

# Особенности шизофрении у детей: клиника и терапия

**Е.Е. Балакирева<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник, и.о. зав. отделом детской психиатрии (balakirevalena@yandex.ru)

**А.В. Куликов<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии (tstakul@mail.ru).

**А.Г. Головина<sup>1</sup>,**

д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник, и.о. зав. отделом по изучению проблем подростковой психиатрии

**Т.Е. Блинова<sup>1</sup>,**

младший научный сотрудник отдела детской психиатрии

**С.Г. Никитина<sup>1</sup>,**

младший научный сотрудник отдела детской психиатрии (nikitina.svt@mail.ru)

**А.А. Коваль-Зайцев<sup>1</sup>,**

канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии (koval-zaitsev@mail.ru)

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья (115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34)

Несмотря на многочисленные работы по изучению и лечению детской шизофрении, данный вопрос остается недостаточно изученным. Существует множество методов и подходов к лечению данного заболевания. Тем не менее, следует придерживаться единого подхода в терапии больных, комплексном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, использовать «мульти-modalность» с участием команды специалистов (врачей-психиатров, врачей-педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов). Основными показателями эффективности проводимой терапии являются быстрота развития и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные клинического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений.

**Ключевые слова:** детский возраст, шизофрения, психофармакотерапия, реабилитация.

## Features of schizophrenia in children: clinic and therapy

**E.E. Balakireva<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (balakirevalena@yandex.ru)

**A.V. Kulikov<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Child Psychiatry (tstakul@mail.ru)

**A.G. Golovina<sup>1</sup>,**

Doctor of Medical Science, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of the study of problems of adolescent psychiatry

**T.E. Blinova<sup>1</sup>,**

Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry

**Nikitina S.G<sup>1</sup>,**

Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry (nikitina.svt@mail.ru)

**A.A. Koval-Zaitsev<sup>1</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (koval-zaitsev@mail.ru)

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Scientific Institution Mental Health Research Center (Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522).

Despite numerous works on the study and treatment of childhood schizophrenia, this issue remains insufficiently studied. There are many methods and approaches to the treatment of this disease. Nevertheless, it is necessary to adhere to a unified approach in the treatment of patients, the complex use of medicinal and non-medicinal methods of treatment, use "multimodality" with the participation of a team of specialists (psychiatrists, pediatricians, neurologists, medical psychologists, speech therapists, teachers). The main indicators of the effectiveness of the therapy are the speed of development and

persistence of the effect, as well as the safety of therapy. The main criteria for the effectiveness of the treatment are the data of clinical examination and observation of the patient's behavior, which allow identifying dynamic characteristics of behavior, communicative functions, emotional response, cognitive impairment.

**Keywords:** childhood, schizophrenia, psychopharmacotherapy, rehabilitation.

## ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения — одна из центральных проблем современной психиатрии. Распространенность ее составляет от 0,3 до 2,0 %, первичная заболеваемость — от 0,3 до 1,2 % [7]. Больные шизофренией занимают около 50 % коек в психиатрических стационарах; они также являются основным контингентом при предоставлении амбулаторной психиатрической помощи [1, 3]. Шизофрения является весомым бременем для общества: в общем списке экономических потерь от болезней ВОЗ, рассчитанном с использованием индекса DALYs (Disability-Adjusted Life Year), в возрастной группе от 15 до 44 лет шизофрения занимает 8 место (2,6 %), опережая ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярную болезнь и медицинские последствия войн. Прямые экономические затраты, связанные с ней, составляют 0,2–0,25 % ВВП, косвенные оцениваются, как минимум, втрое выше [6].

