



Е.В. Макушкин
Заместитель директора ГНЦССП
имени В.П.Сербского Росздрава

**Главный детский внештатный специалист-эксперт психиатр
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**



Современное состояние детской психиатрии в Российской Федерации

Второй Национальный Конгресс
«Социальные преобразования и психическое здоровье»
Москва, 29-30 ноября 2006 г.



Стратегическими целями социальной политики Российской Федерации на ближайшую перспективу являются:

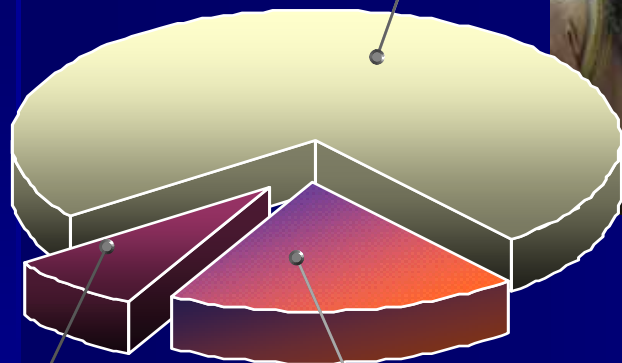
- **последовательное повышение уровня и качества жизни населения;**
- **обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг (прежде всего качественной медицинской помощи);**
- **обеспечение занятости населения**
(в том числе – **детского населения**)



ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 1992 И 2005 ГГ.

1992

взрослые - 70,9%



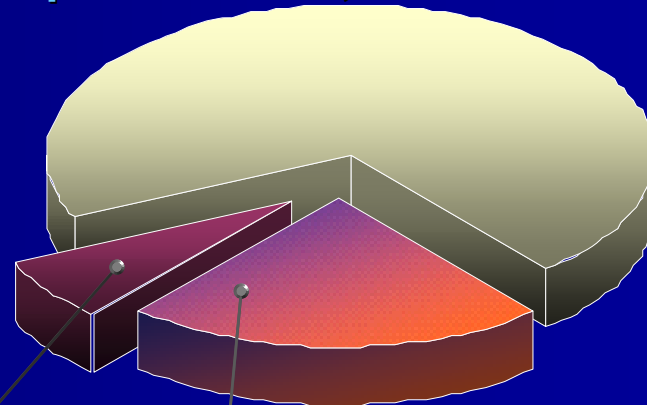
дети - 22,6%

подростки - 6,5%



2005

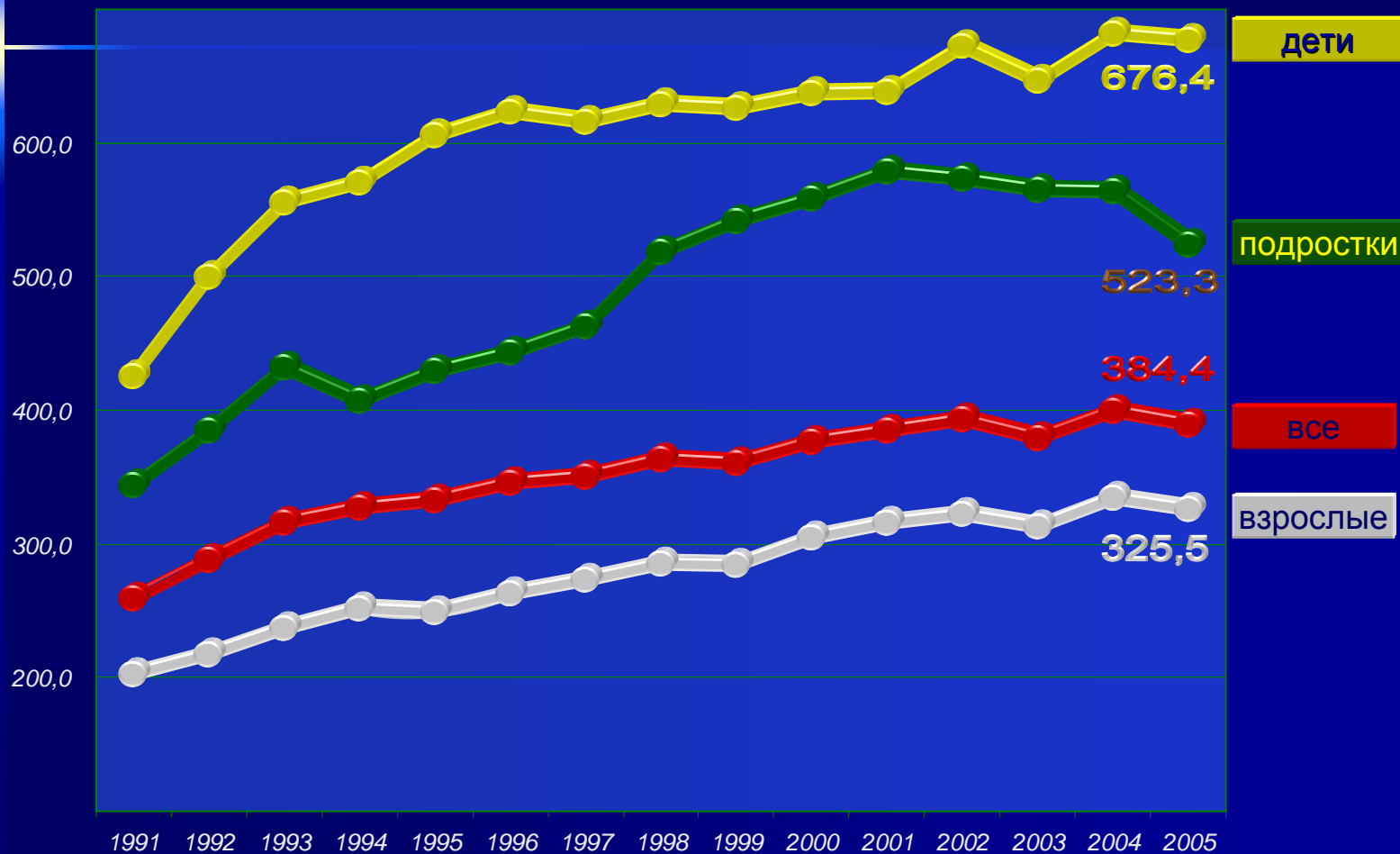
взрослые - 75,6% - 3 160 981 чел.



