УДК:616.89-036.865

Г. А. Пріб
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ПОВЕДІНКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Надання висококваліфікованої медико-соціальної та реабілітаційної допомоги хворим на психічні розлади в Україні набуває все більшої значущості. Актуальність цієї проблеми обумовлена насамперед масштабами поширеності психічних розладів та зростанням частки інвалідів внаслідок психічних розладів. Іншою вагомою причиною, яка визначає актуальність медико-соціальної реабілітації, є взятий Україною напрямок на міжнародний досвід щодо реабілітації хворих, а саме підвищення якості їхнього життя. Адже у декларації Європейської конференції ВООЗ на рівні міністрів охорони здоров'я від 12—15 січня 2005 р. одним з пріоритетних завдань визначено розроблення та впровадження комплексних систем охорони психічного здоров'я, які повинні включати такі елементи: зміцнення здоров'я, профілактика, лікування й реабілітація, догляд та відновлення здоров'я.

В Україні для вирішення проблем медико-соціальної реабілітації психічнохворих функціонує сучасна законодавчо-нормативна база, зокрема: Закони України «Про психіатричну допомогу» [1], «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [2], «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [3], Постанова ВР України «Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів» [4].

Перелічені законодавчо-нормативні акти визначають:

♦ основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму;

♦ функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Для впровадження у життя вимог законодавчо-нормативної бази необхідним є розроблення нових підходів щодо оцінки медико-соціального статусу хворих, які повинні базуватися на визначені обмежень життєдіяльності, що виникають у пацієнтів внаслідок психічного захворювання. Дослідження спрямовані на визначення медичного, соціального та професійного критеріїв обмеження життєдіяльності у психічнохворих у стаціонарних і амбулаторних психіатричних закладах, є частиною науково-практичної задачі, що відповідає Концепції комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я в м. Києві [5] та Програмі удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в місті Києві на 2005—2009 роки [6]. Проте, відсутність комплексних досліджень, направлених на обґрунтування підходів щодо визначення параметрів, які є провідними у розвитку соціальної недостатності, унеможливлює надання повною мірою якісних реабілітаційних послуг та забезпечення соціального захисту пацієнтів.

Проблема визначення критеріїв, які обмежують життєдіяльність психічнохворих, останнім часом досить повно висвітлюється у сучасній науковій літературі. Провідні дослідження вітчизняних науковців [7, 8] спрямовані на вивчення різних аспектів цієї проблеми. Так, проводиться розроблення теоретичних засад функціонального діагнозу під час проведення медико-соціальної експертизи; вдосконалюється медико-соціальна допомога шляхом опрацювання реабілітаційних програм з індивідуальним визначенням обсягу допомоги в залежності від медичних та соціальних потреб і рівня працездатності хворого; аналізується ефективність результатів реабілітаційного впливу на соціальне функціонування та адаптацію пацієнтів тощо.

Наукові роботи, що виконані протягом останніх 10 років, ґрунтуються на змінах щодо поглядів на проблеми психічнохворих та їх місце у житті суспільства. Сучасні всесвітні підходи щодо відношення до хворих, які страждають на психічні розлади, в Україні закріплено у законодавчо-нормативних актах, де за головну мету визначено відновлення соціального становища пацієнтів з підвищенням якості їхнього життя. Так, у ст. 3 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [2] визначено основні завдання з питань реабілітації: створення умов для усунення обмежень життєдіяльності інвалідів, відновлення і компенсації їх порушених або втрачених здатностей до побутової, професійної, суспільної діяльності, а також визначення основних завдань системи реабілітації інвалідів, видів і форм реабілітаційних заходів. Під обмеженням життєдіяльності розуміється повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки. Усунення обмежень життєдіяльності визначено як систему заходів, спрямованих на утворення умов для досягнення або відновлення особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності та забезпечення її законодавчо визначених прав. Проте, на теперішній час існуюча в Україні система психіатричної допомоги спирається переважно на медико-біологічні аспекти — лікування медикаментами, а визначення й врахування чинників, які призводять до обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності, не проводиться.

