



## Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie

*Occupational rehabilitation and employment programs for schizophrenic patients – Cracow solutions*

ANDRZEJ CECHNICKI, HUBERT KASZYŃSKI

Z Katedry Psychiatrii CMUJ

**STRESZCZENIE.** *Przedstawiono współczesne podejście do miejsca i roli rehabilitacji zawodowej i pracy w rehabilitacji chorych na schizofrenię oraz doświadczenia i plany jej wykorzystania w całościowym systemie rehabilitacji budowanym w Krakowie. Autorzy wyrażają przekonanie, że ostateczna skuteczność rehabilitacji zawodowej wielu chorych na schizofrenię zależy od powstania specjalnych systemów stabilnego zatrudnienia, równoległych wobec istniejącego rynku. Potrzebne są takie formy zatrudnienia, które byłyby osiągalne dla pacjentów a równocześnie zdolne do udźwignięcia ciężaru konkurencji z wolnym rynkiem – np. w postaci tzw. firm społecznych. (red.)*

**SUMMARY.** *The authors present a contemporary approach to the place and function of occupational rehabilitation and employment in the rehabilitation of schizophrenic patients together with existing experiences and plans to implement to model in a comprehensive rehabilitation system which is being developed in Cracow. They express their belief that if occupational rehabilitation of many schizophrenic patients is to be ultimately successful special systems of stable employment must be developed in parallel to those which already exist on the market. It is necessary to develop forms of employment which are both within patients' range and which are able to survive the competition on the free market (for example civic companies – ed.).*

**Słowa kluczowe:** psychiatria środowiskowa / rehabilitacja zawodowa / zatrudnienie

**Key words:** community psychiatry/ occupational rehabilitation/ employment

*Tylko praca wybrana przez samego pacjenta da mu możliwość takiej realizacji, która będzie odpowiadała jego poczuciu godności*  
Klaus Dörner [10]

Praca jest wartością, która umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Zapewnia jej materialne warunki egzystencji, określa rolę i status w ramach społecznej organizacji. Często jest rozumiana przez pacjentów jako „pomost” ułatwiający nawiązywanie satysfakcjonujących kontaktów społecznych. Natomiast brak pracy prowadzi do depresji, utraty perspektyw życiowych i oderwania od rzeczywistości oraz stopniowej społecznej izolacji [1, 3, 14, 17].

Bezrobocie jako przyczyna społecznego wyobcowania przejawia się w psychiatrii w szczególny sposób. Jego poziom wśród byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych jest wielokrotnie wyższy, niż wśród osób leczonych z powodu innych chorób. Tylko 15–40% niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej jest zdolnych do utrzymania się w pracy w warunkach konkurencyjnych. 85% pacjentów pozostających w różnych formach opieki środowiskowej jest trwale bezrobotna [12, 16, 26, 27]. Na rynku pracy „chorzy psychicznie” są traktowani jako pracownicy nieproduktywni, niewia-rygodni, wymagający specjalnej kontroli i nadzoru. Antoni Kępiński [15] pisał:

Opuszczając szpital, chory zazwyczaj znajduje się w bardzo trudnej sytuacji (...) To co u zwykłego człowieka jest poczytywane jako objaw złego humoru, chwilowego nastroju, lub rozdrażnienia, to u byłego pacjenta jest brane jako nawrót choroby. Choremu trudno wrócić w dawne środowisko pracy. Kończy się zwykle tym, że chory zostaje z pracy zwolniony, przełożeni nie mają do niego zaufania, idzie na rentę, a to jest zwykle *początkiem jego degradacji społecznej*.

Współcześnie na znaczenie pracy jako elementu rehabilitacji społecznej zwrócili uwagę psychiatry anglosascy w latach siedemdziesiątych [2, 7, 19, 28]. Wtedy też powstały pierwsze studia naukowe dokumentujące istnienie zależności pomiędzy pracą a stanem zdrowia psychicznego pacjentów.

