

УДК 616.89:613.6(048.8)

ТРУД И ТЯЖЕЛОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ. ЧАСТЬ I

Н. Б. Левина¹, Е. Б. Любов², Г. А. Русакова³

ОООИ «Новые возможности»¹, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»²,
Отдел содействия занятости инвалидов ГУ ЦЗН ЦАО, Москва³

Обзор обращен к двум взаимосвязанным исследовательским вопросам: 1) актуальности и оценке эффективности реабилитационных программ занятости наиболее тяжелых психически больных (I часть) и 2) определению прогностических факторов успеха реабилитации (II часть).

Тяжелое психическое расстройство определено снижением психосоциального функционирования [49, 70, 125], единственного объективного диагностического показателя, например, для всех форм шизофрении (DSM-IV). Психические расстройства – ведущая причина временной и длительной нетрудоспособности в экономически развитых странах [8, 92, 138]. Ежегодно тысячи психически больных россиян становятся инвалидами [7]; в популяции инвалидов (почти 1 млн. человек) – до 60% лиц трудоспособного возраста [7, 8]. Доминирующие в суммарном бремени психических расстройств социальные потери, насущные потребности больных и их близких актуализируют объединенные усилия профессионалов и обществ самопомощи в деле личностно-социального восстановления наиболее тяжелых больных [6, 8, 9, 57].

Обычная занятость¹ психически больных в развитых экономически странах сохраняется на уровне 10–30% [8, 13, 44, 45, 53, 63, 73, 81, 107, 111, 130, 137] на фоне системных сдвигов в организации

и практике психиатрии за последние полвека. При выделении тяжело больных² вернее нижний полюс оценки [28, 78]. Среди пациентов ПНД в Москве и Санкт-Петербурге, которые трудятся [5, 24], половина – со снижением квалификации. В США 60% «занятых» больных сообщают о 40 часах работы и зарплате менее 500 USD в месяц [111].

Безработица психически больных (90%), выше, чем в общем населении (15–25%), так же, как и среди занятых инвалидов вследствие психических расстройств по сравнению с инвалидами других профилей [8, 36, 44]. Доля безработных в российской популяции шизофрении многократно превышает эти показатели в общем населении [8]; более 10% безработные [5, 24], но лишь 2% состоят на учете в центре занятости в Москве. Ситуация усугубляется. Доля незанятых психически больных в Лондоне выросла за последнее десятилетие XX века с 80 до 92% (больных шизофренией – с 88 до 96%) при снижении уровня безработицы населения [98]. С учетом учащаяся доля занятых инвалидов возрастает до 15% [21, 24]. Более оптимистичная оценка включает, однако, и занятость в защищенных условиях. В международном исследовании клинической эффективности антипсихотиков (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness, CATIE) 15% хронически больных работали, но часто в специальных мастерских [109]. Если полвека назад 25% больных шизофренией трудились в лечебно-трудовых мастерских и спеццехах [13], то в настоящее время лишь 0,3% инвалидов вследствие психических расстройств заняты в особых условиях [7]. Хотя 25% инвалидов спорадически и безуспешно поднимают вопрос о трудоустройстве

¹Обычная (конкурентоспособная) занятость (competitive employment), полная или частичная, означает работу (учебу), регулярную и нужную обществу, оговоренную, контролирующую и оплачиваемую работодателем не менее официального минимума или на комиссионных началах (например, продажи) на предприятии на открытом рынке труда (возможно свое дело), где инвалидов-сотрудников не более 50% [51]. Занятость в широком смысле включает работу в защищенных условиях (например, в обществах самопомощи), деятельность добровольца [81], что важно, так как люди способны выполнять (предпочитают) труд различной сложности [62, 80, 117]. Незанятые люди – активно ищущие и не ищущие работу в связи с инвалидностью, болезнью и другими причинами [8, 44].

² Тяжело больной страдает не менее двух лет шизофренией, шизоаффективным или аффективным расстройствами с выраженными нарушениями функционирования [114], тяжесть расстройства часто осложнена пересекающимися проблемами: безработицей, злоупотреблением психоактивными веществами, бездомностью [22].

при визитах к участковому психиатру [О.О.Папсуев, личное сообщение], в московском специализированном центре по занятости инвалидов на учете не более 60 (!) психически больных. При этом 2/3 семей московских инвалидов живет за чертой бедности [5]. Данные NAMI (Национальный союз психически больных США) 25-летней давности о 5% хронически больных (инвалидов), работающих на общих основаниях [122], совпадают с современными отечественными и зарубежными данными [7, 98].

Малая занятость работой (учебой) – типовая находка в исследованиях первого эпизода (5 лет верифицированного диагноза) шизофрении [3, 55, 81, 82, 103, 121]. Так, 50% молодых хронически больных в США бросают учебу, значительно чаще, чем в других группах инвалидов [64]. Через 1–2 года после высшей школы менее 20% работают полный день, столько же – частично и неустойчиво, чаще, чем другие инвалиды [132]. 75% молодых больных не работает и не учится в Англии [99] и в Швеции [124]. Психоз лишает молодого человека, особо чувствительного к социальным потерям [11], самостоятельности, занятости, исключает из возрастной субкультуры [34]. В субпопуляции отечественных больных после первого эпизода шизофрении 40% инвалидизированы в первые 5 лет лечения, 60% из них – в первые 2 года [3]; в результате соотношение социальных и медицинских издержек в течение 5 лет наблюдения в ПНД составляет 15:1. Пятилетний катамнез указывает на кумуляцию негативных социальных последствий шизофрении на фоне лишь биологической терапии [3].

Мнение пациентов и профессионалов. Вслед за безопасным жильем не унижающая человеческое достоинство хорошо оплачиваемая работа – приоритетная цель тяжело психически больных [18, 22, 107, 117]. Поэтому 60–90% из них предпочли бы труд в обычных условиях, ценя положительный «имидж» предприятия и выбирая безопасную работу [118]. Добрая половина респондентов приветствует подходящую и гибкую социально-медицинскую поддержку на рабочем месте [44]. Специалисты полагают, что в последнем случае до 60% тяжело больных могли бы работать [38, 49].