Шизофрения в детском возрасте (ШД) — вариант прогрессивного психического расстройства, характеризующийся дисгармоничностью и утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в виде нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, ведущие к грубому нарушению психического развития, формированию типичного для ШД 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. Этиология и патогенез ШД, несмотря на многолетние исследования, достоверно не известны, предполагаются мультифакторные причины развития заболевания, включающие сложный комплекс биологиче-

ских (генетических, дизнейроонтогенетических, нейрохимических, иммунологических) и психосоциальных детерминант [14, 15, 19]. При этом, определенный с помощью мета-анализа данных вклад отдельных факторов неодинаков и корректная оценка его возможна пока лишь для больших когорт, но не для отдельных пациентов [19]. Эпидемиологический показатель общей распространенности шизофрении составляет около 0,5–1 % в популяции (примерно в 4 % всех случаев шизофрения начинается до 15-летнего возраста, при этом, лишь у 1 % больных — до 10 лет). Половые различия обнаруживаются в соотношении заболевших мальчиков и девочек: в пределах 2 : 1 – 3,2 : 1 в возрасте до 10 лет и 1,5 : 1 в возрасте от 11 до 17 лет [10]. При этом эпидемиологические данные, полученные в последние годы, в том числе, и отечественными исследователями, немногочисленны. Ряд работ демонстрирует изменения в представленности различных форм шизофрении у лиц, не достигших взрослости при общем постоянстве показателей болезни в целом, а также различия в ее диагностике при прослеживании болезни в динамике [5, 9], что делает особенно значимым обсуждение проблемы эндогенно-процессуального заболевания, начавшегося в детстве. В современных научных концепциях доминируют представления о единстве детской и взрослой шизофрении, поэтому выделяемые в МКБ-10 формы шизофрении в равной степени применимы для взрослых и детей. Согласно МКБ-10, для диагностики определенной формы заболевания должны выявляться общие критерии шизофрении и в дополнение к ним:

- доминирование галлюцинаторных голов и/или бреда — при параноидной форме;
- грубые нарушения мышления, эмоций, дурашливость — при гебефренической форме;

– кататонические симптомы — при кататонической форме;

– преобладание негативных симптомов при резидуальной форме;

– негативные симптомы и трансформация личности при простой форме.

В МКБ-10 (1994) детская форма шизофрении не выделяется. Постановка диагноза основывается на диагностических критериях шизофрении, характерной для взрослых с учетом возрастных особенностей детской шизофрении. В процессе адаптации МКБ-10 в РФ (1999) был введен дополнительный раздел — «шизофрения (детский тип)» — F20.8xx3 (что не идентично шизофрении с началом в детском возрасте, особенно, с учетом тенденции к более раннему возникновению «взрослой» шизофренической симптоматики на этапе взросления [4]. Многолетние исследования, проводимые в РФ и во всем мире [2, 13], свидетельствуют об устойчивости течения злокачественной шизофрении у детей с непрерывным и приступообразно-прогредиентным типом течения на протяжении жизни пациентов. Эта рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе формы, возникающие в раннем детстве, характеризующиеся выраженным дефектом олигофреноподобного типа [8]. Возрастные особенности обусловлены взаимодействием прогредиентного шизофренического процесса с его «деструктивной тенденцией» и наступающих под его влиянием нарушений развития ребенка (дизонтогенеза).

Продуктивные расстройства при ШД подразделяются на 2 группы:

1) Симптомы и синдромы, типичные для шизофрении любого возраста (кататонические, гебефренические, галлюцинаторные, бредовые, психопатоподобные, аффективные и др.), имеющие у детей и подростков, присущие конкретному возрастному периоду особенности, отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незавершенностью отдельных компонентов и всего синдрома в целом, по-

лиморфизмом, транзиторностью и изменчивостью;

2) Синдромы, предпочтительные для детей (страхи с вычурной фабулой / нетипичные для данного возраста, фантазии, нарушения речи) и подростков (дисморфические расстройства, приобретающие свойства не только сверхценных, но и бредовых психопатологических образований, психопатоподобные симптомокомплексы), видоизменены шизофреническим процессом и атипичны по сравнению с признаками подобного круга у детей с иными психическими заболеваниями.