Wing i Brown [28] w studiach nad instytucjonalizmem podkreślają, że praca jest dla chorych na schizofrenię jedyną, dostępną w szpitalu aktywnością korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego. Pomaga ona w redukcji poziomu apatii, społecznego wycofania i ubóstwa językowego chorych. Równocześnie wartość „zaangażowania się w celową aktywność” polega na ograniczaniu u pacjentów zachowań dewiacyjnych [20]. Z polskich badań nad znaczeniem pracy w schizofrenii należy podkreślić studium Półośka z roku 1974 [22]. Liczne badania wskazują na związek pomiędzy brakiem lub utratą pracy a pojawieniem się objawów zwiastunowych choroby psychicznej [13, 18]. Równocześnie prace Vaughn i Leffa [25] nad poziomem „ekspresji emocji” dowodzą, że w rodzinach o wysokim wskaźniku ujawnianych emocji praca i aktywność pacjenta poza domem jest jednym z istotniejszych czynników w profilaktyce nawrotów schizofrenii.

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie w jaki sposób praca wpływa na objawy schizofrenii. Jednakże bezsprzecznie wpływ ten istnieje co zostało zaobserwowane we wszystkich programach opieki psychiatrycznej, w których praca została odpowiednio zintegrowana z szerszym systemem leczenia i rehabilitacji chorych [2, 6, 9, 10].

Dzięki stabilnemu włączeniu pacjentów w świat pracy powiększa się nadzieja na utrzy-

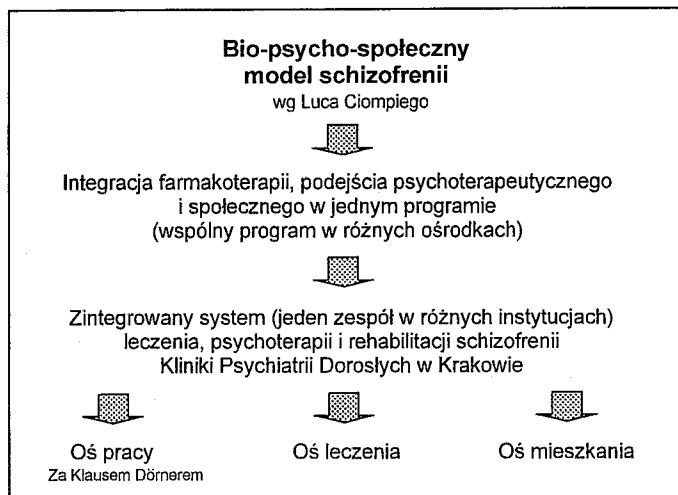
manie z nimi stałego dialogu, jak również wsłuchanie się w ich indywidualne potrzeby. W jednej z ostatnich swoich publikacji Klaus Dörner [8] przedstawia historię dezinstytucjonalizacji szpitala psychiatrycznego w Gütersloh oraz proces powrotu do środowiska stopniowo wypisanych 435 pacjentów o chronicznym przebiegu choroby. Dla grupy tej zorganizowano kilkadziesiąt zróżnicowanych form pracy i zatrudnienia. Stworzono następujące formy pracy: terapia zajęciowa w ośrodkach rehabilitacyjnych, zatrudnienie w ramach warsztatów pracy dla osób niepełnosprawnych, w firmach o możliwościach niepełnego zarobkowania (umowy zlecenia), w produkcyjno-usługowych firmach samopomocowych (umowa o pracę). Dörner pisze, że

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” [10].

Wybór w Gütersloh stał się możliwy i przy różnych błędach reformy psychiatrycznej w Niemczech, które są często bezkrytycznie przenoszone na polski grunt jest to z pewnością doświadczenie, z którego można czerpać twórczą inspirację.

## **PRACA W ZINTEGROWANYM SYSTEMIE LECZENIA I REHABILITACJI SCHIZOFRENII**

Oddział Dzienny (lecniczo-rehabilitacyjny), Ambulatorium Rehabilitacyjne i Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ) są częścią środowiskowego programu leczenia, psychoterapii i rehabilitacji schizofrenii prowadzonego od wielu lat przez krakowską Katedrę Psychiatrii w Krakowie. Realizacja programu, u którego podstaw leży holistyczna wizja jednostki oraz bio-psycho-społeczny model schizofrenii polega na kształtowaniu w środowisku zintegrowanego systemu



