

**СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ:
МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
КОНСИЛИУМ**

Выпуск 2

**Министерство общего
и профессионального
образования
Российской Федерации**

**Новосибирский
государственный
педагогический
университет**

**Управление
социальной защиты
населения
администрации
Новосибирской
области**

**Областной
социальный приют для
детей и подростков**

**Авторский коллектив:
Л.И. Агентаева,
З.И. Лаврентьева,
М.И. Половинкина**

20016
793

кн 7

Министерство общего
и профессионального
образования
Российской Федерации

Новосибирский
государственный
педагогический
университет

**СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ:
МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
КОНСИЛИУМ**

Выпуск 2

Управление
социальной защиты
населения
администрации
Новосибирской
области

Областной
социальный приют для
детей и подростков

Авторский коллектив:
Л.И. Агентаева,
З.И. Лаврентьева,
М.И. Половинкина

Новосибирск - 1999

578667

Печатается по решению редакционно-издательского совета

Социальный приют: медико-психолого-педагогический консилиум: Сборник методических рекомендаций. - Новосибирск: Изд-во НГПУ, 1999. - с. 38.

Методические рекомендации раскрывают технологию подготовки и проведения медико-психолого-педагогических консилиумов в условиях социального приюта для детей и подростков. Подробно дается описание основных этапов развития коллективной диагностики и коллективного прогнозирования реабилитационной деятельности. На каждом этапе выделяются цели и специфические средства подготовки специалистов к консилиуму.

Индивидуальный стиль поведения участников консилиума представлен в протоколах отдельных заседаний.

Брошюра предназначена для работников учреждений социальной защиты несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, студентов и преподавателей отделения "социальная педагогика".

Ответственный редактор - зам. начальника управления социальной защиты населения администрации Новосибирской области *Л.М. Зябрева*

Рецензенты - начальник отдела семьи, материнства и детства управления социальной защиты населения администрации Новосибирской области *Н.М. Зайцева*;
- зав. кафедрой педагогики НГПУ, доцент, к. п. н. *Т. Л. Павлова*



© Изд-во Новосибирского государственного педагогического университета, 1999

Уважаемые коллеги !

Перед вами второй выпуск методического пособия Новосибирского областного социального приюта для детей и подростков. Он посвящен, казалось бы, очень знакомой и распространенной в практике форме работы: медико-психолого-педагогическому консилиуму. Однако нам хотелось бы подчеркнуть специфику использования консилиума в учреждении, одной из ведущих задач которого является обязательная и быстрая реакция на заведомо сложную ситуацию в жизни ребенка.

Традиционно термин "консилиум" употребляется в значении: "совещание врачей для установления диагноза заболевания и определения способов лечения". Сегодня подобные коллективные совещания специалистов активно внедряются в другие области профессиональной деятельности. Консилиумы проводят юристы, экономисты, политики и механики-автомобилисты. Педагоги тоже выносят наиболее сложные детские ситуации на совместные заседания.

Состав экспертов по определению педагогического диагноза долгое время состоял преимущественно из представителей школьного учительского коллектива. Это могли быть учителя-предметники, классный руководитель, члены администрации. Затем консилиумы пополнились школьными психологами, социальными педагогами, медиками. Кроме того, на совместные обсуждения стали приглашать независимых экспертов, специалистов, работающих с ребенком в системе других учреждений (педагогов дополнительного образования, работников комиссии по делам несовершеннолетних и т. п.). Такие заседания получили комплексное название: медико-психолого-педагогический консилиум.

В современной научно-методической литературе часто упоминается факт проведения консилиума. Но речь обычно идет о значении этого явления в системе работы педагогического коллектива или об эффективности независимых характеристик в определении диагноза и средств коррекции

личности ребенка. Описание технологии подготовки и проведения консилиумов встречается крайне редко. Объясняется данное противоречие тем, что консилиумы ориентированы на анализ конкретного случая, что предполагает **индивидуальный** стиль поведения специалистов. Логику же развертывания оценки ситуации необходимо представить в **общих алгоритмах**, что и требует технология.

Одним из путей методического разрешения проблемы, на наш взгляд, может быть четкое деление двух взаимосвязанных элементов подготовки и проведения консилиума:

- общей стратегии;
- права особого мнения.

Общая стратегия заключается в коллективном определении места консилиума в деятельности учреждения, поиске оптимального его состава, в выработке целей и способов проведения, нахождении взаимодополняемых критериев отбора информации, выявлении механизмов установления и развития обсуждаемой проблемы. Общая стратегия необходима, чтобы избежать произвольности в оценке ситуации и способах регистрации получаемых диагностических данных, чтобы получить такие материалы, которые были бы достаточно однозначны, понятны и не содержали никаких готовых выводов. Специалистам разного профиля целесообразно выработать совместный язык обсуждения ситуации, заранее обговорив и приняв за исходные определенные теоретические понятия. Методике общей стратегии медико-психолого-педагогического консилиума нашего приюта будет посвящена первая часть данной брошюры.

Во второй части нам бы хотелось продемонстрировать другую ключевую особенность любого консилиума – **независимость мнения** специалиста. Как известно, особое мнение можно представить только на основе глубоких профессиональных знаний, опыта и интуиции. Мы не ставим целью раскрыть технологию выработки индивидуального профессионального суждения. Прелагаем вам, уважаемый читатель, сделать по этому поводу собственные выводы, читая конк-

ретные протоколы консилиумов.

Кроме того протоколы помогут почувствовать нестандартную атмосферу и содержание консилиумов в таком специфическом заведении, как приют для детей, оставшихся без попечения родителей.

ОБЩАЯ СТРАТЕГИЯ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА

Необходимость коллективного обсуждения состояния ребенка, поступившего в приют, встала перед сотрудниками учреждения с первого дня его существования. Ситуации были настолько специфические, что индивидуально принимать решение не представлялось возможным. Большинство педагогов ранее с подобными детскими проблемами не сталкивались и не имели специальных знаний. Личное сопереживание трагедии ребенка, педагогический шок от условий его жизни, например, на городской свалке, перенос собственных нравственных критериев на взрослых, бросивших ребенка, зачастую затмевали необходимый в этих случаях педагогический прагматизм. Эмоциональные оценки не всегда были верными помощниками поиска причин социального неблагополучия ребенка и способов его реабилитации. Высокий уровень профессионализма сотрудников приюта подсказывал актуальность спокойного и научно-обоснованного диагностического анализа. Появилась потребность сопоставления мнений, проверки первичных впечатлений о ребенке, обмена информацией воспитателей, медиков и психолога. Требование комплексной диагностики было определено и в Положении о приюте.

Однако специальных совещаний по обсуждению отдельного ребенка не проводилось. Это были ежедневные стихийные встречи-беседы, и происходили они при каждом удобном случае: на прогулках, медицинских осмотрах, в игровых комнатах. Тем более, что все помещения приюта расположены компактно, а педагоги и воспитанники имели частые контакты независимо от рабочего места и возрастного состава детской группы.

Шла интенсивная работа по корректировке оценочных суждений специалистов о поступающих в приют детях. Поэтому **первый этап** становления консилиума можно обозначить как **пилотажный**.

