

ПРОСТАЯ ФОРМА ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА

И. В. Макаров

*Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»,
Санкт-Петербург*

Общее количество психотических расстройств среди психически больных детей до 15 лет в Российской Федерации составляет 3,1%, из которых 0,5% – это больные шизофренией (2). Если доля психозов среди взрослых, госпитализированных в психиатрические больницы, последние годы уменьшается, то среди детей, наоборот, госпитализированных больных с психотическим уровнем нарушений в стационаре становится больше: в 1999 году психозы составили 8,4% от всех лечившихся в стационаре пациентов, что на 31,6% больше, чем в 1994 году (1).

Целью данного исследования стал клинико-психопатологический анализ больных с простой формой шизофрении, поступавших в стационар ЦВЛ «Детская психиатрия» в десятилетний период с 1992 по 2001 год.

Материалом исследования стали 141 ребенок с простой формой шизофрении, лечившихся в условиях стационара, а также 404 истории болезни, где данная форма заболевания была окончательным клиническим диагнозом. Все пациенты были в возрасте от 5 до 14 лет. Преобладали мальчики: соотношение мальчиков к девочкам составило 3:1 соответственно. Статистическая обработка материала осуществлена на РС Р III с использованием программы Statistica 5.0.

В таблице приведены сравнительные показатели распределения больных с простой формой шизофрении в детском психиатрическом стационаре.

По МКБ-10, диагнозы кодировались рубриками F20.606 и F20.69, что соответствовало непрерывно-прогредиентному типу течения, или же период наблюдения за больным был менее года. Катamnестические исследования показали, что у всех пациентов тип течения заболевания можно было расценивать в целом как непрерывно-прогредиен-

тный, хотя имелись и некоторая волнообразность течения, и различная степень прогредиентности процесса. Средний возраст начала заболевания составил $12,0 \pm 1,1$ года.

Было выделено пять основных клинических вариантов простой формы шизофрении:

- 1) типичный («классический») вариант;
- 2) вариант с преобладанием поведенческих нарушений в дебюте заболевания;
- 3) вариант с галлюцинаторными и (иди) бредовыми включениями в дебюте заболевания;
- 4) вариант с проявлениями астеноанэргического синдрома в дебюте заболевания;
- 5) вариант с проявлениями аноректического синдрома в клинике заболевания.

Типичный («классический») вариант

Данный вариант характеризуется постепенным, часто малозаметным для родственников больного началом. В клинической картине заболевания на первый план выступают нарастающие утрата интересов, забрасываются прежние увлечения, дружеские связи, как правило, запускается учеба. Такие дети становятся все более замкнутыми, теряют прежнее чувство юмора, совершают странные и необъяснимые поступки, у них появляются безосновательные и порой нелепые страхи, жалобы на то, что они боятся «сойти с ума». Постепенно больной перестает следить за собственной гигиеной – не умывается, не хочет причесываться, менять белье и постельные принадлежности. Мышление таких пациентов становится все более витиеватым, часто от них можно услышать, что «теряется мысль» или же беспокоят «потоки и наплывы мыслей». У многих больных нарушается сон, когда они с вечера часами не могут уснуть и засыпают лишь под утро или днем, или же, наоборот, просыпают-

Сравнительные данные распределения по годам в стационаре детей с простой формой шизофрении в абсолютных цифрах и в % к общему количеству лечившихся больных шизофренией

Годы:		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Шизофрения простая	абс.	58	23	31	22	82	62	55	45	26	26
	%	4,2	1,8	2,5	1,9	6,4	4,2	4,0	3,4	2,1	1,9

ся очень рано. В ряде случаев аутистические построения таких детей приводят к своеобразным, удивляющим окружающих, высказываниям или поступкам. Так, мальчик 11 лет сказал матери о своем лучшем друге, с которым он все время играет у себя в комнате. В ответ на замечание родителей, что в квартире никого нет, больной пояснил, он дружит «про себя», дружит «не в прямом смысле», а друг при этом ничего не знает: «дружить не в прямом смысле, когда друг об этом не знает, – это и есть настоящая дружба».

Быстро нарастающие расстройства эмоций, мышления, воли, прогрессирующая аутистическая симптоматика приводят к выраженному апато-абулическому дефекту уже через 1–3 года от начала заболевания.

Ниже приведен характерный пример описываемого варианта.

Анна Л., 14 лет. Поступила в стационар во 2-й раз в связи с агрессивностью, отказом посещать школу, трудностями в поведении.

