

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат
«Шизофрения в детском и подростковом возрасте»

Выполнила:
врач-ординатор
Нечаева И.С.

Проверил:
Д.м.н., доцент
Березовская М.А.



Красноярск, 2018г.

Содержание:

- 3ст. - Рецензия.
- 4ст. - Распространенность и классификация форм шизофрении.
- 5ст. - Непрерывнотекущая шизофрения
- 6ст. - Параноидная шизофрения.
- 7ст. - Вялотекущая шизофрения.
- 8ст. - Приступообразно-прогредиентная шизофрения.
- 13ст. - Рекуррентная шизофрения.
- 15ст. - Особенности психического дефекта при детской и подростковой шизофрении.
- 17ст. - Список используемой литературы.

Рецензия

на реферат ординатора первого года обучения Нечаевой И.С. по дисциплине:
"психиатрия" на тему: «Шизофрения в детском и подростковом возрасте»

Работа Нечаевой И.С. от 2018 года актуальна. В данной работе подробно описана клиническая картина шизофрении в детском и подростковом возрасте. Содержание работы полностью соответствует заявленной теме. Реферат выполнен в соответствии с требованиями - по структуре и изложению. Работа принята и оценена положительно.

Оценка:

отлично

Проверил: заведующая кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО, д.м.н.
Березовская М.А.



Детская и подростковая шизофрения — это варианты шизофренического болезненного (эндогенного) процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет возрастной патоморфоз заболевания и особенности психического дефекта в виде дизонтогенеза.

Распространенность. Клинически выраженные формы детской шизофрении составляют примерно 1/5 всех форм психозов шизофренического спектра. Эпидемиологических работ по изучению распространенности детской шизофрении немного, и они содержат достаточно разноречивые данные, поскольку в них изучались разные возрастные группы (особенно по верхней возрастной границе) [Кастерс Г. М., 1971; Stremgree S., 1975; Rutter M., 1985]. По данным J. Lutz (1937), лишь у 1 % больных шизофренией заболевание начинается до 10-летнего возраста. Распространенность шизофрении в детском населении от 0 до 14 лет установленная путем сплошного эпидемиологического изучения детского и подросткового населения, оказалась равной 1,66 на 1000 населения этого возраста (1,73—для городов и 1,5—для сельской местности) [Козлов-скал Г. В., 1980, 1983]. Значительно более низкие показатели приводит W. H. Green (1989): распространенность (prevalence) шизофрении у детей в возрасте до 12 лет он определяет как 1,75—4 на 10 000, т. е. 0,175—0,4 на 1000 детей. По данным того же автора, в популяции больных до 12 лет преобладают мальчики (70 %): соотношение мальчиков и девочек превышает 2:1. Эти данные практически совпадают с показателями, приводившимися ранее Т. П. Симеон (1948), которая указывала, что распространенность болезни среди мальчиков достигает 67,1 %. По данным P. Duranton (1956), этот показатель равен 75 %, по данным J. Landry (1959), — 60—70 %, а по данным В. М. Башиной (1989), H. Stutte (1959), J. Delage (1960), соотношение мальчиков и девочек колеблется в пределах 2:1 — 3,2:1.

Классификация форм шизофрении детского и подросткового возраста и их общие клинические особенности. Исследованиями, проведенными в Научном центре психического здоровья РАМН, было установлено, что систематика форм течения шизофрении, разработанная применительно к больным зрелого возраста, может использоваться и для диагностики шизофрении у детей и подростков. В классификации выделяются следующие ее формы: непрерывнотекущая шизофрения (злокачественная, параноидная, вялотекущая), приступообразно-прогредиентная, рекуррентная. В соответствии с этой классификацией далее описываются варианты заболевания, встречающиеся в детском и подростковом возрасте. В МКБ-10 (1994) отсутствует рубрика «Шизофрения у детей», что предполагает использование общих рубрик в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20—F29). Детскую шизофрению и подростковую шизофрению разделяют несколько условно — только по началу заболевания, соответственно до 9—10 лет и с 10 до 12—14 лет. Наряду с общими закономерностями течения детской и взрослой шизофрении имеются и некоторые различия, которые важны для правильной диагностической оценки психической патологии в детском возрасте. Почти все исследователи указывают на преобладание при детской шизофрении непрерывного, главным образом вялого и на редкость рекуррентного течения. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения встречается в детском возрасте часто и занимает промежуточное место между непрерывнотекущей и рекуррентной [Козлова И. А., 1967; Калугина И. О., 1970; Вроно М. Ш., 1972; Башина В. М., 1980]. Особенность детской шизофрении состоит также в большом числе атипичных переходных вариантов между основными, т. е. типичными формами болезни. Это обстоятельство нередко

затрудняет определение формы течения болезни даже тогда, когда диагноз шизофрении особых сомнений не вызывает.

А. В. Снежневский (1972) указывал, что единство *pathos* и *posos* особенно отчетливо обнаруживается в случаях детской шизофрении, поскольку ее клинические проявления включают не только собственно шизофренические расстройства, но и признаки задержки, даже приостановки психического развития.

