

*Н.М. Иовчук, А.А. Северный*

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ПРИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Ассоциация детских психиатров и психологов. Москва.

В последние годы проблема междисциплинарного взаимодействия привлекает все больше внимания специалистов, работающих в сфере профилактики и реабилитации школьной и социальной дизадаптации у детей и подростков [1-4, 7, 8]. Несмотря на то, что в США и странах Западной Европы междисциплинарные коллективы существуют несопоставимо более длительное время, чем в России, вопросы комплексной мультидисциплинарной помощи детям и подросткам по-прежнему сохраняют свою актуальность [9, 10]. В России впервые проблема междисциплинарного взаимодействия, или мультидисциплинарного, комплексного профессионального подхода, остро встала в начале 90-х годов, когда появились принципиально новые учреждения для детей и подростков с социальной и школьной дизадаптацией. Их возникновение было обусловлено стремительным повышением количества дизадаптированных детей школьного возраста, связанным с множеством факторов социально-экономического и социально-психологического характера. За последние 12 лет в России возникли сотни коррекционных школ и центров, и их число продолжает неуклонно нарастать. Создание таких центров часто лишено научного обоснования и методически не обеспечено, что делает эффективность их работы несоизмеримо низкой по сравнению с материальными и моральными затратами.

Деятельность доминирующего большинства вновь созданных центров направлена на коррекционно-реабилитационную работу с детьми и подростками, имеющими тяжелые степени социальной дизадаптации. Между тем, как показывают клинико-психологические и клинико-статистические исследования [5], школьная и социальная дизадаптация во всех случаях является процессом мучительным, длительным, почти всегда доступным предотвращению при комплексном профилактическом подходе. Между тем именно профилактике меньше всего уделяется внимания в школе и детском саду, хотя термин «группы риска», так часто употребляемый различными специалистами, тесно спаян именно с профилактическим подходом. Система профилактики школьной дизадаптации, охватывающая не только школу, но и дошкольные детские учреждения, пока существует лишь в зачаточном состоянии и в единичных детских учреждениях, хотя она не только гуманнее, но и дешевле коррекции глубоких форм школьной и социальной дизадаптации.

Одним из главных препятствий в организации полноценной реабилитационной и профилактической помощи является ведомственная разделенность детских служб, что особенно пагубно сказывается на судьбе самых незащищенных детей – лишенных родительского попечения, оказавшихся в особых социальных условиях (бомжей, бродяг, преступников, беженцев и т.п.). Коррекционно-реабилитационные центры организуются в рамках различных административных структур – департаментов образования, Министерства образования, Министерства здравоохранения, МВД, Министерства социальной защиты, Комитета молодежи и т. д. Узковедомственное подчинение центров крайне ограничивает возможность полноценного профессионального контроля, а также возможность привлечения специалистов из-за отсутствия соответствующих ставок в штатном расписании, низкой оплаты «непрофильных» специалистов, невозможности сохранения стажа по своей специальности, лишения надбавок, удлиненного отпуска, возможности повышения квалификации и т.п. В связи с этим в коррекционных центрах работают не только энтузиасты, готовые ради идеи помощи детям поступиться многими профессиональными льготами, но нередко и неопытные, неперспективные или «выгоревшие» специалисты, что пагубно сказывается прежде всего на детях. Лишь единичные центры, добившиеся межведомственного или вневедомственного подчинения, в состоянии привлечь высококвалифицированных специалистов на постоянную работу, что несомненно существенно улучшает ее

результаты. Для выполнения своих функций и полноценной реализации каждым из специалистов своих профессиональных возможностей структуру комплексной социо-реабилитационной и профилактической службы целесообразно строить по принципу **административного единства на основе профессионального разделения**, чего, к сожалению, не удается реализовать в силу отсутствия адекватной нормативной базы для создания подобных структур.

В то же время создаваемые альтернативные (негосударственные) учреждения для психокоррекционной помощи детям играют крайне незначительную роль, поскольку организации, высокопрофессиональные и действующие на благотворительной основе, лишены скольконибудь существенной государственной поддержки, а учреждения, работающие для извлечения прибыли, малодоступны для населения и порой низкопрофессиональны.

