



**Фондация “Глобална инициатива в психиатрията – София”**  
**Проект “Социално предприятие и рехабилитация”**

## **Психично здраве и трудова заетост**

Наръчник за работодатели

С подкрепата на Програма МАТРА, Министерство на външните работи,  
Кралство Нидерландия

София  
2010

## Съдържание

Увод	3
Психично здраве и работно място	4
Икономически измерения	13
С какво допринася стигмата	15
Митове и факти за трудовата заетост и психичната болест	18
Работно място и психично здраве	23
Насърчаване на работодателите	28
Малко за усилията в тази насока	34
Общи препоръки	43
Специфични препоръки	44
Заклучение	49
Използвана литература	50

## УВОД

Взаимоотношенията между проблемите с психичното здраве и заетостта са доста сложни. Може би най-очевидното е, че проблемите в психичното здраве предизвикват загуба на работа. Но също така безработицата (както и заетостта с определени характеристики) предизвикват проблеми в психичното здраве.

Този наръчник хвърля един бегъл поглед на тези отношения. Той започва с преглед на психичното здраве на работещите, като прави кратък преглед на съществуващите данни. След това разглежда икономическите измерения на лошото психично здраве. Спира се на ролята на стигмата. Атакува някои разпространени митове за заетостта и психичното здраве. След което поглежда нещата от обратната страна – как заетостта се отразява на психичното здраве. Разглежда въпроса за средствата за насърчаване на работодателите, предвидени от българското законодателство. И завършва с някои препоръки – както касаещи по-разпространени проблеми, свързани с психичното здраве, така и оказването на подкрепа на хора с тежки психични заболявания.

## ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ И РАБОТНО МЯСТО

### Разпространеност

Общо 39 000 000 души на възраст между 18 и 54, живеещи в САЩ – 27% от хората в тази възрастова група – всяка година страдат от поне едно психично или свързано със злоупотреба с психотропни вещества разстройство. От тях 72% работят (общо 28 000 000 души). Разликите между мъжете и жените са незначителни. Според други изследвания, направени пак в САЩ, 18.2% от работещите са посочили, че през предишните 30 дни някакво психично разстройство е попречило на изпълняването на работните им задължения. Психичните разстройства са най-разпространени при служителите между 18 и 24 годишна възраст, които са 37% от работната сила.

Възраст	Работещи (милиони) хора с психично разстройство	% от работната сила на населението
18 – 24	6.2	37
25 – 34	8.2	25
35 – 44	8.5	21
45 – 54	5.0	17
<b>Общо</b>	<b>27.9</b>	<b>23</b>

Според друг източник, трима от всеки 10 служители ще имат някаква форма на психично-здравен проблем в рамките на текущата година (Mind, 2005; WHO 2000). Най-малкото един човек от шест изпада в депресивно настроение в някакъв момент от живота си; един от двадесет развива клинична депресия (Mind, 2009). Приблизително една трета от хората в Обединеното кралство, които получават помощи поради невъзможност да работят, го правят заради психично-здравни проблеми (Mental Health Foundation, 2009).

У нас имаме сходна картина, свързана с честата психична болест (тревожните и депресивните разстройства). По данни на СЗО<sup>1</sup> „при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. ... Що се отнася до честите психични разстройства, които не водят до драстични нарушения в социалното функциониране, но имат огромна разпространеност, предварителните данни на наскоро завършилото международно сравнително епидемиологично проучване (EPiBUL по инициатива на СЗО, септември 2006 г.) на случайно подбрани извадки от населението на възраст над 18 г. дава подробна картина на ситуацията в България. За едногодишен период в България те достигат до 20% от общата болестност, което е сред най-високите нива в сравнение с останалите 7 европейски участващи страни. Като най-голяма част от тази едногодишна

<sup>1</sup> Световната здравна организация

болестност заемат тревожните разстройства - 13.1%, следвани от депресията-8.5%.

**Табл. 1. Чести психични разстройства (% от общото население над 18 години). Сравнителна таблица с няколко европейски страни**

Държава	Тревожно разстройство	Разстройство на настроение	Разстройство контрол на импулсите	Злоупотреба с вещества	Всички
България	13,1	8,5	-	1,7	19,8
Белгия	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
Германия	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Италия	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Испания	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Украйна	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
Франция	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Холандия	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9

*Източник: ЕПИБУЛ 2006 („Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията. 2005 – 2007 година“)*

#### **Кои са основните заболявания, които оказват влияние?**

- Депресия
- Зависимост от психоактивни вещества
- Тревожни разстройства
- Самоубийства
- Съпътстваща болестност (например, депресия и физическо заболяване, или психична болест и физическо заболяване, или епилепсия и психоза)
- Психози

#### **Депресия**

##### Малка справка

“При ... [афективните] разстройства основното нарушение е промяна в настроението или афекта, обикновено към потиснатост (с или без придружаваща тревожност), или към приповдигнатост. Тази промяна в настроението обикновено се съпровожда от изменения в общото равнище на активност и повечето от другите симптоми са или вторични по отношение на промените в настроението и активността, или са лесно разбираеми в техния контекст. Повечето от тези разстройства имат тенденция към повторяемост и началото на отделните епизоди често е свързано със стресови събития или ситуации. ...

Термините “мания” и “тежка депресия” са използвани, за да обозначат двата противоположни края на афективния спектър; “хипомания” се използва

за означаване на междинното състояние без налудности, халюцинации или пълно разстройване на нормалното поведение, което се наблюдава често (но не единствено), когато пациентите навлизат в или се възстановяват от мания.

“Депресия е психично разстройство, при което водещи са пониженото настроение, загубата на интереси, на способността за изживяване на радост и удоволствие, намаление на енергията, водещо до повишена уморемост и спад на активността. Симптоми на депресивния епизод по МКБ-10 се делят на А) главни симптоми: подтиснато настроение; безрадостност/загуба на интереси; снижени подтици, и б) други чести симптоми: слабост на концентрацията, понижена самооценка, чувство за вина, затормозеност/неспокойствие; себеувреди; разстройства на съня; спад на апетита; намалено либидо” (Десета ревизия на Международната класификация на болестите, 1990).

- По-младите служители, по-специално – по младите жени, в най-голяма степен страдат от депресия. Повлияни са 15% от жените и 9% от мъжете на възраст между 18 и 24 години. Макар че след 25 години разпространеността намалява, депресията остава много разпространена.
- Депресията е еднакво разпространена в сферата на обслужване и тази на производството - средно 8%.
- Според оценките 5.8% от мъжете и 9.5% от жените ще имат депресивен епизод в рамките на предстоящи 12 месеца.
- Ако тази тенденция се запази, през 2020 депресията ще се превърне във втората по значимост причина за инвалидност и смъртност в световен мащаб.

Разпространеност на депресията по възраст и пол (в милиони)

Възраст	Мъже	Жени	Общо мъже и жени
18-24	0.9	1.1	2.0
25-34	1.1	1.6	2.7
35-44	1.3	2.0	3.3
45-54	0.5	1.5	2.0
<b>Общо</b>	<b>3.8</b>	<b>6.2</b>	<b>10.0</b>

### Зависимост от психоактивни вещества

#### Малка справка

Диагнозата „Зависимост към психоактивни вещества” се поставя при наличието на диагностичните показатели, които обхващат съчетание от физиологични, поведенчески и когнитивни явления, които трябва да се наблюдават заедно в пациента в определен интервал от време – 1 година. Особено важно е извеждането на силното, понякога непреодолимо субективно желание за употреба на вещества, медикаменти, алкохол или тютюн като водещ

симптом, при което вече не е необходимо да е налице физическа зависимост изразена в абстиненция, за да бъде поставена диагнозата.

**Табл. 1** Критерии за Зависимост към психоактивни вещества по МКБ -10

1. Силно желание или чувство на вътрешна принуда да се приемат психоактивни вещества
2. Затруднен контрол върху приема на психоактивното вещества по отношение на началото, края или нивото на употреба
3. Физиологично състояние на абстиненция
4. Данни за повишен толеранс
5. Прогресивно отпадане за алтернативни удоволствия или интереси, поради употребата на психоактивното вещество; нужда от повече време за доставка или възстановяване
6. Продължаване на употребата, въпреки наличието на очевидни вредни последици

Времева продължителност – едновременно съществуване на поне 3 показателя поне през последната година. Не е необходимо наличие на физическа зависимост за поставяне на диагнозата” (Консенсусно становище относно препоръчителен подход за лечение на зависимости, 2002).

Включва употребата на:

- Алкохол
- Опиоиди (хероин)
- Канабиоиди (марихуана)
- Успокоителни и приспивателни
- Кокаин
- Други стимуланти
- Халюциногени
- Тютюн
- Летливи разтворители

Разпространеност.

- Злоупотребата с алкохол и зависимостта от него е най-разпространена сред по-младите служители, особено сред младите мъже. Засегнати са 24% от работещите мъже на възраст от 18 до 24, и 11% от работещите жени в същата възрастова група.
- Заетите в производството е почти два пъти по-вероятно да имат проблеми от този тип, отколкото заетите в обслужването (12% и 7% респективно).
- В повечето региони по света алкохолът е най-употребяваното вещество. Злоупотребата с алкохол допринася за 1.5% от общата смъртност. Злоупотребата с алкохол и други вещества предизвиква нарастване на отсъствията от работното място, спадане на продуктивността, увеличаване на броя на инцидентите на работното място, кражбите и повишена склонност към агресивно поведение, включително на работното място и у дома.

Естествено, трудно е да се направи точна статистика за употребата на психоактивни вещества на работното място. Тя много зависи от представите за приемливото ниво на употреба. Като цяло се приема, че цифрите са занижени.

Разпространеност на зависимостта от психоактивни вещества по възраст и пол (в милиони).

Възраст	Мъже	Жени	Общо
18-24	2.3	0.8	3.1
25-34	2.3	1.0	3.3
35-44	2.2	0.6	2.8
45-54	1.0	0.2	1.2
<b>Общо</b>	<b>7.8</b>	<b>2.6</b>	<b>10.4</b>

### Тревожни разстройства

#### Малка справка

“Тревожността е ... чувство, възникващо в ситуации на опасност и отключващо инстинкта за самосъхранение. Този инстинкт може да се прояви в три основни направления - бягство, нападение, вцепенение (мнима смърт). Тревожността е “токсична” за здравия разум. Колкото по-силно изразена е тя, толкова по-силно е блокирана способността на човек да мисли логично и рационално и да разсъждава разумно. Силната тревожност отключва примитивното инстинктивно поведение.

Не винаги опасността е ясно очертана. Понякога тя се долавя смътно, интуитивно. Често тя не е външна, а е локализирана във вътрешното, интрапсихичното пространство. Понякога е илюзорна, ирационална, несъществуваща обективно. Друг път е провокирана от вътрешен психологически конфликт, проявен от сблъсък между две взаимно изключващи се, противоположни тенденции или желания.

Тревожността като субективно емоционално преживяване, независимо от нейния произход, винаги се интерпретира като сигнал за наличие на опасност. Когато тази опасност не е свързана с външно, обективно настъпило събитие (или такова събитие не е било регистрирано от съзнанието), тя се проявява като дифузна, безобектна, генерализирана тревожност. Този вид тревожност е най-мъчителна за понасяне. Тя е навсякъде около нас и в същото време никъде. Като гъста мъгла. Или като непрогледна тъмнина. Не виждаш нищо, нямаш никакъв ориентир, но знаеш, че всяка крачка, накъдето и да поемеш, може да бъде фатална. В такива случаи опасността, ако изобщо съществува обективно, не може да бъде локализирана. Отсъствието на възможността за сетивен (напр. визуален) контрол върху света около нас, само по себе си се интерпретира като опасност и предизвиква безпокойство, тревожност или дори панически страх. Защото не разполагаме с надеждна информация, въз основа на която да предприемем действителен контрол над източника на опасност” (Сотиров, 2008).

