

ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ: К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ Институт психотерапии и консультирования "Гармония". Санкт-Петербург.

Всякое суждение - если, разумеется, мы стремимся к тому, чтобы оно было продуктивным, - начинается с обсуждения предмета обсуждения. Что же такое школьная дезадаптация (ШД)? "**Нарушения** приспособления **личности** школьника к сложным меняющимся **условиям** обучения в школе" (М.Ш.Вроно, 1984) или "...**нарушение** приспособления к **обучению**" (В.В.Ковалев, 1984), или такие **нарушения поведения**, при которых дети с нормальным интеллектом, не страдающие прогрессивным психическим заболеванием, отказываются от обучения и посещения школы" (Е.М.Экелова-Багалея, 1984) (выделено мной)? Что общего и существует ли вообще это общее между ШД у детей с шизофренией и психогенной ШД (В.Е.Каган, 1984а, 1984б)? Возникает ШД у детей с ослаблением психических/психологических адаптивных механизмов, или то, что считают ее симптомами, суть проявления адаптационных усилий? Где ее место в порочном круге "...беспомощного обучения и обученной беспомощности" (В.С.Ротенберг, С.М.Бондаренко, 1989) или "...Неудовлетворительной социализации и отклонений" (Проблемы детей школьного возраста (10-13 лет), 1978)? Ее основные симптомы - эмоциональные и стрессовые расстройства, как обозначено в названии нашей конференции, или школьная неуспеваемость и девиантное поведение (В.В.Ковалев, 1984)? Эти вопросы не несут в себе никакой риторической предумышленности - они намечают векторы многомерного пространства ШД, подчеркивая чрезвычайную размытость этого понятия в существующем сегодня виде.

Является ли ШД диагностическим понятием? В ICD-10 такого расстройства мы не находим, хотя и ясно, что "Невротические и соматоформные расстройства" (F40-48) и значительная часть "Расстройств психического развития" (F80-89) могут находиться в той или иной связи с ШД; в одних случаях они - причина/условие ШД, а в других - ее следствие. Все прочие рубрики представляют собой практически неограниченные возможности для написания работ на тему "ШД при..." В DSM-IV-TR с ее феноменологическим подходом необходимость в однозначных диагностических терминах снимается существованием оси IY "Психосоциальные и стрессовые проблемы", но и здесь нет рубрики ШД - есть лишь "Проблемы образования" - неграмотность, неуспеваемость, разногласия с учителями и одноклассниками, неадекватная школьная среда. В классификационном строю ШД - своего рода поручик Кижэ, метафора диагноза.

Если ШД понятие описательное, то что оно описывает? Внутренние переживания и конфликты ребенка в тех или иных системах/ситуациях, связанных со школьным обучением, или педагогическую оценку? Если педагогическую оценку, то чего именно? Поведенческие реакции? Проявления личностных особенностей или нарушения характера, девиантное поведение, невротические и психосоматические расстройства, психотические нарушения? С равными основаниями можно сказать: "И то, и другое, и..." и "Ни то, ни другое, ни..." В описательном ряду ШД - скорее мираж, фантом или, если угодно, интерпретация, руководимая не столько правилами герменевтики, сколько правом одностороннего суждения со стороны.

Суждение это, как правило (имеющее, конечно, свои подтверждающие его исключения), во-первых, оценочно, а во-вторых, негативно. Примечательно, что при всей разнице позиций и перманентном противостоянии в системе "семья-школа-медицина" и педагоги, и врачи, и родители по существу едины во мнении, что проблемная, затрудненная, неуспешная адаптация ребенка к школе связана с тем, что "у ребенка что-то не в порядке". ШД всегда квалифицируется как **нарушение у ребенка**: даже допущение того, что на самом деле - это проблема **человеческих отношений** (внутренних и внешних), проблема **конфликта и его разрешения** - даже это допущение не отменяет логики взрослых: "Да, это так... Но ребенок все-таки должен уметь приспособливаться! А если не умеет, значит что-то у него не так!" Такая позиция исключает саму возможность позитивной педагогики: быстро воспринятая школой презумпция болезни/нарушения у ребенка сегодня приводит на прием к психиатру едва ли не всех детей, которые почему-либо не укладываются в устанавливаемые школой/педагогом рамки. Как точно замечает Р.Бэндлер (1987), учитель, которому "не угнаться за ребенком", уверен, что ребенку нужны транквилизаторы, но с возмущением отвергает предложение повысить собственные возможности при помощи стимуляторов.