Наследственность отягощена: у дяди по материнской линии олигофрения; отец страдает алкоголизмом. Проживает с матерью (работает кассиром). Отец последние 8 лет с семьей не живет.

Девочка от 3-й беременности, срочных родов (имеет старшую сестру 20 лет от 1-й беременности; 2-я беременность – ребенок умер в раннем детстве в связи с пороком сердца). До 7 месяцев развивалась соответственно возрасту. В 7 месяцев перенесла операцию резекции кишечника (выявлен порок развития), после чего отмечено отставание в психомоторном развитии. С 1,5 лет посещала детский сад, предпочитала играть с младшими детьми. Занималась с логопедом из-за трудностей в произношении ряда букв. С 7 лет в массовой школе, но программу усваивала плохо, могла встать на уроке и выйти из класса. С 8 лет наблюдается у психиатра с диагнозом «Задержка темпа психического развития». После решения городской медико-психолого-педагогической комиссии направлена на обучение по программе для детей с задержками в развитии (ЗПР), где стала учиться несколько лучше. С 11,5 лет стала меньше общаться с другими детьми, предпочитала сидеть дома, ничего не делая. В 12 лет отмечался эпизод, когда в течение 5 дней не ела, боялась, что ее могут убить, была «вся сжата от страха», запиралась на кухне, не пускала туда мать, по ночам говорила, что «мужчина в окне» ее убьет. От госпитализации мать девочки категорически отказалась. Амбулаторно получала нозепам до 15 мг в сутки. В 12,5 лет была впервые госпитализирована в связи с отсутствием интереса к общению со сверстниками, к учебе, неряшливостью; не следила за собой, не умывалась, большую часть времени проводила в своей комнате или на кухне, требуя, чтобы ей не мешали. В школе большую часть занятий проводила в коридоре, отказываясь идти в класс. В стационаре была упряма, негативистична, эмоционально холодна. С детьми не общалась, предпочитая лежать или сидеть на своей кровати. При попытках учителей спрашивать ее начинала ругаться, пыталась вый-

ти из класса. Проводимая терапия: стелазин до 7,5 мг в сутки, ноотропил до 800 мг в сутки, тизерцин 25 мг на ночь. Выписана с рекомендациями перевода на индивидуальное надомное обучение, пенсионирование, продолжение терапии с диагнозом «Шизофрения, простая форма. Формирующийся дефект». После выписки лекарства принимала нерегулярно. Время проводила дома. Отказывалась помогать матери по хозяйству. Незадолго до поступления в стационар стала просыпаться в 4 утра, будила мать, много и витиевато говорила о человеческой жизни, выглядела возбужденной.

В отделении: молча наблюдает за происходящим вокруг. При беседе немногословна, часто задает одни и те же вопросы («сколько времени?»). Отмечает, что иногда «теряется мысль», но это обстоятельство не беспокоит больную. Эмоционально монотонна, невыразительна. Пассивно посещает 7 класс (программа ЗПР). Предоставленная сама себе, сидит на кровати, смотрит в окно. Аппетит хороший. На свиданиях с матерью была холодна, хотя почти всегда говорила врачу, что хочет ее увидеть. Проведенные параклинические обследования и осмотр специалистов (педиатр, невропатолог, гинеколог, окулист) какой-либо патологии не выявили. При осмотре психолога: ОИП=65 по методике Векслера (формально соответствует уровню дебильности); отмечены разноплановость и структурные нарушения мышления. Проводимая терапия: соннапакс до 30 мг в сутки, ноотропил до 800 мг в сутки, далее – флюанксол 3 мг в сутки. Выписана с диагнозом «Шизофрения, простая форма. Дефектное состояние» под активное наблюдение диспансера. Катамнез через 3 года. Находится дома. Ничем не интересуется, эмоционально холодна. Матери не помогает, при попытках привлечь ее к домашней работе бывает агрессивна. Получает трифтазин в дозе 10 мг в сутки.

Вариант с преобладанием поведенческих нарушений в дебюте

Для больных этой группы типичным является начало заболевания с выраженных нарушений поведения, не свойственных им ранее – уходов из дома, бродяжничества, общения с асоциальными и антисоциальными личностями и компаниями, делинквентное поведение. Такие больные воруют из дома деньги, ценные вещи, часто становятся вспыльчивыми и агрессивными, отказываются ходить в школу, а если приходят туда, то устраивают скандалы, драки, вступают в конфликт с учителями. Одновременно с поведенческими нарушениями у этих детей, как правило, появляются неряшливость, они перестают следить за своим внешним видом; часто от них можно услышать, что с ними «что-то творится», «как-то не по себе», «как будто схожу с ума» и другие подобные высказывания.

