



## Praca i rehabilitacja zawodowa chorych na schizofrenię: wprowadzenie do modelu „firmy społecznej”

*Employment and occupational rehabilitation of schizophrenic patients:  
an introduction to the „social business” model*

HUBERT KASZYŃSKI

Z Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii Dorosłych CMUJ w Krakowie

**STRESZCZENIE. Cel.** Celem pracy było rozwi-  
nięcie i scharakteryzowanie problemu, jakim jest  
rehabilitacja zawodowa osób chorych na schizofre-  
nię. **Poglądy.** Opis warunków rozwoju teorii i prak-  
tyki tego szczególnego wariantu rehabilitacji po-  
wstał w wyniku integracji ogólnej teorii, metodyki  
i zasad rehabilitacji w psychiatrii oraz konkretno-  
go problemu, jakim jest kwestia integracji społecz-  
no-zawodowej osób chorych psychicznie, u których  
rozpoznano schizofrenię. Aby osiągnąć tak sformu-  
lowany cel przeprowadzono analizę zagadnień teo-  
retycznych, jak również wykonano analizę badań  
empirycznych dowodzących kluczowej roli zatrud-  
nienia osób chorych psychicznie w praktyce reha-  
bilitacyjnej. Szczególne znaczenie w tym postępo-  
waniu miało uwzględnienie teorii zintegrowanego  
modelu rehabilitacji Dörnera, koncepcji aktywizacji  
i zawodowej chorych psychicznie autorstwa Cook  
i Razzano, modelu wspieranego zatrudnienia pro-  
mowanego przez Bonda, jak również do przeglądu  
badań nad pracą osób chorych na schizofrenię.  
**Wnioski.** Istotą współczesnego podejścia do reha-  
bilitacji zawodowej osób chorych na schizofrenię  
staje się zagwarantowanie im prawa do pracy oraz  
takie ukształtowanie środowiska pracy, w którym  
jej wykonywanie pozostaje w zasięgu ich możli-  
wości. Brak pracy, poza samą chorobą, stanowi  
najistotniejszą przyczynę zaniku u chorych motyw-  
acji do zmiany własnej sytuacji życiowej, jak rów-  
nież przyczynia się do ich społecznego wyklucze-  
nia. Ważnym zadaniem w rehabilitacji zawodowej  
jest promocja i wspieranie specjalnych projektów  
pracy i zatrudnienia (tzw. „firm społecznych”), two-  
rzonych przez organizacje pozarządowe, których  
celem jest propagowanie ekonomicznej i społecznej  
integracji osób chorych psychicznie. Tworzenie  
projektów społeczno-gospodarczych „trzeciego sek-

tora” staje się w tym świetle ruchem społecznym,  
który cechuje się lub powinien się cechować, lokal-  
nym zakorzeniem, dążeniem do wzajemnej  
pomocy i dobrowolnością uczestnictwa. Funkcja  
takiej aktywności sprowadza się również do utrzy-  
mywania integralności społeczeństwa dzięki stymu-  
lowaniu rozwoju i wspieraniu wszelkich przejawów  
międzyludzkiej pomocy.

**SUMMARY. Aim:** The goal of the paper was to  
elaborate and characterise the problem of occupa-  
tional rehabilitation of schizophrenic patients.  
**Review:** The description of conditions of the devel-  
opment of theory and practice of this particular form  
of rehabilitation is a result of integration of the gen-  
eral theory, methodology and principles of psychiat-  
ric rehabilitation with the specific problem of social  
and occupational integration of the mentally ill  
diagnosed with schizophrenia. In order to attain the  
so-formulated goal an analysis of theoretical issues  
was carried out, as well as an analysis of empirical  
studies indicating the key role of mentally ill per-  
sons' employment in the rehabilitation practice. In  
the review a particular attention was paid to the  
theory underpinning the integrated model of reha-  
bilitation proposed by Dörner, to the Cook and  
Razzano concept of occupational activation of the  
mentally ill, the model of supported employment pro-  
moted by Bond, and a number of studies into the  
employment of patients with schizophrenia. **Conclu-  
sions:** The essence of the contemporary approach to  
occupational rehabilitation of people suffering from  
schizophrenia consists in ensuring their right to  
employment and in shaping their workplace so that  
they would be capable of performing their job. Apart  
from their disease, unemployment is the crucial

*factor leading in these patients to a loss of motivation to change their life situation and contributing to their social isolation. An important task in occupational rehabilitation is to promote and support special projects of work and employment (so-called "social businesses"). The latter are created by non-government organisations whose aim is to propagate socio-economic integration of the mentally ill. The*

*development of socio-economic projects of the "third sector" in this light becomes a social movement that is, or should be, characterised by embedding in the community, striving to provide mutual support, and by voluntary participation. The function of such activity includes also the maintenance of the community's integrity by stimulating development and supporting every manifestation of interpersonal help.*

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / praca / rehabilitacja zawodowa  
**Key words:** schizophrenia / work / occupational rehabilitation

---

Tytułem wstępu chcę stwierdzić, iż jeżeli w ogólnej rehabilitacji zawodowej najtrudniejszą sprawą jest rehabilitacja chorych psychicznie, to w rehabilitacji psychiatrycznej najbardziej złożonym zagadnieniem jest powrót do pracy chorych na schizofrenię. Jest to problem opisywany, aby posłużyć się przerośnią, jako walka na „ostatniej linii frontu” [Cook i Razano 2000]. Problem wart jednak podjęcia, bowiem powszechnie podzielamy pogląd, iż aktywność zawodowa osób po kryzysie schizofrenicznym – szczególnie na otwartym rynku – to najbardziej pożądaną wynik leczenia i rehabilitacji, który jest powiązany z obniżeniem poziomu objawów chorobowych, ograniczeniem liczby i czasu hospitalizacji psychiatrycznych oraz ze znaczną poprawą funkcjonowania społecznego. Równie istotna jest konstatacja, że dla samych chorych praca jest synonimem zdrowia psychicznego – oczywiście dla tych, którzy chcą pracować w ramach istniejącej struktury społecznej.

Praca od blisko stu lat znajduje swoje zastosowanie w rehabilitacji w psychiatrii, jest bowiem wartością, która umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Zapewnia jej materialne warunki egzystencji, określa rolę i status w ramach społecznej organizacji [Dobrowolska 1980]. Osoby dotknięte chorobą psychiczną rozumieją pracę jako „pomost” ułatwiający nawiązanie satysfakcjonujących kontaktów społecznych oraz jako możliwość doświadczania własnych osiągnięć i sprostania oczekiwaniom zewnętrznego świata. Praca stanowi szansę na zaangażowanie się w inną rolę

społeczną poza rolą pacjenta [Shepherd 1999]. Ze względu na funkcje jakie pełni, jest najbardziej wartościową ofertą aktywności dla osób chorych psychicznie, która ma znaczenie w procesie leczenia i rehabilitacji.