Психосоциальная реабилитация включает систематические усилия по трудоустройству и обучению, согласно возрасту и возможностям, хронически больных для достижения «взрослых ролей» больного в обществе: полноценной независимой жизни [1, 10, 11, 14, 28, 74, 102] и благосостояния, то есть социального выздоровления [9]. Важность труда как главного результата реабилитации декларирована на межгосударственном [12], государственном (Конституция РФ, ст.7.2.,37.1; ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; ФЗ «О психиатрической помощи...»; Disability Discrimination Act, 1995 в Великобритании; Achieving the Promise, 2003 в США), системном [10, 23, 87] уровнях, озвучена в программах общественных организаций самопомощи [18, 94]. Согласно

принципу защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 46/119 от 17. 12.1991 г.), «Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и Декларации о правах инвалидов». Видимо, констелляция связанных с болезнью, организацией лечения и поддержкой, микросоциальных и социальных факторов препятствует увеличению включенных в труд (учебу) психически больных, реализации благородных принципов защиты их прав.

Исторически терапия трудом психически больных развивалась в больничных стенах и затем в рамках прибольничного (семейного) патронажа [15]. Так, в первой трети XIX века 70 душевнобольных плотников, печников, слесарей и садовников и даже художников превратили запущенный пустырь в культурный уголок, дающий доход (колония для душевнобольных Эскироля). Дело возвращения к обычному труду было личным делом самого пациента и/или его семьи, если, по Крепелину, роль врача ограничивалась выпиской больного [15].

В настоящее время развиты и изучены [11, 49, 79] два альтернативных подхода трудовой реабилитации инвалидов, концептуально и практически отличных.

1. Экологическая стратегия [106] направлена на уменьшение средовых стрессов, связанных с работой [51]. Дневные программы (центры), лечебно-промышленные мастерские (sheltered workshops) заняты неспешным пошаговым обучением тяжело больных для возможного (не обязательного) обычного трудоустройства («класс, затем работа»), но скорее – для деятельности в поддерживающей терапевтической среде за оговоренное фиксированное, порой символическое, вознаграждение. Трудовые агентства выявляют (но не развивают) мотивацию пациента вне зависимости от диагноза, интересов, возможностей и ограничений, помогают найти работу или курсы обучения навыкам, полезным на открытом рынке труда (например, в столярной мастерской). Те же цели преследует, например, типографский кружок ООИ «Новые возможности». «Клубы ищущих работу» обучают приемам общения, самостоятельному поиску работы и самоопределявлению работодателю. Эволюцией промышленных мастерских стала клубная модель (club-house), развитая в США. Пациенты после консультаций, обучения и пробной работы заключают контракт с администрацией своего клуба [48]. Увы, и здесь реальны вакансии для малоквалифицированных работников [40]. При переходной занятости (transitional employment), во временном трудовом окружении, как на квотированном месте, в специ-

хе обычного предприятия с зарплатой, инвалида обучают трудовым навыкам. Достижение отечественной промышленной реабилитации – реабилитационные бригады больных, вслед за больничными ЛТМ прошедших этап временного трудоустройства под наблюдением медперсонала по пути к здоровому коллективу [1]. В зарубежных программах пациент также получает временную (на 3–9 месяцев) работу, не требующую особой подготовки, на обычном предприятии, как правило, на неполный рабочий день под контролем работников центра реабилитации. Промежуточное трудоустройство предназначено для развития уверенности в своих силах больного, приобретения навыков постоянного труда и получения производственной характеристики. Хороший пример – международное движение Fountain House. Пациенты обычно получают психиатрическую помощь вне служб занятости, что теоретически имеет смысл дестигматизации лечения, но на деле затрудняет многостороннюю помощь [67]. Не выявлены преимущества в обычном трудоустройстве программ данного типа [40, 49, 75, 79, 95]. Разрыв с условиями обычного труда велик, и большинство инвалидов не продвигается далее [11, 37, 48]. В результате большинство пациентов избегают мастерских [33] и дневных центров [37], в массе закрываемых за рубежом и в нашей стране, как предлагающих неинтересные и низкооплачиваемые занятия «за обед» и замыкающих участников в «мире больных». Для ряда пациентов защищенная занятость – венец реабилитационных усилий, но она же питает внебольничный госпитализм в среде заниженных требований [11, 135].

2. Пациент-центрированный подход типичен для служб, ориентированных на выздоровление [9, 27, 90]. Многообещающая модель – поддерживаемая занятость (supported employment) или ПЗ [31]. Вместо традиционного подхода трудовой реабилитации «обучение–место», когда пациент обучается «быть готовым» к обычной работе, ПЗ означает «место–обучение» – подход, нацеленный на развитие навыков взаимодействия пациента со средой обычной работы.

Принципы и составные части поддерживаемого трудоустройства сложились 25 лет назад [37, 47, 83, 85]. Они эмпирически валидизированы в успешных программах:

а) ведущая цель ПЗ – устройство на общих основаниях и удержание на работе инвалида или лица с неустойчивым трудоустройством на предприятии местного рынка конкурентоспособного труда (вариант, важный для молодого – учеба с поддержкой). ПЗ не подразумевает «снятие пенек» (отбора наиболее годных к труду с «хорошим» трудовым анамнезом, которые устраиваются самостоятельно), целевой субпопуляцией ПЗ становятся длительно бездеятельные, с множественными проблемами (бездомность, злоупотребление психоактивными веществами) пациенты; б) естественная интеграция – участники программы трудятся со

здоровыми; в) пациенты получают работу напрямую, как можно скорее, без длительной подготовки («обучение на месте»); г) трудовая реабилитация становится интегральной частью биопсихосоциальной помощи; д) индивидуализированное планирование устройства на работу (учебу) опирается на предпочтения, интересы, возможности и способности, информированный выбор пациента (в рамках ПЗ их называют «клиентами»), оценку навыков, способностей, талантов, интересов и желаний пациента; е) непрерывная и сочетанная оценка пациента в процессе работы с опорой на его текущий опыт работы; ж) помощь в адаптации; з) обучение и инструктирование, поддержка и консультирование на рабочем месте наставником (специалистом по занятости, социальным работником-куратором) постоянны и не ограничены по времени; и) междисциплинарный (межведомственный) бригадный подход объединяет психиатрические реабилитационные службы, службы (агентства) занятости обычно центра охраны психического здоровья и работодателя в реализации индивидуального реабилитационного плана пациента с привлечением ресурсов сообщества [16, 22, 37, 51].