Известно ниво на тревожност (притеснение) е нормално и обичайно; нещо повече, това може да допринесе за качеството на работата. Сериозната



тревожност пречи на усвояването на нова информация, планиране на дейностите и изпълняването на сложни задачи. Тревожните разстройства са много разпространени. В Австралия, например, при 9.7% от населението съобщават за симптоми на тревожни разстройства. Като цяло, тези проблеми са по-разпространени сред жените и при хората между 18 и 55 години.

Особено значение има социалната фобия. Тя е третото по разпространеност заболяване сред служителите в САЩ и засяга най-вече по-младите работници, както и жените (повече, отколкото мъжете). Служителите в сферата на обслужването е почти два пъти по-вероятно да имат този проблем (9% срещу 5% съответно).

#### Малка справка

«[социалните фобии] ... често започват в юношеството и се центрират около страх от критично отношение от страна на други хора в сравнително малки групи (противоположно на тълпите), водещ до избягване на социални ситуации. За разлика от повечето други фобии, социалните фобии се срещат еднакво често при мъжете и жените. Те може да са дискретни (т.е. ограничени до хранене на публични места, говорене пред публика, срещи с противоположния пол) или дифузни, включващи почти всички социални ситуации извън семейния кръг. От значение може да е страхът от повръщане на публично място. Директната конфронтация очи в очи може да е особено стресираща в определени култури. Социалните фобии обикновено са съпроводени с понижена самооценка и страх от критика. Те могат да се проявят като оплаквания от изчервяване, треперене на ръцете, гадене или позиви за уриниране. Пациентът понякога е убеден, че една от тези вторични прояви на тревожност е основният му проблем; симптомите могат да се задълбочат до пристъпи на паника. Избягващото поведение често е много отчетливо и в екстремни случаи може да доведе до почти пълна социална изолация” (Консенсусно становище относно препоръчителен подход за лечение на зависимости, 2002).

#### Разпространеност на социалната фобия

Възраст	Мъже	Жени	Общо
18-24	0.8	0.7	1.5
25-34	0.8	1.1	1.9
35-44	1.0	1.5	2.5
45-54	0.8	1.1	1.9
<b>Общо</b>	<b>3.4</b>	<b>4.4</b>	<b>7.8</b>

#### Самоубийства

Всяка година 500 000 работници правят опит да се самоубият. През 1999 г., 19 794 души на възраст между 18 и 54 са починали от самоубийство. От тях 60% са били заети към момента на смъртта. 55% от извършващите опити са жени. Самоубийствата са 4-тата водеща причина за смъртност сред работещите хора на тази възраст.

Работещите хора между 18 и 54 години е 2 пъти по-вероятно да умрат от самоубийство, отколкото безработните в същата възрастова група. Най-много самоубийства се извършват от работещите хора (мъже и жени) между 35 и 44 години (34% от самоубийствата сред мъжете и 31% сред жените). Работещите мъже е два пъти по-вероятно да умрат от самоубийство, отколкото работещите жени (10% срещу 5%).

През 1999 година сред извършилите самоубийство от всеки осем починали - седем са били мъже.

- 67% от самоубийствата се извършват от хора в производството.
- 34% от служителите, извършили самоубийство, са мислили за приключване на живота си през месеца, предшестващ смъртта – при само 1% служители, починали от други причини, правили същото.
- Близките на 69% от индивидите, извършили самоубийство, съобщават, че починалите често са обмисляли извършването му.
- 46% от заетите към момента на извършването на самоубийство са споделили с близък, че имат проблем с психичното здраве. За сравнение – 10% от починалите от други причини са говорили за проблеми с тяхното психично здраве.
- 86% от служителите, опитали самоубийство през последната година, страдат от едно или повече психиатрични разстройства.
- 2% от служителите с психично разстройство са направили опит да се самоубият през последната година.
- Служителите с биполарно разстройство са с най-висока вероятност да направят опит за самоубийство (8%). Работниците с паническо разстройство са с 6% вероятност; тези с дистимия – с 5%.

#### Разпространеност на самоубийствата според възрастта

Възраст	Мъже	Жени
18-24	18%	15%
25-34	34%	29%
35-44	20%	25%
45-54	28%	31%

#### Съпътстваща болестност

Проблемите в соматичното и психичното здраве често са взаимосвързани. Например, сред хората с определени физически разстройства (като високо кръвно налягане, епилепсия, диабет, рак, Синдром на придобитата имунна недостатъчност (СПИН) и туберкулоза, инфаркт на миокарда или инсулт), депресията е по-разпространена. Подобна депресия може не само да влоши здравословното състояние, но и да предизвика по-слабо придържане към лечението. На свой ред, стресът допринася за влошаване на здравословното състояние (например, повишаване на кръвното налягане).

Също така, някои психично здравни проблеми често се случват заедно. Например, хората с тревожно разстройство често имат и депресия. По подобен

начин, мнозина от злоупотребяващите с психотропни вещества също така имат и депресия или тревожност.

## Психотични разстройства

### Малка справка

“Психозите се отличават от останалите психични разстройства по това, че по време на периодите на обостряне те водят до сериозно нарушаване на връзката на болния с реалността; възприятията и представите за себе си, околните и света, както и способността за самоконтрол са тежко нарушени. Почти винаги това води до отклонения в поведението. Липсата на критичност към болестните преживявания и несъответното поведение е типична характеристика за острата фаза на психозите.

Друга особеност на психотичните разстройства, поради която те се обозначават като тежки, е тенденцията им да хронифицират. Понякога те довеждат до трайни психични увреждания. Независимо от рисковете, възстановяването след прекаран психотичен епизод е напълно възможно. Колкото по-драматично протича една психотична криза, толкова по-големи са шансовете за бързо и пълно възстановяване. Процесът на възстановяване зависи също от времето на започване на лечение – колкото повече се отлага лечението, толкова по-труден е процесът на възстановяване” (Сотиров, 2007).

Едно специално психотично заболяване е като емблема на всички психози – шизофренията.

### Малка справка

“Шизофренните разстройства най-общо се характеризират с фундаментални и характерни отклонения в мисленето и възприятията, и с афект, който е или несъответен или притъпен. Яснотата на съзнанието и интелектуалните възможности обикновено са запазени, въпреки че с течение на времето може да настъпи известен когнитивен дефицит.

Нарушенията засягат най-основните функции, които дават на здравия човек чувство за индивидуалност, неповторимост и самостоятелност. Най-интимните мисли, чувства и действия често се преживяват като узнавани от или споделени с околните, поради което могат да се развият обяснителни налудности в смисъл, че са налице естествени или свръхестествени сили, които влияят върху мислите и постъпките на заболелия по начини, които често са нелепи. Болките могат да се преживяват като средоточие на всички събития. Халюцинациите - особено слухови - са чести и могат да коментират поведението или мислите на лицето. Възприятната дейност е често нарушена и по други начини: цветовете или звуците могат да изглеждат необичайно ярки или качествено променени, а маловажни особености на обикновени неща да се възприемат като по-значими от предмета като цяло или от ситуацията. В ранния период често се наблюдава недоумение, което води до убеждението, че всекидневни ситуации притежават особен, обикновено зловец смисъл, предназначен единствено за болния. При характерното шизофренно разстройство на мисленето, периферни и несъществени елементи на дадено

понятие, които при нормална целенасочена мисловна дейност се подтискат, излизат на преден план и се използват вместо онези, които са съществени и съответни на ситуацията. Така мисленето става неясно, незавършено и непроницаемо, а изразяването му в речта е понякога неразбираемо. Прекъсванията или вмятанията в потока на мисленето са чести, като мислите понякога се преживяват като отнемани от външна сила. Настроението обикновено е с намалена амплитуда, непостоянно или несъответно. Амбивалентността и разстройствата на волята могат да се проявяват като инертност, негативизъм или ступор.

Може да е налице кататония. Началото на заболяването може да бъде остро, със сериозни нарушения на поведението или подмолно, с постепенно развитие на странни идеи и поведение. Протичането също показва голямо разнообразие и в никакъв случай не е неизбежно хронично или водещо до упадък (протичането се уточнява чрез петкодов знак). В известен процент от случаите, който може да варира в различните култури и популации, изходът е пълно (или почти пълно), възстановяване. Двата пола се засягат приблизително еднакво, но началото на заболяването е с тенденция да настъпва по-късно при жените” (Консенсусно становище относно препоръчителен подход за лечение на зависимости, 2002).

Според СЗО, във всеки един момент от времето, от шизофрения страда 0.4% от населението. Повечето от тях, обаче, са без работа. В Обединеното кралство, например, повече от 50% хората с шизофрения са класифицирани като трайно неспособни да работят (което не е задължително вярно); само един от всеки осем наистина работи.

## ИКОНОМИЧЕСКИ ИЗМЕРЕНИЯ

Въпросът за икономическите измерения всъщност е въпросът за парите: Колко ни струва лошото психично здраве?

Това е труден въпрос. Трудно е намирането на начин да се определи стойността на лошото психично здраве; също така е трудно да погледнем цифрите. Все пак, има някои основни индикатори, които ни позволяват да се ориентираме във влиянието на нарушеното психично здраве върху продуктивния живот:

- Пропуснати работни дни;
- Намалена продуктивност/производителност на работното място. Второто, сякаш, има доста по-голям икономически ефект;
- Нараснали разходи;
- Намалени ползи.

Най-грубо казано, обаче, има значение дали става дума за работещи в офис („бели якички“) или в производството („сини якички“).

### Пропуснати работни дни

В много развити страни 35–45% от пропуснатите работни дни се дължат на психично здравни проблеми. В Обединеното кралство, например, тези проблеми са втората по значение причина за отсъствие от работа (като предизвикват между 5 и 6 милиона пропуснати работни дни годишно). Има данни за засилване на тази тенденция: според канадския университет Лавал отсъствието от работа поради „психологически причини“ е нараснало с 400% от 1993 до 1999.

Служителите с психично разстройство е над 5 пъти по-вероятно да пропуснат работни дни. Сред тях най-възможно да пропуснат работни дни са хората с

- Паническо разстройство
- Биполарно афективно разстройство
- Голяма депресия
- Социална фобия
- Генерализирано тревожно разстройство

Хората с биполарно афективно разстройство показват най-силна загуба на работоспособност. Но това заболяване е с относително по-ниска разпространеност, затова загубите, причинени от него, са по-ниски.

### Намалена продуктивност на работното място

Според статистика от САЩ, броя на дните с намалено (поради психично-здравни проблеми) производство е средно 31 на 100 работника на месец. В голяма финансова компания в САЩ депресията е причинила средно 44 работни дни с намалена продуктивност за всеки страдащ от това

разстройство служител. За сравнение: сърдечните заболявания са причинили 42 дни, болката ниско в гърба – 39 дни, астмата – 21.

### **Нарастнали разходи**

В Съединените щати всеки служител с депресия струва на работодателя приблизително 3 000 щатски долара. Тази сума се формира не толкова от стойността на лечението, колкото поради пропуснати работни дни и намалена производителност.