Brak pracy prowadzić może do depresji, utraty perspektyw życiowych i orientacji w rzeczywistości oraz stopniowej społecznej izolacji. Bezrobocie powiązane jest ze zwiększonym poziomem niepokoju, zaburzeniami depresyjnymi i neurotycznymi, obniżoną samooceną oraz z istotnym ryzykiem wystąpienia zachowań samobójczych [Bańka 1992, Leder 1994]. Warr [1987] stwierdził, że u osób bezrobotnych zanika tzw. społeczna siła motoryczna, której dostarcza aktywność zawodowa. Osoby niepracujące wypadają z traktu życiowego, tracą nie tylko możliwość nadążenia za przemianami następującymi w społeczeństwie, ale również zdolność do podejmowania decyzji. Brak pracy to doświadczenie upokorzenia i krzywdy, to utrata poczucia czasu i przestrzeni.

Nie można w sposób jednoznaczny stwierdzić istnienia negatywnego wpływu bezrobocia na kondycję psychiczną jednostki. Gorszy, w porównaniu z osobami pracującymi, stan zdrowia psychicznego osób bezrobotnych interpretowany jest jako skutek utraty pracy, ale równocześnie pewne predyspozycje psychiczne (np. zewnętrzne umiejscowienie kontroli) mogą powodować utratę zatrudnienia i trudności w funkcjonowaniu na rynku [Makselon-Kowalska 2000].

Wśród licznych inicjatyw badawczych nad znaczeniem pracy dla osób chorych psychicz-

nie należy wskazać klasyczne, brytyjskie studia nad instytucjonalizmem Winga i Browna [1970]. Autorzy opisują pracę jako jedyną, dostępną w szpitalu aktywność korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego pacjentów: redukcją poziomu apatii, społecznego wycofania oraz ubóstwa językowego chorych. Badanie przeprowadzone zostało w trzech dużych szpitalach psychiatrycznych, w grupie pacjentów, u których zdiagnozowano przewlekły proces schizofreniczny. Utrzymywanie się złego stanu zdrowia w okresie badania miało miejsce tylko w tej podgrupie osób, które nie były zatrudnione. Poprawę objawową oraz funkcjonowania społecznego wspomniani autorzy połączyli wyłącznie z faktem aktywności zawodowej chorych.

Inna grupa badań dotyczy wpływu emocjonalnej postawy najbliższych krewnych w stosunku do pacjenta na przebieg schizofrenii. Dowodzą one, że w rodzinach o tzw. wysokim wskaźniku ujawnianych uczuć, konstytuowanym przez „krytycyzm”, „wrogość” oraz „emocjonalne uwikłanie”, praca i aktywność chorego poza domem jest jednym z istotniejszych czynników profilaktycznych w nawrotach choroby [Rostworowska 1999]. Równocześnie wartość zaangażowania się w celową aktywność polega na ograniczaniu u pacjentów zachowań dewiacyjnych oraz zwiększeniu poziomu ich społecznej niezależności. Aktywność zawodowa zmniejsza poziom uzależnienia osób chorych psychicznie od systemu opieki medycznej, tym samym wpływa na redukcję liczby pacjentów przebywających w zakładach leczniczych. Wyniki badania przeprowadzonego w irlandzkich firmach zatrudniających osoby chore psychicznie [McKeown i wsp. 1992] wskazują, że praca jest istotnym czynnikiem, który pozytywnie wpływa na samodzielne funkcjonowanie pacjentów poza szpitalem psychiatrycznym. W badanej grupie osób chorych na schizofrenię zatrudnionych w zakładach, które stworzyły dostosowane do ich potrzeb warunki pracy, nastąpiła redukcja liczby dni spędzonych w szpitalach psychiatrycznych o 70%, porad ambulatoryjnych o 23% i liczby przyjęć do oddziałów dziennych o 84%.

ryjnych o 23% i liczby przyjęć do oddziałów dziennych o 84%.

Współcześnie rehabilitacja zawodowa w psychiatrii odwołuje się do ogólnej definicji rehabilitacji, zgodnie z którą jest ona procesem pomagania osobom niepełnosprawnym w wykorzystaniu ich zdolności, aby mogły optymalnie funkcjonować w odpowiednio przystosowanym środowisku społecznym, w możliwie jak najlepszy sposób. Programy rehabilitacji zawodowej dla osób chorych psychicznie opierają się na teoretycznym modelu niepełnosprawności Winga [za: Ekdawi i Conning 1994]. Autor uwzględnił w nim trzy podstawowe rodzaje niepełnosprawności spowodowanej zaburzeniami psychicznymi:

1. *Deficyty pierwotne*, czyli wewnętrzne, wynikające bezpośrednio z choroby, np. w schizofrenii: objawy pozytywne (urojenia, omamy) oraz negatywne (błądź emocjonalna, zmniejszenie aktywności, wycofywanie się społeczne, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia).
2. *Deficyty wtórne*, które nie są właściwością samej choroby, lecz rezultatem negatywnych reakcji na nią osób znaczących (takich jak profesjonaliści, rodzina i osoby publiczne). Owe relacje znajdują odbicie w postawie jednostki wobec siebie: prowadząc stopniowo do zaniżenia samooceny, spadku motywacji, utraty skutecznych strategii radzenia sobie, zaprzeczenia chorobie, lub nadmiernego identyfikowania się z rolą osoby chorej, niepełnosprawnej skazanej na stałą pomoc i wsparcie innych.
3. *Ograniczenia zewnętrzne*, które są do pewnego stopnia niezależne od choroby, jednakże mogą odgrywać pewną rolę w jej rozwoju. Do ograniczeń należą: złe warunki mieszkaniowe, bieda, bezrobocie, słabo rozbudowana sieć wsparcia społecznego lub trudności w relacjach rodzinnych.

Proces rehabilitacji w psychiatrii polega na udzielaniu osobom niepełnosprawnym pomocy w społecznym przystosowaniu się pomimo istniejących deficytów, wynikających z choroby. Jeśli niepełnosprawność jest trwała, to skompensowanie owych deficytów wymaga

skupienia uwagi, nie tylko na silnych stronach chorego, ale również na modyfikowaniu lub dostosowaniu warunków środowiskowych. Usiłując maksymalizować funkcjonowanie pacjenta, nie można pozwolić, aby istnienie społecznych ograniczeń było akceptowane – specjalnie dostosowane środowisko jest we współczesnej rehabilitacji koniecznością.

Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest nauczenie osoby niepełnosprawnej takich umiejętności, które pozwolą jej żyć w wybranym przez siebie środowisku, a ponadto obiektywne zwiększanie możliwości dokonywania owego wyboru, aby faktycznie osoba niepełnosprawna mogła postanowić, gdzie chce mieszkać, pracować i w jakim otoczeniu społecznym pragnie żyć. Szansa wyboru powinna istnieć, bowiem nikt nie może decydować o tym, że dana osoba jest niezdolna do zrobienia czegoś, chyba że już próbowała to zrobić i nie odniosła sukcesu. Praktyka rehabilitacyjna, koncentrując się na uczeniu pacjentów sposobów radzenia sobie z chorobą i wzmacniając proces podejmowania lub pełnienia przez osoby niepełnosprawne ról społecznych, jest związana z nadzieją na pozytywną zmianę w funkcjonowaniu społecznym chorych, zmianę którą można osiągnąć również poprzez tzw. modyfikowanie warunków środowiskowych. Należy jednak podkreślić, że nadmierna koncentracja na ograniczeniach zewnętrznych, poszukiwanie przyczyn trudności osób niepełnosprawnych tylko w otaczającym ich świecie grozi terapeutycznym nihilizmem, utratą zdolności dostrzegania tych możliwości zmiany, które tkwią bezpośrednio w osobie niepełnosprawnej [Shepherd 1999].

Te dwie strategie działania znajdują swój wyraz w podejściu integracyjnym w rehabilitacji. Odwołuje się ono do długofalowej koncepcji ładu społecznego i zakłada, z jednej strony, istnienie pozytywnych obowiązków człowieka względem siebie samego, mimo posiadanej niepełnosprawności oraz, z drugiej strony, możliwość zagwarantowania osobom niepełnosprawnym pełnych praw uczestniczenia we wszelkich przejawach życia społecznego [Ossowski 1999]. W tradycyjnym insty-

tucjonalno-medycznym podejściu niepełnosprawność opisywana była jako odstępstwo od normy; osoby niepełnosprawne wymagały podjęcia wszelkich działań, które miały im umożliwić funkcjonowanie w warunkach określonych w społeczeństwie jako „normalne”. Owa norma podlega stałej weryfikacji, również pod wpływem samych osób niepełnosprawnych, które domagają się praw, przysługujących reszcie obywateli oraz oczekują, że społeczeństwo przystosuje się do ich potrzeb i zaakceptuje wartości, jakie niesie ze sobą realizacja idei społecznej integracji.

Rehabilitacja zawodowa, będąca kluczowym obszarem rehabilitacji społecznej, definiowana jest jako profesjonalna aktywność zmierzająca do zagwarantowania osobom niepełnosprawnym prawa do pracy i kształcenia zawodowego [Fischer 1987]. Jej ogólnym celem jest podniesienie szans osób niepełnosprawnych na zawodową reintegrację. Seyfried [1996] opisuje rehabilitację zawodową jako tworzenie czegoś szczególnego w czymś ogólnym, jako integrowanie szczególnych form zatrudnienia i zajęcia z możliwościami ogólnego rynku pracy. Tworząc rehabilitacyjne miejsce pracy, tworzymy przede wszystkim miejsce w społeczeństwie, które odpowiada aktualnym możliwościom i potrzebom osoby niepełnosprawnej. Ponadto, należy podkreślić, że „tylko praca wybrana przez samego pacjenta da mu możliwość takiej realizacji jako człowieka, która będzie odpowiadała jego poczuciu godności” [Dörner 1994]. Realizacja prawa do pracy dla osób chorych psychicznie znaczy coś więcej, aniżeli kształtowanie oferty zatrudnienia. Jest mianowicie aktywnością ukierunkowaną również na zabezpieczenie pacjentom prawa do edukacji oraz prawa do pomocy społecznej.

Osoba chora psychicznie uczestnicząca w procesie rehabilitacji, przygotowującym do podjęcia zatrudnienia (np. w ośrodkach terapii zajęciowej), dwukrotnie poszukuje sensu swojej aktywności. Po raz pierwszy, w chwili podjęcia rehabilitacji, kiedy zadaje pytanie o związek pomiędzy pracą a zdrowiem. Po raz drugi, kiedy zastanawia się – komu moja

praca jest potrzebna? Sposób definiowania pracy jako sprostanie oczekiwaniom swoim i zewnętrznego świata staje się wówczas nie tylko teoretyczną konstrukcją, ale również trudnym do rozwiązania problemem. Fakt powyższy związany jest z często występującym zjawiskiem braku funkcjonalnego związku struktur rehabilitacyjnych z zewnętrznym rynkiem pracy, a tym samym z zagrożeniem, że dla wielu pacjentów pozytywna zmiana w poziomie funkcjonowania społecznego stać się może własnym zaprzeczeniem. Bowiem paradoksalnie może wzmocniać przeświadczenie o własnej społecznej nieużyteczności, o byciu osobą chronicznie niepełnosprawną i skazaną na wieloletni pobyt w instytucji. Dlatego też wysiłek profesjonalistów winien być skierowany na poszukiwanie społecznych przestrzeni, umożliwiających docelowe zatrudnienie osób po przebytych kryzysach psychicznych, których stan zdrowia pozwala na podjęcie zatrudnienia.

## PRACA ZAWODOWA CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ – BADANIA KRAKOWSKIE

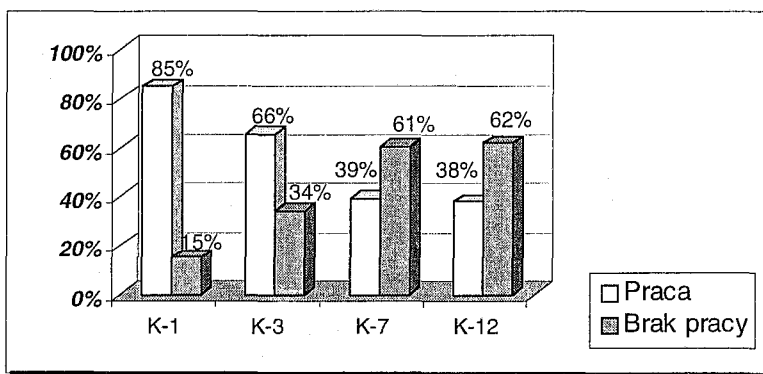
Rozwijając temat pracy chorych na schizofrenię chciałbym wskazać na wybrane wyniki 12-letnich krakowskich prospektywnych badań katamnesticznych, prowadzo-

nych w Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum UJ [Cechnicki 2001, Kaszyński 2001]. Pozwoliły one zaobserwować dynamikę utraty pracy w badanej grupie 80 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, hospitalizowanych psychiatrycznie po raz pierwszy, mieszkających wraz z rodziną na terenie Krakowa. Grupę skompletowano w roku 1988. Kolejne badawcze punkty pomiarowe miały miejsce rok (K-1), trzy (K-3), siedem (K-7) i dwanaście lat (K-12) od pierwszej indestkowej hospitalizacji.

