

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89–008.441.33–0.85:616.822.1

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Сеницкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева,
Е.С. Осуховская, А.В. ВоронинаСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕСТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ,
КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКАУкраинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев**Ключевые слова:**аддиктивное поведение,
психоактивные
вещества, тесты
определения степени
употребления
психоактивных
веществ, клиническая
характеристика.

Проведено исследование аддитивного поведения 1374 подростков, принимающих психоактивные вещества (на ранних этапах) с помощью специальных АУДИТ-тестов. Выявлено патопсихологические и психопатологические особенности аддитивного поведения (согласно степени приема ПАВ), а также принципы формирования зависимых состояний.

Среди различных актуальных медико-социальных проблем современности вопрос аддиктивного поведения имеет особую значимость. В большей степени ему подвержены лица с низкой переносимостью трудностей и проблемами адаптации [2, 5, 6, 8]. Безусловно, подобная форма дезадаптивного поведения свойственна чаще подростковому и молодому возрасту, вследствие несформировавшихся в этом периоде личностных особенностей и социальных норм. В этом плане вопрос зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является приоритетным [11]. Как свидетельствуют данные эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов [4, 7], уровень распространенности алкогольной, табачной и других видов наркотической зависимости неуклонно увеличивается (как по масштабу, так и по вариабельности видов) в большинстве стран мира, в том числе и в Украине. Особенно опасным является катастрофический рост употребления ПАВ среди детей и молодежи, что ведет к ранней психиатрической декомпенсации и деморализации подрастающего поколения. По данным ВОЗ, Украина занимает первое место по распространенности подросткового алкоголизма.

Согласно результатам отечественных и зарубежных исследователей [1, 3, 10], среди подростков 13–15 лет употребляют наркотические вещества более 25,4% (33,6% юношей и 18,8% девушек). При этом следует учитывать, что объективные данные значительно превышают официальные.

Среди ПАВ наиболее распространенными среди подростков являются алкогольсодержащие напитки,

каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты (опиоиды), и особенно, – табакокурение. При этом последнее начинается достаточно рано, в возрасте 10–15 лет. Первичное употребление наркотиков приходится обычно на 12–16 лет – 32%; 17–18 лет – 35%; 19–28 лет – 33% [10]. Очень часто наблюдается коморбидность в употреблении различных ПАВ, что еще более отягощает состояние больных.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные данной проблеме, до сегодняшнего времени остается разноплановым понимание формирования зависимых состояний. В частности, недостаточно изучены вопросы патогенеза патопсихологических и психопатологических особенностей, а также критериев ранней диагностики аддиктивных расстройств у подростков и молодежи, употребляющих ПАВ, что, в свою очередь, не дает возможности своевременного выявления их на ранних этапах и оказания им квалифицированной медико-социальной помощи, а также решения вопросов профилактики подростковой наркомании.

Цель исследования – профилактика зависимых состояний при употреблении подростками психоактивных веществ путем ранней диагностики и своевременной медико-социальной помощи.

Задачи исследования.

1. Определение характера и степени употребления ПАВ с помощью диагностических АУДИТ-тестов в процессе обследования и после лечения.

2. Исследование патопсихологических и клинико-психопатологических особенностей формирования

аддиктивного поведения при употреблении ПАВ в подростково-юношеском возрасте.

3. Выявление наличия психических и поведенческих расстройств при употреблении ПАВ лицами подростково-юношеского возраста.

4. Разработка и проведение адекватных методов медико-социальных мероприятий на ранних этапах употребления ПАВ.

5. Теоретическое обоснование своевременных методов терапии на ранних этапах употребления ПАВ и меры их профилактики.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди школьников старших классов, а также учащихся колледжей и студентов вузов младших курсов Киева, Донецка, Винницы, Умани.

Общее количество обследованных составило 1500 человек. Из них было отобрано 1374 (91,6%) лиц, употребляющих ПАВ. Психоактивные вещества, принимаемые исследуемыми, были следующими: алкогольсодержащие, никотинсодержащие, каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты (опиоиды), галлюциногены.

Методы исследования: унифицированная карта обследования; специально адаптированные АУДИТ-тесты (И.В. Линский и соавт., 2012) для выявления характеристики употребления ПАВ подростками; методики определения личностно-характерологических акцентуаций (Г. Шмишека, 1970) и др.

Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование с использованием АУДИТ-тестов показало следующее (табл. 1).

Среди общего числа обследованных, употребляющих ПАВ (1374 чел., 91,6%), наибольший объем составила категория лиц, принимавших алкогольсодержащие вещества – 92,3%. Преимущественно это были напитки с малым содержанием алкоголя (пиво, различные слабоалкогольные, тонизирующие напитки – модные в современной молодежной среде), однако употребляемые систематически в больших дозах. Значительная часть обследованных злоупотребляла табакокурением – 68,7%, причем как юноши, так и девушки (хотя и в меньшем количестве). Большой процент среди употреблявших ПАВ составила категория лиц, принимавших различные психостимуляторы – 18,6%. Употребление других ПАВ было значительно меньшим по объему: так, каннабиноиды со-

ставили 4,5%; опиаты (опиоиды) – 0,1%. Следует сказать, что большинство обследованных, 98,7%, предпочитало сочетание «смешанных форм» ПАВ.

Преимущественно это являлось сочетанием алкогольсодержащих напитков и табакокурения или приемом иных ПАВ, чаще психостимуляторов.

Характеризуя стиль употребления тех или иных ПАВ обследованными, исходя из классификации тяжести разных степеней (1 – «А» – относительно безопасная; 2 – «В» – опасное употребление; 3 – «С» – с вредными последствиями; 4 – «D» – зависимые состояния) нами выявлено следующее.

Процентное соотношение приема ПАВ по тестам:

- на алкоголь – у большинства респондентов преобладал стиль относительно безопасного употребления (1–7 баллов) – 51,2%. Опасное употребление (8–15 баллов) составило 37,3%, с вредными последствиями – 12,1%. Зависимые состояния практически не наблюдались (0,0%);
- табакокурение – стиль относительно безопасного употребления выявлен в 33,4% случаев; опасного употребления – 38,2%; с вредными последствиями – 22,5%. Зависимые состояния составили 7,3%;
- психостимуляторы, соответственно: 48,3%; 32,4%, 15,4% и 5,5%. То есть, достаточно широкая степень вариаций: от степени «А» (относительно безопасной) до степени «D» (зависимые состояния);
- каннабиноиды – стиль относительно безопасного употребления составил – 38,5%; опасного употребления – 57,3%; с вредными последствиями – 5,6%. Зависимых состояний не было;
- опиаты (опиоиды) – стиль относительно безопасного употребления соответствовал 68,0%; опасного употребления – 23,2%; с вредными последствиями – 9,3%; зависимости выявлено не было – 0%;
- галлюциногены – результаты были следующими: 18,2%, 82,1%. Зависимых состояний выявлено не было;
- «смешанные формы» – стиль относительно безопасного употребления составил – 27,2%; опасного употребления – 42,0%; с вредными последствиями – 31,4%, зависимости не выявлено (0%).

Исходя из полученных результатов исследования тенденции употребления ПАВ подростками и молодежью можно охарактеризовать следующим образом.

Большая часть подростков при приеме различных ПАВ находятся преимущественно в зоне относительно

Таблица 1. Результаты употребления ПАВ в исследуемых группах до проведения комплексных медико-социальных мероприятий (первичное исследование; общее количество обследованных (n=1500))

Количество человек, употребляющих ПАВ (n=1374); виды ПАВ	% соотношение от общего количества (M±m), 91,6±1,2	Степень употребления ПАВ «А», «В», «С», «D» % количества
Алкогольсодержащие ПАВ	92,3±1,5	А – 51,2; В – 37,3; С – 12,1; D – 0,0
Табакокурение	68,7±1,3	А – 33,4; В – 38,2; С – 22,5; D – 7,3
Психостимуляторы	18,6±1,4	А – 48,3; В – 32,4; С – 15,4; D – 5,5
Каннабиноиды	4,5±0,9	А – 38,5; В – 57,3; С – 5,6; D – 0,0
Галлюциногены	0,1	А – 18,2; В – 82,1; С – 0,0; D – 0,0
Опиаты (опиоиды)	0,9±0,05	А – 68,0; В – 23,2; С – 9,3; D – 0,0
Смешанные формы	98,7±0,07	А – 27,2; В – 42,0; С – 31,4; D – 0,0

Примечание: * Степень употребления ПАВ: 1 – «А» – относительно безопасная (1–7 баллов); 2 – «В» – опасное употребление (8–15 баллов); 3 – «С» – с вредными последствиями (16–20 баллов); 4 – «D» – зависимые состояния (>20 баллов).

«безопасного употребления» (1–7 баллов) или «опасного употребления» (8–15 баллов), но еще без вредных последствий или состояний зависимости.

Однако при употреблении наиболее распространенных видов ПАВ (алкогольсодержащие, табакокурение) часть респондентов переходит в более тяжелые формы употребления ПАВ, а именно: «с вредными последствиями» или «зависимыми состояниями». По данным исследования, при табакокурении вышеуказанный переход идет более интенсивно. При употреблении других ПАВ уровень «с вредными последствиями» чаще наблюдается относительно психостимуляторов – 15,4% и 5,5%; опиатов (опиоидов) – 9,3%; каннабиноидов – 5,6%.

Усугубляющим состоянием приема ПАВ являются «смешанные формы», когда дополнительное потенцирование индивида разными химическими веществами приводит, естественно, к более тяжким психосоматическим последствиям.

Кроме того, учитывая проведенное нами исследование среди студентов начальных курсов вузов, можно в достаточной мере прогнозировать постепенное усугубление тенденции приема ПАВ на последующий период при отсутствии своевременной профилактической, а при необходимости – лечебной помощи.

Данная работа с исследуемыми респондентами имела преимущественно психотерапевтический характер. Мы использовали как индивидуальную, так и групповую

психотерапию (аутогенную тренировку, рациональную, эмоционально-стрессовую, когнитивно-бихевиоральную, семейную и др.). Групповая терапия проводилась с лицами, употребляющими как разные виды ПАВ, так и монотипы. В ряде случаев (при 3 и 4 степенях употребления ПАВ) – мы применяли соответствующие медикаменты, чаще групп СИОЗ, в малых стандартных дозах – преимущественно для купирования тревожно-депрессивных симптомов. Общая продолжительность указанных медико-социальных мероприятий составляла 1,5–2 месяца. В целом исследуемыми лицами предлагаемая помощь воспринималась положительно, так как не являлась обременительной для них и представляла определенный познавательный интерес (расширение компетенции в объеме понимания действия ПАВ, их тяжелых последствий, в целом понимание медико-социальных вопросов, связанных с данной проблемой).

Повторное исследование аналогичными АУДИТ-тестами было проведено у тех же респондентов через 3 месяца после начала работы с ними. Полученные данные представлены в таблице 2.

Как видно из данных таблицы 2, наблюдалось значительное общее снижение приема ПАВ респондентами – с 51,9% (702 чел.) до 48,1%. Дифференцировано: употребление алкогольсодержащих ПАВ составило 64,3% (сокращение на 28,0%); табакокурение соответственно – 35,4% (33,3%); употребление психостимуляторов – 8,3%

Таблица 2. Результаты употребления ПАВ в исследуемых группах после проведения комплексных медико-социальных мероприятий (повторное исследование)

Количество человек употребляющих ПАВ, n	% содержание	Стиль (степень) употребления ПАВ «А», «В», «С», «D» % количество	Данные первого обследования, M±m	Данные второго обследования, M±m	Достоверность отличия, p
7,02	51,9±0,9	–	91,6±1,2	51,9±0,9	< 0,01
Виды ПАВ	–	–	–	–	–
Алкогольсодержащие ПАВ	64,3±1,0	A – 88,1; B – 9,0; C – 3,2; D – 0,0;	92,3±1,5	64,3±1,0	< 0,01
Табакокурение	35,4±1,1	A – 75,0; B – 16,3; C – 8,4; D – 1,2;	68,7±1,3	35,4±1,1	< 0,01
Психостимуляторы	8,3±1,2	A – 89,1; B – 7,3; C – 4,2; D – 0,0;	18,6±1,4	8,3±1,2	< 0,01
Каннабиноиды	1,3±0,5	A – 83,2; B – 16,3; C – 1,4; D – 0,0;	4,5±0,9	1,3±0,5	< 0,01
Галлюциногены	0,0	A – 0,0; B – 0,0; C – 0,0; D – 0,0;	0,1±0,05	0,0	< 0,01
Опиаты (опиоиды)	0,2±0,04	A – 92,1; B – 6,2; C – 2,0; D – 0,0;	0,9±0,07	0,2±0,04	< 0,01
Смешанные формы	57,6±1,3	A – 73,2; B – 15,3; C – 12,1; D – 0,0;	98,7±1,6	57,6±1,3	< 0,01

Примечание: * Степень употребления ПАВ: 1 – «А» – относительно безопасная (1–7 баллов); 2 – «В» – опасное употребление (8–15 баллов); 3 – «С» – с вредными последствиями (16–20 баллов); 4 – «D» – зависимые состояния (>20 баллов).

(10,3%); каннабиноиды – 1,3% (30,2%); галлюциногены – 0%; опиаты (опиоиды) – 0,2%; смешанные формы – 57,6% (41,1%). Полученные результаты отличаются высоким уровнем достоверности ($p < 0,05$; $< 0,01$).

Среди обследованного контингента лиц, более склонных к активному употреблению ПАВ, нами выявлена значительная часть акцентуированных личностей. Наиболее распространенным при этом являлся эмотивный (нестойкий) тип – 32,3%. Значимыми были: возбудимый тип – 21,5%; истероидный – 16,4%; конформный – 13,0%.

Среди всех исследованных выявлена категория лиц со скрытыми депрессиями непсихотического уровня (9,6%), в основном в рамках патохарактерологических особенностей, которые чаще относились к нестойкому типу акцентуаций. Сообразно степени употребления ПАВ, большинство обследованных находилось на начальных этапах – 55,2%; ряд лиц на субклиническом – 31,3% и 15,6% на клиническом.

Субклинические дезадаптивные проявления классифицировались нами как разные типы вариантов: астенические – 11,7%; астено-вегетативные – 36,16%; обсессивно-фобические – 15,45%; тревожные – 26,15% и смешанные – 8,16%. В свою очередь, исследуемые, находившиеся в степени зависимости, подразделялись на две подгруппы: субклинический уровень – значительно больше по объему – 87,6 (компенсированный) и некомпенсированный – 12,4% – требующий лечения. У данной категории обследованных наблюдалась преимущественно первая стадия зависимого состояния.

Выводы

1. Проведенное исследование выявило определенные характерные особенности приема ПАВ в подростково-юношеском возрасте.

Данные особенности могут быть выявлены с помощью специализированных АУДИТ-тестов, дающих возможность получения характеристики степени употребления ПАВ с последующей математической обработкой (с позиций доказательной медицины), оценкой патопсихологических и клинико-психопатологических особенностей и возможностью определенного прогнозирования состояний на будущее.

2. Исходя из общеклинической, а также разработанной нами качественной 4-уровневой характеристики степени употребления ПАВ определяется следующее: при преимущественном характере приема ПАВ в подростково-юношеском возрасте в категориях: «относительно безопасное употребление»; «опасное употребление»; «употребление с вредными последствиями» и «зависимые состояния» – можно добиться достаточного положительного результата по общему сокращению и уменьшению степени тяжести приема ПАВ подростками путем предлагаемого комплексного лечебно-коррекционного метода.

3. Предрасполагающим фактором употребления ПАВ является нервно-психическая неустойчивость; акцентуации характера (эмотивный, возбудимый, истероидный, конформный и другие типы); своеобразие поведенческих реакций в подростковом возрасте (протеста, группирования, эмансипации и другие типы) и иные особенности подросткового периода.

4. Клинико-динамическими особенностями можно считать преобладание высокого уровня личностной и ситуативной тревожности со сверхценной идеей употребления ПАВ, с нарушением возможности контроля дозы наркотического вещества и своего поведения в целом. Характерны явления тревожно-депрессивного спектра, черты эмоциональной неустойчивости (в виде повышенной раздражительности), формальность суждений, нередко признания своей вины и показное раскаяние. В клинической динамике данных расстройств выделяются две стадии: субкомпенсированная и некомпенсированная. Первая – условно контролируемая, характеризуется формальной упорядоченностью поведения (критической оценкой) с прогностическим возможным отказом от приема ПАВ; вторая – неконтролируемая, при которой у индивида отсутствует сознание болезненного расстройства. Установлено, что в клиническом плане динамика симптомов аддиктивного поведения имеет высокую корреляцию со специфическими мотивами употребления ПАВ (коммуникативные, гедонистические, компульсивные).

5. Использование специальных АУДИТ-тестов для обнаружения приема ПАВ (как экспресс-диагностика) целесообразно в применении для выявления общей характеристики, динамики и прогнозирования данных аддиктивных расстройств.

6. Решение вопросов помощи при аддиктивных расстройствах подростков и молодежи, принимающих ПАВ, характеризуется следующим. Психологические и психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на биосоциальные, личностные и поведенческие факторы риска, а также патогенетические механизмы реализации аддикции. Соответственно, необходимо осуществление максимального контроля за поведением данных лиц в группах риска (учитывая их импульсивность поведения, неадекватность самооценки, плохую переносимость фрустрации, нарушение адаптации и др.). Психотерапевтическими мишенями должны стать аффективные, когнитивные, волевые и поведенческие функции аддикта. Предлагаемая психотерапевтическая коррекция данных аддиктивных расстройств (в виде специфических методик: когнитивно-бихевиоральной, эмоционально-стрессовой, рациональной, аутогенной, а также семейной психотерапии, проводимых индивидуально и в группе по определенной схеме) показала значимый позитивный результат, подтвержденный катамнезом.

Выявленные особенности генетических, патопсихологических и психопатологических характеристик аддиктивного поведения подростков, принимающих ПАВ, дают возможность более профессионально подходить к раннему субклиническому периоду выявления данной патологии у лиц и оказания им своевременной квалифицированной медико-социальной помощи.

Список использованной литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Бірюк О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // 36. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII, 4.5. – С. 23–33.
3. Вієвський А. М. Дослідження увялень дітей та підлітків щодо вживання психодельфіантних речовин як основа заходів цільової психопрофілактики // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 81–86.

4. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста : учебн. для вузов / Д. Н. Исаев. – 3-е изд. – СПб. : СпецЛит, 2007. – 463 с. ; С. 384, 390.
5. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – № 5. – С. 94–100.
6. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21–27.
7. Пшук Е. Я. Особливості комунікативних допінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність / Е. Я. Пшук, М. В. Маркова // Мед. психологія. – 2009. – Т. 4, № 2–3. – С. 205–208.
8. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
9. Табачников С. І. Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики / С. І. Табачников, А. М. Вієвський // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 93–99.
10. Kumpfer L. Drug Abuse Prevention : tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H. Coombs. – 2005. – P. 467–486.

СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ТЕСТИ В КЛІНІЧНІЙ ХАРАКТЕРИСТИЦІ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН
У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ, КОМПЛЕКСНА ПСИХОТЕРАПІЯ І ПРОФІЛАКТИКА

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Т.В. Синицька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосева, О.С. Осуховська, О.В. Вороніна

Проведено дослідження адитивної поведінки 1374 підлітків, які приймали психоактивні речовини (на ранніх етапах) за допомогою спеціальних АУДИТ-тестів. Виявлено патопсихологічні та психопатологічні особливості адитивної поведінки (відповідно до ступеня приймання ПАР), а також принципи формування залежних станів.

Ключові слова: адитивна поведінка, психоактивні речовини, тести визначення ступеня вживання психоактивних речовин, клінічна характеристика.

SPECIALIZED TESTS IN CLINICAL CHARACTERIZATION OF PSYCHOACTIVESUBSTANCE
USE IN ADOLESCENCE, INTEGRATED PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitskaya, A. Chepuraya, E. Kioseva, E. Osuhovskaya, A. Voronina

A study of addictive behavior of teenagers in 1374, taking psychoactive substances (early stages) using a special audit tests. Found pathopsychological and psychopathological features of addictive behavior (degree of acceptance in accordance), and the principles of formation of dependent states.

Key words: addictive behavior, substance use, the tests determine the extent of substance use, clinical characteristics.

УДК 616.89–035.856

В.В. Сотніченко, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА
ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:

Міжнародна класифікація функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я, шизофренія, рівень функціонування, медико-соціальна допомога.

У статті висвітлено основні положення Міжнародної класифікації функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я і проаналізовано можливості її використання в психіатричній практиці. Наведено конкретний приклад застосування класифікації стосовно хворого з діагнозом “шизофренія”.

На сьогодні одним із пріоритетних напрямків охорони психічного здоров'я є розробка комплексної системи медико-соціальної допомоги особам з психічними розладами із високим рівнем інвалідизації, в тому числі шизофренією. Водночас надзвичайно актуальною для сучасної психіатричної науки та практики залишається проблема вибору стандартизованого, валідного та надійного інструментарію для визначення рівня функціонування пацієнтів з психічними розладами, розробки реабілітаційних програм, оцінки якості та ефективності медико-соціальної допомоги, прогнозування її результатів. У якості такого інструментарію ВООЗ (2001) було запропоновано Міжнародну класифікацію функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я (МКФ), яка, на жаль, недостатньо відома серед фахівців.

Метою нашої роботи є висвітлення основних положень МКФ та аналіз можливостей її використання у психіатричній практиці.

МКФ є багатозальною класифікацією, в якій визначено стандартну модель та «мову» для опису стану здоров'я. Згідно з МКФ, фізичний та психічний стан будь-якої людини можна проаналізувати за загальною шкалою – шкалою здоров'я та обмеження життєдіяльності з акцентом на ступені здоров'я.

МКФ побудована на основі наступних принципів: універсальність, утилітарність, нейтральність, достовірність, валідність, порівнянність, акцент на позитивних аспектах, взаємодія з факторами навколишнього середовища, інтерактивність. Згідно з цими принципами, вказану класифікацію можна застосовувати до пацієнтів