

Хобзей М.К.¹, Волошин П.В.², Марута Н.О.^{1,2}, Зінченко О.М.¹, Петриченко О.О.¹, Дьяченко Л.І.²
Міністерство охорони здоров'я України¹ (Київ), ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»² (Харків)

Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні

Зміцнення психічного здоров'я, профілактика та лікування психічних розладів є провідними чинниками покращання якості життя й благополуччя, зростання соціального капіталу, продуктивності окремих людей, родин, соціальних груп та суспільства в цілому. Така стратегія відображена в Європейській декларації психічного здоров'я, до якої Україна приєдналася у 2005 році. За даними ВООЗ, у 38% населення країн Євросоюзу в певний момент їхнього життя реєструється один або декілька психічних розладів, які зумовлюють 19% загального економічного тягаря усіх захворювань.

Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільства, які зумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їх родичів, суїцидальною та соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їх близьких.

Як свідчать статистичні показники, Україна також має проблеми, пов'язані з вадами психічного здоров'я населення. Аналіз показника захворюваності на розлади психіки та поведінки за 10-річний період демонструє зменшення цього показника на 6,7% (рис. 1).

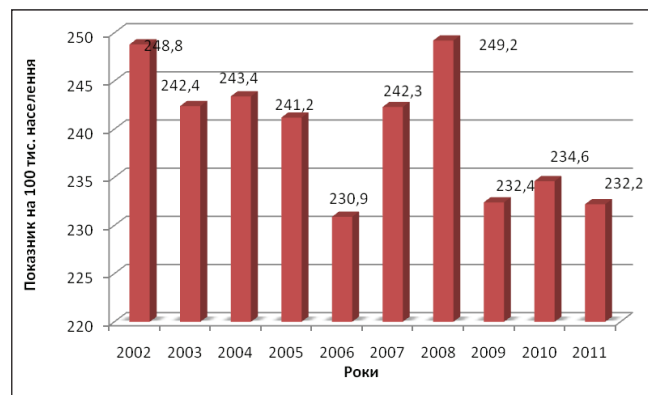


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2002-2011 рр.

На початок 2002 р. цей показник в Україні становив 248,8 на 100 тис. населення, у 2006 р. – знизився до 230,9, а в 2007 і 2008 роках відзначилось його підвищення до 242,3 і 249,2 на 100 тис. населення відповідно. З 2009 р. показник захворюваності знову набув тенденції до зниження: у 2009 р. – 232,4, у 2010 р. – 234,6, у 2011 р. – 232,2.

Як і в попередні роки, у 2011 р. виявлено значні коливання показника захворюваності на розлади психіки та поведінки в окремих регіонах України.

У 2011 р. найвищим цей показник був у Житомирській області – 428,3 на 100 тис. населення, що майже вдвічі більше, ніж середній по Україні (232,2). Високі показники захворюваності відзначались також у Київській (375,7) і Чернігівській (318,8) областях. Вдвічі нижчим за середній по Україні цей показник був у містах Севастополі (128,5), Києві (142,7), Чернівецькій (161,6) області.

У структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади неспіхотичного характеру – 74,0% (або 174,9 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих розладів психіки і поведінки, розлади психічного характеру становлять 17,8% (41,2), розумова відсталість – 8,2% (19,1) (рис. 2).

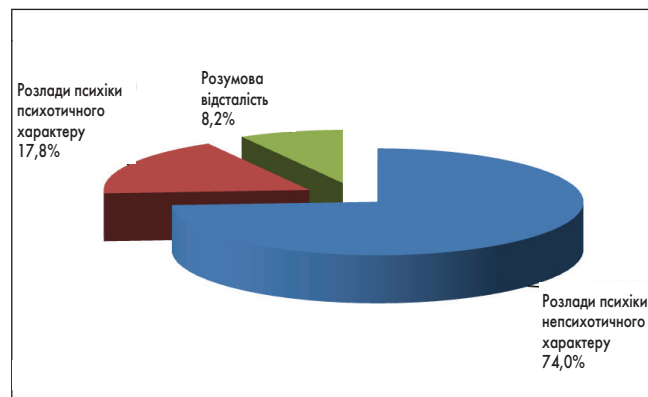


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2011 р.

Перевищено середній по Україні (171,9) показник зареєстрованої захворюваності на розлади психіки та поведінки неспіхотичного характеру в Житомирській (340,8), Київській (297,6), Луганській (220,9) областях, значно нижчі показники – у Севастополі (74,4), Києві (101,3), Миколаївській області (114,5).

