

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Термины и определения	8
Введение	10
Глава 1. Шизофрения в детско-подростковом возрасте	14
1.1. Определение	14
1.2. Этиология и патогенез	15
1.3. Эпидемиология	19
1.4. Особенности кодирования по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	20
1.5. Классификация и клиническая картина шизофрении и других расстройств шизофренического спектра в детско-подростковом возрасте	21
Глава 2. Диагностика шизофрении в детско-подростковом возрасте	32
2.1. Жалобы и анамнез	32
2.1.1. Объективный анамнез	32
2.1.2. Субъективный анамнез	34
2.2. Физикальное обследование при шизофрении в детско-подростковом возрасте	36
2.3. Лабораторные диагностические исследования	37
2.4. Инструментальные диагностические исследования	37
2.5. Другие диагностические исследования	40
2.6. Экспериментально-психологическое исследование	41
2.7. Дифференциальная диагностика шизофрении в детско-подростковом возрасте	45

Глава 3. Лечение шизофрении в детско-подростковом возрасте.	49
3.1. Общие принципы лечения.	49
3.2. Психотерапия и психокоррекция шизофрении в детско-подростковом возрасте	70
Глава 4. Психосоциальная реабилитация	74
Глава 5. Виды превентивной помощи	76
Глава 6. Организация оказания медицинской помощи	78
Глава 7. Дополнительная информация (катамнез)	83
Приложения	84
Приложение № 1	84
Приложение № 2	85
Список литературы	91

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Авторы — сотрудники отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия).

Балакирева Елена Евгеньевна — кандидат медицинских наук, и.о. заведующего отделом, ведущий научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0002-3919-7045>

Куликов Антон Владиславович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0002-9980-9226>

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0001-5736-5519>

Иванов Михаил Владимирович — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0002-3853-4345>

Никитина Светлана Геннадьевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0002-7775-1692>

Блинова Татьяна Евгеньевна — научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0001-8750-8824>

Шалина Наталья Сергеевна — младший научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0002-2332-5591>

Голубева Наталья Ивановна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела
<https://orcid.org/0000-0002-1700-5292>

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ♦ — торговое название лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция
- ® — лекарственное средство не зарегистрировано в Российской Федерации
- АДП — атипичный детский психоз
- БАР — биполярное аффективное расстройство
- ИП — инфантильный психоз
- МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство
- ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство
- РАС — расстройства аутистического спектра
- УМО — умственная отсталость
- ЦНС — центральная нервная система
- ШД — шизофрения в детско-подростковом возрасте
- ЭЭГ — электроэнцефалография

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Шизофрения у детей — вариант прогрессивного психического расстройства, характеризующийся дисгармоничностью и утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящий к грубому нарушению психического развития, формированию типичного для шизофрении когнитивного дефекта. Шизофрения у детей развивается на фоне патологического формирования мозговых структур, дизонтогенетического развития физиологических и психических функций ребенка, что определяет возрастную динамику симптоматики, структуру дефекта.

Прогрессивность — темп нарастания негативной симптоматики в клинической картине шизофрении у детей, определяющий характер личностных и когнитивных изменений в структуре дефекта.

Скрининг (первичное выявление риска заболевания) — краткий сбор информации о психологическом, социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, оценки их потребности в дальнейшей углубленной клинической диагностике и оказании необходимой лечебно-коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы психических расстройств в детстве. Скрининг проводится специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими психологами).

Синдром Кандинского–Клерамбо — галлюцинаторно-параноидный синдром, или синдром психического автоматизма, включающий в себя бред преследования и воздействия, явления психического автоматизма и псевдогаллюцинации.

Психический дизонтогенез — нарушение развития психики в целом или ее отдельных составляющих, нарушение темпов и сроков развития отдельных сфер психики и их компонентов.

Дефект типа *Verschrobene* (от нем. *verschrobene* — «чудак») — негативные личностные изменения, нарастающие с течением эндогенного процесса, включающие в себя чужаковатость, эксцентричность, дистонность межличностных коммуникаций, эмоциональную холодность, склонность к формированию сверхценных образований.

Синдром Геллера, или детское дезинтегративное расстройство — относительно редкое pervasive расстройство развития у детей, которое возникает после первых 2 лет нормального развития и характеризуется резкой утратой прежде усвоенных навыков в таких областях, как социальные навыки, речь, контроль функций мочевого пузыря и/или кишечника, нарушением сенсорно-двигательной координации с формированием умственной отсталости.