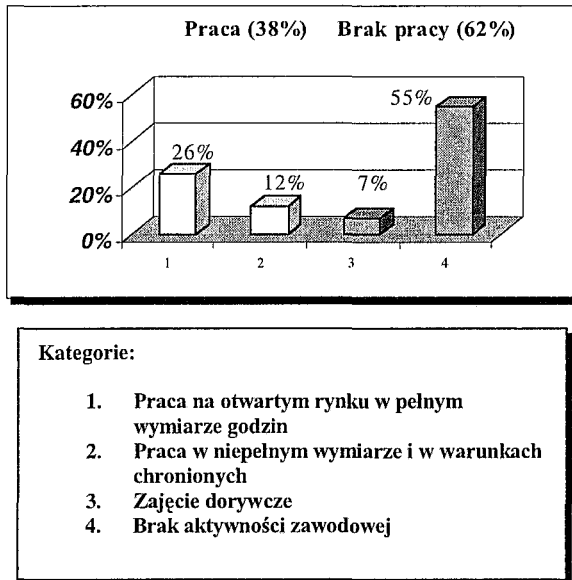
Rok po rozpoczęciu badania (K-1) odsetek osób aktywnych zawodowo wynosił 85%. Po 12 latach choroby (K-12) odsetek osób pracujących wynosił 38%. Bez pracy pozostawało 62% badanych (rysunek 1).

Wyraźna zmiana poziomu zatrudnienia nastąpiła pomiędzy punktami badawczymi po trzech i po siedmiu latach (oznaczonych na rysunku symbolami K-3 i K-7) od chwili rozpoczęcia obserwacji. Były to lata 1991–1995, lata kształtującego się wolnego rynku, stopniowo narastającego zjawiska bezrobocia i konkurencji. Badane osoby doświadczyły likwidacji pojedynczych miejsc pracy, zwolnień grupowych, często żywiołowych przekształceń zakładów pracy i niepowodzeń związanych z podejmowaniem własnej działalności gospodarczej.

Nie rozstrzygam o sile wpływu tych czynników na fakt utraty pracy w badanej grupie,



Rysunek 1. „Praca i brak pracy” w krakowskich badaniach katamnesticznych



Rysunek 2. „Praca i brak pracy” w 12-letniej katamnezie (N=72)

jednakże wniosek o ich znaczeniu jest uprawniony w świetle serii katamnez fińskich z lat 1960, 1970, 1986, które niekorzystny przebieg schizofrenii wiązały z pogarszającą się sytuacją makroekonomiczną [Alanen 2000].

W okresie dwunastoletniej katamnezy (tj. 12 lat od pierwszej indeksowej hospitalizacji), w roku 2000, w grupie 72 osób, które przystąpiły do badania, na otwartym rynku w pełnym wymiarze godzin pracowało 26% chorych, 12% w częściowym wymiarze godzin lub w warunkach chronionych, 7% pracowało dorywczo, ale praca nie była ich głównym źródłem utrzymania, natomiast 55% nie przejawiało żadnej aktywności zawodowej (rysunek 2).

Dyskutując wysoki poziom zatrudnienia badanych (szczególnie w warunkach konkurencyjnych, owe 26%) należy podkreślić, iż byli oni objęci kompleksowym programem leczniczo-rehabilitacyjnym.

Odmiernym źródłem informacji o pracy chorych na schizofrenię, które chciałbym przedstawić, jest analiza tego zagadnienia w grupie 413 pacjentów, leczonych w Am-

bulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz w Krakowie. Analiza wykonana została przez autora niniejszej pracy. Dane pochodzą z roku 2002 (tablica 1).

Zwracam uwagę na trzy fakty. Po pierwsze, na otwartym rynku pracowało mniej niż 10% pacjentów. Po drugie, warsztat terapii zajęciowej będący formą rehabilitacji społecznej, przygotowującej do podjęcia zatrudnienia osoby aktualnie całkowicie niezdolne do pracy, integrował więcej osób, aniżeli otwarty, chroniony i „niestabilny”, „czarny rynek pracy” łącznie. I po trzecie, co należy podkreślić ze szczególną siłą, blisko 60% pacjentów z podgrupy niepracującej, nie uczestniczącej w zajęciach warsztatu terapii zajęciowej deklarowało chęć podjęcia zatrudnienia lub prac dorywczych.

Analizując poziom aktywności zawodowej w warunkach konkurencyjnych w grupie pacjentów ambulatorium należało się spodziewać, że będzie on niższy niż w badaniach katamnestycznych, bowiem ambulatorium nie obejmuje dużej grupy osób dobrze funkcjonujących społecznie i zawodowo, o wyższym statusie, korzystających z prywatnych

Tablica 1. „Praca i brak pracy” w grupie chorych na schizofrenię leczonych w Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz w Krakowie w 2002 r.

„Praca i brak pracy” w grupie chorych na schizofrenię	Liczba osób N=413 (100%)
1. Praca na otwartym rynku	35 (8,5%)
2. Praca w warunkach chronionych	17 (4,1%)
3. Prace zlecone, dorywcze, „na czarno”	15 (3,6%)
4. Brak pracy – rehabilitacja w warsztacie terapii zajęciowej	76 (18,4%)
5. Brak pracy – brak rehabilitacji w warsztacie terapii zajęciowej	270 (65,4%)

gabinetów, ani też grupy osób, które po jednym epizodzie schizofrenicznym nie wróciły więcej do leczenia psychiatrycznego. Jednakże zwraca uwagę fakt, że ów poziom jest aż trzykrotnie niższy. I równocześnie, lata od roku 2000 do 2002, czyli od uzyskania wyników z badania katamnesticznego (K-12) do wyników badania w grupie chorych w ambulatorium, to okres wzrostu bezrobocia w Polsce z 12% do 18%.

