

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, О.Г. Кузнецова, Н.Б. Левина

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Вопросы трудоустройства психически больных поднимались еще на волне зарождения эпохи нестеснения в психиатрии. Примером могут служить работы Мюллера (1762) и сельскохозяйственная колония, основанная В.Тьюком в 1779 году, известная как Йоркское Убежище [2].

В нашей стране в начале XX века трудотерапия и трудоустройство психически больных получили наибольшее развитие. В 30-е годы была создана целая сеть внебольничных и промежуточных между больницей и производством учреждений, таких как кабинеты трудовой терапии, ЛТМ при диспансерах, дневные стационары, трудовые профилактории, специализированные цеха и профессиональные школы для обучения инвалидов с психическими заболеваниями. Уже тогда вопросы трудоустройства психически больных рассматривались в рамках определенного континуума: от ЛТМ – к специализированным цехам и от них – в государственное производство [3]. При загородных больницах создавались сельскохозяйственные колонии с общежитиями для больных, работающих в сообществе, инвалиды вследствие психических расстройств объединялись в профессиональные артели. Наряду с этим, активно разрабатывались вопросы прогноза трудоспособности при шизофрении. Были разработаны рекомендации и списки доступных профессий [2, 14]. Д.Е.Мелехов [14] отмечал, что шизофренический процесс резко влияет на трудовую деятельность, как в остром периоде болезни, так и по миновании его. И, тем не менее, он указывал, что до 35% больных шизофренией могут быть привлечены к труду.

М.Л.Аграновский [1], В.М.Воловик и соавт. [4, 5] подчеркивали значение трудоустроенности больных, а также хороших, теплых внутрисемейных отношений для психосоциальной реадaptации пациентов. В этих исследованиях, как отсутствие работы, так и плохие отношения с родственниками положительно коррелировали с худшими исходами заболевания.

На современном этапе развития психиатрической службы, который характеризуется смещением акцента со стационарных форм помощи на различные формы помощи в сообществе и активным внедрением в рутинную практику методов психосоциальной терапии и реабилитации, проблема трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, приобретает особую актуальность. По сути, целью любого реабилитационного процесса является достижение максимально возможного уровня социально-личностного восстановления, что предполагает наличие у индивидуума полезной и социально значимой занятости [8]. Среди различных форм такой занятости трудоустройство имеет первостепенное значение. Важно отметить, что накоплено много данных об эффективности трудоустройства пациентов на обычные предприятия с последующей курацией и предоставлением необходимой поддержки. Интеграция лиц с психическими расстройствами в среду здоровых людей способствует повышению их самооценки, обогащению репертуара социально приемлемых форм поведения, стимулирует социальную активность пациентов и стремление к достижению более высокого качества жизни. Таким образом, трудоустройство лиц с психическими расстройствами является неотъемлемой частью процесса психосоциальной терапии и реабилитации.

Последнее время исследователи отмечают тенденцию к увеличению числа инвалидов вследствие психических расстройств. В большом проценте случаев это люди трудоспособного возраста, имеющие высшее или среднее специальное образование, профессию (более 60%), и зачастую выражающие желание работать (более 50%) [16, 29, 34]. При этом фактически работают по разным данным от 10% до 25% пациентов с психическими расстройствами [30, 34, 38]. Поддерживаемое трудоустройство инвалидов является одним из важнейших звеньев психосоциальной реабилитационной работы

в современной психиатрии. Существующая система трудоустройства инвалидов вследствие психических расстройств в виде скудной сети лечебно-трудовых мастерских не соответствует современным представлениям о поддерживаемом трудоустройстве и требует модернизации. Более того, трудоустройство в конкурентных условиях позволило бы получить значительный экономический эффект не только в прямом выражении, но также и за счет сокращения косвенных потерь государства и издержек семей пациентов с психическими расстройствами, за счет сокращения расходов на стационарную психиатрическую помощь [11]. Таким образом, назрела необходимость разработки системного подхода к данной проблеме, что позволило бы значительно улучшить качество жизни психиатрических пациентов, вернуть их в активную жизнь в сообществе.

С учетом вышеизложенного, на базе медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России было проведено пилотное исследование модели поддерживаемого трудоустройства для лиц с психическими расстройствами.

В задачи отделения психосоциальной реабилитации входило:

1. Изучить клинико-социальные особенности данного контингента и на основании полученных данных определить потребности больных в различных формах поддерживаемого трудоустройства.

