



МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ: ТЕХНОЛОГИЯ, СОДЕРЖАНИЕ, ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

В.В. ЦВЕТКОВ

Необходимость интеграции специалистов разного профиля в сопровождении учащихся становится всё более очевидной по нескольким причинам. Первая – появление всё более сложных вариантов дизонтогенеза и факторов, влияющих на негативное развитие личности. Вторая – необходимость подхода к здоровью как к сложному многомерному феномену, имеющему гетерогенную структуру, сочетающему качественно различные компоненты и отражающие фундаментальные аспекты человеческого бытия¹. Третья – потребность в принятии быстрых и эффективных мер для поддержки ребёнка, рациональных с точки зрения временных и ресурсных затрат.

Интеграция специалистов в решении проблем детей

Одна из форм высококоординированной работы специалистов в образовательном учреждении – междисциплинарный консилиум. Междисциплинарный консилиум отражает законы синергии, когда объединённые усилия двух и более специалистов суммарно превосходят их разрозненные действия. Однако собственно синергия возможна только при следующих условиях: общая цель разделяется всеми специалистами, действия специалистов на всех этапах работы не противоречат друг другу и общей цели, уровень квалификации специалистов достаточно высокий, язык профессионального взаимодействия и понятийный аппарат унифицированы. В идеале работа консилиума представляет собой команду, в кото-

рой разделяются общие принципы работы и коллективная ответственность.

Методологическую основу междисциплинарного консилиума составляет системно-феноменологический подход, который позволяет рассматривать тот или иной случай как уникальную совокупность явлений (феноменов) в системе их психического, социального и педагогического единства. Основанием для рассмотрения консилиума и сопровождения как системного процесса является то, что каждая из подсистем (участник образовательного процесса, специалист или отдел сопровождения) объединены общей целью – устранение причин дезадаптации, содействие полноценному развитию школьника.

Работа междисциплинарного консилиума регламентируется внутренним локальным документом образовательного учреж-

¹ Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2001.



дения – Положением о психолого-медико-педагогическом консилиуме.

Консилиумы бывают плановые и внеплановые (оперативные). Они различаются глубиной проработки проблемы и методами сопровождения. Для первых характерна достаточно стандартная процедура реализации всех действий. Для вторых – большая целенаправленность и углублённость.

В обоих случаях описание феномена происходит от констатации отдельных признаков (симптомов) до целостного описания, сопоставимого с этапами сопровождения в виде уровней экспертной системы. Экспертные системы содержат эмпирические законы и некоторые эвристические правила, позволяющие упорядочить количественную и качественную диагностическую информацию, обобщить её и подвести под определённую категорию².

На первом уровне (*уровень предметного признака*) в качестве материала для принятия решения принимаются во внимание данные, полученные в ходе психодиагностического обследования, а основной экспертный критерий – выраженность или отсутствие признака. Индивидуальный диагноз, а тем более прогноз не осуществляется. По сути, это дихотомическая модель: «есть нарушение – нет нарушения». Для этого уровня более соответствует этап первичной диагностики.

Второй уровень (*создание психологической структуры изучаемого феномена*) предполагает обобщение нескольких признаков вместе и создание на его основе конструкта явления. Это упорядочивание признаков на уровне абстрактного явления. Здесь происходит вскрытие психологической сущности явления – как самостоятельной конструкции вне общего контекста сложившейся ситуации, без ассимиляции психологической составляющей в общую систему взаимодействующих факторов. Этот уровень соответствует этапу углублённой диагностики.

Собственно междисциплинарное описание феномена как био-психо-социального

явления, с учётом его включённости в различные системы, происходит на третьем уровне, уровне *категориального обобщения*. Поиск психологических причин того или иного явления соотносится со структурой и динамикой личности, создаётся рабочая модель изучаемого случая, в котором конкретные особенности человека представлены в целостности и во взаимосвязи с условиями окружающей среды и специфичностью конкретной ситуации. Уровневая модель методологически отражает уровни обобщения получаемых данных на разных этапах сопровождения.

Таким образом, сопровождение и консилиум – это совокупность мероприятий, на которых происходит изучение и описание феномена в его многоплановых и многоуровневых связях экзогенно-эндогенной природы. Невозможность описания феноменологии случая указывает либо на отсутствие случая как такового, либо на недостаточную его проработку на этапе диагностики, либо на неспособность команды обобщить полученные результаты.

Консилиум оперирует следующими понятиями:

- *случай* – трудноразрешимая, неординарная ситуация, с которой участник образовательного процесса не может справиться самостоятельно;
- *анамнез* (*anamnesis*; греч. *anamnēsis* воспоминание) – совокупность сведений о больном и его заболевании, полученных путём опроса самого больного и (или) знающих его лиц и используемых для установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов её лечения и профилактики. Анамнез как процесс получения этих сведений является одним из основных методов клинического обследования больного. Он может быть педагогический (школьный), семейный (социальный), личный (психологический), медицинский (болезни, жизни, семейный и пр.);

² Костромин С. Н. Теоретико-методологические основы психодиагностической деятельности в педагогической практике. СПб.: Изд-во С-Петербург. ун-та, 2007.





- *диагноз* – медицинский, педагогический, психологический;
- *статус* – характеристика ребёнка на момент обследования – здоровья/заболевания (неврологический, психический и пр.), социальный (сирота, оставшийся без попечения родителей; семья полная, неполная и пр.), педагогический (академическая успеваемость, педагогическая запущенность), психологический (индивидуально-типологические характеристики, акцентуация характера и пр.);
- *прогноз* – благоприятный, неблагоприятный, неопределённый.

Эти понятия, по сути, индикаторы успешности сопровождения: изменение статуса, диагноза и прогноза позволяет говорить о положительной или отрицательной динамике ребёнка в ходе сопровождения.

Отметим, полного совпадения значения понятий нет, поскольку в одном случае речь идёт о состоянии – достаточно динамичной характеристике, в другом – о комплексе свойств и состояний, в третьем – о положении в системе социальных отношений. Понятие «статус» предполагает, прежде всего, такую дифференциацию, которая позволяет отнести человека только к одной группе с системными свойствами, не соотносимых с другой группой.

В связи с этим вместо использования понятия «медицинский статус» более адекватно задачам консилиума использование понятия «группа здоровья» – комплексной оценки здоровья. Группа здоровья определяется следующими критериями:

- наличием или отсутствием отклонений в раннем онтогенезе;
- уровнем физического развития и степенью его гармоничности;
- уровнем нервно-психического развития;
- резистентностью организма;

- функциональным состоянием органов и систем;
- наличием или отсутствием хронических болезней или врождённых пороков развития³.

Первый критерий раскрывает первичные отклонения здоровья, то есть его обусловленность, остальные характеризуют уровень его развития. Информация о группах здоровья, в отличие от медицинского диагноза, доступна даже учителю, так как вносится в классный журнал. Подход к опоре на группу здоровья плодотворен, поскольку позволяет, прежде всего, ответить на вопрос «есть проблема – нет проблемы». Если рассматривать этот аспект шире, то речь идёт, по сути, об адаптации или дезадаптации школьника.

Процесс адаптации есть функционирование системы, включённой в другие системы более высокого уровня. Под психической адаптацией понимается результат деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействием (Александровский Ю.А.). Главная цель адаптации – приспособление к требованиям окружающей среды.

В большинстве своём служба сопровождения сталкивается именно со школьной дезадаптацией, под которой понимается «невозможность школьного обучения соответственно природным способностям и адекватного взаимодействия ребёнка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребёнку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует»⁴. В.А. Ананьев рассматривает общий девиантный синдром адаптации (ОДСА) как базовые нарушения донологического уровня развития, проявляющиеся на когнитивном, либо эмоциональном, либо поведенческом уровнях⁵.

³ Приказ Минздрава России от 30 декабря 2003 г. № 621.

⁴ Северный А.А. Проблемы междисциплинарного взаимодействия при коррекции школьной дезадаптации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 25–27 октября 1995 г. М., 1995. С. 12.

⁵ Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. СПб.: Речь, 2007.



Выделяются три типа школьной дезадаптации (по В.Н. Вострокнутову):

- 1) неуспешность в обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребёнка (когнитивный компонент школьной дезадаптации);
- 2) нарушения эмоционально-личностного отношения к обучению, учителям, жизненной перспективе, связанной с учёбой (эмоционально-личностный компонент школьной дезадаптации);
- 3) повторяющиеся, некорректируемые нарушения поведения (поведенческий компонент школьной дезадаптации).

Позднее был предложен и другой подход к классификации форм дезадаптации: когнитивная дезадаптация, поведенческая дезадаптация, дезадаптация социального взаимодействия и дезадаптация сочетанной формы (Дмитриева Т.Б.).

Именно на определение и коррекцию конкретной формы дезадаптации и должно быть сегодня направлено психологическое сопровождение школьника. Консилиум же выступает конкретной организационной формой установления этого диагноза. Рассмотрим более подробно порядок его проведения.

Первый этап. Поступление первичного запроса (инициация проблемы, её разрешения, постановка задачи).

1 шаг: переформулирование запроса в формат цели.

2 шаг: определение задач исследования проблемы.

3 шаг: разработка программы первичной диагностики.

Второй этап. Проведение первичной диагностики.

4 шаг: анализ результатов первичной диагностики.

5 шаг: выявление вторичных проблем и рисков развития.

6 шаг: разработка программы углублённой диагностики с возможным подключением разных специалистов.

Третий этап. Проведение углублённой диагностики специалистами.

7 шаг: постановка комплексного диагноза и предварительная выработка психолого-педагогических рекомендаций.

Четвёртый этап. Предварительная разработка индивидуального плана сопровождения.

8 шаг: каждое подразделение службы сопровождения (специалист) разрабатывает предварительный индивидуальный план сопровождения, который уточняется и корректируется непосредственно на консилиуме.

Пятый этап. Консилиум.

9 шаг: постановка комплексного диагноза, определение статуса, прогноза.

10 шаг: утверждение комплексной программы сопровождения.

Шестой этап. Реализация утверждённой программы сопровождения.

11 шаг: реализация подразделениями службы сопровождения (специалистами) индивидуального плана сопровождения ребёнка.

Седьмой этап. Промежуточная оценка эффективности программы и её коррекция.

12 шаг: реализация подразделениями службы сопровождения (специалистами) оценки качества сопровождения ребёнка.

13 шаг: коррекция подразделениями службы сопровождения (специалистами) индивидуального плана сопровождения ребёнка.

Седьмой этап. Завершение программы сопровождения.

14 шаг: итоговая диагностика ребёнка подразделениями службы сопровождения (специалистами).

15 шаг: определение итоговой оценки результатов сопровождения администрацией и родителями как законными представителями ребёнка.

Восьмой этап. Завершение работы со случаем.

16 шаг: определение эффективности работы службы сопровождения и определение задач дальнейшего её развития.

Прокомментируем основные компоненты алгоритма деятельности, которые можно выразить символами флоу-чарта (приложение 1).

Запрос на рассмотрение проблемы может поступить от любого субъекта образовательного учреждения. Запрос формули-





руется в виде заявки в службу сопровождения (в психологическую службу) с кратким описанием основной проблемы и действий, предпринятых ранее педагогом или специалистом. Подобная форма позволяет иметь представление о том, что уже сделано для устранения проблемы.

Проведение консилиума

Для оптимизации времени проведения консилиума, верификации его основных этапов разработана структура представления материалов специалистами (службами) на консилиуме. Она касается основных сфер личности – здоровья, социального, педагогического и психологического статусов. Такое рассмотрение позволяет последовательно выйти на все основные компоненты индивидуальной образовательной среды: обучение, взаимоотношения (с одноклассниками, педагогами, родственниками), поведение, личностные особенности и способности.

Предложенная схема «Анализ случая» позволяет обобщить всю информацию о случае и уже непосредственно на консилиуме коллегиально определить потребности субъектов образовательного процесса (ребёнка, учреждения), ресурсы, факторы риска. На каждом этапе и диагностики, и анализа случая, обязательно учитываются ресурсы ребёнка, команды специалистов, учреждения и тех организаций, которые потенциально могут быть задействованы в работе с конкретным случаем.

Говоря о ресурсах, следует учитывать, что иногда ресурсами могут быть и такие стороны, которые при других обстоятельствах рассматриваются как факторы риска. Например, слабая привязанность к родителям (семье) позволяет ребёнку быстрее принять статус сироты и проживание в сиротском учреждении, но в перспективе затрудняет построение полноценных отношений с другими людьми, особенно со взрослыми. Соотношение факторов риска и факторов роста (ресурсов) определяет тяжесть комплексного диагноза и прогноз развития, его феноменологию. От степени

проработки случая, всестороннего учёта факторов риска и факторов роста зависят стратегия и тактика сопровождения, а также успешность работы со случаем.

Заимствованные из медицины консилиумы в образовании имеют проблемно-направленную ориентацию. Однако без учёта факторов роста, потенциала ближайшего социального окружения и образовательной среды реализация индивидуального плана коррекции и развития весьма затруднена. Кроме того, необходимо помнить, что комплексное сопровождение ребёнка в школе определяется доминантой педагогических решений, то есть все мероприятия сопровождения прямо или косвенно направлены на решение, прежде всего, проблем обучения ребёнка, его развития в образовательной среде, а возможности сопровождения определяются образовательными возможностями.

Дезадаптация редко бывает монокаузальной, как правило, это комплекс факторов, поэтому здесь важно выделить наиболее значимую, неотложную проблему. В ходе предварительного, часто коллегиального, анализа проблем (задач) происходит их иерархизация, где выделившаяся ключевая проблема определяет главную цель сопровождения. Ориентируясь на неё, назначается и ответственный специалист (куратор). В нашем опыте проведения междисциплинарного консилиума большую важность имеет назначение ответственного специалиста, поскольку это в значимой степени определяет компетентностный приоритет сопровождения.

Например, поступивший ребёнок имеет опыт жестокого обращения в семье, выраженную социально-педагогическую запущенность и ряд хронических заболеваний, требующих лечения. В этом случае первоочередной задачей будет коррекция посттравматического синдрома, затем медицинское лечение и затем коррекция социально-педагогической запущенности. Таким образом, первая и последняя задача находятся в компетенции психолога и, соответственно этому, он назначается ответственным специалистом.



По завершении анализа и выработки заключения проводится разработка плана сопровождения.

Плана сопровождения оформляется в специальном бланке, в котором указываются название и содержание мероприятия, сроки проведения и ответственный специалист. Также в план сопровождения вносятся промежуточная диагностика, которая необходима для уточнения эффективности сопровождения.

Преимущество консилиума перед другими формами работы заключается в обмене опытом, высокой рефлексивности и формировании определённой профессиональной культуры, существенно повышающей как эффективность работы, так и удовлетворённость ею.

Особо следует остановиться на конфиденциальности в работе со случаем. Сведе-

ния из биографии, анамнез и диагноз должны иметь только профессиональное, корректное использование. Распространение сведений, праздное обсуждение диагноза недопустимы в работе команды специалистов. Именно этот аспект отражает истинную профессиональную культуру специалиста.

В ГБОУ СОШ № 46 Приморского района Санкт-Петербурга выделено и реализуется 4 проблемных этапа в построении сопровождения учащихся: «Адаптация», «Совместное разрешение проблем», «Конструктивно-проектировочный этап» и «Поддержка выпускника». На каждом этапе организуется логически закономерное сопровождение воспитанника детского дома, учитывая его индивидуальные особенности и социальную ситуацию развития; выделяется группа риска, требующая особого внимания специалистов.

ЗАЯВКА НА ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Воспитаннику _____
 группы (класса) _____
 Проблема: _____

 Мероприятия, проводимые в связи с данной проблемой: _____

 Результат этих мероприятий: _____

 Форма психологической помощи: _____

 Периодичность: _____ день недели: _____ время: _____ количество
 занятий: _____
 дата: _____
 Воспитатель _____
 (подпись) (Ф.И.О.)
 Педагог-психолог _____
 (подпись) (Ф.И.О.)

ПАМЯТКА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КАРТЫ ВОСПИТАТЕЛЕМ

СФЕРЫ

ПАРАМЕТРЫ

1

Академическая успеваемость

- предметы на «4–5»;

- предметы на «2–3»;

- познавательная активность

2

Школьная мотивация

- высокая;

51

Технологии
и инструментарий
[55 – 60]





• средняя;	8
• низкая	Режим детского дома
3	• соблюдает;
Поведение на уроках	• соблюдает частично (уточнить);
• удовлетворительное;	• не соблюдает (уточнить);
• неудовлетворительное (срывает, опаздывает, отпрашивается, прогуливает, не занимается)	• демонстративно игнорирует
4	9
Взаимоотношения с одноклассниками	Взаимоотношения с детьми детского дома
• хорошие (дружеские);	• хорошие (дружеские);
• отстранённые;	• отстранённые;
• конфликтные;	• конфликтные;
• неровные	• неровные
5	10
Взаимоотношения с учителями	Взаимоотношения с воспитателями
• хорошие (дружеские);	• хорошие (дружеские);
• отстранённые;	• отстранённые;
• конфликтные;	• конфликтные;
• неровные	• неровные
6	11
Участие во внеклассной работе (в школе)	Взаимоотношения с родственниками или лицами, их заменяющими
• принимает активно (уточнить в чём);	• хорошие (дружеские);
• безынициативен, но не отказывается;	• отстранённые;
• не принимает участия	• конфликтные;
7	• неровные
Дополнительное образование	12
указать по каким предметам (направлениям)	Планируемые мероприятия конкретно какие

СТРУКТУРА ДОКЛАДА СПЕЦИАЛИСТОВ НА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ КОНСИЛИУМЕ

ВОСПИТАТЕЛЬ (ПЕДАГОГ)

- 1 Академическая успеваемость
- 2 Социометрический статус
- 3 Педагогический прогноз
- 4 Тактика педагогического сопровождения

2 Социальный прогноз

- 3 Тактика социального сопровождения

ЛОГОПЕД

- 1 Логопедический диагноз
- 2 Логопедический прогноз
- 3 Тактика логопедического сопровождения

ВРАЧ

- 1 Группа здоровья
- 2 Диагноз
- 3 Медицинский прогноз
- 4 Тактика медицинского сопровождения

ПСИХОЛОГ

- 1 Психолого-педагогический статус
- 2 Психологический диагноз
- 3 Психологический прогноз
- 4 Тактика психологического сопровождения

СОЦИАЛЬНЫЙ ПЕДАГОГ

- 1 Социальный статус

КАРТА «АНАЛИЗ СЛУЧАЯ»

Ф.И.О. _____ дата рождения _____
 /___/___/_____ г. ГОУ №__ класс __
 РЕБЕНОК УЧРЕЖДЕНИЕ



тровертированная тревожная личность со скрытыми агрессивными и аутоагрессивными тенденциями; высокая привязанность к матери. Интеллектуально сохранна».

Ресурсом роста ребёнка являлась высокая привязанность к матери, которая на момент поступления девочки в детский дом находилась под следствием. Эта привязанность позволила в дальнейшем осуществить перенос на воспитателей детского дома, которые отличались высокой эмпатией, собственным семейным благополучием и наличием дочерей. В данной группе преобладали девочки, возраст детей был приблизительно одинаковый. Также ресурсом было то, что в жизни девочки принимал активное участие дедушка, который продолжал общение на протяжении всего времени пребывания девочки в детском доме. У девочки были интеллектуальный потенциал, а также способности к художественным видам деятельности. В учреждении функционировало отделение дополнительного образования и имелись кружки живописи, флористики и хореографии.

Фактором риска выступило стойкое убеждение девочки, что она находится в детском доме на короткое время, что произошло недоразумение, маму вскоре отпустят, и она заберёт её домой. Из-за сильной привязанности к матери у девочки возрастало чувство вины по мере развития отношений с воспитателями. Сильные и ригидные психологические защиты в виде отрицания и вытеснения позволяли ей справиться с психотравмой, но тормозили дальнейшее развитие отношений в новых социальных условиях. В целом девочка не являлась дезадаптированным школьником, но относилась к группе риска. Прогноз был неопределённым.

Целью комплексного сопровождения являлось устранение последствий семейной психотравмы и ликвидация социально-педагогической запущенности. Как видим, данная цель конкретна: коррекция психотравмы и социально-педагогической запущенности, которые измеряемы в виде особенностей психоэмоционального состояния ребёнка, подвергшегося насилию, и сфор-

мированности учебных, общекультурных, коммуникативных (этических) и бытовых умений. Достижимость и реалистичность цели очевидна, поскольку работа осуществляется при наличии всех необходимых условий в образовательном учреждении.

К первоочередным задачам относились принятие девочкой новой социальной ситуации, снижение личностной тревожности, формирование навыков утилизации агрессии и аутоагрессии и устранение пробелов в школьных знаниях.

Это было достигнуто за счёт того, что при разработке сопровождения были учтены не только слабые стороны ребёнка, но и его компенсаторные возможности, а также возможности образовательного учреждения.

В дальнейшем, по завершении первого этапа сопровождения, проведён междисциплинарный консилиум, на котором были уточнены цели и задачи сопровождения, позволившие скорректировать действия специалистов с учётом динамики работы со случаем.

В результате последующего комплексного сопровождения удалось решить многие задачи. Усилиями специалистов и педагогов была ликвидирована педагогическая запущенность, и девочка достигла стабильно хорошей академической успеваемости, успешно занималась в хореографическом и изобразительном кружках. На этом фоне у неё существенно повысился общий культурный уровень, сформировались устойчивые навыки самообслуживания, гигиены; снизились тревожность и агрессивность. Социальная работа была направлена на поддержание контактов с девочкой. В результате дедушка девочки смог оформить сначала разрешение на посещение, а через несколько лет и опеку над внучкой (мама была осуждена на длительный срок). По завершении сопровождения девочка имела благоприятный прогноз. Данный случай можно считать как благополучный, так как благодаря междисциплинарному подходу удалось не только устранить отдельные (потенциальные) проявления дезадаптации, но и развить способности, изменить самосознание ребёнка.