Аналіз літератури [1—15] свідчить про таке:

1. У вітчизняній психіатрії відсутні комплексні дослідження з питань визначення критеріїв, які обмежують життєдіяльність пацієнтів, що страждають на психічні та поведінкові розлади.

2. Під час розроблення індивідуальної програми реабілітації не враховується загальна поведінкова дисфункція пацієнтів як соціальний критерій, що в цілому відображає функціонування та якість життя пацієнтів.

3. Не розроблено порядок планування реабілітаційної програми, у якій висновок містив би розгорнуту соціальну складову, а саме — аналіз поведінкової дисфункції пацієнтів. Це призводить до призначення неадекватних заходів та нівелює ефективність реабілітації.

Невирішеними раніше частинами проблеми є такі: по-перше, у лікувальних та експертних закладах індиві-

дуальна програма реабілітації розробляється без урахування усіх складових, які призводять до обмеження життєдіяльності. По-друге, згідно із Законом України «Про реабілітацію інвалідів в країні» медико-соціальні експертні комісії та психіатричні заклади повинні розробляти типові програми реабілітації на підставі визначення ступеня обмеження життєдіяльності [2]. Проте, в теперішній час відсутнє необхідне інструктивно-методичне забезпечення. По-третє, не визначено переліку реабілітаційних заходів, які повинні отримувати пацієнти з різною психічною патологією, залежно від існуючих обмежень життєдіяльності. Така ситуація призводить до розроблення реабілітаційних заходів, які не відповідають потребам пацієнтів.

Вищевикладене свідчить, що без вирішення проблеми визначення складових, які призводять до виникнення обмежень життєдіяльності у психічнохворих, дієва реалізація Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» неможлива.

Метою дослідження є визначення впливу обмежень життєдіяльності, які виникають у пацієнтів, що страждають на психічні розлади, на розвиток соціальної недостатності.

Завдання дослідження — визначити та надати аналіз складовим, які обмежують життєдіяльність психічнохворих та призводять до розвитку загальної поведінкової дисфункції.

Виходячи з мети та завдань дослідження, обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння), які перебували на стаціонарному лікуванні у Центрі медико-соціальної експертизи та реабілітації (відділення активної реабілітації № 2 та № 10) Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1 (КМКПЛ № 1). У досліджуваній групі реабілітаційні заходи розроблялись з визначенням соціального, медичного й професійного критеріїв обмеження життєдіяльності та проводились згідно з міжнародними підходами. У групі порівняння реабілітаційні заходи проводилися згідно загальних підходів, прийнятих у КМКПЛ № 1. Обстежені пацієнти верифіковані за такими діагностичними категоріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду [9]: F 07, F 20, F 21, F 23, F 25, F 41, G 40. Відповідно до звітної документації КМКПЛ № 1 та даних Центру медичної статистики МОЗ України [10], контингент госпіталізованих хворих у КМКПЛ № 1 у період 2004—2006 рр. дає можливість вивчати цю проблему, а результати дослідження — вважати такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність. Дослідження проводилось за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Згідно з метою та завданнями дослідження із загальної вибірки були виключені пацієнти з діагнозом розумова відсталість (F 70—F 79).

Методи дослідження: метод структурованого інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Визначення обмежень життєдіяльності проводилося за допомогою психіатричної шкали обмеження життєдіяльності ВООЗ «Розділ 1 — загальна поведінкова дисфункція» [11], використання якої дозволило надати оцінку чинникам, які обмежують життєдіяльність хворих у двох часових періодах: на момент госпіталізації (1—5 сутки) та у динаміці (після виконання реабілітаційної програми). Ступінь вираженості дисфункції визначався у балах: немає дисфункції — 0, мінімальна дисфункція — 1, очевидна дисфункції — 2, серйозна дисфункція — 3, дуже серйозна дисфункція — 4, максимальна дисфункція — 5, питання не можливо застосувати — 9. У досліджені пацієнтів з оцінкою 5 балів не було (соціально дезадаптовані пацієнти з першої групою інвалідності), а оцінка 9 балів не встановлювалась. Отримані дані фіксувалися у клініко-статистичній карті та реєструвалися у спеціально створеній базі даних з використанням системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 9x. Аналіз, оброблення, обчислення коефіцієнтів кореляції здійснювали за допомогою програми SPSS 10.05 for Windows 9x.