2. Провести комплексное психосоциальное вмешательство, в том числе специализированный модуль по тренингу навыков трудоустройства.

3. Трудоустройство лиц с психическими расстройствами на общих основаниях с предоставлением необходимой поддержки на рабочем месте.

4. Оценить результаты проведенных мероприятий в катамнезе.

Исследование состояло из нескольких этапов:

1. Этап оценки клинико-социального статуса пациентов с определением актуальных потребностей, «сильных сторон», мишеней и формата дальнейшей работы. Использовался клинико-психопатологический и клинико-социальный методы.

2. Этап непосредственного психосоциального вмешательства в групповом формате, индивидуальная работа с пациентами.

3. Этап межведомственного взаимодействия с городским центром занятости (отдел содействия занятости инвалидов), бюро МСЭК, районными ПНД, налаживание континуума подготовки к трудоустройству.

4. Катамнестическое наблюдение трудоустроенных пациентов.

В исследование включались пациенты из числа обратившихся за помощью в медико-реабилитационное отделение Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ

«НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, а также соискатели из Центра занятости инвалидов ЦАО г.Москвы.

На первом этапе исследования в процессе клинико-социального обследования были выявлены мишени психосоциальной работы: отсутствие мотивации к занятости, утрата навыков ежедневной трудовой деятельности (расстроенный режим дня, несоблюдение личной гигиены, коммуникативные затруднения, заниженная самооценка и др.), несоответствие запросов реальным возможностям пациента, невостребованность профессии или невозможность продолжения трудовой деятельности по имеющейся профессии.

Далее, на втором этапе исследования, в соответствии с выявленными мишенями пациенты включались в различные модули психосоциальной терапии, а именно, тренинг мотивации к занятости, когнитивно-поведенческая терапия, тренинг коммуникативных навыков, тренинг навыков трудоустройства и сохранения работы. Часть мероприятий проводилась совместно с членами Общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности».

Третий и четвертый этап исследования состояли в том, что при содействии Центра занятости инвалидов ЦАО г.Москвы пациенты трудоустраивались на обычные предприятия города на общих основаниях. При этом специалисты медико-реабилитационного отделения, а также члены ОООИ «Новые возможности» осуществляли регулярную курацию и поддержку трудоустроенных пациентов на рабочем месте.

Результаты

Через программу поддерживаемого трудоустройства медико-реабилитационного отделения Московского НИИ психиатрии прошло 52 человека. Доля мужчин составила 56% (29 чел.), доля женщин – 44% (23 чел.). Преимущественно в программе участвовали и были трудоустроены пациенты среднего возраста (32 ± 9 лет), при этом самой молодой пациентке было 18 лет, а наиболее зрелому – 55 лет. Длительность заболевания в среднем составила $12,3 \pm 7,5$ лет, практически половина больных (48%, 25 чел.) имели инвалидность 2 или 3 группы. На момент обращения в отделение 32% (17 чел.) формально учились или работали, однако имелись существенные проблемы в сохранении рабочего места и высокий риск увольнения, учащиеся находились в академических отпусках или же были на грани отчисления. Средняя длительность участия в программе составила 18 ± 7 месяцев.

У подавляющего большинства пациентов, включенных в программу поддерживаемого трудоустройства, выявлялись расстройства шизофренического спектра. Различные формы шизофрении были диагностированы в 54% случаев (28 чел.), шизотипическое расстройство (неврозоподобная или психопатоподобная шизофрения) выявлялось у 21%

(11 чел.), шизоаффективное расстройство – у 17% (9 чел.). В единичных случаях были диагностированы острое полиморфное психотическое расстройство, расстройства личности, аффективные состояния (8%, 4 чел.).

Все пациенты были разделены на три группы по степени готовности к трудоустройству. Первая группа (19 чел., 37%) – с высокой степенью готовности, вторая (20 чел., 39%) – со средней степенью готовности и третья (13 чел., 24%) – с низкой степенью готовности к трудоустройству. Основным критерием

Таблица 1

Распределение пациентов по диагностическим категориям МКБ-10

Диагностические категории		Абс.	%
Шизофрения параноидная	эпизодическое течение	14	27
	непрерывное течение	3	6
Шизофрения кататоническая		1	2
Шизофрения недифференцированная		10	19
Шизотипическое расстройство		11	21
Шизоаффективное расстройство		9	17
Острое полиморфное психотическое расстройство		1	2
Органическое аффективное расстройство		1	2
Шизоидное расстройство личности		1	2
Циклотимия		1	2
Всего		52	100

такого разделения служила степень мотивации пациентов к труду.

