

УДК 616.89(316.614.6)

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

М.А. Дымочка, Г.П. Киндрас, Е.С. Красновская

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»
Министерства труда и социальной защиты РФ*

Классификация нарушений функций организма и критерии установления инвалидности, которые используются в настоящее время на территории Российской Федерации при осуществлении медико-социальной экспертизы (МСЭ), подготовлены с учётом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), изданной ВОЗ в 2001 году [2]. Данная классификация основана на биопсихосоциальной модели функционирования и инвалидности.

Оценка функционального состояния пациента в МКФ и практике отечественной медико-социальной экспертизы начинается с оценки состояния отдельных психических функций – как нарушенных, так и сохраненных. Тем не менее, психическая и социальная адаптация человека становится результатом деятельности целостной самоуправляемой системы, которую представляет индивид и которая, в свою очередь, является компонентом более сложной системы «индивид – общество». Поэтому психическое состояние, разделенное на отдельные функции, не обеспечивает познания нормальной и аномальной психической деятельности целостной личности, а медико-социальная экспертиза психических расстройств не может сводиться только к оценке характера и степени нарушения отдельных психических функций. Оцениваются также структура психопатологического синдрома, уровень (пограничный, психотический) и характер патологического процесса (эндогенный, экзогенный, психогенный и др.), личностные черты (врожденные, приобретенные и измененные болезнью), взаимодействие индивида с социумом.

Основой квалифицированной клинико-функциональной и экспертно-реабилитационной диагностики служит системный структурно-динамический подход (патологический процесс – личность – социальная среда). Принципы медико-социальной экспертизы подразумевают оценку организма как единого целого, единство психических и соматических функций с

учетом индивидуальных особенностей личности больного (интересы, социально-трудовые установки и др.); единство организма со средой с учетом её влияния на течение и клиническую картину заболевания, структуру нарушений в виде выпадения или диссоциации функций и компенсацию; учёт приспособительных и компенсаторных механизмов, сохранившихся функций, здоровых сторон личности и её индивидуальных особенностей, сохранившихся трудовых навыков; оценку клинического, реабилитационного и социального прогноза. Только соблюдение всех перечисленных принципов позволяет определить степень нарушения психического функционирования человека.

Значительное влияние, как на формирование психопатологических состояний, так и на все виды деятельности (интеллектуальную, характер и направленность побуждений и др.) и возможности адаптации оказывают особенности личности, формирующие её отношение к окружающему миру, людям, самой себе. Патологические изменения личности приводят к снижению способности адекватно вести себя, справляться с любой ситуацией, участвовать в ведении домашнего хозяйства и решении различных бытовых проблем, соблюдать личную безопасность и личную гигиену. Наиболее тяжелые проявления патологии личности со стойкой дезорганизацией поведения, непредсказуемостью, распадом морально-нравственных устоев вызывают грубую неадекватность поступков.

Критериями личностно-психологической компенсации служат личностные установки, мотивация, побуждения, критичность, самоконтроль. Особенно значимой характеристикой личности и её патологии является степень критичности (в отношении правильности суждений, поступков, их направленности и организованности, полноты и качества выполнения различных действий), то есть способность к критической оценке собственного состояния, конкретной ситуации, взаимоотношений с окружа-

ющими; возможность самокоррекции тех или иных отношений при взаимодействии с реальностью.

Важным проявлением психических процессов и их реализации в различных сферах жизни является поведение человека. Адекватность поведения свидетельствует о том, насколько индивид справился с теми или иными ограничениями жизнедеятельности, связанными со здоровьем.

Нарушения поведения, являясь с одной стороны следствием и показателем нарушений отдельных психических функций и их степени выраженности, с другой – могут служить критерием психического функционирования индивида в социуме. Оценка нарушений поведения как показателя психического функционирования предполагает анализ следующих факторов: 1) вид нарушенных психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, интеллект, эмоции, воля), глубина и длительность нарушений; 2) психопатологическая структура состояния (ведущий инвалидизирующий синдром, его степень выраженности и стойкость); 3) свойства преморбидной личности, изменения личности вследствие болезни и реакция личности на заболевание; 4) критика к своему заболеванию и окружающей действительности; 5) способность к самокоррекции, возможность коррекции с помощью других лиц; 6) эффективность фармакотерапии; 7) степень компенсации болезненного состояния (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация); 8) длительность и стойкость нарушений поведения и те сферы жизни, в которых эти нарушения проявляются (производственная, профессиональная, общественная, семейная, бытовая и др.).

Общие подходы к количественной оценке степени выраженности нарушений психических функций (психической деятельности)

Специалисты Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России разработали принципы и подходы к медико-социальной экспертизе с учетом положений МКФ и современной концепции инвалидности, которые нашли отражение в Приказе Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Этот приказ определил критерии количественной оценки нарушений функций организма, применяющиеся в настоящее время при освидетельствовании лиц с различной инвалидизирующей патологией, в том числе психическими расстройствами.

Оценка ограничений жизнедеятельности и установление инвалидности при психических расстройствах носит многомерный характер и проводится с учетом не только вида и степени нарушений отдельных психических функций, но прежде всего – структуры основного инвалидизирующего психопатологического синдрома, личностных особенностей, компенсаторных ресурсов, типа и уровня адаптации в разных сферах жизни.

Степень нарушения психических функций определяется характерными для нозологических форм проявлениями в диапазоне процентных значений: незначительная (10–30%), умеренная (40–60%), выраженная (70–80%), значительно выраженная (90–100%).

Незначительно выраженные нарушения психических функций (диапазон 10–30%) – клиническая и социальная компенсация, адекватное поведение, способность приспособления на прежнем уровне в основных сферах жизни при сохранности социальной направленности установок.

Конкретное процентное значение при незначительно выраженных нарушениях психических функций устанавливается в зависимости от влияния этих нарушений на адаптацию: а) 10% – незначительно выраженные нарушения психических функций, не сказывающиеся на адаптации в основных сферах жизни; б) 20% – незначительно выраженные нарушения психических функций, проявляющиеся кратковременными нарушениями адаптации в какой-либо из основных сфер жизни при дополнительных психических и/или физических нагрузках; в) 30% – незначительно выраженные нарушения психических функций, проявляющиеся стойкими заметными особенностями адаптации в каких-либо сферах жизнедеятельности, однако не снижающие качество жизни в целом.

Основным критерием необходимости и объема социальной помощи при умеренных и выраженных нарушениях психических функций, является, преимущественно, способность к адаптации в производственной сфере, в том числе профессиональной.

Умеренные нарушения психических функций (диапазон 40–60%) – стойкие умеренные нарушения психических функций и/или расстройства личности со снижением критики к своему состоянию и окружающей действительности, периодически возникающими нарушениями поведения в отдельных жизненных ситуациях и/или постоянными умеренными затруднениями выполнения некоторых социальных ролевых функций и адаптации к меняющимся обстоятельствам в отдельных сферах жизни; возможность частичной самокоррекции; доступность трудовой адаптации в обычных производственных условиях.

Конкретное процентное значение при стойких умеренных нарушениях психических функций определяется, прежде всего, степенью сохранности профессиональных знаний, умений и возможностью их применения: а) 40% – возможность профессиональной деятельности на прежнем уровне (сохранность знаний, умений) при увеличении усилий и/или затрат времени (сокращение объема производственной деятельности, сокращенная рабочая

неделя); б) 50% – частичная утрата профессиональных знаний, умений и/или возможности их использования (работа со снижением квалификации); в) 60% – утрата профессиональных знаний, умений и/или возможности их использования (значительное снижение или утрата квалификации)

Выраженные нарушения психических функций (диапазон 70–80%) – стойкие выраженные нарушения психических функций и/или расстройства личности со значительным снижением критики к своему состоянию и окружающему, выраженными нарушениями поведения, дезадаптацией в нескольких сферах жизни; возможность частичной коррекции.

Конкретное процентное значение при выраженных нарушениях психических функций устанавливается в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности: а) 70% – способность к занятости в специально созданных условиях; б) 80% – полная дезадаптация в трудовой сфере жизни.

Значительно выраженные нарушения психических функций (диапазон 90–100%) – стойкие значительно выраженные нарушения психических функций и/или расстройства личности с отсутствием критики к своему состоянию и окружающему, дезадаптацией во всех сферах жизни (производственной, общественной, семейной, бытовой), неспособностью к адекватному поведению и невозможностью его коррекции; нуждаемость в постоянной помощи и надзоре со стороны других лиц.

Основным критерием, определяющим конкретное процентное значение при значительно выраженных нарушениях психических функций, становится потребность в постоянном постороннем уходе и надзоре: а) 90% – возможность выполнения элементарных действий под постоянным наблюдением, побуждением, контролем; б) 100% – неспособность к выполнению даже элементарных действий, потребность в постоянном постороннем надзоре и уходе.

Количественная оценка степени выраженности нарушений психических функций при отдельных инвалидирующих психических расстройствах

Шизофрения является одним из основных инвалидирующих психических расстройств у взрослого населения, которое становится причиной инвалидности практически в 40% случаев. Инвалидность у больных шизофренией определяется при различных типах течения и темпе прогрессивности заболевания обычно на стадии ремиссии, несколько реже – во время затяжного обострения непрерывнотекущего процесса или затяжного приступа приступообразно-прогрессивной, рекуррентной шизофрении.

Клиническая картина при разных типах течения и темпе прогрессивности процесса к моменту наступления инвалидности характеризуется признаками, отражающими тенденцию к нарастанию прогресси-

ентности заболевания: появление симптомов более глубокого уровня поражения психической деятельности; склонность к затяжному течению приступов и обострений заболевания (сохраняются признаки активности процесса, не наступает формирование ремиссий); снижение качества и устойчивости ремиссий; возрастание удельного веса негативных расстройств, их углубление; формирование симптоматики, резистентной к терапии.

Наиболее выраженные изменения при шизофрении наблюдаются в мышлении, эмоционально-волевой сфере, личности больного, однако, как и при любом психическом заболевании, в той или иной мере страдают все психические функции или большинство из них, что вызывает нарушения психической деятельности (функционирования) различной степени выраженности.

Оценка ограничения категорий жизнедеятельности и их степени выраженности при шизофрении требует анализа следующих факторов: 1) вид нарушенных психических функций (сознание, восприятие, внимание, эмоции, воля, память, мышление, интеллект), характер, выраженность и продолжительность нарушений; 2) клиническая форма шизофрении; 3) тип течения и степень прогрессивности процесса; 4) длительность и стадия заболевания; 5) психопатологическая структура состояния (ведущий синдром, его степень выраженности и стойкость); 6) характер и динамика дефицитарной симптоматики; 7) качество ремиссий (тип, структура, полнота, этап, стойкость, длительность и т.д.); 8) свойства преморбидной личности, личностные изменения, обусловленные болезнью, и реакция личности на болезнь; 9) характер и степень клинической и социальной компенсации; 10) критика к своему состоянию и окружающей действительности.

Органические заболевания центральной нервной системы в структуре инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения также занимают одно из ведущих мест. Каждое заболевание этой группы характеризуется своей клинической картиной, течением и прогнозом, но их объединяет стереотипная форма реагирования мозга на «органическое поражение» – психоорганический синдром, который проявляется недостаточностью таких психических функций как память, внимание, мышление, эмоции, воля, что приводит к нарушениям социального функционирования.

Медико-социальная экспертиза больных с церебрально-органической патологией должна проводиться с учетом ряда параметров: 1) вид, характер, стойкость и степень выраженности нарушений психических функций (интеллект, мышление, память, восприятие, эмоции, воля); истощаемость и подвижность психических процессов; 2) наличие, структура и степень выраженности психотической, эпилептиформной, неврологической симптоматики; 3) причина заболевания; 4) тип течения; 5) допол-

нительные патогенные воздействия (токсичные, наркотические вещества и др.), сочетание с другой соматической и психической патологией (смешанные формы психических заболеваний); 6) нарушенные и сохранные свойства личности и критические возможности; 7) степень клинической и социальной компенсации болезненного состояния; 8) уровень социальной адаптации в основных сферах жизни (производственной, семейной, бытовой, социально-средовой).

Эпилепсия приводит к нарушениям всех или большинства психических функций и психического функционирования различной степени выраженности, однако больше всего сказываются на адаптации пароксизмальный, психоорганический синдромы и расстройства личности.

Проведение медико-социальной экспертизы больным с эпилепсией требует оценки следующих параметров: 1) этиология, возраст начала, тип течения заболевания; 2) вид, характер, стойкость и степень выраженности нарушений психических функций; 3) вид и частота эпилептических припадков, время их возникновения; локализация эпилептического очага; 4) наличие, структура и степень выраженности психоорганической, психотической, аффективной и другой психопатологической симптоматики; 5) объем и эффективность терапии; 6) свойства преморбидной личности; 7) степень выраженности расстройств личности; 8) критика к своему состоянию и окружающей действительности; 9) степень клинической и социальной компенсации болезненного состояния; уровень социальной адаптации в основных сферах жизнедеятельности (производственной, семейной, бытовой, социально-средовой).

Умственная отсталость является одним из основных инвалидирующих заболеваний в структуре инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения у детского населения.

Количественная оценка выраженности нарушений психических функций при умственной отсталости основывается на анализе степени интеллектуальной недостаточности, типе дефекта, выраженности расстройств личности, наличии психопатологической и соматоневрологической патологии, клиническом и социальном прогнозе, типе и уровне адаптивного поведения, социальной адаптации в основных сферах жизни (производственной, семейной, бытовой, социально-средовой).

Аффективные расстройства объединяют большую группу гетерогенных психических нарушений, основным проявлением которых становится патологически измененное настроение, что выражается депрессивным, маниакальным или смешанным синдромом с сопутствующими психомоторными и соматическими нарушениями.

Социальная адаптация таких пациентов зависит от ряда факторов: 1) возраст начала заболевания;

2) психопатологическая структура аффективных расстройств, в том числе содержание переживаний; 3) чередование и длительность течения фаз; 4) эффективность терапии; 5) стойкость, полнота и длительность ремиссий; 6) преморбидные особенности личности; реакция личности на болезнь. Значимыми для медико-социальной экспертизы являются, преимущественно, выраженные и значительно выраженные аффективные расстройства, характеризующиеся затяжными фазами, короткими, нестойкими, неполными ремиссиями, низкой эффективностью терапии.

Пограничным психическим расстройствам свойственна сложная взаимосвязь между клинической симптоматикой, личностью и социумом; наблюдаются малые адаптивные возможности в социально значимых ситуациях, поверхностность и эгоцентризм в межличностных (групповых) отношениях. Деадаптирует пациентов преимущественно личностный регистр симптоматики; социально-психологическая дезадаптация проявляется через ситуативно неадекватное поведение.

Медико-социальная экспертиза осуществляется при неврозах и патологическом развитии личности. Экспертно-реабилитационная диагностика должна учитывать: 1) вид нарушенных психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, интеллект, эмоции, воля), характер, глубину и длительность нарушений; 2) клинический вариант и психопатологическую структуру состояния; 3) динамику заболевания (синдромологическое усложнение или редуцирование симптоматики); 4) стойкость психогенных образований, возможность их коррекции, степень аффективной насыщенности, легкость возникновения психогенных реакций; 5) длительность и стойкость нарушений поведения; 6) наличие церебрально-органической или соматоневрологической патологии; 7) свойства преморбидной личности, изменения личности вследствие болезни и реакция личности на заболевание; 8) способность к критике, самокоррекции и коррекции; 9) эффективность фармакотерапии.

Количественная оценка нарушений психических функций при *расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте* учитывает: 1) клинические типы расстройств личности, эмоционально-волевые проявления; 2) идеаторные нарушения – содержание, тематику, обыденность или масштабность, выраженность, уровень (сверхценный, паранойяльный, параноидный), степень охваченности личности болезненными идеями, их направленность и влияние на форму поведения; 3) сферу и степень активности; 4) частоту декомпенсаций, стойкость и длительность расстройств, их динамику (регрессирующая, прогрессирующая); 5) критическое отношение к собственным личностным особенностям и рисунку поведения, корригируемость, курабельность; 6) формирование установок, мотивационной сферы; 7) наличие сопут-

ствующей соматической и психической патологии; 8) уровень социальной адаптации в основных сферах жизни.

Адаптация как показатель социализации личности

Изложенный материал показывает, что практически всегда оценка нарушений функций организма человека проводится с учетом возможностей индивида к адаптации в основных сферах жизни – социальной адаптации.

В настоящее время при вынесении экспертного заключения специалисты на основании степени клинической, личностно-психологической компенсации и с учетом ряда социальных факторов устанавливают ограничения отдельных категорий жизнедеятельности, степень социального участия и доступные инвалиду виды социальной деятельности, таким образом, определяя уровень социальной адаптации, однако, никак его не обозначая.

Оценка уровня социальной адаптации, в том числе при психических расстройствах, предполагает необходимость анализа всех медицинских (клинических), личностно-психологических, социальных факторов, составляющих адаптационные возможности индивида – его реабилитационный потенциал. Только такие полные данные позволяют установить, как нарушения психической деятельности и изменения личности проявляются в процессе работы, быту, межличностных отношениях, то есть степень компенсации состояния в социальном плане – уровень социального функционирования, уровень адаптации.

Реабилитационный потенциал – это биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности, обусловленные болезненным процессом или дефектом. Реабилитационный потенциал зависит от его отдельных компонентов: медицинского, психологического, социального. Каждая из составляющих реабилитационного потенциала (клиническая, личностно-психологическая и социальная) имеет свою степень компенсации нарушений, и интегральная оценка уровня социальной адаптации подразумевает различные комбинации их сочетаний. Следовательно, уровень социальной адаптации является результатом сочетанного взаимовлияния и взаимодействия различных уровней составляющих реабилитационного потенциала (медицинской, психологической, социальной).

В процессе функциональной экспертно-реабилитационной диагностики устанавливаются факторы, обуславливающие функциональную недостаточность; уровень функциональной недостаточности в основных сферах деятельности индивида; характеристика компенсаторных возможностей, способствующих сохранению адекватной социальной активности; тип и уровень адаптации.

Указанные параметры и их взаимосвязи рассматриваются при формировании клинко-функционального диагноза, который отражает медицинский и психологический компоненты реабилитационного потенциала индивида.

Соотнесение степени выраженности клинических и личностно-психологических нарушений и их компенсации с социальными параметрами в каждом конкретном случае позволяет определить доступные виды деятельности, то есть возможный уровень социального функционирования (уровень социальной адаптации). При этом важным критерием уровня и клинической, и социальной компенсации (субкомпенсации, декомпенсации) является адаптивное поведение. Характер поведения служит показателем компенсаторных возможностей в основных сферах жизни – профессиональная деятельность, межличностные отношения (с родителями, детьми, сексуальные партнёрские и супружеские, общение, ролевое поведение), организация быта и экономики повседневной жизни, формирование собственной линии поведения и «жизненной перспективы», активность свободного времени (активность досуга), самообслуживание.

Следует также отметить, что неотъемлемой частью оценки реабилитационного потенциала при экспертно-реабилитационной диагностике является клинический и социальный прогноз. Клинический прогноз определяется, преимущественно, психопатологической характеристикой состояния (в меньшей степени – психологическими и психосоциальными факторами), в то время как социальный прогноз – в основном, психологическими и психосоциальными факторами. Оценка индивидуального прогноза и целей реабилитации требуют максимально полной информации о биологических, социально-психологических параметрах и характере функционирования пациента в окружающей среде.

Критерии определения уровня социальной адаптации

Психиатры выделяют различное количество типов и уровней социальной адаптации при психических расстройствах. Приводится разное их описание при отдельных нозологических формах (шизофрения, умственная отсталость и др.), основанное на критериях преимущественно клинической, реже – социальной компенсации, или патофизиологических параметрах (клиническая, социальная, социально-трудовая адаптация) [1, 3–6]. Однако, отсутствует единая унифицированная классификация уровней социальной адаптации при психических расстройствах с учётом её базовых составляющих – медицинского, психологического, социального реабилитационного потенциала. Такая классификация важна при проведении медико-социальной экспертизы, так как позволит более точно оценивать взаимодействие индивида и социальной среды, определять

адаптационные возможности с учётом многих параметров индивидуального ресурса, объективно отражать реальное социальное функционирование. Это должно способствовать минимизации экспертных ошибок, большей дифференцированности и эффективности реабилитационных мероприятий.

Предлагаемый вариант градации уровней социальной адаптации, отражающих возможности деятельности индивида в основных сферах жизни, может быть следующим (названия уровней социальной адаптации частично заимствованы из названий уровней клинической адаптации у больных шизофренией, предложенных Е.Д.Красик и Г.В.Логвинович) [1].

1. *Высокий, оптимально компенсированный уровень социальной адаптации.* Полная социальная компенсация во всех сферах жизни (профессия, работа, учёба, семья и др.); восстановление прежнего профессионального, психологического, семейно-бытового статуса; возможность реализации перспектив личностного и профессионального роста. Нарушения социального функционирования составляют 10–30%.

2. *Компенсированный уровень социальной адаптации.* Социальная компенсация во всех сферах жизни (профессия, работа, учёба, семья и др.); прежний уровень социального функционирования сохранен, но его поддержание требует больших физических/психических усилий или создания определенных условий – освобождение от административных функций, если они входят в должностные обязанности, перевод на работу с меньшей степенью ответственности, без эмоционального напряжения и др.; возможность реализации перспектив личностного и профессионального роста может быть сомнительной. Нарушения социального функционирования составляют 40%.

3. *Частично компенсированный уровень социальной адаптации.* Уровень социального функционирования ниже исходного (до болезни) – социальная субкомпенсация в одной или нескольких основных сферах жизни (профессиональной, производственной, бытовой). Необходимость ограничения объема или сложности производственной (профессиональной, учебной) деятельности при сохранности профессиональных знаний, опыта, навыков и их использовании; затруднения при осуществлении бытовой деятельности дома и за его пределами, требующие дополнительного времени и усилий. Нарушения социального функционирования составляют 50%.

4. *Условно компенсированный уровень социальной адаптации.* Уровень социального функционирования значительно ниже исходного – социальная субкомпенсация в основных сферах жизни (профессиональной, производственной, бытовой). Способность осуществлять профессиональную деятельность

(обучение) может быть утрачена; однако имеется возможность выполнения других видов трудовой деятельности с использованием профессиональных знаний и навыков в условиях обычного производства. Осуществление бытовой деятельности дома или за его пределами в прежнем объеме затруднительно и требует исключения части обязанностей. Нарушения социального функционирования составляют 60%.

5. *Условно декомпенсированный уровень социальной адаптации (условная социальная дезадаптация).* Социальная субкомпенсация в основных сферах жизни (профессиональной, производственной, бытовой); периодически возникает декомпенсация в одной из них при изменении внешних условий или состояния здоровья. Способность к трудовой деятельности полностью и стойко утрачена в обычных производственных условиях, но возможна в специально созданных условиях; бытовое самообслуживание может требовать регулярной посторонней помощи. Нарушения социального функционирования составляют 70%.

6. *Частично декомпенсированный уровень социальной адаптации (частичная социальная дезадаптация).* Социальная субкомпенсация в основных сферах жизни (профессиональной, производственной, бытовой) с частыми эпизодами декомпенсации или стойкая декомпенсация в одной из сфер жизни. Сохранена возможность выполнения отдельных видов трудовой деятельности в специально созданных производственных условиях, в том числе с помощью других лиц или на дому; бытовое самообслуживание может требовать постоянной посторонней помощи. Нарушения социального функционирования составляют 80%.

7. *Декомпенсированный уровень социальной адаптации (полная социальная дезадаптация).* Способность к каким-либо видам самостоятельной трудовой деятельности, бытовому самообслуживанию утрачена; физиологическое самообслуживание требует помощи других лиц. Нарушения социального функционирования составляют 90%.

8. *Тотальная (глубокая) социальная дезадаптация.* Утрата способности к осуществлению самостоятельного бытового и физиологического самообслуживания. Нарушения социального функционирования составляют 100%.

Определение уровня социальной адаптации при проведении медико-социальной экспертизы заполнит недостающее звено в логически последовательной цепочке: нарушение функций–ограничения жизнедеятельности–уровень социальной адаптации–группа инвалидности. Предложенная классификация уровней социальной адаптации, на наш взгляд, будет способствовать большей объективности медико-социальной экспертизы, дифференцированности и эффективности реабилитационных мероприятий и может использоваться при любом классе болезней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Уровни клинической адаптации у больных шизофренией с приступообразным течением // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1985. Т 85, № 5. С. 1212–1217.
2. Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2001.
3. Методологические основы психофизиологической адаптивности и значение её оценки для трудовых рекомендаций инвалидам. Методические рекомендации для врачей ВТЭ. Ленинград: ЛИЭТИН, 1983. 23 с.
4. Миронов Н.Е. Уровни социальной адаптации подростков с интеллектуальным недоразвитием: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1991. 24 с.
5. Мухаметшина З.Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 25 с.
6. Розова М.С., Киндрас Г.П., Дробашенко Т.Г., Соха В.Г. Уровни социально-трудовой адаптации больных шизофренией на стадии ремиссии (критерии ВТЭ и показания к рациональному трудовому устройству). Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Москва: ЦИЭТИН, 1986. 19 с.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

М.А. Дымочка, Г.П. Киндрас, Е.С. Красновская

Статья посвящена общим подходам к количественной оценке степени выраженности нарушений психических функций (психической деятельности). Данный аспект также рассматривается применительно к отдельным психическим заболеваниям. Специальное внимание уделено проблеме адаптации как показателю социализации личности

и вопросам реабилитационного потенциала больных. Представлены критерии определения уровня социальной адаптации.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалидность, функциональная недостаточность, компенсация, личность, поведение.

QUANTITATIVE ASSESSMENT OF IMPAIRED BODY FUNCTIONS AND SOCIAL ADJUSTMENT LEVELS IN MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

M.A. Dymochka, G.P. Kindras, E.S. Krasnovskaya

The authors discuss current general approach toward quantitative assessment of the severity of mental dysfunction (mental performance), also in relation to specific mental disorders. The authors pay special attention to adjustment as a socialisation parameter and to patients' rehabilitation

potential. The article includes the criteria for judgments about the level of social adjustment.

Key words: medical-social evaluation, disability, functional deficiency, compensation, personality, behaviour.

Дымочка Михаил Анатольевич – доктор медицинских наук; руководитель ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России – главный федеральный эксперт по медико-социальной экспертизе; e-mail: dmochka@fbmse.ru

Киндрас Галина Петровна – доктор медицинских наук, профессор; главный научный сотрудник сектора научно-методического обеспечения экспертно-реабилитационной диагностики при осуществлении МСЭ Научно-методического центра ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России; e-mail: 19751975@bk.ru

Красновская Евгения Сергеевна – научный сотрудник сектора научно-методического обеспечения экспертно-реабилитационной диагностики при осуществлении МСЭ Научно-методического центра ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России; e-mail: 19751975@bk.ru