

Детская шизофрения. Информация для родителей.

д.м.н. Пережогин Л. О.

Детская шизофрения – вариант течения шизофрении. История ее изучения начинается в конце XIX века, когда Эмиль Крепелин (1856-1926) выделил особую категорию психических расстройств – «преждевременное слабоумие». Наряду с «преждевременным слабоумием» у взрослых в те же годы стали появляться его описания и у детей. В 1908 году исследования шизофрении были обобщены Эугеном Блейлером (1857-1939), тогда же он предложил современное название. Дать точное определение шизофрении трудно. Классическое определение А. В. Снежневского: «Шизофрения – прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами» позволяет сделать ряд важных выводов.

- Шизофрения характеризуется прогредиентностью, т.е. по ходу течения заболевания больному становится хуже. Следует отметить, что прогредиентность касается прежде всего негативных симптомов (симптомов обеднения психической деятельности)

- Шизофрения характеризуется генерализованным нарушением единства высших психических функций, она дезорганизует поведение больного не избирательно в какой-либо сфере, а тотально, во всей жизни, но степень этой дезорганизации может быть от слегка заметной до исключительно выраженной

- У шизофрении нет специфических позитивных симптомов, но это не значит, что клиническая картина ее формируется хаотично, напротив, изучение шизофрении привело к выделению нескольких типичных сценариев ее развития (форм) с известным порядком возникновения и смены синдромов.

В МКБ-10 симптомы для удобства сгруппированы в 9 групп, в основном по формальным признакам:

(а) «Эхо» мыслей (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей окружающим;

(б) бред овладения, воздействия или пассивности, отчётливо относящийся к телу или конечностям, мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

(с) галлюцинаторные «голоса», комментирующие или обсуждающие поведение больного; другие типы «голосов», идущих из различных частей тела;

- (d) устойчивые бредовые идеи, которые культурно неадекватны, нелепы, невозможны и/или грандиозны по содержанию
- (e) стойкие галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;
- (f) неологизмы, шперрунги (перерывы в мышлении), приводящие к разорванности или несообразности в речи;
- (g) кататоническое поведение, например возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- (h) «негативные симптомы» (но не обусловленные при этом депрессией или фармакотерапией), как правило, приводящие к социальному отчуждению и снижению социальных показателей; симптомы, которые могут быть выражены: апатией, речевым обеднением или сглаженностью, неадекватностью эмоциональных реакций;
- (i) достоверные и последовательные изменения общего качества поведения, проявляющиеся утратой интересов, бесцельностью, поглощённостью собственными переживаниями, социальным отчуждением.

В клинической практике симптомокомплексы (синдромы) иные, и все сказанное выше оказывается очень трудно соотнести с детским возрастом, поскольку для него характерно незавершенное развитие, развитие, протекающее одновременно с течением болезни, искажающееся в ходе болезни, приобретающее в ходе болезни гротескные черты. Поэтому многие психиатры, работающие с детьми, продолжают опираться в диагностике на достижения клинической психиатрии.

Распространенность шизофрении среди взрослых составляет около 1% населения, однако из всех случаев шизофрении в детском возрасте начинается не более 5% (по некоторым данным – до 30%). В США бытует мнение, что шизофрения очень редко начинается до 14 лет. В Европе принято говорить о крайней редкости ее возникновения до 9 лет. На самом деле заболеваемость шизофренией, вероятно, коррелирует с возрастными кризисами, и в детстве пики ее возникновения соответствуют 2-3 годам, 6-8 годам и пубертатному периоду. Среди взрослых соотношение мужчин и женщин близко к 1:1, но у мужчин шизофрения течет более злокачественно. В детском возрасте мальчики болеют в 2-3 раза чаще девочек.