## PODSTAWOWE ZADANIA Z ZAKRESU REHABILITACJI ZAWODOWEJ

Osoby niepełnosprawne zwykle nie są świadome własnych uprawnień. Wspomniany akt prawny, nieposiadający mocy wiążącej, a jedynie deklaratywną, wskazuje na istotną regulację: osoby niepełnosprawne mają prawo do pracy na otwartym rynku. Często pytanie o to elementarne uprawnienie zadają tak osoby cierpiące na zaburzenia zdrowia psychicznego, jak i ich terapeuci. Coraz ciężiej jest im uwierzyć, iż ono w ogóle istnieje. Kiedy wyznaczone prawami rynku zapotrzebowanie na osoby zdolne do podjęcia pracy spada i utrzymuje się na niekorzystnie niskim poziomie, kiedy nasila się wśród zatrudnionych zjawisko konkurencji i równocześnie nie istnieją odpowiednie formy rehabilitacji społeczno-zawodowej, wtedy istnieje realne zagrożenie, że osoba przewlekłe bezrobotna na pytanie czy potrzebuje pracy, odpowie „nie, ja przecież nie mam prawa pracować”. Należy podkreślić, że chroniczne bezrobocie jest powiązane z na-

rastaniem, u osób nim dotkniętych, przeświadczeniem o zwolnieniu z wielu istotnych społecznych zobowiązań i utracie powszechnie dostępnych uprawnień społecznych. Ten rodzaj utraty był, jest i będzie w przyszłości istotnym elementem wyznaczającym losy wielu osób chorych psychicznie. Prognozy, dotyczące bezrobocia, tak w Polsce jak i w innych krajach, zakładają, że jego poziom w sposób trwały będzie ograniczał szanse na znalezienie pracy przez osoby chore, niepełnosprawne, zależne od pomocy społecznej [Ekdawi i Conning 1995].

Należy odpowiedzieć na pytanie, jaka jest skala zjawiska? Wynik obszernej analizy badań nad pracą osób z diagnozą schizofrenii, przeprowadzonej przez Mausera i wsp. [2001] – zgodnie z którą poziom aktywności zawodowej w tej grupie chorych, na wolnym rynku, w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, wynosi od 10 do 20% – uzupełniam cytatem z O’Flynn [1999], współtwórcy podręcznika o europejskich projektach pracy dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Autor pisze, iż praca nie jest powszechnym doświadczeniem chorych na schizofrenię. W grupie tej bezrobocie dotyka od 80% do 100% osób. Przytoczone dane nie napawają optymizmem. Sugerują istnienie sytuacji względnie stałej, niezmiennej. Jakie wobec tego są zadania polityków społecznych, profesjonalistów oraz samych zainteresowanych w dziedzinie rehabilitacji? Wiemy, iż zadania te powinny zmierzać do zagospodarowania w jak najlepszy sposób dostępnego obszaru pracy.

Owe zadania obejmują dbałość o standard, jakim jest zintegrowanie psychoterapii, terapii rodzin z rehabilitacją, bowiem przyczyny niskiego poziomu zatrudnienia na otwartym rynku osób z rozpoznaniem schizofrenii wiążą się m.in. z ich zależnością od rodzin generacyjnych oraz zaniżoną samooceną. Ponadto wspomniane zadania polegają na dostarczaniu członkom społeczności lokalnych wiedzy o chorobie oraz możliwości pozytywnego doświadczenia społecznej obecności osób po kryzysach psychicznych. Nie bez znaczenia są debaty nad filozofią społecznej integracji (uczestniczenia), która promuje współistnienie pełno- i niepełnosprawnych – również na rynku pracy. I w końcu, aby owo współistnienie stało się możliwe potrzebne są programy rehabilitacji zawodowej i źródła ich finansowania.

Wspomniane programy mają zwykle dwa równoległe cele. Pierwszy to bezpośrednia pomoc pacjentom, drugi to stopniowa humanizacja wolnego rynku. Ten drugi cel staje się coraz bardziej istotny, bowiem możemy mieć obawy, co do utrzymania własnego dobrego stanu zdrowia psychicznego w warunkach zatrudnienia w wymagających, nowoczesnych, komercyjnych organizacjach, w których praca często przestaje być wartością, prowadzącą do zharmonizowanego rozwoju jednostki. Tym samym, rozwój społeczny, dla którego podstawą jest współczesna, praktyczna definicja pracy, budzi nasz uzasadniony niepokój.

## **ROZWÓJ REHABILITACJI ZAWODOWEJ W POLSCE**

Aktualnie w Polsce kształtowane są programy rehabilitacji zawodowej, które odwołują się do dwóch modeli dla praktyki [O'Flynn 1999]. Pierwszy model nazywany „tworzeniem pracy” opiera się na tradycyjnej koncepcji etapów, będącej instytucjonalnym rozwinięciem zasady „krok po kroku” oraz na opisywanych przez Grovea [1999] inicjatywach nazywanych społecznymi projektami pracy, których najdoskonalszą formą są

tw. firmy społeczne, czyli przedsiębiorstwa o rynkowej orientacji, mające równocześnie znaczenie terapeutyczne. Drugi model to promowanie wspieranego zatrudnienia w ramach otwartego rynku. To podejście posiłkuje się krytyką wspomnianej koncepcji etapów, przedstawionej m.in. przez Bonda [1998].

Chciałbym podkreślić, iż wymienione dwa sposoby myślenia o rehabilitacji są katalizatorem rozwoju nowych, komplementarnych wobec siebie form zatrudnienia: dotowanego i wspieranego. Komplementarnych – pomimo, iż dzisiaj towarzyszy im wzajemna krytyka, którą określam mianem dialektycznego rozwoju naszej wiedzy o rehabilitacji. Teza jest następująca. Podstawą rehabilitacji zawodowej osób chorych psychicznie jest koncepcja etapów. Interpretacja praktyki tworzenia zróżnicowanych instytucji – jako stopniowo rosnących poziomów uczestniczenia w świecie pracy – w żadnym wypadku nie ma prowadzić do konstatacji, że końcowym wynikiem oddziaływań ma być zatrudnienie na otwartym rynku. Powinna istnieć możliwość pracy, lecz nie wszyscy muszą z niej skorzystać. Wybrany etap, określany zwyczajowo jako pośredni, może stać się etapem docelowym. Antyteza opiera się na konstatacji, iż wszelkie formy poradnictwa, szkolenia zawodowego i nauki umiejętności społeczno-zawodowych nie są powiązane z faktem podejmowania przez chorych pracy. Wzrost zatrudnienia wynika z zaangażowania się terapeutów w bezpośrednią pomoc chorym w uzyskaniu pracy na wolnym rynku.

Próba sformułowania syntezy. Osoby po kryzysach psychicznych mają prawo pracować na otwartym rynku pracy i uzyskać wsparcie w jej poszukiwaniu, ale równocześnie społeczna odpowiedzialność dotyczy tych, którzy „nie, jeszcze nie, ponownie nie są zdolni” do pracy w warunkach konkurencyjnych. Owej syntezy poszukuje się w Polsce w ramach tzw. projektów pracy, które są inicjowane i prowadzone głównie przez organizacje pozarządowe, zatrudniające już pacjentów lub prowadzące projekty społecznej rehabilitacji, np. warsztaty terapii zajęcio-



wej, środowiskowe domy samopomocy, czy ostatnio domy–kluby typu Fountain House.