Rysunek 1. Bio-psycho-społeczny model schizofrenii

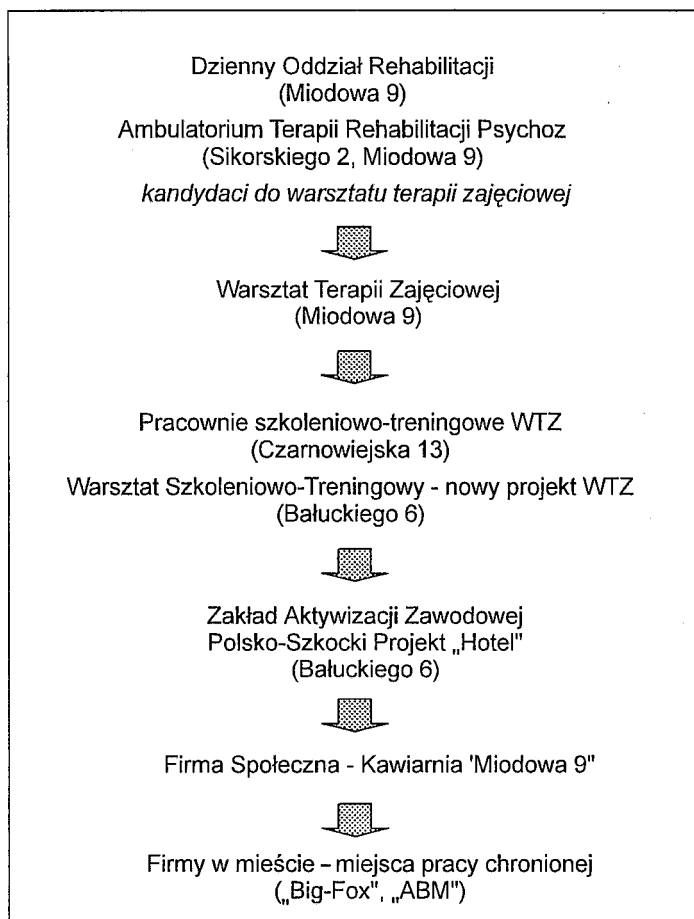
równoważnych instytucji [4, 5]. Odpowiadają one na potrzeby pacjentów dotyczące leczenia, mieszkania oraz pracy w różnym stopniu powiązanej z rehabilitacją zawodową (rys. 1).

Trzy podstawowe zakresy potrzeb zostały opisane w rysunku jako „oś” leczenia, pracy, mieszkania. Określenie to zostało przytoczone za Ciompiem [6], który wprowadził je definiując podstawowe instytucje umożliwiające pacjentom powrót do stabilnego zatrudnienia. Instytucje, te wchodząc w skład jednej zintegrowanej organizacji, pozostają w bezpośrednim przestrzennym, przedmiotowym i osobowym związku i dzięki temu gwarantują pacjentom szansę awansu i uczestniczenia w pracy zgodnej z aktualnym stanem zdrowia.

Rehabilitację zawodową rozumiemy jako integralną część rehabilitacji społecznej [21]. Podkreślamy tym samym istnienie i szczególną wartość ciągłości oddziaływań z zakresu terapii zajęciowej, terapii pracą, treningu społecznego i leczenia. Równocześnie jednocześnie definiujemy pracę jako najbardziej kompleksową i znaczącą ofertę aktywności dla pacjentów uczestniczących w procesie rehabilitacji psychiatrycznej [24].

Program rehabilitacji w Dziennym Oddziale Rehabilitacyjnym, w Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz oraz w War-

sztaście Terapii Zajęciowej 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 „zasady podstawowe” dla tworzenia i opisu każdego indywidualnego programu rehabilitacji. Jego celem jest dostarczenie pacjentowi realnych doświadczeń życiowych przez stworzenie odpowiedniej oferty leczenia i pracy, 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, umożliwiającą realizację pełnego programu leczenia. Ostateczny a najbardziej wymierny efekt rehabilitacji jakim jest fakt podjęcia i utrzymania pracy chronionej jest udziałem tylko nielicznej grupy pacjentów. Dlatego też, w wyniku stopniowego rozwoju oferty rehabilitacyjnej powstaje w Krakowie zintegrowany program rehabilitacji zawodowej obejmujący następujące etapy (rys. 2).