### **Косвени разходи**

Те са в резултат от:

- спадане на работния дух и възможността да се работи.
- честа смяна на персонала (набирането на нови хора и тяхното въвеждане и обучение струват пари)
- ранно уволняване
- инвестирано от мениджърите време за решаване на проблеми, свързани с психичното здраве
- временно ангажиране на колегите за изпълняването на пропуснатите задачи
- оплаквания и съдебни процеси, свързани с психично-здравни проблеми
- разходи от националния бюджет за рехабилитация и лечение

**Психичната болест понижава качеството на живот на хората с тези разстройства и техните семейства.**

Като цяло, хората с психични разстройства печелят с 22% по-нисък годишен доход от останалите. Най-засегнати са хората с паническо разстройство.

- През 1999 служителите с паническо разстройство са спечелили с 41% по-малко от обичайния за САЩ среден годишен приход за хора без психично разстройство. Служителите с голяма депресия са спечелили средно с 23% от очаквания среден доход.
- В сферата на обслужването печелят средно с 22% по-малко. Работниците в производството печелят със 17% по-малко.
- Допринасят и разходите за лечение
- Лечението може да се удължава поради трудностите с ползването на здравни услуги и взимането на отпуска по болест
- Семействата също имат трудности поради намалените доходи, повишените разходи за лечение, нарушаване на рутината в домакинството, стреса от справянето с промененото поведение и ограничаването на социалните дейности

## С КАКВО ДОПРИНАСЯ СТИГМАТА

### Малка справка

В древна Гърция телесни знаци или “стигмати” са били изрязвани или изгаряни по телата на хора, които е трябвало да бъдат белязани като различни. Съвременната употреба на понятието е свързана със социолога Ървин Хофман, според който стигмата е дълбоко дискредитиращ атрибут, който оставя от целия човек само позорното петно. Други изследователи казват, че стигмата е характеристика, която влиза в противоречие с нормите на групата; под нормите разбират споделени убеждения как хората трябва да се държат. Подобно е и друго определение на стигмата: реална или приписвана характеристика на стигматизираните индивиди, издаваща социална идентичност, лишена от стойност в конкретната група.

Използването на съществителното „стигма” в този случай е малко подвеждащо. Както цитираните по-горе дефиниции подсказват, става дума за обществени процеси, при които отношението към определени хора се променя в зависимост от наличието на дадени характеристики в тяхното поведение или външен вид. Стигмата (подсказващата разлика) е само брънка във верига от действия и последици. Не може да се говори за стигма, без да се каже, че отношението към носителите ѝ е дискриминативно (различно), отколкото към останалите хора. Стигмата предполага няколко различни компонента:

- Хората разпознават и обозначават определени разлики между човешките същества. Именно тези разлики, които могат да бъдат относително лесно разпознати, представляват стигмата в тесния смисъл на думата – белегът, който показва неприемливата същност. Подобна разлика е цветът на кожата, например.
- Според господстващите в дадената култура вярвания, обозначените индивиди притежават набор от нежелани характеристики (това се нарича “негативен стереотип” в социологията). Отделен въпрос е доколко тези групи наистина притежават характеристиките, които им се приписват. Важното е, че в дадена култура твърдо се вярва, че ги притежават. Това се нарича “стигматизиране”.
- Обозначените индивиди са обединени в една категория, различна от обхващащата останалите хора категория: групата се разделя на “нас” и “тях”. Не-стигматизираните се отдръпват, за да не бъдат случайно включени.
- Включването в категорията на “различните” предизвиква негативна дискриминация: членовете на тази група имат по-малко възможности и права от останалите, понякога са преследвани и дори физически унищожавани (като евреите от национал-социализма).
- Целият процес е възможен при условие, че категоризиращите притежават властта (социална, икономическа или политическа) да наложат мнението си. Стигматизацията се осъществявала – и продължава да се осъществява – по много признаци:
- Етническа принадлежност;

- Сексуална ориентация: хората с хомосексуална ориентация често са подложени на дискриминативно отношение;
- Възраст: възрастните хора са стигматизирани (опитайте да си намерите работа след 40-годишна възраст; за някои работни места възрастовата граница е много по-ниска);
- Определени заболявания: СПИН, рак, деменция, психични заболявания (най-вече – шизофрения) и т.н.

Гълексън пише за шизофренното разстройство на брат си: “За мен стигма означава страх, който пречи да вярвам в силите си. Стигмата е загуба, която води до непреодолима скръб. Стигмата означава да нямаш достъп до ресурси... Стигмата означава да бъдеш невидим или да ти се карат, което води до конфликт. Стигмата е понижена оценка на семейството и силен срам, което кара човек да цени себе си по-малко. Стигмата е потайност... Стигмата е гняв, който предизвиква дистанция. Най-важното е, че стигмата е безнадеждност, която води до безпомощност.” (Германов, 2005).

Според скринингово изследване от проведени анкетни проучвания на случайни хора, 66% от служителите съобщават за психично-здравни симптоми, за които никога не са се обръщали към специалист. Работещите в производството е по-малко вероятно да потърсят помощ за симптомите си.

- 71 % от служителите с 1 психично разстройство и 57 % от служителите с 2 или повече такива никога не са търсили помощ от психолог, психиатър или друг лекар.
- Само 14 % от служителите с психично разстройство са получили помощ през последните 12 месеца.
- Мъжете е по-вероятно да не търсят помощ. 74 % от мъжете и 58 % от жените никога не са се обръщали към специалист.
- Работниците в производството е по-малко вероятно да потърсят помощ, отколкото тези в обслужването (76 % срещу 56 %).
- 74 % от хората със зависимост от алкохол или други психотропни вещества; при депресията този процент е 56.

#### **Според разстройството са потърсили помощ**

- 30 % от хората с генерализирано тревожно разстройство
- 28 % от хората с биполарно афективно разстройство
- 27 % от хората с паническо разстройство (агорафобия)
- 23 % от хората с депресия

#### **Още малко за стигмата**

- 90% от хората с психично-здравни проблеми казват, че искат да работят; само 20% от хората с тежка психична болест работят в сравнение с 65% от хората с проблеми с физическото здраве и 75% от общата популация (IPPR, 2004)



- 40% от хората с психиатрични проблеми казват, че им е била отказана работа заради заболяването им (Mental Health Foundation, 2006)
- Една трета от работодателите вярват, че хората с психично заболяване са по-ненадеждни от другите; 38 % казват, че не биха взели на работа някой с психично-здравен проблем (Shaw Trust, 2006)
- 47% от хората с психично-здравни проблеми казват, че са преживели дискриминация на работното място (Mental Health Foundation, 2006)

## МИТОВЕ И ФАКТИ ЗА ТРУДОВАТА ЗАЕТОСТ И ПСИХИЧНАТА БОЛЕСТ

За психичната болест има много митове. По-долу са разгледани някои от тях, като са съпоставени с известните факти.

- Мит:** Психичните заболявания не са истински заболявания, каквито са, например, заболяванията на сърдечно-съдовата система или диабета. Хората с психична болест просто са „куку“.
- Факт:** Психичните болести са заболявания на мозъка. Заболяванията на мозъка са заболявания като болестите на всеки друг орган или система в организма. Изследванията показват, че има генетични и биологични причини за психиатричните разстройства и че те могат да бъдат лекувани ефективно.
- Мит:** Аз не мога да се разболея от психична болест.
- Факт:** Психичните заболявания са изненадващо разпространени по света. Един от всеки четири души (или около 25% от хората) развива едно или повече психични заболявания в някакъв момент от живота си. Днес 450 милиона души по света страдат от психични разстройства. Психичните заболявания не подбират – те могат да поразят всеки, независимо от пола, възрастта, расата, етническата принадлежност или социално-икономическия статус. Психичните заболявания са по-разпространени от рака, диабета или болестите на сърцето. Едно от всяко пет семейства в рамките на житейския си цикъл преживява тежко психично заболяване нас свой член (като биполарно разстройство, шизофрения и клинична депресия).
- Мит:** За хората с психична болест няма надежда.
- Факт:** В момента има повече достъпни форми на лечение, стратегии за самопомощ и подкрепа в общността, отколкото когато и да било преди, и още повече възможности се задават на хоризонта. Хората с психична болест могат да се възстановят и да водят активен и продуктивен живот. Науката е показала, че надеждата играе важна роля във възстановяването.
- Мит:** Ако веднъж са развили психична болест, хората никога не се възстановяват.
- Факт:** Изследванията показват, че повечето хора с психично заболяване се подобряват, ако ползват лечение, и мнозина от тях се възстановяват напълно. Възстановяването означава, че хората пак могат да живеят, работят, учат и участват в живота на групите, към които принадлежат. За някои възстановяването означава способност да живеят пълно и възнаграждаващ живот. За други то означава намаляване или пълно премахване на симптомите. Процента на възстановени от психично заболяване надхвърля процента на възстановили се от различни заболявания на тялото: при шизофрения са 60%, при биполарно

разстройство са 80%, тежка депресия е 65% до 80%. За сравнение, успешното лечение на сърдечните разстройства е възможно при 41 до 52 процента от хората. Половината до една трета от хората с шизофрения постигат забележително подобрене или възстановяване за период от 20 до 25 години.

**Мит:** Психотерапията и групите за взаимопомощ са пилеене на време. Хората просто трябва да си взимат лекарствата.

**Факт:** Терапията винаги зависи от индивида. Съвременното лечение се опитва да комбинира различни подходи с оглед постигането на оптимален резултат.

**Мит:** Електроконвулсивната терапия (ЕКТ), или електрошокът, е болезнена и варварска процедура.

**Факт:** ЕКТ е била от изключителна полза за много хора, страдащи от тежка депресия. Тя се прилага когато други форми на лечение (като психотерапията и лекарствата) по една или друга причина не могат да се прилагат. Пациентите, на които се прилага ЕКТ, са под упойка и не изпитват нищо по време на процедурата.

**Мит:** Не мога да направя нищо за човек с психично-здравни трудности.

**Факт:** Могат да се направят много неща, като се започне с езика, който употребявате. Например: избягвайте да наричате хората "куку", "хаху", "шантавел" или като използвате диагнозата им. Вместо "шизофреник" казвайте "човек с шизофрения". Научете факти за психичното здраве и ги споделете с други, особено ако това, което чуете да се говори, не е вярно. Отнасяйте се към хората с психични заболявания с уважение, както се държите с всички останали. Уважавайте правата на хората с психични разстройства.

**Мит:** Психичната болест е същото като умственото изоставане.

**Факт:** Двата проблема са много различни. Умственото изоставане означава ограничение на интелектуалното функциониране и трудности с определени ежедневни умения. За сметка на това хората с психична болест (здравословно състояние, което предизвиква промени в мисленето, настроението и поведението на човека) имат различни нива на интелектуално функциониране, точно както е в общата популация.

**Мит:** Хората с тежка психична болест (например с шизофрения) обикновено са опасни и склонни към насилие.

**Факт:** Статистиката показва, че разпространеността на насилието сред хора с психично заболяване не е много по-висока от тази сред останалото население. Хората, които страдат от психоза (каквато е шизофренията), са по-скоро уплашени, объркани и отчаяни, отколкото склонни към насилие. По-вероятно е да станат жертва на агресивно отношение,

откоркото самите да се държат по този начин. Едно изключение представляват хората, които злоупотребяват с психо-активни вещества, което повишава вероятността от агресивен поведение (това важи и за общата популация). Проведено наскоро изследване съобщава, че преживяването на психотични симптоми в миналото не означава свързано с насилие поведение в бъдеще.

