

Применимость разработанной в США модели индивидуального трудоустройства и поддержки занятости в других странах

Gary R. Bond, Robert E. Drake, Deborah R. Becker

Dartmouth Psychiatric Research Center, Rivermill Commercial Center, 85 Mechanic Street, Lebanon, NH 03766, USA

Перевод: Спикина А.А. (Санкт-Петербург)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

В настоящее время существуют обзоры контролируемых исследований, в которых доказана эффективность метода индивидуальной поддержки в трудоустройстве и поддержке занятости на местах (ИТП) больных с тяжелыми психическими заболеваниями в Соединенных Штатах Америки, однако применимость этого метода в других странах пока что систематически не оценивалась. Это первый обзор, сравнивающий исследования по данной тематике в США и в других странах. Всего было отобрано 15 рандомизированных исследований по программе ИТП, из них 9 проводились в США и 6 в других странах. В данном обзоре используются сравнительные данные по результатам трудоустройства в конкурентной среде, включающие процент трудоустроенных больных, количество времени затраченного на поиск работы, количество проработанных недель и часов. Мы также учитывали и данные трудоустройства больных в неконкурентной среде, программы удерживания пациента на рабочем месте, результаты работы, не требующей специализации. ИТП программы показывают значительно лучшие результаты по показателям трудоустройства в конкурентной среде, а также большую длительность удержания на работе, чем в группах сравнения. Общий процент трудоустройства по программе ИТП был значительно выше в США, чем в других странах (соответственно 62% и 47%). Стойкий уровень конкурентного трудоустройства, характерный для программы ИТП, говорит о преимуществах этой программы над другими, использовавшимися для сравнения в группе международных исследований, что говорит о том, что ИТП является хорошо доказанной практикой, которую успешно можно переносить в другие условия при этом необходимо точно воспроизводить модели ИТП. Однако необходимы дополнительные исследования для выработки методов международной адаптации данной программы.

Ключевые слова: тяжелое психическое заболевание, результаты трудоустройства при конкуренции, профессиональная реабилитация, систематический обзор.

(World Psychiatry 2012;11:32-39)

Индивидуальное трудоустройство и поддержка занятости (ИТП) являются систематическим подходом, помогающим людям с тяжелым психическим заболеванием стать конкурентноспособными при трудоустройстве (1). Данный подход основан на следующих восьми принципах: возможность выбора в соответствии с требованиями клиента, сосредоточенность на занятости в конкурентной среде, интеграция психиатрических служб и служб по трудоустройству, внимание к предпочтениям клиента, планирование способов поощрения, быстрый поиск работы, систематическое продвижение по службе, и индивидуальная поддержка в работе (2). Систематические исследовательские обзоры показали, что индивидуальное трудоустройство и поддержка занятости (ИТП) имеют доказательную практическую базу (3-12).

В США индивидуальное трудоустройство и поддержка занятости (ИТП) имеют четкую доказательную базу, в связи с чем руководители служб психического здоровья других стран высказывают интерес к возможности перенятия опыта индивидуального трудоустройства и поддержки занятости (ИТП). Есть данные, показывающие, что копирование других методик, имеющих успех в США, имело разные результаты и в некоторых случаях американские программы не подходили для других стран (13).

Перед настоящим обзором поставлены две цели. Во-первых, учитывая рост внимания международного сообщества к ИТП, мы исследовали его эффективность в работах, проводимых вне США, и сравнивали их с данными американских исследований. Во-вторых, мы расширили количество предшествующих обзоров ИТП, добавив последние рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и увеличив диапазон показателей результатов, что позволило проверить гипотезу, что ИТП приводит к лучшим результатам кон-

курентного трудоустройства по целому ряду показателей, чем альтернативные программы трудоустройства.

МЕТОДЫ

Критериями включения в исследования были следующие: РКИ; сравнение групп ИТП с контрольными, не обеспечиваемыми ИТП; целевая группа – пациенты с тяжелыми психическими расстройствами; оценка долгосрочных результатов конкурентного трудоустройства; контроль при помощи шкалы точности воспроизведения ИТП (14).

Нами были использованы комбинации процедур поиска, включая формальный электронный поиск, библиографический поиск предшествующих обзоров и материалов конференций, запросы исследователям трудоустройства, особенно работающим в других странах. Мы перепроверили наши результаты с исчерпывающим исследованием, проведенным обозревателями Кокрановского сообщества (9).

В соответствии с целями ИТП, основное внимание обзора было направлено на конкурентное трудоустройство. Конкурентное трудоустройство – это постоянная работа с выплатой соразмерной заработной платы в обычных общественных условиях (то есть, рабочие места не для инвалидов), доступных любому человеку (не только людям с ограниченными возможностями). Согласно целям социальной интеграции, это понятие исключает неконкурентные рабочие места, такие как временная занятость и защищенная занятость (15).

Исследователи ИТП не применяли стандартизованную структуру оценки, хотя некоторые показатели являются общими для нескольких исследований. Показатели конкурентного трудоустройства включают параметры оценки процесса приобретения работы (например, процент пациентов получивших конку-

рентную занятость и время от включения в исследование (на первое рабочее дня), ее продолжительности (например, общее число недель отработанных на всех работах), интенсивности (например, процент, работающих как минимум 20 часов в неделю), и производительность (например, общее количество отработанных часов/зарплата) (16).

