

# ПИТАННЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ БАТЬКІВ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

*І.А. Марценковський, К.В. Дубовик,  
Український науково-дослідний інститут  
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

**Т**рапляються ситуації, в яких сучасна медична практика не відповідає рівню розвитку науки. Подекуди великі групи людей страждають від дискримінації, вони не мають повноцінного доступу до медичної допомоги, соціальних та освітніх послуг. Подібні проблеми спостерігаються і в галузі охорони психічного здоров'я. Показовим є відсутність уваги до мільйонів дітей, що народжені від батьків із шизофренією, біполярним афективним розладом чи рекурентною депресією.

На прикладі нижчеописаної ситуації, спробуємо проаналізувати основні недоліки взаємодії між дитячою та дорослою психіатрією, між первинною і спеціалізованою медичною допомогою, а також з органами соціального захисту.

## Випадок з практики

*Десятирічний хлопчик має когнітивний дефіцит та проблеми з навчанням. Затримка формування соціальних навичок спостерігається з 2,5 років. Ні його 10-річний брат, ні 13-річна сестра не мають таких проблем. Матері (39 років) встановлено діагноз «біполярний афективний розлад». Починаючи з 26 років, періоди стабільного психічного стану у неї перемежовувалися з гострими епізодами афективних розладів, з приводу яких вона неодноразово проходила лікування у психіатричній лікарні.*

*Помітивши когнітивну дисфункцію та зважаючи на соціальну поведінку свого молодшого сина, яка не відповідає його віку, мати звернулась за консультацією до лікаря-педіатра. Лікар намагався переконати її, що здоров'я її 3-річної дитини не викликає занепокоєння, зокрема відсутні значущі порушення пізнавальних функцій та емоційної сфери, проте скерував жінку до дитячого невролога. Під час консультації жінка висловила занепокоєння щодо психічного здоров'я її сина. Лікар запевнив її, що дитина на час огляду не мала серйозних поведінкових проблем і не демонструє інших ознак неврологічного та психічного розладів. Якщо ж проблеми із соціальною компетентністю будуть зберігатися до шкільного віку, дитячий невролог порадив матері звернутися до дитячого психіатра за консультацією.*

*На жаль, більшість лікарів у подібних випадках так само відкладають клінічне обстеження дитини. Найчастіше рекомендують «зачекати, в надії, що дитина переросте».*

За статистичною оцінкою, у 4% населення (понад 35 млн дорослих), що мешкають в економічно розвинутих країнах «Великої сімки», діагностовано шизофренію, біполярний афективний розлад чи рекурентну депресію. З огляду на кількість таких хворих, від 8 млн до 10 млн дітей або підлітків у цих країнах мають одного з батьків, що страждає на подібний розлад. Однак, такі діти не повинні розглядатися як ізольована субпопуляція.

Ризик появи проблем із психічним здоров'ям у дітей, що мають одного з батьків із тяжким психічним розладом, збільшується в 15-20 разів, порівняно з дітьми, у яких батьки здорові.

Науково доведеним є той факт, що приблизно у половині з цих дітей стан психічного здоров'я є гіршим, ніж у їх однолітків, також відомо, що протягом дитинства або в підлітковому віці у них розвиваються несприятливі, афективні порушення, які ускладнюють їх розвиток та погіршують соціальне функціонування і якість життя. Слід також визнати, що навіть у розвинутих країнах світу такі діти не мають належного доступу до якісних медичних послуг. Їм бракує кваліфікованої психологічної та психіатричної допомоги, соціальної підтримки. Стигматизованою та архаїчною є і система спеціалізованої психіатричної допомоги дітям, сконцентрована у великих психіатричних лікарнях. Відсутні можливості для проведення заходів щодо превенції розладів психіки та поведінки у специфічних групах ризику.

У країнах, що розвиваються, діти, батьки яких хворіють на тяжкі психічні розлади, додатково страждають від стигматизації та дискримінаційних форм спеціальної освіти та соціальних інтервенцій.

Для того, щоб забезпечити необхідною медичною та соціальною допомогою дітей з високим ризиком розвитку психічних розладів, варто вирішити чотири взаємопов'язані проблеми щодо організації сфери охорони психічного здоров'я. Без цього ми не зможемо подолати наявну кризу.

По-перше, мають бути подолані складнощі в організації взаємодії між дорослими та дитячими психіатрами. Спеціалісти, які лікують батьків, рідко цікавляться розвитком та наявними психічними проблемами у їхніх дітей. Так само й мультидисциплінарні команди, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я дітей, майже не співпрацюють з клініцистами, які надають допомогу

батькам цих дітей, навіть якщо обидві групи фахівців в області психічного здоров'я, знають про наявні хронічні психічні розлади членів родини. Рішенням зазначеної проблеми може стати скринінг психічного здоров'я та раннє виявлення психічних розладів. Психіатри знають, що системний розподіл послуг в галузі охорони здоров'я має важкі наслідки для дітей та сімей, впливає на довгострокові результати, зумовлює значні фінансові витрати.

По-друге, слід подолати наявні складнощі зв'язку між первинною медичною допомогою та спеціалізованою психіатричною допомогою, що ускладнює вчасну діагностику та початок терапії.

По-третє, нові відкриття в області психіатрії розвитку ще не впровадженні у повсякденну практику лікарів. У дослідженнях щодо ризиків для дітей та профілактики психічних захворювань було досягнуто значного прогресу, і ці відкриття могли б мати безпосередні позитивні наслідки для організації якісного медичного спостереження.