Этот подход определяет и систему тестовой оценки готовности к школьному обучению - как если бы перед школой стояла задача учить лишь тех, кто уже доказал свою способность учиться безо всякой школы (я не говорю здесь о том, что значительную часть таких известных, по крайней мере - мне, тестовых систем разрабатывают подготовленные по ускоренным программам психологи, не имеющие ни должных навыков постановки, проведения и интерпретации психологического эксперимента, ни достаточных представлений о правилах разработки и проведения тестов) или является представителем так называемой "нормы" (напомню, что, по Санкт-Петербургским данным, 93% детей нуждаются в помощи психоневролога; сходные цифры отмечаются и во многих других регионах). При этом создается практически неограниченная возможность любые особенности переживаний и поведения трактовать как проявления нарушений психологического развития или психики, т.е. возможность психиатризации детства вообще. Ребенок с ШД разделяет судьбу диссидентов 60-80-х г.г., которых лечили наказанием и наказывали лечением, - с той лишь разницей, что практически каждый случай "карательной психиатрии" становился предметом защиты, а масса маленьких диссидентов (по отношению к тем или иным взрослым или социальным институтам) по-прежнему остается незащищенной, и тут даже исполнение Закона о психиатрической помощи (согласие родителей на лечение вообще и те или иные его виды) отнюдь не гарантирует защиты. Выделение психогенной ШД (В.Е.Каган, 1984а, 1984б) как связанных со школьным обучением и осложняющих его психогенных нарушений также не решает проблему, хотя отчасти и смягчает психиатризацию ШД.

Пытаясь определить содержание понятия ШД, мы неизбежно сталкиваемся с вопросом о том, является ли психиатризация ШД издержкой собственно психиатрии или ее места в социуме. На мой взгляд, существует столь же неявная, сколь и глубинно-сущностная связь между опытом А.С.Макаренко, В.Н.Сорокина, Я.Корчака, К.Роджерса и так называемой антипсихиатрией Т.Заза. И там, и там человек выступает прежде всего не как отдельный представитель вида, но как человеческое бытие (в английском языке это точно схватывается понятиями *man* и *human being*). Там и тогда, где и когда психиатрический диагноз продолжается в психиатрическом этикетировании, пространство человеческого бытия уничтожается. В своем неопубликованном сообщении На Всесоюзном симпозиуме по детской и подростковой шизофрении в 1979 г. Н.Д.Лакосмна делилась опытом обследования молодых людей, освобождаемых от службы в армии: среди обследованных ею оказалось четверо юношей, которым в детстве ошибочно поставили диагноз шизофрении и которые на момент обследования были психически здоровыми социальными инвалидами. Психиатризация ШД, психиатрическое ее этикетирование выступают прежде всего как форма социального отвержения и стигматизации.

За примерами не приходится далеко ходить - их доставляет практически каждый день работы.

На консультации в детском отделении одной из сибирских психиатрических больниц мне "показывают" 8-летнего мальчонку. Диагноз "Шизофрения, параноидная форма" мотивируется следующим образом: мальчик отказывается ходить в школу, утверждая, что несколько ребят постоянно преследуют его - бьют, отнимают вещи и т.д. (бред преследования), и говорит, что когда он вырастет - он будет самым сильным и вот тогда покажет им (бред величия). Его лечат галоперидолом, сульфазинном, т.к. последний "потенцирует действие нейролептиков" и позволяет поэтому пользоваться небольшими дозами галоперидола. На самом же деле мальчишка совершенно здоров, рисуемая им ситуация в школе совершенно реальна, а проверка лечебных дневников наводит на мысль, что сульфазин используется как средство "лечения" особо резких протестов против содержания в больнице.

