

УДК 616.89:613(477)

П. В. Волошин, Н. О. Марута
**СТРАТЕГІЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ:
 СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРЕШКОДИ**

П. В. Волошин, Н. А. Марута
**Стратегия охраны психического здоровья населения Украины: современные возможности
 и препятствия**

P. V. Voloshyn, N. O. Maruta

The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles

Стаття присвячена покращанню психічного здоров'я населення України. Вирішення такої комплексної проблеми можливо лише за умови системного підходу, який визначається державною Стратегією у сфері психічного здоров'я. Основні напрямки цієї стратегії наведені у роботі.

Доведено, що наявність затверджені Урядом України Стратегії психічного здоров'я наближує нашу країну до ефективної профілактики психічних розладів, сучасного лікування та реабілітації осіб з вадами психічного здоров'я, заінтересованості суспільства у відновленні психічного здоров'я окремих його членів, гуманного та дестигматизованого ставлення до таких пацієнтів, що загалом і створює психологічне благополуччя нашої Держави.

Ключові слова: психічне здоров'я нації, поширеність, захворюваність, міжвідомча взаємодія, структурна реформа психіатричної служби, кадрове та законодавче забезпечення

Стаття посвячена удлучшенню психічного здоров'я населення України. Решение такой комплексной проблемы возможно лишь при условии системного подхода, который определяется государственной Стратегией в области психического здоровья. Основные направления этой Стратегии приведены в работе.

Доказано, что наличие утвержденной Правительством Украины Стратегии психического здоровья приближает нашу страну к эффективной профилактике психических расстройств, современного лечения и реабилитации лиц с проблемами психического здоровья, заинтересованности общества в восстановлении психического здоровья отдельных его членов, гуманного и дестигматизированного отношения к таким пациентам, что в целом и создает психологическое благополучие нашего государства.

Ключевые слова: психическое здоровье нации, распространенность, заболеваемость, межведомственное взаимодействие, структурная реформа психиатрической службы, кадровое и законодательное обеспечение

The article is devoted to improvement of mental health of the population of Ukraine. The solving of such an integrated problem is possible only under conditions of a systematical approach determined by the governmental Strategy of Mental Health. The main directions of this strategy are described in the article.

It was proven that an existence of the Mental Health Strategy approved by the Government of Ukraine approaches our country to an effective prevention of mental disorders, to a contemporary treatment and rehabilitations of persons with mental health problems, to an interest of the society in recovery of mental health of some members of this society, to a humanistic and de-stigmatized attitude to such patients, and all of these together create a psychological well-being of our state.

Key words: mental health of the nation, prevalence, incidence, interaction between institutions, structural reform of psychiatric services, staff and legislative provision

Психічне здоров'я належить до проблем, які з часом потребують все більшої уваги суспільства та держави. Причинами цього є підвищення поширеності психічних розладів та непрацездатності, що формується як наслідок цієї патології, порушення соціального функціонування та якості життя не тільки самих пацієнтів, а й їхніх родичів, що обумовлює значні витрати суспільства на лікування та реабілітацію осіб з вадами психічного здоров'я [12, 20—22, 27—29].

Окрім цього, історія психопатології переконливо свідчить про те, що психічне здоров'я населення — це, перш за все, мистецький, культурний, інтелектуальний, виробничий та оборонний потенціал нації. Враховуючи сильний вплив психічної діяльності на соціальну та суспільну активність людини, а також порушення соціального функціонування при психічних розладах, психіатрія вважається дисципліною не тільки медичною, а й соціальною [4, 25, 26].

Останнім часом фахівці у сфері психічного здоров'я з багатьох країн світу висловлюють велику стурбованість масштабами психічної патології, обсягом витрат суспільства та держави внаслідок значної її поширеності та медико-соціальних наслідків (коморбідності, суїцидів,

порушень соціального функціонування) психічних розладів, які нерідко спричиняють непрацездатність таких осіб. Великий економічний тягар, обумовлений тимчасовою та стійкою втратою працездатності внаслідок психічних розладів, проявляється втратами валового внутрішнього продукту [6, 10, 11, 18, 25].

Все вищенаведене спонукає фахівців у сфері психічного здоров'я, осіб з вадами психічного здоров'я, їхніх родичів та громадські організації, які опікуються проблемами таких пацієнтів, звертатися до державних інститутів із закликом звернути увагу на цю вкрай важливу проблему, скоординувати зусилля усіх заінтересованих секторів, збільшити фінансування наукових та практичних розробок, що сприятиме відновленню якості життя пацієнтів та їхніх родин, зміцненню потенціалу країни.

Якою є ситуація у сфері психічного здоров'я у країнах світу?

Епідеміологічна оцінка стану психічного здоров'я населення Європи, що здійснена Європейською колегією нейропсихіфармакології (ECNP), свідчить про те, що поширеність психічних розладів у Європі на кінець 2010 року складає 38,2 % (у 2005—26,6 %). З поправкою на вік та коморбідність визначено, що кількість осіб з розладами психічного здоров'я дорівнює 164,8 млн. осіб (1/3 населення Європи). Суттєве підвищення поширеності

відбулося за рахунок збільшення патології у дітей, підлітків та людей похилого віку. До найпоширеніших у Європі захворювань належать тривожні розлади (14%), інсомнії (7%), велика депресія (6,9%), соматоформні розлади (6,3%), алкогольна та хімічна залежності (4%), синдром дефіциту уваги та гіперактивності (5% у дітей) та деменція (від 1 до 30% в залежності від віку). У згаданому огляді ECNP підкреслено, що хвороби мозку та психічні розлади спричиняють втрати працездатності у 26,6% населення Європи, значно перевищуючи цей показник на інших континентах [26].

