БРИТАНСЬКА КОЛУМБІЯ • УКРАЇНА

Канадська психіатрія сьогодні:

огляд практики Британської Колумбії та діалог з українським досвідом

Андрій Ігнатов



Для тата — з повагою до його професії,
досвіду й невгасного інтересу до медицини.

Жовтень 2026

Зміст

Передмова. Розмова між колегами через океан **4**

1. Британська Колумбія: хто організовує допомогу **5**

2. Від притулку до сучасної мережі: історія Британської Колумбії **15**

3. Повсякденна клінічна практика: від першої оцінки до лікування **22**

4. Допомога на різних етапах життя та за складних потреб **32**

5. Залежності, реабілітація й життя після виписки **42**

6. Права, кадри й ресурси психіатричної допомоги **50**

Клінічні випадки: шлях пацієнта через систему **61**

Клінічний випадок № 1. Післяопераційний біль і розлад внаслідок вживання опіоїдів 62

Клінічний випадок № 2. Перший депресивний епізод у працюючої дорослої людини 76

Клінічний випадок № 3. Генералізована тривога, панічні напади й економічна нестабільність 80

Клінічний випадок № 4. Розлад внаслідок вживання алкоголю без тяжких соматичних ускладнень 84

Клінічний випадок № 5. Перший психотичний епізод у молодого дорослого 87

Клінічний випадок № 6. Тривала шизофренія, клозапін і госпіталізація з пневмонією 91

Клінічний випадок № 7. Біполярний розлад I типу, нестабільне житло та кримінальне провадження 95

Клінічний випадок № 8. Деменція, сімейний догляд і делірій під час соматичної хвороби 99

Клінічний випадок № 9. Розлад внаслідок вживання стимуляторів, психотичні симптоми й втрата житла 103

Клінічний випадок № 10. Розлад аутистичного спектра, вперше розпізнаний у дорослому віці 107

Клінічний випадок № 11. Аутизм з інтелектуальною недостатністю і перехід до дорослих служб 111

Клінічний випадок № 12. Тяжкий алкогольний розлад із психотичними симптомами та стійким порушенням пам’яті 115

Клінічний випадок № 13. Депресія та опіоїдна залежність під час ув’язнення і після звільнення 119

Клінічний випадок № 14. Післяпологова манія з психотичними симптомами 124

Клінічний випадок № 15. Шизофренія, рішення NCRMD і судово-психіатрична реабілітація 129

Психіатр у суді: виклик для надання свідчень 133

7. Українська психіатрія: регіони, лікарні й клінічні традиції 136

8. Сабурова дача, Кирилівська лікарня та Глеваха 143

9. Україна сьогодні: як організована допомога 151

10. Психіатрична допомога під час війни Росії проти України 161

11. Дві системи, спільні клінічні запитання 171

12. Чотири порівняльні ситуації для взаємного навчання 182

13. Клінічна наступність 188

Короткий словник 190

Джерела 193

Передмова. Розмова між колегами через океан

Людина вперше переживає психоз. Літня пацієнтка після інфекції стає розгубленою. Чоловік із залежністю потребує лікування болю й намагається втримати роботу. Родина готується до виписки близької людини. У кожній ситуації клінічне рішення продовжується за дверима кабінету: в аптеці, вдома, на наступному прийомі.

Британська Колумбія поєднує університетські центри Ванкувера, регіональні лікарні й віддалені громади. Українська психіатрія має мережу власних клінічних шкіл і закладів — від Харкова й Києва до Львова, Одеси, Вінниці, Полтави, Буковини, Херсона, Донбасу та Криму. Їхня історія зберігає пошук способів лікувати, навчати й підтримувати життя людини поза гострим епізодом.

Якби пацієнт із Ванкувера лікувався в Україні, хто продовжив би його спостереження? Якби українська родина опинилася у ВС, які нові служби увійшли б до її щоденного розкладу? Зміна місця допомоги робить видимими знайомі професійні питання: перебіг хвороби, соматичний стан, стосунки, самостійність і наступність лікування.

Спочатку — устрій і повсякденна практика психіатрії Британської Колумбії. Далі — п’ятнадцять гіпотетичних клінічних випадків, від першого звернення до тривалого життя з лікуванням, і робота психіатра в суді. Українська частина простежує лікарняні та наукові традиції, сучасну реформу й допомогу під час війни Росії проти України. Завершують розмову порівняння двох систем і клінічні ситуації для взаємного навчання.

1. Британська Колумбія: хто організовує допомогу

Провінція, регіон і клінічна команда

Психіатрична допомога в Британській Колумбії організована на провінційному рівні. Міністерство охорони здоров’я визначає політику, бюджет і вимоги до підзвітності. П’ять регіональних організацій охорони здоров’я керують лікарнями та значною частиною амбулаторних, виїзних і громадських служб. Provincial Health Services Authority, або PHSA, утримує спеціалізовані служби для всієї провінції, зокрема судово-психіатричну допомогу та лікування особливо складних поєднаних психічних розладів і залежностей. First Nations Health Authority, або FNHA, розвиває послуги для корінних народів First Nations у партнерстві з громадами та іншими організаціями. [1]

Організація	Територія та місце в системі
Vancouver Coastal Health	Ванкувер, Ричмонд, Північний берег і прибережні громади; загальнолікарняна, спеціалізована та громадська допомога
Fraser Health	Громади на схід від Ванкувера й долина Фрейзер; міські та приміські лікарні, районні команди, регіональні програми
Island Health	Острів Ванкувер, прилеглі острови та частина материкового узбережжя
Interior Health	Внутрішні південні райони провінції, включно з Оканаганом і Кутенеями

Організація	Територія та місце в системі
Northern Health	Північ провінції з великими відстанями між громадами та регіональними лікарнями
PHSA	Провінційні центри й програми, куди направляють пацієнтів із різних регіонів
FNHA	Послуги, програми здоров’я та партнерства з громадами First Nations

Сімейний лікар або *nurse practitioner* — медична сестра чи медичний брат розширеної практики з повноваженнями діагностувати й призначати лікування — часто веде перші епізоди депресії, тривоги та порушень сну. Первинна ланка також стежить за соматичним здоров’ям, організовує лабораторний контроль і направляє до психіатра. Спеціаліст може взяти пацієнта на тривале лікування або провести консультацію з подальшим веденням у первинній ланці. У громадській команді до цього додаються сестринське спостереження, соціальна робота, психологічна допомога й підтримка повсякденного функціонування. [2, 3, 4, 5]

У вересні 2026 року уряд повідомив, що постійного фахівця первинної допомоги мають приблизно **4,47 млн жителів — 80% населення провінції**. Водночас **323 тисячі людей** перебували в Health Connect Registry, реєстрі для прикріплення до сімейного лікаря або nurse practitioner. Для психіатрії це має пряме практичне значення: тривалий рецепт, контроль артеріального тиску й метаболічних показників, повторне направлення та обговорення нових симптомів потребують доступного місця наступної зустрічі. [6]

Вхід до допомоги

Для гострого стану вхідною точкою служить невідкладне відділення лікарні. У Ванкувері дорослі від 17 років можуть самостійно звернутися до Access and Assessment Centre; в Greater Victoria діє власна служба доступу до допомоги з питань психічного здоров’я та вживання речовин. Програми раннього психозу приймають звернення пацієнтів, родичів, лікарів та інших фахівців. Старша людина з когнітивними й поведінковими змінами може потрапити до спеціалізованої команди через первинну ланку. [3, 4, 5, 7]

Клінічна робота розподіляється між цими службами відповідно до її інтенсивності. Невідкладна оцінка встановлює потребу в госпіталізації; амбулаторна команда підтримує лікування вдома; провінційний центр приймає складні направлення, що потребують тривалішої спеціалізованої допомоги. Red Fish Healing Centre, наприклад, поєднує лікування тяжкого психічного розладу й залежності в одному стаціонарному курсі. [2, 8]

Абревіатур на цій адміністративній карті вистачає. На жаль, жодна з них не виходить на нічне чергування. 🙄

Звичайне направлення до психіатра

У повсякденній амбулаторній роботі направлення починається з клінічного запитання: уточнити діагноз після кількох невдалих курсів лікування, оцінити можливий біполярний перебіг, дібрати терапію складного поєднання симптомів. Сімейний лікар або nurse practitioner додає анамнез, оцінку ризику, попередні препарати з дозами й тривалістю, супутні хвороби та актуальні контакти пацієнта. Консультант розглядає запит, визначає пріоритет і повідомляє про прийняття,

очікування або доцільніший маршрут. Професійна настанова CPSBC покладає на обидві сторони відповідальність за цей обмін. [9]

Поки людина чекає, первинна ланка продовжує лікування й повторне оцінювання. Нові суїцидальні наміри, манія або швидке погіршення самообслуговування змінюють терміновість: лікар зв’язується з консультантом чи переводить допомогу до кризового маршруту. Після консультації висновок повертається з формулюванням діагнозу, рекомендаціями щодо лікування та домовленістю про наступний контакт. Для одного пацієнта це буде одноразова консультація й подальше ведення сімейним лікарем; для іншого — серія спеціалістичних зустрічей або передача громадській команді. [9, 10]

У такій команді медична сестра чи соціальний працівник може координувати випадок: підтримувати зв’язок, узгоджувати візити, помічати пропуски лікування, працювати з житловими й фінансовими труднощами. Психіатр відповідає за спеціалістичну оцінку та лікувальні рішення у своїй частині плану. Наприклад, Richmond Mental Health Team приймає дорослих від 19 років, у яких тривалі психічні проблеми або вживання речовин порушують функціонування й потребують кількох узгоджених видів допомоги. [10]

Кризова допомога поза лікарнею

Із **30 листопада 2023 року** в Канаді працює цілодобова лінія **9-8-8**, доступна телефоном і текстовими повідомленнями. У BC діють також **310-6789** та **1-800-SUICIDE — 1-800-784-2433**. Працівник підтримує розмову, оцінює безпосередню небезпеку й допомагає визначити наступний крок; за потреби залучає екстрену допомогу. [11]

Виїзна відповідь має кілька моделей. Ванкуверська **Car 87**, започаткована 1978 року, об’єднує поліцейського та фахівця психічного здоров’я. Громадські **CRCL — Crisis Response, Community Led**, раніше PACT, направляють фахівця разом із працівником, який має власний досвід психічної кризи. Назву змінено в березні 2025 року. За перші два роки роботи команди відповіли майже на 10 тисяч звернень; 98,8% відповідей відбулися без залучення поліції. Географія й години роботи залежать від місцевої команди; у безпосередньо небезпечній ситуації діє екстрений номер 9-1-1. [12, 13]

Стаття 28 Mental Health Act дозволяє поліції доставити людину на медичний огляд, коли за її поведінкою є підстави вважати, що психічний розлад створює ймовірну небезпеку для неї або інших. Подальше рішення про недобровільне утримання потребує передбаченої законом клінічної оцінки. Це точка, де поліцейське повноваження передає справу медичній процедурі. [14]

Хто оплачує консультацію, терапію та ліки

Medical Services Plan, або MSP, оплачує медично необхідні лікарські послуги за провінційними правилами. Психіатричні консультації та лікування лікарем входять до цієї системи. Роботу психолога, психотерапевта чи консультанта фінансують кількома шляхами: бюджет конкретної публічної програми, страхування через роботодавця, інші цільові програми або власні кошти пацієнта. Так формується практична різниця між безпосередньою оплатою приватних зустрічей і місцем у фінансованій програмі з визначеними критеріями прийому та тривалістю. [15]

Вид допомоги	Фінансовий маршрут
Консультація та лікування психіатром	MSP або контрактне фінансування лікарської роботи
Психологічна допомога в команді організації охорони здоров’я	Бюджет відповідної служби й правила її програми
Приватна психологічна чи консультативна практика	Власна оплата, додаткове страхування або цільова програма
Ліки після виписки	PharmaCare, додаткове страхування, власна оплата; обсяг покриття залежить від препарату й плану

Для лікарської праці застосовують оплату за окремі послуги та Alternative Payments Program. Остання фінансує роботу через угоди з організаціями охорони здоров’я, які залучають лікарів за контрактом чи в штат, а також через сесійні договори. Одна сесія становить **3,5 години**. Такі моделі дозволяють оплачувати розбори випадків, спільні наради й непряме ведення пацієнта. Вони особливо придатні для командної психіатрії, навчальних лікарень і віддалених громад. [16]

Plan G призначений для людей, для яких вартість психіатричних ліків становить серйозну перешкоду лікуванню. За клінічними та фінансовими критеріями він покриває 100% визнаної PharmaCare вартості препаратів свого переліку й аптечного відпуску. Звичайне покриття оформлюють на строк до року з повторною заявою для продовження. Для термінових ситуацій передбачено

тримісячне перехідне покриття. У повсякденній практиці це означає окреме завдання перед випискою: узгодити рецепт, план фінансування та дату його поновлення. [17]

Plan Z забезпечує повне покриття включених до нього засобів агоністичної терапії опіоїдної залежності для жителів, зареєстрованих у MSP. Для частини людей із незавершеним оформленням MSP існує процедура виняткового покриття через лікаря або фармацевта. Фінансування й аптечний відпуск тому входять у клінічний маршрут поряд із вибором метадону або бупренорфіну. [18]

Від провінційного бюджету до робочого місця

У загальноканадському масштабі CIHI прогнозував на **2025 рік 399 млрд CAD (≈119 млрд CAD PPP)** державних і приватних витрат на здоров’я разом[1] — **9 626 CAD (≈2 870 CAD PPP) на жителя**, або **12,7% ВВП**. Провінційний бюджет є одним із публічних потоків у цьому загальному обсязі. [19]

На **2026/27 фінансовий рік** операційні видатки Міністерства охорони здоров’я BC заплановано на рівні

---

1. Канадські суми наведено в CAD і CAD PPP. Умовна одиниця CAD PPP виражає купівельну спроможність за середніми цінами України: зазначена сума в CAD, обміняна за курсом НБУ 31,5383 грн за 1 CAD на 7 жовтня 2026 року, відповідає споживчій вартості вихідної суми. Національні паритети споживчих витрат Світового банку за 2025 рік становлять 11,864623 грн і 1,260483 CAD за міжнародний долар; звідси 9,412759 грн за 1 CAD та множник 0,29845487 для канадських сум. Приклад: 12 193 CAD ≈3 640 CAD PPP, або ≈114 800 грн за купівельною спроможністю в Україні. Українські суми залишено у гривнях; у порівняннях їх ділять на 31,5383. Єдину споживчу шкалу застосовано й до бюджетів. Роки сум збережено, інфляційного коригування немає. [22, 23]

36,12 млрд CAD (≈10,8 млрд CAD PPP). Найбільший рядок — регіональні служби; окремими потоками проходять лікарська оплата MSP і PharmaCare. [1]

Стаття плану BC, 2026/27	CAD	CAD PPP
Регіональні служби	25,287 млрд CAD	≈7,55 млрд CAD PPP
MSP	8,91 млрд CAD	≈2,66 млрд CAD PPP
PharmaCare	1,597 млрд CAD	≈477 млн CAD PPP

У межах регіону ці гроші стають оплатою змін, роботою відділень, лабораторій, виїзних команд і догляду. **Fraser Health у 2023/24 році** отримала 6 383,3 млн CAD (≈1,91 млрд CAD PPP) доходів, із них 5,2 млрд CAD (≈1,55 млрд CAD PPP) — внески міністерства, і витратила 6 379,5 млн CAD (≈1,9 млрд CAD PPP). На гостру лікарняну допомогу припало 3,41 млрд CAD (≈1,02 млрд CAD PPP), на довготривалий догляд — близько 1,03 млрд CAD (≈307 млн CAD PPP), на громадські служби — близько 680,6 млн CAD (≈203 млн CAD PPP). Окремий рядок психічного здоров’я та залежностей становив **453,49 млн CAD (≈135 млн CAD PPP) — 7,1% усіх витрат організації**. [20]

Паралельно MSP оплачує рахунки лікарських практик. Тому для амбулаторного психіатра обсяг прийомів і витрати кабінету пов’язані з лікарською оплатою, а для громадської команди визначальними стають затверджені посади, години й контрактні ресурси організації охорони здоров’я. Сесійна або контрактна угода дозволяє передбачити час для домашніх візитів, спільного обговорення, роботи з родиною та передачі складного пацієнта. [21, 16, 20]

Оплата тривалого ведення сімейним лікарем

З 2023 року сімейні лікарі можуть працювати за моделлю **Longitudinal Family Physician, LFP**. Вона оплачує три складники: час роботи, контакти з пацієнтами та прикріплену групу людей з урахуванням їхньої складності. У розкладі лютого 2026 року безпосередня й непряма допомога в кабінетній практиці оплачуються по 32,50 CAD (≈9,7 CAD PPP) за п’ятнадцять хвилин, тобто 130 CAD (≈38,8 CAD PPP) за годину. Непряма робота включає читання результатів, медичні записи, підготовку направлень і спілкування з іншими фахівцями. [24]

Для людини з біполярним розладом це означає, що в оплачуваний робочий час потрапляють також перегляд рівня літію, відповідь психіатрові й узгодження рецепта. У моделі окремо враховано клінічне адміністрування та інші місця надання допомоги. Лікар може планувати тривале ведення групи пацієнтів, поєднуючи прийоми з роботою між ними. [24]

Географія як частина клініки

У Ванкувері пацієнт може проходити оцінювання, госпіталізацію та спеціалізоване амбулаторне лікування в межах одного міського лікарняного комплексу. У північній громаді місцевий лікар і сестринська команда частіше підтримують тривале спостереження, а спеціаліст долучається дистанційно чи під час виїзду. Соматичний огляд, забір крові й відпуск препарату при цьому залишаються місцевою роботою. Відстань впливає на частоту особистих зустрічей і на те, хто першим помітить зміну стану.



Ілюстрація: сімейна лікарка й пацієнт у невеликій громаді Британської Колумбії розмовляють із психіатром через відеозв’язок.

Вікові рамки програм також мають регіональні особливості. Fraser Health приймає до програми раннього психозу людей **13–30 років**, Northern Health — **12–45 років**. Northern визначає ціль першого контакту з клініцистом протягом **48 годин** після направлення. Interior Health пропонує самозвернення й дистанційну участь. У кожному з цих варіантів команда організовує подальшу оцінку та інтенсивність супроводу відповідно до клінічного стану. [4, 25, 26]

Rural Coordination Centre of BC проводить дистанційні психіатричні розбори для фахівців первинної ланки. Лікар із громади може обговорити діагностичну невизначеність, відповідь на препарат або наступний крок лікування. У такій роботі користь консультації поширюється й на наступних пацієнтів місцевої практики: рішення обговорюють разом із клінічним обґрунтуванням. [27]

2. Від притулку до сучасної мережі: історія Британської Колумбії

Вікторія, Нью-Вестмінстер, Essondale

Перший провінційний притулок відкрився у Вікторії 12 жовтня 1872 року в колишньому лікарняному будинку. До вечора там перебували семеро людей, переведених із місцевого арештного приміщення. У 1878 році допомогу перенесли до нової установи в Нью-Вестмінстері, де спочатку проживало близько 37 пацієнтів. [28, 29]

Подальше розширення привело психіатричну лікарню до Коквітлема. У 1904 році провінція відвела приблизно 400 гектарів землі; 1 квітня 1913 року відкрився новий заклад, згодом відомий як Essondale. Назва походила від імені Henry Esson Young, лікаря й провінційного міністра, який підтримував будівництво. Наприкінці 1913 року лікарня вже мала 453 пацієнтів. Навколо корпусів формувалося ціле господарство: ферма, майстерні, житло персоналу, дороги й допоміжні служби. [30]

У великих корпусах поєднувалися гостре лікування, багаторічне проживання, догляд за літніми людьми та допомога людям з інтелектуальними порушеннями. Поступово ці функції розходилися між окремими установами. Нью-Вестмінстерський заклад став Woodlands; у Коквітлемі розвивалися Essondale і Crease Clinic, а згодом їхню історію об’єднала назва Riverview. [31]

Рік	Подія на території майбутньої Riverview
1913	Відкриття чоловічого корпусу, пізніше названого West Lawn
1924	Відкриття корпусу гострої допомоги, тепер Centre Lawn, на 300 ліжок
1930	Переведення 500 жінок із Нью-Вестмінстера до нового жіночого корпусу
1949	Відкриття нового крила Crease Clinic для ранніх стадій психічної хвороби
1950-ті	Число мешканців Essondale досягло приблизно 4 630
2012	Переведення останніх пацієнтів історичної лікарні

Джерело хронології: публічна історія території BC Housing. [32]

Переповнення змінювало щоденне життя: бракувало приватності, ліжка займали горища й підвали. Ферма постачала лікарні молоко, м’ясо та овочі; її робота значною мірою спиралася на неоплачувану, часто обов’язкову працю пацієнтів. Людина могла роками залишатися водночас мешканцем лікарні та працівником її господарства. [32]

Як змінювалася клінічна робота

У 1932 році в системі з’явилася соціальна служба; у 1937-му — штатний психолог. Поряд із гідротерапією застосовували інсулінові коми й метразолові судоми; у 1940-х поширилася ЕСТ, а 1946 року виконали перші дев’ять лоботомій. На середину 1950-х до лікування ввійшли хлорпромазин і резерпін. [29]

Зміни охоплювали режим і тривалість перебування. За перший рік роботи Crease Clinic 791 із 963 госпіталізованих повернувся до громади в межах передбачених законом чотирьох місяців. До березня 1955 року п’ять відкритих відділень обслуговували 587 пацієнтів; у 1959/60 році близько 70% пацієнтів Essondale жили у відкритих відділеннях. Розвивалися групова психотерапія, амбулаторний супровід, трудова й побутова реабілітація. [29]

За цими змінами стояла інша організація робочого дня. Медична сестра спостерігала за поведінкою й функціонуванням, соціальна працівниця готувала повернення до родини, лікар переглядав лікування, а заняття за межами палати повертали людині звичні дії. У центрі уваги поступово опинялося життя після стаціонару. Саме його організація надалі стала головним завданням регіональних служб.

Євгенічний закон і життя після операції

Закон про стерилізацію, ухвалений 7 квітня 1933 року, набув чинності 1 липня. Рада з трьох осіб — судді, психіатра та фахівця із соціальної роботи — розглядала подання керівника установи. Підставою слугувало припущення про спадкове передавання тяжкого психічного захворювання або інтелектуальної

недостатності. Одностайне рішення ради дозволяло операцію. [33]

Згоду мала письмово надати сама людина; коли рада визнавала її нездатною до такого рішення, документ міг підписати чоловік або дружина, батьки чи опікун. За відсутності цих осіб у провінції повноваження переходило до Provincial Secretary. Закон також захищав хірурга від цивільного позову за виконання належно санкціонованої операції, залишаючи відповідальність за недбалість під час її проведення. Ці положення надавали установі вирішальний вплив на репродуктивне життя пацієнта. Закон скасували 18 квітня 1973 року. [33]

У правничій літературі кількість стерилізованих у BC оцінюють приблизно у 200-400 людей.[2] У 2005 році дев’ять жінок, які перенесли такі операції в Riverview, отримали загалом 450 000 CAD (≈134 000 CAD PPP) у межах врегулювання позовів. Наслідки лікарняного рішення тривали десятиліттями; правове визнання шкоди настало вже після скасування закону. [34, 35]

Від єдиного комплексу до регіональних служб

У **1965 році** Essondale і Crease Clinic об’єднали під назвою **Riverview Hospital**. У 1973-му лікарня випустила останню групу психіатричних медичних сестер; підготовка перейшла до коледжів. У 1983 році закрили West Lawn, а Colony Farm припинила роботу як діюча ферма. Частина функцій великого госпітального поселення поступово

2. Історичні оцінки залежать від збереженості й охоплення записів. Наведений діапазон подано в правничому огляді McGill 2021 року. [34]

переходила до освітніх, муніципальних і громадських установ. [36]

Провінційна ініціатива **1990 року** передбачала перенесення значної частини допомоги до менших спеціалізованих регіональних закладів зі збереженням спеціалізованого центру на території Riverview. Crease Clinic закрили 1992-го. Подальше розгортання місцевих стаціонарів і резиденцій потребувало нової організації персоналу, передачі історій та супроводу людей, для яких лікарня десятиліттями була домом. [36]

Переведення з Riverview: клінічні та життєві результати

Регіоналізація розгорталася протягом десятиліть. Чисельність пацієнтів Riverview скорочувалася, а місцеві служби перебирали гостре лікування, тривалий догляд і реабілітацію. У 2001, 2006 і 2008 роках на самій території відкрили невеликі резиденції Connolly, Cottonwood і Cypress, приблизно по двадцять місць: окремі кімнати й домашніший побут замінили великі спільні палати. Останніх 40 пацієнтів Riverview перевели до закладів Суррея та Ванкувера 2012 року. [32, 30]

Проспективне квазіекспериментальне дослідження Petersen та співавторів, опубліковане 2013 року, охопило 189 людей із тривалим перебуванням у Riverview; 80% мали розлади шизофренічного спектра. Частина переїхала до спеціалізованих психіатричних резиденцій, частина — до менш структурованого житла в громаді, частина залишалася в лікарні. Більшість надалі отримувала цілодобовий догляд. [37]

Психіатричні симптоми залишалися загалом стабільними. Агресивна поведінка не посилилася, хоча окремі соціально

недоречні прояви почастішали. Нейропсихологічні порушення загалом зберігали попередній рівень, а деякі показники поліпшилися. Пацієнти краще справлялися з грішми, приготуванням і зберіганням їжі, транспортом та трудовими завданнями; суб’єктивна якість життя статистично значуще зросла. За час спостереження одна людина перебувала у виправній установі, одна — у судово-психіатричному закладі, одна певний час залишалася без житла. Таке переведення поєднало збереження інтенсивного догляду з більшими можливостями повсякденного життя. [37]

Земля Kwikwetlem і нові служби

Для народу Kwikwetlem схили над річкою Коквітлем були місцем прихистку під час повеней, церемоній, полювання та збирання лікарських рослин. Лікарняне будівництво змінило ландшафт і позбавило громаду впливу на використання її традиційної території. У 2012 році Kwikwetlem і BC Housing уклали протокольну угоду про співпрацю; 2016 року Nation подала позов щодо прав на землю. [38]

10 березня 2021 року провінція і Kwikwetlem оголосили нову назву території — səmiq̓ʷəʔelə, «місце великої блакитної чаплі», — та початок спільного планування. Назву надали як акт повернення культурної присутності й відновлення мови. Сьогодні археологічні роботи, назви, мистецтво й планування території пов’язані з участю Nation та її правилами охорони спадщини. [38]

12 жовтня 2021 року тут відкрився Red Fish Healing Centre на 105 місць, який замінив Burnaby Centre for Mental Health and Addiction. Капітальні витрати провінції становили 130 млн CAD (≈38,8 млн CAD PPP). Центр поєднав лікування тяжких психічних розладів і залежностей; передбачено окремі кімнати, простори для реабілітації, досліджень, навчання та дистанційного зв’язку з родиною. Kwikwetlem брала участь у проєктуванні й лікувальних програмах. У центрі є приміщення для духовних практик, а біля входу встановлено різьблений стовп роботи митців Nation. [39]

Психіатрична допомога на цій території пройшла шлях від великої установи з власним господарством до поєднання спеціалізованого лікування, невеликих резиденцій і зв’язків із місцевими службами. У цій історії лікарняний режим, житловий простір, права людини й можливість повернутися до повсякденних справ змінювалися разом із методами лікування.

3. Повсякденна клінічна практика: від першої оцінки до лікування

Гостра допомога і психіатрія в загальній лікарні

У Vancouver General Hospital, або VGH, гострий психіатричний маршрут починається в зоні Psychiatric Emergency Assessment & Triage, спільній із невідкладним відділенням. Після первинної оцінки людина може повернутися до амбулаторної допомоги, залишитися для короткого спостереження або перейти до психіатричного стаціонару. **Psychiatric Assessment Unit має 14 ліжок**, із типовим перебуванням близько трьох діб. У Segal Family Health Centre **75 стаціонарних ліжок** розподілено між коротким втручанням, афективними розладами, загальною психіатрією та поєднаними психічними розладами і вживанням речовин; провайдер указує приблизну тривалість перебування 5–12 діб. [2]

Для пацієнтів медичних і хірургічних відділень працює консультаційна психіатрія. Запит подає лікуючий лікар. Психіатр оцінює психічний стан, уточнює діагноз і лікування в тому відділенні, де пацієнт отримує соматичну допомогу. Такий розподіл особливо важливий при післяопераційному делірії, тяжкій депресії на тлі фізичної хвороби або взаємодіях психотропних і соматичних препаратів. Медичні втручання, сестринське спостереження та психіатричні рішення узгоджуються в межах одного перебування. [2]

Поряд із цим лікарняним маршрутом у Ванкувері діє Access and Assessment Centre, AAC. Він приймає жителів

міста від 17 років із психічними проблемами та проблемами вживання речовин: особисто щодня **7:30–21:30**, телефоном **7:30–22:00**. Першу оцінку проводить медична сестра, соціальний працівник або інший клініцист команди. Разом із пацієнтом і, за потреби, близькими він визначає подальший маршрут: кризову підтримку, громадську службу, допомогу щодо залежності або госпіталізацію. При нагальній потребі й імовірній госпіталізації психіатр долучається вже під час першого звернення. Доступні перекладачі. [3]

Родич може зателефонувати до AAC, повідомити про зміни стану й надати відомості, важливі для оцінки. Для сімейного лікаря існує також консультаційна лінія RACE: психіатрична експертиза доступна в робочі дні з 8:00 до 17:00. Ці два канали підтримують різні частини роботи — звернення людини по допомогу та професійне обговорення її лікування. [3]

Психотерапія: методика, інтенсивність, доступ

Оновлення CANMAT щодо великого депресивного розладу 2023 року, опубліковане 2024-го, відносить когнітивно-поведінкову терапію, міжособистісну терапію та поведінкову активацію до психологічних методів першої лінії. Вибір враховує тяжкість епізоду, попередню відповідь, побажання пацієнта та доступність лікування. Для тяжких і рецидивних форм важливе поєднання або послідовне застосування психотерапії й медикаментів. [40]



Ілюстрація: пацієнт і психотерапевтка під час індивідуальної зустрічі в амбулаторному кабінеті.

У клінічному маршруті психологічна допомога може мати різну інтенсивність: самостійна робота з матеріалами, супровід за структурованою програмою, група, регулярна індивідуальна терапія. Для пацієнта це різні зобов’язання в часі й різні способи працювати із симптомами. Поведінкова активація повертає конкретні дії в день, звужений депресією; когнітивно-поведінкова робота доповнює їх перевіркою звичних інтерпретацій; міжособистісна терапія зосереджується на стосунках, втраті й зміні життєвої ролі. [40]

Безоплатна програма **BounceBack**, яку проводить CMHA BC, призначена для людей від 13 років із легкою або помірною депресією, тривогою та стресом. Телефонний формат передбачає **4–6 зустрічей** із підготовленим консультантом і роботу із зошитами. Супровід доступний англійською, французькою, кантонською та пенджабі. Фахівець первинної допомоги, який направив людину,

зберігає клінічну відповідальність і отримує повідомлення про перебіг участі та ризики. Онлайн-версія містить **20 модулів** англійською, із самостійною реєстрацією. [41]

У дослідженні Lau і Davis за 2008–2014 роки простежено **25 338 закритих направлень**. До першої стандартної сесії дійшли 10 903 учасники; програму завершили 7 203. Ще 8 100 відмовилися або втратили контакт до подальшої роботи, 8 104 припинили участь після скринінгу чи початку супроводу, а 1 931 були визнані такими, що потребують іншого формату допомоги. [42]

Показник у групі, яка завершила BounceBack	До програми	Після програми
Депресивні симптоми, середній PHQ-9	11,2	5,5
Тривожні симптоми, середній GAD-7	9,8	4,7
Задоволеність життям, середній Q-LES-Q	43,9	52,0

Серед **5 537** учасників із початковими показниками клінічно значущої депресії та/або тривоги **3 794, або 68,5%**, після завершення мали оцінки нижче використаних порогів на обох шкалах. Розміри ефекту змін PHQ-9 і GAD-7 становили відповідно **1,13 і 1,08**. Учасники, які завершили програму, в середньому були старшими за тих, хто припинив її: 48,2 проти 43,7 року.[3] [42]

3. Аналіз рутинних даних 2008–2014 років із порівнянням до і після участі; контрольна група та довготривале спостереження відсутні. Результати в таблиці стосуються учасників, які завершили програму.

Медикаментозне лікування і наступна зустріч

Настанова CANMAT/ISBD щодо біполярного розладу організовує лікування за фазами — гостра манія, біполярна депресія та підтримувальний період — і за послідовністю варіантів з урахуванням ефективності й переносимості. Після зменшення гострих симптомів робота переходить до запобігання рецидиву, спостереження за побічними ефектами й відновлення функціонування. [43]

У практичному веденні до рецепта додаються дата контролю, перелік потрібних досліджень і відповідальний за їх перегляд. Після виписки це може бути амбулаторний психіатр, сімейний лікар або лікар команди. Аптека отримує актуальне призначення; пацієнт — зрозумілу схему й контакт на випадок погіршення. При зміні дози або препарату наступна зустріч дозволяє зіставити сон, активність, настрій, соматичні симптоми та переносимість. При ранньому психозі особливо важливі переносимість і повернення до навчання, при біполярному розладі — сон і зміни активності, при клозапіні — лабораторний контроль і соматичний стан.

Хто проводить психологічне лікування

Психолог у BC — регульований фахівець College of Health and Care Professionals of BC, CHCPBC. Його робота може включати психодіагностику, психометричне оцінювання, психотерапію та реабілітацію. У лікарні або громадській команді ці завдання оплачуються з бюджету служби; у приватній практиці діє погоджений із пацієнтом тариф. **Registered Clinical Counsellor, RCC**, — професійне позначення BC Association of Clinical Counsellors.

Законодавче регулювання психотерапевтів через CHCPBC має розпочатися **29 листопада 2027 року**. [44, 45]

BCACC у 2026 році рекомендує **140–175 CAD (≈41,8–52,2 CAD PPP) за 50 хвилин** індивідуальної роботи залежно від досвіду консультанта; для спеціалізованих послуг верхній орієнтир становить 225 CAD (≈67,2 CAD PPP). Для психологів BCPA з 12 травня 2025 року рекомендує **245 CAD (≈73,1 CAD PPP) за годину**. Умовний курс із дванадцяти зустрічей за ставкою 155 CAD (≈46,3 CAD PPP) коштував би 1 860 CAD (≈555 CAD PPP); страхова виплата роботодавця або місце в публічній програмі суттєво змінює частку, яку сплачує пацієнт. [45, 46]

Окрема професія — **registered psychiatric nurse, RPN**, медична сестра або медичний брат із базовою освітою саме у психіатричному сестринстві. Поряд із registered nurses вони проводять оцінку стану, спостерігають за відповіддю на лікування, підтримують терапевтичний контакт і працюють у лікарняних, громадських та виїзних службах. Їхню практику регулює BCCNM. [47]

Електросудомна терапія

Сучасну електросудомну терапію, ECT, проводять під загальною анестезією з м’язовою релаксацією. CANMAT розглядає її як особливо важливий варіант при найтяжчих депресивних епізодах, високому суїцидальному ризику та фізичному виснаженні. Когнітивні небажані ефекти й профілактика рецидиву після гострого курсу входять до планування лікування. [40]

Neurostimulation Clinic у Mental Health and Substance Use Wellness Centre на території Royal Columbian Hospital у Нью-Вестмінстері має спроможність проводити процедури **до 14 пацієнтам на день**. Маршрут усередині клініки охоплює сестринську оцінку й підготовку, процедуру,

відновлення на одному з чотирьох місць під спостереженням та подальше перебування в кімнаті відпочинку перед випискою. Направлення надходять із лікарень і громадських служб; доступ координує регіональна команда ECT. [48]

В амбулаторній клініці VGH направлення подає психіатр. Пацієнта оцінюють психіатр ECT і медична сестра, уточнюють попередні курси лікування, соматичні хвороби та поточні препарати. Програма вимагає одночасного психіатричного супроводу впродовж курсу; процедури проводять у понеділок, середу та п’ятницю. У день лікування діє заборона керування автомобілем. Отже, організація курсу включає транспорт, супровід після анестезії, оцінювання відповіді та наступне підтримувальне лікування.[4] [49]

П’ять років підготовки психіатра

Резидентура University of British Columbia триває **п’ять років** і має навчальні осередки у Ванкувері, Fraser, Prince George, на острові Ванкувер і в південній внутрішній частині провінції. Перший рік включає загальну медицину, неврологію, педіатрію, невідкладну допомогу, залежності та психіатрію. Другий присвячено дорослій стаціонарній і амбулаторній роботі; третій — по шість місяців дитячій та геріатричній психіатрії. Далі зростає роль консультаційної психіатрії, залежностей, гострих і тривалих розладів, вибіркових стажувань та самостійної відповідальності. [50]

Для психотерапії виділено захищений час: **дві години на тиждень на другому році та чотири — на третьому й четвертому**. Підготовка включає два випадки

4. Наведений маршрут стосується амбулаторної клініки VGH. Її територіальні та клінічні критерії відбору визначають місцевий доступ; загальні показання до ECT подано в CANMAT.

