

ZAPOŠLJAVANJE OSOBA SA PSIHIČKOM BOLESTI

Informacije za poslodavce

Izdavač:

Udruga Svitanje

Autori:

Slađana Štrkalj-Ivezić, Nada John, Jasenka Sućec,
Marijana Grgin, Marija Halić

Lektura i korektura:

Jadranka Varošaneć

Priprema i tisak:

Grafocentar

ISBN

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne
knjižnice u Zagrebu pod brojem

Zapošljavanje osoba sa psihičkom bolešću

Informacije za poslodavce

Zagreb, 2011.

Sadržaj

1. Rad i mentalno zdravlje	7
2. Stigma psihičke bolesti	9
3. Najčešći psihički poremećaji: činjenice i mitovi	18
3.1. Anksiozni poremećaji	18
3.2. Depresija	32
3.3. Shizofrenija i psihoze	40
3.4. Bipolarni poremećaj	51
4. Fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom	56
5. Uloga zavoda za zapošljavanje u zapošljavanju osoba s invaliditetom	64

Pružanje jednakih mogućnosti za zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja

Program Europske unije za Hrvatsku IPA komponenta IV – Razvoj ljudskih potencijala

Nositelj projekta je Udruga za zaštitu i promicanje mentalnog zdravlja “Svitanje”. Projekt je financiran iz pretprirodnog IPA programa EU (Razvoj ljudskih potencijala) za Hrvatsku, a traje godinu dana. Cilj nam je ovim projektom pružiti jednake mogućnosti zapošljavanja za osobe s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja, kroz razvoj radnog centra koji će pomoći u radnom osposobljavanju osoba s psihičkom bolešću i posredovati u suradnji sa partnerima pri zapošljavanju. Tim projekta čine: voditelj projekta, pomoćnik voditelja projekta, radni terapeut, socijalni radnik, psiholog, psihijatar, savjetnik za zapošljavanje, savjetnik za osobe s invaliditetom, poslovni treneri i marketing menadžer.

Partneri projekta su Hrvatski zavod za zapošljavanje, Područna služba Zagreb i Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom. Suradnik projekta je Fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom. Na projektu u svojstvu suradnika u izradi rehabilitacijskog modela i modela zakonske legislative sudjeluju i OZARA d.o.o. iz Maribora i Psihijatrijsko društvo Hrvatskog liječničkog zbora.

Projekt korisnicima pruža rehabilitaciju osposobljavanja za posao putem radnog centra, koja uključuje povećanje radnog kapaciteta, pripremu za zapošljavanje i mogućnost stjecanja vještina u konkretnom zanimanju. Pomoć u traženju zaposlenja i zapošljavanje osoba s poteškoćama uzrokovanim psihičkim poremećajima putem suradnje radnog centra, partnera i suradnika. U Radnom centru provodi se rehabilitacija za osposobljavanje za posao. Radna rehabilitacija će omogućiti poveća-

nje kapaciteta za rad, pripremu za zapošljavanje, mogućnost praktičnog rada u cilju stjecanja radnog iskustva. Za određeni broj korisnika radni centar pružiti će mogućnost zapošljavanja na poslovima kao što su ugostiteljstvo, fotokopiranje, frizerski salon, trgovina i sl. Radnu rehabilitaciju provode radni terapeuti, uz pomoć drugih stručnjaka (psihijatar, psiholog), dok praktične vještine potrebne za određene profesije provode poslovni treneri. Radni centar ima ekipu stručnjaka koji će provoditi radnu rehabilitaciju, izraditi plan zapošljavanja i posredovati u zapošljavanju osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja, te pružiti uslugu konzultacije poslodavcima u slučaju potrebe. Aktivnosti radnog centra odvijaju se u prostoru Udruge "Svitanje" u Kući ljudskih prava i u prostorima Klinike za psihijatriju "Vrapče".

Korisnici ovog projekta su neaktivne, nezaposlene osobe s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja, koje žive u Zagrebu. Cilj projekta je za posao osposobiti 15 do 30 osoba, te zaposliti 5 do 10 osoba u radnom centru ili na otvorenom tržištu rada. Za svakog korisnika projekta biti će izrađen individualni plan zapošljavanja u kojemu će sudjelovati korisnik, multidisciplinarni tim radnog centra, te partneri i suradnici na projektu. Cilj projekta je također da se u 12 mjeseci trajanja stvore preduvjeti za funkcioniranje radnog centra koji će dugoročno pružiti mogućnost zapošljavanja osoba s psihičkom bolešću koje su teže zapošljive. Kod korisnika projekta, cilj je razvijati radne vještine i omogućiti im radno iskustvo u domeni ugostiteljstva, tiskanja, frizerskog zanata, kuhanja i čišćenja.

Poslodavac koji zaposli osobu s invaliditetom i osoba s invaliditetom po osnovi samozapošljavanja, mogu ostvariti pravo na poticaje Fonda za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom.

Za dodatne informacije o projektu i projektnim aktivnostima slobodno kontaktirajte voditelja projekta putem e-maila:

momir.lovric@udruga-svitanje.com .

1. RAD I MENTALNO ZDRAVLJE

Rad pozitivno utječe na mentalno zdravlje i na oporavak od psihičke bolesti. Dugotrajna nezaposlenost dovodi do socijalne isključenosti.

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici (WHO 2001). Radeći, ljudi ostvaruju cijeli niz svojih želja i potreba, pri čemu financijski dobitak nije često najvažniji razlog njihove radne aktivnosti.

Većina osoba koje se liječe od psihičke bolesti željela bi raditi. Za pomoć u postizanju toga cilja postoje snažni etički, socijalni i zdravstveni razlozi (Lieberman 2008).

Zaposlena osoba svakoga dana postiže sljedeće:

- dostiže dostojanstvo, zadovoljstvo i osobnu vrijednost kroz produktivnost,
- ima priliku socijalizirati se i biti u interakciji sa suradnicima,
- može sklopiti prijateljstva i uživati u rekreaciji i socijalnim aktivnostima izvan radnog mjesta,
- uči socijalne vještine i vještine rješavanja problema kroz opservaciju sa suradnicima i superviziju tijekom interakcije,
- dobiti od planiranja zadataka i dnevne rutine koji smanjuju simptome depresije, anksioznosti i psihoze,
- iskustvo koje povećava samopoštovanje, samoodgovornost, osnaživanje i nadu za budućnost,

- povećava kognitivne kapacitete zbog toga što posao zahtijeva koncentraciju, pamćenje, rješavanje problema i donošenje odluka,
- zarađuje novac što osigurava egzistenciju i zadovoljstva u svakodnevnom životu,
- rad povoljno djeluje na oporavak od bolesti,
- osigurava osobni status, ulogu i identitet kao radnika, što je važno kod razmjene vrijednosti u susretu s ljudima i stvara dobar osjećaj o sebi,
- sudjeluje u emocionalnom, ponašajnom iskustvu i ima stavove koji su u skladu s oporavkom i zdravljem.

Zapošljavanje osoba s mentalnim bolestima daje im mogućnost sudjelovanja u društvu kao aktivnih građana i smanjuje barijere koje su povezane sa stigmom, predrasudama i diskriminacijom. Nesposobnost da se nađe ili održi posao može dovesti do marginalizacije u društvu, nedostatka financijskih sredstava, socijalne izolacije i može narušiti samopoštovanje i kvalitetu života. Rad je vrlo važan za održavanje mentalnog zdravlja i za promicanje oporavka oboljelih od psihičkih poremećaja.

2. STIGMA PSIHIČKE BOLESTI

Stigma psihičke bolesti smanjuje mogućnost zapošljavanja i dovodi do socijalne isključenosti. Zbog stigme se pojedinac osjeća manje vrijednim članom zajednice uskraćene budućnosti.

Stigma psihičke bolesti jedna je od vodećih prepreka zapošljavanju i zadržavanju posla osoba sa psihičkom bolesti. Poslodavci oklijevaju zaposliti osobu oboljelu od psihičke bolesti, a pri povratku na posao mnoge osobe gube posao ili im se daju poslovi daleko ispod njihovih sposobnosti. Stigma je najčešći razlog ovakvog ponašanja poslodavaca. Velik broj oboljelih pati od posljedica stigme čak i više nego od posljedica psihičke bolesti. Kako bi izbjegli sram i izolaciju, mnogi oboljeli prikrivaju bolest i mogu odustati od liječenja što ih stavlja u poziciju ugrožavanja svojega zdravlja i manjih šansi za oporavak (Ivezić 2006).

Svjetska zdravstvena organizacija, vodeći autoritet na području zdravlja, preporučuje odlučnu borbu protiv stigme i diskriminacije zbog psihičke bolesti u svim segmentima društva kako bi se smanjile negativne posljedice stigme na život oboljelih i omogućio ravnopravni život u zajednici (WPA 2001). Stigmatizirani su svi oboljeli od psihičkoga poremećaja, bez obzira na dijagnozu. Bolesnici koji boluju od shizofrenije i sličnih poremećaja puno su jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije i anksioznih poremećaja. Kriterij uspješnog liječenja psihičke bolesti nije samo nestanak simptoma duševne bolesti već omogućavanje nastavka života u zajednici na način kako izliječene osobe to žele, a koji je u skladu s njihovim osobnim ciljevima i ulogama uz produktivno pridonosenje životu u zajednici.

Stigma je grčka imenica koja dolazi od korijena čije je značenje naglasiti, istaknuti, označiti. Prije taj pojam nije imao negativno značenje koje

mu danas pridajemo. *Danas stigma ima negativno značenje i predstavlja znak srama i diskreditacije osobe.*

Stigmatizacija (Fink 1992) osoba koje boluju od psihičke bolesti defini- ra se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zato što imaju psihičku bolest. Stigmatiziranje osoba oboljelih od psihičkog poremećaja temelji se na negativnim stavovima koje nazi- vamo predrasudama.

Predrasuda je stav vjerovanja koji neku osobu stavlja u nepovoljan po- ložaj.

Predrasude (Corigan 2001) su unaprijed doneseni negativni stavovi, čvrsto ukorijenjeni, određeni na temelju nedovoljno znanja o onome što je predmetom predrasude, stečeni tijekom života, odgojem ili lošim iskustvima. Predrasude nisu samo karakteristične za psihičku bolest. Dobro su poznate rasne predrasude, nacionalne predrasude i predra- sude u vezi sa spolom. Sve može postati predmetom predrasuda, bit su unaprijed doneseni negativni stavovi koji se ne temelje na iskustvu po- jedinaca s osobama prema kojima imaju predrasude nego naprosto na naučenim stavovima.

Predrasude su neopravdane generalizacije ili stereotipije prema cijeloj skupini ljudi na koje se odnose. Predrasude su vrlo otporne na promje- ne jer ljudi ne razmišljaju o tome da čine nepravdu nekome zato što imaju neutemeljene stavove i ponašanje koje je povezano s tim. Slaganje sa stereotipom prema određenoj grupi ljudi znači predrasudu, npr. svi bolesnici od shizofrenije su opasni. Neki razlikuju stereotip od predra- suda. Ponašanje koje proizlazi iz predrasuda može poprimiti različite oblike koji rezultiraju različitim stupnjevima nepravednih postupaka. Ti postupci mogu biti od blagih do ekstremnih. Nažalost, najgori dio stereotipa i predrasuda predstavljaju njihove posljedice u ponašanju, a to je diskriminacija.

Diskriminacija je stavljanje osobe u nepovoljni položaj na osnovi određenih karakteristika, u ovom slučaju zdravstvenog stanja, psihičke bolesti. Iako činjenica da većina gleda na neku osobu negativno (stigma) u njoj može izazvati bijes, tugu ili nelagodu, još veću štetu izaziva gubitak posla ili degradirajuće radno mjesto. **Stigmatizirane psihički oboljele osobe** zbog diskriminacije se teško vraćaju na radno mjesto, događa se da je vrlo teško zaposliti ili ponovno zaposliti osobu koja je bolovala od psihičke bolesti, što nije nužno posljedica smanjenih radnih sposobnosti ili još uvijek prisutnog trajanja bolesti osobe, već predrasuda u svezi duševne bolesti. Utjecaj stigme na psihički oboljelog čovjeka ima negativne posljedice na njegovo zdravlje i ozbiljno narušava osjećaj vlastite vrijednosti, potiče izolaciju i dovodi do začaranoga kruga društvene isključenosti.

I. G. liječila se od shizofrenije. Šest mjeseci nakon liječenja upućena je na posao kao radno sposobna. Vrativši se na posao šefica joj je rekla da osoba koja se liječila u psihijatrijskoj bolnici ne može raditi u računovodstvu jer bi mogla napraviti štetu. Dali su joj da raznosi poštu. Većina kolegica izbjegavala je razgovarati s njom, osjećala se poniženom, manje vrijednom, sve više je bila potištena, nije se osjećala sposobnom za rad pa je ponovno završila na bolovanju. Depresija je bila povezana sa stigmom okoline. Liječena je u dnevnoj bolnici u kojoj je naučila načine kako da se bolje nosi sa stigmatizirajućim ponašanjem. Nakon razgovara s direktorom vraćena je na stari posao, uspjela je obnoviti odnose s kolegicama i „dokazati“ da može raditi usprkos činjenici da se liječi zbog shizofrenije. Danas nekoliko godina nakon liječenja još uvijek radi u istoj firmi.

(Preneseno iz knjige Shizofrenija - put oporavka.)

Stavovi o psihičkoj bolesti

Istraživanja pokazuju da su sve psihičke bolesti stigmatizirane, ali da nisu stigmatizirane na isti način. Liječenje u psihijatrijskoj bolnici stigmatizirano je bez obzira na dijagnozu. Bolesni od psihičke bolesti do-

življavaju se (Crisp i sur. 2000; Link i sur. 2001; Angermeyer 2000):

1. Opasnima (najčešće vezano za dijagnozu shizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici)

2. Nesposobnima za samostalan život, donošenje odluka, nesposobnima za život i privređivanje (shizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici)

3. Slabićima koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji)

4. Lijenima (negativni simptomi shizofrenije, depresija)

5. Neizlječivima (shizofrenija i liječeni u psihijatrijskim bolnicama)

Kada netko dozna da je netko liječen zbog psihičke bolesti, nastaje želja za socijalnom distancom od te osobe.

Češće su oboljeli od shizofrenije i sličnih poremećaja žrtve nasilja nego nasilnici.

Stigma opasnosti podržavana je pisanjem u medijima i prikazivanjama na televiziji i filmovima (Whal 1995). Najčešće se radi o senzacionalističkim naslovima koji prodaju novine: jedna incidentna situacija generalizira se na sve oboljele. Također, mediji su ti koji često povezuju psihičke bolesnike i sklonost kriminalnim djelima, iako se dobro zna da ne postoji velika povezanost u odnosu na opću populaciju. U rjeđim slučajevima oboljeli od shizofrenije predstavljaju povećani rizik od opasnosti nešto veći u odnosu na opću populaciju i to kada se osoba ne liječi ili kada se radi o prvoj pojavi psihoze.

Većina oboljelih od shizofrenije sposobna je donositi odluke o svojem životu, samo manji broj treba pomoć skrbnika.

Istraživanje udruge Svitanje (Štrkalj-Ivezić, Koštan Pintarić 2003) o

iskustvima oboljelih od shizofrenije sa stigmom i diskriminacijom utvrdilo je sljedeće: ispitivani su naveli da od svoje okoline doživljavaju omalovažavanje, prezir, nazivanje izrazima luđak, ruganje, smatrali su ih nesposobnim za posao, podcjenjivali, izbjegavali, ignorirali, izolirali, odbacivali, pretjerano kontrolirali, ponašali se prema njima kao da su mala djece, smatrali ih opasnima i agresivnima, sažalijevali, neopravdano su bili nepovjerljivi prema njima, doživljavali su nerazumijevanje okoline, nedostatak empatije – bešćutnost, smatrali su ih neizlječivim, izgubljenim slučajevima. Neugodnosti su doživjeli od obitelji, prijatelja, susjeda, na radnom mjestu, liječnika, psihijataru, medicinskih sestara i tehničara.