Подростковая шизофрения имеет с шизофренией взрослых большее сходство. Это обнаруживается и в распределении основных клинических форм заболевания. Так, у подростков преобладает приступообразное течение над непрерывным [Сухарева Г. Е., 1937; Моисеева М. И., 1969; Вроно М. Ш., 1972, Иовчук Н. М., 1975; Полякова Н. Е., 1975; Личко А. Е., 1979; Симашкова Н. В., 1984; Данилова Л. Ю., 1987]. Клинические проявления шизофрении детского и подросткового возраста варьируют не только по типу течения болезненного процесса (непрерывное или приступообразное), но и по остроте начала болезни; собственно возрастные особенности психопатологии у детей выражены тем значительнее чем моложе ребенок. В период пубертатного криза возможно появление синдромов, обычно не наблюдающихся у взрослых. Н. Maudsley еще в 1868 г. указывал, что по видоизменению симптоматики можно создать своего рода «возрастную шкалу» для каждого синдрома. Это было полностью подтверждено впоследствии в работах Г. Е. Сухаревой (1955), И. А. Козловой (1967), М. Ш. Вроно (1971), ОД. Сосюкало, А. А. Кашниковой (1977), В. М. Башиной (1980), Л. С. Понсо (1993), Л.А. Лусса (1996), Ch. Eggers (1973). В целом типичные для шизофрении синдромы в детском возрасте отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незрелостью и незавершенностью отдельных компонентов, а также транзиторностью и изменчивостью. Поэтому можно согласиться с известным высказыванием Н. Burger-Prinz (1940) о том, что для детской шизофрении типично все атипичное. Клинические формы шизофрении у детей и подростков имеют общие закономерности развития с таковыми у взрослых.

Непрерывнотекущая шизофрения. Злокачественная рано начавшаяся шизофрения встречается у 8—12 % детей, больных шизофренией. Начальные признаки заболевания проявляются исподволь и становятся отчетливыми к 2—4 годам. Инициальный период болезни характеризуется отчуждением от близких, снижением интереса к окружающему, вялостью, сочетающейся с раздражительностью и упрямством. Близкими людьми эти изменения чаще всего оцениваются как характерологические сдвиги. На фоне этих явлений возникают неврозоподобные расстройства, в том числе немотивированные и разнообразные страхи, которые имеют тенденцию к генерализации и обуславливают поведение больного. Затем выявляются расстройства настроения: в одних случаях неопределенные тревожные ожидания, общая подавленность, в других — гипомания с дурашливостью, эйфорией и кататоническими расстройствами — эхолалия, эхопраксия, манерные стереотипии, импульсивность, негативизм, амбивалентность [Буреломова И. В., 1986]. Аффективные расстройства отличаются длительностью и стертой. Они составляют как бы фон, на котором развиваются другие нарушения. Дети могут быть то возбужденными, то заторможенными. Их игровая деятельность становится примитивной и однообразной (манипуляции с ниточкой, прутиком, нелепым собиранием каких-либо предметов и т. п.). В дальнейшем негативные симптомы — пассивность, аутизм, эмоциональное обеднение углубляются, сопровождаясь резким замедлением психического развития.

Манифестная стадия болезни, как правило, наблюдается в более старшем возрасте — после 5 лет. Картина психоза становится более полиморфной и изменчивой. В клинической картине болезни наряду с описанными кататоническими расстройствами появляются более

выраженные аффективные нарушения, а также рудиментарные галлюцинации (зрительные, обонятельные). Через 2—3 года от начала заболевания состояние больных характеризуется стабилизацией психопатологической симптоматики и признаками выраженного психического дефекта с регрессом речи и поведения

общей задержкой развития («олигофренический» компонент дефекта по Т. П. Симеон).

Несмотря на неуклонное прогрессирование, течение злокачественной шизофрении неравномерное и характеризуется обострениями симптоматики преимущественно в периоды возрастных кризов. В эти периоды возникают или усиливаются аффективные расстройства (моно- или биполярные), иногда с выраженной тревогой, кататоническими и параноидными включениями. Могут возникать и более яркие бредовые идеи отношения в виде стойкой подозрительности, недоверчивости, «бредовой настроенности», которая не всегда приобретает законченное словесное оформление [Моисеева М. И. 1969]. Если на том или ином этапе развития шизофрении у детей отмечаются депрессивные состояния, то они имеют ряд особенностей, маскированность или слабую выраженность идеаторного компонента аффективного синдрома, неспособность к вербализации переживаний; отличаются малой дифференцированностью собственно аффективных расстройств в целом. Более того, внешние проявления депрессии у детей имеют сходство с различными поведенческими нарушениями.

Основными особенностями злокачественной шизофрении у детей являются быстрое нарастание негативных расстройств и формирование личностного и интеллектуального дефекта с выраженным аутизмом, снижением активности и эмоциональным оскудением. Детская шизофрения в сравнении с подобным типом течения при начале заболевания в подростковом возрасте отличается от последней значительно большей злокачественностью болезненного процесса и формированием олигофреноподобного дефекта.

Параноидная шизофрения. В детском и подростковом возрасте (10—12 лет) может развиваться и непрерывнотекущая параноидная шизофрения, сходная в целом (по клиническим проявлениям, течению и исходам) с таковой у взрослых [Мамцева В. Н., 1958, 1969, 1973, 1979; Моисеева М. И., 1969; Вроно М. Ш., 1971; Личко А. Е., 1989]. Она отличается у детей и подростков лишь большим полиморфизмом и рудиментарностью психопатологических синдромов, бедностью и однообразием аффективных проявлений, быстрой сменой соответствующих состояний и отсутствием спонтанных ремиссий. Начало параноидной шизофрении у детей и подростков характеризуется усилением и некоторым утритированием черт, присущих преморбидному психическому складу больных, а также неотчетливостью психопатологических проявлений.

Собственно *бредовые явления* манифестируют у детей, особенно при раннем начале заболевания, когда в его клинической картине преобладают синдромы бреподобного фантазирования [Сосюкало О. Д., 1964, 1974]. В дальнейшем бреподобные фантазии могут развиваться, трансформируясь в бред воображения, иногда с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами [Мамцева В. Н., 1941, 1977]. У детей 9—10 лет может возникать редко встречающийся бред воображения, в структуре которого значительное место занимают вымыслы патологического воображения, конфабуляции — «ретроградная мифомания» [Мамцева В. Н., Гервиц Г. М., 1976].

