

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
Институт детской психиатрии**

А.В. Горюнов, Т.Е. Блинова, Н.И. Голубева, О.В. Шушпанова

Технология диагностики

**ШИЗОФРЕНИЯ С НАЧАЛОМ В РАННЕМ ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ**

Методические рекомендации

**Москва
ФГБНУ РНЦПЗ
2026**

УДК 616,89; 615,832; 615,851
ББК 56.14

Авторы:

А.В. Горюнов - д.м.н., главный научный сотрудник, заведующий отделом психиатрии детского возраста ФГБНУ РНЦПЗ

Т.Е. Блинова. - научный сотрудник отдела психиатрии детского возраста

Н.И. Голубева - к.м.н., старший научный сотрудник отдела психиатрии детского возраста ФГБНУ РНЦПЗ

О.В. Шушпанова - к.м.н., научный сотрудник отдела психиатрии детского возраста ФГБНУ РНЦПЗ

Шизофрения с началом в раннем детском возрасте: методические рекомендации/ А.В. Горюнов, Т.Е. Блинова, Н.И. Голубева, О.В. Шушпанова: ФГБНУ РНЦПЗ. – 2026. – 27 с.

В методических рекомендациях описана технология диагностики шизофрении с началом в раннем детском возрасте, представлены возрастнo-специфические особенности заболевания, отражены факторы, определяющие клиническую картину, динамику и прогноз заболевания, а также обосновано целесообразность применения нейрo-иммунологических способов определения тяжести состояния и вариантов течения шизофрении с началом в раннем детском возрасте.

Проведен расчет интегрального показателя и частных критериев эффективности психосоциальных и психотерапевтических вмешательств с учетом гендерного фактора для пациентов с шизофренией.

Методические рекомендации предназначены для специалистов учреждений, оказывающих психиатрическую и социальную помощь, а также специалистов некоммерческих организаций, работающих в области психического здоровья.

*Технология утверждена Ученым советом ФГБНУ РНЦПЗ
(протокол № 8 от 22 октября 2025)*

ISBN 978-5-6051426-5-2



© ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», 2026

© Коллектив авторов, 2026

Введение

Данные методические рекомендации созданы с учетом актуальности проблемы и высокой распространенности эндогенных расстройств в детском возрасте. В настоящее время, шизофрения, в том числе в раннем детском возрасте, определяется как генетически детерминированное заболевание, связанное с нарушением развития нервной системы с возможным влиянием таких экзогенных факторов как перинатальные воздействия (асфиксия, нарушение питания, инфекции), акушерские осложнения, а также воздействие психоактивных веществ. Шизофрения характеризуется наличием позитивных симптомов (галлюцинации, бред и дезорганизованная речь), негативных симптомов (притупленный аффект, абулия, апатия) и когнитивных нарушений [1-6].

Согласно международной классификации МКБ-10, детская шизофрения определяется как особая форма заболевания, возникающая в раннем детском возрасте и отличающаяся многообразием клинических проявлений, включая случаи с выраженным снижением интеллекта. Согласно отечественным представлениям, детская шизофрения – это вариант прогрессивного психического расстройства, характеризующийся дисгармоничностью и утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящее к грубому нарушению психического развития, формированию типичного когнитивного дефекта. Детская шизофрения развивается на фоне патологического формирования мозговых структур, дизонтогенетического развития физиологических и психических функций ребенка, что определяет возрастную динамику симптоматики, структуру дефекта [7]. Детская шизофрения объединяет случаи заболевания, манифестирующие на любом этапе детского возраста, начиная с самого раннего, в зависимости от чего, имеющие феноменологические отличия [8]. Начало шизофрении возможно практически в любом возрасте, в том числе и в очень раннем (до 3 лет) [9-11].

Современная нейробиология рассматривает шизофрению с началом в раннем детском возрасте, как комплексное наследственное заболевание, связанное с нарушением дофаминовой регуляции и аномальным развитием определенных участков головного мозга, отвечающих за когнитивные и речевые функции. Лечебный подход предполагает сочетание, как медикаментозных, так и немедикаментозных методов. Хотя этиотропная терапия данного заболевания отсутствует, применение психофармакологических препаратов необходимо для коррекции различных симптомов - кататонических, поведенческих, эмоциональных нарушений, а также галлюцинаторно-бредовых расстройств, препятствующих нормальному развитию ребенка. Данные рекомендации могут быть полезными и использоваться специалистами различного профиля,

работающих с детьми с психическими расстройствами: врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников.

Шизофрения, начавшаяся в раннем детском возрасте, представляет собой тяжелую форму психотического расстройства, имеет преимущественно хронический характер и худший исход, чем тоже заболевание с началом в более старшем возрасте [1, 2, 12-14]. В зарубежной психиатрии к шизофрении в детском возрасте относят случаи заболевания с началом до 18 лет, которые диагностируются по общим критериям с шизофренией у взрослых и подразделяются на шизофрению с ранним началом (early onset schizophrenia - EOS) от 13 до 17 лет и с очень ранним началом (very early onset schizophrenia VEOS) - до 12 лет. При этом констатируется, что раннее начало заболевания отмечается редко, а начало до 12 лет крайне редкое явление, но ни в одном из руководств не поясняется, с какого возраста до 12 лет допускается возможность начала шизофрении, хотя в современной зарубежной литературе имеются единичные описания клинических случаев шизофрении у детей 6-7 лет [15,16]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о стабильной распространенности заболевания в детской популяции, с тенденцией к нарастанию, что обуславливает необходимость своевременной диагностики данного расстройства. В РФ за последние десятилетия отмечается заметное увеличение в целом показателей распространенности психотических расстройств, включая шизофрению. У детей (0-14 лет) показатель общей заболеваемости психозами и состояниями слабоумия увеличился на 73,0%, шизофренией на 6,5%, шизотипическими расстройствами на 332,7%, шизоаффективными и аффективными психозами на 59,75%, хроническими неорганическими детскими психозами на 1438,1% (с 7,6 до 117,68 на 100 тыс. детского населения) [17]. Существенным аспектом патогенеза является раннее развитие когнитивного дефицита с формированием олигофреноподобного дефекта.