когнітивно-поведінкової терапії під супервізією, групову роботу протягом шести місяців, щонайменше вісім сімейних сесій, міжособистісну терапію та дворічне ведення психодинамічного випадку зі щотижневою супервізією. Отже, психотерапевтична практика розгортається поруч із лікарняними ротаціями й триває достатньо довго, щоб резидент спостерігав розвиток терапевтичних стосунків. [50]

У розкладі резидента цей час називається захищеним. Здатність захистити його від решти розкладу теж поступово стає професійною навичкою. 😳

Електронна історія, рецепти й передача відомостей

Перед консультацією психіатр може відкривати кілька джерел. **PharmaNet** містить відомості про препарати, відпущені громадськими аптеками провінції. Лікарняна електронна історія містить призначення, введення, результати обстеження та перебіг госпіталізації. У Fraser Health із 2023 року поетапно впроваджують MEDITECH Expanse; Vancouver Coastal Health, PHSA та Providence розвивають спільну систему CST Cerner. Під час переведення із Суррея до Ванкувера пацієнт переходить між різними лікарняними платформами. [51, 52]

CareConnect дає уповноваженим працівникам перегляд лабораторних результатів, зображень, визначених клінічних документів і аптечних даних із кількох джерел. Практичне звіряння все одно відбувається на рівні конкретного лікування: остання видана доза метадону, введення у стаціонарі, причина припинення літію, дата ін’єкції пролонгованого антипсихотика. Пацієнт і аптека допомагають установити фактичне приймання, а виписний висновок пояснює зроблені зміни. [52, 53]

Кабінети первинної допомоги й приватні лікарські практики мають власні електронні системи. Направлення, результати консультації та виписки передаються через доступні канали, включно з факсом і електронним факсом. Провінційна програма **Digital Referrals and Orders** впроваджує електронне направлення з відстеженням його проходження. Для клініки цінність такого обміну дуже конкретна: лікар бачить, хто прийняв запит, а пацієнт отримує визначений наступний контакт. [52, 9]

Як клінічна робота потрапляє у звітність

Після прийому лікар подає до MSP рахунок із кодом послуги та діагностичним кодом на основі **ICD-9**. Лікарня окремо кодує завершену госпіталізацію; дані BC надходять до **Discharge Abstract Database, DAD**, яку веде Canadian Institute for Health Information, CIHI. У цьому масиві діагнози кодують за **ICD-10-CA**. На основі таких записів розраховують частоту госпіталізацій, тривалість перебування й використання допомоги. Клінічний висновок, рахунок і статистичний запис мають спільний епізод лікування та різну деталізацію. [54]

У закладі залишаються також документи Mental Health Act: сертифікати, санкціонування лікування, повідомлення про права й поновлення статусу. Регіональні організації звітують міністерству про роботу служб. Наприклад, план 2026/27 містить **ціль 46% безперервного утримання в OAT упродовж щонайменше дванадцяти місяців**. Для громадських ліжкових програм лікування залежності й відновлення прогноз медіанного очікування на 2025/26 становив **30,5 дня**, ціль на 2026/27 — **30 днів**. Ці строки стосуються визначеної групи програм, із окремим обліком ведення гострої відміни. [1, 55]

Обов’язкові повідомлення поза лікувальною командою

За статтею 230 **Motor Vehicle Act** лікар повідомляє RoadSafetyBC, коли медичний стан робить керування небезпечним для людини або інших, а пацієнт продовжує водити після попередження. Оцінка пов’язує діагноз із функцією: увагою, судженням, ризиком раптової втрати свідомості або вираженої седації. У записі залишають підстави висновку й зміст розмови про керування. [56]

Стаття 14 **Child, Family and Community Service Act** покладає на кожного обов’язок оперативно повідомити службу захисту дітей за обґрунтованої підозри, що дитина потребує захисту. **Coroners Act** визначає повідомлення про насильницьку, раптову нез’ясовану смерть та інші передбачені обставини; керівник визначеного психіатричного закладу має також спеціальний обов’язок повідомляти про смерть його пацієнта. Усі ці повідомлення мають законного адресата й конкретну підставу. [56]

4. Допомога на різних етапах життя та за складних потреб

Перший психоз і раннє втручання

Програми раннього втручання при психозі, EPI, охоплюють спеціалізовану оцінку, медикаментозне лікування, роботу з родиною та підтримку навчання й праці. У Fraser Health до програми приймають молодих людей 13–30 років із першим психозом або раннім перебігом, який потребує належного лікування; супровід може тривати до трьох років. У Northern Health віковий діапазон ширший — 12–45 років. Звернення можливе через родину, лікаря, іншого фахівця або саму людину. [4, 25, 26]



Ілюстрація: молода жінка й мати на прийомі в психіатра служби раннього втручання при психозі.

Дослідження Riedlinger та співавторів, опубліковане 2026 року, простежило організацію **16 служб** за даними 2022-го. Їхні території обслуговування охоплювали близько **4,36 млн жителів**. Середня відповідність досліджуваній моделі становила **56,1%** максимального бала. Високу відповідність мали дві служби, помірну — дев’ять, низьку — три, дуже низьку — дві. Спеціалізовані окремі EPI-центри в середньому отримали вищі оцінки, ніж загальні центри психічного здоров’я та залежностей. [57]

Компонент EPI	Служби, які виконували критерій, із 16
Постійне оцінювання ризику самоушкодження	16
Своєчасне реагування	15
Виїзна робота й лікування вдома	15
Зв’язок зі стаціонаром	13
Підтримка функціональних, професійних і соціальних потреб	8
Психологічна терапія тривоги, депресії та стресу підготовленим фахівцем	2
Освіта для родини	3

Найвиразніший розрив проходив між доступом до контакту й насиченістю тривалого лікування. Команди здебільшого могли реагувати та приїжджати додому; психологічна робота, сімейне навчання й супервізія клініцистів були забезпечені значно слабше. Такі відмінності змінюють життя після зменшення продуктивної симптоматики — повернення до занять, роботу з тривогою та підтримку близьких.[5] [57]

Молодіжні служби й перехід до дорослої допомоги

Служби **Child and Youth Mental Health, CYMH, належать до Міністерства у справах дітей та розвитку сім'ї — MCFD**. Ця мережа надає безоплатну добровільну спеціалізовану допомогу дітям і молоді до 18 років. **Foundry** працює з віком **12–24 роки** та об'єднує психічне й фізичне здоров'я, допомогу щодо вживання речовин, підтримку рівних за досвідом і соціальні послуги. У тому самому центрі молода людина може обговорити тривогу, контрацепцію, навчання, роботу або житлові труднощі. [58, 59]

У перших шести центрах Foundry за 2015–2018 роки зареєстровано **4 783 молодих людей і 35 791 відвідування**. Допомога щодо психічного здоров'я та речовин становила 57% використаних послуг, фізичного здоров'я — 25%. Про центр найчастіше дізнавалися від друзів — 44% — або родини — 22%. **58% опитаних відвідувачів сказали, що без Foundry взагалі нікуди б не звернулися.** Центри особливо часто відвідували

5. Самооцінка команд за дослідницькою шкалою відповідності моделі; обстежено дорослі служби. Результати характеризують організацію допомоги у 2022 році.

дівчата й молодь 15–19 років; хлопці та група 20–24 роки були представлені слабше. [59]

Подальше дослідження розширення мережі описало **23 749 унікальних користувачів і 110 145 послуг** у відповідних очних і віртуальних періодах. Віртуальний формат доповнив місцеві центри та дозволив користуватися допомогою на відстані. [60]

Compass підтримує фахівців, які лікують дітей і молодь до 25 років. За перші п’ять років, із вересня 2018-го до вересня 2023-го, зареєструвалися **2 336 фахівців**. Сімейні лікарі забезпечили 34,6% звернень, педіатри — 27,5%. Найчастіше обговорювали медикаменти — у 60% контактів; координацію ресурсів — у 32%; психотерапевтичні й поведінкові втручання — у 30%; діагностичне уточнення — приблизно у чверті. Один контакт міг охоплювати кілька питань. [61]

Провінційний протокол переходу між дитячою та дорослою допомогою охоплює період від 17 років до 21-го дня народження. Передача включає планування разом із молодою людиною, визначення наступної служби та обмін клінічною інформацією. На практиці в цьому віці одночасно змінюються навчання, житло, сімейна роль і право на участь у програмах. Передавальна зустріч має зберегти накопичене знання про перебіг хвороби, відповідь на лікування та способи підтримки. [62]

Перинатальний маршрут має окрему консультативну ланку. **Provincial Reproductive Mental Health Outpatient Clinic при BC Women’s** приймає направлення лікаря, nurse practitioner або акушерки: щодо підготовки до вагітності, станів під час неї та до восьми місяців після пологів. Одноразова консультація перед вагітністю може стосуватися літію, антипсихотика, попереднього післяпологового психозу й плану спостереження.

Подальшу роботу узгоджують із місцевою командою та акушерською допомогою. [63]

Спеціалізовану лікарняну допомогу дітям і підліткам надає **BC Children's Hospital**: дитяче й підліткове психіатричні відділення та зона невідкладного психіатричного оцінювання доповнюють місцеві служби. При плановій госпіталізації команда збирає відомості зі школи й громади; перед випискою узгоджує подальшу роботу з родиною, місцевими лікарями та CYMH. Така взаємодія особливо важлива, коли зміна поведінки одночасно позначається на навчанні, сімейному житті й безпеці. [64]

Інтелектуальні порушення й аутизм: підтримка дорослого життя

Community Living BC, CLBC, фінансує соціальну підтримку дорослих від 19 років, які відповідають критеріям інтелектуальної недостатності; Personalized Supports Initiative охоплює також визначені випадки аутизму та фетального алкогольного спектра розладів із значними обмеженнями адаптивного функціонування. Підтримка може включати денні заняття, допомогу із зайнятістю, перепочинок для близьких і проживання. Психіатричні супутні стани лікують медичні служби. [65]

Координація **STADD** допомагає молоді 16–24 років переходити до дорослих послуг. Для родини це період накладання різних вікових меж: CYMH працює до 18 років, Foundry — від 12 до 24, Compass консультує фахівців щодо людей до 25, а підтримка CLBC починається з 19. У плані переходу узгоджують фінансування, денну зайнятість, комунікацію та медичне спостереження. [58, 59, 61, 66]

Developmental Disabilities Mental Health Services, DDMHS, у Fraser і Vancouver Coastal допомагає людям від

12 років з інтелектуальною недостатністю та психічними або складними поведінковими проблемами. Початкова психіатрична оцінка зазвичай триває дві години; робота з людиною та її оточенням може продовжуватися до 18 місяців. До направлення додають актуальний соматичний огляд, погодження сімейного лікаря або nurse practitioner і психологічний висновок. Команда уточнює роль болю, комунікаційних труднощів, середовища й психічного розладу та узгоджує лікування з людьми, які щодня надають підтримку. [67]

Літня людина: лікування вдома й довготривалий догляд

Громадська програма Fraser Health для людей переважно від 65 років передбачає оцінювання, лікування, виїзди додому, консультації в закладах проживання й довготривалого догляду та підтримку близьких. Звернутися можуть сама людина, родина або фахівець. Команда працює разом із первинною ланкою; домашній візит додає відомості про харчування, приймання ліків, пересування та реальні можливості догляду. [5]



Ілюстрація: літня жінка розмовляє з близькою людиною та фахівчинею під час домашнього візиту.

Ванкуверська служба приймає старших людей із новими психічними проблемами або тривалим розладом, ускладненим старінням. Люди з прогресивною деменцією та складними поведінковими й психологічними симптомами можуть отримувати її допомогу в будь-якому віці. [68]

Канадська настанова 2025 року щодо поведінкових і психологічних симптомів деменції розглядає збудження, депресію, тривогу, психоз, ризиковану сексуальну поведінку та перегляд медикаментів. Оцінка пов’язує симптом із його перебігом, середовищем і навантаженням на людину та близьких. Біль, порушення сну, сенсорні труднощі й зміна звичного догляду стають частиною клінічної картини поряд із когнітивним дефіцитом. [69]

Для переходу до довготривалого догляду регіональна служба оцінює потреби й терміновість. На **31 березня**

2025 року в провінційному списку очікування перебували **7 029 людей**; середній уже накопичений ними строк очікування становив **287 днів**. Протягом цього періоду домашня підтримка, перепочинок для близьких і повторна оцінка потреб утворюють окремий етап допомоги. [70]

Допомога, яку розвивають корінні народи

Історичний досвід інтернатів для дітей корінних народів, роз’єднання сімей і дискримінації впливає на довіру до медичних установ. У незалежному огляді **In Plain Sight** 2020 року опитування охопило **2 780 представників корінних народів і 5 440 працівників охорони здоров’я**. Серед опитаних представників корінних народів 27% завжди відчували, що їхні потреби сприймають серйозно, порівняно з 59% інших респондентів; 23% повідомили, що зовсім не почуваються безпечно під час звернення до служб психічного здоров’я або залежностей. Стереотипне приписування сп’яніння впливало на оцінювання болю, неврологічних симптомів і причин звернення. [71]

FNHA розвиває власні клінічні та культурні маршрути. **Virtual Substance Use and Psychiatry Service** надає спеціалізовану допомогу First Nations і членам їхніх родин за направленням. До підтримки можуть долучатися старійшини й носії традиційного знання. Пацієнт отримує можливість обговорювати психічний стан і лікування в середовищі, яке визнає його зв’язок із родиною, громадою та культурою. [72]

У січні **2026 року відкрився Éyameth’ Health Centre** народу Sts’ailes — партнерство громади, FNHA, Fraser Health і провінції. Центр у районі North Fraser поєднує клінічну допомогу з традиційними практиками оздоровлення та приймає жителів різного походження. Це

один із конкретних способів передати громадам участь в організації повсякденних послуг. [73]

Масштаб потреб особливо помітний у кризі токсичних речовин. За даними FNHA, у **2025 році загинули 289 представників First Nations**, порівняно з 433 у 2024-му; рівень смертності залишався **у 5,4 раза вищим**, ніж серед інших жителів провінції. Майже половина померлих — **49,5%** — були молодшими за 40 років. У відповідь FNHA поєднує зменшення шкоди, клінічне лікування, підтримку родин і програми, якими керують самі громади. [74]

Métis Nation British Columbia має власні програми психічного здоров’я й зменшення шкоди. Métis Counselling Connection, започаткована 2021 року, допомагає громадянам MNBC оплачувати консультування; координатори підтримують пошук відповідної допомоги. Для Inuit, які відповідають критеріям федеральної **Non-Insured Health Benefits, NIHB**, передбачено покриття психологічного консультування. Ці шляхи доповнюють регіональну медичну мережу, зберігаючи зв’язок із власними громадами й культурними практиками. [75, 76]

Судова психіатрія

Forensic Psychiatric Hospital у Коквітлемі має 190 ліжок. Він працює з людьми, направленими правовою системою, зокрема після висновку про нездатність постати перед судом або рішення NCRMD — відсутність кримінальної відповідальності внаслідок психічного розладу. Близько 65% клієнтів і пацієнтів судово-психіатричної служби, за описом провайдера, мають поєднання тяжкого психічного розладу й залежності. Команда включає психіатричну, психологічну, сестринську, соціальну, ерготерапевтичну та рекреаційну роботу. [77]

Подальше лікування підтримують **сім регіональних клінік** у Ванкувері, Surrey/Fraser Valley, Вікторії, Нанаймо, Келоуні, Камлупсі та Prince George. Вони виконують експертні оцінювання, лікують психічні розлади й залежності, надають агоністичну терапію опіоїдної залежності. Після умовного звільнення BC Review Board визначає умови проживання, спостереження та лікування; регіональна команда підтримує їх виконання й повернення людини до життя в громаді. [77]

5. Залежності, реабілітація й життя після виписки

Речовини, які змінили клінічну роботу

Криза нерегульованих наркотичних речовин стала однією з визначальних обставин сучасної психіатрії Британської Колумбії. У попередніх підсумках BC Coroners Service за **2025 рік — 1 826 смертей**, приблизно на 21% менше, ніж 2 315 у 2024-му. На вік 30–59 років припало 69% смертей; чоловіки становили 77%. **48% людей померли у приватному помешканні**, 20% — надворі. Отже, значна частина криз розгортається в житті людей, які мають житло, родину й трудову біографію. [78]

Серед померлих, для яких виконали прискорене токсикологічне дослідження, фентаніл виявили у 69%, фторфентаніл — у 54%, кокаїн — у 53%, метамфетамін — у 52%; речовини часто поєднувалися. Найпоширенішим шляхом уживання було куріння — 65%, далі інтраназальний — 11% та ін’єкційний — 9%. Для клініциста така картина означає часті поєднання опіоїдної залежності, стимуляторного вживання, психотичних симптомів, порушення сну й соматичних ускладнень. [78]

Лікування опіоїдної та алкогольної залежності

Настанова BC Centre on Substance Use, BCCSU, щодо опіоїдної залежності поєднує агоністичну терапію, психосоціальну підтримку, зменшення шкоди та тривале спостереження. Вибір бупренорфіну, метадону або морфіну уповільненого вивільнення враховує попередній досвід, переносимість, клінічний стан і можливість регулярного відпуску. Різні форми бупренорфіну

дозволяють організувати щоденне або пролонговане лікування. Після гострої відміни наступним етапом стає утримання в допомозі, із повторною оцінкою потягу, продовження вживання, седації та супутніх хвороб. [79]



Ілюстрація: пацієнтка отримує препарат у громадській аптеці під час лікування опіоїдної залежності.

Коло фахівців розширилося. Із вересня **2024 року** спеціально сертифіковані медичні сестри та психіатричні медичні сестри **RN/RPN CP-OUD** можуть, після відповідної підготовки, призначати бупренорфін/налоксон, пролонгований бупренорфін, метадон і морфін уповільненого вивільнення. Це дозволяє включати лікування залежності в роботу сестринських і громадських служб. [80]

При алкогольному розладі канадська настанова пропонує оцінювання тяжкості, ризику відміни та цілей лікування. Налтрексон і акампросат належать до варіантів першої лінії тривалої терапії; ведення гострої відміни має власний алгоритм. Історія вживання опіоїдів, стан печінки й нирок

впливають на вибір препарату. Оновлення скринінгу в травні 2026 року запропонувало спрощений підхід для первинної ланки, де короткий прийом часто починається із соматичної скарги. [81]

Призначувані альтернативи нерегульованим речовинам мають окремий порядок відпуску. Бюлетень BCCSU грудня 2025 року описує перехід до приймання під наглядом і передбачені винятки. Для пацієнта це змінює щоденний розклад: дорогу до місця відпуску, час, який можна поєднати з роботою, та можливість дотримуватися лікування. [82]

Декриміналізація: три роки пілотного режиму

Від **31 січня 2023 року** федеральний виняток дозволяв у BC дорослим мати для особистого вживання сумарно до 2,5 г визначених речовин: опіоїдів, кокаїну, метамфетаміну та MDMA. У травні 2024-го умови звузили, обмеживши дозволені місця. **31 січня 2026 року пілот завершився**; провінція зберегла фінансування навігації та виїзних працівників, залучених під час його дії. [83]

У клінічній практиці далі діють ОАТ, налоксон, тестування речовин, пункти запобігання передозуванню й лікування поєднаних розладів. Їхні повсякденні завдання залишаються конкретними: зменшити ризик токсичної дози, підтримати контакт, підібрати лікування й допомогти людині продовжувати його після кризи. Правовий режим володіння речовиною змінився в межах цього ширшого комплексу допомоги. [79, 83]

Залежність у загальній лікарні

При інфекції, травмі або після операції біль і синдром відміни потребують лікування одночасно із соматичною причиною госпіталізації. BCCSU описує їх недостатній контроль, стигматизацію та труднощі перебування в лікарні як обставини, що можуть спонукати людину піти до завершення необхідної допомоги. Медикаментозна звірка, продовження належної агоністичної терапії, аналгезія та план на виписку підтримують і лікування інфекції чи травми. [84]



Ілюстрація: лікарка й медсестра біля пацієнта загальної лікарні; допомога охоплює соматичний стан і алкогольну залежність.

Road to Recovery у St. Paul’s Hospital розгортається з 2023 року. Восени 2026 року працюють **25 місць ведення відміни, 20 місць перехідної допомоги** та виїзна команда подальшого супроводу, запущена восени 2024-го. Вхід можливий через Access Central, клініку швидкого

доступу з питань залежностей, невідкладне відділення та інші служби Providence. Медична сестра уточнює цілі, історію вживання й соматичний стан; лікар долучається за потреби. Під час очікування госпіталізації команда організовує амбулаторну підтримку, а для відповідних пацієнтів — віртуальну допомогу того самого дня. [85]

Перехідні місця призначені для людей, які очікують лікувальну програму або довготривале житло. Після повернення до громади виїзна команда продовжує контакт. При рецидиві інтенсивність допомоги знову підвищують відповідно до стану. [85]

Тривалі поєднані розлади та реабілітація

Red Fish Healing Centre має **105 ліжок** для людей із тяжкими поєднаними психічними розладами й залежностями. Звичайна тривалість програми — **шість–дев’ять місяців**; допомога охоплює добровільні й недобровільні госпіталізації. План повернення до громади починають складати на ранньому етапі: уточнюють житло, медикаменти, контакти регіональної команди та необхідну підтримку. [8]

Для наступного етапу існує **Rehabilitation and Recovery Program на 40 місць**. До неї направляють медично стабільних людей із Red Fish і Heartwood разом із регіональною командою; участь добровільна. Програма включає медичне й психіатричне лікування, побутові та соціальні навички, підтримку працевлаштування й освіти, роботу із залежністю та допомогу з житлом. У команді працюють лікарі, сестринські й соціальні фахівці, консультанти з професійної реабілітації та працівники дозвілля. [86]

Між звичайною амбулаторією та інтенсивною виїзною допомогою діє кілька рівнів супроводу. Громадська

команда організовує психіатричне лікування, психологічну роботу та координацію випадку. **Intensive Case Management, ICM**, у Fraser орієнтована насамперед на тяжку залежність, часто разом із бездомністю та психічними проблемами: команда допомагає дістатися лікування, підтримує зв’язок і працює з житловими та повсякденними потребами. Коли провідною проблемою є тяжкий тривалий психічний розлад із потребою в інтенсивному психіатричному супроводі, відповіднішим маршрутом може бути ACT. [10]

Громадські **Assertive Community Treatment, ACT**, підтримують дорослих із тяжкими тривалими потребами там, де вони живуть. Fraser Health описує виїзне лікування, допомогу з ліками, соматичною медициною, житлом, повсякденними навичками та заняттями. Завдання команди можуть починатися зі зустрічі в помешканні й продовжуватися супроводом до аптеки або медичної установи. [87]

Житло й результати Housing First

У ванкуверському рандомізованому дослідженні Somers та співавторів **297 людей** із тривалою бездомністю, психічним розладом і високими потребами отримали один із трьох маршрутів. Розосереджені квартири супроводжувала команда ACT; у спільному житловому комплексі діяла цілодобова підтримка. Орендна плата в обох програмах становила до 30% доходу. [88]



Housing First, Ванкувер: 297 учасників, два роки спостереження. Somers та співавт., 2017. [88]

У комплексі з цілодобовою підтримкою також поліпшилися функціонування за MCAS, психологічна інтеграція в громаду й суб’єктивне відновлення за RAS-22 порівняно зі звичайною допомогою. Різниця змін становила відповідно **5,81; 2,53 і 5,58 бала**. Для розосередженого житла значущої переваги за вторинними показниками дослідження не виявило. За тяжкістю психіатричних симптомів, проблемами вживання речовин і якістю життя значущих міжгрупових переваг також не було. Отже, найвиразнішим спільним результатом двох моделей стала стійкість проживання; окремі функціональні переваги супроводжували інтенсивнішу підтримку в одному комплексі. [88]

Родина і повсякденна робота після виписки

Близькі часто першими помічають зміну сну, витрат, спілкування або здатності доглядати за собою. Fraser

Health описує можливість передати ці спостереження команді; відповідний обмін конфіденційною інформацією про пацієнта відбувається за його згодою або іншою застосовною правовою підставою. Родина також може отримати загальну інформацію про хворобу, способи підтримки та власні ресурси допомоги. [89]

Посібник Red Fish пов’язує виписку з конкретними домовленостями: місцем проживання, препаратами, наступними консультаціями, фінансовими й правовими питаннями та планом безпеки. У цій роботі беруть участь людина, близькі, лікарня й регіональна команда. Для сім’ї найбільш відчутними стають дата наступної зустрічі, доступний телефон і зрозумілий розподіл щоденних справ. [90]

У лікарні є координатор випадку. Удома його посаду нерідко обіймає той, хто першим знаходить загублений рецепт. 🙂

6. Права, кадри й ресурси психіатричної допомоги

Недобровільна госпіталізація і лікування

Mental Health Act Британської Колумбії пов’язує недобровільну госпіталізацію з психічним розладом, потребою в лікуванні через визначений заклад, необхідністю запобігти істотному психічному чи фізичному погіршенню або захистити пацієнта чи інших людей, а також неможливістю належного добровільного прийому. Клініцист викладає підстави свого рішення в медичному сертифікаті. [14]

Етап	Процедура за Mental Health Act
Початкове затримання	До 48 годин за першим сертифікатом лікаря або nurse practitioner
Продовження	Другий сертифікат лікаря протягом цих 48 годин; якщо перший підписав лікар, другий оформлює інший лікар
Перший період	До одного місяця від госпіталізації
Поновлення	Ще один місяць, потім три місяці, далі послідовні шестимісячні періоди за передбаченою оцінкою
Перегляд	Панель перегляду недобровільного статусу, судові механізми, друга медична думка щодо лікування

3 грудня 2025 року скасовано частину 31(1) про *deemed consent*. Повноваження директора санкціонувати лікування, зокрема підписувати форми згоди за статтею

8(a), збережено. При повідомленні про права пацієнтові пояснюють можливість зустрічі з незалежним радником і запитують, чи бажає він такого контакту. [14]

Independent Rights Advice Service, IRAS, надає безоплатну конфіденційну інформацію про права та способи ними скористатися. Радники незалежні від лікувальної команди. Право на зустріч мають, зокрема, пацієнти, госпіталізовані недобровільно за статтею 22, та діти до 16 років, прийняті за зверненням батьків або опікуна за статтею 20. Допомога стосується розуміння статусу, можливостей перегляду й подальших правових кроків. [91]

Від запуску в лютому 2024 року до **31 грудня 2025-го IRAS отримала 1 565 запитів і провела 1 163 зустрічі**. Переважала дистанційна робота телефоном і відеозв’язком; у чотирнадцяти визначених закладах радники також проводили регулярні особисті прийоми. [55]

Здатність дати згоду й рішення за участю близьких

У соматичному лікуванні та в інших ситуаціях, на які поширюється **Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act**, лікар оцінює, чи людина розуміє запропоновану допомогу та чи усвідомлює її стосунок до власного стану. При деменції ця оцінка стосується конкретного рішення: антибіотика, операції, діагностичної процедури або поселення до закладу догляду. Збережені можливості спілкування, слух, переклад і зручний час розмови допомагають людині взяти участь. [92]

Якщо пацієнт потребує замісного рішення, діє законно призначений представник або відповідний близький із

передбаченої законом черги. Лікар перевіряє повноваження за **representation agreement**; за потреби обирає **temporary substitute decision-maker**. Якщо придатної особи немає або виникає спір, закон визначає участь **Public Guardian and Trustee**. Представник враховує відомі бажання й цінності людини та її найкращі інтереси. Тому сімейна розмова про лікування Мей із деменцією має і клінічну, і цілком визначену правову структуру. [92]

Медична допомога при добровільному завершенні життя

Канадська **medical assistance in dying, MAID**, регулюється федеральним кримінальним законодавством і включає окреме оцінювання відповідності критеріям та добровільності звернення. **Станом на 7 жовтня 2026 року психічна хвороба як єдиний основний медичний стан залишається виключеною; чинний закон визначає завершення цього виключення 17 березня 2027 року.** У червні 2026-го більшість спільного парламентського комітету рекомендувала зробити його безстроковим. Предмет дискусії — можливість обґрунтовано встановити невиліковність, прогноз тривалого розладу, доступність лікування та захист добровільності рішення. [93]

Документи, які супроводжують обмеження свободи

Омбудсман у звіті **січня 2026 року** підсумував виконання 24 рекомендацій: **12 виконано, 8 перебували в роботі, щодо 4 прогресу не було**. В аудиті липня–вересня 2024-го перший сертифікат був у 98% перевірених історій, другий — у 92%, форма санкціонування лікування — у

87%, повідомлення про права — у 70%. Повний набір обов’язкових форм містили **58% історій**. [55]

За регіонами наявність повного набору коливалася від **34% у Fraser Health до 92% у PHSA**. Окремо перевіряли повноту заповнення та якість клінічного обґрунтування. Проблеми стосувалися підстав утримання, опису конкретного лікування, інформування людини й повідомлення близьких. Висновки перевірки пов’язують юридичну процедуру з конкретним рішенням лікаря та можливістю пацієнта його оскаржити. [55]

Як пацієнти й працівники переживають недобровільну допомогу

Дослідження Snow та співавторів 2026 року спирається на п’ять фокус-груп із **23 людьми**, які пережили недобровільне лікування, та інтерв’ю з **11 клінічними й 10 іншими працівниками**. Дані зібрано в лютому–квітні 2023 року у двох організаціях охорони здоров’я. Учасники описували довге очікування добровільної допомоги, суворі критерії програм і житлові труднощі, що супроводжували наростання кризи та ускладнювали виписку. [94]

Під час госпіталізації пацієнтам бракувало участі у виборі лікування; доступні заняття й терапевтичні варіанти сприймалися як вузькі. Втрата контролю, стигматизація й примусові втручання могли погіршувати довіру. Водночас підтримка людей із власним досвідом хвороби допомагала встановити контакт і зрозуміти те, що відбувається. Працівники також говорили про стрес: вони мусили приймати гострі рішення за обмежених можливостей добровільної й громадської допомоги. Так постає спільна клінічна проблема — підтримати безпеку та терапевтичні стосунки в умовах обмеження свободи. [94]

Частота госпіталізацій у часі

У популяційному дослідженні Loyal та співавторів кількість недобровільних госпіталізацій людей від 15 років зросла з **14 195 у 2008/09 до 23 531 у 2017/18 році — на 65,7%**. Затримання за участю поліції збільшилися з 3 502 до 8 009, або на 128,7%. Добровільні госпіталізації залишилися майже на тому самому рівні: 17 651 і 17 751. [95]

У 2017/18 році серед недобровільно госпіталізованих найчастіше реєстрували афективні розлади — **25,1%**, шизофренію — **22,3%**, розлади вживання речовин — **18,8%**. Саме остання група мала найбільше десятирічне зростання — **139%**. Найшвидше популяційна частота зростала серед молодих жінок 15–24 років — на 162%; серед чоловіків виразне зростання спостерігалося у віці 15–34 та від 85 років. [95]

Пізніші адміністративні дані омбудсмана за іншою схемою обліку показують у **2024/25 році 21 380 недобровільних і 21 572 добровільні госпіталізації** з відповідним психічним розладом як основним діагнозом. Унікальних пацієнтів у цих категоріях було відповідно **15 580 і 14 408**.[6] [55]

Розподіл психіатрів і використання їхньої допомоги

На **28 лютого 2026 року** College of Physicians and Surgeons of BC зареєстрував **1 023 професійно активних спеціалістів із сертифікацією з психіатрії**: 478 жінок, 543 чоловіки та дві особи без зазначення статі. Реєстр

6. Ряд омбудсмана 2020/21–2024/25 використовує категорію основного діагнозу та оновлений облік міністерства. Десятирічне дослідження Loyal має інше визначення вибірки; ці ряди аналізують окремо.

охоплює різні поєднання клінічної, навчальної та іншої професійної роботи. [96]

Регіональні відмінності докладніше видно в дослідженні Rudoler та співавторів за **2012/13–2021/22 роки**. У 2021/22-му у ванкуверському регіоні було приблизно **45 психіатрів на 100 тисяч дорослих**, у регіонах BC із нижчою забезпеченістю — близько **14**. Дослідження розрізняло будь-який контакт, одну–дві амбулаторні зустрічі з тим самим психіатром і триваліше ведення — щонайменше три зустрічі на рік. [97]

Використання психіатричної допомоги в BC	Середнє за регіонами на 1 000 дорослих, 2021/22
Будь-який контакт із психіатром	34,3
Консультаційний формат: 1–2 амбулаторні зустрічі	14,4
Триваліше ведення: щонайменше 3 зустрічі	15,8

У трьох досліджених провінціях забезпеченість психіатрами була помітніше пов’язана з тривалим веденням (**$R^2 = 0{,}411$**), ніж із консультаційним форматом (**$R^2 = 0{,}005$**). Результат допомагає пояснити, чому розширення спеціалістичної роботи може проявлятися більшою інтенсивністю допомоги вже залученим пацієнтам. Доступ до першої консультації водночас залежить від організації направлень і структури лікарської практики. [97]

Як оплачують працю психіатра

Кабінет психіатра часто є самостійною лікарською практикою. За **fee-for-service** лікар подає до MSP рахунки за передбачені тарифом послуги; із надходжень оплачує приміщення, адміністратора, обладнання, програмне забезпечення та інші витрати практики. У лікарняній і громадській роботі поширені також сесійні договори, договори на визначений обсяг допомоги та наймана праця. Один лікар може поєднувати кілька форм. [21, 98]

У **2024/25 фінансовому році 901 психіатр** отримав за оплатою окремих послуг загалом 250,01 млн CAD (≈74,6 млн CAD PPP). На одного лікаря припадало в середньому **277 485 CAD (≈82 800 CAD PPP) за рік валових виплат**, 307 різних пацієнтів і близько 2 006 оплачених послуг. Звіт також наводить 174 дні з оплаченою роботою на лікаря.[7] Повторні зустрічі та різна тривалість послуг формують дуже різні робочі тижні за однакового числа пацієнтів. [21]

Форма оплати	Датований орієнтир	Що оплачується
MSP, окремі послуги, 2024/25	Середнє 277 485 CAD (≈82 800 CAD PPP) на рік	Валові клінічні виплати практиці

7. Середні валові виплати обчислено як 250 014 329 / 901 = 277 485,38 CAD (≈82 800 CAD PPP) за рік. Масив охоплює оплату за окремі послуги, включно з неповною зайнятістю. Контрактні надходження враховуються окремо. Діапазон service contract має період 2024/25; у 2026 році тривав розподіл нових коштів за наступною угодою. [21, 98]

Форма оплати	Датований орієнтир	Що оплачується
Service contract, діапазон 2024/25	304 978–381 222 CAD (≈91 000–114 000 CAD PPP) на рік	Погоджений обсяг роботи за договором
Сесія спеціаліста, 2026/27	747,22 CAD (≈223 CAD PPP) за 3,5 години	Клінічна або адміністративна робота в межах сесії
Сесія судового психіатра, 2026/27	1 057,61 CAD (≈316 CAD PPP) за 3,5 години	Визначена судово-психіатрична робота

Джерела: MSP, Doctors of BC та Міністерство охорони здоров’я BC. [21, 98, 99]

Зарплати команди й дохід після витрат

За шкалою сестринського договору 2022–2025 років базова ставка **RN/RPN рівня 3** становила **41,42–55,91 CAD (≈12,4–16,7 CAD PPP) за годину** залежно від стажу. За умовних 1 950 оплачених годин це **80 769–109 025 CAD (≈24 100–32 500 CAD PPP) на рік** до доплат і відрахувань. Провінційна шкала HSPBA, чинна з першого розрахункового періоду після 1 квітня 2026 року,

встановлює для психолога категорії P1 **56,02–69,98 CAD (≈16,7–20,9 CAD PPP) за годину**; на найвищому рівні S4D ставка сягає **95,17 CAD (≈28,4 CAD PPP)**. Діапазон P1 збігається зі ставкою у наведеній вакансії нейропсихолога Fraser Health. За такого самого розрахункового часу він відповідає **109 239–136 461 CAD (≈32 600–40 700 CAD PPP) на рік**.[8] [100, 101, 102]

Для оцінки особистого доходу до цих сум додаються податкові правила. У моделі психіатра із середніми виплатами MSP витрати кабінету умовно становлять 20%, або 55 497 CAD (≈16 600 CAD PPP) на рік. Після них залишається 221 988 CAD (≈66 300 CAD PPP) підприємницького доходу. Федеральний і провінційний податки та внески Canada Pension Plan за правилами 2026 року залишають приблизно **146 315 CAD (≈43 700 CAD PPP) на рік**, або **12 193 CAD (≈3 640 CAD PPP) на місяць**.[9] [103]

---

8. Сестринські ставки наведено за шкалою договору, термін якого завершився 31 березня 2025 року. 24 липня 2026 року NBA прийняла рекомендації спеціальних посередників і припинила колективні протестні дії; невирішені питання оплати передано на обов’язковий арбітраж восени. На 7 жовтня нову сестринську шкалу ще очікували. Шкала психологів HSPBA має окрему угоду й дату чинності — квітень 2026 року. Річні приклади розраховано за 37,5 години × 52 тижні. [100, 102]

9. Умовний резидент BC працездатного віку: базові податкові пільги, внески CPP і, для найманих працівників, EI; без інших доходів, RRSP, професійних внесків і відрахувань до пенсійної програми роботодавця. Психіатр працює як самозайнята особа без корпорації; 20% витрат — припущення прикладу. Розрахунок за річними правилами 2026 року, округлено. Фактична сума зарплатного переказу залежить від індивідуальних відрахувань. [103]

Приклад	Після податків і CPP/EI за місяць	Період вихідної ставки
Психіатр: середні виплати MSP, 20% витрат практики	12 193 CAD (≈3 640 CAD PPP)	Виплати 2024/25; податки 2026
RN/RPN, 1 950 годин на рік	5 141–6 804 CAD (≈1 530–2 030 CAD PPP)	Шкала договору 2022–2025
Психолог P1 / нейропсихолог, 1 950 годин на рік	6 817–8 269 CAD (≈2 030–2 470 CAD PPP)	HSPBA, квітень 2026; вакансія Fraser

Масштаб місцевої оплати праці задає середній тижневий заробіток у BC: **1 357,68 CAD (≈405 CAD PPP) у квітні 2026 року**, що відповідає приблизно 70 600 CAD (≈21 100 CAD PPP) за 52 тижні. Середні валові виплати психіатру за послуги дорівнюють близько 3,9 такого річного заробітку; після модельних 20% витрат практики — близько 3,1. Від цієї суми ще сплачуються особисті податки. [104, 21]

Фінансування і нові місця лікування

Бюджетний план **2026/27–2028/29** передбачає **понад 131 млн CAD (≈39,1 млн CAD PPP) нових коштів протягом трьох років** на допомогу людям зі складними психічними розладами, залежностями й набутими ушкодженнями мозку. Серед напрямів — розширення ACT і спеціалізованих місць для недобровільної допомоги в Prince George, Maple Ridge та Surrey. [105]

Проєкт	Стан, бюджет і місткість восени 2026 року
Surrey, King George Boulevard	Будівництво розпочато; до 57 млн CAD (≈17 млн CAD PPP). 60 місць; відкриття заплановано навесні 2028 року. [106]
Prince George	Проєкт затверджено; до 92 млн CAD (≈27,5 млн CAD PPP). Будівництво планували розпочати у вересні 2026-го. Із 72 місць перші 24 — до грудня 2027-го, решта — до кінця 2028-го. [107]

Відкриття нових корпусів передбачає набір персоналу, організацію чергувань і наступної допомоги в громаді. Ліжко в бюджетній таблиці відкривається швидше: для нього ще не треба складати графік чергувань. 🙂

Клінічні випадки: шлях пацієнта через систему

П’ятнадцять гіпотетичних клінічних випадків простежують лікування від першого звернення до тривалого спостереження: роботу лікаря, побут пацієнта, участь родини й переходи між службами.