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки психічного характеру вищі за середній по Україні (41,2) в Харківській (63,2), Запорізькій (55,5), Херсонській (54,6) областях, нижчі – в Чернівецькій (24,7), Волинській (25,7), Львівській (26,8) областях.

Показники зареєстрованої розумової відсталості в Херсонській (34,2), Житомирській (31,5), Сумській (28,4) областях значно перевищували середній по Україні (19,1), а в містах Києві (3,8), Севастополі (4,5) цей показник у 4-5 разів нижчий за середній по Україні.

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки свідчить про те, що на кінець 2011 року в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебувало 1 164 077 осіб з різними формами цієї патології. Виявляється поступове підвищення показника поширеності розладів психіки та поведінки всіх груп психічної патології, без значних щорічних коливань. За 10-річний період цей показник збільшився на 3,4% і становив у 2011 р. 2552,9 на 100 тис. населення (у 2002 р. – 2468,2) (рис. 3).

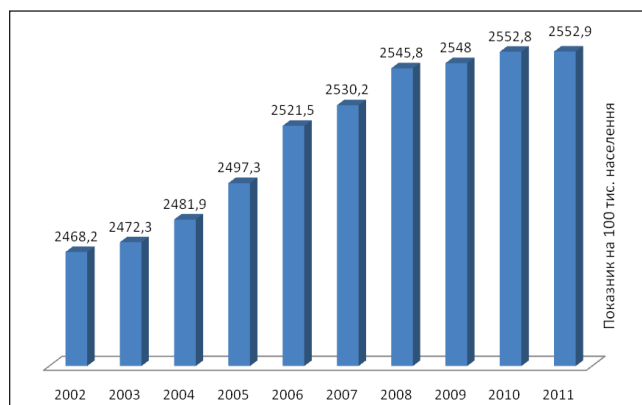


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки у 2002-2011 рр.

Найбільш високі показники поширеності розладів психіки та поведінки, як і в попередні роки, реєструвались у Херсонській (3093,2), Черкаській (3025,1), Донецькій (2971,2) областях. Нижчим за середній по Україні цей показник був у м. Києві (1972,5), Вінницькій (2008,5), Миколаївській (2160,5) областях.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки найбільший відсоток у динаміці стабільно

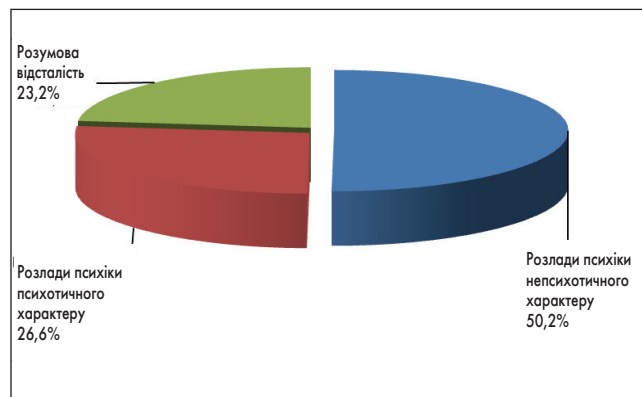


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2011 р.

зберігають неспіхотичні психічні розлади – 50,2%, розлади психічного характеру становлять 26,6%, розумова відсталість – 23,2% (рис. 4).

Найбільш високий показник поширеності психічних розладів неспіхотичного характеру у 2011 р. реєструвався у Черкаській (1634,0 на 100 тис. населення), Луганській (1573,9), Донецькій (1546,3) областях, майже вдвічі меншими ці показники були у Вінницькій (883,3), Миколаївській (881,1), Полтавській (987,9) областях (середній по Україні – 1281,1).

У показниках зареєстрованої поширеності розладів психіки та поведінки психічного характеру коливання були дещо меншими, ніж у показниках поширеності неспіхотичного характеру: від 848,1 – у Харківській, 836,0 – Донецькій, 758,0 – Луганській областях до 519,2 – у Кіровоградській, 542,0 – Тернопільській, 553,8 – Чернівецькій областях (середній по Україні – 679,9).

Значні коливання відзначалися в показниках поширеності розумової відсталості. Перевищував середній по Україні (591,9) показник в Херсонській (1045,9), Сумській (791,2), Одеській (781,1) областях, нижчі за середній по Україні – в містах Києві (221,1), Севастополі (364,8), Житомирській області (443,4).