На наш взгляд, пилотажный этап является не только неизбежным, но и обязательным в становлении консилиума. Для вновь создаваемого учреждения он является шагом естественного роста. Для сложившегося педагогического коллектива такой этап может стать полем творческого поиска при экспериментальных исследованиях и в условиях проверки новых концепций деятельности. В том и другом случае для него характерны следующие особенности:

1. Отбор критериев диагностики ребенка.
2. Поиск наиболее адекватных методик исследования личности.
3. Выработка общего языка анализа результатов.

Рассмотрим логику развития каждой из этих особенностей. Самой сложной задачей было определение оптимальных *критериев диагностики* ребенка в условиях приюта. Сначала мы опирались на традиционные психолого-педагогические показатели развития личности ребенка. Изучались сформированность памяти, внимания, мышления; уровень воспитанности; умение строить взаимоотношения со сверстниками и взрослыми; навыки адаптивного поведения и самообслуживания. Но вскоре стало понятно, что необходимы иные показатели изучения ребенка, связанные с экстремальной ситуацией изъятия из семьи. Следовало обратить внимание на гамму чувств и эмоциональных переживаний самого момента отрыва от родителей и привычной обстановки. Необходимо было учесть, что уровень психофизического здоровья наших подопечных значительно ниже, чем в благополучных, среднестатистических семьях. Особенно сильно неблагоприятные семейные условия влияют на эмоциональное состояние детей. Как правило, они конфликтны, замкнуты, подозрительны. Поэтому очень важно было зафиксировать уровень тревожности, страхи, недоверие к новым людям, депрессию, эмоциональное напряжение, уход в себя, степень

половой, возрастной и социальной идентификации, самооценку. Данные критерии служили основанием для выводов о позитивных или разрушительных психических защитах ребенка, показывали готовность ребенка к успеху или избеганию неудач. Внешние проявления поведения ребенка (агрессия, пассивность, приспособление к требованиям педагогов и т. п.) стали носить подчиненный характер и сгруппировались вокруг мотивов использования ребенком определенной тактики взаимодействия с другими детьми и взрослыми. Педагоги пытались понять, охраняет ли агрессивностью ребенок свое "Я" или подавляет "Я" других. Они ставили задачу определить внутреннее состояние ребенка, не связывая его напрямую с поведенческими реакциями.

Данная позиция поисков критериев диагностики соотносилась с разработкой концептуальных положений деятельности приюта, признающих принятие ребенка таким, какой он есть, и ориентирующих на готовность оказать помощь в осознании новой социальной ситуации развития.

Диагностика обследования в таком ракурсе наиболее активно проводилась в течение первых двух недель. Затем исследование ребенка расширялось с целью выявления уровня социальной и педагогической запущенности. Выяснялись ценностные установки, значимые социальные связи, опыт знакомства с окружающим миром, факты отклоняющегося от нормы поведения, качество знаний и познавательных потребностей. Предлагались тесты на выявление интеллекта, особенностей протекания мыслительных процессов, направленности лидерских устремлений.

В связи с ориентацией на показатели, которые не всегда соответствуют внешнему поведению ребенка, необходимо было подобрать *специальные методики* сбора первичной информации.

Наиболее целесообразными нам показались проективные методики. Рука при проведении линии рисунка или выборе цвета карандаша действует на уровне подсознания и отражает неконтролируемое, а следовательно и более истинное психо-эмоциональное состояние ребенка. Особенно важно такое

замечание по отношению к детям дошкольного и младшего школьного возраста, которых в приюте большинство. Дети рисовали не только сакраментальные “Дом, Дерево, Человек” или “Моя семья”, в которых есть строго зафиксированные проявления характеристики личности ребенка, но и иллюстрации к сказкам, свою мечту, любимые игрушки. Цветовое решение рисунка помогало воспитателям разобраться в эмоциональном состоянии ребенка. В отдельных группах заполнялись специальные цветовые матрицы настроений.

Интересные данные можно было получить при конструировании педагогических ситуаций в игровой деятельности. С целью изучения тревожности, фобий дошкольников в игры вводились неоднозначные сюжеты : заболела кукла-дочка, а скорая помощь застряла в снегу. Скорой помощи могли бы помочь зайчик и волк, но они боятся друг друга. В игре участвуют и другие действующие лица – бабушка, младший братик, кошка, лисица.

Для младших школьников специальные ситуации использовались при инсценировке сказок “Волк и семеро козлят ” (наблюдается, как и где прячутся дети, когда в домик врывается злой волк), “Кошкин дом ” (как ведут себя дети на пожаре), “Красная шапочка ” (проводится контент-анализ разговора с волком при первой встрече и в домике у бабушки), “Аленький цветочек ” (изучаются тактильные контакты с чудищем. Здесь важна роль Аленького цветочка).

Воспитатель или психолог выполняли такие игровые роли, которые помогали осуществлять элементы индивидуальной рефлексии. Взрослые становились телефоном, говорящим зеркалом, волшебным клубочком и подсказывали выход из сложной ситуации сказочным героям тогда, когда они высказывали свое эмоциональное состояние. После игры проводилась рисуночная рефлексия. Рисовали самый тревожный и самый веселый момент игры. По рисункам составлялись индивидуальные беседы.

Для уточнения некоторых диагностических показателей психолог проводила пальчиковые игры с небольшими группами детей. На пальчик ребенка надевался вязаный сказочный пер-

сонаж и за столом разыгрывались небольшие сюжеты-диалоги. Организатор игры фиксировал эмоциональное напряжение, степень успешности, выраженность психических защит.

Особая роль отводилась диагностическим методикам социального педагога. Прежде всего она проводила социально-педагогический анализ документов. Но сведения в них были скупы и не давали представления о социальном развитии ребенка. Практически всегда отсутствовали сведения о ближайших родственниках, не удавалось составить картину взаимоотношений родителей и детей, определить временные рамки социального распада семьи. Дополнительную информацию социальный педагог получал при общении с органами опеки и попечительства, при посещениях семей и из бесед с родителями и родственниками. Организовывались встречи с бывшими школьными учителями, изучались социальные контакты в микросреде.

Осторожно выяснялось представление семейной ситуации глазами самого ребенка. Как показывает опыт, дети часто продолжают любить своих родителей, очень скучают, часто идеализируют отношения в семье. Суждение о себе у таких детей искаженное. Социальный педагог расспрашивала о школьных друзьях и любимых животных, помогала выбрать в группе кровать и место ее нахождения, такое, "как было дома", наблюдала за отношениями родных сестер и братьев, уточняла значимые социальные связи. Богатый анализ давали наблюдения при встречах детей с родителями (социальный педагог организовывал такие встречи даже с родителями, находящимися в следственном изоляторе).

Свои наблюдения и выводы социальный педагог фиксировала в индивидуальной карте ребенка в первом разделе: "Социальное развитие".

Ведущим методом сбора информации о детях в группах оставались традиционные дневники наблюдений воспитателей. Пилотажный этап становления медико-психолого-педагогического консилиума неоднократно приводил к изменению его обязательных разделов. Начинали мы с выделения таких показателей, как отношение к детям и взрослым, степень участия в

играх, самообслуживание и трудовые навыки, сексуальное развитие. Затем перешли к фиксации наиболее характерологических показателей поведения, т. е. описанию ярких поведенческих ситуаций. Были попытки анализа взаимоотношений уровня развития коллектива, лидерских позиций, статуса ребенка в группе.