Бредовые расстройства в виде отрывочных сенситивных ипохондрических идей, идей отношения, отравления, преследования отмечаются чаще у детей 10—12 лет и старше. Эти нарушения отличают нестойкость, изменчивость фабулы, наивность содержания, сугубо возрастная тематика, образность и конкретная чувственность [Моисеева М. И., 1969; Вроно М. Ш., 1971].

В целом бредовые синдромы в этих случаях носят отпечаток психической незрелости. Поэтому бредовые построения бедны по своей структуре, словесному оформлению, логической разработке и систематизации бредовых идей. Содержание бреда отражает детские интересы, наивность, незначительный жизненный опыт больных (бред отношений обычно направлен на лиц из близкого окружения, и в нем часто появляются инфантильно-сказочные мотивы). В этом смысле можно говорить о неразвернутых бредовых состояниях. В старшем подростковом возрасте (13—15 лет) бредовые симптомокомплексы достигают большей завершенности. Уже могут развиваться достаточно развернутые и полиморфные синдромы с выраженными не только бредовыми, но и кататоническими проявлениями.

Бредовые идеи в подростковом возрасте более разнообразны по содержанию и приближаются к типичным вариантам бреда взрослых (бред преследования, отравления, воздействия, величия и т. п.). С большей отчетливостью представлена тенденция к систематизации бредовых идей. Тем не менее бредовые синдромы у подростков все же не достигают полной завершенности. В их тематике часто повторяются «пубертатные мотивы», что, в частности, проявляется в виде дисморфофобического бреда, бреда особого призвания, а также варианта с картиной нервной анорексии (anorexia nervosa). Галлюцинаторно-бредовые варианты параноидной шизофрении имеют относительно небольшой удельный вес в общем спектре клинических форм у детей и подростков. Галлюцинации при параноидной шизофрении у детей и подростков рудиментарны и нестойки. Особенно характерны их фрагментарность и своеобразная расчлененность галлюцинаторных образов: ребенок «видит» горящие глаза, черную руку, безобразное лицо и т. д. Эти ощущения часто сочетаются с чувством «враждебного» воздействия, что свидетельствует о их близости к псевдогаллюцинациям и идеям воздействия. Иногда псевдогаллюцинации особенно вычурны, необычны и фантастичны.

Зрительные псевдогаллюцинации выявляются у детей после 7—9 лет. Их особенности дают основание полагать, что такие галлюцинации являются одним из компонентов синдрома психического автоматизма. Вначале больные испытывают наплыв воспоминаний и фантазий, которые превращаются в стереотипные, яркие эйдетические представления.

Продуктивные психопатологические явления развиваются при параноидной шизофрении на фоне углубляющихся негативных симптомов, постепенно приводящих к снижению уровня личности, типичной ее шизоидизации и интеллектуальной дефицитарности. Дефект в этом случае выражен значительно меньше, чем при шизофрении злокачественной.

Вялотекущая шизофрения. Как и у взрослых, детская шизофрения в этих случаях начинается незаметно и развивается постепенно, отличаясь малой прогрессивностью болезненного процесса без выраженных обострений и отчетливых ремиссий. Истинное начало вялотекущей шизофрении трудно установить. Речь идет только о заострении некоторых преморбидных особенностей в виде характерологических сдвигов. Именно таких вариантов течения касается продолжающаяся многие годы дискуссия об очень раннем, даже внутриутробном начале шизофренического процесса, отраженная во многих работах детских психиатров [Козлова И. А., 1967; Юрьева О. П., 1971; Fish B., 1972, Bender L., 1973].

Для вялотекущей детской шизофрении характерны прежде всего негативные симптомы, связанные с нарастающими изменениями личности больных [Сухарева Г. Е., 1937, 1974; Вроно М. Ш., 1971; Мамцева В. Н., 1979]. Здесь по существу уже на первом этапе, предшествующем манифестному развитию вялотекущей шизофрении, формируется типичный для шизофрении психический дефект, биологической сущностью которого является дизонтогенез. Он проявляется в трех категориях расстройств: дефиците

психической активности, нарушении межперсональных отношений и диссоциации психической активности.

Второй этап болезни — это период становления ее манифестных проявлений. Возникают и нарастают страхи, навязчивости, аффективные расстройства, патологическое фантазирование, явления деперсонализации.

Особенностью вялотекущего болезненного процесса у детей является отсутствие таких психотических симптомов, как галлюцинации, бред, кататонические расстройства.

В детском возрасте можно выделить неврозоподобные и психопатоподобные формы вялотекущей шизофрении.

Но наряду с типичной, т. е. сравнительно благоприятной вялотекущей шизофренией, у детей могут развиваться и варианты с *выраженной прогрессиентностью процесса*, когда в течении болезни возникают сдвиги. В таких случаях нарастают черты психопатизации личности с признаками эмоционального дефекта (равнодушие, грубость, жестокость), истероидными чертами, аутистическим фантазированием. На этом фоне в одних случаях могут развиваться страхи, тревожная депрессия, иногда состояние ажитации, в других у больных усиливаются явления навязчивостей, деперсонализации, дереализации, сочетающиеся с расстройствами сенсорного синтеза, расстройствами схемы тела и явлениями дисморфофобии.

Одновременно все более отчетливо выявляются задержка развития типа искаженного развития и нарушения интеллектуальной деятельности, выражающиеся в расстройствах мышления.

Достигнув своего максимального развития, описанные явления наблюдаются на протяжении нескольких месяцев, а затем продуктивные расстройства начинают редуцироваться. Клиническая картина постепенно стабилизируется, становится все более и более бедной продуктивными расстройствами и монотонной. Наряду с этим нарастает психопатизация личности.