Причина шизофрении не известна. Бесспорно, что риск ее возникновения передается из поколения в поколение, но речь идет именно о наследовании предпосылок к возникновению болезни, а не болезни, как облигатного состояния. Даже у однойяцевых близнецов, точных генетических копий друг друга, риск заболеть вдвоем составляет лишь 50%. Генетическая предрасположенность в совокупности со случайными внешними факторами может, вероятно, привести к возникновению шизофрении путем формирования нарушений развития головного мозга, атрофии его отдельных участков (лобной коры, мозжечка), изменения концентрации ряда нейромедиаторов (особая роль отводится дофамину) в лимбической системе и

т.д. Ряд исследователей соотносит генетические факторы при шизофрении с шансами на формирование аутоиммунных повреждений мозга. Не исключено и определяющее воздействие повреждающих факторов при беременности и родах. Значительно реже современные исследователи уделяют внимание теориям психогенного происхождения шизофрении, а психоаналитические концепции, популярные в середине XX века, сегодня вызывают только улыбку.

Диагностика шизофрении основана прежде всего на клиническом методе. Врач-психиатр изучает объективный и субъективный анамнез заболевания, оценивает клиническую картину в процессе наблюдения за больным, в процессе беседы. Дополнительные данные дает врачу изучение заключения (протокол) экспериментально-психологического исследования. В качестве дополнительных диагностических мер, направленных, в основном, на решение дифференциально-диагностических задач, являются электроэнцефалография, компьютерная томография, лабораторные методы (применяются в основном для контроля фармакотерапии). Ниже мы подробно остановимся на клинике детской шизофрении.

Клиника детской шизофрении

Как мы уже отмечали выше, клиническая картина детской шизофрении носит чрезвычайно полиморфный характер и существенным образом зависит от возраста. В то же время все эпидемиологические исследования не оставляют сомнения, что три четверти случаев детской шизофрении возникают у подростков. Формально эти дети до периода дебюта шизофрении считаются здоровыми. Вместе с тем давно известно, что очевидные симптомы шизофрении редко приходят без предвестников. Эти предвестники принято называть доклиническими проявлениями, распознавать которые должны уметь и доктора, и ответственные родители.

Доклинические проявления детской шизофрении условно делят на три этапа: латентный, продромальный, инициальный.

Латентный этап характеризуется преобладанием а) аффективных нарушений, в основном – неглубоких депрессий, протекающих с плаксивостью, раздражительностью, угнетенностью, чувством физической слабости, текущих волнообразно и сопровождающихся сохранностью интеллектуальных функций; наряду с депрессиями часто возникают страхи, особенно ночные; у этих больных отмечается повышенная ранимость, тревожность, склонность к самоанализу, отчуждение от внешнего мира; реже депрессий возникают гипомании, сопровождающиеся повышенной активностью, избирательной неутомимой «автоматической» деятельностью (в том числе – в учебе, в спорте), на фоне которых также периодически возникают фобии, навязчивости, сенестопатические «боли»; б) элементов дереализации-деперсонализации, при которых изменяется субъективная картина восприятия окружающего мира и своей личности; в) личностных

особенностей, напоминающих расстройство личности шизоидного круга – этим детям с трудом дается общение с людьми, они становятся замкнутыми, эмоционально холодными, социально беспомощными; иногда личностная трансформация идет по иному пути, формируя картину «истерического фасада» с преобладанием инфантилизма, эгоистических мотивов, демонстративного поведения. Наряду с описанными симптомами многие психиатры обращали внимание на спонтанные эпизоды «зарниц» – предвестников психоза, возникающих порой за много лет до дебюта шизофрении. Проявления предвестников психоза также полиморфны и транзиторны. Они включают страхи нелепого и вычурного содержания, ипохондрические расстройства, нарушения сна, включая кошмарные сновидения, непродолжительные эпизоды галлюцинаций, нелепое поведение, негативизм. Как правило, наличие «зарниц» указывает на непрерывное и высокопрогредиентное течение шизофрении в будущем.

