
К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников

Н.М. Иовчук,

*доктор медицинских наук, психиатр высшей категории,
профессор Московского городского психолого-педагогического университета,
член правления АДПП, av22893@akado.ru*

А.А. Северный,

*кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН,
психиатр высшей категории, член экспертного совета Министерства образо-
вания и науки РФ, президент АДПП*

В статье рассматриваются представления о дидактогенных как психических расстройствах у детей, обусловленных школьным обучением. Анализируются психогенные факторы, вызывающие или провоцирующие дидактогенную депрессию у учащихся начальных классов. Приводится клиническая картина дидактогенной депрессии, ставится вопрос о ее диагностике и возможностях коррекции.

Ключевые слова: депрессия, дидактогенная, младший школьный возраст, диагностика.

В 1970-е гг. получил распространение гипотетический тезис западных педопсихиатров: «Чем тяжелее депрессия у ребенка, тем хуже прогноз» [6–8]. В данном случае речь шла о том, что у детей развернутые депрессии психотического уровня, по своим проявлениям приближающиеся к клинической картине депрессий у взрослых, являются дебютом эндогенного заболевания, преимущественно шизофрении.

За последние 15 лет среди наблюдаемых нами детей отмечается неуклонный рост тяжелых и затяжных депрессивных состояний, определенно связанных со школьным обучением, а именно – с неадекватностью воспитательных мер, несправедливым отношением учителя, в том числе с занижением оценок, применением «невротизирующих» тестов (прежде всего теста на скорость чтения), с психологическим и физическим насилием. Если еще 10 лет назад такие состояния в практике детского психиатра были единичными случаями, то в течение последних 5 лет приходится наблюдать десятки дидактогенных депрессий, назван-

ных так из-за их тесной связи со школьным фактором, а точнее – с «фактором учителя».

Хотя само понятие «дидактогения» было введено еще в 1930-е гг. харьковским психиатром К.И. Платоновым [1], в последующем психические расстройства у детей, обусловленные школьным обучением, не привлекали особого внимания детских и подростковых психиатров. Дидактогенные расстройства у детей и подростков до настоящего времени были зоной интересов преимущественно психологов. П.М. Якобсон (1961), Л.К.Хохлов, А.Л.Хохлов, А.А.Шипов (1998) и др. указывали, что в тех случаях, когда важнейшие потребности ребенка, отражающие позицию школьника, не удовлетворены, он может переживать устойчивое эмоциональное неблагополучие, выражающееся в ожидании постоянного неуспеха в школе, плохого отношения к себе со стороны педагогов и одноклассников, в боязни школы, нежелании посещать ее [3; 4]. В литературе это обозначается по-разному: «школьный невроз», «школьная фобия», «дидактогенный невроз», «дидактоскалогения», «дидактогения», «школьная тревожность». Все эти термины используются для того, чтобы указать – тревога и страх ребенка вызваны непосредственно системой обучения. Здесь имеется в виду несправедливое, нетактичное поведение учителя. Для всех перечисленных выше видов расстройств характерно довольно тяжелое течение, такие случаи часто требуют вмешательства психиатра.

Мы проанализировали 80 случаев дидактогенной депрессии у детей младшего школьного и препубертатного возраста (8–13 лет), учащихся массовых общеобразовательных школ и гимназий. У всех обследованных детей с раннего возраста отмечались черты сенситивности, тормозимости, инертности, гиперсоциальности и почти в половине случаев – интровертированности при отсутствии снижения интеллекта или даже при высоких познавательных способностях. Нельзя не отметить, что почти во всех случаях дети отличались чертами перфекционизма, были чрезмерно привязаны к одному из родителей, стремились соответствовать их ожиданиям и получать похвалу. В связи с этим уместно вспомнить R. Kuhn (1963), который, обсуждая связь депрессии у ребенка с внешними факторами, писал: «Общий психиатрический опыт показывает, что здоровые дети выносливее, чем мы склонны предполагать; поэтому неблагоприятные условия среды влияют особенно на нездоровых детей, идет ли при этом речь о циклотимических нарушениях, интеллектуальных или характерологических аномалиях или органическом повреждении мозга» – и утверждал таким образом роль психогении у детей как пускового фактора депрессии [5, s. 86–90].