Вивчення показників інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів показало, що на початок 2012 р. в Україні 277 282 хворих на розлади психіки та поведінки мали групу інвалідності. 11 548 хворих за 2011 р. були визнані інвалідами первинно. Порівняно з 2002 р. кількість хворих, первинно визнаних інвалідами, зменшилась на 7,2% з 27,3 у 2002 р. до 25,3 у 2011 р. на 100 тис. населення. Найбільший показник первинно визнаних інвалідами у 2011 р. зареєстровано у Львівській (33,8 на 100 тис. населення), Чернівецькій (33,2), Миколаївській та Чернігівській (по 30,7) областях, нижчим за середній по Україні (25,3) цей показник був у АР Крим (18,0), Харківській (18,4) області, м. Києві (18,5).

У середньому по Україні групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки мають 608,1 особи на 100 тис. населення (цей показник за 10 років збільшився на 16,5%). Перевищується цей показник у Волинській (744,4), Чернігівській (743,1), Івано-Франківській (673,5) областях, нижчим за середній по Україні він є в Київській області (482,6), АР Крим (495,7) та м. Севастополі (484,3).

У структурі визнаних інвалідами первинно та серед осіб, які мали групу інвалідності у 2011 р., перше рангове місце посідала розумова відсталість (37,6 і 37,1% відповідно), на другому місці була група таких захворювань, як шизофренія, шизоафективні, шизотипові й інші хронічні маячні психічні розлади (28,6 і 36,1%), на третьому місці – органічні, включно симптоматичні, розлади психіки (19,0 і 14,5%), епілепсії (4,6 і 9,9%) (рис. 5).

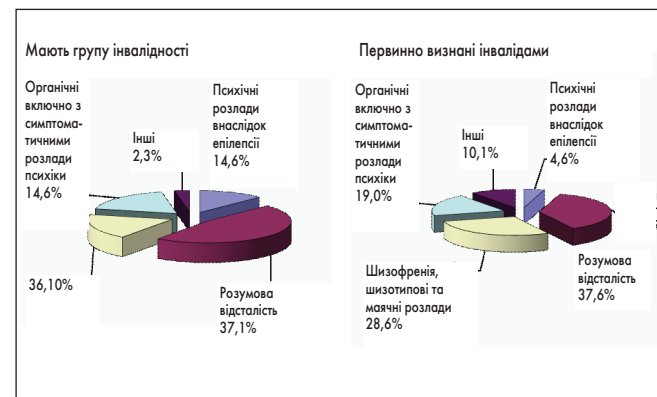


Рис. 5. Структура інвалідності осіб із психічними поведінковими розладами у 2011 р.

Необхідно зазначити, що при поступовому зменшенні показників первинно визнаних інвалідами різних груп захворювань показники кількості хворих, які мають групу інвалідності, підвищуються в групах шизофренії, шизоафективних і інших маячних розладів з 190,9 на 100 тис. населення у 2002 р. до 219,7 – у 2011 р. та розумової відсталості – з 177,8 до 225,6 відповідно.

Аналіз показників діяльності психіатричної служби свідчив про те, що протягом 2011 р. хворі на розлади психіки та поведінки отримували психіатричну допомогу у 84 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, 27 психоневрологічних диспансерах, 655 психіатричних та психотерапевтичних кабінетах. У психіатричних диспансерах і кабінетах під диспансерним та консультативним спостереженням у 2011 р. перебувало понад мільйон хворих з різними формами розладів психіки та поведінки, за рік 62 тис. осіб отримали консультацію з питань психічного здоров'я і необхідний курс лікування. У 2011 р. під опікою в психоневрологічних закладах перебувало 19 766 осіб з різними формами розладів психіки та поведінки. Лікарями психіатричних диспансерів з метою профілактичних попередніх та періодичних психіатричних оглядів проконсультовано 1 892 974 осіб, у 4996 з них виявлено розлади психічного здоров'я.

На кінець 2011 р. в Україні функціонувало 39 810 психіатричних ліжок, 1626 з них – для дітей та підлітків.

За 2011 р. ліжковий фонд психіатричних закладів скоротився на 2126 ліжок (більше ніж на 5%), за 10-річний період – на 15,0%.

Забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2011 року становила 101,6 на 100 тис. населення. За 10-річний період кількість психіатричних ліжок для дорослих скоротилась на 8,3% (з 110,8 у 2002 р. до 101,6 у 2011 р.) (рис. 6).