Группа 1 (n=19). Мужчин в данной группе было 10 человек (52%), женщин – 9 человек (48%). Средний возраст составлял 33±9,8 лет, а длительность заболевания 13,4±9,4 лет – наиболее высокий показатель среди групп. При этом клинически пациенты характеризовались менее прогрессивными формами психических расстройств с незначительной долей негативной симптоматики (табл. 2). Однако 9 чел. (48%) в данной группе имели инвалидность, а количество госпитализаций в ПБ и помещений в ДС за последние 3 года было самым высоким среди всех групп. Половина пациентов в данной группе уже имели опыт учебы или работы.

При работе с данной группой больных основное внимание уделялось формированию комплаентности и навыков раннего распознавания обострений. Также пациенты требовали работы по выработке правильных паттернов межличностного взаимодействия в групповом и индивидуальном формате. Индивидуальная работа с пациентами заключалась в помощи при составлении резюме, проработывании моделей поведения при телефонном или очном собеседовании, зачастую больные нуждались лишь во внешнем одобрении выбранной профессии или месте работы, в своем роде стимулировании к занятости (табл. 3). Пациенты данной группы были факти-

Таблица 2

Распределение пациентов по степени готовности к трудоустройству

Диагностические категории	Группа 1 (n=19)		Группа 2 (n=20)		Группа 3 (n=13)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Шизофрения параноидная эпизодическое течение	5	26	6	30	3	23
Шизофрения параноидная непрерывное течение	-	-	3	15	-	-
Шизофрения кататоническая	-	-	-	-	1	8
Шизофрения недифференцированная	2	11	3	15	5	38
Шизотипическое расстройство	5	26	4	20	2	15
Шизоаффективное расстройство	4	22	4	20	1	8
Острое полиморфное психотическое расстройство	1	5	-	-	-	-
Органическое аффективное расстройство	-	-	-	-	1	8
Шизоидное расстройство личности	1	5	-	-	-	-
Циклотимия	1	5	-	-	-	-

Таблица 3

Участие пациентов в различных модулях психосоциального лечения

	Группа 1 (n=19)	Группа 2 (n=20)	Группа 3 (n=13)
	%	%	%
Тренинг раннего распознавания обострений и навыков комплаентности	83	70	84
Тренинг коммуникативных навыков	46	10	61
Тренинг навыков трудоустройства	5	25	23
Тренинг мотивации	10	60	48
Индивидуальная психосоциальная терапия	16	30	31
Тренинг навыков самостоятельного проживания	-	15	-
Двигательная терапия	-	5	15

чески уже готовы к трудоустройству и могли быть трудоустроены незамедлительно, с частью пациентов работа проводилась уже после их трудоустройства.

В результате проведенных психосоциальных мероприятий 10 человек продолжали работать полный рабочий день, 4 – были заняты на $\frac{1}{4}$ ставки, 2 человека работали на дому и еще двое смогли продолжить обучение, один из которых также работал. Только 2 пациента не удержалось на работе в связи с обострением психического расстройства. В катамнестическом периоде в данной группе снизилось количество обострений психопатологической симптоматики, пациенты более регулярно посещали врача, соблюдали лекарственный режим. Больные реже требовали стационарных и полустационарных форм оказания помощи и, как следствие, дольше удерживались на работе.

Группа 2 (n=20). В группе средней готовности к трудоустройству было 40% мужчин (8 чел.) и 60% женщин (12 чел.). Средний возраст составил $28 \pm 7,7$ лет, а длительность заболевания – $8,9 \pm 5,4$ лет (табл. 2). Клинически данная группа была представлена только расстройствами шизофренического спектра, при этом наблюдалось утяжеление типа течения с более быстрым нарастанием выраженности негативных расстройств. Обращает на себя внимание меньшая длительность заболевания, по сравнению с первой группой. Группу инвалидности по психическому заболеванию имели 35% (7 чел.) больных. При этом другие пациенты в данной группе, фактически имея стойкое снижение трудоспособности, по разным причинам инвалидность не оформляли. Только $\frac{1}{4}$ больных в данной группе имели опыт трудоустройства, и, несмотря на то, что меньшее, по сравнению с группой 1, количество пациентов получали пенсию по инвалидности (35% и 48% соответственно), фактически до включения в психосоциальные мероприятия большая часть больных могла бы на нее претендовать.