Известно, что в разных возрастных периодах детства доминируют различные психогенные факторы, вызывающие или провоцирующие эндогенную депрессию. Начиная с 7-летнего возраста наиболее значимым психогенным фактором являются проблемы, связанные со школой, – незначительные, с точки зрения взрослого человека, но чрезвычайно актуальные в детстве: смена класса, учителя, переезд на новую квартиру или переход в другую

школу, отставание от сверстников в связи с длительным соматическим заболеванием, подавляющее поведение педагога и т. п. Порой депрессивное состояние возникало сразу же после поступления в I класс при неправильном педагогическом подходе с запугиванием, угрозами, унижением ребенка, тормозимого и ранимого. При этом сложные отношения с коллективом одноклассников, которым родители нередко склонны приписывать решающую роль в происхождении болезненного состояния ребенка, являются не причиной, а уже следствием этого состояния.

У наблюдаемых школьников после 1–4 лет благополучного обучения с хорошими или отличными оценками и не вызывающей никаких опасений адаптацией среди сверстников депрессивные состояния начинаются, как правило, в связи с изменением ситуации обучения – чаще всего, со сменой учителя. При этом ребенок далеко не всегда подвергается непосредственно сам негативному воздействию со стороны педагога, но, наблюдая несправедливость (крик, оскорбления, угрозы) по отношению к другим одноклассникам, начинает испытывать страх быть униженным на глазах у всего класса. Здесь не имеет смысл перечислять или классифицировать все выявленные нами дидактогенные психотравмирующие обстоятельства – они чрезвычайно разнообразны и ситуативно, и межперсонально. Важно то, что в определенный момент обстановка обучения, взаимодействие ученика с педагогом становятся для ребенка источником эмоционального напряжения, опасений, вызывающих поначалу преходящие стертые депрессивные реакции, которые, закрепляясь и утяжеляясь в условиях хронической психотравмирующей ситуации, переходят в развернутое депрессивное состояние.

В инициальном периоде дидактогенной депрессии ребенок утрачивает желание ходить в школу, ноет по утрам, жалуясь на недомогание и усталость, неохотно делает уроки и использует любую возможность пропустить занятия. Он редко высказывает отчетливый страх перед посещением школы и, вероятно, в связи с присущей этому возрасту алекситимией не может вербализировать перемену в своем настроении и тем более определить ее причину. В некоторых случаях уже на этом этапе развития депрессии отмечаются неотчетливые психосоматические включения: утренние тошноты и даже рвоты перед выходом в школу, эпизоды беспричинного субфебрилитета, головных болей, болей в животе, учащение и затягивание респираторных заболеваний и т. п.

Формирование развернутой клинической картины дидактогенной депрессии происходит постепенно – в течение 3–6 месяцев. В развернутом болезненном состоянии прослеживается сложный спектр психопатологических расстройств: собственно аффективных, идеаторных, поведенческих и психосоматических. У разных детей, в зависимости от возраста возникновения депрессии и особенностей личностного склада, то или иное из перечисленных расстройств выступает на первый план, формируя картину боязливой (18 случаев), со-

матизированной (23 случая), ступидной депрессии (11 случаев) или депрессии с поведенческими нарушениями (28 случаев).

Как всегда в детском возрасте, имеет место сложное сочетание, мерцание, чередование различных видов патологического аффекта – подавленности, апатии, скуки, тревоги, дисфории, страха. При этом отмечается, как правило, особый суточный ритм аффекта с преобладанием вялости, разбитости, апатии в утренние часы и с преобладанием тревоги, страха, дистимии – в вечерние. Нередко нарушается, становится поздним засыпание, и удлиняется утренний сон. Фабула страха в первое время ограничивается учебными проблемами, но претерпевает быструю генерализацию, охватывая все новые сферы жизни ребенка; происходит как бы актуализация прежних детских страхов – темноты, одиночества, присоединяются немотивированные, неспровоцированные фобии обыденного (страх за родителей, страх высоты, лифта, «бандитов» и т. п.).

Депрессии, как правило, протекают с единичными или множественными невротическими симптомами (тиками, заиканием, элективным мутизмом, энурезом, энкопрозом) и сопровождаются развитием упорной «школьной фобии» – вплоть до полного отказа идти в школу.

