

Я.Б. Бикшаева

ШИЗОФРЕНИЯ, МАНИФЕСТИРУЮЩАЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
iana_bikshaeva@bigmir.net

Ключевые слова:

шизофрения, манифестирующая в детском возрасте, медико-социальная реабилитация, терапевтические стратегии, психофармакотерапия, атипичные антипсихотики.

МКБ-10 и DSM-IV не выделяет детскую шизофрению как отдельную диагностическую категорию, а для диагностики шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, предлагают применять те же диагностические критерии, что и для взрослых. В данной статье мы определили особенности диагностики, психофармакологического лечения и медико-социальной реабилитации шизофрении в детско-подростковом возрасте, коррелирующие с этапами течения этого заболевания, рассматриваемые нами как результаты достижения последовательных терапевтических целей и отвечающие формализованным критериям редукции симптомов заболевания и восстановления социального функционирования.

В Европе распространенность шизофрении, манифестирующей в детском возрасте (до 14 лет) колеблется от 0,1 до 1%, а у подростков – возрастает до 4%. По данным официальной статистики Минздрава Украины, заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, манифестирующими в возрасте до 14 лет, составляет 0,9, а распространенность – 4,7 на 100 000 детского населения. У подростков от 15 до 18 лет заболеваемость составляет 10,8, а распространенность – 40,5 на 100 000 населения.

У детей в возрасте до 3 лет психотические состояния представлены преимущественно расстройствами общего развития (расстройствами из спектра аутизма). Их распространенность составляет около 1% детской популяции. У детей дошкольного возраста иногда встречаются транзиторные зрительные и слуховые психопатологические феномены. Они возникают под влиянием интоксикации или стресса, не влияют на поведение детей, и большинством педиатров расцениваются как неврологические перцепторные нарушения, а не психотические симптомы.

Диагностические критерии МКБ-10 (World Health Organization, 1992) [1] и DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) [6] практически исключают возможность диагностики шизофрении у детей дошкольного возраста. МКБ-10 и DSM-IV не выделяет детскую шизофрению как отдельную диагностическую категорию, а для диагностики шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, предлагают использовать диагностические критерии для взрослых.

В данной статье нами определены особенности диагностики, психофармакологического лечения и медико-социальной реабилитации шизофрении в детско-подростковом возрасте, коррелирующие с этапами течения

этого заболевания, которые рассматриваются нами как результаты достижения последовательных терапевтических целей и отвечают формализованным критериям редукции симптомов заболевания и восстановления социального функционирования.

Особенности диагностики шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

Диагностический процесс при шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, имеет ряд взаимосвязанных целей: раннюю диагностику психотических симптомов, формирование групп «специфического риска и целенаправленной профилактики», окончательную диагностику расстройства согласно диагностическим критериям МКБ-10, оценку тяжести имеющейся позитивной и негативной симптоматики, определение уровня когнитивного функционирования и нарушений социальной адаптации, диагностику коморбидных психических расстройств и соматической органной патологии, изучение ситуации в контексте семьи и социальной среды с установлением внутренних и внешних факторов, влияющих на терапию [3, 4].

Другой, очень важной целью диагностического процесса является установление терапевтического взаимодействия с семьей и ребенком, установления партнерских отношений, достижение общего видения проблем, целей и формирование соответствующего плана действий [1, 2].

Ранее были попытки диагностировать детскую шизофрению как отдельное заболевание, отличное от шизофрении у взрослых. Однако на сегодняшний день доказано, что на базе критериев МКБ-10, используемых для диагностики шизофрении у взрослых, возможно с высокой степенью надежности диагностировать шизофрению и у детей.

Каждый ребенок с подозрением на шизофрению должен быть обследован детским психиатром. Психиатрическое обследование должно включать интервью с ребенком и обоими родителями. Нужно изучить анамнез жизни и болезни ребенка. В семейной истории нужно уточнить наличие случаев психических заболеваний, суицида, влияние экологических факторов, действие которых ассоциированы с повышением риска заболевания шизофренией. При исследовании истории жизни ребенка нужно выяснить особенности его развития, личностные особенности, наличие защитных факторов и факторов, повышающих риск эскалации психоза.