Rysunek 3. Etapy programu rehabilitacji zawodowej w Krakowie

Etap wstępny rozpoczyna się uczestnictwem w indywidualnych zajęciach z zakresu terapii zajęciowej o przewadze elementów socjoterapeutycznych (Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz). Kolejnym krokiem jest udział w regularnych zajęciach grupowych przeznaczonych dla kandydatów do Warsztatu Terapii Zajęciowej. Po kwalifikacji do WTZ uczestnicy biorą udział w programie, który dla wielu z nich łączy podstawowe elementy terapii zajęciowej i rehabilitacji społecznej. Pewna grupa uczestników WTZ może podjąć bardziej aktywną formę rehabilitacji zawodowej w tzw. „szkoleniowo – treningowych” pracowniach WTZ (handlowej, księgowej, produkcyjnej, hotelarskiej) oraz

w ramach indywidualnych praktyk zawodowych w firmach w mieście. Powstaje program zatrudnienia najbardziej aktywnej grupy w Zakładzie Aktywizacji Zawodowej. Tylko nieliczni znajdują zatrudnienie w firmach społecznych. Firma społeczna jest zwykłym przedsięwzięciem handlowym lub przemysłowym, produkującym dobra lub świadczącym usługi na ogólnie obowiązujących zasadach. Podstawową różnicą pomiędzy firmami społecznymi a innymi firmami jest ilość zatrudnionych osób niepełnosprawnych i dostosowanie warunków pracy do ich potrzeb [11, 23, 26]. Obecnie w Polsce nie ma ani koncepcji tworzenia tych firm, ani przeznaczonego na ten cel funduszu PFRON-u, co staje się

najpilniejszą potrzebą dla uzupełnienia tworzonych programów rehabilitacji zawodowej. Zatrudnienie w Zakładach Pracy Chronionej i w firmach funkcjonujących na wolnym rynku pracy („AMB”, „Big-Fox”) i stworzenie odpowiedniego klimatu współpracy, który umożliwi towarzyszenie uczestnikom oraz wsparcie w pierwszych miesiącach nowego zatrudnienia jest najtrudniejszym wyzwaniem dla całego programu.

Kształtowanie powiązanego systemu instytucji umożliwi pacjentowi nie tylko pokonanie długiej drogi od terapii zajęciowej przez trening zawodowy i terapię pracą do zatrudnienia, ale również, ze względu na możliwy nawrót choroby i zahamowanie lub załamanie rehabilitacji zawodowej, szybkie, ponowne włączenie się w rehabilitację dostosowaną do aktualnego stanu zdrowia.

## **PIERWSZY ETAP REHABILITACJI ZAWODOWEJ – WTZ**

Wartością programu rehabilitacyjnego Warsztatu, w którym uczestniczy 60 pacjentów z rozpoznania schizofrenii, jest od początku jego istnienia zintegrowanie z szerszym systemem opieki, który obok zajęcia i pracy obejmuje również leczenie i psychoterapię (rys. 3).

W Warsztacie zlokalizowanym przy ul. Miodowej funkcjonuje pięć podstawowych pracowni terapii zajęciowej oraz jedna „aktywna” pracownia szkoleniowo-rehabilitacyjna o profilu handlowym („Sklep”), która zajmuje się dodatkowo przygotowaniem uczestników do podjęcia praktyk zawodowych poza ośrodkiem. W pracowni tej przygotowywane są do sprzedaży produkty wykonane przez uczestników warsztatu w ramach realizowanego programu terapii, organizowane są również sezonowe kiermasze. Uczestnicy nabywają podstawowe kompetencje niezbędne przy obsłudze sklepu: kontakt z klientem, prace ekspozycyjne, sprzedaż i rozliczenia. Przez pierwsze lata praktyki odbywały się w stworzonej wspólnie przez Klinikę Psychiatrii Dorosłych

