

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

на тему: Основные симптомы и синдромы при ранней детской шизофрении

Выполнил: ординатор 2 года обучения

специальности Психиатрия

Карпов Виктор Борисович

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

Красноярск 2021

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Введение	3
2. Аффективные и моторные симптомокомплексы	3
3. Симптомокомплекс регрессивных расстройств	5
4. Кататоноподобные, кататонические, кататоно-гебефренные симптомокомплексы	7
5. Симптомы обманов восприятия	10
6. Симптомы прообразов бреда	13
7. Симптомокомплекс расстройств, близких к обсессивным	16
8. Аффективные симптомокомплексы	19
9. Заключение	24
10. Список литературы	24

Введение

При определении шизофрении раннего детства логично выделение этой группы психозов независимо от возраста, в котором началось заболевание, исходя из единства его клиники, хода патогенеза и результатов.

По номенклатуре ВОЗ детский считается период жизни до 14 лет. Исходя из этого, начало детской шизофрении должно было бы приходиться на любой возраст в этом периоде. Однако с уточнением ее клиники эти границы несколько сузились. В настоящее время случаи психоза, который начинается у детей в возрасте до 10 лет, перерастают в детскую шизофрению. Далее психоз подразделяют на подгруппы в соответствии с принятым в педиатрии делением детства на периоды и выделяют шизофрению раннего детства — до 3 лет, дошкольного — от 3 до 5 лет и дошкольного — от 5 до 7 лет.

Многолетние клинико-динамические, катамнестические и клинико-генеалогические исследования шизофрении, проводимые в раннем детстве и преддошкольном возрасте, отражают попытки одного из подходов к решению отдельных аспектов этой проблемы.

Аффективные и моторные симптомокомплексы

А.В. Снежневский определяет синдром как патогенетическое образование, указывающее не только на качество, но и на тяжесть нарушения психической деятельности. Синдром представляет собой систему, состоящую из суммы различных признаков (симптомов).

Симптомокомплекс аффективных расстройств в возрасте до 1 года представлен приступами тревожного крика, общей тревожностью с нарушениями сна ночью и последующим плачем днем. Эти тревоги носят прерывистый характер, повторяются несколько раз ночью в течение недели и отмечаются в течение 2-12 месяцев.

Структура этих расстройств, скорее всего, связана с расстройствами в аффективной сфере и представляет собой первые проявления беспричинной и

безрезультатной тревоги. Характерно, что эти приступы тревожного плача происходят ночью.

Следующий комплекс расстройств состоит из симптомов двигательного возбуждения или летаргии. Двигательное возбуждение обнаруживается в течение дня и выражается в повышенной тревожности ребенка, который повторяет монотонные движения головой, руками, ногами. Волнение это долгое, иногда сменяется состояниями адинамии. Активность ребенка во время возбуждения лишь внешне напоминает физиологически обусловленную подвижность здорового ребенка. Она отличается однообразием и выступает на безрадостном эмоциональном фоне. При этих состояниях отсутствует усложнение двигательного развития ребенка, возникал регресс приобретенных навыков. Иногда появлялся беспочвенный отказ от кормления, возникал страх и плач, когда ребенка брали на руки.

У части детей наблюдается акинезия. Они становятся вялыми, мало двигаются в кроватке, недостаточно выражают радость при виде матери, становятся безразличны к игрушкам, голоду, дискомфорту. Эти состояния возникают аутохтонно и спонтанно исчезают. Они обнаруживаются в случаях непрерывной злокачественной, пароксизмальной, близкой к злокачественной и неполноценной шизофрении. В дальнейшем у всех этих детей отмечается задержка в развитии двигательных и речевых навыков.

Подобные состояния также могут быть следствием адинамической депрессии или повышенного настроения с возбуждением. Клинических симптомов, достаточных для идентификации их как кататоноподобных расстройств нет.

Так, у детей с шизофренией, помимо нарушений развития, в доманифестном периоде возможны продуктивные расстройства в виде аффекта тревоги, двигательного возбуждения на фоне повышенного настроения, двигательного возбуждения и адинамии на фоне отсутствия аффекта и симптомов регресса. Доказать определенную нозологическую принадлежность перечисленных симптомов во время их появления практически невозможно. Видимо, наибольшую информационную ценность представляют состояния двигательного возбуждения на эмоциональном фоне, которые связаны с регрессом в движениях рук и считаются прогностически неблагоприятными.

Симптомокомплекс регрессивных расстройств

Симптомы регресса при начале заболевания в конце 1-го - начале 2-го года жизни состоят из углубленной отрешенности от окружающей среды, регресса навыков ходьбы и целенаправленных движений рук. Ходьба сменяется ползанием, вместо направленных движений в руках появляются хаотические движения кистей и атетозоподобные движения в пальцах. Последние в норме типичны для детей 1-4-недельного возраста. Вместе с регрессией возникает стереотипность движений, доступных больному ребенку в этом состоянии.

При формировании симптомов психической регрессии у детей в возрасте 1-5 лет угасает, прежде всего, присущая детям жизнерадостность, обедняются эмоциональные реакции, снижается активность. Дети теряют интерес к окружающему миру, перестают сами одеваться, умываться, неаккуратно едят, пищу хватают руками, крошат ее. У них исчезают интерес к сверстникам, радость от общения с родителями. Сужается круг деятельности. Ранее приобретенные представления, понятия об окружающей среде, деятельности исчезают и заменяются в поведении ребенка, играх с примитивными тактильными, вкусовыми, обонятельными ощущениями. В играх теряется сюжет и объект. В дальнейшем, по мере углубления проявлений регресса, игры становилась еще проще. Дети трясутся, нюхают, щупают предметы. Удовлетворение от этой игры доставляют двигательные действия и примитивные ощущения.