Клінічний випадок № 1. Післяопераційний біль і розлад внаслідок вживання опіоїдів

Травма й післяопераційне знеболення

Марк, 47 років, встановлює кухонні меблі. Він живе з дружиною Лізою у найманій квартирі в Нью-Вестмінстері; їхня доросла донька навчається неподалік. До травми його робочий день складався зі сходів, важких шаф, поїздок між об’єктами та досить приблизних обідів. Про здоров’я він судив переважно за тим, чи може вранці взути робочі черевики.

У березні 2025 року Марк невдало падає на домашніх сходах і дістає складний перелом у ділянці гомілковостопного суглоба. Проводять репозицію та внутрішню фіксацію. Після операції призначають парацетамол і короткий курс оксикодону за потреби; інші складові знеболення залежать від післяопераційного стану. Спершу оксикодон допомагає саме там, де від нього цього чекають: Марк може поспати, перевести ногу з ліжка на підлогу, дістатися туалету.

Під час повторних призначень лікар оцінює знеболення разом із рухливістю, сном, фактичним прийманням і переносимістю. У Марка відновлення затягується: препарат допомагає виконувати вправи, а повернення до фізичної праці відсувається. [108]

Через шість тижнів рана загоїлася, положення фіксаторів задовільне, але до монтажу кухонь ще далеко. Надвечір нога набрякає, рухи обмежені, після навантаження біль посилюється. Ортопед контролює зрощення. Сімейний лікар продовжує знеболення невеликими призначеннями. Фізичний терапевт бачить Марка кілька разів; на регулярні приватні заняття родині бракує грошей.

Кожен із цих контактів має свою логіку. Проте ніхто ще не зібрав докупи сон, фактичне вживання таблеток, сімейний бюджет і повернення до роботи. Ліза тримає на холодильнику три аркуші з рекомендаціями. Організаційно це вже міждисциплінарна допомога. Адміністративно нею поки що керує холодильник. 🙂

Формування розладу внаслідок вживання опіоїдів

Спочатку Марк приймає оксикодон перед вправами або на ніч. Потім — перед виходом із дому, щоб не думати про ногу. Згодом помічає, що після таблетки легше відповідати на дзвінки замовників. Не зникають ані борги, ані біль, але на певний час відступає відчуття, що він підводить усіх одночасно.

Призначеної кількості дедалі частіше не вистачає. Він приймає більше, ніж домовлявся з лікарем, і раніше просить новий рецепт. Двічі намагається самостійно скоротити вживання. З’являються пітливість, позіхання, кишковий дискомфорт, неспокій; разом із цим зростає біль. За кілька днів він повертається до попереднього режиму.

Фізична залежність проявляється синдромом відміни. Оцінювання розладу внаслідок вживання опіоїдів — opioid use disorder, OUD — зосереджується на втраті контролю, потягу та наслідках уживання для роботи й стосунків.[10] [108, 109]

Восени Марк купує поза аптекою таблетки, які йому продають як оксикодон. Спочатку він пояснює це тим, що не встиг потрапити на прийом. Потім витрачає на пошуки таблеток частину робочого дня. Пропускає домовлені

10. Толерантність і відміна, що виникли лише під час належного медичного застосування опіоїдів, не зараховуються як критерії OUD. [109]

заміри, приховує витрати, відмовляється від сімейних виходів, під час яких не зможе непомітно прийняти препарат. Ліза сердиться не лише через гроші: вона вже не знає, якій із його відповідей можна довіряти.

У січні 2026 року він погоджується на допомогу. Одного ранку донька просить відвезти її на заняття, а він розуміє, що спочатку мусить знайти таблетки. Саме ця перестановка пріоритетів лякає його більше, ніж слово «залежність».

«Я хочу перестати їх шукати, — каже він Лізі. — Але якщо мені просто все заберуть, я не знаю, як витримаю ногу».

Перше звернення до служби медицини залежностей

Марк із Лізою звертаються до Rapid Access to Addiction Care, або RAAC, у Нью-Вестмінстері. Служба Fraser Health приймає безпосередні звернення для оцінювання, початкової стабілізації та переходу до тривалого лікування в громаді. [110]

Перший контакт відбувається в робочий день. Медсестра оцінює інтоксикацію, седацію й невідкладні потреби, після чого організовує лікарський огляд. У вихідні маршрут RAAC починається із сестринського оцінювання; лікарський прийом залежить від клінічної потреби та наявності лікаря. [110]

Лікарка має сімейно-медичну підготовку й працює в медицині залежностей. Вона починає лікування OUD і надалі залучає психіатра для оцінки стійких афективних симптомів.

Частину розмови проводять без Лізи. Марк уточнює те, чого соромився сказати при дружині: час на пошуки, силу потягу, симптоми після пропуску. Потім, за його згодою,

Ліза повертається й доповнює анамнез відомостями про сон, витрати та пропущені домовленості.

Під час огляду він притомний, послідовний, без психозу чи маніакальних проявів. Сон переривчастий, настрій пригнічений, багато провини. Думки «так довго не витримаю» потребують прямого уточнення; наміру чи плану самогубства він не описує. Лікарка також питає про алкоголь, бензодіазепіни, снодійні та попередні передозування. Марк не повідомляє про регулярне вживання седативних препаратів; алкоголь останнім часом уживав зрідка.

Історію аптечного відпуску відновлюють за PharmaNet і звіряють із розповіддю Марка про призначені та придбані поза аптекою препарати. Підтверджувальне дослідження сечі виявляє фентаніл. Марк вважав, що купує оксикодон; тепер план початку лікування враховує контакт із фентанілом і ризик преципітованої відміни.

Паралельно перевіряють функцію печінки й нирок, лікарські взаємодії, пропонують тестування на ВІЛ і гепатит С. Марк заперечує ін’єкційне вживання. Соматичний стан дозволяє розпочати обране лікування. [111]

Розмежування болю, фізичної залежності та OUD

Клінічний план охоплює тривалий післяопераційний біль, фізичну залежність та OUD. Для кожної проблеми визначають власну мету: рухливість і аналгезію, контроль відміни, зменшення потягу й відновлення повсякденного функціонування.

За останні місяці в Марка простежуються шість поведінкових ознак: вживання більшої кількості, ніж він планував; невдалі спроби скоротити його; значні витрати часу; виражений потяг; повторне невиконання робочих

обов’язків; продовження вживання попри конфлікти з дружиною. Сукупність відповідає тяжкому OUD за DSM-5-TR. [109]

Марк може співпрацювати, має житло, підтримку й можливість повторних контактів. Гострих показань до госпіталізації під час огляду немає. Команда починає амбулаторне лікування з частими контактами на етапі добору препарату.

Повторно оцінюють суглоб, знімки, рубець, рухливість, чутливість і реакцію на навантаження. Перелом зрісся, залишаються локальний біль і скутість. Їхній зв’язок із рухом та металоконструкцією спрямовує подальше ортопедичне обстеження.

Найкорисніша для нього фраза цього прийому звучить без урочистості: «Ми можемо лікувати залежність і водночас продовжувати розбиратися з болем». Тепер обидві проблеми входять до спільного плану лікування.

Вибір OAT і початок лікування

Марк питає про кілька днів «детоксу». Лікарка обговорює тривалий контроль потягу, захист від повернення до нерегульованих опіоїдів і збереження толерантності під медичним наглядом. Канадська настанова 2024 року рекомендує для OUD підтримувальне лікування; самостійне завершення лише етапу відміни підвищує ризик повторного вживання й передозування. [112]

Обговорюють терапію агоністами опіоїдів — opioid agonist treatment, OAT. Два основні варіанти першої лінії в національній настанові — бупренорфін і метадон. Враховують попередній досвід, потяг, переносимість, супутні стани, побажання людини й можливість реально отримувати лікування. [112]

Марк обирає сублінгвальний бупренорфін/налоксон. Для нього важливі профіль безпеки та перспектива зручнішого режиму отримання. Метадон залишається повноцінною альтернативою, якщо обраний варіант не дасть достатнього ефекту або не підійде. Назву Suboxone він уже чув, але лікарка записує також міжнародні назви обох компонентів. [113]

Початок бупренорфіну планують за клінічним перебігом відміни, з урахуванням останнього вживання фентанілу. Передчасна стандартна індукція може спричинити преципітовану відміну. Обговорюють стандартний початок за достатньо виражених об’єктивних симптомів і низькодозовий поступовий перехід із перекриттям іншим опіоїдом; для кожного варіанта потрібні узгоджена схема й доступний повторний контакт. [79]

Марк погоджується на стандартну індукцію з очним оцінюванням. На повторному огляді наявна достатньо виражена об’єктивна відміна, яку лікарка оцінює клінічно та за COWS. Початок проходить без преципітованої відміни. Дозу добирають за потягом, симптомами й переносимістю; після титрування він приймає 16 мг бупренорфіну з 4 мг налоксону на добу. [113]



Ілюстрація: чоловік середнього віку та його дружина обговорюють із лікаркою письмовий план лікування на амбулаторному прийомі.

Ранковий пошук таблеток припиняється. Звільнений час Марк поступово повертає вправам і домашнім справам. Біль у нозі, сором і втрата доходу залишаються темами наступних прийомів.

Аптечний відпуск, родина та повсякденні витрати

Після стабілізації призначення OAT бере на себе лікарка амбулаторної клініки залежностей. RAAC погоджує дату першого прийому та забезпечення препаратом до нього. Сімейний лікар продовжує загальномедичну допомогу й лікування болю. [110]

За активного покриття MSP препарат Марка оплачує PharmaCare Plan Z. У родинному бюджеті залишаються витрати на поїздки й приватну фізичну терапію та втрати заробітку через скорочення роботи. [18]

На початку Марк приходить до погодженої аптеки для спостережуваного приймання. Фармацевт знає, з ким зв’язатися щодо пропущеної дози чи незвичної сонливості. Марк знає, куди телефонувати, якщо захворіє або не зможе приїхати. Пізніше лікарка й фармацевт узгоджують частину доз для приймання вдома з безпечним зберіганням.

Робота починається о сьомій, а аптека відчиняється пізніше. Лікарка й фармацевт обговорюють час отримання та дози для домашнього приймання, враховуючи седацію, супутні речовини, зберігання й здатність Марка дотримуватися схеми. Настанова BCCSU передбачає індивідуальне оцінювання безпеки домашніх доз. [79]

Ліза питає, чи потрібно їй контролювати таблетки. Вони домовляються, які ознаки погіршення обговорюватимуть одразу, яку інформацію команда може передавати Лізі за згодою Марка й до кого звертатися щодо пропуску або сонливості. Медичні рішення залишаються за Марком і клінічною командою.

Обом пропонують безоплатне навчання програми Take Home Naloxone: розпізнавання опіоїдного отруєння, виклик екстреної допомоги, підтримку дихання та застосування налоксону. Вони отримують набір додому. [114]

Ліза кладе набір у погоджене місце. Вона все ще сердиться через приховані витрати; відновлення довіри потребує тривалішого часу й щоденних домовленостей.

Психіатрична оцінка після початку ОАТ

Через кілька тижнів фізична відміна вже не пояснює всього пригніченого настрою. Марк менше метушиться, але майже не виходить із дому без потреби. Каже, що став

«людиною, яка тільки лікується». Сімейний лікар організовує психіатричну консультацію.

Психіатр відновлює часовий перебіг настрою до травми та його зміни разом із болем, інтоксикацією й відміною. Уточнює попередні депресивні або маніакальні епізоди, ангедонію, безнадію, суїцидальні думки й повсякденне функціонування.

Анамнезу манії або гіпоманії немає. За серійного оцінювання афективні симптоми слабшають зі стабілізацією сну й поверненням діяльності; повний стійкий депресивний синдром не формується. На наступних прийомах продовжують оцінювати настрій і ризик.

Марк погоджується на психологічну роботу з униканням руху, катастрофічними очікуваннями болю й ритмом дня. ОАТ триває паралельно. Психосоціальну допомогу узгоджують із його можливостями та бажанням брати участь. [112]

Психіатр передає висновок сімейному лікарю й лікарці з медицини залежностей. Вони погоджують, хто спостерігає настрій, хто змінює ОАТ і як обмінюються відомостями після нового призначення.

Спеціалізована допомога при тривалому болю

Сімейний лікар направляє Марка до Jim Pattison Chronic Pain Clinic у Сурреї. Реальний опис цієї служби передбачає команду, до якої входять, зокрема, фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, фармацевти й соціальні працівники, а також консультації спеціалістів із болю. Для входу потрібне направлення від лікаря або фахівця розширеної сестринської практики — nurse practitioner. [115]

Направлення до JPO оформлюють після початку й стабілізації OAT, відповідно до критеріїв клініки щодо лікування залежності. Публічний посібник Fraser Health передбачає ведення болю сімейним лікарем у період очікування спеціалізованої консультації. [116]

Поки Марк чекає, триває ортопедичний контроль. Сімейний лікар уточнює допустиме навантаження й переглядає аналгезію: парацетамол, можливість короткого курсу ібупрофену з оцінкою ниркових і шлунково-кишкових ризиків, взаємодії з іншими ліками.

На консультації з’ясовується, що Марк то майже не ходить кілька днів, то намагається надолужити все за один. Після ривка біль посилюється, і він боїться нового ушкодження. Фізичний терапевт працює з поступовим навантаженням; ерготерапевт розбирає перенесення шаф, роботу навколішки, сходи й перерви. Психолог допомагає відновлювати діяльність, яку Марк обмежує через очікування болю.

Додатково Марк користується матеріалами Pain BC та безоплатними програмами підтримки. Їх поєднують із ортопедичним спостереженням та фізичною реабілітацією. [117]

Його першою погодженою метою стає послідовно виконуване завдання: прогулянка до крамниці й назад без дводенного відлежування після неї. Далі — короткі зміни на легшій роботі. Колега тимчасово бере на себе перенесення важких деталей; Марк готує заміри й креслення. Робота з механізмами та поїздки за кермом окремо обговорюються з огляду на фактичний стан, сонливість і зміни ліків.

Навесні грошей іще бракує. Ліза бере додаткові зміни. Соціальна працівниця допомагає з документами щодо

виплат і доступних ресурсів. Родина утримує квартиру завдяки додатковому заробітку та відкладеним витратам.

Повторне вживання і перегляд лікування

У квітні Марк береться за завеликий обсяг роботи. Два вечори поспіль біль і тривога різко посилюються. Наприкінці дня він знову відчуває потяг, якого раніше майже не було. Одного разу не встигає до аптеки; наступного дня приймання відновлюється після узгодження. Протягом цього тижня він двічі купує нерегульовані таблетки.

На черговому прийомі про це стає відомо не лише з аналізу: Марк сам розповідає, що сталося. Його перше питання — чи не виключать тепер із лікування. Лікарка уточнює останні дози, інші речовини, сонливість, ризик отруєння, настрій і те, коли саме виникає потяг. Аптека підтверджує історію отримання препарату.

Команда переглядає безпеку й ефективність ОАТ: достатність дози, супутні седативні речовини, зберігання ліків і здійсненність аптечного режиму. Після повторного вживання фентанілу лікування продовжують, узгодивши частіші контакти. Позитивний результат дослідження сечі сам по собі не є підставою для припинення ОАТ. Лікарка зіставляє його з клінічною оцінкою; режим домашніх доз визначає за безпекою зберігання, седацією, регулярністю приймання та потребою в підтримці. [79]

У Марка виявляється повторний потяг наприкінці дня й у дні, коли він не пропускав препарат. Після оцінювання й титрування добову дозу підвищують до 24 мг бупренорфіну з 6 мг налоксону. Лікарка й Марк переглядають час видачі в аптеці, навантаження на роботі та можливість наступного контакту, щоб погоджений режим був здійсненним у робочі дні. [113]

Ліза сприймає цей епізод як повернення до приховування. На спільній зустрічі Марк домовляється повідомляти про наростання потягу раніше, ніж зникають гроші. Ліза прямо говорить про фінансову тривогу. У них з’являється спільний план реагування на наступне погіршення.

Періопераційне лікування під час повторного втручання

Улітку 2026 року ортопед повторно оцінює стійкий локальний біль і подразнення над металоконструкцією. Після підтвердженого зрощення й обговорення очікуваної користі погоджують планове видалення частини фіксаторів. Відновлення рухливості та лікування залишкового болю продовжуватимуть після втручання.

Найбільше Марка хвилює не розріз. «Якщо їм скажуть про залежність, вони взагалі дадуть знеболення?» Ліза боїться протилежного: що йому знову випишуть опіоїд і вся попередня робота втратить сенс.

Анестезіолог узгоджує продовження бупренорфіну/налоксону, мультимодальне знеболення та додатковий короткодіючий опіоїд за потреби. У плані визначають контроль аналгезії, седації й дихання та перехід до амбулаторних призначень. Такий підхід описаний у настанові BC та періопераційному експертному консенсусі. [79, 118]

Під час госпіталізації застосовують регіонарне знеболення й неопіоїдні засоби. Для проривного болю короткочасно використовують гідроморфон під клінічним спостереженням. Дозу добирають за ефектом, рівнем свідомості й диханням, враховуючи толерантність та дію бупренорфіну. [118]

Лікарня звіряє з аптекою останню фактично отриману дозу. Погоджують видачу в день надходження, а перед

випискою — наступний відпуск і чинність рецепта. Телефонне звіряння доповнює PharmaNet відомостями про лікарняні введення. [53]

Виписку планують на п’ятницю. Медсестра отримує підтвердження аптеки, що оновлені призначення надійшли й препарат буде доступний у вихідні.

Гідроморфон припиняють після короткого післяопераційного періоду відповідно до заздалегідь погодженого плану. ОАТ триває. Лікарка з медицини залежностей і сімейний лікар отримують інформацію про операцію та зміну аналгезії. Для Марка найважливіший підсумок простий: він переніс нове втручання, не приховуючи залежності й не залишаючись без лікування болю.

Результат лікування та подальше спостереження

Восени Марк працює неповний день. Нога все ще обмежує деякі завдання, проте він може планувати тиждень без постійного пошуку таблеток. Останні місяці не повідомляє про нерегульоване вживання; це узгоджується з клінічним спостереженням та обстеженнями, які проводять за потребою. Він продовжує бупренорфін/налоксон, поступово відновлює витривалість, краще спить.

«А коли вже можна буде без препарату?» — питає Марк. Він хоче звільнити день від лікувальних справ. Лікарка обговорює потяг, стабільність роботи, попереднє повернення до вживання й ризики припинення. Поки що він обирає продовження ОАТ із пізнішим переглядом.

У когортному дослідженні 55 347 отримувачів ОАТ у BC за 1996–2018 роки смертність була нижчою під час лікування, ніж у періоди поза ним. Після поширення фентанілу смертність поза ОАТ зростала, тоді як на лікуванні залишалася стабільнішою. Це надає тривалому

утриманню в допомозі клінічного значення поряд із поверненням до роботи й родинного життя. [119]

Подальші зміни дози узгоджуватимуть за потягом, функціонуванням, переносимістю й бажанням Марка. У разі переїзду команда передасть призначення та зв’яже його з новим надавачем.

Ліза оцінює результат трохи інакше. Вона знову може погоджувати з чоловіком звичайні витрати, не перевіряючи кожну відповідь. Донька вже не мусить щоразу з’ясовувати, чи тато сьогодні спроможний допомогти. Сам Марк каже, що повернув собі не колишню ногу, а право думати протягом дня про щось інше.

Продовження терапії між країнами

Якби Марк лікувався в Україні, його маршрут поєднав би ортопедичне спостереження з програмою ЗПТ на основі метадону або бупренорфіну. Перед повторною операцією нарколог і анестезіолог узгодили б останню дозу, її продовження та додаткову аналгезію. ЦГЗ публікує відомості про пункти ЗПТ і переведення пацієнтів, що допомагає організувати лікування після зміни місця проживання. [120]

У зворотному напрямку — з України до ВС — ключовими стали б підтверджена схема й остання доза, огляд місцевим лікарем, який проводитиме ОАТ, покриття ліків та погоджена аптека. Відсутність проміжку між останньою видачею в одному місці й першою в іншому зберігає вже досягнуту стабільність.

Клінічний випадок № 2. Перший депресивний епізод у працюючої дорослої людини

Початок захворювання та перша консультація



Ілюстрація: жінка стоїть біля вікна своєї квартири й дивиться на вулицю після дощу.

Еммі 36 років. Вона працює бібліотекаркою у Вікторії, живе з партнером, раз на тиждень співає в аматорському хорі. Протягом двох місяців її світ поступово звужується. Спершу вона перестає відповідати друзям, потім пропускає репетиції, а згодом помічає, що навіть вихідний не приносить полегшення. На роботі читає той самий абзац кілька разів. Уранці прокидається раніше, ніж треба, і лежить без сну, обмірковуючи власну нібито професійну неспроможність.

Привід для звернення досить буденний: вона втретє забуває підготувати матеріали до дитячого заходу.

Сімейна лікарка, яка знає Емму кілька років, призначає окремий довший прийом. Пацієнтка називає це перевтомою. Партнер, зі згоди Емми присутній наприкінці розмови, описує зміни вдома: улюблені заняття втратили для неї привабливість, а спільні вечори проходять переважно в мовчанні.

Під час огляду Емма охайна, контактна, відповідає повільніше, ніж зазвичай. Настрій стійко знижений, задоволення майже немає, сон і апетит порушені, енергії бракує. Самооцінка стала непропорційно суворою. Вона іноді думає, що було б легше не прокинутися, але заперечує намір і план самогубства. Лікарка уточнює попередні спроби, доступні засоби, алкоголь, здатність звернутися по допомогу та підтримку вдома.

PHQ-9 становить 17 балів; його повторять під час лікування разом з оцінкою функціонування. Емма заперечує періоди підвищеної енергії зі зменшеною потребою у сні, незвичних витрат або розгальмованості; відповідного сімейного анамнезу немає. Психотичні симптоми, вживання стимуляторів або новий препарат, який пояснював би зміни, відсутні.

Соматичний огляд без суттєвих відхилень. Через втому й зміни апетиту перевіряють загальний аналіз крові та функцію щитоподібної залози: гемоглобін 132 г/л, ТТГ 1,8 мМО/л. Сукупність анамнезу й психічного статусу відповідає першому великому депресивному епізоду помірної тяжкості, без психотичних ознак.

Вибір лікування і перші тижні

Емма хотіла б почати з психологічної допомоги, але боїться втратити роботу. Після обговорення варіантів вони обирають сертралін із поступовим початком та втручання

на основі КПТ. Мета — відновити сон, концентрацію, працездатність і задоволення від звичних занять. [40]

Емма має постійну сімейну лікарку, підтримку вдома й можливість тимчасово скоротити навантаження. Вона долучається до безоплатної BounceBack: опрацьовує матеріали КПТ з телефонною підтримкою навченого консультанта. Лікарка продовжує клінічне спостереження та оцінювання ризику. [41]

Після першого тижня Емма телефонує через нудоту. Лікарка уточнює тяжкість, прийом препарату та інші симптоми; домовляються про повільніше підвищення дози. У наступні тижні сертралін доходить до 100 мг на добу. Дата повторного контакту визначена заздалегідь.

Поведінкову активацію починають із коротких прогулянок і однієї невеликої справи на день. Посильна діяльність поступово розриває коло бездіяльності, провини й виснаження. Пізніше Емма вчиться помічати автоматичний висновок «якщо я помилилася, то я непридатна до роботи».

Партнер на прохання Емми регулярно запрошує її на спільні прогулянки. Повернувшись на репетицію, вона залишається на половину заняття, а наступного тижня — трохи довше.

Ремісія, підтримувальний етап і завершення курсу

На шостому тижні сон кращий, пасивні думки про смерть зникли, PHQ-9 знизився до 9; концентрація й задоволення відновлюються повільніше. Через три місяці Емма знову працює повний день, має 4 бали за PHQ-9 і планує наступний місяць без відчуття неминучої невдачі.

Після ремісії лікування продовжують приблизно дев’ять місяців, зважаючи на ризик повторення й переносимість. CANMAT передбачає для багатьох пацієнтів 6–12 місяців

підтримувальної терапії, а за підвищеного ризику рецидиву — довший курс. [40]

Сексуальна побічна дія зберігається довше, ніж нудота, і впливає на рішення про тривалість курсу. За стабільного стану дозу знижують поступово. Короткочасне запаморочення після чергового зменшення оцінюють як можливий симптом відміни та уповільнюють наступний крок. На повторних прийомах перевіряють ангедонію, ранні пробудження й самозвинувачення.

На пізнішому контрольному прийомі Емма працює, співає й завершила курс антидепресанта. Вона впізнає ранні ознаки погіршення та має домовленість про повторне звернення до своєї лікарки.

Клінічний випадок № 3. Генералізована тривога, панічні напади й економічна нестабільність

Симптоми в умовах реальної невизначеності



Ілюстрація: батько з телефоном у руці спостерігає, як діти виконують шкільні завдання; у кімнаті працює телевізор.

Амірові 41 рік. Він живе з дружиною й двома школярами в Келовні, працює в логістиці. Після скорочення годин сімейний бюджет тримається на змінних заробітках обох дорослих. Оренда зросла, а літні поїздки до родичів стали недоступними. Тривога спочатку має зрозумілий предмет: чи вистачить грошей наступного місяця.

За вісім місяців вона виходить далеко за межі вечірнього перегляду рахунків. Амір майже щодня очікує неприємностей, напружує плечі, погано спить, перевіряє повідомлення з роботи навіть уночі. Його хвилює вже не

лише оренда, а здоров’я дітей, помилки в документах, власна пам’ять. Переконування дружини допомагає на десять хвилин, після чого з’являється наступне «а якщо».

Одного разу в магазині виникають серцебиття, тремтіння, нестача повітря та страх смерті. У відділенні невідкладної допомоги оцінюють гострі соматичні причини з огляду на симптоми й ризики; після обстеження підстав для гострого коронарного синдрому не знаходять. Амір іде додому з полегшенням, але за кілька днів починає боятися самого повторення нападу. Він уникає черг, перестає їздити далеко від дому й просить дружину бути поруч у супермаркеті.

Подальша оцінка виявляє тривалий генералізований тривожний розлад із панічними нападами. Уточнюють частоту несподіваних нападів, сталість страху повторення й уникання, зв’язок із кофеїном, алкоголем, ліками та соматичними симптомами.

Амір випиває кілька великих кав щодня; вживання кокаїну й амфетамінів заперечує. Маніакальних епізодів не було. GAD-7 становить 16 балів. ТТГ, загальний аналіз крові й неврологічний огляд без суттєвих відхилень. Фінансову нестабільність і її вплив на сон та лікувальні витрати обговорюють окремо.

Пошук постійної допомоги

Після переїзду родина ще не має постійного сімейного лікаря. Перші рецепти й довідки Амір отримує на різних прийомах. Щоразу він починає з історії про серце, бо саме вона здається йому найбільш медично переконливою. В одному записі домінують панічні симптоми, в іншому — безсоння. На кожному прийомі він заново пояснює попередні обстеження й призначення.

У бажаному маршруті одна клінічна команда відстежувала б відповідь на лікування й допомагала перейти до КПТ потрібної інтенсивності. Приватна психотерапія виявляється дорожчою, ніж родина може оплачувати регулярно. Роботодавець покриває лише обмежену частину витрат. Пропозиція «знайдіть психолога» залишає Аміра перед вибором між лікуванням і поточними рахунками.

Витрати на регулярні зустрічі можуть бути значними. Рекомендована Британсько-Колумбійською психологічною асоціацією ставка на 2025–2026 роки становить 245 CAD (≈73,1 CAD PPP) за годину; приватні фахівці встановлюють власну плату. Чотири зустрічі за такою ставкою коштували б 980 CAD (≈292 CAD PPP). Для Аміра навіть часткова доплата після страхового відшкодування конкурує з орендою. [46]

Безоплатні матеріали можна відкрити ввечері, проте тоді Амір виснажений, а вдома бракує тихого місця. Лікарка оцінює придатність BounceBack, розрахованої на легку або помірну тривогу, і шукає регулярну психологічну роботу з його вираженим униканням. [41]

Лікування під час очікування і подальша КПТ

На наступних прийомах вдається домовитися про повторні контакти з тією самою лікаркою. Вона узгоджує початок сертраліну з низької дози та повільним підвищенням, оскільки Амір уважно прислухається до серцебиття. Обговорюють початкову тривогу, шлунково-кишкові побічні дії й відкладений ефект; КПТ планують паралельно. [121, 122]

На 100 мг сертраліну після поступового титрування напади стають рідшими. Уникання транспорту й магазинів

зберігається, тому функціональні цілі потребують окремої роботи. Амір також скорочує кофеїн.

Згодом він починає обмежений курс доступної КПТ. Психолог працює з катастрофічним тлумаченням тілесних відчуттів, перевірянням і униканням. Вправи планують поступово: коротка поїздка, перебування в черзі, повернення до завдання без повторного вимірювання пульсу. За потреби використовують інтероцептивну експозицію після належної клінічної оцінки. Домашні вправи вбудовують у змінний робочий графік і переглядають на наступній зустрічі. [121]

Соціальна працівниця допомагає оформити доступні виплати й розібрати рахунки. Дружина за спільним планом поступово скорочує супровід: спочатку чекає біля магазину, згодом Амір робить покупки сам.

Повернення самостійності

За пів року Амір знову їздить на роботу, робить покупки сам і краще спить. GAD-7 знижується до 7. За нестабільного доходу він тепер може обговорити витрати, зробити потрібний дзвінок і продовжити день після неприємної новини.

Підтримувальне лікування продовжують із періодичним переглядом. На випадок нового погіршення сну Амір має контакт своєї лікарки й план повернення до вправ КПТ.

Клінічний випадок № 4. Розлад внаслідок вживання алкоголю без тяжких соматичних ускладнень

Виявлення проблеми на звичайному прийомі



Ілюстрація: кухар готує овочі до вечірньої роботи ресторану; колега працює неподалік.

Пітерові 52 роки. Він кухар у невеликому ресторані в Нанаймо, живе з дружиною, у вихідні ремонтує човен разом із приятелем. До лікарки приходить через підвищений артеріальний тиск. Про алкоголь говорить без особливого занепокоєння: кілька банок пива після зміни, іноді більше у вихідні. Непорозуміння починається зі слова «банка». Йдеться переважно про 473 мл пива міцністю 7%: близько 26 г етанолу, або 1,94 канадської стандартної порції по 13,45 г. [123]

Після уточнення об’єму й міцності фактичне споживання виявляється значно вищим за первісну оцінку. Пітер

регулярно випиває більше, ніж планував, безуспішно намагався скоротити вживання, відчуває потяг наприкінці зміни й продовжує пити попри конфлікти вдома. Чотири поведінкові критерії відповідають AUD помірної тяжкості. [81]

В анамнезі немає судом, делірію чи ранкового прийому алкоголю для зняття тремтіння. Раніше Пітер витримував кілька днів без алкоголю й тяжких симптомів. Перед скороченням споживання лікарка оцінює ризик відміни, соматичні хвороби, седативні речовини, підтримку вдома й можливість повторного огляду.

Депресивного чи маніакального епізоду немає. Сон поверхневий, з раннім пробудженням і часовим зв’язком із вечірнім уживанням. Опіоїди, бензодіазепіни й снодійні Пітер заперечує. АЛТ — 48 Од/л за верхньої межі 40; білірубін та альбумін у референтних межах, eGFR — 88 мл/хв/1,73 м². Лікарка планує повторну оцінку печінкових показників у процесі лікування.

Мета лікування і вибір препарату

Пітер хоче зменшити потяг, повернути контроль і краще спати. Вони погоджують початкову мету скорочення вживання, критерії оцінки результату й можливий подальший перехід до утримання від алкоголю.

За відсутності опіоїдів і клінічних протипоказань обирають налтрексон: 25 мг на добу на початку, далі за переносимістю 50 мг. Перед призначенням уточнюють також кодеїн та інші опіоїди в комбінованих знеболювальних: налтрексон блокує їхню дію й може спричинити відміну за опіоїдної залежності. Налтрексон і акампросат належать до препаратів першої лінії тривалого лікування AUD. [81]

Споживання скорочується амбулаторно, з раннім повторним контактом; тяжкої відміни немає. Першими днями виникає легка нудота. Пітер веде короткий календар уживання, потягу й сну. У записах повторюється один момент: останні пів години зміни, коли втома збігається зі звичним запрошенням колег.

Консультант працює з цією ситуацією. Пітер домовляється йти додому з колегою, який завершує вечір без алкоголю, і заздалегідь вечеряти. На сімейній зустрічі вони з дружиною погоджують відкрито говорити про потяг і витрати.

Перебіг протягом року

За два місяці тяжке вживання рідшає, сон поліпшується, тиск легше контролювати. Після конфлікту на роботі Пітер одного вечора знову випиває значно більше запланованого. На прийомі розбирають послідовність подій, регулярність налтрексону та можливість частіших зустрічей із консультантом.

На четвертому місяці Пітер сам обирає повне утримання: йому простіше пройти вечір без першої порції, ніж щоразу зупинятися. Попередня робота допомогла визначити ризикові ситуації й знайти прийнятну підтримку.

Через рік стан стабільний. Тривалість приймання налтрексону переглядають за потягом, переносимістю й побажаннями Пітера. Залишається домовленість про швидке повторне звернення в разі погіршення.

Лікування від початку проходило в громаді: проблема стала видимою на прийомі з приводу артеріального тиску, а подальші контакти поєднали соматичний контроль, фармакотерапію AUD і роботу зі звичними вечірніми ситуаціями.

Клінічний випадок № 5. Перший психотичний епізод у молодого дорослого

Зміни до першого звернення

Раджеві 22 роки. Він живе в Сурреї з матір’ю та старшою сестрою, навчається в коледжі й підробляє в магазині електроніки. Останній семестр починається з пропусків занять. Родина пояснює це нічними іграми, а сам Радж — тим, що викладачі навмисно формулюють завдання двозначно. Він дедалі частіше перевіряє вікно й заклеює камеру ноутбука, а згодом каже сестрі, що однокурсники передають через телефон коментарі про його думки.

Протягом кількох тижнів сон скорочується, гігієна погіршується, з’являються голоси, які обговорюють його. Радж наляканий і переважно залишається вдома. Одного вечора відмовляється від їжі, переконаний, що її підмінили. Сестра допомагає дістатися невідкладної допомоги.