Через 3–6 месяцев от начала расстройств поведения у больного заметными становятся эмоциональная холодность, отсутствие продуктивных контактов с окружающими, потеря друзей, неряшливость и неопрятность, нарушения мышления (шперрунг, явления ментизма, резонерства и др.).

Сложной оказывается диагностика заболевания именно в период расстройств поведения; в дальнейшем диагноз, как правило, не вызывает сомнений.

В качестве клинического примера приводим следующее наблюдение.

Павел Д., 14 лет. Поступил в стационар впервые в связи с грубыми нарушениями поведения, суицидальными высказываниями.

Наследственность отягощена: брат и дядя матери покончили с собой (завершенный суицид); отец страдает алкоголизмом.

Проживает с матерью (служащая) и старшим братом 25 лет (милиционер). Отец с семьей не живет последние 6 лет, ведет асоциальный образ жизни. От 3-й беременности, срочных родов (с обвитием пуповины). Раннее развитие с незначительным отставанием. Посещал детский сад, охотно играл с детьми. Учился в массовой школе, всегда посредственно, на момент поступления числился в 8 классе. По характеру был «безвольным», часто шел на поводу у приятелей, любил гулять во дворе, играть в футбол. В 10 лет перенес сотрясение головного мозга, лечился в стационаре, в дальнейшем в течение года наблюдался невропатологом. За 6 месяцев до поступления (в 13,5 лет) перестал учиться, уходил из дома, говорил матери о том, что «хочет женщину», воровал из дома деньги и ювелирные украшения. При попытках матери поговорить с ним, заявлял, что не хочет жить. Стал груб практически со всеми, растерял друзей. На Московском вокзале познакомился с проституткой, имел с ней сексуальную связь, отдал ей золотые серьги матери. Покупал и раскладывал по квартире порнографические журналы. Дважды уезжал в Москву на несколько дней, где в основном бродил по вокзалу. Во время одного из конфликтов с матерью и братом сказал им, что с ним «что-то творится», «чувство, будто схожу с ума, даже жить не хочется». По инициативе родных был госпитализирован через скорую психиатрическую помощь.

В стационаре: первые дни растерян, не понимает, почему оказался в психиатрической больнице. Большую часть свободного времени лежит в постели, с другими подростками не общается. Эмоционально тускл, монотонен. Моется только по принуждению, после неоднократных настойчивых напоминаний. Ест много, все подряд, неопрятен во время еды. Отметил, что временами мешают «наплывы мыслей», «все путается в голове». Госпитализацией не тяготился. Ждал мать лишь для того, чтобы забрать продуктовую передачу. Проводимая терапия: клопиксол до 10 мг в сутки (плохая переносимость препарата), галоперидол до 10 мг парентерально, трифтазин до 15 мг в сутки. На фоне приема трифтазина стал более активен, улыбался, встречая мать. Был выписан через 2,5 месяца под наблюдение диспансера на поддерживающей дозе трифтазина 10 мг в сутки с диагнозом «Шизофрения, простая форма».

Катамнез через 8 месяцев. Через 7 месяцев после выписки вновь ушел из дома, уехал в Москву, где был задержан милицией на одном из вокзалов. Объяснить причин своего ухода не мог. Госпитализирован в психиатрический стационар; получал трифтазин до 20 мг в

сутки, галоперидол до 7,5 мг в сутки. Выписан через месяц по требованию матери.

Катамнез через 1,5 года. Замкнут, эмоционально монотонен, холоден с родными. Не учится и не работает. Большую часть времени проводит дома, в основном – лежит в постели.

Вариант с галлюцинаторными и(или) бредовыми включениями в дебюте заболевания

Для пациентов данной группы характерно наличие в клинической картине заболевания, наряду с нарастающей негативной симптоматикой, отдельных галлюцинаторных эпизодов или же отрывочных бредовых высказываний. Наблюдаются, например, такие обманы восприятия, как акаозмы, когда больные говорят об «окликах» по имени, звонках в дверь, по телефону. Реже можно отметить сложные вербальные галлюцинации – большой «слышит» отдельные слова или даже фразы, причем возможно как истинное, так и псевдогаллюцинирование. В ряде случаев наблюдаются отдельные обонятельные, тактильные или зрительные обманы восприятия. Бредовые высказывания в случае их появления носят нестойкий характер, могут проявляться идеями воздействия, элементами синдрома психического автоматизма или в иных формах.