Продромальный этап детской шизофрении может длиться от нескольких недель до нескольких лет. Большая длительность продромального периода коррелирует с плохим прогнозом. В клинической картине продромального этапа преобладают: а) проявления астении, такие как необычные по характеру головные боли, нарушения сна, утрата аппетита, утомляемость, особенно от умственной работы (включая занятия в школе и приготовление уроков); б) аффективные расстройства, особенно – депрессии, сопровождающиеся отчетливо сниженным настроением, усталостью, тревогой, страхами, в частности – за свое здоровье; в) нарушения мышления – рассеянность, задумчивость, трудности сосредоточения, паралогичность, наплывы мыслей и периоды «безмыслия»; г) деперсонализация и дереализация, в том числе – негативное восприятие своего тела (дисморфофобии), чувство собственной измененности, необычное, как правило, приглушенное, восприятие окружающего мира («через грязное стекло, через пленку»); д) личностные изменения, особенно – нарастание аутизации, отчужденности, утрата интересов, эмоциональная неадекватность, пренебрежение элементарными социальными обязанностями (включая личную гигиену), могут развиваться нарушения влечений. По преобладающей в продромальном этапе симптоматике можно с высокой степенью уверенности предсказать тип течения шизофрении в будущем: продром кататонической шизофрении отличается резко выраженной аутизацией, эмоциональным обеднением, эпизодами застывания и моторного возбуждения; параноидную шизофрению предвещают «философская интоксикация», магическое мышление, эпизоды астении, духовной опустошенности, сменяющейся экстатическими переживаниями; периодическую шизофрению предваряют эпизоды аффективных нарушений, сверхценные расстройства; простую форму предваряют глубокие изменения личности, нарушения мышления (бесплодное мудрствование), навязчивости.

Инициальный этап детской шизофрении – фактическое начало болезни, ее дебют. Имевшие место симптомы-предшественники завершают свое оформление в симптомы, отчетливо указывающие на эндогенное

процессуальное психическое расстройство. Невротическая ипохондрия обрастает сенестопатиями и трансформируется в ипохондрический бред или бред одержимости, деперсонализация обогащается сознанием собственной измененности, сверхценные идеи трансформируются в бред, личностные изменения углубляются, расстройства мышления – прогрессируют. Присоединяется галлюцинаторная и кататоническая симптоматика, формируется синдром психического автоматизма. Аффективные расстройства обостряются, депрессии приобретают характер витальных. При этом клиническая картина психоза остается крайне полиморфной.

Вслед за доклиническими проявлениями детской шизофрении следует собственно этап болезни. Существует несколько подходов к классификации шизофрении. Многие из них не учитывают особенности течения шизофрении у детей, оперируя формальными категориями, описывающими эндогенные процессуальные расстройства у взрослых (в частности, такой подход характерен для МКБ-10). Более того, ряд исследователей избегает в последнее время и самого термина «шизофрения», употребляя общий термин «расстройства шизофренического спектра». Возможно, это верное решение с позиций биологической психиатрии, но понимание клинической диагностики, а значит – принципов лечения, прогноза, подходов к реабилитации – в связи с размытостью границ страдает. Ниже мы будем описывать клиническую картину детской шизофрении, исходя из классических представлений о ее формах.

Непрерывнотекущей называют шизофрению, характеризующуюся длительным течением без очерченных приступов и отчетливых ремиссий. Степень прогрессивности непрерывнотекущей шизофрении может варьировать от исключительно злокачественных форм до весьма мягких малопрогрессирующих состояний и существенно зависит от возраста дебюта.

Малопрогрессирующая непрерывнотекущая детская шизофрения характеризуется медленным, подспудным началом и постепенным нарастанием негативной симптоматики. У детей раннего и дошкольного возраста бросаются в глаза избирательная общительность и сниженная или искаженная эмоциональность, порой – избыточная сенситивность. Постепенно нарастает разрыв в развитии – на фоне высокого интеллекта и, как правило, узконаправленных специфических интересов, наблюдается задержка физического развития, неловкость, угловатость, снижение навыков социального взаимодействия, включая самообслуживание. Заметна аутизация – предпочтение одиночества, отсутствие эмпатии, эмоциональная парадоксальность: холодность к окружающим в сочетании с чувствительностью, ранимостью, стереотипное поведение, особенно в играх. Нередко игры у таких детей сопровождаются идеями перевоплощения, особенно в животных, близких по своей природе патологическому фантазированию. У этих детей нарушен аппетит, плохой сон, часто отмечаются нарушения речи, в том числе – элективный мутизм. Со временем к этим изменениям присоединяются манерность, вычурность интонаций. Значительную долю в клинической картине занимают страхи – нелепые,