Симптомы шизофренического дефекта у больных сосуществуют с проявлениями продолжающегося на фоне заболевания, но искаженными эндогенным процессом особенностями психофизического созревания. Так, при злокачественной ШД в симптоматике дефекта, наряду с чертами специфического эмоционально-волевого поражения, выступают явления психического недоразвития, напоминающие интеллектуальный дефицит при умственной отсталости — так называемый «олигофреноподобный» дефект.

### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Оптимальной является курация в рамках единого подхода к терапии больных, цель которого — достижение максимально возможного восстановления и общего развития пациентов детско-подросткового возраста, страдающих шизофренией. Комплексное применение медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция) является одним из основополагающих принципов ведения больных ШД.

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома / синдромов, его / их структуры, а также выраженности, акцент в проведении мультидисциплинарных терапевтических мероприятий смещается в сторону либо преимущественно медикаментозной терапии, либо коррекционно-педагогической и психотерапевтической составляющих комплексного лечения.

**Принципы терапии:**

1. *Политаргетный* (персонифицированный) подход с учетом установленной или предполагаемой этиологии, всех звеньев патогенеза, клинических составляющих заболевания, наличия дополнительных по отношению к шизофрении коморбидных расстройств;

2. *Интегративное применение* медикаментозных и немедикаментозных методов лечения;

3. *Междисциплинарное взаимодействие и «мультиmodalность»* вмешательств, проводимых командой специалистов: врачей-психиатров, педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов.

4. *Партисипативность* с активным участием в процессе реабилитации, как родственников, так и самих пациентов.

**ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ  
С МАНИФЕСТАЦИЕЙ  
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Лечение проводится, исходя из психопатологической структуры манифестного приступа или обострения болезни в рамках основного заболевания, его этапа, что определяет выбор психотропной терапии, а также с учётом особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдромов в процессе лечения, что может быть связано с изменением схемы проводимой терапии и присоединением других методов лечения. Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом спектра его психотропной активности и характера возникающих (включая потенциально возможных) побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. При несоответствии возраста разрешенного применения паспортному возрасту пациента, а также назначения препаратов по показаниям, не указанным в инструкции, необходимо оформление медицинской документации, подтверждающей наличие жизненно важных показаний для выбора именно этого медикаментозного средства. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточ-

ные дозы, а также возможный путь введения определяются характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного. При назначении схемы курации учитываются все возможные риски, что позволяет избежать полипрагмазии. При этом нужно уточнить, что терапевтические подходы, постулирующие обязательность монотерапии, не получили убедительных подтверждений, напротив, в ряде случаев антипсихотическая аугментация оказывается необходимой [11]. Эффективность проводимой терапии оценивается с опорой на анализ качества и степени редукции психопатологических симптомов. Значимыми показателями при этом являются скорость развития положительной динамики состояния, с наступлением или становлением терапевтической ремиссии и отсутствием / минимальным количеством и выраженностью нежелательных побочных явлений. Основной группой психофармакологических средств, применяемых для лечения шизофрении у детей (как и у взрослых), являются традиционные и атипичные антипсихотики. К сожалению, их перечень значительно уже, чем рекомендованный для взрослых, что связано как с этическими трудностями проведения клинических испытаний препаратов на контингентах лиц детского возраста, так и с неоднозначными результатами, полученными в немногочисленных, сравнительно с взрослыми, фармакологических исследованиях, ассоциированных с различиями лекарственного метаболизма в детском и взрослом организмах. В клинической практике используют классические нейролептики (алимемазин, левомепромазин, хлорпромазин, перфеназин, трифлуоперазин, перициазин, тиоридазин, галоперидол), атипичные антипсихотические средства первого (клозапин, сульпирид, рисперидон, палиперидон), второго (луразидон) и третьего поколений (арипипразол). Препараты иных психофармакологических групп (антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики) назначаются в соответствии с нюансами психопатологической картины состояния пациента.

