

List do Redakcji

Innowacyjny program pomocy osobom z zaburzeniami osobowości

An innovative program of assistance to people with personality disorders

Ewa Niezgoda

31 lipca bieżącego roku Ośrodek Leczenia Zaburzeń Osobowości zakończył swoją działalność skierowaną do pacjentów z zaburzeniami osobowości. Ośrodek ten działał w ramach projektu współfinansowanego ze środków EFS „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”. Powstał na podstawie wieloletniego doświadczenia zespołu OLZOiN Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie w realizacji projektów upowszechniających wiedzę na temat zaburzeń osobowości (ZO), m.in. konferencji dla specjalistów zajmujących się leczeniem ZO. Idea innowacyjnego modelu pomocy osobom cierpiącym na ZO została wypracowana we współpracy z lekarzami, terapeutami, pielęgniarkami psychospołecznymi, a także przedstawicielami instytucji pomocy i integracji społecznej oraz publicznych służb zatrudnienia. Centrum powstało na podstawie rozwiązań holenderskich i inspiracji czerpanych z rozwiązań brytyjskich. Było jednak przystosowane do warunków i możliwości realizacyjnych Polski. Peron 7F to również bogata baza informacji nt. ZO, miejsce wymiany wiedzy dla pacjentów, lekarzy, terapeutów i osób mających styczność z osobami z ZO, a także bogata oferta szkoleniowa.

Aż do chwili obecnej żadna z instytucji zajmujących się tematem nie zajęła się organizacją akcji edukacyjno-informacyjnej, zwiększającej świadomość czy też wiedzę społeczną na poruszany temat. Kolejną kwestią związaną ze świadomością społeczną tematyki ZO jest fakt, iż często osoby, które nie mają wiedzy na temat zaburzeń, tracą różnicę pomiędzy pacjentami chorymi psychicznie a pacjentami, którzy mają zaburzenia osobowości. Bardzo często te dwa stany są ze sobą mylone lub osoby z ZO wlicza się potocznie do kategorii osób psychicznie chorych, natomiast jest to nieprawidłowe. Swoiste zaburzenia osobowości występują u ok. 2,1–18% populacji

ogólnej. Stanowi to 5–8% wszystkich zgłaszających się po pomoc do lekarzy różnych specjalności oraz ok. 7,4–50% osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych [1]. Natomiast z przeglądu badań nad zaburzeniami osobowości wynika, iż ich odsetek waha się od 5,9% w badaniu Nestadta do 17,9% w przypadku Zimmermana i Coryella [2]. Kolejne analizy wskazują, iż tak duża rozpiętość tych danych spowodowana jest głównie brakiem dostępnych szczegółowych badań oraz trudnościami metodologicznymi w procesie badawczym. Według innych danych [3] szacuje się, że ZO występują u 6–13% populacji. Bez wątplenia najwięcej badań w zakresie ZO przeprowadza się w USA oraz w Europie Zachodniej: szacuje się, iż średnio 10,6% populacji USA cierpi na możliwe do zdiagnozowania zaburzenia osobowości [4]. Badania europejskie są rozbieżne: Norwegia (1994–1997) wynik: 13,4% badanych, Anglia: 4,4% badanych. W Polsce w wydanym w 2011 podręczniku *Psychiatrii klinicznej* w rozdziale dotyczącym zaburzeń osobowości brak jest informacji nt. częstości ich występowania: „W Polsce nie przeprowadzono pełnego badania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej” [2]. Brak jest także danych epidemiologicznych na świecie i w Polsce z podaniem częstotliwości zachorowań ze względu na płeć; pewne typy zaburzeń są częściej diagnozowane u kobiet, a inne u mężczyzn. Tym bardziej brak jest danych, jaki procent osób bezrobotnych ma zaburzenia osobowości.

Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Krakowie przyjmuje ok. 75 osób rocznie, tj. 0,03% z wykazanych pacjentów, a sami pacjenci przyjeżdżają na leczenie z całej Polski. Dodatkowo doświadczenia klinicystów wskazują, iż na wzrost liczby rozpoznań zaburzeń osobowości mają wpływ nowe czynniki związane z bezrobociem oraz poczuciem społecznej niepewności związanej z polityczną i ekonomiczną transformacją ustrojową [5]. W Małopolsce, jak również na terenie całego kraju, nie ma placówki leczniczej, która w wystarczającym stopniu odpowiadałaby na potrzeby osób z ZO. Problem stanowi m.in.: mała świadomość społeczna, czym są zaburzenia osobowości, oraz specyficzne trudności tej grupy osób, również wśród lekarzy i instytucji świadczących pomoc tej grupie osób (MOPS, UP), niewystarczająca ilość specjalistycznych ośrodków, a co za tym idzie – zbyt mała dostępność adekwatnej pomocy dla osób z ZO, zbyt krótki okres finansowania terapii przez NFZ, pomijanie przez lekarzy i terapeutów leczących zaburzenia osobowości w trakcie terapii/leczenia kwestii związanych z zagrożeniem wykluczenia społecznego wynikającego z braku samodzielności, trudności w podejmowaniu i utrzymywaniu pracy.

Ten obszar funkcjonowania pacjenta nie staje się przedmiotem terapii/treningu, jest jakby „niezauważany”, pozostając poza obszarem działań terapeutycznych. Podejmowanie pracy przez osoby z zaburzeniami osobowości jest niezbędnym warunkiem powrotu do funkcjonowania społecznego. Problem ten zauważają również pacjenci, którzy ukończyli terapię, co zostało przedstawione w „Raporcie wywiadów z pacjentami OLZOiN”. Wśród byłych i obecnych pacjentów większość osób nie ma określonych planów zawodowych, a jeśli takowe istnieją, są nierealne/nieadekwatne. Niektórzy mają jakieś zainteresowania, ale nie wiedzą, czy są one właściwym kierunkiem do rozpoczęcia aktywności zawodowej. Inni nie mają pomysłu na swoją przyszłość zawodową i zarobkową. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy ze swoich kompetencji czy predyspozycji. Dodatkowo ich trudności wynikające z zaburzeń osobowości

często powodowały przerwanie nauki, nierozwijanie swoich kompetencji itd. Wiele osób nie wie, jak napisać CV, jak szukać pracy, jak zachować się podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Dodatkowym utrudnieniem dla nich jest często brak pewności siebie, zmienna motywacja, zaniżona samoocena. Po zakończeniu leczenia na oddziale wiele osób, próbując się utrzymać, podejmuje jakiegokolwiek działania w celu znalezienia pracy, która w wielu przypadkach jest pracą dorywczą lub pracą poniżej kompetencji danych osób. Jedynie nielicznym udaje się znaleźć pracę satysfakcjonującą finansowo i rozwojową, zgodną z ich predyspozycjami/zainteresowaniami.

Stopień niesamodzielności osób z ZO jest bardzo duży. Wyniki badania dokumentacji medycznej pacjentów OLZOiN wskazują, że dla 46% badanych rodzina stanowi podstawowe źródło utrzymania, tylko dla 28% jest nim praca (z czego 7% to praca dorywcza). Z rodzicami mieszka 66,4% objętych badaniem. 26% osób młodych, potencjalnie zdolnych do pracy i pełnienia ról społecznych, otrzymywało, otrzymuje albo było w trakcie starania się o przyznanie renty lub otrzymywało świadczenia z pomocy społecznej.

Zakończony projekt nastawiony był na kompleksową pomoc osobom z zaburzeniami osobowości, obejmującą nie tylko wsparcie terapeutyczne, ale również przywrócenie tych osób do społeczeństwa poprzez aktywizację zawodową.