Psihička bolest nije izraz slabe snage ličnosti.

U istraživanju (Štrkalj - Ivezić, Mužinić 2009) u kojem su sudjelovali **oboljeli od anksioznih poremećaja i depresije** pacijenti su naveli da ih okolina doživljava slabičima, da ne vjeruje da je to bolest, da smatra da se treba samo trgnuti i rješavati probleme u životu, da su lijeni i da je najlakše reći da si u depresiji, jer tko danas nije u depresiji. Ako su kojim slučajem doznali da se liječe u psihijatrijskoj bolnici, smatrali su da su simulanti koji traže mirovinu.

Stigma smanjuje samopoštovanje proizvodeći osjećaj manje vrijednosti, smanjenje efikasnosti i smanjenje projekcije u budućnosti. Snižena samoefikasnost i demoraliziranost povezane su s poteškoćama kod zapošljavanja, samostalnog života i promašenih prilika za uspjeh (Link i sur. 2001).

Posljedice stigme su izbjegavanje i socijalna izolacija oboljelih. Ovo dodatno uzrokuje osjećaj manje vrijednosti, dovodi do gubitka samopouzdanja, a time smanjenja već i tako smanjene uspješnosti, što dovodi do jačanja dizabiliteta, a povlačenje od društva dovodi do manjka socijalnih vještina, smanjene sposobnosti za posao (Bellak i sur. 1990).

Stigmom su zahvaćene i institucije liječenja i psihijatri koji se doživljavaju kao neučinkoviti jer se bolest doživljava neizlječivom, vjeruje se da lijekovi služe da drogiraju ljude, a ne da ih liječe.

Što izaziva stigmatu?

1. Ponašanje povezano sa simptomima bolesti

Stigma može imati veze s promijenjenim ponašanjem u bolesti. Psihička bolest često se manifestira poremećenim ponašanjem, osobe se drugačije ponašaju, depresivni ljudi su povučeni, nemaju interesa, anksiozni su i napeti, nemirni, a ljudi sa shizofrenijom ili nekim drugim psihotičnim poremećajem mogu se čudno ponašati, npr. razgovarati sami sa sobom, nerazumljivo i neadekvatno govoriti, tvrditi stvari koje nisu istinite, kao da ih prate neki ljudi i sl. Osobe u maniji neprikladnog su raspoloženja, vrlo vesele ili razdražljive, napadne u ponašanju, govoru, puno i brzo govore, izgledom precjenjuju vlastite sposobnosti pa često mogu ispasti kao hvalisavci i mogu biti meta podsmijeha. Ljudi imaju problema s prihvaćanjem ponašanja koje se jako razlikuje od normi. Neka bizarna ponašanja koja neki pacijenti mogu pokazivati za većinu ljudi su teško prihvatljiva. Jedan od načina na koji se pojedinci ili društvo nose s nečim što je zastrašujuće i uznemirujuće je da tako nešto izdvoje, otuđe i smjeste izvan okvira društvenog okruženja. Ako nemaju znanja o psihičkoj bolesti i liječenju, oni će ponašanje koje npr. proizlazi iz depresije označiti kao lijeno.

2. Nedostatak znanja o psihičkoj bolesti pridonosi stigmatizaciji. Neka istraživanja pokazuju da ljudi koji nemaju iskustva s osobama koje boluju od psihičke bolesti često imaju više izraženu stigmatizaciju od osoba koje su imale kontakt. Kako ovo protumačiti? Postoji iracionalan strah

ljudi da će izgubiti kontrolu i poludjeti, odnosno da će se zbog toga pokazati slabima i manje vrijednima. Taj strah često nije svjestan. Da bi se toga oslobodili, većina ljudi će u svemu što je povezano sa psihičkom bolešću (bolest, bolesnik, institucije liječenja) vidjeti gubitak kontrole, slabost i opasnost. Stoga je dobro sve to izbjegavati i na to ne misliti. Zbog toga se osobe koje imaju psihičku bolest gledaju kao manje vrijedne i izbjegavaju. Takve strahove imaju i pacijenti prije nego su se razboljeli i sada nakon bolesti dolazi do prihvaćanja negativnog stereotipa, odnosno do samostigmatizacije koja uz stigmu okoline nepovoljno utječe na oporavak i liječenje. Stigma i samostigmatizacija stvaraju osjećaj niskog samopoštovanja i strah da će biti odbačeni zbog čega i oni sami izbjegavaju komunikaciju.

3. Stigma i lijekovi

U javnosti su lijekovi stigmatizirani. Javnost više cijeni psihosocijalne metode, a lijekove smatra štetnima i nepotrebnima. Stigma povezana s uzimanjem lijekova može negativno djelovati na uzimanje lijekova koji mogu dovesti do poboljšanja zdravstvenog stanja.

Oboljeli od psihičke bolesti trebaju podršku, a ne odbacivanje.

Metode borbe protiv stigme

Stigma je problem koji treba rješavati jer ima negativne posljedice na liječenje i kvalitetu života oboljelih. Stoga je važno sustavno provoditi borbu protiv stigme na svim razinama: građani svih dobnih skupina, naročito mlađi ljudi, mediji, profesionalci koji sudjeluju u liječenju i sami pacijenti. Metode borbe protiv stigme koje su se pokazale učinkovitima sastoje se od **kombinacije edukacije, kontakata s predstavnicima**

ma stigmatizirane grupe i protesta (Corrigan i sur. 2001). Edukacija treba obuhvatiti točne informacije koje će se suprotstaviti krivim vjerovanjima ili mitovima na temelju kojih se gradi predrasuda i ponašanje proizašlo iz nje. Kontakt s osobama prema kojima imamo predrasude može nam pomoći da mijenjamo stav. Kontakt kao metoda promjene stava je uspješniji ako uključuje statusnu jednakost, kooperativnu interakciju i institucionalnu potporu. Radna sredina osigurava jednakost i može značajno pridonijeti promjeni stavova.

Kod prosvjeda radi se o prosvjedu na stigmatiziranje i diskriminiranje oboljelih vezano za sve aspekte života uključujući i medije. Dobro je uvijek kada je prikazan negativni stereotip u medijima suprotstaviti mu pozitivno ili realističnije viđenje.

U borbi protiv stigme važno je istaknuti etičnu dimenziju da mijenjanjem stavova pomažemo ljudima da se liječe, štitimo njihova ljudska prava i postajemo humaniji, oslobađamo se negativnih stavova koja nas sputavaju da budemo bolji i pravedniji.

Stigma je neetična, nehumana i nepravedna, a diskriminacija je zakonski nedopustiva.

Stigma psihičke bolesti vrlo je raširena i ima psihološke, socijalne i ekonomske posljedice za stigmatizirane osobe. Stigma i diskriminacija problem su društva u cijelini. Svi bi trebali preispitati svoja vjerovanja i ponašanje koje smanjuje mogućnosti osobama s mentalnim poremećajem. Stigma je nepravda prema oboljelima i članovima njihove obitelji. Stigma podržava strah svih ljudi kako će ako se razbole od psihičke bolesti biti manje vrijedni ljudi. Ljudi koji se slažu sa stereotipom i reagiraju kao da je stereotip istina povređuju ljude sa psihičkim poremećajima. Ljudi u različitim društvima vjeruju da bi svi ljudi trebali imati istu priliku da se dokažu, osnovanu na njihovim postignućima i djelima. Stereotip je nepravedan i neetičan jer kaže da ljudi ne mogu uspjeti zato što

imaju psihički poremećaj, ukida različitosti i stavlja sve članove grupe u istu poziciju, kao npr. osobe sa psihičkim poremećajem sve su jednake, slabe, opasne, nesposobne da se brinu o sebi. Mnogi ljudi vjeruju da mogućnost svladavanja problema ovisi o osobnoj snazi i da su ljudi sa psihičkim poremećajem karakterni slabići stoga, to jest, kad bi uložili više napora, mogli bi svladati psihičku bolest. Takav način razmišljanja ima korijen u stigmatizirajućim stavovima i ograničava ljude da shvate što je psihički poremećaj. Stigma narušava ljudska prava oboljelih na poštovanje, ravnopravnost i liječenje.

3. NAJČEŠĆE PSIHIČKE BOLESTI, ČINJENICE I MITOVI

Psihičke bolesti obuhvaćaju različit spektar poremećaja od onih koji se obično smatraju lakšim, poput anksioznih poremećaja i depresije do težih, poput shizofrenije i drugih poremećaja sa psihozom. Može se očekivati da svaki peti stanovnik Europe ima poteškoća s mentalnim zdravljem barem jedanput tijekom svojega života. Zbog stigme velik broj poremećaja se kasno prepoznaje i rjeđe upućuje na liječenje, mnogi odustaju od liječenja. Danas znamo da je stigma prepreka liječenju i oporavku osoba oboljelih od psihičkih poremećaja stoga se preporučaju nacionalni programi borbe protiv stigme u kojima je edukacija o psihičkoj bolesti važan dio.

Navest ćemo točne informacije o najčešćim mentalnim poremećajima i opisati predrasude koje su s njima povezane.

3.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Anksiozni poremećaju nisu izraz slabosti osobe nego su psihički poremećaji koji se mogu liječiti.

Postoji puno naziva koji se rabe za anksioznost, kao što su tjeskoba, zabrinutost, panika, nervoza, napetost, osjećaj da je osoba na rubu, u stresu i sl. Svi ovi izrazi opisuju stanje neugode koje se očituje kao niz tjelesnih i psihičkih simptoma koji se javljaju u situacijama koje doživljavamo ugrožavajućim ili opasnim za nas, kada se bojimo posljedica i ishoda neke situacije. Nelagodu ćemo osjećati bilo da se radi o stvarnoj ili zamišljenoj opasnosti. Anksioznost je sastavni dio života i povremeno svi imamo ovakve osjećaje. O bolesti govorimo tek kada je anksioznost

stalno prisutna (generalizirani anksiozni poremećaj), kada se javlja u nekim posebnim situacijama koje uobičajeno ne plaše ljude, npr. ulazak u lift ili vožnja tramvanjem, odlazak od kuće, socijalne situacije (fobija) ili kada se iznenada pojavljuje u obliku neugodnog napada izrazito jake anksioznosti koju nazivamo panika (panični poremećaj).

Anksioznost svakodnevnog života

Anksioznost je normalna reakcija na situaciju koja nas zabrinjava ili koju doživljavamo kao prijeteću. Anksioznost se može doživljavati kao mala nelagoda pa sve do vrlo izražene panike. Ne moramo se bojati svake anksioznosti jer je ona uobičajena i obavještava nas da se nalazimo u situaciji koja nas brine. Svi doživljamo anksioznost s vremena na vrijeme, kada se nalazimo u stresnim situacijama, kao npr. kada odlazimo na neki važan sastanak, kada idemo na pregled i čekamo rezultate pregleda, kada idemo na ispit. Mi smo tada zabrinuti zbog ishoda – kako će to utjecati na naš život. Kada smo u stresnim situacijama, može nam se desiti da smo njima preokupirani pa to utječe na naše ponašanje. Npr. možemo premalo ili previše jesti, previše pušiti, biti fizički nemirni, osjećati da nam srce brže kuca, da nam se ruke znoje, možemo imati poteškoća sa spavanjem i sl. U većini situacija anksioznost će prestati kada ove situacije prestanu. No kada je anksioznost stalno prisutna i ometa nas u svladavanju svakodnevnih zadaća, tada nas ona ne potiče da rješavamo problem, nego nas naprotiv blokira.

Kako ćemo prepoznati anksioznost?

Anksioznost se izražava nizom tjelesnih simptoma, kao što su lupanje srca, znojenje, podrhtavanje ruku ili tijela, suha usta, poteškoće kod disanja, mučnina u želucu, osjećaj topline ili vrućine, napetost mišića, osjećaj da se ne možemo opustiti, osjećaj knedle u grlu, ili psihičkim simptomima, kao što su osjećaj nesvjestice, slabosti, smušenosti, poteškoća koncentracije, straha da ćete umrijeti, poludjeti, izgubiti kontrolu nad svojim ponašanjem, doživljajem pretjerane zabrinutosti, osjećaja

da će vam se svaki čas desiti neko neugodno iznenađenje. Kada se ovi simptomi javljaju kao odgovor na neku situaciju koja nas brine i kada ona prođe nestanu, tada se radi o očekivanoj anksioznosti zbog koje se ne biste trebali brinuti previše. No kada su neki od ovih simptoma prisutni stalno ili se javljaju u napadima panike ili u nekim posebnim situacijama kojih se ljudi obično ne boje, kao što je izlazak iz kuće, odlazak u društvo, tada se radi o anksioznim poremećajima. U Tablici 1 navedeni su simptomi koji se mogu pojaviti kod anksioznih poremećaja prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10). Obično osobe nemaju sve simptome navedene u Tablici 1, a neki simptomi prisutni su i jače izraženi samo kod nekih anksioznih poremećaja.

Simptomi anksioznosti često se javljaju u razdoblju prilagodbe na stresne situacije.

Gubitak posla, drage osobe, premještanje u drugi grad i neki drugi događaji koji su značajni za pojedinca mogu izazvati anksioznost koja se može smatrati odgovorom na situaciju u kojoj osoba treba vrijeme da se prilagodi. Simptomi anksioznosti obično su pomiješani s depresivnim simptomima. Kada simptomi utječu na funkcioniranje osobe, dobro je potražiti pomoć liječnika.

Anksiozni poremećaji

Anksiozni poremećaji nisu ubičajena svakodnevna anksioznost, premda se mogu pogoršati u relaciji sa stresom. Anksiozni poremećaji su: **panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, socijalna fobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj.** Epidemiološke studije pokazuju da je učestalost anksioznih poremećaja kako slijedi: paničnog poremećaja između 1,5 do 3%, općeg anksioznog poremećaja oko 5%, socijalne fobija od 1,5 do 4,5%, opsesivno-kompulzivnog poremećaja 2,5%, PTSP-a od 1 do 30%.

Anksiozni poremećaji bitno se razlikuju od simptoma tjeskobe u sva-

kodnevnom životu veznim za tekuće probleme ili situacije. Osobe s anksioznim poremećajem imaju simptome anksioznosti (tjeskobe) bez poznavanja uzroka straha ili strahove od situacije koje uobičajeno ne izazivaju strah kod drugih ljudi. Simptomi anksioznosti prikazani su u Tablici 1. Navedeni su svi simptomi koji se mogu pojaviti kod anksioznih poremećaja. Kod pojedinih osoba ili kod pojedinih poremećaja prisutni su samo neki od navedenih simptoma.

Fobije

Osoba boluje od fobije kada se neki od simptoma anksioznosti navedeni u Tablici 1 javljaju u strogo definiranim situacijama, poput socijalnih i izlazaka iz kuće bez pratnje, a koje osoba zbog straha mora izbjegavati ili, što je rjeđe, podnositi s velikim strahom. Postoji velik broj fobija, kao što su klaustrofobija, fobije od životinja, koje ne izazivaju velike poteškoće u socijalnom i radnom funkcioniranju. Ovdje opisujemo agorafobiju i socijalnu fobiju koje izazivaju ozbiljne poteškoće funkcioniranja u svakodnevnom životu.