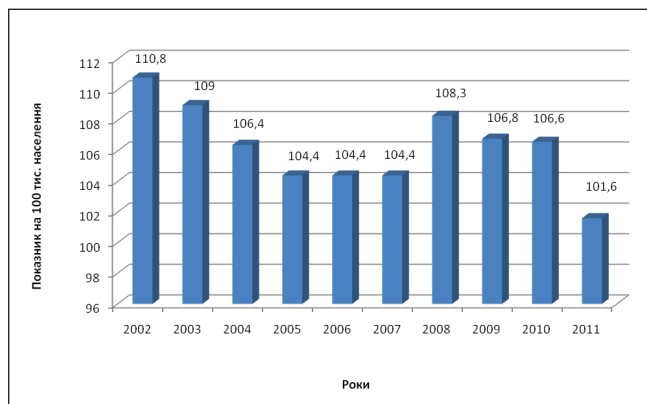


Рис. 6. Забезпеченість населення України психіатричними ліжками для дорослих у 2002-2011 рр.

Найбільша кількість психіатричних ліжок для дорослих у 2011 р., як і в попередні роки, функціонувала у Сумській (150,4), Дніпропетровській (137,7) областях, АР Крим (126,9). Нижчим за середній по Україні цей показник був у Чернівецькій (63,2), Житомирській (72,1), Рівненській (72,7) областях.

Порівняно з 2010 роком у 2011 році навантаження на ліжко для дорослих дещо збільшилось і становило 340,1 дня (у 2010 р. – 334,4 дня). Відзначалось недостатнє використання ліжка в м. Києві (261,0 день), Київській (294,8 дня), Івано-Франківській (297,9 дня) областях при досить високому обігу ліжка (6,5-7,6). З перевантаженням ліжко працювало у Волинській (380,5 дня), Кіровоградській (370,3 дня), Чернівецькій (366,4 дня) областях, з високим показником обігу ліжка (6,7; 7,0; 9,0 відповідно).

Найвищі показники обігу ліжка у 2011 р. реєструвалися в Чернівецькій (9,0), Рівненській (8,1),

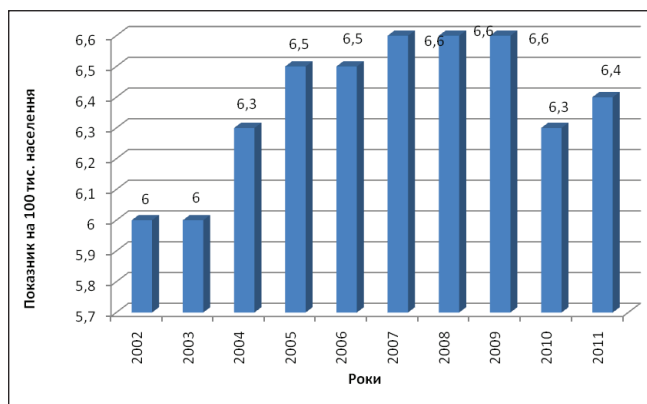


Рис. 7. Обіг ліжка для дорослих у 2002-2011 рр.

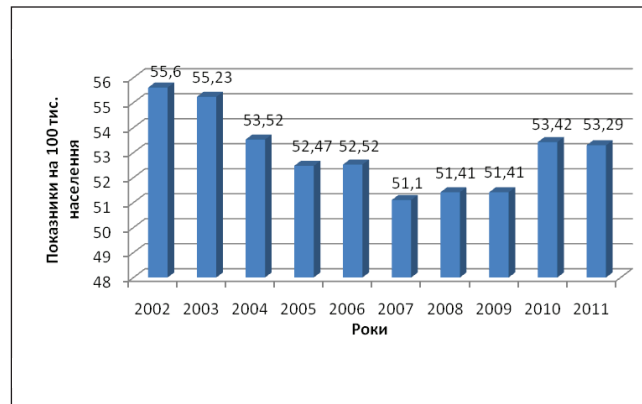


Рис. 8. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2002-2011 рр.

Тернопільській (7,9), Хмельницькій (7,7) областях, при середньому по Україні – 6,4. Досить низьким обіг ліжка був у м. Києві (4,6), Херсонській (5,3), Сумській (5,3) областях.

За 10-річний період обіг ліжка в психіатричних закладах України збільшився на 6,6% (рис. 7).

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2011 році становила 53,29. Цей показник за десять років знизився на 4,2% (рис. 8).