Психиатрическое обследование должно также включать тщательный сбор анамнеза заболевания, что в дальнейшем позволит определить возможный стереотип его течения. Должны быть проанализированы эпикризы и консультативные заключения других медицинских учреждений, характеристики учебных заведений, результаты интервью с родителями ребенка и непосредственно с ним самим.

При сборе анамнеза заболевания нужно установить возникновение первых психотических симптомов, изменений в поведении, появление проблем в школе и в отношениях с родителями. Отдельно нужно выяснить наличие и время возникновения у ребенка вторичной симптоматики: симптомов или осложнений, которые возникли в результате лечения антипсихотиками, действия фрустрирующих факторов, употребление психоактивных веществ, длительность течения психотических симптомов, выявить копинг-стратегии пациента, в частности, что именно помогает ему облегчить симптоматику, выявить факты употребления наркотических веществ или алкоголя с целью облегчения состояния, вызванного психотическими переживаниями. Обязательным является непосредственное психиатрическое обследование ребенка и оценка имеющихся у него психопатологических симптомов. Особое внимание должно быть уделено оценке расстройств ощущения и восприятия, нарушениям мышления, аффективным расстройствам. При оценке психического состояния ребенка важным является установление фазы его развития, реакции на психоз, стиля психологических защит, вытекающих из структуры его личности.

При необходимости возможно проведение экспериментально-психологического исследования и определение уровня интеллекта или ментального возраста ребенка, что позволяет правильно интерпретировать отдельные симптомы. В частности, иногда сложно провести границу между такими психическими симптомами, как бред и фантазии, вызванные игрой воображения и характерные для многих маленьких детей. Необходимо также учитывать тот факт, что в отличие от взрослых, маленькие дети, или дети с низким ментальным возрастом могут не чувствовать дискомфорта и не демонстрировать дезорганизующего влияния психотических симптомов. Они могут быть неспособными отличать их от нормальных для себя переживаний. Важным может также быть оценивание ухудшения когнитивного функционирования, вызванного заболеванием, или учета уровня познавательных функций для определения потенциала социальной реабилитации больного шизофренией ребенка.

При физическом обследовании ребенка следует исключить соматические причины психотических симптомов. Прежде всего, должны быть исключены возможные органические причины расстройств психики и поведения, среди которых состояния, связанные с острой интоксикацией, употреблением психоактивных и наркотических веществ, инфекционными и нейроинфекционными заболеваниями, опухолями головного мозга, нарушениями обмена веществ, эпилепсией.

Лабораторные методы исследования, электроэнцефалография, методы нейровизуализации (компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)) не имеют самостоятельного значения для диагностики шизофрении, однако могут использоваться при проведении дифференциальной диагностики. Некоторые лабораторные тестирования, такие как оценка почечного или печеночного функционирования могут применяться для мониторинга безопасности психотропного лечения [7, 11, 12].

Диагноз выставляется в рамках одной из стандартизированных международных классификаций – МКБ–10 или DSM–IV. Диагностика шизофрении в детском возрасте является исключительной компетенцией врача – детского психиатра. Для постановки окончательного диагноза достаточным является использование общепризнанных диагностических критериев международных психиатрических классификаций [6, 13].

В сложных для дифференциальной диагностики случаях, в частности при наличии коморбидных психических расстройств, для определения тяжести заболевания, эффективности и безопасности оказания помощи возникает потребность в проведении формализованного психиатрического обследования ребенка с использованием стандартизированных скрининговых инструментов. Такое исследование целесообразно проводить на этапе высокоспециализированной психиатрической помощи.

Для окончательной диагностики шизофрении, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами могут использоваться полуструктурированные интервью: K-SADS (Diagnostic Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime) и DAWBA (Development and Well-being Assessment). Для оценки тяжести симптомов шизофрении у подростков и клинической динамики в процессе психофармакотерапии используются шкала позитивных и негативных симптомов PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) и шкала общего клинического впечатления CGISS (Clinical Global Impression-Severity Scale). Для оценки уровня когнитивного функционирования может применяться шкала K-BIT2 (Kaufman Brief Intelligence Test Second Edition). Для оценки расстройств адаптивного поведения рекомендована шкала Vineland, социальной адаптивности ребенка – SRS (Social Responsiveness Scale).

Особенности терапевтических стратегий шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

Полиморфизм клинических проявлений и их биологическая гетерогенность требуют комплексного применения фармакологических, психологических методов лечения и специальных форм социальной помощи.

