Шизофрения у детей

Материал предоставлен Д.Мангуби

До конца 19-го века в классификации психических болезней господствовал симптоматический подход. Позднее учеными был предложен нозологический принцип, при котором учитывались, в первую очередь, этиология и патогенез заболевания. Данным принципом руководствуются и в настоящее время. Учет этиологических моментов в развитии того или иного психического заболевания позволяет применить наиболее эффективные для данного больного лечебные и профилактические мероприятия. Для целей медицинской статистики и сопоставления диагнозов психических болезней существует **Международная классификация психических болезней:**

1. Психозы, связанные с инфекционными заболеваниями:

   А) психические расстройства при острых психических заболеваниях (тифы, пневмонии, гриппы и т.д.);

   Б) психические расстройства при хронических инфекционных заболеваниях (сифилис мозга, прогрессивный паралич, эпидемический энцефалит и т.д.).

2. Психозы, связанные с интоксикацией:

   А) психические расстройства при профессиональных отравлениях свинцом, окисью углерода, тетраэтилсвинцом;

   Б) наркомании (хронический алкоголизм, белая горячка, корсаковский психоз, наркомания).

3. Психические расстройства, связанные с травматическим повреждением мозга:

   А) острые травматические психозы;

   Б) травматическая энцефалопатия.

4. Психические нарушения при соматических заболеваниях:

   А) при сердечных заболеваниях;

   Б) при заболеваниях органов брюшной полости.

5. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях:

   А) при церебральном атеросклерозе сосудов;

   Б) при гипертонической болезни.

6. Психические расстройства в возрасте обратного развития:

   А) пресенильные психозы;

   Б) сенильные психозы.

7. Шизофрения.

8. Маниакально-депрессивный психоз.
9. Эпилепсия.
10. Неврозы:

    А) неврастения;

    Б) истерия;

    В) невроз навязчивых состояний.

11. Реактивные психозы.
12. Психопатии.
13. Психические недоразвития.

История становления науки о шизофрении и причины ее возникновения.

Выделение шизофрении как самостоятельного заболевания под названием “раннее слабоумие” обычно связывают с именем немецкого психиатра Э.Крепелина, описавшего в конце прошлого столетия (1899 г.) клинику, течение и исход этого заболевания. Однако клинические проявления шизофрении были описаны под разными названиями российскими и зарубежными психиатрами значительно раньше. Так, П.А. Буковский описал это заболевание в 1834 году под названием “суемудрие”. Патофизиологические механизмы шизофрении были впервые обоснованы российским физиологом И.П. Павловым.

Однако становление учения о детской шизофрении восходит первоначально к учению и психозах и шизофрении в общей психиатрии. В исследованиях клиницистов 19-20-го веков накапливались данные о психозах у детей, сопровождающихся галлюцинациями, бредом, кататоническими расстройствами, расстройствами, а также меланхолией и нарушениями поведения типа Moral Insanity. Вслед за фундаментальными исследованиями, проведенными Крепелином, появляются первые работы о детских психозах, которые отнесены к той же группе психических заболеваний (преждевременное слабоумие). С. де Санктис (1905, 1908) охарактеризовал психоз у маленьких детей с психомоторным возбуждением и исходом в слабоумие; Дж. Рекк (1909) рассмотрел в группе преждевременного слабоумия психозы у детей с кататоническими расстройствами; в работах М. Брезовского (1909), А.Н. Бернштейна (1912), Э. Холлендер (1911), Р. Вейхбродт (1918) была показана возможность развития шизофрении с кататоническими, гебефренными, параноидными и аффективными расстройствами у детей школьного возраста и подростков. Была поставлена под сомнение причинная связь этих расстройств с возрастом. Исследованиями А. Хомбургер (1926) завершается первый этап в изучении преждевременного слабоумия у детей и подростков. Широкое признание получил факт сходства клинической картины преждевременного слабоумия у детей, подростков и взрослых. Однако, как на этапе исследований шизофрении в онтогенетическом аспекте, так и на всех последующих этапах отдельными клиницистами оспаривалась возможность развития шизофрении у детей из-за их психической незрелости.