Залишається високою середня тривалість перебування хворого в стаціонарі в Одеській (64,2 доби), Херсонській (63,0 дня), Полтавській (62,8 дня) областях. Менше середнього по Україні (53,3 доби) цей показник в Івано-Франківській (38,8 дня), Чернівецькій (40,7 доби), Тернопільській та Рівненській (43 дні) областях.

Протягом останнього десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення госпіталізованої захворюваності дорослих на 4,7% – з 560,3 до 586,6 на 100 тис. населення (рис. 9).

У структурі загальної госпіталізованої захворюваності провідне місце у 2011 р., як і в попередні роки, посідали розлади психіки та поведінки психотичного характеру – 50,8%, розлади неспіхотичного характеру – 38,6% та розумова відсталість – 10,6% (рис. 10).

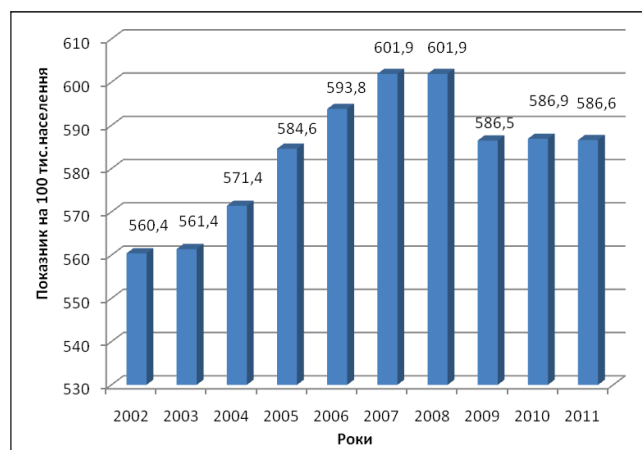


Рис. 9. Показник госпіталізованої захворюваності серед дорослих хворих на розлади психіки та поведінки у 2002-2011 рр.

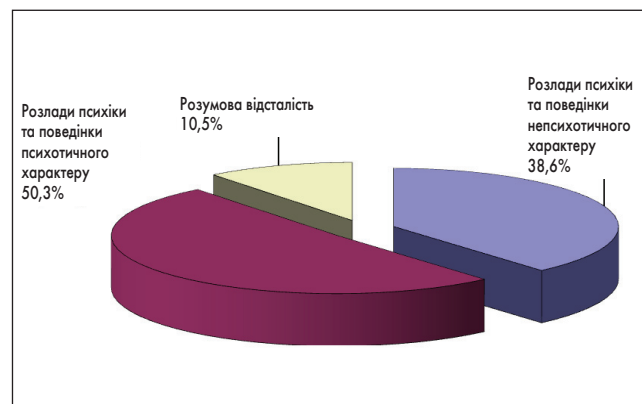


Рис. 10. Структура загальної госпіталізованої захворюваності у 2011 р.

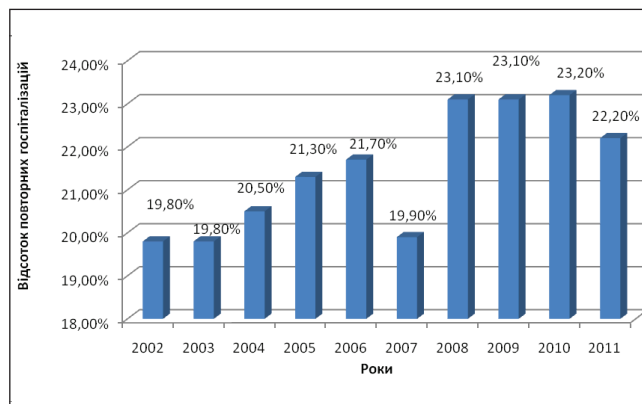


Рис. 11. Показники повторної госпіталізації в психоневрологічні заклади України у 2002-2011 рр.

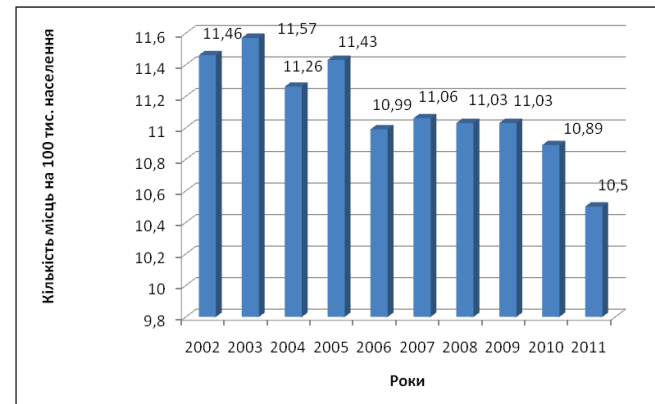


Рис. 12. Кількість місць у денних стаціонарах для хворих на розлади психіки та поведінки у 2002-2011 рр.