Психиатрические службы и службы трудоустройства объединены специалистом по занятости междисциплинарной (межведомственной) бригады, как в ряде регионов нашей страны [16, 22]. Специалист по занятости [11, 73, 103, 104], обычно обученный в успешных программах ПЗ социальный работник, возможно, подготовленный активист общества самопомощи: 1) равноправный член внебольничной психиатрической реабилитационной бригады; 2) его ключевые роли – координация плана занятости пациента как приоритета помощи [42] с привлечением семьи больного, необходимых специалистов; 3) работает как ведущий случая (разделение функциональных обязанностей может быть затруднено) на всех этапах процесса труда: вовлекает пациента в программу ПЗ, помогает быстро найти работу, зная информационные ресурсы, местный рынок труда и работодателей (организует собеседование) и помогает удержать ее (профилактика увольнения); обеспечивает консультацию по социальному обеспечению и льготам (важный принцип ПЗ); как наставник поддерживает подопечного (обычно на одного «куратора» приходится 20–25 «клиентов») до освоения им профессиональных навыков (в это время трудоустройство по сути «переходное») и при изменении условий труда; будит одиноких больных перед работой, обучает ориентировке в городе и пользованию общественным транспортом, намечая оптимальный путь до работы; обучает «здесь и сейчас» социальным навыкам (общение с сотрудниками и начальством, распределение дохода, структурирование дня и досугов); участвует в решении текущих проблем (в семье, с работодателем, с социальными службами), укрепляя и расширяя сеть поддержки вне места работы; защищает права пациента-работ-

ника; контролирует пациента на рабочем месте, следит за качеством выполнения заданий и его продвижением по службе, при увольнении работает с пациентом над ошибками и снова помогает в поиске работы.

Указанные принципы заложены в основанном на доказательствах руководстве для эффективных программ (служб) ПЗ [31]. Программа ПЗ с различной интенсивностью поддержки встроена в работу общественного центра охраны психического здоровья, его внебольничные бригады настойчивого лечения, внебольничные психиатрические реабилитационные центры. ПЗ наиболее эффективно при вовлечении пациента в модель ведения случая. Ряд элементов ПЗ, как-то: количество опекаемых куратором пациентов, особые характеристики рабочего места пациента и режим его труда, настойчивость вовлечения в программу, необходимость консультирования подчеркнуты, в большинстве программ, но связь между ними и лучшими результатами занятости не выявлена. Два компонента ПЗ наиболее поддержаны опытом: объединение специалистов различных ведомств в единую бригаду и скорейшее, без подготовки, устройство пациента на рабочее место. Два иных широко применяемых принципа, постоянная поддержка и внимание к предпочтениям пациента, недостаточно изучены.

Эффективность программ поддерживаемой занятости. Результаты трудовой реабилитации рассматривают в двух широких аспектах.

1. Оценка уровня занятости на открытом рынке труда – первичный результат ПЗ и важная формализованная характеристика социального восстановления больного [28, 49, 74, 103, 134]. Показатели дифференцированы и уточнены. Дихотомия «да/нет» дополнена оценкой вида, количества и качества труда: неквалифицированная, «промежуточная» работа или в особых условиях, на неполную или полную ставку, добровольческая деятельность, доход, чувство глубокого удовлетворения работой, производительность, развитие мастерства, тщательность выполнения задания, работоспособность. Еще А.Л.Альтман [2] отличал трудоспособность и работоспособность как фактическую возможность систематического труда. Широкая оценка трудоспособности определяет соответствие квалификации пациента («клиента») требованиям рынка. Менее внимания уделено анализу поддерживаемого обучения, где учитывают долю приступивших к учебе, получивших диплом, повышение квалификации, оценку успеваемости [28].

Эффективность ПЗ по сравнению с традиционными (стандартными) программами пошаговой реабилитации (подготовка в мастерских, помощь трудового агентства) хронически больных показана в ряде рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) [30, 37, 50, 51, 65, 73, 83, 89]. ПЗ эффективна в разных возрастных группах [128], в городе и в сельской местности [54], в различных условиях лечения [76] и на различных эта-

пах развития процесса, например, у пациентов в первом эпизоде психоза [68, 121]. Суммарный показатель занятости пациентов программ ПЗ: 55–60% в течение 1–3-х лет против 35% в контрольной группе [49, 128]. Результаты канадского РКИ [73] скромнее: получили работу за год 47% (35 из 75 пациентов, в среднем 126 часов труда в год) против 18% (72 часов) в контрольной группе. Ниже результаты лишь одного РКИ [75]: 27 и 7% трудоустроенных за 2 года. В Европе, где занятость малоквалифицированных работников проблематична, распространенность результатов модели показана в международном РКИ [42]. В повседневной практике до 20% пациентов получили работу за 2 года в Нидерландах через ПЗ [130]. ПЗ доказала эффективность в Азии [137] и Австралии [68].

Клиенты программ ПЗ, как правило, больше и устойчивее работают [73], зарабатывая лучше: треть из них работает в течение полугода против 10% в контроле [41]. Возможно, эта подгруппа пациентов движется к паттерну устойчивого труда. В среднем в программе ПЗ активно ищут работу 5 месяцев, тогда как самые успешные в защищенных условиях ждут работу не менее 1,5 лет [37] в противовес заявленным целям или «оседают» в мастерских [30].