Синдром Дауна — клиническое проявление аномалии 21-й хромосомы, может проявляться нарушением умственного развития, микроцефалией, небольшим ростом и характерным внешним видом.

Синдром Мартина–Белл — это сцепленное с полом наследственное заболевание, характеризующееся умственной отсталостью, определенными фенотипическими особенностями и нарушениями аутистического спектра.

Синдром Ретта — клиническое выражение мутации гена *MECP2* на X-хромосоме (Xq28), характеризуется нормальным ростом и развитием в раннем периоде с последующим замедлением этапов развития, а затем регрессом навыков с утратой целенаправленного использования кистей рук, с навязчивым выкручиванием и «мытьем рук», замедлением роста головы и мозга, судорогами, трудностями при ходьбе и умственной отсталостью.

ВВЕДЕНИЕ

Для современной психиатрии проблема шизофрении остается одной из важнейших. Чрезвычайно актуальной, сложной и дискуссионной она является и для психиатрии детско-подросткового возраста наряду с проблемой расстройств аутистического спектра. Значимость своевременной диагностики и нозологической дифференциации основных форм шизофрении у детей составляет первостепенную проблему современной психиатрической науки в связи с тем, что несвоевременная диагностика и запоздалое назначение терапии, а также «пропущенные случаи», трудные для диагностики состояния (в том числе вялотекущие формы шизофрении — «шизотипическое расстройство» по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а также случаи с психотическими симптомами, длительное время остающиеся нераспознанными ввиду недоступности пациентов при внешне упорядоченном поведении) зачастую могут значительно ухудшать прогноз, приводить к социальной дезадаптации, ауто- и гетероагрессивным поступкам.

В данном руководстве представлены современные взгляды на проблему шизофрении в детском возрасте, однако невозможно вкратце не остановиться на историческом аспекте и ряде отечественных ученых, занимавшихся фундаментальными исследованиями в детской психиатрии, внесших огромный вклад в изучение проблемы шизофрении у детей, что в настоящее время способствует ранней диагностике и своевременному, эффективному и безопасному лечению пациентов. Оговорим сразу, что под шизофренией в детском возрасте мы подразумеваем шизофрению у пациентов в возрасте до 18 лет, то есть до совершеннолетия (в соответствии с Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 № 124-ФЗ, Семейным кодексом Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ). При этом в научно-практической деятельности необходимо учитывать возрастные особенности клиники шизофрении пациентов, находящихся на разных этапах онтогенеза (дошкольный, младший школьный, подростковый периоды).

Вопрос о шизофрении у детей активно разрабатывался с начала прошлого века после фундаментальных исследований преждевременного слабоумия, проведенных Е. Краепelin (1893), который ис-

пользовал введенное ранее В. Morel понятие «раннее слабоумие», называя так шизофрению у детей. Так, S. De Sanctis (1905, 1908) охарактеризовал психоз у маленьких детей с психомоторным возбуждением и исходом в слабоумие, назвав его «*dementia praecocissima*». J. Raescke (1909) рассмотрел в группе преждевременного слабоумия психозы у детей с кататоническими расстройствами. E. Bleuler (1911), введя понятие расщепления психики, усовершенствовал концепцию «раннего слабоумия» и, внедрив термин «шизофрения», изменил название психоза, так как он полагал, что ядром болезни является дезинтеграция личности. Согласно E. Bleuler, основными характеристиками шизофрении представляются расстройства мышления, эмоциональное обеднение, а также утрата или нарушение эмоциональных контактов с внешним миром, которые он называл «аутистическими». За ними следуют работы М. Березовского (1919), А.Н. Бернштейна (1912), E. Nollaender (1911), R. Weichbrodt (1918), L. Voigt (1919) и др.

В России впервые в конце позапрошлого столетия (1891) С.Н. Данилло описал клиническую картину шизофрении у ребенка 10 лет и тем самым привлек внимание русских исследователей к изучению этого заболевания у детей. Е.С. Гребельская, Т.П. Симсон, В.П. Кудрявцева, Р.И. Морген и Р.И. Фундилер описали возникновение болезненного процесса в ранние годы и даже на втором году жизни ребенка, иногда же начало установить не удается, так как оно теряется в самом раннем возрасте. Т.И. Юдин (1921), собрав ряд своих наблюдений и изучив всю литературу, опубликованную к тому времени на европейских языках по этому вопросу, сделал ряд выводов, указав на то, что шизофрения начинается в детском возрасте гораздо чаще, чем думают многие, а также первым среди отечественных авторов высказал предположение о том, что в детском возрасте шизофрения может протекать и более благоприятно.