Приступообразно-прогрессиентная шизофрения. Возможность приступообразного течения шизофрении в детском возрасте вызывает большие разногласия. Некоторые психиатры считают, что для детской шизофрении типично только непрерывное течение [Мнухин С. С., 1962; Neuyer G., 1955; Leonhard K., 1964]. Этим взглядам соответствуют мнения тех авторов, кто считает нетипичным течение в виде приступов [Lutz J., 1938; Kanner L., 1943; Trainer M., 1963; Leonhard K., 1970] или крайнюю редкость таких вариантов [Жезлова Л. Я., 1978; Вроно М. Ш., 1987]. Но клиническая практика показывает, что такое течение встречается и у детей, и у взрослых. Здесь могут быть выделены формы течения, приближающиеся к непрерывной и рекуррентной шизофрении с разной степенью прогрессиентности. Более того, острые психотические приступы могут обнаружиться очень рано, в возрасте от 3 мес до 1,5—3 лет [Симеон Т. П., 1948; Козлова И. А., 1967; Калугина И. О., 1970; Башина В. Н., 1980; Буреломова И. В., 1986; Bender L., 1972].

Приступообразно-прогрессиентная шизофрения, приближающаяся к злокачественной, преобладает в группе приступообразно-прогрессиентной шизофрении. Инициальный период здесь относительно короткий — 1—1,5 года. В этом периоде преобладают неврозоподобные расстройства, которые выявляются на фоне утрирования личностных особенностей. Это могут быть преувеличенный педантизм, сенситивность или ранимость.

Манифестация приступов может быть в очень раннем возрасте (до 1—3 лет). Психотические состояния в этом случае длятся от 1 мес до 1 года. Начало их всегда характеризуется внезапностью, а завершение — постепенностью. Такие приступы дебютируют необычным криком, который может быть настолько громким, пронзительным и вместе с тем монотонным, что не похож на обычный детский плач. Характерными для этого состояния являются также элементарные страхи (страх чужих людей, горшка, звуков

работающих электроприборов). Описанным расстройством сопутствуют и двигательные нарушения: периоды адинамии чередуются с периодами повышенной активности (двигательного беспокойства), с несвойственной ранее жизнерадостностью. Отмечаются нарушения сна (уменьшение его продолжительности и глубины), а также искажение суточного ритма. Одновременно наблюдается изменение аппетита: в одних случаях — его снижение вплоть до полного отказа от пищи, в других (более редко) — его повышение с отсутствием чувства насыщения.

На этом этапе болезни определяется и задержка развития, выражающаяся в позднем становлении речи, моторики, навыков опрятности и самообслуживания.

При более поздней манифестации заболевания — до возраста 5 лет в картине первых приступов доминируют массивные кататонические расстройства, всегда сочетающиеся со страхами и пониженным настроением. Последующие приступы можно квалифицировать как аффективно-бредовые. В этих случаях на фоне синдромов страха или вялой депрессии с заторможенностью возникают отдельные бредовые идеи. Страхи усиливаются в вечернее и ночное время и сопровождаются чувством надвигающейся угрозы. Эти состояния рассматриваются М. И. Моисеевой (1969) и Г. Е. Сухаревой (1976) как выражение редуцированного острого образного бреда. Собственно депрессивно-бредовые приступы с идеями отношения, преследования, слуховыми галлюцинациями и зрительными иллюзиями обычно возникают у детей 8—12 лет.

Между приступами отмечаются неполные ремиссии, когда особенно четко выступают изменения личности и задержка психического развития.

Дальнейшее течение болезни может проявляться серией шубов с неглубокими ремиссиями.

Постепенно приступы становятся более затяжными, аффективные расстройства сглаживаются и течение болезни приближается к непрерывному. Через 4—5 лет после манифестации болезни в состоянии больных вместе с рудиментарными продуктивными расстройствами выявляется грубый дефект, в котором наряду с симптомами шизофренических изменений личности отчетливо выступает задержка психического развития с признаками диссоциации психических функций.

Характеризуя приступы болезни при данном типе ее течения, можно определить их как стертые аффективные, аффективно-неврозоподобные (с фобиями или другими навязчивостями), аффективно-бредовые и аффективно-кататонические. Аффективно-кататонические приступы чаще развиваются у детей младшего возраста с выраженной задержкой психического развития. В этих случаях на высоте приступа к аффективным расстройствам присоединяются сенестопатии, а собственно кататонические расстройства представлены в форме каталепсии, пассивной подчиняемости; негативизм отсутствует. У детей более старшего возраста нарастает полиморфизм приступов. Чаще бывают параноидные, галлюцинаторно-параноидные, аффективно-кататонические, кататонопараноидные, кататоногепефренные приступы [Мамцева В. Н., 1979]. У подростков чаще отмечаются шубы с монотематическим или политематическим бредом и сенсорными расстройствами в наиболее тяжелых случаях — с нелепым бредом, психическим автоматизмом и кататонией [Моисеева М. И., 1969]. Аффективные расстройства в этих приступах могут быть депрессивными, маниакальными и смешанными.

Следует подчеркнуть, что для рассмотренного варианта *приступообразно-прогредиентной шизофрении* характерны признаки психического дизонтогенеза, которые выявляются уже в доманифестном периоде.

Приступообразно-прогредиентная детская шизофрения, приближающаяся к параноидной. Особенностью этой формы течения детской шизофрении является зависимость клинической картины приступа и становления ремиссии от возраста, в котором манифестирует

заболевание. Если ребенок заболевает в возрасте от 3 до 9 лет, то в приступах преобладают атипичные аффективные и психопатоподобные расстройства, навязчивые страхи, а в ремиссиях — негрубые изменения личности в виде физического и психического инфантилизма и эмоционального снижения.

Клиническая картина манифестного психоза, возникшего в возрасте 10—15 лет, оказывается более сложной. Аффективные расстройства в этих случаях носят смешанный характер, сочетаясь с ипохондрическими, деперсонализационно-дереализационными и стертыми бредовыми расстройствами. Более редко возникают фрагментарные обманы восприятия в виде окликов, образных представлений, парейдолий и т. д. В некоторых случаях заболевание развивается в виде серии приступов, достаточно продолжительных по времени, — от полугода до 1,5—2 лет, а затем течение болезни приобретает циркулярный характер. В ремиссиях отмечаются негрубые изменения личности без выраженного интеллектуального дефекта, но с выраженным эмоциональным снижением.