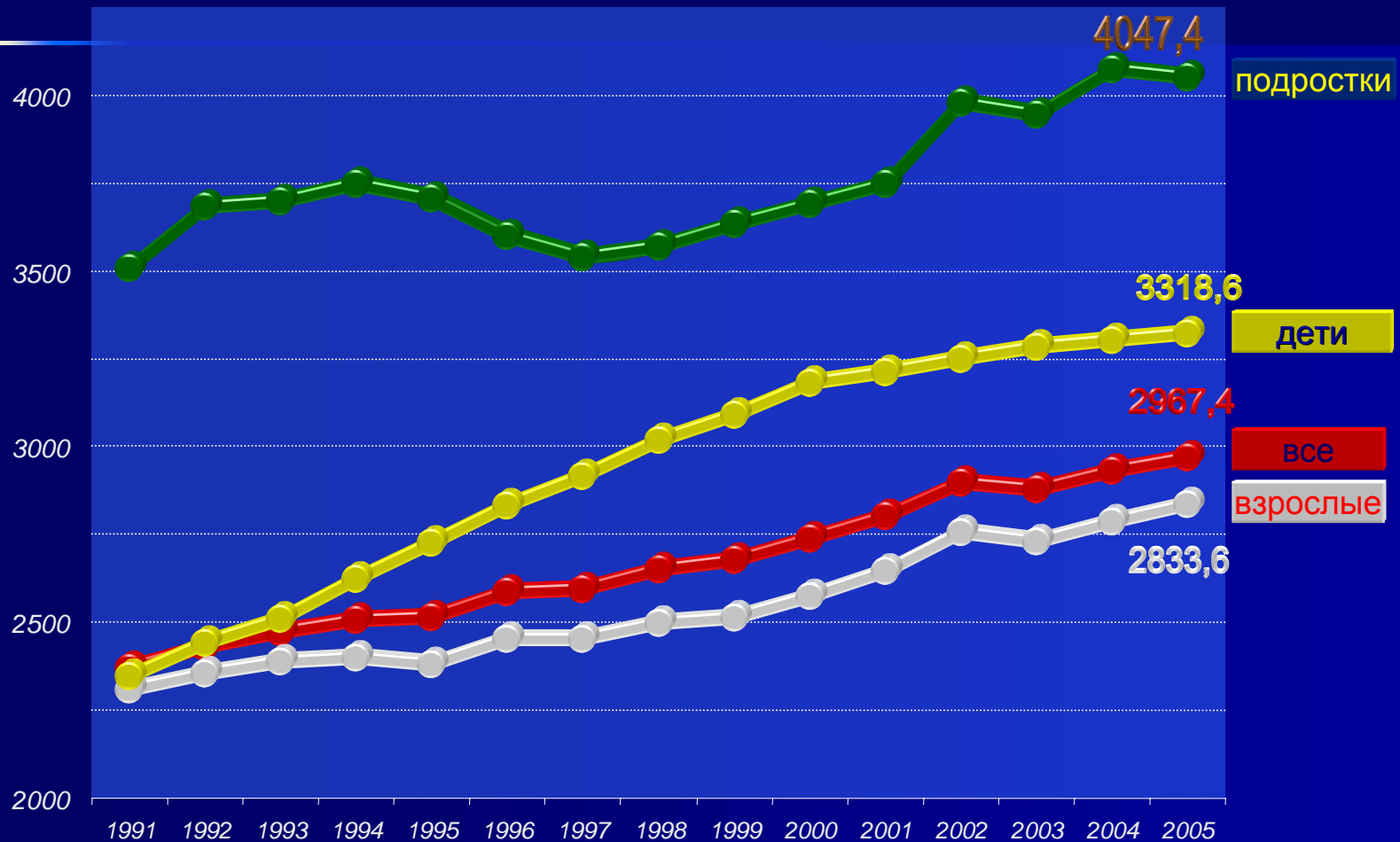
дети - 17,3% - 722 542

подростки - 7,1% - 296 559

Заболееваемость психическим расстройствами в Российской Федерации в 1991 - 2005 годах. (число больных на 100 000 населения)

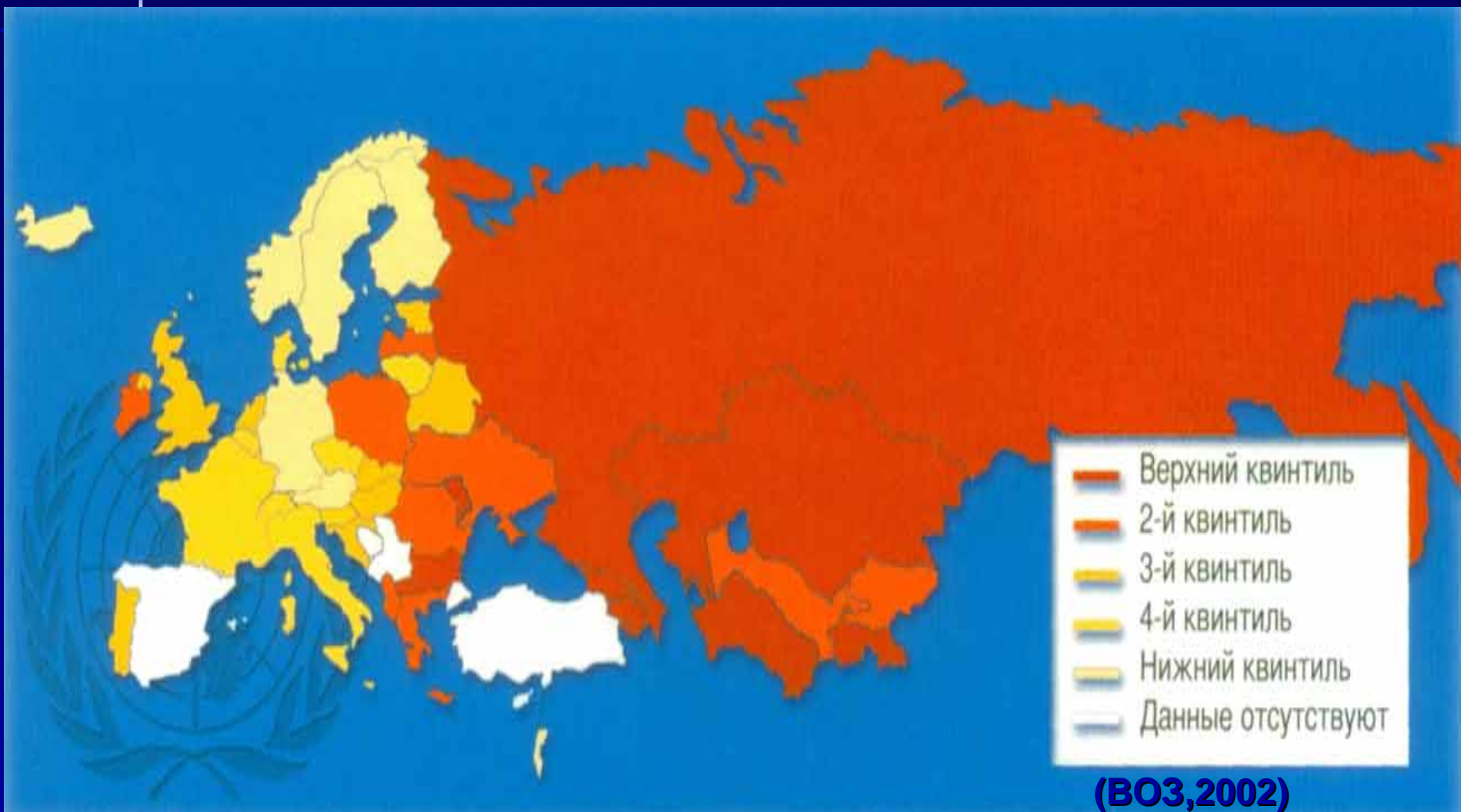


Болезненность психическим расстройствами в Российской Федерации в 1991 - 2005 годах. (число больных на 100 000 населения)



Показатели перинатальной смертности на 1000 живорожденных

(непсихиатрический пример)



Социальная проблема (непсихиатрический пример)



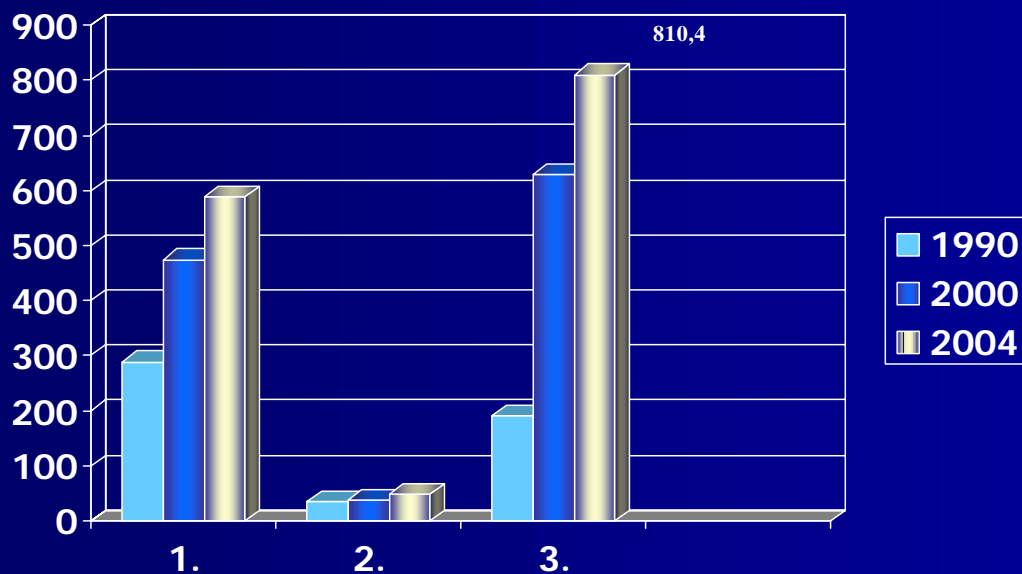
Число живорожденных и искусственных абортс на 1000 девочек-подростков и женщин 15-19 лет.