Епідеміологічна ситуація у сфері психічного здоров'я в Україні також віддзеркалює існування певних проблем.

Поширеність психічних та поведінкових розладів характеризується повільним збільшенням показника (на 2,9% за 10 років). На кінець 2013 року 2 553,6 осіб (на 100 тис. населення), або 2,6% населення України потребували допомоги лікаря-психіатра (рис. 1). Відповідно до прогностичних даних, у наступні роки буде спостерігатися підвищення цього показника (рис. 2).

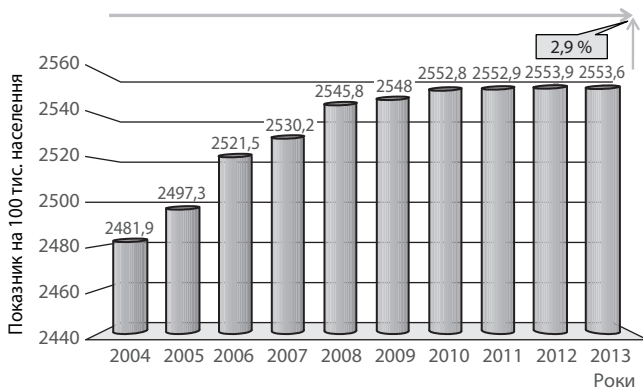


Рис. 1. Поширеність розладів психіки та поведінки в Україні у 2004—2013 рр.

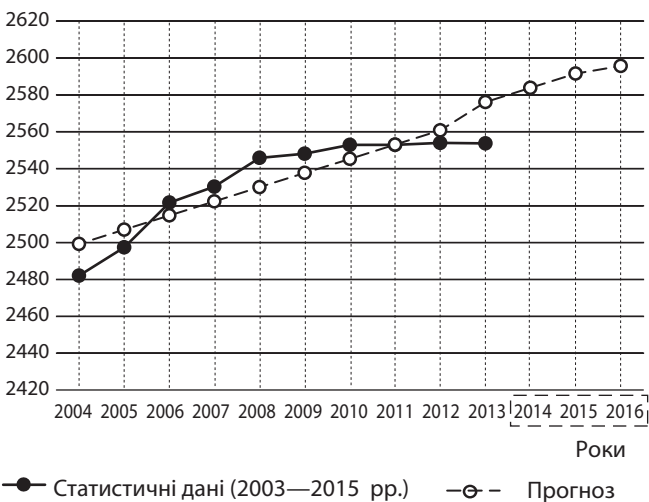


Рис. 2. Прогноз поширеності розладів психіки та поведінки в Україні на 2014—2016 рр.

Показник захворюваності на психічні та поведінкові розлади за 10-річний період знизився на 7,1% (рис. 3), а згідно з даними регресійного аналізу, тенденція до його зниження буде збережена і в майбутньому (рис. 4).

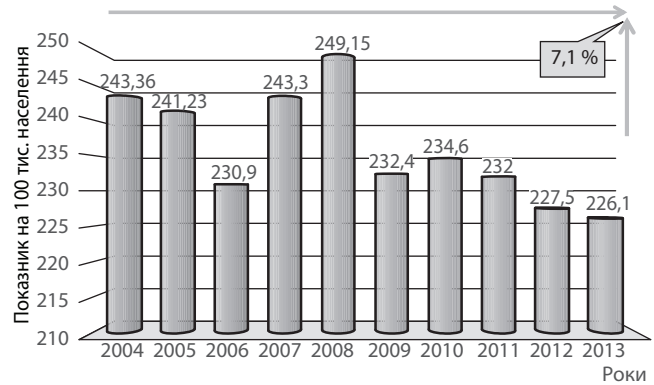


Рис. 3. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2004—2013 рр.

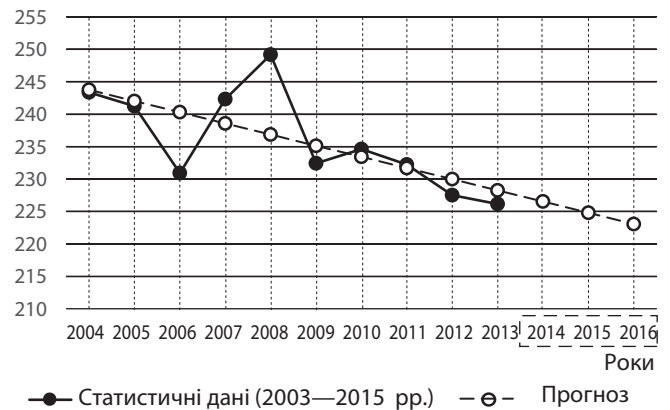


Рис. 4. Прогноз захворюваності на розлади психіки та поведінки на 2014—2016 роки

Ці дані свідчать про низьке виявлення психічних та поведінкових розладів, про стигматизацію психіатричної служби та небажання населення звертатися до психіатричних закладів по допомогу.