Agorafobija

Osoba ima agorafobiju ako ima simptome anksioznosti u najmanje sljedeće dvije situacije: 1. masa ljudi, 2. javna mjesta, 3. odlazak od kuće bez pratnje, 4. odlazak od kuće. Zbog straha, osoba ove situacije izbjegava ili rjeđe podnosi s velikom nelagodom. Vrlo često se kod osoba oboljelih od agorafobije kada uđu u situaciju koje se boje može pojaviti panični napadaj. Tako npr. osoba s agorafobijom može dobiti panični napadaj pri ulasku u veliki trgovački centar. Agorafobija značajno remeti slobodu kretanja. Osobe s agorafobijom praktično se ne kreću samostalno.

Socijalna fobija

Socijalna fobija postoji kada se simptomi anksioznosti javljaju u nekoj od socijalnih situacija i kada ih osoba izbjegava ili podnosi s velikim

strahom. Osoba se boji socijalnih situacija kada je u centru pažnje, boji se da bi zbog simptoma koje ima mogla biti osramoćena ili pretrpjeti neugodnosti. Osoba prepoznaje da je strah pretjeran i bezrazložan.

Socijalne situacije povezane sa socijalnom fobijom su jedenje ili govorenje u javnosti, komunikacija u manjoj grupi, kao što su npr. zabave, sastanci, ulazak u razred, ljubavni sastanak i sl. Kod socijalne fobije često su uz uobičajene simptome tjeskobe prisutni i simptomi poput crvenjenja ili drhtanja, straha od povraćanja i nagon za mokrenjem ili strah da će se pomokriti ili defecirati.

Generalizirana socijalna fobija (koja je teža i više onesposobljavajuća) postoji kada je strah vezan za većinu socijalnih situacija (npr. započinjanje ili održavanje razgovora, aktivnosti u manjim grupama, ljubavni sastanak, razgovor s autoritetima, odlasci na zabave). Negeneralizirana fobija postoji kada se osoba boji jedne ili nekoliko socijalnih situacija, tako se npr. fobija od javnog nastupa odnosi na specifičnu socijalnu fobiju.

Osobe oboljele od socijalne fobije kod kojih liječenjem nije postignuto poboljšanje značajno su socijalno hendikepirane i radno nesposobne kada moraju raditi u grupi ljudi.

Panični poremećaj

Oboljeli od paničnog poremećaja imaju ponavljane napade ozbiljne anksioznosti (panike). Panična anksioznost javlja se kada ne postoji objektivna opasnost. Osoba spontano i iznenadno ima najmanje nekoliko ozbiljnih napada iznenadne panične anksioznosti unutar jednog mjeseca. Nakon paničnog napada često je prisutan strah od sljedećeg napada koji nazivamo anticipirajuća anksioznost, a oboljeli je opisuju kao nelagodu u očekivanju ponovnog napada panike.

Panični napadaj ima sljedeća obilježja:

1. postoji jasna odvojena epizoda intenzivnog straha ili nelagode sa simptomima tjeskobe navedenim u Tablici 1; 2. počinje naglo; 3. dostiže maksimum za nekoliko minuta i traje najmanje nekoliko minuta.

Kod paničnog poremećaja uobičajeno su prisutni simptomi navedeni pod III. u Tablici 1, a odnose se na osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti, osjećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili da se osoba osjeća distanciranom od sebe same, “kao da stvarno nije prisutna” (derealizacija), strah od gubitka kontrole ili da će se poludjeti ili nestati, strah da će osoba umrijeti. Mnogi pacijenti s paničnim poremećajem javljaju se u ambulante hitne medicine zbog straha da će umrijeti, da imaju infarkt (nalaz EKG-a je uredan).

Simptomi paničnog poremećaja tijekom liječenja iščeznu, a mnoge osobe nauče kontrolirati simptome na način da im onemogućuju svakodnevni život i rad.

Generalizirajući anksiozni poremećaj

Kod osobe s generalizirajućim anksioznim poremećajem simptomi anksioznosti navedeni u Tablici 1 stalno su prisutni više mjeseci svakodnevno. Simptomi navedeni pod V. i VI., simptomi tenzije i drugi nespecifični simptomi karakteristični su za oboljele od generalizirajućeg anksioznog poremećaja. Osoba s generalizirajućim anksioznim poremećajem ima vrlo izraženu napetost, fizički nemir, nemogućnost opuštanja, osjećaj da je na rubu, doživljava knedle u grlu i pretjerano je zabrinuta oko svakodnevnih događaja i problema. Kod osoba s ovim poremećajem simptomi tjeskobe nisu vezani za specifične situacije kao kod fobije, ne dolaze u napadaju kao kod paničnog poremećaja, nije tijesno vezana za nepovoljni vanjski događaj koji djeluje kao stresor, npr. gubitak posla, razvod braka i drugo.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Opsesivno-kompulzivni poremećaj odnosi se na postojanje prisilnih mi-

sli – opsesija ili prisilnih radnji – kompulzija ili jednih i drugih. Opsesije su perzistentne ideje, misli, poticaji, predodžbe koje se doživljavaju kao nametljive i neprimjerene i izazivaju anksioznost i nelagodu. Premda je osobama sadržaj opsesija stran i nemaju kontrolu nad njima, osoba je sposobna prepoznati opsesije kao svoje misli. Najčešće opsesije su ponavljajuće misli o zarazi (npr. mogućnost zaraze rukovanjem s drugom osobom), ponavljajuće sumnje (jesu li vrata ostala otključana), potreba za određenim rasporedom stvari (npr. intenzivna nelagoda ako su stvari u neredu ili su asimetrično raspoređene), agresivni i zastrašujući poticaji (npr. da se udari nečije dijete, izvikivanje prostota u crkvi, neugodne seksualne maštarije). Opsesije nisu pretjerane brige oko svakodnevnih problema (npr. problemi na poslu, u školi, financijski problemi) i nisu vezani za realne životne probleme.

Kompulzije su ponavljanje radnje, tj. ponašanje (npr. pranje ruku, pospremanje, provjeravanje) ili pak mentalni čin (tiho ponavljanje riječi, moljenje, brojenje) s ciljem sprječavanja ili smanjenja anksioznosti ili nelagode, a ne da bi se ostvarila uгода ili gratifikacija.

Opsesije i kompulzije imaju zajedničke karakteristike:

1. Prepoznate su kao vlastite i nisu uvjetovane vanjskim utjecajima ili osobama.
2. One su ponavljajuće, neugodne i bezrazložne.
3. Opsesije ili kompulzije proizvode emocionalnu nelagodu ili interferiraju s pacijentovim socijalnim ili individualnim funkcioniranjem, uobičajeno s gubitkom vremena. Na primjer, osoba provede u pranju ruku jedan sat.

Potrebu nekih osoba da češće provjeravaju jesu li nešto zaključali, potrebu za “pretjeranom” urednosti i sl. nećemo proglasiti opsesivno-kompulzivnim poremećajem, jer obično ne uzimaju veliku količinu vremena

kao opsesije i kompulzije.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) javlja se kao odgovor na stresni događaj iznimno ugrožavajući ili katastrofalne prirode, koji je izvan područja uobičajenog ljudskog iskustva i koji bi bio izrazito mučan gotovo za svakoga. Javlja se nakon što je osoba proživjela, prisustvovala ili se suočila s događajem ili događajima koji su predstavljali izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta i kao odgovor na traumatsku situaciju javio se intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti ili užasnutosti (APA 1995).

Od njega pati velik broj ljudi koji su proživjeli traumatske događaje, kao što su prirodne katastrofe: potresi, vulkanske erupcije ili nesreće koje su uzrokovali ljudi – teroristički napadi, pljačke, nasilje, nasilje u obitelji, silovanje, rat. Istraživači nalaze da je u općoj populaciji prisutan kod 1 do –14% osoba koje su bile izložene stresnom događaju iznimno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode.

Tipični simptomi uključuju ponovno proživljavanje traume, simptome izbjegavanja i simptome pojačane pobuđenosti.

Trauma (stresni događaj praćen snažnim emocijama najčešće straha) se ponovno proživljava kroz traumatska sjećanja koja se nameću i na javi i u snu ili se osoba ponaša i osjeća kao da se traumatski događaj ponovno događa. Traumatska sjećanja koja se nameću uključuju slike, misli i predodžbe u vezi s traumatskim događajem. Događaju se u obliku naglih, živih sjećanja praćenih bolnim osjećajima i potpuno obuzimaju pozornost osobe. Sjećanje može biti toliko jako da osoba misli da upravo ponovno proživljava traumu ili ju vidi kako se događa pred njezinim očima. Trauma se može ponovno proživljavati u snu i tada se javljaju **ponavljajući uznemirujući snovi o događaju**, često u obliku noćnih mora koje su toliko snažne da se osoba budi u užasu, oznojena,

s lupanjem srca. Ponekad ovo ponovno proživljavanje ima oblik naglih, bolnih napada osjećaja naizgled bez ikakva razloga, a koja su često provocirana nekim događajem, datumom, mjestom ili nečim drugim što osobu simbolički podsjeća na traumu.

Kod osoba koje obole od posttraumatskog stresnog poremećaja javljaju se sljedeći simptomi koji se nazivaju simptomi izbjegavanja:

Osoba **stalno izbjegava poticaje** (bilo koji događaj koji može podsjetiti na traumu) vezane za traumu – nastoji izbjeći misli, osjećaje ili razgovor vezan za traumu, nastoji izbjeći mjesta i osobe koje podsjećaju na traumu, imaju zamjetno smanjen interes i smanjeno sudjelovanje u važnim aktivnostima, imaju osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba.

Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem često mogu **postati naglo razdražljivi i eksplozivni s nekontroliranim i prenatlaženim ispadima ljutnje**. Imaju **otežano usnivanje** ili održavanje sna. **Teško se koncentriraju**, tako da teško mogu dulje vrijeme zadržati pažnju na nekom predmetu. Na neznatne vanjske podražaje mogu nastati prenatlažene reakcije uzbuđenja praćene strahom i uznemirenošću.

Osobe s PTSP-om često imaju **ozbiljnih poteškoća u prilagodbi** na svakodnevni život, što uključuje područje međuljudskih odnosa i radnu sposobnost. Velik broj oboljelih počinje se osjećati drukčije, kao neka druga osoba, drukčija od one koja je bila prije traumatskog događaja. Stoga imaju poteškoće u poslu koji obavljaju.

Tablica 1. Simptomi anksioznosti

I. Simptomi podražaja vegetativnog sustava	<ul style="list-style-type: none">– lupanje srca ili težina oko srca ili ubrzanje pulsa– znojenje– tremor ili drhtanje tijela– suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom)
II. Simptomi koji se odnose na prsni koš i abdomen	<ul style="list-style-type: none">– poteškoće kod disanja– osjećaj da će se ugušiti, osjećaj davljenja/stiskanja– bol ili nelagoda u prsnom košu– mučnina ili nelagoda u abdomenu (npr. bućkanje u želucu)
III. Simptomi povezani s mentalnim stanjem	<ul style="list-style-type: none">– osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti– osjećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili da se osoba osjeća distanciranom od sebe same “kao da stvarno nije prisutna” (depersonalizacija)– strah od gubitka kontrole ili da će poludjeti ili nestati– strah da će umrijeti

IV. Opći simptomi	<ul style="list-style-type: none"> – navala topline ili navala hladnoće – osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja/zvonjave
V. Simptomi tenzije	<ul style="list-style-type: none"> – mišićna napetost i bolovi – fizički nemir i nemogućnost opuštanja – osjećaj da je napet, na rubu ili psihički napet – doživljaj knedle u grlu ili poteškoća gutanja
VI. Drugi nespecifični simptomi	<ul style="list-style-type: none"> – pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti neugodno iznenađenje – poteškoće koncentracije ili kao da je mozak prazan, da ne može misliti zbog briga i anksioznosti – stalno prisutna razdražljivost – poteškoće kod usnivanja zbog stalne zabrinutosti

Kako i zašto nastaju simptomi anksioznosti?

U situacijama koje dovode do anksioznosti tijelo automatski reagira na opasnost i priprema nas na reakciju da se borimo ili da bježimo. Reakcija našega organizma je psihološka i fiziološka reakcija na doživljaj

prijetnje. Javlja se uzbuđenje koje dovodi do akcije ako je akcija moguća. Ako akcija nije moguća, tada se fiziološko uzbuđenje vezano uz reakciju borbe ili bijega doživljava kao simptom. Pokretač tih fizioloških promjena je adrenalin koji pobuđuje autonomni živčani sustav i dovodi do sljedećih promjena odnosno simptoma:

- Pojačano disanje (dublje i/ili ubrzano disanje) – hiperventilacija kako bi se zadovoljila pojačana potreba mišića (uključujući i srčanog) za kisikom. Kao simptom doživljava se kao nedostatak zraka, osjećaj gušenja, napetost u prsnim mišićima, pa čak i bol u prsima. Ako dođe do jake hiperventilacije, javljaju se trnci i neosjetljivost na periferiji, omaglice, osjećaj kao da će se pasti u nesvijest, nelagoda ili bol u prsima.
- Pojačana cirkulacija – pojačan rad srca koji se doživljava kao palpitacije.
- Preusmjeravanje cirkulacije iz probavnog sustava i ostalih, za borbu ili bijeg “manje potrebnih” dijelova tijela (to se odnosi i na lice pa zato “pobijelimo” od straha) u mišiće, naročito velike mišiće nogu (da bi bili spremni prvenstveno na bijeg) – ove se promjene doživljavaju kao suhoća usta, poteškoće gutanja (osjećaj “knedle u grlu”), mučnina, nelagoda u želucu, grčevi u crijevima, pojačana napetost u mišićima, drhtanje i bol u mišićima (npr. mišićima glave i vrata rezultirajući glavoboljom).
- Preusmjeravanje moždane aktivnosti – suženje pozornosti samo na podražaje vezane uz opasnost, koje rezultira problemima koncentracije i pozornosti, zbrkanim osjećajima i zbunjenošću, a ako traje dulje, može dovesti i do osjećaja derealizacije i depersonalizacije.
- Pojačano znojenje – kako bi se regulirala tjelesna temperatura zbog pojačane mišićne aktivnosti.

- Naizmjenični osjećaji vrućine i hladnoće – uvjetovani dijelom cirkulatornim promjenama.
- Zamagljen vid – zbog širenja zjenica (“u strahu su velike oči”).
- Mišići sfinkteri se zgrče – da ne bilo traga po kojem nas predator može naći.
- Imuni sustav se suprimira – kako bi se sva energija usmjerila na bijeg.
- Pojačava se sposobnost zgrušavanja krvi – potrebna ako dođe do ozljede.
- Oslobađa se glukoza – potrebna za energiju mišićima.

Kada su ljudi anksiozni, teško se mogu koncentrirati, zaokupljeni su mislima vezanim uz opasnosti koje ih zabrinjavaju. One se često pojavljuju automatski i negativne su po sadržaju pa se nazivaju automatskim negativnim mislima. Najčešće su sljedeće misli: neću izdržati, ispast ću budala i osramotiti se pred drugima, izgubit ću kontrolu, poludjet ću, imam infarkt, umirem, ne mogu disati i sl. Ove misli često izazivaju pogoršanje fizičkih simptoma.

Etiologija anksioznih poremećaja

Pri razmatranju etiologije anksioznih poremećaja međusobno se isprepleću psihološki, socijalni i faktori biološke vulnerabilnosti.

1. Vulnerabilnost – označava općenitu sklonost anksioznosti koja je genetski determinirana i sastavni je dio temperamenta.

2. Psihološki razlozi su ranija iskustva poput iskustava u djetinjstvu, primjerice izloženost čestim separacijama od roditelja, atmosferi nesigurnosti u obitelji koja su rezultirala smanjenom tolerancijom na tjeskobu, osobnom osjetljivosti na odvajanje, načinima

sučeljavanja sa stresom.