Службы раннего вмешательства открывают действенные пути сохранения или улучшения образования и занятости, нацелены на предотвращение инвалидности как лучшего средства избежать «ловушки пенсии». ПЗ апробирована во внебольничных бригадах первого эпизода психоза [69, 103]. В программе ПЗ до двух лет с акцентом на поддержку социальных ролей молодые (17–30 лет) люди более и дольше заняты, менее зависят от социального пособия [69]. После полугода уровень занятости вырос с 10 до 28% [103] и до 39% за 12 месяцев [104]. Хотя критерии выздоровления [105] допускают «некоторое» снижение уровня социально-трудового функционирования больных в первом эпизоде психоза, молодым важно завершение (продолжение) образования и начало работы. Благодаря поддерживаемому обучению [113], университет завершили 75% тяжело больных, через 3 года половина из них работает по профессии [28].

2. Помимо заработка, работа говорит человеку и миру, кто он и на что он способен. Отсутствие работы утяжеляет течение болезни [66], усугубляя дефицитарные симптомы шизофрении [136], снижая социальную роль и цели жизни человека, развивая выученную беспомощность, жизненную позицию резиньяции, способствует депрессии и суицидальному поведению [35]. Ограничения выполнения бытовых обязанностей, обучения и работы сохраняются (усугубляются) годами безделья и при симптоматической стабилизации пациентов [64, 79, 110]. Безработица дополнительно дискриминирует больного [77, 130]. Трудовая реабилитация может усилить результаты лечения вне сферы занятости и «латентные выгоды», не своди-

мые к материальным [1, 46, 88, 8, 134]. История психиатрии показывает, как труд в доступных для больных формах способен изменить в определенной степени их «природу» [25]. Пинель отмечал, что «...привлечение больных к труду является надежнейшим и эффективным средством вернуть им рассудок» [цит. по 120]. Трудящиеся больные оказались более сохранными психически и социально [15], нежели пребывающие в безделье и брезгующие трудом пациенты «из благородных» [120]. Смягчение не только позитивных при неизменной фармакотерапии, но и дефицитарных расстройств при шизофрении отмечено при вовлечении в труд больных в современных контролируемых исследованиях в течение двух лет [4, 22, 39, 42, 46, 58, 88, 139] за счет активной компенсации дефекта [13, 17, 19]. Углубление и стабилизация ремиссии как основа дальнейших реабилитационных мероприятий происходит и за счет более осознанно-мотивированного лекарственного комплайенса, совладания с остаточными симптомами. Отсюда работа снижает потребность в клинической помощи [117]. Так, «гибридная» программа реабилитации хронически больных шизофренией, включающая больничную терапию занятостью и ПЗ по выписке [97], способствует удлинению внебольничной ремиссии при снижении риска регоспитализации на 50%, улучшению социального функционирования.

Наряду с доходом, занятость структурирует время, уменьшает зависимость пациента от медицинских и социальных служб, снижает уровень чрезмерных эмоций в его семье [110]. На фоне «нормализации» социальной сети поддержки [110], общего функционирования [42] и независимой жизни, качества жизни, возможно, физического здоровья [133] происходит самоидентификация и повышение самооценки больного шизофренией и аффективными расстройствами [39, 51, 59, 110, 125] за счет чувства личного достижения (индийская пословица гласит: «Работающий человек уважает себя»), то есть в аспектах, полагаемых профессионалами и «потребителями» психиатрической помощи важными на пути социального выздоровления человека [9, 56, 84, 90, 100, 101, 129]. Подчеркнут эффект дестигматизации душевной болезни при успешной занятости больного [36].

Люди воспринимают свои психические проблемы через призму ограничения «нормальной» жизни, социальную изоляцию, обостренно чувствительны к отрицательным последствиям незанятости и потере структуры, цели жизни и самоидентификации [29]. Оценка ПЗ пациентами отражает их «ценности и потребности» [52] и соотносится с их психологическим благополучием [51, 126]. По мнению участников, успех программы определяют: 1) совладание со стрессогенными симптомами; 2) работа неполный день при сохранении пенсии; 3) индивидуальное устройство на работу и поддержка [18, 39].

Долговременный эффект программы ПЗ мало изучен, но траектория труда пациентов в целом благополучна: инвалиды могут устойчиво работать [39]. Уровень занятости в современных программах 15–30% снижен при катамнезе 1–2 года [49], но малая группа (N=36) клиентов прослежена 10 лет, большинство работает на обычном месте полный день, треть не менее 5 лет [112] с пользой для здоровья. Половина (38 из 78) пациентов работает 8–12 лет, более 80% в обычных условиях, 70% более половины времени [32], отмечая повышение самооценки, расширение связей и улучшение навыков управления болезнью.

Затратная эффективность интенсивной ПЗ важна при доказательном выборе и приоритетном развитии программы в условиях стесненного финансирования психиатрических служб. Перестройка дневных и клубных программ в программу ПЗ центров психического здоровья имеет долговременный ресурсосберегающий эффект [50, 71, 72, 115, 126] за счет меньшей потребности в психиатрической помощи. Ежегодные затраты на участника ПЗ 1–8 тысяч USD в связи с различным количеством опекаемых специалистом по занятости пациентов [43, 72, 123], то есть не дороже «обычной» реабилитации. Специалист обходится в 37–50 тысяч USD в год [72]. Структура медицинских затрат указывает роль реабилитационных служб [43]. Так, более 5% внебольничных затрат в отдельных странах приходится на программы ПЗ [61].

Нежелательные эффекты ПЗ: повышение риска рецидивов (обострений), госпитализаций и насилия не отмечены в рамках РКИ [37]. Однако у ряда пациентов можно ожидать срыв ремиссии при завышенных требованиях к ним в условиях повседневной практики.