Заполнение индивидуальных дневников наблюдений поручалось чаще всего одному из четырех воспитателей. Кроме того, дневник заполнял каждый в день своего дежурства.

Постепенно выработались три основных раздела дневника наблюдения: описание ситуации, педагогические выводы и рекомендации, анализ результативности.

И все-таки дневники наблюдений оставались не всегда удовлетворительными. Скорее всего, потому, что воспитатели не чувствовали их востребованности. Нужно было показать роль замечаний воспитателя в составлении общей картины о ребенке.

Не всегда друг друга понимали специалисты разных профилей. Медик, психолог, педагог-дошкольник, учитель чаще всего говорили о собственных проблемах на своем специфическом языке. При наблюдениях за ребенком трудно было объяснить и передать другим интуитивные предположения относительно элементарных фрагментов поведения ребенка. Задачей пилотажного этапа стала *выработка общего языка* наблюдения, анализа и интерпретации данных о ребенке.

Была организована серия методических занятий для сотрудников приюта, на которых обсуждались концепция деятельности учреждения, особенности психического развития детей из семей социального риска, специфика реабилитационной и коррекционной работы, методики диагностических исследований. Рассматривались подходы к терминам, их смысловое значение и оттенки трактовок в разных научных источниках. Вырабатывались общие понятия и конкретные определения, критерии проявлений ведущих психологических и педагогических явлений в условиях приюта. Имел значение сам факт разговора на научном языке. Заслуживали внимание отдельные замечания, суж-

дения и выступления психологов и воспитателей. Руководил всей работой научный консультант, сотрудник кафедры социальной педагогики, кандидат педагогических наук.

В результате были утверждены принципиальные положения диагностики личности ребенка в приюте:

– широта информационного поля;

– безоценочность фиксируемого явления;

– однозначность критериев;

– взаимообусловленность отдельных фрагментов наблюдений;

– общий язык передачи информации о ребенке.

Информационно-методическая насыщенность и практический опыт подвели коллектив приюта к следующему этапу становления консилиума – **организационному**. Заместитель дирек-

тора по учебно-воспитательной и реабилитационной работе был назначен ответственным за нововведение данной формы работы.

Было принято решение о составе медико-психолого-педагогического консилиума. В него вошли научный консультант,

заместитель директора по учебно-воспитательной и реабилитационной работе, психолог, врач-педиатр, социальный педагог, логопед. На отдельные заседания приглашались воспитатели той группы, где проживал ребенок. На заседание консилиума предполагалось выносить *обсуждение не более двух*

детей, чтобы было время на обдумывание, уточнение информации, рассмотрение ее с разных точек зрения. Как показал дальнейший опыт, это решение было верным. Иногда факты поворачивались таким образом, что из отрицательного показателя превращались в механизм реабилитации. Так, по мнению воспитателя, у 11-летнего Федора из-за агрессивности и неприязни не складывались отношения в группе. Социальный педагог подсказала, что старшего брата Федора именно в этом возрасте несколько лет назад отправили в специализированную школу-интернат для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями. Психолог вспомнила повышенную тревожность Федора при прохождении теста на интеллектуальные способности, хотя по тесту он получил достаточно высокий результат. В школе он тоже учился неплохо. Воспитатель со-

гласилась, что Федор не может опуститься до требований, предъявляемых к другим детям, у которых стоит диагноз задержка психического развития. Он с трудом пошел на договор с воспитателем о том, что после просмотра телепередачи быстро ляжет в кровать. Такое обещание легко дали все другие мальчики. Утром никто, кроме Федора, не напомнил воспитателю, что договор был нарушен.

Консилиум решил "открыть" Федору педагогическую тайну разного отношения к детям, объяснив это психологическими показателями темперамента, реакций, смены настроений его сверстников. Упор был сделан на то, что нужно сравнить себя не с другими, а с самим собой. Федора выводили на идею самокоррекции.

Как мы видим, на заседание консилиума специалисты приходили со своими записями, результатами исследовательских методик, со своими выводами и сомнениями. *Готовность* к консилиуму была одним из центральных требований организационного этапа.

Организационный период длился недолго и закончился принятием Положения о медико-психолого-педагогическом консилиуме (приложение № 1).

Третий этап развития консилиума мы называли **ситуационный**. Это означало, что консилиумы назначались в связи с особой ситуацией, для разрешения сложного психолого-педагогического явления.

Как ни странно, повестку дня первого ситуационного консилиума предложила психолог, мотивируя ее безысходностью педагогических воздействий. Девочка, о которой предлагалось поговорить, находилась в приюте около четырех месяцев. Ни воспитатели, ни психолог не могли отметить позитивных изменений у этого десятилетнего подростка. Проблема заключалась в вопросе: "То ли мы исцеляем?"

Разговор был первый, но плодотворный и содержательный. О поведении девочки знали много, были зафиксированы любопытные сведения о взаимоотношениях со сверстниками, с сест-

рой, с одноклассниками. Психолог провела несколько тестов на самооценку, на выявление лидерских способностей, агрессивность. Пополнились сведения о состоянии здоровья матери девочки, об отношениях в семье. Почти все показатели носили негативный характер: агрессивна, вспыльчива, непослушна, неаккуратна, нетрудолюбива, неряшлива, отвергнута. Стали искать причину в семье, а там - у сестры только положительные оценки: поет, рукодельница, помогает воспитателям. И вдруг выяснилось, что роли у них так и распределялись в семье: похвала - одной и смирение с позицией забитой посредственности (если не сказать хуже) – у другой (см. протокол заседания консилиума № 1).

Сведения участников консилиума, интерпретируемые жизненными сценариями девочек, заиграли другим цветом. Добавились ночные наблюдения о страхе энуреза. Увиделись стремления девочки заботиться о младших детях приюта, ее тяга к музыкальным занятиям. Это был не просто выход на позитив, а переоценка всей ситуации. Получился эффект не столкновений, а дополнений мнений разных специалистов.

Несколько ситуационных консилиумов позволили сформировать требования к технологии их подготовки и проведения.

Во-первых, они касались *выбора предмета обсуждения*. Это были те дети, для которых работники приюта желали нетрадиционного жизнеустройства. Сегодня у нас еще нет уверенности, что мы можем точно назвать критерии, по которым для ребенка определение в детский дом нежелательно. Иногда такая позиция связана просто с возрастом. Не совсем целесообразно отдавать на два года в детский дом четырнадцатилетнего воспитанника. Один из консилиумов определил девочку такого возраста в католический приют, где ей предоставили возможность дальнейшего проживания при обучении в училище. Другую взрослую девочку порекомендовали отдать в семейный детский дом. Четырнадцатилетняя Вика Е. почти год прожила в приюте, чтобы найти для себя приемную семью. Она первая написала письмо-обращение в газету "Молодость Сибири". Оформлена под опеку, учится сейчас в педагогическом колледже.

Обсуждали на ситуационных консилиумах судьбу таких детей, у которых есть родственники или которых можно вернуть в свои семьи. Активно велись поиски путей сближения ребенка и матери, разлученных жестокими обстоятельствами. За четыре года работы приюта возвращено в родные семьи около 50 детей. Но и эту цифру мы считаем победной и ставим перед собой задачу увеличить ее.