Некоторые модели трудоустройства предлагают клиентам неконкурентные рабочие места (например, защищенная занятость, управляемый агентством бизнес, и т.д.). Когда об этом сообщалось, мы суммировали эти данные по неконкурентному трудоустройству. Мы также исследовали процент выбывших из ИТП и контрольных программ. Наконец, многие исследования также оценивали показатели вне области занятости; мы учитывали и эти результаты.

Данные собирались непосредственно из опубликованных отчетов или высчитывались с использованием информации, представленной в опубликованных исследованиях. За меру продолжительности работы мы приняли количество полных недель, отработанных в году, предоставляя результаты как по всей основной группе исследования, так и по работающей подвыборке (те, кто получил, по крайней мере, одну конкурентную работу во время проведения исследования).

Учитывая небольшое количество исследований, наши сравнения между США и неамериканскими исследованиями проводились визуально. Исключением стал уровень конкурентной занятости, мы объединили выборки в пределах США и неамериканских исследований и использовали для сравнения общих показателей метод $2 \times 2 \chi^2$.

Для каждого исследования для оценки разницы в уровне конкурентной занятости между ИТП и контрольной группой мы вычислили величину эффекта, используя приближение арксинуса (17). Незвешенная общая величина эффекта была вычислена как среднее арифметическое индивидуальных величин эффекта. Для оценки часов занятости мы сначала преобразовали данные для каждого исследования в годовые показатели, для единообразия различных катamnестических периодов. Затем мы вычислили d величины эффекта для разницы средних между группой ИТП и контрольной группой (17). Наконец, мы вычислили невзвешенную общую величину эффекта. Для всех других показателей средние приводятся без стандартных отклонений, потому что чаще всего эти статистические данные в оригинальных исследованиях не приводились. Общее среднее значение высчитывалось путем взвешивания индивидуальных средних значений к объему выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы исключили 9 РКИ, в которых оценивались различные виды поддержки занятостью, которые являлись либо предшественниками ИТП (18-22), либо представляли собой помощь в трудоустройстве, которая не являлась ИТП (23-26).

Было выбрано 15 исследований, 9 из США и 6 из других стран, как показано в Таблице 1. В целом в этих исследованиях приняло участие 1063 человека в группе ИТП (в среднем = 70,9 на исследование), и 1117 пациентов контрольной группы (в среднем = 74,5 на исследование). Средняя продолжительность катamnестического наблюдения составила 18,4 месяца. Во всех исследованиях использовалось сравнение двух групп (ИТП и контроль), в одном сравнивались три группы (31). Десять исследований проводились в одном месте, пять исследований (7, 27, 29, 32, 33) проводились на базе нескольких исследовательских центров. В двух исследованиях использовали неинтегрированные контрольные группы поддержки занятостью (31,33). В противном случае во всех контрольных группах при-

менялось как обычное лечение, так и общепризнанные альтернативные модели занятости. Во всех исследованиях использовались стандартные методы оценки и контроля ИТП.

В большинстве исследований участники набирались из пациентов, получающих психиатрическую помощь в сообществах. Во всех исследованиях на момент отбора в исследование все участники были безработные. Во всех, за исключением одного (34), исследованиях критерием включения было желание работать. Другим критерием включения, общим для большинства исследований, было отсутствие серьезных физических заболеваний, таких как терминальная стадия рака, которые могли бы препятствовать работе во время проведения исследования или участию в оценочных интервью. В исследованиях, проведенных в Лос-Анджелесе (35), требовалось наличие 2-3-месячного периода стабилизации до включения в исследование, потому что при направлении в исследовательскую группу участники часто находились в подостром психотическом состоянии. В большинстве исследований от участников требовалось посещение двух и более информативных встреч, где участникам объяснялись цели исследования (36).

Результаты конкурентного трудоустройства

Уровень конкурентной занятости был значительно выше в группе ИТП, чем в контрольной группе в каждом из исследований, как показано на рисунке 1. В общей сложности 592 (55,7%) человека из группы ИТП получили работу, по сравнению с 253 (22,6%) в контрольной группе. Средний уровень по исследованиям, уровень конкурентной занятости 58,9% (медиана = 63,6%) в группе ИТП по сравнению с 23,2% (медиана = 26,0%) в контрольной группе. Средняя разница в процентах трудоустройства между ИТП и контрольной группой составила 35,7%, с колебаниями в пределах от 11,0% до 55,5%. Величина эффекта в индивидуальных исследованиях варьировала от 0,30 до 1,18. Общая невзвешенная величина эффекта составляла 0,77.

Затем мы сравнили уровни конкурентной занятости между 9 исследованиями в США и 6 неамериканскими исследованиями. При объединении выборок исследований 374 (62,1%) из 602 клиентов группы ИТП из 9 исследований США получили конкурентную занятость по сравнению с 218 (47,3%) из 461 клиентов группы ИТП из 6 неамериканских исследований, $\chi^2 (1) = 23,29$, $p < 0,001$. Разница между объединенными выборками контрольной группы не была статистически значимой: 150 (23,5%) из 645 пациентов контрольной группы из исследований США получили конкурентную занятость, по сравнению с 103 (21,8%) из 472 клиентов контрольной группы неамериканских исследований, $\chi^2 (1) = 0,32$. Для исследований США, невзвешенная средняя величина уровня конкурентной занятости составляла 65% в группе ИТП и 25% в контрольной группе, с общей невзвешенной величиной эффекта 0,84. В исследованиях за пределами США, средний уровень конкурентной занятости составил 50% для группы ИТП и 20% для контрольной группы, общая невзвешенная величина эффекта 0,67.