**Мит:** Психичните заболявания се причиняват от слабост на характера.

**Факт:** Психичните заболявания са продукт на взаимодействието на биологични, психологични и социални фактори. Изследвания са показали, че с шизофренията, депресията и алкохолизма има свързани биологични фактори. За развитието на различни заболявания могат да допринесат и социални фактори, като загубата на любим човек или на работа.

**Мит:** Психичната болест се причинява от провала на родителите да изпълнят задачата си да отгледаат здрав човек.

**Факт:** Повечето експерти са съгласни, че генетичната податливост, съчетана с други рискови фактори, предизвиква психиатрични разстройства. Психичната болест има физически причини.

**Мит:** Депресията е причинена от слабост на личността или дефект на характера; депресираните могат просто да се мобилизират и да излязат от нея, ако се постараят достатъчно.

**Факт:** Депресията няма нищо общо с мързела или слабостта. Тя е предизвикана от промени в химията и функциите на мозъка.

**Мит:** Депресията е нормална част от остаряването.

**Факт:** Не е нормално възрастните хора да се депресират. Депресията при тях често остава неразпозната.

**Мит:** Шизофренията означава раздвоение на личността и няма начин да го контролираме.

**Факт:** Шизофренията често се бърка с множественото разстройство на личността. Всъщност, шизофренията е разстройство на мозъка, което ограбва от хората тяхната способност да мислят логично и ясно.

**Мит:** Децата и юношите нямат психично-здравни проблеми. Депресията и другите заболявания (като тревожните разстройства) не ги хващат. Всички техни проблеми или се дължат на процеса на израстване или на грешки на родителите им.

**Факт:** Децата и юношите могат да развият много тежки психични заболявания. Според Националния институт за психично здраве, САЩ, 50% от случаите на заболявания, които продължават през целия живот, започват преди възрастта 14 години; 75% от тях започват преди възрастта от 24, и рискът за разболяване спада при преминаване на

рисковата възраст 14 – 24.

**Мит:** Децата се държат зле или се провалят в училище просто за да получат внимание.

**Факт:** Проблемите в поведението по-скоро могат да бъдат симптоми на емоционални, поведенчески или психични разстройства, отколкото да са средства за търсене на внимание. Тези деца могат да успеят в училище, ако получават подходящо разбиране, внимание и психично-здравни услуги.

**Мит:** Хората с психично заболяване не могат да работят.

**Факт:** Истина е, че безработицата сред хората с психично-здравни проблеми е висока: според направени в САЩ оценки, тя се колебае между 70% и 90%; нямаме основания да имаме съмнения, че у нас е много по-различно. Това е по-висок процент, отколкото при всяка друга група с хора с увреждане. Въпреки това, само диагнозата на тежка психична болест не е надежден индикатор дали някой може да работи: мнозина могат да работят, въпреки тежките си симптоми. Възможностите на тези хора се увеличават с адаптирането на работното място. Смята се, че служителите и работниците с психични заболявания не изискват скъпи и сложни адаптации на работното място: най-вече имат нужда от по-гъвкаво работно време, промени в описанието на работните задължения, по-ясна комуникация и допълнително обучение за техните началници. Новите програми за рехабилитация позволяват настаняване на работа на повече от 50% от техните клиенти. Работодатели, наели хора с тежко психично заболяване, като цяло са доволни от резултата. Над 70% от тези работодатели в САЩ съобщават, че са готови да продължат да си сътрудничат с рехабилитационните програми и да настаняват на работа хора с психични заболявания.

**Мит:** Хората с психично заболяване не могат да понесат стреса да задържат работа.

**Факт:** В крайна сметка, всяка работа носи стрес. Продуктивността нараства, когато има добро напасване между потребностите на работника /служителя и условията на работа, независимо дали човекът има някакви проблеми с психичното здраве.

**Мит:** Хората с психично-здравни проблеми, дори тези, които са се лекували успешно и са се възстановили, са по-лоши работници /служители от останалите.

**Факт:** Работодателите, наели хора с психично-здравни проблеми, съобщават за точност и редовност в идването на работа, както и за висока мотивация, качество на работата, и добри постижения на работното място. Изследвания на Националния институт за психично здраве и на Националния съюз за хората с психично заболяване, САЩ, показва, че

продуктивността на хората с психично заболяване не е по-ниска от тази на останалите работници/служители.

**Мит:** Един психично болен не е готов да започне работа, докато психичната му болест не е поставена под контрол.

**Факт:** Готовността за започване на работа е сложно понятие. Опитът показва, че много хора могат да работят, макар да нямат пълен контрол над болестта си.

## РАБОТНО МЯСТО И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

### Заетостта

- може да допринесе положително за психичното здраве на индивида
- може да допринесе за влошаването на съществуващ вече проблем
- може да допринесе за развитието на психично-здравен проблем

Влиянието на работното място се осъществява чрез стреса, който индивида изпитва. Стресът е мобилизация на целия организъм в отговор на някакво предизвикателство (което може да се преживява и като заплаха). Проявява се чрез съвкупност от емоционални (като тревожността или потиснатостта), когнитивни (нарушена концентрация), поведенчески (нараснала употреба на алкохол) и физически (повишено кръвно налягане, главоболия) реакции на негативните условия. Стресът, сам по себе си, не е психично разстройство, но може да доведе до развитието на такова.

Рискови фактори: те повишават вероятността за развитието на психично-здравно разстройство или влошаване на съществуващо такова.

Протективни фактори: те намаляват риска за възникването на психично-здравни проблеми или ефекта на рисковите фактори. Макар, че те са свързани с по-добро психично здраве, не винаги съществува доказателство за причинни отношения.

### *Примери за протективни фактори:*

- добри социални умения
- сигурен и стабилен семеен живот
- подкрепящи взаимоотношения с друг възрастен
- усещане за принадлежност
- положителен климат на работното място
- възможности за успех и получаване на признание на работното място
- икономическа сигурност
- добро физическо здраве
- близки и устойчиви взаимоотношения с един или повече хора в обкръжението
- достъп до подкрепящи служби

### Свързани с индивида рискови фактори

Психично-здравните проблеми са резултат от сложно взаимодействие между биологични, психологически и социални фактори.

- Биологични фактори: свързани са с генетични характеристики и особености на функционирането на мозъка.
- Психологически фактори: свързани са с личната история на индивида (вкл. семейната атмосфера) и усвоените умения за справяне. Например, децата, които са били разделени от родителите си за дълги периоди от време, са

изложени на по-висок риск от развитието на психични проблеми в детството или по-късно в живота.

- Социални фактори: урбанизацията, бедността (недохранване и лоши жилищни условия), технологичните промени и др. Тук попада и социалната подкрепа – от колегите и началниците и др.

### **Рискови фактори, свързани с организацията**

Съществуват доказателства, че лошата организация на работното място играе голяма роля в развитието на психично-здравни трудности. Следните фактори са най-често свързани с тези проблеми:

#### Съдържание на работните задължения

- Натоварване: Прекомерното натоварване е свързано с психично-здравни проблеми. Задачите могат да бъдат повече, отколкото индивида може да изпълни (твърде много неща за правене за твърде малко време с недостатъчни ресурси), или могат да бъдат твърде сложни или трудни. Обратното - твърде малко работа или недостатъчната заетост на индивида също могат да причинят стрес. В Съединените щати процента служители, които описват себе си като “никога не намиращи време да изпълнят задачите си” е нараснал от 40% през 1977 на 60% през 1997.
- Участие в процеса на управление и контрол: Вероятно е служителите, които не са в състояние да адаптират работните си задачи или да ги променят в някаква степен, да изпитат стрес. Това може да доведе до депресия, влошаване на физическото и психическото здраве, злоупотреба с алкохол и ниска самооценка.
- Съдържание на работните задачи: Монотонните, недостатъчно стимулиращи или безсмислени задачи също допринасят негативно.

Според оценките, поне 40 милиона служители в страните на Европейския съюз са изложени на стрес, загубите от което се оценяват на 20 милиарда евро годишно.

- 45% от служителите имат монотонни задачи
- 44% не променят задачите си
- 50% изпълняват кратки, повтарящи се задачи
- 35% не могат да повлияят по никакъв начин последователността на работата
- 28% не могат да повлияят по никакъв начин ритъма на работата
- 54% работят при много високо темпо
- 56% са притиснати от прекалено кратки срокове

#### Контекст на работата

- Роля в организацията: Имат значение едновременно ролевият конфликт (когато служителя трябва да изпълнява несъвместими изисквания на работодателя и колегите) и неяснотата относно очакванията към дадена роля или поради недостига на информация или поради нарушената комуникация с работодателя).



- **Възнаграждение:** Възнаграждението е „статусът“ (преценката за ценността), който индивидът усеща в работата си. Възнаграждението може да е свързано със заплащането, но, в по-широк смисъл, то обозначава уважението и оценката, които индивидът усеща на работното си място. То включва и наличието на адекватна социална подкрепа на работното място. Липсата на признание на работното място е свързана с намалена мотивация, психологически дистрес и нарастващи доказателства за заболявания на сърдечно-съдовата система.
- **Равенство (справедливост):** Служителите могат да имат усещането, че не получават равно с останалите или справедливо отношение. Натоварването, заплатата и повишенията често са свързани с усещането за справедливост. Начина, по който се взимат решенията (включително и тези за съкращенията) също оказват влияние на усещането за равенство и справедливост. Служителите могат да са разстроени, че не са били уведомени за предстоящи промени и тяхното мнение не е било поискано. Положителните преживявания за равенство и справедливост повишават удовлетвореността от работата, мотивацията и ангажираността със задачите.
- **Междучелностови взаимоотношения:** Качеството им е важно. Неадекватната, студена и не предлагаща подкрепа супервизия, лошите взаимоотношения с колегите, физическото насилие, емоционалният тормоз и изолацията повишават риска от психично здравни проблеми. Емоционалният тормоз може да включва ежедневни унижения, критично отношение, неподходящи забележки (за външността или характера на служителя), неподходящи или нереалистични очаквания, които подкопават достойнството му/й. Има и свидетелства за връзката между стила управление (авторитарен или твърде либерален, например) и удовлетвореността от работата.
- **Работно обкръжение:** Физическото работно обкръжение включва: (а) физически фактори като нивото на шум, замърсяването и осветеността, и (б) работните часове. Нередовните или твърде продължителни работни смени могат да окажат влияние на денонощния ритъм и могат да предизвикат физически (нарушения на съня, стомашни разстройства) и поведенчески (преяждане, прекомерна употреба на алкохол) проблеми. Прекалено продължителните работни смени често намаляват продуктивността.
- **Култура на работното място:** Тя включва комуникация, лидерство и яснота на ролята и структурата на работното място.
- **Взаимодействие между работното място и семейството на служителите:** Възможни са напрежения между тях, свързани с конфликтни изисквания. На работното място служителят може да не получава достатъчна подкрепа за ангажиментите си към дома; семейството му може да не оценява ангажиментите му към работата.

Една последица от продължителното излагане на стрес може да бъде прегарянето (burnout). Терминът „бърнаут“ е измислен през 1974 от американския психолог Herbert J. Freudenberger. Според него прегарянето е „състояние на умора или фрустрация, причинено от посвещаване на кауза,

начин на живот или взаимоотношения, които не са дали очаквания резултат”. И още: “Синдром, при който работниците се чувстват емоционално изчерпани или уморени, отчуждават се емоционално от клиентите си и обезценяват собствените си постижения”.