бессмысленные, вычурные (страх шума льющейся из крана воды, страх отражения в стеклах очков). Страхи особенно ярко проявляются ночью. Часто страхи сопровождаются навязчивостями, двигательными стереотипиями, ритуалами. В младшем школьном возрасте клиническая картина трансформируется. Страхи приобретают навязчивый характер и ипохондрическую окраску, возникают страхи за жизнь – свою и родителей. Возникают идеи заражения, отравления, страх посещения школы. Для детей младшего школьного возраста характерно патологическое фантазирование с фантастическими мирами, вымышленными персонажами. Постепенно патологическое фантазирование трансформируется в бред. В подростковом возрасте на первый план клинической картины выходят изменения личности. Они могут напоминать характерные для подростков категоричность и бунтарство, но в целом отличаются выраженным негативизмом, оппозиционностью, эмоциональной нелепостью, сниженной продуктивностью в деятельности. Иногда личность подростков обрывает параноидными чертами: появляются стеничность, ригидность идей и эмоций. Подобный личностный сдвиг часто сопровождается грубыми нарушениями поведения, включая жестокость, побег из дома, аномальные влечения, в том числе, сексуального характера. В современных классификациях этот тип шизофрении все чаще соотносят с **шизотипическим расстройством**.

Непрерывно-прогредиентная непрерывнотекущая (параноидная) детская шизофрения характеризуется более острым течением и нарастанием специфического эндогенного дефекта. В дошкольном и младшем школьном возрасте в клинике преобладают идеи отношения (плохое отношение со стороны сверстников), негативизм, особенно по отношению к близким, эпизоды слуховых галлюцинаций, элементы психического автоматизма. Заболевание может начинаться в очень раннем возрасте. Поначалу у детей наблюдается опережающее интеллектуальное развитие, односторонние стереотипные интересы, стереотипные игры, одержимость отдельными предметами (кнопки, электроника, фигурки динозавров). В дальнейшем патологические идеи детализируются, разрабатываются, обрывают подробностями, к ним добавляются идеи преследования, ущерба, величия – формируется бред. При высокопрогредиентном течении бредовые идеи достигают характера фантастического бреда величия (я стану королем инопланетян). У ряда детей развитие болезни идет по пути преобладания галлюцинаторной симптоматики. В подростковом возрасте бредовые идеи приобретают систематизированный характер, формируется бред своей физической неполноценности, бред преследования. На их фоне возникают явления чувственного и идеаторного автоматизма (неконтролируемые наплывы мыслей, ощущения собственного безволия и контроля со стороны чужой воли, отчужденности своих мыслей, чувств, действий). Спустя несколько лет клиническая картина становится подобной таковой у взрослых. Течение параноидной шизофрении у детей отличается довольно высокой прогредиентностью и часто приводит к инвалидности.