3. Kognitivni procesi – osobe s anksioznim poremećajima sklone su fokusirati se na negativne informacije, pretjerano interpretiraju događaje na prijeteći način. To znači da će takva osoba i nevažne signale iz okoline ili vlastita tijela i psihe interpretirati kao zastrašujuće, što će nadalje poticati anksiozne simptome, hiperventilaciju i dovoditi do začaranog kruga rastuće anksioznosti.

4. Vanjski stres (životni događaji) – može biti psihološki (npr. međuljudski sukobi, smrt voljene osobe, financijski problemi itd.) ili fizički (bolest, iscrpljenost, utjecaj alkohola ili droga, neispavanost, dijete za mršavljenje, prestanak pušenja itd.). Stresni događaji poput gubitka emocionalno značajnih osoba, prekida emocionalne veze, pritiska na poslu, financijskih problema, ozbiljne tjelesne bolesti, velikih promjena u životu kao što je selidba, promaknuće na poslu, rođenje djeteta, vjenčanje i sl. mogu biti okidač prve pojave simptoma anksioznih poremećaja.

5. Hiperventilacija – sama po sebi može dovesti do paničnih simptoma, a simptomi koji se pojavljuju kod hiperventilacije preklapaju se sa simptomima panike odnosno anksioznosti. Većina anksioznih pacijenata hiperventilira, no anksioznost se javlja i bez hiperventilacije, tako da njihova međusobna ovisnost nije potpuno razjašnjena.

Glavna značajka hiperventilacije je smanjenje koncentracije ugljičnog dioksida u krvi i pomicanje acidobazne ravnoteže prema lužnatoj što dovodi do pojave simptoma anksioznosti. *Kronično ili habitualno pojačano disanje*: uključuje malo povećanje dubine disanja ili brzine disanja kroz dugo razdoblje. Općenito se pojavljuje u razdobljima zabrinutosti. Nije dovoljno da izazove paniku, ali čini osobu nervoznom, smušenom i s osjećajem vrtoglavice. Budući da je disanje ne samo pod automnom već i pod voljnom kontrolom, moguće je s pomoću

kontrole disanja kontrolirati anksiozne simptome.

Kada je jedanput krug anksioznosti pokrenut, on sam sebe održava preko simptoma, misli i osjećaja koji međusobno samo povećaju anksioznost. Kontrola simptoma putem vježbi disanja i relaksacije, utjecaj na način razmišljanja koji producira anksioznost, bolje sučeljavanje sa stresom i razumijevanje povezanosti tjeskobe s ranijim događajima iz života mogu značajno utjecati na uklanjanje ili smanjenje simptoma.

Liječenje anksioznih poremećaja

Većina anksioznih poremećaja uspješno se liječi kombinacijom lijekova i psihoterapijom ili samo psihoterapijom. Većina oboljelih će usprkos simptomima bolesti moći raditi većinu poslova. Nažalost, postoje i rezistentni slučajevi koji mogu utjecati na radnu sposobnost. Tada je često važna prilagodba uvjeta rada koja će pomoći da se održi radna sposobnost usprkos simptomima bolesti. Tako npr. osoba koja ima socijalnu fobiju, a mora raditi u grupi ljudi može biti radno nesposobna na mjestu na kojem mora komunicirati s ljudima, dok u drugim situacijama može biti posve radno sposobna, ili osoba koja u sklopu generaliziranog anksioznog poremećaja ima tremor prstiju neće, primjerice, moći raditi kao konobar.

3.2. DEPRESIJA

Depresija je bolest, nije izraz slabosti ličnosti.

Depresiju treba razlikovati od prolaznih osjećaja tuge i žalosti koji su dio svakodnevnog života kada u životnim situacijama različitih gubitaka i razočaranja reagiramo osjećajima tuge i žalosti. Depresija je nešto posve drugo. Osjećaji tuge, bezvoljnosti postaju dominantni, svakodnevni i odražavaju se u gotovo svim područjima života. Oboljeli od de-

presije su potišteni, smanjene energije, ni u čemu više ne uživaju, teško se nose sa svakodnevnim zadacima, čak i rutinske stvari mogu postati problem, poput osobne higijene uobičajenih kućanskih poslova, teško se koncentriraju, česta su razmišljanja o smislu života, nerijetka su suicidalna. Depresija je poremećaj mentalnog zdravlja koji je potrebno na vrijeme prepoznati i liječiti.

Mirjana, 40 godina, administrator, upućena je da potraži pomoć liječnika kada više nije mogla obavljati svoj posao premda su simptomi depresije bili prisutni nekoliko mjeseci ranije. Mirjana je primijetila da je vrlo umorna, da se ujutro probudi nenaspavana i umorna, osjećala se iscrpljeno, nije imalo volje za dotjerivanjem, i pranje kose bi joj postao napor. Mislila je da se ulijenila. Vjerovala je da se treba samo naspavati i odmarati. Prije puna snage i energije uspješno je rješavala sve svoje problema, brinula se o kućanstvu, odgoju djece, bila je uzorna na poslu i omiljena u društvu. Vjerovala je da je to od posla koji se obimom povećao i odnosa na poslu koji su postali neugodni, vjerovala je da će to proći samo od sebe. U poslu je postala sve sporija, morala je ostajati prekovremeno da bi završila posao koji je ranije radila s lakoćom. Osjećala se poput ispuhane lopte, bez energije, osjećala je potrebu za snom, ali nije mogla spavati, učestalo se budila. Prestala se družiti s prijateljima, sve do toga da nije odgovarala na telefonske pozive. Ranije je voljela ići s prijateljicama na kavu, uzgajati cvijeće u vrtu, pročitati knjigu ili pogledati omiljenu seriju. Sada je više ništa nije veselilo, jedino je pronašla energije da održava osobnu higijenu, prije dotjerana sada je propustila obojiti kosu, otići frizeru, kupiti neki modni detalj. Povukla se od supruga, izgubila interes za intimnosti.

(Preneseno iz knjige Depresija – kako prebroditi depresiju i pobijediti osamljenost.)

Simptomi depresije

Depresija je skup različitih simptoma koji značajno utječu na svakodnevni život oboljele osobe, smanjujući sposobnost obavljanja različitih

aktivnosti i uživanje u životu (Tablica 2.).

Osobe u depresiji imaju **depresivno raspoloženje**, različito opisuju depresivno raspoloženje, neki će reći da su depresivni, potišteni, utučeni, obeshrabljeni, tupi, tužni, prazni, da se ne mogu više nasmejati, ničemu veseliti. **Gubitak zanimanja i zadovoljstva** u aktivnostima koje su ranije predstavljale zadovoljstvo jedan je od vodećih simptoma depresije, izražava se gubitkom interesa i uživanja u stvarima koje su vas ranije zanimale i u kojima ste uživali, koje su vam predstavljale ugodu, npr. druženje s ljudima, nogometna utakmica, hobiji i sl. Depresija je praćena promjenama u našem tjelesnom doživljavanju. Često je prisutno **slabljenje vitalne energije i umor**. Osoba u depresiji osjeća se stalno umornom bez tjelesnog napora, čak i najmanji zadaci zahtijevaju napor i izazivaju osjećaj umora. Učinkovitost kojom se zadaci obavljaju značajno je smanjena, mnogo toga se radi uz napor, a mnoge aktivnosti se više ne izvode. Oboljeli od depresije često se žale na niz tjelesnih simptoma, poput pritiska u prsima, nelagode u trbuhu, nemir, nesanicu, probleme s probavom i apetitom. Također su često prisutni bolovi u različitim dijelovima tijela. Promjene **apetita** su česte. U depresiji je apetit najčešće smanjen, dok kod jednog broja depresivnih osoba može biti povećan. Kada je promjena apetita značajna, osoba može gubiti ili dobivati na težini. Također su učestale **poteškoće sa spavanjem**. Često postoje poteškoće usnivanja, često buđenje ili rano buđenje. Osobe se obično bude tijekom noći, zatim imaju problema da ponovno usnu ili se bude prerano i zatim više ne mogu usnuti. Rjeđe, osobe predugo spavaju u obilju epizoda produljenog noćnog spavanja ili povećanog dnevnog spavanja. **Seksualne funkcije** također su često smanjene, a uključuju smanjenje zanimanja i uživanja u seksu. Kod žena može izostati menstruacija. **Slabo koncentracija i zaboravljivost česta je u osoba s depresijom**, osoba se teško koncentrira, misli joj bježe, teško može slijediti razgovor, čitati ili pratiti neku televizijsku emisiju te ima poteškoća u obavljanju svakodnevnog posla. Osobe u depresiji vide sebe, svijet i budućnost u negativnom svjetlu (**pesimistične misli**). Osjećaju se bespomoćno, ne

vjeruju da im se nešto dobro može dogoditi, pa su nerijetka razmišljanja o smislu života i o samoubojstvu. Negativan način razmišljanja odražava se na **smanjeno samopouzdanje**. Često je prisutan **osjećaj krivnje** koji je pretjeran jer nije realno utemeljen, primjerice, osoba sebe smatra odgovornom za svoju bolest, za različite postupke za koje je očigledno da nije samo ona odgovorna. **Osjećaj bezvrijednosti i krivnje** može uključivati nerealistične procjene vlastite vrijednosti ili zaokupljenost krivnjom ili stalnim razmišljanjem o nevažnim neuspjesima. Osjećaj krivnje odnosi se na osjećaj kajanja ili krivnje za stvarne ili čak izmišljene pogreške u prošlosti. Može biti povezan s uvjerenjem da osoba zaslužuje kaznu. Kod depresije su česte **misli o samoubojstvu**. Prema nekim procjenama, 15% pacijenata koji su neliječeni ili neadekvatno liječeni od depresije počini samoubojstvo, a znatno veći broj njih, 25 do 50%, pokuša suicid.

Tablica 2. SIMPTOMI DEPRESIJE

Tjelesni

- Umor, snižena energija
- Nesanica, povećana pospanost
- Smanjen/povećan apetit
- Gubitak seksualnog nagona
- Nemir i usporenost

Motivacijski

- Gubitak interesa i zadovoljstva

Afektivni

- Tuga, žalost, osamljenost
- Anksioznost, krivnja
- Sram

Kognitivni

- Slaba koncentracija
- Ideje krivnje i bezvrijednosti
- Pesimizam
- Suicidalne misli

Ponašanje

- Smanjene aktivnosti
- Povlačenje od ljudi
- (Preneseno iz knjige Depresija – kako prebroditi depresiju i pobijediti osamljenost)

Tijek bolesti

Depresija je bolest sklona ponavljanju. Tijekom života osoba može imati jednu ili, što je češće, više epizoda depresije. Učinkovito liječenje smanjit će mogućnost pojava ponovnih epizoda bolesti. Rizični čimbenici vezani za negativne utjecaje psihosocijalnih stresova i nezdravih stilova življenja mogu povećati rizik za pojavu ponovnih epizoda depresije. Protektivni čimbenici, poput učinkovitijih načina sučeljavanja sa stresorom, zdravih stilova življenja i antidepresiva, mogu nas zaštititi od

ponovnih epizoda depresije.

Stigma i depresija

Depresija nije izraz slabosti ličnosti, nego bolest koja se može liječiti.

Mnogi ljudi zbog neznanja ne smatraju depresiju bolešću, nego izrazom slabosti ličnosti, mnogi vjeruju da se može lako oporaviti od depresije, treba biti samo jak, sabrati se i depresija će iščeznuti. Mnogi smatraju da je depresija vlastiti izbor, a ne bolest. Zbog neznanja i nerazumijevanja često oboljeli od depresije ne dobivaju razumijevanje i podršku koja im je potrebna, naprotiv često dobiju ljutnju jer se smatra da su sami odgovorni za depresiju. Ovi savjeti obično izazivaju suprotne efekte. Ovakvi stavovi mogu pogoršati stanje jer osoba u depresiji može pomisliti da je sama kriva za svoju bolest, što depresiju može učiniti još težom i odgoditi traženje pomoći. Ovaj stav nanosi dosta štete oboljelima jer se na taj način izbjegava i odgađa liječenje te se nepotrebno produljuju patnje bolesnika.

- Depresija je bolest, jednako kao i povišen krvni tlak ili šećerna bolest.
- Depresija je bolest koja uzrokuje poteškoće raspoloženja, mišljenja, ponašanja i dovodi do poteškoća i u tjelesnoj sferi pojedinca.
- Većina ljudi tijekom života iskusi žalosno raspoloženje – to nije depresija.
- Na depresiju treba posumnjati kada se osoba konstantno osjeća žalosno svakog dana u razdoblju od dva tjedna ili dulje i kada je gotovo više ništa ne može razveseliti
- Suicidalna razmišljanja česta su kod oboljelih od depresije. Kod pojave suicidalnih razmišljanja treba se što prije konzultirati s liječnikom.

- Suicid je nepotrebna smrt jer postoji liječenje.
- Depresija je izlječiva bolest.
- Prepoznavanje simptoma depresije važno je za rano liječenje.
- Što više oboljeli zna o depresiji i što više sudjeluje u programu liječenja, lakše će se osloboditi depresije.
- Izlječenje nikada ne dolazi preko noći, potrebno je više tjedana, nekada i mjeseci da bi se bolesnik osjećao bolje.
- Depresija nije izraz slabosti slabe ličnosti i slabosti karaktera, ne postoji krivnja za bolest.
- Zbog neznanja, krivih stavova i uvjerenja, velik broj depresivnih osoba ne traži medicinsku pomoć.
- Depresija nije stanje koje će brzo proći samo od sebe, nego stanje za koje je potrebno liječenje.

Što uzrokuje depresiju?

- Biološki, psihološki i socijalni faktori imaju bitnu ulogu u razvoju depresije. Bolest se pojavljuje kao interakcija stresnih životnih događaja, psihološke osjetljivosti, načina sučeljavanja sa stresorom i biološke osjetljivosti za depresiju.
- Povećan rizik za nastanak depresije može biti u osoba kod kojih ima oboljelih od depresije u obitelji. Ovo se naziva genetska predispozicija ili biološka osjetljivost.
- Depresija se neće pojaviti ako nema interakcija sa psihološkim i socijalnim faktorima.

- Znanstvenim istraživanjima otkriven je poremećaj kemijskih tvari – neuroprijenosnika u mozgu, poput serotonina i noradrenalina prijeko potrebnih za prijenos informacija u živčanim stanicama povezanim s raspoloženjem, motivacijom i interesom.
- Životni stresovi pridonose pojavi depresije. Najčešće su to poremećeni odnosi s okolinom, nezadovoljstvo poslom, učestala razočaranja, financijske poteškoće, prekid veze s voljenom osobom zbog smrti, razvoda ili odvojenog života.
- Psihološki faktori koji pridonose depresiji su nisko samopouzdanje, sklonost idealizaciji, perfekcionizmu i neefikasno sučeljavanje sa stresovima.
- Ostali čimbenici koji mogu pridonijeti razvoju depresije su: tjelesne bolesti, osobito kronične i ozbiljne, žene nakon porođaja posebno su osjetljive, neki lijekovi, zlouporaba alkohola i droga.

Liječenje depresije

Liječenje uključuje lijekove i psihoterapiju, najčešće u kombinaciji. Lijekovi koji se koriste u liječenju depresije nazivaju se antidepresivima. Istraživanja o učinkovitosti antidepresiva i praksa njihove upotrebe pokazuje da su učinkoviti u liječenju velikog broja oboljelih od depresije. Navodi se da 40 do 70% depresivnih bolesnika povoljno reagira na prvi primijenjeni antidepresiv.

Antidepresivi nisu lijekovi koji drogiraju.