Во-вторых, ситуационный консилиум предполагал *изменение ракурса обсуждения* диагностических данных. Сначала это происходило стихийно. Например, выступление музыкального руководителя на консилиуме по поводу Олега К. заставило задуматься над формированием его детской позиции, хотя перед этим все педагоги радовались не по годам сложившейся у Олега самостоятельности (см. протокол заседания консилиума № 2). Иногда на консилиуме выяснялось, что пропустили в оценке социальной ситуации развития очень значительный факт. Например, было известно, что мать двух воспитанников приюта умерла, но не было сведений, сколько лет в то время было детям. Уточнение возрастного переживания смерти матери позволила найти наиболее эффективные средства реабилитации ребенка. Затем стали специально отбирать противоречивые диагностические показатели: заниженная самооценка и высокий статус в группе; тревожная цветограмма и спокойное, жизнерадостное общение с детьми и взрослыми; веселое настроение днем и ночные страхи.

Изменение взгляда на детскую ситуацию не было панацеей от беды. Чаще всего оно не изменяло кардинально программу работы с ребенком. Но давало повод поискать нетрадиционные средства реабилитационной деятельности приюта.

Отсюда вытекает третья особенность ситуационного этапа консилиумов – *верификация целей и средств* реабилитации. Это означает, что участники коллективного обсуждения обязаны предложить веер целей. Все цели вытекают из общей идеи, но имеет разную направленность. Так, для одной из девочек было предложено установить контакты с отцом, проживающим в ближнем зарубежье и не знающим, что его дочь осталась без

матери; пожить некоторое время в семейной детской группе; поддерживать тесные связи с родными от второго брака младшими сестрами, тоже находившимися в приюте. Вся прелесть веера целей заключается в том, что окончательный выбор остается за ребенком. Диапазон средств, напротив, обеспечивается педагогическим коллективом. Здесь важно соблюдать принцип равных возможностей для осуществления любой цели. Лучше всего их подробно расписать в реабилитационной карте ребенка и назначить ответственных за исполнение.

Таким образом, третий этап развития консилиума помог наладить взаимосвязь диагностических данных психолога, медиков, воспитателей, показал их важность и жизнеопределяющее значение. Он продемонстрировал, как можно сформировать новые идеи, способствующие реабилитации ребенка в приюте, определить наиболее целесообразные формы его дальнейшего жизнеустройства.

Четвертый этап развития консилиума связан с переводом его в постоянно действующий орган. На консилиуме обсуждается каждый ребенок, поступающий в приют. Этот этап мы назвали **комплексный**. Его цель – определение тяжести соматических, психологических и социальных последствий социально-психологической депривации ребенка, поиск способов и средств совместной работы по реабилитации и жизнеустройству ребенка. Задачи:

1. Выяснить место и значение социально-психологического дефекта для личности ребенка.
2. Раскрыть механизмы симптомообразования.
3. Сформировать прогноз реабилитации и развития.

Итак, консилиум должен определить не только болезнь, но и степень ее тяжести, кризисные моменты выздоровления.

Наш врач заметила, что у всех детей без исключения первые две недели наблюдаются шумы в сердце. Если это не связано с общим состоянием здоровья, шумы проходят без особых последствий. Значит психо-эмоциональный кризис длится примерно

десять-четырнадцать дней. Это проявление главного симптома – разлуки с близкими. Необходимо дать детям время пережить создавшуюся трудную ситуацию, не добавляя других отрицательных факторов, не предъявляя новых требований к их поведению. Практически все дети на уровне подсознания (или бессознательном) настолько уходят в себя, что не рефлексируют свое взаимодействие с окружающими их людьми. Поэтому на заседании консилиума по вновь поступившему ребенку через две-три недели его проживания в приюте лучше сосредоточиться на том, как он перенес кризис. Одновременно следует собрать максимум сведений о социальной ситуации развития ребенка. Необходимо изучить обстоятельства семейной жизни ребенка, круг общения, включающий взрослых и детей. Чтобы строить коррекционную и реабилитационную программы, важно иметь сведения о нормальной и аномальной стадиях психо-социального развития детей. Следует выяснить, положительные или отрицательные значения социального взаимодействия получил ребенок в семье. Ведь может случиться, что младенческую фазу он провел в благоприятной атмосфере. Тогда реабилитационная работа может строиться на приобретенном положительном опыте. Одним словом, первые партии в начальном консилиуме играют социальный педагог и врач. Они определяют *место* социально-педагогического дефекта.

Его *значение* выясняется на следующем консилиуме через месяц, другой. Специалисты анализируют, насколько неблагоприятные социальные условия деформировали целостность личности и ее основные свойства. Помогает в этом опыт, накопленный на третьем этапе становления консилиума. Используется эффект нового ракурса ситуации, поиска неожиданной детали, независимых характеристик (например, ночного дежурного, медсестры, учительницы, тренера). Кроме того, включаются фрагменты самоанализа детей, их суждения о планах и целях, о потребностях и возможностях. Консилиум пытается разобраться, испытывает ли подросток страх перед жизненными опасностями или уверен в успехе, готов определить путь выхода из положения (см. протокол заседания консилиума № 2).

Интерпретация данных о целостности личности и ее нарушениях требует специальной психологической подготовки, поэтому заглавную роль в данном консилиуме играет педагог-психолог.

578667 Научному консультанту принадлежит ведущая позиция в поиске *механизмов симптомообразования*, т. е. вскрытии причин происхождения отклонений в развитии. Это умозрительные заключения, основанные на знаниях общих закономерностей. Это сравнение ребенка с эталоном психического и социального развития конкретного возраста. Оно происходит по трем основным показателям: соответствие возрастным возможностям; выраженность индивидуальных особенностей; степень социализации. Выясняется, что не успел получить ребенок в сензитивные периоды развития, какие новообразования, характерные для возраста, у него слабо выражены. Делается вывод, есть ли у ребенка индивидуальные черты или можно говорить о специфических свойствах личности, которые характеризуют индивидуальность. Определяется дезадаптированность ребенка. Происходит как бы отстранение от конкретного образа. Работают общие схемы. Они и позволяют назвать симптомы девиаций.

Однако известно, что в приюте практически не бывает детей без отклонений. Как правило, для них показательна социальная и педагогическая запущенность, задержка психического развития. Истоки негативных особенностей и замедленных темпов тоже вычисляются по общим схемам. Например, подростковый возраст сензитивен для таких психологических новообразований, как сознательная регуляция своих поступков, умение учитывать чувства, интересы, желания и характер других людей и ориентироваться на них при организации своего поведения. Но эти новообразования не возникают сами по себе, они являются результатом опыта ребенка, полученного им на предшествующих возрастных ступенях: относились ли окружающие люди с пониманием к его переживаниям, видел ли он сопереживания людей друг другу, был ли он в ситуациях, когда от него требовалась помощь, поддержка и пр. Из известных сведений модели-

руется возможная социальная ситуация развития и вскрывается внутренняя логика развития симптома. Смоделированная схема соотносится с поставленным диагнозом. Устанавливаются причинно-следственные связи и логика процесса самодвижения симптома. Такое научное моделирование позволяет выйти на идею не только корректировки личности (ее реабилитации), а долгосрочного прогнозирования.