Ключевую роль препятствия к трудоустройству играли следующие факторы:

1. Психическое состояние (непрерывное течение, дезадаптирующий характер обострений, отсутствие качественных ремиссий, неспособность продолжительное время противостоять и справляться с психопатологической симптоматикой, ятрогенные особенности психофармакотерапии).

2. Инвалидизация и развитие личности по «инвалидному типу»: стереотипизация жизненного уклада, недооценка собственных возможностей, рентные установки (в качестве сдерживающего фактора можно отметить пенсию по инвалидности, проживание на иждивении близких).

3. Особенности внутрисемейных отношений (низкий уровень ожиданий со стороны родственников, гиперопека, неконструктивное взаимодействие).

4. Установки пациентов («работать не нравится, работать не интересно, работать не хочется»).

5. Отсутствие навыка самостоятельного поиска работы и трудоустройства.

6. Достаточно выраженная негативная симптоматика, снижение побуждений, мотивации, гипоспонтанность. Следует отметить, что при опросе пациенты в данной группе формально положительно отвечали на вопрос: «Хотят ли они работать?», но если их спрашивали: «Когда Вы могли бы приступить к работе?», то они отвечали: «Через неделю, через месяц, когда выпишут, после отдыха от больницы».

В данной группе больных психосоциальная работа начиналась с несложных для пациентов, активизирующих групповых занятий (табл. 3), досуговых мероприятий ОООИ «Новые возможности». Часть больных нуждалась в оптимизации психофармакотерапии, в том числе в условиях дневного стационара. Параллельно пациенты включались в групповую работу по формированию комплаентности и навыков раннего распознавания обострений. Следующим этапом следовало включение пациентов в группу тренингов коммуникативных навыков и навыков трудоустройства. Некоторые больные также нуждались в работе с психологом в индивидуальном формате с целью выработки стратегий совладания с резидуальной психопатологической симптоматикой. Большое внимание уделялось работе с близкими пациентов, имеющей целью изменение ролевых отношений в семье, коррекцию дисфункциональных моделей поведения.

В катамнестическом периоде сохраняли работу на полную ставку 60% (12 чел.) и на $\frac{1}{2}$ ставки – 30% (6 чел.) пациентов. Один из пациентов приступил к работе, продолжая обучение. Как и в первой группе, больные стали более приверженными терапии, 90% (18 чел.) сообщали о регулярном приеме поддерживающего лечения и посещении врача. Необходимо отметить положительную динамику в отношении психологических механизмов, формирующих социальную роль «инвалида».

Группа 3 (n=13). Группа с низкой степенью готовности к трудоустройству была несколько меньше и состояла из 13 человек. В данной группе преобладали пациенты мужского пола (85%, 11 чел.). Средний возраст составил $36 \pm 9,3$ лет, длительность заболевания – $12 \pm 6,5$ лет. 84% больных (11 чел.) страдали параноидной, кататонической, недифференцированной или псевдоневротической шизофренией. Существенную долю в симптоматике занимали негативные расстройства. В целом, данная группа больных характеризовалась большей прогрессивностью расстройств с нарастающей дефицитарностью (табл. 2). В подавляющем большинстве случаев пациенты данной группы лечились в стационарных условиях, и было отмечено только 2 случая лечения в дневном стационаре, что также косвенно говорит о тяжести симптоматики. 70% больных (9 чел.) имели группу инвалидности по психическому заболеванию. Никто из больных

данной группы прежде не работал, и лишь один пациент формально числился в ВУЗе.

В качестве мишеней психосоциальной работы можно выделить 2 основных фактора:

1. У части больных данной группы ведущим дезадаптирующим фактором, стоящим на пути психосоциальной терапии и реабилитации, являлось неустойчивое психическое состояние, требующее, с одной стороны, медикаментозной коррекции, а с другой – прицельной работы по формированию навыков совладания с остаточной симптоматикой.

2. Стереотипизация жизненного уклада в данной группе больных имела особое значение. Пациенты не имели опыта другой, «здоровой» жизни. Отмечалось практически полное отсутствие мотивации к каким-либо переменам в жизненном укладе. Данные пациенты при начале работы с ними не имели ни оформленного желания работать, ни опыта полезной занятости. Более того, психическое состояние многих не позволило бы их трудоустроить. Среди прочих проблем можно также выделить выраженность изменений личности, сопротивление к изменению жизненного уклада, гиперопеку со стороны родственников, стремление огородить больного близкого от «невзгод» трудовой деятельности, опасения за стабильность психического состояния.