Злокачественная непрерывнотекущая детская шизофрения возникает, как правило, в возрасте 3-4 лет или в пубертатном периоде. Для злокачественного течения характерно преобладание негативных симптомов, их высокий полиморфизм, резистентность к терапии и быстрое формирование грубых нарушений психики (то, что в конце XIX века называли «ранним слабоумием»). Как правило, раннее психическое развитие у этих детей может проходить обычно, но уже к 2 годам резко нарушается речь (грамматически искажается, становится обезличенной, а порой просто исчезает), утрачиваются интересы, эмоциональные привязанности, навыки самообслуживания. Формируется процессуальная аутизация. Вскоре к этим проявлениям присоединяются страхи и галлюцинаторная (обычно, зрительная) симптоматика, кататонические симптомы, грубые нарушения поведения. Кататоническая симптоматика в раннем детском возрасте представлена мутизмом, эхолоалиями, бегом по кругу, манерностью, стереотипными движениями, особенно – рук, двигательным возбуждением или заторможенностью. Параллельно развиваются эпизоды гебефренного возбуждения с манерностью, дурашливостью, вычурными позами. В качестве исходного состояния формируется олигофреноподобный дефект различной глубины. При начале в подростковом возрасте на первый план выходят изменения личности, сопровождающиеся снижением успеваемости в школе, агрессией, негативизмом, сужением круга интересов, патологией влечений. В самом начале болезни клиническая картина приобретает полиморфизм (аффективные, бредовые, галлюцинаторные, кататонические симптомы). Параноидные проявления обычно представлены бредом воздействия, отравления, физического недостатка. Кататония представлена негативизмом, манерностью, гримасничаньем, двигательными стереотипиями. Присутствуют нарушения речи вплоть до разорванности. Гебефренные симптомы – дурашливость, гримасничанье, возбуждение, агрессия, сексуальная распущенность – дополняют картину. Спустя 2-3 года наступает картина глубокого слабоумия и поведенческого регресса до животного уровня. Злокачественные формы шизофрении в современных классификациях обычно соотносят с **детским типом шизофрении**.

Для детской шизофрении характерно преобладание непрерывнотекущих форм, но, хотя и значительно реже, встречаются приступообразно-прогредиентное и периодическое (рекуррентное) течение.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) детская шизофрения характеризуется приступами, сменяющимися ремиссиями. В зависимости от клинической картины приступов, их длительности и частоты, продолжительности и качества ремиссий возможно как высокопрогредиентное, так и малопрогредиентное течение. У детей дошкольного и младшего школьного возраста при благоприятном течении болезни возникают неглубокие нарушения развития, а при неблагоприятном – формируется выраженный олигофреноподобный дефект. Первый приступ формируется обычно в 3-4 года, сопровождается аффективной симптоматикой (неглубокая депрессия, страхи), бредоподобным фантазированием с

фантастическим сюжетом, реже – галлюцинациями. Повторные приступы возникают в 5-7, 7-8, 9-10 лет. Их картина дополняется отрывочными бредовыми идеями (отношения, преследования). Личностные изменения реализуются в основном на уровне эмоционального и волевого дефекта. Раннее начало процесса обычно сопровождается высокой прогрессивностью, отличается преобладанием кататонической симптоматики и приводит к глубокому олигофреноподобному дефекту. Несмотря на схожесть этого типа течения со злокачественной непрерывнотекущей шизофренией обращает на себя внимание динамика клинической картины с очерченными приступами с полиморфной кататонической и аффективной симптоматикой. Продолжительность приступов составляет, как правило, 2-3 года. В подростковом возрасте в структуре приступов преобладают аффективные нарушения (причем встречаются как депрессивные, так и маниакальные) и бред, в том числе – фантастический, бред особого происхождения, преследования, ущерба. Чем более полиморфна клиническая картина психоза, тем более разрушительны для психики его последствия. Особое значение для неблагоприятного прогноза имеет включение в структуру приступа кататонических расстройств.

Периодическая (рекуррентная) детская шизофрения встречается редко. Первые ее приступы обычно возникают в возрасте 2-3 лет и проявляются страхами, отсутствием аппетита, нарушениями сна, рвотой, внезапными ночными пробуждениями с испугом. Часто возникают сопутствующие расстройства речи, в частности, заикание. В более старшем возрасте приступы протекают с выраженным возбуждением: дети кричат, прячут лицо, куда-то убегают, рвут одежду, встречаются микропсихические галлюцинации, также пугающего характера. В школьном возрасте в структуре приступа появляется бред (часто - ипохондрический). Большинство приступов носят краткосрочный характер (1-3 месяца). В подростковом возрасте острые психотические приступы могут развиваться в течение нескольких дней, симптоматика при них носит острый, полиморфный характер – растерянность, страхи, галлюцинации, дереализация и деперсонализация, эпизоды помрачения сознания, ступор. Длина таких приступов составляет от 2 до 6 месяцев. Иногда степень кататонических расстройств и нарушения сознания при данных приступах настолько выражена, сопровождается выраженной интоксикацией и подъемом температуры, что правомерно говорить о фебрильно-кататонической шизофрении. При периодической шизофрении также, как и при приступообразно-прогрессивной, наблюдается большой разброс в прогрессивности. В некоторых случаях у детей удается достичь стойких ремиссий с минимальной остаточной симптоматикой. Рекуррентную шизофрению в современных классификациях обычно соотносят с **шизоаффективным расстройством**.