На период с середины 30-ых и до начала 40-ых годов нашего столетия приходится следующий этап в изучении шизофрении у детей. Его определяет особый интерес клиницистов к проявлениям собственно детской шизофрении, ее семиологии, течению, семейной патологии. Г.Е. Сухарева (1937) и Т.П.Симсон (1948) определили шизофрению у детей и подростков как наследственно обусловленное заболевание с типичной психопатологической картиной, определенным течением и исходами. Они выделили **основные синдромы при подростковой шизофрении:** кататонический, гебефренный,

параноидный, а также при детской – кататонической с постепенно наступающей деградацией психики, гебефренический, анэтический, навязчивостей в сочетании с депрессивным фоном.

В немецкой психиатрии (H. Burger-Prinz, 1940; Ch. Wilck, 1965 и др.) большое внимание уделяли клинике неблагоприятной шизофрении, обсуждались двигательные, аффективные расстройства, нарушения поведения.

Представители англо-саксонской группы психиатров (H. Potter, 1933; C. Bradley, 1941) при шизофрении у детей отмечали расстройства поведения, изменения речи, прогрессирующее течение с исходом в слабоумие.

Французскими психиатрами детская шизофрения стала рассматриваться в круге конституциональных психозов (D. Duche, L. Michaux, 1965, R. Mises, M. Moniot, 1970). Истоки этого направления исходят к учению Б. Мореля (1860), В. Маньяна, М. Легрена (1886) о дегенеративных состояниях. Диагностика этих психозов в детстве, по мнению выше упомянутых авторов, крайне сложна и редка. К тому же для всей этой группы состояний обязательны те же кардинальные признаки, которые свойственны шизофрении (такие как деменция, расстройства поведения, чувств, “бедные” деперсонализационные симптомы, тенденция к хроническому течению). Фр. Блондел (1959), А. Ландри (1959), П. Корбоз (1962) к этим симптомам добавляют нарушения соматики и аутизм. Клиническому направлению французской детской психиатрии оказались близки исследования канадских психиатров Дж. Делаже (1960), Ф. Ворда и Б. Ходдинота (1968). Они предполагали возможность развития шизофрении у детей в возрасте до 3 лет.

Работы по эволюционно-биологическому направлению исследований наиболее полно представлены в американской детской психиатрии (А. Гаселл, 1945; Б. Фиш, 1979; Л. Бендер, 1958). Указанные авторы высказали положение о несходстве шизофрении в детском и взрослом возрастах, о том, что шизофрения в детстве исчерпывается симптомами преждевременного развития. По мнению Л. Бендер, феномены, возникающие при шизофрении раннего возраста, есть видоизмененные нормальные формы поведения, присущие только детскому возрасту. Этим клиницистам удалось показать симптомы повреждения физиологических функций, обменных процессов, обосновать предположение о существовании внутриутробной процессуальной шизофрении в форме энцефалопатии (по Л. Бендер), что послужило основанием высказать предположение о наследственной природе шизофрении. Однако трактовка симптоматологии шизофрении в детстве, которая была сведена только к симптомам нарушенного поведения, является достаточно спорной. В наибольшем числе наблюдений при рано начавшемся шизофреническом процессе можно найти не только симптомы нарушения развития определенных функций, но и так называемые продуктивные симптомы нарушения этих же сфер деятельности организма. Работы Л. Бендер и ее школа являются основополагающими среди других, посвященных онтогенезу у маленьких детей, страдающих шизофренией.

Появлению работ советских детских психиатров эволюционных направлений способствовали труды российских и советских физиологов И.М. Сеченова (1863), А.А. Ухтомского (1925), И.П. Павлова (1949).

А.В. Муратов писал о природах онтогенеза, в которых проявляется вредность, предлагая выделять внутриутробный уровень поражения и уровень, охватывающий первые годы жизни ребенка. Г.Е Сухарева В.В. Ковалев высказали идеи о взаимовлиянии возрастных и патогенных факторов и о необходимости их познания при изучении шизофрении раннего детства. Их исследования привели к созданию в учении о детской шизофрении

самостоятельного течения, посвященного патологии развития, так называемому шизофреническому дизонтогенезу.