У 2011 році показник повторної госпіталізації збільшився на 12,1% (з 19,8% у 2002 р. до 22,2% у 2011 р.) (рис. 11).

Аналіз забезпеченості населення України ліжками в денних стаціонарах свідчить про те, що цей показник за 10 років знизився на 8,4% (з 11,46 у 2002 р. до 10,5 у 2011 р.) (рис. 12).

Вивчення кількості місць у денних стаціонарах по регіонах показало, що у 2011 році найбільшим цей показник був у м. Києві (25,4), Донецькій (25,0 місць на 100 тис. населення), Харківській (20,1) областях.

Низьким залишається показник забезпеченості місцями в денних стаціонарах у Херсонській (0,92) та Полтавській (1,35) областях.

Структура психіатричної служби в Україні характеризується стійкою тенденцією до зменшення чисельності лікувально-трудова майстерень (ЛТМ).

За 10 років їх кількість зменшилась на 39,6%. Відповідно зменшилась на 45,7% кількість місць у ЛТМ (з 4390 у 2002 р. до 2007 у 2011 р.) (рис. 13).

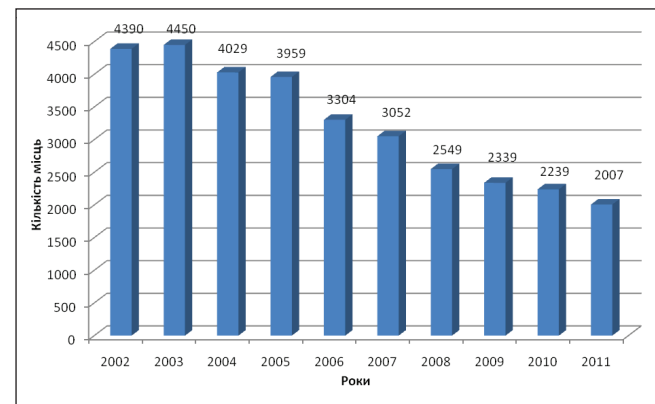


Рис. 13. Кількість місць для хворих на розлади психіки і поведінки в ЛТМ у 2002-2011 рр.

Не існують ЛТМ в 11 областях, за 2011 р. у Кіровоградській області кількість місць у цих закладах скоротилась на 50, у Дніпропетровській – на 5, а у Волинській області ЛТМ ліквідовано (150 місць). Залишається високим показник забезпеченості місцями в ЛТМ у Житомирській (15,6 на 100 тис. населення), Полтавській (13,5), Херсонській (32,1) областях, м. Києві (12,7). За 2011 р. в ЛТМ психіатричних лікарень працювало 8959 хворих (0,77% від загальної кількості хворих, які перебувають під спостереженням у психоневрологічних диспансерах).

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби свідчить про те, що протягом останнього десятиріччя відбувалося скорочення абсолютного числа штатних (34 280,75 у 2002 р. до 4 170,75 у 2011 р.) та зайнятих (з 4064,25 у 2002 р. до 3852,0 у 2011 р.) посад лікарів-психіатрів, відповідно на 2,6 і 5,2%. Кількість фізичних осіб на зайнятих посадах також зменшилась на 7,3% (з 3533 до 3274).

Показник забезпеченості штатними та зайнятими посадами лікарів-психіатрів у 2011 р. відповідно становив 9,2 і 8,4 на 100 тис. населення. Коливання цього показника у регіонах є досить значущими – від 11,75 на 100 тис. штатних посад у м. Севастополі, 13,70 – м. Києві та 11,0 – АР Крим до 5,32 – в Закарпатській, 6,46 – Чернівецькій, 6,49 – Рівненській областях.

Коливання забезпеченості зайнятими посадами лікарів-психіатрів також суттєво відрізнялися від 12,42 в м. Києві, 10,56 – м. Севастополі, 9,98 – АР Крим до 5,32 в Закарпатській, 5,91 – Рівненській, 6,28 – Миколаївській областях.

Продовження на стор. 8.