Неоценимый вклад в изучение шизофрении в сравнительно-возрастном аспекте внесла Г.Е. Сухарева (1937), которая в своей монографии посвятила главу шизофрении у детей, где она подчеркивает, что самые острые состояния в раннем детстве выражены слабее, чем это наблюдается у более старших детей. Общим для всех наблюдаемых картин Г.Е. Сухарева считает аутизм, утрату единства личности, своеобразное изменение аффекта и активности, выявление монотонности эмоциональной жизни, потерю радости творчества и целеустремленности. Наконец, для детей, более развитых интеллектуально, Г.Е. Сухарева считает характерным расщепление мышления.

В дальнейшем Т.П. Симсон, ставшая вместе с академиком В.А. Гиляровским одним из организаторов Института психиатрии АМН СССР (в настоящее время ФГБНУ НЦПЗ, директор доктор медицинских наук, профессор Т.П. Ключник), подробно описала шизофрению в детском возрасте. Г.К. Ушаков исследовал течение шизофрении у детей, отклонения, обусловленные возрастным фактором, закономерностями патогенеза. М.Ш. Вроно продолжил изучение шизофрении у детей, были рассмотрены вопросы шизофренического дефекта и нарушения речи в форме речевой бессвязности (шизофазии) в картине конечных состояний при шизофрении, также были введены и разработаны понятия возрастного патоморфоза при шизофрении у детей. Под руководством М.Ш. Вроно впервые в мире проведены широкомасштабные клинико-катамнестические, клинико-эпидемиологические, клинико-генетические исследования шизофрении в детско-подростковом возрасте, послужившие основой разработанной систематики шизофрении у детей и ее патогенеза. Впервые были проведены исследования разных форм нарушения развития (дизонтогенеза) у детей, страдающих шизофренией, разработаны (совместно с профессором В.М. Башиной) основы изучения проблемы раннего детского аутизма. И.А. Козлова продолжила изучение психопатологии шизофрении у детей, ею впервые было отражено дифференцированное представление о степени и характере семейного отягощения при шизофрении у детей в зависимости от ее клинической формы, а также проведен комплексный генетический анализ большой семейной выборки, результаты которого легли в основу мультифакториальной модели наследования указанной патологии. В.М. Башиной было разработано самостоятельное направление научного изучения шизофрении в детском возрасте, расстройств аутистического спектра, ею описаны возрастные особенности психопатологии, клинических проявлений, предложены их классификация, обоснование ранней диагностики и возможностей терапии, гипотезы патогенеза и предикторы прогноза. Книжки В.М. Башиной «Ранняя детская шизофрения» (1980, 1989), «Аутизм в детстве» (1999) остаются фундаментальными и актуальными в настоящее время, обобщают огромный научный материал, собранный при оказании помощи пациентам детского возраста. В.М. Башиной представлена в возрастном аспекте феноменология симптомов и синдромов, разработан глоссарий по основным психопатологическим синдромам и дано описание разных форм течения шизофрении у детей. В 1983–1987 гг. В.М. Башиной и Н.В. Симашковой проведено клинико-катамнестическое исследование когорты больных шизофренией в детском возрасте (328 человек), прослеженной с 1961 по 1981 г. Это уникальное

исследование группы рано заболевших детей подтвердило обоснованность и прогностическую значимость отечественной классификации, позволило внести коррективы в трактовку приступообразной шизофрении у детей и обосновать необходимость выделения группы шизоаффективных, аффективных и аффективно-неврозоподобных расстройств, что позже было реализовано в МКБ-10 (1994), адаптированной в 1999 г. в отечественном здравоохранении. На основе катamnестических данных большой группы больных шизофренией разработана первая систематика ранней детской шизофрении. Н.В. Симашковой были изучены клинические особенности подростковой шизофрении с острыми полиморфными приступами, продолжено изучение психопатологии различных форм шизофрении, шизотипических расстройств у детей, инновационными и чрезвычайно актуальными стали совместные с коллегами труды Н.В. Симашковой, посвященные дифференциальной диагностике шизофрении и расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в клинико-биологическом и клинико-психологическом аспектах. Н.В. Симашковой были подготовлены клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи при шизофрении и РАС у детей. В настоящее время работа по изучению шизофрении у детей в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ продолжается под руководством кандидата медицинских наук Е.Е. Балакиревой.