Тип приступов при этой форме болезни определить достаточно трудно в связи с их атипичностью и незавершенностью психопатологической структуры. Но в соответствии с наблюдениями Н. Е. Поляковой (1975), Р. А. Алексанянц (1976) и Н. В. Симашковой (1984) они могут быть разделены на следующие синдромы: аффективно-бредовые, аффективные приступы с навязчивостями, со сверхценными идеями и ипохондрическими расстройствами, полиморфные приступы с преобладанием аффективных расстройств, с онейроидными и галлюцинаторно-параноидными включениями.

В рамках подростковой шизофрении Н. В. Симашкова (1984) описала кататонно-онейроидные и галлюцинаторно-бредовые приступы. К возрастным особенностям первых приступов относятся стертость или отсутствие бреда инсценировки, ориентированный характер онейроидного помрачения сознания, преобладания в приступах развернутого и продолжительного кататонического этапа (2—12 нед.) с выраженными соматизированными расстройствами. Вторые отличались остротой развития с предчувствием надвигающегося несчастья (грундштиммунг), чувством измененности собственного Я. Одновременно отмечались тревога, острый чувственный бред с идеями отношения, ложные узнавания, бредовая дереализация и деперсонализация, вербальные и тактильные галлюцинации. Выход из приступа был литическим, продолжительностью от 8 до 18 нед.

Продолжительность первичных приступов в детском и препубертатном возрасте — от нескольких дней до 3 мес, в подростковом возрасте — от 3 мес до 2,5 лет. Итак, продолжительность и количество приступов с возрастом увеличиваются.

Несмотря на полиморфизм, остроту и изменчивость симптоматики в зависимости от возраста начала болезни и степени ее прогрессивности при среднепрогрессирующем течении детской и подростковой шизофрении, выделены следующие его типы: фазно-аффективный (континуальное течение) с эпизодами галлюцинаторно-иллюзорных расстройств; смешанные приступы (сдвоенная фаза) с преобладанием маниакально-бредовых, депрессивно-сенестопатических синдромов; депрессивный с дисморфофобией и анорексией.

Приступообразно-прогрессирующая детская шизофрения, приближающаяся к вялотекущей. При этой форме болезни мальчики заболевают в период первого возрастного криза (3—4 года), девочки — во втором возрастном (7—8 лет) или препубертатном (10—11 лет) кризе. Началу заболевания предшествует инициальный период, в котором отмечаются форпостсимптомы.

Болезнь манифестирует очерченным, но не отличающимся большой остротой приступом, в котором наряду с колебаниями настроения отмечаются психопатоподобные расстройства, патологическое фантазирование с образными представлениями и ментизмом без признаков насильственности. Такие приступы имеют тенденцию к серийности течения с

короткими интермиссиями. Затем наступает ремиссия с нерезко выраженными изменениями личности, главным образом в виде аутизма.

Описанные приступы ближе всего к циклотимоподобным у взрослых. Они достаточно характерны для препубертатного и пубертатного возраста [Данилова Л. Ю., 1987]. Особенно часто наблюдаются циклотимоподобные депрессии, которые могут быть астеническими, «простыми», тревожными, дисфорическими или адинамическими. Реже отмечаются соответствующие маниакальные состояния, описания которых при детской шизофрении единичны [Козлова И. А., 1967; Липидес М. И., 1970; Иовчук И. М. и др., 1975, 1982; Башина В. М., 1980]. По данным И. В. Буреломовой (1986), если такие состояния встречаются при шизофрении у детей в возрасте от 3,5 до 12 лет, то они могут развиваться в виде следующих состояний: гипердинамической гипомании (у детей с задержкой интеллектуального развития), гипомании с монотонной активностью (с преобладанием идеаторного возбуждения, сверхценными интересами и патологическим фантазированием), «благодарной» гипомании (с эйфорией, неадекватностью поведения и «дурашливой» гипоманией).

Заслуживают внимания новые наблюдения малопрогрессирующей шизофрении с атипичными шубами, для которых характерно сочетание стертых аффективных расстройств с патологическими фантазиями [Руднева И. К., 1985], синдромами уходов из дому, бродяжничества и патологии других видов влечений [Пенсе С., 1993; Лусс Л. А., 1996], а также с синдромом навязчивостей [Калинина М. А., 1993].

Синдром патологического фантазирования встречается не только при шизофрении. Он относится вообще к синдромам детского возраста (впервые он был описан у взрослых «больных-дегенератов» в условиях тюремной практики К. Бирнбаумом в 1908 г. и назван синдромом бредоподобных фантазий). При его оценке в области патологии нужно иметь в виду, что фантазирование является неотъемлемой частью нормально развивающейся детской психики. Он особенно выражен у детей личностно акцентуированных и с чертами психопатий по шизоидному, шизотимному, истерическому или психастеническому типу.