Antidepresivi su lijekovi različite kemijske strukture i različitog mehanizma djelovanja. Antidepresivi povećavaju razinu neurotransmitera u mozgu odgovornih za regulaciju raspoloženja, ugodu, motivaciju i energiju i na taj način uklanjaju simptome depresije. Također povolj-

no utječu na tjeskobu pa se koriste i u liječenju anksioznih poremećaja. Antidepresivi su lijekovi koji se dobro podnose i ne izazivaju ovisnost.

Radna sposobnost i depresija

Većina oboljelih od depresije s jednom ili više epizoda blage i srednje teške depresije neće imati većih poteškoća s radnom sposobnošću. Osobe s kroničnom depresijom kada zaostaju simptomi bolesti nakon akutnog liječenja zbog poteškoća koncentracije, umora, smanjenja vitalne energije i usporenosti mogu imati poteškoća s radnom sposobnosti ili mogu biti radno nesposobni.

3.3. SHIZOFRENIJA I DRUGE PSIHOZE

Shizofrenija je bolest od koje se može oporaviti.

Shizofrenija je psihička bolest uz koju se vežu različita kriva vjerovanja, poput onih o neizlječivosti, opasnosti i nesposobnosti za život oboljelih osoba.

Tipični simptomi shizofrenije su slušne halucinacije i vjerovanja koja su nemoguća u stvarnosti, što dovodi do poremećaja u načinu mišljenja i ponašanja. Većina oboljelih doživljavat će **slušne halucinacije**, tako da će čuti jedan ili više glasova koji upućuju poruke, komentiraju ponašanje oboljelog, daju savjete, razgovaraju s oboljelim o bilo čemu, i/ili će imati jedno ili više **netočnih vjerovanja**, poput onih kako postoji zavjera protiv njih, da su promatrani, praćeni, kontrolirani elektronički, da imaju neke posebne sposobnosti, da se nad njima provode eksperimenti i sl. Za ove doživljaje, koji se doista odvijaju samo u njegovoj glavi, vjerovat će da su stvarni i mogu se ponašati kao da su stvarni. Simptomi značajno iskrivljuju sliku svijeta i tjeraju oboljele da žive u svijetu koji ne postoji, koji je najčešće pun opasnosti i straha, a rjeđe optimističan, koji

vodi u usamljenost, sukobe i odvojenost od ljudi.

Osobe bolesne od shizofrenije, osobito kad se bolest događa prvi put i kada se ne liječi, često nisu kritične prema svojem stanju, ne vjeruju kako su bolesne i pokazuju slabi uvid u prepoznavanju znakova bolesti i potrebu za liječenjem jer uistinu vjeruju kako je to što doživljavaju stvarnost. Navedeni simptomi obično se javljaju u akutnoj fazi bolesti i liječenjem iščezavaju. Liječenjem se postiže i dobar uvid u bolest što pridonosi daljnjoj suradnji.

Jasna, koja se liječi od shizoafektivne psihoze i koja je dobro upoznata sa simptomima bolesti, dolazi na pregled liječniku i navodi kako ne zna je li istina da je ona postala važna osoba za rješavanje svjetske krize, doživljava kako se njezino ime spominje na televiziji i kako joj se ljudi nekako posebno obraćaju. Prihvaća sugestiju da se radi o bolesti i surađuje u liječenju.

Za shizofreniju se vežu mnoge netočne predodžbe koje osobito pogađaju oboljele i članove njihovih obitelji. Shizofrenija je ozbiljna bolest sklona ponavljanju, osobito ako se ne liječi, koja značajno utječe na život oboljelih, ali nije bolest koje se ne može liječiti. Postoje brojni primjeri uspješnog liječenja o čemu govore i istraživanja tijeka bolesti koja upućuju kako će velik broj oboljelih doživjeti oporavak od bolesti. Važno je rano prepoznavanje bolesti i liječenje koje uključuje cjelokupni pristup poteškoćama oboljele osobe koji uključuje lijekove i različite postupke temeljene na razgovorima i učenju vještina koji se nazivaju psihoterapijom i psihosocijalnim postupcima. Nema dobrog liječenja bez dobre suradnje između oboljelog, članova njegove obitelji i stručnjaka koji sudjeluju u njegovu liječenju. Liječenje pomaže da osoba sama preuzme kontrolu nad svojim životom. Istraživanja pokazuju da zapošljavanje pomaže u povoljnom ishodu bolesti.

Osobe koje imaju izražene negativne simptome nisu lijejene.

Negativni simptomi shizofrenije, poput smanjenja motivacije, pasivizacije, siromaštva komunikacije i poteškoća u izražavanju emocija do vode do velikih promjena u socijalnom životu oboljelih koje se izražavaju povlačenjem od društva i poteškoća u obavljanju niza aktivnostih potrebnih za svakodnevni život u zajednici, onesposobljuju osobu za samostalni život i rad. Simptomi se vrlo često mogu zamijeniti reakcijom na bolest, depresijom i nedostatkom stimulacija u okolini, a često su kombinirani. Negativni simptomi shizofrenije često se krivo povezuju s lijenošću, kao da osoba odbija aktivnosti, a ne da se radi o simptomima bolesti. Liječenje pomaže u vraćanju sposobnosti komunikacije i vještina potrebnih za život, obnavljanju nade i oporavku kako bi život postao ugodniji, a osoba imala više samopouzdanja i motivacije da ostvari svoje ciljeve. Psihosocijalne metode u vidu optimalnih poticaja na aktivnosti i povećanja samopouzdanja mogu pomoći da se ove poteškoće prebrode ili smanje.

Bolest se javlja u epizodama, izvan epizoda bolesti funkcioniranje osobe može biti posve neupadno.

Majina priča

Vjerujem da sam predispoziciju za obolijevanje od duševne bolesti naslijedila po svojoj baki koja je liječena od shizofrenije. Prve promjene ponašanja primijetila sam u četvrtom razredu gimnazije, nisam to povezala s bolešću, kao ni većina ljudi oko mene. Gledajući unatrag, znam kako su to bili i prvi znakovi bolesti koji su počeli dvije godine prije nego što sam hospitalizirana zbog akutne psihoze. Prije sam vedra i komunikativna, u četvrtom razredu gimnazije postala izrazito povučena i tiha, osjećala sam se usamljenom, osjećala sam da ne pripadam nikamo, osjećala sam prazninu kao da postoji velika udaljenost između mene i ostalog svijeta. Upisala sam studij, ali sam ga vrlo brzo zapustila, vratila sam se sa studija, više

nisam imala bliskih prijatelja, a s rodbinom sam prestala kontaktirati.

S vremenom više nisam ni s kim razgovarala. Sve sam više vremena provodila pišući eseje o životu, zapustila sam osobnu higijenu, spavala sam i izlazila u istoj odjeći. Zamijenila sam dan za noć, čula sam glasove. Majka me odvela u bolnicu, mada nisam vidjela neki posebni razlog za to. Provela sam tri mjeseca u bolnici. Dijagnosticirana mi je shizofrenija, liječnici su mi rekli kako moram piti lijekove. Nisam vjerovala da sam bolesna. Nakon bolničkog liječenja prestala sam uzimati lijekove. Nakon toga sam tri puta bila u bolnici, moglo bi se reći kako sam provela mladost u bolnici, dok su se moji vršnjaci pripremali za život. Tek sam kasnije shvatila kako nije katastrofa što imam shizofreniju i kako zbog toga moj život ne mora stati, kako mogu imati planove u životu, mogu završiti studij, zaposliti se i krenuti svojim stopama. Sljedećih sedam godina bila sam posve stabilno, udala sam se, zaposlila i dobila dijete, povremeno su mi se simptomi vraćali, ali nisam trebala hospitalizaciju. Uzimala sam lijekove i redovito razgovarala sa svojom psihijatricom. Dvije godine nakon toga prestala sam uzimati lijekove. Kada su mi se nakon sedam godina vratili ozbiljni simptomi, kada sam čula glasove, vjerovala kako imam ulogu u jednom znanstvenom pokusu i kako me prati tajna policija, nisam vjerovala da je to bolest. Na nagovor prijateljice javila sam se psihijatru i ponovno počela liječenje koje je uključivalo i lijekove i psihoterapiju. Ponovno sam se oporavila, osjećam se dobro i sada tražim posao. Znam da kao i drugi ljudi s kroničnom bolesti trebam očekivati i dobra i loša vremena i kako trebam izvući najbolje iz toga. S ozbiljnošću vodim vlastiti život i činim koliko više mogu kad sam dobro jer znam da će doći i loše razdoblje u kojem će mi se dijelom izmaknuti tlo pod nogama. Profesionalci i članovi obitelji trebaju pomoći oboljelom da postavi realistične ciljeve, a društvo treba dati piliku za uključivanje u svijet rada.

(Preneseno iz knjige Shizofrenija – put oporavka.)

Velika većina osoba oboljelih od shizofrenije nikada nije bila agresivna pa se može reći kako, općenito govoreći, osobe sa psihičkom bolesti nisu agresivne više nego što je to slučaj u općoj populaciji.

Predodžba o shizofreniji u javnosti vezana je s doživljajem kako su oboljeli agresivni i zato opasni za okolinu pa bi zbog toga trebali biti doživotno izolirani budući da predstavljaju opasnost za društvo. Predodžbi o opasnosti u javnosti pridonose senzacionalistički naslovi u novinama ili u medijima kad nasilje počini netko tko se liječio od shizofrenije ili u psihijatrijskoj bolnici. Brojna istraživanja nakon uvođenja psihijatrije u zajednici u kojoj je prednost dana liječenju izvan bolnice i kratkom bolničkom liječenju nisu potvrdila točnost ovih vjerovanja. Shizofrenija je tek u malom broju slučajeva povezana s nasiljem i to većinom kod neliječenih pacijenata i onih koji odbijaju liječenje. Oboljeli od shizofrenije, suprotno vjerovanjima u javnosti, češće su žrtve nasilja nego što su oni sami nasilni. Kad je prisutna, agresivnost može biti velik problem za oboljelog i njegovu okolinu. Agresivnost često može biti uzrok prisilnog dovođenja i liječenja u bolnici.

Shizofrenija je bolest koja se javlja u epizodama. Od 10 do 30% osoba može imati jednu epizodu tijekom svojega života, no znatno je češće da se bolest ponavlja. Istraživanja pokazuju da kada se primijeni adekvatno liječenje koje uključuje lijekove i psihosocijalne postupke, tada je rizik od pojave ponovne epizode bolesti od 0 do 10%.

Bolest se može pojaviti u jednoj epizodi, no češće je ponavljanje epizoda. U akutnoj fazi bolesti pojavljuju se tipični simptomi bolesti, a ponašanje može biti vrlo promijenjeno. Izvan epizoda bolesti koje mogu trajati i godinama osoba ne mora imati simptome bolesti ili oni mogu biti vrlo blagi. Tek kod manjeg broja oboljelih simptomi mogu biti stalno prisutni i otežavati svakodnevni život. Liječenje može značajno pomoći da se epizode

pojavljaju rjeđe, da su simptomi blaži i kvaliteta života veća.

Uzroci bolesti

Do danas ne znamo točno što uzrokuje shizofreniju, ali su nam poznati mnogi čimbenici koji pridonose nastanku bolesti, kao i metode koje mogu dovesti do uspješnog liječenja. Znamo kako shizofreniju uzrokuje kombinacija čimbenika koji uključuju biološke čimbenike vezane za genetske predispozicije, promjene u mozgu, npr. na razini neuroprijenosnika, i neke druge promjene (biološka vulnerabilnost) te psihosocijalne promjene vezane uz čimbenike okoline koji uzrokuju stres. Stres sam po sebi ne uzrokuje shizofreniju, ali može utjecati da se simptomi bolesti pojave ili pogoršaju. Osjetljivost na stres ili stres vulnerabilnost teorija danas je široko prihvaćena u razumijevanju pojave psihotičnih poremećaja. Bolje sučeljavanje sa stresom, podrška sredine, omogućavanje zapošljavanja uz lijekove koji stabiliziraju rad mozga mogu dovesti do kontrole bolesti i oporavka. Do sada nije otkriven nijedan gen koji bi sa sigurnošću bio povezan s razvojem bolesti, dapače genetička istraživanja su potvrdila kako su nepovoljni čimbenici okoline od iznimnog značaja i moraju biti prisutni da bi došlo do pojave bolesti.

Možemo očekivati kako će se jedna od sto osoba razboljeti od shizofrenije. Kad postoji bolest u obitelji, ovaj postotak je nešto veći. Tako će npr. rizik obolijevanja za nekoga kome su djed ili baka oboljeli od shizofrenije biti 3%. To je tek 2% veći rizik nego što je to za bilo koju drugu osobu koja nema oboljelih u obitelji.

Tijek bolesti i mogućnost oporavka

Istraživanja pokazuju da **postoji** velika vjerojatnost kako će se nakon prve epizode pojaviti druga. Tijek bolesti i mogućnost oporavka povezani su s liječenjem mada su moguće spontane remisije bolesti bez liječenja. Prema istraživanju tijeka bolesti, statistička je vjerojatnost kako **nakon prve epizode** bolesti možemo očekivati potpuni oporavak kod

10 – 30% oboljelih. Nakon pojave druge epizode bolesti rizik za ponovnu pojavu bolesti tijekom godine dana bez liječenja iznosi 70 – 80%.

Dakle možemo očekivati da ako se bolest ne liječi, postoji vrlo velika vjerojatnost kako će se bolest pojaviti kod velikog broja osoba koje su imale dvije epizode bolesti.

Teško je predvidjeti tko ima veći rizik, ali postoji velik broj zaštitnih faktora, postupaka ili načina ponašanja koji mogu pomoći da se rizik ponovne pojave bolesti spriječi ili značajno odgodi. Danas su gledišta na mogućnosti oporavka nakon epizode shizofrenije i sličnih poremećaja optimističnija nego što su bila ranijih godina. Dakle kako će se bolest razvijati varira od osobe do osobe i ovisi o nizu faktora od kojih su najvažniji suradnja u liječenju koje uključuje primjenu lijekova i psihosocijalnih metoda liječenja. Osobito značajni za oporavak su borba protiv stigme i omogućavanje zapošljavanja.

Velik broj radno sposobnih osoba oboljelih od shizofrenije zbog netočnih vjerovanja da su oboljeli nesposobni za posao i opasni izložen je ponižavajućim postupcima u radnim sredinama.

Marijina priča

Vrativši se na posao Marija je doživjela izbjegavanje kolegica i podsmijehe iza leđa. Jedanput joj je čak rečeno da s obzirom na to da je bila na liječenju na psihijatriji, da se njezino mišljenje ne može uvažiti jer ne može biti pametno. Marija je na to rekla: „Ja vam moram reći da je danas liječenje od shizofrenije uspješno, da postoje jako dobri lijekovi, ali, nažalost, ne postoje lijekovi za ljudsku glupost.“ Ovakva reakcija osigurala joj je kasnije dobre odnose u radnoj organizaciji i podršku za vrijeme liječenja u bolnici. Marija je tijekom svojega života imala još tri epizode bolesti zbog kojih je bila na bolovanju. Jednako kao i drugi ljudi zbog nekih drugih

bolesti. Još uvijek radi u istoj radnoj organizaciji.

(Preneseno iz knjige Shizofrenija – put oporavka.)

Činjenice i netočne informacije o shizofreniji

Shizofrenija nije rascjep ličnosti. Česta je zabluda da oboljeli od shizofrenije imaju rascijepljenu ličnost kao da su dvije osobe u jednoj. Ova zabluda postoji jer je naziv bolesti „shizofrenija“ nastao od dviju riječi starogrčkog – od „razdvojen“ i „svijest“. Ovaj izraz imao je za cilj obilježavanje nesklada/nepovezanosti između misli, osjećaja i ponašanja koji više nisu u skladu i tako promijenjeni utječu na ponašanje osobe koje može biti posve nelogično i nerazumljivo. Osobe sa shizofrenijom nemaju „rascijepljenu ličnost“. Iako se katkad mogu neobično ponašati, one se ne mijenjaju odjednom u drugu osobu. Mnogi ljudi znaju ponešto o shizofreniji, često putem senzacionalističkih priloga u medijima. S druge strane premda slušaju o tome, vrlo mali broj ljudi zna što je shizofrenija usitinu.