Моторика видоизменяется: вместо тонких направленных движений появляются ранее приобретенные движения в виде взмахов рук, потряхиваний кистями, складывания пальцев рук и верчения их у глаз. Ходьба используется наряду с ползанием; кроме того, возникают стереотипные кружения и раскачивания.

Если ребенок говорит в начале болезни, то речь подвергается, прежде всего, регрессии. Фразы становятся проще, короче, потом остаются только слоги и примитивные звуки. У детей с хорошо обученной речью в начале болезни можно наблюдать фазу, в которой нарушается формирование предложения. В таких случаях ответ состоит из потока несемантического содержания слов. Личные глагольные формы и личные местоимения исчезают, появляется эхолалия. Такое расстройство речи заменяется еще более тяжелым ее нарушением: произношение

слов становится косноязычным, лепетным, невнятным, слова заменяются слогами и речь полностью утрачивается.

Отмечается полное отрешение от окружения. Большую часть дня дети проводят в бездействии, иногда используя примитивные формы игры. В таком состоянии они плохо переносят изменение привычной обстановки. Все, что исходит извне, вызывает протест. Перечисленные проявления регресса формируются в течение 3—6 месяцев.

Под регрессом понимается временная или окончательная потеря некоторых способностей, замена их другими, более примитивными способностями. В этом случае формируется состояние, не идентичное более ранней стадии развития ребенка. При этом процессе возникает состояние, мозаично обезображенное болезнью, которое нельзя приравнивать к предыдущим, физиологическим уровням нормально развивающегося организма. В этом состоянии отдельные формы деятельности отдаленно напоминают формы более низкого, менее зрелого уровня развития.

Рассматриваемые регрессивные явления специфичны для шизофрении, которая возникает у детей в основном в возрасте до 3, реже до 5 лет. Это подтверждает, что регресс зависит не только от формы шизофрении, но и главным образом от уровня развития систем при воздействии патогенных факторов, то есть в формировании регрессивных проявлений большое место принадлежит возрастным факторам.

К симптомам регрессии речи, моторики, поведенческих способностей у детей 3-5 лет присоединяются задержки интеллектуального развития, формируется олигофреноподобный дефект. Поэтому прогностическое значение рассматриваемых симптомокомплексов велико. Чем менее выражены симптомы регрессии, тем благоприятнее прогноз. После припадков со стертыми проявлениями регрессии у детей в возрасте 3-5 лет в период ремиссии возможна частичная компенсация состояния.

Кататоноподобные, кататонические, кататоно-гебефренные симптомокомплексы

Кататоноподобная природа адинамии и возбуждения у детей в возрасте до 1 года остается недоказанной.

У больных шизофренией детей в возрасте 1-3 лет к кататоноподобному можно отнести состояние бесцельного возбуждения и акинезии. Это выражается в постоянном стремлении идти по кругу или маятником - идти от препятствия к препятствию. Данное состояние однообразное, не прерывается часами, сопровождается амбивалентностью, импульсивными действиями: смехом, слезами, агрессией, внезапным бегством в неопределенном направлении.

Дети не обращают внимания на окружающих, не отвечают на зов, как глухие. Иногда возникает реакция в виде движений глаз, поворотов головы, первых шагов к зовущему, которые тут же прерываются и сменяются противоположным движением или топтанием на одном месте.

Походка становится необычной: движения выполняются в неравномерном ритме, то размашистые, то с ограниченным объемом и протекают без содружественности. Непроизвольные движения вдруг сочетаются с целенаправленными. Несмотря на ходьбу часами, видимой усталости не наблюдается. Остановить детей трудно. При попытках удержать их, они молча пытаются освободиться. Соппротивление воздействию у них довольно быстро истощается, но через некоторое время возобновляется. Предоставленные самим себе, дети вновь принимаются за прерванную ходьбу. Выражение лица у них отрешенное, периодически появляются гримасы: дети кривят рот, вытягивают губы в хоботок, щурят и тут же широко раскрывают глаза, морщат лоб. Хотя дети не обращают внимания на окружающих, они никогда не натыкаются на предметы, оббегают персонал.

На этом этапе речь разочарована. Вначале дети несколько раз без естественного удовольствия повторяют одни и те же слова, темп и громкость речи становятся неустойчивыми, интонации и акценты — необычными; потом дети замолкают. Но, оставшись в одиночестве, иногда просыпаясь по ночам, они могут правильно выразить свое желание, поговорить сами с собой. В последующем течении болезни

растет явление мутизма. Тем не менее в будущем дети могут внезапно ответить на шепотом речь или косвенное обращение, выполнить указания, данные другому ребенку.

Состояние возбуждения спонтанно перемежается с вялостью. Дети стремятся лечь, подолгу лежат в бездействии, забившись под стол, кровать или в тихий угол комнаты, иногда принимая вычурное положение. Как в период возбуждения, так и при вялости у детей не отмечается мышечного напряжения «восковой гибкости». Мышечный тонус изменчив, преобладает гипотония.

Сон расстраивается, дети просыпаются ночью и подолгу лежат без сна. Одевать их, кормить, выводить на прогулку приходится с принуждением. Стоит прекратить активное побуждение извне, как любая примитивная деятельность тут же прерывается прыжками, ходьбой или состоянием бездействия.