Разделяя теории психогенеза, психоанализа и неофрейдизма многие детские специалисты в США и Великобритании в генезе шизофрении усматривают множественную причинность, придают значение нарушениям взаимоотношений между матерью и больным ребенком, придерживаются взгляда на детскую шизофрению как на реакцию личности на интра- и экстрапсихические проблемы (М. Кляйн, 1932; Л. Беллак, 1948; М. Поллак, 1958; М. Крик, 1967; С. Медник, Ф. Шульсингер, 1965; С. Медник, 1970). Решающее место в характеристиках шизофрении у детей в таких работах отводится “дезорганизации” личности, проблемам “эго”-функций, расстройствам межперсональных отношений, тогда как другие психопатологические симптомы остаются в тени. В этих работах обнаруживается тщательность изучения внешних факторов, таких как “неполный дом”, помещение в социальные учреждения, расстроенные взаимоотношения в семье, соматогенные причины. Шизофрению раннего детства многие клиницисты рассматривают в круге симбиотических психозов (М. Махлер, 1965; Л. Десперт, 1968; Е. Энтони, 1967). Нарушения взаимоотношений между матерью и ребенком постулируются как первопричина этих психозов. Структура взаимоотношений ребенка с матерью в норме представляется следующей:

1-4 месяцы – аутистическая;

5-12 месяцы – симбиотическая;

12-24 месяцы – индифферентная.

Своевременное созревание в каждой фазе служит основой эмоционального созревания в норме. При расхождении сексуального созревания ребенка и его автономной “эго”-функции, по гипотезе авторов, эмоциональное созревание и дифференциация от матери не наступают. Тогда “эго”-структура личности ребенка, нарушаясь, становится фрагментарной, что и ведет к задержке развития симбиотических отношений на определенной стадии и их патологии в виде симбиотического психоза.

Психопатологическая структура ранней детской шизофрении не укладывается только в симптомы измененного развития, даже при самом раннем начале болезни. Своеобразие клинической картины ранней детской шизофрении из-за психической незрелости детей, изменчивости состояния их уровневого развития в связи с физиологической динамикой роста ребенка и изменением болезни в процессе течения резко усложняет накопление фактического материала о симптомах и симптомо-комплексах, ей присущих.

Психопатологические расстройства, свойственные шизофрении зрелого возраста, у детей рудиментарны, а нередко и совсем отсутствуют. К тому же большое место в клинике шизофрении у детей занимают симптомы нарушенного развития. Все вышесказанное затрудняет однозначную квалификацию этих нарушений.

К основным симптомам детской шизофрении такие исследователи как Т. Симсон, Г. Сухарева, Д. Дюше, Б. Фиш относят аутизм. Понимание аутизма у детей при шизофрении, по мнению Дж. Латц (1938), не может опираться на те же критерии, которые приняты при определении этого явления у взрослых больных шизофренией. При аутистических нарушениях у детей речь идет не о замкнутости, а скорее о невозможности контактов.

Аутистические состояния у детей нужно представлять как пустоту, так как в них нет никакого содержания. У таких больных основными расстройствами будут утрата интересов, расстройства в связи с нарушением контактов, а не в связи с органическими дефектами.

Т. Симсон (1948) в аутистических фантазиях у детей обнаружила элементы, присущие бреду. Бред “неродных родителей” у детей школьного возраста тщательно изучался (В.Н. Мальцева; М.И. Моисеева; И.К. Руднева). Некоторые исследователи считают, что фантазирование у детей приобретает бредоподобный характер не ранее чем в пяти-семилетнем возрасте. Л.Я. Жезлова, В.М. Башина, Т. Симсон исследовали галлюцинаторные расстройства маленьких детей, больных шизофренией, а также возможности их (расстройств) раннего появления с момента становления речи. Дж. Бейтхман подчеркивает относительное феноменологическое сходство зрительных и соматических галлюцинаций.

Наблюдая неврозоподобные расстройства в клинической картине детской шизофрении, многие исследователи выявляют отсутствие чувства чуждости, легкую стереотипизацию двигательных навязчивостей (Е.Е. Сканави, Г.Н. Пивоварова, Л.И. Головань, Г. Ниссен, А. Мерц-Амман, Р. Корбоз).

Еще в 40-ых годах нашего столетия Н.И. Озерецкий предположил, что у детей дошкольного возраста возможны деперсонализационные расстройства. К их изучению позднее подходили Т. Симсон, М.Ш. Вроно, В.В. Коваль и другие. Исследователи отмечают в клинике ранней детской шизофрении вазовегетативные расстройства в виде нарушений аппетита, сна, акроцианоза, изменений в росте, массе тела (Г. Хьюер, 1958; А. Ландри, 1959; Дж. Делаже, 1960 и другие).

