

предъявлении необычных и пугающих убеждений и переживаний в личном рассказе – основа для посттравматического роста и восстановления⁴. Это не отказ от клинической оценки, а баланс уважения к практической мудрости⁸ и человеческого опыта и знания.

Второй вывод состоит в том, что клинические поясняющие концепции не универсальны. Существуют альтернативные концепции, и попросту невозможно узнать, будет ли человеку в конечном итоге более выгодно описывать свой опыт, например, как духовный кризис, реакцию, связанную с травмой, или рецидив болезни. Это сложно, поскольку некоторые люди, испытывающие кризис, связанный с психическим здоровьем, активно хотят «психиатрической помощи», т.е. авторитетного институционального ответа, который временно принимает решения от имени человека с целью восстановления стабильности.

Однако феномен «вращающейся двери» (раннего повторного стационарирования) и проблемы улучшения долгосрочных последствий психоза указывают на ограничения любой единственной поясняющей концепции. Поэтому любое клиническое объяснение опыта должно быть предложено с осторожностью, а не авторитарно, и врачи могут рассказывать или отсылаться к альтернативным источникам, таким как движения Alternatives To Suicide (Альтернативы суициду), Hearing Voices Network (Сообщество слышащих голоса), Mad Pride (Горды безумием), позитивной психотерапии при психозах, посттравматическому росту, духовному развитию и подходах, осведомленных о травме.

Еще более непросто сосредоточить внимание на опыте социальной изоляции, но это может дать импульс к переходу от индивидуального уровня объяснения опыта к дей-

ствиям по созданию коллективных инициатив по улучшению психического здоровья и соблюдению прав человека системами социальной помощи⁹. Сдержанность в применении клинических знаний в таких случаях обоснована эмпирически.

Mike Slade¹, Angie Sweeney²

¹School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK;

²Health Services and Population Research, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. David A. Br J Psychiatry (in press).
2. LaFrancois B, Menzies R, Reaume G. Mad matters: a critical reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholar's Press, 2013.
3. Filson B. In: Russo J, Sweeney A (eds). Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies. Monmouth: PCCS, 2016:20-4.
4. Slade M, Blackie L, Longden E. World Psychiatry 2019;18:29-30.
5. Gong N. Theory and Society 2017;46:201-28.
6. Roe D, Hasson-Ohavon I, Kravetz S et al. J Nerv Ment Dis 2008;196:859-64.
7. Read J. J Human Psychol 2019;59:672-80.
8. Samson P. J Soc Work Pract 2015;29:119-31.
9. Pathare S, Funk M, Drew Bold N et al. Br J Psychiatry 2019;20:1-8.

DOI:10.1002/wps.20783

Обновленная информация об индивидуальном трудоустройстве и поддержке

Bond G, Drake R, Becker D. An update on Individual Placement and Support. World Psychiatry 2020;19(3):390-391.

Эксперты по вопросам инвалидности и государственные служащие по всему миру в настоящее время признают, что люди с хроническими заболеваниями и инвалидностью, в том числе имеющие серьезные психические заболевания, имеют право на полноценное участие в общественной жизни, включая регулярное трудоустройство. Трудоустройство – не только фактор благополучия и здоровья, в том числе психического¹, но также антидот от социальной изоляции².

Программа индивидуального трудоустройства и поддержки (Individual Placement and Support – IPS) стала стандартом помощи по трудоустройству для людей с серьезными психическими заболеваниями, такими как шизофрения и биполярное расстройство. Данная программа построена на восьми основных принципах, которые с целью улучшения качества были исследованы с помощью проверенных и используемых во всем мире шкал³.