Иногда моторное возбуждение сочетается с идеаторным. Структура моторного возбуждения при этом остается неизменной, речевое возбуждение периодически возникает в течение дня, и выражается в речевом напоре. Речь состоит из потока не связанных смыслом слов и слогов, невнятных словосочетаний, обрывков воспоминаний, отрывочных фактов, эхолалий только кем-либо произнесенных фраз. Дети говорят безостановочно, иногда до изнеможения. Слова то произносятся четко, то искажаются, вставляются ненужные буквы и слоги, пропускаются необходимые звуки. Они скандируют, не договаривая последние слоги или объединяя последние и первые слоги, рифмуют непонятные словосочетания. Речью дети в целях контакта не пользуются: не обращаются с просьбами, не отвечают на вопросы.

Регрессивно-кататоноподобный симптомокомплекс расстройств определяется падением активности, появлением аффективной безучастности, регрессом поведения, моторики и речи, к которым позднее присоединяются состояния кататоноподобного возбуждения или пассивности (адинамия с вычурными позами). Появляются амбивалентность в поступках, импульсивные действия. При неполном регрессе речи обнаруживаются эхолалия, речь на шепотное обращение к ним, отставленные ответы-штампы.

К регрессивным движениям относятся атетозоподобные движения в пальцах рук, прыжки на носках, вместо ходьбы — ползание и другие ранее преодоленные

движения. Регрессивные движения повторяются много раз, часами изо дня в день. При их выполнении не наступает пресыщений, они возникают на «холодном», индифферентном аффективном фоне, бесцельны. У детей 2—5 лет они сложнее, чем сходные движения у детей более раннего возраста, и всегда несут на себе как отпечаток прежних форм движения, так и налет моторной ловкости, которая была достигнута к началу заболевания. Поэтому таким движениям всегда свойственна индивидуальность.

У детей наряду с перечисленными состояниями кататоноподобного возбуждения при резком утяжелении состояния возникает хаотическое возбуждение с негативизмом и агрессией, аутоагрессией и импульсивностью. При этом они активно сопротивляются воздействию, напряжены и злобны.

Кататонический симптомокомплекс с явлениями оцепенения, мышечным напряжением обнаруживается у детей 3—5 лет и старше. У них нарастает неподвижность, заторможенность. Одни в этом состоянии предпочитают сидеть согнувшись, опустив голову; другие — неестественно распрямившись, откинув голову назад, обратив немигающий взгляд вдаль. Иногда дети не поднимаются с постели, в которой подолгу находятся в «эмбриональном» положении: голова приведена к груди, ноги согнуты в коленях, руки — в локтевых суставах, прижаты к груди и животу.

При попытке распрямить ребенка, уложить поудобнее у него возникает мышечное напряжение, наблюдается поза по типу «воздушной подушки». При некотором облегчении состояния, когда ребенка удастся поднять, он сопротивляется в этом состоянии любому воздействию. Во всех мышечных группах при активном обследовании выступает гипертензия и даже отчетливая каталепсия, руки и голова остаются на некоторое время в приданном положении. Когда такого ребенка ведут, сопротивление не истощается, походка его шаркающая, он с трудом отрывает ноги от пола. Поза и во время ходьбы остается «застывшей», руки, согнутые в локтевых суставах, прижаты к телу, шея и туловище неестественно распрямлены. Как только ребенка перестать вести, он останавливается и топчется на месте. Выражение лица маскообразное, временами искажается гримасами.

У детей отмечается эхопраксия, иногда персеверация, когда они по многу раз повторяют одно и то же действие. Временами дети становятся крайне подчиняемыми, сохраняют придаваемые им позы, так что даже окружающие их дети, замечая это явление, пытаются с ними играть, как с «куклами», придавая определенное положение их рукам и голове. Изредка это состояние прерывается импульсивным бегом и агрессией, направленной на первого встречного.

Ступорозные состояния все же не так глубоки, периодами дети становятся более податливыми, не сопротивляются, если их ведут в другую комнату, к столу, на прогулку.

Кататоно-гебефренный симптомокомплекс определяет моторное прерывистое возбуждение, повышенное настроение с чертами беспричинной веселости, дурашливостью, расторможением примитивных влечений. В поведении выступают элементы игры, однообразно повторяющейся в этот период. При этом иногда обнаруживаются неглубокие проявления психического регресса, в виде утраты сложных поведенческих навыков. Подобный комплекс симптомов отмечен у детей 5—6 лет.

Для комплекса расстройств, которые определяют кататоноподобные состояния со сновидностью, характерны нарушения сна, растерянность, сновидения устрашающего характера, отрывочные зрительные галлюцинации, кратковременные периоды зачарованности, когда дети в отрешении не узнают окружающих, чему-то улыбаются, что-то ловят в воздухе, иногда испытывают ощущение «полета». Эти расстройства быстро заменяются кататоноподобным возбуждением либо состояниями аспонтанности. Эти состояния возникают у детей не младше 5 лет.

Симптомы обманов восприятия

У детей в возрасте 1—3 лет при наличии речи обнаруживаются зрительные и тактильные галлюцинации. Они возникают в просоночном состоянии в ночное время или при засыпании, которое прерывалось безотчетной выраженной тревогой. В зависимости от типа галлюцинаций одни дети говорят, что их кусают насекомые, стряхивают что-то с себя, другие — утверждают, что видят перед собой то, чего не

было на самом деле. «Тут муха», «бабочка», «автобус» и т. п. Днем дети становятся тревожными, у них появляется страх обычных предметов, посторонних людей, новой обстановки. Они не отпускают от себя мать, становятся раздражительными, отказываются от игр, плохо едят.

Для подобных состояний характерны повторяемость, изо дня в день или через несколько дней, абсолютная идентичность жалоб, невозможность переубедить детей в чем-либо. Обманы восприятия напоминают изменения в состояниях инфекционного делирия на высоте температуры. Эти расстройства восприятия можно отнести к иллюзорным, просоночным, гипногагическим зрительным и тактильным галлюцинациям.

