

*Особый ребенок: исследования и опыт помощи
1998. — Вып. 1. — С. 87–103*

Проблема междисциплинарного взаимодействия в коррекции школьной дизадаптации

Северный А. А.

Приводятся разнообразные медико-статистические и демографические данные, свидетельствующие о крайне серьезном неблагополучии в состоянии здоровья российских детей. Подчеркивается несовершенство существующей государственной системы охраны психического здоровья, наличие в ней межведомственных и междисциплинарных барьеров. Обосновывается употребление термина «дизадаптация» вместо более распространенного «дезадаптация». Дается развернутое определение этого термина, а также связанного с ним понятия «школьная дизадаптация». Исследуются причины и описываются возможные пути профилактики и коррекции школьной дизадаптации. Обсуждаются проблемы взаимодействия специалистов, работающих с дизадаптированными школьниками. Развивается мысль о необходимости создания комплексной системы психолого-психиатрической помощи учащимся. Перечислен ряд авторских разработок, направленных на построение подобной системы.

Здоровье подрастающего поколения не может рассматриваться в отрыве от здоровья всего населения. Следует помнить, что, заботясь о здоровье детей «по остаточному принципу», невозможно рассчитывать на здоровье нации в целом, на обеспеченность ее будущего. Но, поскольку у государства масса текущих расходов и неоплаченных долгов, забота о будущем откладывается на потом. Что влечет за собой такое откладывание, известно из основных демографических показателей и показателей медицинской статистики. Так, за 1990–1994 гг. россиян родилось на 3,7 млн. меньше, чем за предыдущее пятилетие; физиологическое течение беременности и родов наблюдается лишь у 20% рожениц, т. е. каждый пятый ребенок рождается больным или заболевает в неонатальном периоде; более

1 000 000 детей являются практически инвалидами; за время школьного обучения число физически здоровых детей сокращается в пять раз, а подростковая смертность только за три последних года увеличилась на 35%. Лишь 14% выпускников средней школы можно считать практически здоровыми.

Не менее красноречивы показатели социального «здоровья» детей и подростков. Около 2 000 000 детей школьного возраста (10% соответствующей популяции) нигде не обучаются, и именно на них приходится 40% детско-подростковой преступности; около 2 000 000 детей и подростков бродяжничают; число детей-сирот достигло 600 000; 40% детей подвергаются насилию в семьях; в школах 16% учащихся испытывают со стороны педагогов физическое насилие и 22% — психологическое; за последние 10 лет смертность от самоубийств среди детей и подростков выросла на 100%, в 1996 г. покончили с собой 2756 детей и подростков, самоубийства фиксируются уже среди детей 5–9 лет. В стране 700 000 семей, в которых есть несовершеннолетние и одновременно один из родителей — безработный, а в 60 000 семей с детьми оба родителя не имеют постоянного источника заработка. При этом за последние 1,5 года выявлено 10 000 нарушений законодательства о льготах и гарантиях гражданам, нуждающимся в социальной защите. Противоправное поведение несовершеннолетних растет в два раза быстрее, чем среди взрослых, особенно по тяжким преступлениям против личности. Детская преступность выросла за пять лет в 1,5 раза, число правонарушений, совершаемых девушками, — на 57,1%; число несовершеннолетних, задержанных за правонарушения, увеличилось почти вдвое и превысило 1 000 000 в год; 27% из них — младше 14 лет. На территории России действуют около 30 000 преступных группировок несовершеннолетних. При этом от 60 до 80% «несовершеннолетней» преступности приходится на подростков, имеющих психические аномалии. За один лишь 1996 г. число детей и подростков, состоящих на диспансерном учете по поводу наркомании, возросло в 2 раза, токсикомании — в 2,7 раза, алкоголизма — на 10%, а число смертей в результате алкогольных отравлений в детско-подростковом возрасте за 1990–1995 гг. увеличилось в 3 раза. Около 20% школьников имеют опыт употребления наркотических и токсикоманических средств. Число подростков, состоящих на учете с диагнозом «наркомания», в 1996 г. возросло по сравнению с 1995 г. на 130%. Заболеваемость сифилисом среди

подростков за пять лет выросла в 20 (!) раз. Среди детей со школьной дизадаптацией у 93–95% выявляются те или иные психические нарушения. Среди детей-бродяг, количество которых нарастает лавинообразно, психически здоровыми могут быть признаны не более 6%, а нуждаемость в различных видах психотерапевтической помощи у сирот, долгое время живущих в детских домах, достигает 100%.