Данные принципы включают: а) сосредоточенность на цели конкурентоспособной занятости (агентства, обеспечивающие IPS, стремятся к предоставлению постоянной общественной работы как достижимой цели для клиентов, ищущих занятость); б) нулевой уровень исключения (каждый клиент, который хочет работать, имеет право на получение услуг независимо от «готовности», опыта работы, симптомов или любых других затруднений); в) внимание к предпочтениям клиентов (услуги соответствуют выбору клиентов, а не опыту или суждениям практикующих специалистов); специалисты IPS помогают клиентам найти работу, которая совпа-

дает с их предпочтениями и навыками); г) быстрый поиск работы (программы IPS помогают клиенту найти работу вскоре после обращения, а не после длительной оценки, обучения и консультирования перед приемом); д) целевое развитие рабочих мест (исходя из интересов клиентов специалисты IPS строят отношения с работодателями через постоянные контакты, узнавая о бизнес-потребностях работодателей и знакомя их с квалифицированными соискателями); е) интеграция служб занятости с терапией психических заболеваний (программы IPS тесно связаны с психиатрическими командами); ж) индивидуальные консультации о преимуществах (специалисты IPS помогают клиентам получить персонализированную, понятную и точную информацию о том, как работа может повлиять на их страховку по инвалидности и другие государственные выплаты); з) индивидуальная долгосрочная поддержка (последующая поддержка, адаптированная для конкретного человека, продолжается до тех пор, пока клиент хочет и нуждается в ней, чтобы сохранить работу или продвигать карьерные возможности).

Появляется все больше подтверждений эффективности IPS. Первыми были исследования в США в 1990 и 2000-х гг., в дальнейшем их репликации были проведены в Европе, Канаде, Австралии, Гонконге и Японии. IPS – это наиболее широко и строго исследованная из всех моделей занятости и единственная модель занятости для людей с серьезными психическими заболеваниями, которая является основанной на подтвержденных фактах.

Из 28 рандомизированных контролируемых исследований, оценивающих эффективность IPS для людей с серьезными психическими заболеваниями, все, кроме одного, проведенного на материковой части Китая, обнаружили, что конкурентоспособные результаты трудоустроенности говорят о значительных преимуществах IPS. В 28 исследованиях (N=6468) 55% участников IPS достигли конкурентоспособной занятости, по сравнению с 25% участниками контрольной выборки, получавших другие профессиональные услуги (<https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>).

За последнее десятилетие проведены систематические обзоры и метаанализы, которые подтверждают этот вывод^{4,5}. Один метаанализ сообщил об умеренных и больших эффектах, выделяющих IPS среди других способов обеспечения занятости⁵. В другом метаанализе обнаружилось, что по сравнению с контрольными участниками участники IPS получили трудоустройство быстрее, зарабатывали в три раза больше и в три раза чаще работали 20 или более часов в неделю, а их занятость во время последующего наблюдения сохранялась в четыре раза дольше (<https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>).

Долгосрочные исследования показывают, что половина всех клиентов, зарегистрированных в IPS, получают работу, сохраняя занятость в течение 10 лет или дольше. Недавнее длительное многопозиционное исследование обнаружило, что значительно более высокие доходы клиентов IPS по сравнению с контрольной группой сохранялись в течение пяти лет после двухлетней интервенции⁶. При анализе экономической эффективности в рандомизированных контролируемых исследованиях IPS обычно оказывается, что совокупные затраты на профессионально-технические услуги по охране психического здоровья не выше, а иногда и значительно ниже, для IPS, чем для стандартных услуг².

IPS неуклонно расширяется, охватывая новые клинические группы населения и все больше психиатрических учреждений в США и во всем мире.

Недавние рандомизированные контролируемые исследования IPS включали шесть исследований людей с распространенными психическими расстройствами, два – людей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и одно – ветеранов с травмами спинного мозга. Восемь из этих девяти исследований показали преимущества IPS⁷.

Несколько крупномасштабных исследований IPS в других группах продолжаются, в том числе три исследования людей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ: проект BEES в США, исследование IPS-AD в Великобритании и аналогичное исследование в Норвегии. Несколько небольших рандомизированных контролируемых исследований IPS для лиц, вовлеченных в уголовные нарушения, завершено, а скоро начнется крупномасштабное исследование в США – Next Gen. Судя по пилотным работам, планируются или проводятся крупные исследования IPS для людей с расстройством аутистического спектра, пограничным расстройством личности и хронической болью.