Перший запис описує психотичний синдром із маяченням переслідування, слуховими галюцинаціями та функціональним спадом. Уточнюють тривалість, попередній розвиток, афективні епізоди й соматичні ознаки. Радж повідомляє про регулярний канабіс високої міцності; його роль оцінюватимуть за часовим зв’язком і подальшим перебігом після припинення.

У відділенні Радж орієнтований, увага загалом утримується, свідомість не коливається. Немає гарячки, нового головного болю, судом або вогнищевих неврологічних симптомів. Базові дослідження, токсикологічний анамнез та огляд спрямовують подальший пошук; нейровізуалізацію й спеціальні аналізи визначають клінічні показання. Безперервне

спостереження потрібне також для оцінки ризику, харчування й здатності погоджувати лікування.

Гостре лікування та раннє втручання

Після кількох розмов Радж погоджується на коротку добровільну госпіталізацію. Йому пропонують рисперидон у низькій початковій дозі з поступовим титруванням. Обговорюють сонливість, рухові побічні явища, пролактин і метаболічні зміни. До лікування фіксують масу тіла, артеріальний тиск, показники глюкозного й ліпідного обміну. Такий початок дає точку відліку, коли через місяць пацієнт скаже, що почувається «не таким».

Відповідь на перший антипсихотик оцінюють протягом достатнього курсу, одночасно перевіряючи фактичне приймання й переносимість. За часткової відповіді команда уточнює ці обставини перед зміною препарату. [124]

Ще до виписки встановлюють контакт з Early Psychosis Intervention у Fraser Health. Програма приймає людей 13–30 років із першим психотичним епізодом, зокрема за зверненням родини, й надає допомогу до трьох років. Оцінювання охоплює також супутнє вживання речовин. [4]

Перший амбулаторний контакт відбувається невдовзі після виписки. Радж знає ім’я координаторки, сестра має її контакт. В епікризі зазначені симптоми, препарат, ризики, найбільші страхи Раджа та способи встановлення довіри.

Як уточнюється діагноз

Голоси стають рідшими, переконання про стеження слабшає повільніше. Радж припиняє канабіс і відновлює сон. Психотичні симптоми зберігаються після періоду інтоксикації; загальна тривалість розладу, функціональний

спад і відсутність домінантного афективного епізоду дозволяють згодом уточнити діагноз шизофренії.

Мати запитує про повернення до навчання. Психіатр обговорює збережені здібності, труднощі уваги й поступове навантаження. Радж найбільше хвилюється за конфіденційність. Разом визначають, які відомості він готовий передати коледжу для отримання підтримки.

За кілька місяців виникає акатизія. Радж описує неможливість спокійно сидіти; сестра сприймає це як нове збудження. Суб’єктивне внутрішнє напруження, потреба рухатися й огляд допомагають встановити побічну дію. Переглядають дозу, а згодом погоджують заміну антипсихотика з контролем психотичних симптомів.

Навчання, родина і тривалий супровід



Ілюстрація: молодий чоловік із рюкзаком і папкою йде коридором коледжу разом із сестрою.

Ерготерапевт допомагає відновити розклад дня. Радж повертається на один курс; увагу, витривалість і темп роботи оцінюють за реальними заняттями. Наступний курс планують після адаптації до цього навантаження.

На сімейних зустрічах обговорюють ранні зміни сну, напруження та підозріливості. Мати вчиться відповідати на страх сина спокійно й коротко. Радж, сестра й координаторка розподіляють організацію прийомів і домовляються, яку інформацію передавати родині.

Через рік Радж навчається неповний час і працює кілька змін на тиждень. Негативні симптоми та когнітивні труднощі ще обмежують темп. На прийомах обговорюють антипсихотик, сексуальні побічні дії, фізичну активність, стосунки та спілкування з друзями.

Окремо розглядають ін’єкційну форму пролонгованої дії: частоту відвідувань, зручність і побажання Раджа. Будь-яке зменшення підтримувального лікування потребуватиме оцінки попереднього перебігу й ризику рецидиву та частішого спостереження.

Перехід після завершення трирічної програми починають готувати завчасно. Координаторка разом із Раджем і психіатром визначатиме потрібний рівень подальшої підтримки та приймальну команду. [4]

Клінічний випадок № 6. Тривала шизофренія, клозапін і госпіталізація з пневмонією

Попередній перебіг і часткова стабілізація

Девідові 54 роки. Психотичний розлад почався в молодому віці; за тридцять років були ремісії, повторні госпіталізації, кілька переїздів і зміни лікарів. Тепер він живе у квартирі з підтримкою в регіоні Fraser. Сестра навідується щотижня. Він любить радіопередачі про садівництво й доглядає кілька ящиків із зеленню на балконі.

У попередніх записах довго стояло слово «резистентний», хоча частина невдалих курсів була перервана через побічні явища або нерегулярний прийом. Пізніше команда відновила історію лікування і підтвердила два достатні за дозою, тривалістю та фактичним прийомом курси різних антипсихотиків без належної відповіді. Лише після цього питання про клозапін набуло чіткого клінічного підґрунтя. Перевірка адекватності попередніх спроб є важливою частиною канадських рекомендацій щодо резистентної шизофренії. [124]

Клозапін зменшив інтенсивність голосів і частоту криз. Девід усе ще іноді переконаний, що сусіди обговорюють його, але може відкласти цю думку й піти по покупки. Підтримка потрібна для складних побутових справ, грошей і регулярного лікування.

Консультаційну підтримку надає Fraser Health Psychosis Treatment Optimization Program — амбулаторна служба оптимізації антипсихотичного лікування, зокрема клозапіном. Місцева команда, аптека й сімейний лікар забезпечують щоденний супровід. [125]

Спостереження за лікуванням

Девід приймає стабільну індивідуально підібрану дозу клозапіну. Команда контролює абсолютну кількість нейтрофілів за канадською системою моніторингу препарату, а на прийомах — випорожнення, ортостатичні симптоми, сонливість, масу тіла й глікемію.

Після прямого запитання Девід розповідає про рідкі випорожнення зі значним напруженням. Лікар призначає лікування закрепу, а медична сестра домовляється з Девідом про облік випорожнень, болю, здуття та інших ознак погіршення. Клозапін-асоційована гіпомоторика кишечника може спричинити тяжкі ускладнення. [126]

Сімейний лікар також веде цукровий діабет 2 типу; HbA1c становить 7,2%. Кількість викурених сигарет фіксують при кожній суттєвій зміні стану: продукти горіння тютюну індукують метаболізм клозапіну, а припинення куріння може підвищити його концентрацію. Нікотинозамісна терапія цього індукувального ефекту не має. [127]

Гостре соматичне захворювання

У лютому 2026 року Девід кілька днів кашляє, стає слабшим і відмовляється від звичайних покупок. Працівниця підтримки помічає сонливість і викликає медичну допомогу. У лікарні температура 38,6 °C, сатурація 89% без кисню, частота дихання 26 за хвилину. Рентгенографія показує інфільтрат у нижній частці правої легені. Це госпіталізація до загальномедичного відділення з пневмонією та гіпоксемією.

Увага й орієнтація коливаються, Девід плутає день і ніч та повільно відповідає. Сестра описує різку зміну порівняно зі звичним станом. Гострий початок і порушення уваги спрямовують оцінювання до делірію, пов’язаного з пневмонією.

Інтерніст лікує пневмонію, оцінює оксигенацію, гідратацію та глюкозу. Консультативний психіатр відновлює базовий рівень функціонування й уточнює можливий внесок ліків. Фармацевт перевіряє фактичний прийом, останні дози, взаємодії та зміни куріння. Девід перестав курити вже вдома, коли захворів, і в лікарні не повертається до тютюну.

Інфекція та припинення куріння можуть підвищити концентрацію клозапіну. Через сонливість психіатр призначає вимірювання рівня клозапіну й переглядає дозу. Інтерніст продовжує корекцію гіпоксемії, гідратації та метаболічних порушень, а фармацевт звіряє взаємодії. Троє фахівців узгоджують один план. [126, 127]

Чому пропущена доза стає важливою

Через сонливість Девід пропустив кілька прийомів до надходження. Команда встановлює тривалість перерви: за канадською монографією після щонайменше двох днів приймання відновлюють із малої дози, щоб зменшити ризик гіпотензії, брадикардії та синкопе. [126]

Сестра приносить аптечні пакети. Їх зіставляють із фактичним прийманням і відомостями аптеки; після оцінки токсичності та соматичної стабільності складають план повторного титрування. Під час переходу стежать також за поверненням психотичних симптомів.

З одужанням від пневмонії увага поліпшується. Девід починає читати короткі газетні нотатки, згадує про рослини й просить сестру полити їх. Вона впізнає звичний ритм його розмови.

Виписка і повернення до громади



Ілюстрація: чоловік після пневмонії йде лікарняним коридором, тримаючись за поручень; медсестра йде поруч.

Перед випискою оцінюють ходьбу, харчування, побутові навички та залишкову слабкість. За оцінкою ерготерапевта Девід потребує допомоги з кількома новими призначеннями. Підтримку вдома тимчасово посилюють.

Аптека отримує остаточну схему клозапіну, план аналізів і контакт психіатра, який призначає клозапін. Сімейному лікарю передають зміни соматичного лікування. Окремо фіксують припинення куріння й план повторної оцінки дози, якщо Девід повернеться до сигарет.

На першому прийомі Девід хоче продовжити утримання від тютюну й погоджується на підтримку. Фактичне куріння надалі уточнюють разом із переносимістю клозапіну. Через кілька тижнів він знову ходить по покупки, а психотичні симптоми повертаються до попереднього контрольованого рівня.

Клінічний випадок № 7. Біполярний розлад I типу, нестабільне житло та кримінальне провадження

Рецидив манії

Оуенові 34 роки. Він працює на будівельних об’єктах у Ванкувері, останні місяці винаймає кімнату за короткостроковою домовленістю. Біполярний розлад I типу відомий із двадцятих років: була манія з госпіталізацією й окремий депресивний епізод. На літії він кілька років залишався стабільним, але після переїзду пропустив аналізи, а згодом перестав приймати препарат. Ранній тремор і потребу регулярно здавати кров він давно сприймав як плату за життя, яке вже й так налагодилося.

Є попередня судимість за майнове правопорушення. У доступних записах психічний стан на час тієї події описаний неповно; захисник уточнює її правове значення в межах нинішньої справи.

Перед нинішнім зверненням Оуен десять днів спить по дві-три години, майже не відчуває втоми, говорить швидко й перебиває. Він бере кредит на інструменти для підприємства, якого ще не існує, розсилає нічні пропозиції знайомим і переконаний, що отримав особливі можливості керувати великим проєктом. Конфлікт із власником кімнати загострюється: Оуен пошкоджує двері й висловлює погрозу. Сусіди викликають поліцію.

У невідкладній допомозі виявляють манію з грандіозним маяченням та істотно зниженою критикою. Оцінюють алкоголь, стимулятори, соматичні причини й ризик повторної небезпечної поведінки. Клінічні й правові критерії дають підстави для недобровільної госпіталізації за Mental Health Act; Оуену пояснюють статус, права та процедуру перегляду. [14]

Стаціонарне лікування та окрема правова лінія

Відновлюють сон і починають антиманіакальне лікування кветіапіном та літієм, враховуючи попередню відповідь. Перед літієм перевіряють ниркову функцію, електроліти, кальцій, ТТГ і взаємодії. Після титрування за стабільного приймання концентрація через 12 годин після дози становить 0,8 ммоль/л. Ефект і переносимість оцінюють разом із цим показником. [43]

Через два тижні Оуен спить довше, вислуховує запитання й сумнівається у грандіозних планах. З’являються сором і страх: кімнату втрачено, кредит залишається, поліція подала матеріали щодо пошкодження майна та погрози. Crown counsel оцінює їх і вирішує питання схвалення обвинувачень за процедурою BC. [128]

Оуен просить лікаря описати його хворобу для суду. Психіатр готує клінічні відомості в межах належного запиту. Захисник розглядає окремі питання: кримінальну відповідальність на момент події та теперішню здатність брати участь у провадженні. Критерій NCRMD стосується здатності оцінювати характер і якість діяння або усвідомлювати його неправильність через психічний розлад. [129]

Справа продовжується звичайним кримінальним шляхом. Захисник пояснює варіанти захисту та умови звільнення: заборону контакту з конкретною особою й повернення за попередньою адресою. Команда враховує ці умови під час пошуку житла й планування виписки.

Коли клінічна стабілізація випереджає житлове рішення

До госпіталізації Оуен уже жив нестабільно. Повернення до кімнати заборонене, а в сестри маленька квартира.

Вона бере на себе допомогу з документами й транспортом; проживання команда шукає через житлові служби.

Соціальна працівниця допомагає подати заяву через Supportive Housing Registration Service BC Housing та зв’язується з виїзною службою допомоги людям без житла. Одночасно шукають місце для найближчої виписки; довготривалу заявку розглядають за потребою й доступними місцями. [130, 131]

У якісному дослідженні 2025 року 24 мешканці supportive та complex-care housing у BC описували тривале й неоднакове очікування, обмежений вибір місця та пристосування до правил нового житла. Ці труднощі відображають і становище Оуена: клінічний стан поліпшується швидше, ніж з’являється відповідна адреса. [132]



Ілюстрація: чоловік розкладає речі з дорожньої сумки в невеликій кімнаті тимчасового проживання.

До виписки знаходять тимчасове розміщення з підтримкою. Першу амбулаторну зустріч, аналізи й аптеку

погоджують з урахуванням цієї адреси. Заявка на триваліше житло залишається в роботі.

Один запис на аналіз доводиться перенести через транспорт. Медсестра погоджує нову дату, повідомляє лікаря, який веде лікування та допомагає поєднати поїздку з наступним прийомом.

Подальший перебіг і повернення відповідальності

Оуен поступово розбирає фінансові наслідки манії. Йому важко говорити про пошкоджені двері та страх іншої людини. Психотерапевтична робота охоплює переживання сорому, розуміння епізоду й реалістичні способи виправлення наслідків у межах судових умов.

Поступово формують план ранніх ознак: скорочення сну, швидке наростання проєктів, витрати й відчуття особливої спроможності. Сестра за його згодою знає, кому передавати спостереження. План підтримки включає лабораторний контроль літію, функції нирок і щитоподібної залози; також обговорюють зневоднення, взаємодії з деякими знеболювальними й зміни інших препаратів. [43]

Кветіапін спричиняє ранкову сонливість. Після стабілізації схему переглядають разом із планом повернення до роботи; окремо оцінюють безпеку водіння й механізмів. Через тимчасове житло команда домовляється підтримувати контакт під час наступного переїзду.

На момент наступної оцінки судове провадження триває. Оуен уже може обговорювати рішення з адвокатом, відвідувати клініку та поступово відновлювати роботу. Житлова й правова частини його життя потребуватимуть подальшого супроводу.

Клінічний випадок № 8. Деменція, сімейний догляд і делірій під час соматичної хвороби

Поступове зниження функціонування



Ілюстрація: літня жінка, її чоловік, донька й медсестра вдома обговорюють тижневий розклад догляду.

Мей 79 років. Вона живе з чоловіком у Бернабі; донька мешкає неподалік і буває кілька разів на тиждень. Родина має усталені звички: недільний обід, прогулянка знайомим маршрутом, розмови з онуками. Мей любить готувати, хоча останні два роки дедалі частіше потребує допомоги з послідовністю страв.

Спочатку труднощі здавалися забудькуватістю: повторні запитання, загублені рахунки, плутанина з датами. Згодом вона двічі прийняла ранкові ліки й перестала справлятися з оплатою покупок. Чоловік узяв ці справи на себе, тому загальний побут довго виглядав майже незмінним. Саме розмова про те, хто тепер що робить, показала реальне зниження самостійності.

Під час обстеження враховують слух, зір, мову, освіту й попереднє функціонування. Когнітивні проби доповнюють відомостями про ліки, депресивні симптоми, неврологічним оглядом, лабораторними дослідженнями й нейровізуалізацією. Картина відповідає деменції, найімовірніше альцгеймерівського типу, із судинними чинниками ризику.

Обговорюють донепезил, очікувану симптоматичну користь та шлунково-кишкові й серцеві побічні дії. Вдома організовують аптечні пакети, погоджений контроль приймання, допомогу з фінансами й безпечне користування кухнею. Поведінкові симптоми та потреби догляду оцінюють на наступних прийомах. [133, 134]

Що означає допомога родини

Чоловік має артроз і потребує перепочинку; донька працює. Домашня оцінка охоплює години доступної допомоги, купання, пересування, їжу й нічний сон. За її результатами визначають home support і можливість перепочинку для доглядальників; участь у витратах на частину послуг залежить від доходу. [135, 136]

Чоловік каже, що справляється, а згодом визнає: майже місяць він виходив із дому лише разом із Мей. Донька починає брати відгули. Потреби поступово заповнили час, який раніше залишався для відпочинку й власних справ.

Родина й команда погоджують допомогу вдома та денну активність. Частина підтримки починається пізніше, ніж очікували. На цей період донька бере визначені дні, а чоловікові організовують регулярний перепочинок.

Гостра зміна після кишкової інфекції

Після кількох днів діареї та зменшення пиття Мей раптом стає дезорієнтованою, не може утримати розмову, то

засинає, то намагається встати посеред ночі. Вона перестає впізнавати власну спальню. Чоловік добре пам’ятає її звичайний стан і наполягає: це почалося швидко, а не поступово за останні роки.

У лікарні виявляють зневоднення: натрій 149 ммоль/л, креатинін 112 мкмоль/л проти попередніх 72. Гострий початок, коливання уваги й активності відповідають делірію на тлі деменції. [137]

Соматична команда коригує причину й водний баланс із лабораторним контролем. Переглядають ліки, біль, закреп, затримку сечі та сон. Окуляри, слуховий апарат, денне освітлення й знайомий голос доньки підтримують орієнтування.

Психіатр допомагає оцінити делірій і поведінкові труднощі. Зменшують перевантаження середовищем, підтримують мобілізацію й орієнтування; разом із корекцією соматичного стану цього виявляється достатньо. [137, 134]

Відновлення після делірію

Натрій і функція нирок поліпшуються, коливання уваги слабшає. Мей ще потребує більше допомоги, ніж до інфекції. Команда планує повторну функціональну оцінку після подальшого відновлення.

Ерготерапевт перевіряє, чи може Мей знайти туалет, безпечно встати, користуватися чашкою та виконати просту послідовність. Донька описує звичні домашні підказки. На цих даних будують виписний план і наступний домашній візит.

Мей повертається додому з посиленою підтримкою. Згодом нічні потреби зростають; вона, чоловік і донька разом із командою починають розглядати довготривалий догляд.

Очікування довготривалого догляду

Черга впливає на рішення родини. Звіт Office of the Seniors Advocate Monitoring Seniors Services 2025, оприлюднений 2026 року, наводить 7 029 людей у списку очікування станом на 31 березня 2025-го. Середня тривалість уже накопиченого очікування серед людей у списку становила 287 днів. [70]

Протягом очікування потреби Мей змінюються, переглядається її пріоритет, а родина отримує доступний проміжний обсяг допомоги. Тимчасова підтримка не завжди збігається з ідеальним розкладом сім’ї. Саме в цьому місці великої системи найбільше відчуваються невеликі прогалини: одна ніч без перепочинку, одне скасоване підвезення, одна зміна працівника, який ще не знає звичок Мей.

Коли з’являється відповідне місце, сім’я бере участь у переході. Чоловік продовжує приносити знайомий чай, донька — фотографії й музику. Догляд змінює адресу, але стосунки тривають. Подальше спостереження включає харчування, мобільність, біль, сон і розуміння побажань Мей настільки, наскільки вона може їх висловити.

Клінічний випадок № 9. Розлад внаслідок вживання стимуляторів, психотичні симптоми й втрата житла

Від епізодичного до стійкого вживання

Лукас, 28 років, працював у ресторанній сфері Ванкувера й ділив квартиру з другом. На початку двадцятих він кілька разів на рік приймав MDMA на вечірках. Пізніше в його оточенні з’явився кокаїн: спершу на вихідних, потім після виснажливих змін. За кілька років уживання стало повторюваним способом залишатися активним і не думати про втому.

Згодом Лукас переходить переважно на метамфетамін: він доступний у його оточенні й довше підтримує відчуття активності. Частота вживання, недосипання та витрати наростають разом.



Ілюстрація: молодий чоловік із рюкзаком і сумкою прямує мокрою вулицею Ванкувера до входу в нічний притулок.

Пропуски змін, позичені гроші й конфлікти призводять до втрати роботи. З’являється заборгованість за оренду. Коли друг виїжджає, Лукас уже не може втримати квартиру. Кілька місяців він ночує по черзі у знайомих, іноді в притулку. Адреса змінюється частіше, ніж контакт у медичній картці.

На першому зверненні Лукас хоче поспати й позбутися відчуття стеження. Після кількох ночей майже без сну він чує кроки, сприймає випадкові розмови як погрози й змінює звичні маршрути. Друг приводить його до невідкладної допомоги.

Інтоксикація, психоз і період після стимулятора

Під час огляду є тахікардія, напруження, підозріливість і виснаження. Лікар невідкладної допомоги оцінює температуру, серцево-судинні симптоми, гідратацію й можливі травми, уточнює інші речовини. Психіатр зіставляє початок психотичних симптомів із вживанням; перебіг після його припинення допоможе уточнити діагноз.

Спокійне середовище зменшує перевантаження. Через психотичні симптоми короткочасно призначають оланзапін, контролюючи свідомість і соматичний стан. Спостереження продовжують після завершення інтоксикації. [138]

Після сну голоси й підозріливість слабшають. З’являються тривале спання, втома, пригнічення та сильний потяг. Лукас каже, що почувається гірше, ніж у день звернення. Повторно оцінюють суїцидальні думки, підтримку й найближче місце перебування.

У наступні тижні без метамфетаміну психотичні симптоми зникають. Анамнезу незалежного психозу немає. Психіатр

формулює стимулятор-індукований психотичний розлад при тяжкому розладі вживання. Зі збереженням ремісії й утриманням від стимулятора він переглядає потребу в оланзапіні та план поступового припинення; подальше спостереження охоплює і повернення психозу, і повторне вживання. [139, 140]

Амбулаторне лікування і житловий бар’єр

Лукас починає доступне консультування з залежностей із елементами КПТ. Настанова BCCSU також описує contingency management — систематичне підкріплення погоджених змін, наприклад відвідувань або підтвердженого утримання. У місцевому маршруті Лукаса на початку доступні індивідуальні зустрічі й робота з потягом та ситуаціями ризику. [139]

Першу зустріч він пропускає після зміни місця ночівлі. Телефон розряджений, нагадування надійшло на старий номер. За згодою Лукаса команда організовує додатковий зв’язок через працівника підтримки.

Житлова працівниця допомагає з документами й заявкою на підтримане житло. На найближчі ночі шукають притулок, паралельно зберігаючи довший план. Виїзна служба допомагає з документами, пошуком житла та доступом до місцевих ресурсів. [130, 131]

Мешканці підтриманого житла в дослідженні BC описували поєднання доступної плати з труднощами безпеки, сусідства й обмеженого вибору. Для Лукаса середовище має клінічне значення: він шукає місце, де зможе спати й скоротити щоденні контакти з уживанням. [132]

Ризик нерегульованого ринку і повернення до роботи

Регулярне вживання опіоїдів Лукас заперечує; ознак OUD немає. Через ризик домішок у нерегульованих речовинах команда навчає розпізнавати опіоїдне отруєння, надає налоксон і обговорює доступне тестування речовин та інші засоби зменшення шкоди. [139, 114]

У перші місяці Лукас повертається до вживання після ночівель у приятеля, де метамфетамін постійно доступний. На прийомі уточнюють сон, потяг, симптоми й можливість іншого розміщення; лікувальні контакти продовжують.

Після отримання тимчасового стабільнішого місця Лукасові легше спати й дотримуватися розкладу. Згодом він починає працювати кілька ранкових змін. Саме ранкових: повернення до колишнього нічного оточення було б для нього іншою ситуацією ризику. Психотерапія зосереджується на потязі, реакції на невдачу й відновленні соціальних зв’язків, які не обертаються навколо речовини.

Наприкінці описаного року він ще не повернувся до попереднього доходу. Періоди без вживання стали довшими, психотичні симптоми не відновлюються, зв’язок із допомогою зберігається. Клінічне поліпшення вже помітне, хоча борги, житлова невизначеність і ризик повторного вживання залишаються.

Клінічний випадок № 10. Розлад аутистичного спектра, вперше розпізнаний у дорослому віці

Причина звернення і розвитковий анамнез

Лін 33 роки. Вона працює технічною ілюстраторкою в Річмонді, живе з партнеркою, добре справляється із завданнями, які мають чіткі вимоги. Після переходу в офіс із відкритим простором починає частіше пропускати роботу. Шум, раптові розмови й зміни планів виснажують її до вечора. Лін звертається через тривогу й відчуття, що більше не витримує звичайного робочого дня.

За першою розповіддю можна було б зупинитися на соціальній тривозі або депресії. Однак уточнення раннього життя змінює картину. З дитинства їй було важко розуміти непрямі натяки, підтримувати неструктуровану розмову й переносити певні звуки та фактури. Вона годинами займалася вузькими інтересами, мала кількох близьких людей і навчилася заздалегідь репетирувати соціальні ситуації.

За дозволом Лін мати доповнює розвитковий анамнез, а шкільні характеристики допомагають простежити ранні прояви. Оцінювання охоплює соціальну взаємодію, сенсорні особливості, повторювані патерни, адаптивне функціонування та супутні розлади. [141]

Лін питає про синдром Аспергера, знайомий їй зі старішої літератури. Лікар пов’язує цей історичний термін із сучасним діагнозом РАС і описує її індивідуальний профіль: збережені інтелектуальні й професійні здібності поряд із значними сенсорними та соціальними труднощами.

Діагностичний доступ і витрати

Комплексна оцінка потребує фахівця з досвідом дорослого аутизму. Лін обирає приватне обстеження, відкладає гроші й планує зустрічі навколо роботи. Частину оплати відшкодовує додаткова страхова програма.

AutismBC на сторінці про дорослу діагностику наводить орієнтовну вартість приватної оцінки 3–5 тис. CAD (≈895–1 490 CAD PPP) та описує можливість часткового покриття страховкою, допомоги через місцеві служби або програми працевлаштування. Загальнопровінційний публічний маршрут дорослої діагностики залишається прогалиною, яку організація відзначає у своїх матеріалах. [142][11]

Поки триває оцінювання, Лін із психологом працює над тривогою, сенсорним перевантаженням і зміною робочого розкладу. Через кілька місяців діагностичний висновок уточнює подальші цілі.

Формулювання і подальша робота

Підтверджено РАС без інтелектуальної недостатності, із супутньою тривогою. Лін відчуває полегшення й водночас сердиться через роки порад «бути менш чутливою». Вона обговорює, як тепер пояснювати свої потреби близьким і на роботі.

Психіатр оцінює супутні симптоми; великого депресивного епізоду або психозу немає. Допомогу спрямовують на тривогу й адаптацію середовища. [141]

Психолог робить заняття конкретнішими: письмові підсумки, передбачувана структура, час на

11. Орієнтир зі сторінки AutismBC від 6 січня 2022 року, доступної в жовтні 2026-го; конкретний кошторис залежить від фахівця й обсягу оцінки. [142]

обмірковування. Лін краще працює з прикладом завтрашньої зустрічі, ніж із загальними метафорами.



Ілюстрація: жінка працює над технічним рисунком біля креслярської дошки у домашньому робочому просторі.

На роботі за згодою Лін погоджують тихіше місце, письмові пріоритети, завчасне повідомлення про зміни й частково дистанційний формат. Вона сама визначає обсяг розкриття медичних відомостей. Удома вони з партнеркою планують час для відновлення після насиченого дня.

Діагноз і право на підтримку

CLBC оцінює відповідність Personalized Supports Initiative за діагнозом і значними обмеженнями адаптивного функціонування. Лін самостійно веде побут і фінанси та пересувається містом; її оцінка нижча за поріг потреб цієї програми. Подальшу підтримку вона отримує через робочі пристосування, психологічну допомогу й спільноту. [65]

Через рік Лін працює стабільніше, має зрозуміліший розклад і менше виснажується. Після насиченого дня вона залишає вечір тихим. Нові домовленості зменшили щоденні зусилля, потрібні для роботи й спілкування.

Клінічний випадок № 11. Аутизм з інтелектуальною недостатністю і перехід до дорослих служб

Підготовка до дорослого життя

Ноа живе в Ленглі з батьками. На початку історії йому 17 років. Він має аутизм, інтелектуальну недостатність і користується окремими словами, жестами та картками для спілкування. Любить поливати рослини, слухати знайомі записи й ходити одним маршрутом до парку. З людьми, які знають його, може чітко показати згоду, відмову та перевагу між двома заняттями.

Ноа потребує допомоги з гігієною, харчуванням, перебуванням поза домом і медичними візитами. Мати скоротила робочий час, батько бере вечори. Вони прагнуть розширити коло занять і стосунків сина поза сім’єю.

Планування починають до завершення школи. STADD координує перехід відповідних молодих людей віком 16–24 роки, а CLBC організовує підтримку від 19 років після підтвердження критеріїв. Навігатор допомагає зібрати оцінки й узгодити медичні, освітні та соціальні частини плану. [65, 66]

У плані зазначають, як Ноа показує біль, реагує на шум і очікування, які підказки допомагають узяти кров та які дії він виконує сам. Ці відомості передають новим працівникам разом із медичною історією.

Нова поведінкова проблема і соматична причина

Незадовго до дев’ятнадцятиріччя Ноа починає відмовлятися від частини їжі, погано спить і б’є долонею по щоці. У новому середовищі він частіше відштовхує руку працівника. Перший опис у направленні — «посилення

агресії». Батьки додають, що це нова поведінка, особливо помітна під час жування.

Сімейний лікар проводить соматичний огляд і організовує пристосоване стоматологічне обстеження. Виявляють болючий зуб. Після знеболення й лікування Ноа краще їсть і рідше відштовхує працівника.

Сон і переносимість нового розкладу відновлюються повільніше. Додатково оцінюють залишковий біль, сенсорне перевантаження, комунікацію й тривогу, записуючи обставини поведінкових епізодів. [141]

У Fraser DDMHS надає спеціалізовану допомогу людям з інтелектуальною недостатністю та психічними труднощами або складною поведінкою. До направлення додають документи, недавній фізичний огляд і контакт сімейного лікаря або nurse practitioner, який продовжить ведення після завершення спеціалізованої роботи. [67]

Клінічна оцінка з урахуванням комунікації

На консультації Ноа дають час освоїти кімнату. Фахівець звертається безпосередньо до нього, пропонує простий вибір і чекає відповіді; мати допомагає тлумачити жести.

Психозу або манії під час оцінювання немає. Симптоми пов’язані з болем, порушеним сном і змінами розкладу. Команда узгоджує послідовність занять, комунікацію й умови засинання та простежує відповідь. [141]



Ілюстрація: молодий чоловік поливає рослини у громадському саду; мати й працівник підтримки перебувають неподалік.

Працівники використовують однакові прості підказки й картки вибору. Скорочують очікування перед транспортом, про зміни попереджають завчасно. Батьки помічають, що Ноа краще почувається за передбачуваного, змістовно заповненого дня. Поступово повертається його інтерес до рослин.

Початок дорослих послуг

CLBC підтверджує право Ноа на послуги, але весь запитаний обсяг не починається одночасно. Частина денних занять стає доступною раніше, регулярний перепочинок для батьків — пізніше. У перші місяці після школи вдома утворюються довгі проміжки без звичного супроводу. Родина тимчасово закриває їх власними силами.

Бюджет CLBC на 2025/26 становив 1,8 млрд CAD (≈537 млн CAD PPP); додаткові 127 млн CAD (≈37,9 млн CAD PPP) призначалися для зростання обсягу послуг, зокрема для очікуваних 1 200 нових отримувачів. CLBC водночас визнавала чергу й розподіляла ресурси за нагальністю потреб. Для сім’ї Ноа це означає поетапний початок послуг: денні заняття з’являються раніше за регулярний перепочинок для батьків. [143]

Батько просить зафіксувати дати фактичного початку й контакт відповідального за кожну послугу. До першої зміни працівника денну підтримку забезпечують батьки.

Ноа звикає до двох працівників. Коли один звільняється, новий спершу працює разом із досвідченим колегою, використовуючи ті самі картки та підказки.

Довша перспектива

У двадцять років Ноа поступово набуває досвіду перебування поза домом. Родина й команда розглядають можливі форми проживання з потрібним рівнем підтримки та збереженням близьких стосунків.

Результат помітний у щоденних речах: менше болю, зрозуміліше спілкування, цікаві заняття й регулярний перепочинок батьків. Узгоджений медичний план допомагає працівникам розпізнати наступну зміну поведінки.

Клінічний випадок № 12. Тяжкий алкогольний розлад із психотичними симптомами та стійким порушенням пам’яті

Анамнез і стан при надходженні



Ілюстрація: чоловік сидить на лавці біля зупинки; поруч на землі стоять робоча сумка й пляшка.

Томові 58 років. Він багато років працював механіком у Камлупсі. Після поступового скорочення роботи алкоголь став основою розкладу дня: переважно горілка, нерідко 250–375 мл за добу, з мінливими періодами меншого вживання. Їсть нерегулярно. Донька живе неподалік, приносить продукти й підтримує контакт, але не завжди знає, скільки він фактично випиває.

Протягом останніх місяців Том кілька разів чув голоси, які звинувачували його в крадіжці. У ці періоди він здебільшого розумів, де перебуває, і міг послідовно розповісти про події. Голоси з’являлися під час тяжкого

вживання або його різкого зменшення. Незалежного тривалого психозу в попередньому анамнезі не виявляють, але часові відомості спочатку неповні.

Донька приводить його до лікарні після падіння без значної травми. Він виснажений, ходить нестійко, погано запам’ятовує щойно сказане. Є тремор і вегетативні ознаки відміни після зменшення алкоголю. На цьому етапі потрібна загальномедична госпіталізація: оцінка травми, метаболічного стану, харчування й ризику ускладненої відміни.

Лікар приймального відділення й консультативний психіатр оцінюють три процеси: алкогольну відміну, галюцинаторні переживання та когнітивно-неврологічне погіршення. Час появи голосів, ясність свідомості й коливання уваги допомагають диференціювати алкогольний психоз і делірій.

Відміна і підозра на дефіцит тіаміну

Лікар призначає лоразепам за стаціонарною схемою ведення відміни. Медична сестра регулярно оцінює тяжкість симптомів, седацію, дихання й гемодинаміку; за цими спостереженнями лікар коригує дози та знижує їх після завершення гострого синдрому. [81]

Недостатнє харчування, атаксія й порушення пам’яті дають лікарю підстави підозрювати енцефалопатію Верніке. Повної класичної тріади може не бути; тіамін вводять парентерально негайно, не очікуючи лабораторного підтвердження. Команда коригує електроліти, зокрема магній, і планує відновлення харчування. За гіпоглікемії глюкозу вводять одразу, разом із якнайшвидшим введенням тіаміну. [144, 145, 146]

Печінкові показники змінені на тлі тривалого вживання. Диференційна оцінка когнітивних і рухових порушень

охоплює печінкову енцефалопатію, травми, судинні зміни та інші дефіцити; подальші дослідження визначають за клінічними ознаками.

Що залишається після гострого етапу

Відміна минає, хода поліпшується. За утримання від алкоголю психотичні симптоми згасають. Після стабілізації команда переглядає потребу в подальшому антипсихотичному лікуванні.

Через кілька тижнів Том підтримує розмову, але забуває ранковий візит доньки й конфабулює, заповнюючи прогалини. Серійні оцінки після гострого періоду підтримують висновок про стійкий амнестичний синдром у контексті ймовірного синдрому Верніке–Корсакова.

Повторне оцінювання зосереджують на засвоєнні нової інформації, побутових діях і здатності користуватися підказками. Протягом наступних місяців відстежуватимуть темп відновлення й потрібний обсяг допомоги.

Том готує чай у знайомій послідовності, але губить наступний крок нового завдання. Ерготерапевт вводить прості зовнішні підказки, повторюваний розклад і навчання близьких.

Тривале лікування залежності й підтримане життя

За прийнятної функції нирок і мети утримання обирають акампросат. Кілька прийомів на день узгоджують із працівниками підтримки, які допомагатимуть через порушення пам’яті. [81]

Донька продовжує працювати й регулярно відвідує Тома. У середовищі з підтримкою організовують харчування, ліки й відновлення навичок. Здатність ухвалювати рішення оцінюють окремо для лікування, проживання та фінансів.

Він обирає музику, одяг і заняття, впізнає близьких, із задоволенням розповідає про колишню роботу. Частина давніх навичок збереглася краще за здатність засвоювати нові відомості. Це допомагає побудувати день так, щоб у ньому було щось, окрім перевірок пам’яті та видачі ліків.