Соціальна діагностика — це аналіз соціально-побутових, соціально-середовищних та професійно-трудових можливостей освідкованого. [12, с. 26]. Під час аналізу соціальних чинників оцінюють: сімейний стан; соціально-побутові взаємовідносини; житлово-побутові умови; матеріальне становище; умови соціально-побутової адаптації, можливість виконання побутової діяльності та її залежність від технічних допоміжних засобів або інших осіб; здатність до незалежного існування, самостійного проживання, у тому числі до самообслуговування, самостійного пересування, орієнтації, спілкування; здатність контролювати свою поведінку [12, с. 26—27]. Кінцевою метою соціальної діагностики є розроблення на її підставі ефективної програми реабілітації. Основними засадами, на яких повинно базуватися планування та проведення реабілітаційних заходів, є: біопсихосоціальний підхід та використання мультидисциплінарних бригад; визначення обмежень життєдіяльності, які призводять до соціальної недостатності; різнобічність зусиль та впливів у реабілітаційній програмі, які охоплюють психологічну, сімейну, професійну, суспільну сферу та сферу дозвілля; партнерство медперсоналу та пацієнта в реабілітації; поетапність впливів, що передбачає поступовий перехід від простої форми впливу до більш складної.

З наведених у таблиці 1 даних можна зробити висновок, що визначення обмежень життєдіяльності та врахування рівня дисфункції під час планування та проведення реабілітаційної програми призводить до підвищення її ефективності. Так, майже у всіх пацієнтів досліджуваної групи рівень дисфункції значно знизився. Це зниження відбулося за рахунок перерозподілу пацієнтів, які мали очевидний та серйозний рівень дисфункції, тобто тих, у яких відсутня або тільки почала формуватися соціальна дезадаптація. Водночас важливо відмітити, що більшість пацієнтів у дослідженні є інвалідами третьої та другої груп. Таким чином, можна стверджувати, що в теперішній час призначення групи інвалідності психічнохворим не завжди відображає їх дійсний медико-соціальний та професійний стан. Призначення групи інвалідності у більшості пацієнтів спричинено «соціальним захистом» і здійснено як більш простий крок для лікарів медико-соціальних експертних комісій та психіатричних закладів. Такий підхід призводить до «установчої поведінки» пацієнтів щодо групи інвалідності при збереженому реабілітаційному потенціалі. Виходячи з сучасних підходів до реабілітації, більш ефективним, складним та соціально орієнованим кроком є багатовекторний підхід з встановлення обмежень життєдіяльності, які можуть призвести до розвитку соціальної дезадаптації, ступеня їх вираженості, визначення реабілітаційного потенціалу особистості.