Психолого-психиатрическое обследование в коррекционных центрах [6] выявляет у доминирующего большинства их воспитанников (93-97%) различные психические расстройства, которые в основном относятся к пограничному уровню патологии. Среди семей подростков с тяжелыми формами социальной дизадаптации преобладают неполные, неблагополучные или очевидно патологические. В такой ситуации коррекционная работа с дизадаптированными детьми и подростками оказывается малопродуктивной усилиями специалистов какого-то одного профиля и требует применения усилий различных специалистов: психологов, педагогов, психиатров, педиатров, наркологов, психотерапевтов, семейных терапевтов, дефектологов, социальных педагогов и социальных работников, юристов. Таким образом, возникает необходимость междисциплинарного взаимодействия, встречающая на своем пути множество непредвиденных препятствий.

Как показывает многолетний опыт работы в коррекционно-реабилитационных учреждениях, проблема взаимопонимания и адекватной совместной деятельности администрации, педагогов, психологов, психиатров, психотерапевтов, дефектологов, социальных работников, педиатров в процессе диагностической и коррекционной работы с дизадаптированными детьми 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. Кроме того, негативную роль играет разобщенность разнопрофильных специалистов, занимающихся проблемой профилактики и реабилитации социальной и школьной дизадаптации у детей и подростков, даже в рамках одной организационной структуры. Каждый из них считает свою роль доминирующей в социопрофилактическом или социореабилитационном процессе в ущерб деятельности других специалистов. Помимо несогласованности и противоречивости назначений при подобном подходе возможна и прямая конфронтация различных специалистов, что может сводить на нет коррекционные усилия или значительно снижать их эффективность.

Многие специалисты, даже при немалом опыте работы в образовательных учреждениях или психиатрическом стационаре, не готовы к работе с детьми и подростками, имеющими психические расстройства пограничного уровня. В связи с этим постоянно встает вопрос о повышении квалификации и переподготовке специалистов, работающих с дизадаптированными подростками, и о разработке новых программ повышения квалификации и обучения молодых специалистов.

В системе комплексной коррекционно-профилактической и реабилитационной помощи подросткам особое значение приобретают уровень профессиональной подготовки и основные задачи деятельности социального педагога, моделирующего такую работу и координирующего взаимодействие специалистов различного профиля. К сожалению, в практике работы междисциплинарного коллектива детско-подросткового коррекционного и профилактического учреждения функциональные обязанности социального педагога оказываются весьма расплывчатыми и нередко смешиваются с профессиональной деятельностью психолога, психотерапевта, адми-

нистратора, хозяйственника и т. д.

Несомненно, психолог – это центральное лицо в профилактике и коррекции социальной и школьной дизадаптации. Тем не менее многолетнее сотрудничество с психологами 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 убеждает в том, что изолированная деятельность даже весьма опытных психологов, не говоря уже о не получивших подготовку по медицинской психологии, во многих случаях по объективным причинам оказывается малоэффективной или дает лишь кратковременный эффект.

Объективные корни данной ситуации заключаются в том, что психологи не могут в достаточном объеме владеть представлениями о патологических психических процессах, нередко лежащих в основе дизадаптации, и уж совсем не владеют специфическими лечебно-реабилитационными возможностями клинической психиатрии. В то же время мягкая, стертая, субклиническая психическая патология, не проявляющая себя явным “сумасшествием”, грубыми нарушениями поведения, общения, мышления и восприятия, трудно диагностируемая даже опытным психиатром, неизбежно проходит мимо внимания психолога по меньшей мере по двум причинам.

Во-первых, психолог в силу своего образования и особенностей профессионального мышления естественным образом ищет истоки дизадаптации ребенка в структуре его личности 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 было отмечено, в подавляющем большинстве случаев носят стертый или “маскированный” характер и, по хорошо известным в психиатрии закономерностям, создают благоприятную почву для патологических реакций, декомпенсаций, которые в глазах психолога, педагога, родителя носят характер “естественных”, психологически понятных, логически объяснимых (“ловушка очевидности”).