Ограничения оценки эффективности ПЗ и ее исследований. Вопрос определения успеха реабилитации открыт [60] и нелегко сравнить результаты исследований при различных критериях оценки. Работа – одновременно центральная часть лечебно-реабилитационного подхода и критерий оценки, и вмешательство неотличимо от ожидаемого результата. Оценка доли занятых методологически уязвима: результаты трудовой реабилитации зависят не только от индивидуальных характеристик участников программы или ее самой, но существенно – от местных социо-экономических условий и ограничений рынка труда. При обнадеживающих данных РКИ следует учесть ряд аспектов: даже «успешные» пациенты заняты малокавалифицированным трудом и работают недолго, обычно неполный день [41], что стимулирует выявление путей усиления эффективности ПЗ. Результаты РКИ в полуконтролируемых исследованиях представляют собой смешение поведенческих результатов, самоотчетов и клинической оценки. Контраст клинико-функционального эффекта у занятых и незанятых более выражен в контрольной группе («обычная реабилитация»), так как ПЗ лучше помогает устроиться

«неблагополучным» пациентам. Преимущества ПЗ в уровне госпитализаций, общего функционирования, качества жизни теряются при малой части трудоустроенных. При этом занятость психически больных динамична и без целевой реабилитации. Н.М.Ободан [20] писал о ступенеобразном снижении уровня инвалидности по мере спонтанной стабилизации шизофрении. После первого эпизода шизофрении 10% пациентов (современные данные) работают или учатся в обычных условиях, но спустя год 23% заняты и вне реабилитационной программы [91]. Различна ориентация (мотивация) на выздоровление [109] участников РКИ и «реальных» пациентов. При заявленном принципе «ПЗ для всех желающих» обычно исключены больные с выраженными когнитивными расстройствами и соматическими болезнями; 25–50% пациентов, согласно надзологическому подходу ПЗ, не страдают шизофренией. Вопрос о распространяемости результатов РКИ на другие страны (РФ) и повседневную практику сохраняется. Затраты в РКИ зависят от ряда факторов, не применимых в реальной практике: обученный персонал, тщательный тренинг и контроль, пациенты, которые не могут быть отвергнуты или отсеяны и т.д. Важно разработать специфические критерии оценки альтернативных вмешательств для их сравнения [96] с учетом различий выборок сравнения.

Уникальна роль труда в жизни большинства людей как средства существования, социальной позиции, возможности развития навыков и социальных контактов. Занятость – центральный пункт концепции социального включения и восстановления (выздоровления) тяжело психически

больных. Сочетание этических, социально-экономических и клинических причин определяют необходимость трудоустройства больного. С первой позиции, право на труд гарантировано законами (закреплено конституцией) «социальных государств»; со второй точки зрения, безработица психически больных свидетельствует об исключении уязвимых граждан из общества; наконец, занятость усиливает эффект лечения при сокращении зависимости от социальных служб (пособия) и близких. Современная система трудовой реабилитации больных включает подходы, охватывающие широкое поле от выбора подходящей деятельности до получения работы и удержания ее. Формы реабилитации представляют собой континуум (скорее дискретный ряд) программ от больницы до трудовой терапии до поддерживаемого труда и образования. ПЗ – многосторонний стандартизированный подход психосоциальной реабилитации тяжело психически больных с нереализованным реабилитационным потенциалом и мотивацией к труду, улучшающий уровень обычной занятости (работы и/или учебы) в отличие от традиционных служб занятости. ПЗ вписывается в принципы психиатрической реабилитации [9, 28], если ее целью считать совершенствование социальной компетентности пациента (усиление позиций здоровья, преодоление болезни) в подходящем окружении (трудовой коллектив) при активной поддержке его ближайшего окружения и на фоне оптимизированной психофармакотерапии. Не удивительно, что руководства, основанные на доказательствах [10, 23, 26, 93], рекомендуют ПЗ для возвращения тяжело больных к работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. 528 с.
2. Альтман А.Л. Болезнь и работа в субъективной оценке шизофреников // Душевные заболевания и трудоспособность. Харьков, 1940.
3. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клиничко-социальный и фармакоэкономический аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 21 с.
4. Багуцкий А.Ю., Былим И.А., Крестянинова М.Г. и соавт. Психосоциальная реабилитация в краевой психиатрической больнице: клиничко-экономическая и социальная результативность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 226–242.
5. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В. и соавт. Клиничко-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, Вып. 4. С. 10–14.
6. Гурович И.Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». М., 2006. С. 75–76.
7. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М., 2007. 572 с.
8. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
9. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: концепция «гесовегу» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, Вып. 2. С. 7–14.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 469–474.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
12. Европейский План действий по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, Вып. 3. С. 94–102.
13. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. М.: Медицина, 1964. 216 с.
14. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитации и социальная психиатрия. СПб., 1998. 256 с.
15. Каннабих Ю. История психиатрии. Репринт. изд. М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. 528 с.
16. Козяков С.Б. Догоспитальные, межведомственные организационные технологии в развитии психосоциальных общинных форм наркологической и психиатрической помощи населению: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2009. 25 с.
17. Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией: Дисс. ... докт. мед. наук. М, 1987.
18. Любов Е.Б., Левина Н.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической помощи с опорой на сообщество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 318–322.
19. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медицина, 1963. 98 с.
20. Ободан Н.М. Изучение колебаний трудоспособности у инвалидов-шизофреников // Советская невропсихиатрия. 1948. Т. VII. С. 190–200.
21. Папсуев О.О., Шевченко В.А., Семенчук Л.И., Суслов С.Е.

