ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ НА ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИТЕ ПСИХИАТРИЧНИ СТАЦИОНАРИ

Д-р Александра Любомирова Стефанова
Медицински университет – Варна и УМБАЛ „Света Марина“ Варна,
Клиника по детско-юношеска психиатрия

Резюме: *Стационарната психиатрична хоспитализация в детско-юношеска възраст представлява специализирана форма на лечение, чието значение надхвърля непосредственото овладяване на психопатологичната симптоматика. Стационарното лечение създава условия за интензивно клинично наблюдение, комплексна оценка от мултидисциплинарен екип, прецизиране на диагнозата, оптимизиране и индивидуализиране на терапевтичния подход и своевременно овладяване на управление на риск, свързан с опасност за здравето и живота на пациента и/или околните. Наред с тези възможности обаче, престоят в психиатричен стационар може да окаже неблагоприятно влияние върху редица аспекти на детското и юношеското развитие, включително автономността, семейните взаимоотношения, образователната ангажираност и социалното функциониране, както и да създаде предпоставки за стигматизация. Постигането на оптимален баланс между интензивността на лечението и осигуряването на приемственост с естествената семейна, образователна и социална среда представлява едно от основните предизвикателства пред съвременната детско-юношеска психиатрия.*

Ключови думи*: стационарна психиатрична хоспитализация; предимства и недостатъци; детско-юношеска възраст*

BENEFITS AND LIMITATIONS OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC INPATIENT UNITS

Dr. Aleksandra Ljubomirova Stefanova
Medical University „P. Stoyanov“ – Varna and University Hospital „St. Marina“ – Varna, Child and Adolescent Psychiatric Clinic

Abstract: *Psychiatric inpatient hospitalization in childhood and adolescence represents a specialized form of treatment whose significance extends beyond the immediate management of psychopathological symptoms. Inpatient care provides an environment conducive to intensive clinical monitoring, comprehensive assessment by a multidisciplinary team, diagnostic clarification, optimization and individualization of therapeutic interventions, and*

timely management of risks to the health and safety of the patient and/or others. However, admission to a psychiatric inpatient unit may also affect various aspects of child and adolescent development, including autonomy, family relationships, educational engagement, and social functioning, while potentially increasing vulnerability to stigmatization. Achieving an optimal balance between the intensity of treatment and the maintenance of continuity with the patient's natural family, educational, and social environment remains one of the major challenges facing contemporary child and adolescent psychiatry.

Keywords: *psychiatric inpatient hospitalization; advantages and disadvantages; childhood and adolescence.*

Стационарната психиатрична помощ представлява скъп, но незаменим компонент от системата за психично здраве при деца и юноши. Нейното предназначение е да осигури цялостна диагностична оценка, овладяване на острото състояние, намаляване на риска от агресия/автоагресия и създаване на терапевтичен алианс, който подпомага възстановяването и насърчава социалната и образователната интеграция на детето/юношата. Въпреки че стационарното лечение представлява необходима и клинично обоснована интервенция за определена подгрупа подрастващи, то може да бъде асоциирано с потенциални неблагоприятни последствия, които налагат задълбочена оценка и прецизно управление както на етапа на вземане на решение, така и в процеса на неговото прилагане (Hayes D et al, 2022).

Стационарната среда е безопасна, контролирана и позволява непрекъснато 24-часово наблюдение. Това създава условия за своевременно овладяване на острите клинични състояния чрез по-бързо титриране на медикаментите до достигане на терапевтични дози, при възможност за системно проследяване на терапевтичния ефект и установяване на евентуални нежелани лекарствени реакции. Наред с фармакотерапията, лечебният процес включва интензивна психотерапевтична работа в индивидуален и в групов формат, а също и консултация на семейството. Стационарното лечение е свързано със значими и устойчиви здравни подобрения при широк спектър от диагнози (Green J et al, 2007) и особено ценно при лица под 18 годишна възраст с комплексни психични проблеми. Екипът в клиниките е мултидисциплинарен и се състои от психиатри, психолози, логопеди, специални педагози, социални работници, медицински сестри и педиатри, които работят съвместно за постигане на оптимални резултати и плавен преход към амбулаторна грижа. В стационарите има психотерапевтични и психосоциални интервенции, както и системна работа със семейството.