Кроме указанных объективных факторов существуют и разнообразные субъективные, нередко играющие главную роль в препятствиях для адекватного обследования ребенка и оказания ему необходимой помощи. Главным из таких субъективных факторов является сформировавшееся на протяжении последних десятилетий в общественном сознании неприятие психиатрической помощи, избегание ее или даже активное противодействие ей. В нашем обществе, где 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, в современном общественном сознании россиян психиатрия, в первую очередь, несет в себе непоправимый вред, “социальный позор” для пациента, психиатрическое лечение якобы превращает больного в “робота”, “манкурта”, лишает его главного человеческого достоинства – личностной индивидуальности, свободы воли, 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 или подростке.

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 неизбежности, нередко, естественно, запаздывая, что приводит, в первую очередь, к непрерывному нарастанию в обществе агрессии психически больных, направленной как на себя (самоубийства), так и на окружающих (сексуальные и прочие преступления против личности), когда социальная дизадаптация достигает высоких степеней и проблемы коррекции, реабилитации становятся трудноразрешимыми.

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. Родители такого часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию, поскольку страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом нездоровье.

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 просвещенности эти страхи могут быть более компенсированы или более декомпенсированы. Российское общество в настоящее время находится в таком состоянии, когда страх превратился в доминирующую эмоцию в общественном сознании. Все это соответствующим образом сказывается на отношении родителей, психологов, педагогов к психиатрическому обследованию детей. С сожалением приходится констатировать, что действующий политизированный Закон об оказании психиатрической помощи населению лишь поддерживает указанные тенденции, “защищая” большого от врача и освобождая врача от ответственности перед больным и обществом.

Негативное значение такой оппозиции ясно уже из того, что в коррекционно-реабилитационных учреждениях 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, наркоманическими и токсикоманическими эпизодами.

Собственное негативное отношение детей и особенно подростков к контакту с психиатром также создает затруднения в психиатрическом обследовании и оказании лечебно-реабилитационной помощи. Помимо всего перечисленного выше, в той или иной мере присутствующего и детскому сознанию как в силу внутренних личностных причин, так и в силу восприятия доминирующего мнения взрослых, важную роль играют, с одной стороны, недостаточность или отсутствие критики к собственным психическим нарушениям, а с другой, – страх “ярлыка” психически больного, остракизма со стороны сверстников, педагогов, социальной дискриминации. Последнее, к сожалению, встречается и не только в связи с психиатрической помощью, но даже как последствие психологических скринингов, когда педагог обнародует ставшие ему известными результаты (например, исследования уровня интеллекта у обучаемых в его классе школьников, трактуя их нередко в оскорбительном плане).

Таким образом, психолого-психиатрическое обследование детей 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). Одной из апробированных высокоэффективных моделей междисциплинарной и многоплановой работы с “проблемными” детьми и их семьями является “Школа родителей”, включающая лекции, семинары, беседы различных специалистов и направленная на повышение родительской компетентности, преодоление негативизма к специалистам и пробуждение инициативы и активности самих родителей.

Одним из главных принципов работы психиатра и психолога в междисциплинарном коллективе является строжайшее соблюдение профессиональной этики. Никто, кроме психологов и психиатров, не должен иметь доступа к результатам психолого-психиатрического обследования. Обследование может проводиться 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 практически ничего во многих случаях 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, а нередко и просто невозможна. Для реальной лечебно-реабилитационной помощи важно установить 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 данных адекватную коррекционно-реабилитационную тактику.

Педагогам и администрации детских учреждений ни в коем случае не должны сообщаться диагностические результаты обследования. Не связанные жесткими рамками профессиональной этики и знаниями деонтологии, педагоги могут либо неосознанно, либо преследуя вполне эгоистические цели нанести психике ребенка и его родителей трудно поправимый вред. Педагоги и администрация получают только описательную характеристику особенностей развития ребенка, а также рекомендации в отношении помощи ребенку, индивидуальной организации его жизнедеятельности, форм личностного взаимодействия с ним, создания определенного психологического климата в семье и в детском учреждении. Такого же рода рекомендации должны превалировать в разъяснительной работе с ближайшими родственниками ребенка.