Zauważając konieczność pomocy takim osobom, dla nich właśnie powstało w Krakowie „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”. Program leczenia i aktywizacji zawodowej uczestników projektu trwał 18 miesięcy i zakładał udział w psychoterapii psychoanalitycznej, dodatkowych zajęciach (m.in. psychorysunek, biblioterapia, zajęcia teatralne), indywidualnych sesjach i warsztatach z doradcami zawodowymi. Uczestnicy projektu prawie od początku trwania programu brali udział w wolontariacie oraz uczestniczyli w trzymiesięcznym stażu, który przygotowywał ich do pełnowymiarowej pracy.

Projekt skierowany był do pacjentów z tzw. grupy II, mających możliwość skorzystania z psychoterapii wglądowej, czyli mogących chociaż w minimalnym stopniu znosić frustracje, mających jakiegokolwiek możliwości autoanalizy itd. Wypracowane podczas działalności Centrum metody mają być pomocne lekarzom różnych specjalności, w tym lekarzom rodzinnym, psychiatrom, diagnostom, psychologom, psychoterapeutom w diagnozowaniu, dostosowywaniu leczenia, kierowaniu do odpowiednich jednostek, zdobywaniu informacji dotyczących pacjentów z zaburzeniami osobowości. Jak wynika z rodzimych i zagranicznych doświadczeń, zapotrzebowanie na leczenie, wsparcie pacjentów z ZO zależy od kilku czynników, z których głównym jest głębokość zaburzenia, do którego należy dostosować metody leczenia, zakres wsparcia socjalnego, współpracę z rodziną i środowiskiem. Doświadczenie wskazuje na ogromne znaczenie prawidłowej diagnozy i kwalifikacji do leczenia.

Dzięki wnikliwej diagnostyce składającej się z czterech konsultacji, wzorowanych na metodzie stosowanej w OLZO, pacjenci byli kwalifikowani do projektu. Model leczenia realizowany w Centrum testowało 20 osób. Byli wśród nich pacjenci, którzy uprzednio leczyli się na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Pozostałe osoby to pacjenci, dla których leczenie w Centrum było pierwszym doświadczeniem terapii w ramach instytucji lub byli uprzednio

leczeni w innych jednostkach. Podział ten umożliwił stworzenie precyzyjnych ścieżek terapeutycznych dla osób z ZO. Model ośrodka miał odzwierciedlać strukturę oddziału dziennego, który może być finansowany w ramach NFZ, i liczba 20 osób była ilością optymalną na takim oddziale. Centrum otwarte było od poniedziałku do piątku przez 12 godzin dziennie, od godziny 8.00 do 20.00. Każdy z uczestników zobowiązany był do realizowania Indywidualnego Planu Terapii, który uwzględniał wspólne dla wszystkich założenia terapeutyczne, ale uwzględniał też indywidualną sytuację pacjenta, np. w sytuacji, gdy pacjentowi udało się wcześniejsza realizacja stażu lub też podjął pracę, choćby godzinowy plan terapii i zajęć musiał zostać dostosowany do potrzeb pacjenta. Uczestnicy byli zobowiązani do przestrzegania Regulaminu Ośrodka. W Ośrodku dyżury pełniły pielęgniarki psychospołeczne¹ (dwie zmiany dyżurów: od godziny 8.00 do 14.00 i od godziny 14.00 do 20.00). Budynek Ośrodka podzielony był na dwie części: „dzienną” i „terapeutyczną”. W części „terapeutycznej” odbywały się zajęcia terapeutyczne: indywidualne i grupowe. Część „dzienna” składała się ze świetlicy oraz aneksu kuchennego, a także ogrodu. Pomiedzy zajęciami uczestnicy mogli spędzać czas w części „dziennej”, nawiązując relacje z pozostałymi uczestnikami, rozmawiać z pielęgniarkami psychospołecznymi. W tej części odbywały się również zajęcia kulinarne, ogrodowe oraz przygotowywanie i spożywanie wspólnych posiłków. Dodatkowe zajęcia terapeutyczne były poddawane analizie oraz konsultacjom z pracownikami ośrodków leczących zaburzenia osobowości i uczestnikami projektu, a ich kształt i zakres mógł podlegać zmianom w trakcie trwania projektu.