Većina oboljelih nije opasna. Premda je uobičajena, relativno česta bolest jer se može dogoditi jednoj od sto osoba, shizofrenija se često krivo prikazuje u novinama i na televiziji. Većina osvrta prikazuje oboljele opasnim i agresivnim. Agresivnost se može pojaviti kod oboljelih od shizofrenije, ona je češća kod osoba koje se ne liječe i prisutna je tek u vrlo malom postotku u usporedbi s opasnosti koja dolazi od svih drugih ljudi. Lažnu sliku o opasnosti oboljelih u javnosti često šire mediji kad pojedinačne incidente stavljaju na naslovnice i kad postanu udarna vijest na televiziji. Stvarnost je kako je shizofrenija stanje koje se može uspješno liječiti, a rijetko uzrokuje da ljudi postanu agresivni ili opasni.

Shizofrenija nije neizlječiva. Shizofrenija se može liječiti i velik broj osoba može se uspješno oporaviti od bolesti. Jedna od četiriju osoba sa

shizofrenijom u potpunosti se oporavi od bolesti u roku od pet godina. Kod većine ostalih simptomi se mogu ublažiti, a stanje poboljšati tako da mogu uspješno živjeti u zajednici. Manji broj osoba imat će ozbiljne i dugotrajne simptome i zbog svojega stanja će zahtijevati kontinuiranu brigu i pomoć. Osobe sa shizofrenijom mogu postići velike uspjehe, kao što je to dobitnik Nobelove nagrade, ekonomist, John Nash i mnogi drugi. O poznatim osobama oboljelim od shizofrenije možete se informirati na internetu (<http://www.schizophrenia.com>).

Lijekovi za shizofreniju nisu droge. Mnogi ljudi oboljeli od različitih bolesti uzimaju dugotrajno lijekove da bi ostali zdravi. Lijekovi koji se prepisuju kod shizofrenije kod većine osoba će zahtijevati dugotrajno uzimanje kako bi pomogli da uklone ili ublaže simptome bolesti. Lijekovi su osobito učinkoviti u akutnoj fazi bolesti, a izvan akutne faze kad se simptomi povuku ili ublaže pomažu da se spriječi ili na dulje vrijeme odgodi ponovna pojava bolesti. Prestanak uzimanja lijekova povezan je s povećanim rizikom ponovne pojave bolesti. Mnogi ljudi, bez obzira od čega boluju, zaborave ili prestanu uzimati lijekove koji su im prepisani. Posljedice zaboravljanja ili prestanka uzimanja lijekova kod oboljelih od shizofrenije mogu voditi u povratak bolesti. To znači kako je vrlo važno nastaviti uzimati lijekove u dogovoru s liječnikom koji ih prepisuje čak i kada nema nikakvih simptoma bolesti. Povratak u bolest otežava osobama sa shizofrenijom da se vrate na svoju raniju razinu dobrog stanja.

Shizofrenija nije nasljedna bolest. Brojna genetička istraživanja kod shizofrenije nisu pronašla nijedan specifični gen i upravo je genetika dokazala kako se bolest neće pojaviti čak i kad se češće javlja u obitelji ako ne postoje nepovoljni faktori okoline. Pretpostavlja se kako postoji više gena povezanih s ovom bolešću, ali njihova snaga za pokretanje bolesti nije toliko jaka ako u okolini ne postoje neki nepovoljni uvjeti.

Shizofreniju ne uzrokuju loši roditelji. Kad se pojavi bolest u obitelji, mnogi roditelji počinju kriviti sebe, svoj odgoj i ponašanje za nastanak

bolesti. Danas znamo kako nijedan pojedinačni faktor nije dovoljan da objasni nastanak shizofrenije. Znamo da se bolest pojavljuje kod osoba kod kojih postoji biološka promjena mozga koja se aktivira tek kad postoje nepovoljni utjecaji okoline. Odnosi u obitelji su važni za povoljni ishod bolesti, ali loši obiteljski odnosi sami po sebi nisu dovoljni da bi doveli do razvoja shizofrenije. Osobe bolesne od shizofrenije mogu kao i svi drugi ljudi imati dobre roditelje, loše roditelje ili potpuno nezainteresirane roditelje.

Osobe oboljele od shizofrenije nisu lijene. Mnogi oboljeli od shizofrenije imaju nisku motivaciju, nisku energiju, pasivni su i provedu velik dio vremena u neaktivnosti. Navedene poteškoće spadaju u negativne simptome bolesti koji se vrlo često mijenjaju s lijenošću. Okolina obično misli kako se samo trebaju pokrenuti i da će sve biti u redu. Negativni simptomi bolesti najčešće dovode do velikog nerazumijevanja između obitelji i oboljelih. Ovi simptomi obično teško reagiraju na liječenje lijekovima. Njima su potrebne druge metode, poput rehabilitacije koja će kroz određeno vrijeme pomoći oboljelima da postanu aktivniji, obnove sposobnosti za samostalni život i rad, odnosno da se negativni simptom bolesti smanje ili nestanu.

Halucinacije i deluzije su simptomi bolesti, nisu mašta koja se jednostavno može ukloniti. Halucinacije i deluzije spadaju u psihotične simptome, oni su tipični simptomi za shizofreniju, jednako kao što su neki drugi tjelesni simptomi tipični za neke tjelesne bolesti. Ovi simptomi nisu mašta. Ono što ljudi sa shizofrenijom vide ili čuju njima djeluje potpuno stvarno bez obzira na to koliko to drugi oko njih smatraju nevjerojatnim ili nerealnim. Obično uvjerenje u nerealnost doživljavanja nije učinkovito. Potrebno je liječenje. Liječenjem mnogi oboljeli nauče napraviti ovu razliku i steći uvid u bolest.

Shizofrenija i ludilo. Izrazi lud, ludost, ludilo, ludnica nisu medicinski pojmovi, oni su široko upotrebljavani pojmovi u svakodnevnom govo-

ru, a mogu se odnositi na bilo koje socijalno neprihvatljivo ponašanje ili ponašanje koje odstupa od norme neke socio-kulturne sredine. Psihoteični simptomi shizofrenije i ponašanje povezano s njima spadaju u ponašanje koje odstupa od uobičajenog pa se izraz lud često povezuje s ovim ponašanjem. Premda se u povijesti ovaj izraz koristio i za psihičku bolest, danas nije primjereno koristiti se njime umjesto pojmom psihično.

Radna sposobnost i shizofrenija

Kod osoba oboljelih od shizofrenije možemo očekivati veći postotak osoba sa smanjenom radnom sposobnosti te će, poput osoba s invaliditetom, trebati različite programe podrške u zapošljavanju. Istraživanja su pokazala da programi zapošljavanja povoljno djeluju na oporavak od bolesti.

DRUGE PSIHOZE

Slušne halucinacije i vjerovanja koja nisu moguća u stvarnosti spadaju u psihoteične simptome i mogu se pojaviti i kod nekih drugih psihoza, poput shizoafektivne psihoze, psihoteične depresije i bipolarnog poremećaja, psihoteične epizode slične shizofreniji, paranoidne psihoze kao i nekih drugih poremećaja zdravlja, kao što su npr. bolesti povezane s uzimanjem droga i alkohola. Kod shizoafektivne psihoze pojavljuju se i ozbiljne promjene raspoloženja bilo sniženog ili povišenog, kod paranoidne psihoze su prisutne tipične ideje proganjanja, a kod drugih psihoza postoje različiti simptomi slični shizofreniji u akutnim fazama bolesti. Svi se ovi poremećaji danas liječe kombinacijom lijekova i psihosocijalnih metoda.

BIPOLARNI POREMEĆAJ

Bipolarni poremećaj raspoloženja obilježavaju povremene izmjene povišenog raspoloženja (hipomanična i manična faza) i sniženog raspoloženja (depresivna faza). U maničnoj, rjeđe depersivnoj fazi mogu se pojaviti psihotični simptomi, poput ideja veličine i svemoći u maniji i ideja krivnje u depresiji. Procjenjuje se kako dvije od sto osoba imaju rizik oboljeti od bipolarnog poremećaja.

Simptomi bipolarnog poremećaja (Kaplan i Sadock, MKB 10, APA 2005) uključuju **povišenje raspoloženja** koje se opisuje kao euforično, neobično dobro, radosno, visoko, bučno, može biti popraćeno smijehom te igrom riječima. Vrlo često popraćeno je neprekidnim i nekritičnim entuzijazmom za međuljudske, seksualne ili radne interakcije, tako da osoba u maniji može pretjerivati u nuđenju različitih usluga drugim ljudima te time djelovati nametljivo, može se seksualno provokativno ponašati, davati neumjesne primjedbe i sl. Osobe u maničnoj epizodi u pravilu teško procjenjuju svoje stanje kao stanje bolesti. Imaju osjećaj dobrog zdravlja, **povećane energije**, imaju **manju potrebu za snom**, mogu čak danima ne spavati i nastavljati s nizom aktivnosti. Osobe u maniji spremne su na **niz aktivnosti** bez puno promišljanja pa lako zbog toga mogu zapasti u različite nevolje. Mogu pretjerano planirati i pretjerano sudjelovati u mnogobrojnim aktivnostima koje ih iscrpljuju, dovode u neprilike i nisu realno ostvarive. Osoba može biti uključena istovremeno u različite poslovne pothvate bez obzira na rizik ili potrebu da na zadovoljavajući način završi te pothvate. **Mišljenje** osoba u maničnoj fazi je **ubrzano**. Stručnjaci to nazivaju bijegom ideja koji se prepoznaje kao gotovo neprekidno ubrzano govorenje s iznenadnim prebacivanjem s jedne teme na drugu. **Socijalni odnosi** osoba u maniji uobičajeno su neadekvatni zbog toga što teško procjenjuju mjeru u socijalnim odnosima pa često mogu biti nametljive, upuštati se u kontakte s nepoznatim ljudima, dolaziti u česte nesporazume s ljudima što ne čine kada nisu u maniji. **Seksualne želje** su često povećane i mogu dovesti

do seksualno impulzivnog (ponašanje bez kontrole) i nediskretnog ponašanja. Manični pacijenti su vrlo često nekritično samouvjereni i nerijetko mogu imati nerealne ideje **precijenjene vlastite sposobnosti**. Tako mogu imati osjećaj da imaju sposobnosti liječenja ljudi, da mogu pročitati druge i sl. Nekad ideje o vlastitoj sposobnosti mogu poprimiti posve kriva vjerovanja koja su očigledna svima osim njima, kao npr. da imaju neke neobične talente, da će se obogatiti, da su plemenitog podrijetla, poznati znanstvenici, glumci, da su supermeni i sl. Ove ideje su prisutne samo u akutnoj fazi, a iščezavaju liječenjem.

Uzroci bipolarnog poremećaja

Bipolarni poremećaj spada u kompleksne psihičke poremećaje čija je pojava povezana s različitim faktorima: biološkim, psihološkim i psihosocijalnim. Oboljeli mogu imati biološku/genetičku vulnerabilnost za ekspresiju poremećaja rođenjem putem genetičke predispozicije, a do poremećaja dolazi u trenutku nepovoljne interakcije između vanjskih psihosocijalnih stresora i kapaciteta osobe da se nosi sa stresnim događajima. Bolest se češće pojavljuje u obiteljima gdje ima oboljelih, tako npr. od 10 do 15% oboljelih ima bliske srodnike s istom dijagnozom. Pokazalo se kako postoje promjene i na kemijskoj razini i na razini neuroprijenosnika koji sudjeluju u prenošenju podražaja u područjima mozga koja su povezana s raspoloženjem. Stres se odnosi na stresne događaje koji su povezani s nekom vanjskom promjenom, pozitivnoj ili negativnoj promjeni, često postoji kumulacija stresnih događaja. Postoje različite situacije koje utječu nepovoljno na život pojedinca (npr. gubitak posla, razvod, financijski problemi, nemogućnost svladavanja problema svakodnevnog života i sl., promaknuće na poslu, početak ljubavne veze, tjelesna bolest i drugo, poteškoće u interpersonalnim odnosima). Nedostatak podrške je također nepovoljan faktor koji pridonosi nastanku bolesti kada postoji biološka vulnerabilnost povezana s bipolarnim poremećajem. Istraživanja pokazuju kako se često radi o povezanosti s pomanjkanjem stabilnosti u prenošenju nervnih impulsa u mozgu. Neke biološke tvari u mozgu povezane s raspoloženjem mogu

biti smanjene. Biokemijski problem na razini mozga čini da su ljudi s bipolarnim afektivnim poremećajem ranjiviji na emocionalne i fizičke stresove.

Bolest se javlja u epizodama povišenog ili sniženog raspoloženja, između epizoda stanje može biti posve oporavljeno.

Nažalost, bolest se često kasno prepoznaje pa uobičajeno postoji više faza bolesti prije početaka liječenja. Liječenje može značajno pridonijeti rjeđem pojavljivanju bolesti i tome da je manje teška. Vrlo je velika vjerojatnost kako će se nakon prve epizode pojaviti druga, većem riziku su izložene osobe koje se ne liječe, koje uzimaju alkohol ili drogu i koje su pod stresom.

Liječenje bipolarnog poremećaja

Liječenje se provodi lijekovima i psihosocijalnim postupcima od kojih je vrlo važna edukacija o bolesti, rad s obitelji i načini sučeljavanja sa stresom.

Lijekovi djeluju na biološkoj razini uspostavljanjem povoljnije ravnoteže neurotransmitera u mozgu koja pomaže stabilizaciji raspoloženja i povlačenju simptoma. Na taj način lijekovi pomažu mozgu oboljelog od bipolarnog poremećaja da bolje funkcionira i da na male stresove ne dolazi do velike oscilacije raspoloženja. Lijekove koji se koriste za stabilizaciju raspoloženja potrebno je uzimati i izvan akutnih faza kako bi pomogli u održavanju stanja stabilnosti.

Radna sposobnost

Bipolarni poremećaj često je povezan s radnom nesposobnosti. Podrška u radnoj sredini značajna je za održavanje zdravlja. Strah od stigme i odbacivanja vrlo je jak kod oboljelih i dodatno destabilizira stanje i utječe na radnu sposobnost. Podrška radne sredine nasuprot odbacivanju pomaže u održavanju radne sposobnosti osoba oboljelih od bipolarnog poremećaja.

Literatura

APA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM – IV, American Psychiatric Association, Washington DC, 1995.

Angermeyer M. C. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 102: 63-7.

Bellack A. S., Morrison R. L., Wixted J. T., Mueser K. T. An analysis of social competence in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1990; 156: 809-818.

Corrigan P. Lundin R. *Coping with stigma of mental illness* Champaign: Illinois 2001.

Crisp A. H., Gelder M. G., Rix S., Meltzer H. I., Rowlands O. J. Stigmatisation of people with mental illnesses *Br. J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.

Fink P. J., Tasman A. (Eds.) *Stigma and Mental illness* Washington, DC: American Psychiatric Press 1992.

Ivezić S., Koštan-Pintarić. Što kažu bolesnici, *Zbornik radova Pula* 2003.

Ivezić-Štrkalj S. Stigma duševne bolesti. *Medix*; 64, 2006.

Kaplan H. I., Saddock B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* New York: Williams&Wilkins 2000.

MKB 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice, Deseta revizija (WHO 1992) Zagreb: Medicinska naklada 1999.