Niewątpliwie również filozoficzna refleksja będzie miała istotny wpływ na tworzenie możliwości pracy dla chorych psychicznie, bowiem zatrudnienie dla tej szczególnej grupy wymaga połączenia analiz ekonomicznych z etycznym heroizmem. Optymizmem napawa przekonanie polskiego filozofa J. Lipca [2001], iż spodziewać się należy wielokierunkowego rozrostu etyki pracy, bowiem praca jako fundament wartości cywilizacyjnych i objaw mocy twórczej człowieka nie może być polem nierozwiązywalnych sprzeczności moralnych. Innymi słowy, jest to zapowiedź końca dyktatury fundamentalizmu rynkowego opisywanego przez Sorosa [1999]. Ów fundamentalizm nieustannie dążył do rozciągnięcia swego zasięgu na wiele najważniejszych spraw ludzkiego życia porzucając od wartości moralnych, poprzez powiązania rodzinne, aż po dokonania estetyczne i intelektualne. Społeczeństwo nie może być dodatkiem do rynku.

W Polsce, w ostatnich 12 latach stworzony został całkowicie nowy system prawnych uregulowań, dotyczących kwestii zatrudnienia i rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, w tym z powodu zaburzeń psychicznych. Pojawiły się nowe możliwości pomocy. Komentując istniejące rozwiązania zwrócę uwagę tylko na zjawiska ogólne i najbardziej specyficzne (rysunek 3).

Wspierane zatrudnienie. Wysoki poziom bezrobocia (19%–20%) uniemożliwia zatrudnianie osób o niekorzystnym przebiegu choroby na otwartym rynku, ponadto model wspieranego zatrudnienia jest skuteczny przeważnie, kiedy obejmujemy nim osoby z nieznacznymi dysfunkcjami.

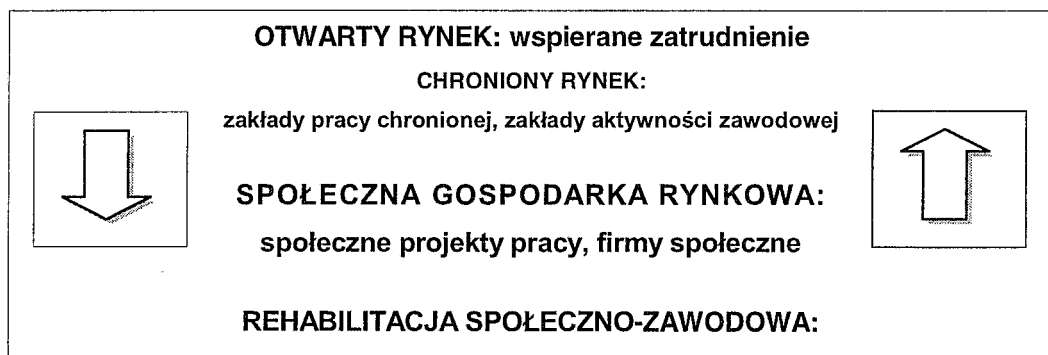
Proces wzrostu dominacji ekonomicznych priorytetów w zakładach pracy chronionej powoduje, że chorzy psychicznie są sukcesywnie wypierani z zamkniętego rynku pracy lub oferowana im praca pozbawiana jest pierwiastków socjoterapeutycznych.

Zakłady aktywności zawodowej będą ośrodkami modelowymi i trudno oczekiwać, że w najbliższych latach wpłyną na zmianę sytuacji pracy chorych psychicznie.

Warsztaty terapii zajęciowej. Efektywność warsztatów jest ograniczona wskutek braku jakiegokolwiek funkcjonalnego połączenia z zakładami pracy chronionej lub zewnętrznym rynkiem pracy.

Społeczne projekty pracy, to dzisiaj pojedyncze inicjatywy organizacji pozarządowych, posiadające raczej charakter pomocy charytatywnej, aniżeli przedsięwzięć gospodarczych. Ale w ich ramach podejmowana jest promocja społecznej gospodarki rynkowej, poszukiwany jest polski model tzw. firmy społecznej.

Jedna zasadnicza uwaga. Istniejące w Polsce rozwiązania z zakresu rehabilitacji są



Rysunek 3. Formy rehabilitacji społeczno-zawodowej

izolowane, występuje wyraźny brak mechanizmów stymulujących rozwój zintegrowanych systemów, ponadto brak również całościowej, społecznej polityki wobec problemu bezrobocia chorych psychicznie i nadal za słaba jest obecność organizacji pozarządowych w jej kształtowaniu. I jeden postulat. Wydaje się, że wspomniana idea firm społecznych stanowi niezbędne ogniwo przyszłych programów pracy. Otwarta pozostaje kwestia, kiedy powoływanie i działanie owych społecznych przedsięwzięć zostanie uregulowane prawnie, wzorem niemieckich przedsiębiorstw integracyjnych, które po 30 latach funkcjonowania, w roku 2001, zyskały wsparcie funduszy socjalnych. Byłby to istotny krok w kierunku społecznej gospodarki rynkowej i w takim znaczeniu podnoszą wartość firm integracyjnych jako rozwiązań praktycznych.

Towarzysząc uczestnikom polskich warsztatów terapii zajęciowej w wieloletniej rehabilitacji, ucząc się godzić z porażkami i niepowodzeniami w terapii, za coraz bardziej wartościowe i potrzebne uważam 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 na otwartym rynku. Właściwym europejskim przykładem jest 350 niemieckich firm społecznych wspieranych m.in. przez biuro doradcze FAF (*Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte*), które od kilkudziesięciu lat tworzy koncepcje firm społecznych oraz prowadzi konsultacje nowych projektów pracy [Stadler 2001]. Bez funkcjonowania tych specjalnych form pracy chronionej trudno jest jednoznacznie definiować sukces w rehabilitacji, a jeszcze trudniej jest go doświadczyć wspólnie z pacjentem.

W społeczeństwach przemysłowych praca zawodowa była wartością kształtującą tożsamość jednostki, współcześnie jej rola w tym zakresie jest znacznie ograniczona. W wysoko rozwiniętych społeczeństwach pracować będzie 1/3 osób potencjalnie zdol-

nych do pracy, pozostała część znajdzie się w podobnej sytuacji, w jakiej dzisiaj znajdują się osoby chore psychicznie. Podejmując próby tworzenia społecznych przedsięwzięć pracy (firm społecznych) dla osób chorych psychicznie, należy rozważyć, w jakim stopniu owa kategoria „nowych bezrobotnych” powinna być, dla wzajemnej korzyści, włączona we wspólne działanie [Heiâler 1998].