У структурі захворюваності та поширеності в останнє десятиріччя переважали неспихотичні психічні розлади, до яких належать неврози, реакції на стрес, розлади особистості та інші порушення, що є функціональними та у більшості випадків потребують амбулаторної допомоги (рис. 5).

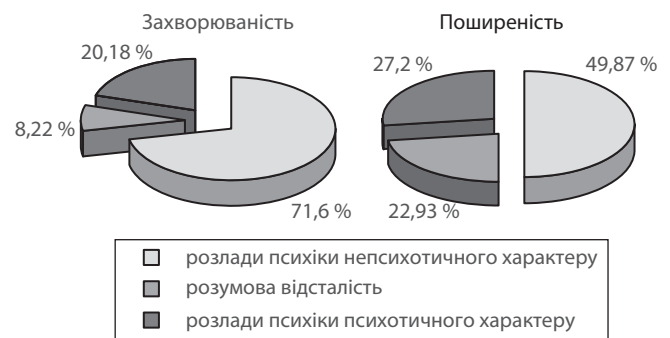


Рис. 5. Структура захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки в Україні (станом на 01.01.2014 р.)

Показник інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів за останню декаду збільшився на 19,9% (рис. 6), і тенденція до підвищення цього показника у наступні роки буде зберігатися (рис. 7).

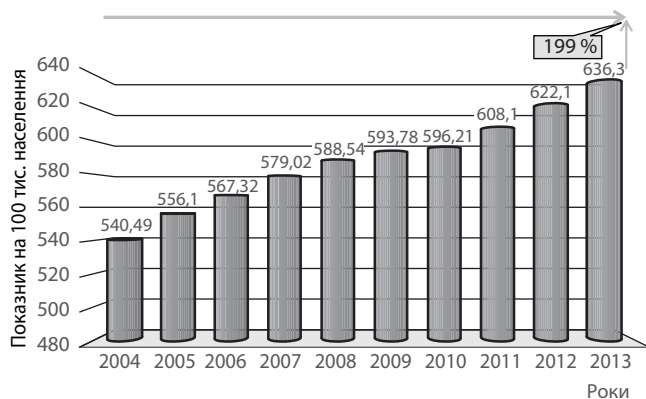
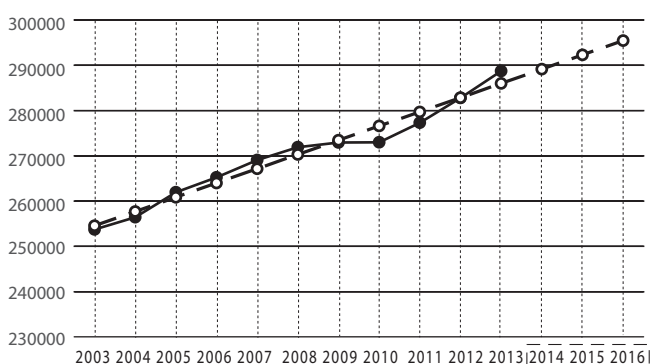


Рис. 6. Контингент осіб з розладами психіки та поведінки, які мають групу інвалідності, у 2004—2013 роках



● Статистичні дані (2003—2014 рр.) ○ Прогноз

Рис. 7. Прогноз інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки на 2014—2016 роки

У структурі інвалідності з найбільшою частотою реєструються шизофренія (шизотипові та маячні розлади) та органічні порушення (рис. 8).

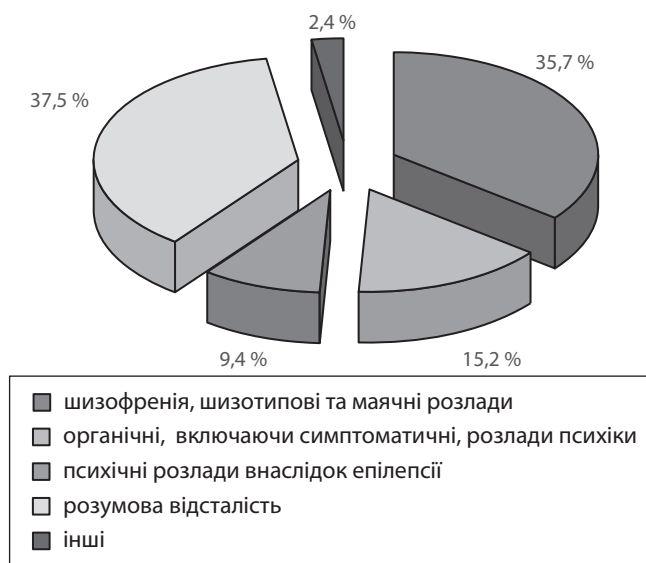


Рис. 8. Структура контингенту осіб з розладами психіки та поведінки, які мають групу інвалідності (на 01.01.2014 р.)

Наведені дані віддзеркалюють наявність негативних тенденцій епідеміологічної ситуації у сфері психічного здоров'я в Україні: низькі показники виявлення психічних та поведінкових розладів, «накопичення» осіб з вадами психічного здоров'я на диспансерному обліку та підвищення показників інвалідності внаслідок цієї патології [8, 9].

Безумовно, така ситуація спричиняється комплексом чинників, до яких, перш за все, варто віднести клінічні (коморбідність, резистентність, низьку комплаєнтність та інші), методологічні (недосконалість класифікацій, концепцій одужання, відсутність можливостей використання діагностичних біомаркерів та інші), організаційні (застаріла структура психіатричної служби, повільне впровадження біопсихосоціальної моделі надання допомоги), кадрові (недостатність кадрового забезпечення, недосконалість підготовки лікарів загальної ланки та інші), фінансово-економічні (використання фінансових розрахунків, які орієнтовані на психіатричний заклад, а не на пацієнта, відсутність фармакоекономічного аналізу, який дозволяє визначити найефективніші стратегії лікування та реабілітації) та інші [13, 14].

Як свідчить досвід європейських країн та країн світу, вирішення комплексу перелічених проблем можливе лише за умови системного підходу, який визначається державною Стратегією (Програмою) психічного здоров'я нації.

Програма психічного здоров'я нації є стратегією держави, яка відбиває визнання психічного здоров'я як пріоритету суспільства та визначає конкретні кроки щодо його зміцнення. Такі Програми затверджені урядами та діють в Німеччині, Польщі, Данії, Швеції та інших країнах. На пострадянському просторі Програма психічного здоров'я діє лише у Вірменії. Треба зазначити, що основні рекомендації стосовно можливих важелів впливу на ситуацію у сфері психічного здоров'я є визначеними у документах, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO), Всесвітньою психіатричною асоціацією (WPA) та Європейською психіатричною асоціацією (EPA).

Керуючись принципами Гельсінкської декларації (2005) WHO визначає такі першочергові завдання у сфері психічного здоров'я на майбутні 10 років для країн-членів. До цих завдань належать:

- сприяти більш широкому усвідомленню важливості значення психічного благополуччя;
- здійснювати сумісні дії, спрямовані на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією та нерівністю, а також розширювати права й можливості осіб з вадами психічного здоров'я та членів їхніх родин, надавати підтримку з метою їх залучення до активної участі у цьому процесі;
- розробляти та впроваджувати комплексні, інтегровані та ефективні системи охорони психічного здоров'я, включаючи такі елементи, як укріплення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд та відновлення здоров'я;
- забезпечувати задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, який спроможний ефективно працювати у сфері психічного здоров'я.
- визнавати важливе значення знань й досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я й осіб, які здійснюють за ними догляд, як основи для планування та розвитку таких служб [28].

Аналіз механізмів та чинників погіршення психічного здоров'я у Європейському регіоні дозволив WHO запропонувати модель запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, яка націлена на раннє втручання, регрес психопатологічних порушень, відновлення соціального функціонування осіб з вадами психічного здоров'я та зменшення соціально-економічного тягаря суспільства внаслідок порушень психічного здоров'я [4].

Основними компонентами цієї моделі є такі положення:

- соціальний градієнт психічних розладів демонструє наявність взаємозв'язку між психічним здоров'ям та умовами життя людини;

- низький рівень психічного благополуччя та низький соціальний статус пов'язані з такими чинниками ризику, як неякісне харчування, тютюнопаління, зловживання алкоголем та насильство;

- неінфекційні хвороби є потужним чинником ризику психічних розладів, а їхня поширеність пов'язана з показником смертності від неінфекційних хвороб;

- для зменшення захворюваності та смертності внаслідок неінфекційних захворювань, а також суїцидів життєво необхідною є доступність ефективної медичної допомоги;

- наявність психічного розладу з високою вірогідністю посилює поведінку високого ризику: тютюнопаління, зловживання алкоголем, неякісне харчування та недостатню фізичну активність. Особа з вадами психічного здоров'я перебуває у зоні значного ризику ожиріння, серцево-судинних та онкологічних захворювань, діабету та суїциду;

- наявність психічних розладів може обумовлювати зменшення доступності, забезпечення та якості послуг у державному та приватному секторах та збільшувати страждання, соціальну ізоляцію, захворюваність та смертність;

- в сучасних умовах існує можливість планування втручань, що запобігають, пом'якшують та навіть повністю змінюють такі травмуючі та небажані наслідки.

Стратегія у сфері психічного здоров'я в кожній країні має певну специфіку, яка віддзеркалює особливості соціально-економічного стану, пріоритети державного розвитку, особливості епідеміології психічних розладів. Найбільш типовими структурними компонентами Стратегії є: міжсекторальна взаємодія, вдосконалення професійної підготовки та структурної організації психіатричної служби, кадрове забезпечення допомоги, надання допомоги у суспільстві, психоосвіта населення, вдосконалення законодавчої бази та інші.

Що зроблено в Україні в цих напрямках? Що необхідно зробити професійній спільноті, щоб, рівняючись на розвинуті країни Європи, підготувати та затвердити таку Стратегію?