В последние годы большое внимание уделялось изучению аффективных расстройств при малопрогредиентной ранней шизофрении у детей. Также были даны характеристики гипоманиакальных и депрессивных состояний с навязчивостями, деперсонализационными расстройствами, затяжных и маскированных гипоманий и депрессий с психопатическими и соматовегетативными расстройствами (В.М. Башина, Г.Н. Пивоварова, 1968). Большинство психиатров США, Франции и Великобритании относят симптомы нарушенного развития в структуре ранней шизофрении к кардинальным, считая в связи с этим, что квалифицировать психозы у детей до 30 месяцев (2,5 года) как шизофренические невозможно. Они предлагают определять данные состояния как инфантильные психозы или ранний детский аутизм. Относительно систематики ранней детской шизофрении еще А.Н. Бернштейн в 1912 году высказал предположение о единственно возможном подразделении шизофрении у детей по типам течения. В дальнейшем его положения были развиты Г.Е. Сухаревой (1937, 1974), которая предложила выделять вялый, непрерывный, смешанный и ремиттирующий типы течения шизофрении с острым и подострым началами, опираясь на остроту начала и темп болезни. Т. Симсон (1948) и А.Н. Чехова (1963) в основу подразделения детской шизофрении положили синдромальный принцип, выделив шизофрению с психопатоподобными состояниями, бредоподобными фантазиями, навязчивостями, галлюцинаторно-бредовыми и кататоническими расстройствами с распадом речи и без него, с множественными проявлениями процесса. М.Ш. Вроно (1967, 1972, 1983), изучая течение шизофрении у детей и подростков, в последние годы различает непрерывно текущие (вяло-, средне, злокачественно-прогредиентные, приступообразно-прогредиентные) и периодически текущие формы шизофрении у подростков и детей. Большинство детских психиатров сходятся в признании двух основных типов течения болезни – прерывистого и непрерывного (Дж. Латц, 1938; В. Майер-Гросс, 1954; В. Спиел, 1968; В. Виллингер, 1959).

Следующий раздел представлен клинико-генеалогическими обследованиями семей детей, больных шизофренией (А.П. Салдина, 1964; В.М. Башина, 1970, 1980; Р. Ритво, Б. Фриман, 1985 и другие). Исследователи отмечают частую встречаемость в семьях детей, больных

шизофренией, родственников с патологиями личности, больных психозами или шизофренией. В работах советских авторов делается попытка соотнести характер патологии в наследственности с типами течения шизофрении у пробандов, подтвердить значимость генетического фактора в этиологии рано начавшейся шизофрении.

Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических заболеваний. В разных странах число больных этой болезнью среди населения колеблется от 0.15 до 1-2 %.

1. **Гипотезы и теории возникновения шизофрении.**

   Существует множество различных теорий и гипотез возникновения шизофрении. До недавнего времени наиболее распространенной была теория наследственного происхождения. Между тем многочисленные исследователи показали, что наследственная отягощенность в семьях больных шизофренией не выше, чем в семьях здоровых людей. Не переоценивая роль наследственности в возникновении шизофрении, следует признать, что она создает благоприятную почву для развития этого заболевания. В исследовании больных шизофренией обнаруживается немало патогенных факторов, которые опосредованно понижают сопротивляемость тканей головного мозга у потомства.

   Неблагоприятные условия жизни, перенапряжение корковых процессов с последующим изменением ферментативного обмена в ткани мозга даже у будущих родителей могут наследоваться потомками, снижая защитные способности их организма и тем самым создавая у них предрасположенность к возникновению болезни.

   Некоторые исследователи шизофрении придерживаются инфекционной теории возникновения заболевания, другие считают шизофрению вирусным заболеванием.

   Наибольшее признание получила аутоинтоксикационная теория возникновения шизофрении. Согласно ей, данное заболевание развивается на основе типологических, онтогенетических особенностей под влиянием неблагоприятных условий окружающей среды. Ее возникновение обусловливается интоксикацией организма вследствие попадания в него недоокисленных или нерасщепленных продуктов белкового обмена (нитролов, фенолкризолов, аммиака и т.п.), которые угнетают или блокируют окислительно-ферментативные процессы в ткани мозга, вследствие чего мозг недостаточно усваивает кислород. Возникающее при этом кислородное голодание – гипоксия – является причиной нейродинамических и морфологических изменений в центральной нервной системе, происходящих при шизофрении. Психиатр В.П. Протопопов подтвердил и развил концепцию И.П. Павлова о том, что патогенез шизофрении обусловлен наличием хронических гипнотических (фазовых) состояний, снижением силы основных корковых процессов, повышением их иррадации и патологической инертностью. В основе механизма развития шизофрении лежит запредельное (охранительное) торможение. Ряд шизофренических симптомов (мутизм, кататония, негативизм и т.д.) являются следствием именно запредельного торможения в коре головного мозга, фазовых состояний и высвобождения подкорковых структур из-под контроля коры. Но механизм возникновения шизофренического процесса не исчерпывается только запредельным торможением – механизмы возникновения этого процесса еще недостаточно изучены.