Организация взаимодействия специалистов различного профиля в процессе преодоления дизадаптации ребенка строится исходя из этапов этого процесса: 1) предварительная диагностика; 2) первичная и углубленная диагностика; 3) комплексная коррекция и реабилитация; 4) завершающий, собственно реадаптационный, этап.

На первом этапе, исходя из всего сказанного выше, ведущая роль принадлежит совместному обследованию ребенка психиатром и психологом, которые при необходимости привлекают других специалистов – дефектолога, нарколога, электрофизиолога и т.п. Задача первого этапа, на котором решается вопрос о возможности приема ребенка в данную конкретную реадаптационную 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 реадаптационного 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 обследования, индивидуальные углубленные обследования различными специалистами по показаниям, вырабатываются индивидуальные планы комплексной реабилитации. Принципиальным является введение нами **коррекционного показателя**, определяемого каждым специалистом. Получая суммарный коррекционный показатель и затем отслеживая его динамику в процессе коррекционной работы, мы получаем возможность объективизировать эффективность деятельности как отдельных специалистов, так и учреждения в целом. На этом этапе для педагогов и родителей специалистами медико-психологической службы заполняется разработанная специальная форма – развернутая **Медико-психологическая характеристика-рекомендация**, смысл которой ясен из названия. Важнейшей задачей второго этапа является назначение каждому ребенку **куратора**, т.е. того специалиста, в помощи которого в первую очередь он нуждается, специалиста, который обязан помимо своей специфической работы организовывать участие других необходимых специалистов в коррекционной работе и который несет ответственность за результат коррекционно-реабилитационного процесса. При достаточной длительности данного процесса и видоизменении состояния ребенка, естественно, куратор

может меняться.

На собственно реабилитационном этапе коррекционной работы важно учитывать, что, попадая в сферу рееадаптационной 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 все еще недостаточно разработан. Очевидно, речь должна идти о тренингах социальных навыков, тренингах навыков общения, навыков разрешения конфликтов, профориентационной работе и т. д.

Наконец, четвертый, собственно рееадаптационный этап – возвращение ребенка/подростка из специальных условий коррекционного процесса в естественную среду со всеми ее проблемами и угрозами, представляется на сегодняшний день наименее или вообще неразработанным. Здесь решающая роль должна принадлежать социальному педагогу.

Для облегчения и фиксации взаимодействия всех участников рееадаптационного процесса нами разработана **Комплексная индивидуальная карта учащегося**, включающая в себя, помимо паспортной части, результаты предварительной медико-психологической и педагогической диагностик, социально-психологический анамнез, медико-психологическую характеристику-рекомендацию, разработанные по специальным, общедоступным формам заключения дефектолога, педиатра, социального педагога, формы динамического наблюдения и коррекции с этапными заключениями специалистов, заключения медико-психолого-педагогических консилиумов и, наконец, заключения специалистов по результатам реабилитационной работы. Ведение данной карты не подменяет и не отменяет специфической профессиональной документации каждого из специалистов.

С целью преодоления разобщенности специалистов разного профиля, для выработки единой стратегии и взаимодополняющей тактики работы с дизадаптированным ребенком и его семьей, целесообразной является такая форма совместной деятельности всех участников коррекционного процесса, как **медико-психолого-педагогический консилиум**, представляющий собой совещание специалистов, участвующих в обследовании, обучении, коррекции и лечении ребенка и членов его семьи в каждом конкретном случае.

Задачи медико-психолого-педагогического консилиума состоят в следующем:

1. Предоставлении каждым специалистом результатов обследования ребенка и членов его семьи и предложениях по социопрофилактической и социокоррекционной работе в своей области.