Как социальные и биологические факторы отражаются на психическом здоровье детей? Уже в возрасте от 0 до 3 лет 9,6% детей имеют явную психическую патологию; среди дошкольников лишь у 45% отсутствуют признаки болезненных отклонений в психике; распространенность среди школьников нервно-психических расстройств достигает уже 70–80%. Таким образом, в течение школьного обучения ежегодный прирост доли детей с нарушенным психическим здоровьем составляет 8–12%. Только 14% подростков школьного возраста могут быть признаны полностью здоровыми психически. Среди социально дизадаптированных подростков психическая патология достигает 95%. Из попадающих в учебно-воспитательные учреждения для девиантных детей 80% требуют срочной психокоррекционной помощи. И только 10% всех нуждающихся в психиатрической помощи детей получают ее в государственной системе охраны психического здоровья!

Помимо того, число детей, нуждающихся в психотерапевтической помощи, увеличивается за счет больных с тяжелыми и хроническими заболеваниями, ограничивающими свободу передвижения, затрудняющими контакты и социальную активность.

Перечисленные факты свидетельствуют о необходимости организовать систему комплексной помощи, способствующую взаимопониманию и продуктивному взаимодействию представителей различных специальностей, участвующих в психосоциальной реабилитации «проблемных» детей.

Государственные институты, призванные защищать права детей, осуществлять профилактику социальной дизадаптации несовершеннолетних, их реабилитацию в случаях выраженных искажений поведения, обучения, душевного здоровья и развития не в состоянии решить указанную задачу. Среди основных причин тут можно назвать *ведомственную разобщенность, слабость межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, отсутствие системной органи-*

защиты структур, основной целью которых является социально-психологическая профилактическая и коррекционно-реабилитационная работа.

Существует противоестественный разрыв между учреждениями, работающими с «нормальными» детьми, и различными структурами, осуществляющими коррекцию отклонений в развитии и поведении (это специальные школы, интернаты, ПТУ, лечебные и инвалидные заведения, приюты, колонии и т. п.). Если первые «поставляют» контингенты дизадаптированных детей и подростков, не делая ничего, чтобы уменьшить этот все нарастающий поток, то вторые все более и более расширяются, чтобы поглотить несовершеннолетних, выпавших из естественного бытия, не будучи ни организационно, ни методически обеспеченными для полноценной реабилитации несовершеннолетних, адекватного возвращения их в естественную среду. *Попытки создать какую-то профилактическую систему (к примеру, школьную психологическую службу) оказываются малорезультативными опять-таки в силу организационно-методической несостоятельности внутриведомственного решения проблемы, которая требует вовлечения всех заинтересованных ведомств и общественности, создания структур, объединяющих и координирующих их усилия.*

Трудно представить, сколь огромны контингенты детей и подростков, лишенных возможности получить необходимую помощь и лишь пополняющих ряды неуспевающих школьников, детей, не способных реализовать свои природные интеллектуальные и творческие задатки, отсталых в развитии, бомжей, наркоманов, малолетних преступников, самоубийц.

Существующая система психиатрической помощи детям до сих пор практически полностью ориентирована на диагностику и лечение наиболее тяжелых, манифестных, форм психической патологии. Детская психологическая коррекционная служба делает первые шаги, испытывая громадный кадровый, организационный и научно-методический дефицит. Одновременно возникает множество коррекционных и реабилитационных учреждений, центров, деятельность которых никак не скоординирована и не способна не только исправить, но даже стабилизировать угрожающую ситуацию. Важнейшие причины этого — узковедомственная направленность и ведомственная разобщенность государственных учреждений, отсутствие в них по этой причине необходимых условий для комплексного, мультидисциплинарного подхода к решению поставленных задач, проявления

межведомственной и межпрофессиональной разобщенности в разрабатываемых и принимаемых федеральных законах, отсутствие адекватной профессиональной и социальной защищенности работников различных специальностей в «чужом» ведомстве, крайне слабое взаимодействие государственных учреждений с негосударственными организациями и общественными объединениями, решающими сходные проблемы.