Стационарните отделения по детско-юношеска психиатрия в преобладаващата част от здравните системи са позиционирани в рамките на болници от трето ниво на компетентност, което осигурява високоспециализирана грижа, възможност за консултация с други специалисти (детски кардиолози, невролози, ендокринолози, инфекционисти и др.) и своевременен достъп до разширени диагностични ресурси, като например параклинични изследвания и методи за образна диагностика.

В повечето случаи при хоспитализиране на деца и юноши в психиатрични стационарни отделения се изисква те да бъдат придружени от родител по време на престоя си, като политиките на клиниките са насочени към максимално семейно участие. Другата причина за това е, че семейната динамика често е част от психичните проблеми на детето/юношата. Допуска се хоспитализация на юноши без присъствие на родител или настойник при специфични обстоятелства, включително при необходимост от недоброволна хоспитализация, при наличие на съображения за безопасност, усложнена семейна динамика (например при внезапна смърт в семейството и все още неопределен настойник от социалните служби) или когато националното законодателство предоставя право на самостоятелно информирано съгласие от страна на подрастващия. Присъствието/отсъствието на родител или настойник носи специфични ползи и рискове, свързани с емоционалната стабилност, семейната ангажираност и автономията на детето/юношата (Табл. 1).

Табл. 1 Предимства и недостатъци на хоспитализацията на дете/юноша с родител или настойник

Предимства на хоспитализацията на дете/юноша с родител или настойник	**Недостатъци на хоспитализацията на дете/юноша с родител или настойник**
Емоционална стабилност и безопасност • Присъствието на близък възрастен предоставя на подрастващия чувство за сигурност и подкрепа, което намалява тревожността, страха и усещането за изолация по време на хоспитализация (Breuner C. et al, 2023);	**Ограничаване на автономността и независимостта на подрастващия** • Постоянното присъствие на родител може да намали възможността на юношата да развива самостоятелност и умения за самоконтрол, особено при по-големите юноши, за които автономията е ключов аспект от развитието;

Подпомагане на адаптацията към болничната среда • Родителят действа като посредник и подкрепящ фактор при адаптацията към новата и често стресираща болнична среда, като намалява рисковете от регрес в поведението и емоционални трудности (Shin S. et Ahn S, 2023);	**Ограничения върху терапевтичните интервенции поради притеснение относно конфиденциалността** • Присъствието на родител понякога може да възпрепятства откритостта на подрастващия по време на сесии с медицинския персонал, особено при обсъждане на чувствителни или лични теми (Bélanger RE et Grant CN, 2020) (Backes E. et Bonnie R., 2019);
Стимулиране на терапевтичния алианс с персонала • Родителят често улеснява комуникацията между подрастващия и медицинския екип, което подпомага формирането на доверие, сътрудничество и ефективно ангажиране в терапията (Stein A. et al, 2019);	**Логистични предизвикателства за лекуващия екип** • Осигуряването на пространство/стая за родител може да създаде допълнителни организационни трудности за работещите в стационарните отделения (особено при ограничен брой легла и придружители от различен пол).
Поддържане и укрепване на семейните връзки • Споделеното време в стационара често подпомага възстановяването на загубената преди това качествена комуникация родител-дете, взаимното разбиране и емоционалната близост (Stolper H et al, 2024) (Ise E et al, 2015);	**Невъзможност за изпълнение на професионални ангажименти на родителя/настойника, включително нарушаване на работния график и последващи финансови затруднения (**особено при продължителен престой или липса на гъвкавост и разбиране от страна на работодателя);
Активно участие в лечебния процес • Семейството може да бъде активно включено в планирането на грижите, дискусиите за терапевтични интервенции и решенията за изписване, което улеснява прехода от болнична към домашна среда и повишава удовлетвореността от лечението;	**Чувство за вина у юношата** • В някои случаи юношите изпитват вина, тревожност и емоционален дистрес, свързани с усещането, че са причина за семейни и професионални трудности (Worsley D et al, 2019);
Подкрепа за цялостното развитие на юношата • Присъствието на родител позволява съчетаване на ползите от клиничната интервенция и минимизиране на негативните ефекти от хоспитализацията върху нормалното развитие;	**Конфликти или напрежение между родител и медицинския екип** • Родителите могат да имат различни очаквания или виждания за лечението, което понякога води до конфликти и затруднява терапевтичния процес;