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ

Психотерапевтическая помощь больным ШД осуществляется, начиная с этапа купирования острого состояния. В этот период она ориентирована преимущественно на родителей, направлена на формирование у них представления о необходимости активной психофармакотерапии, скрупулезного соблюдения назначений и рекомендаций врача, для пациентов же (достигших подросткового возраста) ее целью является предотвращение отказа от лечения. С началом этапа формирования терапевтической ремиссии, по миновании пика острого состояния, тактика психотерапии трансформируется, на первый план выходят мероприятия, ставящие своей задачей восстановление ресурсов личности. С этой целью используются различные методы, в том числе, рациональная, бихевиорально-когнитивная терапия в доступных возрасту модификациях. Психообразовательная работа (индивидуальная или групповая) необходима как самому больному, так и его родственникам и лицам, составляющим микросоциальное окружение, включая неклинических психологов, педагогов, логопедов, дефектологов, врачей-интернистов. Используются различные программы, разработанные с учетом специфики контингента, для которого они предназначены. Привлечение к сотрудничеству членов микросоциума позволяет добиться максимально эффективного, последовательного устранения проявлений болезни, оптимизировать функционирование пациента в разных сферах, а также повысить качество его жизни. В периоды стабилизации процесса или достижения ремиссии на первый план выступают социореабилитационные мероприятия. Одним из основных видов помощи в лечении шизофрении у пациентов детско-подросткового возраста, с целью максимальной социализации больных, является психолого-педагогическая коррекция, включая такие ее формы, как разнообразные когнитивные тренинги, в т.ч. когнитивную ремедиацию [12]. Так, например, тренинги кратковременной памяти, являющейся одним

из функциональных коррелятов течения эндогенного процесса, эффективны для пациентов, страдающих шизофренией, в связи с их действием на нейронные сети, и направлены на их активизацию. Они корригируют не только проявления когнитивного дефицита, но и учебное, а также социальное функционирование больных [16]. Облеченные в игровую форму, данные вмешательства не стигматизируют юных пациентов, а напротив, привлекают их, поскольку являются модификацией привычных и любимых детьми / подростками компьютерных игр. Такие неинвазивные методики имеют незначительное число противопоказаний (хотя, безусловно, требуют контроля и временного лимитирования со стороны взрослых), достоверно повышая качество когнитивного функционирования и мотивации, страдающие в результате эндогенного процесса [18]. Используемые в качестве адьювантной терапии у детей и подростков, страдающих шизофренией, включенные в реабилитационный процесс, эти технологии оказываются высокорезультативными и безопасными, именно у этого контингента их эффективность оказывается максимальной [16]. Проводимые мероприятия включают как получение юным пациентом образования в стандартных условиях, так и направление его в специализированные дошкольные и школьные учреждения (при необходимости — обучение на дому, инклюзивное обучение, ресурсные классы и т.п.) с возможностью приобретения знаний по программе, соответствующей как интеллектуальному уровню больного, так и его энергетическим возможностям. Кроме того, для лиц детско-подросткового возраста необходимо предусматривать, помимо получения академических знаний, обучение бытовым и трудовым навыкам, выработку коммуникативных умений для общения со сверстниками, родными, педагогами и другими значимыми взрослыми. При построении индивидуальной психокоррекционной программы для детей с ШД необходимо опираться на сохранные психические функции (включая те или иные формы вербальной и невербальной деятельности пациента).

### МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо психотерапии, стимуляцию физической и социальной активности больного, организацию для него правильного режима сна / бодрствования, питания, что требует разъяснительной работы с членами семьи и лицами, осуществляющими уход за больным, которым, кроме того, требуется профессиональная психологическая поддержка на регулярной основе. Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медико-социальное сопровождение ребенка / подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия. Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его социального положения и социального функционирования, с учетом которых строится терапевтическая стратегия и выбирается оптимальный алгоритм помощи.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, психосоциальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов курации больных с шизофренией. Оптимальная эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, эстафетном взаимодействии высококвалифици-

цированных психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников [17].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение пациентов детско-подросткового возраста, страдающих шизофренией, должно осуществляться при помощи политаргетного подхода, комплексного использования медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, междисциплинарного взаимодействия, вовлечения в процесс реабилитации, как родственников, так и самого пациента. Следует придерживаться единого подхода в терапии больных, комбинированного применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, «мульти-modalности», подразумевающей согласованную работу команды специалистов: врачей-психиатров, педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов. Эффективность проводимой терапии оценивается, базируясь на параметрах динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрота развития и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Результативность проводимого лечения опирается на данные клинического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические бихевиоральные характеристики, изменения коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений. Дополнительными критериями служат данные экспериментально-психологического исследования пациента, страдающего шизофренией в динамике, ориентированные на анализ познавательной деятельности пациента, внимания, мышления.