Има малко изследвания за разпространеността на прегарянето на работното място. Предлагаме статистически данни от Финландия. Според направено проучване във Финландия 7 % от работещите преживяват тежко прегаряне, докато 50 % съобщават сямо за някои симптоми.

## Прояви

Прегарянето настъпва постепенно, с малки предупредителни сигнали. Преди всичко, то означава загуба на интерес към работата. В крайните му форми хората губят способност да работят изобщо. Работните умения остават незасегнати, но страдащите от него не могат да се ангажират с работната задача: мотивацията им е изтрита.

- Негативни емоции
- Фрустрация (особено важен знак)
- Междуличностни проблеми
- Емоционално отдръпване
- Проблеми със здравето
- Злоупотреба с психо-активни вещества
- Спадане в качеството на работата
- Чувство за безсмисленост
- Усещане за порочен кръг

## Етапи на професионалното прегаряне

Адаптация на таблицата на Veninga and Spradley (1981)

<b>Етап 1</b>	<u>Меден месец</u> – удовлетвореност от работата, ангажираност, енергия и креативност, развитие на стратегии за справяне със стресовите фактори в работата. Теоретично, ако стратегиите са позитивни и адаптивни, човек ще остане на този етап завинаги.
<b>Етап 2</b>	<u>Балансиране</u> – оптимизмът спада, човек отчита, че в някои дни справянето със стреса на работното място му се отдава по-трудно. Наблюдават се процесите: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Неудовлетвореност от работата</li> <li>• Ефективността спада, вкл. избягване на взимане на необходими решения</li> <li>• Умора</li> <li>• Нарушения на съня (главата гъмжи от мисли, човек не може да заспи)</li> <li>• Дейности, позволяващи “бягство”: хранене, алкохол, пушене, др.</li> </ul>
<b>Етап 3</b>	<u>Хронични симптоми</u> – усилване на някои от сигналите от предния етап: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хронично изтощение</li> <li>• Физическо заболяване</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гняв, депресия</li> </ul>
<b>Етап 4</b>	<p><u>Криза</u> – симптомите стават критично изразени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Физическите симптоми стават по-интензивни и/или се умножават</li> <li>• Мисли за проблеми в работата</li> <li>• Песимизъм и съмнения в себе си</li> <li>• Склонност към бягство от проблемите</li> </ul>
<b>Етап 5</b>	<p><u>Смесване</u> – симптомите на прегарянето са интегрирани в живота на човека до степен да бъде етикетирани като болен от някакво заболяване.</p>

## Причини

Прегарянето е породен от добрите намерения проблем. Когато хората се опитват да реализират нереалистични цели, те изчерпват енергията си и се отчуждават от себе си и от околните. Като други причини за прегарянето се сочат:

- Дълго работно време
- Нарастване в изискванията и намаляване на възнагражденията
- Липса на финансови стимули и социално поощряване + оценка на усилията/постиженията
- Нереалистични очаквания на професионалистите за големи промени в живота на клиентите
- Организационната култура (принадлежност и ангажираност)
- Ограничени възможности за взимане на решение
- Еднообразие на работните задачи за продължителни периоди от време
- Лоша структура на работния ден
- Опасни условия на работа
- Възрастта (по-младите са в по-голям риск), защото очакванията им са по-големи, по бързо се разочароват и бързо прегарят
- Конфликт на ценности
- Конфликт на роли
- Емоционално напрежение на работното място
- Трудни проблеми за решаване като част от работната задача; претоварване
- Недостатъчната подготовка (образование) или липса на специализирана подготовка
- Негативни преживявания на работното място от самото начало
- Липсата на достъпни и успешни ролеви модели
- Неефективно разпределение на задачите
- Липса на умения за дистанциране от силните негативни чувства на клиентите
- Организационни интриги и борби; конкуренция между отделите
- Хроничен страх за работното място
- Липсата на ясна структура на работното място; липса на информация за работната роля и задачите

## НАСЪРЧАВАНЕ НА РАБОТОДАТЕЛИТЕ

В България това се изпълнява предимно от Агенцията по заетостта (Министерство на труда и социалната политика), до голяма степен – чрез прилагането на Закона за насърчаване на заетостта.

**Програми и мерки за насърчаване на заетостта**  
(<http://www.az.government.bg/internal.asp?CatID=14&BM=0>)

Основната цел на политиката на пазара на труда е увеличаване на заетостта и устойчиво намаляване нивата на безработицата чрез изпълнението на действия в посока подобряване на социално-икономическата среда и прилагане на активни програми и мерки на пазара на труда. Те целят социално-икономическа интеграция на безработните в неравностойно положение чрез повишаване пригодността им за заетост, осигуряване на субсидирана заетост и подобряване услугите на пазара на труда.

Основен инструмент на политиката по заетостта е Националният план за действие по заетостта, приеман ежегодно от Министерски съвет по предложение на Министъра на труда и социалната политика. Националният план за действие по заетостта определя:

- проектите, програмите и мерките, които ще се реализират през плановата година и видовете стимули за работодателите и безработните лица;
- целевите групи, към които ще бъде насочена приоритетно активната политика по заетостта през плановата година: безработни младежи; безработни лица с ниска степен на образование и без специалност и професия; обезкуражени лица; продължително безработни; безработни хора с увреждания; безработни лица над 50-годишна възраст.

Национални програми и проекти

<http://www.az.government.bg/internal.asp?CatID=14/01&WA=Projects/Program/Programi.htm>

Мерки за заетост и обучение

<http://www.az.government.bg/internal.asp?CatID=14/02&WA=Projects/Measures.htm>

**Насърчаване на работодателите да наемат на работа безработните лица до 29-годишна възраст с трайни увреждания, военноинвалиди, както и младежи от социални заведения, завършили образованието си**  
(чл. 36, ал.2 от ЗНЗ)

**Основна цел** Осигуряване на заетост на безработни младежи за срок от 24 месеца.

- Целева група**
- Безработни лица до 29-годишна възраст с трайни увреждания или военноинвалиди;
  - Младежи от социални заведения, завършили образованието си.

**Субсидии за работодателя** За всяко наето безработно лице за времето, през което е било на работа, се предоставят средства от Държавния бюджет за:

- трудово възнаграждение, в размер на:
  - 240 лв. за лица със средно и по-ниско образование;
  - 300 лв. за лица с висше образование;
- допълнителни възнаграждения по минимални размери, установени в КТ;
- възнаграждения за основен платен годишен отпуск по чл. 155 от КТ;
- осигурителни вноски за сметка на работодателя за фондовете на ДОО, върху изплатеното брутно трудово възнаграждение, но върху не по-малко от минималния размер на осигурителния доход по чл.6, ал.3 от КСО, както и за фондовете за Допълнително задължително пенсионно осигуряване и Националната здравноосигурителна каса;
- паричното възнаграждение по чл. 40, ал. 4 от КСО.

**Период на субсидиране**

- не повече от 12 месеца

- Права, задължения и санкции на работодателя**
- да разкрие работни места и ги запази не по-малко от 24 месеца;
  - да сключи трудов договор с безработното лице за срок не по-малък от 24 месеца;
  - на обявеното работно място може да назначи последователно повече от едно безработни лица, насочени от ДБТ;
  - при неизпълнение на договора да възстанови получените средства, съгласно договора с ДБТ.

**Процедура** Работодател, желаещ да ползва преференцията, трябва да премине през следните стъпки:

- да подаде в ДБТ заявка по образец за свободни работни места и необходимите документи за ползване на насърчителната мярка;

След одобрение от Съвета за сътрудничество:

- да сключи договор по утвърден образец с ДБТ за предоставяне на средства от Държавния бюджет.

**Насърчаване на работодателите да наемат безработни лица на непълно работно време**  
(чл. 51 от ЗНЗ)

**Основна цел** Разкриване на работни места за осигуряване на заетост на безработни лица на непълно работно време за срок от 24 месеца.

**Целева група** • Безработни лица

**Субсидии за работодателя** За всяко наето безработно лице за времето, през което е било на работа, се предоставят средства от Държавния бюджет за:

- направените осигурителни вноски за сметка на работодателя за фондовете на ДОО, върху изплатеното брутно трудово възнаграждение, но върху не по-малко от минималния размер на осигурителния доход по чл.6, ал.3 от КСО, както и за фондовете за Допълнително задължително пенсионно осигуряване и Националната здравноосигурителна каса;

**Период на субсидиране** • не повече от 12 месеца

- Права, задължения и санкции на работодателя**
- да разкрие работни места над средносписъчната численост на персонала за последните 6 месеца и ги запази не по-малко от 24 месеца;
  - да сключи трудов договор с безработното лице за срок не по-малък от 24 месеца на непълно работно време;
  - на обявеното работно място може да назначи последователно повече от едно безработни лица, насочени от ДБТ;
  - при неизпълнение на договора да възстанови получените средства, съгласно договора с ДБТ.

**Процедура** Работодател, желаещ да ползва преференцията, трябва да премине през следните стъпки:

- да подаде в ДБТ заявка по образец за свободни работни места и необходимите документи за ползване на насърчителната мярка;

След одобрение от Съвета за сътрудничество:

- да сключи договор по утвърден образец с ДБТ

за предоставяне на средства от Държавния бюджет;

Източник: <http://www.az.government.bg/internal.asp?CatId=14/02/02&WA=Projects/Mer/Mer51.htm&BM=10>

**Насърчаване на работодателите да наемат на работа безработни лица с трайни увреждания или военноинвалиди (чл. 52, ал.1 от ЗНЗ)**

**Основна цел** Осигуряване на заетост на безработни лица с трайни увреждания за срок от 24 месеца.

**Целева група** • Безработни лица с трайни увреждания.

**Субсидии за работодателя** За всяко наето безработно лице за времето, през което е било на работа, се предоставят средства от Държавния бюджет за:

- трудово възнаграждение, в размер на:
  - 240 лв. за лица със средно и по-ниско образование;
  - 300 лв. за лица с висше образование;
- допълнителни възнаграждения по минимални размери, установени в КТ;
- възнаграждения за основен платен годишен отпуск по чл. 155 от КТ;
- осигурителни вноски за сметка на работодателя за фондовете на ДОО, върху изплатеното брутно трудово възнаграждение, но върху не по-малко от минималния размер на осигурителния доход по чл.6, ал.3 от КСО, както и за фондовете за Допълнително задължително пенсионно осигуряване и Националната здравноосигурителна каса;
- паричното възнаграждение по чл. 40, ал. 4 от КСО.

**Период на субсидиране** • не повече от 12 месеца

**Права, задължения и санкции на работодателя**

- да разкрие работни места и ги запази не по-малко от 24 месеца;
- да сключи трудов договор с безработното лице за срок не по-малък от 24 месеца;
- на обявеното работно място може да назначи последователно повече от едно безработни лица, насочени от ДБТ;

- при неизпълнение на договора да възстанови получените средства, съгласно договора с ДБТ.

**Процедура** Работодател, желаещ да ползва преференцията, трябва да премине през следните стъпки:

- да подаде в ДБТ заявка по образец за свободни работни места и необходимите документи за ползване на насърчителната мярка;

След одобрение от Съвета за сътрудничество:

- да сключи договор по утвърден образец с ДБТ за предоставяне на средства от Държавния бюджет;

Източник: <http://www.az.government.bg/internal.asp?CatId=14/02/02&WA=Projects/Mer/Mer52-1.htm&BM=10>

**Насърчаване на работодателите да наемат на работа безработните лица с трайни увреждания на временна, сезонна или почасова работа**  
(чл. 52, ал.2 от ЗНЗ)

**Основна цел** Осигуряване на заетост на безработни лица с трайни увреждания на временна, сезонна или почасова работа за срок до 6 месеца.