Искусственные аборты
Живорождения

Количество

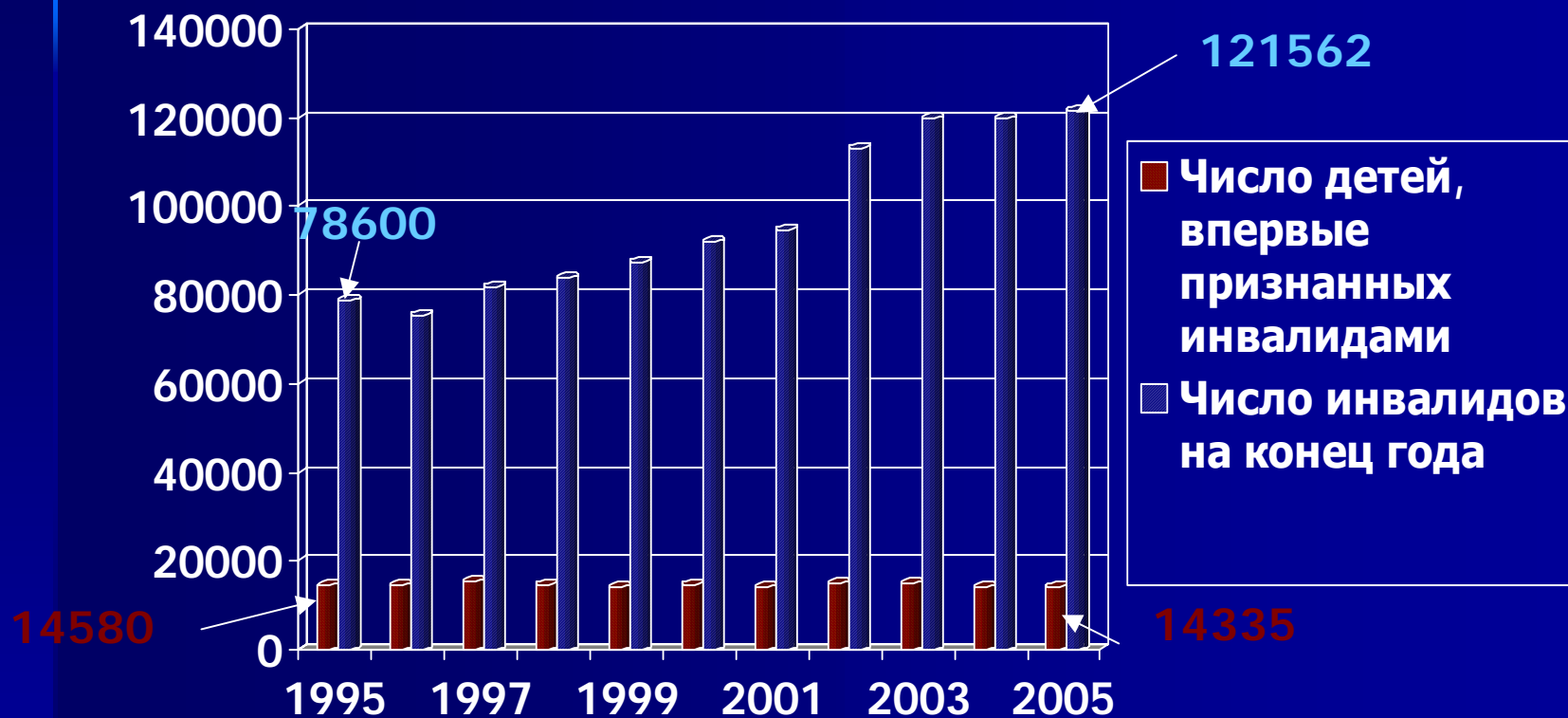
(ВОЗ, 2003)

Состояние здоровья новорожденных

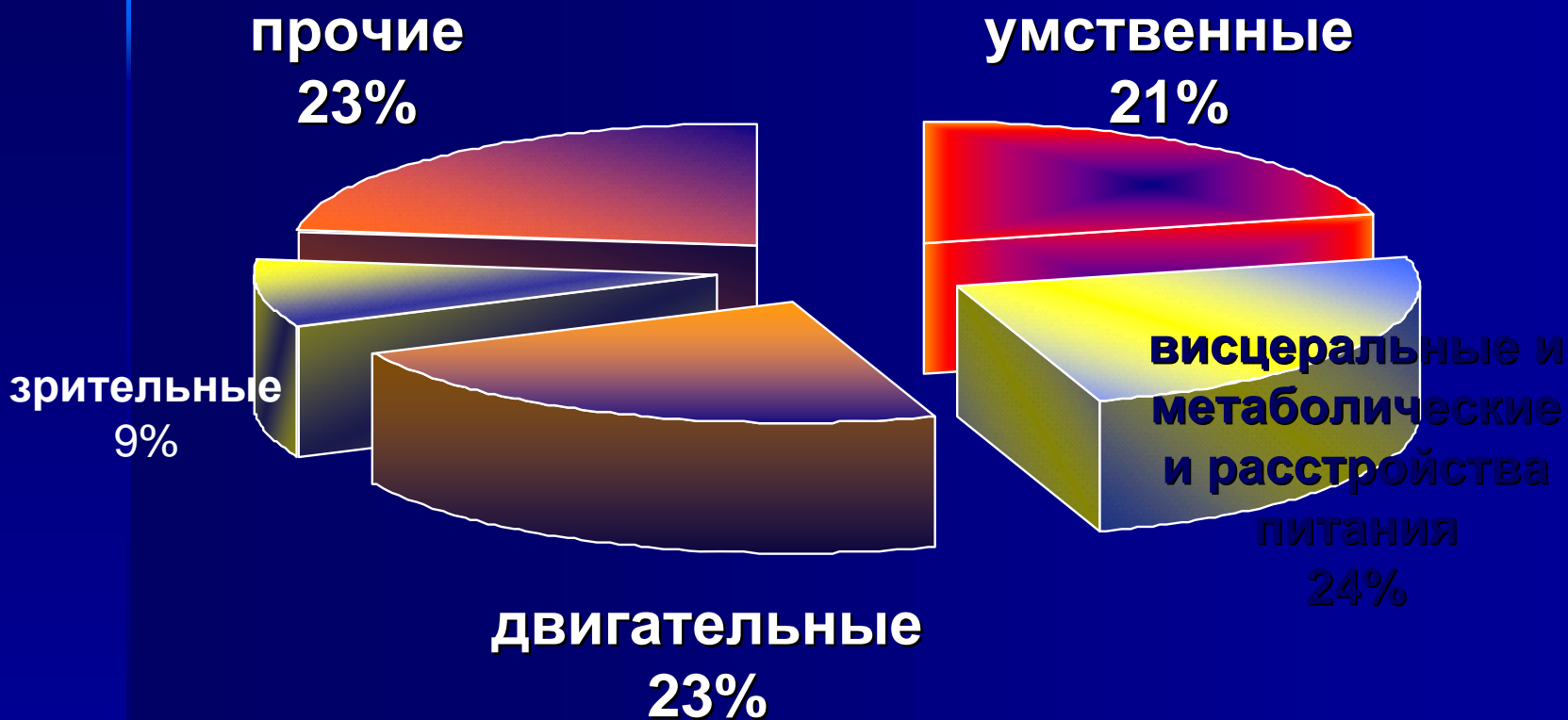


1. Родилось больными или заболели (тыс.чел.)
2. Врожденные аномалии
3. Отдаленные состояния в перинатальном периоде

Число детей, имеющих инвалидность по психическому заболеванию в РФ (2005).