В возрасте 3-6 лет эти расстройства в основном возникают в просоночном состоянии, реже в дневное время, в состоянии выраженного страха, безотчетного ужаса, тревоги. Галлюцинации просты по содержанию, эпизодичны, кратковременны, исчезают с уменьшением тревоги, т. е. в основном связаны с аффектом страха.

У детей обнаруживаются не только зрительные и тактильные, как у младших, но и слуховые и оральные галлюцинации (особая форма висцеральных галлюцинаций). При этом виде расстройств в период засыпания, в вечернее, дневное время или при пробуждении от сна ночью и днем дети испытывают страх, в тревоге озираются по сторонам, вглядываются в пространство перед собой, в пределах кровати, реже в другие места помещения и «видят» простые образы. При этом дети уверяют, например: «Там волк. Он желтый». «На потолке блохи», «Там паук», «Морды, я их боюсь, я их вижу» и т. п. Или они говорят: «На кровати змей», «Кусают клопы» и т. п., в последних случаях ощущают, «чувствуют», постороннее присутствие.

У части детей зрительные галлюцинации возникают в дневное время, сопровождаются страхом, выраженной тревогой. Они видят, например, «страшного дядьку», «он серый». В ужасе застывают перед видениями, иногда пытаются обходить эти места или просят родных «перенести через них». Боятся мест в помещении, где впервые у них возникли обманы чувств. И тогда же появляются опасения в отношении собственного здоровья, гиперкинезы, состояния ажитированной тревоги с метанием и плачем.

Слуховые обманы обнаруживаются впервые у детей 3—4 лет. Они слышат «стук», «бой часов», «петушиный крик». У детей 5—6 лет слуховые обманы уже более сложного содержания: «кто-то плачет», «говорят непонятное».

У части детей выявлены видоизмененные висцеральные галлюцинации, называемые оральными. Дети испытывают болезненные ощущения со стороны ротовой полости: «Во рту бумага и железки», «во рту жжена бумага», «волосы во рту». Наблюдаются и собственно висцеральные галлюцинации: «В животе сидит человек, он пищит». У некоторых детей наряду со зрительными бывают обонятельные галлюцинации, они ощущают неприятный запах от пищи.

Галлюцинации всегда сопровождаются тревожным аффектом, эпизодичны и кратковременны, обычно возникают на протяжении 2—4 недель, реже дольше. Как только снимается тревога, улучшается состояние, почти всегда исчезают галлюцинации. У незначительной части детей обманы могут наблюдаться на протяжении 2—6 месяцев. Когда исчезает тревога, страх, галлюцинации прекращаются; расспрос о пережитом всегда вызывает протест со стороны ребенка. При этом дети беспокоятся, становятся напряженными, у них появляются вегетативные реакции. Психотерапевтические беседы не снимают тревоги, дети не разубеждаются в пережитом, к нему не появляется критическое отношение. Отсутствие «трактовки» переживаемого лишает ребенка возможности «как-то понять» болезненное состояние, поэтому и повторно возникающие обманы восприятия, как в первый раз, сопровождаются страхом, как бы спаяны с аффектом тревоги, ребенок не привыкает к ним, и вместе с тем страх переживает аутистически. Последнее характерно для галлюцинаций при шизофрении.

В тех случаях, когда дети «видят» всякий раз разное, при повторных вопросах пополняют свой рассказ новыми деталями о «виденном», этот вид расстройств невозможно относить к расстройствам восприятия, гипногагическим, просоночным, иллюзорным галлюцинациям, а следует предполагать галлюцинации воображения Дюпре с визуализацией представляемого образа, или явления эйдетизма.

У части детей, больных приступообразной малопрогрессирующей шизофренией, обнаружены особые «видения» — обманы восприятия, близкие галлюцинациям воображения Дюпре. Подобный тип расстройств выявлен только у больных

шизофренией детей старше 5 лет в периоде тревожного состояния. «Видения» характеризуют непроизвольность появления представлений ранее виденных образов, с определенной локализацией этих виденных образов в «глазах», «перед глазами». «Видения» к тому же всегда маленьких размеров и иногда напоминают «картинки в книге» или «мультфильмы». Образы в «видениях» сменяют друг друга, повторяются с новыми дополнениями в последующие дни. Дети не могли от них освободиться по желанию. Временами «обманы» возникают после мыслей об этих явлениях. Нередко произвольное и непроизвольное в появлении образных представлений не всегда отчетливо разграничивается детьми. Расспрос об этих явлениях обычно неприятен ребенку. Дети всегда осознают нереальный характер подобных «видений».

В этих случаях возникают особые обманы восприятия, с одной стороны, близкие галлюцинациям воображения типа Дюпре, с другой — псевдогаллюцинациям. В последнем случае должно присутствовать ощущение «сделанности», «влияния». У больных детей дошкольного возраста не наблюдается в структуре обманов восприятия этих качеств. В связи с тем что рассказ детей о переживаемых состояниях скуден и к тому же из-за аутистичности переживания неполный, характер описываемых расстройств остается недостаточно ясным. Можно предположить, что данное состояние может относиться и к кругу насильственных представлений с их визуализацией. Однако этому предположению несколько противоречит локализация видения во внешнем пространстве.