За кілька місяців побутова функція поліпшується; допомога з новими завданнями й ліками залишається потрібною. Том утримується від алкоголю, регулярно їсть і зберігає заняття, пов’язані з давніми навичками.

Клінічний випадок № 13. Депресія та опіоїдна залежність під час ув’язнення і після звільнення

Надходження до установи



Ілюстрація: жінка розправляє ковдру на килимку в наметі біля міської паркової доріжки.

Лії 39 років. До ув’язнення вона працювала прибиральницею, згодом втратила роботу й кілька разів змінювала тимчасове житло. Між поселеннями певний час ночувала в невеликому наметі у міському парку, щовечора намагаючись уберегти постіль від вологи. Останні роки вживала нелегальні опіоїди, переважно речовину, яку продавали як фентаніл; за два місяці до арешту почала лікування метадоном. Вона відбуває покарання у провінційній виправній установі BC. Це звичайне кримінальне провадження, без рішення NCRMD.

Під час первинного медичного огляду Лія найбільше боїться двох речей: що припинять метадон і що повідомлення про пригніченість автоматично позбавить її будь-якої приватності. Медсестра пояснює, які відомості потрібні для лікування, а які обставини безпеки можуть вимагати передавання інформації іншим працівникам. Оцінювання відбувається як медична розмова, хоча режим установи відчутний у кожній організаційній деталі.

Медичну допомогу в провінційних виправних установах організовує PHSA/BC Mental Health and Substance Use Services. Команда звіряє аптечні відомості, останню фактичну дозу метадону, пропуски та теперішню толерантність. Лії вдається продовжити лікування без перерви. [147, 53]

Депресивний епізод

Суїцидальний ризик оцінюють під час першого контакту. Одночасно розбирають безсоння, тривогу й плаксивість: переживання арешту, страх за житло, біль, зміни режиму та можливу відміну речовин.

З анамнезу з’ясовується, що ще до арешту понад два місяці тривали стійкий пригнічений настрій, ангедонія, ранні пробудження, втрата апетиту, відчуття безнадійності й думки, що іншим було б легше без неї. Після стабілізації опіоїдного лікування ці симптоми зберігаються. Періодів манії чи гіпоманії в доступному анамнезі немає. Лія не має поточного наміру заподіяти собі шкоду, однак ризик переглядають при зміні стану, конфліктах і наближенні звільнення.

Клінічна картина відповідає депресивному епізоду на тлі розладу внаслідок вживання опіоїдів. Лікар узгоджує лікування сертраліном із поступовим підвищенням дози, перевіряє взаємодії, переносимість та інші медичні

чинники. Окремо обговорюють короткі структуровані психологічні зустрічі. Їхня тема практична: сон, провина, відновлення контактів і спосіб просити допомогу до того, як становище стане критичним. [40]

Через кілька тижнів Лія краще спить, читає й зосереджується на листі сестрі. У регулярному прийманні допомагає розклад установи. Найбільше її турбує майбутнє житло й поновлення контактів після виходу.

Підготовка до звільнення

Підготовку до звільнення починають завчасно. Колишня кімната втрачена, сестра може підтримувати зв’язок. Медсестра й соціальний працівник разом із Лією уточнюють документи, медичне покриття, аптеку, транспорт, рецепти та місце першої ночівлі.

Community Transition Teams створені для переходу від провінційної установи до допомоги в громаді. У публічному описі BC Corrections зазначено розширення тривалості їхнього супроводу з 30 до 90 днів. Лія погоджується на такий супровід і знайомиться з працівником, який допомагатиме їй після виходу. [148]

До виходу узгоджують контакт лікаря, який продовжить призначення метадону, аптеку й час першого контакту. Погоджують запас інших ліків і передають клінічні відомості. Лія отримує налоксон та повторне навчання щодо опіоїдного отруєння. [114, 53]

Перший тиждень на волі

У день звільнення працівник супроводу допомагає дістатися до тимчасового місця проживання. Наступного ранку Лія отримує метадон у погодженій аптеці. Але направлення на подальше лікування депресії потрапляє до іншої служби, ніж очікували; її стара телефонна картка

вже не працює. Прийом відкладається, доки працівник команди не встановлює контакт і не підтверджує, хто тимчасово веде призначення.

Проблеми переходу описані в дослідженні Erickson та співавторів: 19 жінок із ВІЛ після ув’язнення у Metro Vancouver і шість надавачів послуг розповіли про труднощі безпечного житла, доступу до лікування залежності й відновлення соціальних зв’язків. Інтерв’ю показують, як одночасний пошук житла та допомоги навантажує перші дні після звільнення. [149]

Лія хвилюється, що одна невдала зустріч означає втрату всієї допомоги. Працівник супроводу пояснює, що відбулося, й організовує новий контакт. Для лікаря це кілька дзвінків і виправлення передачі інформації; для неї — різниця між продовженням лікування й поверненням до старого кола знайомих за нелегальними речовинами.

Три місяці й подальший рік

Через три місяці Лія регулярно отримує метадон, депресивні симптоми зменшилися. Житло залишається тимчасовим. До завершення перехідного супроводу команда підтверджує дату прийому в постійного надавача та передачу призначень.

У когорті 1 535 людей із 4 738 епізодами ув’язнення у BC за 2015–2018 роки ОАТ під час ув’язнення була пов’язана зі зниженням інтенсивності нефатальних передозувань у перші 30 днів після звільнення: скориговане відношення ризиків 0,55 (95% ДІ 0,41–0,74). Зв’язок спостерігався і при продовженні попередньої ОАТ, і при початку в установі — відповідно 0,49 та 0,58. [150]

Протягом наступного року Лія повертається до неповного робочого дня. Під час зміни житла тривога посилюється. На прийомах відстежують депресію, сон, переносимість лікування й потяг; сестра залишається джерелом близькості та підтримки.

В Україні на 1 січня 2026 року ЦГЗ обліковував 742 отримувачі ЗПТ у філіях медичної служби кримінально-виконавчої системи. Для пацієнтки з таким самим перебігом наступним кроком став би узгоджений перехід до цивільного пункту ЗПТ: підтвердження дози, приймальної установи й дати видачі. [151]

Клінічний випадок № 14. Післяпологова манія з психотичними симптомами

Перші дні після народження дитини

Марі 31 рік. Вона живе з партнером у Нью-Вестмінстері й народила першу дитину. Вагітність минула без відомого психічного епізоду. До цього вона працювала викладачкою музики. Партнер узяв відпустку, його мати допомагає з їжею й побутом.

На п’ятий день після пологів Мара майже перестає спати навіть тоді, коли немовлям займається партнер. Вона не почувається втомленою, говорить безперервно, складає кілька грандіозних планів, то радіє, то різко дратується. Ще за два дні з’являється переконання, що звичайні повідомлення з телефону містять особливі вказівки про майбутнє дитини. Партнер помічає різку зміну й організовує невідкладне звернення.

На сьомий день після пологів формується маніакальний синдром із психотичними симптомами. Після невідкладного оцінювання перебіг відповідає першому маніакальному епізоду біполярного розладу I типу з післяпологовим початком. [152]

Невідкладна оцінка й безпека

У відділенні перевіряють соматичний і неврологічний стан, артеріальний тиск, температуру, ліки та вживання речовин. Акушерські ускладнення, інфекція, ендокринні й неврологічні причини залишаються в диференційному ряду; обсяг досліджень визначають знахідки огляду. У Мари немає гарячки, тяжкої гіпертензії, вогнищевої неврологічної симптоматики чи даних за інтоксикацію. Увага достатньо стійка для бесіди, хоча її легко відволікають власні ідеї.

Оцінюють зміст психозу, імпульсивність, самообслуговування й безпеку контакту з немовлям. Партнер тимчасово бере основний догляд, бабуся допомагає вночі. Родина погоджує з командою порядок відвідувань і передачу інформації.

Мара погоджується на огляд, але через манію заперечує потребу залишатися. Команда оцінює її здатність ухвалювати рішення та критерії Mental Health Act, оформлює необхідну процедуру й пояснює права. Мара залишається в гострому психіатричному відділенні, дитина — з родиною. Партнер підтримує щоденний зв’язок. [14, 152]

Лікування гострого епізоду

Починають антиманіакальне лікування оланзапіном; короткочасно додають лоразепам для гострого збудження й відновлення сну. Після перевірки функції нирок, щитоподібної залози та інших релевантних показників до схеми входить літій із контролем концентрації й переносимості. Клінічна логіка спирається на рекомендації щодо манії та окремі перинатальні рекомендації, а конкретну схему добирає команда. [43, 152]

Психіатрична, акушерська й педіатрична команди обговорюють препарати, годування та можливий моніторинг немовляти. На гострий період родина обирає штучне вигодовування: партнер бере нічні годування, забезпечуючи Марі триваліший сон. На зустрічах є місце і для її переживань щодо цього рішення.

За перший тиждень сон частково поліпшується, проте виражений психоз зберігається, Мара їсть мало й не може утримувати послідовну розмову. Через тяжкість стану команда обговорює електросудомну терапію. Перинатальна настанова CANMAT включає ECT серед

варіантів при післяпологовому психозі, коли потрібне швидке поліпшення або інше лікування недостатньо ефективне. [152]

Електросудомна терапія в реальному клінічному маршруті

До Neurostimulation Clinic у Mental Health and Substance Use Wellness Centre на території Royal Columbian Hospital у Нью-Вестмінстері направляють через лікарню або службу психічного здоров’я. Стаціонарна команда погоджує оцінку й розклад процедур. [48]

Команда ECT й анестезіолог оцінюють Мару. Обговорюють користь, альтернативи, післяпроцедурну сплутаність і можливі порушення пам’яті; оформлюють належну згоду або законне повноваження відповідно до її стану й статусу. Перед курсом переглядають супутні препарати, зокрема літій.

Процедури проводять під короткою анестезією з міорелаксацією та подальшим наглядом. Після кількох сеансів слабшає психотична переконаність, поліпшуються харчування й послідовність розмови. Курс коригують за відповіддю. Мара повідомляє про прогалини у спогадах; важливі домовленості повторюють і дають письмово.

Повернення додому



Ілюстрація: батько тримає немовля у вітальні, поки мати спить у сусідній кімнаті.

Перед випискою Мара може обговорювати власний стан і бере участь у плані. Партнер показує домашній розклад, у якому є захищений від нічних переривань час сну. Контакт із дитиною відновлюється відповідно до клінічного поліпшення й оцінки безпеки. Родина отримує зрозумілі ознаки раннього погіршення: різке скорочення потреби у сні, прискорення мови, незвична впевненість у спеціальних повідомленнях.

Після виписки місцевий психіатр і сімейний лікар продовжують ведення. За потреби залучають консультативну службу перинатального психічного здоров’я Fraser Health або BC Women’s, передаючи перебіг епізоду й поточний план. [63, 153]

Протягом наступних місяців контролюють настрій, сон, функцію нирок і щитоподібної залози, рівень літію та переносимість інших призначень. Мара повертається до коротких музичних занять. Іноді партнер надто уважно перевіряє, чи вона спала, і звичайна енергійність викликає тривогу обох. На сімейній зустрічі відрізняють підтримку від постійного нагляду: довіра також потребує відновлення.

Через рік підтримувальне лікування переглядають за перебігом, переносимістю й планами родини. Наступну вагітність Мара обговорюватиме заздалегідь із психіатром та акушером, включно з профілактикою рецидиву й організацією сну після пологів.

Клінічний випадок № 15. Шизофренія, рішення NCRMD і судово-психіатрична реабілітація

Подія та правове питання

Деніелові 38 років. Він має шизофренію, раніше працював на складі й жив неподалік сестри. Після припинення лікування посилилося маячення переслідування. Під час тяжкого загострення він напав на знайомого, якого вважав безпосередньою загрозою, і завдав тілесного ушкодження.

Після затримання оцінюють психічний розлад і теперішню здатність брати участь у процесі. Окрема ретроспективна експертиза відновлює стан під час діяння за медичною документацією, свідченнями та іншими матеріалами справи.

Суд, розглянувши докази, ухвалює рішення not criminally responsible on account of mental disorder — NCRMD. Стаття 16 Criminal Code пов’язує його з нездатністю через психічний розлад оцінювати характер і якість діяння або знати, що воно було неправильним. [129]

Вхід до судово-психіатричної системи

Деніел потрапляє до Forensic Psychiatric Hospital у Коквітлемі під юрисдикцію BC Review Board. Лікування й реабілітацію планує клінічна команда, а правові умови перебування та виходу визначають рішення органу перегляду. [154, 155]

Деніел ще переконаний, що діяв правильно. Сестра хоче відвідувати його, але боїться розмови про подію. Команда пояснює лікувальний план та оцінку ризику; адвокат допомагає Деніелу зрозуміти правові рішення й підготуватися до слухання.

Після попереднього нерегулярного приймання Деніел із лікарем обирає пролонгований паліперидон за підтвердженої переносимості та відповідності лікарській формі. Контролюють метаболічні, рухові й пролактинзалежні ефекти. Регулярні введення поєднують із психологічною та реабілітаційною роботою. [124]

Що відбувається між оглядами психіатра

Протягом місяців слабшають голоси й маячення. Деніел починає пов’язувати тодішню впевненість із хворобою. Розмову про наслідки переживає тяжко: в одні дні може обговорювати подію, в інші замикається через сором і страх.



Ілюстрація: чоловік разом з ерготерапевтом пересаджує рослину під час реабілітаційного заняття в лікарні.

Медсестри спостерігають сон, реакції на розчарування, взаємодію та звернення по допомогу. Психолог працює з інтерпретацією загроз і ранніми ознаками рецидиву. На

заняттях ерготерапії Деніел доглядає рослини, тренуючи планування, увагу й співпрацю.

Паралельно лікують артеріальну гіпертензію, контролюють вагу, глікемію, рухові побічні дії та сон. За погодженим із Деніелом обсягом сестра бере участь у зустрічах і отримує інформацію про підтримку.

Слухання BC Review Board

BC Review Board розглядає стан, ризик для громадськості, потреби й можливості реінтеграції. Деніел бере участь з адвокатом; постраждала особа має передбачені законом можливості отримувати інформацію й висловлювати занепокоєння. [156, 157]

Психіатричний звіт описує перебіг лікування, актуальні й історичні чинники ризику, захисні обставини та запропонований план. Оцінка охоплює симптоми, вживання речовин, повідомлення про погіршення, житло, підтримку та можливість продовження лікування.

Спочатку Review Board залишає рішення про перебування в лікарні. Пізніше в межах чинного рішення й делегованих повноважень запроваджують поступові виходи. Команда спостерігає за поведінкою в менш структурованому середовищі.

Стаття 672.54 Criminal Code передбачає утримання в лікарні, умовне або безумовне звільнення. Першочерговим міркуванням є безпека громадськості; за відсутності значної загрози для особи з NCRMD застосовується безумовне звільнення, з урахуванням передбачених законом спеціальних режимів. [158]

Поступовий вихід у громаду

Згодом Деніел виходить до громади на визначених умовах. Погоджені житло, судово-психіатрична амбулаторна команда, введення препарату й контакти для кризової ситуації. Сестра регулярно зустрічається з ним.

Деніел відновлює поїздки транспортом, покупки й самостійне планування дня. Спочатку контакти з командою частіші. Повернення безсоння або підозріливості спонукає до раннього огляду та перегляду допомоги в межах правових умов.

У наступні роки обсяг підтримки й рішення Review Board змінюватимуться разом із клінічним станом та оцінкою ризику. Реабілітаційний план охоплює лікування, стосунки, заняття й поступове розширення самостійності.

Психіатр у суді: виклик для надання свідчень

Повістка після завершення гострого лікування

Через кілька місяців після госпіталізації Оуена з випадку № 7 його психіатриня, докторка Патель, отримує subpoena — повістку для надання свідчень у кримінальному провадженні. Під час чергування вона оцінювала манію, описувала психічний стан і брала участь у лікуванні. Незалежної експертизи щодо кримінальної відповідальності вона не проводила.

Лікарка уточнює предмет виклику, дату, документи й свою роль, за потреби отримує медико-правову консультацію. Виклик вимагає явки та виконання зазначених законних вимог відповідно до статті 700 Criminal Code. [159, 160]

На час перебування лікарки в суді частину планових прийомів переносять. Невідкладні звернення її пацієнтів приймає колега; йому передають відомості про поточне лікування й питання, які потребують уваги найближчими днями.

Лікуючий лікар і незалежний експерт

Докторка Патель свідчить про власні спостереження, отримані відомості, клінічний висновок і лікування. CMPA розрізняє ролі лікуючого лікаря, незалежного оцінювача й експерта; предмет виступу визначає, які матеріали та висновки потрібні суду. [161]

Для незалежної експертизи окремо визначили б запитання, компетентність, матеріали й можливий конфлікт ролей. Тут докторка Патель виступає як лікуюча лікарка, спираючись на надану допомогу та клінічні висновки.

Підготовка документів і конфіденційність

Перед слуханням вона перечитує своєчасні записи: особисті спостереження, слова Оуена, повідомлення сестри й поліції. Готує хронологію оглядів, симптомів, призначень і відповіді на лікування.

Для попередньої розмови з адвокатом лікарка перевіряє згоду пацієнта або іншу належну правову підставу розкриття. Документи готує в обсязі законної вимоги; спірні питання розкриття в суді вирішує суддя. [159, 161]

Оуен тривожиться, що лікарка виступатиме проти нього. Вона пояснює, які клінічні факти повідомить і які питання вирішує суд. На наступному прийомі вони зможуть повернутися до його переживань щодо довіри.

Запитання в залі суду



Ілюстрація: психіатриня дає свідчення за столом для свідка в залі суду.

Після встановлення особи й належної процедури свідчень докторка Патель відповідає на запитання. Вона говорить звичайною мовою, пояснює терміни та відокремлює власне спостереження від відомостей з інших джерел.

«Що ви бачили особисто?» — «Під час огляду він говорив прискорено, перескакував між темами, повідомляв про дуже малу потребу у сні й висловлював грандіозні переконання. Обставин пошкодження майна я особисто не спостерігала».

«Чи доводить цей стан, що він не несе кримінальної відповідальності?» — «Мій висновок стосувався маніакального епізоду під час огляду. Юридичне питання відповідальності потребує окремого застосування правового критерію до стану під час діяння. Такої експертизи я не проводила».

«Що підтримувало ваш діагноз?» — «Поєднання різко зменшеної потреби у сні, прискореного мислення, грандіозних переконань і зміни поведінки. Симптоми трималися впродовж оглядів і слабшали на тлі лікування. Обставини правопорушення я відновлювала зі слів інших осіб».

Після свідчень

Після свідчень докторка Патель повертається до прийому. У клінічному записі фіксує потрібні для подальшого лікування обставини; наступна зустріч з Оуеном знову зосереджується на настрої, сні, літії та його повсякденному житті.

7. Українська психіатрія: регіони, лікарні й клінічні традиції

Від опіки до спеціалізованої допомоги

Родинна опіка, монастирські притулки, братські шпиталі й міські благодійні установи передували спеціалізованій психіатричній лікарні. У Києво-Печерському патерику збереглися згадки про душевні страждання та догляд у монастирі. У XVIII столітті людей із тяжкими психічними порушеннями розміщували, зокрема, у Києво-Печерській лаврі й Межигірському монастирі. Міські установи поступово перебирали на себе постійне утримання, господарські витрати й медичний нагляд. [162]

У відомостях Київського приказу громадської опіки за **квітень 1790 року** описано відділення на Подолі із **шістьма пацієнтами — трьома чоловіками й трьома жінками**. На початку XIX століття допомога концентрується в колишньому Кирилівському монастирському комплексі. Цей перехід означав появу сталої адреси, приміщень, персоналу й адміністративної відповідальності за людей, які потребували тривалого догляду. [162]

Упродовж XIX–XX століть на території сучасної України розвивалися кілька інституційних традицій. Австрійська та згодом польська університетська медицина впливали на Львів; Буковина проходила через австрійський і румунський періоди; земська допомога формувала великі лікарні на півдні й сході. У радянський період ці мережі сформували систему лікарень, диспансерів, кафедр і

наукових інститутів. Місцеві школи зберігали власні клінічні інтереси й способи організації роботи.

Львів і Буковина

На університетській клінічній базі Львова наприкінці XVIII століття існувало відділення на **47 ліжок** для людей із нервовими та психічними хворобами. Кульпарківський комплекс почали будувати **1870 року**, а лікарня відкрилася **1875-го** й приймала пацієнтів великого регіону. Розширення корпусів відбувалося під тиском попиту на тривале утримання. [163, 164]

У **1903 році** кафедру неврології та психіатрії Львівського університету очолив Генрик Гальбан, учень Ріхарда Крафт-Ебінґа та Юліуса Вагнера-Яурегґа. У 1930-х навчальна програма розширилася за рахунок дитячої психіатрії та психології. Після війни зростали лікарняна й диспансерна мережі. На початку 1990-х львівські кафедри працювали над психофармакологією, перебігом і терапевтичною резистентністю шизофренії, алкогольними психозами, психотерапією та психодіагностикою. [163]

У Чернівцях першу психіатричну лікарню збудували на громадські пожертви **1833 року**. У **1886-му** відкрили ще одну, на **50 ліжок**, із фінансуванням через лотерею. Новий павільйонний комплекс прийняв пацієнтів **1 травня 1902 року**: за рік і вісім місяців спорудили п’ять двоповерхових корпусів, а до 1907-го додали ще чотири. Розміщення залежало від стану пацієнта; допомогу незаможним оплачували з благодійних фондів. [165]

Після воєнного руйнування в **1944 році** чернівецька лікарня відновлювала роботу з **280 ліжками й двома лікарями**. У 1945-му тут розмістилася кафедра психіатрії. Подальша мережа включала диспансерне відділення, районних психіатрів і дитячу допомогу; **1977 року**

відокремили наркологічну службу. Поряд із лікарняним лікуванням значне місце посідали майстерні та господарська праця. [165]

Одеса: диспансер, денний стаціонар, соціальна робота

Одеський наркологічний диспансер працював уже в **1922–1928 роках**. Його клінічний контекст становило поширення морфіну й кокаїну в портовому місті. У **1930 році** Григорій Маркелов організував психоневрологічний інститут на базі санаторію для людей із наслідками травм голови; серед напрямів були пограничні розлади та вегетативна нервова система. Диспансерне відділення інституту відкрилося **1936-го**. [166]

Відновлений у **1944 році** міський диспансер організував динамічне спостереження й соціальну допомогу, включно з житловими питаннями та працевлаштуванням. У **1952-му** сформували обласний диспансер. Далі з’явилися лікувально-трудові майстерні, амбулаторна судово-психіатрична експертиза, наркологічні, сексологічний і геронтологічний кабінети. [166]

Поліклініку **1964 року** розрахували на **250 відвідувань за зміну**. Наприкінці 1960-х — на початку 1970-х розгорнули два денні стаціонари по **100 місць**: для психічних розладів і неврозів. У **1972 році** організували підлітковий денний стаціонар також на **100 місць**. Ця мережа давала можливість поєднувати лікування з перебуванням удома й розподіляти роботу між стаціонаром, поліклінікою та районними кабінетами. [166]

Вінниця і Полтава

Вінницька психоневрологічна лікарня відкрилася **25 травня 1897 року на 720 ліжок**. Від **1936 року** вона носить ім’я Олександра Ющенка, пов’язаного з біохімічним напрямом психіатрії. Відкриття медичного інституту **1934 року** зробило лікарню клінічною базою кафедри та поєднало обласну допомогу з підготовкою студентів і лікарів. [167, 168]

Вінницька служба рано звернулася до епідеміологічної роботи: **1929 року** працівники диспансеру обстежили населення **трьох районів**, щоб оцінити кількість і склад людей із психічними розладами. У дисертації головного лікаря Р. Я. Мар’янчика **1966 року** цей напрям розвинуто через планування допомоги та реабілітацію. Дослідження афективної патології, зокрема депресій із виразними соматичними скаргами, згодом стали ще однією темою лікарняної й кафедральної роботи. [167]

У Полтаві Олександр Мальцев керував лікарнею **1886–1926 років**. Уже **1887-го** тут організували хор із пацієнтів і службовців. До лікарняного життя входили читання, музичні вечори й вистави; **1900 року** ставили, зокрема, «Наталку Полтавку» та «По ревізії». У **1933-му** працетерапія охоплювала 70% пацієнтів. У 1960-х розвивали відкритіший режим, самообслуговування, екскурсії, спортивні заняття, користування домашнім одягом і власними речами. [169]

Наприкінці радянського періоду тривале перебування знову набуло великого масштабу. За полтавським описом, у **1993 році 23% ліжок** займали люди, які перебували в лікарні понад два роки без виписки, а **10%** — люди, що втратили житло й соціальні зв’язки. Так лікарня одночасно

виконувала лікувальну функцію та надавала місце для життя за браком підтримки поза нею. [169]

Херсон і Донбас: праця, патронаж, повсякденне середовище

Херсонська допомога починалася з **десяти ліжок** у губернській лікарні у 1820–1830-х роках. Психіатр М. Я. Дрознес **1883 року** перетворив цей підрозділ на психіатричне відділення; **1886-го** воно стало окремою лікарнею. Земство збудувало колонію в Графському саду **1889 року**, нову лікарню — **1899-го**. [170]

До **1914 року** мережа мала **1 600 місць**: центральна лікарня — 800, землеробська колонія — 150, хронічні відділення — 320, відкритий Арнаутський патронаж — 150, три закриті патронажі — 180. Працювали майстерні, бібліотека, театр, хор і оркестри. Під час виписки незаможним давали одяг і грошову допомогу. Патронаж дозволяв частині пацієнтів жити в родинах та пристосовуватися до звичайного побуту. [170]

Свато-Лучська лікарня на Донбасі прийняла перших пацієнтів **1914 року**. У новітній українській мережі вона відома як Сватівська обласна лікарня з надання психіатричної допомоги. [171] У її господарстві до 1941-го було **500 гектарів орної землі**, ферми, сад і пасіка; діяли швейні, взуттєві та плетільні майстерні. Праця охоплювала приблизно **половину пацієнтів**. У Донецьку відповідні майстерні організували при лікарні від початку її роботи **1935 року**. Господарство забезпечувало харчування й утримання установи, а заняття структурували день пацієнтів. [172]

Крим і різноманітність наукових шкіл

Кримська кафедральна традиція розвивала класичну психопатологію, біологічні та поведінкові дослідження. Наум Балабан у 1930-х працював у клініко-антропометричному напрямі. Анатолій Корнетов очолював кафедру від **1958 року протягом 35 років**; із його школою пов’язані дослідження клінічної генетики шизофренії та змін психічного стану в часі. [173]

У 1980-х розвинувся інтерес до етології — систематичного спостереження поведінки. Віктор Самохвалов опублікував відповідний огляд **1984 року**; міжнародні симпозіуми та співпраця з етологами, антропологами й фізіологами розширили дослідницьку мережу. Поряд із діагностичним інтерв’ю предметом уваги ставали невербальна поведінка, взаємодія та еволюційні пояснення. [173]



Ілюстрація: український лікар читає старі медичні видання, зіставляючи професійний досвід різних епох.

Регіональні осередки передавали досвід через кафедральне навчання, професійні товариства, конференції й журнали. Харківські збірники **«История украинской психиатрии» 1994 року** та **«История Сабуровой дачи» 1996 року** об’єднали українсько- й російськомовні праці колег із багатьох міст. У цій професійній мережі поруч обговорювали клінічну психопатологію, біологічні механізми, психотерапію, диспансерне спостереження й реабілітацію. [174]

8. Сабурова дача, Кирилівська лікарня та Глеваха

Харків і Київ: лікарня, кафедра, науковий інститут

Харківська психіатрична лікарня виросла з міської системи опіки кінця XVIII століття. У 1796 році з’явився спеціальний будинок для людей із психічними розладами; у 1812-му загальнолікарняні служби перевели до колишньої садиби Сабурова, а в 1820-му туди перемістили й психіатричних пацієнтів. Назва «Сабурова дача» поступово об’єднала у професійній пам’яті великий лікарняний комплекс, клінічне викладання та дослідницькі установи. [175]

Університет надав цьому середовищу регулярне викладання й науковий друк. Петро Бутковський видав 1834 року двотомну працю «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии». Павло Ковалевський заснував 1883 року «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии». У 1920-х роках лікарняна база стала осередком психоневрологічних інститутів; 1932 року в Харкові організували Всеукраїнську психоневрологічну академію. Великий потік хворих поєднував клінічне навчання з дослідженнями психопатології, фізіології й організації допомоги. [175]

Київська лінія почалася з невеликого відділення для психічнохворих на Подолі наприкінці XVIII століття й розвинулася в комплексі колишнього Кирилівського монастиря. У 1806 році офіційно відкрили Кирилівські богоугодні заклади. Лікарня на теперішній Кирилівській, 103, стала тривалою клінічною базою міської психіатрії; у

XX столітті вона була відома під іменем Павлова, сьогодні — як лікарня «Психіатрія». [162, 176, 177]

У 1885 році самостійну кафедру психіатрії та нервових хвороб Київського університету очолив Іван Сикорський. Його праці охоплювали загальну психопатологію й дитячий розвиток; 1895 року почало виходити засноване ним видання «Вопросы нервно-психической медицины». Після розмежування психіатрії та неврології 1920 року клінічну школу розвивали Євген Копистинський і Валентин Гаккебуш. Копистинський у 1921 році заборонив застосування гамівних сорочок і прив’язування хворих у своїй клініці, а 1929-го видав український підручник психіатрії для фельдшерів. [178]

Гаккебуш поєднував університетську роботу з психотерапевтичною поліклінікою та Київським державним психоневрологічним інститутом, утвореним 1927 року. Досліджував неврози, психопатологію наслідків травм головного мозку, дитячі й судово-психіатричні питання. У 1928 році запровадив курс судової психопатології. Таким чином, поруч із великим стаціонаром формувалися амбулаторна психотерапія, спеціалізована експертиза й навчання на клінічному матеріалі. [178]

Наукові зв’язки між містами

Віктор Протопопов працював над організацією психоневрологічної науки в Харкові, а в повоєнному Києві розвивав дослідження психіатрії та патології вищої нервової діяльності. Його школа розглядала психічний стан разом із вегетативними, обмінними й загальносоматичними змінами. Разом із Йосипом Поліщуком вивчали азотистий обмін при шизофренії; роботи Петра Бірюковича стосувалися біохімічних

механізмів афективних розладів. Паралельно Протопопов займався післядипломною підготовкою лікарів і розвитком диспансерної допомоги та психіатричних відділень у загальних лікарнях. [179]

Після закриття київського психоневрологічного інституту 1948 року значна частина наукової роботи зосередилася на базі лікарні імені Павлова та кафедр. Яків Фрумкін розвивав клінічну психопатологію й диференційну діагностику; Лівія Булахова — дитячу психоневрологію; Вадим Блейхер — патопсихологічне обстеження. Його лабораторія стала також місцем підготовки психологів. Семен Лівшиць працював у судовій психіатрії, Григорій Воронков — над клінікою й класифікацією епілепсії. У спільному лікарняному середовищі співіснували докладне описання психічного статусу, психологічний експеримент, біохімічна лабораторія та експертне дослідження. [180]

Окупація і загибель пацієнтів

Нацистські вбивства пацієнтів відбувалися хвилями. Архівне дослідження Олени Петренко відновлює раннє відокремлення єврейських хворих: на початку жовтня 1941 року в київській лікарні імені Павлова було розстріляно 308 єврейських пацієнтів. У Вінниці у вересні — першій половині жовтня загинули 412 єврейських хворих. Подальші акції наприкінці 1941-го та протягом 1942 року охоплювали решту пацієнтів. Лікарні втрачали людей, персонал і саму можливість продовжувати лікування. [181]

На Сабуровій дачі під час окупації головним лікарем і директором інституту залишився Олександр Олексійович

Ігнатов. За відтвореним у публікації 2012 року його звітом, 18 грудня 1941 року в закладі перебувало 470 хворих. Того ранку їх вивезли вантажівками під приводом переведення до Полтави й убили. Серед вивезених були також неврологічні та соматично хворі. У лютому 1943 року, під час короткого звільнення Харкова, Ігнатов очолив евакуаційний госпіталь на 600 поранених у будівлі інституту; з ним працювали п’ятеро лікарів. [182][12]

Його син Юрій пережив окупацію підлітком. У родинній пам’яті збереглися рішення залишитися разом у Харкові та подальший воєнний медичний досвід Юрія. Через наступне покоління — психіатра Михайла Юрійовича Ігнатова — ця родинна історія знову поєдналася з роботою Сабурової дачі.[13]

Професійний спротив політичним зловживанням

Радянська каральна психіатрія використовувала діагноз, експертизу й спеціальну лікарню для ізоляції інакодумців. Одним із місць такого ув’язнення була Дніпропетровська спеціальна психіатрична лікарня. У 1971 році Семен Глузман підготував незалежну заочну експертизу матеріалів справи Петра Григоренка, обґрунтувавши його психічне здоров’я. У 1972 році самого Глузмана заарештували й засудили до семи років таборів і трьох років заслання. Його робота повернула клінічне

---

12. Звіт Ігнатова відтворено у статті Петрюків 2012 року. Її ретроспективний виклад також наводить 480 пацієнтів станом на 16 грудня; тут використано число 470 із самого звіту за 18 грудня.