Liberman R. P. *Recovery from the disability* Washington DC London: American Psychiatric Publishing 2008.

Link, B. G., Struening E. L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J. C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses, *Psychiatr Serv*, 2001; 52: 1621-1626.

Štrkalj Ivezić S., Mužinić L., Petreković A. Utjecaj programa dnevne bolnice na stigmatu i samostigmatizaciju, Zbornik radova 2. kongresa socijalne psihijatrije i psihijatrije u zajednici, Split, 2009.

Wahl OF Media madness: Public images of mental illness New Brunswick: Rutgers University press 1995.

WHO Strengthening the mental health promotion, Geneva 2001.

World Psychiatric Association. The WPA global programme to reduce the stigma and discrimination because of schizophrenia — an interim report 2001. Geneva: World Psychiatric Association 2001

Ostala literatura

Bauman L., Štrkalj-Ivezić S. Bipolarni poremećaj, Udruga Svitanje 2008.

Štrkalj-Ivezić S. Shizofrenija put oporavka, Udruga Svitanje 2009.

Štrkalj-Ivezić, S. Kako prebroditi depresiju i pobijediti osamljenost, Udruga Svitanje 2010.

Štrkalj –Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, bipolarni poremećaj, psihoze: Psihoedukacija između informacije i psihoterapije Zagreb: Medicinska naklada 2011. (u tisku)

4. FOND ZA PROFESIONALNU REHABILITACIJU I ZAPOŠLJAVANJE OSOBA S INVALIDITETOM

Fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom osnovan je Uredbom Vlade Republike Hrvatske 2003. godine, a formalno-pravno je počeo s poslovanjem u studenome 2006. godine. Temeljna zadaća Fonda je ispunjenje osnovnoga cilja Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (NN 142/02, 33/05) – da se nizom aktivnosti potiču poslodavci, prvenstveno na otvorenom tržištu rada, da zapošljavaju osobe s invaliditetom.

Osnovne aktivnosti Fonda mogu se podijeliti u sljedeće skupine:

- provođenje politike razvitka i unaprjeđivanja profesionalne rehabilitacije i zapošljavanja osoba s invaliditetom
- financiranje ili sufinanciranje ustanova za profesionalnu rehabilitaciju i radnih centara
- isplate novčanih poticaja
- financiranje ili sufinanciranje programa i projekata za poticanje i zapošljavanja i održavanja zaposlenosti osoba s invaliditetom
- nadzor ostvarivanja prava na novčani poticaj i korištenja drugih sredstava Fonda
- drugi poslovi predviđeni Uredbom o osnivanju Fonda i Statutom Fonda.

TKO JE KORISNIK POTICAJA PRI ZAPOŠLJAVANJU OSOBA S INVALIDITETOM

1. Poslodavac koji zapošljava osobu s invaliditetom
2. Osoba s invaliditetom koja se samozapošljava. U tu skupinu spadaju:
 - osnivanje obrta ili zadruga,
 - osnivanje djelatnosti slobodnog zanimanja (profesionalne djelatnosti),
 - osnivanje djelatnosti poljoprivrede i šumarstva čiji je osnivač osoba s invaliditetom.

Poslodavci koji zapošljavaju osobe s invaliditetom dijele se na poslodavce koji:

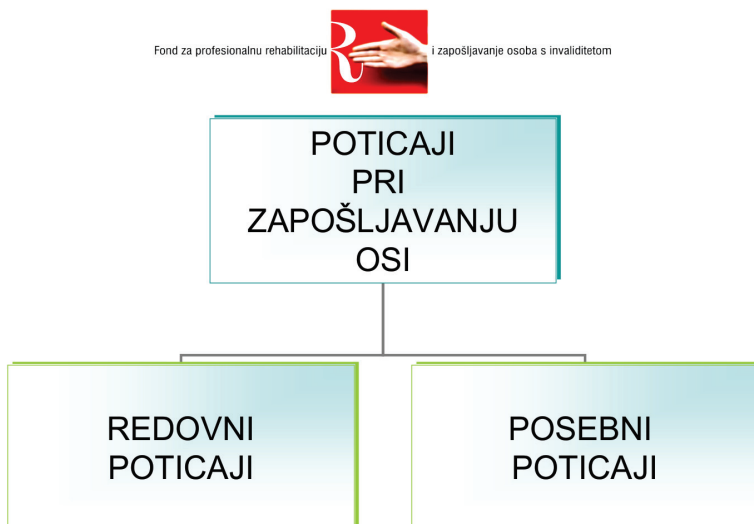
- su na temelju članka 10. Zakona u obvezi zapošljavanja osoba s invaliditetom – tijela državne uprave, tijela sudbene vlasti, tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, javne službe, izvanproračunski fondovi te pravne osobe u vlasništvu ili pretežitom vlasništvu Republike Hrvatske i pravne osobe u vlasništvu ili pretežitom vlasništvu jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave,
- poslodavci koji nisu u zakonskoj obvezi zapošljavanja osoba s invaliditetom,
- veliki poslodavci koji ostvaruju dva od sljedećih uvjeta u godini koja prethodi podnošenju zahtjeva: 250 i više zaposlenih, prihod 260.000 kn, aktiva 130.000.000 kn.
- poslodavci koji zapošljavaju najmanje 51% osoba s invaliditetom u odnosu na ukupan broj zaposlenih (zaštitno zapošljavanje).

Poslodavci mogu ostvariti sve poticaje propisane Odlukom.

Poslodavci koji su u zakonskoj obvezi zapošljavanja osoba s invaliditetom imaju pravo na sve poticaje predviđene Odlukom, ali samo za svako novo zapošljavanje, pod uvjetom da ispunjavaju obveznu kvotu zapošljavanja (zapošljavanje od 4. kolovoza 2009.).

Veliki poslodavci imaju pravo na sve vrste poticaja predviđene Odlukom, ali samo za svako novo zapošljavanje (zapošljavanje od 14. travnja 2010.).

POTICAJI KOJE OSTVARUJU POSLODAVCI PRI ZAPOŠLJAVANJU OSOBA S INVALIDITETOM NA TEMELJU ODLUKE O NAČINU OSTVARIVANJA POTICAJA PRI ZAPOŠLJAVANJU OSOBA S INVALIDITETOM (NN 8/08, 68/09, 96/09, 44/10)



I. REDOVNI POTICAJI

1. NOVČANI POTICAJI – NAKNADA U VISINI UPLAĆENOG DOPRINOSA ZA OSNOVNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE I DOPRINOSA ZA ZAPOŠLJAVANJE (Članak 3. – 7.)

Poslodavcu koji zapošljava osobu s invaliditetom određuje se za tu osobu novčani poticaj u visini uplaćenog doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje i doprinosa za zapošljavanje. Osobi koja se samozapošljava određuje se novčani poticaj u visini za nju uplaćenog doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje.

2. NAKNADA RAZLIKE ZBOG SMANJENOG RADNOG UČINKA (Članak 8. – 13.)

Poslodavac prilikom zapošljavanja osobe s invaliditetom koja zbog svojega invaliditeta ne može obavljati količinski opseg posla kao i zdravi radnik, ima za tu osobu pravo na naknadu razlike plaće zbog smanjenog radnog učinka osobe s invaliditetom. Količinski opseg posla utvrđuje se prema prosječnim mogućnostima zdravih radnika.

1. SUFINANCIRANJE TROŠKOVA OSOBNOG ASISTENTA – POMAGAČA U RADU (Članak 14. – 19.)

Poslodavac, odnosno osoba koja se samozapošljava, ima pravo na sufinanciranje dijela troškova druge osobe – osobnog asistenta, koja privremeno ili trajno pomaže osobi s invaliditetom u obavljanju određenih aktivnosti koje zbog vrste, stupnja invaliditeta osoba s invaliditetom ne može samostalno izvoditi.

I. POSEBNI POTICAJI

1. JEDNOKRATNA MATERIJALNA DAVANJA – OBRAZOVANJE OSOBA S INVALIDITETOM

1.1. Obrazovanje zaposlenih osoba s invaliditetom (Članak 21. – 24.)

Osoba koja je samozaposlena odnosno poslodavac koji uputi kod njega zaposlenu osobu s invaliditetom na obrazovanje ili ako sam provodi obrazovanje, ima pravo na nadoknadu 60% iznosa utrošenih sredstava na školovanje osobe s invaliditetom.

1.2. Obrazovanje nezaposlenih osoba s invaliditetom u cilju zapošljavanja (Članak 25. – 28.)

Poslodavac koji prije sklapanja ugovora o radu uputi nezaposlenu osobu s invaliditetom na obrazovanje ima pravo na 60% iznosa troškova obrazovanja. Ako je poslodavac prije stupanja u radni odnos uputio osobu s invaliditetom na obrazovanje, u roku od 60 dana po završetku školovanja obvezan je zaključiti ugovor o radu na neodređeno vrijeme.

Također, nezaposlena osoba s invaliditetom koja u tijeku pripreme za samozapošljavanje nastavi obrazovanje ima pravo na 60% iznosa troškova obrazovanja. Osoba koja se samozapošljava dužna je u roku od 90 dana od završetka školovanja pokrenuti poslovnu aktivnost.

2. SREDSTVA ZA PRILAGODBU RADNOG MJESTA – ARHITEKTONSKA PRILAGODBA (Članak 29. – 33.)

Poslodavac koji u radni odnos zaposli osobu s invaliditetom, odnosno osoba koja se samozapošljava, kojoj je zbog vrste i težine invaliditeta potrebno **prilagoditi radno mjesto u smislu uklanjanja arhitektonskih barijera**, imaju pravo na naknadu troškova prilagodbe radnog mjesta i uvjeta rada za tu osobu.

3. SREDSTVA ZA PRILAGODBU UVJETA RADA – TEHNIČKA PRILAGODBA (Članak 34. – 38.)

Poslodavac koji u radni odnos zaposli osobu s invaliditetom, odnosno osoba koja se samozapošljava, kojoj je zbog vrste i težine invaliditeta potrebno **prilagoditi uvjete rada u smislu tehničke prilagodbe radnog mjesta**, imaju pravo na naknadu troškova prilagodbe radnog mjesta i uvjeta rada za tu osobu.

4. KREDITNA SREDSTVA PO POVOLJNIJIM UVJETIMA NAMIJENJENA KUPNJI STROJEVA, OPREME, ALATA ILI PRIBORA POTREBNOG ZA ZAPOSŁJAVANJE OSOBE S INVALIDITETOM (Članak 39. – 42.)

Poslodavac, odnosno osoba koja se samozapošljava koja je korisnik namjenskog kredita za kupnju strojeva, opreme, alata ili pribora potrebnog za samozapošljavanje odnosno zapošljavanje osobe s invaliditetom ima pravo na subvencioniranje kamata najviše do 70% ugovorne kamatne stope sukladno ugovoru o kreditu s poslovnim bankom. Subvencioniranje kamata traje do otplate kredita, samo pod uvjetom da na kupljenom stroju, opremi, alatu ili priboru radi osoba s invaliditetom, odnosno osoba koja se samozapošljava.

1. SUFINANCIRANJE TROŠKOVA RADNOG TERAPEUTA (Članak 43. – 47.)

Poslodavac, odnosno osoba koja se samozapošljava ima pravo na sufinanciranje dijela troškova druge osobe koja osobi s invaliditetom pomaže u svladavanju radnog procesa, i to najdulje za razdoblje do četiri mjeseca od dana zaključenja ugovora o radu.

Osnovica za obračun naknade smanjenog radnog učinka, sufinanciranja troškova osobnog asistenta, prilagodbe mjesta rada, prilagodbe uvjeta

rada te sufinanciranja troškova radnog terapeuta iznosi 80% mjesečne osnovice za obračun doprinosa za obvezna osiguranja utvrđene Naredbom ministra financija. Osnovica za obračun doprinosa za obvezna osiguranja za 2011. godina utvrđena je Naredbom ministra financija u iznosu 2.679,95 kn (NN 133/10), a 80% te osnovice je iznos od **2.143,96** kn i predstavlja osnovicu za obračun prethodno navedenih poticaja.

Naknada u visini doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje i doprinosa za zapošljavanje isplaćuje se na temelju odobrenja za isplatu, a za sve ostale poticaje sklapaju se posebni ugovori na temelju kojih se vrši isplata.

Zahtjev za **redovne poticaje**, poslodavac odnosno osoba koja se samozapošljava podnosi Fondu u pisanom obliku, **u roku od 30 dana** od dana isplate zadnje plaće u tromjesečju (siječanj – ožujak, travanj – lipanj, srpanj – rujanj, listopad – prosinac) za koje se traži poticaj, odnosno u roku od 30 dana od dana uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje, kada su u pitanju osobe koje se samozapošljavaju.

Zahtjev za prilagodbu radnog mjesta i prilagodbu uvjeta rada podnosi se svake godine od **1. travnja do 30. lipnja** u tekućoj godini za iduću godinu.

U zahtjevu je potrebno navesti adresu poslodavca, matični broj, OIB i broj žiroračuna.

Dokumentacija koju je potrebno priložiti prvom zahtjevu za ostvarivanje prava:

1. ugovor o radu,
2. dokaz o prijavi na mirovinsko i zdravstveno osiguranje,
3. dokaz o invaliditetu,
4. kopija Rješenja o upisu tvrtke u registar Trgovačkog suda, odno-

sno kopija Obrtnice,

5. popis osoba s invaliditetom,
6. tablicu obračuna poticaja, koja je propisana Odlukom,
7. dokaz da su za sve radnike uplaćeni doprinosi za obavezna osiguranja,
8. dokaz da je osobi s invaliditetom isplaćena plaća.

Zahtjevi za sve navedene poticaje podnose se isključivo u pismenom obliku, a potrebno ih je uputiti na sljedeću adresu:

FOND ZA PROFESIONALNU REHABILITACIJU

I ZAPOŠLJAVANJE OSOBA S INVALIDITETOM

10000 ZAGREB, ZAHAROVA 5

Sve dodatne informacije mogu se dobiti putem telefona (01/6040-495), interneta (www.fond.hr) ili osobno na navedenoj adresi.

5. ULOGA ZAVODA ZA ZAPOŠLJAVANJE U ZAPOŠLJAVANJU OSOBA S INVALIDITETOM

Zapošljavanju evidentiranih nezaposlenih osoba s invaliditetom u HZZ-u PS Zagreb pridaje se godinama posebna pozornost.

Raznovrsnim programima, prijedlozima, strategijama i zakonima pokušava se poboljšati njihov položaj, obrazovanje i rehabilitacija te ujednačiti prava i osigurati ravnopravno uključivanje u svijet rada.

Jedna od najvećih zapreka zapošljavanju osoba s invaliditetom je negativan stav društva zasnovan na predrasudama o slabijim radnim potencijalima osoba s invaliditetom. Najbolji način u uklanjanju ovih predrasuda je upravo rad ovih osoba. Od rada osoba s invaliditetom brojne su koristi za društvo u cjelini, no najveća je svakako ekonomska isplativost. Radom ovih osoba smanjuju se socijalna i druga davanja, osigurava se njihova egzistencija i zadovoljavaju njihove specifične potrebe. I same osobe s invaliditetom imaju brojne koristi od svojega rada. Primjerice, zaposlene osobe s invaliditetom imaju bolju sliku o sebi, više samopouzdanja, društveno su aktivnije, općenito su prilagodljivije na promjene i kompetentnije u svakodnevnom osobnom životu, ekonomski su superiornije.

Poboljšanje položaja osoba s invaliditetom na tržištu rada ovisi o čitavom nizu čimbenika. Da bi se ostvario ovaj cilj, nužno je povezati djelatnosti zdravstva, obrazovanja, civilnog društva, zapošljavanja i ostalih institucija koje djeluju na tržištu rada.