Симптомы прообразов бреда

Симптомокомплекс расстройств с патологическими суждениями типа бредовых у больных шизофренией детей в возрасте до 5 лет не встречается. У 5—7-летних больных выявляются состояния, которые характеризуются аффектом тревоги, беспокойства, безотчетного страха, негативизма. На высоте этого состояния неожиданно появляется недоброжелательность к родным. Чувство антипатии нередко так сильно, что дети не остаются наедине с лицом, к которому она проявляется. В присутствии этих лиц дети становятся тревожными,

суетливыми, стремятся причинить вред: толкают, щипают, ударяют их. Неприязненное отношение иногда распространяется на другого члена семьи, которого дети также начинают чуждаться. Это отношение неприязненности не объясняется ими вообще или объясняется всякий раз по-разному: «Она чужая», «Он черный», «У него грязные глаза» и т. п. В этих случаях формируется ощущение, которое не достигает в своем развитии уровня стойкого патологического суждения. Вместе с тем, оставаясь на уровне ощущения, оно приобретает такие же качества, как и патологическое суждение. Оно беспричинно и не поддается коррекции извне, им определяется поведение ребенка. Таким образом формируется «бред» ощущения, в этом его возрастное своеобразие.

У ряда больных возникает сходное отношение к пище. Дети испытывают страх, тревогу во время кормления. Они хотят есть и тут же отказываются от пищи. При этом они беспокоятся, плачут, кричат, не поддаются уговорам. Причину их тревоги, отказа от пищи они объясняют по-разному: «пища плохая», «грязная», «до нее дотронулись руками» и т. п. Это состояние отличается от навязчивых опасений заразиться, так как в последнем случае дети этого возраста осознают неправильность своего отношения, борются с ним. Это не отказ по убеждению из-за сверхценного отношения к своей внешности со стремлением похудеть, как при синдроме анорексии. Наконец, это не связано с потерей аппетита; наоборот, ребенок испытывает чувство голода и желание есть сохраняется. В этих случаях формируется стойкое, некорректируемое отрицательное отношение к пище, которое сопровождается тревогой, необъяснимым страхом съесть что-то плохое. При подобном отношении к пище не формируется бред «отравления», свойственный взрослым больным. В этих случаях, как при ощущении антипатии к некоторым лицам, возникает патологическое ощущение от возможности принятия пищи, отдаленно напоминающее бред отравления. Это чувство непонятно ребенку. Дети не могут объяснить его и не дают ему «трактовки». Таким образом, отношение к пище формируется не на уровне суждений, а на уровне ощущений, смутное и вместе с тем не корректируется извне; им определяется поведение ребенка. Надо заметить, что со времени формирования чувства антипатии к родным или особого отношения к пище состояние детей несколько стабилизируется. Тревога становится менее выраженной.

При непрерывной злокачественной шизофрении к перечисленным расстройствам вскоре присоединяются кататоноподобные симптомы, а затем формируется конечное состояние.

При приступообразной малопрогрессиентной шизофрении состояние истощается аффектом тревоги и чувством антипатии. После выхода из приступа при малопрогрессиентной шизофрении на отдаленных этапах болезни в клинической картине наряду с нарушением поведения, невротоподобными аффективными расстройствами появляется чувство антипатии к одному из родителей. Формируется похожее необъяснимое и не поддающееся разубеждению чувство недоброжелательности к отцу, матери или близкому родственнику. Для этого чувства характерны перечисленные выше качества патологического ощущения. У детей с вялотекущей шизофренией на отдаленных этапах развития болезни выявляются бредоподобные фантазирования. При этом расстройстве патологические суждения возникают в круге фантазий. Дети убеждены в своем особом назначении, называют себя главарями «хулиганских шак» и т. д., вся их деятельность сводится к патологическому фантазированию. У них возникает убеждение в реальности вымышленных фактов. Поведение подчиняется вымыслам. Временами фантазирование протекает с чертами насильственности. Перечисленные особенности такого фантазирования дают повод предполагать его близость к бреду, поэтому они и получили название «бредоподобных». Эти состояния возникают у детей старше 5 лет.

У детей с малопрогрессиентной приступообразной шизофренией формируются ложные суждения, тесно связанные с аффектом повышенного или сниженного настроения. Эти высказывания также обычно сочетаются с фантазиями: «Я правитель ханства», «Я самый сильный». Идеи самоотрицания высказываются в форме желаемого отрицания; полного убеждения в наличии отрицания у детей 4—6 лет нет. После приступов с этим симптомокомплексом расстройств устанавливается ремиссия.

Симптомокомплекс расстройств, близких к обсессивным

Моторные расстройства в возрасте 1—3 лет представляют собой бесцельные движения, которые впервые возникают направленно, а затем утрачивают свое целевое назначение. Бесцельные движения возникают в дневное время, однообразно повторяются, усиливаются при волнении, не зависят от изменения мышечного тонуса, чем отличаются от хореоформных. У одного и того же ребенка может быть несколько видов бесцельных движений, причем одни периодически заменяются другими. Бесцельные однообразные движения у детей до 3-летнего возраста легко становятся стереотипными.

Помимо этого, отмечаются гиперкинезы, тики и лишние движения, которые всегда изменчивы по форме и наблюдаются наряду с целенаправленными действиями. Дети не могут спокойно стоять, сидеть, теребят на себе одежду, касаются руками лица и т. п.

Гиперкинезы и тики обычно не замечаются детьми. Однообразные бесцельные и лишние движения замечаются, если на них останавливают внимание со стороны, и тогда на короткое время дети могут сдерживаться от их выполнения. У детей до 3 лет бесцельные повторяющиеся движения близки навязчивым движениям, занимая как бы промежуточное положение между навязчивостями и гиперкинезами, так как первоначально они имеют целенаправленное (корковое) происхождение, а затем нередко автоматизируются.