Как и всякое социальное явление, школьная дизадаптация (ШД) представляет из себя мультифакторный процесс, причем в каждом отдельном случае тот или иной фактор (патологический, личностный, онтогенетический, средовой, возрастной кризовый, педагогический и др.) играет базисную причинную роль, в то время как другие оказываются либо пусковыми, либо аксессуарными. При этом все они тесно переплетены, взаимозависимы и на разных стадиях дизадаптационного процесса могут меняться ролями и степенью значимости. Таким образом, при организации реадaptационных мероприятий достаточно очевидны, с одной стороны, необходимость тесного взаимодействия специалистов различного профиля и, с другой, проблемы их динамического взаимовлияния, взаимоподчиненности и взаимодополняемости, а также выработки рациональной тактики приоритетности того или иного специалиста на разных этапах работы с каждым учащимся.

Необходимо остановиться на определении понятий дизадаптации вообще и, в частности, ШД, поскольку от того смысла, который нами вкладывается в это словосочетание, зависит и наш принципиальный подход к задаче оказания помощи дизадаптированным детям и, соответственно, к задаче адекватной организации этой помощи. Оказалось достаточно неожиданным, что решение проблемы ШД потребовало, в первую очередь, семантического исследования самого понятия. Действительно, на протяжении многих лет в отечественной литературе эксплуатируется термин «дезадаптация» (через «е»), которого не удастся обнаружить ни в одном из доступных словарей. В то же время в западной литературе встречается в сходном контексте термин «дизадаптация» (через «и»), и разъяснение этого понятия обнаружилось в некоторых отечественных словарях, в частности в Энциклопедическом словаре медицинских терминов. Есть ли смысловая разница в этих разночтениях, а если она есть, то в чем состоит? Выяснилось, что разница есть и состоит она в том, что латинская

приставка de- и французская des- означают прежде всего исчезновение, уничтожение, полное отсутствие и лишь во вторую очередь, со значительно более редким употреблением, — понижение, уменьшение. В то же время латинское dis- в главном своем смысле содержит нарушение, искажение, деформацию и значительно реже — исчезновение. Следовательно, если мы говорим о нарушении, искажении адаптации (а именно этому посвящен наш семинар и именно этот смысл заложен в представленных на нем докладах), то нам, очевидно, следует говорить именно о дизадаптации (через «и»). Полная утрата, исчезновение адаптации — это в применении к мыслящему существу должно означать прекращение осмысленного существования вообще, поскольку, пока это существо живо и в сознании, оно так или иначе адаптировано к среде; весь вопрос в том, как и насколько эта адаптация соответствует его возможностям и тем требованиям, которые предъявляет ему окружающая среда.

Конечно, чрезвычайно интересен вопрос об истинных, скрытых, глубинных особенностях общественного сознания, или, как теперь красиво выражаются, «ментальности», которые определяют подобные некритично принимаемые общественностью семантические «оговорки»: почему, подразумевая нарушение, мы говорим об уничтожении? Оставим на усмотрение каждого автора употребление того или иного термина и перейдем к формулированию понятия «дизадаптация».

Под собственно дизадаптацией индивида мы понимаем его функционирование, не адекватное его психофизиологическим возможностям и потребностям и/или условиям среды, и/или требованиям микросоциального окружения.

В данном определении есть некоторая сознательная смысловая тавтология, поскольку требования микросоциального окружения тоже являются частью условий среды, в данном случае социальной. Однако мы сочли возможным дополнительно подчеркнуть значимость этого фактора как особенно существенного именно для социального существа — человека. С точки зрения профессиональных интересов специалистов, работающих с детьми, предъявляемые окружением ребенку требования важны особенно.

Под социальной дизадаптацией нами понимается нарушенное взаимодействие индивидуума со средой, которое характеризуется невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях

своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям и запросам.

