

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ «ГРУППЫ РИСКА»

Валерий Цветков, педагог-психолог, руководитель Службы сопровождения, заместитель директора по научно-экспериментальной работе средней школы № 46, г. Санкт-Петербург

Необходимость интеграции специалистов разного профиля в сопровождении учащихся становится всё более очевидной по нескольким причинам. Первая из них — построение личностно-ориентированного обучения в связи с появлением всё более сложных вариантов дезонтогенеза и факторов, влияющих на негативное развитие личности. Вторая причина — необходимость подхода к здоровью как к сложному многомерному феномену, имеющему гетерогенную структуру, сочетающему качественно различные компоненты и отражающему фундаментальные аспекты человеческого бытия¹. Третья причина — потребность в принятии быстрых и эффективных мер для поддержки ребёнка, рациональных с точки зрения временных и ресурсных затрат.

Одной из форм высококоординированной работы специалистов может быть междисциплинарный консилиум в образовательном учреждении. По своим особенностям 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 функционирование команды, разделяющей общие принципы работы и коллективную ответственность.

Методологической основой междисциплинарного консилиума может быть системно-феноменологический подход, который позволяет рассматривать тот или иной случай как уникальную совокупность явлений (феноменов) в системе их психического, соци-

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

ального и педагогического единства. Основанием для рассмотрения консилиума и сопровождения как системного процесса является то, что каждая из подсистем (субъект образовательного процесса, специалист или отдел сопровождения) объединена общей целью — устранением причин дезадаптации, способствованию полноценному развитию школьника.

Работа междисциплинарного консилиума регламентируется внутренним локальным документом образовательного учреждения — 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 выступают 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 ещё дихотомическая модель: «есть нарушение — нет нарушения». Для данного 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, существование его 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 психо-социального явления, с учётом его включённости в различ-

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

ные 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 индивида представлены в целостности и во взаимосвязи с условиями окружающей среды и специфичностью конкретной ситуации. Данная уровневая модель методологически отражает уровни обобщения получаемых данных на разных этапах сопровождения.

Таким образом, сопровождение и консилиум представляют собой мероприятия, 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 субъект образовательного процесса не может справиться самостоятельно;

- *анамнез* (*anamnesis*; *греч. anamnesis 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.);

- *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. Рассмотрим содержательную сторону основных понятий в различных дисциплинах.

Анамнез (медицинский) — 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. В медицине выделяют анамнез болезни (*anamnesis morbi*) и анамнез жизни (*anamnesis vitae*).

Анамнез (психологический) — совокупность сведений о человеке, полученных различными методами с целью организации эффективной работы с ним³. Психологический анамнез отличается направленностью на описание индивидуального развития личности, его *жизненного пути*. Выделяют семейный, личностный, школьный и анамнез проблемы. Достаточно специфичным является социальный анамнез, который в отличие от семейного описывает социальный статус семьи в рамках её правовых аспектов (состав семьи, наличие жилья, гражданства, льгот, дееспособность членов семьи). Данная информация находится в компетенции социального работника и не всегда доступна другим специалистам.

Междисциплинарное сравнение этого понятия не обнаруживает противоречия, что позволяет использовать его в работе междисциплинарного консилиума. Использование анамнеза в работе службы сопровождения оправданно, поскольку позволяет произвести комплексную оценку проблемы.

Диагноз (от греч. — *распознавание*) определяется как заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента⁴. Диагноз устанавливается на основе диагностики и, соответственно, в разных дисциплинах имеется свой диагноз. Отличие психологического диагноза от медицинского состоит в том, что психологический диагноз может представлять собой описание состояния человека в норме и вне нормы, его типологию или отдельные свойства. В педагогике термин «диагноз» используется редко, хотя с внедрением в практику таких понятий, как «компетенции», «универсальные учебные действия» такая перспектива возможна. В педагогической практике в этом качестве чаще используются понятия «социально-педагогическая запущенность» или

³ Душков Б.А., Королев А.В., Смирнов Б.А. Энциклопедический словарь: Психология труда, управления, инженерная психология и эргономика. М., 2005 г.

⁴ Электронный словарь Википедия. Источник: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.

«низкая обучаемость», которые не имеют чётких критериев оценки и описания. В социальной сфере понятие «диагноз» отсутствует.