IPS также помогает молодым людям обрести значимые взрослые роли в сфере трудоустройства и образования, являясь стандартным компонентом программ раннего терапевтического вмешательства для клиентов с первым психическим эпизодом. Другие подгруппы молодых людей также извлекают выгоду из IPS (<https://ipsworks.org/index.php/proof-for-ips/>).

Эффективность IPS известна с рубежа веков. Ключевой вопрос для IPS, как и для других научно обоснованных психосоциальных практик, как преодолеть разрыв между группами тех, кто нуждается в этой услуге, и теми, у кого есть к ним доступ. В США примерно 60% людей с серьезными психическими заболеваниями хотят работать, но менее 2%

имеют доступ к IPS. Основными препятствиями являются недостаточное финансирование и отсутствие методологии крупномасштабного расширения программы².

Хотя адекватное финансирование остается труднодостижимым во всем мире, некоторые правительства взяли на себя национальные обязательства по финансированию доступа к IPS⁸. Второй ингредиент — это механизм, способствующий применению, точному внедрению, развитию и поддержанию IPS. С 2002 г. наша группа возглавляет международное учебное сообщество, которое координирует образование, обучение, техническую помощь, соответствие стандартам и мониторинг результатов, а также регулярное общение через информационные бюллетени, телефонные звонки раз в два месяца и ежегодные собрания⁹.

Сообщество обучающихся каждые три месяца сообщало об уровне занятости участвующих в программах IPS в США в течение 18 лет. За это время общий квартальный уровень занятости не опускался ниже 40% даже во время Великой рецессии. Сообщество обучающихся помогает программам поддерживать услуги IPS. В одном проспективном исследовании 96% из 129 программ IPS поддерживается более двух лет. Участие постоянно расширяется, среднегодовой темп роста программ IPS составляет 26% в США. Сообщество помогает поддерживать более 450 IPS программ, в том числе 366 в США и 100 за пределами США, большинство из них показывают хорошие результатами трудоустройства.

Быстрое распространение IPS по всему миру⁸ за последние 20 лет происходит как минимум в 19 странах с высоким уровнем дохода за пределами США (Австралия, Бельгия, Канада, Китай, Чехия, Дания, Франция, Германия, Исландия, Ирландия, Италия, Япония, Новая Зеландия, Нидерланды, Норвегия, Испания, Швеция, Швейцария и Великобритания). Гибкость и адаптируемость модели IPS обеспечивают ее успешное применение с высоким уровнем соответствия стандартам и хорошими результатами по трудоустройству в странах с разнообразными социально-культурными условиями, трудовым законодательством, системами социального обеспечения и экономическими условиями⁴.

Постоянный рост программ, поддержка услуг и расширение на новые группы населения делает IPS уникальной доказательной практикой. Мы связываем ее успех с интересом клиентов, постоянными улучшениями, основанными на исследованиях, и активным сообществом обучающихся.

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

Westat/IPS Employment Center, Lebanon, NH, USA

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Modini M, Joyce S, Mykletun A et al. *Australas Psychiatry* 2016;24:331-6.
2. Drake RE, Bond GR, Goldman HH et al. *Health Aff* 2016;35:1098-105.
3. Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual Placement and Support: an evidence-based approach to supported employment*. New York: Oxford University Press, 2012.
4. Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M et al. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141:206-20.
5. Frederick DE, VanderWeele TJ. *PLoS One* 2019;14:e0212208.
6. Baller J, Blyler C, Bronnikov S et al. *Psychiatr Serv* 2020;71:243-9.
7. Bond GR, Drake RE, Pogue JA. *Psychiatr Serv* 2019;70:488-98.
8. Drake RE (ed). *Psychiatr Rehabil J* 2020;43:1-82.
9. Drake RE, Becker DR, Bond GR. *Psychiatr Serv* (in press).

DOI:10.1002/wps.20784