Шизофрения имеет тенденцию к хроническому течению и нередко ведет к значительному изменению личности, дефектам мышления, расстройствам эмоционально-волевой сферы, к апатическому слабоумию. Диагностировать шизофренический процесс у детей дошкольного возраста труднее, чем у взрослых, так как, во-первых, у некоторых детей характерные симптомы заболевания сглажены, а во-вторых, процесс, начавшийся в первом критическом периоде, настолько задерживает развитие ребенка, что иногда трудно отграничить шизофренический дефект от олигофрении.

Шизофренический процесс в детском и подростковом возрасте тесно связан с критическими периодами, каждый из которых отличается своей спецификой, накладывает свой отпечаток на симптоматику заболевания, его течение и прогноз. Организм ребенка в момент заболевания находится в процессе формирования, поэтому в клинической картине преобладают симптомы нарушения психического и соматического развития. Мозг ребенка из-за незавершенности онтогенеза часто отвечает на воздействие вредных факторов более общими реакциями, чем мозг взрослого, что обусловливает значительную генерализацию шизофренического процесса. Этим объясняется более тяжелое течение шизофрении в раннем детском возрасте.

Клинические проявления шизофрении характеризуются полиморфизмом симптомов и синдромов – ей свойственны разнообразные варианты течения с наличием различных стадий и форм заболевания. Протекание заболевания у детей заключается в том, что у них на первый план выступает двигательные нарушения и катонические расстройства, нарастающий аутизм с деперсонализацией и своеобразными прожекторскими фантазиями, рудиментарными формами бреда с тревогой и страхом. Если для шизофрении у взрослых характерны слуховые галлюцинации, то у детей дошкольного и младшего школьного возраста, наоборот, преобладают зрительные галлюцинации.

2. Описание наиболее типичных психопатологических состояний.

Все разнообразные проявления шизофрении у детей и подростков можно сгруппировать в четыре наиболее типичных психопатологических состояния, свойственных в определенной мере для всех форм шизофрении.

1. **Патологическое (бредоподобное) фантазирование** – наблюдается преимущественно у детей дошкольного возраста.

   Патологическое фантазирование в начале своего появления почти не отличается от обычных фантазий ребенка, однако в дальнейшем оно приобретает совершенно оторванный от реальности характер и нередко связано с обманами чувств. Ребенок начинает уживаться с персонажами своего фантастического мира, в котором ему разрешается все, что в обычной жизни ему недоступно. Он живет стереотипной жизнью игры, которая диаметрально противоположна окружающей действительности. В своих фантазиях ребенок пытается реализовать свои неосуществимые в реальной жизни стремления, мечтает о могуществе, открытии неведомых стран, увлекается изобретениями, вопросами философского характера – что такое жизнь, время, кто такие люди и т.д. Утверждая (фантазируя), что он заяц или лошадка, ребенок отказывается от обычной пищи и может требовать траву, сено, зерно и т.п.

2. **Абулия у детей школьного возраста** – наблюдается в выраженной форме.

   В этом случае ребенок становится вялым и апатичным, перестает проявлять свойственную ему до этого активность, замыкается в себе, становится малодоступным и непонятным для окружающих. Склонность к длительному бездеятельному существованию, нарастающая вялость, снижение психической активности, резкое падение работоспособности – как бы хроническая усталость – являются ранними характерными признаками шизофрении.

   Как правило, родители и педагоги расценивают абулию как проявление лени. В действительности же это не лень, а начало шизофренического процесса. С течением времени снижение активности проявляется все более резко. Ребенок перестает выполнять свои обязанности, ничем не интересуется, бесцельно бродит по дому из угла в угол, часам или днями находится в постели, у него отсутствуют влечения и желания, он отказывается посещать детский сад или школу, не общается с родными и друзьями, становится неряшливым. Снижение волевой активности приводит к тому, что ребенок перестает выполнять даже самые простые действия (например, если ему не предлагать пищи, то он может не принимать ее, целыми днями лежа в постели.) Наряду с нарушениями волевой активности нередко наблюдаются немотивированные, нелепые поступки импульсивного типа. Неожиданно на фоне спокойного состояния больной ребенок может громко закричать, неожиданно ударить взрослого или поцеловать незнакомого человека, цинично выругаться, упорно добиваться реализации нелепого желания. К данным явлениям нередко присоединяются ипохондрические, бредовые идеи воздействия и галлюцинации. В большинстве случаев они нестойкие и носят отрывочный характер.