В зависимости от цели консилиума, диагноз может иметь несколько форм, например, многомерный и функциональный диагноз. Основное отличие функционального диагноза в том, что в качестве системообразующего фактора рассматриваются адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие, в конечном счёте, его биологический, психологический и социальный уровни адаптации⁵. Поскольку школьный консилиум, как правило, занимается донозологическими формами дезонтогенеза, то речь идёт не о болезни, как в медицине, а об отклонении от нормы. По сути, функциональный диагноз отражает философию учёта развития личности в специфике образовательной, культурной, социальной, экономической и духовной среды. Именно всесторонний учёт ресурсов позволяет оптимально выстроить план сопровождения учащегося.

Понятие «статус» имеет более неопределённое толкование. В медицине это «характеристика состояния больного на момент обследования». Психолого-педагогический статус школьника — совокупность психологических характеристик важнейших видов деятельности, поведения и внутреннего психологического состояния, оказывающих существенное влияние на успешность его обучения и развития в школьной среде⁶. В педагогике отдельно данное понятие не используется. Имплицировано педагогический статус используется в обиходе как некие характеристики ученика: «отличник», «хорошист», «двоечник» и т.д. Когда мы говорим, например, об отличнике, то сразу представляется характеристика гармонично интеллектуально одарённого школьника, чьи академические успехи могут иметь определённый коридор значений и включать, в том числе, более низкие отметки. Кроме того, высокая академическая успеваемость, как известно, может быть обусловлена и волевыми аспектами личности, а также явными или скрытыми социальными ресурсами поддержки, поэтому данное понятие не может использоваться как научно обоснованное.

В социальной сфере «статус» — это место, которое индивид занимает в социальной системе (обществе) и которое отличается от существующих одновременно с ним мест, определённым набором прав и обязанностей.

⁵ Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии / Социальная и клиническая психиатрия. Вып. № 4, том 15. 2005. С. 69.

⁶ Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1997.

Как видно из определений, 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. Основная причина несопоставимости понятия «статус» в трёх дисциплинах заключается в различии предмета изучения и уровня обобщения. 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», на наш взгляд, 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 развития⁷.

Первый критерий раскрывает наличие первичных отклонений здоровья, т.е. его обусловленность, остальные характеризуют уровень его развития. Информация о группах здоровья, в отличие от медицинского диагноза, доступна даже учителю, поскольку вносится в классный журнал. На наш взгляд, 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.). Главной целью адаптации является приспособление к требованиям окружающей среды.

В большинстве своём служба сопровождения сталкивается именно со школьной дезадаптацией, под которой понимается «невозмо-

⁷ Приказ Минздрава России от 30 декабря 2003 г. № 621.

ность 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»⁸. В.А. Ананьев рассматривает общий девиантный синдром адаптации (ОДСА) как базовые нарушения донозологического уровня развития, проявляющиеся на когнитивном, либо эмоциональном, либо поведенческом уровнях⁹.

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. Поэтому рассмотрим более подробно технологию его проведения.

Междисциплинарный консилиум имеет свои этапы, закономерно и логически вытекающие друг из друга и представляющие собой непрерывный (в рамках определённого времени) процесс, который обладает высокой технологичностью¹⁰.

⁸ 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.

⁹ Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. СПб.: Речь, 2007.

¹⁰ Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1997.

Котова С.А. Школьный консилиум как инновационная образовательная технология // Народное образование. № 1. 2010. С. 186–192.

Алгоритм его проведения включает следующие этапы и действия (шаги):

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 формулируется в виде заявки (Приложение 2) в службу сопровождения (в данном случае 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.

Первичная диагностика представляет собой сбор информации или экспресс-диагностику проблемы. Итогом этого этапа является оценка тяжести положения ребёнка и определение наиболее проблемных сторон его личности, а также определение сфер, подлежащих более углублённому исследованию. Соответственно определяется и круг специалистов, привлекающихся к углублённой диагностике. На данном этапе, как правило, осуществляется целостная оценка феномена — имеет ли место *случай* как трудноразрешимая ситуация, сопряжённая с риском дезадаптации и неблагоприятного развития личности. Здесь целесообразно использование таких методов исследования, как внешняя или экспертная оценка, а также анализ документов (классного журнала, дневника школьника, медицинской карты, личного дела, портфолио). По завершении первичной диагностики выносится первичный диагноз и составляется заключение.