Патологическим следует считать только фантазирование, которое затрудняет адаптацию ребенка к реальной действительности, приводит к необычным, дезадаптивным формам поведения, нарушению естественных контактов с окружающими, а также фантазирование с необычным, вычурным, странным содержанием, невыводимым из известного реального жизненного опыта ребенка или преформирующим этот опыт причудливым, психологически непонятным образом. Патологическим также является фантазирование, не соответствующее по своему характеру возрасту ребенка: например, игровое перевоплощение, свойственное более раннему возрасту, возникающее в препубертатном и более позднем возрасте, или возникновение фантазий отвлеченно познавательного содержания у дошкольников. Необходимо всегда иметь в виду, что патологическое фантазирование относительно редко выступает как самостоятельный синдром, исключительно и полностью определяющий болезненное состояние ребенка, чаще входит в структуру более сложных симптомокомплексов. Этот синдром подробно изучен как отечественными, так и зарубежными детскими психиатрами [Симеон Т. П., 1952; Мамцева В. Н., 1963—1977; Сухарева Г. Е., 1967; Лебединская К. С., 1974; Ачкова М. 1977; Вроно М. Ш., 1978; Руднева И. К., 1985; Bleuler E., 1979; Eggers Ch., 1982]. Г. Е. Сухарева считала этот синдром универсальным признаком шизофрении, протекающей «постепенно» у детей дошкольного возраста. Патологическое фантазирование, развивающееся на невротическом уровне (связанное с играми и увлечениями сверхценного характера, с игровым перевоплощением, как проявление патологии влечения, типа оговоров и самооговоров), может определяться очень рано, в 2—4 года, реже в 7—9 лет, и как

исключение в препубертатном возрасте.

Синдром бредоподобных фантазий занимает большое место в клинической картине болезни у больных после 7 лет (чаще 10—11 лет).

На высоте бредоподобного фантазирования (при обострении болезни) возможны визуализация представлений, иллюзорные обманы по типу иллюзий воображения, сливающиеся с окружающей обстановкой, что чаще происходит в одиночестве, темноте, особенно перед сном. Образы фантазии отличаются от реальности, бывают яркими, красочными, живыми. При всей необычности, порой внешней нелепости поведения ребенка всегда доступна мотивировка его поступков, действий, всегда можно представить себя зрителем, наблюдающим яркое представление. Синдром уходов и бродяжничества при малопрогрессирующей шизофрении определяет клиническую картину болезни уже на ее начальных этапах. Это синдром коморбиден с аффективными расстройствами, патологическими бредоподобными фантазиями, а также с другими проявлениями патологии влечения (клептомания, пиромания, сексуальные). У мальчиков синдром уходов и бродяжничества манифестирует раньше (в дошкольном, раннем школьном возрасте — 5—7 лет) и носит вначале реактивный характер в виде протеста, оппозиции, приобретая с возрастом сверхценный характер с переходом в дромоманию. У девочек этот синдром формируется позже (после второго возрастного криза — 8—9 лет) и сразу же принимает характер неодолимого влечения. Прослеживается тесная связь этого синдрома с аффективными нарушениями. Особенностью этих состояний можно считать раннее пристрастие к алкоголю, курению (с 11—12 лет) без формирования зависимости от них («аддиктивное поведение»). Вместе с тем следует отметить психопатологическую патогенетическую неоднородность синдрома патологии влечений, который имеет общие возрастные специфические проявления у детей и подростков. Обращают на себя внимание фрагментарность проявления патологических влечений, изменение их направленности у одних и тех же больных по мере их перехода в более старшую возрастную группу (влечение к воровству сменяется агрессивно-садистическими влечениями, агрессивно-садистические трансформируются в дромоманию и т. д.). Для этого синдрома характерны психопатологическая незавершенность изученных расстройств, относительная редкость выявляемости импульсивных и навязчивых влечений, сложность и условность проведения психопатологических границ.

Клинико-психопатологический анализ состояния навязчивости у детей и подростков с малопрогрессирующей шизофренией позволил выявить феноменологические особенности синдрома с первых лет онтогенеза и выделить основные типологические варианты обсессивных состояний [Калинина МА., 1993]. Навязчивые страхи и опасения у наблюдаемых детей раннего возраста сопровождались разнообразными защитными, пассивно-оборонительными символическими действиями. У подростков появление отдельных навязчивостей (навязчивой дизморфофобии, мыслей, сомнений, действий) было связано с нарушением физического самосознания, отчуждением действий, мыслей, чувств. При непрерывной малопрогрессирующей шизофрении синдром навязчивостей был представлен несистематизированными действиями моторного типа. В дальнейшем отмечались немотивированные страхи, приобретающие характер стойких фобий, и аффективные расстройства депрессивного характера. Феноменологические особенности синдрома навязчивостей зависят от типа течения заболевания.

Рекуррентная шизофрения. Эта самая редкая форма шизофрении у детей и подростков. Она отмечается менее чем в 5 % всех случаев детской и в 15 % случаев пубертатной шизофрении. Рекуррентная шизофрения наблюдается чаще у девочек, что соответствует отмеченному еще у Е. Краепелин (1913) преобладанию лиц женского пола среди больных приступообразной шизофренией.

Для рекуррентной шизофрении детского возраста характерны остро возникающие психотические приступы, сменяющиеся ремиссиями с незначительными изменениями личности. Развитие приступа нередко совпадает с острыми инфекционными заболеваниями, травмами или психогениями. Клиническая картина приступов характеризуется, с одной стороны, рудиментарностью и незавершенностью симптоматики, а с другой — полиморфизмом и изменчивостью проявлений. Чаще всего приступы бывают в виде преходящих состояний страха — от диффузного немотивированного страха до острых галлюцинаторно-бредовых состояний. Острый приступ детской шизофрении может проявляться также только двигательным возбуждением, которое вначале отмечается главным образом по вечерам и расценивается окружающими как шалость. Но со временем все отчетливее выступает кататоно-гебефренная окраска этого возбуждения. В отдельных наблюдениях у детей младшего возраста приступ может сопровождаться соматическими расстройствами (головная боль, рвота, повышение температуры тела и т. п.). Описаны приступы, сопровождающиеся только соматовегетативными расстройствами [Симеон Т. П., Кудрявцева В. П., 1934; Сухарева Г. Е., 1955; Bender L., 1953].

Повторные приступы рекуррентной шизофрении у детей бывают более сложными по психопатологической структуре. Чаще всего это очерченные депрессивно-параноидные синдромы. По мере нарастания болезненных проявлений, особенно после повторных приступов, устанавливаются все более и более отчетливые изменения личности.

