
Из опыта работы междисциплинарного консилиума

Н.М. Иовчук,

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

В статье приводится пример истории болезни подростка, перенесшего дидактогенную депрессию (депрессию, обусловленную проблемами школьного обучения), и заключение психиатра, принятое междисциплинарной комиссией.

Ключевые слова: дидактогенная депрессия, школьные проблемы, психосоматический компонент, нарушения поведения.

Проведение междисциплинарного консилиума необходимо при диагностике сложных состояний детей, в том числе затяжных депрессивных, связанных со школьным обучением. Психиатры, психологи, дефектологи анализируют наследственность ребенка, данные анамнеза, проводя беседы с матерью и отцом ребенка и определив его психический статус, составляют заключение.

В качестве иллюстрации приведем одну из типичных историй болезни школьницы, перенесшей дидактогенную депрессию, и заключение психиатра.

Н., 15 лет, ученица IX класса. Наблюдается нами с 10-летнего возраста. Обратились с жалобами на страхи разнообразного содержания, снижение успеваемости, отказ от посещения школы, частые простудные заболевания, длительное повышение температуры, жалобы на головные боли и неприятные ощущения в ногах.

Беременность, роды без патологии. Вес при рождении 3400, закричала сразу. Раннее развитие речи и моторики – с некоторым опережением. Росла спокойной, активной, была очень привязана к родителям, особенно к матери. Отличалась боязливостью, плохо привыкала к новой обстановке, к новым людям, не сразу подходила к детям, подруг не имела. Не нравилось, когда в дом приходили чужие люди, была всегда немногословна, неоткровенна. В детский сад не ходила, воспитывалась дома матерью в связи с трудностями адаптации. Сама говорила, что в детский сад не хочет, повторяла: «Я от тебя никуда не

уйду». Отличалась хорошей памятью, рано научилась читать, считать, знала много стихов. В школу пошла 6,5 лет, подготовленная.

В I классе училась отлично, была тихой, ранимой, чувствительной, медлительной, молчаливой, без близких друзей. Была очень старательна, всегда вовремя готовила уроки, остро переживала неудачи. С середины II класса стала получать «четверки» по чтению в связи с тем, что не соответствовала нормативам «скорости чтения». Переживали, плакала, много занималась с матерью дома. Трудности в скорости чтения сохранялись и в III классе.

В конце III класса (9 лет ребенку) стала жаловаться на головные боли, начала часто болеть, причем, заболела, с точки зрения матери, необычно: повышалась температура до 38,6 на одни сутки, ни насморка, ни кашля, ни боли в горле при этом не отмечалось; в дальнейшем на протяжении длительного времени сохранялась субфебрильная температура. Летом в связи с ремонтом в квартире была отправлена на дачу к бабушке: несмотря на привычную обстановку в отсутствие матери не спала всю ночь, плакала. Осенью пошла в перестроенный класс, к новой учительнице по русскому языку.

Успеваемость снизилась еще больше в самом начале V класса: появилось много «троек». Учительница жестко говорила с девочкой и с ее родителями по поводу «недостаточной техники чтения», в разговоре с соучениками и их родителями подчеркивала, что наша обследуемая совсем «не сильная ученица», как это считали раньше. Кричала в классе, что никого, и в том числе и нашу обследуемую, не переведет в VI класс.

С этого времени девочка с трудом поднималась по утрам, неохотно одевалась, не скрывала, что не хочет ходить в школу, что боится учительницу. К вечеру становилась беспокойной, плаксивой, стала бояться, что в окно или в дверь залезут воры, проверяла замок. Неохотно ездила в лифте: «Вдруг испортится?». Появился страх за мать, отца, брата. Все воспринимала в «черном свете». Любые слова матери понимала по-своему, видя во всем только плохое. Так, например, на высказывание матери, что она «с ними посидела», с тревогой спросила: «А ты не умрешь?». В любой поездке постоянно думала о том, что хочет в туалет, не могла из-за этого длительно находиться в транспорте. Особенности трудности возникли с засыпанием: не спала, проверяя, не заснули ли родители, спала очень чутко, постоянно спрашивая, не спят ли они, боялась, что они заснут раньше нее и ей будет страшно от одиночества. Не могла находиться дома одна, не отпускала мать; оставаясь с отцом, не верила, что он дома, без конца проверяла его присутствие. Стала резка, порой груба с братом.

В течение осени и начала зимы почти непрерывно болела, в основном без кашля и насморка, лишь с повышением температуры – сначала до 38,6, а затем – с длительным субфебрилитетом. Часто жаловалась на головную боль, боли в ногах при ходьбе, усталость. Занимаясь с матерью, стала еще медленнее читать, делать элементарные ошибки в

вычислениях, не могла коротко пересказать текст, откровенно признавалась, что «ненавидит» читать.

Анализы мочи и крови, ЭЭГ – норма. По настоянию матери была направлена к районному детскому психиатру, который сказал буквально: «Пусть бы педиатры лучше лечили, чем ко мне ребенка направлять».