Данное руководство, применимое для внебольничной и больничной сети здравоохранения, надеемся, будет интересным и полезным врачам-психиатрам, медицинским (клиническим) психологам, студентам медицинских университетов, людям, по долгу профессии или обстоятельствам имеющим отношение к пациентам, страдающим шизофренией. Надеемся, что оно послужит улучшению помощи больным шизофренией детям, будет способствовать повышению частоты благоприятных исходов и социальной реабилитации.

Глава 1

Шизофрения в детско-подростковом возрасте

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Шизофрения в детско-подростковом возрасте (ШД) — вариант прогрессирующего психического расстройства, характеризующийся дисгармоничностью и утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящий к психическому дизонтогенезу и формированию типичных для ШД когнитивных нарушений, вплоть до формирования когнитивного дефекта. Шизофрения у детей развивается на фоне патологического формирования мозговых структур, дизонтогенетического развития физиологических и психических функций ребенка, что определяет возрастную динамику симптоматики, структуру дефекта.

У пациентов, как правило, сохраняются ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя с течением времени могут появиться некоторые когнитивные нарушения. Расстройства, свойственные шизофрении, искажают фундаментальные психические функции, которые придают нормальному человеку чувство собственной индивидуальности, неповторимости и целенаправленности. При шизофрении часто мысли, чувства и действия как будто становятся известными другим или ими разделяются, в таких случаях речь может идти о развитии интерпретативного бреда. Также может возникнуть ощущение, что существуют естественные или сверхъестественные силы, которые воздействуют особым образом на мысли и действия пациента. Иногда пациенты рассматривают себя как «центр всего того, что происходит». У отдельных пациентов возникают слуховые галлюцинации, комментирующие поведение или мысли. Часто нарушается восприятие: цвета или звуки начинают казаться необычно яр-

кими или качественно измененными, малозначащие черты обычных вещей становятся более значимыми, чем весь предмет в целом или общая ситуация. На ранних стадиях заболевания возникает чувство растерянности, повседневные ситуации становятся необычными, зловещими, значение их воспринимается предназначенным исключительно для пациента. Ядром шизофренического регистра-синдрома являются особые нарушения мышления, которое становится нечетким, прерывистым и неясным. Меняется речь, становясь непонятной, ускоренной, несвязной либо скандированной, появляются запинки, бессвязность, разорванность речи, эгоцентрическая речь, вербигерации, эхолалии, шизофазия. Возникают прерывание мыслей и чувство чуждости или вложенности, отнятия мыслей, что также может часто встречаться у пациентов. Довольно часто меняется настроение, при этом могут быть противоположные полюса, как маниакальный, так и депрессивный. У детей первого возрастного криза преимущественно отмечается гипоманиакальный аффект без продуктивности. Аффективная лабильность проявляется капризностью, раздражительностью, плаксивостью, обидчивостью. Амбивалентность и волевые расстройства проявляются такими нарушениями, как инертность, негативизм, в крайне редких случаях может возникнуть ступор. Кататонические расстройства являются наиболее частыми при шизофрении у детей. Начало заболевания может быть острым либо подострым (маскированным) на фоне разных типов течения заболевания, сопровождающихся выраженными нарушениями поведения с постепенным нарастанием продуктивных и негативных расстройств. На фоне течения заболевания не всегда возникают изменения, приводящие к когнитивному дефекту. За счет проведения своевременно начатых лечебно-реабилитационных мероприятий нарушения ограничиваются когнитивным дефицитом, что улучшает прогноз и качество жизни самого пациента и его семьи. Продолжительный катамнез показывает, что в ряде случаев удается достичь длительной ремиссии и практического выздоровления.

1.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиология и патогенез ШД точно не известны, предполагаются мультифакторные причины заболевания: биологические (генетические, динейроонтогенетические, нейрохимические, иммунологические), психосоциальные. В настоящее время большинство нейробиологов рассматривает шизофрению с началом в детском возрасте как мультисистемное заболевание, характеризующееся высокой наследуемостью, ассоциируемое