Следует отметить, что галлюцинаторные или бредовые включения никогда не являются ведущими и определяющими клиническую картину. Подобные психопатологические продуктивные расстройства преимущественно можно наблюдать в дебюте простой формы шизофрении. В дальнейшем, через 2–5 месяцев, они исчезают, и диагностическая оценка заболевания в большинстве случаев не вызывает сомнений, что является особенностью простой формы шизофрении у детей и подростков.

Как клинический пример приводим следующее наблюдение.

Павел М., 13 лет. Поступил в стационар впервые в связи с отказом от посещения школы, прогулами, ночными страхами.

Проживает с родителями (инженеры). Отношения в семье хорошие. Двое старших детей живут отдельно.

Мальчик от 4-й беременности (с угрозой прерывания). Отмечалось отставание в речевом развитии. В 1 год и в 5 лет перенес черепно-мозговые травмы с последующими тошнотой и рвотой. Посещал логопедический детский сад, постепенно догнал сверстников в развитии речи. В массовой школе с 7 лет, всегда учился посредственно. На момент поступления числился в 7 классе. Всегда был общительным, любил прогулки с друзьями; домашние обязанности выполнял крайне неохотно, после неоднократных напоминаний.

С 11 лет начал курить, общался с делинквентными подростками, стал периодически прогуливать школу. В 12 лет у мальчика появился страх спать без света, чего раньше не наблюдалось. Тогда же стал уходить из дома на несколько дней, жил у друга, с которым воровал вещи из легковых автомобилей. В это же время перенес очередную ЧМТ (упал с мопеда), после чего у больного не-

сколько раз отмечались непродолжительные психосенсорные расстройства: «увеличивались руки и ноги», «дом казался большим». Наблюдался у психиатра.

С 13 лет (за 3 мес. до поступления) мальчик стал жаловаться на «страшные сны», когда «видел во сне тени, похожие на больших животных». Без объяснения причин начал ежедневно принимать ванну, причем в это же время испражнялся на пол и прятал фекалии под ванну. Заявил родителям, что прохожие на улице на него «странно глядят», а он «узнает это по взгляду». Считал, что часть людей может «узнавать» его мысли, а иногда в голове появляются чужие мысли – «например, мысль что-то разбить, изматериться, но я так думать не хочу». Отказывался ходить в школу, боялся происходящих перемен.

В отделении: монотонен, мимика скудная, с детьми не общается. Отметил, что «проблем с мыслями больше нет – все прошло». В основном сидит в углу палаты, ничем не занят. С родителями на свиданиях холоден. При беседе наблюдаются «соскальзывания», говорит о том, что иногда мешают «потоки и комки мыслей». При осмотре логопеда выявлены дислексия и дисграфия. Параклинические обследования и осмотр других специалистов какой-либо патологии не выявили. Проводимая терапия: трифтазин до 20 мг в сутки. Выписан через 3,5 месяца под наблюдение диспансера с диагнозом «Шизофрения, простая форма».

Катамнез через 2 года. Учится на дому, крайне плохо. Большую часть времени проводит дома. На первый план выступают эмоциональная холодность, монотонность, отсутствие каких-либо желаний у больного. Отмечаются элементы атактического мышления.

Вариант с астеноанергическим синдромом в дебюте заболевания

У больных этой группы заболевание дебютирует с таких проявлений, как ощущение усталости, разбитости, слабости. Многие больные запускают школьные занятия, подолгу лежат в постели, жалуются на головные боли, неприятные ощущения в теле, потерю сил, быструю утомляемость, отсутствие интереса к происходящему вокруг них. Подобная клиническая картина соответствует юношеской астенической несостоятельности Глатцеля-Хубера, но наблюдается, как в юношеском, так и в младшем подростковом возрасте. Так, средний возраст начала заболевания у наблюдаемых нами больных составил $12,1 \pm 0,8$ года. Длительность синдрома варьирует от 1–2 месяцев до 2–2,5 лет. В дальнейшем на первый план выступают эмоциональное обеднение, нарушения мышления, аутизм, волевые расстройства, то есть речь идет о вполне типичной и не вызывающей сомнений клинической картине простой формы шизофрении.