Заключительным аккордом комплексного консилиума является *формулировка путей и средств реабилитации и прогноза развития личности*. Рекомендации консилиума имеют несколько уровней. Один из них связан с деятельностью отдельных специалистов и направлен на коррекцию конкретных показателей. Например, развитие мелкой моторики, оказание помощи в выполнении домашних заданий, санация лор-органов и т. п. Другой уровень ориентирован на комплексную реабилитацию. Он определяет круг мероприятий, организуемых разными специалистами приюта. В них должна прослеживаться определенная система и последовательность. На консилиуме обговаривается роль и позиция каждого сотрудника в реабилитации ребенка. Список мероприятий заносится в специальный раздел индивидуальной карты ребенка. Там же фиксируются наблюдения, отражающие эффективность коррекционной работы. Контролирует выполнение рекомендаций зам. директора по учебно-воспитательной и реабилитационной работе.

Самый высокий уровень рекомендаций – прогноз о дальнейшем жизнеустройстве ребенка. Это очень ответственное решение, и его следует принимать коллективно. Ориентиром в принятии решения является Положение социального приюта о предпочтительном определении ребенка в семью. Поставив перед собой такую далекую перспективу, мы начинаем нести особую ответственность за готовность ребенка к семейной жизни. В работу включаются внутренние мотивы деятельности сотрудников приюта. Реабилитационная работа приобретает смысл и общую направленность.

Решение о дальнейшем жизнеустройстве ребенка напрямую связано с прогнозами общего развития личности. Это уже реко-

мендации тем педагогам или родителям, которые займутся воспитанием ребенка после его реабилитации в приюте. Желательно, чтобы они носили конкретный характер, подчеркивали логику общего развития ребенка, отражали его индивидуальные особенности. Вырабатываются советы на последнем заседании консилиума перед выпуском ребенка из приюта, записываются в характеристике (индивидуальной карте) и передаются вместе с другими документами. Социальный педагог или психолог сопровождают письменные указания устными дополнениями при переводе ребенка в другое учреждение.

Рекомендации для усыновителей, опекунов или приемной семьи даются на специальных занятиях, которые проводят в течение месяца специалисты приюта. Родителей можно пригласить на выпускной консилиум.

За консилиумом остается право патронажной деятельности. Сегодня нам удастся поддерживать тесные связи с некоторыми выпускниками приюта. Особым вниманием патронажа пользуются выпускники, поселившиеся в семьях. Участники консилиума продолжают следить за судьбой ребенка, обсуждают советы родителям, бывают в гостях, оказывают эмоциональную поддержку. Записи о развитии и социализации ребенка продолжают фиксироваться в его архивной индивидуальной карте. Это позволяет отслеживать общую логику реабилитационной работы, анализировать эффективность деятельности приюта, вести научный мониторинг и сравнение развития детей при разных формах жизнеустройства. Несомненно, что лонгитюдные исследования составят ценный научный материал.

Все вышесказанное убеждает нас в мысли, что для эффективности деятельности медико-психолого-педагогического консилиума необходима общая стратегия его подготовки и проведения. Консилиуму присущ строгий алгоритм развития, ведущими этапами которого являются пилотажный, организационный, ситуационный и комплексный. На каждом этапе выдвигаются последовательно развивающиеся задачи и показываются особенности их реализации разными специалистами. Технологичность действий при отборе критериев диагностики и

способов реабилитации обеспечивает взаимопонимание и взаимодействие сотрудников приюта.

Медико-психолого-педагогический консилиум доказал целесообразность и полезность единства научности, системности, логики и технологии. Ценность консилиуму придает индивидуальная ответственность и свобода мнений специалистов.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ СТИЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА

Методические пояснения ко второй главе брошюры поразительно точно выражены словами знаменитого психолога XX века Эрика Эриксона: "Мне нечего предложить, кроме моей манеры смотреть на вещи".¹ В данной главе представлены протоколы консилиума, в которых отражен индивидуальный стиль деятельности разных специалистов приюта. Для этого подобраны документы разноплановых консилиумов и разных стилей их оформления.

Протокол № 1 заседания консилиума

Обсуждается план реабилитационной работы с *Кристиной В.*, 04.08.87 года рождения, и *Катей Ш.*, 05.04.88 года рождения.

Девочки – сводные сестры без юридического оформления. Сведения об их взаимоотношениях в семье получены социальным педагогом из личных бесед. Выяснилось, что Кристина, дочка мамы, в семье находилась в ситуации зависимости, как и сама мама. Отчим часто пил, избивал мать. Кристина в таких обстоятельствах оставалась незащищенной. Катя, напротив, чувствовала свое превосходство над сводной сестрой. Анализ поведения Кати в приюте подтверждал ее умение лавировать в конфликтных ситуациях взрослых, принимать сторону "победи-

¹ Эриксон Э. Детство и общество. СПб, 1996. с.559.

теля”, приспособливаться к внешним требованиям. По мнению воспитателя группы, Катя всегда выполняет требования педагогов, активна, хорошо поет и рукодельничает. Она быстро адаптировалась к условиям приюта. Умело устанавливает контакты со взрослыми, но с детьми из группы часто конфликтует. Катя оказалась в приюте чуть раньше, чем Кристина, сразу после ареста отца (мать у Кати умерла). Кристина осталась в доме с матерью без средств к существованию, кроме того у матери на фоне алкоголизма стали проявляться симптомы психического заболевания. Мать часто и надолго уходила из дома. Более конкретных сведений об этом периоде жизни девочки нет.

Когда в приюте появилась Кристина, ее поведение явно отличалось от поведения Кати. Она была агрессивна, сопротивлялась всякому влиянию педагогов, не выполняла требований. Не владея еще в полной мере информацией об образцах социального взаимодействия девочек в их семье, воспитатели стали приводить в пример Катю. Они пытались найти пути реабилитации в родственных отношениях девочек. Кристина постепенно стала подчиняться новым правилам. Но, по словам воспитателей, оставалась обидчивой. Педагог-психолог считает, что агрессивное поведение Кристины связано с ее психоэмоциональным состоянием, не поддается коррекции. У Кристины нет подруг. Она ни с кем не хочет дружить.

Таким образом, можно допустить, что Катя и Кристина в приюте во время адаптации повторили принятые в их семье правила социального поведения. Однако Кристина бессознательно пыталась уйти от предписываемого ей жизненного сценария “забитой материнской дочки”. Ее агрессия была направлена против привычной социальной роли. Значимым в объяснении этого явления может быть разговор корреспондента телевидения при съемке в группе:

Корреспондент: - Вы сестры?

Катя: (уверенно) - Да!

Кристина: (стеснительно) - Двоюродные.

Катя: (утвердительно) - Сводные.

Рекомендации социально-коррекционной работы

- Педагогическую деятельность построить таким образом, что-бы примером подражания стала Кристина.
- Смоделировать в группе игровую ситуацию, в которой Кристина могла бы проявить доброту, уступчивость и получить одобрение.
- С помощью психотренинга ввести Кристину в референтную группу Насти Х. и Кати П.
- Поддерживать активность Кати в художественном творчестве, создать условия в общих музыкальных номерах Кати и Кристины.

Рекомендации участникам консилиума

- Социальному педагогу выяснить, какие условия были у Кристины до совместного проживания девочек в семье.
- Воспитателям понаблюдать за поведением девочек в ситуации "обратного соподчинения".
- Педагогу-психологу провести работу, способствующую повышению самооценки Кристины, налаживанию доброжелательных отношений Кати с детьми.