- Клинико-социальные характеристики больных-инвалидов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, Вып. 3. С. 5–14.
22. 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.
23. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н.Мосолова и соавт. М.: ИД Медпрактика-М, 2007. 260 с.
24. Тадтаев В.А. Научное обоснование путей оптимизации районного психоневрологического диспансера в новых социально-экономических условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2007. 18 с.
25. Хвиливицкий Т.Я., Малахов Б.Б. Трудовая терапия и фармакологическое лечение больных шизофренией в амбулаторных условиях. Л.: Медицина, 1975. 135 с.
26. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Washington, DC: APA, 2004.
27. Anthony W.A. A recovery-oriented service system: setting some system level standards // Psychiatr. Rehab. J. 2000. Vol. 24. P. 159–168.
28. Anthony W.A., Cohen M., Farkas M.D. et al. Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002.
29. Baron R.C., Salzer M.S. Accounting for unemployment among people with mental illness // Behav. Sci. Law. 2002. Vol. 20. P. 585–599.
30. Becker D.R., Smith J., Tanzman B. et al. Fidelity of supported employment programs and employment outcomes // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52. P. 834–836.
31. Becker D.R., Swanson S.J., Bond G.R., Murrin M.R. Evidence-based supported employment review manual. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center, 2008.
32. Becker D.R., Whitley R., Bailey E.L. et al. Long-term employment outcomes of supported employment for people with severe mental illness // Psychiatr. Serv. 2007. Vol. 58. P. 922–928.
33. Bedell J.R., Draving D., Parrish A. et al. A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and prevocational training // Psychiatr. Rehab. J. 1998. Vol. 21. P. 279–283.
34. Birchwood M., Fowler D., Jactson C. Early intervention in psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions. Chichester (UK): Wiley & Sons, 2000.
35. Birchwood M., Iqbal Z., Chadwick P. et al. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: I. Ontogeny of post-psychotic depression // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 177. P. 516–528.
36. Boardman J. Work, employment and psychiatric disability // Adv. Psychiatr. Treat. 2003. Vol. 9. P. 327–334.
37. Bond G.R. Supported employment: evidence for an evidence-based practice // Psychiatr. Rehab. J. 2004. Vol. 27. P. 345–359.
38. Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E. et al. A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment // Rehab. Counsel. Bull. 1997. Vol. 40. P. 265–284.
39. Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E. et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52. P. 313–322.
40. Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R. et al. Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness // J. Disab. Policy Stud. 1999. Vol. 10. P. 18–52.
41. Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment // Psychiatr. Rehab. J. 2008. Vol. 31. P. 280–289.
42. Catty J., Lissouba P., White S. et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 224–231.
43. Clark R.E., Xie H., Becker D.R. et al. Benefits and costs of supported employment from three perspectives // J. Behav. Health Serv. Res. 1998. Vol. 25. P. 22–34.
44. Cook J.A. Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: Update of a Report for the President's Commission // Psychiatr. Serv. 2006. Vol. 57. P. 1391–1405.
45. Cook J.A., Grey D.D., Burke-Miller J.K. et al. Effects of unemployment rate on vocational outcomes in a randomized trial of supported employment for individuals with severe mental illness // J. Vocat. Rehab. 2006. Vol. 25, N 2. P. 1–10.
46. Cook J.A., Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26. P. 87–103.
47. Corrigan P.W., McCracken S.G. Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation // Soc. Work. 2005. Vol. 50. P. 31–39.
48. Craig T. What is psychiatric rehabilitation? // Enabling recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry / G.Roberts, S.Davenport, F.Holloway, T.Tattan (Eds.). London: Gaskell (Royal College of Psychiatrists), 2006. P. 3–15.
49. Crowther R., Marshall M., Bond G., Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane-Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2003.
50. Drake R.E., Goldman H.H., Leff H.S. et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52. P. 179–182.
51. Drake R.E., McHugo G.J., Beshoff R.R. et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 1999. Vol. 56. P. 627–633.
52. FDA. Innovation or Stagnation: Challenge and Opportunity on the Critical Path to New Medical Products. FDA, US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, 2004.
53. Gaite L., Vazquez-Barquero J.L., Borra C. et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study // Acta Psychiatr. Scand. 2002. Vol. 105. P. 283–292.
54. Gold P.B., Meisler N., Santos A.B. et al. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32. P. 378–395.
55. Gupta S., Anderson N.C., Arndt S. The Iowa longitudinal study of recent onset psychoses one year follow-up of first episode patients // Schizophr. Res. 1997. Vol. 23. P. 1–13.
56. Harnois G., Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization, International Labour Organization, 2000.
57. Harvey S.B., Henderson M., Lelliott P., Hotopf M. Mental health and employment: much work still to be done // Br. J. Psychiatry. 2009. Vol. 194. P. 201–203.
58. Herman D., Opler L., Felix A. et al. A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms // J. Nerv. Ment. Dis. 2000. Vol. 188. P. 135–140.
59. Hofer A., Kemmler G., Eder U. et al. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects // J. Clin. Psychiatry. 2004. Vol. 65. P. 932–939.
60. Hoffmann H., Kupper Z., Zbinden M., Hirsbrunner H.P. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2003. Vol. 38. P. 76–82.
61. Hollingsworth E., Sweeney J. Mental health expenditures for services for people with severe mental illness // Psychiatr. Serv. 1997. Vol. 48. P. 485–490.
62. Honey A. Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness // Qual. Health Res. 2004. Vol. 14. P. 381–395.
63. Ikebuchi E. Support of working life of persons with schizophrenia // Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2006. Vol. 108. P. 436–448.
64. Jans L., Stoddard S., Kraus L. Chartbook on Mental Health and Disability in the United States: An InfoUse Report. Washington, DC: US Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research, 2004.
65. Jeste D.V., Lehman A.F. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta analysis of randomized controlled trials // J. Nerv. Ment. Dis. 2003. Vol. 191. P. 515–523.
66. Kates N., Greiff B.S., Hagen D.Q. The psychological impact of job loss. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
67. Katz L.J., Geckle M., Goldstein G., Eichenmuller A. A survey of perceptions and practice: interagency collaboration and rehabilitation of persons with long-term mental illness // Rehab. Counsel. Bull. 1990. Vol. 33. P. 290–300.
68. Killackey E., Jackson H.J., McGorry P.D. Results of the first Australian randomised controlled trial of Individual Placement and Support in first episode psychosis // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33. P. 593.
69. Killackey E., Jackson H.J., McGorry P.D. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193. P. 114–120.
70. Kooyman I., Dean K., Harvey S., Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 191. P. s29–s36.
71. Latimer E.A. Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness // Can. J. Psychiatry. 2001. Vol. 46. P. 496–505.
72. Latimer E.A., Bush P.W., Becker D.R. et al. The cost of high-fidelity supported employment programs for people with severe mental illness // Psychiatr. Serv. 2004. Vol. 55. P. 401–406.
73. Latimer E.A., Lecomte T., Becker D.R. et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 189. P. 65–73.
74. Lehman A.F. Vocational rehabilitation in schizophrenia // Schizophr. Bull. 1995. Vol. 21. P. 645–656.
75. Lehman A.F., Goldberg R., Dixon L.B. et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. P. 165–172.
76. Macias C., Rodican C.F., Hargreaves W.A. et al. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse

- models // *Psychiatr. Serv.* 2006. Vol. 57. P. 1406–1415.
77. Manning C., White P.D. Attitudes of employers to the mentally ill // *Psychiatr. Bull.* 1995. Vol. 19. P. 541–543.
78. Marshak L.E., Bostick D., Turton L.J. Closure outcomes for clients with psychiatric disabilities served by the vocational rehabilitation system // *Rehab. Counsel. Bull.* 1990. Vol. 33. P. 247–250.
79. Marshall M., Crowther R., Almaraz-Serrano A. et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care // *Health Technol. Assess.* 2001. Vol. 5, N 2. P. 1–75.
80. Marwaha S., Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2005. Vol. 51. P. 302–316.
81. Marwaha S., Johnson S., Bebbington P. et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 191. P. 30–37.
82. Mason P., Harrison G., Glazebrook C. et al. Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years // *Br. J. Psychiatry.* 1995. Vol. 167. P. 596–603.
83. McFarlane W.R., Dushay R.A., Deakins S. et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment // *Am. J. Orthopsychiatry.* 2000. Vol. 70. P. 203–214.
84. McGurk S.R., Mueser K.T., DeRosa T.J., Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 319–335.
85. McHugo G.J., Drake R.E., Teague G.B. et al. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study // *Psychiatr. Serv.* 1999. Vol. 50. P. 818–824.
86. McQuilken M., Zahniser J.H., Novak J. et al. The work project survey: consumer's perspectives on work // *J. Vocat. Rehab.* 2003. Vol. 18. P. 59–68.
87. *Mental Health: A Report of the Surgeon General.* Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
88. Mueser K.T., Becker D.R., Torrey W.C. et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997. Vol. 185. P. 419–426.
89. Mueser K., Clark R., Haines M. et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness // *J. Consult. Clin. Psychology.* 2004. Vol. 72. P. 479–490.
90. Mueser K.T., Corrigan P.W., Hilton D.W. et al. Illness management and recovery: a review of the research // *Psychiatr. Serv.* 2002. Vol. 53. P. 1272–1284.
91. Mueser K.T., Salyers M.P., Mueser P. A prospective analysis of work in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27. P. 281–296.
92. Murray C.J., Lopez A.D. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard University Press, 1996. P. 6–39.
93. National Institute for Clinical Excellence (NICE): *Treating and managing schizophrenia (core interventions): Understanding NICE guidance – information for people with schizophrenia, their advocates and carers, and the public.* London, 2002.
94. NAMI Strategic Plan, 2001–2003. Alexandria, Va: National Alliance for the Mentally Ill, 2001.
95. Noble J.H., Honberg R.S., Hall L.L., Flynn L.M. A Legacy of failure: The federal-state vocational rehabilitation system to serve people with severe mental illness. Arlington, Va: National Alliance for the Mentally Ill; 1997.
96. Norquist G.S. Role of outcome measurement in psychiatry // W.W. Ishak, T. Burt, L.I. Sederer (Eds.). *Outcome measurement in psychiatry: A critical review.* Washington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2002. P. 3–13.
97. Oka M., Otsuka K., Yokoyama N. et al. An evaluation of a hybrid occupational therapy and supported employment program in Japan for persons with schizophrenia // *Am. J. Occup. Ther.* 2004. Vol. 58. P. 466–475.
98. Perkins R., Rinaldi M. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: a decade of rising unemployment // *Psychiatr. Bull.* 2002. Vol. 26. P. 295–298.
99. Proctor S.E., Mitford E., Paxton R. First episode psychosis: a novel methodology reveals higher than expected incidence; a reality-based population profile in Northumberland, UK // *J. Evaluat. Clin. Pract.* 2004. Vol. 10. P. 539–547.
100. Provencher H.L., Gregg R., Mead S. et al. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities // *Psychiatr. Rehab. J.* 2002. Vol. 26. P. 132–144.
101. Ralph R.O., Lambert D. Needs assessment survey of a sample of AMHI consent decree class members. Portland, Maine: University of Southern Maine, Edmund S. Muskie Institute of Public Affairs, 1996.
102. Reker T., Hornung W.P., Schonauer K. et al. Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 101. P. 457–463.
103. Rinaldi M., McNeil K., Firm M. et al. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? // *Psychiatr. Bull.* 2004. Vol. 28. P. 281–284.
104. Rinaldi M., Perkins R. Implementing evidence-based supported employment // *Psychiatr. Bull.* 2007. Vol. 31. P. 244–249.
105. Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry.* 2004. Vol. 161. P. 473–479.
106. Roessler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview // *World Psychiatry.* 2006. Vol. 5. P. 151–157.
107. Rogers E.S., Anthony W.A., Lyass A., Penk W.E. A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities // *Rehabil. Couns. Bull.* 2006. Vol. 49. P. 143–156.
108. Rogers E.S., Walsh D., Masotta L., Danley K. Massachusetts survey of client preferences for community support services (Final report). Boston, Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1991.
109. Rosenheck R.A., Leslie D., Keefe R. et al. Barriers to employment for people with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163. P. 411–417.
110. Ruesch P., Graf J., Meyer P.C. et al. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem.* 2004. Vol. 39. P. 686–694.
111. Salkever D.S., Karakus M.C., Slade E.P. et al. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study // *Psychiatr. Serv.* 2007. Vol. 58. P. 315–324.
112. Salyers M.P., Becker D.R., Drake R.E. et al. A ten-year follow-up of a supported employment program // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55. P. 302–308.
113. Sasson R., Grinshpoon A., Lachman M., Ponizovsky A. A program of supported education for adult Israeli students with schizophrenia // 2005. Vol. 29, N 2. P. 139–141.
114. Schinnar A., Rothbard A., Kanter R., Jung Y. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness // *Am. J. Psychiatry.* 1990. Vol. 147. P. 1602–1608.
115. Schneider J. Is supported employment cost-effective? A review // *Int. J. Psychosoc. Rehab.* 2003. Vol. 7. P. 145–156.
116. Schonebaum D., Boyd J.K., Dudek K.J. A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT Models // *Psychiatr. Serv.* 2006. Vol. 57. P. 1416–1420.
117. Secker J., Grove B., Seeborn P. Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: the service user's perspective // *J. Ment. Health.* 2001. Vol. 10. P. 395–404.
118. Shepherd G. Models of community care // *J. Ment. Health.* 1998. Vol. 7, N 2. P. 165–177.
119. Silverstein R., Julnes G., Nolan R. What policymakers need and must demand from research regarding the employment rate of persons with disabilities // *Behav. Sci. Law.* 2005. Vol. 23. P. 399–448.
120. Simon H. *La psychotherapie à l'asile.* Hyd. Ment. 1933. N 1. P. 16–28.
121. Singh S.P., Croudace T., Amin S. et al. Three year outcome of first episode psychosis in an established community psychiatric service // *Br. J. Psychiatry.* 2000. Vol. 176. P. 210–216.
122. Spaniol L.J., Zipple A.M., Fitzgerald S. et al. How professionals can share power with families: Practical approaches to working with families of the mentally ill // *Psychosoc. Rehab. J.* 1984. Vol. 8, N 2. P. 77–84.
123. *Supported Employment: A Guide for Mental Health Planning and Advisory Councils.* Rockville, Md: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2003.
124. Svedberg B., Mesterton A., Cullberg J. First-episode nonaffective psychosis in a total urban population: a five-year follow-up // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem.* 2001. Vol. 36. P. 332–337.
125. Thornicroft G., Tansella M., Becker T. et al. The personal impact of schizophrenia in Europe // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 69. P. 125–132.
126. Torrey W.C., Mueser K.T., McHugo G.H. et al. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* 2000. Vol. 51. P. 229–233.
127. Twamley E.W., Jeste D.V., Lehman A.F. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003. Vol. 191. P. 515–523.
128. Twamley E.W., Padin D.S., Bayne K.S. et al. Work rehabilitation for middle-aged and older people with schizophrenia: a comparison of three approaches // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005. Vol. 193. P. 596–601.
129. Van Dongen C.J. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness // *Com. Ment. Health J.* 1996. Vol. 32. P. 535–548.
130. Van Erp N.H., Giesen F.B., van Weeghel J. et al. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands // *Psychiatr. Serv.* 2007. Vol. 58. P. 1421–426.
131. Vauth R., Corrigan P.W., Clauss M. et al. Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation //

Schizophr. Bull. 2005. Vol. 31. P. 55–66.

132. Wagner M. Outcomes for youths with serious emotional disturbance in secondary school and early adulthood // *Future Children*. 1995. Vol. 5, N 2. P. 90–112.

133. Warner R. Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy. 2nd ed. NY: Routledge, 2004.

134. Watzke S., Brieger P. Neuropsychologische Diagnostik in der beruflichen Rehabilitation schizophrener Menschen // *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 2004. Vol. 72. P. 643–651.

135. Wehman P., Revell W.G., Brooke V. Competitive employment: Has it become the “First Choice” yet? // *J. Disab. Policy Stud.* 2003. Vol. 14. P. 163–173.

136. Wing J.K., Brown G.W. Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals 1960–1968. Cambridge: University Press, 1970.

137. Wong K.K., 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. Vol. 59. P. 84–90.

138. World Health Report 2004: Changing History. Geneva: World Health Organization, 2004.

139. Yazdani M., Pahlavanzadeh S., Pourbamide Z. The effect of occupational therapy on negative symptoms in schizophrenia // XIII World Congress of Psychiatry. Cairo, September 10–15, 2005, Egypt. P. 577.

ТРУД И ТЯЖЕЛОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ. ЧАСТЬ I

Н. Б. Левина, Е. Б. Любов, Г. А. Русакова

В обзоре показано снижение уровня общественно полезной занятости тяжело психически больных-инвалидов в разных странах в последние годы. Выделены ключевые элементы стандартизированной модели поддерживаемой занятости в обычных условиях и приведены доказательства ее преимуществ в клинико-социальном и экономиче-

ском аспектах по сравнению с типовым подходом – поддерживающей занятостью в лечебно-промышленных мастерских.

Ключевые слова: тяжело психически больные, поддерживающая и поддерживаемая занятость, клинико-социальный и экономический эффекты.

LABOR AND SEVERE MENTAL DISORDER: PROBLEMS AND SOLUTIONS. PART 1

N. B. Levina, E. B. Lyubov, G. A. Rousakova

This review describes the ongoing decrease of involvement of people with disabilities due to severe mental disorders in productive activities and work in different countries. The authors emphasize the key elements of a standardized model of supported jobs in regular (mainstream) conditions and provide the evidence for its advantages from clinical-social and eco-

nomical points of view, in comparison with current approach i.e. supported jobs in revalidating protected workshops.

Key words: patients with severe mental disorders, supported and protected jobs, clinical-social and economic effects.

Левина Нелли Борисовна – председатель Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств «Новые возможности»; e-mail: levinan36@gmail.com

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; тел.: (499) 748-1457

Русакова Галина Андреевна – заместитель начальника отдела содействия занятости инвалидов ГУ Центра занятости населения ЦАО города Москвы; тел.: (495) 917-7640