

17. Rong J, Fang C, Chen X, Hong C, Huang L. Association of serum uric acid with prognosis in patients with myocardial infarction: an update systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovasc Disord. 2023;23(1):512. doi: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03523-1>

18. Wang JJ, Yi JK, Zhou LR, Chen J, Zhang BQ, Huang HM, et al. A systematic review of the connection between serum uric acid levels and the risk of cardiovascular disease. Front Cardiovasc Med. 2025;12:1577952. doi: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2025.1577952>

19. Liu Y, Li Z, Xu Y, Mao H, Huang N. Uric acid and atherosclerosis in patients with chronic kidney disease: recent progress, mechanisms, and prospect. Kidney Dis. 2025;11(1):112-27. doi: <https://doi.org/10.1159/000543781>

20. Islam F, Nukala SK, Shrestha P, et al. Air pollution and cardiovascular disease: a systematic review of the effects of air pollution, including bushfire smoke, on cardiovascular disease. Am Heart J Plus. 2025;54:100546. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ahjo.2025.100546>

21. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, et al. Social determinants of cardiovascular disease. Circ Res. 2022;130(5):782-99.

doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319811>

22. Yeghiazarians Y, Jneid H, Tietjens JR, et al. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2021;144(3):e56-e67.

doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000988>

23. Lopez-Jimenez F, Almahmeed W, Bays H, Cuevas A, Di Angelantonio E, le Roux CW, et al. Obesity and cardiovascular disease: mechanistic insights and management strategies. A joint position paper by the World Heart Federation and World Obesity Federation. Eur J Prev Cardiol. 2022;29(17):2218-37.

doi: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac187>

Стаття надійшла до редакції 17.12.2025;  
затверджена до публікації 12.05.2026

УДК 616.89-008-036.86:159.97:614.2:613.86''2014/2024''(477) <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2026.2.365600>

**І.С. Борисова** 

## ДИНАМІКА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ В УКРАЇНІ ЗА 2013-2024 рр. КОНТРОЛЬ ЗА ПОВЕДІНКОЮ ТА СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЇ ЯК КРИТЕРІЇ ІНВАЛІДНОСТІ

Дніпровський державний медичний університет  
вул. Володимира Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
Dnipro State Medical University  
Volodymyra Vernadskoho str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: [doctorinnaborisova1@gmail.com](mailto:doctorinnaborisova1@gmail.com)

**Цитування:** Медичні перспективи. 2026. Т. 31, № 2. С. 72-80

**Cited:** Medicin perspectives. 2026;31(2):72-80

**Ключові слова:** інвалідність і здоров'я, розлади психіки, порушення поведінки, соціально небезпечна поведінка  
**Key words:** disability and health, mental disorders, behavioral disorders, socially dangerous behavior

**Реферат.** Динаміка інвалідності внаслідок розладів психіки в Україні за період 2013-2024 рр. Контроль за поведінкою та соціально небезпечні дії як критерії інвалідності. Борисова І.С. За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я – це стан благополуччя. Щорічно показник, який характеризує роки втраченої працездатності через ментальне здоров'я та розлади психіки, підвищується. При цьому показник користування послугами корекції ментального здоров'я підвищився за період 2020-2023 років на 80%. Поведінка людини є зовнішнім проявом і результатом взаємодії в першу чергу психічних функцій. Для осіб з розладами психіки характерним є психопатологічний тип поведінки, який ґрунтується на психопатологічних симптомах і синдромах, що є проявами психічних захворювань. Під час оцінювання функціонування і визначення групи інвалідності визначення ступеня порушень функціонування при розладах психіки є основним питанням. Але визначення ступеня

тяжкості порушення контролю за своєю поведінкою викликає певні труднощі в лікарів через необхідність урахування численних чинників, що визначають цю здатність. У зв'язку з цим метою роботи було – дослідити динаміку інвалідності внаслідок розладів психіки в Україні і Дніпропетровській області та запропонувати описовий підхід ступенів порушень контролю за своєю поведінкою осіб з розладами психіки відповідно до частоти виявлення соціально неприйнятної поведінки та соціально небезпечних дій як критерію інвалідності при проведенні оцінювання повсякденного функціонування особи. За результатами проведеного дослідження в Україні та Дніпропетровській області визначено певні особливості показників первинної інвалідності внаслідок розладів психіки: у 2013-2019 рр. визначено певне зниження цих показників; у 2019-2021 рр. відбулася певна стабілізація. У період воєнного стану 2022-2024 рр. відбулося підвищення показників первинної інвалідності практично у 2 рази порівняно з довоєнними показниками. У дослідженні соціально небезпечні дії було визначено практично в 70% осіб з інвалідністю внаслідок розладів психіки. У зв'язку з цим наявність таких ознак може вважатися об'єктивним критерієм тяжкості стану пацієнта з розладами психіки і використовуватися в процесі оцінювання повсякденного функціонування, що підкреслює важливість саме соціальних ознак особливостей функціонального стану пацієнтів при встановленні інвалідності.

**Abstract. Dynamics of disability due to mental disorders in Ukraine for the period 2013-2024. Control over behavior and socially dangerous actions as criteria for disability. Borysova I.S.** According to the WHO definition, mental health is a state of well-being. Every year, the indicator characterizing the years of lost working capacity due to mental health and mental disorders increases. At the same time, the indicator of use of mental health correction services increased by 80% in the period 2020-2023. Human behavior is primarily an external manifestation and result of the interaction of mental functions. People with mental disorders typically exhibit psychopathological behavior based on psychopathological symptoms and syndromes that are manifestations of mental illness. In assessment of functioning and establishing the disability group, determining the degree of functional impairment in mental disorders is a key issue. However, determining the severity of impaired control over one's behavior poses certain difficulties for doctors, due to the need to take into account numerous factors that determine this ability. In this regard, the aim of the study was to study the dynamics of disability due to mental disorders in Ukraine and the Dnipropetrovsk region and to propose a descriptive approach to the degrees of dyscontrol behavioral igs control in individuals with mental disorders according to the frequency of socially unacceptable behavior and socially dangerous actions as a criterion for disability when assessing an individual's daily functioning. The results of a study conducted in Ukraine and the Dnipropetrovsk region have identified certain characteristics of primary disability rates due to mental disorders: in 2013-2019, a certain decrease in these rates was observed; in 2019-2021, a certain stabilization occurred. During the period of martial law in 2022-2024, there was an increase in primary disability rates by almost 2 times compared to pre-war rates. The study identified socially dangerous behavior in almost 70% of people with disabilities due to mental disorders. In this regard, the presence of such signs can be considered an objective criterion for the severity of a patient's mental disorder and used in the process of assessing daily functioning, which emphasizes the importance of social signs of patients' functional status when establishing disability.

За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я – це стан благополуччя, коли людина може реалізувати власний потенціал, упоратися з життєвими проблемами, продуктивно та плідно працювати, а також робити свій продуктивний внесок у життя суспільства [1]. Саме це твердження є основою розуміння того, що психічне здоров'я є чи не найважливішим чинником економічного добробуту як особи, так і держави.

На жаль, щорічно у світі показник, що характеризує роки втраченої працездатності через mentale здоров'я та розлади психіки, підвищується за рахунок депресій і тривожності, приріст яких становить 25% щорічно, а тяжких розладів – близько 50%. При цьому показник користування послугами корекції ментального здоров'я підвищився за період 2020-2023 років на 80% [2].

Умови воєнного стану України проявляються колективною травматизацією населення. Так, до 2022 року 7% громадян мали безпосередній досвід «дотику» до війни, зараз – мінімум 50%. За прогнозами спеціалістів 40-50% населення України

потребуватиме психологічної підтримки різного ступеня інтенсивності через зростання чисельності громадян з ризиком формування тяжких ментальних розладів до 3-5 млн осіб (+70%) [3].

Поведінка людини є зовнішнім проявом і результатом взаємодії в першу чергу психічних функцій: відчуття, сприйняття, емоції, волі, пам'яті, інтелекту, мислення, свідомості, і реалізується вона в різних сферах життя особи. Варіанти нормальної поведінки та її порушень зумовлюються різноманітними біологічними, особистісними та соціальними чинниками. Для осіб з розладами психіки характерним є психопатологічний тип поведінки, який ґрунтується на психопатологічних симптомах і синдромах, що є проявами психічних захворювань. Як правило, мотиви поведінки осіб з розладами психіки залишаються незрозумілими доти, доки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів. У практиці оцінювання функціонування осіб з розладами психіки та встановлення статусу «особа з інвалідністю» здатність контролювати

свою поведінку є чи найважливішою з категорій життєдіяльності людини. Подібні висновки ми отримали в попередніх дослідженнях [4]. Але визначення ступеня тяжкості порушення контролю за своєю поведінкою викликає певні труднощі в лікарів через необхідність урахування численних чинників, що визначають цю здатність.

Отже, актуальність проблеми розладів психіки та визначення ступеня порушень їх функціонування є незаперечною. Актуальною на сьогодні є розробка методичних підходів до визначення критеріїв інвалідності таких осіб на основі біопсихосоціального підходу до цієї проблеми. У 2022 р. в Україні затверджено новий класифікатор – Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (англ. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) [5], яка пропонує використання певних ступенів порушень функціонування, що можна використовувати в процесі оцінювання функціонування осіб для визначення інвалідності.

Мета роботи – дослідити динаміку інвалідності внаслідок розладів психіки в Україні і Дніпропетровській області та запропонувати описовий підхід ступенів порушень контролю за своєю поведінкою осіб з розладами психіки відповідно до частоти виявлення соціально неприйнятної поведінки та соціально небезпечних дій як критерію інвалідності при проведенні оцінювання повсякденного функціонування особи.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проводилось на базі Комунального закладу «Обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи «Дніпропетровської обласної ради» (КЗ «ОКЦ «МСЕ ДОР») і є фрагментом науково-дослідної роботи (НДР) Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) «Удосконалення науково-методичних підходів до визначення критеріїв обмеження життєдіяльності при наслідках травм і захворювань (у системі медико-соціальної експертизи)», 0121U100080, 2021-2024 рр. (протокол комісії з питань біомедичної етики ДДМУ № 2 від 26 жовтня 2021 р.) та «Удосконалення науково-методичних підходів до визначення критеріїв визначення ознак стійкої непрацездатності, оптимізації програм реабілітації хворих та осіб з інвалідністю» 0124U005028, 2025-2028 рр. і дозволено комісією з питань біомедичної етики ДДМУ (протокол № 32 від 11 листопада 2025 р.). Дослідження за своїм видом було одноцентровим, когортним і виконувалося у два етапи. На першому етапі ретроспективно аналізували показники первинної інвалідності внаслідок розладів психіки в Україні

та Дніпропетровській області впродовж 2013-2024 рр. за звітами обласних медико-соціальних центрів держави [6]. Порушення функцій та статус інвалідності визначалися згідно з чинними на 2024 р. нормативними документами [7]. На другому проспективному етапі виділено групу дослідження – 167 пацієнтів, яким було встановлено та/або підтверджено групу інвалідності у 2024 р. Критеріями включення були: працездатний вік; установлення або підтвердження інвалідності у 2024 р.; інформована згода пацієнта; критеріями виключення – пенсійний вік; недієздатність особи, доведена судом. Стан пацієнтів деталізували через соціальні ознаки порушення функціонування та кваліфікували їх відповідно до Національного класифікатора НК 030:2022 «Міжнародна класифікація функціонування, порушень життєдіяльності і здоров'я» [8] за даними медико-соціальних справ та направлень на медико-соціальну експертизу (форма 088/о). Статистична обробка проводилась методами параметричної та непараметричної статистики, реалізованими в пакетах програмних продуктів STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з розрахунком показника поширеності первинної інвалідності внаслідок розладів психіки.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження визначено, що у 2013 р. в Україні особами з інвалідністю внаслідок розладів психіки в абсолютних цифрах було визнано 9622 хворих; у Дніпропетровській області 665 з них; у 2014 р. – 7498 і 650 осіб відповідно; у 2015 р. – 7719 і 612 осіб; у 2026 р. – 7571 і 662 особи; у 2017 р. – 6950 і 513 осіб; у 2018 р. – 6958 і 502 осіб; у 2019 р. – 5796 і 406 осіб; у 2020 р. – 5161 і 389 осіб; у 2021 р. – 5815 і 406 осіб; у 2022 р. – 5177 і 584 особи; у 2023 р. – 6 460 і 518 осіб; у 2024 р. – 10 863 і 676 осіб відповідно, що наведено на рисунку 1.

Показник поширеності первинної інвалідності становив по Україні 2,6 на 10 тис. населення, у Дніпропетровській області – 2,4 на 10 тис. населення у 2013 р.; 2,5 і 2,4 на 10 тис. у 2014 р. відповідно; 2,6 і 2,3 на 10 тис. у 2015 р.; 2,4 і 2,3 на 10 тис. у 2016 р.; 2,2 і 2,5 на 10 тис. у 2017 р.; 2,2 і 2,7 на 10 тис. у 2018 р.; 2,6 і 2,1 на 10 тис. у 2019 р.; 2,3 і 2,1 на 10 тис. у 2020 р.; 1,9 і 1,6 на 10 тис. у 2021 р.; 2,4 і 2,2 на 10 тис. у 2022 р.; 3,3 і 2,9 на 10 тис. у 2023 р.; 3,6 і 2,7 на 10 тис. у 2024 р. відповідно.

Показники поширеності первинної інвалідності осіб з розладами психіки за період 2013-2024 рр. по Україні та Дніпропетровській області наведено на рисунку 2.

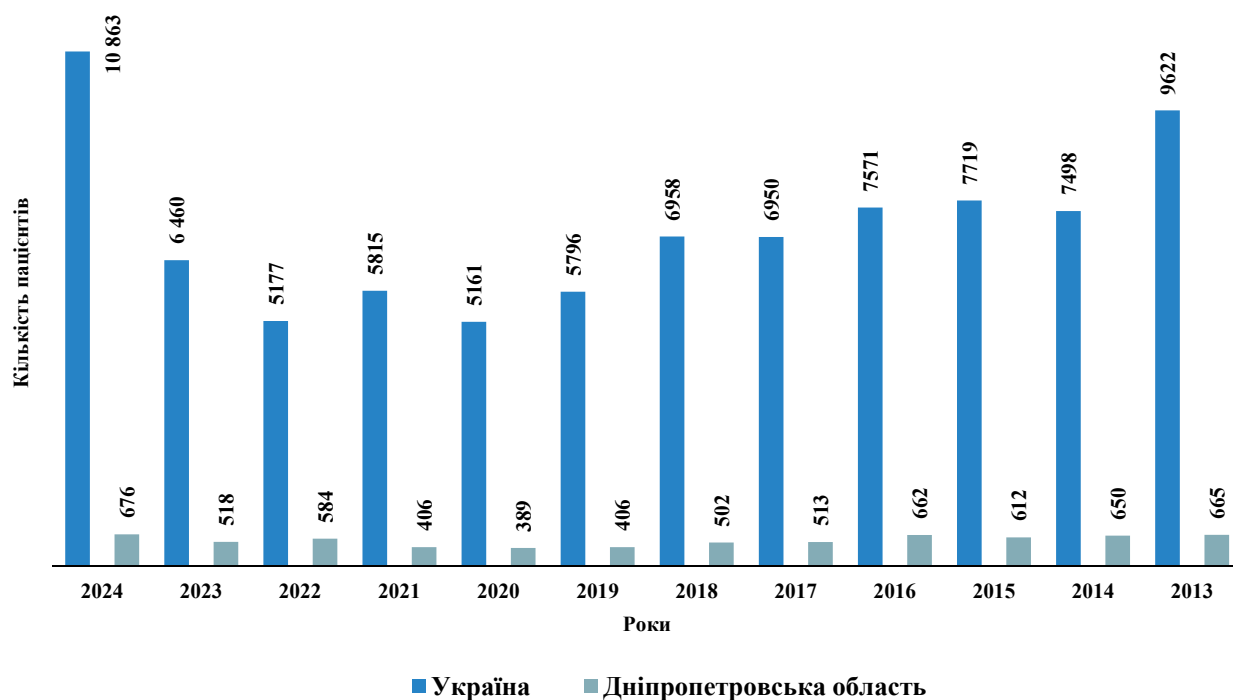


Рис. 1. Кількість пацієнтів з розладами психіки, яким було встановлено інвалідність в Україні і Дніпропетровській області за період 2013-2024 рр.

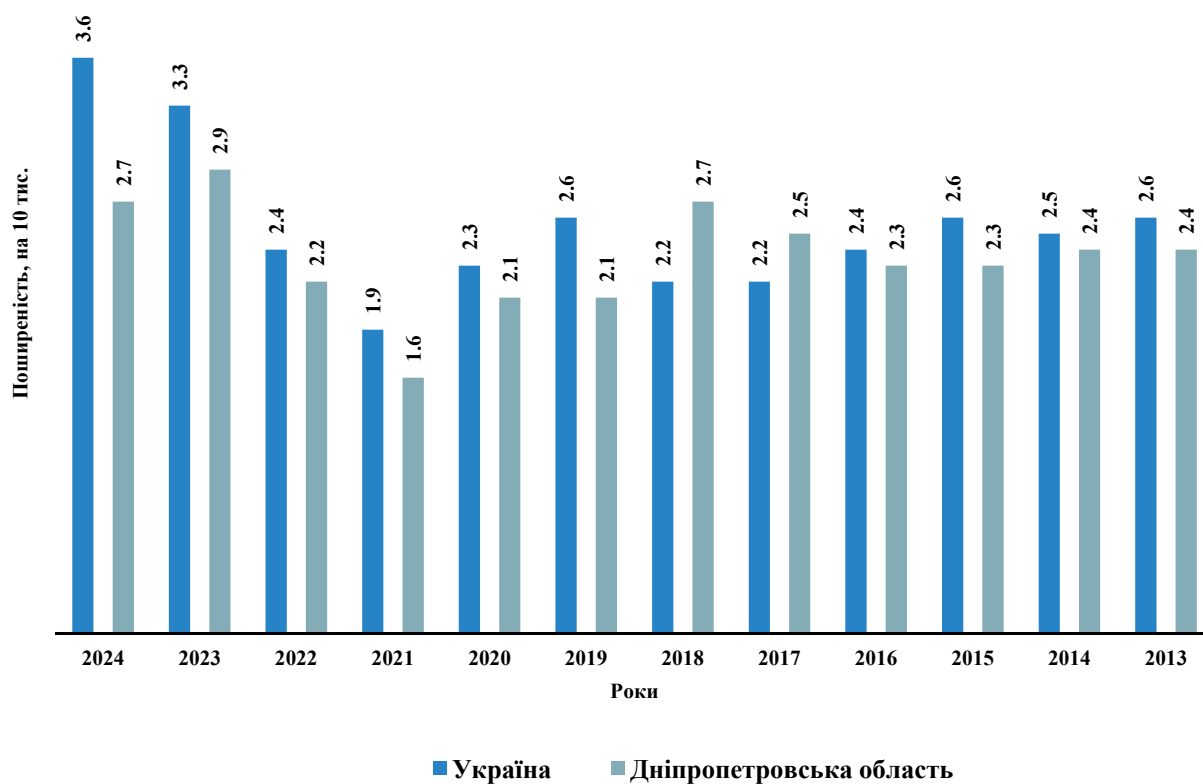


Рис. 2. Поширеність первинної інвалідності пацієнтів з розладами психіки в Україні і Дніпропетровській області за період 2013-2024 рр.

Отже, за період 2013-2019 рр. серед пацієнтів з розладами психіки визначено певне зниження кількісних показників та показників первинної інвалідності як в Україні, так і в Дніпропетровській області. У період 2019-2021 рр. визначено певну стабільність щодо показників первинної інвалідності. Період воєнного стану 2022-2024 років охарактеризувався підвищенням кількісних показників в Україні у 2 рази, у Дніпропетровській області в 1,7 рази порівняно з періодом стабілізації. При цьому показник первинної інвалідності у 2024 р. збільшився в Україні в 1,9 рази; у Дніпропетровській області – в 1,8 рази порівняно з періодом 2013-2021 років.

Відповідно до нормативних державних документів, інвалідність установлюється при наявності різного (1-3) ступеня порушень життєдіяльності [9], зокрема й здатності до контролю за своєю поведінкою. У пацієнтів з порушеннями психіки найчастіше саме це порушення стає підґрунтям для встановлення групи інвалідності. Здатність контролювати свою поведінку відповідно до рекомендацій ВООЗ – це здатність до усвідомлення себе і навколишнього світу та підтримка адекватної поведінки з урахуванням морально-етичних і соціально-правових норм суспільства. Контроль за своєю поведінкою може порушуватися в разі розладів систем організму на таких її рівнях: позаособистісний (інстинктивний, рівень темпераменту); системний рівень (нейро-вегетативний, нейрометаболічний, нейроендокринний, нервово-психічний та ін.); характерологічний (астенічний, психастенічний, істеричний, експлозивний) та особистісний рівні реагування. Порушення зазначеної діяльності відбувається за інтелектуальних та особистісних змін, розладів у сфері мислення, зниження критики. Під час визначення цих параметрів оцінюють патологічне посилення, ослаблення, порушення рухливості й адекватності емоцій; порушення смислового змісту й утворення понять, темпу мислення, зв'язності й адекватності змісту асоціацій; розлади сенсорного сприйняття; ступінь інтелектуальних порушень; ступінь самооцінки хворобливого стану й поведінки загалом та оцінки інших осіб.

Відповідно до нормативних документів України, усі критерії життєдіяльності поділяються на 4 ступені: нормальна функція, легкі, помірні, виражені й значні порушення [7]. При цьому описи цих порушень чітко відповідають порушенням функцій осіб, які мають соматичну патологію, та не завжди є прийнятними для опису стану пацієнтів з розладами психіки. Під час оцінювання здатності контролювати свою поведінку пацієнтів з розладами психіки потрібно

звертати увагу на структуру і глибину дефіцитної симптоматики та особистісних змін; стан критичних здібностей (щодо власної хвороби, ситуації, оточення в цілому, зниження критики); можливість самокорекції або корекції (часткової або повної) поведінкових відхилень за допомогою інших осіб або терапевтичного впливу. Загальні підходи до порушень здатності контролювати свою поведінку відповідно до цих критеріїв і розподілу за ступенем тяжкості ми пропонуємо описати таким чином.

**Легкі порушення:** час від часу пацієнт втрачає контроль над поведінкою, що виявляється в конфліктах, неадекватній поведінці, але в допомозі інших не має потреби. Поведінка в побуті в основному адекватна та відповідає основним соціокультурним нормам, прийнятним у суспільстві. Пацієнт не є небезпечним для оточення, однак вимагає підвищеної уваги.

**Помірні порушення:** пацієнт зберігає можливість щодо контролю за своєю поведінкою, орієнтований у просторі й часі, але в пересуванні потребує періодичної допомоги, як і в нових умовах перебування. У пацієнта виникають труднощі в особистих стосунках з близькими, без серйозних конфліктів, тому він не сприймається ними як загроза. Часто в побуті має неадекватну поведінку, яка має відмінності від загально-прийнятих норм. На фоні такої поведінки пацієнт стає небезпечним для незнайомих, тому вимагає підвищеної уваги і спостереження.

**Виражені порушення:** у пацієнта виникає періодична втрата контролю над своєю поведінкою. Конфлікти, неадекватна та/або агресивна поведінка зумовлюють втручання офіційних організацій. Це можуть бути медичні, соціальні або юридичні органи. При цьому пацієнта цілком не виключають з громадського життя, але він має потребу в періодичній сторонній допомозі для корекції поведінки. При виражених порушеннях можуть часто виникати більш серйозні конфліктні ситуації, які стають бар'єрами щодо спілкування і сприйняття пацієнта як незнайомим, так і близьким оточенням. Пацієнт може вороже ставитись до них, стаючи схильним до конфліктної поведінки, у зв'язку з цим оточення намагається уникати спілкування з пацієнтом. Проблеми в спілкуванні виникають через виражену конфліктність з іншими людьми або навіть з відкритим насильством стосовно когось. Коло спілкування значно звужене, пацієнт періодично виключається із суспільного життя. Поведінка в побуті неадекватна, становить небезпеку для оточення, вимагає спеціального спостереження. Проблеми, що виникають, часто вирішуються із

залученням офіційних організацій (соціальних, медичних, правових).

Значні порушення і нездатність до самостійного контролю над поведінкою. Порушення контролю над поведінкою призводить до необхідності не тільки постійної сторонньої допомоги й догляду, але й нагляду. Виникають серйозні і тривалі конфлікти з оточенням. Може виникати відкрите насильство стосовно одного або кількох людей. Для контролю за поведінкою пацієнта необхідно втручання офіційних юридичних організацій, що призводить до виключення хворого з громадського життя. Поведінка в побуті неадекватна, становить небезпеку для оточуючих, вимагає спеціального спостереження. Проблеми вирішуються із залученням офіційних організацій (соціальних, медичних, правових). Часто постає питання юридичної дієздатності.

Безумовно, при оцінюванні функціонування особи з розладами психіки лікар оцінює всі прояви контролю за поведінкою пацієнта. Водночас ми розуміємо, що саме патологічні прояви зміненої особистості, які спрямовані на оточення, стаючи причиною соціально неприйнятної поведінки (СНП) і соціально небезпечних дій (СНД), зумовлюють значні ступені зниження контролю за своєю поведінкою і встановлення інвалідності.

Детальну характеристику пацієнтів групи дослідження в розрізі наявних відхилень, зокрема щодо виявлення в них соціально небезпечних дій,

наведено в таблиці. Ми не виокремили в пацієнтів групи дослідження проявів соціально неприйнятної поведінки, тому що, на жаль, на це мало звертали увагу лікарі при направленні для встановлення інвалідності. Проте крайні форми зниження контролю за поведінкою у вигляді СНД були задокументовані.

Хворих групи дослідження було розподілено на підгрупи I – первинні хворі та II – хворі, що оглядалися повторно. Серед I підгрупи I групи інвалідності було встановлено 9 хворим, що становило 18,4%; при цьому СНД у цих хворих було визначено у 2 хворих, що становило 22,2%. II групу інвалідності в цій підгрупі було встановлено 32 хворим, що становило 65,3%; при цьому СНД у цих хворих було визначено у 22 хворих, що становило 68,7%. III групу інвалідності в цій підгрупі було встановлено 8 хворим, що становило 16,3% без СНД в анамнезі. Серед II підгрупи хворих, які оглядалися повторно, I групи інвалідності було встановлено 11 хворим, що становило 9,3%; при цьому СНД у цих хворих було визначено у 3 хворих, що становило 27,3%. II групу інвалідності в цій підгрупі було встановлено 80 хворим, що становило 67,8%; при цьому СНД у цих хворих було визначено у 22 хворих, що становило 68,7%. III групу інвалідності в цій підгрупі було встановлено 18 хворим, що становило 15,3%; при цьому СНД у цих хворих було визначено у 5 хворих, що становило 4,2%.

### Характеристика пацієнтів групи дослідження щодо ступеня (групи) інвалідності та ознак соціально небезпечних дій

| № | Характеристика         | I підгрупа<br>(первинний огляд) |               | II підгрупа<br>(повторний огляд) |               |
|---|------------------------|---------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
|   |                        | кількість,<br>n (%)             | СНП,<br>n (%) | кількість,<br>n (%)              | СНП,<br>n (%) |
| 1 | Всього                 | 49 (29,4)                       | 24 (49,0)     | 118 (70,6)                       | 88 (74,6)     |
| 2 | I група інвалідності   | 9 (18,4)                        | 2 (22,2)      | 11 (9,3)                         | 3 (27,3)      |
| 3 | II група інвалідності  | 32 (65,3)                       | 22 (68,7)     | 89 (75,4)                        | 80 (67,8)     |
| 4 | III група інвалідності | 8 (16,3)                        | -             | 18 (15,3)                        | 5 (4,2)       |

Отже, серед 167 хворих групи дослідження мали задокументовані СНД в 67% випадках. При цьому найбільшу кількість СНД мали пацієнти II групи інвалідності (близько 70% і в I, і у II підгрупах), що може свідчити про наростаючу соціальну неприйнятну й небезпечну поведінку у зв'язку з наростаючою психопатологічною клінічною картиною захворювання. Таким чином, СНД чітко відбиває тяжкість клінічних проявів основ-

ного клінічного дефекту. У зв'язку з цим СНД можуть вважатися об'єктивним критерієм тяжкості стану пацієнта з розладами психіки для використання в процесі оцінювання функціонування. Водночас при направленні на оцінювання функціонування потрібно звертати увагу й на прояви СНП, які можуть стати додатковим критерієм при встановленні статусу «особа з інвалідністю».

Прояви зниження контролю за поведінкою можуть набувати рис кримінальності. Такі прояви дуже важливо виокремлювати в соціальній поведінці пацієнтів, бо саме вони, їх частота може стати причиною утримання в спеціалізованих установах або визнання особи недієздатності. У таких випадках потрібно враховувати притягнення пацієнта до адміністративної відповідальності, штрафу, притягнення до кримінальної відповідальності або примусових лікувань та кратність подібних подій за життя. Прояви СНД відповідно до тяжкості порушень можливо описати таким чином.

Легкі порушення: пацієнт притягувався до адміністративної відповідальності, штрафу, затримувався поліцією без порушення кримінальної справи. В анамнезі – одноразове примусове лікування. Пацієнт упродовж останніх 12 місяців конфліктував з оточенням або спостерігалася неадекватна поведінка, що задокументовано. Пацієнт може скоювати хуліганські дії, порушення суспільного порядку, мати неадекватну та агресивну поведінку або затримання в нетверезому стані.

Помірні порушення: пацієнт неодноразово притягувався до адміністративної відповідальності, штрафу, затримувався поліцією без порушення кримінальної справи. Повторно кримінальна відповідальність у вигляді судимості або двох примусових лікувань. Пацієнт протягом останніх 6 місяців серйозно конфліктував з оточенням або мав неадекватну поведінку, притягувався до адміністративної або кримінальної відповідальності, що пов'язано з наркотичними речовинами. До цього належить: значне алкогольне сп'яніння, незаконне придбання, вживання, виготовлення або збут наркотичних речовин.

Виражені порушення: пацієнт багаторазово притягувався до адміністративної відповідальності, штрафу, затримувався поліцією з багаторазовою кримінальною відповідальністю, зокрема три судимості або три примусових лікування. Упродовж останніх трьох місяців спостерігаються конфлікти з оточенням або неадекватна поведінка. Пацієнт притягувався до кримінальної відповідальності, скоював злочини проти державного або особистого майна. До них належать: крадіжки, пограбування, розкрадання.

Значні порушення і потреба в додатковому контролі оточення: пацієнт веде несоціалізований спосіб життя (зокрема жебракування), багаторазово притягувався до адміністративної відповідальності, штрафу, затримувався поліцією. Багаторазова кримінальна відповідальність (чотири й більше судимостей або примусових лікувань). Протягом поточного місяця мав конфлікти з

оточенням або неадекватну поведінку, за що притягувався до адміністративної або кримінальної відповідальності. Поведінка пацієнта може створювати ризики для безпеки самого пацієнта або інших осіб. В анамнезі – насильницькі дії, злочини проти життя і здоров'я громадян, вбивства.

При описі поширеності порушень контролю за своєю поведінкою потрібно враховувати її вплив на конкретну сферу життя – побутову, сімейну, виробничу, суспільну. Чим нижчий рівень здатності контролювати свою поведінку, тим ближче розлади поведінки до розладів на інстинктивному рівні, до яких відносять і виконання сексуальної ролі. При описі цієї сфери контролю за поведінкою потрібно враховувати статеві акти протягом останнього місяця, з'ясовувати оцінку пацієнтом статевого відносин з партнером та оцінку партнера статевого відносин з пацієнтом. Ураховується ступінь втрати зацікавленості й ініціативи в статевому житті або навпаки – патологічна зацікавленість і небезпечні дії проти особистості.

Легкі порушення: статеві відносини були протягом останнього місяця, однак або пацієнт, або партнер вважають статеві відносини незадовільними.

Помірні порушення: статева зацікавленість й ініціатива пацієнта знижена або його статеве життя на цей час відрізняється від минулого статевого життя (наприклад, потреби пацієнта стали неприпустимі для партнера). Пацієнт загалом вважає статеві відносини незадовільними.

Виражені порушення: поведінка пацієнта характеризується відсутністю ініціативи або його відношення надзвичайно неповажне порівняно з минулим, що перешкоджає статевому життю. Статеві відносини відсутні, може спостерігатися антипатія до партнера. Навпаки, поведінка може характеризуватися невгамовними поштовхами, нав'язливою сексуальною поведінкою як до оточення, так/або і до незнайомих.

Значні порушення: повна відсутність статевої зацікавленості стосовно партнера, статеві відносини відсутні. Або навпаки: нестримана гіперсексуальність як до незнайомих, так і до близьких кровних родичів. У таких випадках крайніми проявами можуть бути сексуальні правопорушення, зокрема з тілесними ушкодженнями.

ВООЗ стверджує, що приблизно кожна дев'ята людина має помірний або тяжкий психічний розлад, а пацієнти з розладами психіки помирають на 10-20 років раніше, ніж у загальній популяції [10]. Крім того, психічні розлади входять до 10 основних причин втрачених років життя у зв'язку з передчасним виходом на інвалідність (DALY) [11]. Стан здоров'я, зокрема

особливості клінічних проявів захворювання використовуються для розуміння результатів лікування, наслідків хвороби та ступеня психосоціальної адаптації в пацієнтів з соматичними захворюваннями. Однак в галузі психічного здоров'я підходи до оцінювання впливу розладів психіки на соціально-трудова адаптацію особи в суспільстві є недостатньо дослідженими [12]. Історично медична модель, зосереджена на вимірюванні симптомів та визначенні точних психіатричних діагнозів, вважалася достатньою для розуміння та кількісної оцінки функціонування та інвалідності. Однак протягом останніх двох десятиліть усе більше досліджень спрямовані на краще розуміння взаємозв'язку між функціонуванням та психіатричною симптоматикою [13]. Відомо, що психічні розлади характеризується клінічно значущим порушенням когнітивних функцій, емоційної регуляції та зміною поведінки людини у зв'язку з прогресивною втратою контролю. Перше використання змін поведінки при встановленні інвалідності в пацієнтів з розладами психіки емпірично було застосовано в Північній Америці Асоціацією з питань тяжких інвалідностей у 80-ті роки минулого століття [14].

У дослідженні ми отримали результати, які визначають зв'язок порушень контролю за поведінкою через наявність СНД з тяжкістю груп інвалідності пацієнтів з розладами психіки.

Подібні висновки отримані і в інших дослідженнях. Так, раніше вважалося, що оцінка функціонування при встановленні інвалідності особам з розладами психіки повинна спиратися лише на визначення точних психіатричних діагнозів та оцінювання симптомів. Однак зростаюча кількість емпіричних даних свідчить про те, що цей підхід є недостатнім. Так, наприклад, тільки оцінка поведінкового здоров'я помірно корелює з показниками продуктивності праці, що дає можливість до соціалізації і ресоціалізації осіб з розладами психіки [15].

Інші дослідження доводять можливість використання проблеми щодо контролю за своєю поведінкою для скринінгу проявів епізодів депресії, тривоги та прогнозу погіршення клінічних проявів при розладах психіки [16].

## ВИСНОВКИ

1. За результатами проведеного дослідження за період останнього десятиріччя з 2013 до 2024 року в Україні та Дніпропетровській області визначено певні особливості показників первинної інвалідності внаслідок розладів психіки: у 2013-2019 рр. визначено певне зниження кількісних показників та показників первинної інвалідності; у 2019-2021 рр. відбулася певна стабілізація цих показників. У період воєнного стану 2022-2024 років визначено підвищення показників первинної інвалідності як в Україні, так і в Дніпропетровській області практично у 2 рази порівняно з довоєнними показниками.

2. Серед критеріїв та ознак інвалідності, які запропоновані ВООЗ і використовуються в нормативних документах України для визначення статусу «особа з інвалідністю» щодо пацієнтів з розладами психіки, найбільш достовірно розкривають порушення критеріїв життєдіяльності саме порушення щодо контролю за своєю поведінкою. Соціально небезпечні дії в групі дослідження було визначено практично в 70% осіб з інвалідністю внаслідок розладів психіки. У зв'язку з цим наявність СНД може вважатися об'єктивним критерієм тяжкості стану пацієнта з розладами психіки й використовуватися в процесі оцінювання повсякденного функціонування. Потрібно також підкреслити, що при направленні на оцінювання функціонування слід документувати й прояви СНП, які можуть стати додатковими критеріями при встановленні статусу «особа з інвалідністю».

3. У проведеному дослідженні відповідно до сучасних міжнародних підходів та державних нормативних документів запропоновано описові методичні підходи щодо ступенів функціональних порушень контролю за своєю поведінкою пацієнтів та осіб з інвалідністю на фоні розладів психіки, які підкреслюють важливість саме соціальних ознак особливостей функціонального стану пацієнтів при встановленні інвалідності.

**Фінансування.** Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

## REFERENCES

1. World Health Organization, World Bank. World report on disability. WHO global disability action plan 2014-2021. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2019 [cited 2025 May 25]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en>

2. Richter D, Wall A, Bruen A, Whittington R. Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2019 Nov;140(5):393-407. doi: <https://doi.org/10.1111/acps.13083>

3. A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, OECD. Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris [Internet]. 2021 [cited 2025 Sept 18]. Available from: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/06/a-new-benchmark-for-mental-health-systems\\_c0cce868/4ed890f6-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/06/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_c0cce868/4ed890f6-en.pdf)
4. Borisova IS, Ogorenko VV. Disability as a consequence of mental disorders: new methodological approaches from the standpoint of the international classification of functioning. World of Medicine and Biology. 2024;3(89):032-038. doi: <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2024-3-89-32-38>
5. Stojic S, Boehl G, Rubinelli S, Brach M, Jakob R, Kostanjsek N, et al. Two decades of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in health research: a bibliometric analysis. Disabil Rehabil Assist Technol. 2024 Feb;20(2):444-51. doi: <https://doi.org/10.1080/17483107.2024.2385051>
6. Varyvonchuk DV, Khanyukova IYA, Hondulenko NO. [Main indicators of primary disability and the activities of medical and social expert commissions of Ukraine for 2024: Analytical and information guide]. Dnipro: Aktsent PP; 2025. 120 p. Ukrainian.
7. [Some issues of introducing assessment of daily functioning of a person. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1338 of 2024 Nov 15]. [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 14]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#Text> Ukrainian.
8. [Issues of medical and social expertise (as amended in accordance with Resolutions of the Cabinet of Ministers No. 752 of 18.08.2010, No. 762 of 20.07.2011; No. 485 of 31.05.2012; No. 482 of 26.06.2015; No. 874 of 21.10.2015; No. 569 of 31.08.2016). Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1317 of 2009 Dec 03]. [Internet]. 2009 [cited 2025 May 15]. Available from: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF> Ukrainian.
9. World Health Organization. Mental health [Internet]. [cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/-mental-health>
10. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of DALYs [Internet]. [cited 2023 May 06]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
11. Averous P, Charbonnier E, Dany L. Assessment of illness representations in mental disorders: A mini review. L'Encéphale. 2021;47(2):137-42. doi: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.09.011>
12. A Longitudinal Examination of the Moderating Effects of Symptoms on the Relationship between Functional Competence and Real World Functional Performance in Schizophrenia. Schizophr Res Cogn. 2014 Jun 1;1(2):90-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.03.002>
13. Thakker Y, Bamidele K, Ali A, Hassiotis A. Mental health and challenging behaviour: an overview of research and practice. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. 2012;6(5):249-58. doi: <https://doi.org/10.1108/20441281211261131>
14. Rogers ES, Millner UC, Brandt D, Chan L, Jette A, Marfeo E, et al. Concordance of assessments of clients' mental and behavioral health with in vivo assessment of work performance. Work. 2018;61(1):11-20. doi: <https://doi.org/10.3233/WOR-182776>
15. Westlake F, Hassiotis A, Unwin G, Totsika V. The role of behaviour problems in screening for mental ill-health in adults with intellectual disability. The European Journal of Psychiatry. 2021;35(2):122-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.11.002>

Стаття надійшла до редакції 05.01.2026;  
затверджена до публікації 19.05.2026