Врач – детский психиатр, который оказывает специализированную психиатрическую помощь ребенку с шизофренией, должен учитывать возраст ребенка, стадию развития заболевания, тяжесть и механизмы нарушений адаптивного поведения, наличие особых академических образовательных проблем, ситуацию в семье [3, 4].

Отдельными задачами психологической терапии являются: формирование приверженности к терапии и соблюдению терапевтического режима, устранение конфликтов в группе первичной поддержки, направленное на предотвращение эндорективных декомпенсаций и поддержку ремиссии (стресс-менеджмент), а также улучшение социального функционирования [1, 2].

При ранней (до 12 лет) манифестации существенное значение имеют нарушения познавательных функций, школьная и социальная дезадаптации. В таких случаях важными являются привлечение к оказанию психосоциальной помощи и специальные образовательные услуги школы. При планировании стратегии лечения целесообразно максимально, насколько это возможно, ограничить пребывание ребенка в психиатрической больнице, обеспечить его лечение преимущественно в амбулаторных условиях. В терапевтической стратегии должно найти отражение решение общемедицинских проблем ребенка. Нужно устранить препятствия, ограничивающие доступ такого ребенка к медицинской помощи, обеспечить проведение мониторинга метаболических побочных эффектов, связанных с применением антипсихотиков, введение (в случае необходимости) диеты.

Шизофрения, манифестирующая в пубертатном возрасте, может негативно повлиять на профессиональное становление, социальную инклюзию, репродуктивное здоровье и построение семейных отношений с лицами противоположного пола. Такие пациенты должны получать дополнительную специальную помощь в этих сферах.

Частью диагностического процесса при шизофрении в детском возрасте является определение стадии заболевания. Традиционно выделяют продромальную стадию, стадию манифестации (острую шизофрению), ремиссию, стадию хронического течения (хроническую шизофрению).

При разработке требований к программно-целевому обслуживанию шизофрении в детско-подростковом возрасте целесообразно выделить этапы течения заболевания, как иерархию состояний, которые могут рассматриваться как результаты достижения последовательных терапевтических целей и отвечают формализованным критериям редукции симптомов заболевания и восстановления социального функционирования.

Такой подход позволяет нам выделить этап продромальных расстройств, этап экзacerbации (манифестации), этап ответа на терапию и редукции симптомов заболевания, этап созревания, этап восстановления социального функционирования.

Продромальный этап. В большинстве случаев удается отследить определенный период ухудшения функционирования, который может включать соци-

альную изоляцию, эмоциональное отчуждение от родителей, своеобразные странные занятия, необычное поведение, метафизические интересы и ухудшение проблемно-решаемого поведения. Для подростков характерна определенная диссоциация между неопределенностью, аморфностью симптоматики и тяжестью нарушений социального функционирования. Нередко наблюдается не свойственное ранее избегание общения, преобладание виртуальной коммуникации над реальной, с «жизнью в интернете», своеобразная «астеническая несостоятельность», «ипохондриа здоровья». На продромальном этапе шизофрении у подростков также характерны проблемы, связанные с концентрацией внимания, нарушениями сна, академическими трудностями в школе; могут наблюдаться симптомы, которые ошибочно квалифицируются как проявления депрессивного и тревожно-фобического расстройств. Постановка диагноза шизофрении на продромальном этапе невозможна, целью диагностического процесса является формирование групп специфического риска и проведения специфической профилактики.

Этап экзacerbации (манифестации). Острая шизофрения. Это этап, на котором в клинической картине преобладают позитивные психотические симптомы: галлюцинации, бредовые идеи, расстройства формального мышления, странное психотическое поведение. Психотические симптомы имеют свои клинические особенности у детей разного возраста. Наиболее специфические слуховые галлюцинации. Они встречаются у 80% больных в возрасте до 14 лет. У 40–60% детей наблюдаются также зрительные галлюцинации, бред и расстройства мышления. У детей до 7 лет расстройства восприятия и нарушения мышления нередко сочетаются с тяжелой дезорганизацией поведения, двигательной расторможенностью, тяжелой задержкой психо-речевого развития, что затрудняет дифференциальную диагностику с расстройствами из спектра аутизма.