У детей в возрасте 1—2 лет в основном отмечается безотчетный страх. Он беспочвенен, повторяется. Периодами страх сопровождается состояниями ажитации. В 2—3-летнем возрасте возникает предметная боязнь машин, улиц, посторонних лиц и т. п. Она появляется при столкновении ребенка с устрашающей ситуацией, устрашающим объектом или при напоминании о нем. Как только источник патологического переживания исчезает из поля зрения ребенка, самочувствие его улучшается. Из-за конкретного восприятия действительности ребенок, если он в спокойном состоянии при расспросе о причине боязни, обычно полностью отрицает у себя наличие боязни. Чуждость, навязчивый характер боязни детьми данного возраста не определяется, в этом — возрастное своеобразие такого типа расстройств.

У 3—5 лет сходные однообразные бесцельные движения, которые не всегда замечаются ребенком и легко автоматизируются, а также наблюдаются безотчетный страх, повторяющаяся боязнь и более сложные моторные и идеаторные расстройства, носящие характер навязчивых. Дети этого возраста уже начинают ощущать бесцельный характер движений, тяготятся ими. При расспросе говорят, что «не могут сдерживаться» от их выполнения.

Наряду с периодически возникающим безотчетным страхом у этих детей начинают формироваться истинные фобии. Тематика их нередко необычна: фобии огня, облаков, тени, языка и т. п. Становятся отчетливыми и опасения, которые касаются прежде всего собственного благополучия. Дети опасаются, что с ними случится Нечто плохое: «Мать не придет за ними в сад», «Их забудут», «Они заболеют» и т. п. У детей старше 3 лет возникают опасения и за жизнь своих близких вне непосредственной связи с опасностью, характеризующиеся чувством чуждости, стремлением избавиться от них. Дети уже по-другому формулируют их: «Я знаю, что не надо об этом думать, но ничего не могу с собой поделать».

У детей 3—6 лет возникает особый род идеаторных навязчивостей в форме навязчивых вопросов. В основе таких вопросов лежит физиологическое состояние в первом возрастном кризе, в котором ребенок и в норме при познании окружающего мира использует опыт старших, в связи с чем задает постоянно вопросы. Больные дети повторяют одни и те же вопросы много раз, не нуждаются в ответах на них или требуют только определенного ответа. Значение таких вопросов в познании окружающего утрачивается, они становятся бесцельными. Дети осознают их ненужность, но не справляются с искушением, вновь и вновь задавать один и тот же ставший бесполезным вопрос.

Навязчивый характер приобретает и рифмирование одних и тех же неологизмов: «модель — водель...», «рык, окина, камелета» и т. п., в основе которых лежит возрастное словотворчество, но оно, как и вопросы, приобретает бесцельный, навязчивый характер.

У детей старше 3 лет возникают навязчивые влечения к произношению бранных слов, к совершению опасных действий: «Хочется попасть под машину, упасть в колодец, стать на карниз» и т. п. У некоторых детей тут же возникают контрастные влечения: страх смерти и стремление заглянуть в канализационный

люк, куда можно упасть, и т. п. Появляются также навязчивые агрессивные влечения: «кусать, бить, щипать» родных. Если дети осуществляют их, то потом испытывают двойственное чувство — раскаяние и удовольствие.

В этом возрасте возникает навязчивое мудрствование: «заумные» вопросы из области «астрономии», «о жизни и смерти», «философии». Повторяющиеся представления чужды, тягостны для детей. У некоторых в этом состоянии наблюдаются также тяготящие их повторяющиеся сновидения с одинаковым содержанием.

При появлении сознания ненужности навязчивых мыслей, движений, боязни возникают защитные ритуалы, с помощью которых дети стараются избавиться от неприятных им движений и мыслей. Тогда одно ненужное движение заменяется другим ненужным движением или повторением слов, бормотанием или действиями. Когда же навязчивости овладевают больными, наступают состояния резкой тревоги, беспокойства, присоединяются вегетативные симптомы. У детей холодеют руки и ноги, отмечается покраснение, побледнение кожных покровов, появляется потливость, «неприятные ощущения» в сердце, тошнота. Все это сопровождается чувством безотчетного страха и ажитацией.

В вечерние часы у детей навязчивости усиливаются, поэтому они плохо засыпают. У некоторых из них возникают фобии, страх, что «страхи» будут мешать спать, поэтому дети отказываются ложиться в постель.

У детей с возрастом наблюдается отчетливая трансформация расстройств, близких к обсессивным, в моторной и идеаторной сферах, которые приобретают обсессивный характер. Сами обсессивные расстройства постепенно усложняются с возрастом детей, возникают разнообразные фобии, ритуальные проявления, полярные навязчивости, навязчивое мудрствование.

У детей, больных непрерывной злокачественной и приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией, подобные расстройства определяются лишь в начале болезни, преимущественно истощаясь гиперкинезами, тиками, лишними движениями, состояниями безотчетного страха и опасениями; они не усложняются, а сменяются аффективными, галлюцинаторными, кататоноподобными и кататоно-гебефреническими расстройствами. При непрерывной вялотекущей шизофрении или приступообразной малопрогрессирующей шизофрении расстройства невротоз-

подобного типа отмечаются на протяжении длительного периода в сочетании с аффективными расстройствами и псевдопсихопатическим поведением.