### **FIRMA SPOŁECZNA – BRAKUJĄCE OGNIWO REHABILITACJI ZAWODOWEJ**

Główną przyczyną tworzenia w Europie Zachodniej, w latach osiemdziesiątych, nowych przedsiębiorstw w formie firm społecznych, była likwidacja chronionych miejsc pracy wywołana pogarszaniem się sytuacji ekonomicznej. Równocześnie narastało zjawisko stygmatyzacji chorych, pracujących w warsztatach dla osób niepełnosprawnych.

Zgodnie z obowiązującymi definicjami, firma społeczna jest jednostką gospodarczą, stworzoną w celu zapewnienia pracy osobom niepełnosprawnym. Wypełnia ona swoją misję społeczną poprzez produkcję poszukiwanych na rynku dóbr i świadczenie usług. Jest przedsiębiorstwem o charakterze społecznym, które prowadzi działalność gospodarczą i respektuje specyficzne potrzeby zatrudnionych osób. Nadrzędnym celem firm jest włączenie do życia społecznego osób po przebytych kryzysach zdrowia psychicznego, lub mających znaczne trudności w funkcjonowaniu na rynku pracy [Grove i wsp. 1997].

Firmy społeczne są integralną częścią społecznej gospodarki rynkowej, stanowią próbę rozwiązania problemu stopniowo spadającego zapotrzebowania na siłę roboczą. Posiadają precyzyjnie określone priorytety organizacyjne:

- 
1. Wynagrodzenie za pracę musi być ściśle powiązane z wkładem pracy i być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Zatrudnienie w firmie zalicza się do stażu pracy pracownika (praca świadczona na podstawie umowy o pracę).
3. Powinna istnieć możliwość tzw. „pracy łatwo dostępnej”: „elastycznie zaplanowanej”, „na godziny”, w ramach „otwartych umów zlecenia”.
4. Wszyscy pracownicy mają zagwarantowany równorzędny status.
5. Firma zapewnia możliwości rozwoju relacji interpersonalnych.
6. Wszystkie stworzone miejsca pracy muszą mieć istotne znaczenie dla powodzenia przedsięwzięcia.
7. Wszyscy pracownicy mają wpływ na podejmowane decyzje na każdym szczeblu prowadzenia i rozwoju przedsięwzięcia.
8. Firma gwarantuje możliwości szkolenia zawodowego.

---

Zadaniem firm społecznych jest integracja osób pracujących odpłatnie oraz wolontariuszy, działalności rehabilitacyjnej i szkoleniowej oraz innych inicjatyw, które nie mają charakteru gospodarczego, a których celem jest pomoc i wsparcie dla osób niepełnosprawnych. Te środowiskowe inicjatywy pracy definiowane są jako „społeczne przedsięwzięcia” lub „projekty” – w odróżnieniu od firm otwartego rynku pracy, które nastawione są wyłącznie na działalność gospodarczą. Przedsięwzięciem społecznym może być każda działalność gospodarcza, której głównym celem jest propagowanie ekonomicznej i społecznej integracji. Funkcjonowanie projektów pracy polega w głównej mierze na świadczeniu różnorodnych, uzupełniających się usług rehabilitacyjnych i społecznych na rzecz uczestników projektu oraz na produkowaniu towarów lub sprzedaży usług, których cena nie musi być podyktowana warunkami rynku. Jednakże warunkiem koniecznym jest wypracowanie dochodu potrzebnego do opłacenia kosztów bieżącej działalności firmy.

Należy podkreślić, że dla wielu projektów pracy w Europie osiągnięcie statusu firmy społecznej jest niewyobrażalnie trudne, a ich dalsze funkcjonowanie wymaga stałego subsy-

diowania prowadzonej działalności gospodarczej. Przyczyn owego stanu rzeczy można poszukiwać w wielu obszarach: nasileniu deficytów u zatrudnionych osób niepełnosprawnych, błędnej polityce personalnej firmy w zakresie integracji osób pełno- i niepełnosprawnych lub niestabilności rynków zbytu dla usług i produktów kształtujących się firm społecznych. Ważną i często pomijaną przyczyną słabości europejskich firm społecznych jest brak integracji projektów pracy z szerszym systemem leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej. Należy podkreślić, że rozwiązywanie problemu pracy u osoby niepełnosprawnej nie może zostać zastąpione problemem braku dostępności do specjalistycznego leczenia i rehabilitacji. Cel, jakim jest ekonomiczna samowystarczalność projektów pracy, powinien być równoważny z celem ich optymalnej integracji z systemem rehabilitacji psychiatrycznej.

Tworząc polski model firmy społecznej należy pamiętać, że ideałem przedsięwzięcia jest integracja, a nie maksymalizacja dochodów za wszelką cenę, natomiast podstawowym problemem – utrzymanie balansu pomiędzy oczekiwaniami osób niepełnosprawnych a potrzebami rynku. Wysiłek firm społecznych koncentruje się na rentowności przedsięwzięcia, a nie na tworzeniu fikcyjnych miejsc pracy, bowiem tylko to podejście gwarantuje przetrwanie projektu i tym samym oferty pracy dla osób niepełnosprawnych. W początkowej fazie tworzenia w Europie przedsięwzięć społecznych dominowało myślenie o pełnoetatowym zatrudnieniu. To podejście graniczyło z działalnością charytatywną i nie uwzględniało praw ekonomii. Firma społeczna tworzy nową kulturę rehabilitacyjnej organizacji, która kładzie nacisk na potrzeby konsumenta oraz profesjonalizm usług. Tak kreowana rzeczywistość ma spowodować zmianę w poglądach ludzi na osoby poważnie chore psychicznie i ich zdolność do pracy.

Ruch związany z ideą firm społecznych posiada swoich krytyków. Zwracają oni uwagę, że te formy pracy i zatrudnienia, skupiając osoby z podobnymi problemami, powstrzymują ich kontakt z ogółem społeczeństwa.

Więcej – ograniczają wybór i rozwój zawodowej kariery tworząc stereotypowe miejsca pracy. Firmy powodują, że członkowie zespołu rehabilitacyjnego stają się managerami i zajmując się księgowością i marketingiem, zarzucają pracę nad realizacją idei integracji społecznej. Firmy określane często jako ostateczny cel rehabilitacji zawodowej mogą powstrzymać rozwój związków pomiędzy ludźmi zdrowymi i ludźmi, którzy żyją z chorobą.

Pomimo pojawiających się krytycznych opinii, zróżnicowane przedsięwzięcia społeczne przybliżają nas do zagwarantowania osobom chorym prawa do pracy. Rozwój tych inicjatyw w Europie nie był stymulowany tylko przez osoby związane z sektorem służby zdrowia i pomocy społecznej. Znaczący był również głos samych zainteresowanych, u których wzrastała nietolerancja wobec przypisanego im statusu obywateli drugiej kategorii [Durie 2000].