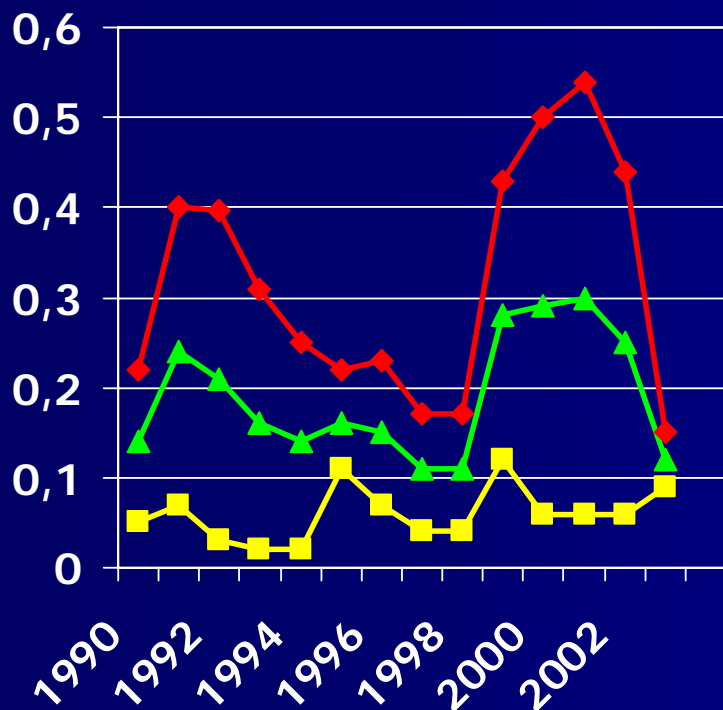


Структура детской инвалидности (по главному нарушению, %)

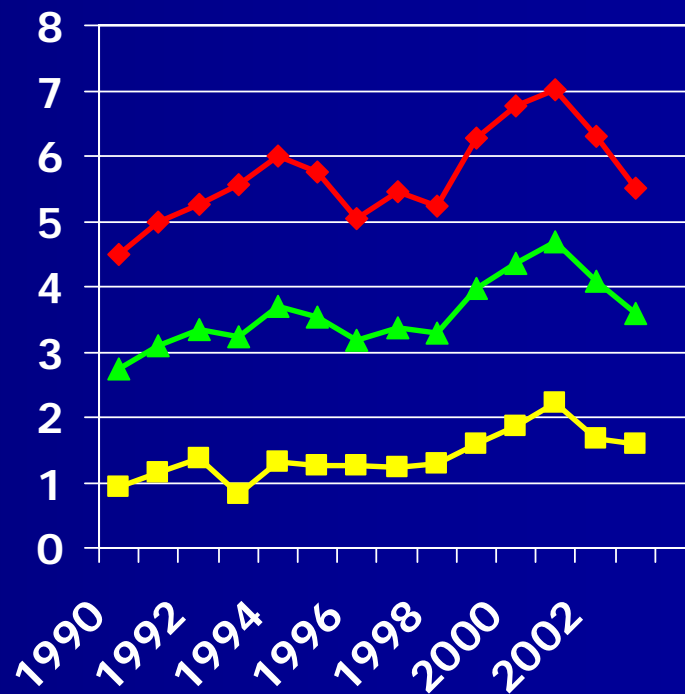


Показатели смертности от самоубийств в РФ (на 100 тыс. чел.)

5-9 лет



10-14 лет

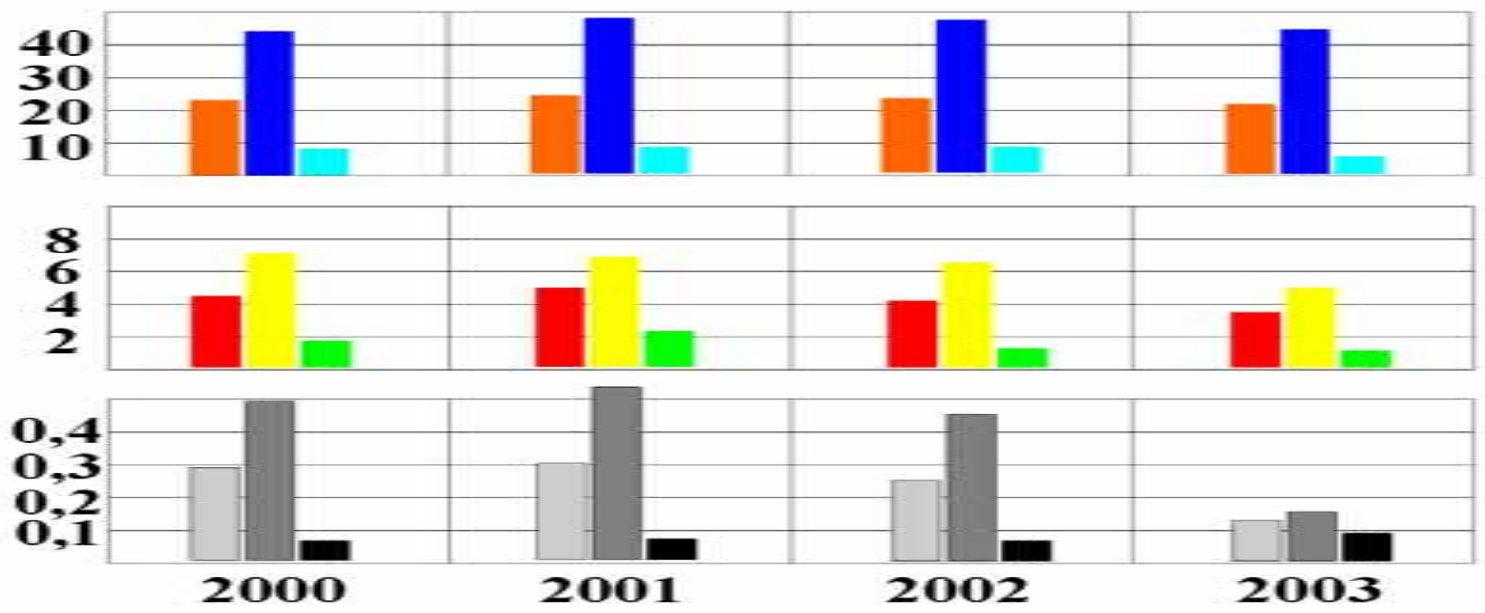


■ У мужского пола ■ У женского пола

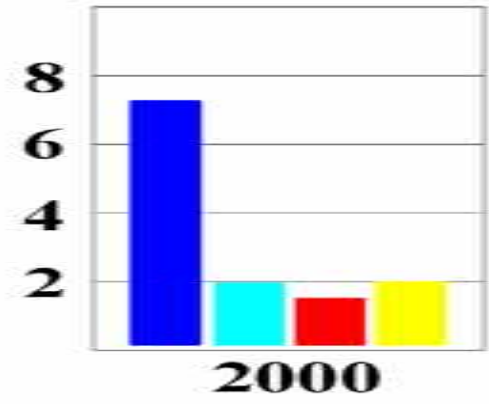
■ Оба пола

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ САМОУБИЙСТВ В РОССИИ И В МИРЕ В 2000-2003 гг.