Явление ШД как предмет изучения, как специфический вариант социальной дизадаптации, требующий особых методических социореабилитационных подходов, нуждается в собственной дефиниции, поскольку охватывает определенную, достаточно четко очерченную социальную группу — как в возрастном, так и в специфически профессиональном аспекте. Дизадаптация (нарушение приспособления, в данном случае социального приспособления) предполагает по меньшей мере три стороны процесса: 1) субъект, адаптация которого нарушена, 2) среда, с которой оказывается невозможным или затрудненным, искаженным взаимодействие субъекта, и 3) нарушенные условия адекватного (не вызывающего противодействия ни субъекта, ни среды) их взаимодействия.

Таким образом, школьная дизадаптация — это невозможность школьного обучения соответственно природным способностям и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребенку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует.

Действительно, причины такого рода дизадаптации могут происходить и из особенностей субъекта (его невозможности в силу личностных в самом широком смысле причин реализовать свои природные способности и/или адекватно взаимодействовать со средой), и из особенностей микросоциального окружения, и из тех требований, которые предъявляет среда к учащемуся. Из указанных трех компонентов субъект (ребенок-ученик), как сторона этого процесса, в основных своих проявлениях остается принципиально неизменным на протяжении многих тысячелетий при всей своей индивидуальной нормальной и патологической вариабельности. Казалось бы, социум давным-давно должен был выработать модус адекватного взаимодействия с любым ребенком. Тем не менее, существующая система школьного обучения, условия, предлагаемые ребенку школой и семьей, приводят детскую личность к дизадаптации именно вследствие их либо объективной невозможности, либо нежелания, либо неспособности учитывать данную вариабельность детской индивидуальности.

В таких условиях защита личности ребенка становится первостепенной задачей психологической службы школы. Говоря о защите

личности школьника, следует в первую очередь иметь в виду не амортизацию тех или иных неправомерных воздействий на ребенка со стороны педагога (хотя и это немаловажно), а создание системы профилактики учебной и личностной дизадаптации, прежде всего путем формирования индивидуализированной психолого-педагогической среды для проблемного ученика. Именно такая задача должна определять структуру, методическую установку и результативность данной службы. Представляется достаточно очевидным, что в ее современном виде — и в организационном плане, и в плане методического обеспечения — школьная психологическая служба, представленная одним психологом на почти тысячу детей и подростков, психологом, полностью подчиненным школьной администрации и служебно, и финансово, психологом, не имеющим организационных связей с системами здравоохранения, социальной защиты и другими, — эта служба в лучшем случае способна выполнять заказ просвещенного администратора, будучи полностью зависима от уровня его просвещенности.

Следовательно, профилактика и коррекция ШД возможна лишь при кардинальном пересмотре всей системы защиты личности ребенка в школе. Такая постановка вопроса представляется тем более правомерной, что современная отечественная школа в силу ряда известных социально-экономических причин не заинтересована в сохранении в своих стенах учеников, требующих особого индивидуализированного подхода в обучении, и активно от них избавляется. Это потребовало от Министерства образования даже принятия специальных нормативных актов, препятствующих такого рода процессу. С введением в школьные штаты социального педагога и заместителя директора по социальной педагогике возникают как дополнительные возможности для защиты личности учащихся, так и вновь проблемы междисциплинарного взаимодействия в системе педагог — психолог — социальный педагог — администратор. Представляется очевидным, что пока эти проблемы не будут решены в организационно-методическом плане, деятельность отдельных специалистов будет оставаться бессистемной и малопродуктивной.

Как показывает многолетний опыт работы с коррекционно-реабилитационными учреждениями, проблема взаимопонимания и адекватной совместной деятельности администрации, педагогов, психологов, психиатров, психотерапевтов, дефектологов, социальных

работников, педиатров в процессе диагностической и коррекционной работы с дизадаптированными школьниками представляет собой крайне важную, но концептуально и практически во многом не решенную задачу. В частности, неясна проблема индивидуальной профессиональной ответственности за результаты такой работы. Не разработаны и не апробированы обоснованные принципы структурного построения подобной службы, методического руководства и профессионального контроля разнопрофильных специалистов, в связи с чем продуктивность их деятельности практически полностью зависит лишь от их профессиональных и личностных качеств.