## ZAKOŃCZENIE

W podsumowaniu raz jeszcze podniosę kwestię społecznych przedsięwzięć pracy, które w najbliższych latach, w mojej opinii, będą kształtowały sytuację osób chorych psychicznie na rynku pracy. Na czym polega ich szczególna wartość na społecznej mapie? Mianowicie, w dobie poprzemysłowej, kiedy zatrudnienie tracą również ludzie zdrowi, posiadający wysokie kwalifikacje, płaszczyzna integracji może być odmienna niż przypuszczaliśmy. To nie ludzie chorzy i niepełnosprawni będą integrowani z tzw. zdrową, wolnorynkową częścią społeczeństwa, to specjalne projekty pracy będą pełniły funkcję profilaktyczną przed konsekwencjami bezrobocia, będą gwarantowały, iż praca utrzyma swoje prozdrowotne znaczenie. Może na płaszczyźnie tzw. społecznej gospodarki rynkowej doświadczenie integracji zawodowej będzie udziałem – również – osób, które żyją z diagnozą schizofrenii.

W niniejszej rozprawie pracę zdefiniowałem, korzystając z ujęcia, które podkreśla jej

rynkowy aspekt i pomija szereg aktywności, które nie muszą wiązać się z finansową gratyfikacją: pracę w domu, pomoc sąsiedzka, twórczość artystyczną lub wolontariat. Owo ujęcie dewaluuje tzw. ukrytą pracę podejmowaną przez ludzi codziennie, której społeczeństwa industrialne przypisały wyraźnie mniejsze znaczenie, niż pracy wykonywanej w instytucjach określanych mianem zakładów pracy. W dwudziestym wieku praca stała się pożądaną koniecznością, niezdolność do jej wykonywania synonimem nieproduktywności. Przyszłość społeczeństw wysokorozwiniętych, perspektywa deindustrializacji, wiąże się ze stopniowym spadkiem zapotrzebowania na pracę człowieka w jej dotychczasowym znaczeniu [Negt 2001] oraz z koniecznością poszukiwania sposobu na zachowanie godności i społecznej spójności, w sytuacji masowego bezrobocia, które w sposób jednoznaczny zmienia strukturę społeczną. I o tym należy pamiętać kształtując programy rehabilitacji zawodowej dla osób chorych psychicznie, bowiem kapitał i rynek nie stanowią o górnym pułapie rozwoju nowoczesnego społeczeństwa.

## PIŚMIENNICTWO

1. Alanen YO. Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Bańka A. Bezrobocie. Poznań: Print-B; 1992.
3. Bond GR. Principles of the Individuals Placement and Support Model: Empirical Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998; 22 (1): 11–23.
4. Cechnicki A. Przebieg schizofrenii jako wielowymiarowy proces – wyniki leczenia. *Psychiatr Pol* 2001; 35 (3): 36.
5. Cook JA, Razzano LA. Vocational Rehabilitation for Person with Schizophrenia: Recent Research and Implication for Practice. *Schizophrenia Bull* 2000; 26 (1): 87–103.
6. Dobrowolska D. Praca w życiu człowieka. Warszawa: PWN; 1980.
7. Dörner K. Psychoterapia przez pracę – w czasach Hermanna Simona i w chwili obecnej. *Dialog* 1994; 1: 113–8.

8. Durie S. Pathways to Work (Report). Edinburgh: Scottish Development Centre for Mental Health Services; 2000.
9. Ekdawi M, Conning A. Rehabilitacja psychiatryczna. Warszawa: Wyd Lek PZWL; 1995.
10. Fisher T. Berufsfindung und Arbeitserprobung. Berufliche Rehabilitation Behinderter. Dortmund: Lebeschilfe-Verlag; 1987.
11. Grove B, Harding A, Freudenberg M, O'Flynn D. The Social Firm Handbook. Brighton: Pavilion; 1997.
12. Grove B. Mental Health and Employment: Shaping a New Agenda. J Mental Health 1999; 8 (2): 131–40.
13. Heißler M. Konsequenzen der De-Institutionalisierung für Psychiatrische Abteilungen oder Kliniken. W: Dörner K, red. Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis; 1998: 169–200.
14. Kaszyński H. Praca jako wynik leczenia w świetle krakowskich prospektywnych badań nad przebiegiem schizofrenii. Psychiatr Pol 2001; 35 (3): 101.
15. Leder S. Bezrobocie a zdrowie psychiczne. Psychiatr Pol 1994; 28 (6): 651–66.
16. Lipiec J. Świat wartości. Kraków: AWA; 2001.
17. Makselon-Kowalska B. Bezrobocie jako czynnik zagrożenia dla zdrowia psychicznego. W: Czabała JC, red. Zdrowie Psychiczne – zagrożenia i promocja. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000: 169–81.
18. McKeown K, O'Brien T, Fitzgerald G. Vocational Rehabilitation and Mental Health – The European project on mental health in Ireland, 1989–1991. Evaluation report. Belfast: Azimuth; 1992.
19. Mueser K, Salyers P, Mueser R. A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia. Schizophr Bull 2001; 27 (2): 281–96.
20. Negt O. Arbeit und menschl. Würde. Göttingen: Steidl Verlag; 2001.
21. O'Flynn D. Model of employment and concept of social firms. www.schizophrenia.co.uk; 1999.
22. Ossowski R. Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Bydgoszcz: Wyd Uniw WSP; 1999.
23. Rostworowska M. Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć. W: de Barbaro B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wyd Uniw Jagiellońskiego; 1999: 51–67.
24. Seyfried E. Orte der Arbeit. W: Bock T, Weigand H, red. Handwerksbuch. Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1996: 133–55.
25. Shepherd G. Rehabilitacja w psychiatrii. Pruszków: Towarzystwo Amici di Tworki; 1999.
26. Soros G. Kryzys światowego kapitalizmu. Warszawa: Warszawskie Wyd Literackie Muza SA; 1999.
27. Stadler P. FAF – Zarys działalności. Wybrane zagadnienia dotyczące firm społecznych w Niemczech. Białystok: Stowarzyszenie na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej; 2001 (materiały konferencyjne).
28. Warr P. Work, Unemployment and Mental Health. London: Oxford Univ Press; 1987.
29. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge: Univ Press Cambridge; 1970.

*Adres: Dr Hubert Kaszyński, Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych  
Szpitala Uniwersyteckiego,  
31-055 Kraków, ul. Miodowa 9, tel./fax.: (12) 429 42 97, hkaszynski@su.krakow.pl*