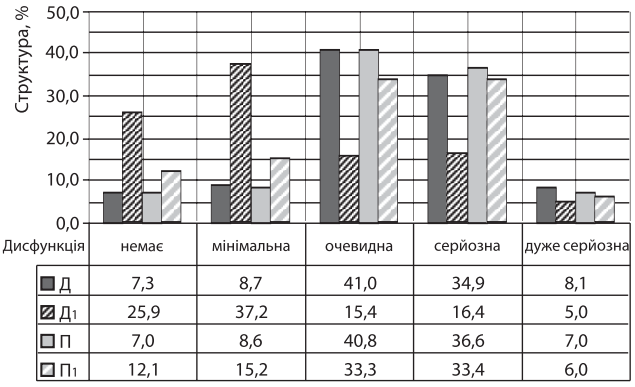
Таблиця 1

Структура загальної поведінкової дисфункції у обстежених пацієнтів

№	Запитання	Група	Дисфункція									
			немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
			абс. к.	% ± *m*	абс. к.	% ± *m*	абс. к.	% ± *m*	абс. к.	% ± m	абс. к.	% ± m
1	Самообслуговування	Д	22	6,7 ± 2,5	27	8,3 ± 2,8	135	41,3 ± 4,9	125	38,2 ± 4,9	18	5,5 ± 2,3
		$Д_1$	93	28,4 ± 4,5	135	41,3 ± 4,9	41	12,5 ± 3,3	44	13,5 ± 3,4	14	4,3 ± 2,0
		П	13	6,2 ± 2,4	18	8,5 ± 2,8	85	40,3 ± 4,9	84	39,8 ± 4,9	11	5,2 ± 2,2
		$П_1$	21	10,0 ± 3,0	31	14,7 ± 3,5	73	34,6 ± 4,8	77	36,5 ± 4,8	9	4,3 ± 2,0
2	Трудова діяльність	Д	26	8,0 ± 2,7	31	9,5 ± 2,9	131	40,1 ± 4,9	116	35,5 ± 4,8	23	7,0 ± 2,6
		$Д_1$	76	23,2 ± 4,2	113	34,6 ± 4,8	59	18,0 ± 3,8	64	19,6 ± 4,0	15	4,6 ± 2,1
		П	14	6,6 ± 2,5	19	9,0 ± 2,9	87	41,2 ± 4,9	79	37,4 ± 4,8	12	5,7 ± 2,3
		$П_1$	27	12,8 ± 3,3	35	16,6 ± 3,7	67	31,8 ± 4,7	71	33,6 ± 4,7	11	5,2 ± 2,2
3	Діяльність у родині та вдома	Д	24	7,3 ± 2,6	28	8,6 ± 2,8	156	47,7 ± 5,0	88	26,9 ± 4,4	31	9,5 ± 2,9
		$Д_1$	81	24,8 ± 4,3	125	38,2 ± 4,9	49	15,0 ± 3,6	55	16,8 ± 3,7	17	5,2 ± 2,2
		П	16	7,6 ± 2,6	18	8,5 ± 2,8	97	46,0 ± 5,0	65	30,8 ± 4,6	15	7,1 ± 2,6
		$П_1$	29	13,7 ± 3,4	34	16,1 ± 3,7	74	35,1 ± 4,8	61	28,9 ± 4,5	13	6,2 ± 2,4
4	Діяльність у загально-соціальному розумінні	Д	24	7,3 ± 2,6	28	8,6 ± 2,8	114	34,9 ± 4,8	127	38,8 ± 4,9	34	10,4 ± 3,1
		$Д_1$	89	27,2 ± 4,5	114	34,9 ± 4,8	52	15,9 ± 3,7	52	15,9 ± 3,7	20	6,1 ± 2,4
		П	16	7,6 ± 2,6	18	8,5 ± 2,8	75	35,5 ± 4,8	81	38,4 ± 4,9	21	10,0 ± 3,0
		$П_1$	25	11,8 ± 3,2	28	13,3 ± 3,4	67	6,0 ± 5,5	73	34,6 ± 4,8	18	8,5 ± 2,8

Примітки. Тут и далі: Д — досліджувана група до проведення реабілітаційних заходів (відповідей $n = 1308$);
$Д_1$ — досліджувана група після проведення реабілітаційних заходів (відповідей $n = 1308$);
П — група порівняння до проведення реабілітаційних заходів (відповідей $n = 844$);
$П_1$ — група порівняння після проведення реабілітаційних заходів (відповідей $n = 844$).
Достовірна різниця між показниками до та після реабілітації від $p < 0,05$ до $p < 0,001$.

Вказана думка підтверджується результатами дослідження рівнів дисфункції, відображених на рисунку. Так, внаслідок проведення реабілітаційних заходів у пацієнтів досліджуваної групі серйозний рівень дисфункції знизився з 34,9 % до 16,4 %, очевидної — з 41,0 % до 15,4 % ($p < 0,05$). У пацієнтів групи порівняння серйозний рівень дисфункції знизився з 36,6 % до 33,4 % та очевидної — з 40,8 % до 33,3 % ($p < 0,05$).



Дисфункція	немає	мінімальна	очевидна	серйозна	дуже серйозна
Д	7,3	8,7	41,0	34,9	8,1
$Д_1$	25,9	37,2	15,4	16,4	5,0
П	7,0	8,6	40,8	36,6	7,0
$П_1$	12,1	15,2	33,3	33,4	6,0

Рівень поведінкової дисфункції в обстежених пацієнтів

В свою чергу, після проведення реабілітаційної програми значно зросла кількість пацієнтів з мінімальним рівнем дисфункції та взагалі без дисфункції. Оцінкою різниці ефективності реабілітаційних заходів у досліджуваній групі та групі порівняння визначено, що розроблення реабілітаційної програми повинно ґрунтуватися на встановленні «слабких», так званих проблемних сфер функціонування, які ще не є «дефектними» та можуть бути відновлені. Водночас підхід, за яким основні зусилля реабілітаційної програми спрямовані на відновлення сфер функціонування, в яких зафіксовано дуже серйозний рівень дисфункції, є менш ефективним.

Згідно з методикою психіатричної шкали обмеження життєдіяльності ВООЗ для перевірки ефективності реабілітаційних заходів визначено середній індекс поведінкової дисфункції у пацієнтів досліджуваної групи та групи порівняння (табл. 2). Встановлено, що пацієнти досліджуваної групи після проведення реабілітаційних заходів за середнім балом дисфункції як у окремих сферах функціонування, так і за підсумковим середнім балом дисфункції значно відрізнялися від пацієнтів групи порівняння.

Таблиця 2

Середній індекс поведінкової дисфункції в обстежених пацієнтів

Сфера функціонування	Середній бал			
	Д	$Д_1$	П	$П_1$
Самообслуговування	2,3	1,2	2,3	2,1
Інтереси та зайнятість	2,2	1,5	2,3	2,0
Діяльність у родині та вдома	2,2	1,4	2,2	2,0
Діяльність у загальному соціальному розумінні	2,4	1,4	2,3	2,1
Підсумковий середній бал дисфункції	2,3	1,4	2,3	2,1

Подані у таблиці 2 дані свідчать, що у пацієнтів досліджуваної групи середній бал в усіх сферах функціонування знижується, що свідчить про ефективність проведених реабілітаційних заходів. Значне зниження загальної поведінкової дисфункції в усіх сферах функціонування у досліджуваній групі підтверджує думку про необхідність обов'язкового визначення «проблемних» сфер функціонування та ступеня їх впливу на формування загального обмеження життєдіяльності під час планування реабілітаційних заходів. Розроблення алгоритму реабілітаційної тактики перед проведенням реабілітаційних заходів дозволяє спрямувати зусилля на відновлення збережених навичок та вмінь та попередити їх втрату.

Таким чином, для проведення ефективних реабілітаційних заходів повинен використовуватися підхід за яким визначаються так звані реабілітаційні «мішені». Під ці «мішені» і мають плануватися реабілітаційні заходи, тоді як нині пацієнти включаються до вже існуючої реабілітаційної програми без урахування особистісних потреб.

За результатами дослідження визначено, що в теперішній час в Україні у лікувальних психіатричних закладах під час розроблення індивідуальної програми реабілітації не встановлюється ступінь обмеження життєдіяльності хворих, що призводить до низької ефективності реабілітаційних заходів. Визначено, що реабілітаційні заходи, що побудовані на сучасних принципах, дозволяють значно знизити поведінкову дисфункцію пацієнтів як в окремій сфері функціонування, так і загалом. Встановлено, що у реабілітаційній програмі обов'язково повинен враховуватися реабілітаційний потенціал особистості. Крім того, «мішенями» реабілітаційних заходів мають бути не лише «дефектні» сфери, а й збережені навички та вміння, що надасть змогу попередити розвиток їх дефекту.