3. **Эмоциональная тупость** принадлежит к числу постоянных и наиболее характерных проявлений шизофрении. Вследствие нарастающего угасания эмоций больной ребенок теряет контакт с окружающими, становится безразличным к тому, что в прошлом составляло основу его интересов, проявляет равнодушие к родным и друзьям, к своей жизни. У больного утрачивается чувство такта, появляются грубость, беззастенчивость, по малейшему ничтожному поводу возникает взрыв ярости, и, напротив, на воздействие сильного раздражителя не проявляется никакая ответная реакция, у больного нет взаимосвязи между аффектом и интеллектом. В далеко зашедших затяжных случаях наблюдается резкое расстройство эмоций, аффективная амбивалентность трансформируется в эмоциональную тупость. Больной теряет яркость и непосредственность переживаний, его ничто не интересует, не радует, не печалит, то есть по мере прогрессирования болезни эмоциональные реакции приобретают характер полного равнодушия, нарастает оскудение чувств, эмоциональная тупость.
4. **Расщепление (разорванность) мышления** является признаком, типичным для любой формы шизофрении. Она характеризуется отрывом мышления от реальности, склонностью к бесплодному мудрствованию и символике. Одни больные очень много говорят, другие совсем перестают разговаривать или осторожно повторяют отдельные слова или фразы, нанизывая их в беспорядке одна на другую. Их речь изобилует новыми словами, не встречающимися в обиходе. В письменной речи преобладают вычурные буквы, завитушки, подчеркивание, обилие знаков препинания и символических обозначений и т.п.

1. **Основные формы шизофрении у детей и подростков.**

Существует несколько форм шизофрении у детей и подростков. А.И. Селецкий выделяет следующие:

Кататоническая форма

В отдельных случаях характеризуется нарастающей замкнутостью, отрешенностью от окружающей действительности и депрессией, но чаще при ней отмечаются кататоническое возбуждение, переходящее в ступор, сильное напряжение мышц, застывание в причудливых позах, неподвижность, негативизм и отказ от пищи и речевого контакта.

Эта форма шизофрении часто проявляется в остром виде, обычно на фоне нормального до этого развития психики. Больной находится в состоянии то полной обездвиженности, то резкого двигательного возбуждения с импульсивными и агрессивными поступками. Сначала у ребенка появляются стереотипные движения, отмечаются однообразные манипуляции с игрушками и другими предметами, размахивание руками. Потом наступает застывание в однообразных позах, ребенок может забиваться в угол, не реагировать на окружающих и не отвечать на их вопросы. Для этого состояния характерны неоднократные чередования ступора с застывшими позами и возбуждения, прерываемые продолжительными ремиссиями, причем этот переходы совершаются внезапно для окружающих. В случаях острого течения болезнь ограничивается несколькими приступами ступора и возбуждения и наступает выздоровление. При хроническом течении шизофрении у больного нарастают явления вялости и заторможенности с редкими продолжительными ремиссиями, наступают выраженные изменения психики в виде аффективного опустошения и нарастающего слабоумия. Таким образом, при данной форме шизофрении характерны как длительные ремиссии, так и полное выздоровление.

Гебефреническая или юношеская форма шизофрении

Характеризуется медленным течением шизофрении, наблюдается в старшем школьном и юношеском возрасте. Заболевание начинается исподволь, с появления жалоб на рассеянность, острую головную боль и бессонницу. После начала таких жалоб могут пройти месяцы и даже годы, поэтому окружающие больного люди часто не могут установить время начала болезни. Ведущим признаком заболевания является дурашливость с немотивированным весельем и двигательным возбуждением. Постоянными симптомами этой формы болезни являются нелепая веселость с манерностью, черты дурашливости, одни и те же нелепые выходки, склонность с чудачеству, гримасничанью и кривлянью. При этой форме также нередко наблюдаются галлюцинации и бредовые идеи, которые обычно носят отрывочный и изменчивый характер, и придуманы как бы с целью повеселить собеседника. В одних случаях изменения психики неглубокие, трудоспособность больного сохраняется, но является чрезвычайно пониженной. В большинстве случаев исходом болезни является слабоумие с характерной дурашливостью. По мнению И.В. Случевского, неблагоприятный прогноз этой формы шизофрении объясняется ее возникновением в юношеском возрасте, вследствие чего клетки коры больших полушарий головного мозга легко погибают.