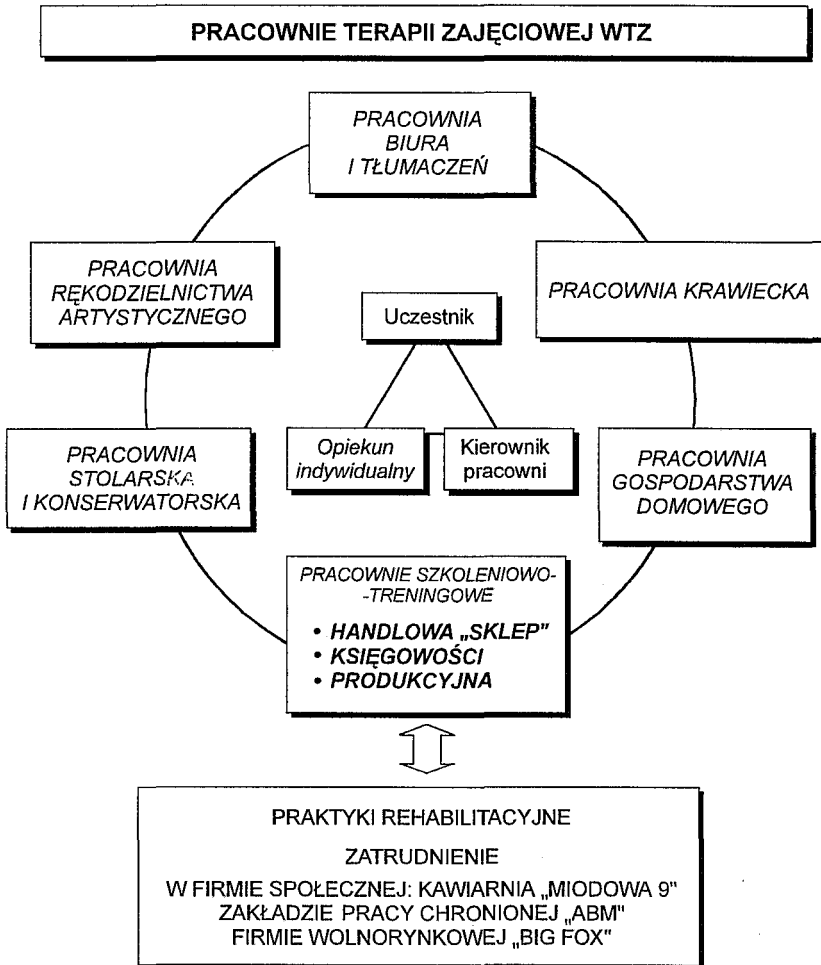
i Krakowską Fundację Hamlet firmie społecznej „Kawiarnia – Miodowa 9”. Kolejne miejsca praktyk utworzone zostały w Zakładzie Pracy Chronionej „ABM” (nauka prac intrologatorko-biurowych) oraz w jednym z renomowanych krakowskich hoteli (stanowiska pokojowych).

Kolejne dwie pracownie szkoleniowo-rehabilitacyjne (księgowo i produkcyjna) utworzone zostały przy ul. Czarnowiejskiej 13. Pierwsza z nich przygotowuje uczestników do pracy w księgowości małej firmy przy wykorzystaniu techniki komputerowej. Plan edukacyjny utworzony został we współpracy z wolnorynkowym przedsiębiorstwem usługowym. Druga pracownia o profilu intrologatorko-biurowym stworzyła swój program rehabilitacyjny w wyniku współpracy WTZ z Zakładem Pracy Chronionej „ABM”. W tworzenie programu rehabilitacyjnego pracowni szkoleniowo-rehabilitacyjnych zaangażowane jest Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.

Praca w małej grupie w jednej z pracowni jest obok indywidualnej opieki terapeutycznej nad uczestnikami, podstawowym elementem organizującym funkcjonowanie instytucji. Pacjenci zgodnie z dostosowanym do indywidualnych potrzeb planem rehabilitacji biorą również udział w zajęciach dodatkowych: kursie obsługi komputera, kursach językowych, w grupie malarstwa i rysunku, pracy Galerii „Miodowa” oraz w zajęciach grupy teatralnej.

Najważniejszym celem rehabilitacyjnym warsztatu jest dbanie o indywidualny rozwój każdego uczestnika w zakresie:

- 
- podstawowych umiejętności życiowych – to jest higieny osobistej, prac kulinarnych i porządkowych, planowania czasu wolnego, odpoczynku, korzystania z dóbr kulturalnych;
  - podstawowych umiejętności społecznych – to jest podejmowania decyzji, odpowiedzialności, wyrażania bez lęku własnego zdania, życia w grupie (współpracy,



Rysunek 3. Pracownie terapii zajęciowej WTZ

współodpowiedzialności, korzystania z pomocy czy też udzielania pomocy innym);

- umiejętności współżycia w rodzinie;
- podstawowych umiejętności zawodowych;
- zdolności rozumienia choroby i nabywania skutecznych sposobów radzenia sobie z nią.

świadczenia związane z chorobą, leczeniem i rehabilitacją w Warsztacie. 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<sup>1</sup>.

Ostatnie z wymienionych zadań podejmowane jest w sposób szczególnie przez grupę edukacyjną, której uczestnicy w trakcie zajęć dydaktycznych prowadzonych przez pracowników Kliniki Psychiatrii Dorosłych przekazują studentom swoje wieloletnie do-

Zadania Warsztatów związane są z usytuowaniem instytucji na „osi pracy” i koniecznością otwarcia na życie w społeczności lokalnej i wiążą się z:

<sup>1</sup> Zob.: Hawlena Drożdżak A.: *Krakowski Kazimierz, ulica Miodowa 9, Światło i Cienie*, 1999, 2, [14].