Несомненно, психолог — это центральное лицо в профилактике и коррекции ШД. Тем не менее, многолетнее сотрудничество с психологами в клинике, в процессе массовых обследований детского населения, в том числе в школе, при индивидуальной диагностике состояния детей и подростков, а также при проведении коррекционных и реабилитационных мероприятий в случаях ШД убеждает в том, что изолированная деятельность психологов, даже весьма опытных, не говоря уже о тех, кто не получил подготовку по медицинской психологии, а ограничен психологическим образованием в рамках педагогической системы, — такая деятельность во многих случаях по объективным причинам оказывается малоэффективной или дает лишь кратковременный эффект.

Объективная сторона данного явления состоит в том, что психологи не могут в достаточном объеме владеть представлениями о патологических психических процессах, нередко лежащих в основе ШД, и уж совсем не владеют специфическими лечебно-реабилитационными возможностями клинической психиатрии. В то же время мягкая, стертая, пограничная, субклиническая психическая патология, не проявляющая себя явным «сумасшествием», грубыми нарушениями поведения, общения, мышления и восприятия, с трудом диагностируемая даже опытным психиатром, неизбежно проходит мимо внимания психолога. Этому есть по меньшей мере две причины.

Во-первых, психолог в силу своего образования и особенностей профессионального мышления естественным образом ищет истоки дизадаптации ребенка в структуре его личности (в широком понимании слова) и в тех микросоциальных условиях, которые могут быть причиной патологического реагирования личности, ее декомпенсации.

Во-вторых, наиболее распространенные в детско-подростковой популяции психические нарушения, как уже сказано выше, в подавляющем большинстве случаев носят стертый, субклинический или «маскированный» характер и по хорошо известным в психиатрии закономерностям создают благоприятную почву для патологических реакций, декомпенсаций, которые в глазах психолога, педагога, родителя выглядят «естественными», психологически понятными, логически объяснимыми (мы называем это *ловушкой очевидности*).

Но, помимо указанных объективных факторов, существуют и разнообразные субъективные, нередко играющие главную роль в качестве препятствий для адекватного обследования ребенка и оказания ему необходимой помощи. Главным из таких субъективных факторов является сформировавшееся в общественном сознании на протяжении последних десятилетий неприятие психиатрической помощи, избегание ее и, более того, активное ей противодействие. Это и неудивительно, поскольку в нашем обществе в условиях тоталитарного государства правящая верхушка отводила психиатрии роль карательной службы, а для населения психиатрический учет был неизбежно связан с целым рядом ограничений, многие из которых не столько охраняли общество от психически больного (что делается во всем мире), сколько сохраняли покой психиатрической службы и правоохранительных органов. Как следствие, в современном общественном сознании россиян психиатрия причиняет непоправимый вред, несет «социальный позор» для пациента, психиатрическое лечение превращает больного в «робота», «манкурта», лишает его главного человеческого достоинства — личностной индивидуальности, свободы воли, а психотропные препараты наносят необратимый вред не только психике, но и всему организму человека. Естественно, все эти опасения возводятся в особо высокую степень, когда речь идет о ребенке, подростке. «Свободные» средства массовой информации создали в последние годы невообразимый ажиотаж вокруг психиатрии, превратив врачей-психиатров в сознании многих граждан, особенно не обремененных высоким образованием и глубокой культурой, в извергов, заинтересованных в причинении вреда больным.

Не вступая в дискуссию по этому вопросу, следует признать, что противодействие психиатрической помощи присуще в силу всего сказанного и многим психологам, и врачам общей практики, которые направляют пациентов к психиатру лишь в ситуациях неизбеж-

ности, когда социальная дизадаптация достигает высоких степеней и проблемы коррекции, реабилитации становятся трудноразрешимыми. В результате помощь нередко запаздывает, что приводит, в первую очередь, к непрерывному нарастанию в обществе агрессии психически больных, направленной как на себя — вплоть до самоубийства, так и на окружающих — это сексуальные и прочие преступления против личности.

Немаловажным субъективным фактором является собственное психическое здоровье лиц, окружающих дизадаптированного ребенка. Современной психиатрии и клинической генетике хорошо известно, что многие психические нарушения имеют в определенной степени наследственную природу, которая проявляет себя, в основном создавая предрасположенность ребенка к патологическому реагированию, к личностным искажениям, к мягким психическим расстройствам. Естественно, родители такого ребенка в той или иной мере весьма часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию как потомства, так и самого родителя, поскольку страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом здоровье.