Встречающиеся у взрослых больных приступы по типу клише в детском возрасте почти не наблюдаются.

Клиническая картина рекуррентной шизофрении у подростков больше соответствует таковой у взрослых [Сухарева Г. Е., 1937, 1974; Вроно М. Ш., 1971; Личко А. Е., 1979; Симашкова Н. В., 1984]. Наиболее типичны для пубертатного возраста острые полиморфные приступы. Им во многих наблюдениях предшествуют психопатологические эпизоды, отмечаемые в детстве, в виде рудиментарных аффективных, двигательных и сенсорных расстройств. Многие исследователи расценивают эти эпизоды у детей как продромы заболевания [Новлянская К. А., 1939; Сухарева Г. Е., 1955; Симсон Т. П., 1959; Тиганов А. С., 1963; Шаманина З. М., 1966; Лупандин В. М. 1970].

В клинической картине острых пубертатных приступов преобладают аффективные и бредовые расстройства, нарушение восприятия и психомоторное возбуждение. Приступы сопровождаются тревожным возбуждением сенестопатиями, вегетативными расстройствами (тахикардия, игра вазомоторов, озноб, полиурия). Возбуждение больных отличается большой экспрессией и выразительностью, обуславливающими сходство этих приступов с истерией. В некоторых случаях картина приступа соответствует острому состоянию с бредовым настроением (эмоциональная напряженность, растерянность, бредовое восприятие и истолкование окружающего). На высоте приступа нередко возникают симптомы помрачения сознания: либо сновидное состояние с обилием фантастических переживаний (онейроидный синдром), либо состояние спутанности, напоминающее аменцию (аментивноподобное состояние) [Кербиков О. В., 1949]. Характерны соматические симптомы, напоминающие интоксикацию у больных при острых инфекционных заболеваниях: лихорадочный румянец, сухие, запекшиеся губы, обложенный язык, вазовегетативная лабильность, субфебрильная температура. В особо тяжелых случаях наблюдались гипертермия, нарастающее

обезвоживание, иногда геморрагический синдром, а в картине психоза преобладали кататоническое возбуждение или ступорозные симптомы, т. е. развивались явления фебрильной (гипертоксической) шизофрении с угрозой для жизни больного.

Для острой пубертатной шизофрении характерны не только полиморфизм и изменчивость симптоматики, но и волнообразность течения, наблюдаемая с начала первого приступа [Сухарева Г. Е., 1937]. Эти волнообразные колебания состояния можно рассматривать как серию коротких приступов. Продолжительность первых психотических приступов от 2—3 нед. до 2 мес. Однако при неблагоприятном течении приступ может стать затяжным, особенно в тех случаях, когда возникает серия приступов без отчетливых ремиссий.

Несмотря на большое разнообразие проявлений можно выделить два основных типа острых приступов пубертатной шизофрении: состояния с преобладанием аффективных явлений и состояния, в которых на первый план выступают кататонические и острые бредовые расстройства [Сухарева Г. Е., 1937; Вроно М. Ш., 1972], а также аффективно-онейроидные приступы [Симашкова Н. В., 1984]. При развитии аффективно-бредовых приступов при рекуррентной шизофрении отмечались аутохтонное, острое начало, быстрое развитие острого чувственного бреда (бреда ущерба, «чужих родителей», особого происхождения). При этом наблюдались нестойкие истинные вербальные и обонятельные галлюцинации, бред открытости. Бред значения и инсценировки быстро принимал фантастический характер, тревога с растерянностью и элементами дезориентировки носила мерцающий характер. К возрастным особенностям аффективно-бредовых приступов следует отнести присутствие острого чувственного бреда с явлениями открытости без других признаков синдрома Кандинского — Клерамбо. После описанных приступов формировались ремиссии, в которых сохранялись фазные континуальные расстройства настроения. Одними из основных факторов, влияющих на структуру ремиссии, были характер самого приступа, а также наличие эпизодических психопатологических расстройств в доманифестном периоде болезни.

Наличие астенических расстройств в преморбиде и доманифестном периоде, описанная структура приступа и ремиссии прогностически неблагоприятны [Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Бамдес Б. С., 1961; Мелехов Д. Е., 1981; Шахматова-Павлова И. В., 1985; Huber G., Gross G., Schuttler R., 1979].

Дальнейшее течение пубертатной шизофрении бывает различным. В большинстве случаев структура последующих приступов усложняется, ремиссии бывают неполными, нарастают изменения личности. Со временем течение приближается к приступообразно-прогредиентному. В более благоприятных случаях болезнь развивается в виде отдельных более или менее однотипных приступов (иногда единичных транзиторных или приступов-клише) с устойчивыми полноценными ремиссиями без выраженных изменений личности. Такое фазное течение во многом напоминает маниакально-депрессивный психоз. Очень редко отмечается рекуррентная шизофрения с так называемым регрессивным течением, когда после первого полиморфного приступа развиваются чисто аффективные фазы, состояния типа «фершробен» или «парциального дефекта» [Сухарева Г. Е., 1959, 1963], сочетающиеся с симптомами психической незрелости. Отличительная особенность психического инфантилизма при детской шизофрении состоит в диссоциации развития. Это позволило Г. И. Сухаревой назвать такой инфантилизм «дисгармоническим». Дисгармоничность развития выражается в несоответствии интеллекта и речи моторике или в диссоциации между психическим и физическим развитием. Психическая незрелость может сочетаться с нормальным или даже опережающим физическим развитием, а инфантильно-грацильное телосложение — с высоким уровнем развития речи и интеллекта. «Парциальный дефект» и

«дисгармонический инфантилизм» чаще наблюдаются при малопрогрессирующей шизообразной шизофрении, начавшейся в детстве.