- 
- zapewnieniem uczestnikom odpowiedniej formy treningu pracą,
  - animacją grup pacjentów poszukujących pracy,
  - utrzymywaniem kontaktów z uczestnikami, którzy podjęli zatrudnienie i wymagają dalszego wsparcia zespołu terapeutycznego,
  - udzielaniem porad z zakresu prawa socjalnego,
  - utrzymywaniem stałych kontaktów z placówkami lecznictwa psychiatrycznego, centrami rehabilitacji, miejscami pracy chronionej i służbami zatrudnienia.
- 

Ostatecznym celem tego zadania powinno być współtworzenie „regionalnego forum”, które byłoby zdolne zagwarantować chorym psychicznie prawo do pracy. Przykład: w skład tzw. regionalnego forum pracy w mieście Bielefeld w Niemczech wchodzi przedstawiciele pracodawców, rodziny pacjentów, profesjonalści z zakresu terapii i rehabilitacji psychiatrycznej, zawodowej, pracownicy warsztatów terapii zajęciowej, sektora zatrudnienia, przedstawiciele grup samopomocowych. Zadania forum: wypracowanie wspólnej strategii zmierzającej do poprawy regionalnej oferty pracy, prowadzenie rejestru ofert i ustalenie deficytów w tym zakresie, wspólne rozwiązywanie szczególnie trudnych przypadków indywidualnych angażujących wiele instytucji, kształtowanie spójnego systemu rehabilitacji zawodowej.

Ostatnie z zadań jest podejmowane we współpracy ze Stowarzyszeniem Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej i Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Krakowie. W regionie małopolskim powstają modelowe rozwiązania w zakresie rehabilitacji zawodowej osób chorych psychicznie.

## **FIRMY SPOŁECZNE I „MIEJSCA PRACY CHRONIONEJ”**

Stale powiększająca się przepaść pomiędzy warsztatami terapii zajęciowej a zakładami pracy chronionej jest jednym z największych

zagrożeń dla utrzymania pozytywnych wyników rehabilitacji. Wspomniane „aktywne” pracownice WTZ, diagnozujące zdolność pacjentów do zatrudnienia poza ośrodkiem, mogą spełniać rolę „pośredniego ogniwa” tylko w sytuacji posiadania związku z firmami gotowymi zaoferować uczestnikom rehabilitacji stabilną pracę.

W ramach systemu rehabilitacji poszukiwane są możliwości tworzenia własnych firm społecznych. Działalność ta powiązana jest z praktyką inicjowania organizacji pozarządowych stawiających sobie za cel reintegrację społeczną i zawodową osób po przebytych kryzysach psychicznych. Pierwszą tego typu organizacją była Krakowska Fundacja „Hamlet”. Fundacja współpracuje z Kliniką Psychiatrii Dorosłych w projekcie miejsc pracy w Kawiarni „Miodowa 9” co pozwala zatrudniać pojedynczych pacjentów z Oddziału Dziennego i Warsztatu 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 przyczyną przygotowywania nowych inicjatyw przy ścisłej współpracy z organizacjami pozarządowymi: Stowarzyszeniem Rodzin „Zdrowie Psychiczne” i Stowarzyszeniem Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Pilotowany przez obydwie „dialogujące” stowarzyszenia (rodzin pacjentów i profesjonalistów) projekt miejsc pracy w firmie społecznej „Hotel” jest realizowany we współpracy ze szkocką Firmą Społeczną Hotel – Edynburg i władzami miasta Krakowa. Projekt zakłada również utworzenie na bazie firmy społecznej zakładu aktywizacji zawodowej połączonego z pracownią szkoleniowo-rehabilitacyjną WTZ o profilu hotelarskim.

Dla opisywanego „świata pracy” szczególnie znaczenie ma udana współpraca z Zakładem Pracy Chronionej „ABM” oraz wolnorynkową firmą handlową „Big-Fox”. Dzięki niej na stanowiskach produkcyjnych w dziale reklamy oraz w księgowości pracuje grupa 17 osób.