Простая форма шизофрении

Начинается в любом возрасте, но чаще встречается в детские годы и реже – в юношеские. Ведущими признаками болезни являются прогрессирующая утрата интересов, нарастающая вялость, эмоциональное безразличие, замкнутость и

снижение показателей, связанных с интеллектом. Эпизодически возникают галлюцинации и параноидное состояние, сопровождающиеся злобной агрессивностью по отношению к родным и близким людям, которые обычно настойчиво требуют, чтобы ребенок посещал школу. Больные уходят из дому, проводят время в бесцельных скитаниях по улицам, вовлекаются в антиобщественные поступки. Близкие начинают отмечать болезненное состояние только тогда, когда оно достигает значительного развития, проявляясь аффективной тупостью, немотивированным упрямством и нелепыми рассуждениями. Течение заболевания может быть различным, но чем моложе возраст, в котором начался шизофренический процесс, тем более значительный интеллектуальный ущерб будет нанесен. В лучшем случае больной приспосабливается к несложным трудовым процессам, пользуясь репутацией неполноценного. В большинстве случаев болезнь прогрессирует, приводя к оскудению психики, апатическому слабоумию.

Привитая форма шизофрении

Наблюдается у детей и подростков, которые в прошлом перенесли какое-либо органическое поражение головного мозга, вызвавшее задержку в психическом развитии, преимущественно олигофрению. До начала заболевания для личности ребенка характерны были следующие особенности: капризное упрямство, замкнутость, взрывы раздражительности, перенесенные заболевания необъяснимой этиологии, диатез, интоксикации, черепно-мозговые травмы и т.д. Таким образом, шизофрения прививается уже на биологически измененную почву, что значительно усложняет течение патологического процесса и приводит, особенно при возникновении заболевания в раннем детском возрасте, к остановке в умственном развитии.

Течение и исход этих форм шизофрении могут заканчиваться выздоровлением, длительной ремиссией, апатическим слабоумием.

2. Классификация клинических форм течения заболевания.

Клиническое течение шизофрении носит довольно разнообразный характер. Различают три формы течения заболевания (ниже представленная классификация принадлежит Г.В. Морозову и В.А. Ромасенко):

1. Непрерывно текущая
2. Реккурентная (периодическая)
3. Приступообразно-прогредиентная.

Однако исследователи последних годов отдают предпочтение классификации, созданной В.М. Башиной, которая выделяет следующие виды шизофрении:

I. Непрерывная шизофрения

1. Злокачественная шизофрения

А) манифестное состояние

Б) развернутое состояние

В) конечное состояние

2. Вялотекущая шизофрения
3. Малопрогредиентная шизофрения.

I. Приступообразная шизофрения

1. Приступообразная шизофрения, близкая к злокачественной.
2. Приступообразная малопрогредиентная шизофрения.
3. Приступообразная рекуррентная шизофрения.

1. Основные симптомы ранней детской шизофрении.

Возникновение заболевания сопровождается появлением целого ряда симптомов. Еще в младенчестве у ребенка можно отметить ряд психофизиологических особенностей, свидетельствующих о нарушениях в сфере формирования потребностей. У детей отмечаются приступы тревожного плача, общего беспокойства с нарушениями сна в ночное время и последующей плаксивостью в дневное время; снижается аппетит, дети начинают отказываться от грудного кормления; можно отметить двигательную пассивность либо чрезмерную возбудимость, плохое развитие моторики. Выступает диссоциация развития в виде парадоксальных реакций: полное отсутствие реакций на грубый для ребенка дискомфорт – мокрые пеленки, одиночество, громкий шум – и наличие чрезмерных реакций неудовольствия на прикосновение, купание, ласку, тихие звуки.

Комплекс дисфункций психофизического развития развертывается на фоне дефицитарности психической деятельности: у них наблюдается слабость “коммуникативных связей”, эмоционально-волевых реакций. Отмечается особое гипомимическое выражение лица ребенка с отсутствием “ищущего” взгляда, задержки предречевого развития при нормальном слухе, отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций, бедность и невыразительность звукопроизношения, рудиментарность “комплекса оживления” на появление родных и близких; отсутствие инициативного поведения, выражающегося в стремлении привлечь к себе внимание близких улыбкой, голосом, движением; позднее – в стремлении привлечь к себе внимание взрослого к игрушкам, вступить с ним в игровой или деловой контакт.