13. Родинні відомості Ігнатових; спогад Юрія Олександровича про рішення залишитися в Харкові наведено також у публікації Петрюків. [182]

обґрунтування в центр конкретної справи, де державний висновок слугував політичному переслідуванню. [183]

Інтенсивна терапія психозів на Сабуровій дачі

21 липня 1975 року наказом №287 у харківській лікарні №15 створили 80-ліжкове відділення екзогенних психозів. Воно приймало людей із гострими алкогольними та іншими екзогенними психозами, тяжкими ускладненнями алкоголізму; запланована тривалість перебування становила до 21 дня. На початку 1990-х років через відділення проходили 2 300–2 500 пацієнтів щороку — приблизно десята частина госпіталізацій лікарні. [184]

30 грудня 1992 року наказом №196 на його базі організували центр інтенсивної терапії та реанімації психозів. Центр мав цілодобову клініко-біохімічну й функціональну діагностику, реанімаційні ліжка з постійною присутністю лікаря-реаніматолога, психіатричний і реабілітаційний блоки. Розподіл визначав необхідний рівень підтримки життєвих функцій. Застосовували психофармакотерапію, інфузійне лікування, а в тогочасному арсеналі — також гіпербаричну оксигенацію, гемосорбцію та керовану краніоцеребральну гіпотермію. [184]

Н. П. Юрченко та Михайло Юрійович Ігнатов у статті 1996 року підсумували двадцятирічну роботу: понад 36 тисяч пролікованих, чотири кандидатські дисертації, понад сто публікацій і понад п’ятнадцять методичних рекомендацій. Вели комп’ютеризований облік клінічних та нейрофізіологічних даних. За два-три роки у відділенні розробили й упровадили комплекс допомоги при алкогольних психозах; автори повідомили про зниження летальності у 1,5–2 рази. У центрі цієї роботи були

раціональна психофармакотерапія та інтенсивне лікування соматичних ускладнень. [184]

Київська обласна лікарня в Глевасі

Обласна психіатрична лікарня №1 у Глевасі почала працювати 1957 року. У 1984-му з двох її відділень сформували обласний наркологічний диспансер, а 1998-го обидві установи об’єднали в Київське обласне психіатрично-наркологічне медичне об’єднання. Спільна територія й допоміжні служби поєднали спеціалізовану психіатричну та наркологічну роботу. [185]

У розвитку комплексу помітні геронтопсихіатрія, лікування неврозів, допомога пацієнтам з інфекційними захворюваннями, інтенсивна терапія та судово-психіатричний напрям. Лікарня стала базою інтернатури й післядипломного навчання, співпрацювала з Національним медичним університетом імені О. О. Богомольця та науковими установами. Для Київщини це означало концентрацію в одному обласному закладі кількох функцій, які потребують спеціалізованої команди й технічної бази. [185]

Установа	Історичний осередок	Місце в розвитку допомоги
Сабурова дача, Харків	Лікарняний комплекс у колишній садибі Сабурова	Університетська психіатрія, психоневрологічні інститути, спеціалізована інтенсивна терапія

Установа	Історичний осередок	Місце в розвитку допомоги
Кирилівська лікарня, Київ	Міський комплекс на Кирилівській, 103	Київські клінічні школи, психопатологія, дитяча та судова психіатрія, міська допомога
Обласна лікарня, Глеваха	Обласний заклад, заснований 1957 року	Допомога Київщині, поєднання психіатрії й наркології, спеціалізовані стаціонарні та навчальні функції

Лікарняна спадкоємність у XXI столітті

Робоча програма навчальної дисципліни Харківського національного медичного університету на 2024–2025 навчальний рік включає обласну клінічну психіатричну лікарню №3 до клінічних баз поряд із військово-медичним центром і науковим інститутом. У Києві лікарня «Психіатрія» поєднує дорослий і дитячо-підлітковий стаціонар, соматичну та інтенсивну допомогу, амбулаторні служби й мобільні команди; на її базі триває післядипломне викладання. [186, 177, 187]

Поряд із лікарняною роботою зростає участь родин. Київська ініціатива «Психабіліті» виникла з групи близьких, пов’язаної з медико-соціальною реабілітацією при лікарні. Родини підтримують одна одну й беруть участь в організації повсякденного життя після стаціонару. [188]

27 квітня 2024 року російський удар пошкодив будівлі Сабурової дачі. Суспільне зафіксувало руйнування на лікарняній території. До звичних завдань клініки додалися ремонт приміщень, захист людей і збереження лікувальної роботи під час повітряних тривог. [189]

9. Україна сьогодні: як організована допомога

Хто ухвалює рішення й оплачує лікування

Сучасна українська система поєднує національну закупівлю медичних послуг із переважно місцевим володінням лікарнями. МОЗ визначає політику, стандарти й нормативні вимоги. НСЗУ укладає договори з надавачами за Програмою медичних гарантій і оплачує передбачені ними послуги. Обласні ради та громади як власники закладів відповідають за рішення щодо їхньої мережі й майна; керівництво лікарні організовує штат і клінічну роботу. Соціальний догляд, підтримане проживання та допомога із зайнятістю залучають органи соціального захисту й місцевих надавачів. [190, 191, 192]

Довоєнна вихідна точка була виразно стаціонарною. Ситуаційний аналіз ВООЗ на даних 2020 року оцінював частку лікарень приблизно у 90% фінансування психічного здоров’я, а середнє перебування — близько 50 днів. Реформа зміщує частину роботи до первинної ланки й команд за місцем проживання. Її політична послідовність охоплює концепцію 2017 року до 2030-го, приєднання України до спеціальної ініціативи ВООЗ 2021 року та урядовий план на 2024–2026 роки. Перші досліджені громадські команди розпочали роботу 2021-го. [193, 194, 195, 196]

Бюджет закладу й оплата праці

У державному бюджеті України на **2026 рік** на охорону здоров’я передбачено **258,6 млрд грн**, з них **191,6 млрд грн** — на Програму медичних гарантій. Заклад отримує кошти за договором з НСЗУ, формує фінансовий план і

розподіляє видатки між оплатою праці, ліками, харчуванням, комунальними та іншими потребами. Власник може додатково фінансувати інфраструктуру й місцеві програми. [197, 190]

У **першому півріччі 2026 року** медіанна нарахована зарплата лікаря в закладах ПМГ становила **28 200 грн на місяць**, завідувача відділення — 31 200 грн, медичної сестри — 19 300 грн. Медіана керівника закладу дорівнювала 50 800 грн, молодшого медичного працівника — 12 100 грн.[14] Розмір виплат конкретного закладу залежить від його доходів, штатного розпису, навантаження й управлінських рішень. [198]

Категорія працівника	Нараховано за місяць	Після 18% ПДФО і 5% військового збору
Лікар, медіана	28 200 грн	21 714 грн
Завідувач відділення, медіана	31 200 грн	24 024 грн
Медична сестра, медіана	19 300 грн	14 861 грн

Податкова модель застосовує загальні відрахування з нарахованої зарплати. [199]

Середня зарплата всіх найманих працівників України у **червні 2026 року** становила 32 783 грн, в охороні

14. Дані за всіма лікарями закладів ПМГ; психіатрів окремо в наведеній публікації не виділено. Джерело — вторинний виклад показників НСЗУ у виданні «Фармацевт Практик» від 2 жовтня 2026 року. Медіани категорій і середні зарплати по економіці мають різні статистичні визначення. [198, 200]

здоров’я та соціальній допомозі — 22 274 грн. Отже, наведена медіана лікарської зарплати дорівнювала приблизно **86% загальноукраїнської середньої**. Цей розрив позначається на привабливості вакансій, сумісництві й здатності лікарні утримувати досвідчену команду. [200, 198]

Від звернення до спеціалізованої команди

Сімейний лікар, терапевт або педіатр оцінює симптоми, соматичний стан, вживання речовин і ризик самоушкодження, розпочинає допомогу в межах компетенції та організовує наступний контакт. Підготовка за mhGAP дає структурований підхід до поширених психічних, неврологічних і пов’язаних із речовинами розладів. Для психіатра це створює можливість отримати направлення з уже зібраним анамнезом, переліком препаратів і первинними результатами обстеження. [201, 190]



Ілюстрація: учасники реабілітаційного заняття в українській громаді разом із фахівчинею працюють у невеликій майстерні.

Спеціалізована амбулаторна консультація оплачується в межах амбулаторного пакета. Центри психічного здоров’я та мобільні мультидисциплінарні команди працюють за окремим пакетом: складають разом із пацієнтом індивідуальний план лікування й реабілітації, відвідують удома, залучають близьких. Звернення можливе безпосередньо або за направленням сімейного чи лікуючого лікаря. Після виписки команда може продовжити спостереження там, де людина живе й приймає ліки. [190]

Етап допомоги	Основна робота	Перехід до наступного етапу
Первинна ланка	Первинне оцінювання, лікування поширених станів, соматичне спостереження	Направлення до психіатра або команди, узгоджений повторний прийом
Спеціалізована амбулаторія	Діагностика, психоф армакотерапія, психологічна допомога	План контролю симптомів, переносимості та функціонування
Центр і мобільна команда	Командне лікування, домашні візити, реабілітація, робота з родиною	Зв’язок із первинною ланкою, соціальними й стаціонарними службами
Психіатричний стаціонар	Цілодобове спостереження, діагностика й лікування гострого стану	Виписний план, рецепт, передача амбулаторному фахівцю
Соціальна підтримка	Догляд, житло, допомога у повсякденному житті	Узгодження побутових потреб із медичним планом

Під час загострення маршрут прискорюється: самозвернення, направлення, доставлення екстреною допомогою або переведення з іншої лікарні ведуть до стаціонарного оцінювання. За додатковими умовами

закупівлі стаціонарний пакет охоплює інтенсивну терапію тяжких інтоксикацій, алкогольного делірію, небезпечних синдромів відміни та інших загрозливих станів. Готовність надавати інтенсивну допомогу врахована у фінансуванні. [190]

Електронна історія, конфіденційність і звітність

Українська **електронна система охорони здоров’я, ЕСОЗ**, має центральну базу даних, до якої заклади підключаються через медичні інформаційні системи — МІС. Лікар фіксує взаємодію, діагноз, призначення та результати; електронні направлення й рецепти супроводжують подальший маршрут. НСЗУ використовує внесені відомості для перевірки виконання договорів і розрахунку оплати відповідно до правил пакета. У стаціонарній психіатрії закодований пролікований випадок впливає на оплату, тоді як інші пакети мають власні одиниці й формули. [190, 202]

До **психіатра та нарколога пацієнт може звернутися без електронного направлення** у закладі з відповідним амбулаторним договором НСЗУ. Після консультації лікар створює потрібні записи, план і рецепти. Для людини, яка вже знає свій діагноз і спеціаліста, самозвернення скорочує шлях від погіршення до оцінки. [203]

Для записів про психічне здоров’я в ЕСОЗ діють додаткові правила доступу до чутливих даних. Публічне роз’яснення eHealth описує надання доступу іншому лікарю за письмовою згодою пацієнта. У практиці психіатра це потребує погодження, які відомості передати сімейному лікарю: препарат і доза, необхідні аналізи, ризик взаємодії, дата контролю. Такий обмін поєднує конфіденційність із лікуванням соматичних хвороб. [202, 204]

Окремо заклади складають **річну форму №10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню»**, затверджену наказом МОЗ №1504. Її інструкція охоплює спеціалізовані заклади, відділення та ліцензованих надавачів усіх форм власності, які надавали психіатричну допомогу, включно з розладами внаслідок вживання речовин. Електронна історія дає відомості про окрему взаємодію; зведена форма описує обсяг і структуру допомоги за рік. [205]

При недобровільній госпіталізації виникає ще один маршрут документів: огляд комісією психіатрів упродовж 24 годин і, за наявності підстав продовжувати госпіталізацію, звернення закладу до суду у визначений законом строк. Клінічний опис стану й обґрунтування потреби в стаціонарі стають матеріалами судового контролю. [204]

Мережа і фактичні звернення у 2026 році

За січень–травень 2026 року НСЗУ зареєструвала 586 769 отримувачів послуг із психічного здоров’я, зокрема 84 139 дітей і підлітків. Амбулаторні консультації отримали 378 523 людини, допомогу центрів і мобільних команд — 87 314; первинну допомогу з цього напряму — понад 97 тисяч, стаціонарну — майже 98 тисяч.[15] Найбільше отримувачів зареєстрували на Дніпропетровщині, у Києві, на Львівщині, Одещині та Харківщині. [206]

Станом на повідомлення НСЗУ 19 червня мережа мала 2 591 надавача первинної допомоги, 1 078 амбулаторних надавачів, 194 надавачі центрової й мобільної допомоги та 138 стаціонарних. У первинній ланці працювали 22 901

15. Одна людина могла отримувати допомогу на кількох рівнях; показники за видами послуг мають перетин. [206]

лікар у 7 388 місцях надання допомоги. Ця територіально розгалужена ланка бере на себе раннє розпізнавання, повторні контакти й соматичне ведення, тоді як спеціалізовані команди концентрують роботу зі складнішими станами. [206]

Запланований бюджет стаціонарного психіатричного пакета на 2026 рік становив 5,6 млрд грн. Його оплата спирається на проліковані випадки, діагностичні вагові коефіцієнти та готовність до відповідного обсягу допомоги. Для клініки це пов’язує документацію, структуру прийнятих хворих і наявні лікувальні можливості з її фінансовим планом. [207, 190]

Ліки й лікування залежності від опіоїдів

Амбулаторне забезпечення ліками має окрему логіку. У програмі «Доступні ліки» діє відшкодування визначених препаратів для психічних і поведінкових розладів та епілепсії. Психіатр або невролог встановлює відповідний діагноз і план лікування; сімейний лікар може продовжувати призначення за цим планом. Електронний рецепт поєднує клінічне рішення з відпуском у законтрактованій аптеці, а торговельна назва та розмір доплати визначаються чинним реєстром. [208]

Для опіоїдної залежності діє замісна підтримувальна терапія метадоном або бупренорфіном. Окремий пакет НСЗУ оплачує лікування й супровід; Центр громадського здоров’я веде інформацію про місця отримання, правила переведення та доступ під час переміщення. Щоденна стабільність дози, час видачі, можливість дістатися до пункту й узгодження з лікуванням ВІЛ, гепатитів або туберкульозу стають частиною тривалого клінічного ведення. [190, 120]

Власні витрати пацієнта

Публічне фінансування психіатричної консультації та ліків співіснує з приватним ринком. В українському огляді даних **WHO Mental Health Atlas 2024** частка психічного здоров’я в державних видатках на охорону здоров’я оцінена приблизно у **2,7%**. Для амбулаторної допомоги й психологічної терапії зазначено категорію власних витрат пацієнтів **21–50%**, для стаціонару й психотропних ліків — до 5%.[16] [209]

Приватний прийом дає можливість обрати фахівця й час за рахунок власного бюджету. У жовтні 2026 року консультація одного з психіатрів мережі «Добробут» у Києві коштувала 2 460 грн, первинна консультація у «Веселці» у Львові — 1 680 грн, повторна — 1 300 грн. Для сім’ї витрати складаються з повторних зустрічей, ліків, дороги та, за потреби, регулярної психотерапії. [210]

16. Atlas наводить категорії власної оплати, а не касовий підсумок усіх витрат українських домогосподарств. Український огляд презентує дані раунду 2024 року; наведені ціни окремих клінік мають дату жовтня 2026-го. [209, 210]

Законодавство і професійна відповідальність

Закон «Про психіатричну допомогу» №1489-III регулює психіатричне обстеження, згоду, конфіденційність, госпіталізацію та судовий контроль. Закон №4223-IX «Про систему охорони психічного здоров’я в Україні», ухвалений 15 січня 2025 року й уведений у дію 7 лютого 2026-го, охоплює ширше коло учасників: медичних і психологічних фахівців, соціальні служби, освіту, роботодавців та громади. Він закладає організацію профілактики, психосоціальної підтримки, професійної сертифікації й координації допомоги. [191, 204]

Постанова №288 від 4 березня 2026 року визначила порядок сертифікації та безперервного професійного розвитку фахівців у сфері психічного здоров’я; постанова №681 від 27 травня започаткувала формування Національної комісії. Поряд із цими новими механізмами щоденна клінічна відповідальність залишається персональною: лікар формулює діагноз, обґрунтовує лікування, фіксує згоду або правові підстави втручання та організовує подальше спостереження. [211, 212, 204]

10. Психіатрична допомога під час війни Росії проти України

Зміни потоку хворих і кадрового складу



Ілюстрація: лікарка консультує цивільну пацієнтку в амбулаторії прифронтової громади; поруч — резервне живлення й засоби зв’язку.

У перші місяці повномасштабного російського вторгнення частина людей втратила дорогу до звичної лікарні, частина виїхала разом із родиною, інших евакуювали зі стаціонару. Спостереження 30 психіатричних закладів за 2022 рік відтворює цей злам: середнє число місячних госпіталізацій на заклад зменшилося з 432,2 у січні до 333,7 у квітні й піднялося до 360,9 у липні. Одночасно середнє число психіатрів скоротилося з 34,9 до 29,6, медичних сестер — зі 142,6 до 122,9. [213, 214]

Дворічне продовження дослідження простежило 25 лікарень, що взяли участь у всіх хвилях. У цій групі місячний потік зріс із 433,4 госпіталізації на заклад у січні 2022 року до 552,0 у квітні 2024-го; середнє число психіатрів за той самий час зменшилося з 40,0 до 30,9. Кількість ліжок змінилася з 435,8 до 415,0, без статистично значущої різниці. Отже, більший потік хворих зустрічав менший лікарський склад. [215][17]

Станом на квітень 2024 року частка переміщених працівників у досліджених установах сягала 21,7%. Маршрути переведення пацієнтів переважно починалися на сході й півдні. Приймальна лікарня брала на себе продовження призначень, відновлення документації та встановлення контакту з близькими, які могли перебувати в іншій області або за кордоном. [215]

Установи на окупованих територіях і після евакуації

Російська окупація перервала зв’язки між установами, їхніми власниками, родинами й українськими службами. У відповіді Нацсоцслужби, оприлюдненій у червні 2025 року, йшлося про **15 психоневрологічних інтернатів**, що територіально залишилися під окупацією; на 1 січня 2022 року в них проживали майже **3 тисячі людей**. У

17. У статті 2025 року є розбіжності між анотацією, текстом і таблицею щодо проміжних хвиль та двох категорій персоналу. Тут використано узгоджені вихідні й кінцеві показники таблиці 1. Дані 30 закладів за 2022 рік наведено з урахуванням опублікованого виправлення. [215, 214]

Луганській області швидка окупація перервала евакуацію **327 пацієнтів Сватівської психіатричної лікарні**. Переведення великих груп потребує транспорту, супроводу, запасу препаратів і підготовлених місць догляду.[18] [171]

Після звільнення Херсона у листопаді 2022 року з обласного психіатричного закладу впродовж місяця евакуювали **257 пацієнтів**. Бахмутський психоневрологічний інтернат згодом відновив роботу на Полтавщині, розгорнувши **100 ліжок**. За кожним таким переміщенням стояло відновлення щоденної допомоги: хто видає ліки, де зберігається медична історія, як родина знаходить свого близького й хто продовжує клінічне спостереження. [171]

Симптоми в цивільного населення

Вересневе онлайн-опитування 2023 року охопило 2 050 дорослих. Скринінгові критерії принаймні одного з семи розладів виконували 36,3% учасників; двох або більше — 16,2%. Найчастіше виявляли генералізовану тривогу, затяжне горювання та посттравматичні симптоми. Фінансові труднощі й порушення звичного життя внаслідок російського вторгнення 2014 року були пов’язані з кількома групами симптомів. Вимушене переміщення після повномасштабного вторгнення 2022-го окремо

18. Дані відповідей державних служб і обласних адміністрацій у розслідуванні Суспільного від 9 червня 2025 року. Число мешканців 15 інтернатів стосується початку 2022-го; 100 ліжок релокованого закладу — стану на березень 2025-го. [171]

пов’язувалося з комплексними посттравматичними симптомами. [216][19]

Скринінговий стан	Частка учасників, вересень 2023 року
Генералізований тривожний розлад	15,2%
Розлад затяжного горювання	11,4%
Посттравматичний стресовий розлад	11,1%
Комплексний ПТСР	9,2%
Депресивний розлад	8,1%
Розлад унаслідок вживання алкоголю	8,1%
Розлад унаслідок вживання канабісу	1,5%

У жінок частіше виявляли тривожні й депресивні симптоми, у чоловіків — проблеми, пов’язані з алкоголем і канабісом. На сході частка позитивного скринінгу будь-якого з досліджених розладів становила 41,7%, на заході — 30,5%. Такий профіль потреб поєднує травматичний досвід, втрату, економічну тривогу й уживання речовин; клінічна співбесіда часто охоплює кілька цих тем одночасно. [216]

19. Квотна онлайн-вибірка дорослих; відсотки характеризують позитивний скринінг за використаними опитувальниками. [216]

Домашні візити й робота з родиною



Ілюстрація: мобільна команда відвідує чоловіка вдома в українському місті; у розмові бере участь його сестра.

Початковий досвід 14 громадських команд дає докладний портрет роботи ще до повномасштабного вторгнення. У квітні–грудні 2021 року вони супроводжували 947 людей, середній вік яких становив 44 роки. Розлади шизофренічного спектра переважали — 72,3% серед учасників із відповідними діагностичними даними. У середньому три з шести облікованих контактів відбувалися в громаді; домашні візити поєднували з медикаментозною, психосоціальною та загальномедичною допомогою. [196]

Серед 742 людей із парними клінічними оцінками у 243 стан поліпшився, у 451 залишився стабільним. У 304 із

парними оцінками WHODAS медіана показника обмеження функціонування зменшилася з 62,50 до 58,33 приблизно за десять тижнів. Частіша робота з родиною й підтримка включення в громаду були пов’язані з кращою динамікою функціонування. У регіоні, охопленому бойовими діями, клінічне поліпшення було менш імовірним. [196][20]

Наступний етап розбудови — центри психічного здоров’я при загальних лікарнях із амбулаторною та виїзною роботою. Програма оцінювання, опублікована 2026 року, передбачає облік охоплення, клінічних результатів, прийняття моделі фахівцями та її стійкості. У повсякденній роботі ці питання мають конкретний вигляд: скільки людей продовжують контакти, як змінюються симптоми й функціонування, як часто команда виїжджає та як передає складний випадок до лікарні. [217]

Перебудова роботи обласного відділення

У відділенні №8 Кіровоградської обласної психіатричної лікарні середня тривалість перебування скоротилася з 41,5 дня у 2022 році до 32,0 у 2023-му, 31,5 у 2024-му й 19,6 дня в першому кварталі 2025-го. Паралельно змінився склад виписаних пацієнтів: частка розладів шизофренічного спектра зменшилася з 54,94% до 15,15%, невротичних і пов’язаних зі стресом — зросла з 8,43% до 25,59%, розладів унаслідок вживання речовин — з 8,43% до 30,30%. [218]

Таке поєднання змін означає інший темп приймання, діагностики й виписки. У першому кварталі 2025 року для органічних розладів стаття наводить середнє перебування

20. Спостереження без контрольної групи; клінічні результати доступні для 742, парні функціональні оцінки — для 304 із 947 учасників. [196]

35,72 дня, для афективних — 39,33, а для розладів унаслідок вживання речовин — близько шести днів. Загальна середня тривалість складається з клінічно різних маршрутів. Для короткого епізоду лікування особливо важливими стають контакт після виписки, продовження терапії залежності й можливість швидкого повторного оцінювання. [218]

Безперервність лікування залежностей

На 1 січня 2026 року Центр громадського здоров’я обліковував 32 975 пацієнтів замісної підтримувальної терапії; 21 739 лікувалися в комунальних закладах. У Донецькій, Запорізькій та Херсонській областях сім закладів продовжували допомогу 1 616 людям. Програма працювала одночасно через відкриття нових пунктів, переведення пацієнтів і реорганізацію установ. [151]

У 2025 році через наближення фронту припинив роботу пункт у Костянтинівці, пацієнтів перевели до Слов’янська. Із Добропілля направляли до Краматорська та закладів Павлограда й Дніпра. За підсумком ЦГЗ, переведення з двох закритих донецьких пунктів забезпечили зі збереженням терапії. У Краснопіллі причиною припинення роботи стали близькість фронту й руйнування після обстрілу; допомогу продовжили в інших закладах Сумщини. [151]

У такому переїзді клінічний зв’язок тримається на підтвердженні останньої дози, узгодженні наступної видачі й передачі відомостей про супутні препарати. Для людини з ВІЛ або туберкульозом той самий маршрут охоплює ще й продовження специфічного лікування. Місце видачі ліків стає щоденною опорою, яка має переміщуватися разом із пацієнтом. [120, 151]

Військові, ветерани й соматична реабілітація

Після поранення психіатрична допомога може розгортатися всередині хірургічного й реабілітаційного маршруту. Біль, порушення сну, наслідки черепно-мозкової травми, депресивні й посттравматичні симптоми впливають на фізичне відновлення та стосунки в родині. За повідомленням ВООЗ, до кінця 2024 року навчання пройшли мультидисциплінарні команди 28 неспеціалізованих стаціонарних реабілітаційних відділень з одинадцяти областей. [219]

Для ветеранів і визначених категорій членів їхніх сімей діє також програма Мінветеранів: соціально-психологічна підтримка, спеціалізована психологічна допомога та комплексна медико-психологічна реабілітація. До надавача з офіційного реєстру можна звернутися безпосередньо або за направленням лікаря; допомога надається амбулаторно, стаціонарно чи дистанційно. Психіатричне лікування за Програмою медичних гарантій і ветеранська психологічна підтримка утворюють два можливі входи до допомоги залежно від клінічної потреби. [220, 190]

Права і щоденні умови лікування

Стаття 14 Закону «Про психіатричну допомогу» пов’язує недобровільну госпіталізацію з тяжким психічним розладом, потребою в стаціонарному обстеженні або лікуванні та безпосередньою небезпекою чи нездатністю задовольняти основні життєві потреби. Після госпіталізації комісія психіатрів проводить огляд упродовж 24 годин; за наявності підстав заклад звертається до суду. Подальше утримання супроводжується повторними оглядами й судовим контролем. [204]

Під час візиту до Черкаської обласної дитячої лікарні 31 липня 2026 року Національний превентивний механізм зафіксував діючий центр психічного здоров’я, ігрову кімнату, простір емоційного розвантаження та облаштоване укриття. Водночас у психіатричному відділенні палату, названу ізолятором, використовували як наглядову з відеокамерою всупереч нормативним вимогам; бракувало медичного персоналу. Наявність обладнання й захищеного простору поєднувалася з конкретними проблемами приватності та навантаження на чергову команду. [221]

Житло після лікарні й евакуації

Стратегія деінституціалізації догляду за дорослими до 2034 року передбачає розвиток соціальних послуг у громаді, зокрема підтриманого проживання. В операційному плані на 2025–2027 роки це пов’язано з оцінкою потреб, підготовкою місцевих служб і переходом від великих інтернатів до індивідуальнішого догляду. [192]

У пілоті для внутрішньо переміщених людей старшого віку й людей з інвалідністю станом на 23 липня 2026 року брали участь 91 надавач; із серпня 2024-го договори уклали з 675 отримувачами двох послуг разом — стаціонарного догляду та підтриманого проживання. Окремий план на 2026 рік передбачав близько 3 000 отримувачів підтриманого проживання. У звіті за 2025 рік Харківщина повідомляла про початок такої послуги для восьми людей у конкретному центрі та підготовку приміщень в інших громадах. [222, 223]

Після евакуації місце проживання визначає доступну аптеку, дорогу до лікаря й коло людей, які можуть допомогти. Стабільна адреса дозволяє команді домовитися про візит, родині — розподілити догляд, а самому пацієнтові — відновлювати звичний день. Саме з цих повторюваних дій складається тривале відновлення.

11. Дві системи, спільні клінічні запитання

Що змінюється разом із місцем лікування

Якби той самий пацієнт змінив країну, його анамнез, симптоми й відповідь на препарат переїхали б разом із ним. Довкола них виникла б нова організація: інша точка входу, інший розподіл лікарської та сестринської роботи, інший спосіб оплати, житлової підтримки й правового перегляду. Клінічне рішення довелося б вбудувати в новий щоденний розклад.

Обидві системи виросли поруч із великими психіатричними лікарнями. У BC перерозподіл тривалої допомоги розгортався через регіональні стаціонари, житлові програми й команди в громаді. Українська мережа поєднує обласні лікарні, диспансерну спадщину, амбулаторну психіатрію та нові центри й мобільні команди. Війна Росії проти України додала масові переміщення людей і персоналу, евакуацію установ та відновлення лікування після втрати звичного місця допомоги. [37, 190, 215]

Географія й перший контакт

У BC регіональні health authorities організовують мережу під потреби своєї території; PHSA зосереджує окремі провінційні спеціалізовані функції. В Україні національний покупець НСЗУ укладає договори з місцевими надавачами, переважно комунальними. Для пацієнта ця відмінність проявляється в тому, хто приймає направлення, погоджує наступний рівень допомоги та забезпечує її поблизу дому. [1, 190]

Віддалена громада на півночі BC і невелике українське місто мають спільне клінічне завдання: залишити повторні контакти доступними місцево, залучаючи спеціаліста в потрібний момент. Compass передає пораду дитячого й підліткового фахівця клініцисту, який уже веде пацієнта. mhGAP розширює підготовку первинної ланки в Україні, а центри й мобільні команди додають спеціалізовані контакти. Результат такої співпраці залежить від подальших дій: огляду, аналізів, корекції призначень і дати наступної зустрічі. [61, 201, 190]

Оплата консультації, ліків і тривалого лікування

MSP оплачує медично необхідну лікарську допомогу в межах своїх правил; амбулаторні препарати проходять через PharmaCare, а приватна психологічна практика часто потребує додаткового страхування або власної оплати. Українська Програма медичних гарантій закуповує визначений обсяг послуг, програма «Доступні ліки» — відшкодовує препарати за реєстром. У кожній системі лікар пов’язує вибір лікування з реальною можливістю його отримувати. [15, 17, 18, 190, 208]

Для людини з депресією важливими можуть виявитися дві суми: доплата за препарат і вартість регулярної психотерапії. У BC рекомендована професійною асоціацією ставка психолога на 2025–2026 роки — ≈73,1 CAD PPP за годину. Безоплатні BounceBack або місцеві програми створюють інший шлях залежно від тяжкості й потреб. В Україні амбулаторна психологічна й психіатрична допомога входить до відповідних пакетів НСЗУ; доступний обсяг визначають місцева команда та її договір. [46, 41, 190]

Гроші, робочий час і склад команди

Фінансова різниця починається з розміру бюджету, а далі проходить через тариф, штат і робочий день. Міністерство охорони здоров’я однієї провінції BC має на 2026/27 рік ≈10,8 млрд CAD PPP. Український державний бюджет охорони здоров’я на 2026 рік — ≈8,2 млрд CAD PPP. У BC частина лікарської роботи оплачується напряму через MSP; в Україні основний публічний маршрут проходить через договір НСЗУ із закладом.[21] [1, 197]

Показник	Британська Колумбія	Україна
Оплата лікарської роботи	За послуги, сесії, контрактний обсяг або наймана праця	Зарплата в закладі; самостійна практика й приватні консультації мають окремі доходи
Вихідний грошовий показник	Психіатр: середні валові виплати MSP ≈82 800 CAD PPP за рік, 2024/25	Усі лікарі закладів ПМГ: медіана зарплати ≈894 CAD PPP за місяць, I півріччя 2026

21. Порівнюються бюджет міністерства однієї провінції та державні видатки України, із різним охопленням місцевих, соціальних і приватних витрат. BC Stats оцінювала населення BC на 1 квітня 2026 року у 5,65 млн осіб; для України війна, окупація й переміщення населення ускладнюють визначення поточної чисельності. Суми подано в єдиній споживчій шкалі CAD PPP; визначення — у примітці до розділу 1. [23, 224]

Показник	Британська Колумбія	Україна
Розрахунок після витрат і податків за місяць	Психіатр із модельними 20% витрат кабінету: ≈3 640 CAD PPP	Лікар із наведеною зарплатою: ≈688 CAD PPP
Сестринська оплата після податків за місяць	Модель RN/RPN: ≈1 530–2 030 CAD PPP	За медіанною зарплатою: ≈471 CAD PPP

Методи розрахунку й періоди тарифів наведено в розділах 6 і 9. [21, 100, 103, 198, 199]

У місцевому масштабі валові виплати психіатра за MSP становлять приблизно **3,9 середнього заробітку в BC**, або **3,1 після модельних витрат практики**. Українська медіанна зарплата лікаря становить **0,86 середньої зарплати по країні**. Для канадського кабінету значною організаційною задачею стає розподіл оплачуваного часу й витрат на його ведення; для української комунальної лікарні — формування конкурентної зарплати з доходу закладу та збереження команди.[22] [21, 104, 198, 200]

Різниться і структура навантаження. У канадському масиві оплати за послуги один психіатр мав у середньому **307 різних пацієнтів за рік** і близько **2 006 послуг**. У 25

22. Канадський показник — середні валові виплати психіатрам за послуги, український — медіана зарплати всіх лікарів закладів ПМГ. Місцеві середні заробітки: квітень 2026 для BC, червень 2026 для України. Співвідношення описують становище в кожному ринку праці. Стаціонарне навантаження в наступному абзаці — частка від ділення групових середніх, із нерівномірним розподілом між лікарями.

українських лікарнях, простежених до квітня 2024 року, на середні 30,9 психіатра припадало 552 місячні госпіталізації та 415 ліжок: приблизно **18 нових госпіталізацій за місяць і 13,4 ліжка на одного психіатра**. Перший показник характеризує оплачені контакти, другий — стаціонарний потік і наявний штат. Обидва повертають розмову про кадри до робочого дня: скільки нових історій прочитати, кого оглянути повторно й кому передати ведення. [21, 215]

Коли разом із пацієнтом переходить його історія

Якби пацієнт після госпіталізації в Сурреї продовжив лікування у Ванкувері, команда зіставляла б лікарняну виписку, PharmaNet, доступні документи CareConnect і відомості його сімейного лікаря. Якби така сама зміна місця лікування відбулася в Україні, наступний фахівець працював би через свою МІС із доступними записами ЕСОЗ, електронним рецептом і переданим висновком; доступ до чутливих психіатричних відомостей оформлювався б за відповідними правилами. [51, 52, 54, 202]

У кожному маршруті вирішальною стає точність невеликої кількості даних: що людина реально приймає, коли отримала останню пролонговану ін’єкцію або дозу ОАТ, чому змінили лікування, хто перегляне наступний аналіз. Фінансова документація також відрізняється: канадський лікар подає окремий рахунок MSP, тоді як український електронний клінічний запис водночас використовується для перевірки виконання пакета НСЗУ. [190, 54]

Перший психоз і тривала шизофренія

Радж після першого психотичного епізоду потребує швидкого контакту, пояснення лікування родині, допомоги з побічними діями та повернення до навчання. Девід після тридцяти років хвороби — підтримки побуту, клозапінового моніторингу й координації соматичної допомоги. ВС розподіляє ці завдання між EPI, звичайними командами, інтенсивним виїзним супроводом та спеціалізованими консультаціями. В українській мережі їх беруть на себе амбулаторний психіатр, центр, мобільна команда й лікарня відповідно до місцевого маршруту. [4, 87, 125, 190]

Оцінювання 16 команд EPI у ВС за 2022 рік показало високу реалізацію своєчасного початку та виїзної роботи, тоді як спеціалізована психотерапія й сімейні втручання були слабшими компонентами. В українському спостереженні 14 команд більшість отримувачів мала розлади шизофренічного спектра, близько половини подальших контактів відбувалося вдома. Обидва приклади роблять видимою роботу між призначенням препарату й поверненням до повсякденного життя. [57, 196]

Якби український пацієнт із тривалим перебігом потрапив до ВС, докладна попередня історія дала б новій команді відомості про ефективні дози, побічні дії й ранні ознаки рецидиву. Якби учасник канадської EPI переїхав до України, окремо довелося б передати домовленості з родиною, навчальні пристосування та психотерапевтичну роботу. Так клінічна пам’ять і розподіл командних завдань доповнюють одне одного.

Соматична хвороба, інтенсивна терапія й ECT

При пневмонії в пацієнта на клозапіні лікування визначають кисень, інфекція, доза препарату, припинення куріння й можливість ковтати. У великій лікарні BC загальномедична команда веде соматичний стан, психіатр і фармацевт допомагають із психофармакотерапією. Харківський центр, описаний Юрченко та Ігнатовим 1996 року, концентрував психіатричний, реанімаційний, лабораторний і реабілітаційний компоненти в одному спеціалізованому середовищі. [184, 126, 127]

Спільна функція — цілодобово поєднати лікування психозу з підтримкою організму. У сучасній українській Програмі медичних гарантій інтенсивна допомога при загрозливих станах входить до додаткових вимог стаціонарного пакета. У конкретному випадку вибір місця визначає доступна команда, моніторинг, лабораторія й необхідність загальномедичних втручань. [190]

ECT додає ще один приклад залежності лікування від організації. У BC маршрут включає направлення, спеціалізовану оцінку, анестезіологічну допомогу та післяпроцедурний нагляд; VGH працює за визначеним тижневим розкладом, у Fraser працює Neurostimulation Clinic у Mental Health and Substance Use Wellness Centre на території Royal Columbian Hospital у Нью-Вестмінстері. При перенесенні такої клінічної ситуації в українську лікарню потрібно встановити відповідний місцевий центр і спосіб направлення, а для амбулаторного курсу — ще й транспорт та супровід. [48, 49]

Залежності й безперервність видачі препарату

Канадська ОАТ та українська ЗПТ використовують спільний фармакологічний принцип тривалого лікування агоністами. У ВС важлива ланка — аптека, яка відпускає препарат і повідомляє лікарю, який призначає ОАТ, про пропуск або седацію. Українська мережа спирається на пункти ЗПТ різних форм власності й визначені правила видачі та переведення. У 2025 році переміщення пунктів на Донеччині супроводжувалося передачею пацієнтів до приймальних установ; у ВС перехід після ув’язнення підтримують Community Transition Teams. [79, 53, 120, 148, 151]

Якби пацієнт на метадоні перетнув кордон, перша практична дія полягала б у звірянні останньої дози, пропусків і поточної толерантності. Далі потрібні місцевий лікар із відповідними повноваженнями, доступний препарат і узгоджений день отримання. Саме ця послідовність зберігає лікування під час переїзду, госпіталізації або звільнення.

Житло, догляд і участь родини

У ванкуверському рандомізованому дослідженні дві форми Housing First дали приблизно 74% днів стабільного проживання за два роки проти 26% за звичайної допомоги. Українські пілоти підтриманого проживання розвиваються в системі соціального догляду, зокрема для переміщених літніх людей і людей з інвалідністю. Їхнє клінічне значення проявляється через сон, харчування, зберігання ліків і можливість регулярного контакту. [88, 192, 222]

Для Мей із деменцією обсяг допомоги визначають нічні пробудження, безпечне пересування та перепочинок

чоловіка. Для Ноа з аутизмом — комунікація, передбачувані заняття й підготовлені працівники. Якби ці родини змінили країну, першим предметом узгодження став би фактичний тижневий розклад: години домашньої допомоги, транспорт, денні заняття, екстрений контакт. Саме цей розклад показує, яка частина догляду залишається на близьких.

Правове рішення і професійний час

Клінічна ситуація	Британська Колумбія	Україна
Недобровільна госпіталізація	Сертифікація за Mental Health Act, повідомлення про права, перегляд статусу	Комісійний огляд і судовий контроль за Законом «Про психіатричну допомогу»
Незгода з утриманням	Адвокат, Mental Health Review Board, незалежна правова інформація IRAS	Представництво, звернення до суду, механізми правозахисту
Психічний розлад у кримінальній справі	Критерії Criminal Code, зокрема NCRMD, юрисдикція Review Board	Судово-психіатрична експертиза та визначені судом примусові заходи медичного характеру

У BC перше медичне рішення й подальший перегляд проходять через власну послідовність сертифікатів та слухань. В Україні спеціальний закон пов’язує недобровільну госпіталізацію з комісійним оглядом і зверненням до суду. Для лікаря в обох випадках робочий

матеріал однаково конкретний: симптоми, поведінка, ризик, здатність забезпечувати основні потреби, альтернативи й динаміка. [14, 91, 129, 158, 204]

Час команди також має різну структуру. Канадські консультаційні й виїзні програми потребують координації між окремими службами. Українське дослідження 25 лікарень зафіксувало зростання госпіталізацій одночасно зі зменшенням лікарського складу у 2022–2024 роках. В обох середовищах передача потрібних відомостей, визначений відповідальний фахівець і передбачений повторний контакт перетворюють окремі втручання на послідовне лікування. [215]

Переїзд до іншої країни й відновлення лікування

Для українця, який продовжує лікування у BC, перша зустріч часто починається з відновлення історії: міжнародні назви препаратів, дози, ефект попередніх курсів, виписки, перенесені побічні явища. Професійний переклад дозволяє розібрати тонкі відмінності між тривогою, нав’язливістю, переживанням переслідування та спогадом про реальну небезпеку. **Provincial Language Services** організовує переклад у понад 200 мовах; для пацієнтів і родин ця послуга безоплатна. [225]

Якби людина з України звернулася після втрати житла й розлуки з родиною, канадський маршрут мав би охопити також сон, соматичні хвороби, роботу й умови поселення. Для біженців, які пережили війну, переслідування або катування, у BC працює **VAST** із психологічною та груповою підтримкою. У зворотному напрямку повернення в Україну потребувало б передачі короткого клінічного висновку, чинного плану ліків і контакту наступного фахівця. Досвід двох систем зустрічається тут у долі однієї людини. [225]

12. Чотири порівняльні ситуації для взаємного навчання

Порівняльна ситуація 1. Консультація для місцевої лікарки

Дев’ятнадцятирічна студентка з невеликого міста має стійкі депресивні симптоми, пропускає заняття й погано відповідає на першу терапію. Місцева лікарка відновлює дозу, тривалість і фактичне приймання препарату, уточнює гіпоманіакальні епізоди, речовини та суїцидальний ризик. Їй потрібне обговорення наступного кроку й терміновості очної консультації.