## ZAKOŃCZENIE

Towarzysząc pacjentowi w jego wieloletniej historii rehabilitacji, jesteśmy przekonani, że konieczne są rozwiązania zmierzające do stworzenia równoległych wobec istniejącego rynku, specjalnych systemów stabilnego zatrudnienia. Potrzebne są takie rozwiązania pracy, które są osiągalne dla pacjentów i równocześnie zdolne do udźwignięcia ciężaru konkurencji z wolnym rynkiem. Właściwym przykładem są między innymi niemieckie firmy społeczne zjednoczone w organizacji FAF (*Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte*), tworzące trwale miejsca pracy dla osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, posiadające orientację rynkową, kreujące atmosferę środowiska terapeutycznego i ostatecznie, których ideałem jest integracja, a nie maksymalizacja dochodów.

Podstawą do tworzenia firm społecznych jest przeświadczenie, że nawet najbardziej zindywidualizowana rehabilitacja i zdobywanie kwalifikacji zawodowych nie dają osobie niepełnosprawnej wymiernej korzyści, jeżeli nie posiada ona zapewnionego miejsca pracy.

## PIŚMIENNICTWO

- Bennett DH: The Value of Work in Psychiatric Rehabilitation. *Social Psychiatry*, 4, 224–230.
- Bennett DH: Warum Patienten während der psychiatrischen Behandlung arbeiten. W: Kunze H (red.): *Praxis und Probleme der Arbeitstherapie*. Bonn 1987.
- Butler A, Pritchard C: *Social Work and Mental Illness*. London 1983.
- Cechnicki A: Uwagi o modelu podatności na zranienie. *Psychoterapia*, 1990, 2, (74), 39–48.
- Cechnicki A: Wybrane aspekty leczenia schizofrenii. *Psychoterapia*, 1992, 2, 27–37.
- Ciampi L: *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihr Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart 1982.
- Clark D: *Social therapy in psychiatry*. London 1974.
- Dorner K (red.): *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie*. Gutersloh 1998.
- Dorner K: Arbeit ist mehr als eine Kombination aus Gnade und Ausbeutung. W: *Frankfurter Rundschau*, 7 Juni 1985.
- Dorner K: Psychoterapia przez pracę – w czasach Hermanna Simona i w chwili obecnej. *Dialog*, 1994, 1, 113–118.
- Dreyer P: Integrationsfirmen: Arbeitsmöglichkeit für Benachteiligte – andere und neue Formen von Arbeit. W: *Protokolle der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutsch-polnischen Psychiatrieseminars: Jeder Mensch will notwendig sein. (Fachhochschule Köln, October 1998)*, Köln 1999.
- Ekdawi M, Conning A.: *Rehabilitacja psychiatryczna*. Warszawa 1995.
- Hill JM: *The Psychological Impact of Unemployment*. New Society, 19 January 1978.
- Jahoda M: *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge 1982.
- Kępiński A: *Schizophrenia*. Warszawa 1972.
- Kulker R: *Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen als Bestandteil gemeindepsychiatrischer Versorgung*. Oerlinghausen 1992 (*Abschlussarbeit im Rahmen der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung an der Diakonischen Akademie Stuttgart*).
- Leder S: Bezrobocie a zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska*, 1994, 28, 6, 651–666.
- Meacher M: *Scrounging on the Welfare*. London 1971.
- Miles A: The development of interpersonal relationships in two hospital workshops. *British Journal of Medical Psychology*, 1972, 45, 105–114.
- Olsen MR: *The Chronic Psychiatric Patient – Techniques to Improve Social Functioning*. W: Olsen MR (red.): *The Care of Mentally Disordered*. Birmingham 1979.
- Ossowski R: *Podstawy teoretyczne i praktyczne rehabilitacji*. Białystok 1999.
- Póchiopek Z: *Praca zawodowa chorych na schizofrenię*. Kraków 1974 (praca doktorska)
- Seyfried E: *Orte der Arbeit*. W: Bock T., Weigand H. (red.): *Hand-werks-buch. Psychiatrie*. Bonn 1996.
- Shepherd G: *Institutional care and rehabilitation*. London 1984.
- Vaughn CE, Leff JP: The Influence of Family and social Factors on the Course of Psychiatric Illness. *Brit. J. Psychiatry*, 129, 125–137.
- Weber P, Steier F: *Arbeit schaffen*. Bonn 1998.
- Wedekind R, Kuhnt S: *Psychisch krank – ohne Arbeit ohne Ausweg*. Stuttgart 1991.
- Wing JK, Brown G: *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge 1970.