Мальчик 12 лет с несомненной шизоидной психопатией в течение нескольких лет практически постоянно лечится психотропными средствами, т.к. упорно отказывается ходить в школу, а если и ходит - то ничего не усваивает. Перевожу его на домашнее обучение, после чего он быстро нагоняет упущенное, улучшает общение дома и однажды, уже проникшись ко мне доверием, рассказывает свою историю, которую здесь привожу по памяти. "Знаете, я ведь помню - как все это началось. В I классе я вертелся на уроках, и однажды учительница поставила меня в угол. Но там я вертелся. Учительница мне сказала: "Ты бы еще вышел на середину и сплясал". Я же не понял, что она сказала это в кавычках - вышел и сплясал. Все надо мной смеялись. А через день появилась стенгазета "Наши плясуны", и там было про меня, с очень обидным рисунком. Газета висела долго, все читали и дразнили меня. А потом стали еще и бить - в школе и на улице. Дразнили

"плясуном", "психом"... Чего только я ни делал! Но от этого было еще хуже..."

С 10-летним мальчиком обратилась бабушка, т.к. его собирались исключить из школы за "дикие приступы агрессии": последней каплей, переполнившей чаша терпения учителей, было избивание им 9-классника, которого он с разбегу сбил с ног ударом головы в живот и "танцевал" на нем. Предыдущие три года мальчик провел в интернате. Ему было около 7 лет, когда мать на глазах у него и его 5-летнего брата тяжело избивала их старшую сестру (переломы рук, ребер, сотрясение головного мозга). Мать была лишена родительских прав и лечилась у психиатров, а дети были помещены в разные интернаты; на руках у бабушки остался самый младший 2-летний ребенок. В интернате мальчик прослыл "волчонком", страдал недержанием кала и мочи. За полгода до обращения дети вернулись домой и живут с бабушкой и матерью, которая теперь вполне спокойна и хлопочет о восстановлении родительских прав. Мальчик постепенно "оттаивает", очень ласков с младшими детьми, но в школе "от него спасу нет". По рассказам мальчика и характеристике из школы выяснилось, что триггером "припадков агрессии" всегда является обида кем-то его младших братьев: "Если я вижу это, я потом уже почти ничего не помню". Директор школы рассказала, что единственный способ успокоить его - это ухитриться в такой момент подойти к нему и ласково обнять, поглаживать, приговаривая что-нибудь "теплое" - "Тогда он под рукой обмякает, забивается куда-нибудь в угол и плачет". Электроэнцефалограмма у него - с диффузными и акцентированными в левой височной области так называемыми органическими изменениями.

За полгода психотерапевтической работы удалось прийти к произвольному контролю поведения: приступы агрессии прекратились, мальчик начал рисовать и заниматься в кружке рисования, улучшил успеваемость и даже вместе со всеми был принят в пионеры. В новом учебном году он оказался в другом классе, но быстро вошел в колею. Однако, в начале ноября новая учительница по какому-то незначительному поводу напомнила ему при классе о его "бандитском" прошлом, его вновь стали дразнить и преследовать, он сколько-то крепился, но затем дал несколько вспышек тяжелой агрессии. Это вызвало мощный протест родителей других детей, которые обратились в высшие инстанции, жалуясь на "покрывающих" мальчика школу и психотерапевта, угрожая перестать пускать своих детей в школу, "пока его не уберут". Последовавшая за этим городская лечебно-контрольная комиссия опираясь на тяжесть агрессии, "отягощенную наследственность" и электроэнцефалографические данные сочла необходимым госпитализировать мальчика "для противосудорожного и рассасывающего лечения". После лечения он уже ко мне не вернулся.