По-четверте, мільйони дітей і підлітків, які перебувають в групі ризику, не отримують належної уваги з боку національних психіатричних асоціацій. На сьогодні не розроблено жодного клінічного керівництва, яке б впливало на практику (при наданні спеціалізованої чи первинної медичної допомоги), не створені відповідні навчальні матеріали. Водночас існують подібні рекомендації для менш поширених дитячих психічних захворювань.

Чіткий алгоритм узгоджених дій міг би дозволити спростити рутинний скринінг осіб з вадами психічного здоров'я, економічно оптимізувати ефективність процесів та напрямків надання допомоги. Корисним може бути використання «каскадного скринінгу», відповідно до якого проводиться тестування дітей, після того, як було виявлене захворювання в одного з батьків.

Важливим є той факт, що діти та підлітки з високим ризиком психічних захворювань часто мають непропорційно ранні симптоми дисфункцій мозку, від яких також страждають їхні батьки з психічними розладами. Такі показники, або ендотипи ризику, є ранніми проявами аномальних мікросхематехнік мозку і дозволяють розпізнати дітей, з імовірним психічним розладом серед братів і сестер, які мають більш низький ризик захворювання. Діти з високим ризиком захворювання на сьогодні виявляються за допомогою різних методів скринінгу, таких як когнітивне тестування, електроретинографія, нейровізуалізаційні методи обстеження (сканування) головного мозку.

Субклінічні чи рудиментарні симптоми психозу в дитинстві мають розглядатися, як ознаки часткового ризику. Вони наявні у 5% дітей загальної популяції, проте характеризуються більшою тяжкістю, тривалістю та окресленістю у дітей з генетичним ризиком маніфестації психозу. Індивідуальні середовищні показники ризику мають невеликий, але значущий вплив. Вони, зазвичай, поступово накопичуються у дітей і підлітків, визначають тяжкість та інші особливості подальшого перебігу серйозних психічних захворювань.

Психіатрія розвитку (дитяча психіатрія) може дещо запозичити зі сфери психіатрії повнолітніх людей. Більшість тяжких психічних розладів мають симптоми, розвиток яких починається в дитинстві.

Наприклад, якщо у жінки був чоловік, який нещодавно помер від серцевого нападу у віці 50 років, то вона має бути стурбованою на рахунок можливої гіперхолестеринемії у їхнього сина. Сімейний лікар або інший фахівець має порадити їй перевірити рівень ліпідів у дитини, провести візуалізаційні дослідження для оцінки у дитини товщини інтим-медії сонної артерії. Потім, залежно від наявності надлишкової ваги, дисліпидемії, ознак гіпертонії, стану переддіабету, лікар може порадити модифікувати дієту, регулярне виконання фізичних вправ, план постійного медичного спостереження, і, можливо, певні лікарські засоби. Показники ризику так само притаманні дітям, що мають ризик психозів, а відмінності між братами й сестрами щодо когнітивного функціонування та наявності нейрокогнітивних дефіцитів, можуть свідчити про ранній диснейрогенез подібно до наведеного прикладу серцево-судинного захворювання. Додаткові дані можна отримати під час проведення клінічних випробувань, спрямованих на корекцію порушень нейророзвитку. Проте острах стигматизації учасників може перешкодити клініцистам у проведенні подібних досліджень. Для визначення предикторів розвитку хвороб необхідно заохочувати та включати дітей з підвищеним ризиком і субклінічними симптомами в дослідження для оцінювання пізнавальних та фізіологічних показників.

Щодо проблеми відсутності клінічних настанов, то зміни повинні ініціювати медичні асоціації, які мають займатися розробкою керівних принципів емпірично обґрунтованої практики. Такі підходи можуть сприяти підвищенню обізнаності та виявленню субклінічних психотичних чи маніакальних симптомів або ендотипів ризику у дітей, які мають підвищений генетично обумовлений ризик. У керівництві варто рекомендувати проведення скринінгу, розмістити поради, щодо когнітивного тренінгу набуття навичок позитивного мислення, подолання когнітивних помилок, що, наприклад, може реалізуватися через техніки стреснедждменту чи тренінги підвищення стресостійкості.

Визначення факторів ризику в дитинстві, поряд з новими клінічними дослідженнями дитячої популяції, може істотно змінити результати шляхом поліпшення спостереження, дозволить розробити заходи, які нададуть дітям з групи ризику додаткові роки здорового життя. Клінічні рекомендації також можуть допомогти змінити та подолати прірву між дитячою та дорослою психіатрією, між первинною і спеціалізованою медичною допомогою. Визнання цих принципів має сприяти формуванню безперервної медичної освіти, збільшенню кількості дитячих психіатрів. Слід зазначити, що рішення будуть виникати пропорційно зусиллям, скерованим на одночасне подолання вищевказаних проблем.

Зважаючи на економічні та соціальні наслідки психічних захворювань, розроблення та проведення реформ охорони психічного здоров'я нині стали пріоритетними у всьому світі. Концентрація уваги на проблемах дітей та сім'ях з підвищеним ризиком розвитку розладів аутистичного спектра, шизофренії або розладів настрою має займати центральне місце під час формування плану заходів щодо реформування системи охорони психічного здоров'я.