**Целева група** • Безработни лица с трайни увреждания.

**Субсидии за работодателя** За всяко наето безработно лице за времето, през което е било на работа, се предоставят средства от Държавния бюджет за:

- трудово възнаграждение, в размер на:
  - 240 лв. за лица със средно и по-ниско образование;
  - 300 лв. за лица с висше образование;
- допълнителни възнаграждения по минимални размери, установени в КТ;
- възнаграждения за основен платен годишен отпуск по чл. 155 от КТ;
- осигурителни вноски за сметка на работодателя за фондовете на ДОО, върху изплатеното брутно трудово възнаграждение, но върху не по-малко от минималния размер на осигурителния доход по чл.6, ал.3 от КСО, както и за фондовете за Допълнително задължително пенсионно осигуряване и Националната здравноосигурителна каса;



- паричното възнаграждение по чл. 40, ал. 4 от КСО.
- Период на субсидиране**
- не повече от 6 месеца
- Права, задължения и санкции на работодателя**
- да разкрие работни места за временна, сезонна или почасова работа;
  - да сключи трудов договор с безработното лице за срок до 6 месеца;
  - при неизпълнение на договора да възстанови получените средства, съгласно договора с ДБТ.
- Процедура** Работодател, желаещ да ползва преференцията, трябва да премине през следните стъпки:
- да подаде в ДБТ заявка по образец за свободни работни места и необходимите документи за ползване на насърчителната мярка;
- След одобрение от Съвета за сътрудничество:
- да сключи договор по утвърден образец с ДБТ за предоставяне на средства от Държавния бюджет;

Източник:

<http://www.az.government.bg/internal.asp?CatId=14/02/02&WA=Projects/Mer/Mer52-2.htm&BM=10>

## МАЛКО ЗА УСИЛИЯТА В ТАЗИ НАСОКА

### Традиционното решение: защитени работилници

Защитените работилници възникват приблизително в средата на XIX век в големите психиатрични болници. По-късно те започват да се създават и извън болниците, в общността. Процеса на деинституционализация – закриването на големите психиатрични болници (който започва през 50-те години в Съединените щати и продължава и досега в различни страни по света) – довежда до рязко нарастване на потребността от такива работилници. Много хора с психично заболяване започват живот в общността и се изправят пред въпроса за доходите и структурирането на времето си през деня. Дълго време защитените работилници не са имали истинска конкуренция. През 1993 в Холандия, например, е имало 102 защитени работилници за хора за различни типове увреждания; в тях са работили 86 000 души.



Перално помещение с използване на парна машина.



Така изглежда, тъкачен цех. Помощно стопанство към Самарска губернска болница за душевноболни, създадена през 1888 г.

Източник: <http://www.samtel.ru/~psyhosp/11112.htm>

Една свободна дефиниция гласи, че защитените работилници включват хора с увреждане, събрани заедно и обучавани и наблюдавани от обучени професионалисти. По-често там работят само хора с увреждания и самата работилница е отделена от обичайните форми и структури на производство. Акцента при защитените работилници е двоен. От една страна, те са възможност за участие в икономиката на страната (реално производство на блага), което се остойностява (участниците получават някакво заплащане). От друга страна, вниманието е насочено към развитието на уменията на участниците. Защитените работилници следват философията на психиатричните болници – те отделят хората с психично заболяване от здравите и от реалния конкурентен пазар на труда, за да ги предпазят от стреса на реалното съперничество и борба за място под слънцето.

Най-често в защитените работилници се осъществяват простички и еднообразни ръчни операции с минимално използване на производствена техника. Тези операции често включват събиране на различни части, произведени другаде, в едно цяло. Работните задачи се формират чрез договаряне с други предприятия от региона, за които се изпълнява една част от необходимите за тяхната продукция операции.

Изискванията на пазара и конкуренцията с алтернативните подходи налагат развитието на защитените работилници в първични производители, използващи модерна техника и нови средства за обучение и подкрепа на

персонала. Това става и чрез привличане на определен процент (разрешен от закона) работници без увреждания.

Статистиката, обаче, показва, че повечето хора не успяват да стигнат до конкурентния пазар на труда. Според изследванията, само около 5 % успяват да си намерят такава работа. Други автори определят шанса на участник в защитена работилница да получи място на конкурентния пазар на труда като едно на десет. Обясненията за този провал на защитените работилници се търсят в дефицитите на участниците и ограниченията на пазара на труда (ако пише техен привърженик). Противниците на този подход твърдят, че работилниците не могат да подготвят хората за условия, коренно различни от тези в самите работилници. Затова, свикнали на тази атмосфера, хората рядко събират кураж да се пробват навън.

### **Алтернативни форми.**

Самите потребители също правят свои опити да си осигурят заетост на приемливи за тях условия. Те излизат на конкурентния пазар на труда, но го правят в група от хора с подобни проблеми, която им осигурява подкрепа и разбиране.

#### **A ) Fairweather Lodge.**

Това име трудно се превежда. Може би нещо като “Комуната на Фейъруедър” (основателя на първата подобна комуна е доктор Джордж Фейъруедър; основаването ѝ става през 1963 година в Калифорния). Комуните са малки групи (4 до 8 участника), които живеят заедно и управляват общ малък бизнес. Всяка група избира с какво да се занимава, за което си развиват и бизнес план. Примери за бизнес на тези групи са:

- Грижи за градинки с тревни площи;
- Полагане на грижи за някого;
- Пране;
- Отпечатване на материали;
- Изработка на мебели;
- Ремонт на обувки;
- Разнасяне на храна по домовете или за някакви публични събития,
- И други в сферата на обслужването.

Участниците имат различни роли и различни отговорности в целия процес. В работата може да има мениджър и шеф на работната група; в домакинството може да има готвач и отговорник за взимането на лекарствата. Психично-здравните професионалисти са достъпни, но само при повикване. Естествено, наемат се и счетоводители и адвокати.

Сега има повече от 90 подобни комуни в 16 щата.

Разказът на Сюзън А. Магхрак

Пътуването ми към възстановяването започна през лятото на 2000 г. Животът ми беше като торнадо, напълно бях загубила контрол над него. В началото проблемите ми бяха малки, но постепенно се бяха превърнали в голяма каша. Не знаех как да реша трудностите в живота си или как да се предпазя от невъзможните ситуации.

Това започна в детството ми – имах обучителни затруднения и разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност. Когато пораснах, ми поставиха диагноза на психично заболяване – тежка депресия и гранично разстройство на личността. Симптомите на психичната болест доведоха до разпадане на семейството ми и на целия ми живот.

Тогава се случи чудото: Старуей поведенческо здраве Пенсилвания основа първата Fairweather Lodge в щата. Бях сред 150-те души, които кандидатстваха за настаняване там, и станах една от първите приети. Това промени живота ми към по-добро. Научих толкова много за болестта си, как да се разбирам с хората, работни умения, житейски умения, и как да контролирам поведението си. Една причина тази програма да работи беше, че там ме държаха отговорна за поведението ми и в началото имах нужда от подкрепа да взимам лекарствата си.

По време на престоя ми в комуната станах член на екипа за почистване на Старуей поведенческо здраве Пенсилвания; постепенно се издигнах до позицията на лидер на екипа. Тогава станах един от първите специалисти сред потребителите на Fairweather Lodge на 18-та улица в Ери, Пенсилвания. Докато бях член на екипа и специалист от потребителите пътувах из щата и разказвах за програмата на различни хора. През 2002 г станах член на борда на Коалицията за живот в общността (Coalition for Community Living – CCL), а през 2004 станах един от първите членове на Изпълнителния съвет на комуната. През 2005-2006 живях самостоятелно. Също така взех две степени Сътрудник в специализиран бизнес – по Счетоводство и маркетинг и по Мениджмънт. Работих доброволно за Програмата за домашно насилие Сейфнет; бях консултант и застъпник. Наскоро успях да си купя нова кола, Фокус 2006, и приех позицията на Западен регионален координатор на Асоциацията на потребителите на психично здраве в Пенсилвания.

Друг успех на програмата е, че започнах да си връщам доверието на семейството ми. Това е бавен процес, защото в течение на години съм причинила много болка на семейството си с предишното си поведение. Но този процес се развива и представлява едно ново начало за всички нас. Не мога да се откажа от тази борба, защото винаги ще изпитвам нужда от подкрепата на семейството ми. ...

Сюзън А. Магхрак

Член на борда на Коалицията за живот в общността от 2002.

<http://thecccl.org/Testimonials.htm>

В отчета си от януари 2008 г Коалицията посочва, че участниците са работили средно по 27.5 часа седмично (при стандартна работна седмица от 40 часа).

## **Б) Affirmative business.**

Не се превежда. Нещо като “Приемане на заетостта”. Плод на сътрудничеството между потребители, бизнесмени, представители на общността и психично-здравни професионалисти. За разлика от трудовата рехабилитация, която цели да помогне на човека да си намери място на съществуващия пазар на труда, този подход акцентира върху икономическото развитие на общността с цел да неутрализира индивидуализма, конкуренцията и търсенето на печалба, които допринасят за неизгодната позиция на хората с психично заболяване. Този подход се базира на силните страни на потребителите, организирани в колектив. В него се създават възможности за заетост, съобразени с потребителите.

Voices, Opportunities and Choices Employment Club (VOCEC), Кингстън, Канада, развива следните програми:

- Манифактура, работеща по договори с местна фабрика;
- Автомивка;
- Шевно предприятие.

Тези три са развити на базата на съществували преди това защитени работилници. Също така:

- Кафене в местната библиотека;
- Кафене и малко ресторантче за бързо хранене в местната болница;
- Повече от едно кафене и малки ресторантчета за бързо хранене из града.

Заплащането е минимална за щата заплата.

## **Преходно работно място.**

Този подход започва със създаването на “Къщата с фонтана” (Fountain House) през 1948 година в Ню Йорк. Основателите са група психиатрични пациенти от Държавната психиатрична болница “Роукланд”. Те създават организацията WANA - "We Are Not Alone" (“Ние не сме сами”). По същество, WANA е група за само-помощ. Членовете или участниците, както се наричат ползващите на тези програми, прекарват практически целия си ден заедно. Те готвят, хранят се заедно, грижат се за помещението и т.н. По принцип моделът Клубхаус (“Къщата на Клуба”) предполага, че всички задачи по подържането на къщата и дневните дейности се изпълняват наравно от персонала и участниците. Това е важна разлика от създаваните от професионалисти служби. Принципната цел на Клубхаусите е да се фокусират върху работата, образованието и приятното изкарване на свободното време на членовете.

Една основна потребност на участниците, която организацията има трудности да посрещне, е трудовата заетост. През 1955г бордът на директорите на организацията кани Джон Бърд, социален работник с опит на работа в психиатрични клиники и дневни центрове в Детройт. Така, през следващите няколко години възниква подходът Преходна заетост (преходно работно място).

Преходно работно място представлява ограничена във времето работа, на интегрирано работно място (което означава задължително там да работят и

хора без психиатрични увреждания). Обикновено хората работят на непълно работно време и получават подкрепа от професионалисти. За работата си човекът получава заплащане, което би получил всеки друг на това работно място – минимално възнаграждение, без отчитане на индивидуалните нива на продуктивност. Работните места са осигурени от местни работодатели за конкретния Клубхаус.