У теперішній час у психіатричній практиці повною мірою не враховується вагомість складових, які призводять до обмеження життєдіяльності психічнохворих. Розроблення реабілітаційних програм на засадах визначення обмежень життєдіяльності, які призводять до соціальної недостатності, надасть можливість вирішувати актуальні проблеми клінічної та соціальної психіатрії. Такий напрямок дослідження відповідає Постанові КМ України від 10.01.02 р., якою затверджено програму «Здоров'я нації — стратегія розвитку охорони здоров'я». До подальших перспективних досліджень слід віднести адаптацію комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади, до умов роботи психіатричних закладів.

Список літератури

1. Закон України »Про психіатричну допомогу», від 22.02.2000 р. № 1489-III // Електронна нормативно-правова бібліотека «Експерт-Юрист». — www.expertsoft.com.ua.

2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.05 р. № 2961-IV // Електронна нормативно-правова бібліотека «Експерт-Юрист». — www.expertsoft.com.ua.

3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.91 р. № 875-XII. — Права інвалідів в Україні: 2-е вид., доп. і перероб. — К.: Сфера, 2002. — С. 56—64.

4. Постанова Верховної Ради України «Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів» від 20.02.03 р. № 560-IV.

5. Рішення Київської міської ради «Концепція комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я в м. Києві» від 26.06.03 р. № 525/685.

6. Рішення Київської міської ради «Програма удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в м. Києві на 2005—2009 рр.» від 16.06.2005 р. № 435/3011.

7. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполопова Т. Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников. — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.

8. Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів (навчально-методичний посібник для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів медико-соціально експертних комісій і лікарів-інтернів) / Юр'єва Л. М., Пхіденко С. В., Єрчкова Н. О. та ін. / За ред. д-ра мед. наук, проф. Юр'євої Л. М. — Дніпропетровськ: СП Інтертехнодрук, 2005. — 144 с.

9. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавец — К.: Сфера, 2000. — 464 с.

10. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в України у 2004 році. — К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2005. — 225 с.

11. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule. — Geneva, 1988. — 88 p.

12. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. — СПб.: Фолиант, 2002. — 256 с.

13. Професійна реабілітація інвалідів. Довідково-методичний посібник / Упорядн. Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. та ін. / За ред. канд. мед. наук Марунич В. В. — Дніпропетровськ: Пороги, 2005. — 277 с.

14. Пріб Г. А. Аналіз формування рекомендацій МСЕК щодо медичної, соціальної і професійної реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок психічних та поведінкових розладів // Архів психіатрії. — 2005. — № 4 (43). — С. 47—52.

15. Пріб Г. А. Соціальний критерій обмеження життєдіяльності у психіатричній практиці // Таврический журнал психиатрии. — 2006. — V. 10, 1 (34). — С. 77—81.

Надійшла до редакції 11.12.2006 р.

Г. А. Приб

Поведенческая дисфункция у пациентов, страдающих психическими расстройствами

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии (г. Киев)

В статье приведены результаты анализа поведенческой дисфункции у пациентов, страдающих психическими расстройствами. Рассматриваются вопросы определения уровня дисфункции как обязательной составляющей индивидуальной программы реабилитации. Указывается, что при разработке реабилитационной программы необходимо определять «мишени» реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: психиатрическая медико-социальная экспертиза, критерии ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность.

G. A. Prib

Behavioral dysfunction in patients with mental and behavioral disorders

Ukrainian Research Institute on Social And Forensic Psychiatry and Substance Abuse (Kyiv)

The analysis of behavioral dysfunction in patients with mental and behavioral disorders is presented including issues of dysfunction level evaluation as obligatory component of individual rehabilitation program and necessity to detect "targets" of rehabilitation interventions.

Key words: psychiatric medico-social expert evaluation, criteria of disability, social failure.