Среди американских исследований, уровень конкурентной занятости 27% в выборке Мэриленд ИТП (34) выбивался из общей тенденции. Он равнялся половине уровня ИТП в других 8 исследованиях США и был сопоставим со средними значениями в контрольной группе. С удалением этого исследования невзвешенный средний уровень конкурентной занятости для исследований США увеличился до 69% в группе ИТП и 28% в контрольной группе. Также среди неамериканских исследований уровень конкурентной занятости в 22% в группе ИТП Великобритании (29) выбивался из общей тенденции и составлял менее половины уровня ИТП в

Таблица 1. Рандомизированные контролируемые исследования индивидуального трудоустройства и поддержки

Исследование	Место проведения	Исследуемая группа	Контрольные условия	Длительность (мес.)	Кол-во (ИТП)	Кол-во (контроль)
Drake et al (33)	Манчестер и Конкорд (США)	Пациенты амбулаторной психиатрической службы (ПАПС)	Тренинги навыков, неинтегрированные	18	73	67
Drake et al (37)	Вашингтон (США)	Пациенты программы индивидуальной опеки	Традиционная поддержка занятости, включая мастерские для инвалидов	18	74	76
Lehman et al (34)	Балтимор (США)	ПАПС, без цели трудоустройства	Психосоциальная реабилитация	24	113	106
Mueser et a (31)	Хартфорд (США)	ПАПС	Посреднические центры поддержки безработных, психосоциальная реабилитация	24	68	136
Gold et a (39)	Сельская часть штата Северная Каролина (США)	ПАПС	Мастерская для инвалидов	24	66	77
Latimer et al (38)	Монреаль (Канада)	Клиенты, получающие психиатрическую помощь	Традиционные службы занятости	12	75	74
Bond et al (32)	Чикаго (США)	Пациенты только что направленные на психосоциальную реабилитацию	Разнообразные подходы к трудоустройству	24	92	95
Burns et al (7)	6 европейских стран	Клиенты, получающие психиатрическую помощь	Традиционные службы занятости	18	156	156
Wong et al (40)	Гонконг	Пациенты, направленные в стационар и для амбулаторной помощи	Государственная реабилитация с трудоустройством	12	46	46
Killackey et al (65)	Мельбурн (Австралия)	Молодые пациенты с ранним началом психических заболеваний	Традиционные службы занятости	6	20	21
Twamley et al (42)	Сан Диего, (США)	Пациенты в возрасте от 45 лет и выше	Государственная реабилитация с трудоустройством	12	28	22
Davis et al (28)	Таскалуса (США)	Безработные ветераны с ПТСР	Стандартная реабилитация трудоустройством для ветеранов	12	42	43
Nuechterein (30)	Лос-Анджелес, (США)	Молодые пациенты с ранним началом психических заболеваний	Государственная реабилитация с трудоустройством	18	46	23
Heslin et al (29)	Лондон, (Великобритания)	Клиенты, получающие амбулаторную помощь	Обычное лечение	24	93	95
Michon et al (27)	4 города в Нидерландах	Клиенты, получающие психиатрическую помощь	Традиционные службы занятости	30	71	80

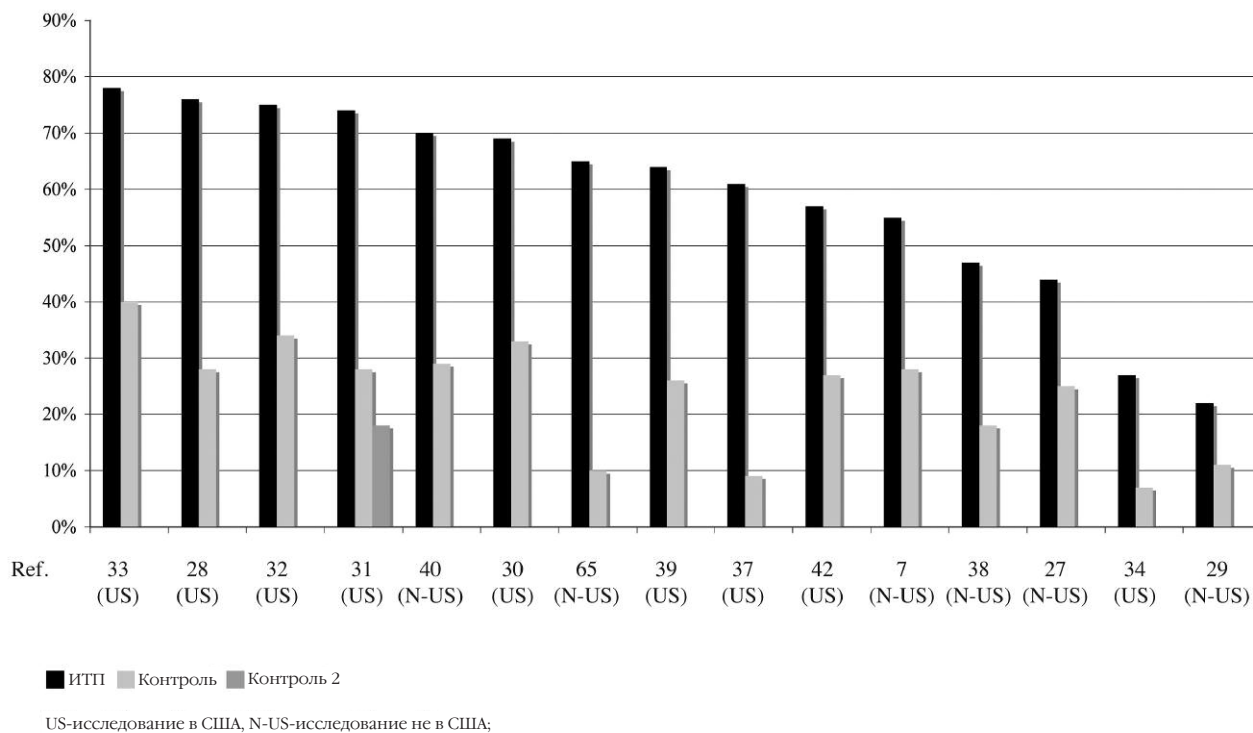
других 5 неамериканских исследованиях и равнялся среднему значению в контрольной группе. При удалении этого исследования невзвешенный средний уровень конкурентной занятости для исследований за пределами США составил 56% для группы ИТП и 22% для контрольной группы.