Детская шизофрения от детского аутизма отличается рядом факторов: а) более поздней манифестацией; б) меньшей тяжестью когнитивной недостаточности; в) меньшей тяжестью социальной дезадаптации; г) отсутствием тяжелых нарушений развития речи; д) появлением продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинаций и бреда); е) наличием периодов ремиссий и рецидивов.

Задачами терапии на этом этапе является нормализация поведения, обеспечение контроля над продуктивной симптоматикой, формирование критики и установки на лечение.

Этап ответа на терапию и редукции симптомов заболевания. На этом этапе наблюдается терапевтический эффект от антипсихотической терапии, а именно 50% снижение показателя психопатологической симптоматики по шкале PANNS.

Задачами терапии на этом этапе является мониторинг и коррекция побочных эффектов антипсихотической терапии, достижение ремиссии, создание условий для перехода от лечения и медико-социальной реабилитации, как формы высокоспециализированной детской психиатрической помощи на третичном уровне, к лече-

нию, реабилитации и социальной поддержке ребенка в амбулаторных условиях на вторичном уровне медицинской помощи.

Этап созревания ремиссии. Это этап, на котором в клинической картине наблюдаются резидуальные позитивные и негативные симптомы шизофрении, симптомы, связанные с побочными эффектами антипсихотических препаратов, аффективные и тревожно-фобические симптомокомплексы.

Задачами терапии на этом этапе является достижение стабильной ремиссии, при которой резидуальные симптомы шизофрении значительно не влияют на социальное функционирование и поведение, устранение триггерных факторов, которые могут быть причиной рецидива, формирование установки на длительную поддерживающую терапию и восстановление социального функционирования.

Этап восстановления социального функционирования. У детей, страдающих шизофренией, часто наблюдаются депрессивные, маниакальные, тревожно-фобические и поведенческие психопатологические симптомы. Эти симптомы могут определять клиническую картину ремиссии и ее стабильность. Сложно квалифицировать эти симптомы: они могут быть проявлениями коморбидных психических заболеваний (рекуррентной депрессии, биполярного расстройства), эндореактивных средовых воздействий, могут быть обусловлены ходом эндогенного процесса. Наличие резидуальных психических расстройств связывают с повышенным риском рецидива шизофрении.

Задачами терапии, которая должна проводиться на первичном уровне медицинской помощи, является соблюдение режима поддерживающей терапии, на втором уровне терапии – профилактика рецидивов (гибкая коррекция лечения при сезонных обострениях, алкоголизации, действии стрессовых факторов. Задачами социальной поддержки на уровне общины является достижение стабильного функционирования в социальном окружении (социальная поддержка при восстановлении посещения учебного заведения, профессиональном обучении, решении проблем, связанных с группой первичной поддержки).

Этап хронических расстройств. Хроническая шизофрения. Формирование хронического течения шизофрении свидетельствует, что ребенок является нон-респондером к терапии атипичными антипсихотиками. Поздние диагностика и начало антипсихотической терапии повышают риск хронического течения шизофрении. При хронической шизофрении наблюдаются дезактуализация и частичная редукция позитивных психопатологических симптомов, однако сохраняются социальная изоляция, апатия и абulia. Негативные симптомы обуславливают низкий уровень социального функционирования ребенка. Если шизофрения манифестирует в возрасте до 14 лет, она часто сопровождается формированием тяжелых форм когнитивной недостаточности, что соответствует уровню умеренной или тяжелой умственной отсталости.

Задачами терапии на этапе хронических расстройств должны быть стабилизация поведения, достижения частичной редукции негативной симптоматики,

восстановление социальных навыков и когнитивного функционирования.

Особенности психофармакологического лечения шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

Последствия шизофрении считаются более серьезными, чем побочные эффекты от ее лечения. Терапия антипсихотиками не имеет альтернативы при лечении шизофрении. Их эффективность доказана в многочисленных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях. Антипсихотические препараты могут значительно улучшать состояние больных. Ранняя диагностика и начало лечения существенно улучшают прогноз заболевания [8, 10].

Нейробиологической основой клинической эффективности нейролептиков у больных шизофренией является уменьшение плотности дофаминовых рецепторов в мезолимбических структурах головного мозга, в результате чего достигается устранение бредовых идей, галлюцинаций и агрессивного поведения.