При этом психиатр, помимо диагностики состояния и болезни (если таковая есть), должен определить глубину и динамику расстройств, по возможности прогнозировать их течение на ближайшее время и отдаленную перспективу с указанием предположительного возраста стабилизации и компенсации состояния, а также указать на возможные патологические реакции в ответ на активные коррекционные воздействия и способы лечебного воздействия на такого рода реакции. В отношении активного, в особенности медикаментозного, лечения следует руководствоваться принципом минимальной достаточности, заключающемся в том, что воздействие на ту или иную патологическую симптоматику не может быть самоцелью и должно осуществляться лишь в такой мере, в какой необходимо облегчить адаптацию и ресоциализацию ребенка или подростка. Этот принцип особенно важно учитывать в комплексной коррекционной работе, поскольку активная терапия, направленная на купирование патологической симптоматики, может в связи с побочными действиями лекарств существенно затруднить психомоторную спонтанную деятельность больного и тем самым снизить эффективность учебно-коррекционных воздействий.

Социальный педагог представляет картину среды, в которой дизадаптировался ребенок, определяет основные средовые травмирующие факторы, выявляет “опорного” члена семьи, с которым предпочтительней взаимодействовать в коррекционно-реабилитационном процессе.

Со стороны педиатра и невропатолога (если консультация такого специалиста необходима), наряду с диагностическими заключениями и прогнозом, также требуются лечебные реко-

мендации, скорректированные потребностями коррекционной работы. В частности, традиционное назначение препаратов, стимулирующих центральную нервную систему, с целью способствовать ускорению психомоторного развития может значительно затруднить коррекционную работу, вызывая или усиливая расторможенное поведение больного, резко затрудняя возможности концентрации его внимания и налаживания с ним контакта.

Психолог, определив личностные особенности ребенка, указывает на потенциальные возможности в интеллектуальной деятельности и эмоциональных особенностях ребенка или подростка и тем самым определяет уровень возможных достижений в результате коррекционной работы.

Психиатр и психолог, обследовавшие семью, помимо диагностических заключений, могут оказать помощь в ранжировании ее членов по отношению к коррекционной работе с ребенком, в первую очередь, в выявлении опорного участника для совместной лечебно-коррекционной работы с ребенком и семьей.

На основании заключений этих и других специалистов (коррекционного педагога, электрофизиолога, окулиста и т. п.), а также собственных первоначальных наблюдений педагога вырабатывают индивидуальный подход к профилактической или коррекционной работе с учащимся.

2. Взаимное согласование диагностических суждений и коррекционно-профилактических предложений с выработкой единого поэтапного плана медико-психолого-педагогической работы с ребенком и его семьей. В случае необходимости назначаются дополнительные обследования и консультации специалистов.

3. Обсуждение с родственниками ребенка или подростка его состояния, успеваемости, поведения и предложений по коррекционно-профилактической работе.

Первый медико-педагогический консилиум проводится через 1-3 недели после выявления признаков повышенного риска по школьной дизадаптации или явных признаков школьной (социальной) дизадаптации. В последующем медико-психолого-педагогические консилиумы проводятся перед каждым новым этапом профилактического или коррекционного процесса, а также при непрогнозируемых изменениях в поведении, успеваемости или межперсональных отношениях ребенка или подростка, требующих новой коррекционной тактики или дополнительных обследований. Заключительный консилиум подводит итоги коррекционной работы с ребенком, анализирует достижения и ошибки, обсуждает новые лечебно-методические приемы, дает родителям ребенка рекомендации относительно его дальнейшего воспитания и обучения.

Кроме рабочего, **стратегического**, консилиума, выполняющего все указанные выше функции, можно выделить еще один вид медико-психолого-педагогического консилиума – **обучающий**, направленный на ознакомление специалистов разного профиля с методами диагностики, прогнозирования, терапии, выработки коррекционной тактики другими специалистами. Если на рабочем медико-психолого-педагогическом консилиуме присутствие ребенка не всегда является необходимым, то работа обучающего консилиума основана на расспросе ребенка и его родителей.