Впервые осмотрена психиатром в возрасте 10 лет. На приеме: пониженного питания, бледная, синева под глазами. Шаркающая походка, сидит, опустив голову, мимика скорбная, совсем нет улыбки. На вопросы отвечает односложно, тихим монотонным голосом. При расспросе о школе на глазах слезы. Признается, что боится учительницу, хочет учиться хорошо, но раньше получалось, а теперь почему-то не получается. Стала еще хуже не только читать, но и считать. Учительница к ней плохо относится, занижает оценки, кричит на весь класс, грозит многих оставить на второй год. Испытывает постоянную тревогу, вечером и ночью страшно – боится, что все уснут раньше, чем она, и тогда будет особенно страшно остаться «одной во всем мире». Чувствует себя плохо, потому что часто болеет, жалуется на слабость, часто болит голова, трудно ходить, так как болят ноги, ноги «усталые».

Через 5 дней после назначения лечения (3 раза в день amitriptylin 6,25 мг с элениумом 5 мг) стала веселее, спокойнее, играла с детьми, стала засыпать быстро, спала спокойнее. В конце декабря нормализовалась температура, но в школу девочка ходить отказалась. Во время каникул была такой же, как раньше, однако при любом упоминании о школе замолкала, сердилась, плакала. Если матери удавалось заставить ее начать заниматься, то не хотела отвечать на вопросы, занималась крайне неохотно и непродуктивно. После каникул в резкой форме отказалась ходить в школу. Мать готова была перевести ребенка в другую школу, но когда она пришла за документами, вмешалась администрация – девочке позвонила завуч и уговорила остаться в школе на индивидуальном обучении и с другой учительницей литературы. С 18 января до середины марта девочка посещала только индивидуальные занятия, успевала в основном на «четверки» и «пятерки». С середины марта начала посещать в классе все уроки, кроме литературы и русского языка. В первых числах мая одноклассницы высказали девочке претензии в том, что она выглядит здоровой, играет, гуляет на улице, но почему-то ей разрешается не посещать уроки учительницы, которую все не любят. И снова девочка отказалась ходить в класс и закончила учебный год индивидуально. С начала VI класса была переведена в другой класс, училась без напряжения, на «четверки», иногда получала и «тройки». К отметкам стала относиться спокойнее, но все же отмечалась неуверенность в себе, опасения перед контрольными и зачетами. Исчезли страхи, болевые ощущения, хорошо засыпала. В то же время осенью (11 лет) дважды перенесла состояния с повышением температуры, но без катаральных явлений.

В отличие от предыдущих ситуаций с повышением температуры они были более короткими. Продолжала получать небольшие дозы амитриптилина, элениума и этапертина. В летнее время была спокойна, весела, активна, ничем не отличаясь в поведении от преморбидного уровня. В VII классе стала еще более уверенной в себе, спокойной в отношении обучения, более самостоятельной. Появились несколько подруг, много времени проводила с ними на улице. Перестала к этому времени посещать курсы английского языка, бросила и бальные танцы. Осенью в VII классе (12 лет девочке) перенесла скарлатину в тяжелой форме. Не посещала школу 2,5 мес. Тем не менее после выписки без всяких возражений и переживаний пошла в школу и быстро догнала класс.

С весны 2001 г. (13 лет, VII класс) психотропных препаратов не получала. Сильно выросла, похорошела, стала очень привлекательной. Держится скромно, доброжелательно. Немногословна, нетороплива, рассудительна. Дома ее называют Царевной Несмеяной из-за сдержанности чувств: может не смеяться, даже если ей смешно, может оставаться индифферентной, если ее ругают или над ней подтрунивают. Очень настойчива, если ей приходится отстаивать свое мнение. Сердится, обижается, когда семейные проблемы решаются без ее участия. Сейчас к отцу привязана больше, чем к матери, по-видимому многое ему поверяет. Несколько меньше стала встречаться с девочками, в свободное время предпочитает слушать музыку и мечтать. Считает себя красивой. Очень интересуется нарядами, вертится перед зеркалом. Купила с помощью отца наряд к выпускному вечеру, который поразил мать своей смелостью и некоторой утрированностью молодежной моды. В течение всего IX класса занималась на подготовительных курсах для поступления в социально-педагогический колледж, но в апреле неожиданно объявила, что будет продолжать учиться в школе, чтобы поступить в вуз.

В данном случае девочка перенесла длительное депрессивное состояние сложной структуры: на первом месте стоит аффект страха; фабула страха, в первое время ограничивающаяся школьными проблемами, быстро генерализуется, охватывая и другие сферы жизни ребенка; массивный психосоматический компонент (частые простудные заболевания, необоснованное и длительное повышение температуры, боли в ногах, головные боли) выступает в сочетании с выраженным «интеллектуальным крахом» и элементами психопатоподобного поведения; депрессивное состояние сопровождается упорной «школьной фобией». Перенесенное депрессивное состояние имело четкую психогенную природу, возникло у сенситивного, тормозимого, медлительного ребенка в ответ на подавляющее поведение учителя. Невротический (дидактогенный) характер депрессии подтверждается и благополучным выходом из этого состояния при устранении учебного психотравмирующего фактора и отсутствием характерных дефицитарных личностных проявлений по завершении длительного болезненного периода.

From the experience of work of an interdisciplinary concilium

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

The contribution describes an example of a case record of a teenager who suffered didactogenic depression (depression caused by problems of school education). It gives a psychiatrist's conclusion accepted by an interdisciplinary commission.

Keywords: didactogenic depression, school problems, psychosomatic component, behavior disorders.