В четырех исследованиях ИТП (31-33,37) была подсчитана доля участников, которые работали 20 и более часов в неделю. Объединив информацию этих исследований, получаем что 134 (43,6%) из 307 участников ИТП и 53 (14,2%) из 374 человек контрольной группы имели такую работу, величина эффекта при этом составляет 0,67. В одном исследовании оценивался

уровень конкурентной занятости с полным рабочим днем, в нем не было выявлено различий между основной и контрольной группами (8,7% в группе ИТП и 11,6% в контрольной группе) (32).

Количество дней до получения первой конкурентной работы подсчитывалось в 9 исследованиях ИТП (6 США, 3 неамериканских), как показано в Таблице 2. Данные исследования в Великобритании сильно отличались (29), со значением в 680 дней до получения первой работы. При исключении этого исследования среднее время до получения первой конкурентной работы было на 50% короче в группе ИТП по сравнению с контрольной группой (136 дней против 205

Рис.1. Уровень конкурентного трудоустройства по данным 15 рандомизированных контролируемых исследований ИТП



дней). В двух других неамериканских исследованиях (из Гонконга и Канады) было самое короткое среднее время до первой работы из 9 исследований.

Полученные результаты для среднего количества рабочих часов в год при конкурентной занятости для 5 американских и 2 неамериканских исследований приведены в таблице 3. Между исследованиями отмечалась значимая вариабельность, в среднем от 656 часов в штате Алабама (28) до 126 часов в Квебеке (38). Тем не менее, общая невзвешенная величина эффекта в этих исследованиях была большой ($d = 0,58$), а количество отработанных часов в группе ИТП было в три раза больше, чем в контрольной группе. Для сравнения исследований США и неамериканских исследований кого-либо очевидного паттерна выявить не удалось.

Результаты о количестве недель в году отработанных при конкурентной занятости оценивались в шести американских и двух неамериканских исследованиях (Таблица 4). В целом, среднее количество недель отработанных в год в конкурентной занятости в группе ИТП была более чем в два раза выше, чем в группе контроля. Когда сравнения были ограничены участниками, которые получили конкурентную занятость в течение катamnестического наблюдения, количество рабочих недель было практически одинаковое и для ИТП и для группы контроля.

Другие результаты

Показатели величины дохода, включая работу в неконкурентной среде, был описан в 7 исследованиях (31-33, 37-40). В 6 из этих исследований процент трудоустройства в неконкурентной среде для ИТП был небольшим (11% или меньше от общего числа участников программы ИТП). Однако в исследовании в Квебеке (38) 20% участников программы ИТП получили неконкурентную работу. В трех исследованиях, проведенных в США (31, 33, 39), и одном исследовании за пределами Америки (40) включение всех оплачиваемых трудоустройств существенно не повлияло на общий результат исследований. По данным одного исследования в США (32) и одного за его пределами

(38), можно увидеть, что отсутствует разница между ИТП и контрольной группой по общему показателю всех оплачиваемых трудоустройств, а также по нескольким другим показателям. Другое исследование в США показало отсутствие разницы в общем заработке между участниками программы ИТП и группой сравнения (37).

Раннее выбывание из программ означало, что клиенты либо раньше времени выбывали из программ трудоустройства или изначально отказывались от посещения данных центров. В исследованиях, в которых изучался уровень выбывания из программ (или потеря работников), не было стандартизированного временного периода или единого метода оценки прерывания участия в программах. К примеру, в исследовании в Вашингтоне (37) изучался уровень выбывания в течение 2 месяцев, в исследовании в Иллинойсе (32) раннее выбывание из исследования определялось как выбывание в течение 6 месяцев. В исследовании в Квебеке (38) потеря работников определялось как отсутствие как минимум одного контакта с персоналом центров трудоустройства во время первого и второго триместров исследования. Средний показатель по 6 исследованиям (7, 31-33, 37, 38) выявил, что 9% участников программы ИТП рано выбыли с рабочих мест по сравнению с 42% в контрольной группе.