Таким образом, основным направлением психосоциальных вмешательств в данной группе было не восстановление утраченных социальных навыков, в отличие от первой и второй групп, а формирование этих навыков *ab ovo*.

Учитывая вышеописанные мишени, работа в данной группе больных проводилась по 2 основным направлениям:

1. Стабилизация психического состояния, повышение комплаентности и профилактика повторных обострений (табл. 3). Такая работа проводилась как в группах психообразовательного направления, так и при индивидуальной психосоциальной терапии. Пациенты последовательно проходили различные модули от простых к более сложным.

2. Активизация больных при помощи включения в регулярные занятия досуговых групп, преодоление стереотипизации, затворнической жизни инвалида, работа с распорядком дня, нормализация цикла сон/бодрствование. В дальнейшем проводилось расширение коммуникативных способностей пациентов, формирование правильного эмоционального отклика, адаптация к новым для больных условиям активной жизни в сообществе (табл. 3).

Двух пациентов удалось трудоустроить на работу в защищенных условиях (при содействии и поддержке родственников), 3 пациента были трудоустроены посредством Центра содействия занятости инвалидов ЦАО г.Москвы. Все 5 трудоустроенных пациентов в данной группе были заняты неквалифицированным трудом при неполном рабочем дне/неделе. Необходимо отметить, что пациенты нуждались в

постоянной поддержке как со стороны профессионалов, так и их близких. В систему поддержки также были включены работодатели, что требовало специальной работы.

Обсуждение

Неотъемлемой частью реабилитационного процесса при работе с инвалидами вследствие психических расстройств является трудоустройство [11]. Говоря о защищенном трудоустройстве для психически больных, нужно отметить, что в России имеется определенная законодательная база в виде предусмотренных квот для инвалидов. На практике же система квот и налоговых послаблений для предприятий оказалась малоэффективной, ввиду имеющихся предубеждений и стигмы психической болезни. Более того, в силу недостатка коммуникативных навыков, пациенты с психиатрической инвалидностью нуждаются как в групповом тренинге, так и в инструментальной поддержке при трудоустройстве со стороны социальных работников специализированных учреждений и институтов в сообществе [6, 10, 15].

И.Я.Гурович и соавт. [7] особо отмечали, что внимание к проблеме трудоустройства психически больных должно быть привлечено еще на «доинвалидном этапе». Установлено, что инвалидизации часто предшествует период неустойчивой трудовой адаптации [9]. Около 30% больных шизофренией не работают и при этом не имеют группу инвалидности.

По мнению А.П.Поташевой [17], континуум защищенного трудоустройства складывается из трудовой реабилитации, защищенной занятости и индивидуального трудоустройства [17]. Особая роль в осуществлении континуума отводится межведомственным бригадам, складывающимся из специалистов центров социального обслуживания, центров занятости, муниципальных органов, общественных организаций инвалидов и их родственников. В настоящее время существует лишь единичный, разрозненный опыт подобного взаимодействия.

К 90-м годам в развитых странах психиатрическое сообщество пришло к убеждению, что различные формы защищенного трудоустройства (ЛТМ, специализированные цеха и предприятия) являются малоэффективными в трудовой реабилитации инвалидов [27]. В нашей стране на низкую эффективность лечебно-трудовых мастерских в 1978 году указывал И.Я.Гурович. Напротив, накоплены данные, говорящие о том, что непосредственное трудоустройство на обычное предприятие с последующей курацией и поддержкой инвалида на рабочем месте повышает интеграцию психически больных в трудовой коллектив, пациенты дольше удерживаются на рабочем месте, снижается количество госпитализаций в психиатрический стационар [36, 40]. Важно отметить также и дестигматизирующий эффект поддерживаемого трудоустройства, обусловленный

более тесным соприкосновением общества с психически больными. Пациенты усваивают нормы поведения здоровых людей, больше ценят собственную включенность в социальные процессы, стремятся к более высокому качеству жизни [12].

На сегодняшний день разработаны основные принципы программы индивидуального поддерживаемого трудоустройства (Individual placement and support – IPS), в соответствии с которыми строилась работа отделения [20, 29]:

1. Конкурентное трудоустройство (на общих основаниях), то есть пациенты трудоустраиваются на обычные предприятия с такими же окладами, как и у других работников. По данным исследований, именно такая форма предпочтительна для большинства соискателей [22].