При рекуррентном течении шизофрении дефект проявляется в виде утраты прежней стеничности, сужения круга интересов, нарастания сенситивности и эмоциональной нивелированности. После кататонно-онейроидных приступов становятся отчетливыми падение психической активности, истощаемость без явлений раздражительной слабости и аффективной лабильности. Такие состояния многие авторы считают прогностически неблагоприятными [Мелехов Д. Е., 1981; Наджаров Р. А., Цуцельковская М. Я., Концевой В. А., 1990; Huber G., Gross G., Schuttler R., 1979].

Особенности психического дефекта при детской и подростковой шизофрении.

Одна из важных особенностей детской шизофрении состоит в том, что связанное с возрастом видоизменение клинической картины и течения заболевания (возрастной патоморфоз) характеризуется, в частности, не только формированием типичного для шизофрении дефекта психики, но и сопутствующим процессу нарушением развития ребенка — дизонтогенезом. В связи с этими изменениями личности структура дефекта при шизофрении, начавшейся в детстве, как неоднократно отмечалось многими исследователями, представляется более сложной, чем при начале заболевания в зрелом возрасте.

Под *дизонтогенезом* понимают нарушение индивидуального развития. Первоначально дизонтогенезом называли лишь нарушения внутриутробного развития и врожденные аномалии развития (уродства, прежде всего телесные). Но в настоящее время это понятие расширилось и стало обозначать нарушение развития любых органов и систем, организма и личности в целом. Нарушения развития нервной системы, в частности психики, личности, относятся к так называемому психическому дизонтогенезу.

Важно подчеркнуть, что преобладающее значение для дизонтогенеза имеют не характер и сила повреждающего агента и даже не локализация поражения, а время, период развития, на который приходится повреждающее воздействие.

Клинические проявления дизонтогенеза при шизофрении относят к негативным симптомам. Его обозначают как задержанный или искаженный типы дизонтогенеза, при котором наряду с задержкой выступает неравномерность (диссоциация) развития [Юрьева О. П., 1970].

Основные факторы, влияющие на характер психического дизонтогенеза при детской шизофрении: время поражения, т. е. период начала заболевания и злокачественность (степень прогрессирующей) болезни (чем раньше начинается шизофрения, тем более выражен дизонтогенез). Чем больше прогрессирующая болезненность процесса, тем грубее нарушения развития. В проявления дизонтогенеза включаются изменения личности, приносимые собственно шизофреническим процессом. Этим определяется более сложная структура дефекта при шизофрении, начавшейся в детском возрасте. Дизонтогенезу посвящены многие работы отечественных и зарубежных исследователей. Каждый из авторов по-своему трактовал понятие «дефект» или «исход», но ни один из них не употреблял термин «конечное состояние», используемый при шизофрении взрослых.

Наибольшая выраженность дефекта, в том числе нарушений развития, бывает при злокачественном течении процесса, начавшемся в раннем возрасте (до 5 лет). При этом формируется особенно тяжелый дефект личности («олигофренический» компонент дефекта) [Симеон Т. П., 1948]. Структура дефекта зависит от преобладания в ней симптомов шизофренических изменений личности или черт задержки психического развития. В первом случае на первый план выступают аутизм и эмоциональные изменения, которые выявляются очень рано. Уже на фоне выраженного дефекта личности у больных появляются состояния с кататоническими расстройствами, гебефренной дурашливостью, гримасничаньем, нелепыми

действиями, речевым напором, мимоговорением или непродолжительного субступора без изменений мышечного тонуса, с пассивной подчиняемостью. Ступенчатого усложнения клинической картины в этих случаях не бывает — вся симптоматика развивается в пределах одних и тех же регистров продуктивных расстройств (рудиментарных кататонических, аффективных, галлюцинаторных).

Другой тип дефекта, который формируется у больных на фоне диссоциированного дизонтогенеза, включает в свою структуру наряду с симптомами шизофренических изменений личности задержку психического развития с признаками диссоциации, когда при недоразвитии можно отметить мозаичность и неравномерность поражения психики, что отличает подобную задержку развития от истинной олигофрении. Такой дефект обычно наблюдается при приступообразном заболевании, когда приступы характеризуются затяжным течением и короткими неотчетливыми ремиссиями. При специальном исследовании у этих больных обнаружен более высокий запас знаний, чем это представлялось на первый взгляд, но они были оторваны от реальности и носили утрированно-карикатурный характер. Эти больные по сравнению с вышеописанными легче удерживались в домашней обстановке, при индивидуальном подходе могли быть обучаемы. В структуре дефекта у детей с ранней манифестацией заболевания наряду с ущербом выявляются недоразвитие, нарушение адаптации, беспомощность в отличие от взрослых больных, когда в клинической картине больше выступают распад и деменция.

При детской шизофрении с малопрогрессирующим течением отмечаются иные формы нарушений развития, которые проявляются не столько в задержке, сколько в искажении развития и незрелости по типу психического и психофизического инфантилизма.

Генетические и другие факторы в развитии детской шизофрении. Многие детские психиатры, не занимаясь специально генетикой детской шизофрении, все же обращали внимание на высокую наследственную отягощенность при этом заболевании, в особенности в случаях с ранней манифестацией психических расстройств [Симеон Т. П., 1948; Чехова А. Н., 1963; Жезлова Л. Я., 1967; Сухарева Г. Е., 1974]. Позже ряд авторов, как зарубежных [Fish B., 1971; Bender L., 1973; Eggers Ch., 1981; Erlenmeyer-Kimling L., 1983; Naslung D., 1984], так и отечественных [Салдина Л. П., 1964; Назаров К. Н., 1970; Лукашева И. Д., 1973; Буторина Н. Е., 1979], установили важный факт по генетике детской шизофрении, подтвердив существенную роль наследственного предрасположения при этом заболевании.

Список использованной литературы:

1. «Психиатрия. Руководство для врачей и студентов» В.А. Гиляровский
2. «Психиатрия: Национальное руководство» Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанов.
3. «Эндогенные психические заболевания» А.С. Тиганов.