Девять исследований, включенных в обзор, также изучали признаки, не относящиеся к трудоустройству, к которым чаще всего относились психиатрическая симптоматика, качество жизни и госпитализации в психиатрический стационар (31-34, 37-39, 41, 42). В некоторых работах проводилась оценка социального функционирования, взаимодействие в социуме, самооценка. За исключением редких случаев, участники ИТП программ сильно не отличались от контрольной группы по этим показателям.

ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам работ видно, что оценки ИТП метод показывают следующие результаты: 60% или более клиентов ИТП получили конкурентные рабочие места, по

Таблица 2. Среднее количество дней до получения первой конкурентной работы в 9 исследованиях ИТП

Исследования	ИТП	Контроль
Wong et al. (40)	72 (N=32)	118 (N=13)
Latimer et al. (38)	84 (N=51)	89 (N=39)
Twamley et al. (42)	93 (N=16)	171 (N=6)
Drake et al. (37)	126 (N=45)	293 (N=7)
Gold et al. (39)	133 (N=42)	322 (N=20)
Bond et al. (32)	156 (N=69)	193 (N=32)
Lehman et al. (34)	164 (N=47)	287 (N=12)
Mueser et al. (31)	197 (N=51)	277 (N=31)
Heslin et al. (29)	708 (N=21)	698 (N=11)
Иторо	167,7 (N=374)	236,3 (N=171)
Total without Heslin et al. study	135,6 (N=353)	204,6 (N=160)

IPS – Individual Placement and Support

сравнению с 25% тех, кто получает другие виды профессиональной помощи. Одним из способов интерпретации этого является вывод, что примерно 25% клиентов, которые выразили заинтересованность в конкурентной занятости, удалось получить работу, участвуя в разнородных и неэффективных профессиональных программах или даже не участвуя ни в одной из программ, но ИТП помогло дополнительным 35% целевой группы, которые в противном случае остались бы без работы. Значительное и статистически значимое положительное влияние ИТП хорошо доказано и подтверждено во всех 15 исследованиях. Эффективность ИТП, оцениваемая другими параметрами занятости, включая время до устройства на первую работу, продолжительность работы и общее количество рабочих часов в течение периода наблюдений. Большинство клиентов ИТП устроилось на неполную занятость, как правило, на половину времени; примерно две трети из тех, кто получил конкурентную занятость работали 20 и более часов в неделю. Только немногие клиенты ИТП работали полный рабочий день, вероятно, это связано с предпочтениями пациентов, ограниченной выносливостью, и / или страха потерять медицинскую страховку и другие преимущества. В соответствии с принципом быстрого поиска работы, время до устройства на первую конкурентную работу для участников ИТП было почти на 10 недель меньше, чем в контрольной группе. Средняя продолжительность времени до первой работы для участников ИТП составила 19 недель, что, однако, длилнее чем для модели, которая предусматривает быстрый поиск работы.

Этот обзор имеет ряд преимуществ по сравнению с предыдущими обзорами в нескольких отношениях. Во-первых, он имеет самый большой и самый современный набор соответствующих рандомизированных контролируемых исследований. Во-вторых, в нем рассматривается широкий спектр показателей. В-третьих, он ограничен строгими рамками оценки программы ИТП, что помогает четко оценить потенциал ИТП. В-четвертых, это первый обзор систематического сравнения исследований США и неамериканских исследований.

Необходимо внести комментарии по поводу включения исследований, которые выбивались из общей тенденции (29, 34). Исследование в Мэриленде (34) отличается от других исследований ИТП в том, что это было единственным исследованием в обзоре, в котором не требовалось от участников получения конкурентной работы. Многие участники, по-видимому, присоединились к исследованию для получения оплаты за участие в исследовании, а не потому, что у них была заинтересованность в устройстве на работу. Низкие результаты конкурентной занятости данного исследования согласуются с его гибкими критериями включения. Что касается исследования в Великобритании (29), мы согласны с двумя комментаторами (43,44), которые отметили недостатки данного исследования в приверженности модели ИТП, отмеченные самими исследователями (45).

С другой стороны, исследование ветеранов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) также сильно отличалось от других, но в положительную сторону (28). Это исследование имело выдающиеся результаты по большинству показателей занятости, позволяя предположить, что эти целевые группы населения особенно хорошо поддаются ИТП, хотя необходимо подтверждение этих результатов дальнейшими исследованиями. Хотя ПТСР обычно не относится к тяжелым психическим заболеваниям, некоторые исследователи утверждают, что оно должно быть к ним причислено, учитывая его долгосрочный характер и частую инвалидизацию (46). Для определения показаний к ИТП (диагнозы и виды инвалидизации) необходимы дальнейшие систематические исследования.

