen Firma KRKA gegründet wurde. Die Hauptaufgabe der Stelle ist, den psychisch Erkrankten die Bedingungen für die Wiederaufnahme der beruflichen Aktivitäten zu schaffen.

Ergebnisse. Unter 215 Personen, die im ersten Jahr der Tätigkeit der Stelle beraten wurden, bildeten die Schizophrenen die Mehrheit. Fast die Hälfte der sich meldenden Personen wurde an unterschiedliche Organisationen weitergeleitet, die ihnen konkrete Möglichkeiten für die Beschäftigung anbieten konnten. Die Aufnahme der Arbeit oder sogar die Hoffnung auf die Beschäftigung, erweckt die Ressourcen, die durch die lange Zeitdauer der Krankheit beiseite geschoben werden mussten. Die sich zur Beratungsstelle meldenden Personen und diejenigen, die konkrete Beschäftigung bekommen, betonten, dass sie wieder "sich gebraucht fühlten", "wichtig und vertvoll waren", "sich sozial akzeptiert fühlten". Die Lebenslust stieg und auch der Glaube an normale Funktionsweise. Diese Personen gaben an, dass sie aufs Neue ein integraler Teil der Gesellschaft werden, sie stehen nicht mehr am Rand. Sie werden wieder gebraucht und notwendig. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Veränderungen war die Verbesserung der finanzieller Lage und damit die Verbesserung der Familienverhältnisse. Ihr, meist armer Netz der sozialen Beziehungen wurde um neue Bekanntschaften breiter, oft auch um neue Freundschaften.

L'importance du Centre de consultation psychologique et d'orientation professionnelle pour aider à surmonter les maladies mentales

Résumé

Objectif. Les auteurs veulent présenter les effets de l'activité du Centre de consultation psychologique et d'orientation professionnelle qui est formé avec le soutien financier de la compagnie KRKA. Ce centre vise à aider les personnes souffrant des troubles mentaux pour qu'elles puissent revenir à leur profession.

Résultats. Les schizophrènes constituent la majorité des personnes (n=215) qui sont venues au centre durant la première année de l'activité de ce centre. On leur a donné les informations concernant les diverses possibilités du travail et les institutions offrant les divers postes de travail – la moitié de patients en profite. Le travail ou même l'espoir de travailler éveillent les forces internes des malades. Ils se sentent « enfin utiles », « importants et pleins de valeurs », « acceptables en société ». Leur volonté de vivre et leur espoir de vivre normalement accroissent. Ces patients déclarent qu'ils se sentent de nouveau la partie intégrale de la société, non à sa marge. Le travail leur apporte encore l'amélioration de leur situation financière et l'amélioration de leur situation en famille. Ils font de nouvelles connaissances et ils ont de nouveaux amis.

Conclusions. L'activité de Ce centre de consultation psychologique et d'orientation professionnelle donne la nouvelle possibilité d'aider les patients souffrant des troubles mentaux à surmonter leur handicap mental. C'est une initiative bien adaptée aux besoins et aux possibilités des patients après l'hospitalisation.

Piśmiennicwo

1. Ekdawi MY, Conning AM. *Rehabilitacja psychiatryczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
2. Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności. FISE; 2006.
3. Gruszczyński W. *Hierarchia wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. Psychiatr. Pol. 2000; 2: 235–248.