Несмотря на номинальное признание медико-психолого-педагогического консилиума как основной формы работы междисциплинарного коллектива, в большинстве профилактических и коррекционно-реабилитационных учреждений консилиум является формальностью, при которой специалисты даже не встречаются, а лишь устанавливают свои подписи под общим, порой малоквалифицированным и разноречивым заключением. Нельзя умолчать также, что в ряде учебно-коррекционных центров медико-психолого-педагогический консилиум превращен в оскорбительную, унижающую достоинство ребенка и его родителей процедуру, полностью дискредитирующую саму идею консилиума и вызывающую еще больший негативизм к врачам и психологам.

В заключение хотелось бы суммировать основные принципы междисциплинарного взаимодействия, принятие которых является залогом преодоления разобщенности мультидисциплинарного коллектива. К ним относятся:

- высокая профессиональная квалификация специалиста;
- ориентированность в вопросах пограничной психической патологии (не только для психиатра);
- широкое видение проблемы адаптации/дизадаптации применительно к каждой возрастной группе детства, социально-психологических проблем, социального и личностного прогноза;
- стремление к накоплению мультидисциплинарного опыта, открытость к опыту других специалистов, центров, международному опыту;
- адекватные представления о функциях и методах работы других специалистов;
- уважение к сфере профессиональных интересов и особенностям деятельности каждого специалиста при сохранении своей профессиональной независимости и профессиональной гордости;
- способность выражать свои профессиональные заключения общедоступным языком;
- соблюдение профессиональной этики, профессионального кодекса, ориентированность в вопросах медицинской деонтологии;
- знание основных положений международной Конвенции о правах ребенка и российских законов о семье и детстве.

Следует заметить, что до сих пор не написано научно обоснованных, ориентированных на практическую деятельность, учитывающих специфику детского коррекционного учреждения методических рекомендаций по вопросам междисциплинарного взаимодействия. Между тем, к настоящему времени накоплен громадный опыт деятельности сотен междисциплинарных коллективов со всеми присущими им ошибками, трудностями, проблемами и победами, обобщение которого может вылиться в серьезное научно-практическое руководство.

## ЛИТЕРАТУРА

1. В.Л. Брагинский, Э.С. Мандрусова, Т.А. Саркисова. Опыт коррекции школьной дезадаптации лечебно-педагогическими и психотерапевтическими методами. – Там же. – с. 86-87.
2. Н.В. Вострокнутов. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации. – в сб. 8 – 11.
3. Е.Г. Дозорцева, Е.И. Морозова. Опыт применения коррекционно-реабилитационной программы “Открытие” в специальной школе для девиантных подростков. – Там же. – с.80 – 81.
4. А.Я. Иванова, Э.С. Мандрусова. К вопросу о междисциплинарном взаимодействии специалистов в работе с детьми с социальной дезадаптацией. – Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. – Москва, 1998. – с. 185-186.
5. Н.М. Иовчук. Психопатологические механизмы школьной дезадаптации. – Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. – Москва. 1995. – с. 23-25.
6. Н.М. Иовчук. Школьная дизадаптация и психическое здоровье ребенка. Ж. Социальная работа, 1999, 1/12, стр. 69-72
7. Н.Н. Малофеев. Интегрированное обучение в России: задачи, проблемы и перспективы. – В сб. Особый ребенок. Исследования и помощь. Вып. 3. – Москва, 2000. – с. 65-73.
8. Г.Н. Тростанецкая. Педагогическая и социальная реабилитация детей с девиантным поведением в условиях специальных учебно-образовательных учреждений. – Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. – Москва, 1996. – с. 35 – 38.
9. G. Richardson, I. Partridge, N. Jones. A tiered child and adolescent mental health service. – European Child and Adolescent Psychiatry. Abstracts 11th International Congress. – Hamburg, 1999. II/196.
10. P. Melchers, A. Maluck, L. Suhr, S. Scholten, G. Lehmkuhl. An Early Onset Rehabilitation Program after Traumatic Brain Injury: Methods and First Results. – Там же. – II/65.