Наблюдения

16.02.98 г. Катя и Кристина принимали участие в конкурсе "Любовь с первого взгляда" в день Святого Валентина. Девочки оказались взаимно выбранными, но в финале победила Кристина (причем, это не было сделано с педагогическими целями, конкурс оценивался детьми). Статус девочки резко повысился.

03.03.98 г. Кристина обратилась к зам. директора по воспитательной работе с просьбой написать письмо в газету по поводу ее усыновления. Это свидетельствует о повышении ее самооценки. Положительно отзываются о Кристине воспитатели.

16.03.98 г. Воспитатели обращают внимание на резкое изменение поведения Кати. Она часто вступает в конфликт с воспитателями. Стала более раздражительна. Старается сохранить

свое лидерство.

19.05.98 г. Как акт поиска нового поведения Кати, можно расценить как воровство денег у девочки из группы. В поступке не раскаивается. Часто уходит в себя. Но ведет себя по-прежнему непринужденно в общении со всеми. Кристина факт воровства Кати сильно переживает. Она анализирует ситуацию вместе со взрослыми. Она помнила все 10 дней (в отличие от Кати), что Кате объявили бойкот и попросила воспитательницу разрешить ситуацию в пользу сестры.

Рекомендации по дальнейшему жизнеустройству

Реабилитационные задачи по отношению к Кристине можно считать решенными. Следующий этап – подготовка девочки к дальнейшему устройству в семью.

Кате следует помочь осознать свою позицию во взаимоотношениях с детьми и взрослыми. Это можно сделать через индивидуальные беседы, психотренинг, вечерние огоньки в группе. Необходимо включить Катю в психотренинговую группу по обучению принятия ответственности за проявление чувств и эмоций.

9 июня 1998 года Катя Ш. определена в 3-й детский дом.

4 августа 1998 г. Кристина В. передана на воспитание в семейную группу Л.Н. Плучевской (сроком на один месяц).

2 октября 1998 г. В редакцию еженедельника "Молодость Сибири" передано письмо Кристины с просьбой взять ее в семью. Приводим текст письма:

Здравствуйте, дорогая редакция!

Пишет вам одиннадцатилетняя девочка Вертинская Кристина. Уже несколько месяцев я живу в приюте для детей и подростков, так как осталась без родителей. Учусь в 6-м классе. По характеру вспыльчивая, но, думаю, очень добрая. Люблю вышивать, читать, ухаживать за птицами, слушать музыку. У меня есть мечта: я хочу выучиться играть на фортепиано.

Мои друзья – это девочки и мальчики из школы и приюта. Но, к сожалению, я не имею доброй семьи, в которой я стала бы

хорошей дочерью.

Если кто-то заинтересуется моим письмом, пожалуйста, напишите мне в приют по адресу: г. Новосибирск-39, ул. Крамского, 43, Вертинской Кристине. Или позвоните в приют по телефону 66-62-93 директору Маргарите Ивановне или заместителю Людмиле Ивановне.

Кристина.

От редакции. Письмо Кристины - это третья попытка нашей газеты помочь детям из областного социального приюта для детей и подростков обрести семьи. У нас легкая рука: после двух предыдущих писем из приюта, 14-летней Вики и 13-летней Лены, обе девочки нашли семьи. Они счастливы. Вика сейчас учится в педагогическом колледже, а Лена - в 7-м классе школы. Они не забывают приют, приезжают вместе со своими приемными родителями и очень хотят, чтобы другим детям повезло так же, как и им. Нам тоже хочется верить, что и Кристина встретит людей, которые изменят ее жизнь.

Протокол № 2 заседания консилиума

Обсуждается план реабилитационной работы с *Сашей В.*, 03.12.89 года рождения, и *Олегом К.*, 12.03.89 года рождения.

Саша В. поступил в приют 09. 02. 98 г., так как мать его бросила, находится в настоящее время в розыске, старшая сестра отказалась от опекуна.

Саше 8 лет, в школу не ходит. Последнее время жил со старшей сестрой 1980 года рождения. Мать квартиру продала еще в 1994 году. Сестра живет с сожителем и ждет ребенка. Средств к существованию нет, она нигде не работает.

Интеллект у мальчика сохранен, но к школе Саша не готов. Не знает букв, счета, у него не хватает общих знаний об окружающем мире. Мелкая моторика не развита. Не знает сказок. Ярко проявляется чувство отверженности. Контактен, но эмоции вы-

ражает бурно.

Рекомендации первичной реабилитации

- Включить в группу психотренинга для формирования эмоций.
- Составить план специальных занятий по подготовке к школе.
- Включить в совместные ролевые игры, учить регуляции поведения через игровые роли.
- С целью уточнения задач реабилитационной работы подготовить документы на МППК (медико-психолого-педагогический консилиум).

Олег К. поступил в приют 02. 02. 98 г. по ходатайству Комитета по социальной защите населения мэрии г. Новосибирска в связи с тем, что мать его бросила, и оформляются документы на лишение ее родительских прав.

Олегу 9 лет, ученик 2-го класса. Посещал общеобразовательную школу Октябрьского района г. Новосибирска. До поступления в приют несколько месяцев жил в солдатской казарме. По сведениям инструктора по работе с семьями военнослужащих, Олег ушел из дома из-за пьянок матери и побоев отчима. Мать Олега в прошлом – мастер спорта по пулевой стрельбе, работала тренером в воинской части, в настоящее время работает продавцом в киоске. Олег, живя в казарме, продолжал обучение в школе.

О семье Олег не говорит. Выполнить рисуночный тест "Моя семья" отказался. К матери отношение негативное.

В приют Олег согласился пойти потому, что его убедили, что отсюда можно попасть в кадетский корпус.

Мальчик учится на 3-4. Память – хорошая, однако слабое воображение. Высокий уровень страхов, тревожности. Агрессивных проявлений не наблюдается. Очень открыт. Самостоятелен. После проживания в казарме вместе с солдатами занял позицию взрослого. Скорее всего, познал многие вещи, недоступные его сверстникам. Но хочет оставаться ребенком. При

подготовке к празднику попросил разрешения почитать стихи со словами: "Стыдно же быть не как все дети". Олег быстро вошел в контакт с детьми, но в собственный мир не пускает. По наблюдениям психолога крайне аутичен.

Вывод после коллективного обсуждения

Побег из семьи, проживание в казарме и мечта о кадетском корпусе на фоне аутичности и длительной фрустрации могут оказаться психической защитой, которая отрицательно скажется на развитии личности.

Рекомендации социальной реабилитации

- Провести коррекцию страхов.
- Закрепить положительную позицию ребенка.
- Установить контакты с кадетским корпусом.

Записи наблюдений

8 мая 1998 г. группа старших детей приюта посетила концерт в войсковой части, где жил Олег. Олега и его друзей хорошо встретили, предоставили им лучшие места в зрительном зале. Это подтверждало гордость Олега за признание его взрослости. Но поведение молодых людей (солдат) во время концерта было не совсем этичным. Разговор об этом с музыкальным руководителем приюта показал преимущество детского сообщества. Олег с подобными выводами согласился.

17 мая 1998 года Олег определен в Кадетский корпус.

Саша В. 03.06.98 г. передан на воспитание в семейную группу Л.Н. Сергеевой.