4. Gruszczyński W. *Struktura potrzeb osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. Psychiatr. Pol. 2000; 2: 249–265.
5. Kozub S., Kwiatkowska A. *Rola klubu pacjenta w kształtowaniu się identyfikacji społecznych osób chorych na schizofrenię*. Psychol. Jak. Życia 2002; 2: 35–58.
6. Jarema M, Meder J, Morawiec M. *Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia*. Psychiatr. Pol. 1996; 3, 369–380.
7. Drat-Ruszczak K. *Badanie mechanizmu upożytywnienia informacji społecznej w schizofrenii*. Przegl. Psychol. 1994; 1–2: 93–104.
8. Liberman RP. *Psychosocial treatments for schizophrenia. Psychosocial treatments of choice for major mental disorders*. Psychiatry 1994; 57, 5: 100–114.
9. Chądzyńska M, Kasperek B, Meder J, Spiridonow K. *Jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię w ocenie ich samych i ich rodzin*. Psychiatr. Pol. 2002; 5: 703–715.
10. Siebert A. *How non-diagnostic listening led to a rapid „recovery” from paranoid schizophrenia: what is wrong with psychiatry?* J. Human. Psychol. 2000; 1: 34–58.
11. Brodniak AW. *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 2000.
12. Kaszyński H. *Przeciwdziałanie wykluczeniu społeczno-zawodowemu chorujących psychicznie w Polsce*. W: Cechnicki A, Kaszyński H, red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna*. Kraków: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej; 2005, s. 91–100.
13. Bronowski P, Załuska M. *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2005; 2: 345–356.
14. Bronowski P. *Uczestnicy środowiskowych systemów wsparcia społecznego dla chorych psychicznie*. Warszawa: Bródnowskie Stowarzyszenie Pomost; 2007.
15. Sawicka M. *Znaczenie umiejętności społecznych w ocenie satysfakcji z własnego życia pacjentów chorych na schizofrenię – przegląd literatury*. Psychoter. 1998; 3: 47–54.
16. Sawicka M. *Możliwości modyfikowania deficytów poznawczych obserwowanych w obszarze funkcjonowania społecznego u osób przewlekle chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2001; 6: 991–1004.
17. Meder J. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
18. Alanen YO. *Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
19. Rostworowska M. *Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć*. W: de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 57–67.
20. Hoffman H, Kupper Z, Kuntz B. *Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia on exploratory study*. Schizophr. Res. 2000; 43: 147–158.

Adres: Maryla Sawicka
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 15.02.2008
Zrecenzowano: 25.03.2008
Przyjęto do druku: 10.07.2008

Ceny prenumeraty i pojedynczych egzemplarzy

oraz sposób zamawiania wydawnictw

Komitetu Redakcyjno-Wydawniczego
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

PSYCHIATRIA POLSKA

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| 2009 – prenumerata roczna | 80,00 zł |
| 2009 – pojedynczy zeszyt | 25,00 zł |

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna
(w ramach składki członkowskiej)

Dla lekarzy w trakcie specjalizacji (po przedstawieniu zaświadczenia
kierownika specjalizacji) prenumerata roczna – 40 zł

| | |
|---------------------------|----------|
| 2008 – prenumerata roczna | 80,00 zł |
| 2008 – pojedynczy zeszyt | 25,00 zł |
| 2007 – prenumerata roczna | 80,00 zł |
| 2007 – pojedynczy zeszyt | 25,00 zł |

PSYCHOTERAPIA

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| 2009 – prenumerata roczna | 60,00 zł |
| 2009 – pojedynczy zeszyt | 20,00 zł |

Dla członków PTP prenumerata bezpłatna
(w ramach składki członkowskiej)

| | |
|---------------------------|----------|
| 2008 – prenumerata roczna | 60,00 zł |
| 2008 – pojedynczy zeszyt | 20,00 zł |
| 2007 – prenumerata roczna | 60,00 zł |
| 2007 – pojedynczy zeszyt | 20,00 zł |

Dział kolportażu przyjmuje wpłaty w formie przelewów na rachunek bankowy wydawnictwa. Można ich dokonywać używając blankietów dołączonych do naszych czasopism, innych blankietów dostępnych w bankach i placówkach pocztowych a także w formie przelewów za pośrednictwem Internetu. W ten sam sposób prosimy przekazywać należności za książki z serii „Biblioteka Psychiatrii Polskiej” (wykaz dostępnych pozycji – na następnej stronie).

Zwracamy się z prośbą o możliwie wyraźne wypełnianie blankietów, co pozwoli wyeliminować ewentualne nieporozumienia przy realizacji prenumerat czasopism. Prosimy o wpisanie w rubrykach: „tytułem”

– tytułów i numerów zamawianych zeszytów, tytułów książek, ich redaktorów oraz ilości egzemplarzy.

Osoby i instytucje zainteresowane otrzymaniem faktury za zamawiane wydawnictwa prosimy o wyraźne zaznaczenie tego na blankiecie wpłaty lub poinformowanie o tym telefonicznie działu kolportażu KRW PTP pod numerami telefonu: (012) 633-12-03; (012) 633-38-69, tel/fax. (012) 633-40-67.

Uwaga! Prenumerata może być realizowana dopiero po jej opłaceniu.