Якби пацієнтка жила у BC, лікарка могла б звернутися до Compass — програми підтримки фахівців, які ведуть дітей і молодь до 25 років. Вона передала б конкретне клінічне запитання, отримала пораду й продовжила місцеве спостереження. У дослідженні перших п’яти років Compass — вересень 2018-го — вересень 2023-го — медикаментозні питання становили близько 60% звернень. [61]

В українському місті первинне оцінювання могло б спиратися на mhGAP, а спеціалізований контакт — відбутися з амбулаторним психіатром або центром психічного здоров’я. Сімейна лікарка продовжила б соматичне спостереження й доступні повторні прийоми; психіатр уточнив би діагноз і лікування. [201, 190]

Якби консультаційну функцію Compass перенесли в цей український маршрут, змінилася б передусім доступність фахового обговорення для самої лікарки. Його практичний результат мав би залишитися в картці: погоджена зміна, дата контролю, ознаки термінового повторного звернення.

Після переїзду студентки цей план і підтверджений контакт нового лікаря зберегли б уже виконану роботу. Добре передана історія хвороби заощаджує пацієнтові ще одну співбесіду на посаду самого себе. 🙄

Порівняльна ситуація 2. Повернення до навчання після першого психозу

Двадцятидворічний чоловік повертається додому після першого психозу. Голоси майже зникли, але він повільно читає, соромиться зустрічати однокурсників і скаржиться на внутрішнє напруження після антипсихотика. Родина хоче знати, чи зможе він закінчити семестр.

У Fraser Health відповідний пацієнт міг би долучитися до EPI на строк до трьох років. Психіатр переглянув би переносимість препарату, координатор підтримував контакт із родиною, ерготерапевт допоміг би підібрати навчальне навантаження. Оцінювання команд BC виявило, що своєчасний початок і виїзна допомога реалізовані краще, ніж окремі психотерапевтичні й сімейні компоненти. Тому фактичний план залежав би від складу місцевої команди. [4, 57]

В Україні амбулаторний психіатр міг би працювати разом із центром або мобільною командою: корекція акатизії, домашній візит, оцінка режиму сну, зустріч із родиною. Початкове українське дослідження команд охопило переважно людей із розладами шизофренічного спектра; робота відбувалася як у службі, так і вдома. [190, 196]

Якби канадський учасник переїхав до України, окремо довелося б погодити з навчальним закладом зменшене навантаження й особу для контакту. Якби український пацієнт потрапив до EPI, докладна історія відповіді на

препарат дала б команді змогу продовжити дієву схему й зосередитися на функціональних цілях.

Через три місяці в обох варіантах можна було б оцінити одні й ті самі події: скільки занять він відвідує, чи виконує завдання, як спить, що говорить про ліки, як часто родина звертається через кризу. Через три роки постало б питання тривалого маршруту. Для канадської строкової програми це передача до наступного надавача; для українського амбулаторного ведення — збереження потрібної інтенсивності й соціальних зв’язків.

Порівняльна ситуація 3. Психоз і небезпечний соматичний стан

У пацієнта з тяжкою алкогольною залежністю після скорочення вживання з’являються делірій, гіпертермія, тахікардія й виражене зневоднення. Потрібні часте спостереження, лабораторний контроль, лікування відміни, корекція фізіологічних порушень і пошук інфекції. Невідкладні рішення розгортаються протягом годин.

Харківський центр інтенсивної терапії та реанімації психозів, описаний 1996 року, поєднував цілодобові лабораторії, реанімаційні ліжка з лікарем-реаніматологом, психіатричний і реабілітаційний блоки. На початку 1990-х його попередник приймав 2 300–2 500 пацієнтів за рік. Зосередження допомоги навколо фізіологічної тяжкості дозволяло змінювати інтенсивність спостереження всередині спеціалізованого середовища. [184]

У сучасній великій лікарні ВС цей пацієнт потрапив би до загальномедичної, а за тяжкістю — інтенсивної допомоги. Психіатрія й медицина залежностей долучилися б до лікування делірію та наступного плану. У сучасному українському маршруті відповідні можливості можуть бути

зосереджені в багатопрофільній лікарні або психіатричному закладі, що відповідає додатковим вимогам інтенсивної допомоги НСЗУ. [190, 81]

Інтегрований спеціалізований центр зберігає психіатричне спостереження поруч із реанімаційною роботою. Загальна лікарня збирає соматичних фахівців довкола пацієнта у своєму відділенні. Порівняння цих моделей можна було б побудувати на перебігу перших годин: час до лабораторної оцінки, доступність інтенсивної терапії, повторні переведення та безперервність призначень.

Після завершення делірію завдання знову змінюється: харчування, пам’ять, довготривале лікування залежності й місце проживання. Саме тут інтенсивна команда передає пацієнта амбулаторній, зберігаючи історію гострого стану та його наслідків.

Порівняльна ситуація 4. Стабільне житло після стаціонару

Людина з тривалим психотичним розладом завершила гостре лікування й потребує допомоги з ліками та побутом. Попередню кімнату втрачено. В українському варіанті вона евакуювалася з небезпечного міста; у канадському — втратила оренду під час загострення.

У ВС команда могла б поєднати заявку на підтримане житло з тимчасовим розміщенням і виїзним супроводом. У ванкуверському дослідженні Housing First стабільне проживання займало близько трьох чвертей часу за два роки; обидві досліджені форми суттєво перевершували звичайну допомогу за цим показником. [88, 130, 131]

В Україні маршрут залучив би медичну команду, соціальний захист і місцевого надавача підтриманого проживання або догляду. Для переміщеної людини

одночасно відновлювали б документи, лікарські призначення та зв’язок із родиною. Пілот соціальних послуг і регіональні проєкти розвивають таке розміщення в конкретних громадах. [192, 222, 223]



Ілюстрація: жінка й доросла донька облаштовують помешкання в Україні; працівниця служби підтримки обговорює з ними повсякденні справи.

У перший ранок після переїзду пацієнт знаходить ліки, готує сніданок і знає, коли прийде працівник. Йому доступні власний простір, телефон і можливість вийти у своїх справах. Через місяць команда бачить, які завдання він виконує сам і де підтримку варто змінити.

Якби канадський житловий маршрут працював в умовах війни Росії проти України, до нього додалися б укриття й готовність перенести догляд після нової евакуації. Якби українська переміщена людина оселилася у BC, перехід потребував би відновлення рецепта, місцевого страхового покриття й контакту з командою за новою адресою. Спільним клінічним результатом стало б тривале збереження житла й лікування, а разом із ними — можливості планувати звичайний день.

13. Клінічна наступність

Психіатрична допомога триває в кількох часових масштабах. Делірій змінює рішення протягом години. Відповідь на антидепресант простежують тижнями. Повернення після психозу до навчання або роботи займає місяці; життя з тривалим розладом вимагає пам’яті про попередні роки. Система поєднує ці масштаби через людей, які передають одне одному відповідальність і знання про пацієнта.

Історія Riverview веде від великої установи до питання про житло, підтримку й свободу щоденного вибору. Харківський центр інтенсивної терапії веде до цілісного лікування пацієнта, у якого психоз і соматична небезпека розгортаються одночасно. Київські клінічні школи, регіональні диспансери й сучасні мобільні команди простежують іншу тривалу лінію — спостереження за перебігом хвороби в лікарні та поза нею.

У нинішній ВС спеціалізовані програми створюють багато точок входу: перший психоз, перинатальний епізод, залежність, старший вік, судово-психіатрична реабілітація. Переходи між ними потребують такої самої уваги, як окремі консультації. В Україні до розвитку нових служб додається щоденне збереження допомоги під час війни Росії проти України: переведення пацієнта, пошук препарату, повернення зв’язку з родиною, прийом у новому місті.

На обході ця велика історія набуває точних запитань. Коли людина востаннє отримала клозапін? Хто завтра видасть метадон? Чи зможе чоловік пацієнтки поспати цієї ночі? Що допомагає молодому чоловікові повернутися на заняття? Відповіді поєднують психопатологію, фармакологію, побут і організацію — саме ту сукупність, із якою досвідчений психіатр працює щодня.

Через океан добре впізнається ця робота: уважно побачити людину, простежити зміну стану й зберегти нитку лікування. У різних лікарнях, різними мовами, у різні роки колеги знову беруть її до рук.

Короткий словник

CAD PPP — купівельна спроможність у канадських доларах за українськими цінами. Умовна сума в CAD, яка після обміну за зафіксованим курсом НБУ купила б в Україні стільки ж товарів і послуг, скільки вихідна сума купує у своїй країні. Канадські суми множать на 0,29845487; українські в порівняннях ділять на 31,5383. Цінова основа — національні споживчі паритети Світового банку за 2025 рік.

ACT — Assertive Community Treatment. Інтенсивна мультидисциплінарна допомога в громаді: виїзна робота, лікування й підтримка повсякденного функціонування при складних тривалих розладах.

CANMAT — Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Канадська професійно-наукова мережа, що розробляє клінічні настанови щодо розладів настрою.

CLBC — Community Living British Columbia. Провінційна організація, що фінансує підтримку дорослих з інтелектуальною недостатністю та окремих інших груп за встановленими критеріями.

Consultation-liaison psychiatry. Консультативна психіатрія та взаємодія з іншими медичними спеціальностями, насамперед у загальній лікарні.

CRCL — Crisis Response, Community Led. Громадські команди реагування на психічну кризу; попередня назва — PACT.

CYMH — Child and Youth Mental Health. Дитячо-підліткові служби Міністерства у справах дітей та розвитку сім’ї, MCFD.

DDMHS — Developmental Disabilities Mental Health Services. Спеціалізована допомога людям з інтелектуальною недостатністю та психічними або складними поведінковими проблемами.

ECT — Electroconvulsive Therapy; ECT — електросудомна терапія. Лікування з індукцією контрольованого судомного нападу під загальною анестезією та м’язовою релаксацією.

EPI — Early Psychosis Intervention. Раннє втручання при психозі: спеціалізоване лікування, робота з родиною, підтримка навчання й праці.

FNHA — First Nations Health Authority. Організація охорони здоров’я First Nations у Британській Колумбії; підтримує клінічні послуги, громадські програми та культурно відповідну допомогу.

Housing First. Надання стабільного житла з підтримкою як раннього етапу допомоги людям, які переживають бездомність.

ICM — Intensive Case Management. Інтенсивна координація допомоги в громаді, зокрема при залежності та житловій нестабільності.

IRAS — Independent Rights Advice Service. Незалежна служба роз’яснення прав людям, госпіталізованим за Mental Health Act Британської Колумбії.

LFP — Longitudinal Family Physician. Модель оплати тривалого ведення сімейним лікарем: час, контакти й прикріплені пацієнти.

MAID — Medical Assistance in Dying. Медична допомога при добровільному завершенні життя за встановленими федеральним законодавством критеріями.

mhGAP — Mental Health Gap Action Programme. Програма ВООЗ для розвитку допомоги при психічних, неврологічних розладах і розладах унаслідок уживання речовин у неспеціалізованих службах.

MHSU — Mental Health and Substance Use. Психічне здоров’я та вживання психоактивних речовин; поширена назва служб ВС.

MSP — Medical Services Plan. Провінційна програма оплати визначених медичних послуг у Британській Колумбії, зокрема медично необхідної лікарської допомоги.

NCRMD — Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder. Канадська правова категорія відсутності

кримінальної відповідальності внаслідок психічного розладу; подальші рішення ухвалює суд або Review Board.

OAT — Opioid Agonist Treatment. Лікування опіоїдної залежності агоністами, зокрема метадоном або бупренорфіном; український відповідник організованої програми — замісна підтримувальна терапія, ЗПТ.

OUD — Opioid Use Disorder. Розлад унаслідок уживання опіоїдів; діагностична категорія, яка охоплює втрату контролю, потяг і клінічно значущі наслідки вживання.

RCC — Registered Clinical Counsellor. Професійне позначення клінічного консультанта BC Association of Clinical Counsellors.

Recovery. Особисте відновлення: змістовне життя, стосунки, діяльність і можливість впливати на власне майбутнє під час лікування тривалого розладу.

RPN — Registered Psychiatric Nurse. Медична сестра або медичний брат із базовою освітою у психіатричному сестринстві.

ЕСОЗ; МІС. Електронна система охорони здоров’я України; медична інформаційна система, через яку заклад працює з електронними записами.

НПМ — Національний превентивний механізм. Незалежний моніторинг місць несвободи в системі захисту прав людини.

НСЗУ — Національна служба здоров’я України. Національний закупівельник медичних послуг за Програмою медичних гарантій, ПМГ.

Підтримане проживання. Соціальна послуга, що поєднує проживання в громаді з допомогою в побуті, самообслуговуванні та участі в суспільному житті.

Реабілітація. Допомога у відновленні або підтриманні функціонування, самостійності й участі в житті.

Джерела

Джерельну базу звірено в жовтні 2026 року. Клінічні положення спираються на настанови й дослідження; організація служб — на відкриті описи надавачів, офіційні звіти та законодавство. Історичну частину доповнюють архівні, енциклопедичні й професійні публікації українською, російською та англійською мовами. Журналістські матеріали використано як допоміжні свідчення конкретних подій.

У бібліографії зазначено період спостереження та основний зміст кожної праці. Посилання ведуть до публічно доступних сторінок, текстів або бібліографічних записів. Ілюстрації створено для видання за допомогою генеративного ШІ.

[1] British Columbia Ministry of Health. 2026/27–2028/29 Service Plan. February 2026. Джерело.

План на 2026/27–2028/29 роки: відповідальність міністерства, регіональних організацій і PHSA, пріоритети та показники розвитку.

[2] Vancouver Coastal Health. Psychiatric Inpatient Services at Vancouver General Hospital. Джерело.

Стаціонар VGH: 75 ліжок, типовий термін 5–12 днів; консультативна психіатрія в соматичних і хірургічних відділеннях.

[3] Vancouver Coastal Health. Access and Assessment Centre at VGH. Джерело.

Маршрут первинного оцінювання у Ванкувері для людей від 17 років, кризова допомога та направлення до подальших служб.

[4] Fraser Health. Early Psychosis Intervention. Джерело.

Програма Fraser Health для раннього психозу: вік 13–30 років, способи звернення, лікування й супровід до трьох років.

[5] Fraser Health. Older Adult Community Mental Health Program. Джерело.

Громадська геронтопсихіатрична допомога Fraser Health: домашні візити, оцінювання та співпраця з первинною ланкою.

[6] Government of British Columbia. One million people connected to primary care in B.C. since 2018. 16 September 2026. Джерело.

Урядові дані про прикріплення до первинної допомоги: 4,47 млн осіб і 323 тис. зареєстрованих у Health Connect Registry у вересні 2026 року.

[7] Island Health. Victoria Mental Health & Substance Use Access Services. Джерело.

Служба доступу Greater Victoria: оцінювання, короткочасне втручання та направлення.

[8] BC Mental Health and Substance Use Services. Red Fish Healing Centre. Джерело.

Спеціалізований центр для тяжких поєднаних психічних розладів і залежностей: 105 місць, звичайне перебування 6–9 місяців.

[9] College of Physicians and Surgeons of BC. Referral-Consultation Process. Professional Guideline. Джерело.

Обов’язки лікаря, який направляє, та консультанта: клінічне запитання, підтвердження отримання, пріоритет, очікування, повідомлення результатів і наступний план.

[10] Vancouver Coastal Health. Adult community mental health teams; Fraser Health. Intensive Case Management Teams. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Звичайні громадські команди, координація випадку, психіатрія й реабілітація. Fraser ICM працює насамперед із тяжкою залежністю; ACT — із тяжким психічним розладом та інтенсивними тривалими потребами.

[11] Crisis Centre BC. Crisis Lines; 9-8-8 and the Crisis Centre of BC. Джерело; Додатковий матеріал.

Цілодобова кризова підтримка: 9-8-8, 310-6789 та 1-800-SUICIDE; запуск загальноканадської 9-8-8 — 30 листопада 2023 року.

[12] Canadian Mental Health Association, BC Division. CRCL: Crisis Response, Community Led. Джерело; Додатковий матеріал; Результати перших двох років.

CRCL, колишня PACT: перейменування 18 березня 2025 року. За перші два роки — майже 10 тисяч звернень, 98,8% відповідей без залучення поліції; кризова підтримка людей віком від 13 років.

[13] Vancouver Police Department. 1978: Car 87 program begins. Джерело.

Історія спільних виїздів поліцейського й фахівця психічного здоров’я; оцінювання та втручання на місці.

[14] BC Mental Health Act, RSBC 1996, chapter 288. Джерело; Історія змін.

Офіційний консолідований Mental Health Act: критерії й строки госпіталізації, лікування, продовжена відпустка та права пацієнтів; редакцію перевірено в жовтні 2026 року.

[15] BC Ministry of Health. MSP coverage and exclusions. Джерело; Додатковий матеріал.

Офіційні правила оплати лікарських консультацій та інших медичних послуг за MSP.

[16] British Columbia Ministry of Health. Alternative Payments Program. Джерело.

Контрактна й сесійна оплата лікарів; тривалість сесії 3,5 години, фінансування непрямої клінічної роботи.

[17] BC PharmaCare. 7.7 Psychiatric Medications (Plan G). Джерело.

Правила звичайного, перехідного та виняткового покриття психіатричних препаратів; оформлення й поновлення допомоги.

[18] Province of British Columbia. Plan Z (Assurance). Правила Plan Z.

Правила Plan Z: покриття препаратів агоністичної терапії та механізм виняткового фінансування під час оформлення MSP.

[19] Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends, 2025: snapshot. Джерело.

Прогноз загальних державних і приватних витрат Канади на 2025 рік: 399 млрд CAD (≈119 млрд CAD PPP), 9 626 CAD (≈2 870 CAD PPP) на жителя, 12,7% ВВП.

[20] Fraser Health Authority. Financial Statements, year ended 31 March 2024. Джерело.

Аудована звітність: доходи 6 383,3 млн CAD (≈1,91 млрд CAD PPP), витрати 6 379,5 млн CAD (≈1,9 млрд CAD PPP); психічне здоров’я та залежності — 453,485 млн CAD (≈135 млн CAD PPP). Окремий регіональний бюджет.

[21] British Columbia Ministry of Health. Physician Resource Report 2015/2016–2024/2025. October 2025. Джерело; Додатковий матеріал.

Дані про лікарів і послуги, оплачені за моделлю fee-for-service, за 2015/16–2024/25 роки.

[22] Національний банк України. Офіційний курс CAD на 7 жовтня 2026 року. Первинні дані НБУ; Джерело; Додатковий матеріал.

Офіційний курс 31,5383 грн за 1 CAD; первинні дані НБУ та дві публічні републікації. Курс задає валютну одиницю для порівнянь CAD PPP.

[23] World Bank. World Development Indicators: PA.NUS.PRVT.PP, households and NPISHs final consumption expenditure PPP. Ukraine and Canada, 2025. Україна: первинні дані; Канада: первинні дані; Визначення показника.

Паритети за 2025 рік: 11,864623 грн та 1,260483 CAD за міжнародний долар. Їх відношення — 9,412759 грн за 1 CAD. Національна шкала споживчих цін є основою єдиного перерахунку CAD PPP.

[24] Medical Services Commission. Longitudinal Family Physician Payment Schedule. 23 February 2026. Джерело.

Оплата часу прямої й непрямої допомоги, клінічного адміністрування, контактів і прикріплених пацієнтів у моделі LFP; ставки та правила лютого 2026 року.

[25] Early Psychosis Intervention BC. Northern Health Early Psychosis Intervention. Джерело.

Northern EPI: активний зв’язок із первинною ланкою та ціль першого контакту клініциста протягом 48 годин.

[26] Interior Health. Early Psychosis Intervention. Джерело.

Організація раннього втручання при психозі в Interior Health, включно з дистанційною участю.

[27] Rural Coordination Centre of BC. RTVS psychiatric case reviews. Джерело.

Професійні розбори психіатричних випадків для лікарів сільських громад у системі Real-Time Virtual Support.

[28] Eugenics Archive, Erna Kurbegovic. Victoria asylum; Open School BC. Institutional timeline. Джерело; Додатковий матеріал.

Архівно-освітня хронологія ранніх установ Британської Колумбії: Вікторія, 1872 рік; Нью-Вестмінстер, 1878 рік.

[29] Foulkes RG. British Columbia Mental Health Services: Historical Perspective to 1961. Canadian Medical Association Journal. 1961;85(11):649–655. PMID 13701008. Джерело.

Історичний огляд 1961 року: соціальна робота, психологічна служба, шокові методи, психохірургія та початок психофармакологічної доби.

[30] Coquitlam Public Library. Riverview Hospital. Coquitlam History. Джерело.

Місцева історична хронологія: відкриття лікарні 1913 року й переведення останніх 40 пацієнтів 2012 року.

[31] City of Coquitlam Archives. “British Columbia. Riverview Hospital,” authority record RH-2017-3. Джерело.

Архівний опис Essondale/Riverview: заснування, перейменування та зміни організації лікарні.

[32] BC Housing / səmiq̓ʷəʔelə. The History of səmiq̓ʷəʔelə. Джерело.

Історія території, корпусів, умов проживання й переходу до менших спеціалізованих резиденцій.

[33] British Columbia. Sexual Sterilization Act, 1933, c. 59; закон про скасування, 1973, c. 79. Джерело; Додатковий матеріал.

Первинні правові акти Британської Колумбії: закон про стерилізацію 1933 року та його скасування 1973 року.

[34] McGill Journal of Law and Health. De Jure and De Facto Discrimination: Sterilization and Eugenics in Canada. 24 November 2021. Джерело.

Правничий огляд примусової стерилізації; наводить історичну оцінку кількості постраждалих у BC.

[35] Kurbegovic E. British Columbia opens the Hospital for the Mind. Eugenics Archive. Джерело.

Історичний нарис про Essondale/Riverview, примусову стерилізацію та врегулювання позовів дев’яти жінок у 2005 році; наведено посилання на архівні й журналістські джерела.

[36] City of Coquitlam. Riverview Hospital heritage timeline; BC Legislative Assembly, Public Accounts Committee, follow-up on the 1994 audit. Джерело; Додатковий матеріал.

Хронологія об’єднання установ 1965 року, перенесення сестринської освіти до коледжів 1973-го й закриття West Lawn 1983-го; аудит переходу до допомоги в громаді.

[37] Petersen KL, Nicholls TL, Groden D, et al. Redevelopment of tertiary psychiatric services in British Columbia: a prospective study of clinical, social, and residential outcomes of former long-stay inpatients. Schizophrenia Research. 2013;149(1–3):96–103. PubMed; DOI.

Проспективне спостереження 189 колишніх тривалих пацієнтів Riverview: житлові маршрути, клінічний стан, умови життя й якість життя. Доступна анотація публікації.

[38] Kwikwetlem First Nation. səmiq̓ʷəʔelə/Riverview. Джерело.

Власна історія Kwikwetlem: зв’язок із територією səmiq̓ʷəʔelə та участь у рішеннях щодо її подальшого використання.

[39] British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions; PHSA. People with mental illness, addictions benefit from new treatment centre. 29 October 2021. Джерело.

Повідомлення про відкриття Red Fish 12 жовтня 2021 року: 105 місць, капітальне фінансування 130 млн CAD (≈38,8 млн CAD PPP), участь Kwikwetlem у проєктуванні та програмах.

[40] Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. CANMAT 2023 update on management of major depressive disorder in adults. Canadian Journal of Psychiatry. 2024;69(9):641–687. Джерело; DOI; Додатковий матеріал; Джерело.

Канадська настанова щодо великого депресивного розладу: оцінювання, психотерапія, фармакотерапія, нейростимуляція та підтримувальний етап.

[41] CMHA BC. BounceBack information for service providers. Джерело.

Безоплатна програма BounceBack: матеріали когнітивно-поведінкової терапії, телефонний супровід і критерії участі.

[42] Lau MA, Davis S. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for BC primary care patients with mild to moderate depression with or without anxiety: Bounce Back, 2008–2014. BC Medical Journal. 2019;61(1):25–32. Джерело.

Оцінювання BounceBack, 2008–2014 роки: у тих, хто завершив програму, середній PHQ-9 знизився з 11,2 до 5,5, GAD-7 — з 9,8 до 4,7.

[43] Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. Focus. 2023;21(4):344–353. DOI: 10.1176/appi.focus.20230009. PubMed; Джерело.

Оновлення CANMAT/ISBD 2023 року: лікування манії, біполярної депресії та профілактика рецидивів.

[44] College of Health and Care Professionals of BC. Psychology; Regulating Psychotherapy. Джерело; Додатковий матеріал.

Психологи — регульована професія CHCPBC. Початок законодавчого регулювання психотерапевтів призначено на 29 листопада 2027 року.

[45] BC Association of Clinical Counsellors. Fee Guide 2026. Джерело.

Рекомендована плата за індивідуальну 50-хвилинну зустріч: 140–155 CAD (≈41,8–46,3 CAD PPP) для початкового рівня досвіду, 155–175 CAD (≈46,3–52,2 CAD PPP) для досвідчених консультантів; спеціалізована допомога — до 225 CAD (≈67,2 CAD PPP).

[46] British Columbia Psychological Association. BCPA Recommended Rate 2025–2026. Джерело.

Рекомендована ставка 245 CAD (≈73,1 CAD PPP) за годину, затверджена 12 травня 2025 року; індивідуальні тарифи визначають фахівці.

[47] British Columbia College of Nurses and Midwives. Registered Psychiatric Nurses. Джерело.

Окрема регульована сестринська професія з базовою освітою в психіатричному й психічному здоров’ї.

[48] Fraser Health. Neurostimulation Clinic. Джерело.

Клініка нейростимуляції Fraser Health: направлення на ECT, анестезія, відновлення та подальший психіатричний супровід.

[49] Vancouver Coastal Health. ECT Clinic at VGH. Джерело.

ECT у VGH: показання до направлення, амбулаторна організація й координація з лікуючим психіатром.

[50] UBC Department of Psychiatry. Residency Program in Psychiatry. Джерело.

П’ятирічна резидентура UBC: клінічні ротації, навчання психотерапії та супервізія.

[51] Fraser Health. Advance electronic health record; Clinical & Systems Transformation. About CST. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Публічні описи лікарняних електронних систем: поетапне впровадження MEDITECH Expanse у Fraser із 2023 року; спільна CST Cerner у VCH, PHSA та Providence.

[52] Provincial Health Services Authority. CareConnect: Clinical Data Available; Digital Referrals and Orders. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Публічний опис доступних клінічних даних, PharmaNet і переходу від факсового обміну до електронних направлень.

[53] BCCSU. Providing Care in Acute Care Settings: Opioid Agonist Treatment Maintenance. 2024. Відкрити PDF.

BCCSU, 2024 рік: перевірка останньої дози OAT, пропущених приймань, лікарняних введень і передачі до громадської аптеки.

[54] British Columbia Ministry of Health. MSP physician claims; CIHI. Hospital Mental Health and Substance Use Data Users Guide, 2023–2024. Джерело; Додатковий матеріал.

Для рахунків MSP використовують діагностичні коди на основі ICD-9; джерело лікарняних даних BC у звіті CIHI — DAD, із кодуванням ICD-10-CA.

[55] BC Ombudsperson. Committed to Change: Systemic Investigation Update. Special Report 62, January 2026. Джерело.

Омбудсман, січень 2026 року: виконання рекомендацій 2019 року, перевірка обов’язкових форм і показники недобровільної госпіталізації.

[56] British Columbia. Motor Vehicle Act, s.230; Child, Family and Community Service Act, s.14; Coroners Act, ss.2–4. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Підстави обов’язкових повідомлень щодо небезпечного керування, захисту дитини й визначених категорій смерті; окрема відповідальність керівника психіатричного закладу.

[57] Riedlinger S, Ehmann T, Tamburri S, Lang DJ. “A Fidelity Assessment of Early Psychosis Intervention Services in British Columbia, Canada.” Early Intervention in Psychiatry. 2026;20(7):e70202. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Самооцінювання 16 служб EPI за даними 2022 року; опубліковано 2026-го. Виконання компонентів моделі — 56,1%; особливо рідко доступні структуровані сімейні втручання.

[58] Province of BC / MCFD. Child & Youth Mental Health. Джерело.

Дитячо-підліткова служба MCFD: добровільний прийом, оцінювання, психотерапія та робота з родиною.

[59] Mathias S, Tee K, Helfrich W, et al. “Foundry: Early learnings from the implementation of an integrated youth service network.” Early Intervention in Psychiatry. 2022. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Ранні результати шести центрів Foundry: 4 783 молоді людини, 35 791 відвідування; 58% опитаних повідомили, що без центру нікуди б не звернулися.

[60] Barbic S, Mallia E, Wuerth K, et al. “Implementing Foundry: A cohort study describing the regional and virtual expansion of a youth integrated service in British Columbia, Canada.” Early Intervention in Psychiatry. 2024. PubMed; DOI.

Когортний опис розширення Foundry: регіональні центри, віртуальна допомога та характеристики звернень молоді.

[61] Tsang VWL, Lin MCQ, Huang N, et al. “Compass—Canada’s first child psychiatry access program: Implementation and lessons learned.” PLOS ONE. 2025;20:e0323199. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Compass, 2018–2023 роки: 2 336 зареєстрованих фахівців; приблизно 60% консультацій стосувалися медикаментів.

[62] MCFD, Ministry of Health and Health Authorities. Youth Mental Health Transition Protocol Agreement. 11 June 2015. Джерело.

Міжвідомчий протокол 2015 року про передачу молоді з дитячо-підліткових до дорослих служб.

[63] BC Women’s, Provincial Reproductive Mental Health Outpatient Clinic referrals. Джерело.

BC Women’s: критерії направлення та консультативна амбулаторна допомога при репродуктивних психічних розладах.

[64] BC Children’s Hospital. Referral for Inpatient Psychiatry Units; Psychology Residency Brochure 2026–2027. Джерело; Додатковий матеріал.

Провінційні дитяче й підліткове відділення, невідкладне психіатричне оцінювання та узгодження виписки зі школою і місцевими службами.

[65] Community Living BC, eligibility for support. Джерело.

CLBC: критерії підтримки при інтелектуальній недостатності та Personalized Supports Initiative для людей з аутизмом або фетальним алкогольним спектром розладів.

[66] Community Living BC, Services to Adults with Developmental Disabilities. Джерело.

STADD: координація переходу до дорослих служб для молоді 16–24 років, яка відповідає критеріям програми.

[67] Fraser Health, Developmental Disabilities Mental Health Services. Джерело.

DDMHS Fraser Health: спеціалізована психіатрична допомога людям з інтелектуальною недостатністю та складними психічними або поведінковими потребами.

[68] Vancouver Coastal Health. Vancouver Older Adult Mental Health and Substance Use Services. Джерело.

Геронтопсихіатрична служба Ванкувера: складні психічні розлади, симптоми деменції та взаємодія з доглядом удома.

[69] Hatch S, Seitz D, Bruneau MA, et al. Canadian clinical practice guidelines for assessing and managing behavioural and psychological symptoms of dementia. Canadian Geriatrics Journal. 2025;28(1):91–102. DOI; Додатковий матеріал.

Резюме канадської настанови щодо поведінкових і психологічних симптомів деменції: оцінювання причин, втручання й участь близьких.

[70] Office of the Seniors Advocate BC. Monitoring Seniors Services 2025. Published March 2026. Джерело.

Провінційний моніторинг: на 31 березня 2025 року 7 029 людей очікували long-term care; середнє накопичене очікування цієї черги — 287 днів.

[71] In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in BC Health Care. November 2020. Джерело.

Незалежний огляд 2020 року: опитування 2 780 представників корінних народів і 5 440 працівників; расизм, довіра та досвід отримання допомоги.

[72] First Nations Health Authority. Virtual Substance Use and Psychiatry Service. Джерело.

FNHA: дистанційні консультації з психіатрії та залежностей, направлення й культурно відповідна допомога.

[73] Government of British Columbia. Declaration Act Action Plan, action 4.08; progress report 2025/26. Джерело.

Відкриття Éyameth’ Health Centre у січні 2026 року та партнерство Sts’ailes, FNHA, Fraser Health і провінції.

[74] First Nations Health Authority. 10 years of the toxic drug public health emergency; healing and hope for the future. 15 April 2026. Джерело.

Дані за 2025 рік: 289 смертей представників First Nations, вікова структура та співвідношення рівнів смертності. Облік FNHA охоплює осіб зі статусом First Nations відповідно до використаних реєстрів.

[75] Métis Nation British Columbia. Métis Counselling Connection; Mental Health & Harm Reduction. Джерело; Додатковий матеріал.

Програма оплати консультування для громадян MNBC та координація психічного здоров’я; започаткована 2021 року.

[76] Indigenous Services Canada. Non-Insured Health Benefits: Mental Health Counselling Benefits Guide. Джерело.

Федеральне покриття консультування для осіб, які відповідають критеріям NIHB, зокрема Inuit; регіональні угоди щодо культурно відповідної допомоги.

[77] BC Mental Health and Substance Use Services. Forensic Psychiatric Hospital; Forensic Psychiatric Regional Clinics & Programs. Джерело; Додатковий матеріал.

Судово-психіатрична мережа BC: лікарня на 190 ліжок і сім регіональних клінік.

[78] BC Coroners Service. BC Coroners Service shares 2025 data into unregulated drug-toxicity deaths. 19 February 2026. Джерело.

Попередні річні підсумки 2025 року: кількість смертей, вік, місце, шлях уживання та результати прискореної токсикології. Речовини в токсикологічних категоріях можуть поєднуватися.

[79] BCCSU. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder, 2023 update. Джерело; Додатковий матеріал; Повний PDF.

Провінційна настанова BCCSU щодо опіоїдної залежності: вибір агоністичної терапії, індукція, титрування, біль, супутні стани та лікування у стаціонарі.

[80] BC Centre on Substance Use. Provincial Opioid Addiction Treatment Support Program: Frequently Asked Questions. Джерело.

Підготовка та розширення повноважень сертифікованих RN/RPN CP-OUD щодо призначення агоністичної терапії з вересня 2024 року.

[81] BCCSU/CRISM. Canadian guideline for high-risk drinking and alcohol use disorder. Джерело; Джерело.

Канадська настанова щодо ризикованого вживання алкоголю та алкогольної залежності; ресурсна сторінка містить оновлення скринінгу від травня 2026 року.

[82] BCCSU. Updated Prescribed Alternatives Policy—Implications for Clinical Practice. Джерело.

Клінічний бюлетень від грудня 2025 року: правила приймання призначуваних альтернатив нерегульованим речовинам під наглядом і передбачені винятки.

[83] British Columbia Government. Decriminalization pilot: status, 14 January 2026; ten years of the toxic-drug emergency, 13 April 2026. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал; Звіт до Health Canada, лютий 2026; Підсумок провінції, 2026.

Пілот діяв із 31 січня 2023 до 31 січня 2026 року; продовження не було. Датований огляд заходів зменшення шкоди й лікування.

[84] BCCSU. Providing Care in Acute Care Settings: Substance Use—What You Should Know. Джерело.

Практичний ресурс BCCSU 2024 року про залежності в загальній лікарні: гострий стан, продовження лікування й передача після виписки.

[85] Providence Health Care. Road to Recovery. Джерело.

Road to Recovery: гостра допомога при залежностях, наступні етапи лікування та підтримка після стаціонару.

[86] BC Mental Health and Substance Use Services. Rehabilitation and Recovery Program. Джерело.

Добровільна перехідна реабілітаційна програма на 40 місць для відповідних пацієнтів спеціалізованих служб BCMHSUS.

[87] Fraser Health. Assertive Community Treatment. Джерело.

ACT у Fraser Health: активна виїзна робота мультидисциплінарної команди з людьми зі складними тривалими потребами.

