

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
Институт детской психиатрии

А.Г. Головина, О.П. Шмакова, Ю.А. Чайка

Технология диагностики

**СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Методические рекомендации

Москва
ФГБНУ РНЦПЗ
2026

УДК 616,89; 615,832; 615,851
ББК 56.14

Авторы:

А.Г. Головина - д.м.н., заведующая отделом психиатрии подросткового возраста Института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ,

О.П. Шмакова - к.м.н., старший научный сотрудник отдела психиатрии подросткового возраста Института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ.

Ю.А. Чайка, д.м.н., директор ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья»

Социальная дезадаптация детей и подростков с хроническими психическими расстройствами: Методические рекомендации / А.Г. Головина, О.П. Шмакова, Ю.А. Чайка М.: ФГБНУ РНЦПЗ. – 2026. – 30 с.

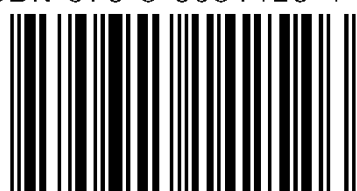
Представленные рекомендации посвящены методикам, предназначенным для выявления, оценки степени выраженности и коррекции различных проявлений социальной дезадаптации, нарушениям формирования жизненно необходимых повседневных навыков и умений у детей и подростков, страдающих хроническими психическими заболеваниями.

Методика «Карта оценки степени выраженности проявлений школьной дезадаптации» представляет собой опросник, заполняемый врачом на основании данных клинического обследования ребёнка/ подростка; методика «Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» - структурированный опросник, состоящий из 149 утверждений, которые специалист должен подтвердить или опровергнуть в разговоре с больным и его законным представителем.

Применение представленных методик помогает дименсионально оценить особенности школьной дезадаптации, структуру сформированности/ несформированности навыков и умений в основных сферах социальной активности пациентов, разработать индивидуальную программу помощи больным.

Методические рекомендации адресованы широкому кругу специалистов, занимающихся консультированием, наблюдением, лечением, реабилитацией психически больных детей и подростков: психиатрам, психотерапевтам, психологам, педиатрам, терапевтам, врачам Бюро Медико-социальной экспертизы и другим специалистам.

ISBN 978-5-6051425-4-6 *Технология утверждена Ученым советом ФГБНУ РНЦПЗ (Протокол № 7 от 22.10.2025)*



9 785605 142546 >

© ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», 2026

© Коллектив авторов, 2026

Введение

В последние два десятилетия в России, как и в других развитых странах, отмечается стойкий тренд экспоненциального роста заболеваемости психическими расстройствами лиц детско-подросткового возраста [1-3], включая ее формы, приводящие к стойкой социальной дезадаптации [4], что делает особенно актуальной проблему оказания адекватной помощи таким пациентам. Учитывая современное представление о мультифакторной природе психической патологии, предполагающее опору на биопсихосоциальную модель ее развития (согласно которой в формирование психических заболеваний вносят вклад как биологические, так и психологические, социально-средовые факторы), очевидна необходимость мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи этим больным. Этот факт определяет необходимость использования комплекса медицинских, психологических, педагогических мероприятий, включающих методики психосоциальной реабилитации в качестве неотъемлемой составляющей системы курации, в которую они должны быть интегрированы. Такие мероприятия проводятся, однако нередко подход к оказанию подобных форм помощи оказывается недостаточно систематизированным, ориентируется лишь на отдельные категории пациентов [5,6], часто осуществляется исключительно во внеклиническом социальном пространстве, что снижает возможности получения адекватной помощи значительным по численности контингентам детей и подростков, страдающих психическими расстройствами [7,8].

У детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, структура и проявления нарушений социального функционирования отличаются разнообразием, они могут быть связаны с проблемами, обусловленными особенностями одной, но чаще нескольких сфер психической деятельности (интеллекта, эмоций, воли). Так, практически все пациенты школьного возраста демонстрируют сложности в процессе обучения в школе. Это значимо для взрослеющей личности, поскольку именно учеба - один из основных видов деятельности в данной возрастной группе. Она является проявлением познавательной активности, мотивации к получению академических знаний, когнитивной деятельности юного индивидуума. В свою очередь, школьный фактор, влияя на общее психическое состояние, формирование личности и проявления ее свойств, освоение навыков обучения и коммуникации, развитие эмоционального и социального интеллекта подростков, сказывается и на особенностях динамики, выраженности клинических проявлений психических расстройств,

имеющихся у пациентов. Кроме того, академическая компетентность и успешная адаптация к условиям образовательного учреждения в период adolescence являются значимым предиктором качества функционирования индивидуума в будущем [9].

Ранее были выделены феноменологические варианты школьной дезадаптации (рисунок 1) [10].

Рисунок 1

Варианты школьной дезадаптации			
По продолжительности:	По сфере преобладающих нарушений:	По причине развития:	По степени выраженности:
<p>1.Преходящая (временная) ШД (до 6 мес.)</p> <p>2.Длительная (стойкая) ШД (более 6 мес.)</p>	<p>1.Когнитивная</p> <p>2.Поведенческая</p> <p>3.С нарушениями социальных контактов</p> <p>4. Сочетанная</p>	<p>1.Манифестация\экзацербация психического заболевания</p> <p>2.Патологичное личностное развитие</p> <p>3.Психогенные механизмы развития ШД (в т.ч. стрессогенное влияние школьной среды)</p>	<p>1.Пациент угрожаем по развитию ШД</p> <p>2.Наличие ШД</p> <p>3.ШД выраженная, требующая срочной медико-педагогической коррекции</p>

Литературные данные свидетельствуют о значительной распространённости явления школьной несостоятельности у пациентов с психическими расстройствами [11,12], при этом, значительная часть работ, посвященных данной проблеме, анализирует отдельные ее проявления, чаще сосредотачиваясь на сложностях начального этапа школьного обучения [13], контингентах с задержкой психического развития, интеллектуальным дефицитом [14]. Исследования, предлагающие классификационные подходы к ШД, к сожалению, немногочисленны [15], среди них практически отсутствуют те, в которых авторами предлагаются алгоритмы количественной оценки выявленных нарушений с учетом конкретной нозологии, определившей их развитие.

Возможности адаптации в социуме детей и подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами, зависят не только от тяжести их психического состояния, но и от степени овладения основными жизненно необходимыми умениями. Раннее выявление недостаточной сформированности навыков в различных сферах жизнедеятельности позволяет своевременно приступить к разработке и выполнению индивидуальных социо-реабилитационных программ, повысить уровень адаптации больных, способствовать их абилитации и реабилитации. Наличие четкого и надежного диагностического подхода, позволяющего, с одной стороны, определять степень овладения больным необходимыми для функционирования в быту и социуме техниками, а с другой, подхода, используемого у пациентов с различной патологией, важное условие успешности этой работы. Имеющиеся методики подобной направленности либо не адаптированы для применения в нашей стране, либо применяются у пациентов иного возраста, с иной структурой патологии [16-19], ряд методик не допускают количественного определения степени сформированности/недоразвития тех или иных социальных навыков [17,18]. Критики «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» отмечают, что вследствие расширенных и размытых критериев классификации функционирования, признаки социальной недостаточности в той или иной сфере жизнедеятельности можно обнаружить у каждого человека.

Предлагаемая технология, состоящая из двух опросников, актуальна, поскольку способна восполнить пробелы в диагностике степени выраженности школьной дезадаптации, недостаточности развития социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами, с целью разработки персонализированной мультидисциплинарной модели помощи каждому пациенту.

Показания к использованию методик

Методика «Карта оценки степени выраженности проявлений школьной дезадаптации» применима у пациентов с различными формами психических заболеваний, дебютировавших в дошкольном, школьном

возрастах; обучающихся в общеобразовательных школах. Методика не может использоваться у пациентов с тяжёлой сопутствующей сомато - неврологической патологией, со злокачественными формами течения психических заболеваний, ослабоумливающими процессами, умеренной и тяжёлой умственной отсталостью.

«Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» предназначена для выявления и определения степени тяжести нарушений социального функционирования больных подросткового возраста, наблюдающихся в связи с хроническими психическими заболеваниями и имеющих нарушения адаптации с целью:

1) раннего выявления нарушений жизнедеятельности и их последующей коррекции, превенции житейской беспомощности;

2) качественной и количественной оценки нарушений в формировании базовых навыков, относящихся к различным сферам жизнедеятельности, необходимой для составления индивидуальных программ медико-социальной помощи пациентам, определения эффективности проведённых комплексных реабилитационных усилий;

3) вынесения взвешенного суждения о целесообразности направления несовершеннолетнего на освидетельствование в Бюро медико-социальной экспертизы на предмет получения / продления инвалидности по психическому заболеванию.

Описание методик

1) **«Карта оценки степени выраженности проявлений школьной дезадаптации»** (приложение 1)

О степени выраженности школьных проблем (глубине, тяжести школьной дезадаптации) возможно судить, объективно оценив следующие наиболее существенные параметры школьной адаптированности/ дезадаптированности: успеваемость пациента, его поведение, социальную контактность, личностное отношение к школьному обучению, наличие пропусков занятий. С этой целью нами предлагается к использованию опросник, заполняемый врачом в ходе клинического обследования больного.

Заключение выносится в виде набора отдельных цифр по каждому из пяти разделов (например: 3-4-2-3-1).

-при наличии показателя «5» в единственном или нескольких разделах, отмеченных римскими цифрами, ШД расценивалась как выраженная (например: 5-1-1-1-2, 5-5-1-1-3 и т.д.);

-показатель «4» в единственном или нескольких разделах (при отсутствии в других разделах показателей «5»), расценивался как наличие у пациента ШД (например: 1-4-3-1-2, 4-1-2-3-2);

-показатель «3» в одной или нескольких позициях (показатели «4», «5»- отсутствуют)- «пациент угрожаем по развитию ШД» (например: 3-2-1-2-1, 2-2-3-1-1).

Показатели «1» и «2»- «ШД- отсутствует» (например: 1-2-1-1-2, 2-2-1-2-2).

С целью выяснения динамики состояния наблюдаемого, опросник может заполняться повторно, для оценки эффективности проведённых лечебно - коррекционных мероприятий.

2) «Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» (приложение 2)

Основные умения/навыки, которыми должны обладать подростки и лица юношеского возраста для успешного функционирования в повседневной жизни, в «Карте навыков» сведены в следующие блоки: 1. Ориентированность в себе и окружающем (невербальная и вербальная), использование этих знаний (умение давать о себе основные сведения); 2. Образовательные навыки и их использование; 3. Навыки общения (невербального и вербального) и межличностного взаимодействия; 4. Навыки самообслуживания; 5. Бытовые навыки; 6. Способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом; 7. Способность к повседневному контролю и планированию своей деятельности (включающая адекватность поведения, активность и работоспособность) (см. табл.1).

Методика представляет собой структурированный опросник, состоящий из 149 утверждений, которые следует подтвердить или опровергнуть в ходе беседы опрашивающего специалиста с больным. Предполагается дополнительное присутствие лица, непосредственно

опекающего больного, поскольку ответы на ряд утверждений могут вызвать затруднения у больного и требуют участия опекающего взрослого. Кроме того, ответы пациентов со сниженными критическими способностями необходимо перепроверять, адресуясь к опекающему лицу. Все утверждения, обсуждаемые при обязательном участии взрослых опекающих лиц, отмечены в опроснике специальным значком (*).

Несостоятельность в применении навыков либо их недоразвитие оцениваются по 3-х балльной шкале: 0 баллов – отсутствие навыка; 0,5 балла – навык развит частично или реализуется с помощью опекающих лиц; 1 балл - навык развит в соответствии с возрастом и используется в полном объеме. Выставленные баллы заносятся в специальную колонку «Карты навыков».

В беседе с негативистичными, некомплаентными пациентами (это, прежде всего, относится к страдающим шизофренией, аутизмом, личностными расстройствами), нередко возникает ситуация, когда больной не демонстрирует навык, а родители сообщают, что он умеет его выполнять. В этом случае целесообразно при необходимости выставлять две оценки, отражающие наличие навыка и способность его реализовать. **«Наличие навыка»** - сформированное (со слов родителей) умение пациента выполнять конкретное действие, что, однако не фиксируется врачом при осмотре и беседе. **«Реализация навыка»** - продемонстрированное пациентом в беседе с врачом владение навыком. В подобных случаях подросток может не отвечать на вопросы, действовать нестандартным образом (в силу негативизма, мутизма, бредовых и иных расстройств). Если родители сообщают, что ребёнок, к примеру, умеет читать, в состоянии сказать, как его зовут и сколько ему лет, но эта обученность имеет ограниченную зону реализации – используется только в ситуации общения со знакомыми людьми, в «Карте навыков» следует выставить 1/0 («наличие навыка» - 1 балл, «реализация навыка» - 0 баллов). Если родители не могут дать точных сведений о том или ином умении ребёнка на настоящий момент (такая ситуация возникает при неадекватном поведении больных даже в максимально привычных для них условиях), в «Карту навыков» заносятся нулевые баллы как при оценке наличия, так и реализации данного навыка.

Таблица 1

Навыки и умения, необходимые для успешного функционирования в микро/макросоциуме

1	Ориентированность в себе и окружающем	А. Ориентированность в себе и окружающем (без использования собственной речи)
		Б. Ориентированность в себе и окружающем (с использованием речи). Умение давать сведения о себе и окружающем.
2	Образовательные навыки и их использование	А. Владение базовыми образовательными навыками (чтение, счёт, письмо)
		Б. Умение использовать образовательные навыки в повседневной жизни
3	Навыки общения	А. Навыки невербального общения
		Б. Навыки вербального общения
		В. Владение сложными техниками общения (диалог, беседа в группе и т.д.)
		Г. Навыки межличностного взаимодействия
4	Навыки самообслуживания	Уход за телом
		Одевание
		Приём пищи
5	Бытовые навыки	Приготовление пищи
		Работа по дому
		Приобретение товаров
6	Способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом	
7	Способность к контролю и планированию своей деятельности	А. Умение вести себя с учётом ситуации (адекватность поведения)
		Б. Активность и работоспособность
		В. Знание правил безопасности и следование им

После занесения всех баллов, высчитываются **средние баллы групп (подгрупп)**, для последующего сравнительного анализа уровня развития различных групп (подгрупп) навыков. Выводится также **итоговый средний балл** – для вынесения обобщённого заключения. Средний балл группы (подгруппы) высчитывается как среднее арифметическое баллов группы (подгруппы), итоговый средний балл - как среднее арифметическое всех набранных баллов.

Если в какой-либо группе (подгруппе) навыков, либо во всём опроснике выносились оценки как наличия, так и реализации навыков, то средние баллы наличных и реализуемых навыков высчитываются отдельно: средний и итоговый баллы наличия навыков группы (подгруппы); средний и итоговый баллы реализации навыков группы (подгруппы).

Завершается работа опрашивающего специалиста составлением заключения о выявленных отклонениях в формировании социальных навыков у больного с рекомендациями по их коррекции, целесообразности направления пациента в Бюро МСЭ.

Формирование программ мультидисциплинарной коррекции социальной дезадаптации детей и подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами

1) Персонализированная программа коррекции школьной дезадаптации.

Основные принципы:

-мультидисциплинарность диагностико - терапевтического подхода с назначением ответственного специалиста (куратора) каждому ребёнку (как правило, этим специалистом является тот, в помощи которого школьник нуждается в первую очередь);

-преемственность в работе специалистов, их постоянное взаимодействие в процессе осуществления совместной работы (проведение медико- психологических консилиумов, медико-педагогических комиссий, неформального обсуждения и пр.);

-динамичность и непрерывность в осуществлении коррекции;

-доступность, приближённость помощи к нуждающимся, максимальная содержательность информации о ней;

-помощь должна включать взаимодействие с как можно большим числом людей, окружающих ребёнка в повседневной жизни (семья, коллектив учителей, соучеников, неформальные группировки);

-коррекция должна оказываться многообразными способами, чтобы для ребёнка и его родителей существовали варианты выбора.

Помощь дезадаптированным в школе больным должна осуществляться, принимая во внимание вышеприведённые общие принципы, однако роль детского / подросткового психиатров в работе с данным контингентом пациентов, представляется ведущей. Психиатром планируются тактика и содержание лечебно- педагого-реабилитационных мероприятий, не только с учётом нозологии психического расстройства и клинической оценки состояния пациента, но и в соответствии с имеющимся вариантом школьной дезадаптации. Выявленное сочетание неблагоприятных клинических и социальных факторов, определяющих состояние ребенка / подростка, позволяет оптимизировать психофармакотерапию, включить в неё ноотропные, общеукрепляющие, адаптогенные средства, способствующие нормализации когнитивных процессов; рекомендовать кратность и длительность наблюдения; привлечь к работе специалистов смежных направлений (педагогов, логопедов, дефектологов, психологов).

При первичном и повторном обращениях заполняется «Карта оценки степени выраженности ШД». При повторном обращении пациента, заполнение «Карты оценки степени выраженности ШД», наряду с клиническими критериями, позволяет оценить эффективность проведённых коррекционных мероприятий, проанализировать динамику учебной несостоятельности.

В условиях оказания внебольничной помощи, врачу- психиатру необходимо решать не только клиничко- терапевтические, но и ряд социально- педагогических задач, например, рекомендовать форму обучения ребёнка/ подростка. В настоящее время существует целый ряд способов щадящего/ альтернативного обучения, которые условно можно подразделить на формы с обучением пациента в детском коллективе и вне его (табл.2).

Формы щадящего обучения

С пребыванием пациента в детском коллективе	Осуществляемые, как правило, вне коллектива
<p>1. Предоставление одного свободного дня в неделю, либо освобождение от некоторых уроков.</p> <p>2. Обучение в специализированных коррекционных школах и классах.</p> <p>3. Обучение в частных школах с индивидуальным подходом к обучению и малой наполняемостью классов.</p>	<p>1. Индивидуальное обучение на дому</p> <p>2. Экстернат</p> <p>3. Семейное обучение</p> <p>4. Дистанционное обучение (с использованием интернет-технологий)</p>

Предпочтительность того или иного вида обучения в каждом конкретном случае определяется не только имеющимися у пациента клиническими проявлениями заболевания (степенью тяжести, динамикой психических расстройств, личностными особенностями); но и фактическим наличием инклюзивных и коррекционных школ в районе проживания наблюдаемого; согласием родителей на обучение ребёнка в конкретной школе, по определённой программе; финансовыми возможностями семьи (при обучении в частных школах); обеспеченностью школы квалифицированными педагогическими кадрами и специалистами смежных профессий, материальной оснащённостью учебными пособиями, наличием мастерских для преподавания основ трудовых навыков; удобством расположения учебного заведения.

В зависимости от динамики психического состояния форма обучения детей и подростков может видоизменяться. При углублении тяжести симптомов психических расстройств (нарастании апато - абулических, интеллектуальных, личностных изменений) она заменяется либо на обеспечивающую большую изоляцию пациента (надомное, семейное обучение, экстернат), либо гарантирующую приближённость к психиатрической помощи (обучение в школах при психиатрических больницах). Наоборот, в случаях положительной динамики состояния, пациент переводится на обучение в коллективе сверстников, что является социализирующим, адаптирующим фактором.

Таким образом, психиатру необходимо учитывать:

-первой и наиболее важной составляющей комплексной помощи дезадаптированным школьникам, страдающим психическими заболеваниями, является квалифицированное психиатрическое лечение, предназначенное нормализовать психическое состояние;

-большинство пациентов, с отклонениями в состоянии психического здоровья, получающих терапевтическую помощь, не должны ограничиваться в возможностях продолжения обучения; форма которого определяется лечащим психиатром на основании комплексной клинической оценки состояния больного, заключений специалистов смежных направлений;

-в комплексную фармакотерапию наблюдаемых, помимо базовых психотропных препаратов, следует включать (с учётом имеющихся показаний) ноотропные, общеукрепляющие, адаптогенные средства, способствующие нормализации когнитивных функций (состоятельность которых крайне важна в период учёбы), повышающие устойчивость пациентов к нагрузкам, стрессовым ситуациям;

-поскольку психически больные дети и подростки могут нуждаться в длительном (иногда постоянном) «щадящем» обучении, то предпочтительными являются формы, сохраняющие пребывание школьника в образовательном коллективе, как обеспечивающие его большую социализацию, общение со сверстниками и взрослыми;

-коррекционная работа с пациентами специалистов других направлений (психологов, логопедов, дефектологов) должна осуществляться с учётом рекомендаций психиатров; с проведением совместных осмотров, консультаций, консилиумов в целях соблюдения преемственности и слаженности в коллективной работе;

-вследствие нередкого хронического течения психических заболеваний, регулярные осмотры пациентов, коррекция способов их обучения должны проводиться не реже 2 раз в год, что предоставляет возможности не только катamnестического прослеживания течения заболевания, но и оценки динамики школьной адаптации / дезадаптации, определения эффективности проводимой коррекционной работы.

-повышенное внимание к выявлению школьных трудностей, имеющих у пациентов, необходимо проявлять: в начале их обучения (1-й класс); при переходе из младшей школы в среднюю (5-й класс); в

период окончания средней школы (7-й – 9-й классы); в кризисные возрастные периоды (7-8 лет, 12-15 лет).

2) Персонализированная программа коррекции нарушений формирования социальных навыков у подростков, страдающих хроническими психическими заболеваниями.

Отдельные навыки, запаздывающие в формировании (выставленные баллы «0» и «0,5» по «Карте навыков») должны быть учтены как мишени для дальнейшей мультидисциплинарной коррекции. К примеру, при выявлении речевых проблем, рекомендуется логопедическая коррекция; при выявлении проблем в познавательном развитии – дефектологическая помощь. Базовые образовательные умения у наиболее тяжёлых пациентов требуется закреплять постоянно (к примеру, биографические данные, основные сведения об окружающей среде, правила поведения на дороге, сигналы светофора и др.), иначе они быстро утрачиваются. В программы по социально-бытовой адаптации необходимо шире включать тренинги самостоятельного функционирования в быту, передвижения вне дома (задания: «Идём в магазин», «Купи хлеб», «Сегодня идёшь в школу самостоятельно, я иду за тобой»; «Запишись к врачу (позвони в поликлинику) ...» и др.). К тренировке речевых, образовательных, бытовых умений необходимо подключать родителей, объясняя им важность подобных усилий.

Если недостаточность в развитии навыков носит более тотальный характер, решение о мерах медико-социальной коррекции принимается после анализа средних баллов по группам (подгруппам) навыков. Первоочередными мишенями коррекции должны являться те группы (подгруппы) навыков, формирование которых запаздывает в наибольшей степени (средний балл 0,5 и ниже).

Показатели итогового среднего балла по «Карте навыков» и большинство групповых средних баллов ниже или равные 0,5, свидетельствуют о том, что жизнедеятельность пациента значительно зависит от опекающих лиц, что большую часть жизненно необходимых умений больной осуществляет несамостоятельно. В этих случаях обосновано направление пациента в Бюро медико-социальной экспертизы.

Когда итоговый средний балл по «Карте навыков» и большинство групповых средних баллов приближается к 1 (0,9-1) - жизнедеятельность пациента значительно не нарушена, поэтому медико-психолого-социальная коррекция и реабилитация может не включать меры систематической социальной поддержки в форме назначения инвалидности (направление пациента в Бюро МСЭ не обосновано).

При значительной диссоциации в развитии групп навыков и некоторых групповых средних показателях ниже 0,5 баллов, при итоговом среднем балле, находящемся в промежутке от 0,5 до 0,9; решение о необходимости направления пациента в Бюро МСЭ должно приниматься индивидуально. Значительное снижение функционирования даже в отдельно взятой сфере жизнедеятельности, свидетельствует о недостаточных адаптационных способностях пациента и может вести к его фактической инвалидизации, что должно учитываться в рекомендациях по социальной помощи.

Заключение

Принимая во внимание приоритеты научно-технологического развития Российской Федерации, в частности, учитывая переход к высокотехнологичному здравоохранению и необходимость создания здоровьесберегающих технологий, ориентированных на помощь подрастающему поколению, предложены данные методические рекомендации. Рекомендации включают опросники для диагностики степени выраженности школьной дезадаптации, степени выраженности социальной дезадаптации и несформированности базовых житейских навыков у подростков, страдающих психическими заболеваниями.

Использование опросников помогает формировать индивидуальные траектории медико-социальной мультидисциплинарной помощи этому контингенту больных.

Требования, необходимые для внедрения методики

Разработанные рекомендации предназначены для внедрения в детских психиатрических учреждениях на территории Российской Федерации. Штат учреждения должен быть укомплектован детским врачом психиатром, медицинским психологом. Следует соблюдать право детей и подростков на конфиденциальность информации, осмотр психиатра должен проводиться только после получения добровольного информированного согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних, а также старших подростков 15-17 лет. Специального медицинского оборудования не требуется.

Для проведения методики необходимы:

1. Стандартно оборудованный медицинский кабинет психиатрической помощи без отвлекающих внимание пациента предметов.

2. Индивидуальные бланки «Карты оценки степени выраженности проявлений школьной дезадаптации».

3. Индивидуальные бланки «Карты регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами»; письменные принадлежности для обследуемого и врача.

4. Калькулятор или компьютер для обработки данных (вычисления можно проводить с помощью статистических функций программы EXEL).

Литература

1. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах/ Е.В. Макушкин, Н.К. Демчева//Российский психиатрический журнал.- 2015.- Т 4.-С. 4-15. <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2019-11930>
2. Pankova O.F. Organizational issues relating to the inpatient psychiatric care of children and adolescents in the context of current trends/ O.F.Pankova, E.L.Usacheva, A.V. Abramov., M.Y. Danilova, I.V. Dorina, I.I. Smirnov, A.V. Svintsova//International Journal of Culture and Mental Health.- 2018.-Vol.11 (1).-P.75–86. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1394665>
3. Racine N. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis/ N.Racine, B.A. McArtur, J.E. Cooke, R. Eirich, J. Zhu, S. Madigan// JAMA Pediatr. 2021.- Vol.175(11).-P.1142-1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
4. Альбицкая Ж.В. Проблемы ранней инвалидности и социальной адаптации у детей с психическими расстройствами /Ж.В. Альбицкая// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017.- Т. 4(97).-С.57 – 61 [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-57-61](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-57-61)
5. Бакшиханова С.С. Разработка психообразовательной программы для подростков с расстройствами эмоций и поведению/ С.С.Бакшиханова, Т.Ц. Тудупова//Интернет-журнал «Мир науки», 2018.- № 3. <https://mir-nauki.com/PDF/45PSMN318.pdf> (доступ свободный)
6. Freidl E.K. Assessment and Treatment of Anxiety Among Children and Adolescents/ E.K. Freidl, O.M.Stroeh, R.M.Elkins, E.Steinberg, A.M.Albano, M.Rynn// Focus. 2017.- Vol.15 (2).-P.144-156. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160047>
7. Butler N. The contributing role of family, school and peer supportive relationships in protecting the mental wellbeing of children and adol./ N.Butler, Z. Qigg, R. Dates, L.Jones, E. Ashworth et al.//. School ment health. 2022.- Vol.14.- P.776 – 788. <https://doi.org/10.1007/s1310-022-09502-9>
8. Александрова Н.В. Интегративная модель социального сопровождения и воспитания детей, страдающих психическими расстройствами / Н.В. Александрова, А.М. Белкина //Наука о человеке:

гуманитарные исследования. 2020.-Т.14 (2).- С. 104 – 107.
<https://doi.org/10.17238/issn1998-5320.2020.14/2/17>

9. Ibragimova M.H., Ortiqova S.X., Turayev B.T. Features of social adaptation of adolescents with mental disorders// J of Sci in Medicine and Life.- 2024.- Vol. 2,№3.- P. 55-62.

10. Шмакова О.П. Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Российский научный центр психического здоровья РАМН. Москва, 2004, 25 стр.

11. Chien Y.L., Tu E.N., Gau S.S. School Functions in Unaffected Siblings of Youths with Autism Spectrum Disorders// J Autism Dev Disord.- 2017.- Vol.47, №10.- P.3059-3071.

12. Prabhuswamy M. To go or not to go: School refusal and its clinical correlates// J Paediatr Child Health. -2018.- Vol.54,№ 10.- P. 1117-1120.

13. Антонова И.Д., Костин И.А. Особенности школьной адаптации учащихся с расстройствами аутистического спектра на первом году обучения// Клиническая и специальная психология.- 2023.- Том 12, № 3.- С. 78–97.

14. Kislyakov P.A., Shmeleva E.A., Luneva L.F., Rybakova A.I., Feofanov V.N. Social and psychological safety of adolescents with intellectual disabilities in special and inclusive schools of Russia//Journal of Clinical and Diagnostic Research.- 2018.- Vol.12, № 8.- P. 17-20.

15. Катунцова В.В. Практико-ориентированный подход к типологии школьной дизадаптации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология.- 2019.- Том 8, № 3.- С. 19–39.

16. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – 2-е изд., перераб. и дополн. / Шипицына Л. М. – СПб.: Речь. 2005. – 477 с.

17. Gunzburg H.C. Social competence and mental handicap / Gunzburg H.C. – London.1973. – 236 p.

18. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. (ICF-CY). – WHO. Geneva, 2007. – 322 p.

19. Sparrow S.S., Balla D.A., Cicchetti D.V. Vineland Adaptive Behavior Scales. Classroom Edition. Questionnaire Booklet. – American Guidance Service Inc. – 1985. – P. 15.

Карта оценки степени выраженности проявлений школьной дезадаптации

Заполняется врачом на основании данных клинического обследования ребёнка/ подростка.

ФИО _____

Дата рождения _____

Школа, класс _____

Дата обследования _____

I. Успеваемость

1- успевает на «отлично» и «хорошо»;

2-успевает на «хорошо», редко встречаются «удовлетворительные» отметки;

3-неравномерно успевающий ученик («5»-«2»), случаев неаттестованности за четверть, полугодие- не отмечено;

4-успевает на «удовлетворительно», бывают «неудовлетворительные» отметки, единичные случаи неаттестованности по предметами;

5-неуспевающий по основным предметам ученик.

II. Поведение

1-поведение нормальное, адекватное ситуации;

2-нарушения поведения корригируются замечаниями педагогов, родителей, в коллективе сверстников обследуемый удерживается;

3-поведение вызывает постоянную тревогу / нарекания со стороны родителей, педагогов, с трудом поддается педагогической коррекции;

4-устойчивый стереотип отклоняющегося поведения, смена коллективов из-за поведенческих проблем;

5-резко отличается по поведению от сверстников, не удерживается в коллективах, обучается индивидуально / надомно, т.к. «труден» в классе, не поддается педагогической коррекции, часто менял учебные заведения по причине конфликтных ситуаций.

III. Социальная контактность

1-общительный, контактный, адекватный во взаимоотношениях с окружающими;

Далее отмечается один пункт из правого или левого столбцов, наиболее точно характеризующий общительность\ необщительность обследуемого.

2-умеренно общителен (имеет нескольких друзей, знакомится нечасто, но достаточно свободно)	2-в общении активен, напорист, имеет очень много приятелей, постоянно заводит новые знакомства, которые чаще являются кратковременными, нестойкими
3-избирательно общителен (имеет одного- двух друзей, новых приобретает после длительного «присматривания»)	3-быстро знакомится со сверстниками, легко, без значительного повода и сожаления отношения прерывает, может быть навязчивым, без чувства меры в общении
4-малоконтактный и необщительный, тяготеет к пребыванию в коллективе, но в случае необходимости может первым начать разговор	4-чрезмерно общителен, всё время проводит в компаниях, общается «со всеми», не имея глубокодружественной привязанности ни к кому, неразборчив в знакомствах
5-аутичный, друзей не имеет, в коллективе держится особняком, не участвует в коллективных мероприятиях	5-крайне импульсивен и непоследователен в общении, может легко заводить знакомства с посторонними людьми, даже много старше его по возрасту, постоянных друзей не имеет, чем не тяготеет

IV. Личностное отношение к школьному обучению

1-школу посещает охотно, увлечён занятиями;

2-меняющееся отношение к учёбе, отсутствие интереса к определённым предметам;

3-интерес к школе нестойкий, охотно посещает лишь некоторые уроки;

4-не любит ходить в школу, безразличен к занятиям;

5-резко отрицательно относится к ситуации школьного обучения, «ненавидит» школу, учителей, одноклассников.

V. Пропуски занятий по неуважительным причинам

1-пропуски по неуважительным причинам отсутствуют;

2-единичные пропуски занятий

3-регулярные пропуски занятий по несколько раз в неделю

4-ежедневные пропуски, нерегулярная посещаемость («день- ходит, день- не ходит»);

5-пропуски занятий в течение недели, месяца, нескольких месяцев.

Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами

Инструкция: в каждом пункте опрашивающий специалист проставляет баллы, соответствующие ответам:

Да – 1 балл

Нет – 0 баллов

Не в полной мере, с помощью опекающих лиц – 0,5 балла.

Ответы на вопросы, помеченные звёздочкой (*) необходимо уточнять /получать у родителей или иных лиц, опекающих больного.

№ навыка по порядку	№ навыка в подгруппе	Группы и подгруппы навыков	Выставленный балл	Средний балл подгруппы	Средний балл группы
1.ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ В СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩЕМ					
<i>А. ПОНИМАНИЕ ОБРАЩЁННОЙ РЕЧИ, ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ В СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩЕМ (БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОБСТВЕННОЙ РЕЧИ)</i>					
1	1	Ориентируется в собственном теле (показывает части лица и тела)		Средний балл подгруппы 1А (сумма баллов ÷8)	Средний балл группы -1 (сумма баллов ÷16)
2	2	Ориентируется в знакомом помещении (дома, в школе)			
3	3	Понимает пространственные ориентиры («Где правая/левая рука?» «Подними руки вверх/вниз!»)			
4	4	Понимает жестовые команды («Иди сюда», «Тихо», «На», «Дай») без слов.			
5	5	Понимает простые речевые команды без жестов («Пойдём!», «Дай руку!», «Встань!», «Садись!»)			
6	6	Показывает крупные предметы обстановки («Где дверь, окно, стол, стул, шкаф?»)			
7	7	Показывает предметы своей одежды, обувь («Где твои носки, туфли, юбка/брюки, рубашка/блуза?»)			
8	8	Понимает без жестов команды с предлогами («Положи карандаш на / под / в стол!»).			

Б. ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ В СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩЕМ (С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЧИ). УМЕНИЕ ДАТЬ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩЕМ.				
9	1	Верно отвечает на вопросы: «Как тебя зовут?»		
10	2	«Сколько тебе лет?»		
11	3	«Где ты живёшь, назови адрес?»		
12	4	«С кем живёшь (состав семьи)?»		
13	5	«Где ты сейчас находишься?»		
14	6	«Какое сейчас время года?»		
15	7	«Какой сегодня день недели?»		
16	8	«Назови сегодняшнюю дату».		
2. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ				
А.ВЛАДЕНИЕ БАЗОВЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ НАВЫКАМИ				
17	1	Умеет читать.		
18	2	Понимает прочитанное.		
19	3	Умеет пересказать прочитанное.		
20	4	Улавливает скрытый смысл прочитанного.		
21	5	Умеет писать своё имя.		
22	6	Умеет писать свой адрес.		
23	7	Умеет переписывать с образца («Москва-столица России»).		
24	8	Умеет писать под диктовку (слова, предложения).		
25	9	Умеет сам сочинить и записать произвольный текст («Напиши о зиме»).		
26	10	Умеет механически считать до 10, десятками до 100, сотнями до 1000.		
27	11	Умеет складывать (в пределах 10, 100, двузначные числа) (3+4; 90+10; 13+25, 17+18)		
28	12	Умеет вычитать (9-3; 100-7; 50-20-14)		
29	13	Знает таблицу умножения.		
30	14	Умеет решать задачи в 2 действия.		
31	15	Умеет определять время по электронным часам		
32	16	Умеет определять время по стрелочным часам (до часа, получаса, четверти часа)		
Б. УМЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ (сведения уточняются у родителей)				
33	1	*Читает вывески магазинов на улицах, понимает смысл.		
			Средний балл подгруппы 1 Б (сумма баллов ÷ 8)	
			Средний балл подгруппы 2 А (сумма баллов ÷ 16)	
			Средний балл группы- 2 (сумма баллов ÷ 24)	
			Средний балл подгруппы 2 Б (сумма баллов ÷ 8)	

34	2	*Ему можно оставить записку-напоминание, прочитает и сделает что нужно.			
35	3	*Читает надписи в метро, магазине, ориентируется по ним.			
36	4	*Читает печатные издания для получения информации, времяпровождения.			
37	5	*Умеет написать записку, письмо.			
38	6	*Умеет переписать небольшой текст (кулинарный рецепт, заявление и др.).			
39	7	*Умеет посчитать бытовые предметы (например, ложки, вилки, когда накрывает на стол).			
40	8	*Умеет посчитать сдачу в магазине.			
3. НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ					
<i>А. НАВЫКИ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ</i>					
41	1	Использует мимику при общении.			
42	2	Поза и движения тела соответствуют ситуации.			
43	3	Смотрит на собеседника, интересуется общением.			
44	4	Воспринимает и правильно реагирует на похвалу, поглаживание.			
45	5	Использует жесты при общении.			
46	6	Без применения слов умеет привлечь к себе внимание (взять за руку, дотронуться, поглядеть и др.)			
<i>Б. НАВЫКИ ВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ (СОБСТВЕННАЯ РЕЧЬ)</i>					
47	1	Использует в речи слова.			
48	2	Использует в речи предложения.			
49	3	Использует в речи сложные конструкции предложений (придаточные).			
50	4	Связно и понятно рассказывает о событиях – сформированная монологичная речь («Расскажи, что происходило с тобой сегодня, вчера»).			
51	5	Речь чёткая, разборчивая, нормального темпа.			
52	6	Выраженное и затрудняющее речь заикание отсутствует.			
53	7	Говорит со смыслом (нет разорванности, словесной окрошки), в плане ситуации.			
<i>В. ВЛАДЕНИЕ СЛОЖНЫМИ ТЕХНИКАМИ ОБЩЕНИЯ (сведения уточняются у родителей)</i>					
54	1	Отвечает на вопросы в диалоге.			
55	2	При необходимости в диалоге задаёт вопросы.			
				Средний балл подгруппы 3А (сумма баллов ÷ 6)	
				Средний балл подгруппы 3Б (сумма баллов ÷ 7)	
				Средний балл подгруппы 3В (сумма баллов ÷ 10)	
					Средний балл группы-3 (сумма баллов ÷ 28)

56	3	Умеет обратиться и привлечь к себе внимание словами.		
57	4	*Умеет подойти и спросить что-либо у родителя или знакомого человека (начать разговор).		
58	5	*Умеет узнать дорогу на улице (начать разговор с незнакомым)		
59	6	*Умеет разговаривать по телефону.		
60	7	Использует слова вежливости («Спасибо», «Пожалуйста»).		
61	8	Умеет вовремя прекратить общение.		
62	9	Правильно прощается (Говорит «до свидания», машет рукой).		
63	10	*Умеет воспринимать замечания, извиняется, адекватно ситуации.		
Г. НАВЫКИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (сведения уточняются у родителей)				
64	1	*Поддерживает ровные тёплые отношения в семье (с родителями, сибсами).		Средний балл Подгруппы 3Г (сумма баллов ÷5)
65	2	*Имеет приятелей (друзей) в школе.		
66	3	* Поддерживает ровные отношения с одноклассниками.		
67	4	*Поддерживает ровные отношения с учителями.		
68	5	*Имеет приятелей (друзей) вне школы.		
4. НАВЫКИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ (сведения уточняются у родителей)				
69	Уход за телом	1 *Самостоятельно моет отдельные части тела (руки, лицо).		Средний балл группы - 4 (сумма баллов ÷ 22)
70		2 *Самостоятельно чистит зубы.		
71		3 *Самостоятельно принимает общую ванну или душ.		
72		4 *Самостоятельно моет голову.		
73		5 *Самостоятельно вытирается после купания.		
74		6 *Ежедневно без напоминания расчёсывает волосы.		
75		7 *Умеет самостоятельно стричь ногти.		
76		8 *Самостоятельно и аккуратно пользуется туалетом.		
77	Одевание	9 *Самостоятельно одевается.		
78		10 *Самостоятельно застёгивает одежду на молнии / кнопки / пуговицы.		
79		11 *Самостоятельно обувается.		
80		12 *Самостоятельно завязывает шнурки.		

81		1 3	*Снятую одежду и обувь аккуратно убирает или складывает.		
82		1 4	*Умеет выбрать одежду и обувь по погоде и по сезону.		
83		1 5	*Вовремя переодевает загрязнённую одежду.		
84	Приём пищи и питьё	1 6	*Ест самостоятельно, аккуратно.		
85		1 7	*Умеет пользоваться вилкой.		
86		1 8	*Умеет пользоваться ножом.		
87		1 9	*Умеет перекусить и утолить жажду без постороннего участия.		
88		2 0	*Умеет сделать простой бутерброд.		
89		2 1	*Умеет разогреть пищу в домашних условиях (в микроволновой печи, на плите).		
90		2 2	*Умеет самостоятельно согреть воду (на плите, в электрочайнике и пр.) и заварить себе чай.		
5. БЫТОВЫЕ НАВЫКИ (сведения уточняются у родителей)					
91	Приготовление пищи	1	*Умеет чистить картофель.		Средний балл группы - 5 (сумма баллов ÷ 27)
92		2	*Умеет сервировать стол.		
93		3	*Умеет готовить блюда не требующие использования плиты (овощной салат).		
94		4	*Умеет пользоваться домашней плитой.		
95		5	*Умеет готовить простые блюда на плите (яичница, макароны, сосиски).		
96		6	*Умеет готовить сложные блюда на плите (супы, каши, мясо).		
97		7	*Умеет сохранять продукты (вовремя ставит их в холодильник, шкаф и пр.).		
98		8	*Умеет мыть посуду / пользоваться посудомоечной машиной (выполнять весь цикл мытья).		
99	Работа по дому	9	*Умеет вытирать пыль.		
100		1 0	*Умеет делать сухую уборку пола (подметает, пылесосит).		
101		1 1	*Умеет делать влажную уборку пола (тряпкой / моющим пылесосом).		
102		1 2	*Умеет стирать свои вещи (руками /полный цикл машинной стирки).		

103		1 3	*Умеет гладить (пользоваться утюгом).		
104		1 4	*Умеет убирать кровать.		
105		1 5	*Умеет выносить мусор.		
106		1 6	*Умеет чистить обувь.		
107		1 7	*Умеет пришивать пуговицы.		
108	Приобретение товаров	1 8	*Участвует и помогает близким в походах в магазин.		
109		1 9	Знает основные монеты, купюры.		
110		2 0	*Может сходить в ближайший магазин самостоятельно и купить один продукт.		
111		2 1	*Ходит в ближайший магазин со списком, покупает несколько продуктов.		
112		2 2	*Ходит в магазин самостоятельно и покупает нужные продукты.		
113		2 3	Знает сколько стоит хлеб («Сколько примерно стоит хлеб в ближайшем магазине?»).		
114		2 4	Знает сколько стоит молоко («Сколько примерно стоит молоко в ближайшем магазине?»).		
115		2 5	Верно отвечает: «Какова будет сдача со 100 рублей, если ты купил хлеб и молоко?»		
116		2 6	Верно отвечает на вопрос: «Как выбрать свежий хлеб?»		
117		2 7	Верно отвечает на вопрос: «Как выбрать свежее мясо?»		
6. СПОСОБНОСТЬ ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ ВНЕ ДОМА И ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ ТРАНСПОРТОМ					
118	1		*Может выходить во двор, самостоятельно гулять.		<i>Средний балл группы- 6 (сумма баллов ÷ 8)</i>
119	2		Знает сигналы светофора.		
120			*Самостоятельно умеет переходить дорогу, оборудованную светофором.		
121	4		*Самостоятельно умеет переходить дорогу, не оборудованную светофором.		

122	5	*Знает дорогу и ходит сам в некоторые ближайшие учреждения (магазин, поликлинику, библиотеку и др.)		
123	6	*Умеет заплатить за проезд в общественном транспорте.		
124	7	*Самостоятельно по знакомому маршруту передвигается на общественном транспорте (доезжает до школы, до родственников и др)		
125	8	*После объяснения может совершить поездку на общественном транспорте по ранее неизвестному маршруту.		
7. СПОСОБНОСТЬ К КОНТРОЛЮ И ПЛАНИРОВАНИЮ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ				
А. УМЕНИЕ ВЕСТИ СЕБЯ С УЧЁТОМ СИТУАЦИИ (АДЕКВАТНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ)				
126	1	В беседе контактен, доступен.		
127	2	Соблюдает дистанцию.		
128	3	На протяжении беседы поведение правильное.		
129	4	*В школе выполняет режимные моменты – не опаздывает, делает зарядку, ест в столовой и др.)		
130	5	*Правильно ведёт себя дома среди близких.		
131	6	*Умеет правильно вести себя дома в присутствии гостей.		
132	7	*Умеет правильно вести себя в общественном месте (на улице, в поликлинике).		
133	8	*Уроки выполняет вовремя, в основном самостоятельно.		
134	9	*Соблюдает распорядок дня.		
135	10	*Имеет карманные деньги и правильно ими пользуется.		
Б. АКТИВНОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ				
136	1	*Работоспособность достаточна для учёбы.		
137	2	*Усидчив и ответственен в выполнении учебных заданий и домашних поручений.		
138	3	*Участвует в дополнительных школьных мероприятиях (праздники, походы и др.).		
139	4	*Посещает хотя бы один кружок, секцию вне школы.		
140	5	*Домашние обязанности, возложенные на него, выполняет аккуратно.		
			<i>Средний балл подгр. 7А (сумма баллов ÷ 10)</i>	<i>Средний балл группы- 7 (сумма баллов ÷ 24)</i>
			<i>Средний балл одгр. 7Б (сумма баллов ÷ 7)</i>	

141	6	*Имеет любимое занятие (кроме просмотра телевизора и компьютерных игр), на которое тратит свободное время.			
142	7	*Выполняет разовые поручения.			
<i>В. ЗНАНИЕ ПРАВИЛ БЕЗОПАСНОСТИ И СЛЕДОВАНИЕ ИМ</i>					
143	1	*Можно оставить дома на некоторое время без присмотра.		<i>Средний балл подгр. 7В (сумма баллов÷7)</i>	
144	2	*Никогда не откроет дверь посторонним.			
145	3	Осознаёт вред курения, злоупотребления алкоголем.			
146	4	Знает, когда необходимо посещать поликлинику и обращаться за помощью к врачам.			
147	5	Знает предназначение скорой помощи, полиции, противопожарной службы.			
148	6	Знает телефоны экстренных служб.			
149	7	Знает основные противопожарные правила.			
ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ (СУММА ВСЕХ БАЛЛОВ ÷ 149)					

Заключение:

ФИО _____

Дата рождения _____

Дата обследования _____

1. Наименее развитые навыки, группы навыков _____

2. Навыки, группы навыков реализуемые в основном самостоятельно, без помощи опекающих лиц _____

3. Рекомендации по социально-психологической реабилитации _____

4.Целесообразность направления в Бюро медико-социальной экспертизы: _____

115522, Москва, Каширское шоссе, 34

+7 495 109-03-93

www.psychiatry.ru; www.ncpz.ru

e-mail: ncpz@ncpz.ru