Протокол № 3 заседания консилиума

Слава С., 21.06.90 года рождения поступил в приют 11. 09. 98 г. по ходатайству отдела образования территориальной администрации г. Оби с целью дальнейшего жизнеустройства. Органами опеки и попечительства решается вопрос о лишении родительских прав матери. Поступил в приют вместе с братом Денисом, 28.10.88 года рождения.

Рекомендации социальному педагогу

- Узнать условия проживания ребенка в семье.
- Решить вопрос с обучением.
- Получить информацию об отце и других близких родственниках (мальчик проживал с отчимом).

Соматический статус

При медицинском обследовании заболеваний не выявлено.

Рекомендации

- Санация лор-органов.
- Вакцинация по календарю.
- Общеукрепляющие мероприятия.

Психологический статус

Диагноз МППК - 317. 09 (олигофрения в стадии дебильности).

Диагноз педагога-психолога - глубокая ЗПР, тотальная социально-педагогическая запущенность, двигательная расторможенность.

Основные направления, требующие коррекции

В эмоционально-волевой сфере: коррекция поведения, снятие страхов, формирование волевых качеств, снижение двига-

тельной расторможенности.

В познавательной сфере: коррекция внимания, коррекция восприятия (дифференцирование основных цветов и оттенков, геометрических фигур, величин, пространственно-временных представлений); коррекция воображения; коррекция мышления; развитие слуховой памяти.

Методы и приемы коррекции

- Беседы на различные темы с целью повышения общей осведомленности об окружающем мире.
- Индивидуальная работа с психологом 2 раза в неделю по 20-30 мин.
- Игротерапия для снятия страхов (психологическая игра, театрализованная деятельность).
- Арттерапия (изобразительная деятельность, лепка, конструирование)
- Коррекция поведения через беседы, вовлечение в совместную деятельность и игру с другими детьми, тренинги общения.
- Уточнение диагноза (переосвидетельствование на МППК).

Логопедическое обследование

ФФН (фонетико-фонематическое недоразвитие). Словарь беден, незначительный аграмматизм. У ребенка не поставлены 3 звука: р, ш = с, ж = з (ротоцизм, паросигматизм).

Рекомендации

- Развитие пальчиковой моторики.
- Развитие фонематического слуха.
- Развитие речевого дыхания.
- Постановка и автоматизация звуков р, ш, з,
- Развитие зрительной и слуховой памяти.
- Пополнение словаря.
- Развитие диалогической и монологической речи.
- Работа по грамматическому строю речи.

- Работа над выразительностью речи.

Педагогические наблюдения

При поступлении наблюдались неустойчивость настроения, подавленность, излишняя нервозность, неуправляемость, неадекватное поведение на справедливые замечания (“не буду”, “не хочу”, “мне так не нравится”). Засыпал с трудом, спал чутко, беспокойно. Ночным энурезом не страдает.

Сейчас стал чувствовать себя более уверенно, реже стала проявляться нервозность, агрессивность в поведении. В спокойной обстановке не плаксив, доброжелателен, контактен. Любит, когда его хвалят, ставят в пример другим.

Дружеские отношения со сверстниками складываются нелегко и не быстро. Со старшими детьми старается избегать конфликтов, может сдерживать себя. Готов помочь, когда его просят об этом.

Любит рисовать, конструировать, может делать сложные постройки по картинке. В спортивных играх ловок.

В учебной деятельности быстро устает, учеба дается с трудом, так как мальчик не был подготовлен к школе. Счет освоил до 16 в прямом порядке, словарь беден, пересказ по наводящим вопросам, букв не знает.

В школу ходит с желанием. Очень переживает, когда не справляется с заданием, помощь принимает охотно, но только от взрослых.

Рекомендации воспитателям

- Режим – щадящий, опека, индивидуальное внимание.
- Не вовлекать в шумные игры, т. к. мальчик склонен к перевозбуждению.
- Обеспечить спокойную, доброжелательную обстановку.
- Содействовать в построении оптимальной системы отношений со сверстниками.
- Поощрять интерес к учебе, оказывать помощь в подготовке домашних заданий.

Протокол № 4 заседания консилиума

Ира Б., 01.11.90 года рождения поступила в приют 11.09.98 г. по ходатайству Колыванского РОО с целью дальнейшего жизнеустройства. Мать лишена родительских прав, отец умер. Девочка поступила в приют вместе с братом Павлом Т. 23.01.87 года рождения.

Девочка бродяжничала, часто ночевала у соседей, так как в доме матери нет продуктов питания, одежды, мебели. 10 июня Ира была доставлена в тяжелом состоянии в больницу (укус клеща). После выздоровления мать не желала забрать девочку из больницы.

К обучению в школе Ира совершенно не готова.

Рекомендации социальному педагогу

- Оформить пенсию по потере кормильца.
- Передать в органы опеки и попечительства сведения о ребенке для постановки на централизованный учет.
- Обеспечить необходимыми школьными принадлежностями для индивидуальных занятий.

Соматический статус

При медицинском обследовании выявлено и намечено следующее:

- Санация хронических очагов инфекции (лор-органы).
- Вакцинация по индивидуальному плану.
- Выявление соматической патологии (анемия ? ФСШ ?).
- Обследование в условиях спец. неврологического стационара.
- Общеукрепляющие мероприятия.

Психологический статус

ЗПР, соц. пед. запущенность.

Основные направления, требующие коррекции в эмоциональ-

но-волевой сфере: снятие страхов, тревожности.

В познавательной сфере: внимание, восприятие, оттенки цветов, величина, мышление, зрительная память.

Коррекционная работа

- Индивидуальные занятия по развитию познавательной сферы 3 раза в неделю по 20 минут.
- Игротерапия для снятия страхов.
- Беседы для обогащения общей осведомленности.
- Тренинги общения.
- Арттерапия.
- Освидетельствование на МППК.

Логопедическое обследование

ФФН: ламбдацизм и ротоцизм. Временные и пространственные понятия сформированы. Свободно классифицирует предметы. Словарь достаточен (пассивный). Активный словарь беден. Предложения в рассказе использует простые, нет слов-определителей.

План работы

- Развитие фонематического слуха.
- Развитие активного словаря - активизация речи.
- Постановка и автоматизация звуков л, р.
- Развитие слуховой памяти.
- Работа над выразительностью речи.
- Развитие монологической речи.
- Речевое дыхание.
- Развитие пальчиковой моторики.

Педагогические наблюдения

В первые недели пребывания в приюте Ира была очень подавлена, замкнута, апатична. На вопросы отвечала односложно: "да", "нет", "не знаю" или просто кивала головой, потупив гла-

за. Ира совсем не улыбалась, никак не реагировала на происходящее вокруг. Ира скучает по дому, иногда плачет по этому поводу, трижды, по инициативе брата, убежала из приюта. Причину самовольного ухода объясняет так: "Хочу домой". Девочка сначала с недоверием относилась к взрослым.

Ира не очень аккуратна, не умеет следить за собой, но при напоминании все исполняет. Очень долго, с трудом, засыпает. Ночным энурезом не страдает.