Наибольшую прогностическую информативную ценность представляют состояния двигательного возбуждения на индифферентном эмоциональном фоне, которые сочетаются с регрессом в моторике и могут рассматриваться как неблагоприятные.

В дошкольный период развития ребенка наблюдается: дефицит активности в отношении бытовых правил, а также правил взаимоотношений; дефицит общения, при котором страдают в развитии формы активной речи (спонтанность, выразительность, артикуляция), а отсюда страдает и коммуникативная функция речи, обращенная речь; усвоение языка (пассивная речь) развивается нормально, в некоторых случаях даже с опережением; дети реже жалуются; на конфликтные ситуации отвечают либо криком и агрессивными действиями, либо занимают пассивно-оборонительную позицию. На фоне соответствующего возрасту или опережающего интеллектуального и речевого развития

отмечается недостаточное развитие практических навыков, плохая адаптация к новым условиям, черты необычности и чудаковатости в поведении, речи и мышлении.

Очень высок уровень реактивного общения при дефиците инициативного. У некоторых детей можно констатировать наличие черт аутизма.

Ведущая деятельность в этом возрасте – игра. Игры у детей настолько индивидуальны и своеобразны, что другие дети не могут принимать в них участие. Совершенно отсутствует ролевая игра. Однако детей можно привлечь к участию в “играх с правилами”, которые характеризуются наличием четко установленных правил и жесткой последовательностью действий и событий.

В период младшего школьного возраста у детей отмечается: высокий уровень развития обобщения по формальным признакам (плащ и ночь могут обобщаться на том основании, что они могут быть длинными); формальная сохранность интеллекта, склонность к схематизму, формально-отвлеченному мышлению; отставание в приобретении, усвоении и обобщении опыта, который несет общение.

В этот период ведущей деятельностью является учебная – в связи с ранним развитием формально-логического мышления, высокой способности к абстракции они проявляют, по сравнению со своими сверстниками, большую склонность к классификациям разного рода, к построениям схем, таблиц и графиков, формальному анализу слов, готовность к неожиданным ассоциациям и сопоставлениям, умственным изобретениям.

В сфере развлечений отмечается однообразный и односторонний их характер. Это либо оторванные от действительности бессодержательные увлечения, либо это деятельность, в которой отражаются определенные стороны действительности, но прежде всего формальные, одномерные. При общении у таких детей отсутствует мотивация быть понятыми другими.

Вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных нормативов у ребенка значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности.

Шизофрения остается заболеванием, причины которого точно неизвестны. Клинические ее особенности, варианты течения, характер основных расстройств, исходы, особенности семейного фона – все это позволяет выделять ее у лиц зрелого возраста как генетически обусловленную форму.

Правомерно ли выделение шизофрении раннего детства или было бы правильнее относить психоз у ребенка из-за малой его дифференцированности к кругу препсихотических состояний, синдрому раннего детского аутизма?

Клинические обследования детей показали, что у ребенка данной группы уже имеется шизофрения с присущей ей клинической картиной и близкими для больных всех других возрастных групп типами течения. Поэтому правомерно говорить о выделении ранней детской шизофрении в отдельную отрасль для изучения и клинической работы.

I. **Заключение.**

Несмотря на спорность вопроса о диагностике ранней детской шизофрении, можно с уверенностью говорить о ней как об определенной области научных знаний,

сформировавшейся в середине 20-го столетия.

Данные исследований показали, что симптомы последующего развития шизофренического процесса можно выявлять на ранних этапах развития ребенка. Процесс, начавшийся в первом критическом периоде, ведет к глубоким изменениям в онтогенезе ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. М., 1939
2. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. М., 1964
3. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962
4. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. М., 1969
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976
6. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980
7. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988
8. Каган В.Е. Аутизм у детей. М., 1981
9. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. М., 1989
10. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. МГУ, 1991
11. Мелешко Т.К. Об одной особенности мышления больных шизофренией. “Вопросы психологии”, 1966/4.
12. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. М., 1982
13. Селецкий А.И. Психопатология детского возраста. Киев, 1987
14. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983
15. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и детская шизофрения. Журнал невропатологии и психиатрии. – 1975 – Т.75, Выпуск 9.