В МКБ-10 в отдельные рубрики вынесены также **гебефреническая, кататоническая и простая шизофрения**. Элементы гебефренического поведения и кататонические расстройства встречаются и при других формах шизофрении, но в данных категориях они доминируют. Простая форма

подразумевает медленное, но неуклонное формирование негативного (преимущественно – эмоционально-волевого) дефекта без отчетливой психотической симптоматики. Ввиду отсутствия в критериях МКБ-10 указаний на детский возраст пользоваться данными диагностическими категориями у детей трудно.

Лечение детской шизофрении

Лечение детской шизофрении является длительным и носит комплексный характер. Принято выделять медикаментозную терапию (купирующую, стабилизирующую и противорецидивную) и психосоциальную терапию и реабилитацию. Имеются убедительные данные о высокой степени корреляции между ранним началом лечения и благоприятным (при прочих равных условиях) прогнозом в отношении течения болезни. Напротив, при отсутствии лечения, несмотря на имеющиеся единичные случаи спонтанных ремиссий, прогноз в детском возрасте, как правило, печальный. Поэтому только своевременное обращение к врачу-психиатру может обеспечить хороший прогноз при детской шизофрении.

Купирующая терапия направлена на лечение текущего состояния. Лекарства ребенку подбираются с учетом его состояния, дозы определяются индивидуально. При выраженности и остроте психопатологических симптомов, опасности для себя и окружающих, грубом нарушении функционирования ребенок помещается в психиатрический стационар. В среднем в стационаре ребенок находится около 2 месяцев. За это время доктор должен подобрать антипсихотики (нейролептики) исходя из их индивидуальных фармакологических характеристик и клинической картины болезни, наблюдаемой у ребенка. У антипсихотиков есть много сфер действия – от собственно антипсихотического (подавление биологических механизмов развития психоза, а через них - купирование симптомов), седативного, депрессогенного (побочный эффект) до активирующего (что очень важно для борьбы с негативной симптоматикой) и когнитотропного (улучшение памяти, внимания, познавательных процессов). Вместе с антипсихотиками могут быть назначены и другие препараты (антидепрессанты, ноотропы). Кроме подбора антипсихотиков на госпитальном этапе доктор обеспечивает стабилизацию общесоматического состояния ребенка. После выписки из стационара лечение продолжается амбулаторно.

Стабилизирующая и противорецидивная терапия направлена на достижение (насколько это возможно) ремиссии. Она длится долго, как минимум, несколько месяцев, по мере стабилизации состояния дозы препаратов снижаются. При риске обострения их приходится снова повышать. Именно поэтому очень важно, чтобы родители знали симптомы болезни и вовремя информировали доктора. Главные задачи на этом этапе – сохранение стабильного состояния, снижение уровня негативной симптоматики и когнитивных нарушений, коррекция возможных побочных эффектов

нейролептиков, обеспечение ребенку возможности интеграции в социум (особенно – школу).

Психосоциальная реабилитация направлена на формирование навыков социального взаимодействия, адаптации. В данном контексте высока роль врача-психотерапевта, который, используя рациональные, эмоциональные, поведенческие техники психотерапии способствует формированию личности ребенка, сглаживает семейные конфликты, формирует установки на занятия спортом, учебу, социальную активность. Огромное значение в комплексной терапии имеет участие педагога-дефектолога, логопеда, социального работника.