Нерешенным остается вопрос, являются ли показатели неконкурентной занятости эквивалентными конкурентным рабочим местам, учитывая их полезность для клиентов, руководителей программ, спонсоров реабилитационных услуг и общества в целом. Модель ИТП основана на том, что конкурентные рабочие места гораздо предпочтительнее для самих клиентов, чем неконкурентные (47). Кроме того, длительный период конкурентной занятости был связан с более хорошими показателями по другим параметрам, оцениваемым в исследованиях (41,48), в то время как в случае неконкурентной занятости этого так явно не отмечалось. Мы

Таблица 3. Среднее количество рабочих часов в год при конкурентной занятости в семи исследованиях ИТП

	Катамнез	ИТП		Контроль		Отношение ИТП к Контролю	Общая невзвешенная величина эффекта
		Mean	SD	Mean	SD		
Davis et al. (28)	12	656	661	236	494	2,78	0,72
Drake et al. (33)	18	405	843	137	400	2,96	0,60
Bond et al. (32)	24	298	836	143	723	2,09	0,40
Burns et al. (7)	18	286	707	79	312	3,61	0,57
Drake et al. (37)	18	215	569	19	125	11,5	0,72
Mueser et al. (31)	24	187	516	36	231	5,22	0,86
Latimer et al. (38)	12	126	267	73	252	1,73	0,20
Среднее значение		284,3		86,1		3,30	0,58

IPS – Individual Placement and Support

Таблица 4. Количество недель в году, отработанных при конкурентной занятости в 8 исследованиях ИТП

	Все участники исследований		Работающие участники	
	ИТП	Контроль	ИТП	Контроль
Davis et al. (28)	21,6 (N=42)	6,8 (N=43)	28,4 (N=32)	24,4 (N=12)
Latimer et al. (38)	17,0 (N=75)	14,1 (N=74)	25,0 (N=51)	26,8 (N=39)
Bond et al. (32)	16,2 (N=92)	8,2 (N=95)	21,6 (N=69)	24,3 (N=32)
Mueser et al. (31)	14,9 (N=68)	2,3 (N=136)	19,8 (N=51)	9,8 (N=31)
Wong et al. (40)	13,0 (N=46)	7,0 (N=46)	18,6 (N=32)	24,9 (N=13)
Drake et al. (37)	10,1 (N=74)	0,8 (N=76)	16,6 (N=45)	8,7 (N=7)
Gold et al. (39)	10,0 (N=66)	2,9 (N=77)	15,8 (N=42)	11,3 (N=20)
Lehman et al. (34)	6,0 (N=113)	1,6 (N=106)	14,4 (N=47)	14,1 (N=12)
Итого	12,8 (N=576)	4,9 (N=653)	20,0 (N=369)	19,3 (N=166)

IPS – Individual Placement and Support

считаем, что преимущества конкурентной занятости лучше всего оценивать в долгосрочных исследованиях (49). Тем не менее, некоторые исследования в этом обзоре показали, что мероприятия в контрольной группе были сопоставимы по эффективности с ИТП по показателям оплачиваемой работы при включении в анализ неконкурентной занятости. Наконец, также следует учитывать расходы, связанные с разработкой и поддержанием программ неконкурентной занятости; по неофициальным данным затраты часто являются неадекватно высокими (15). Кроме того, социальные бремя создания и поддержания неконкурентоспособных рабочих мест является неустойчивым в больших масштабах, так как расходы, как правило, полностью покрываются правительственными субсидиями, а не из частного сектора и клиенты, как правило, не платят налоги с доходов при неконкурентной занятости.

Низкий уровень отсева, отмеченный в исследованиях ИТП, позволяет задуматься о его причинах. Во-первых, они отличаются от результатов ранних обзоров, оценивающих уровень отсева среди клиентов поддерживаемого трудоустройства (3). В соответствии с выраженным пропагандистским компонентом модели, программы ИТП имеют исключительно низкий процент отсева, менее 10% в большинстве исследований. С другой стороны, исследования часто сообщают о высоких показателях отсева в группе контроля. В связи с разницей по показателям прерывания исследования между группой ИТП и контрольной группой, возникает вопрос, может ли уровень удержания в программе быть связан с более высокими результатами трудоустройства в группе ИТП. Другими словами, могут ли озвученные выше результаты пациентов, проходивших ИТП, сохраниться при проведении анализа воздействия лечения? А если повторить анализ без учета показателей выбывания из программы? Одно исследование, которое было проведено в рамках данного анализа, показало, что ИТП превосходило показатели контрольной группы при сравнении без учета факторы выбывания (32). Конечно, можно думать, что отсеявшиеся участники контрольной группы, сделали это потому, что они рассматривали контрольное вмешательство как неэффективное. Очевидно, что этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Участие в ИТП как таковое не улучшает показатели, не связанные с занятостью. Эти показатели могут улучшаться у клиентов, которые в течение долгого времени работают на конкурентной работе (48). Эти отношения требуют дальнейшего исследования в продольных исследованиях.

Мировой интерес к модели ИТП может быть спровоцирован увеличением доли исследований ИТП, проводимых за пределами США, о которых сообщается с

2007 года. Открытием данного обзора является факт, что уровень конкурентной занятости выше в исследованиях США, по сравнению с неамериканскими исследованиями. В частности, европейские и канадские исследования имели худшие результаты, чем в исследованиях США, а результаты в Гонконге и австралийском исследовании были сопоставимы с таковыми в США. Понимание причин этого явления будет иметь значение для работников организации здравоохранения и поставщиков услуг, так как ИТП продолжает распространяться на международном уровне (50). Уменьшение эффективности ИТП, особенно в Европе, обычно приписывают политике в области труда и инвалидности, которые могут препятствовать возвращению на работу, то, что Burns et al. (7) называют «ловушкой инвалидности». В настоящее время проходит шведское исследование ИТП, в нем подробно описываются бюрократическая инерция и психологические барьеры в шведской системе социального обеспечения, препятствующие развитию эффективных услуг ИТП (51). Голландское исследование также описывает проблемы в реализации ИТП (52). Качественные исследования предполагают, что эти препятствия огромны и представляют собой сложности, которые не встречаются в США. Руководители программ ИТП в ряде других стран проводят стратегии для преодоления этих барьеров (53,54). Требуются дальнейшие международные исследования для изучения характера и силы этих политических факторов, и определить, какие нужны перемены. В настоящее время было проведено слишком мало международных РКИ, чтобы сделать четкие выводы о влиянии политики и экономических, культурных и социальных факторов.