Истории такого рода будучи скорее правилом, чем исключением, мотивируют вопрос о месте психиатра в оценке школьных проблем и помощи в их разрешении. Львиная доля обращений к нему идет не от ребенка, а от школы и семьи. Именно здесь, как мне представляется, позиция психиатра становится диссоциированной: к нему обращаются взрослые с их проблемами, по поводу которых он должен работать с ребенком. Даже не разделяя позиции презумпции болезни, психиатр часто оказывается в роли той последней инстанции, на которой лежит ответственность за принятие решения. Приведу однажды уже использованный (В.Е.Каган, 1992) пример:

Дежурю по психиатрической больнице. Под вечер привозят мальчонку лет 9-ти в сопровождении воспитательницы интерната. В направлении - привычное "Олигофрения в степени дебильности с синдромом аффективной возбудимости" и сообщение о том, что он несколько дней беспричинно избивает соседей по комнате. Мальчишка плачет в ожидании приема, воспитательница безучастно скучает, время от времени бросая ему: "Не реви!". В кабинете его удается немного успокоить и выяснить, что же случилось. 4 дня назад его без предупреждения перевели из одного интерната в другой, где встретили традиционными обрядами "крещения новичка". Он терпел, сколько мог, но потом "его терпение кончилось". Со слезами умоляет не класть его в больницу, где он уже бывал. Как быть? Да, общее психическое недоразвитие. Да, аффективно возбудим. Но будь он подготовлен к переводу психологически, защищен - с учетом эксплозивности - медикаментозно и оказался в педагогически благополучной среде - всего случившегося не произошло бы. Однако, это только "бы" - он уже здесь. Госпитализация явно не нужна. Откажу в ней - он вернется в интернат, где при попустительстве уязвленных воспитателей "крещение" продолжится и через неделю его вновь направят в больницу - только уже с таким направлением, что меньше, чем двумя месяцами госпитализации, дело не обойдется, а так - госпитализирую на 2-3 недели: и волки сыты, и овцы целы. Заполняю историю болезни... Зовут к телефону; звонок из того же интерната: "Милиция поймала трех наших бегунов - мы везем их к вам..."

Профессия велит мне защищать ребенка - его интересы, его душу, его благополучие.

"Добиваясь правды", я поставлю его под новые удары. "Спрятав" на время в больнице, по существу покрываю чужой непрофессионализм. Любое решение в этой ситуации оставит след неудовлетворенности, ноющего чувства собственной неправоты пополам с чувством бессилия. Однако, этого душевного дискомфорта можно избежать..., если я поверю, что его срыв действительно обязан его патологии. А и правда, какое количество детей переводят вот так же из одного учреждения в другое - и никаких срывов, никакой агрессии (многим детям сложно в школе, но ведь не все отказываются ходить в нее, не все умирают от страха у доски или называют учительницу "дурой"). Да и полученное мной образование услужливо напоминает, что поведение - функция психики: у кого психика в порядке - у того и поведение "нормально". Постановка психиатрического диагноза слишком часто служит больше психиатру, чем пациенту: снимает или предупреждает внутренний конфликт, поддерживает чувство профессиональной состоятельности, помогает вытеснить и удержать вытесненными собственными проблемами и т.д. Свести человеческие и коммуникативные проблемы к психическим, мозговым у пациента - часто означает обойти личные проблемы врача; оставаясь неосознанными, непроработанными, неразрешенными - они укрепляют психиатра в его психиатрическом редукционизме и экстраполяции законов психической деятельности на сферы человеческой жизни, где действуют иные законы. При этом психиатр, как правило, не осознает, что его заключение - лишь перевод на язык медицины расхожих "дьявол вселился", "сглазили", "крыша поехала", "псих ненормальный" и проч., этикетка для "выпадающих из ряда" - как желтая звезда на одежде еврея или сорванные с плеч военного погоны, - по которой ее обладателя и узнают, согласно которой строят с ним отношения. Строящиеся на базе такого подхода системы "лечения - коррекции - реабилитации - реадaptации", сходя со страниц публикаций, оказываются неэффективными.