Такого рода страх имеет глубочайшие онтогенетические корни, поскольку каждому человеческому существу в норме присущи два главных, «базисных» страха: страх физической гибели (смерти) и страх социальной гибели (утраты места личности в окружающем социуме, что для социального существа, человека, не менее страшно, чем физическая гибель). Таким образом, страх перед психиатром, который может обнаружить психическое нарушение и тем самым создать угрозу потери социального лица, присущ в большей или меньшей мере каждому человеку в любом обществе. Однако в различных общественных условиях, на разных уровнях цивилизации и просвещенности эти страхи могут быть более компенсированы или более декомпенсированы. К несчастью, наше российское общество в настоящее время находится в таком состоянии, когда страх превратился в доминирующую эмоцию в общественном сознании. Все это неизбежно соответствующим образом сказывается на отношении

родителей, психологов, педагогов к психиатрическому обследованию детей.

Негативное значение такой оппозиции ясно уже из того, что по крайней мере у 95% детей в коррекционно-реабилитационных учреждениях имеется психическая патология пограничного уровня; почти постоянно возникает нужда в срочной психиатрической диагностике и коррекции в отношении кого-то из учеников в связи с поведенческими нарушениями, депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, субпсихотическими обострениями, токсикоманическими эпизодами. Тем самым опасения относительно «психиатризации» социальных явлений вообще и ШД в частности представляются по крайней мере преждевременными. Наоборот, каждодневный опыт демонстрирует активное сопротивление психиатрической помощи или пассивное ее неприятие населением. (С сожалением приходится констатировать, что действующий политизированный закон об оказании психиатрической помощи населению лишь поддерживает эти тенденции, «защищая» больного от врача и освобождая врача от ответственности перед больным и обществом.)

Таким образом, перед коррекционной медико-психологической службой возникает важнейшая задача: адаптирование микросоциального окружения школьника к психиатрическому обследованию, что требует соответствующих методических разработок, значительного времени и специальной профессиональной подготовки. Наш личный опыт показывает, что при проведении интенсивной адаптационной работы такого рода (одновременно с непосредственной эффективной лечебно-реабилитационной деятельностью) преодоление негативизма со стороны взрослого окружения школьника в отношении психиатрического обследования и помощи наступает лишь спустя 2–3 года. Но и после этого остается определенная часть взрослых, сохраняющих подобный негативизм.

Наконец, и собственное негативное отношение детей и особенно подростков к контакту с психиатром создает затруднения в психиатрическом обследовании и оказании лечебно-реабилитационной помощи. Помимо всего перечисленного выше, в той или иной мере присущего и детскому сознанию как в силу внутренних личностных причин, так и в силу восприятия внушения со стороны взрослого окружения и средств массовой информации, важную роль играют, с одной стороны, недостаточность или отсутствие критики к собствен-

ным психическим нарушениям, что свойственно многим формам психической патологии, а с другой — страх «ярлыка» психически больного, боязнь остракизма со стороны сверстников, педагогов. Последнее, к сожалению, встречается и не только в связи с психиатрической помощью, но даже как следствие психологических скринингов, когда педагог обнаружит ставшие ему известными результаты (к примеру, итоги исследования уровня интеллекта у обучающихся в его классе школьников), трактуя их в оскорбительном плане для некоторых детей.