Zapošljavanje i rad osoba s invaliditetom ovisi jednim dijelom o poslodavcima, ali većim dijelom i o samim osobama s invaliditetom, njihovoj spremnosti i upornosti kojom će iskoristiti prilike za školovanje i radno osposobljavanje.

Jedna od većih zapreka u zapošljavanju nezaposlenih osoba s invaliditetom je, prije svega, neadekvatna obrazovna struktura, gubitak stečenih znanja i vještina izgubljenih dugogodišnjom nezaposlenošću.

Stoga Zavod za zapošljavanje u suradnji s Fondom za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom radi na implementaciji aktivnosti profesionalne rehabilitacije odnosno na osposobljavanju i stjecanju kompetencija nezaposlenih osoba s invaliditetom potrebnih za tržište rada. Navedene aktivnosti podrazumijevaju informiranje, profesionalno usmjeravanje i uključivanje osoba s invaliditetom u odgovarajuće programe osposobljavanja te poticanje njihova zapošljavanja na tržištu rada.

U skladu sa Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (NN 143/02) te Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (NN 33/05), Hrvatski zavod za zapošljavanje odlučuje o načinu ostvarivanja prava na profesionalnu rehabilitaciju nezaposlenih osoba s invaliditetom.

Od 2009. godine Hrvatski zavod za zapošljavanje PS Zagreb započeo je u partnerstvu s Gradom Zagrebom i Ustanovom za rehabilitaciju zapošljavanje osoba s invaliditetom (URIHO-om), projekt osnivanja i financiranja prvog Radnog centra u Republici Hrvatskoj. Radni centri uvedeni su Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom te su zamišljeni kao radno-socijalni trening za teže zapošljive osobe s invaliditetom. Cilj je boravka u Radnom centru povećati zapošljivost nezaposlenih osoba s invaliditetom, što se postiže programom koji uključuje obnavljanje i unaprjeđivanje stručnih kompetencija te razvoj psihosocijalnih vještina.

Potrebnu psihosocijalnu podršku uz unaprjeđenje kompetencija osoba s invaliditetom Zavod za zapošljavanje omogućuje provedbom i potrebnom prilagodbom različitih tipova radionica usmjerenih aktivnom

traženju posla (za osobe oštećena sluha radionice se održavaju uz prevoditelja znakovnog jezika, nabavkom računala za slijepe i slabovidne osobe).

S aspekta pripreme za zapošljavanje i zapošljavanja nezaposlenih osoba s invaliditetom profesionalna rehabilitacija u HZZ-u uključuje sljedeće aktivnosti:

- utvrđivanje preostalih radnih i općih sposobnosti
- profesionalno informiranje, savjetovanje i procjena profesionalnih mogućnosti
- analiza tržišta rada, mogućnost zapošljavanja i uključivanja u rad
- procjenu mogućnosti razvoja i usavršavanja programima profesionalnog usavršavanja
- radno osposobljavanje, dokvalifikacija, prekvalifikacija te programi za održavanje i usavršavanje radnih i radno-socijalnih vještina i sposobnosti u razdoblju do zapošljavanja.

Sustav profesionalne rehabilitacije u HZZ-u sastoji se od tri komponente:

1. Profesionalno usmjeravanje

- pruža uvid u vlastite mogućnosti, sposobnosti i interese
- profesionalno usmjeravanje nezaposlenih osoba s invaliditetom provodi se individualiziranim cjelovitim pristupom osobi

2. Osposobljavanje za produktivan rad

- znači profesionalno i radno osposobljavanje

3. Zapošljavanje osoba s invaliditetom

- uključena je komponenta profesionalne rehabilitacije osoba s invaliditetom

U HZZ- u PS Zagreb na dan 31. ožujka 2011. bilo je evidentirano 58 206 nezaposlenih osoba, od toga 1955 je osoba s invaliditetom što predstavlja ukupno 3,4% evidentiranih nezaposlenih osoba.

U evidenciji HZZ-a PS Zagreb, na dan 31. ožujka 2011. bilo je ukupno 136 osoba sa psihičkim i organskim smetnjama, koje imaju riješen status osobe s invaliditetom u skladu sa Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom.

Ostali (354 osoba) su isto osobe sa psihičkim i organskim smetnjama, a nemaju status osoba s invaliditetom i one, zapravo, predstavljaju jednu od najteže zapošljivih skupina na tržištu rada.

Kada govorimo o osobama sa psihičkim smetnjama, možemo reći da ova skupina ima sigurno daleko veći broj evidentiranih nezaposlenih osoba, međutim zbog stigme koja prati ove osobe, često savjetnicima koji se bave njihovim zapošljavanjem i ne kažu svoje zdravstvene poteškoće.

Treba naglasiti da većina nema riješen status osoba s invaliditetom (u skladu sa Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom) te se zapošljavaju i koriste mjere aktivne politike kao i sve druge zdrave nezaposlene osobe.

U pružanju organizirane stručne pomoći u zapošljavanju ove skupine nezaposlenih osoba važna je podrška u prilagodbi na radnom mjestu te podrška poslodavcima u organizaciji radnog procesa i osiguranju uvjeta za rad.

Bitno je upoznati poslodavce s mogućnostima i specifičnostima osoba sa psihičkim poremećajima, poticajima prilikom njihova zapošljavanja te nastojati senzibilizirati poslodavce uz korištenje postojećih primjera

dobre prakse.

Kroz dugogodišnji rad na profesionalnoj rehabilitaciji u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje Područnoj službi Zagreb pokazani su dobri rezultati u zapošljavanju osoba s invaliditetom

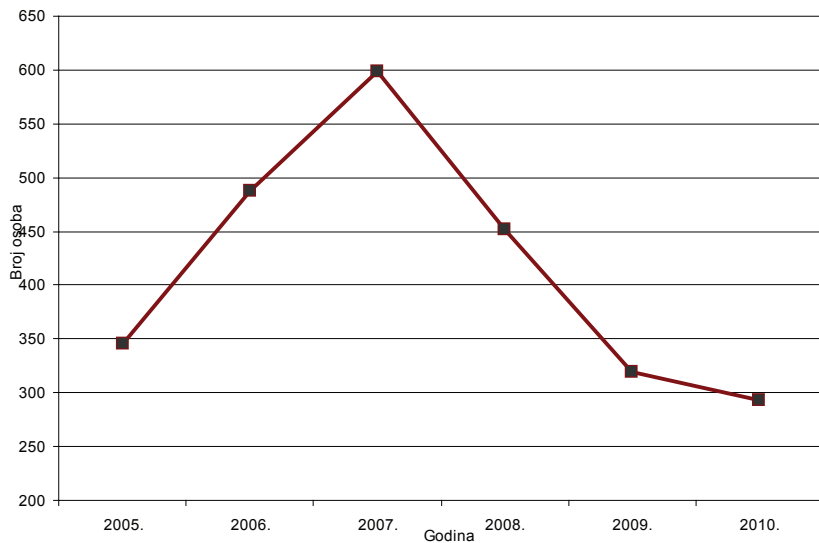
Prilog 1.

**Zaposlene osobe s invaliditetom u PS Zagreb
2005. – 2010.**

Godina	Zaposlene osobe s invaliditetom	
	Ukupno	Psihičke i organske smetnje
2005.	346	10
2006.	488	5
2007.	599	12
2008.	452	9
2009.	319	8
2010.	293	7

Prilog 2.

**Zaposlene osobe s invaliditetom na razini Područne službe Zagreb
u razdoblju 2005.-2010. godine**



Prilog 3.

Pregled nezaposlenih osoba s invaliditetom i osoba s faktorima otežane zapošljivosti prema razini obrazovanja i spolu na dan 31. 3. 2011.

PHS

Hrvatski zavod za zapošljavanje
Prema razini obrazovanja

Pregled nezaposlenih osoba s invaliditetom i osoba s faktorima otežane zapošljivosti prema razini obrazovanja i spolu na dan 31.3.2011.

Kategorija osoba	UKUPNO		Izobrazili i obrazovani		Osnovna škola		50% završenih od 3 spol. i seks. razlika		Osimni		Nedipl. i ostali fakult. studij		Diplomirani i magistarski studij	
	Ukupno	Zene	Ukupno	Zene	Ukupno	Zene	Ukupno	Zene	Ukupno	Zene	Ukupno	Zene	Ukupno	Zene
1. Osoba s invaliditetom	1525	672	60	31	225	51	1725	551	142	26	13	36	15	53
1.1. Mlpa invalidi	116	57	1	1	7	1	5	2	70	2	8	4	15	4
1.2. Težakoznačena mladići	1249	597	13	6	110	27	1010	495	74	1	10	10	15	10
1.3. Invalidi ruku	328	138	6	1	110	28	102	25	106	47	15	10	15	15
1.4. Ostali invalidi	202	131	37	24	74	38	78	37	55	27	5	3	7	2
1.5. Invalidi demencijski oštećenje	11	2	3	1	24	3	31	17	22	1	4	2	1	5
1.6. Ostalo oštećenje vida	11	2	1	1	2	1	31	17	22	10	1	3	1	5
1.7. Ostalo oštećenje sluha	149	77	7	2	8	6	110	38	46	28	2	1	3	1
1.8. Ostalo oštećenje govora	278	113	8	2	48	18	110	38	15	33	1	12	3	10
1.9. Ostalo oštećenje kretanja	28	11	3	1	24	1	24	1	2	1	1	1	1	1
1.10. Ostalo oštećenje pamćenja i koncentracije	103	31	8	5	30	11	59	27	13	6	3	8	3	10
1.11. Ostalo oštećenje organizacije	131	48	3	1	24	5	52	15	33	13	6	3	8	10
1.12. Ostalo oštećenje pamćenja	118	48	15	7	36	18	54	15	46	27	10	8	5	17
1.13. Ostalo oštećenje organizacije	517	221	17	13	74	32	342	145	57	10	6	1	4	2
2. Osoba s faktorima otežane zapošljivosti	7446	4762	775	485	2477	1651	2197	1275	815	361	235	112	111	256
2.1. Osoba s oštećenjem osjetila	112	43	11	2	38	19	28	7	26	12	1	5	2	2
2.2. Osoba s oštećenjem pamćenja	248	122	11	7	111	45	104	25	56	31	8	5	5	6
2.3. Osoba s oštećenjem govora	8	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
2.4. Osoba s oštećenjem kretanja	182	417	65	35	203	174	183	95	102	41	27	12	8	18
2.5. Ostalo oštećenje pamćenja	42	21	2	1	5	3	35	17	39	21	12	13	7	22
2.6. Ostalo oštećenje organizacije	354	181	20	7	88	53	103	49	77	39	21	12	13	7
2.7. Ostalo oštećenje pamćenja	18	17	12	1	25	6	21	4	24	7	3	7	3	7
2.8. Ostalo oštećenje organizacije	32	13	5	3	15	6	12	4	3	2	1	2	1	2
2.9. Ostalo oštećenje pamćenja	633	581	44	38	105	107	178	105	136	22	20	25	22	44
2.10. Ostalo oštećenje organizacije	13	10	4	3	7	6	1	1	1	1	1	1	1	1
2.11. Ostalo oštećenje pamćenja	3383	2247	425	278	1125	788	1017	615	478	338	178	118	58	42
2.12. Ostalo oštećenje organizacije	1188	1131	174	110	625	385	546	317	189	181	57	44	27	73

Provedbom mjera Nacionalnog plana za poticanje zapošljavanja za 2011. i 2012. godinu koja uključuje državne poticaje za sufinanciranje zapošljavanja i obrazovanja omogućeni su poticaji poslodavcima.

Mjere iz nadležnosti HZZ-a usmjerene su na poticanje motivacije za zapošljavanje, sufinanciranje i financiranje obrazovanja i sufinanciranje zapošljavanja dugotrajno nezaposlenih osoba i drugih skupina nezaposlenih kojima prijete socijalna isključenost, kao i skupinama kojima prijete dugotrajna nezaposlenost zbog gubitka zaposlenja.

1. MJERE KOJE SE SMATRAJU POTPORAMA ZA ZAPOŠLJAVANJE

- Sufinanciranje zapošljavanja mladih osoba bez radnog iskustva
- Sufinanciranje zapošljavanja dugotrajno nezaposlenih osoba
- Sufinanciranje zapošljavanja osoba iznad 50 godina
- Sufinanciranje zapošljavanja osoba s invaliditetom
- Sufinanciranje zapošljavanja posebnih skupina nezaposlenih osoba
- Sufinanciranje zapošljavanja nezaposlenih osoba na dijeljenom radnom mjestu
- Sufinanciranje zapošljavanja zamjenskog radnika
- Sufinanciranje samozapošljavanja nezaposlenih osoba

2. MJERE KOJE SE SMATRAJU POTPORAMA ZA USAVRŠAVANJE

- Sufinanciranje obrazovanja zaposlenih

3. MJERE KOJE SE NE SMATRAJU POTPORAMA ZA ZAPOŠLJAVANJE

- Obrazovanje nezaposlenih
- Stručno osposobljavanje za rad bez zasnivanja radnog odnosa
- Javni radovi
- Potpora za očuvanje radnih mjesta

Poslodavci koji ne mogu koristiti potpore za zapošljavanje i očuvanje radnih mjesta

Potpore za zapošljavanje ne mogu se dodijeliti poslodavcima koji sredstva za rad i plaće radnika osiguravaju iz Državnog proračuna po posebnim ugovorima s tijelima državne i javne uprave (primjerice dječji vrtići u privatnom vlasništvu, obiteljski domovi za skrb o starijim i nemoćnim osobama, ugovorene zdravstvene ordinacije i sl.), bez obzira na status vlasništva.

Potpora za zapošljavanje ne može se odobriti za zapošljavanje vlasnika, suvlasnika, osnivača, člana uprave, direktora, prokurista kao ni za osobe koje poslodavac mora zaposliti zbog ispunjavanja zakonskih uvjeta (stručne osobe, poslovođe, ovlašteni projektanti i sl.).

Obiteljska poljoprivredna gospodarstva ne mogu koristiti potpore za zapošljavanje jer nisu registrirana u skladu sa Zakonom o obrtu ili Zakonom o trgovačkom društvu.

Poslodavci koji nemaju zaposlenog radnika ne mogu koristiti potpore za zapošljavanje jer su potpore usmjerene na osobe u nepovoljnom položaju na tržištu rada te im je nužno uvođenje u posao i praćenje tijekom procesa rada.

Poslodavci koji imaju nepodmirene obveze prema Potvrdi Porezne uprave uz izuzeće poslodavaca koji imaju Rješenje MF-Porezne uprave o obročnoj uplati nepodmirenih obveza.

Potpore za samozapošljavanje:

- za registraciju obrta ili trgovačkog društva za obavljanje djelatnosti trgovine i ugostiteljstva,
- za registraciju i obavljanje sezonskog obrta, obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva,
- za osobe koje su već koristile poticajna sredstva za samozapošljavanje po prijašnjim programima mjera aktivne politike u nadležnosti Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje i drugih institucija,
- za osobe koje su podnijele zahtjeve za dodjelu sredstava drugih davatelja potpora za samozapošljavanje (MINGORP, MOBMS...),
- za osobe koje koriste potpore drugih davatelja potpora za samozapošljavanje,
- za osobe koje traže potporu temeljem preuzimanja djelatnosti od prijašnjih vlasnika.

Potpore za očuvanje radnih mjesta:

- obiteljska poljoprivredna gospodarstva,
- poslodavci koji se prema posebnim propisima koji uređuju područje državnih potpora smatraju poslodavcem u poteškoćama,
- poslodavci koji su korisnici potpora za zapošljavanje.

Treba naglasiti da poslodavci prilikom zapošljavanja osoba s invaliditetom mogu kumulativno koristiti potpore za zapošljavanje preko HZZ-a i sredstva Fonda za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom.