

М. К. Хобзей¹ — директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України, **П. В. Волошин²** — директор ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», **Н. О. Марута^{1,2}** — Головний позаштатний психіатр МОЗ України, заступник директора ДУ «ІНПН АМН України» з НДР Міністерство охорони здоров'я України¹, м. Київ, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»², м. Харків

СОЦІАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА РІШЕННЯ

В статті наведений аналіз статистичних показників, які визначають стан психічного здоров'я населення України та готовність психіатричної служби надавати ефективну допомогу.

В роботі підкреслюється, що основною метою реформованої психіатричної допомоги є створення соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, що потребує змін в нормативно-правовому, структурно-організаційному, методологічному та кадровому напрямках. Автори наводять кроки, що здійснені та плануються для розвитку соціально-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні.

Ключові слова: психосоціальна реабілітація, мультидисциплінарна бригада

Проблема психічного здоров'я є загальною для усіх країн світу тому, що більше ніж у 25 % населення земної кулі в певний момент їхнього життя розвивається один або декілька психічних розладів.

Психічні розлади вносять значний внесок у загальний тягар захворювань, який вимірюється роками життя, які прожиті з інвалідністю (РЖПІ). У 2001 році психічні розлади обумовлювали 13,1 % від усіх РЖПІ [12, 13].

Тяжким соціальним наслідком психічних розладів є суїцидальна поведінка, яка є психологічною травмою для оточення хворого та обумовлює суттєві економічні збитки суспільству [1, 9].

Характеризуючи соціальні наслідки психічної патології, слід також відзначити зменшення тривалості життя осіб з психічними розладами (при порівнянні з такими, які їх не мають), соціальну дезадаптацію, яка супроводжує дану патологію, та суттєве погіршення якості життя пацієнтів та їх родичів [5, 8].

На жаль, Україна не позбавлена проблем, пов'язаних з психічними розладами, про що свідчить аналіз статистичних показників за останні десять років.

Вивчення захворюваності населення на розлади психіки та поведінки свідчить про щорічні коливання цього показника протягом останнього десятиріччя з тенденцією до поступового зниження. В 2000 році цей показник склав 260,7 на 100 тис. населення, на кінець 2009 р. — 232,4, що свідчить про його зниження на 12,2 % (рис. 1).

Така динаміка, з одного боку, віддзеркалює тенденцію до зниження захворюваності на психічні розлади, а з іншого — може бути наслідком недостатнього виявлення психічних розладів, коли переважна більшість хворих не потрапляє до психіатрів, а отримує допомогу на рівні первинної медико-санітарної ланки.

В структурі зареєстрованої захворюваності у 2009 році переважали психічні розлади неспихотичного характеру, які склали 73,9 % (або 171,8 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів, розлади психотичного характеру — 17,5 % (40,5), розумова відсталість — 8,6 % (20,0) (рис. 2).

Тобто, в структурі захворюваності переважають розлади, психогенні за походженням, лікування яких повинно здійснюватися в амбулаторних умовах.

Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів з 2000 по 2009 рік показує, що на кінець 2009 року

в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебували 1171 133 особи з різними формами цієї патології (2 548,0 на 100 тис. населення). За 10-річний період цей показник поступово збільшився на 4,8 % (2 430,9 у 2000 р.) (рис. 3).

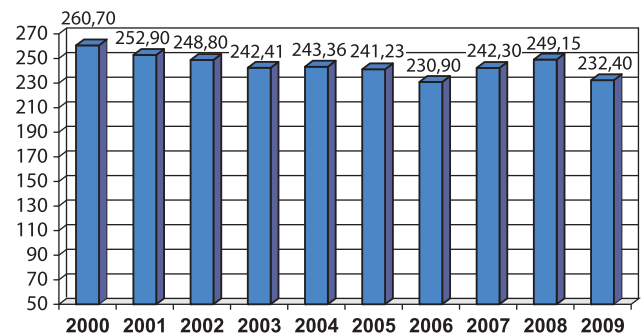


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2000—2009 роках

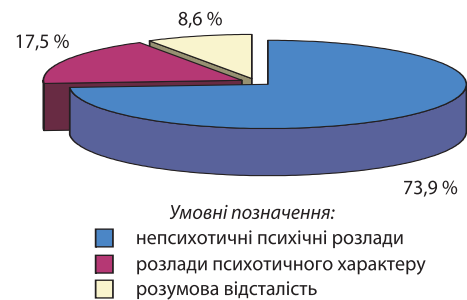


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2009 році

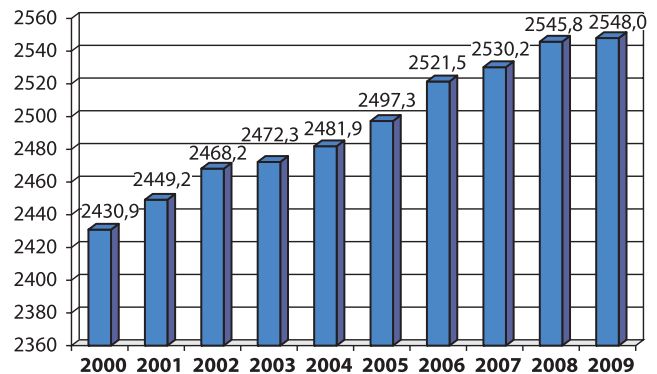


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки (F 00 — F 09, F 20 — F 99) всього (дорослі, підлітки, діти). Диспансерна і консультативна групи у 2000—2009 роках

Наведена динаміка свідчить про те, що 2,5 % населення України потребують допомоги психіатра.

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки в динаміці стабільно зберігають не-психотичні психічні розлади — 49,9 % (1 221,0 на 100 тис. населення у 2000 році і 1 272,9 у 2009 році), розлади психотичного характеру складають 26,4 % (647,3 і 672,7) та розумова відсталість — 23,6 % (562,6 і 602,2) (рис. 4).

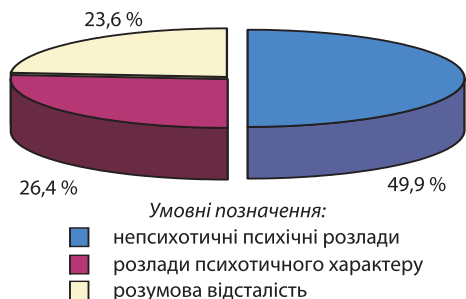


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2009 році

Одним із важливих критеріїв роботи психіатричної служби є показник інвалідизації осіб з психічними розладами. За 10-річний період кількість інвалідів внаслідок психічних розладів та розладів поведінки збільшилася з 500,4 до 593,8 на 100 тис. населення, що складає 18,7 % (рис. 5). З загальної кількості хворих, які перебувають під диспансерним та консультативним спостереженням, хворі інваліди складають 23,3 % або 272 920 хворих, (відповідно 593,8 на 100 тис. населення). Переважно це інваліди I—II групи, які складають 87 % хворих, що мають групу інвалідності.

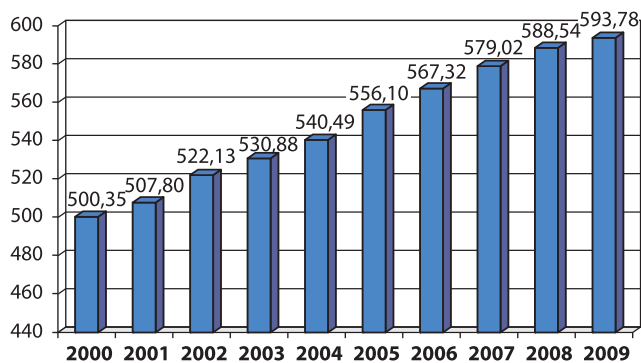


Рис. 5. Контингент хворих на розлади психіки та поведінки, що має групу інвалідності, у 2000—2009 роках

За 10-річний період показник питомої ваги III групи інвалідності серед хворих, які мають інвалідність внаслідок психічного розладу, дещо збільшився — з 8,8 % до 13,0 %.

У структурі інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів 36,5 % складають хворі на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, 36,1 % — хворі на розумову відсталість та 10,4 % — хворі на психічні розлади внаслідок епілепсії (рис. 6).

При цьому в динаміці 10-річного періоду кількість інвалідів внаслідок розумової відсталості зросла на 31,8 %, внаслідок шизофренії, шизотипових та маячних розладів — на 14,7 %, кількість інвалідів внаслідок епілепсії суттєво не змінилася.

Зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів є наслідком недостатнього виявлення цієї патології та неефективності заходів психосоціальної реабілітації.

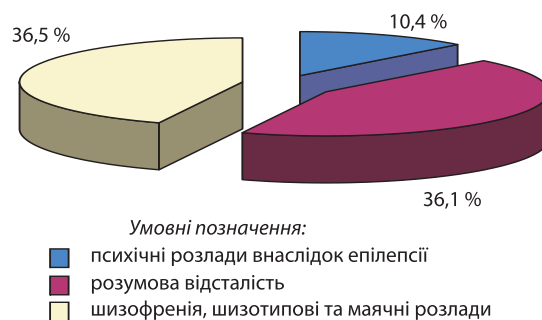


Рис. 6. Структура інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів у 2009 році

Якою є структура психіатричної служби, що надає допомогу в такій епідеміологічній ситуації?

Протягом 2009 року хворі на розлади психіки та поведінки отримували спеціалізовану медичну допомогу в 88 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, 30 психоневрологічних диспансерах, в 656 психіатричних та 156 психотерапевтичних кабінетах.

Забезпеченість населення психіатричними ліжками у 2009 році складала 42 185 або 91,8 на 100 тис. населення. Вищі показники забезпеченості населення психіатричними ліжками реєструються у Сумській області (127,7), АР Крим (124,8) та Дніпропетровській області (123,8). Нижчі за середньоукраїнський показник — в Закарпатській (62,9), Миколаївській (63,2), Чернівецькій (64,4) областях.

Аналізуючи структуру психіатричної служби в Україні за десятирічний період, слід відзначити стабільність кількості денних стаціонарів (у 2009 році їх чисельність дорівнювала 105) та зменшення на 8,5 % кількості місць в них — з 5 545 у 2000 році до 5 079 — у 2009 році (рис. 7).

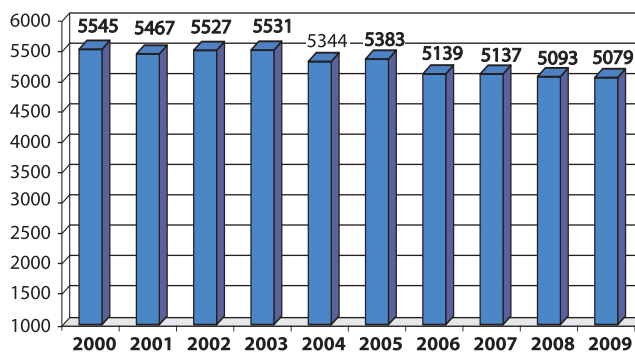


Рис. 7. Кількість місць у денних стаціонарах для психічнохворих у 2000—2009 роках

Незважаючи на зростання потреби в заходах соціальної та трудової реабілітації в структурі служби спостерігається стійка тенденція до зменшення чисельності лікувально-трудова майстерень.

В динаміці останніх 10 років їх кількість скоротилася з 64 — у 2000 році до 24 — у 2009 році (на 62,5 %). Відповідно визначається значне зменшення (на 60,3 %) кількості місць в майстернях (з 5 882 — у 2000 році, до 2 339 — у 2009 році) (рис. 8).

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби віддзеркалює той факт, що кількість фізичних осіб лікарів-психіатрів, які надають психіатричну допомогу, протягом 10-річного періоду зменшується з 3 639 — у 2000 році до 3 304 — у 2009 році. В той же час не відбувається зміцнення кадрового потенціалу служби за рахунок медичних психологів, психотерапевтів та соціальних працівників.

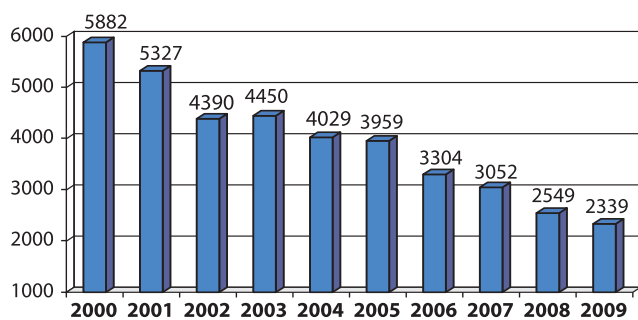


Рис. 8. Кількість місць у лікувально-трудовах майстернях у 2000—2009 роках

Узагальнюючи статистичні дані, які визначають стан психічного здоров'я населення, слід відзначити, що в Україні спостерігається зростання кількості осіб з психічними та поведінковими розладами. Вивчення показника поширеності психічних та поведінкових розладів показує, що 2,5 % населення України потребують допомоги лікаря-психіатра.

В той же час у країнах Євросоюзу аналогічний показник сягає 24,1 %, що віддзеркалює високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу в цих країнах та демонструє низьку спроможність психіатричної служби України надавати допомогу та виявляти хворих на первинному рівні (доповідь робочої групи ЄСНР, 2008).

Наступною проблемою служби є прогресивне зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів (на 18,7 %), що віддзеркалює недостатню ефективність соціально-реабілітаційних заходів в системі надання психіатричної допомоги.

В той же час структура психіатричної служби лишається спрямованою на надання стаціонарної допомоги в найбільш стигматизованих та віддалених від мікросоціума умовах.

Стратегічною метою реформ психіатричної допомоги в Україні є створення суспільно орієнтованої психіатричної служби, яка функціонує на таких принципах:

- Найбільш можливе зміщення психіатричної допомоги безпосередньо у соціальну сферу.
- Відмова від замкненості традиційного формату надання допомоги в стаціонарних умовах (поліклінічна психіатрія, промислова психіатрія, усі види позалікарняної допомоги).
- Зміни структури психіатричної служби на принципах деінституалізації, децентралізації, наближення до населення.
- Поліпрофесійне бригадне надання допомоги.
- Надання допомоги з участю соціального (мікросоціального) оточення.
- Використання системи психосоціальної терапії та реабілітації.
- Активне залучення до надання допомоги усіх організацій та установ, діяльність яких використовується для поліпшення соціального функціонування [1, 3].

Створення соціально-орієнтованої служби потребує змін в декількох напрямках: нормативно-правовому, структурно-організаційному, методологічному та кадровому.

Тобто, основою соціально-орієнтованої допомоги є розвинена мережа позалікарняних установ, служб та організацій. Такий підхід є найбільш виправданим з клінічної, соціальної, а також економічної точок зору [2, 6].

Досвід розвитку соціально-орієнтованих психіатричних служб в Європі, США та Канаді показує, що найбільш ефективно в ініціальному періоді реформи функціонують стратегії, які базуються на поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної допомоги при відповідному

зміцненні стаціонар-замісних форм допомоги. Така модель має назву «збалансованої» соціально-орієнтованої допомоги та рекомендується для використання Всесвітньою психіатричною асоціацією [13].

Тому, в розробленому МОЗ положенні «Про надання психіатричної допомоги населенню України», в якості базових структур надання психіатричної допомоги населенню виступають психоневрологічні диспансери (диспансерні відділення), поліклінічні відділення психіатричних лікарень, денні стаціонари, психіатричні кабінети поліклінік та центральних районних лікарень, а також лікувально-трудова майстерні.

Поряд з вищевикладеним, в «Положенні» підкреслюється, що сучасна психіатрична лікарня з модернізованою структурою не втрачає своєї ролі в наданні допомоги. При цьому структура лікарні повинна включати підрозділи, які відповідають потребам соціально-орієнтованої допомоги та надають високодиференційовані послуги: реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтологічні відділення, відділення сестринської допомоги, кризисні відділення. Такі структурні підрозділи, окрім численних покладених на них функцій (діагностика, лікування, догляд, нагляд, експертиза) з перших моментів госпіталізації виконують і реабілітаційні завдання, вважаючи їх базовими.

В розробленій ідеології подальшого реформування психіатричної служби України не виділена роль для загальнопсихіатричних відділень, які виконують функції ізоляторів. Відповідно до «Положення» невід'ємною складовою психіатричного закладу (стаціонарного або амбулаторного) є бібліотека, спортивний зал та клуб (кінотеатр).

Подальші кроки з розвитку соціально-орієнтованої психіатричної служби в Україні включають звертання до таких форм надання допомоги як відділення психіатричної допомоги на дому, позалікарняні реабілітаційні відділення, різні види «житло під захистом», форми міжвідомчої взаємодії психіатричної та соціальної служб (гуртожитки, квартири для самостійного проживання), пункти працевлаштування (разом з центром занятості) в диспансерах.

Наступною важливою складовою розвитку соціально-орієнтованої служби в Україні є перехід від переважно медичної до біопсихосоціальної та, відповідно, до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги і бригадного підходу до її надання.

Робота мультидисциплінарної бригади передбачає активну участь у лікувально-реабілітаційному процесі не лише лікаря-психіатра, а й лікаря-психотерапевта, медичного психолога, соціального працівника та медичної сестри. Спільний план роботи з конкретним хворим визначається на робочих засіданнях бригади. Роль кожного з членів бригади залежить від стану хворого, етапу лікування, соціального оточення [4, 7].

Як свідчить досвід роботи мультидисциплінарних бригад у країнах з розвинутою соціально-орієнтованою службою, на початковому етапі роботи бригади найбільш ефективно керівництво здійснюється лікарем-психіатром, на подальших етапах роботи ці функції успішно виконують медичні психологи, соціальні робітники та медичні сестри [10, 11].

Мультидисциплінарна бригада, яка бере участь в наданні психіатричної допомоги, здійснює функції лікування, реабілітації та соціально-психологічної підтримки пацієнта. Ці функції є взаємопов'язаними та залежними від потреб конкретного етапу надання допомоги.

Діапазон втручання мультидисциплінарної бригади охоплює та включає проведення фармакотерапії, здійснення соціальної та емоціональної підтримки, активізацію соціальної мережі пацієнта, формування мотивації до доступної соціальної активності та її реалізацію [4, 7].

Мультидисциплінарна бригада здійснює раннє включення хворих в різні форми психосоціальної реабілітації

(діапазон подібних втручань досить широкий: від тренінгу навиків незалежного проживання до більш складних навичок соціальної взаємодії).

Окрім цього, мультидисциплінарна бригада проводить психоосвіту, роботу з родичами пацієнта, вирішує проблеми соціально-правової допомоги пацієнтам. Змістовні аспекти бригадної курації пацієнта закладені у новій редакції «Протоколів надання допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими розладами». Кадрове забезпечення роботи мультидисциплінарних бригад потребує подальших зусиль для поповнення служби медичними психологами та соціальними робітниками [10, 11].

На покращання здібностей первинної мережі медичної допомоги надавати допомогу особам з психічними розладами спрямовані заходи МОЗ України, затвердженні наказом № 283 від 31.03.2010 (на 2010—2012 роки).

Ці заходи передбачають вдосконалення доступності психіатричної допомоги населенню України шляхом розширення мережі психіатричних кабінетів (у поліклініках та ЦРЛ) та психосоматичних відділень у багатопрофільних лікарнях. Наступною складовою цих заходів є проведення постійно діючого семінару щодо підвищення рівня знань лікарів первинної ланки з питань діагностики та лікування психічних розладів. Виконання заходів сприятиме розвитку ефективної взаємодії лікарів первинної медико-санітарної мережі та лікарів-психіатрів в усіх регіонах України для покращання якості надання медичної допомоги особам з психічними розладами.

Ефективна взаємодія на первинному рівні надання допомоги є принциповою умовою ефективного здійснення заходів психосоціальної реабілітації, кінцевою метою яких є ресоціалізація пацієнтів, відновлення або формування їх соціальної автономії, незалежного функціонування в суспільстві, розширення соціальної мережі [14].

Психосоціальна реабілітація та психосоціальна терапія базується на наступних принципах:

- Процес психосоціальної реабілітації починається на будь-якому етапі надання психіатричної допомоги (якомога раніше після купіровання гострих клінічних проявів).
- Психосоціальні втручання повинні бути структурованими по відношенню до певного періоду лікування (мета, період).
- Визначення форми впливу залежить від психосоціального дефіциту пацієнта (соціальна дезадаптація).
- Послідовність реалізації заходів психосоціальної реабілітації з урахуванням повсякденних життєвих вимог пацієнта.
- Безперервність психосоціальних впливів.

Важливим кроком впровадження заходів психосоціальної реабілітації у психіатричну допомогу є Державна цільова Програма лікування та реабілітації хворих на первинний психотичний епізод до 2015 року, концепція якої підготовлена Департаментом розвитку медичної допомоги населенню України.

Затвердження та виконання Програми дасть можливість здійснювати допомогу первинними хворим на засадах суспільно-орієнтованої допомоги.

Очікувані результати виконання Програми наступні:

- Забезпечення доступності, безперервності та координації надання допомоги хворим на первинний психотичний епізод (визначення «маршруту» первинного хворого з залученням лікарів загально медичної ланки).
- Створення мережі підрозділів для надання допомоги хворим на первинний психотичний епізод в амбулаторних, напівстаціонарних та стаціонарних умовах.
- Зменшення негативних наслідків інституалізації, обумовлених перебуванням пацієнтів за межами родинного та професійного середовища.

- Забезпечення хворих на первинний психотичний епізод безпечними та високоефективними ліками.

- Підвищення рівня трудової та професійної реабілітації хворих на первинний психотичний епізод.

- Покращання умов у психіатричних відділеннях — забезпечення гідного та сучасного стандарту умов перебування та лікування хворих на первинний психотичний епізод.

- Зростання питомої ваги психосоціальних заходів в наданні допомоги хворим на первинний психотичний епізод (збільшення кількості поліпрофесіональних бригад, які беруть участь у наданні допомоги хворим на первинний психотичний епізод).

- Підвищення рівня знань з питань охорони психічного здоров'я фахівців первинної медико-санітарної ланки та фахівців, які працюють з широкими верствами населення.

- Поширення серед населення знань з питань психічного здоров'я та запобігання розвитку психічних розладів.

Узагальнюючи вищевикладене, слід відзначити, що досвід країн з розвинутою соціально-орієнтованою психіатричною допомогою (країн Європи, США, Канади) свідчать, що процес формування такої допомоги є тривалим, потребує нормативно-правових, організаційно-методичних, кадрових змін та суттєвої фінансової підтримки.

Важливою складовою розвитку соціально-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні є консолідація суспільства (політиків, законодавців, фахівців — психіатрів, професійних асоціацій, громадськості, соціальних служб, освітян, користувачів допомоги та їх родичів в напрямку дестигматизації суспільства та зміцнення психічного здоров'я населення України).

Список літератури

1. Гурович І. Я. Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація / Гурович І. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. — М.: Медпрактика-М, 2004. — 491 с.
2. Жданова М. П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы в Украине / Жданова М. П., Коллякова О. М., Зинченко Е. Н. // В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. — СПб., 2009. — Т. 1. — С. 346—354.
3. Мовина Л. Г. Психосоціальна терапія больних шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Л. Г. Мовина. — М., 2005. — 24 с.
4. Практикум по социальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных: под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. — М., 2002. — 179 с.
5. Психиатрическая помощь больным шизофренией / Клиническое руководство [под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера]. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 200 с.
6. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи: под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельда. — М.: ИД Медпрактика-М, 2007. — 356 с.
7. Allness D. J. A manual for ACT start-up: based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses / D. J. Allness, W. H. Knoedler. — Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill, 2003. — 230 p.
8. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients / [Bond G. R., Drake R. E., Mueser K. T., Latimer E.] // Disease Management and Health Outcomes. — 2001. — Vol. 9, № 3. — P. 141—159.
9. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the Choice program of the World Health Organization / D. Chisholm // World Psychiatry. — 2005. — Vol. 4, № 1. — P. 37—44.
10. The program of assertive community treatment: Implementation and dissemination of an evidence-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness / [Gold P. B., Meisler N., Santos A. B. et al.] // Cognitive and Behavioral Practice. — 2003. — Vol. 10. — P. 290—303.
11. Latimer E. A. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness / E. A. Latimer // J. Psychiatry and Neuroscience. — 2005. — Vol. 30, № 5. — P. 355—359.
12. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care / M. Maj // World Psychiatry. — 2010, № 9. — P. 65—76.
13. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care / [Thornicroft G., Alem A., Antunes Dos Santos R. et al.] // Ibid. — P. 67—77.
14. Assertive community treatment of the mentally ill: Service model and effectiveness / [Udechuku A., Olver J., Hallam K. et al.] // Australasian Psychiatry. — 2005. — Vol. 13, № 2. — P. 29—134.

Надійшла до редакції 06.08.2010 р.

Н. К. Хобзей¹, П. В. Волошин², Н. А. Марута^{1, 2}
 Міністерство охорони здоров'я України¹, ГУ «Інститут
 неврології, психіатрії та наркології АМН України»²

Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми і рішення

В статті представлено аналіз статистичних показувачів, які визначають стан психічного здоров'я населення України і готовність психіатричної служби надавати ефективну допомогу.

В роботі підкреслюється, що основною метою реформування психіатричної допомоги є створення соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, яка потребує змін у нормативно-правовій, структурно-організаційній, методологічній та кадровій сферах. Авторами наведено кроки, які зроблені та плануються для розвитку соціально-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні.

Ключові слова: психосоціальна реабілітація, мультидисциплінарна бригада

M. K. Khobzey¹, P. V. Voloshyn², N. O. Maruta^{1, 2}

¹ Ministry of Health of Ukraine, Kyiv,
² State institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine», Kharkiv

Community-based mental health care in Ukraine: problems and decisions

In the article an analysis is given on statistical indexes which determine a state of a mental health of the population of Ukraine and a readiness of the psychiatric service to provide an effective care.

The work emphasizes that the main purpose of reforming of mental health care is a creation of a community-based mental health care and this requires changes on legislative, structural-organizational, methodological, and staff directions. The authors describe performed and planned steps to develop a community-based mental health care in Ukraine.

Key words: community-based mental health care, psychosocial rehabilitation, multiprofessional team

ДК 616-053.2:615.86

Р. О. Моїсеєнко, О. В. Терещенко, І. А. Марценковський
 Департамент материнства, дитинства та соціального забезпечення
 Міністерства охорони здоров'я України,
 Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДИТЯЧОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ — ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя — фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують сприйняття значущості буття, дозволяють їй розкрити особистісний потенціал, стати суспільно активним громадянином. Більшість психічних розладів маніфестує в дитячому та підлітковому віці, проте вперше діагностуються вони переважно в зрілі роки. Психічні розлади у дітей та підлітків рідко закінчуються спонтанною ремісією. Вони зазвичай стають причиною порушень соціальної адаптації та психічних розладів у дорослому житті. Особистісні страждання, стигматизація та соціальна дискримінація у дітей з психічними розладами може посилювати соціальні наслідки психічних розладів, зумовлювати низьку ефективність лікування та соціальної допомоги, призводити до соціальної дезадаптації та ізоляції. У статті аналізується робота дитячої психіатричної служби України у 2009 році, обговорюються шляхи її подальшого розвитку і політика Міністерства охорони здоров'я в цій галузі. Підґрунтям цієї політики є скорочення інституційних підходів до обслуговування дітей, породжуваної ними соціальної ізоляції. Забезпечення доступності медичних та соціальних послуг дітям із психічними розладами на громадському рівні, інтеграція психіатричної допомоги в педіатричну та первинну медичну допомогу мають дозволити пацієнтам та їх сім'ям отримати безпосередню та індивідуальну відповідь на свої потреби. Авторами статті роблять висновок, що системи соціальної та медичної допомоги дітям повинні бути інтегровані для забезпечення благополуччя дитини з особливими потребами та соціальної реінтеграції її сім'ї.

Ключові слова: діти та підлітки, психічне здоров'я, психічні розлади, профілактика, психічна інвалідність, соціальне забезпечення, соціальна допомога дітям

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя — фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують сприйняття значущості буття, дозволяють їй розкрити особистісний потенціал, стати суспільно активними громадянами. Більшість психічних розладів маніфестує в дитячому (підлітковому) віці, проте вперше діагностуються вони переважно в зрілі роки. Для хворих на шизофренію, біполярний розлад від виникнення перших ознак розладу до його діагностики минає, як правило, 5—10 років.

Рання діагностика та терапія розладів психіки є складною проблемою, міцно пов'язаною з дестигматизацією

психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проєктів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарі загальної практики) рівнях. Саме рання діагностика та рання допомога в значному числі випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання та його соціальні наслідки.

Якщо розлад зі спектра аутизму діагностується у віці до трьох років, спеціальні терапевтичні програми, побудовані на принципах поведінкової терапії, дозволяють більше ніж половину дітей успішно інтегрувати в загальноосвітні навчальні заклади. При діагностиці розладу в 6—7 років 60 % дітей матимуть у подальшому помірну чи тяжку розумову відсталість. Тяжкі поведінкові розлади роблять проблематичним навчання таких дітей навіть у спеціальних закладах освіти.

Шизофренія, що маніфестує в дитячому віці, при ранній діагностиці, лікуванні сучасними атипичними нейролептиками та дієвій соціальної реабілітації не завжди закінчується формуванням тяжких дефектних станів і інвалідності хворих. З 2005 року первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена шизофренією, зменшилася в Україні в 2,1 разів. У 2009 році в Україні лише 66 дітей, хворих на шизофренію, шизоафективні та шизотипові розлади вперше були визнані інвалідами, що становить 0,81 на 100 000 населення.

Первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена розумовою відсталістю, з 2005 року зменшилася в Україні в 2,2 разів. В 2009 році з розумовою відсталістю вперше були визнані інвалідами 1407 дітей (17,19 на 100 000 населення). Зменшення інвалідності зумовлене поліпшенням медичної, зокрема, неврологічної допомоги дітям з органічним ураженням мозку на першому році життя. Первинна психіатрична інвалідність у дитячому віці, зумовлена епілепсією, з 2005 року зменшилася в 2,3 разів. В 2009 році лише 91 дитина з епілепсією була первинно визнана інвалідом (1,11 на 100 000 населення).

Як дитячі неврологи, так і дитячі психіатри при наданні медичної допомоги дітям із епілепсією ефективно застосо-