Таким образом, психолого-психиатрическое обследование школьников подразумевает в качестве необходимых методических условий адаптацию и детей, и окружающих их взрослых к медико-психологической службе с целью преодоления негативизма и оппозиции к психиатру и психологу (эти специальности в сознании населения нередко совмещены), строжайшее соблюдение профессиональной этики специалистами, работающими в школе. При этом один из главных принципов должен состоять в следующем: никто, кроме психологов и психиатров, не должен иметь доступа к результатам психолого-психиатрического обследования; это обследование может производиться только при информированном согласии родителей и самого обследуемого. Родители могут быть ознакомлены с результатами обследования, но лишь в форме, не травмирующей их психику. Особенно нежелательно сообщение диагноза состояния ребенка. Во-первых, практически никто из родителей не сможет вынести собственное адекватное суждение по поводу услышанного диагноза. Во-вторых, в современной психиатрической нозографии само обозначение диагноза во многих случаях практически ничего не говорит о реальном вреде для психики данного патологического состояния и еще меньше говорит о его прогнозе. В-третьих, в детском, да и подростковом возрасте, особенно когда речь идет о мягких, субклинических патологических процессах, собственно нозологическая диагностика (обозначение болезни в соответствии с действующей международной классификацией) крайне затруднена даже для высококвалифицированного специалиста; нередко она просто невозможна. Для реальной лечебно-реабилитационной помощи важно выявить во всех деталях структуру патологического состояния и степень его воздействия на социальную адаптацию школьника в данный момент и в перспективе, а затем разработать на основании этих и многих

других сведений адекватную коррекционно-реабилитационную тактику.

Педагогам и администрации школы какие бы то ни было диагностические результаты обследования не должны сообщаться ни в коем случае, поскольку, не связанные жесткими рамками профессиональной этики и знаниями деонтологии, они могут либо неосознанно, либо преследуя вполне эгоистические цели нанести психике школьника и его родителей трудновосполнимый ущерб. Сведениями, получаемыми педагогами и администрацией, должны быть только описательная характеристика особенностей развития и индивидуальности ребенка, а также рекомендации по оказанию ему помощи, по индивидуальной организации его учебного процесса, по учету особенностей личностного с ним взаимодействия, по созданию определенного психологического климата в семье и классе. Естественно, такого же рода рекомендации должны превалировать в разъяснительной работе с ближайшими родственниками ребенка.

Коротко следует сказать еще об одном объективном факторе, создающем зону конфликта между администрацией образовательного учреждения и педагогами, с одной стороны, и психолого-психиатрической службой, с другой. Фактор этот состоит в принципиально разном подходе к учащимся, что диктуется различными профессиональными задачами: у первых подход более или менее унификационный (единообразно всех обучить, воспитать, дисциплинировать) и одновременно сепарационный (отделить тех, кто выходит за предлагаемые рамки учебно-воспитательного процесса); у вторых — сугубо индивидуализированный (защитить, протектировать личность каждого ребенка) и интегративный (сохранить каждого ребенка в естественной для него микросоциальной среде).

Прежде чем перейти к некоторым технологическим вопросам междисциплинарного взаимодействия в риадапационном процессе, следует настоятельно подчеркнуть, что все излагаемое здесь относится к характеристике факторов, влияющих на ШД, и ни в коем случае не преследует даже завуалированной цели дискредитировать специалистов того или иного профиля. Нет смысла доказывать, что подавляющее большинство специалистов, работающих со школьниками, — профессионалы, преданные своему делу и детям. Речь же идет о необходимости создания условий, в которых их профессионализм и преданность могли бы проявить себя в полной мере. И в этом смысле

следует принять простую парадигму, которой и руководствоваться в дальнейшем: *нет главенствующего фактора в происхождении ШД — нет соответственно и специалиста, всегда и в первую очередь ответственного за ее происхождение или устранение; лишь принятие равнозначности роли и ответственности различных специалистов с одновременным акцентированием роли и ответственности того или иного из них в каждом индивидуальном случае ШД и на каждом ее этапе может сделать продуктивной работу по ее профилактике и коррекции.* Бесспорно, что ведомственный принцип организации коррекционно-реабилитационных служб и учреждений вопиющим образом противоречит мультифакторной природе ШД.

Что касается организации взаимодействия специалистов различного профиля в процессе преодоления ШД, то она строится исходя из этапов этого процесса: 1) предварительная диагностика; 2) первичная и углубленная диагностика; 3) комплексная коррекция и реабилитация; 4) завершающий, собственно реадaptационный, этап.