Хобзей М.К.¹, Волошин П.В.², Марута Н.О.^{1,2}, Зінченко О.М.¹, Петриченко О.О.¹, Дьяченко Л.І.²
Міністерство охорони здоров'я України¹ (Київ), ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»² (Харків)

Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні

Продовження. Початок на стор. 6.

За десять років зменшився показник забезпеченості населення фізичними особами посад лікарів-психіатрів на 1,9% (з 7,32 на 100 тис. населення у 2002 р. до 7,18 у 2011 р.). Коливання показника забезпеченості лікарями-психіатрами досить значне: від 10,8% на 100 тис. населення в м. Києві до 4,34 в Рівненській області (середній по Україні – 7,18). Поступово знижується і показник укомплектованості фізичними особами штатних посад. За 10-річний період він зменшився на 4,9% і на кінець 2011 р. становив 78,5%. Найбільш високий показник укомплектованості – у Львівській (97,5%), Чернівецькій (96,1%), Закарпатській (95,0%), Тернопільській (95,0%) областях, нижчий за середній по Україні (78,5%) – у Рівненській (66,9 %) та Сумській (68,6 %) областях.

45% штатних посад лікарів-психіатрів реєструється в амбулаторних лікувально-профілактичних закладах (диспансерах, поліклініках). Кількість штатних посад в амбулаторно-поліклінічній мережі збільшилась на 0,3% (1880,3 посади у 2002 р. і 1885,5 у 2011 р.), а кількість зайнятих посад зменшилась на 3,3% (з 1777,3 посади у 2002 р. до 1719,0 у 2011 р.). Із загальної кількості зайнятих посад психіатрів в амбулаторно-поліклінічній мережі дільничні психіатри становлять 65,3%. За останнє десятиріччя кількість зайнятих посад дільничних лікарів-психіатрів збільшилась на 6,1% (з 1058,0 посад у 2002 р. до 1122,3 – у 2011 р.).

Кількість пацієнтів на одну зайняту посаду дільничного лікаря-психіатра для дорослого населення в середньому по Україні становить 851 особу. За 10-річний період цей показник з незначними коливаннями зберігає стабільність. У регіонах кількість хворих на одну зайняту посаду дільничного психіатра для дорослих коливається від 585 в Полтавській області, 642 – в Запорізькій, 654 – Житомирській до 1123 – у Херсонській, 1109 – Івано-Франківській, 1073 – Хмельницькій областях. Кількість відвідувань одного дільничного психіатра дорослими пацієнтами в динаміці також зберігає стабільність і становить у середньому 5500-5700 відвідувань за рік. Коливання цього показника в регіонах становлять від 3051 в м. Києві, 4163 – у Тернопільській, 4322 – у Запорізькій області до 7550 – у Житомирській, 4137 – в Одеській, 6765 – у Хмельницькій областях.

За останні роки поліпшилася забезпеченість хворих на психічні розлади практичними психологами, медичним персоналом соціальної допомоги і, особливо, лікарями-психологами. У 2011 році в психоневрологічних закладах України реєструвалось 67 зайнятих посад лікарів-психологів (у 2002 р. їх було 4,5), практичних психологів, які беруть участь у наданні допомоги хворим на психічні та поведінкові розлади, – 454,75 (у 2002 р. – 335,25), медичних сестер соціальної допомоги – 304,5 (у 2002 р. – 232,0).

За останні десять років на 35,6% збільшилась кількість практичних психологів (з 335,25 у 2002 р. до 454,75 у 2011 р.), на 31,2% – кількість медичних сестер соціальної допомоги (з 232,0 у 2002 р. до 303,5 у 2011 р.).

Узагальнюючи наведені статистичні дані, слід підкреслити, що основними тенденціями у сфері психічного здоров'я є зменшення захворюваності на психічні та поведінкові розлади, поступове зростання поширеності цих захворювань та прогресивне збільшення кількості осіб, визнаних інвалідами внаслідок психічних та поведінкових розладів.

Така епідеміологічна ситуація віддзеркалює недостатню інтегрованість психіатричної допомоги у первинну медико-санітарну мережу, що утруднює своєчасне виявлення та ефективне надання допомоги на первинному рівні. Крім того, суттєвими недоліками надання допомоги є недосконалість соціально-реабілітаційних заходів у системі надання психіатричної допомоги.

В цих умовах невідкладним завданням є реформування психіатричної допомоги, що здійснюється у відповідності до модернізації та перебудови усієї системи охорони здоров'я, яка активно проводиться в Україні.