2. Получение работы без длительной к тому подготовки. В англоязычной литературе данный принцип описывается выражением «place first, then train», то есть необходимая поддержка оказывается уже трудоустроенному пациенту и направлена на решение конкретных задач или проблем, с которыми сталкивается данный пациент. Существуют данные, что при таком типе трудоустройства выше уровень сохранения рабочих мест [24].

3. Интеграция реабилитационных мероприятий в психиатрическую помощь. Участие специалистов по трудоустройству из центра занятости в работе полипрофессиональной бригады помогает этим специалистам получить информацию относительно клинической составляющей, наладить первичный контакт с пациентом и членами полипрофессиональной бригады, а также убедиться, что клиницисты уделяют должное внимание проблеме трудоустройства пациента [21]. Нужно сказать, что это позволяет также преодолеть стигму психической болезни среди специалистов по трудоустройству и повышает их мотивацию на поиск работы для таких соискателей.

4. Приоритет выбора работы – предпочтение пациента, а не результат заключения специалиста. При выборе места работы учитывался предыдущий опыт работы, обсуждались возможные варианты компромиссных решений, на которые мог бы согласиться пациент, корректировались нереалистичные (завышенные или заниженные) ожидания. Но, так или иначе, решающим был выбор пациента. К.Т. Mueser и соавт. [35] показали, что трудоустроенные пациенты дольше сохраняют свои рабочие места, когда вид их занятости совпадает с изначальными предпочтениями.

5. Комплексное и непрерывное клинико-социальное обследование пациента, которое заключалось в регулярных визитах к специалистам, необходимой коррекции психофармакотерапии, поскольку с началом трудовой деятельности, пациенты больше внимания обращали на побочные явления, мешающие работать. Пациенты продолжали посещать групповые тренинги, одновременно могла прово-

диться работа с семьями пациентов, как в индивидуальном, так и в групповом формате.

6. Неограниченная по времени социальная поддержка. Существуют данные, в соответствии с которыми доля удержания рабочих мест пациентами зависит от частоты контактов с профессионалами программы поддерживаемого трудоустройства [24]. Работа специалистов в программе поддерживаемого трудоустройства включала в себя контакты не только с пациентами и их близкими, но и с работодателями с целью разрешения конфликтных ситуаций, которые могли быть связаны с психическим состоянием пациентов или с отсутствием необходимых для этого социальных навыков.

7. Включение всех пациентов, которые хотят быть занятыми. Считается, что все пациенты, высказавшие желание работать, должны получить такую возможность. При этом, с симптоматики акцент перемещается на сильные стороны пациента, что является ключевым принципом реабилитационного подхода [38]. В программу поддерживаемого трудоустройства медико-реабилитационного отделения включались пациенты, даже на декларативном уровне изъявлявшие желание работать.

За время работы программы было трудоустроено 40 человек (77%), что соотносится с результатами других российских авторов [13], и несколько меньше, чем в данных зарубежных авторов – 91% [34]. Если проанализировать этот показатель в каждой из выделенных нами групп, то он составляет до 90% в двух первых группах с высокой и средней готовностью к трудоустройству, и 39% в группе с низкой готовностью. Следует отметить, что первые две группы пациентов объединяло наличие не только опыта полезной занятости, но и опыта жизни без психического расстройства, в то время как пациенты из 3 группы, как правило, такого опыта не имели, что предопределяло сложности при работе с ними. С учетом этих особенностей уровень трудоустройства в 3 группе пациентов (39%) можно оценить как существенный.

В современной литературе, посвященной трудоустройству с поддержкой, обсуждается проблема предикторов успешного трудоустройства и сохранения работы, к которым относят характеристики пациентов (выраженность когнитивных нарушений, тяжесть симптомов, мотивация к изменениям, целеустремленность, социальные навыки), уровень безработицы, интенсивность программ индивидуального поддерживаемого трудоустройства, предыдущий опыт работы [35]. При этом авторы указывают, что влияние того или иного предиктора на успех трудоустройства остается недостаточно определенным, что требует дальнейших исследований.

В настоящем исследовании модели поддерживаемого трудоустройства оценивались такие предикторы эффективности как особенности клинической картины и типа течения заболевания, социальный

статус пациентов, предыдущий опыт работы/учебы/полезной занятости, степень готовности к работе, отношение к перспективе трудоустройства и позиция семьи. Поскольку данные параметры достаточно сложно точно измерить, то они подвергались эмпирической оценке. Полученные результаты согласуются с данными других авторов и позволяют говорить об особой роли такого предиктора как степень готовности к работе, который складывается из мотивации к изменению образа жизни [18], целеустремленности, социальных навыков пациента [33]. Ограничением исследования является во многом эмпирический характер анализировавшихся данных, что делает необходимым дальнейшие исследования в этом

направлении с применением оценочного инструментария.