Poszczególne metody terapeutyczne zostały dobrane tak, by w jak największym stopniu umożliwić uczestnikom nabywanie nowych kompetencji oraz rozwijanie tych obszarów osobowości, które dotychczas stawały się źródłem trudności. Metody posiadające udowodnioną skuteczność oraz najczęściej stosowane to: psychoterapia psychoanalityczna (psychodynamiczna), terapia dialektyczno-behawioralna, terapia oparta na mentalizacji, terapia skoncentrowana na przeniesieniu, terapia schematu. W projekcie zdecydowano się na wybór długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej/psychodynamicznej ze względu na udowodnioną skuteczność wykazaną zgodnie z zasadami EBM (Evidence-based medicine; Medycyna oparta na faktach) wobec osób z ZO [6-9].

EBM jest to postępowanie kliniczne oparte na najlepszych dostępnych dowodach naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa. Dowodów takich dostarczają wyniki wiarygodnych badań eksperymentalnych oraz badań obserwacyjnych. Myślenie całego zespołu multidyscyplinarnego opierało się na psychoterapii psychoanalitycznej, natomiast metody postępowania były bardzo różne w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta. Zespół stosował zatem mentalizację, metody poznawcze, regulację emocji, interpretacje. Terapeuci posługiwali się metodą psychoterapii psychoanalitycznej. Dodatkowe działania, które wspierały leczenie, to psychorysunek, biblioterapia oraz inne zajęcia dodatkowe. Poprzez ekspresję w zajęciach tego typu

¹ Obecnie w Polsce nie istnieje kategoria pielęgniarki psychospołecznej. W ramach projektu we wszystkich opracowaniach używana jest jednak nazwa: pielęgniarka psychospołeczna, określając tym samym jej wyjątkową funkcję i opisując w zasadzie definicję tej specjalizacji.

pacjent miał szansę bardziej poznawać siebie i innych, ale także poszerzać swoją percepcję, pojmowanie świata, odkrywać swoje możliwości i talenty. Dla zespołu leczącego omawianie tych zajęć poszerzyło wiedzę o pacjencie i wpłynęło na ciągle zmieniającą się koncepcję leczenia. Psychoterapia osadzona była w społeczności terapeutycznej, która odbywała się codziennie, prowadzona przez doświadczonych terapeutów społeczności. Nie do przecenienia była rola pielęgniarki psychospołecznej oraz informacje płynące od niej na temat uczestników. Wprowadzono także funkcję case managera, który miał zapewniać efektywną komunikację i koordynację działań dotyczących uczestnika, monitorować postępy podczas stażu i pracy zawodowej. W centrum taką rolę pełniły wybrane pielęgniarki psychospołeczne. Ta funkcja była funkcją innowacyjną, zapewniającą łączność pomiędzy terapią a podejmowaniem prób wolontariatu, stażów i, w efekcie, pracy przez uczestników. Case manager przekazywał doradcy zawodowemu informacje dotyczące trudności uczestnika w podejmowanych działaniach i relacjach społecznych. Najważniejszy element aktywizacji zawodowej zakładał identyfikację predyspozycji uczestnika, jego możliwości zawodowych, zainteresowań i potencjału. Celem było określenie pożądanego i korzystnego kierunku rozwoju i poszukiwania pracy przez każdego z uczestników, a także podbudowanie ich wiary w swoje możliwości poprzez uświadomienie każdej z osób jej mocnych stron i zmotywowanie do podjęcia działań adekwatnych do ich możliwości. Kluczem do powodzenia na rynku pracy miało być działanie zgodne z własnym potencjałem, zainteresowaniami i oczekiwaniami, dlatego duży nacisk był położony na ich rozpoznanie.