(на 100 тыс. населения соответствующего возраста)



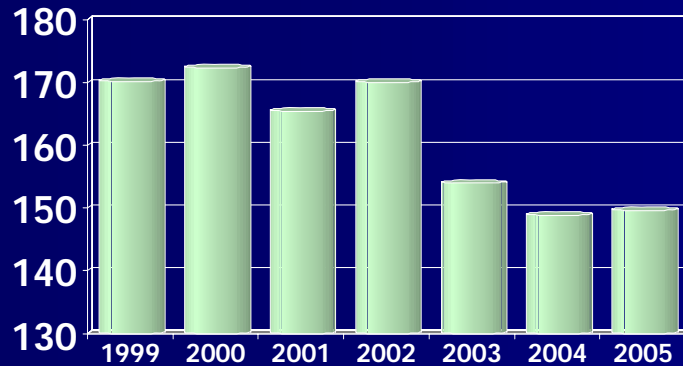
Данные Росстата, 2004,
Данные ВОЗ, 2001



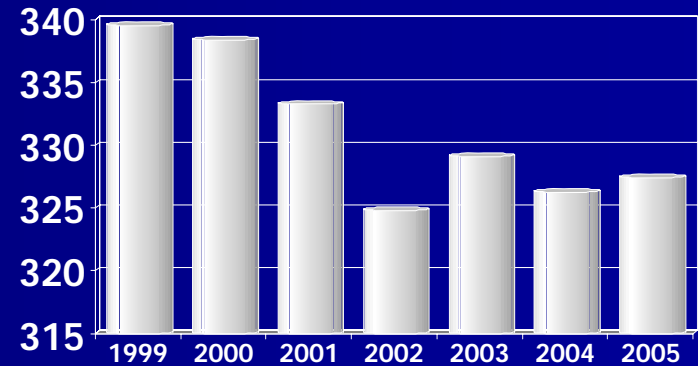
- Россия, мужчины 5-14 лет
- Россия, женщины, 5-14 лет
- Весь мир, мужчины, 5-14 лет
- Весь мир, женщины, 5-14 лет

Болезненность у детей 0-14 лет (в тысячах человек)

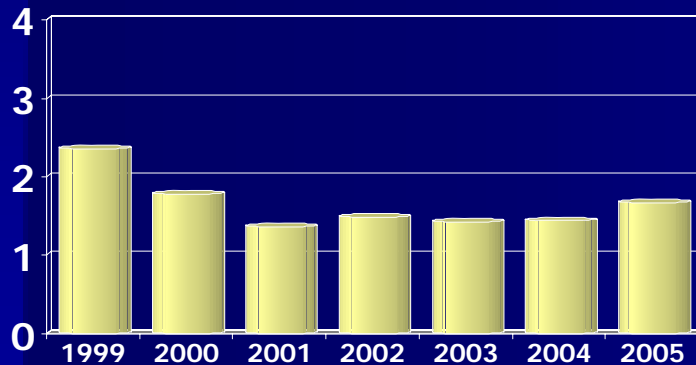
Органические заболевания



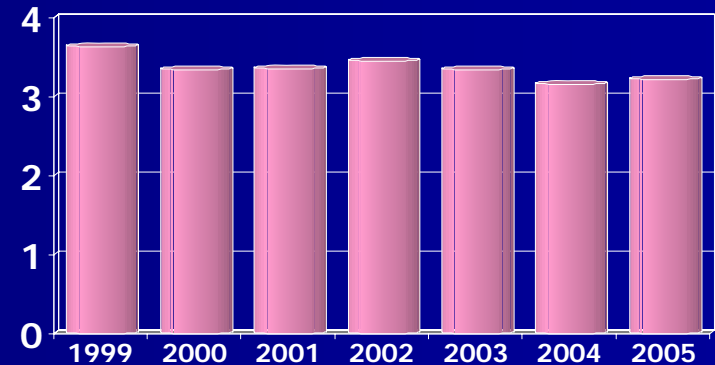
Поведенческие синдромы, непсихотические рас-ва



Аффективные непсихотические рас-ва



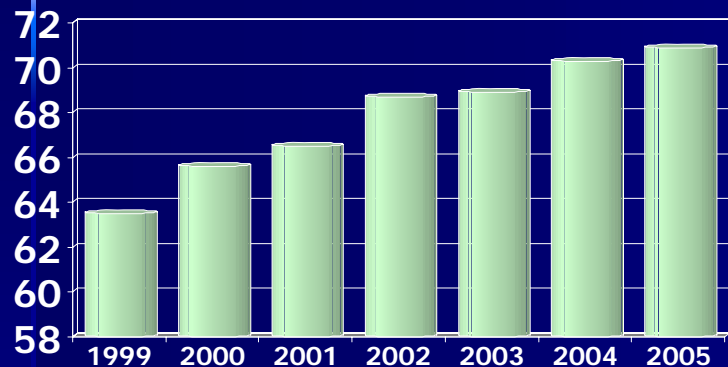
Шизофрения



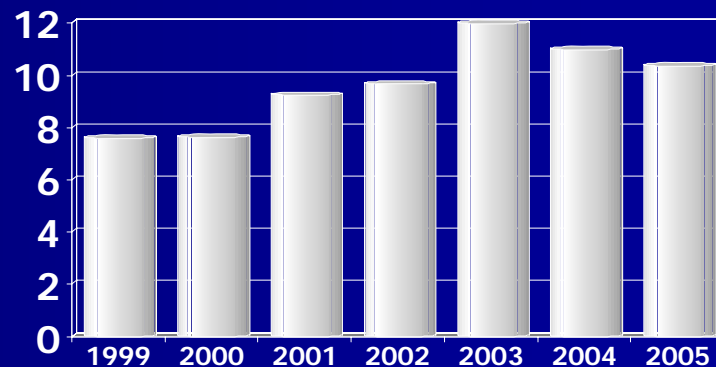
Болезненность

у подростков 15-17 лет (в тысячах человек)

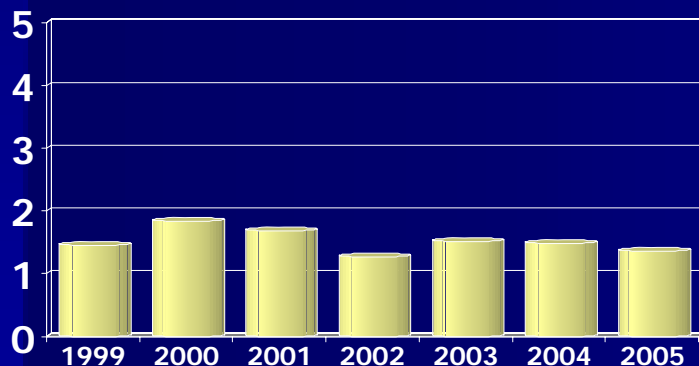
Органические заболевания



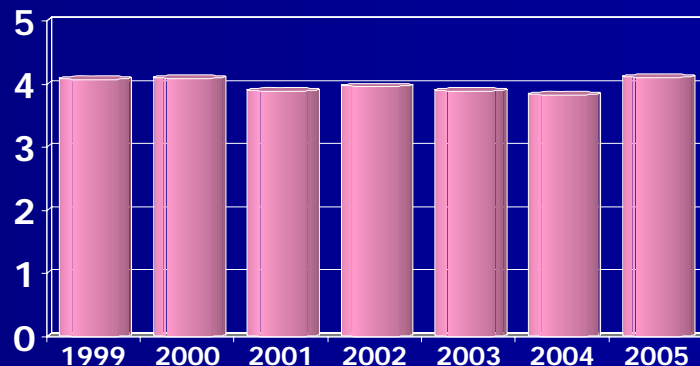
Поведенческие синдромы, непсихотические рас-ва