Державна Стратегія в галузі психічного здоров'я в Україні має базуватися на **міжвідомчій взаємодії**, координації дій різних державних секторів, що опікуються питаннями психічного здоров'я. Важливими кроками на шляху досягнення цієї мети в нашій країні є створення Міністерством охорони здоров'я України робочих груп, метою діяльності яких є відпрацювання спільного співробітництва у сфері укріплення психічного здоров'я.

Наказами МОЗ створено такі робочі групи:

1. Постійно діюча робоча група з питань удосконалення нормативно-правових актів, які регламентують діяльність психіатричної служби (наказ МОЗ № 243 від 16.04.2009).

2. Міжвідомча координаційна рада з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні (наказ МОЗ № 1033 від 29.11.2013).

3. Міжвідомча робоча група з питань удосконалення системи надання наркологічної допомоги в Україні (наказ МОЗ № 592 від 22.08.2014).

До складу цих робочих груп входять представники:

- Міністерства охорони здоров'я України;
- Національної академії медичних наук України;
- Міністерства освіти і науки України;
- Міністерства соціальної політики України;
- Міністерства внутрішніх справ України;
- Служби безпеки України;
- Державної служби України з контролю за наркотиками.

Активна взаємодія в межах створених робочих груп сприятиме визнанню пріоритетності охорони психічного здоров'я у суспільстві, його значущості для забезпечення суспільного розвитку. Завданнями цього напрямку є покращання інформованості суспільства з питань охорони здоров'я та послуг, які надаються психіатричними закладами. Важливе місце надається організації заходів за участю пацієнтів, їхніх родичів та фахівців, громадських діячів (виставок, днів відчинених дверей, спектаклів та інших), видання літератури психоосвітнього напрямку, інформування суспільства через засоби масової інформації про порушення психічного здоров'я, їхні причини та досягнення сучасних нейронаук в лікуванні та реабілітації таких осіб, організація та проведення конференцій та семінарів за участю усіх сторін, що беруть участь у покращанні психічного здоров'я (лікарі, журналісти, освітяни, юристи та інші) з обов'язковим залученням користувачів допомоги. Міжвідомча взаємодія у сфері психічного здоров'я є спрямованою також на зміцнення об'єднань пацієнтів та їхніх родичів, на забезпечення їхньої участі в наданні психіатричної допомоги.

Міжвідомча взаємодія є важливим провідником профілактичної спрямованості Стратегії, коли первинна профілактика адресується широким верствам населення, включаючи селективні впливи щодо груп високого ризику, вторинна профілактика зосереджується на ранньому виявленні та втручанні для запобігання порушень соціального функціонування, третинна профілактика скеровується на допомогу особам з розвинутими формами захворювання для швидкого одужання та зниження ризику загострення.

Ключовим розділом Стратегії є **збереження психічного здоров'я в умовах бойових дій та екстремальних ситуацій**. Важливість цього положення підвищується в умовах сучасної гібридної війни, невід'ємними складовими якої є інформаційні спецоперації, психологічні диверсії та інші засоби впливу на колективну та індивідуальну свідомість, що мають спровокувати у жертви таких дій відчуття «чужинця у власній країні», відчуття розпачу, зневіри, безнадії; паралізувати його волю до боротьби, до перемоги; а окрім того — збудити примарні сподівання на кращу долю в державі-загарбниці і прийняти агресора як друга.

Цей розділ має подовжувати та розвивати положення військово-медичної доктрини в таких напрямках:

А. Зміцнення довіри до державних інституцій, захист інформаційного простору країни, формування оптимістичного настрою у суспільстві (протидія корупції, організація ефективної роботи органів державного управління, протидія ворожій пропаганді, організація ефективної контрпропаганди, формування відповідальної інформаційної політики у вітчизняних засобах масової інформації: акцент на позитивних новинах та перемогах, мораторій на «смакування» негативних новин, а також на демонстративну конфронтацію політичних опонентів у прямому ефірі, піднесення культури дискусії, патріотичне виховання тощо).

Б. Зміцнення довіри до військових командирів та цивільних керівників (відбір військових та цивільних керівних кадрів з урахуванням патріотизму, лідерських та професійних властивостей, поточне консультування керівних кадрів щодо ефективної побудови власних команд тощо).

В. Зміцнення довіри між членами військових підрозділів та цивільних колективів (тренінги співпраці, формування навичок колективних дій, консультування щодо психологічної сумісності членів малих груп (підрозділів) тощо).

Г. Впровадження кращих зразків медико-психологічної, психотерапевтичної і психіатричної допомоги та ефективних організаційних заходів щодо її надання (відновлення функціонування військових кафедр в медичних та психологічних вищих навчальних закладах, регулярний перегляд діючих стандартів та протоколів надання згаданих видів допомоги, регулярні курси підвищення кваліфікації та польові тренінги для відпрацювання практичних навичок) та системи підготовки фахівців у сфері психічного здоров'я до надання допомоги під час бойових дій.

Наступним розділом, який здійснюється у межах Державної Стратегії, є **структурна реформа психіатричної служби**.