Атипичные нейролептики улучшают нейротрансмиссию дофамина в лобных отделах мозга, с чем связана редукция негативных симптомов шизофрении. Эта группа препаратов не имеет альтернативы при лечении детской шизофрении. В ряде контролируемых исследований доказано, что антипсихотики второго поколения не менее эффективны при лечении шизофрении у детей, чем конвенционные нейролептики, однако они характеризуются меньшим риском побочных эффектов, в том числе влиянием на познавательные функции [5, 9].

Применение антипсихотиков у детей и подростков должно опираться на принципы доказательной медицины. Основанием для применения антипсихотиков у детей являются доказательства их эффективности и безопасности в рамках проведенных международных плацебо-контролируемых исследований. Данные, полученные у взрослых пациентов, не должны экстраполироваться на детскую популяцию. Директивы FDA (администрация по продуктам питания и лекарственным препаратам США) и EMEA (европейское агентство лекарственных средств) в полном объеме соответствуют этим требованиям. Показания для применения в Украине любого из регистрируемых для детской практики атипичных антипсихотиков базируются на результатах тех же международных контролируемых исследований и нормативных документов FDA и EMEA и не имеют с ними принципиальных разногласий.

Собственный клинический опыт авторов статьи позволяет рекомендовать для лечения шизофрении в детско-подростковом возрасте исключительно атипичные антипсихотические препараты.

В течение пяти последних лет FDA существенно расширила список рекомендованных для использования у детей атипичных антипсихотиков, ввела новые показания, одобрил ряд препаратов для использования с пятилетнего возраста. Аналогичные изменения применения антипсихотиков в педиатрической практике утверждены EMEA.

Рisperидон рекомендован для лечения агрессивных нарушений при расстройствах из спектра аутизма

с 6 лет, шизофрении у подростков – с 13 лет, а также для лечения маниакальных или смешанных эпизодов биполярного расстройства у подростков с 10 лет был добавлен арипипразол с идентичными показаниями к применению. Позже для лечения шизофрении у детей с 13 лет и маниакальных/смешанных эпизодов биполярного расстройства у подростков с 10 лет были рекомендованы кветиапин, оланзапин, zipразидон. В Украине единственным атипичным антипсихотиком, рекомендованным Фармцентром Украины для применения в педиатрической практике, является рисперидон. Показания для его применения аналогичные показаниям, зарегистрированным в США и Европе.

Для обеспечения эффективности и безопасности антипсихотической терапии в детской психиатрической практике прежде всего следует повысить требования к качеству диагностики. Необходимо убедиться, что ребенку обоснованно, в строгом соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, установлен психиатрический диагноз, который требует лечения антипсихотиками.

При отсутствии терапевтического ответа на терапию антипсихотиками прежде всего необходимо убедиться, что ребенок и семья верно понимают и неуклонно выполняют режим дозирования препарата. Родители без согласования с врачом не могут менять кратность приема, уменьшать или увеличивать дозу, нарушать режим приема. В случаях некомплаентности следует применять диспергируемые таблетки или растворы для питья. Прием антипсихотиков при шизофрении в детском возрасте должен быть длительным и непрерывным. Некоторые детские психиатры рекомендуют принимать антипсихотические препараты в течение определенных периодов времени, особенно если заболевание имеет сезонный характер с очерченными обострениями в весенне-осенний период. Однако такая практика нецелесообразна, так как довольно часто даже своевременно начатое лечение не позволяет остановить развитие рецидива. Такая тактика особенно неприемлема у больных с небольшим стажем заболевания.

Необходимо, по возможности, избегать комбинированного лечения (одновременного назначения двух или более нейролептиков). Дозы антипсихотиков, при назначении их детям, должны подбираться индивидуально, путем постепенного наращивания (титрования) до минимально эффективных доз. Отмена препаратов также должна проводиться очень медленно.

В детском возрасте рекомендуется частая кратность приема антипсихотиков: от 6 до 10 лет суточную дозу рекомендуется распределять на три приема; от 11 до 14 лет – на два приема. Такой режим дозирования позволяет снизить пиковые концентрации и связанные с ними побочные эффекты, а также обеспечивает поддержание стабильной концентрации препаратов в сыворотке крови маленьких детей, имеющих более быстрый печеночный метаболизм.