Альтернативным объяснением для худших показателей занятости в нескольких неамериканских исследованиях ИТП является отсутствие адекватной технической помощи и подготовки персонала, что приводит к некачественной реализации программы. Без адекватной точности проведения эффективность программы ослабляется и качество полученной оценки сомнительно. Отметим, что все американские исследования либо проводились, либо консультировались разработчиками ИТП, в то время как только треть неамериканских исследований (7,38) проводилась при непосредственном участии разработчиков модели. Географическое расстояние, возможно, является объяснением этой разницы.

Качество реализации исследований за пределами США, как правило, трудно оценить из-за отсутствия информации о деталях процесса в опубликованных отчетах. Два неамериканских многоцентровых исследования сообщали о неточности проведения программы в меньшинстве исследовательских центров (7,27).

Как мы можем объяснить высокие показатели точности ИТП в исследовании в Великобритании (29)? Отметим, что оценка осуществлялась не независимыми экспертами знакомыми с ИТП, а опыт исследований показывает, что оценки, сделанные самими участниками проекта, часто завышены (55). Учитывая тесную связь между точностью ИТП и результатом конкурентной занятости (14), мы полагаем, что будущие обзоры ограничатся оценками только высококачественных программ ИТП, одобренных независимыми экспертами, прошедшими необходимую подготовку по оценке точности выполнения программ ИТП.

Более широким вопросом, связанным с усовершенствованием доказательной практики, как по практическим соображениям, так и для научной точности, являются вопросы надлежащей подготовки персонала и доступ к соответствующей технической помощи. В то время как области практической реализации наука все еще находится в зачаточном состоянии (56), некоторые общие выводы начинают появляться. Широкому распространению ИТП способствовала техническая помощь экспертов, осуществляемая в США (57). Когда техническая помощь ИТП отсутствовала, уровень распространенности был значительно ниже (58-61). Острая потребность в подготовке кадров и обеспечению качества при реализации модели ИТП, привело к тому, что разработчики других научно обоснованных моделей стали настаивать на том, чтобы пользователи проходили систематическое обучение и обращались за технической помощью, для большей уверенности в качестве проводимых программ (62). В качестве критерия необходимости вмешательства, Becker et al. (63) предложили квартальные показатели конкурентного трудоустройства 33% и ниже. При таких показателях уровень программ оценивается как начальный или программы оцениваются как малоэффективные, с необходимостью немедленной технической поддержки.

Конечно, чрезмерное влияние разработчиков модели на оценку своих же собственных моделей было подвергнуто критике как провоцирующее ошибку терапевтической лояльности (64). Это свидетельствует о сохраняющейся необходимости в подготовке второго поколения экспертов ИТП для проведения исследований независимых от разработчиков модели. Эта работа уже началась и была представлена в текущем наборе исследований.

Итак, вопрос о возможности переноса ИТП за пределы США остается без ответа. Хотя опубликованные исследования показывают, что особенности труда и законы об инвалидности в некоторых странах Европы затрудняют прямое копирование ИТП, есть также признаки того, что ИТП может быть перенесена в другие страны, такие как Австралия и Гонконг (регион Китая). Наконец, прежде чем сделать вывод, что ИТП должна пройти радикальную адаптацию в другой стране, специалисты программ ИТП должны получать достаточную подготовку для точной реализации этой модели.

Литература:

1. Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press, 2003.
2. Drake RE, Bond GR, Becker DR. IPS supported employment: an evidence-based approach. New York: Oxford University Press (in press).
3. Bond GR, Drake RE, Mueser KT et al. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997;48:335-46.
4. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52:313-22.
5. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidencebased practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:345-59.
6. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280-90.
7. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
8. Crowther RE, Marshall M, Bond GR et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322:204-8.
9. Kinoshita Y, Furukawa TA, Omori IM et al. Supported employment for adults with severe mental illness (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;1:CA008297.
10. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010;36:94-103.
11. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:515-23.
12. Wang CC, Sung C, Hiatt E et al. Effectiveness of supported employment on competitive employment outcomes: a meta-analysis. Presented at the National Council of Rehabilitation Educators, Los Angeles, April 2011.
13. Burns T. Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 407):11-4.
14. Bond GR, Becker DR, Drake RE. Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: case example of the IPS Fidelity Scale. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2011;18:126-41.
15. Black BJ. Work and mental illness: transitions to employment. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1988.
16. Bond GR, Campbell K, Drake RE. Domains of employment measurement in Individual Placement and Support research. *Psychiatr Serv* (in press).
17. Lipsey MW. Design sensitivity. Newbury Park: Sage, 1990.
18. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH et al. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabil Psychol* 1995;40:91-111.
19. Chandler D, Meisel J, Hu T et al. A capitated model for a crosssection of severely mentally ill clients: employment outcomes. *Commun Ment Health J* 1997;33:501-16.
20. Gervery R, Bedell JR. Supported employment in vocational rehabilitation. In: Bedell JR (ed). *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*. Washington: Taylor & Francis, 1994:151-75.
21. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM et al. Employment outcomes in Family-aided Assertive Community Treatment. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70:203-14.
22. Test MA, Allness DJ, Knoedler WH. Impact of seven years of assertive community treatment. Presented at the American Psychiatric Association Institute on Psychiatric Services, Boston, October 1995.
23. Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA et al. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr Serv* 2006;57:1406-15.
24. Rogers ES, Anthony WA, Lyass A et al. A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabil Counsel Bull* 2006;49:143-56.
25. Shafer M. Employment Intervention Demonstration Project: Arizona site. Unpublished paper, 2005.
26. Tsang HW, Chan A, Wong A et al. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exper Psychiatry* 2009;40:292-305.
27. Michon HW, van Vugt M, van Busschbach J. Effectiveness of Individual Placement and Support; 18 & 30 months follow-up. Presented at the Enmesh Conference, Ulm, June 2011.
28. Davis LL, Leon AC, Toscano R et al. A randomized clinical trial evaluating the impact of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* (in press).

29. Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs. *World Psychiatry* 2011;10:132-7.
30. Nuechterlein KH. Individual placement and support after an initial episode of schizophrenia: the UCLA randomized controlled trial. Presented at the International Conference on Early Psychosis, Amsterdam, November 2010.
31. Mueser KT, Clark RE, Haines M et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:479-90.
32. Bond GR, Salyers MP, Dincin J et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:968-82.
33. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:391-9.
34. Lehman AF, Goldberg RW, Dixon LB et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:165-72.
35. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR et al. Individual Placement and Support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:340-9.
36. Drake RE, Becker DR, Anthony WA. The use of a research induction group in mental health services research. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:487-9.
37. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-33.
38. Latimer E, Lecomte T, Becker D et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65-73.
39. Gold PB, Meisler N, Santos AB et al. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2006;32:378-95.
40. Wong KK, Chiu R, Tang B et al. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
41. Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull* 2009;35:949-58.
42. Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR et al. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil* 2008;11:76-89.
43. Campbell K. Employment rates for people with severe mental illness in the UK not improved by 1 year's individual placement and support. *Evidence-Based Mental Health* 2010;doi:10.1136/ebmh1090.
44. Latimer E. An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention. *Br J Psychiatry* 2010;196:341-2.
45. Howard LM, Heslin M, Leese M et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:404-11.
46. Friedman MJ, Rosenheck RA. PTSD as a persistent mental illness. In: Soreff S (ed). *The seriously and persistently mentally ill: the state-of-the-art treatment handbook*. Seattle: Hogrefe & Huber, 1996:369-89.
47. Bedell JR, Draving D, Parrish A et al. A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid prevocational training. *Psychiatr Rehabil J* 1998;21:279-83.
48. Bond GR, Resnick SG, Drake RE et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001;69:489-501.
49. Penk W, Drebing CE, Rosenheck RA et al. Veterans Health Administration transitional work experience vs. job placement in veterans with co-morbid substance use and non-psychotic psychiatric disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2010;33:297-307.
50. Rinaldi M, Killackey E, Smith J et al. First episode psychosis and employment: a review. *Int Rev Psychiatry* 2010;22:148-62.
51. Hasson H, Andersson M, Bejerholm U. Barriers in implementation of evidence-based practice: supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management* 2011;25:332-45.
52. van Erp NH, Giesen FB, van Weeghel J et al. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2007;58:1421-6.
53. Boyce M, Secker J, Floyd M et al. Factors influencing the delivery of evidence-based supported employment in England. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:360-6.
54. Waghorn GR, Collister L, Killackey E et al. Challenges to implementing evidence-based supported employment in Australia. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2007;27:29-37.
55. Lee N, Cameron J. Differences in self and independent ratings on an organisational dual diagnosis capacity measure. *Drug and Alcohol Review* 2009;28:682-4.
56. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA et al. *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, 2005.
57. Becker DR, Drake RE, Bond GR et al. A mental health learning collaborative on supported employment. *Psychiatr Serv* 2011;62:704-6.
58. Bond GR. Modest implementation efforts, modest fidelity, and modest outcomes. *Psychiatr Serv* 2007;58:334.
59. Liu HH. *Policy and practice: an analysis of the implementation of supported employment in Nebraska*. Dissertation, University of Nebraska, Lincoln, 2011.
60. McGrew JH. *Final report to SECT Center: IPS fidelity survey of supported employment programs in Indiana*. Indianapolis: Indiana University-Purdue University Indianapolis, 2008.
61. Menear M, Reinharz D, Corbière M et al. Organizational analysis of Canadian supported employment programs for people with psychiatric disabilities. *Soc Sci Med* 2011;72:1028-35.
62. Schoenwald SK, Heiblum N, Saldana L et al. The international implementation of multisystemic therapy. *Evaluation and the Health Professions* 2008;31:211-25.
63. Becker DR, Drake RE, Bond GR. Benchmark outcomes in supported employment. *Am J Psychiatr Rehabil* 2011;14:230-6.
64. Jacobson NS. The role of the allegiance effect in psychotherapy research: controlling and accounting for it. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999;6:116-9.
65. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193:114-20.