Основними напрямками такої реформи необхідно вважати:

1. Проведення структурної реформи психіатричної галузі, спрямованої на відтворення соціально-орієнтованої допомоги, яка передбачає розширення мережі стаціонарзамісних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби (така модель має назву «збалансованої» соціально-орієнтованої допомоги та рекомендується для впровадження Всесвітньою психіатричною асоціацією).

Мета соціально-орієнтованої психіатричної служби включає надання психіатричної допомоги безпосередньо у соціальному середовищі, за участю мікросоціального оточення з використанням системи психосоціальної терапії та реабілітації.

Основою соціально-орієнтованої допомоги має бути розвинена мережа позалікарняних установ, служб та організацій, базовими структурами якої є психоневрологічні та психіатричні диспансери (диспансерні відділення), поліклінічні відділення психіатричних та психоневрологічних лікарень, денні стаціонари, медико-психологічні центри, центри психосоціальної реабілітації, кризової допомоги та телефони довіри, психіатричні кабінети поліклінік та центральних районних лікарень, а також ЛТМ.

Сучасні психіатричні лікарні з модернізованою структурою також не втрачають своєї ролі в наданні допомоги. При цьому структура лікарні має включати підрозділи, які відповідають потребам соціально-орієнтованої допомоги і надають високодиференційовані послуги: реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтопсихіатричні відділення, відділення сестринської допомоги, кризові 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.

2. 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, лікаря-психолога, соціального працівника та медичної сестри.

Окремими завданнями підготовки кадрів є підвищення рівня знань сімейних лікарів з питань психічного здоров'я, що дає змогу забезпечити раннє виявлення, діагностику та профілактику психічних розладів.

3. Удосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією.

Реалізація цього напрямку потребує широкого впровадження під час надання допомоги тренінгових та реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення когнітивних, побутових і професійних навичок осіб із психічними розладами, а також соціального захисту осіб із психічними розладами.

У цілому необхідно підкреслити, що реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує не тільки фінансування, а також й активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ України, державних та недержавних організацій та установ, включаючи асоціації осіб із психічними розладами та їх родичів.

Перелічені напрямки вже впроваджуються в діяльність психіатричної служби. Вагомим внеском в їх практичне втілення буде загальнодержавна програма «Здоров'я – 2012: український вимір», яка затверджена Урядом України.

Інформація

До уваги лікарів-психіатрів!

Асоціація «Здоров'я України» запрошує читачів взяти участь у спеціалізованому семінарі, розробленому із залученням провідних internet-технологій. На сайті асоціації <http://edu.medstrana.com> стартує комплексний курс для спеціалістів у сфері психіатрії на тему

«Задачі та проблеми оцінки функціонування особистості при шизофренії. Шкала особистісного і соціального функціонування (PSP) як інструмент оцінки стану пацієнта».

Проблема шизофренії є однією з найбільш актуальних у сучасній психіатрії, перш за все з точки зору прогнозу захворювання, вибору та оцінки ефективності терапії, соціальної реабілітації пацієнтів. Лікарям-психіатрам відомо, що деяке покращення симптоматики, якого вдається досягнути у хворих, не є кінцевою метою лікування. Довготривала мета – інтеграція пацієнта у суспільство, покращення його соціального функціонування. У зв'язку з цим виникає ряд питань щодо методики оцінки можливості досягнення цієї мети. В останні роки у США та Європі проведено кілька широкомасштабних і незалежних від фармацевтичних компаній досліджень, які дозволяють зробити висновок, що оцінку результатів терапії слід проводити за допомогою стандартизованих інструментів. Серед різних інструментів, що використовуються у світі, найкраще себе зарекомендувала шкала PSP. Вона базується на критеріях DSM-IV і є продовженням шкали оцінки соціального і професійного функціонування (Social and Occupational Functioning Assessment Scale – SOFAS). В Європі шкала застосовується не лише медпрацівниками, а й фахівцями реабілітаційних центрів для подальшої оцінки ефективності реабілітації пацієнтів із шизофренією.

Проходження цього курсу дає можливість не тільки ознайомитися з новітніми тенденціями у сфері психіатрії, а й отримати додаткові матеріали, навчитися використовувати шкалу PSP у своїй практиці, долучитися до аналізу клінічного випадку. Програма курсу включає текстові, аудіо- та відеоматеріали, що дозволяють у повній мірі розглянути проблематику запропонованої теми.

Участь у цьому проекті не потребує спеціального обладнання, окрім комп'ютера з доступом до мережі Internet, та є безкоштовною.