Прием атипичных антипсихотиков может привести к повышению аппетита и метаболическим нарушениям. Необходимо контролировать количество пищи, которую принимает ребенок, и ее калорийность. При соблюдении диетических рекомендаций удастся существенно снизить риск развития метаболического синдрома.

Обострение шизофренической симптоматики сопровождается усилением влечения к курению. Курение улучшает переносимость экстрапирамидных побочных эффектов, но может снизить антипсихотическую активность клозапина и оланзапина.

Эффективность zipразидона в значительной степени зависит от калорийности питания. Абсорбция препарата зависит от приема пищи. Если калорийность пищи меньше 500 калорий, то концентрация препарата в сыворотке крови может быть на 50% ниже.

Также приходится учитывать взаимодействие атипичных антипсихотиков с алкоголем. Очевидно, что подросткам, страдающим шизофренией, следует воздерживаться от приема алкоголя. Другой вопрос, как обеспечить выполнение этого требования. Трудно быть уверенным, что подростки, интегрированные в коллектив сверстников, смогут соблюдать режим абсолютного воздержания от приема спиртосодержащих напитков. Приверженность к терапии является непременным условием ее эффективности. При назначении атипичных антипсихотиков детям мы всегда ищем баланс между ухудшением социального функционирования в случае отказа от лечения и соматическими последствиями терапии. Мы должны научить родителей мониторить побочные эффекты и проводить мероприятия, направленные на улучшение переносимости лечения.

Принципы медико-социальной реабилитации шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

При лечении шизофрении у детей и подростков важное значение имеют методы психологического лечения и разнообразные формы социальной поддержки ребенка и его семьи. Они создают континуум тесно связанных между собой психосоциальных вмешательств, который в украинской медицинской практике принято называть медико-социальной реабилитацией.

Среди психосоциальных вмешательств, которые рекомендованы для реабилитации детей и подростков, больных шизофренией, различают: а) социальное сопровождение случаев заболевания; б) психообразовательная работа с ребенком и членами его семьи; в) тренинг социальных навыков; г) комплаенс терапия (тренинг соблюдения терапевтического режима); д) стресс-менеджмент, диалогово-согласительный тренинг с применением копинг-техник. Специальные психологические методы лечения могут быть применены с целью улучшения социального функционирования, соблюдения терапевтического режима или улучшения контроля над резидуальными симптомами [4].

На этапе манифестных психотических расстройств психообразовательная работа с подростком и группой его первичной поддержки должна быть направлена на преодоление экзистенциального страха и растерянности, признание симптомов заболевания и необходимости лечения, в частности приема антипсихотических препаратов, принятие психического заболевания. Целью социальной поддержки на этом этапе заболевания является продолжение лечения в амбулаторных условиях и создание условий для избегания госпитализаций.

На етапі поступової редукції психотических расстройств и созреваия ремиссии психообразовательная работа должна быть направлена на понимание связи положительной динамики симптомов шизофрении с антипсихотической терапией, формированием установки на восстановление социального функционирования. Целью социальной поддержки на этом этапе заболевания является сокращение продолжительности пребывания ребенка в стационарном психиатрическом учреждении. Медико-социальная реабилитация также должна включать проведение тренингов социальных навыков, комплаенс терапии и диалогово-согласовательных тренингов.

На этапе ремиссии, после выписки ребенка из стационара, психообразовательная работа и специальные психологические методы лечения должны быть направлены на принятие подростком и его родителями наличия болезни, признание необходимости длительной поддерживающей терапии антипсихотическими препаратами. Для приобретения навыков жизни с резидуальными продуктивными психотическими симптомами, социальная поддержка подростков на этом этапе заболевания должна опираться на широкое использование опыта больных с похожими проблемами. Психосоциальные вмешательства должны включать проведение тренингов социальных навыков, комплаенс-терапии, диалогово-согласовательных тренингов.

Выводы

1. Психиатрическая помощь детям и подросткам, больным шизофренией, должна предоставляться в максимально дестигматизованных и, как правило, в амбулаторных условиях. Пребывание ребенка в стационарных психиатрических отделениях должно быть кратковременным и хорошо мотивированным.

2. Программа раннего вмешательства при шизофрении, манифестирующей в детско-подростковом возрасте, должна включать: психообразовательную работу на макросоциальном уровне, семейную терапию с использованием методов стресс-менеджмента и тренинга социальных навыков.