Психиатричната хоспитализация може да бъде свързана с редица неблагоприятни последици за подрастващите. Продължителният престой в стационарна среда често води до ограничаване на контактите с връстници, което може да затрудни социалното и емоционалното развитие. Отсъствието от училище и прекъсването на образователния процес създават предпоставки за академично изоставане и затруднена реадаптация в училищна среда. Допълнително неблагоприятно влияние може да окаже стигматизирането на психичните разстройства и психиатричното лечение, проявяващо се в негативни нагласи и предразсъдъци от страна на връстници, учители и родители. Подобни преживявания могат да засилят усещането за социална изолация и дискриминация у пациента, да окажат неблагоприятно въздействие върху самооценката му и да затруднят възстановяването на социалните контакти след изписването (Preyde M. et al., 2018). За част от юношите болничната среда е като „изкуствен свят“, в който се чувстват по-разбрани и спокойни и те с удоволствие остават „скрити“ в него, но това затруднява прехода обратно към реалния живот (Gill F et al, 2015). За друга част от пациентите хоспитализацията се преживява като травматизиращо събитие, особено когато е свързана с ограничаване на автономията, недоброволен прием или недостатъчно ясно участие в процеса на вземане на решения.

Допълнително предизвикателство в някои психиатрични стационарни структури представлява организационното и пространствено устройство на отделенията (невъзможност за адекватно разделение между пациенти с различна възраст, клинична тежест на заболяването или ниво на поведенческа дезорганизация, например необходимост от хоспитализиране в едно отделение на пациентка с хранително разстройство, остро психотичен пациент с прояви на вербална и физическа агресия, както и дете от аутистичния спектър) може да доведе до повишено ниво на шум и сензорно натоварване. Излагането на интензивни емоционално натоварващи прояви на други пациенти, включително психомоторна възбуда и агресия (често изискващи намеса на съдействие на екипи на СОД), може да бъде възприето като силно тревожно или дори травматизиращо преживяване за част от децата и юношите и да повлияе негативно върху чувството им за сигурност, съня и ангажираността в терапевтичния процес. Не на последно място психиатричната хоспитализация носи и риск от социална стигматизация, която може да повлияе негативно върху идентичността, самооценката и готовността на подрастващите за бъдещо търсене на професионална помощ.

Ограниченията на стационарното лечение следва да бъдат разглеждани и в контекста на неговата икономическа тежест за здравната система. Изследванията в областта на здравната икономика определят специализираните детско-юношески психиатрични стационарни структури като звена, изискващи значителен кадрови и финансов ресурс (Beecham et al., 2009). Икономическите анализи от различни държави илюстрират мащаба на тези разходи. В Германия средната себестойност на един ден стационарно лечение в детско-юношеската психиатрия е оценена на 584 евро (Foremnik et al., 2026), докато в Австралия средният разход за леглоден на пациент в специализираните обществени психиатрични болници достига 3491 австралийски долара през 2023–2024 г. (AIHW, 2025). Във Франция публикуваните тарифи за пълно стационарно лечение на пациенти под 18-годишна възраст надхвърлят 970 евро дневно (Charles Perrens, 2026). Допълнителна организационна и ресурсна тежест, свързана със стационарната психиатрична помощ, произтича от необходимостта в определени случаи (при пациенти с изразена психомоторна възбуда, тежки поведенчески нарушения и агресивни/автоагресивни прояви) да бъде осигурявано съдействие от органите на реда. Това предполага ангажиране на допълнителен човешки, финансов и логистичен ресурс, както и координация между здравните и правоохранителните структури, което следва да бъде отчитано при оценката на общата ресурсна обезпеченост на психиатричната помощ. Тези обстоятелства поставят акцент върху необходимостта от прецизна оценка на показанията за хоспитализация и развитие на алтернативни модели на психиатрична грижа, сред които амбулаторното лечение, дневните психиатрични стационари и мобилните кризисни екипи.