Аффективные симптомокомплексы

Адинамическая депрессия характеризуется монотонно безрадостным настроением, вялостью, медлительностью, снижением интереса к окружающему, однообразием поведения, бедной по содержанию игрой в стороне от всех. Депрессивная триада выражена довольно отчетливо. Безрадостное настроение отражается в картине поведения, сниженных интересах, отсутствии свойственной детям лабильности настроения. Жалоб в этом периоде дети не высказывают. У окружающих иногда появляется предположение о снижении интеллекта у этих больных, так как они словно бы утрачивают только недавно приобретенные знания, навыки, не используют их в играх, не накапливают новых знаний, не запоминают сказок, стихов, не осваивают новых игр, нуждаются в побуждении к деятельности. Моторная вялость выражена отчетливо, как и соматические изменения. Адинамия у детей временами сопровождается бессилием, тогда они подолгу находятся в однообразном положении, редко меняют позы.

Тревожная депрессия с ажитацией возможна уже и в этом раннем возрасте; она характеризуется тревожным настроением, общим беспокойством. В поведении усиливаются беспричинные реакции протеста, временами появляются истероформные реакции с резким негативизмом, капризностью, плачем. Периодически в течение дня возникают состояния острой тревожной ажитации, которые сопровождаются вазовегетативными расстройствами, потливостью, покраснением и побледнением кожных покровов, изменением аппетита, повышенной жаждой. Идеаторный компонент депрессивной триады в этих состояниях отражается в бездеятельности и непродуктивности. В основном выражено бесцельное двигательное беспокойство, заторможенность проявляется лишь временами. Полностью нарушается игра, дети ничем не могут заниматься.

У детей этой возрастной группы возможны также и состояния гипомании. Повышенное настроение с оттенком веселости сочетается с двигательной суетливостью. Целенаправленная деятельность не только не облегчается, а также

расстраивается. Дети ни на чем не могут сосредоточиться, внимание становится поверхностным, они легко выходят из равновесия, раздражаются, ссорятся. Меняется и внешний облик ребенка: появляется блеск глаз, румянец на щеках, усиливаются мимические реакции и жестикуляция, нередко глаза открыты шире обычного. Голос становится громким. В речи заметны перескакивания с темы на тему, ускорение ее темпа. Нередко полностью расстраивается общение с окружающими. Дети перестают отвечать на вопросы, говорят только о своем, выкрикивают отдельные фразы, отрывки из песен, стихов, иногда непонятные слоги, отдельные, не связанные смыслом слова. Расстраивается засыпание, сон становится укороченным, дети перестают спать днем и вместе с тем не испытывают утомления. Аппетит повышается, иногда только избирательно.

У детей 3—6 лет также наблюдаются состояния адинамической, тревожной депрессии и гипомании. У больных этого возраста состояния адинамической депрессии похожи на такие состояния у детей младшей возрастной группы (1—3 лет).

Для тревожной депрессии характерна большая выраженность тревоги, хотя, как и у младших детей, также возможна сменяемость тревожного состояния периодами вялости и адинамии. В состоянии тревоги возникают метание, плач, капризность, непонятные сменяющиеся желания. Особенно выражены вазовегетативные расстройства: потливость, гиперемия и побледнение кожи, меняющийся аппетит, рвота, тремор, общая «дрожь», как в ознобе. Все перечисленные явления тревожного состояния делают его похожим на диэнцефальные приступы. В ряде случаев тревожной депрессии особенно усиливаются состояния протестности и негативизма, которые возникают аутохтонно и повторяются многократно в течение дня. Обычные уговоры не успокаивают ребенка, что сразу отличает эти состояния от детской капризности.

У больных старшей возрастной группы возможны депрессии с идеями вины. Эти состояния наиболее приближены к депрессии эндогенного типа с классической депрессивной триадой. Настроение у детей явно снижено. Они то монотонно ноют без слез, то неумно плачут. Меняется облик ребенка, лицо приобретает страдальческое выражение. Беспокойство с бесцельной суетливостью сменяется малой подвижностью.

Временами при углублении адинамии меняется осанка, дети становятся похожими на стариков, ходят, опустив голову, согнувшись, волоча ноги, не двигают руками. Говорят тихим голосом, от игр отказываются. Нарушается сон, снижается аппетит.

Для депрессии этого типа типичны суточные колебания настроения. К вечеру, а иногда в середине дня, перед дневным сном, возникают моторное беспокойство, бесцельная ходьба. Дети устраивают возню, вмешиваются в дела взрослых, портят игрушки, беспричинно смеются. Продуктивность в эти часы остается сниженной, дети не могут слушать чтение, не сосредотачиваются на предлагаемых играх.

Депрессивные состояния этого типа характеризуются и возможностью углубления собственно депрессивного состояния. У детей 4—6-летнего возраста появляются мимолетные жалобы на неприятные или болевые ощущения в разных частях тела, преимущественно в конечностях. Иногда имеются мимолетные высказывания, в которых отражаются переживания больными «скуки» и «тоски». У некоторых детей тогда же возникают явления депрессивной дереализации: «все как в тумане», «как во сне», «все вещи старые». В последнем случае изменяется не только восприятие реальности, четкости предметов окружающего мира, но и ощущение времени их использования, т. е. появляются элементы, близкие проявлениям «уже виденного».

Иногда у детей в этих состояниях отмечаются ощущение остановки времени, явления отчуждения сна. Некоторые дети начинают переживать свой «возраст», испытывают страх приближения старости, они тревожатся, что прожили много лет. Иногда у них расстраивается восприятие собственной личности с ощущением ее уменьшения: «Я становлюсь все меньше и меньше», а при дальнейшем углублении депрессии появляются высказывания, близкие к идеям отрицания: «Он мертвый, его в милицию надо», «Пусть меня не будет, пусть разрежут ножиком пополам». В нигилистических или близких им высказываниях обычно отсутствует полная убежденность собственного отрицания, нигилизм проявляется скорее в форме желаемого, а не истинного ощущения отрицания себя.