Система надання психіатричної допомоги в Україні лишається стаціонарно орієнтованою, успадкованою від Радянського Союзу. Така система, як й в усіх пострадянських країнах, виконує функцію надання допомоги та соціальної підтримки пацієнтам з розвинутими стадіями захворювання без урахування профілактичних заходів, повноцінної соціальної реабілітації та активного залучення соціального оточення пацієнта до лікувально-відновного процесу [2, 7, 8]. Існуюча система психіатричної допомоги створена як ізольований, замкнений механізм, що самостійно визначає долю осіб з психічними та поведінковими розладами з метою позбавлення суспільства від «зайвих турбот».

Психіатрична допомога населенню України надається у 84 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, у 27 психоневрологічних диспансерах, у 652 психіатричних та 133 психотерапевтичних кабінетах та 21 психіатричному відділенні багатoproфільних лікарень.

Порівняння з психіатричною службою Польщі свідчить про переважання у Польщі кількості психоневрологічних диспансерів у 41 рази, психіатричних відділень багатoproфільних лікарень — у 4,3 рази та значно меншу кількість стаціонарних ліжок (у 2 рази).

У теперішній час в більшості країн світу ефективність та доцільність продемонструвала соціально-орієнтована психіатрична допомога, основним принципом якої є опора на соціум, на оточення пацієнта [14—17]. Соціально-орієнтована психіатрична допомога світова психіатрична спільнота визначає пріоритетною, порівняно з системою тривалого утримання та догляду в спеціалізованих психіатричних закладах. Реформа галузі, спрямована на розвиток соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, включає її децентралізацію, дестигматизацію, максимальне використання можливостей амбулаторної та позалікарняної допомоги, інтеграцію у первинну ланку медичної допомоги [1, 5]. Така психіатрична служба відтворена у більшості розвинутих країн світу. Рух у цьому напрямку передбачає зміщення акцентів зі стаціонарної допомоги на амбулаторну, використання позалікарняних форм допомоги (денних стаціонарів, бригад підтримки у суспільстві, стаціонарів на дому, психіатричного патронажу), організацію допомоги у місцях самостійного проживання пацієнтів (гуртожитках) та створення психіатричних відділень у багатoproфільних лікарнях [23, 24]. Така структурна організація психіатричної допомоги забезпечує наближення допомоги до населення, її інтеграцію у загальносоматичну мережу, виконує важливу функцію дестигматизації допомоги.

Відтворення структури сучасної психіатричної допомоги включає розширення мережі амбулаторних закладів (диспансери, консультативні поліклініки, кабінети, центри психологічної допомоги та інші) та модернізацію стаціонарної ланки допомоги зі створенням високо-спеціалізованих відділень кризової допомоги, реабілітації, геронтології, першого психотичного епізоду та інших [9, 31].

Нормативно-правові засади діяльності суспільно-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні розроблено Науково-практичним товариством неврологів, психіатрів та наркологів України та видано збіркою «Організація суспільно-орієнтованої допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій)» [5].

Процес відбудови соціально-орієнтованої допомоги неможливо ототожнювати зі скороченням ліжкового фонду. За рекомендаціями WPA, скорочення кількості ліжок є фінальним кроком, який завершує розвинення амбулаторних та реабілітаційних структур, налагодження міжвідомчої взаємодії між закладами Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти та науки, Міністерства соціальної політики та іншими державними інституціями [30].

Важливою складовою Державної Стратегії психічного здоров'я має стати **модернізація професійної підготовки** усіх фахівців, що працюють у сфері психічного здоров'я. Метою модернізації навчальних програм переддипломної та післядипломної підготовки (первинної, вторинної спеціалізації та підвищення кваліфікації) є не тільки введення до їхньої структури результатів сучасних клінічних та експериментальних досліджень у галузі психіатрії, медичної психології, психотерапії, фармакології, нейрофізіології, біохімії та інших дисциплін, що виконані на засадах доказової медицини, а й широке впровадження ідей дестигматизації, гуманізації психіатричної допомоги та охорони прав й свобод людини при наданні психіатричної допомоги [23].

Модулі навчальних програм повинні охоплювати весь обсяг сучасних теоретичних знань, умінь та практичних навичок, необхідних фахівцю у сфері психічного здоров'я.

Базові модулі необхідно формувати з урахуванням гармонійного поєднання досягнень вітчизняних вчених та доробку світової психіатричної науки і з урахуванням сучасних інформаційних технологій. Освітні модулі мають висвітлювати сучасні підходи до організації суспільно-орієнтованої допомоги, основи соціальної психіатрії та доказові дані психофармакотерапії, психосоціальної реабілітації, психотерапії. Підготовка та післядипломна освіта повинні включати інформацію про необхідність раннього втручання при психічних та поведінкових розладах, активної психосоціальної реабілітації з максимальним використанням психологічних та психотерапевтичних впливів, що сприяють зворотному розвитку психопатологічних та патопсихологічних процесів, відновленню соціального функціонування та якості життя пацієнтів.

Модернізація професійної підготовки у сфері психічного здоров'я потребує не тільки оновлення навчальних програм, а й вдосконалення критеріїв їхньої оцінки, сертифікації, чітких процедур підготовки фахівців для надання послуг, що орієнтовані на суспільство.