Приводим характерный клинический пример.

Юра Г., 14 лет. Поступил в стационар впервые в связи с жалобами на постоянную слабость, отсутствие интересов, нежелание учиться в школе.

Наследственность отягощена алкоголизмом деда, который был крайне жесток к родным. Бабушка по мате-

ринской линии имела «очень трудный» характер. Отец – странный, с семьей не живет, раньше работал охранником в тюрьме. Мать – эмоционально холодная, формальная, работает оператором ЭВМ.

Проживает с матерью в коммунальной квартире. Конфликтуют с пожилой соседкой, которая, по их мнению, подсыпает им сушеные ягоды в пищу, отбивает края у стаканов, втыкает в ковер иголки.

Мальчик от нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие в соответствии с возрастом. До 4 лет находился дома, любил книги, тянулся больше ко взрослым. С 4 лет посещал детский сад, адаптировался с трудом, подолгу плакал, не отпускал мать. В массовой школе с 7 лет, учился всегда хорошо, имел двух друзей, вместе играли.

В 12 лет изменился – «стал умнее и трудолюбивее», со слов матери. Однако вскоре начал жаловаться на чувство слабости, много лежал. Через 2–3 месяца почувствовал себя лучше, наверстал пропущенное в школе. В 13 лет вновь появились жалобы на выраженную слабость, запустил учебу, время проводил в постели, считал, что «ничего уже не сможет сделать, ни с чем не справится». Тогда же «с лечебной целью» решил похудеть, в связи с чем перестал есть хлеб и масло, похудел за несколько месяцев на 7 кг. Появились повышенная раздражительность, кричал на мать, швырял вещи на пол. Одновременно жаловался на слабость, головные боли, плохую память, бессонницу ночью и сонливость днем, сутками лежал в постели. В течение месяца находился в неврологическом отделении больницы с диагнозом «Астеноневротический синдром», получал кавинтон, ноотропы. Выписан без видимого улучшения. После выписки обратились в отделение неврозов ЦВЛ «Детская психиатрия», после консультации дали согласие на госпитализацию в стационар.

В отделении: эмоционально несколько уплощен. Предпочитает лежать в кровати. Говорит об ухудшении состояния к вечеру «в смысле общего самочувствия». Отметил, что «перестал получать интерес от жизни», «в голове пусто», «стал полностью несостоятелен в жизни». К контакту с детьми не стремится. Пытается по утрам делать зарядку, но «не хватает энергии». При общении с матерью холоден. Психолог: интеллектуальный показатель по методике Равена 92 (соответствует норме); отмечены склонность к рассуждательству, амбивалентность мышления. ЭхоЭГ: косвенные признаки умеренной гидроцефалии. Остальные параклинические исследования и осмотр специалистов (невролог, педиатр, окулист, ЛОР) патологии не выявили. На фоне приема флюанксола до 3 мг в сутки и курса диакарба (в течение 1 мес.) стал более активным, исчезли жалобы на слабость и отсутствие интереса к жизни. Однако более заметными стали эмоциональная холодность, склонность к отвлеченному рассуждательству, явления «обрыва» мысли, амбивалентность мышления. Выписан через 4 месяца под наблюдение диспансера с диагнозом «Шизофрения, простая форма. Синдром Глатцеля-Хубера».

Катамнез через 1,5 года. Дублировал 8 класс. Переведен на надомное обучение. Замкнут, практически

ничем не интересуется, часами смотрит телевизор, но не в состоянии пересказать увиденное. Пенсионирован с диагнозом «Шизофрения, простая форма. Дефектное состояние». Находится на поддерживающей дозе флюанксолола 3 мг в сутки.

Вариант с проявлениями аноректического синдрома

Возможно два основных варианта проявления аноректического синдрома у больных простой формой шизофрении: 1) в дебюте, когда в течение нескольких недель и до одного года данный синдром является ведущим в клинической картине заболевания, и лишь затем вытесняется характерной шизофренической симптоматикой; 2) аноректический синдром на фоне уже имеющихся проявлений простой формы шизофрении, когда давность заболевания составляет от 6 месяцев до 2–3 лет.

