

ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖИЛЯ ДЕ ЛА ТУРЕТТА

Агранович Зоя Евгеньевна, Алексеева Анна Михайловна

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина. 197376 Санкт-Петербург, ул. Чапыгина, д.13

E-mail:barsik1966@mail.ru

Ключевые слова: дети; синдром Туретта; школьная дезадаптация

Введение. Синдром Жилия де ла Туретта (МКБ-10: F95.2) проявляется в детском возрасте и характеризуется множественными двигательными и вокальными тиками. Нарушений психического развития у пациентов, как правило, не наблюдается, интеллект детей с синдромом Туретта не отличается от такового у здоровых. [1–3]. Последнее время тикозные расстройства являются одним из самых изучаемых психических нарушений детского возраста, однако трудности дифференциальной диагностики и выбор адекватной терапии по-прежнему актуальны.

Основными симптомами школьной дезадаптации детей с синдромом Жилия де ла Туретта являются: трудности в обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка; нарушение эмоционально-личностного отношения к обучению, к учителям, сверстникам; школьная тревожность.

Цель исследования. Особенности школьной дезадаптации пациентов с синдромом Жилия де ла Туретта

Материалы и методы. В течение 2013–20 г.г. в условиях стационара СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина медицинским психологом и логопедом были обследованы 5 детей мужского пола с синдромом Туретта в возрасте 7–11 лет, 2 из них госпитализировались повторно, что способствовало динамическому наблюдению за пациентами. В качестве диагностического инструментария были использованы:

1. Экспериментально-психологическое исследование школьной тревожности (тест школьной тревожности Филлипса);
2. Стандартная логопедическая диагностика детей школьного возраста с учетом симптоматических нарушений в структуре основного заболевания (наличие множественных простых и сложных моторных и вокальных тиков).

Результаты. В ходе психологической и логопедической диагностики выявлены:

- высокий общий уровень школьной тревожности, включающий различные аспекты устойчивого школьного эмоционального неблагополучия у всех обследованных пациентов, что находило выражение в волнении, в повышенном беспокойстве в учебных ситуациях, в ожидании плохого отношения к себе, насмешек одноклассников, отрицательной оценки или наказания со стороны педагогов, ощущении собственной неполноценности, сомнений в правильности своего поведения;
- все пациенты находились в состоянии социального стресса ввиду непродуктивности и неуспешности социальных контактов и межличностного взаимодействия, прежде всего со сверстниками;
- фрустрация потребности в достижении успеха во многом была обусловлена низкой самооценкой;
- обследуемые пациенты испытывали страхи самовыражения и несоответствия ожиданиям окружающих, страх ситуации проверки знаний;
- неконтролируемые и разнообразные по проявлениям простые и сложные вокальные тики значительно затрудняли вербальную коммуникацию с одноклассниками, препятствовали устным ответам на уроках, а такие проявления, как копролалия, нередко вызывали агрессию со стороны сверстников и негативную реакцию педагогов;
- множественные моторные тики (особенно в период обострения заболевания) приводили к выраженным школьным проблемам: от нарушения почерка и несоблюдения орфографического

режима до полной невозможности акта письма в двигательном плане при отсутствии или наличии негрубых специфических дисграфических ошибок до заболевания и в периоды ремиссии; отмечались также значительные сложности при выполнении работ графического характера (рисование, штриховка, черчение) и в самообслуживании;

- в периоды декомпенсации состояния: низкая результативность учебной и логокоррекционной работы по преодолению нарушений устной и письменной речи, грубое снижение навыков самоконтроля;
- нередко учащиеся с синдромом Жиля де ла Туретта становятся жертвами школьного буллинга (обидные прозвища, прямые и косвенные угрозы насилия, избиения); непонимание проблем со стороны школьных учителей (снижение оценок за «плохой почерк», «небрежное» выполнение письменных работ и трудное, неуправляемое поведение на уроке: «гримасы», «выкрики», «копролалия», «копропраксия» и т.д., невозможность продуктивно работать в течение урока) и со стороны родителей («плохое, неуправляемое поведение», «стыд за ребенка в общественном месте») приводит к усилению специфической симптоматики в стрессовой ситуации, что усугубляет школьную дезадаптацию.

Заключение. Индивидуальный подход, соблюдение «охранительного режима», психологическая поддержка пациента и его семьи, разъяснительная работа с педагогами, логопедическая коррекция, изменение формы обучения в периоды декомпенсации являются важными составляющими лечебно-реабилитационного комплекса.

Литература:

1. Заваденко Н.Н., Доронина О.Б., Ю.Е.Нестеровский Хронические тики и синдром Туретта у детей и подростков: особенности диагностики и лечения. Журнал неврологии и психиатрии 1, 2015; 102–109 с. doi:10.17116/nevro201511511102-1092.[Zavadenko N.N., Doronina O.B., Yu.E.Nesterovsky Chronic tics and Tourette syndrome in children and adolescents: features of diagnosis and treatment. Journal of Neurology and Psychiatry 1, 2015; 102-109 p. doi:10.17116/nevro201511511102-1092].
2. Клинические проявления школьной дезадаптации. Учебно-методическое пособие, Санкт-Петербург — 2012 г. Под редакцией профессора д.м.н. Л.С.Чутко. [Clinical manifestations of school maladaptation. Educational and methodical manual, St. Petersburg — 2012, edited by Professor L.S. Chutko, MD].
3. Чутко Л.С. Тики у детей СПб, ЭЛБИ-СПб, 2008, 88. [Chutko L.S. Tics in children St. Petersburg, ALBI-SPb, 2008, 88].