Аффективные непсихотические рас-ва

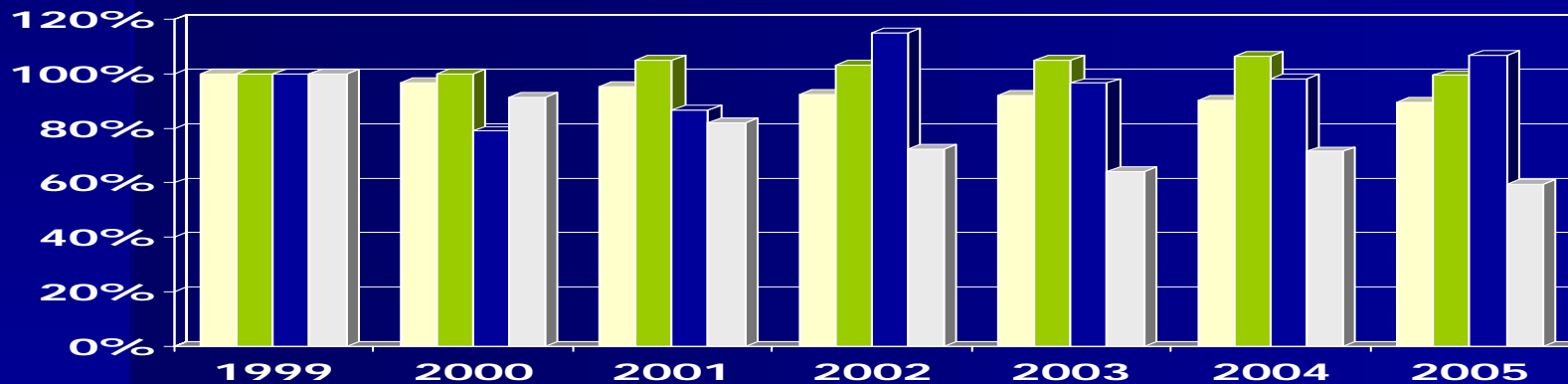
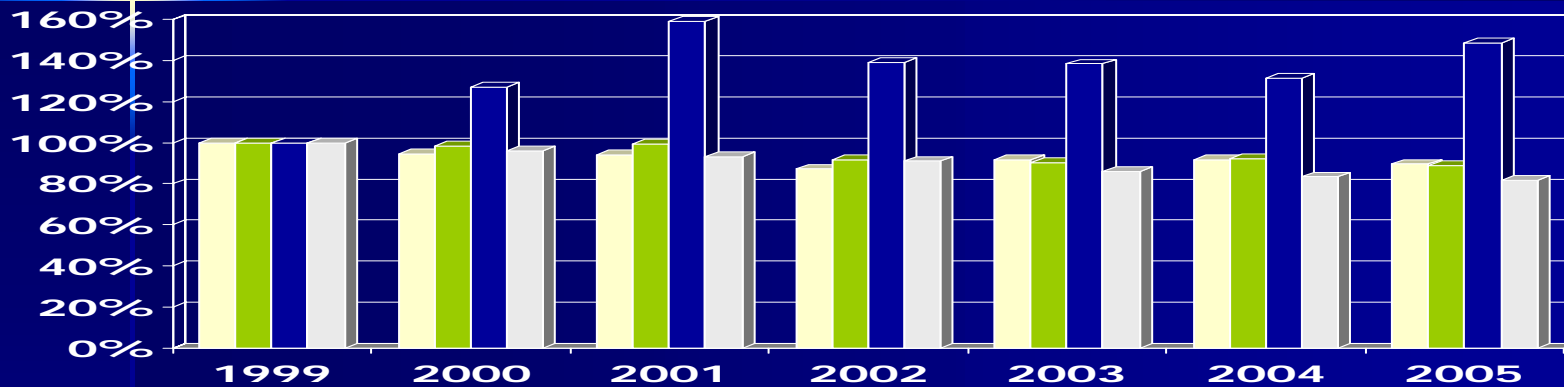


Шизофрения



Болезненность

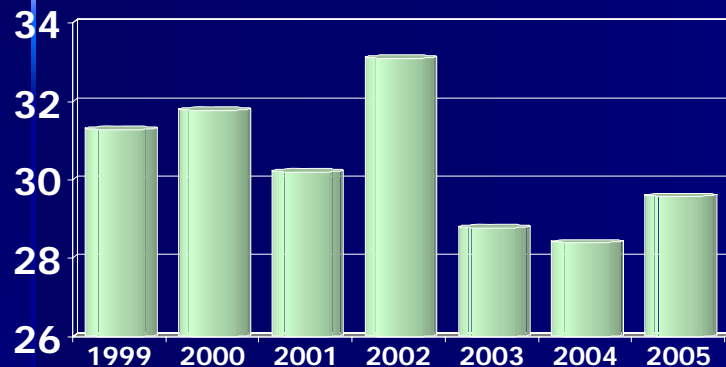
(за 100% приняты показатели 1999 года)



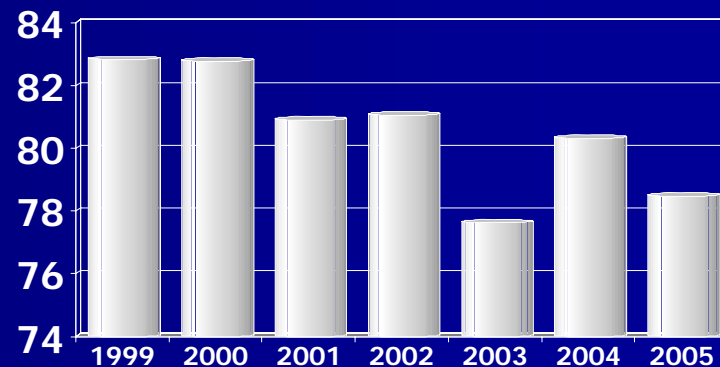
- Organic diseases
- Schizophrenia
- Affective non-psychotic disorders
- Behavioral syndromes, non-psychotic disorders

Заболеваемость у детей 0-14 лет (в тысячах человек)

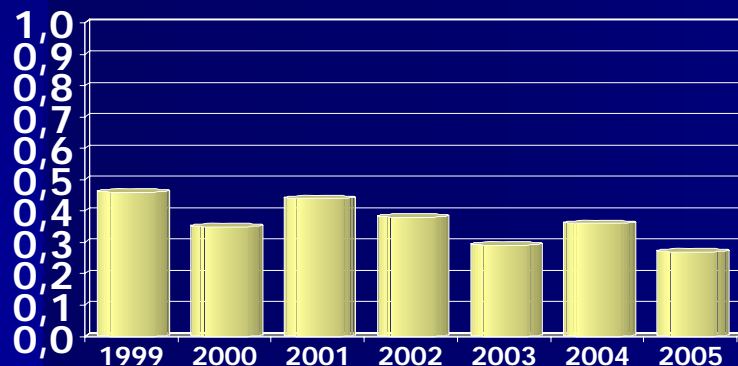
Органические заболевания



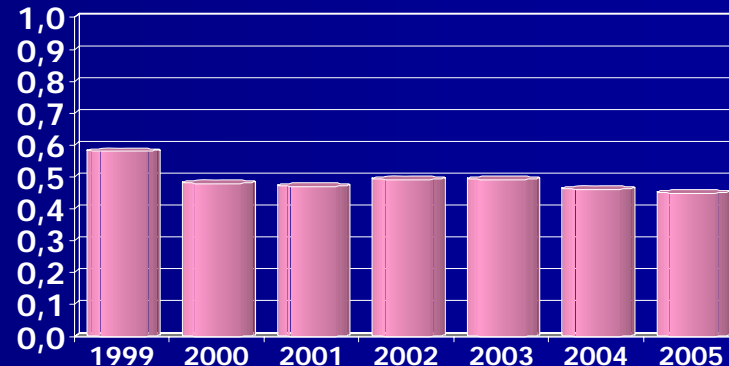
Поведенческие синдромы, непсихотические рас-ва