Важливою складовою цього розділу є **кадрове забезпечення** служб психічного здоров'я, наявність достатньої кількості фахівців, які підготовлені у відповідності до сучасних вимог та стандартів. Кадрове забезпечення роботи у сфері психічного здоров'я базується на концепції мультидисциплінарного підходу, що обумовлено мультифакторним генезом психічних розладів з провідною роллю у цьому процесі біологічних, психологічних та соціальних чинників [12, 30].

Мультидисциплінарна бригада (МБ) — група фахівців медичного закладу, які взаємодіють з метою надання амбулаторної або стаціонарної психіатричної допомоги, на базі принципів біопсихосоціальної моделі [3]. У психіатричних закладах до складу МБ залучаються лікар-психіатр (лікар-психіатр дільничний), лікар-психотерапевт, лікар-психолог, практичний психолог, психолог, сестра медична, соціальний робітник. При необхідності склад МБ може бути розширений за рахунок лікарів інших спеціальностей (лікаря-сексопатолога, лікаря-нарколога, лікаря-невролога), юриста, логопеда, інструктора з праці та інших. Необхідно наголосити, що діяльність МБ не сумарним результатом роботи її окремих членів, а є наслідком колективної взаємодії, в основу якої покладений ефект синергії.

Професійна підготовка фахівців у сфері психічного здоров'я повинна остаточно визначити біопсихосоціальну модель надання психіатричної допомоги як провідну концепцію, яка передбачає здійснення усіх діагностичних, терапевтичних, реабілітаційних заходів у відповідності до основних етіопатогенетичних чинників розвитку психічних розладів: біологічного, психологічного та соціального. Психіатрична допомога, яка надається за біопсихосоціальною моделлю, має трьохвекторну спрямованість, з урахуванням клініко-психопатологічного, особистісно-психологічного та соціально-психологічного стану особи [1, 6, 21].

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби свідчить про можливість мультидисциплінарного підходу до її надання. На кінець 2013 року у службі пра-

цювали 3 953 лікаря-психіатра, 319 лікарів-психотерапевтів, 201 лікар-психолог, 457 практичних психологів, 13 010 медичних сестер, 304 медичні сестри соціальної допомоги. Разом з цим необхідно наголосити, що більшість зазначених посад лишаються не повністю зайнятими фізичними особами фахівців, тобто недоукомплектованими. Показник укомплектованості посад лікарів-психіатрів складає 78,0 %, лікарів-психотерапевтів — 65,4 %, лікарів-психологів — 77,4 %, медичних сестер — 91,6 %, медичних сестер соціальної допомоги — 77,7 %.

Серед усіх проблем недостатнього кадрового забезпечення психіатричної служби найгострішою в сучасних умовах є залучення лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, практичних психологів для забезпечення медико-психологічної допомоги населенню України.

Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу.

Численні верстви населення України (зокрема, вимушені переселенці, учасники АТО та їхні рідні та ін.) потребують зараз системної спеціалізованої медико-психологічної допомоги, можливості надання якої на теперішній час не відповідають реальним потребам. Саме медична психологія є підґрунтям у розвитку соціально-скерованого напрямку реформи охорони психічного здоров'я та повинна відігравати провідну роль в удосконаленні всієї системи надання медичної допомоги населенню. Першочерговими питаннями цього напрямку є вивчення впливу соціальних стресів на психічне здоров'я, розроблення методів підвищення стресостійкості населення і запобігання психічним стресовим розладам; створення дієвої мережі для лікування психогенних розладів та психосоматичних захворювань, упорядкування системи психологічного консультування здорового населення та концепції діючої медико-психологічної підтримки населення.

Тобто, ефективне впровадження мультидисциплінарного підходу у сфері психічного здоров'я потребує кадрового підкріплення, перш за все, медико-психологічного напрямку, що доцільно здійснювати за рахунок широкого залучення не тільки психологів з медичною, а й психологічною та педагогічною освітою.

Наступний розділ Стратегії присвячений **законодавчому забезпеченню** охорони психічного здоров'я.

Чинний Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000 р.), витримавши перевірку часом та визначаючи правові гарантії громадян України при наданні психіатричної допомоги, потребує певних змін, які відбивають ідеологію реформування психіатричної галузі, впровадження соціально-орієнтованої допомоги, мультидисциплінарного підходу до її надання та міжсекторальної взаємодії.

Узагальнюючи наведені дані, треба підкреслити, що наявність затвердженої Урядом України Стратегії психічного здоров'я наближує нашу країну до ефективної профілактики психічних розладів, сучасного лікування та реабілітації осіб з вадами психічного здоров'я, заінтересованості суспільства у відновленні психічного здоров'я окремих його членів, гуманного та дестигматизованого ставлення до таких пацієнтів, що загалом і створює психологічне благополуччя нашої Держави.