Първоначално задълженията на работното място се изучават от персонала на Клубхаус. Това позволява на професионалистите по-късно да осигурят обучение и подкрепа за членовете на Клубхаус, които започват работа там. След като научи задълженията си, психично болния член върши работните си задачи самостоятелно. Професионалистите го навещават само от време на време. Тяхната роля е да подкрепят хората в извършването на работните им задължения и да помагат в разрешаването на професионалните им проблеми.

Решенията кой каква работа да започне се вземат в самия Клубхаус, обикновено кандидата не минава през интервю с работодателя. Стандартната продължителност на работа на едно работно място е 6 до 9 месеца, после мястото се заема от друг член на организацията. Престоят на членовете в програмата също е регламентиран. Но всеки допълнителен работен ден (извън рамките на договореното време с работодателя) осигурява право за допълнителен престой в програмата и възможност за разнообразни трудови участия. На работодателя Клубът гарантира, че ако някой отсъства, работата ще бъде свършена от друг или други. Също така непълния работен ден е важен, защото това позволява на членовете да участват в други дейности на Клубхаус.

След като приключат срока на уговорената работа, те отиват на следващото работно място, уредено от мениджърите на екипа, а на тяхно място постъпва на работа друг участник. По този начин в продължение на години всеки човек може да участва в разнообразни трудови дейности. Прехода от един трудов процес в друг може да бъде съпроводен от своеобразна почивка, “ваканция” в рамките на една-две седмици, ако човека има нужда от това. Някои хронично психично болни отказват да почиват и отиват директно на следващото си преходно работно място. По този начин програмата се превръща в система от последователни форми на заетост. При смяна на един тип работа с друг се наблюдава тенденцията хората да предпочитат да постъпват на работа, която да е близка на предишната по отношение на отговорности и работни задачи.

Условията на работа и отношенията с работодателя са установени така, че работодателя не санкционира провали в работата. Статистиката сочи, че текучеството на хора с психични увреждания не е по-високо, отколкото на хора без увреждания. Работодателя не получава субсидии. Той сключва договор с клиента, така че възнаграждението не е благотворително, а отговаря на извършена, според договора с работодателя, работа (изработена е продукция – това означава, че възнаграждението наистина е заплащане, а не разновидност на социална помощ). Оценката на трудовия потенциал и приспособяването към работата става на реалното работно място.

Уреждането на работа на група хора съществува като форма на подкрепа, предназначена за по-тежко увредените психично болни. Това означава уреждане на работа на малка група, която получава непрекъсната подкрепа. Мениджърите на екипа ходят с тях на работа, помагат им да се ориентират на работното място, остават с групата докато тя престане да се нуждае от подкрепа. Групата от тежко увредени от болестта участници има проста задача, хората работят 3 часа на ден, три дни в седмицата. Програмата поема ангажимента да покрие отсъстващите членове с използването на други членове или, в краен случай, на представител на персонала/екипа. Това помага да се изградят и поддържат добри взаимоотношения с работодателя и да се толерират проблемите на отделните членове.

### **Подкрепена заетост.**

В отговор на разочарованието, което предизвиква niskия процент потребители, минали през обучението на защитените работилници и стигнали до конкурентния пазар на труда, професионалната общност създава нов модел – този на подкрепената заетост. Той има много разновидности:

- Обучение за конкурентна заетост и настаняване (Competitive Employment Training and Placement);
- Модели на индивидуална подкрепена заетост (Individual Supported Jobs Model of Supported Employment);
- Модел на затворената група (Enclave Model of Supported Employment; enclave означава “анклав, територия, обкръжена от чужди територии”; английски речник обяснява значението на думата като “област на страна или град, където хората имат различна религия, култура или националност от тези, които живеят в обкръжаващите ги части на града или страната”);
- Мобилни работни екипи (Mobile Work Crew Model of Supported Employment);
- Моделът на малкия бизнес (Small Business Model (Benchmark) of Supported Employment; “benchmark” означава буквално “работа на една скамейка”).

В България в момента се развива моделът “Уреждане на работа и оказване на подкрепа” (УРОП) чрез подхода на подкрепената заетост. Същността на модела УРОП може да бъде описана според няколко принципа:

- Целта му е да се намери работа на конкурентния пазар на труда за клиентите. Моделът се основава на вярването, че повечето хора с тежко психично заболяване са в състояние да започнат такава работа и да останат на нея. И че работенето на интегрирани работни места ще допринесе за подобряване на способността им да изпълняват определени социални роли. Тук, под интегрирано работно място се разбира заетост на заплата, равна на минималната или по-висока, а интегрирано работно място означава осем или повече индивиди с увреждания, работещи заедно с хора без увреждания. Този принцип на модела представлява отговор на схващанията на традиционната трудова рехабилитация, която отделя голямо значение на “защитените работни места”.



- Бързо търсене на работа. Това означава, че продължителната подготовка (вкл. и рехабилитация на болните) не е задължително условие за търсенето и започването на работа. Тъкмо напротив, подобна подготовка се избягва и клиента е подпомогнат в избирането на подходящо работно място и кандидатстването за него. Ако целта е да се започне работа на конкурентния пазар на труда, продължителната подготовка е по-скоро пречка – човек е много по-вероятно да започне, ако просто инвестира усилията си в търсене на подходящо работно място. Затова ролята на професионалистите е не толкова в подготовката на клиентите, колкото в оказването на много практическа помощ за тях.

- Интеграция на услугите в търсенето на работа и психично-здравната помощ. На практика това означава създаване на формални и неформални отношения между професионалисти от областта на трудовата заетост и на грижите за психичното здраве. Формата на съвместна работа е участието на всички професионалисти в един екип в една служба. Целта е подобряване на координацията на работата, взаимното уважение и споделянето на отговорността за планирането и осъществяването на интервенциите. Идеята да се интегрират услугите под един покрив не е част от оригиналния подход подкрепена заетост. Първоначално подхода често е бил прилаган като програма на рехабилитационните служби, с цел да координира дейността си с програмите на общинските центрове за психично здраве. Опитът показва, обаче, че интеграцията наистина е една трудна задача. Принос на УРОП е изискването различните специалисти да работят като част от един екип.

- Отчитане на предпочитанията на потребителите. Изследване на Becker, Drake, Farabaugh & Bond (1996) показва, че:

- Повечето потребители (81%), които се включват в програма за трудова заетост, имат представа каква работа търсят и искат да получат.

- Обратно на разпространените вярвания, първоначалните предпочитания на потребителите за характера на бъдещата им работа обикновено са реалистични;

- Повечето предпочитания се запазват с течение на времето.

Съобразно този принцип, подходът УРОП взема като основа при търсенето на работа предпочитанията на клиентите. Предпочитанията, които се взимат в предвид, обхващат въпроси за характера на работата (работното място), разположението му в населеното място, работните часове, размера на заплащането и т.н.

- Продължаваща и изчерпателна оценка. Оценката е непрекъснат процес, който започва при първоначалния контакт и продължава след като клиента получи работа. Оценката не е ограничена до преценяване на положителните качества и уменията на клиента. Предмет на оценка са предпочитанията му, предишния трудов опит, събира се също информация от членовете на семейството и членовете на лекуващия екип. Преди намирането на работа целта на тази оценка е клиента да направи най-добрия избор. След като започне да работи – да определи как най-добре да запази това работно място. Ако клиента не успее да запази това работно място, оценката е средство да се извлече поука от напускането.

Неограничена във времето подкрепа. Продължителността на подкрепата в САЩ е ограничена от множество правила и разпоредби, свързани най-вече с финансирането. В литературата могат да се намерят свидетелства, че след успешно проработени 60 или 90 дни един клиент се смята за успешно приключил програмата за трудова рехабилитация. Смисълът на този принцип е да се осигури възможно най-продължителната (ако е поискана, естествено) подкрепа.

## ОБЩИ ПРЕПОРЪКИ

Подобряването на съдържанието и контекста на работата е вероятно да окаже влияние едновременно на психичното здраве на служителите и да повиши мотивацията им. Факторите, които допринасят за удовлетвореност от работата, са:

- постижения
- признание на постиженията
- самата работа
- усещане за отговорност
- развитие и повишение

### Справяне с професионалното прегаряне

Превенцията на прегарянето е по-добър подход от лечението му. Тя е постижима при:

- Полагане на граници на професионалната роля и задълженията на работното място. Тези възможности са ограничени от институциите, системите, времето и финансирането.
- Служителите трябва да имат усещането, че усилията им имат ефект, пък дори и минимален, и ролята на агенциите в създаването на подобно убеждение е голяма.
- Хумор!
- Взаимна подкрепа между колегите, работа в екип
- Супервизия и обучение; достъп до консултации с професионалисти
- Работа с други институции и служби; подкрепа в тази мрежа
- Осигуряване на безопасни условия на труд; обмяна на опит за проблеми и решения
- Поносимо натоварване с работни задачи
- Разумна продължителност на договорите за полаган труд/услуга
- Осигуряване на перспектива за развитие
- Поставяне на конкретната работна роля в перспективата на мисията на организацията
- Организиране на група за взаимна подкрепа и осигуряване на обратна връзка
- Осигуряване на възможност за свободно изразяване на емоциите на служителите
- Определяне ниво на отговорност, което представлява поносимо предизвикателство за служителя
- Сплотяване на колектива чрез съвместни мероприятия през почивното време

## СПЕЦИФИЧНИ ПРЕПОРЪКИ

Те засягат трудовата заетост на хора с тежки психични разстройства. Изследванията позволяват нуждите им от подкрепа да бъдат описани по следния начин:

1. Намиране на работа: помощ в определянето каква работа биха искали да имат, подготовка на документи за кандидатстване, намиране на възможно работно място, осигуряването на стабилността на заетостта или намиране на различна или втора работа.
2. Обучение как да върши работата: начално обучение, помнене и ориентация на работното място.
3. Помощ с изпълняването на работните задължения: ежедневното изпълняване на всички изисквани задачи в рамките на предвиденото време.
4. Помощ за свързани с работата въпроси: въпроси, които могат да възникнат на работното място или в ситуации, когато отсъствието от него може да повлияе отрицателно на заетостта. Например:
  - ставане и подготовка за работа;
  - умората и издръжливостта на работното място;
  - взаимоотношения с колегите;
  - определяне на работните часове и графика;
  - идване на работното място и напускане;
  - обаждане при болест и закъснение за работа;
  - някакви промени в работните задължения;
  - овладяване на предизвикателното поведение на работното място.
5. Помощ за не-свързани с работата въпроси: социални помощи и осигуровки, жилищни проблеми, управление на собствения бюджет, срещи с хора извън работното място, създаване и подържане на приятелства, приятно изкарване на свободното време, грижи за собствената хигиена и стил на обличане, осигуряване на образование и тренинг.
6. Транспортиране: осигуряване на транспорт до работното място и от него (обществен транспорт, помощ от колеги, роднини, приятели или доброволци, специализиран транспорт).

Тези нужди могат да изникнат по всяко време в процеса на търсене на работа или работа. Има три основни подхода за посрещане на тези нужди:

### (1) Физически модификации и материали

- Адаптация на оборудване
- Осигуряване на специално оборудване или материали
- Помощна технология

### (2) Специални услуги

- преводачи
- четатели
- треньори на работното място (ментори)
- лични помощници в полагането на грижи
- помощни животни

### (3) Помощ от хора за хора

Използване на естествени източници на подкрепа.