В заключение, стационарната психиатрична хоспитализация при деца и юноши осигурява необходима интензивна и специализирана грижа при тежки психични разстройства, но същевременно е свързана с потенциални неблагоприятни последици. Поради това тя следва да се прилага целенасочено и да бъде интегрирана в цялостен терапевтичен план, който минимизира рисковете и подпомага реадаптация на подрастващите в общността. Осигуряването на адекватни последващи грижи е от съществено значение за устойчивия терапевтичен ефект и повлиява благоприятно дългосрочната прогноза. В този смисъл хоспитализацията не следва да се разглежда като изолирана интервенция, а като част от континуум на грижите, който включва интеграция с амбулаторни и семейни услуги за оптимални резултати.

Използвана литература:

1. Australian Institute of Health and Welfare. 2026. *Expenditure on mental health services*.
2. Backes E, Bonnie R. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on the Neurobiological and Socio-behavioral Science of Adolescent Development and Its Applications. The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth. Backes EP, Bonnie RJ, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 May 16.
3. Beecham, J. K., Green, J., Jacobs, B., & Dunn, G. 2009. Cost variation in child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(9), 535–542.
4. Bélanger RE, Grant CN. Counselling adolescents and parents about cannabis: A primer for health professionals. Paediatr Child Health. 2020 Jun 15;25(Suppl 1):S34-S40. doi: 10.1093/pch/pxaa048. PMID: 34136052; PMCID: PMC8202733.
5. Breuner CC, Alderman EM, Jewell JA; COMMITTEE ON ADOLESCENCE; COMMITTEE ON HOSPITAL CARE. The Hospitalized Adolescent. Pediatrics. 2023 Feb 1;151(2):e2022060646. doi: 10.1542/peds.2022-060646.
6. Centre Hospitalier Charles Perrens. (2026). *Tarifs journaliers au 1er mars 2026*.
7. Cotgrove A (2013) Inpatient services. In: McDougall T (ed.) Specialist Mental Healthcare for Children and Adolescents. London: Routledge, pp. 54–73
8. Foremnik, K., Sroczynski, G., & Buchberger, B. 2026. Cost-utility analysis of home treatment versus inpatient treatment in child and adolescent psychiatry: A decision analysis. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry, 5*, Article 1923381.
9. Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, Briskman J. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry--a prospective study of health gain and costs. J Child Psychol Psychiatry. 2007 Dec;48(12):1259-67. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01802.x.
10. Hayes D, Thievendran J, Kyriakopoulos M. Adolescent inpatient mental health services in the UK. Arch Dis Child. 2022 May;107(5):427-430.
11. Hayes D, Thievendran J, Kyriakopoulos M. Adolescent inpatient mental health services in the UK. Arch Dis Child. 2022 May;107(5):427-430. doi: 10.1136/archdischild-2020-321442. Epub 2021 Aug 30.
12. Ise E, Schröder S, Breuer D, Döpfner M. Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. BMC Psychiatry. 2015 Nov 16;15:288. doi: 10.1186/s12888-015-0675-7.
13. James A & Worrall-Davies A, 2015) Provision of intensive treatment: Intensive outreach, day units, and in-patient units. In: Thapar A, Pine DS, Scott S, et al.

(eds) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 6th Edition. Abingdon: John Wiley & Sons, pp. 648–660.).
14. Shin S, Ahn S. Experience of adolescents in mental health inpatient units: A metasynthesis of qualitative evidence. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023 Feb;30(1):8-20. doi: 10.1111/jpm.12836. Epub 2022 May 6.
15. Stein A, Dalton L, Rapa E, Bluebond-Langner M, Hanington L, Stein KF, Ziebland S, Rochat T, Harrop E, Kelly B, Bland R; Communication Expert Group. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. Lancet. 2019 Mar 16;393(10176):1150-1163. doi: 10.1016/S0140-6736(18)33201-X. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30894271.
16. Stolper H, Imandt L, van Doesum K, Steketee M. Improvements in the quality of the parent-child relationship following treatment with an integrated family approach. Front Psychiatry. 2024 Jun 28;15:1377100. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1377100.
17. Worsley D, Barrios E, Shuter M, Pettit AR, Doupnik SK. Adolescents' Experiences During "Boarding" Hospitalization While Awaiting Inpatient Psychiatric Treatment Following Suicidal Ideation or Suicide Attempt. Hosp Pediatr. 2019 Nov;9(11):827-833. doi: 10.1542/hpeds.2019-0043.