### Литература

1. Алтынбеков К.С. Новые подходы к терапии больных шизофренией (обзор литературы по данным последнего десятилетия). // Российский психиатрический журнал. 2014, 5: 54-59.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В. Систематика детской шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989, 89 (8): 69-75.
3. Коблова А.А. Кром И.Л, Новичкова И.Ю. Современные тенденции медико-социальной помощи больным психическими расстройствами. // Фундаментальные исследования. 2013, 6(2): 485-489.

4. Мазаева Н.А. Шизофрения периода adolescence. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 115 (11): 26-33. doi: 10.17116/jnevro201511511220-25
5. Панкова О.Ф., Казин Н.М., Иванова С.М. Современные проблемы в изучении распространенности и диагностике расстройств шизофренического спектра у детей и подростков. // Бюллетень РГСМУ; 2021, 3: 75-78. doi: 10.24075/vrmgu.2021.022
6. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами. // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2010. № 220. - 12 с.
7. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. - М.: МЕДпрессинформ, 2009. – 256 с.
8. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. - 132 с.
9. Driver D.I., Gogtay N., Rapoport J.L., Childhood Onset Schizophrenia and Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders // Child Adol Psych Clin N Am. 2013, 22: 539-555. doi: 10.1016/j.chc.2013.004.001
10. Hafner F., Hayden W. Epidemiology of Schizophrenia.// Can J Psych. 1997, 42 (2): 139-151. doi: 10.1177/070674379704200204.
11. Galling B., Roldan A., Hagi K., Rietschel L., Walyzada F. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. // Word Psych. 2017, 16(1): 77-89. doi: 10.1002/wps.20387
12. Glenthøj L.B., Mariegaard L.S., Fagerlund B., Jepsen J.R.M., Kristensen T.D. et al. Effectiveness of cognitive remediation in the ultra-high risk state for psychosis. // Word Psych. 2020, 19(3): 401-402. doi: 10.1002/wps.20760
13. Nakagawa Y., Chiba K. Involvement of Neuroinflammation during Brain Development in Social Cognitive Deficits in Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia. // J Pharmacol Exp Ther. 2016; 358(3): 504-515. doi: 10.1124/jpet.116.234476.
14. Radua J., Ramella-Cravaro V., Ioannidis J.P.A., Reichenberg A., Phipphothatsanee N. et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. // Word Psych. 2018; 17: 49-66. doi: 10.1002/wps.20490
15. Rapoport J.L., Addington A.M., Frangou S. // Psych MRC The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. Mol Psych. 2005, 10(5): 434-449. doi: 10.1038/sj.mp.4001642
16. Sahakian B.J., Savulich G. Innovative methods for improving cognition, motivation and well-being in schizophrenia. // Word Psych. 2019, 18(2): 168-170. doi: 10.1002/wps.20649
17. Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches. // J Autism Dev Dis. 2019, 49 (9): 3906-3914. doi 10.1007/s10803-019-04071-4
18. Wannan C.M.J., Croyley V.L., Chakravarty M.M., Van Rheenen T.E., Mancuso S., Bousman C. et al. Hippocampal subfields and visuospatial associative memory across stages of schizophrenia-spectrum disorder. // Psychol Med. 2019; 49(14):2452–62. doi: 10.1017/S0033291718003458
19. Weinberger D.R. On the plausibility of «neurodevelopmental hypothesis» of schizophrenia. // Neuropsychopharmacol.1996. 14 (3).-1S-11S. doi: 10.1016/0893-133x (95)00199-N