У таких больных появляются достаточно стойкие идеи отказа от приема пищи, так как они «слишком толстые», «чересчур много весят», имеют «толстые» щеки, бедра, ягодицы, живот и некоторые другие части тела. Как правило, идеи имеют сверхценный характер. Попытки уменьшить свой вес приводят к использованию диет, когда из рациона исключаются те или иные продукты (мучное, сахар, шоколад, картофель). В ряде случаев ребенок отказывается есть жареную или, наоборот, вареную пищу, требует, чтобы все было запечено или все было сырым. Достаточно часто прибавка в весе (например, уже в условиях стационара) не вызывает у такого пациента выраженной негативной реакции, но может появиться отказ от определенных, не обязательно калорийных, продуктов. Так, один из больных 11 лет перестал есть яблоки и в то время начал есть котлеты и хлеб, объясняя это тем, что яблоки – «достаточно объемный продукт» и «занимают много места». В таких случаях, речь идет о появлении вычурной «шизофренической» диеты, причем она чаще всего уже не связана с желанием больного похудеть.

В качестве клинического примера приводим следующее наблюдение.

Лилия Т., 13 лет. Поступила в стационар впервые в связи с отказом от еды.

Бабушка по линии матери страдает психическим заболеванием, ранее лечилась у психиатра. Дед очень странный, нелюдимый. Отец ушел из семьи, крайне замкнут. Мать склонна к резонерству, часто неадекватно смеется, без критики к состоянию дочери.

Проживает с матерью, бабушкой и дедом в отдельной трехкомнатной квартире. Ранний анамнез скудный, так как мать девочки со смехом сообщает врачу, что не придает значения запоминанию «мелочей». Известно, что раннее развитие без особенностей. Посещала дет-

ский сад, играла с детьми. В массовой школе с 7 лет, причем со 2 класса на домашнем обучении, так как «была слишком впечатлительной, чтобы учиться вместе со всеми», часто болела ОРЗ. На момент поступления окончила 6 классов, училась посредственно.

Больна с 9,5 лет, когда появились различные страхи (темноты, детей, машин), стали нарастать замкнутость, эмоциональная холодность, неопрятность. С 10 лет под наблюдением психиатра, наблюдалась также в консультативно-методическом отделении ЦВЛ «Детская психиатрия», была пенсионирована с диагнозом «Шизофрения, простая форма», принимала (нерегулярно) трифтазин до 7,5 мг в сутки.

В отделении: отказывается от приема пищи на том основании, что она «слишком растолстела». К общению с детьми не стремится, в основном лежит в кровати или рисует. Эмоционально холодна, монотонна. Крайне неохотно переодевается, идет умываться. Рассказала, что последние 2 месяца не ест вареную пищу, так как «это вредно, об этом сказали по телевизору». После просмотра ряда рекламных роликов и телепередач поняла, что надо «переходить на обезжиренные продукты», стала требовать у родных покупать ей обезжиренное молоко, перестала есть вместе со всеми на кухне. Похудела, появились слабость и головные боли, раздражительность. В отделении иногда удается накормить больную, говоря, что котлеты сделаны из капусты, а хлеб «некалорийный». Проводимая терапия: эглонил до 100 мг в сутки, далее трифтазин до 10 мг в сутки и тизерцин до 37,5 мг в сутки без видимого клинического эффекта. После перевода больной на мажептил до 5 мг в сутки стала сонливой, появились мышечная скованность, тремор, что также потребовало отмены препарата. Назначение флюанксолола до 3 мг в сутки привело к улучшению состояния больной (ела без принуждения), а через 2 месяца стала нормально питаться. Выписана через 5 месяцев пребывания в стационаре с диагнозом «Шизофрения, простая форма. Аноректический синдром» под наблюдение диспансера, получает флюанксол-депо.

Катамнез через 1 год. Большую часть времени проводит дома. Смотрит телевизор, рисует. Эмоционально холодна, неопрятна. При психологическом обследовании выявляются расстройства мышления. Лекарства принимает нерегулярно из-за резко негативного к ним отношения со стороны родственников девочки.

Выделенные клинические разновидности простой формы шизофрении у детей, наблюдавшиеся нами в стационаре, естественно, не являются строго очерченными и изолированными подвидами этой формы. Однако, наличие промежуточных вариантов не исключает подобного деления, особенно в дебюте заболевания, а также оказывается удобным для выбора терапевтической и реабилитационной тактики по отношению к таким пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). – М.: Медпрактика-М, 2000. – 508 с.

2. Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения // Коллегия МЗ РФ от 15.05.2001 г. Решение. Протокол № 9. – М.: МЗ РФ, 2001. – 10 с.