Използването на тези похвати е прието да се обозначава като „адаптация на работното място“. „Всяка промяна в обкръжението на работното място или в начина, по който нещата се правят обикновено, която води до еднакви възможности за полагане на труд за хората с увреждане“ (Закона за американците с увреждания, 1992).

#### **Физически модификации и материали**

Защита от шума

#### **Специални услуги: треньор на работното място**

Ментор (наставник): отделна професия, която обслужва и хора без увреждания. Изпълнява посредническа функция в процеса на наемане на работа, но далеч не се ограничава с предоставянето на информация. Основни дейности:

- прави оценка на готовността за работа (условия на живот, здравословно състояние, специфични и неспецифични умения)
- спомага за разкриването на подходящо работно място
- спомага за настаняването на работа
- обучава в изпълняването на специфичните задачи (според някои изследвания, треньорите прекарват средно 9.1 часа в изучаване на работните задължения на определено работно място, преди да насочат клиента си там; още един подход е да привлече колегите и непосредствените началници в този процес: според същото изследване 41.5% от треньорите го правят)
- оказва емоционална и практическа подкрепа (например, съобщава информация)
- намира източници в работното и извън-работното обкръжение
- организира такива източници на подкрепа
- помага на клиента да избере от какъв тип подкрепа се нуждае и да го ползва
- консултира работодателя по отношение на оптималното му поведение с хора с този тип увреждания
- посредници в отношенията с началниците и колегите (особено при конфликти; застъпва се за клиента си)
- предлага продължителна подкрепа (или организира получаването на такава от колегите и непосредствените началници: 56.3% от изследваните треньори)

Използването на различни стратегии е свързано и с типа учене, присъщ на даден клиент

- някои учат по-добре от устни инструкции
- други се нуждаят от прецизни демонстрации и повтарящи се упражнения

Исторически тази форма на подкрепа възниква първа.

### **Помощ от хората за хората: естествени източници на подкрепа**

По-късно нарастват притесненията, че използването на специално обучен човек води до изолация на хората с увреждане. Ражда се идеята да бъдат привлечени представители на естественото обкръжение. Естествените източници на подкрепа са формалните и неформалните механизми, които съществуват на работното място и могат да бъдат използвани за оказване на подкрепа на служителите. Те не са създадени специално за целта; в някаква степен всички служители могат да се възползват от тях. Примери за хора и възможности:

- непосредствените началници
- колегите (преразпределяне на задачите, неформално инструктиране, помощ с предвиждане до работата и обратно)
- написани/нарисувани инструкции (може да са строго индивидуализирани за конкретния човек)
- приятели и роднини
- доброволци
- съществуващи достъпни програми и служби

### **Използването на естествени източници на подкрепа се натъква на проблеми**

- особености на работата (например, бързо темпо или високи изисквания; самата работна позиция на човека с увреждане може да е изолирана от останалата част на колектива)
- съпротива от страна на работодателите, непосредствените началници и колегите (може да има голяма конкурентност на конкретното работно място или честа смяна на работния състав)
- трудности с определянето на възможните източници на подкрепа на работното място
- съпротива от страна на семействата
- неудовлетвореност от работодателите
- недостатъчно застъпничество за интересите на служителите на работното място
- работодателите и колегите са недоволни от клиента (поради поведението, типа или сериозността на увреждането)

### **Примерни проблеми**

Служителят има трудности с последователността на задачите.

Работата е да почиства третия етаж на голям магазин. Тя, обаче, има трудности да помни, че трябва да обиколи всички помещения (различните магазини), както и да свърши други задачи.

- **Обратна връзка от колегите:** колега/колежка може да прегледа в определен момент какво е свършено и да припомни на служителите, ако нещо е пропуснато.
- **Може да си отбелязва задачите сама в една тетрадка:** треньорът може да помогне на служителите да си направи тетрадка (може и с картинки),

представящи всяка част на магазина и задачите, свързани с нея. Служителят може да си отмята по страниците, когато свърши работата. Непосредственият началник може да помогне с подготовката на тетрадката или с направата на нова.

- **Може да си запише задачите на касета или MP3 player.** Служителят може сам да изброи на записа какво следва да направи. Може да прослушва записа, ако иска да провери какво има още да се направи.
- **Положителна подкрепа.** Колегите могат да коментират извършената работа. („Светла, забелязах, че днес си се справила наистина чудесно в отдела за дамски обувки!” или „Страхотно е, че си минала зад всеки щандове за козметика!”)
- **Само-инструктиране и естествени напомняния.** Треньорът може да сложи малки напомнящи бележки за служителя в магазина. Тогава клиента може сам да си ги чете на глас или на ум: „Първо, почиствам пред стълбите. Второ, минавам около всички щандове за козметика... и т.н.”

В този случай треньорът също може да работи с непосредствения началник, за да разбере дали трябва да осигури допълнителна информация от каква подкрепа има нужда служителят (например, обучение чрез предоставяне на модел на поведение или чрез вербално инструктиране). Или дали служителят не предпочита да получи обучение само в началния етап на извършването на задачата.

Служителят е нает да въвежда имена в списъка с контакти на компанията  
**Предизвикателства:**

- Да се научи да използва програмата
- Да работи с физическите носители на информация
- Да успява да изпълни нормата си

**1. Адаптиране (ниско-технологични средства).** Купуване на удобна за потребителя (като височина) маса и осигуряване на средства да си отбелязва докъде е стигнал. Треньорът работи със служителя и непосредствения му началник.

**2. Инструктиране.** Треньорът и колега развиват анализ на задачата „въвеждане на данни”. Заедно с непосредствения началник те решават, че служителят може сам да си дава команда да прави малки паузи, за да намали грешките и да не се уморява толкова бързо.

**3. Цветен ключ.** Треньорът и служителят обсъждат типичните грешки. Служителят се затруднява да разграничи I от I. Треньорът използва флумастер да отбелязва с различен цвят двата знака. С течение на времето използването на флумастер намалява.

Служителят използва телефон, за да повика непосредствения си началник за помощ.

**1. Адаптиране (ниско-технологични средства).** Заедно с непосредствения началник треньорът обсъжда как служителят може да го потърси за помощ. Едно решение е наличието на телефонна връзка. Компанията осигурява средства за купуването ѝ.

**2. Помощ от колеги.** Колега предлага да проверява дали телефонът работи в началото на всеки работен ден.

Служителят трябва да увеличи скоростта на въвеждане на данни.

**1. Само-наблюдение.** Непосредственият началник, служителя и треньора обсъждат необходимостта от ускоряване на процеса на въвеждане на данни. Треньорът купува хронометър и регистрира скоростта, с която служителят въвежда данни. После настройва хронометъра за малко по-висока скорост. Служителят го използва сам, за да следи скоростта на въвеждането на данни.

**2. Положителна подкрепа.** Колега предлага да преглежда работата на служителя и го хвали, когато изискванията на фирмата са посрещнати.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### **Очи в очи с хората с психични увреждания: какво показват изследванията**

Работодателите се притесняват повече при назначаването на хора с психични увреждания (и такива със зрителни увреждания), отколкото при такива с физически (най-малко се притесняват при назначаването на хора с епилепсия). В цифри: 90% от фирмите са изразили положително отношение към назначаването на хора с физически увреждания или нарушения на слуха, 39% са били добре настроени към назначаването на хора с тежки физически увреждания и 20% са положително настроени към назначаването на хора с ментални увреждания.

Работодателите се притесняват повече за социалните умения и способностите да работят в екип с хора с ментални, с емоционални или с комуникативни увреждания.

Работодателите, които имат опит от общуване с хора с определени увреждания (с увреждания на слуха, със забавено умствено развитие, епилепсия, психически нарушения) имат по-благоприятно отношение към назначаването на хора с тези типове увреждания. Например, изследване на нагласите на работодателите към назначаването на хора с нарушен слух показва, че компаниите с опит в това отношение са били настроени по-позитивно. Обаче, работодателите с малко опит или без опит от назначаването на хора с нарушения на слуха са били притеснени за безопасността на работното място. Подобни са резултатите, получени при анкетиране на мениджърите на заведения за бързо хранене по отношение на хора с ментални увреждания. Като цяло, изследванията показват, че колкото е по-опитна една компания в назначаването на хора с увреждания, толкова по-положително приемат тази перспектива.

## ИСПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

Darlene D. Unger: „Отношение работодателей к работникам с инвалидностью: мифы и реалии“; <http://www.rabota.perspektiva-inva.ru/>.

Darlene Unger, Wendy Parent, Karen Gibson, Kelly Kane-Johnston, & John Kregel: “An Analysis of the Activities of Employment Specialist in a Natural Support Approach to Supported Employment”; <http://www.worksupport.com/documents/NaturalSupportApproach.pdf>

Institute for Community Inclusion: „Myths and Facts about Mental Illness. Background Information on Mental Illness“  
[http://www.onestops.info/print.php?article\\_id=62](http://www.onestops.info/print.php?article_id=62)

Katherine J. Inge & George Tilson: “Ensuring Support Systems that Work: Getting Beyond the Natural Supports vs. Job Coach Controversy”;  
<http://www.worksupport.com>

Key facts on mental health.  
<http://www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/MHEmployment/OpenYourMind/WhatIsMentalHealth/Pages/Key-Facts-On-Mental-Health-and-employment.aspx>

Michael West, John Kregel, Ana Hernandez, & Thomas Hock: “Everybody's Doing It: A National Survey of the Use of Natural Supports in Supported Employment”;  
<http://www.worksupport.com/documents/everybody.pdf>

Michael West, Paul Wehman and Grant Revell: “Extended Services in Supported Employment: What are providers doing? Are customers satisfied?”;  
<http://www.worksupport.com/resources/viewContent.cfm/168>

National Alliance on Mental Illness [www.namigc.org](http://www.namigc.org)

Pfizer Inc.: “Pfizer Facts. The Impact of Mental Disorders on Work”; 2002.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), USA, National Institute of Mental Health, USA, World Health Organization: „Myths and Facts about Mental Illness“. <http://www.myasha.org/node/13>

World Health Organization: “Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Policies and Programmes in the Workplace”; 2005.

Д-р Владимир Сотиров: “Видове психични разстройства”.  
[http://www.psihichnozdrave.com/downloads/downloads\\_upload/Psychic%20Illness.pdf](http://www.psihichnozdrave.com/downloads/downloads_upload/Psychic%20Illness.pdf)

Десета ревизия на Международната класификация на болестите. Глава V (F): психични и поведенчески разстройства (включително разстройства на психологичното развитие)

Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията. 2005 – 2007 година  
[www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id=1427](http://www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id=1427)

Д-р Владимир Сотиров “Малка психиатрия или психиатрия за всеки. Тревожност, психосоматика и абнормно поведение на боледуване”.  
[http://www.psihichnozdrave.com/downloads/downloads\\_upload/Anxiety-GIP.pdf](http://www.psihichnozdrave.com/downloads/downloads_upload/Anxiety-GIP.pdf)

Консенсусно становище относно препоръчителен подход за лечение на зависимости (Прието на 9.06.2002 на Научно-практическа конференция с международно участие на Сдружение “Частна психиатрия” - Боровец)  
<http://www.privatepsychiatry.org/pdf/ConsAbusus9june2002.pdf>

Стандарт за лечение на разстройства на настроението (от медицински стандарт по психиатрия публикуван в държавен вестник)  
[http://www.privatepsychiatry.org/pdf/standart\\_afectivni\\_razstrojstva.pdf](http://www.privatepsychiatry.org/pdf/standart_afectivni_razstrojstva.pdf)