На первом этапе, исходя из всего сказанного выше, ведущая роль принадлежит совместному обследованию школьника психиатром и психологом, которые при необходимости привлекают других специалистов — дефектолога, нарколога, электрофизиолога и т. д. Задача первого этапа, на котором решается вопрос о возможности приема ребенка в данную конкретную реадaptационную систему (учреждение, группу, класс и т. д.) исходя из принятых в этой системе критериев включения и отсева, состоит также в выработке первоначальных, предварительных рекомендаций для участников предстоящего реадaptационного процесса. Нами разработана и внедрена *специальная компактная форма регистрации результатов предварительной диагностики и рекомендаций, представляемая на медико-психолого-педагогическую комиссию.*

На втором этапе, проходящем одновременно с началом коррекционного процесса, проводятся скрининговые и индивидуальные углубленные обследования различными специалистами по показаниям, вырабатываются индивидуальные планы комплексной реабилитации. На этом этапе именно для педагогов специалистами медико-психологической службы заполняется также разработанная нами специальная форма — развернутая *медико-психологическая характеристика-рекомендация*, смысл которой ясен из названия. Важнейшая задача данного этапа — назначение каждому школьнику *куратора*,

т. е. того специалиста, в помощи которого в первую очередь этот школьник нуждается, который обязан помимо своей специфической работы организовывать участие других необходимых специалистов в реабилитационной работе и который в первую очередь ответствен за результат реабилитационного процесса. При достаточной длительности данного процесса и изменениях в состоянии ребенка куратор, естественно, может меняться.

Что касается собственно реабилитационного этапа, отметим лишь один момент, на котором не акцентируется достаточно внимания: проведение на этапе реабилитации специальной перспективной собственно социореабилитационной работы с детьми и подростками. Важно учитывать, что, попадая в сферу реедаптационной службы, ребенок обретает своеобразную нишу, в которой, как правило, чувствует себя более комфортно и выход из которой в естественную среду следует специальным образом готовить, чтобы не спровоцировать нового срыва адаптации. Этот вопрос еще предстоит подробно разрабатывать. Очевидно, речь должна идти о тренингах социальных навыков, навыков общения, навыков разрешения конфликтов, профориентационной работе и т. д.

Наконец, четвертый, собственно реедаптационный, этап — этап возвращения ребенка, подростка из специальных условий коррекционного процесса в естественную среду со всеми ее проблемами и угрозами для маленького человека, представляется на сегодняшний день наименее разработанным или вообще неразработанным. Здесь решающая роль должна принадлежать социальному педагогу.

Для облегчения и фиксации взаимодействия всех участников реедаптационного процесса нами разработана *комплексная индивидуальная карта учащегося*, включающая в себя, помимо паспортной части, следующие компоненты:

- результаты предварительной медико-психологической и педагогической диагностик;
- социально-психологический анамнез;
- медико-психологическую характеристику-рекомендацию;
- разработанные по специальным общедоступным формам заключения дефектолога, педиатра, социального работника, педагога;
- формы динамического наблюдения и коррекции с этапными заключениями специалистов;

— заключения медико-психолого-педагогических консилиумов (основная форма взаимодействия);

— заключения специалистов по результатам реабилитационной работы.

Разумеется, ведение данной карты ни в коем случае не подменяет и не отменяет специфической профессиональной документации каждого специалиста.

И последнее — об организационной структуре комплексной реабилитационной службы. Для выполнения ею своих функций и полноценной реализации каждым из специалистов своих профессиональных возможностей эта структура должна строиться по принципу *административного единства на основе профессионального разделения*, который, к сожалению, не удается реализовать в силу отсутствия должной нормативной базы для создания подобных комплексных мультидисциплинарных структур. Отсутствие такой базы, в том числе адекватной регламентации деятельности, к примеру, медицинских специалистов в рамках немедицинских ведомств, создает крайне неблагоприятные условия для их плодотворного взаимодействия. Более того, оно порождает постоянную угрозу нарушения взаимодействия и угрозу профессиональных и межличностных конфликтов, что неизбежно снижает эффективность коррекционной работы и в конечном итоге вредит тем детям, готовность помочь которым порой столь упорно декларируется.

Северный Анатолий Алексеевич — психиатр, канд. мед. наук, зам. директора Института педагогики социальной работы РАО (129278, Москва, ул. Павла Корчагина, д. 7а), вед. науч. сотрудник Центра психического здоровья РАМН, президент Независимой ассоциации детских психиатров и психологов; эл. почта: iacpp@glasnet.ru