Список літератури

1. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья [Текст] / Б. А. Казаковцев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с.
2. Лиманкин, О. В. Тенденции развития психиатрической помощи в России (1991—2010 гг.) [Текст] / О. В. Лиманкин // Психическое здоровье. — 2013. — № 7 (86). — С. 56—65.
3. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма — новые тенденции и старые проблемы [Текст] / Н. Г. Незнанов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина. — СПб., 2009. — Т. 1. — С. 32—37.
4. Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013—2020. Версия 27 августа 2012. — 33 с. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://psychiatr.ru/download/542>
5. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій) [Текст] / за ред. Марути Н. О., Демченко В. А., Домбровської В. В. — Київ; Харків, 2012. — 136 с.
6. Современные тенденции и новые формы психиатрической помощи [Текст] / под ред. проф. О. Г. Ньюфельда. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 356 с.
7. Согоян, А. Психиатрическая служба Армении в переходном периоде [Текст] / А. Согоян // «Психическое здоровье». — 2013. — № 7. — С. 81—82.
8. Стан психічного здоров'я населення та тенденції розвитку психіатричної допомоги на пострадянському просторі [Текст] / [П. В. Морозов, М. Г. Незнанов, О. В. Лиманкін та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 1 (78). — С. 11—17.
9. Состояние психического здоровья населения и перспективы развития психиатрической помощи в Украине [Текст] / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута и др.] // Психическое здоровье. — 2013. — № 7 (86). — С. 66—75.
10. Alonso, J. Prevalence and treatment of mental disorders in Germany: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) survey [Text] / J. Alonso, R. Kessler. In: The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders / Kessler, Üstun (Eds.). — Cambridge University Press, N. Y., 2008. — P. 331—345.
11. The prevalence of mental disorders and service use in France: results from a National Survey 2001—2002 [Text] / [Arbabzadeh-Bouchez, S., Gasquet, I., Kovess-Masfety, et al.]. — Ibid. — P. 305—330.
12. Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health [Text] / Blank L., Grimsley M., Goyder E., et al.] // J. Public Health. — 2007; 29(3): 236—45.
13. Bond G. R. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of the US [Text] / Bond G. R., Drake R. E., Becker D. R. // World Psychiatry. — 2012; 11; 32—39.
14. Campion, J. EPA guidance on prevention of mental disorders [Text] / J. Campion, K. Bhui, D. Bhugra // European Psychiatry. — 2012. — Vol. 27; № 2. — P. 68—80.
15. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 [Text] / R. deGraaf, M. ten Have, C. van Gool, S. van Dorsselaer] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2012 Feb; 47(2): 203—13.
16. De Hert M., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association [Electronic Resource] // European Psychiatry. — 2009. — Mode of access : URL : <http://www.easd.org/easdwebfiles/statements/EPA.pdf>.
17. EPA guidance of the quality of mental health services [Text] / [W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen, et al.] // European Psychiatry. — 2012. — Vol. 27. — № 2. — P. 87—113.
18. Kennelly B. Economic cost of suicide and deliberate self-harm [Text] / Kennelly B., Ennis J., O'Shea E. Reach out: National Strategy for action on suicide prevention 2005—2014. — Dublin. Republic of Ireland : Department of Health and Children, 2005.
19. Keyes C. L. M. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness [Text] / Keyes C. L. M., Dhingra S. S., Simoes E. J. // Am J Public Health. — 2010; 100 (12): 2366—71.
20. Psychoses, ethnicity and socioeconomic status [Text] / Kirkbride J.B., Barker D., Cowden F. et al. // Br J Psychiatry. — 2008: 193: 18—24.
21. Leonardi, M. Measuring health and disability: supporting policy development. The European MHADIE project [Text] / M. Leonardi // Disabil. Rehabil. — 2010. — 32 (Suppl. 1). — S1—S8.
22. Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026 [Text] / [McCrone P., Dhanasiri S., Patel A. et al.]. — London : The King's Fund, 2008.
23. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care [Electronic Resource] / [Knapp D., McDaid D., Mossialos E. and G. Thornicroft.] — Open University Press : McGraw Hill, 2007. — Mode of access : URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf
24. Evaluation of the first phase of choose life: the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland [Text] / [Platt S., McLean J., McCollam A. et al.]. — Edinburgh : Scottish Executive Social Research, 2006.
25. Randomised controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the supported Work and Needs (SWAN) study [Text] / [Hestin M., Howard L., Leese M., et al.] // World Psychiatry. — 2011; 10; 132—137.
26. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 [Text] / [Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J., et al.] // Eur. Neuropsychopharmacology. — 2010; 21; 655—679.
27. WHO. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: 2008. [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
28. WHO. Mental health action plan for Europe facing the challenges, building solutions; 2005. [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>
29. WHO. Promoting Mental Health: Concepts. Emerging Evidence, Practice. Summary Report; 2004. [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
30. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care [Text] / [Thornicroft G., Alem A., Antunes Dos Santos R., et al.] // World Psychiatry. — 2010; 9; 67—77.
31. Трудоустройство поддержкой: экономическая эффективность в шести европейских центрах [Text] / [Knapp M., Patel A., Curran C., et al.] // Ibid. — 2013; 12; 60—68.

Надійшла до редакції 12.01.2015 р.

ВОЛОШИН Петро Власович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), Президент Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, м. Харків; e-mail: inpn@ukr.net

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, керівник відділу неврозів і пограничних станів, заступник директора з науково-дослідної роботи ДУ «ІНПН НАМН України», Віце-президент Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

VOLOSHYN Petro, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), President of the Scientific-Practical Society of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine, Kharkiv; e-mail: inpn@ukr.net

MARUTA Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions, Deputy Director on Scientific Work of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Vice President of the Scientific-Practical Society of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net