Сейчас Ира изменилась: прошла апатичность, подавленность, замкнутость. Она стала улыбаться, перестала прятать глаза, подружилась с девочками, особенно с Шурой. Появились общие игры, разговоры, смех. Девочка перестала стесняться старших детей. Ира стала с большим доверием относиться к взрослым: может спросить о чем-либо, попросить что-нибудь, робко проявить ласку.

Девочка подолгу может заниматься рисованием, раскрашивать рисунки, картинки. Хотя девочка стала гораздо общительней, все-таки предпочитает быть одна. Подружившись с Шурой, стала участвовать в сюжетно-ролевых играх ("Дом", "Больница"). Главные роли пока не берет: предпочитает второстепенные. Охотно подчиняется правилам игры, но инициативу не проявляет. Во всех начинаниях идет "на поводу" у девочек.

Ира неплохо знает названия овощей, фруктов. Может классифицировать предметы по принадлежности, цвету. По форме, размеру – с трудом. Тексты запоминает плохо. Считает в прямом порядке до десяти, обратный счет еще не освоила.

Учебная деятельность дается с трудом. Букв и арифметических действий не знает.

По характеру Ира послушная, добрая, отзывчивая на ласку девочки. Охотно выполняет все просьбы, поручения. Очень любит, когда ее хвалят, ставят в пример другим.

Рекомендации

- Для закрепления самостоятельности давать длительные поручения. Обязательно оценивать ее действия, поступки, чем по-

казывать доброе расположение взрослых.

- Для развития инициативности, активности, умения отстаивать свое мнение вовлекать в совместные игры, занятия со сверстниками, старшими детьми, помогать ей справляться с главными ролями. Подчеркивать ее положительные качества.

- Организовать индивидуальные занятия по школьным предметам.

- Для развития познавательной деятельности рассматривать книги, журналы и т. д. Беседовать о просмотренном.

- Для развития памяти, речи просить пересказывать литературные тексты, учить стихотворения.

- Поощрять участие в развлечениях, проявление творчества, активности.

- Контролировать эмоциональное состояние.

Протокол № 5 заседания консилиума

Обсуждается план реабилитационной работы с *Машей А.*, 21.09.92 года рождения и *Василиной А.*, 25.12.89 года рождения.

Маша и *Василина* – родные сестры, поступили в приют 30.04.98 года в связи с лишением родительских прав матери. Родители девочек свои обязанности не выполняли, отец нигде не работал, мать устраивалась до первой зарплаты. В доме нет самого необходимого: продуктов питания, одежды, не созданы условия для учебы. *Маша* и *Василина* помещены в приют по ходатайству Колыванского отдела образования.

Девочки физически развиты нормально, однако находились в контакте с больными туберкулезом.

Маша заикается. Заикание усиливается в связи с высоким уровнем страхов (боится темноты, воды, высоты). Потребности в родителях нет. Старшая девочка, которую *Маша* зовет "няня", является заместителем мамы.

Маша очень привязана к старшей сестре, но легко идет на контакт с другими взрослыми. Обычно веселая, не плаксивая,

не обидчивая. Но очень плохо спит и легко возбудима.

Василина ко взрослым относится настороженно. Минут через 10 - 15 игрового общения уходит в себя. У нее высокий уровень тревожности и вины. Семью не рисует. Ответственность за ситуацию в семье берет на себя. Настроение спокойное. Девочка приветливая, вежливая. Но первое время с детьми не общалась, стеснялась есть с другими детьми за одним столом. Василина обучаемая, но проявляются признаки ЗПР.

У девочек нет справок об окончании учебного года, не ясно, в каких классах они учились.

Рекомендации первичной реабилитации

- Сохранить родственные отношения. Создать условия взаимной заботы и ответственности сестер.
- Уточнить медико-психологический диагноз обучения.
- Выяснить ситуацию с обучением Василины в 1-м классе, провести возможную коррекцию для перевода во 2-й класс.
- Организовать индивидуальную работу с Василиной по преодолению чувства вины.
- Провести с Машей психотренинг по снятию страхов. Предложить воспитателям серию упражнений по психогимнастике.
- Организовать занятия с логопедом по поводу заикания.
- Осуществить 3-х месячное профилактическое лечение (как контактную с больными туберкулезом).

31.08.98 г. Маша и Василина переданы на воспитание в семейную группу И.Ю. Чудиновой (с. Усть-Каменка Тогучинского района) вместе с Таней П. Все три девочки из одного села, более того, являются дальними родственниками.

ПОЛОЖЕНИЕ О МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОНСИЛИУМЕ

1. Медико-психолого-педагогический консилиум (МППК) – постоянно действующий совещательный орган ведущих специалистов приюта.

2. Целью деятельности МППК является определение тяжести соматических, психологических и социальных последствий социально-психологической депривации детей, оставшихся без попечения родителей; поиск способов и средств совместной работы по реабилитации и наиболее целесообразной форме жизнеустройства ребенка.

3. Ведущими принципами деятельности консилиума признаются научность диагностических данных, безоценочность фиксируемого явления, однозначность критериев, общий язык передачи информации о ребенке. Метод работы МППК – взаимодополняемая консультация специалистов разного профиля.

4. Специалисты МППК имеют право на особое мнение о путях и средствах реабилитации ребенка, оставшегося без попечения родителей.

5. В состав консилиума входят зам. директора по учебно-воспитательной и реабилитационной работе, педагог-психолог, учитель-логопед, социальный педагог, врач-педиатр, воспитатели.

6. На совместные заседания могут приглашаться независимые эксперты и специалисты, работающие с детьми вне приюта.

7. Периодичность заседаний консилиума определяется его членами, исходя из объема диагностических данных о ребенке (но не позднее 3-х недель с момента поступления в приют).

8. Итогом работы МППК является индивидуальная программа оказания помощи ребенку с определением методов и форм реабилитационной деятельности.

9. В обязанности участников консилиума входит фиксирование динамики индивидуальной реабилитационной работы с ребенком.

10. Участники МППК несут ответственность за принятые решения и обеспечивают их реализацию.

Приложение 2

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА

I. Заключение инспектора по охране прав детства.

II. Педагогический консилиум.

1. Социальный статус ребенка. _____

2. Соматический статус. _____

3. Психологический статус. _____

4. Логопедическое обследование. _____

5. Педагогические наблюдения. _____

**III. Динамика социальной реабилитации
(заполняется специалистами 1 раз в 3 недели).**

1. Социально-медицинские показатели. _____

2. Социально-психологическая коррекция. _____

3. Социально-педагогическое взаимодействие. _____

4. Социальная реабилитация. _____

5. Логопедическая коррекция. _____

**IV. Заключительный медико - психолого - педагогический
консилиум**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Общая стратегия подготовки и проведения медико-психолого-педагогического консилиума	5
Индивидуальный стиль специалистов медико- психолого-педагогического консилиума	20
Приложения	35
Положение о медико-психолого-педагогическом консилиуме	35
Индивидуальная карта воспитанника приюта	36

Редактор *Ряшенцева Е.Н.*
Верстка *Васеха Д.С.*

Лицензия ЛР № 020059 от 24.03.97.

Подписано к печати 22.02.99. Формат бумаги 60x84/16.
Печать RISO. Уч.-изд. л. 2,45. Усл.п.л. 2,2. Тираж 500 экз.
Заказ № 6

Педуниверситет, Новосибирск, 126, Вилюйская, 28.

52

20016

793

16655 2)

800

25

17