Легко возникают состояния, близкие к меланхолическому раптусу, с вегетативными нарушениями.

У детей еще более старшего возраста, 6—8 лет, обнаруживаются депрессивные состояния с проявлениями чувственного бреда фантастического содержания. Дети при этом воспринимают себя и окружающее в двух планах. Возникает иллюзия отрицательного двойника (отец родной и одновременно подставное лицо) и т. п. Чаще отрицательный двойник воспринимается в облике злого зверя. Нередко бывает смена положительного двойника отрицательным. Даже при незначительном изменении состояния патологические идеи тут же отступают. Эти расстройства обычно отмечаются отрывочно и неравномерно, что связано не только с глубиной депрессивного состояния, но и с разной степенью психической зрелости. Заметное усложнение идеаторных расстройств наступает у больных детей старше 5—6 лет

Депрессивные состояния всегда сопровождаются соматическими изменениями: дети худеют, кожные покровы становятся сухими, бледно-серой окраски, под глазами появляются синяки, снижается аппетит. Язык обычно покрыт налетом, губы становятся запекшимися. Дети отказываются от пищи, у них наблюдаются запоры.

Адинамический тип депрессии обнаруживается у детей, больных непрерывной вялой и приступообразной рекуррентной шизофренией. Адинамическая депрессия наблюдается у некоторых больных с чертами элективного мутизма, с возможностью смены адинамической депрессии, смешанными состояниями у детей, больных шизофренией с вялым непрерывным течением и с приступообразной малопрогрессирующей шизофренией.

Тревожная депрессия с ажитацией обнаруживается у больных рекуррентной шизофренией. Тревожная депрессия с чертами негативизма, дисфорическими проявлениями в сочетании с неврозоподобными расстройствами, влечениями, расстройствами поведения наблюдается у больных вялопротекающей и приступообразной малопрогрессирующей шизофренией. При этом виде депрессии у детей, больных приступообразной малопрогрессирующей шизофренией и вялой непрерывной шизофренией, выраженность аффекта тоски невелика — в основном обнаруживается чувство тревоги и недовольства. В отличие от больных рекуррентной шизофренией недовольство в этих случаях направлено на окружающих, а не на себя. В поступках выступают проявления агрессии с садистскими влечениями. В игровой деятельности, фантазировании, влечениях

находит отражение депрессивный фон настроения. Больные дети играют в похороны, рисуют кресты, могилы. Иногда у них возникают сновидения, в которых они переживают смерть. Наряду с этими расстройствами отмечаются опасения детей за свое здоровье. Сочетание агрессивных тенденций в поведении с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, мрачностью, придает депрессии дисфорический оттенок. Обычно утяжеление состояния ведет к усилению навязчивых опасений, патологического фантазирования и влечений, а не к углублению соответственно депрессивного аффекта.

Тревожная депрессия с деперсонализационными расстройствами выявляется у больных малопрогрессирующей приступообразной шизофренией, депрессия с идеями вины — у больных рекуррентной шизофренией. Очерченные гипоманиакальные состояния обнаруживаются у детей, больных рекуррентной шизофренией, смешанные состояния и состояния гипомании в сочетании с нарушениями поведения, невротоподобными расстройствами — у детей, страдающих приступообразной малопрогрессирующей шизофренией.

Состояния, близкие к депрессивно-субступорозным, выявляются у детей с малопрогрессирующей приступообразной и с близкой к злокачественной, шизофренией.

Аффективные симптомокомплексы как начальные, вслед за которыми развиваются регрессивно-кататоподобные расстройства, устанавливаются у детей, больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией. Депрессии в этих случаях атипичны.

Депрессия, как правило, сменяется гипоманией с дурашливым поведением. Гипоманию отличает неустойчивость настроения, что периодами напоминает состояния с лабильным аффектом. Для депрессий, в особенности для состояний гипомании, характерны нарушения коммуникативной функции речи, грубое расстройство поведения с оживлением патологических влечений. За этой стадией болезни в клинической картине приступа следуют кататоподобные, кататонические расстройства, регресс поведенческих, моторных навыков и речи.

Заключение

Подытоживая, хочется добавить, что важными остаются вопросы разработки семиологии шизофрении раннего детства, в особенности первого года жизни, а также дальнейшее уточнение клиники отдельных симптомов и синдромов в динамике ранней шизофрении и в процессе онтогенеза больных.

Без комплексного изучения больного, знания семейной патологии, невозможно составить правильное представление о болезни, ее семейных особенностях, без чего затруднено даже относительное прогнозирование. Патология в форме личностных аномалий, психозов неуточненного генеза, алкоголизма в фазных состояниях встречается во всех семьях больных шизофренией детей, тогда как случаи шизофрении, верифицированной в больницах редки. Наименьшая выявляемость патологии характерна для семейного фона при непрерывной злокачественной шизофрении, наибольшая — в случаях приступообразной, с малой прогрессивностью, шизофрении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

[1] Макушкин Е.В., Симашкова Н.В., Пережогин Л.О., Горюнов А.В. Шизофрения в детском и подростковом возрасте // Российский психиатрический журнал. 2016. №6.

[2] Пилявская О.И., Малинина Е.В. Детская шизофрения // Вестник СМУС74. 2016. №2 (13).

[3] Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России. 2017. №1 (24).

[4] Шмуклер А. Б., Семенкова Е.А. Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. №4.

[5] Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). - М.: Медицина, 1980.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Карпова В.Б.

Тема реферата Психологические особенности больных шизофренией

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/4
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	отлично

Дата "___" _____ 20__ год

Подпись рецензента

Подпись ординатора

Березовская М.А.

Карпов В.Б.