Углублённая диагностика проводится всеми специалистами, определёнными предыдущим этапом, а при необходимости проводится дополнительная диагностика в учреждениях непедagogического профиля. Следует отметить особо, что углублённая диагностика не предполагает большого массива диагностического инструментария, тем более, что это не только не оправданно, но иногда и невозможно. Например, опросные методы исследования имеют низкую валидность в работе с детьми-сиротами, девиантными подростками или детьми, имеющими интеллектуальное снижение, так как они склонны давать социально-желаемые ответы при низкой рефлексивности, недостаточной сформированности социальных норм поведения и нравственных норм. Правильно организованное наблюдение даёт больше релевантной информации, чем батарея тестов, вызывающая у детей снижение мотивации работы со специалистом.

По завершении углублённой диагностики формулируется комплексный диагноз и разрабатываются предварительные психолого-педагогические рекомендации. Определяется примерная программа сопровождения и назначается дата консилиума.

Проведение консилиума

Для оптимизации времени проведения консилиума, верификации его основных этапов нами разработана структура представления материалов специалистами (службами) на консилиуме (Приложение 3, 4). Она касается основных сфер личности — здоровья, социально-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» (Приложение 5) 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 свой статус сироты и проживание в сиротском учреждении, но в перспективе затрудняет построение полноценных отношений с другими людьми, особенно со взрослыми. Как показывает практика, 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.

Заемствованные 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 до-

минантой педагогических решений, т.е. 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 данной среды.

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 данном случае первоочередной задачей будет коррекция посттравматического синдрома, затем медицинское лечение и затем коррекция социально-педагогической запущенности. Таким образом, первая и последняя задача находится в компетенции психолога и, соответственно этому, он назначается ответственным специалистом.

Достижение главной цели требует её отчётливой и корректной постановки. Для этого могут использоваться критерии SMART-технологии, заимствованные из менеджмента (конкретный пример приведён ниже при описании случая):

- Specific — конкретный;
- Measurable — измеримый;
- Achievable — достижимый;
- Realistic — реалистичный;
- Timed — определённый по времени.

По завершении анализа и выработки заключения проводится разработка плана сопровождения.

Оформление плана сопровождения осуществляется в специальном бланке (Приложение 6), в котором указывается название и содержание мероприятия, сроки проведения и ответственный специалист. Также в план сопровождения вносится промежуточная диагностика, которая необходима для уточнения эффективности сопровождения.

Преимущество консилиума перед другими формами работы заключается в обмене опытом, высокой рефлексивности и формирова-

нии определённой профессиональной культуры, существенно повышающей как эффективность работы, так и удовлетворённостью ею.

На наш взгляд, консилиум в образовательных учреждениях незаслуженно уступает место другим формам, таким, как педагогический совет. Как справедливо замечает С.А. Котова¹¹, главное отличие педагогического совета от междисциплинарного консилиума заключается в том, что участниками педсовета являются специалисты одной специальности. В междисциплинарном консилиуме могут принимать участие и представители других специальностей, а также специалисты сторонних организаций из разных ведомств. В таком случае речь пойдёт уже о межведомственном взаимодействии, чего не бывает на педагогических советах.

Конечно, эффективное проведение такого консилиума требует от специалистов высокой профессиональной компетентности и культуры, сосредоточенности на главных аспектах случая и недопустимости застревания на частностях. Именно поэтому консилиум должен использовать преимущественно обобщающий, категориальный понятийный аппарат. Чрезвычайно важна роль администрации и ответственного исполнителя. Эти специалисты должны иметь опыт медиации споров и конфликтных ситуаций, стимулировать разрешение проблемы даже в тех случаях, когда диалог и поиск затухают.

Особо следует остановиться на конфиденциальности в работе со случаем. Сведения из биографии, анамнез и диагноз должны иметь только профессиональное, корректное использование. Распространение сведений, праздно обсуждение диагноза недопустимы в работе команды специалистов. Именно этот аспект отражает истинную профессиональную культуру специалиста.

Наш опыт работы междисциплинарного консилиума обусловлен, прежде всего, спецификой образовательного учреждения, в котором обучаются дети-сироты по программе школы с углублённым изучением английского языка. Проявление дезонтогении у данного контингента детей достоверно выше по сравнению с обычными школьниками, что обусловлено социально-педагогической запущенностью, опытом насилия в семье, ранним госпитализмом и депривацией, несформированностью коммуникативных и социально-бытовых навыков, различными вариантами соматической и психической незрелости, наличием заболеваний и расстройством внимания с гиперактивностью (СДВГ).

¹¹ Котова С.А. Школьный консилиум как инновационная образовательная технология // Народное образование. № 1. 2010. С. 186–192.

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 осуществляется логически закономерное сопровождение воспитанника детского дома, учитывающее его индивидуальные особенности и социальную ситуацию развития; выделяется «группа риска», требующая особого внимания специалистов.

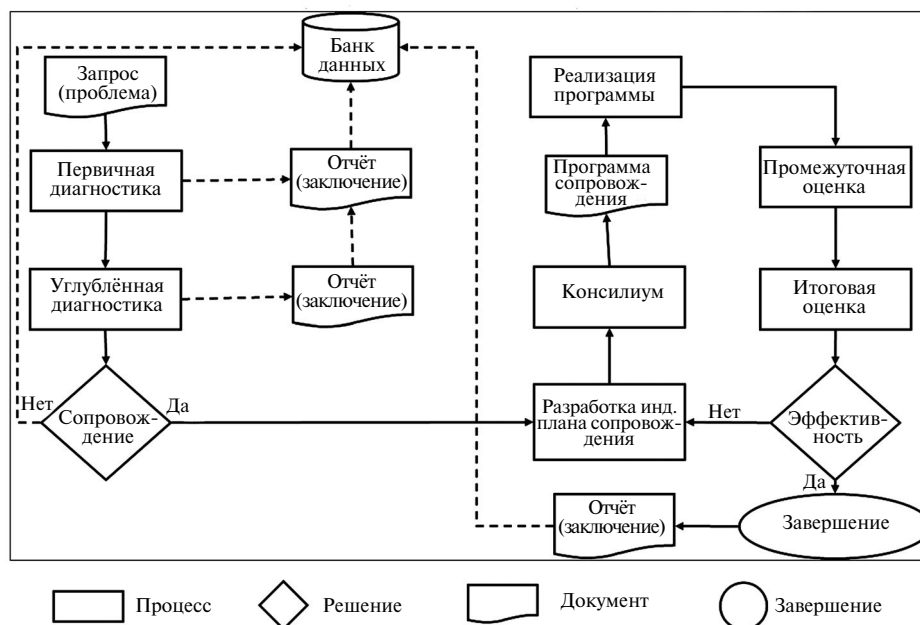
Многолетняя практика междисциплинарного консилиума по проблемам этих школьников даёт возможность оказать им более эффективную поддержку в ходе обучения и социализации, выработать эффективный личностно-ориентированный маршрут развития.

Конечно, технология консилиумного рассмотрения случая трудоёмка и длительна, но все усилия оправдывает достижение высокого качества результата. Этим результатом становится жизнестойкая личность ребёнка, его возвращение в коридор нормативного развития, а корпус профессионалов обретает опыт победы над профессиональными трудностями, над проблемами, где семья оказалась бессильной.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Этапы междисциплинарного сопровождения случая

Таблица 1



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

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.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

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; — средняя; — низкая.
3	Поведение на уроках	♦ удовлетворительное; ♦ неудовлетворительное (срывает, опаздывает, отпрашивается, прогуливает, не занимается).
4	Взаимоотношения с одноклассниками	♦ хорошие (дружеские); ♦ отстранённые; ♦ конфликтные; ♦ нервные.
5	Взаимоотношения с учителями	♦ хорошие (дружеские); ♦ отстранённые; ♦ конфликтные; ♦ нервные.
6	Участие во внеклассной работе (в школе)	♦ принимает активно (уточнить в чём); ♦ безынициативен, но не отказывается; ♦ не принимает участия.
7	Дополнительное образование	указать по каким предметам (направлениям).

8	Режим детского дома	<ul style="list-style-type: none"> ♦ соблюдает; ♦ соблюдает частично (уточнить); ♦ не соблюдает (уточнить); ♦ демонстративно игнорирует.
9	Взаимоотношения с детьми детского дома	<ul style="list-style-type: none"> ♦ хорошие (дружеские); ♦ отстранённые; ♦ конфликтные; ♦ неровные.
10	Взаимоотношения с воспитателями	<ul style="list-style-type: none"> ♦ хорошие (дружеские); ♦ отстранённые; ♦ конфликтные; ♦ неровные.
11	Взаимоотношения с родственниками или лицами, их заменяющими.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ хорошие (дружеские); ♦ отстранённые; ♦ конфликтные; ♦ неровные.
12	Планируемые мероприятия	конкретно какие

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Структура доклада специалистов на междисциплинарном консилиуме

ВОСПИТАТЕЛЬ (ПЕДАГОГ)		
1	Академическая успеваемость	
2	Социометрический статус	
3	Педагогический прогноз	
4	Тактика педагогического сопровождения	
ВРАЧ		
1	Группа здоровья	
2	Диагноз	
3	Медицинский прогноз	
4	Тактика медицинского сопровождения	
СОЦИАЛЬНЫЙ ПЕДАГОГ		
1	Социальный статус	
2	Социальный прогноз	
3	Тактика социального сопровождения	
ЛОГОПЕД		
1	Логопедический диагноз	
2	Логопедический прогноз	
3	Тактика логопедического сопровождения	
ПСИХОЛОГ		
1	Психолого-педагогический статус	
2	Психологический диагноз	
3	Психологический прогноз	
4	Тактика психологического сопровождения	

ПРИЛОЖЕНИЕ 5**Карта «Анализ случая»**

Ф.И.О. _____ . Дата рождения /__/__/__ г. ГОУ № __ класс __

РЕБЁНОК	УЧРЕЖДЕНИЕ
1. ИНИЦИАТИВА:	
2. ПОТРЕБНОСТИ и ОЖИДАНИЯ	
3. РЕСУРСЫ	
4. ФАКТОРЫ РИСКА	
5. СОПУТСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	
6. ЦЕЛЬ	
7. ЗАДАЧИ	

ПРИЛОЖЕНИЕ 6**План сопровождения**

Ф.И.О. _____ Школа №__ Класс _____

Ответственный специалист: _____ должность: _____

Дата проведения консилиума «__» _____ г. Дата рождения «__» _____ г.

№	Мероприятие	Ответственный специалист	Срок исполнения	Результат

Решение консилиума: _____

Присутствовали: _____

Итоговое заключение (заполняется по завершении плана сопровождения): _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Описание случая

В сентябре 2010 г. на базе средней школы № 46 для слушателей кафедры коррекционной (специальной) педагогики при Институте детства Санкт-Петербургской академии постдипломного образования был проведён семинар, на котором был представлен следующий случай.

Несовершеннолетняя девочка 8 лет была изъята из семьи в связи с жестоким обращением матери с несовершеннолетними детьми. На момент поступления в детский дом психоэмоциональное состояние девочки можно охарактеризовать как уже не острое, но нуждающееся в комплексном длительном сопровождении.

Первичная диагностика выявила, что ребёнок находится в трудной жизненной ситуации, переживает кризис, связанный со спецификой воспитания и уклада семьи, насилием в семье, а также изъятием из семьи.

Углублённая диагностика показала, что, несмотря на неравномерное развитие интеллектуальной сферы и социально-педагогическую запущенность, девочка имеет хорошую память; невербальный интеллект имеет показатели в пределах верхних значений нормы; ребёнок обладает хореографическими и художественными задатками. Социальный статус на момент завершения обследования — ребёнок, оставшийся без попечения родителей; неврологический статус и соматический статус — без особенностей, педагогический статус — педагогическая запущенность, психологический статус — ребёнок, подвергшийся жестокому обращению.

Соматический и неврологический диагноз — «практически здорова», педагогический диагноз — «недостаточная сформированность навыков чтения и письма, программа обучения усвоена не в полном объёме». Психологический диагноз — «интровертированная 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 был 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 возматало 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 сформированности учебных, общекультурных, коммуникативных (этических) и бытовых умений. Достижимость и реалистичность цели очевидны, поскольку работа осуществляется при наличии всех необходимых условий в образовательном учреждении.

К первоочередным задачам относилось 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, был 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; снизилась 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, т.к. благодаря междисциплинарному подходу удалось не только устранить отдельные (потенциальные) проявления дезадаптации, но и развить способности, изменить самосознание ребёнка.