Когда следует немедленно обратиться к психиатру?

Не секрет, что в России боятся психиатров. Средства массовой информации пестрят сообщениями о том, как психиатры сделали своих пациентов беспомощными или довели до суицида. Слова «психиатрический учет» (хотя он давно отменен за исключением нескольких категорий) наводят страх на родителей, мечтающих видеть своих детей генералами, летчиками, сотрудниками ДПС и просто водителями, педагогами, врачами... Мы не будем переубеждать родителей, но все-таки советуем при появлении признаков психических расстройств немедленно обращаться за помощью. Но в конечном счете, родители вправе решать, будет их ребенок обычным членом общества (возможно – консьержем, а не генералом) или проведет всю жизнь в психоневрологическом интернате.

Итак, **немедленно обратиться за психиатрической помощью следует, если вы заметили у своего ребенка:**

- нарушения мышления: ребенок жалуется на необычные мысли, наплывы мыслей, исчезновение мыслей, передачу мыслей на расстоянии, делит мысли в голове на «свои и чужие», утверждает, что мысли звучат или имеют окраску; если ребенок высказывает идеи нелепого, неправдоподобного содержания; если суждения ребенка совершенно не поддаются логическому осмыслению, парадоксальны, нелепы, если ребенок младшего школьного возраста не может справиться с простой логической задачей («Подбери пару: если электричество, то провод, а если вода, то ... (труба, шланг)»)

- нарушения речи: ребенок после года не говорит ни одного слова, к двум годам не произносит простейших фраз; ребенок умел говорить, но речь исчезла, у ребенка речь носит безличный характер, ребенок не использует местоимений, особенно «Я», речь ребенка аграмматична, много неологизмов, слова употребляются в личном, субъективном значении (полисемантизм), в речи присутствуют эхоталии, речь разорвана, звучат лишь отдельные хаотично перемешанные звуки или слоги

- нарушения когнитивных функций, снижение обучаемости: ребенок не осваивает вовремя еду ложкой, питье из кружки, не умеет одеваться, либо одевается медленно, путает право и лево, лицо и изнанку; ребенок избегает гигиенических процедур, особенно, если мыть, стричь приходится волосы на голове, ребенок умеет читать, но не понимает прочитанное, ребенок приобретает навык, но вскоре его утрачивает, почерк при письме крупный и неровный, не может понять числа, не понимает смысла сложения и вычитания, понятий «больше-меньше»

- нарушения эмоций: ребенок не идет на контакт, не смотрит в глаза, не показывает пальцем, не отличает чужих и своих, категорически не принимает маму, папу, не взаимодействует со сверстниками, подолгу грустит, плаксив, раздражителен, угрюм, отказывается от общения, залеживается в постели или не может уснуть, не ест, избирателен в еде, склонен к обжорству, высказывает мысли о своей неполноценности, уродливости (в частности, полноте), о нежелании жить, или, напротив, возбужден, одержим какой-либо идеей или занятием, чрезмерно подвижен, нелепо смеется, гримасничает, принимает причудливые позы

- нарушения моторики, необычное поведение: неуклюж, движения угловатые, принимает причудливые позы, застывает на месте, повторяет одни и те же движения, бежит по кругу, прячется, особенно, если накрывает предметами и руками голову, обнюхивает и облизывает предметы, пытается есть несъедобное

Отчетливо в пользу болезни свидетельствует поведение, являющееся следствием галлюцинаций, бреда, депрессии и т.д., например, прислушивание, зажимание ушей или глаз руками, зажимание носа, отказ от определенной пищи (запах), самостоятельное приготовление пищи (бред отравления), прежде несвойственная скрытность, разговоры и игры с отсутствующими персонажами, избегание определенной одежды, ритуалы, застывший взгляд и своеобразная мимика... явлений психопатологии очень много, мы обязательно что-то забудем здесь рассказать. Задача внимательных и ответственных

родителей – просто обращать внимание на поведение своих детей, и если оно необъяснимо меняется, немедленно обращаться к врачу.