Заключение

Широкое внедрение программы поддерживаемого трудоустройства психически больных и инвалидов вследствие психических расстройств откроет новые возможности по реабилитации пациентов, повысит качество их жизни, включенность в нормальную социальную среду, снизит уровень избыточного использования стационарной психиатрической помощи, что в итоге сократит прямые расходы и косвенные потери государства, а также скрытые издержки семей психически больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аграновский М.Л. Социально-трудовая реадaptация больных периодической шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания (по данным сравнительного клинико-эпидемиологического исследования) // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 1984. Т.84, Вып. 5. С.719-726
2. Бергер И.А., Гольдовская Т.И., Копшицер И.З. Трудовая терапия в психоневрологических учреждениях СССР и мероприятия по ее развитию // Вопросы трудовой терапии / Под. ред. Э.А.Бабаяна. М., 1958. С. 22–35.
3. Борзунова А.С., Спивак Ф.Н. Специализированный психиатрический цех, как одна из действенных форм трудоустройства больных с психическими нарушениями // Вопросы трудовой терапии / Под. ред. Э.А.Бабаяна. М., 1958. С. 109–111.
4. Воловик В.М., Гайда В.Л., Коцюбинский А.П. Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 20–32.
5. Воловик В.М., Черниловская И.М. Реабилитация психически больных. Л., 1971. С. 101–109.
6. Гузова Ю.А. Опыт работы групп социальной поддержки (с элементами тренинга социальных навыков) в психиатрических учреждениях // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. М., 2004. С. 45–46..
7. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Шмуклер А.Б. Интеграция психически больных-инвалидов в общество // Интеграция людей с инвалидностью в российское общество: теория и практика / Под. ред. В.К. Шаповалова. М.: Муравей, 2006. С. 144–163.
8. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Сторожакова Я.А. Recovery (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребностей психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2013, Т. 23, № 2.
9. Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1994. 24 с.
10. Кольцов А.П., Ландышев М.А., Сухова Е.Н. Социальная служба психиатрического стационара // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» М., 2008. С. 518–519.
11. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.Н. Труд и тяжелое психическое расстройство: проблемы и решения. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия 2010. Т. 20, № 1 С. 91–99.
12. Любов Е.Б., Левина Н.Б. Реабилитационная модель поддерживаемого трудоустройства. Методические рекомендации Под ред. И.Я.Гуровича. М., 2010. 24 с.
13. Максимова Н.Е., Климок Н.В. Трудоустройство лиц с психическими расстройствами на примере Тверской области // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 1. С. 67–70.
14. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963. 168 с.
15. Окунькова Ю.А., Потапова В.А. Об организации социальными работниками социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 2. С. 70–74
16. Папсуев О.О., Шевченко В.А., Семенчук Л.И., Суслев С.Е. Клинико-социальные характеристики больных-инвалидов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. № 3. С. 5–9.
17. Поташева А.П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клинико-социальная и экономическая эффективность: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
18. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–62.
19. Baker F., Jodrey D., Intagliata J., Straus H. Community support services and functioning of the seriously mentally ill // Comm. Ment. Health J. 1993. Vol. 29, N 4. P. 321–331.
20. Becker D.R., Bond G.R. Supported employment implementation resource kit. Rockville, MD: Center of Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Service administration, 2004
21. Becker D.R., Drake R.E. A working life for people with severe mental illness. NY.: Oxford University Press, 2003. 232 p.
22. Bedell J.R., Draving D., Parish A. et al. Ad escription and comparison of experiences of people with mental disorder in supported employment and trained prevocational training // Psychiatr. Rehab. J. 1998. Vol. 21. P. 162–172.
23. Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R. Generalizability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US // World Psychiatry. 2012. Vol. 11. P. 32–39.
24. Bond G.R., Kukla M. Impact of follow-along support on job tenure in IPS supported employment // J. Nervous Ment. Dis. 2011. Vol. 1995. P. 150–155.
25. Bond G.R. An economic analysis of psychosocial rehabilitation // Hosp. Comm. Psychiatry. 1984. Vol. 35. P. 356–362.
26. Bond G.R., Dietzen L.L., McGrew J.H. et al. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities // Rehab. Psychol. 1995. Vol. 40. P. 91–111.
27. Dilk M.N., Bond G.R.: Meta-analytic evaluation of skills training research for persons with severe mental illness // J. Consulting Clin. Psychol. 1996. Vol. 64. P. 1337–1346.
28. Drake R.E., Becker D.R., Biesanz J.C., Torrey W.C., McHugo G.J., Wyzik P.F. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes // Community Men. Health J. 1994. Vol. 30. P. 519–532.
29. Drake R.E., Bond G.R., Becker D.R. IPS supported employment: an evidence-based approach. New York: Oxford University Press, 2012. 204 p.
30. Drebing C.E., Van Ormer E.A., Schutt R.K., Krebs C., Losardo M., Boyd C., Penk W., Rosenheck R. Client goals for participating in VHA vocational rehabilitation: Distribution and relationship to outcome // Rehab. Counseling Bull. 2004. Vol. 47. P. 162–172.
31. Marwaha S., Johnson S. Schizophrenia and employment: A review // Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol. 2004. Vol. 39. P. 337–349.
32. Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin J.-M., Kilian R., Hansen K., Toumi M. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 191. P. 30–37.
33. Metcalfe J.D., Riley J., McGurk S., Hale T., Drake R.E., Bond G.R. Comparing predictors of employment in Individual Placement and Support: A longitudinal analysis // Psychiatry Res. 2018. Vol. 264. P. 85–90.
34. Mueser K.T., Clark R.E., Haines M., Drake R.E., McHugo G.J., Bond G.R., Swain K. The Hartford Study of Supported Employment for Persons with Severe Mental Illness // J. Consul. Clin. Psychol. 2004. Vol. 72, N 3. P. 479–490.
35. Mueser K.T., Salyers M.P., Mueser P.R. A prospective analysis of work in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2001. Vol. 27. P. 281–296.
36. Noble J.H., Conley R.W., Banerjee S., Goodman S. Supported