Аффективные непсихотические рас-ва



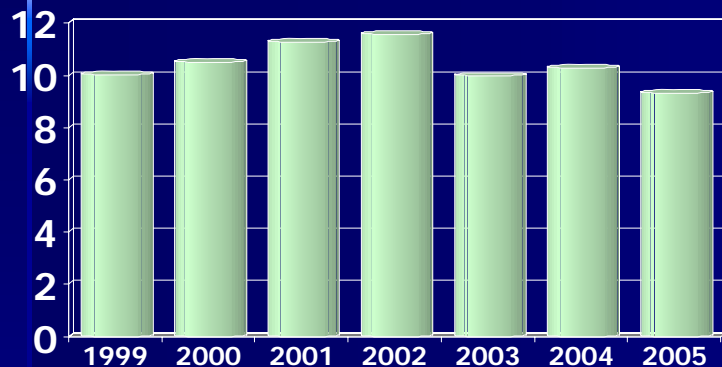
Шизофрения



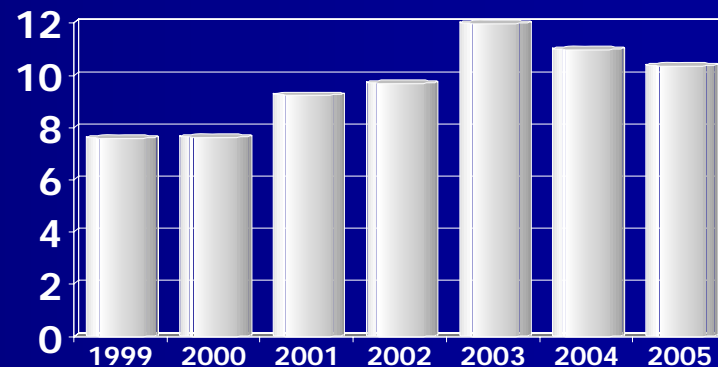
Заболеваемость

у подростков 15-17 лет (в тысячах человек)

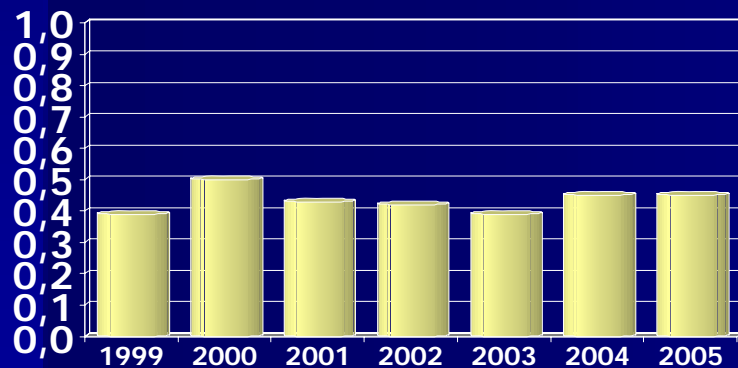
Органические заболевания



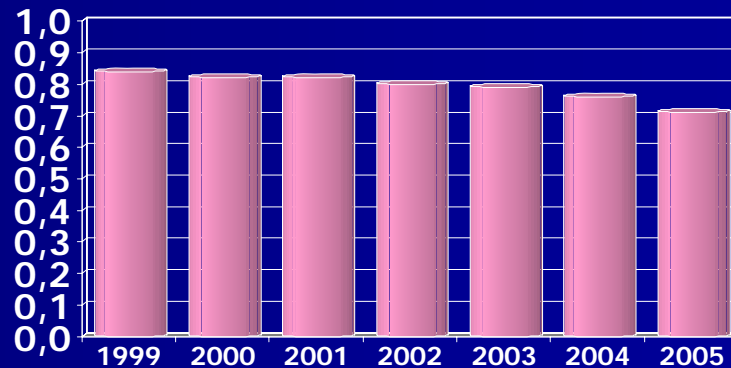
Поведенческие синдромы, непсихотические рас-ва



Аффективные непсихотические рас-ва

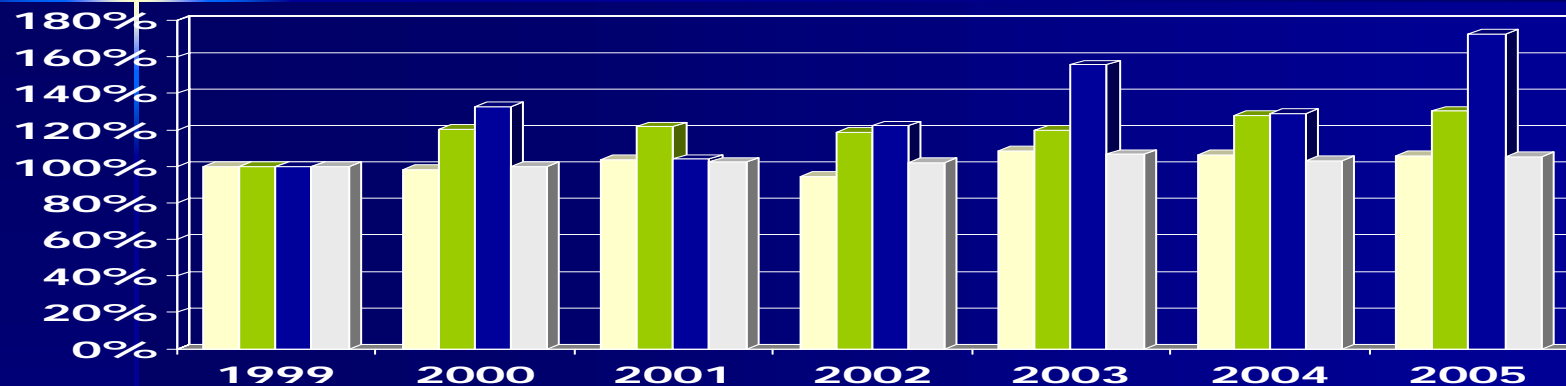


Шизофрения

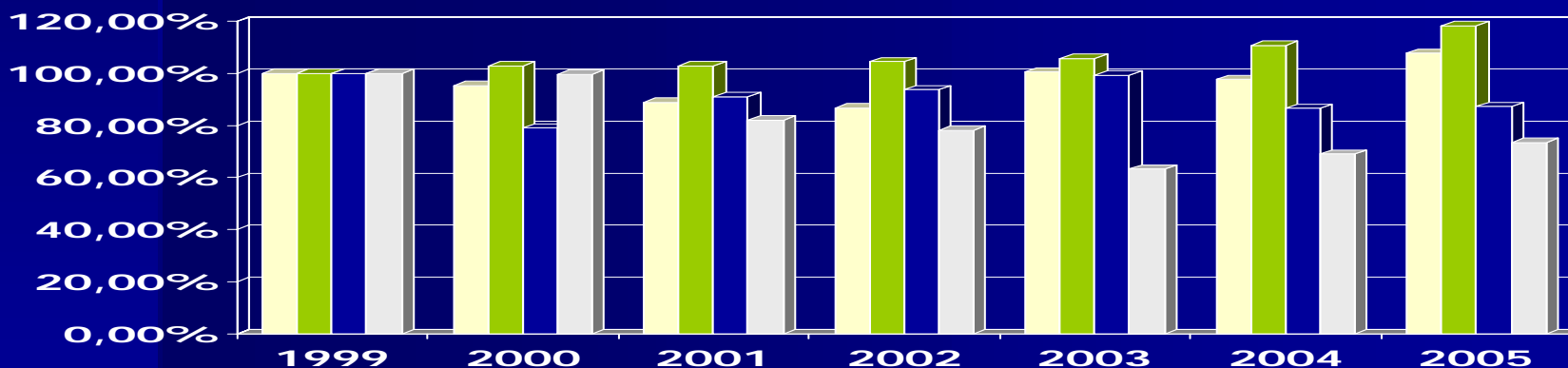


Заболееваемость

(за 100% приняты показатели 1999 года)



0-14 лет



14-17 лет

- Organic diseases
- Schizophrenia
- Affective non-psychotic disorders
- Behavioral syndromes, non-psychotic disorders

Оптимальная модель психиатрической помощи детям



Внестанционарное звено:

- амбулаторная помощь в структуре психоневрологического диспансера;
- психиатрический прием в детской поликлинике;
- работа бригадным методом в отдаленных районах субъекта, сельской местности;
- работа в специальных коррекционных образовательных учреждениях

Стационарное звено:

- профильная помощь в стационарном отделении психиатрической больницы;
- дневной стационар (детский и подростковый).