[88] Somers JM, Moniruzzaman A, Patterson M, et al. “A Randomized Trial Examining Housing First in Congregate and Scattered Site Formats.” PLOS ONE. 2017;12:e0168745. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Рандомізоване дослідження 297 учасників у Ванкувері: за 24 місяці стабільне житло займало 74,3–74,5% часу у двох моделях Housing First і 26,3% за звичайної допомоги.

[89] Fraser Health. Mental health confidentiality. Джерело.

Практичний опис згоди, конфіденційності та обміну клінічною інформацією з родиною у Fraser Health.

[90] BC Mental Health and Substance Use Services. Red Fish client and family handbook. Джерело.

Публічний посібник Red Fish для пацієнтів і родин, редакція січня 2022 року: перебування, участь близьких і підготовка переходу.

[91] Independent Rights Advice Service. Офіційний сайт; урядове повідомлення про розгортання служби 2025 року. Джерело; Додатковий матеріал.

Незалежна служба роз’яснення прав IRAS: порядок звернення та розгортання доступу у 2025 році.

[92] British Columbia. Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act, RSBC 1996, c. 181. Джерело; Додатковий матеріал.

Здатність надати згоду, представництво, тимчасовий замісний ухвалювач рішення, врахування попередніх бажань і найкращих інтересів пацієнта.

[93] Parliament of Canada. MAID: mental disorder as the sole underlying medical condition. Special Joint Committee report, June 2026; Act SC 2024, c. 1. Джерело; Додатковий матеріал.

Чинне тимчасове виключення до 17 березня 2027 року; рекомендація парламентського комітету червня 2026 року про безстрокове виключення. Розрізнено чинне право й пропозицію зміни.

[94] Snow ME, Salmon A, Banjo J, et al. “Backed into a Corner”: Lived experiences of receiving and providing involuntary psychiatric treatment under British Columbia's Mental Health Act. PLOS ONE. 2026;21(6):e0329049. Джерело; DOI.

Якісне дослідження: 23 пацієнти, 11 клінічних і 10 інших працівників. Теми примусу, комунікації, довіри та участі в рішеннях.

[95] Loyal JP, Lavergne MR, Small W. “Trends in Involuntary Psychiatric Hospitalization in British Columbia: Descriptive Analysis of Population-Based Linked Administrative Data from 2008 to 2018.” Canadian Journal of Psychiatry. 2023. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Пов’язані адміністративні дані за 2008/09–2017/18 роки: динаміка епізодів добровільної та недобровільної госпіталізації у BC.

[96] College of Physicians and Surgeons of BC. Annual Report 2025/26. Джерело.

Реєстраційний звіт на 28 лютого 2026 року: 1 023 професійно активні фахівці із сертифікацією з психіатрії.

[97] Rudoler D, Kaoser R, Lavergne MR, et al. Regional Variation in Supply and Use of Psychiatric Services in 3 Canadian Provinces. Canadian Journal of Psychiatry. 2025;70:511–523. Джерело; DOI.

Адміністративні дані BC, Манітоби й Онтаріо за 2012/13–2021/22 роки. Розподіл психіатрів та регіональні показники будь-якого контакту, консультацій і тривалішого ведення; середні в таблиці 2 розраховано за регіонами.

[98] Doctors of BC. Alternative Payments; 2024/25 Service Contract Rates. Джерело; Додатковий матеріал.

Різновиди контрактної оплати. Діапазон психіатрії наведено за датованою таблицею 2024/25; розподіл додаткового фінансування за угодою 2025 року тривав у 2026-му.

[99] British Columbia Ministry of Health. Sessional Rates, 2025/26–2028/29. Джерело.

Сесійна оплата за 3,5 години у 2026/27: спеціаліст 747,22 CAD (≈223 CAD PPP), сімейний лікар 633,47 CAD (≈189 CAD PPP), спеціаліст судово-психіатричної служби 1 057,61 CAD (≈316 CAD PPP).

[100] BC Nurses’ Union / CFNU. Nurse Wage Comparison Charts; BC Nurses to End Province-wide Job Action, 24 July 2026; President’s Message, 29 September 2026. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Шкала RN/RPN Level 3 за угодою 2022–2025: 41,42–55,91 CAD (≈12,4–16,7 CAD PPP) за годину. 24 липня 2026 року NBA прийняла рекомендації посередників і завершила протестні дії; питання оплати перейшли до обов’язкового арбітражу восени. Ставки зберігають дату попередньої угоди.

[101] Fraser Health. Neuropsychologist: public vacancy, requisition 129198. Джерело.

Оприлюднений роботодавцем діапазон 56,02–69,98 CAD (≈16,7–20,9 CAD PPP)/год. Приклад оплати конкретної посади; погодинна шкала переглянута 7 жовтня 2026 року.

[102] Health Sciences Association of BC. HSPBA 2025–2029 Wage Schedule O: Psychologist. Effective first pay period after 1 April 2026. Чинна шкала психологів.

Психолог P1: 56,02–69,98 CAD (≈16,7–20,9 CAD PPP) за годину; верхня ставка S4D — 95,17 CAD (≈28,4 CAD PPP). Шкала враховує зміни окремих категорій із квітня 2026 року.

[103] Canada Revenue Agency; British Columbia Ministry of Finance. Personal income tax and payroll parameters, 2026. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Офіційні ставки й пороги для відтворюваних прикладів доходу після податків, CPP та EI. Розрахунки використовують річну ставку BC 5,60%, а не тимчасову ставку утримання за друге півріччя.

[104] Statistics Canada. Payroll employment, earnings and hours, and job vacancies, April 2026. 25 June 2026. Джерело.

Середній тижневий заробіток найманих працівників BC у квітні 2026 року — 1 357,68 CAD (≈405 CAD PPP). Використаний як місцевий масштаб для зіставлення оплати праці.

[105] BC Ministry of Finance. Budget and Fiscal Plan 2026/27–2028/29. 17 February 2026. Джерело.

Бюджетний план 2026/27–2028/29 років: зокрема 131 млн CAD (≈39,1 млн CAD PPP) додаткових трирічних асигнувань на лікування тяжких психічних розладів і залежностей.

[106] BC Government. Beginning construction on mental-health, substance-use treatment facility in Surrey. 4 September 2026. Джерело.

Початок будівництва у Surrey, вересень 2026 року: 60 місць, бюджет 57 млн CAD (≈17 млн CAD PPP), заплановане відкриття 2028 року.

[107] BC Government. Adding involuntary care facilities in Surrey, Prince George. 10 July 2026. Джерело.

План комплексу в Prince George: 72 місця, бюджет 92 млн CAD (≈27,5 млн CAD PPP), поетапне відкриття у 2027–2028 роках.

[108] Health Canada. Opioid use disorder and treatment. 2024. Відкрити матеріал.

Health Canada: клінічні ознаки опіоїдної залежності, варіанти лікування та співіснування з хронічним болем.

[109] BCCSU. DSM-5-TR Diagnostic Criteria for Opioid Use Disorder. 2023. Відкрити PDF.

Критерії DSM-5-TR: поріг діагнозу, тяжкість і виняток щодо толерантності та відміни за належного медичного застосування опіоїдів.

[110] Fraser Health. Rapid Access to Addiction Care (RAAC) Clinic. Опис служби.

RAAC у Нью-Вестмінстері: самозвернення, початкова стабілізація та передача до подальшого лікування.

[111] BCCSU. Patient Assessment for Opioid Agonist Treatment. 2017. Форма оцінювання.

Форма BCCSU для первинного оцінювання перед OAT: речовини, психічний і соматичний стан, взаємодії та соціальні обставини.

[112] Yakovenko I. et al. Management of opioid use disorder: 2024 update to the national clinical practice guideline. CMAJ. 2024;196:E1280-E1290. Бібліографічний запис і резюме.

Національне оновлення 2024 року: бупренорфін і метадон як перша лінія; тривале лікування та доступна психосоціальна підтримка.

[113] BCCSU. 2023 OUD Clinical Summary Resources. Клінічний довідник.

Стислий клінічний довідник BCCSU 2023 року: індукція, титрування й підтримувальні режими агоністичної терапії.

[114] BC Centre for Disease Control. Harm Reduction & Substance Use Services: Take Home Naloxone. Програма BCCDC.

Програма Take Home Naloxone: безоплатні набори, навчання та участь близьких у реагуванні на передозування.

[115] Fraser Health. Jim Pattison Chronic Pain Clinic. Опис клініки.

Мультидисциплінарна клініка хронічного болю Jim Pattison: консультації, навчання й направлення через лікаря або nurse practitioner.

[116] Fraser Health. Pain Services Referral Guide. 2025. Джерело.

Публічний посібник направлення до служб болю Fraser Health, 2025 рік: відбір, консультативний цикл і ведення під час очікування.

[117] Pain BC. Find help for chronic pain. Ресурси Pain BC.

Pain BC: телефонна підтримка, групи, освітні матеріали та навігація для людей із хронічним болем.

[118] Kohan L. et al. Buprenorphine management in the perioperative period: educational review and recommendations from a multisociety expert panel. Regional Anesthesia & Pain Medicine. 2021;46:840-859. Бібліографічний запис.

Рекомендації міждисциплінарної експертної групи: продовження бупренорфіну під час операції, мультимодальна аналгезія та координація виписки.

[119] Pearce L. A. et al. Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: population based retrospective cohort study. BMJ. 2020;368:m772. Резюме дослідження.

Когорта 55 347 отримувачів ОАТ у BC, 1996–2018 роки: смертність під час лікування та поза ним, зміни в період токсичної опіоїдної кризи.

[120] Центр громадського здоров’я МОЗ України. Замісна підтримувальна терапія; Поширені запитання. Загальний розділ; поширені запитання.

ЦГЗ: організація ЗПТ в Україні, метадон, бупренорфін та застосування комбінації бупренорфін/налоксон із 2024 року.

[121] Katzman M. A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14(Suppl 1):S1. Джерело.

Канадська настанова 2014 року щодо тривожних розладів: діагностичне оцінювання, психотерапія та фармакотерапія.

[122] CAMH. Anxiety: Pharmacotherapy. Джерело.

Клінічний довідник CAMH: фармакотерапія тривоги, поступове титрування й оцінювання відповіді.

[123] Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Canada’s Guidance on Alcohol and Health: Final Report. 2023. Повний звіт.

Канадський звіт 2023 року: ризики вживання алкоголю та визначення стандартної порції — 17,05 мл, або 13,45 г чистого етанолу.

[124] Remington and colleagues, Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults, 2017. Джерело.

Канадська настанова 2017 року: фармакотерапія шизофренії, оцінювання резистентності та підтримувальне лікування.

[125] Fraser Health, Psychosis Treatment Optimization Program. Джерело.

Fraser Health: спеціалізована програма оптимізації лікування психозу, включно з клозапіном.

[126] CLOZARIL (clozapine). Canadian Product Monograph. 3 July 2025. Джерело.

Канадська монографія клозапіну від 3 липня 2025 року: гематологічний моніторинг, взаємодії, інфекції та повторне титрування після перерви.

[127] CAMH. Psychosis: Pharmacology — Maintenance Treatment. Джерело.

CAMH: підтримувальне лікування психозу, вплив тютюнового диму й припинення куріння на метаболізм клозапіну.

[128] BC Prosecution Service, adult criminal-court process. Джерело.

BC Prosecution Service: кримінальне провадження для дорослих і роль Crown counsel у затвердженні обвинувачень.

[129] Canada, Criminal Code, section 16. Джерело.

Criminal Code, стаття 16: правовий критерій NCRMD, пов’язаний зі здатністю розуміти характер учинку або його неправомірність.

[130] BC Housing, Homeless Outreach Program. Джерело.

BC Housing: робота outreach-працівників із житлом, доходами, документами та переходами з установ.

[131] BC Housing, Supportive Housing. Джерело.

Житло з підтримкою у BC: моделі проживання, допомога персоналу й подання заявки через Supportive Housing Registration Service.

[132] Smith-Carrier T., Dahlquist-Axe H., Prindiville D., Marshall C. A. Exploring the bounds of consumer choice in supported housing: A reflexive thematic analysis of data generated from supportive housing tenants in British Columbia, Canada. PLOS Mental Health. 2025;2:e0000505. Джерело.

Тематичний аналіз інтерв’ю з 24 мешканцями житла з підтримкою: вибір, доступ і повсякденне життя.

[133] BC guideline, Cognitive Impairment: Recognition, Diagnosis and Management in Primary Care, 2014. Джерело.

Провінційна настанова 2014 року: розпізнавання когнітивних розладів, діагностика й ведення в первинній ланці.

[134] Canadian Coalition for Seniors’ Mental Health. Canadian Clinical Practice Guidelines for Assessing and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. 2024. Джерело.

Повний клінічний документ CCSMH: поведінкові й психологічні симптоми деменції, пошук причин, немедикаментозні втручання та фармакотерапія.

[135] British Columbia, Home Support. Джерело.

Правила домашньої підтримки у BC: оцінювання потреб, персональна допомога та участь у витратах.

[136] British Columbia, Caregiver Respite/Relief. Джерело.

Форми перепочинку для родинних доглядальників: допомога вдома, денні програми й короткочасне перебування.

[137] Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Delirium Pocket Card. 2024 edition. Джерело.

Клінічна пам'ятка CCSMH, редакція 2024 року: розпізнавання делірію, причинний пошук і ведення.

[138] BCCSU, Managing Acute Stimulant Intoxication and Withdrawal, 2024. Джерело.

Клінічний ресурс BCCSU 2024 року: інтоксикація стимуляторами, гостра оцінка та синдром відміни.

[139] BCCSU, Stimulant Use Disorder clinical resources. Джерело.

Практичне оновлення BCCSU щодо стимуляторної залежності: клінічне ведення та психосоціальні втручання.

[140] ASAM/AAAP. Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. 2024. Джерело.

Повторна оцінка стимулятор-індукованого психозу; поступове припинення антипсихотика після періоду ремісії, індивідуальне ведення супутніх розладів.

[141] NICE, Autism spectrum disorder in adults, CG142. Джерело.

NICE CG142, оновлення 2021 року: клінічне оцінювання дорослого аутизму, адаптація середовища та допомога при супутніх розладах.

[142] AutismBC. Getting an Autism Diagnosis as an Adult. 6 January 2022; public page accessed October 2026. Джерело.

AutismBC, 2022 рік: доросла діагностика аутизму, навігація та наведена тоді вартість приватного оцінювання 3–5 тис. CAD (≈895–1 490 CAD PPP).

[143] Community Living BC. Province invests in CLBC-funded services in its 2025 budget. 7 March 2025. Джерело.

Бюджет CLBC 2025/26: 1,8 млрд CAD (≈537 млн CAD PPP), приріст 127 млн CAD (≈37,9 млн CAD PPP); очікуване приєднання приблизно 1 200 отримувачів і опис незадоволеного попиту.

[144] Day G. S., del Campo C. M. Wernicke encephalopathy: a medical emergency. CMAJ. 2014;186:E295. DOI: 10.1503/cmaj.130091. Джерело.

Клінічна публікація CMAJ: розпізнавання енцефалопатії Верніке та невідкладне парентеральне введення тіаміну.

[145] Emergency Care BC. Wernicke’s Encephalopathy: Diagnosis and Treatment. Джерело; Клінічний протокол відміни.

Emergency Care BC: невідкладне оцінювання й лікування енцефалопатії Верніке.

[146] ASAM. Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. 2020. Джерело.

Тіамін, корекція дефіцитів і ведення відміни; глюкозу й тіамін можна вводити одночасно або в будь-якій послідовності за клінічною потребою.

[147] PHSA, BC Mental Health and Substance Use Services. Джерело.

Публічний опис BCMHSUS: спеціалізована, судово-психіатрична допомога та медичні служби провінційних виправних установ.

[148] British Columbia, integrated transitional and release planning. Джерело.

Провінційна організація переходу після звільнення: Community Transition Teams і супровід до 90 днів.

[149] Erickson M. et al. “They Give you a bus Ticket and They Kick you Loose”: A Qualitative Analysis of Post-Release Experiences among Recently Incarcerated Women Living with HIV in Metro Vancouver, Canada. Violence Against Women. 2024;30:2935–2958. Online 2023. Джерело.

Інтерв’ю з 19 жінками, які живуть із ВІЛ, та шістьма надавачами: житло, залежності й переривання допомоги після звільнення.

[150] Receipt of OAT in BC provincial correctional facilities and nonfatal overdose after release, PLOS ONE, 2024. Джерело.

Когорта 1 535 людей, 4 738 звільнень у 2015–2018 роках: ОАТ у провінційній установі та ризик нефатального передозування протягом 30 днів після звільнення.

[151] Центр громадського здоров’я МОЗ України. Аналітична довідка про стан впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні. 2025 рік; станом на 1 січня 2026 року. Звіт.

Облік 32 975 отримувачів, мережі пунктів, переведень під час евакуації, супутніх захворювань і видачі препаратів. Приватний сектор представлений закладами, що подають щомісячну звітність.

[152] Vigod and colleagues, CANMAT 2024 perinatal guideline, published 2025. Джерело.

Перинатальна настанова CANMAT 2024 року, опублікована 2025-го: післяпологовий психоз, медикаменти, лактація та ЕСТ.

[153] Fraser Health, Reproductive Mental Health. Джерело.

Fraser Health: спеціалізоване оцінювання й рекомендації щодо лікування репродуктивних психічних розладів.

[154] BC Mental Health and Substance Use Services. Forensic Psychiatric Services: Patient, Family and Partner Handbook. Джерело.

Публічний посібник судово-психіатричної служби для пацієнтів, родин і партнерів: стаціонар, лікування та перехід у громаду.

[155] BC Review Board, About the Board. Джерело.

BC Review Board: повноваження ради щодо NCRMD та здатності обвинуваченого брати участь у судовому процесі.

[156] BC Review Board, The Hearing Process. Джерело.

Порядок слухання Review Board: учасники, представництво, докази й перегляд рішень.

[157] BC Review Board, Information for Victims. Джерело.

Процесуальна участь постраждалих осіб у слуханнях Review Board та інформування про рішення.

[158] Canada. Criminal Code, section 672.54: Dispositions. Джерело.

Criminal Code, стаття 672.54: рішення суду або Review Board, громадська безпека, умовне й безумовне звільнення та утримання в лікарні.

[159] CMPA, Subpoenas: What are a physician’s responsibilities?, revised May 2023. Джерело.

CMPA, редакція травня 2023 року: обов’язки лікаря після отримання повістки, записи й конфіденційність.

[160] Canada, Criminal Code, section 700. Джерело.

Criminal Code, стаття 700: зміст і вимоги кримінальної судової повістки.

[161] CMPA, Testifying: What it involves and how to do it effectively, revised September 2022. Джерело.

CMPA, редакція вересня 2022 року: підготовка свідчень і ролі лікуючого лікаря та незалежного експерта.

[162] Бенесько О. І., Селюков Г. І. «Погляд в історичну давнину київської психіатрії». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 16–17. Джерело.

Історичний нарис київської психіатричної допомоги: ранні установи та формування лікарняної опіки.

[163] Влох І. Й., Даниленко Ю. М., Бондар Р. М., Закаль Ю. П., Гуль Л. Г. «Про основні етапи розвитку психіатричної допомоги в західному регіоні України». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 30–31. Джерело.

Регіональна історія західної України: Кульпарків, університетська психіатрія й розвиток допомоги за різних адміністрацій.

[164] Бюро Спадщини, Львів. «Вул. Кульпарківська, 95». Джерело.

Архітектурна історія Кульпарківського комплексу: спорудження від 1870 року та відкриття лікарні 1875 року.

[165] Селезнёв Е. И., Касько А. Ф. «Развитие психиатрической помощи на Буковине». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 121–122. Джерело.

Буковина: рання лікарняна допомога, спеціалізована установа 1902 року та кадрово-ліжковий стан після Другої світової війни.

[166] Брусенцов А. И., Кравченко Н. Ф. «Организация внебольничной психиатрической помощи в Одесской области». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 25–27. Джерело.

Одещина: диспансеризація 1920-х років, психоневрологічний інститут і розвиток денних та амбулаторних форм допомоги.

[167] Коваленко И. В., Пшук Н. Г. «К истории Винницкой областной психоневрологической больницы им. академика А. И. Ющенко». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 64–65. Джерело.

Вінницька лікарня: клінічна, наукова й освітня історія, районні обстеження та зв’язок з медичним інститутом.

[168] Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені академіка О. І. Ющенка. Історична довідка. Джерело.

Історична сторінка установи: відкриття 25 травня 1897 року на 720 ліжок, клінічна й навчальна робота.

[169] Литвиненко В. І. «Про історію соціально-реабілітаційних заходів в Полтавській психіатричній лікарні». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 103–105. Джерело.

Полтавська лікарня: культурне життя, праця, соціальна реабілітація та проблеми тривалого перебування на початку 1990-х років.

[170] Чечин Н. М., Авакина И. И. «К истории Херсонской областной психиатрической больницы». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 137–138. Джерело.

Херсонська лікарня: співвідношення лікарняних відділень, колонії та сімейного патронажу на початку XX століття.

[171] Суспільне. Залишені в окупації: сотні підопічних психоневрологічних інтернатів та психлікарень так і не евакуювали. 2025. Джерело.

Журналістське розслідування з оприлюдненими відповідями Нацсоцслужби та обласних адміністрацій. Вторинне джерело про втрату контролю над установами й відстеження пацієнтів під окупацією.

[172] Абрамов В. А. «К истории становления реабилитационного направления психиатрической службы Донбасса». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 15–16. Джерело.

Історія реабілітаційного напряму на Донбасі, зокрема Свато-Лучської лікарні та трудових майстерень.

[173] Самохвалов В. П. «Психиатрическая наука в Крыму: тенденции, история и перспективы». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 119–121. Джерело.

Кримська психіатрична наука до 1994 року: кафедральна традиція, біологічні дослідження та клінічна етологія.

[174] Новости украинской психиатрии. Електронні передруки збірників «История украинской психиатрии» (1994) та «История Сабуровой дачи» (1996). Джерело; Додатковий матеріал.

Електронний архів українських історико-психіатричних збірників 1994 і 1996 років із повними авторськими текстами.

[175] Петрюк П. Т., Сосин И. К., Кутько И. И., Петрюк А. П. «Хронология лидерства Сабуровой дачи в отечественной психиатрии». Новости украинской психиатрии. 2011. Джерело.

Професійна хронологія Сабурової дачі: рання лікарня, кафедри, журнал Ковалевського й наукові установи Харкова.

[176] Кальницький М. Б. «Кирилівська лікарня». Енциклопедія Сучасної України. 2013. Джерело.

Енциклопедична історія Кирилівської лікарні: територія, будівлі та етапи формування психіатричної допомоги.

[177] Медичний портал Києва. КНП «Клінічна лікарня “Психіатрія”», Кирилівська, 103. Джерело.

Міський опис київської лікарні «Психіатрія»: структура, спеціалізовані функції та контактні дані.

[178] Напрєєнко О. К., Процик В. О. «Заснування київської клінічної психіатрії». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 106–108. Джерело.

Київська клінічна психіатрія: університетська кафедра, журнал, амбулаторна робота й інститути 1920-х років.

[179] Крижанівський О. В., Крижанівська Л. О. «Видатний вклад школи академіка В. П. Протопопова в розвиток української психіатрії». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 78–80. Джерело.

Ретроспектива школи В. П. Протопопова: патофізіологічний напрям, клініка й організація психіатричної допомоги.

[180] Крук І. В. «Видатні представники київських психіатричних шкіл повоєнного періоду». У зб.: История украинской психиатрии / за ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харків, 1994. Т. 1. С. 81–82. Джерело.

Післявоєнні київські школи: клінічна психопатологія, дитяча психіатрія, соматопсихіатрія та викладання.

[181] Петренко Олена. «Масові вбивства єврейських пацієнтів психіятричних клінік за часів нацистської окупації України». Україна модерна. 2020;28:86–109. Джерело; DOI.

Архівне дослідження нацистських убивств єврейських пацієнтів: Київ, Вінниця та механізми відбору й знищення.

[182] Петрюк П. Т., Петрюк А. П. «Психиатрия при нацизме: расстрел немецкими оккупантами пациентов Сабуровой дачи. Сообщение 8». Психічне здоров’я. 2012;4:109–115. Джерело.

Історична стаття з передруком звіту Олександра Ігнатова про окупацію Сабурової дачі та відновлення лікарні.

[183] Рапп Ірина. «Глузман Семен Фішелевич». Віртуальний музей дисидентського руху, Харківська правозахисна група. 2005; оновлення 2016 року. Джерело.

Біографічний матеріал Харківської правозахисної групи: незалежна експертиза Семена Глузмана щодо Петра Григоренка та переслідування психіатра.

[184] Юрченко Н. П., Игнатов М. Ю. «Центр интенсивной терапии и реанимации психозов ГКПБ №15 г. Харькова (история создания и основные направления развития)». У зб.: История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Харків, 1996;3:125–128. Джерело.

Звіт засновників центру: 80 ліжок у 1975 році, цілодобова інтенсивна допомога, понад 36 тис. пацієнтів за двадцять років.

[185] Київське обласне психіатрично-наркологічне медичне об’єднання. Історія заснування психіатрично-наркологічного медичного об’єднання. Джерело.

Інституційна хронологія: Київська обласна психіатрична лікарня 1957 року, наркологічний диспансер 1984-го, об’єднання 1998-го.

[186] Харківський національний медичний університет. Навчальна програма освітнього компонента «Клінічна психологія», 2024–2025 навчальний рік. Джерело.

Навчальна програма ХНМУ на 2024–2025 рік: клінічні бази й організація підготовки з клінічної психології.

[187] НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Кафедра психіатрії, психотерапії та медико-психологічних дисциплін. Джерело.

Офіційна сторінка кафедри НУОЗ України імені П. Л. Шупика: клінічні бази та післядипломне навчання.

[188] Психабіліті / Psychability. Історія організації та напрями діяльності. Джерело.

Історія родинної ініціативи Psychability: підтримка близьких, групова робота та громадська участь.

[189] Суспільне Харків. «Пошкоджений ракетою РФ корпус психіатричної лікарні у Харкові вночі 27 квітня». 27 квітня 2024 року. Джерело.

Репортаж Суспільного про пошкодження харківської психіатричної лікарні російським ракетним ударом 27 квітня 2024 року; допоміжне журналістське джерело.

[190] НСЗУ. Посібник Програми медичних гарантій 2026. Джерело.

Посібник ПМГ-2026: зміст пакетів, вимоги до команд і закладів, психіатрична допомога та замісна підтримувальна терапія.

[191] Верховна Рада України. «Про систему охорони психічного здоров’я в Україні». Закон №4223-IX від 15 січня 2025 року. Джерело.

Закон №4223-IX: міжсекторальна система охорони психічного здоров’я; уведений у дію 7 лютого 2026 року.

[192] Мінсоцполітики України. «Деінституціалізація»; Кабінет Міністрів України. Стратегія до 2034 року, розпорядження №1315-р від 24 грудня 2024 року. Джерело; Додатковий матеріал.

Стратегія догляду за дорослими до 2034 року: розвиток послуг у громадах, підтримане проживання та зміни інтернатної системи.

[193] WHO. Ukraine: WHO Special Initiative for Mental Health — Situational Assessment. Дані 2020 року; опубліковано 2021 року. Джерело; Додатковий матеріал.

Ситуаційний аналіз ВООЗ із даними 2020 року: лікарняна модель, фінансування, кадри та тривалість перебування перед реформою.

[194] Кабінет Міністрів України. Концепція розвитку охорони психічного здоров’я до 2030 року, №1018-р, 27 грудня 2017 року; план на 2024–2026 роки, №572-р, 21 червня 2024 року. Джерело; Додатковий матеріал.

Державна політика: концепція охорони психічного здоров’я до 2030 року та план її реалізації на 2024–2026 роки.

[195] WHO. Special Initiative for Mental Health: Ukraine. Джерело.

ВООЗ: розвиток первинної й громадської допомоги в Україні в межах Special Initiative for Mental Health.

[196] Ladyk-Bryzghalova A, Zemp C, Rivest-Beauregard M, et al. “Clinical and functioning outcomes during the establishment phase of Ukraine’s community mental health teams: a descriptive analysis.” The Lancet Regional Health – Europe. 2025;58:101446. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Початковий етап роботи 14 громадських команд, 2021 рік: 947 пацієнтів; клінічні зміни та функціонування в окремих підвибірках.

[197] Міністерство фінансів України. Охорона здоров’я у бюджеті-2026. Джерело.

Державні видатки разом із трансфертами — 258,6 млрд грн; Програма медичних гарантій — 191,6 млрд грн. Планові річні асигнування.

[198] «Фармацевт Практик». Мільярдні потоки та реальні доходи лікарів: як розподіляється бюджет НСЗУ між регіонами та фахівцями. 2 жовтня 2026. Джерело.

Вторинний виклад даних НСЗУ за перше півріччя 2026 року: медіани оплати за категоріями та середні за містами. Використано як орієнтир; первинне вивантаження зарплат окремих психіатричних закладів потребує додаткової перевірки.

[199] Державна податкова служба України. Виплата заробітної плати та сплата податків, 2026. Джерело.

Утримання із зарплати: ПДФО 18% і військовий збір 5%; роботодавець окремо нараховує ЄСВ за загальною ставкою 22%.

[200] «Дебет-Кредит», за повідомленням Держстату. Середня заробітна плата по Україні в червні 2026 року. 31 липня 2026. Джерело; Повідомлення Держстату.

Вторинна публікація офіційної статистики: середня нарахована зарплата 32 783 грн; охорона здоров’я й соціальна допомога — 22 274 грн. Дата та вид статистичного показника збережені.

[201] Kopchak O, Pinchuk I, Ivnev B, et al. “Reforming Undergraduate Psychiatry Training in Ukraine.” Journal of Medical Education and Curricular Development. 2020;7:2382120520924000. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Реформа додипломного навчання психіатрії в Україні: практичні навички, mhGAP і зв’язок з первинною допомогою.

[202] ДП «Електронне здоров’я». Як здійснюється доступ до медичних даних пацієнта в ЕСОЗ. Грудень 2023. Джерело; Додатковий матеріал.

Рольова модель доступу й окремі дозволи для чутливих даних, зокрема психіатричних записів; взаємодія центральної бази та медичних інформаційних систем.

[203] НСЗУ. До яких лікарів ветерани і ветеранки можуть звернутися без е-Направлення. 11 серпня 2026. Джерело.

Чинне пояснення універсальних правил ПМГ: пряме звернення до психіатра й нарколога в закладі з відповідним договором НСЗУ.

[204] Верховна Рада України. «Про психіатричну допомогу». Закон №1489-III від 22 лютого 2000 року, чинний консолідований текст. Джерело.

Спеціальний закон про психіатричну допомогу: права, згода, госпіталізація, комісійний огляд і судова процедура.

[205] МОЗ України. Наказ №1504 від 30 листопада 2017 року. Форма №10 та інструкція. Джерело; Додатковий матеріал.

Річний звіт щодо надання психіатричної допомоги; зареєстровано 10 квітня 2018 року за №426/31878. Офіційна реєстрація та доступний повний текст нормативного акта.

[206] НСЗУ. «Понад пів мільйона пацієнтів отримали послуги з психічного здоров’я від початку 2026 року». 19 червня 2026 року. Джерело.

Підсумок НСЗУ за січень–травень 2026 року: 586 769 отримувачів допомоги, маршрути звернення та мережа надавачів.

[207] НСЗУ. «Програма медичних гарантій: що змінюється у 2026 році». 31 грудня 2025 року. Джерело.

ПМГ-2026: оголошені зміни пакетів і 5,6 млрд грн планового фінансування стаціонарної психіатричної допомоги.

[208] МОЗ України. Програма «Доступні ліки»: правила, оновлення переліку та призначення препаратів при психічних і поведінкових розладах та епілепсії. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Програма «Доступні ліки»: призначення, план лікування, електронні рецепти й отримання препаратів при психічних розладах та епілепсії.

[209] Hanna F. Mental Health at a Glance: WHO Atlas 2024, Ukraine Spotlight. Джерело.

Український профіль Атласу ВООЗ: психіатри 5,7 і психіатричні медсестри 23,2 на 100 тис.; державні витрати на психічне здоров’я приблизно 2,7% і 111,4 грн на жителя. Презентація охоплює також розвиток мережі у 2023–2025 роках.

[210] «Добробут», Київ; «Веселка», Львів. Публічні тарифи на консультацію психіатра. Доступ 7 жовтня 2026. Джерело; Додатковий матеріал.

Два приклади приватних цін: конкретний прийом у Києві та тариф клініки у Львові. Це ціни окремих надавачів на дату перегляду.

[211] Кабінет Міністрів України. Постанова №681 від 27 травня 2026 року; супровідне повідомлення МОЗ. Джерело; Додатковий матеріал.

Постанова №681 від 27 травня 2026 року: порядок формування механізму управління, передбаченого законом про систему охорони психічного здоров’я.

[212] Кабінет Міністрів України. Постанова №288 від 4 березня 2026 року щодо сертифікації та безперервного професійного розвитку. Джерело.

Постанова №288 від 4 березня 2026 року: сертифікація та безперервний професійний розвиток фахівців.

[213] Pinchuk I, Goto R, Kolodezhny O, et al. “Dynamics of hospitalizations and staffing of Ukraine’s mental health services during the Russian invasion.” International Journal of Mental Health Systems. 2023;17:20. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Спостереження 30 лікарень на початку повномасштабного російського вторгнення: госпіталізації та персонал у 2022 році; читати разом із виправленням 2025 року.

[214] Pinchuk I et al. Correction: Dynamics of hospitalizations and staffing of Ukraine’s mental health services during the Russian invasion. International Journal of Mental Health Systems. 2025;19:1. Повний текст; DOI.

Виправлення від 7 січня 2025 року: липневі госпіталізації — 360,9 на заклад; уточнено таблицю та рисунки дослідження 30 лікарень.

[215] Pinchuk I, Yachnik Y, Goto R, Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. International Journal of Mental Health Systems. 2025;19:11. Повний текст; DOI.

Три хвилі спостереження 25 лікарень: госпіталізації, кадровий склад, переміщення працівників і пацієнтів у 2022–2024 роках. Для зіставлення використано узгоджені вихідні й кінцеві дані таблиці 1.

[216] Martsenkovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. “Mental health in Ukraine in 2023.” European Psychiatry. 2024;67:e27. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Квотне онлайн-опитування 2 050 дорослих у вересні 2023 року: 36,3% мали позитивний скринінг принаймні одного з досліджених розладів.

[217] Madkour ME, Schwientek AK, Yasenok V, et al. “Community-based mental health centers in Ukraine – protocol for a mixed methods evaluation study using the RE-AIM framework.” Frontiers in Public Health. 2026;14:1740963. PubMed; Додатковий матеріал; DOI.

Протокол змішаного оцінювання громадських центрів за RE-AIM: охоплення, впровадження, прийнятність і сталість.

[218] Ярославцев С. О. «Вплив війни на показники діяльності стаціонарної психіатричної допомоги: досвід обласної психіатричної лікарні». Український вісник психоневрології. 2025;33(2). Джерело; DOI.

Відділення №8 у Кропивницькому: зміна складу госпіталізованих і тривалості перебування у 2022 — першому кварталі 2025 року.

[219] WHO Europe. Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. 24 February 2025. Джерело.

Реабілітація, підготовка команд і перешкоди доступу до допомоги для переміщених людей; підсумок роботи ВООЗ та оцінок потреб 2024 року.

[220] Міністерство у справах ветеранів України. Як ветеранам й ветеранкам, їхнім родинам отримати безоплатну психологічну допомогу. Джерело.

Офіційний опис трьох рівнів допомоги, категорій отримувачів, реєстру надавачів і способів звернення; перевірено в жовтні 2026 року.

[221] Уповноважений Верховної Ради України з прав людини / НПМ. Моніторинговий візит до Черкаської обласної дитячої лікарні. 31 липня 2026 року. Джерело.

Візит НПМ до Черкаської обласної дитячої лікарні, липень 2026 року: новий центр, умови допомоги, кадрові та правозахисні зауваження.

[222] Мінсоцполітики України. «У 2026 році послугу підтриманого проживання отримають близько трьох тисяч людей за принципом “гроші ходять за людиною”». 23 липня 2026 року. Джерело.

Стан експериментального фінансування соціальних послуг на 23 липня 2026 року: 91 надавач, 675 договорів на стаціонарний догляд і підтримане проживання разом.

[223] Мінсоцполітики України. Інформація про стан виконання операційного плану заходів із реалізації у 2025 році стратегії деінституціалізації догляду за дорослими до 2034 року. Джерело.

Адміністративний звіт за 2025 рік про деінституціалізацію дорослого догляду: регіональні послуги та реалізовані переходи до громади.

[224] BC Stats. Quarterly Population Highlights, issue 26-01. Reference date 1 April 2026; released 17 June 2026. Бюлетень BC Stats.

Оцінка населення BC на 1 квітня 2026 року — 5 646 420 осіб. Датований масштаб населення провінції для розділу про бюджетні порівняння.

[225] PHSA. Provincial Language Services; Vancouver Association for Survivors of Torture, VAST. Public services. Джерело; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал; Додатковий матеріал.

Професійний переклад у публічній медицині BC та психологічна допомога біженцям, які пережили війну, переслідування або катування.