Все сказанное никак не означает, что расстройства психических функций не связаны с ШД. Однако, характер связи (механизм - условие - предпосылка - фон) и ее направление (расстройство ШД или ШД - расстройство) в целом и в каждом отдельном случае подлежат уточнению: мы не можем обсуждать общие психопатологические механизмы ШД. Те же, казалось бы, бесспорно обрекающие на ШД умственная отсталость, специфические расстройства школьных навыков и речи - на самом деле лишь предпосылка ШД, которая может стать или не стать условием или механизмом. Явно бредовые расстройства при шизофрении могут никак не проявляться в школе, а легкая бредовая настроенность - существенно модифицировать систему отношений ребенка и стать ведущим механизмом ШД. Иными словами, определяя место каждого отдельного случая ШД в континууме "психоз/психопатия - невро/психосоматика - вариант так называемой "нормы", психиатр всегда оказывается перед лицом необходимости установления не корреляционной, но причинной связи ШД и состояния психики ("Причина вовсе не есть причина, пока она не действует"). С этой точки зрения подавляющее большинство психических нарушений стоит в ряду предпосылок и условий ШД.

Так, один из моих пациентов с гиперактивным поведением вынужден был к 3-му классу сменить 5 школ. Все попытки лечения были безуспешны, пока у него не сменилась учительница - у нее был такой же гиперактивный сын, с которым она научилась поддерживать продуктивный контакт.

Более взвешенный подход опирается на анализ школьной ситуации, задаваемой пересекающимися отношениями: интеллектуальный потенциал - содержание программ; индивидуально предпочтительные - используемые школой технологии обучения; ребенок - взрослые; ребенок - сверстники. Рассмотрение каждого из них и их системы с позиций психологии не решает проблему, ибо свойства субъекта и объекта, взятые сами по себе, ответственны не более чем за 10% реальной изменчивости поведения (D.Magnusson, N.Endler, 1976); остальные 90% лежат в области взаимодействия, отношений. Ситуация выглядит еще более сложной, если учесть взаимозависимость и взаимообусловленность объективно фиксируемых отношений и их переживания, внешних и внутренних отношений. При этом перечисленные выше отношения существуют в системе актуальной культуры и интернализации ее установок, определяющих значения и смыслы школьного обучения в целом, которые всегда в той или иной мере различны у взрослых и детей. И, наконец, в связанных со школой отношениях ребенка так или иначе, но не всегда, заявляет о себе предшествующий опыт отношений, как правило, восходящий к ранним стадиям социализации.

Схематизируя можно выделить ряд уровней рассмотрения ШД и работы с ней, на каждом из которых возможно свое определение (табл. см. ниже).

Тогда в условно-обобщенном виде ШД можно рассматривать как создаваемую

многомерными и многоуровневыми отношениями невозможность для ребенка найти в пространстве школьного обучения "свое место", на котором он может быть принят таким, каков он есть, сохраняя и развивая свою идентичность, потенции и возможности для самореализации и самоактуализации. Такое понимание ШД практически снимает соблазны односторонних редуций (общемедицинских, психиатрических, социально-психологических, психологических и др.) и патологизации самого понятия ШД.

Уровни	Типы вмешательства
Общество	Формирование и развитие образовательной политики; проектные исследования; публичные обсуждения; система подготовки и усовершенствования учителей
Школа как организация	Организационное развитие, культуральная и субкультуральная оптимизация, структурное развитие
Групповые структуры	Поддержка и развитие продуктивного функционирования с фокусом на (класс, коллектив) групповой структуре, социально-психологических связях, групповых нормах, лидерстве и т.д.
Групповая коммуникация	Поддержка и развитие группы с фокусом на отношениях, коммуникативных навыках, разрешении конфликтов
Личность	Развитие личности, индивидуальное психологическое консультирование и психотерапия

Последнее мне представляется особо и принципиально важным. Во-первых, потому что отношения "учитель-ученик" всегда в той или иной мере асимметричны и эта неизбежная асимметрия потенциально конфликтна, а возникающие конфликты не редуцируемы к патологии.