Прогрессивный опыт психиатрической помощи детям включает:

- развитие **компьютерной базы** в деятельности **службы с внедрением** новых медицинских информационных технологий: комплексные системы автоматизации, локальная сеть, информационный медико-экономический центр, консультативный сайт специалистов детской психиатрич. службы (опыт ДПБ №6 г.Москва, РКПБ РБ, Уфа)
- развитие **полипрофессионального метода работы мобильной бригады**, действующей по принципу «Центр-Область», оснащенной портативным дорогостоящим инструментально-диагностическим оборудованием, с оказанием диагностической, лечебно-коррекционной и профилактической помощи в отдаленных районах области и в сельской местности (опыт ОДПБ г.Волгограда)
- активное организационно-методическое участие детских психиатров в деятельности медико-психолого-педагогических комиссий с **адекватным** практическим решением диагностических, социальных, учебно-коррекционных и лечебно-реабилитационных вопросов



Прогрессивный опыт психиатрической помощи детям



- развитие организационно-методической и клинической помощи при оценке психического здоровья у **юношей призывного возраста** с привлечением компетентных специалистов детско-подростковых психиатров
- включение детских психиатров в **центры социальной помощи семье и детям**, с оказанием консультативно-диагностической и лечебно-коррекционной помощи несовершеннолетним, потерпевшим от насилия и жестокого обращения (опыт Санкт-Петербурга)



Прогрессивный опыт психиатрической помощи детям



- развитие **микropsихиатрии** как необходимой формы практического формирования и укрепления детской психиатрической службы
- разработка и участие детских психиатров в отраслевых, ведомственных и межведомственных программах оказания медико-социальной помощи детскому населению по проблемным вопросам в городе, регионе, субъекте (аспекты предупреждения зависимости от алкоголя и токсических веществ, формирование суицидологической помощи детям; профилактика агрессивно-насильственных и иных ООД, совершаемых несовершеннолетними).

Подходы к интеграции детской психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения и учреждения системы образования



Базисные принципы

➤ Семейно-центрированность –

реализация психопрофилактического подхода в организации помощи семье и детям с проблемами развития и поведения с опорой на практический опыт социальной работы в области семейной психологии и семейной терапии через кабинет клинического психолога в педиатрической поликлинике и первичную

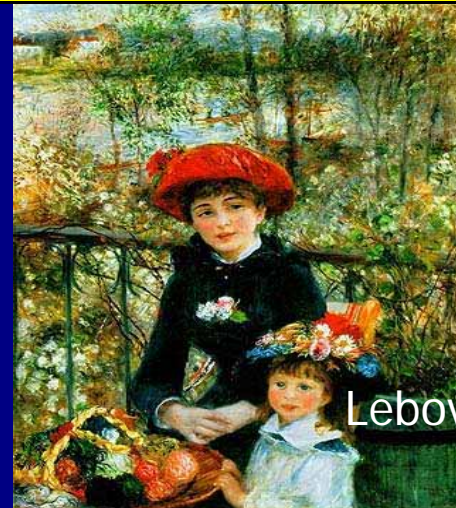


психологическую подготовку среднего медицинского персонала в области психологического консультирования семьи

Серж Лебовиси. *«Мой опыт заставил меня думать, что лучшее воспитание мира, каким бы мягким оно не было, не помешало бы возникновению неврозов у детей.*

Мы изучили много последствий инфантильных конфликтов родителей передаваемых следующему поколению. Раннее (коррекционное) воздействие должно благоразумно сгладить такое наследие.

Чтобы воспитывать ребенка, надо также заниматься и его семейным окружением»...



Lebovici S. Paris, 1992

➤ **Дифференцированность** - дифференциация социально-медицинского подхода в отношении к детям с особыми потребностями с учетом характера проблем развития ребенка или его поведения, возрастных и личностных свойств, типа семейных отношений, а также степени выраженности дезадаптации.

➤ **Мультидисциплинарность** – междисциплинарное взаимодействие специалистов, основанное на согласовании общих усилий различных специалистов – педиатр, детский психиатр, медицинский и школьный психолог, социальный педагог и социальный работник при проведении профилактической и реабилитационной работы в семьях, образовательных учреждениях и в сфере организованного и неорганизованного досуга детей.



➤ **Развитие служб раннего вмешательства.** -Для уменьшения вероятности отставания в развитии детей и повышения способности семей удовлетворять особые потребности детей от рождения до трех лет из групп медицинского и социального рисков.

Программы служб раннего вмешательства

включают: 1. Систему обнаружения младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающую раннюю диагностику причин отставания;
2. Специальное консультирование семьи по проблемам нарушений возрастного психологического развития, по оценке риска речевой патологии, уровня навыков и движений (например, выявление детей с риском СДВГ)

Все сотрудники программ раннего вмешательства (акушеры, неонатологи, педиатры, медперсонал, психологи, соцработники) проходят адекватное обучение.



➤ **Организация ранней психопрофилактической помощи в дошкольном учреждении системы образования.** Интеграция детского психиатра и клинического психолога в созданные на базе сети дошкольных учреждений модели дошкольных образовательных учреждений коррекционного типа для детей с различными типами дефекта с осуществлением поэтапного и преемственного междисциплинарного семейно-центрированного обслуживания детей раннего и дошкольного возраста.

➤ **Организация ранней психопрофилактической помощи в общеобразовательном учреждении системы образования.** Интеграция детского психиатра и клинического психолога в консультативно-диагностическую и коррекционную работу (классы коррекционного типа).



**Новые и прежние социальные
проблемы детства:
роль и участие детских психиатров,
психологов в их преодолении**

- **Социальное сиротство** (в стране существовало практически всегда)
- **Бэнадзорность \ безпризорность** (20-ые и 90-ые г.г. XX века, и ныне)
- **Алкогольная, наркотическая и иная ПАВ- зависимость** (70-ые , -90-ые гг. и новое тысячелетие)
- **Детско-подростковая преступность** (20-ые и 90-ые г.г., особо остро – рубеж тысячелетий)

Новые и прежние социальные проблемы детства: роль и участие детских психиатров, психологов в их преодолении

- **Физическое и сексуальное насилие над детьми в семье** (единичные случаи - были всегда, достаточно остро проблема существует с 90-х гг. XX века)
- **Детский, подростковый суицид** (90-ые г.г., особо остро – рубеж тысячелетий)
- **Дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев** (90-ые гг.)
- **Игровая зависимость, интернет-аддикция** (геймерство, лудомания)- (90-ые гг. и с 2000г)

Глобальные социальные проблемы нового тысячелетия

- **Дети в ЧС и зонах терактов (PTSD)**
- **Торговля людьми (детский трафик из слабо развитых стран)**
- **Детская и подростковая проституция**
- **Сексуальная эксплуатация детей и подростков в порнографии**



*Новые и прежние социальные проблемы детства:
роль и участие детских психиатров, психологов.*

НЕОБХОДИМЫ

- Профессиональная информированность и компетентность по проблемам
- Участие в ведомственных и межведомственных региональных и федеральных программах
- В ряде случаев - участие в разработке приказов, нормативных документов и законов
- Разработка новых видов полипрофессиональной помощи сиротам, детям с зависимостью и пострадавшим; внедрение современных форм психокоррекции и реабилитации
- Международное сотрудничество



ВЫВОДЫ

1. Необходимо повышать психологическую грамотность населения (и смежных специалистов).
2. Профилактические программы требуют четкого межведомственного согласования.
3. Финансирование практики и научных исследований в области охраны психического здоровья детей с решением профилактических задач, требует нового государственного подхода.



Научная сессия РАН
Москва,
6 октября 2006