Odbywały się sesje doradztwa zawodowego, uczestnicy podejmowali wolontariat i staże. W związku z podjęciem kwestii aktywizacji zawodowej uczestników z ZO nawiązano ścisłą współpracę z Urzędem Pracy, MOPS oraz innymi organizacjami odpowiedzialnymi za pomoc, integrację społeczną oraz aktywizację zawodową. W trakcie spotkań z przedstawicielami instytucji udzielających wsparcia (urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej) potwierdzone zostały informacje na temat braku oferty edukacyjnej dla pracowników tychże instytucji w zakresie postępowania i pomocy osobom z ZO. Jednocześnie pracownicy ci posiadali olbrzymią wiedzę z zakresu pomocy socjalnej czy też aktywizacji zawodowej w ogóle, która z pewnością mogłaby znaleźć zastosowanie w pracy z osobami z ZO.

Na podstawie rozmów z pracownikami socjalnymi i doradcami zawodowymi szacowano, iż ok. 20% najtrudniejszych klientów tych instytucji to osoby z ZO. Wszelkie dostępne i znane pracownikom sposoby i metody pracy z tzw. trudnym klientem zawiodły w tych przypadkach.

Doświadczenia programów poświęconych walce z przemocą w rodzinie wskazały, iż najlepszym rozwiązaniem są prace zespołów interdyscyplinarnych, które składają się ze specjalistów z różnych dziedzin, wnoszących do zespołów swoje doświadczenia i specjalistyczną wiedzę. Podobna idea przyświecała realizacji niniejszego projektu. Aby pomoc udzielona osobom z zaburzeniami osobowości była skuteczna, powinna dotyczyć m.in. dwóch obszarów: terapii oraz pracy.

Odpowiedzią zespołu projektowego na potrzeby pracy w wielu obszarach z osobami z ZO był system superwizji i szkoleń przeprowadzanych dla pracowników MOPS i UP; wydano także materiały im pomocne nt. zaburzeń osobowości. Ponadto rozwi-

nięto działalność dotyczącą stworzenia baz informacji dla profesjonalistów i pacjentów oraz ich rodzin. Na wszystkie te potrzeby odpowiadał model portalu internetowego poświęconego zaburzeniom osobowości – www.zaburzeniaosobowosci.pl – kierujący swoje informacje do trzech głównych grup odbiorców: profesjonalistów, pacjentów i ich rodzin.

Piśmiennictwo

1. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości: Epidemiologia patogeneza*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria. Tom II*. Wrocław: Elsevier Urban &Partner; 2000. s. 559.
2. Rymaszewska J, Adamowski T, Pawłowski T, Kiejna A. *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych – przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 3: 195-200.
3. Paris J. *Estimating the prevalence of personality disorders in the community*. J. Pers. Disord. 2010; 24(4): 405-411
4. Lenzenweger M. *Epidemiology of personality disorder*. Psychiatry Clin. North Am. 2008; 31(3): 395-403
5. Herczyńska G. *Badania naukowe w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce u progu XXI wieku*. Post. Psychiatr. Neurol. 2007; 16(1): 9-21.
6. Lindgren A, Werbart A, Philips B. *Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults*. Psychol. Psychother. 2010; 83: 27-43.
7. Leichsenring F, Rabung S. *Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis*. JAMA 2008; 300: 1551-1565.
8. Vermote R, Fonagy P, Vertommen H, Verhaest Y, Stroobants R, Vandeneede B. i wsp. *Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment*. J. Pers. Disord. 2009; 23(3): 294-307.

Adres: Ewa Niezgoda
Fundacja im. B. Winida na Rzecz Rozwoju Psychoterapii
31-061 Kraków, ul. Mostowa 2/13

Otrzymano: 24.11.2015
Przyjęto do druku: 24.11.2015