Во-вторых, потому что в самом школьном обучении заложен определенный конфликт консервативности и футуристичности, традиционности и проектности. Школьное настоящее - это арена встречи прошлого с будущим, на которой никогда не царила розовая идиллия: "Нередко отцы вместе со своим наследством оставляют нам свои нелепые мнения" (К.Гельвеций), "...желание всех отцов: видеть осуществленным в сыновьях то, что не удалось им самим, как бы прожить вторую жизнь, обязательно использовав в ней опыт первой" (Й.-В.Гете), "Каждое поколение как бы держит в руках игрушку, в которой разочаровывается следующее, и ищет новой" (В.Хлебников). Время появления понятия ШД четко совпадает с кризисом самой школьной системы, когда передачи знаний уже недостаточно, а обучение обучению еще не сложилось; когда обучение знаниям стало явно отставать от обучения использовать их, а последнее - от научения выработке новых знаний. Реакции школы на этот кризис до сих пор носят в основном гиперкомпенсаторный характер наращивания традиционных педагогических усилий в точках сопротивления.

В третьих, 70 лет тоталитарной педагогики в СССР подменили идею всеобщности образования идеей единообразного конвейера педагогического производства, в обучении которому основное место отводилось курсу "сопротивления материала", т.е. ученика, и его преодоления. Эта насильственная "Не умеешь - научим, не хочешь - заставим"), "корчующая" педагогика закономерно порождает дезадаптацию и учителя, и ученика, предельно ограниченных в своей свободе быть и становиться. Результатом становятся у педагогов "синдром выгорания", у детей - ШД. Патологизация понимания ШД при этом оказывается ничем иным, как способом отрицания или замещения реальной проблемы. Наконец, в связи со сказанным выше патологизация ШД игнорирует тот факт, что сама так называемая дезадаптация - суть адаптационный поиск, на путях которого ребенок нуждается в поддержке этого поиска, а не в лечении его.

Гуманитарно-психологический подход к ШД диктует ее понимание как **проблемы, конфликта**, которые могут заявлять о себе широчайшим кругом того, что имеет характер нарушений - от элементарных реакций невротического круга до усугубления и экзacerbации психотических и органических нарушений. Такой подход, открывая адекватные пути предупреждения и помощи, хорошо согласуется с новой парадигмой психиатрии, исходящей из недостаточности феноменологического подхода и рассматривающей психиатрическую симптоматику как проявление защитных адаптивных реакций (Ю.Л.Нуллер, 1993).

Это сопоставление (а не противопоставление) позиций показывает, что определение ШД существенно зависит от разницы подходов, ориентированных на различные уровни видения и решения целостной проблемы. При всем уважении к отражаемой каждым определением грани истины нельзя не признать, что все они лишь стремятся к истине, но не достигают ее. Вместе с тем история слывших "тупыми" А.Эйнштейна (в школе) и И.Канта (в университете) настойчиво напоминают об индивидуальности жизненного пути и ключевой важности старого правила "Noli nocere - не вреди". В деле, которому мы служим, определение верно постольку, поскольку оно приближает к эффективной помощи, а не к постижению общенаучных, абстрактных по отношению к ребенку истин.

Я позволю себе закончить отрывком из Бориса Заходера: "...жила-была жаба - неуклюжая, некрасивая, вдобавок от нее пахло чесноком... К счастью, она не знала ни о том, что она некрасивая, ни о том, что она - жаба. Во-первых, потому что она была совсем маленькая и вообще мало что знала, а во-вторых, потому что никто ее так не называл".