3. Ранняя психосоциальная помощь в сочетании с длительной терапией атипичными антипсихотиками при коррекции когнитивных нарушений и расстройств адаптивно-

го поведения у больных шизофренией детей и подростков эффективнее, чем монотерапия атипичными антипсихотиками, и значительно эффективнее, чем лечение конвенционными нейролептиками в стационарных условиях.

4. При применении терапии атипичными антипсихотиками в сочетании с психосоциальными интервенциями показатели качества жизни и социального функционирования детей с шизофренией выше.

5. Ребенок и его родители должны быть непосредственными участниками терапевтического процесса, участвовать в мониторинге побочных эффектов, проведении мероприятий, направленных на минимизацию побочных эффектов и улучшение переносимости лечения.

Список использованной литературы

1. Ентони В. Психиатрична реабілітація / В. Ентони, М. Коен, М. Фаркас. – К.: Сфера, 2001. – 237 с.
2. Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 410 с.
3. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Х. Ремшмидт. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 340 с.
4. Шизофрения. Изучение спектра психозов / под ред. Р. Дж. Энсилла, С. Холлидея, Дж. Хугенботтэма. – М.: Медицина, 2001. – 120 с.
5. A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of oral aripiprazole for treatment of adolescents with schizophrenia / R. L. Findling, A. Robb, M. Nyilas [et al.]. // *Am. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 1432 – 1441.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. DC: American Psychiatric Association. – Washington, 1994.
7. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study / J. N. Giedd, J. Blumenthal, N. O. Jeffries [et al.]. // *Nature Neuroscience*. – 1999. – Vol. 2 (10). – P. 861–863.
8. Correll C. U. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes / C. U. Correll // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 47. – P. 9–20.
9. Correll C. U. One-year incidence rates of tardive dyskinesia in children and adolescents treated with second-generation antipsychotics: a systematic review / C. U. Correll, J. M. Kane // *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* – 2007. – Vol. 17. – P. 647–656.
10. Malm U. OTP Research group at the University of Gottenburg; UKU; Scandinavian Society for Psychopharmacology. Consumer satisfaction in schizophrenia. A 2 year randomized controlled study of two community-based treatment programs / U. Malm, T. Lewander // *Nord. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 55 (Suppl. 44). – P. 91–96.
11. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia / P. Thompson, C. Vidal, J. N. Giedd [et al.]. // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2001. – Vol. 98 (20). – P. 11650–11655.
12. Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study / J. L. Rapoport, J. N. Giedd, J. Blumenthal [et al.]. // *Archives of General Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56 (7). – P. 649–654.
13. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). – Geneva, WHO. – 1992. – 376 p.

ШИЗОФРЕНІЯ, ЩО МАНІФЕСТУЄ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ

Я.Б. Бікшаєва

МКХ-10 та DSM-IV не виділяє дитячу шизофренію як окрему діагностичну категорію, а для діагностики шизофренії, яка маніфестує у дитячому віці, пропонують застосовувати ті ж діагностичні критерії, що й для дорослих. У даній статті ми визначили особливості діагностики, психофармакологічного лікування та медико-соціальної реабілітації шизофренії в дитячо-підлітковому віці, що корелюють з етапами перебігу цього захворювання, які розглядаються нами як результати досягнення послідовних терапевтичних цілей і відповідають формалізованим критеріям редукції симптомів захворювання і відновлення соціального функціонування.

Ключові слова: шизофренія, яка маніфестує у дитячому віці, медико-соціальна реабілітація, терапевтичні стратегії, психофармакотерапія, атипів антипсихотики.

SCHIZOPHRENIA MANIFESTS IN CHILDHOOD: PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC STRATEGIES

Y. Bikshaieva

ICD-10 and DSM-IV does not release the children's schizophrenia as a separate diagnostic category, and for the diagnosis of schizophrenia manifests in childhood, suggest the use of the diagnostic criteria for adults. In this article we have identified particular diagnosis, psychopharmacological treatment and medical and social rehabilitation of schizophrenia in children and adolescence, which correlate with the steps the flow of the disease, which are considered by us as to achieve results consistent therapeutic purposes and meet the formal criteria of reduction of symptoms and restore social functioning.

Key words: schizophrenia, manifesting in childhood, medical and social rehabilitation, therapeutic strategies, psychopharmacotherapy, atypical antipsychotics.