- Employment in New York State: A Comparison of Benefits and Costs // J. Dis. Policy Studies. 1991. Vol. 2, N 1. P. 39–73.
37. Noble J.H. The benefits and costs of supported employment for people with mental illness and with traumatic brain injury in New York. Amherst, MA: Research Foundation of State University of New York, 1991.
38. Rapp C.A., Goscha R.J. The Strengths Model: case management with people with psychiatric disabilities. New York: Oxford University Press, 2006. 320 p.
39. Waghorn G., Saha S., Harvey C., Morgan V.A., Waterreus A., Bush R., Castle D., Galletly C., Stain H.J., Neil A.L., McGorry P., McGrath J.J. 'Earning and learning' in people with psychotic disorders: The second Australian national survey of psychosis // Austr. NZ J. Psychiatry. 2012. Vol. 46. P. 774–785.
40. Wehman P., Revell W.G., Kregel J. Supported employment: a decade of rapid growth and impact. In: Wehman P., Revell W.G., West M., editors. Supported employment research: expanding competitive employment opportunities for persons with significant disabilities. Richmond, VA: VCU // Rehab. Res. Training Center on Supported Employment. 1997. P. 1–18.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, О.Г. Кузнецова, Н.Б. Левина

Статья посвящена опыту внедрения в практику амбулаторного медико-реабилитационного отделения программы поддерживаемого трудоустройства для пациентов с психическими расстройствами. Приводятся клинико-социальные характеристики включенных в исследование пациентов, в соответствии с которыми они были разде-

лены на три группы по степени готовности к трудоустройству. Полученные результаты анализируются в разрезе современных подходов к концепции поддерживаемого трудоустройства.

Ключевые слова: поддерживаемое трудоустройство, шизофрения, психозы, медико-реабилитационное отделение.

SUPPORTED EMPLOYMENT PROGRAM TRIAL WITHIN PREHABILITATION UNIT

O.O. Papsuev, L.G. Movina, O.G. Kouznetsova, N.B. Levina

This paper describes a pilot trial of supported employment program within rehabilitation unit. Clinical and social characteristic of the patients are given who were allocated into 3 groups depending on their readiness to work.

Results are discussed in the light of modern concept of supported employment.

Key words: supported, employment, schizophrenia, psychoses, rehabilitation.

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: oleg.papsuev@gmail.com

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Кузнецова Ольга Геннадьевна – на момент проведения исследования – клинический психолог медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Левина Нелли Борисовна – на момент проведения исследования старший научный сотрудник лаборатории патологии мозга Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, председатель Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств «Новые возможности»