Функциональные психовегетативные расстройства в структуре дидактогенной депрессии возникают с абсолютной закономерностью, но нередко приобретают столь массивный характер, что формируют картину «маскированной» депрессии. Наиболее типичны боли в животе, утренние тошноты и рвоты, необоснованные приступообразные либо длительные повышения температуры, боли в ногах, «усталые» ноги, «беспокойные» ноги, головные боли, боли в сердце, нарушения дыхания, устойчивый беспричинный кашель и т. п. Довольно характерны проявления соматопсихического синергизма [2] в виде частых и затяжных неспецифических «простудных» заболеваний. Дети с такого рода расстройствами могут месяцами безуспешно обследоваться и лечиться в общепедиатрической сети, все более глубоко дизадаптируясь, отставая в школьном обучении, теряя контакты со сверстниками.

Для школьников препубертатного возраста более характерны дидактогенные депрессии с «интеллектуальным крахом» и депрессии с поведенческими нарушениями. Что касается первых, то здесь бросается в глаза внезапное и необъяснимое «поглупение» ребенка, полная учебная несостоятельность. Дети сами жалуются, что они «перестали соображать», не понимают простых задач, им «трудно думать», и т. п. В таких состояниях преобладает апатия с вялостью, безразличием, утратой побуждений, бездеятельностью, нередко с удлиненным сном. Затяжные депрессии приводят к глубокой школьной дизадаптации, порой детей начинают расценивать как умственно отсталых и направляют в соответствующие учебные заведения.

В депрессиях с поведенческими нарушениями преобладает дистимический аффект с

выраженным тотальным недовольством окружающими, собой, всей жизненной ситуацией, выливающимся в словесную, а нередко и физическую, агрессию, направленную на соучеников, родственников. Дети категорически отказываются идти в школу, убегают с уроков, уходят из дома. Возможны эксцессы самоповреждения, суицидальные попытки, носящие демонстративный характер. Состояние обычно утяжеляется во второй половине дня, сопровождаясь выраженным тревожным беспокойством, непоседливостью, витальным ощущением тягостного «душевного волнения», стремлением уйти из дома или разрушительной агрессией. Выявление депрессии у детей и подростков с девиантным поведением представляет собой актуальнейшую задачу ввиду ее высокого суицидального риска.

Дидактогенные депрессии во всех случаях отличаются длительным течением (от 6 мес. до 3 лет), требуют психофармакологического лечения (антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы седативного действия) в сочетании с обязательным соблюдением щадящего режима и сменой ситуации обучения (смена учителя, а иногда – класса или даже школы). В коррекционной работе чрезвычайно важно участие родителей, которые, как правило, не понимают характера и глубины психических нарушений ребенка, поначалу отказываются принять психиатрическую помощь, особенно психофармакологическую терапию, склонны обвинять ребенка в «симуляции», лени, хулиганстве и т. п. При неправильном поведении родителей депрессия принимает еще более затяжной характер и приводит к глубокой школьной дизадаптации (незаконченная школа, необходимость перевода в экстернат, школу индивидуального обучения для детей с ослабленным здоровьем и детей-инвалидов). Тем не менее, при настойчивой психотерапевтической работе с родителями чаще всего удается вовлечь их в психокоррекционный процесс в интересах больного ребенка. К сожалению, сказанное почти никогда не относится к педагогам. Приходится говорить и о роли школьного психолога, вернее – об ее отсутствии в описываемых случаях. Практически ни разу нам не удалось получить от учеников и их родителей каких бы то ни было сведений об активном участии школьного психолога в нормализации взаимоотношений педагогов с учащимися, о его рекомендациях для педагогов относительно индивидуальных особенностей конкретного ученика и его проблем, путях их решения в процессе обучения.

Тяжесть и полиморфизм клинической картины дидактогенных депрессий в школьном возрасте в первые месяцы после начала психиатрического наблюдения вызывали серьезные сомнения в отношении их принадлежности именно к невротическим, а не эндогенным депрессиям. Тем не менее выявление отчетливого страха школы, выяснение четкой временной связи между ухудшением состояния больного и негативным изменением учебной ситуации, яркое звучание школьных проблем в его переживаниях, заметное улучшение самочувствия вне обязательного посещения школы (каникулы, интеркуррентное заболевание), особенно явная редукция функциональных вегетосоматических расстройств во внеучебные

дни позволяли предположить дидактогенный характер депрессивного состояния. Это подтверждалось в дальнейшем быстрым позитивным откликом на мягкую психотропную терапию, значительным улучшением состояния при временном освобождении от учебы, переводе на индивидуальные формы обучения. Невротический характер депрессии подтверждался и отсутствием личностных сдвигов после ее завершения, а также повторных депрессивных и маниакальных эпизодов в процессе динамического наблюдения. При этом необходимо все же помнить, что возникающие в школьном возрасте депрессивные состояния, вне зависимости от их нозологической принадлежности, являются сферой деятельности психиатров и требуют тщательного психопатологического анализа и длительного динамического наблюдения.

Литература

1. *Платонов К.И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И.П.Павлова: 3-е изд. М., 1957.
2. *Северный А.А.* О некоторых проявлениях соматопсихического синергизма // Тер. архив. 1987. №11.
3. *Хохлов Л.К., Хохлов А.Л., Шипов А.А.* Школьные дидактогенные неврозы и другие психические реакции // Педагогический Вестник. 1998. № 2. http://www.yspu.yar.ru/vestnik/uchenue_praktikam/6_2/
4. *Якобсон П.М.* Изучение чувств у детей и подростков. М., 1961.
5. *Kuhn R.* Ueber kindliche Depressionen und ihre Behandlung // Schweiz Med Wschr. 1963. Bd. 93. № 2.
6. *Nissen G.* Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungezustande im Kindes- und Jugendalter // Proc. 4th UEP Congr. Stockholm, 1972.
7. *Penot B.* Caractéristique et devenir des depression de la deuxeme enfance // A. Annel (Ed.). Depressive States in Childhood and Adolescence. Stockholm, 1972.
8. *Spie1 W.* Studien über den Verlauf und Erscheinungsformen der kindlichen und juvenilen manisch-depressiven Psychosen // Depressive States in Childhood and Adolescence. Stockholm, 1972.

On the question of didactogenic depressions of junior pupils

N.M. Iovchuk,

Doctor of Medicine, psychiatrist of higher category, professor, Moscow State University of Psychology and Education, member of the board, Association of child psychiatrists and psychologists, av22893@akado.ru

A.A. Severniy,

PhD in Medicine, senior researcher, Scientific center for mental health, Russian Academy of Medical Sciences, psychiatrist of higher category, member of expert board, Russian Ministry of education and science, president, Association of child psychiatrists and psychologists.

The contribution examines perceptions of didactogenies as mental disorders of children which are caused by school education. It analyzes psychogenic factors which cause or provoke didactogenic depression of pupils of lower grades. It provides a clinical picture of didactogenic depression and raises the question of its diagnostics and possibilities of correction.

Keywords: depression, didactogeny, junior school age, diagnostics.

References

1. *Platonov K.I.* Slovo kak fiziologicheskii i lechebnyi faktor. Voprosy teorii i praktiki psihoterapii na osnove ucheniya I.P.Pavlova: 3-e izd.. M., 1957.
2. *Severnyi A.A.* O nekotorykh proyavleniyah somatopsihicheskogo sinergizma // Ter. arhiv. 1987. №11.
3. *Hohlov L.K., Hohlov A.L., Shipov A.A.* [Shkol'nye didaktogennye nevrozy i drugie psihicheskije reakcii](http://www.yvspu.yar.ru/vestnik/uchenue_praktikam/6_2/) // *Pedagogicheskii Vestnik*. 1998. ¹ 2. http://www.yvspu.yar.ru/vestnik/uchenue_praktikam/6_2/
4. *Yakobson P.M.* *Izuchenie chuvstv u detei i podrostkov*. M., 1961.
5. *Kuhn R.* Ueber kindliche Depressionen und ihre Behandlung // *Schweiz Med Wschr.* 1963. Bd. 93. №2.
6. *Nissen G.* Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungezustände im Kindes- und Jugendalter // Proc. 4th UEP Congr. Stockholm, 1972.

7. *Penot B.* Caractéristique et devenir des depression de la deuxeme enfance// A. Annel (Ed.). Depressive States in Childhood and Adolescence. Stockholm, 1972.
8. *Spie1 W.* Studien ?ber den Verlauf und Erscheinungsformen der kindlichen und juvenilen manisch-depressiven Psychosen// Depressive States in Childhood and Adolescence. Stockholm, 1972.