В современных классификациях (DSM-5, ICD-11) подчеркивается, что основные характеристики шизофрении одинаковы во всех возрастах, но в детстве, ее труднее диагностировать, так как симптомы шизофрении, например дезорганизованная речь и поведение, встречаются при многих психических расстройствах, начинающихся в детстве (например, расстройствах аутистического спектра, обсессивно-компульсивном расстройстве и синдроме дефицита внимания с гиперактивностью). В отечественной психиатрии в настоящее время диагностика психических заболеваний основывается на критериях МКБ-10 (1989), в которую в процессе адаптации для использования в практическом здравоохранении Российской Федерации был введен специальный раздел - «шизофрения, детский тип» (F 20.8xx3), в рубрике «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20 - F29). К детской шизофрении были отнесены случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, начиная с самого раннего, не относящейся к другим выделенными типами шизофрении и характеризующейся специфическим возрастным своеобразием и

полиморфизмом клинической картины, в том числе с формированием дефекта олигофреноподобного типа [8,18].

Изучение начального периода течения болезни при шизофрении у детей, своевременная диагностика сохраняют свою актуальность до настоящего времени и являются предметом обсуждения между различными научными школами. Под начальным этапом заболевания традиционно понимается доманифестный период, включая продромальный этап, манифест заболевания и ранний постманифестный период (первая ремиссия). До сих пор не решен вопрос, возможна ли дифференцировка данных состояний, учитывая скудность клинической картины, бурный рост и формирование нейронных связей у ребенка, широкий возрастной охват групп исследований, трудности с оценкой психометрическими шкалами. Также неясно, что считать негативными нарушениями в раннем детском возрасте, каковы самые ранние сроки их формирования; а также каковы критерии когнитивных нарушений в форме когнитивного дизонтогенеза, когнитивного дефицита, когнитивного дефекта в рамках шизофренического процесса у детей дошкольного и раннего школьного возраста. Кроме того, остается открытым вопрос о привлечении биологических маркеров с целью ранней дополнительной диагностики.

В отечественной психиатрии на протяжении всего XX века и до настоящего времени аутизм считался симптомом рано начавшейся шизофрении [18-23]. Очень важными для развития учения о детской шизофрении были работы Т.П. Симпсон, в которых на значительном клиническом материале была подробно описана шизофрения в возрасте до 3-5 лет, в том числе ее злокачественная форма, характеризующаяся стремительным началом в самом раннем возрасте, нарастанием кататонического возбуждения с последующим распадом речи и формированием олигофреноподобного дефекта [19,20].

В настоящее время ведущими отечественными специалистами в области детского аутизма также выделяется группа аутистических расстройств, развивающихся в структуре детской шизофрении. Так, В.М. Башина (2009) выделяла детский эндогенный аутизм, к которому относила «детский аутизм процессуальный, психотический», с началом от рождения до 3 лет (ранняя детская шизофрения, инфантильный психоз) и, формирующийся в связи с развившимся шизофреническим психозом в возрасте от 3 до 6 лет. Н.В. Симашкова [24] в гетерогенной группе аутистических расстройств выделяла детский психоз и атипичный детский психоз. Последний, по мнению автора, имеет отрицательную динамику болезни с формированием олигофреноподобного дефекта и относится к детской шизофрении («галлопирующая форма шизофрении» по Т.П. Симпсон), при этом диагноз может быть установлен уже в периоде манифестного регрессивно-кататонического приступа. В ряде недавних работ также отмечается, что часть расстройств аутистического спектра развивается в рамках рано начавшейся шизофрении [25-27].

Показания к использованию технологии

Технология может применяться для диагностики, феноменологического описания и лечения шизофрении с началом в раннем детском возрасте, как медикаментозными, так и не медикаментозными способами. Данная технология призвана помочь специалистам в разработке индивидуальных маршрутов мультидисциплинарной помощи пациентам с шизофренией с началом в раннем детском возрасте.

Технология не может использоваться у пациентов с: 1) умственной отсталостью, обусловленной тяжелыми органическими повреждениями мозга, в том числе у больных с ДЦП, 2) верифицированными генетическими аномалиями; 4) наличием аутоиммунных, инфекционных заболеваний в течение 2-х месяцев, предшествующих обследованию.

Предложенная методика предназначена для врачей психиатрических стационаров, для психиатров амбулаторного звена, а также может использоваться психологами, социальными работниками, имеющими дело с пациентами, страдающими данным заболеванием. Ранняя диагностика шизофрении с началом в раннем детском возрасте позволяет своевременно оказать необходимую помощь, индивидуализировать лечебно-реабилитационные мероприятия, а также определить необходимость психофармакологической помощи, в том числе в стационарных условиях.

Описание технологии

Были обследованы пациенты с диагнозом «F20.8 Шизофрения в детском возрасте», которые разделились на 1) больных непрерывной злокачественной шизофренией и 2) больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, что отражает как характер течения, так и степень прогредиентности. В обеих подгруппах все обследуемые, в связи с тяжестью состояния, проходили стационарное лечение, и для большинства пациентов госпитализация была не первая. Данный факт свидетельствует о значительной резистентности ранней детской шизофрении к проводимой терапии.

При злокачественной форме ранней детской шизофрении, заболевание преимущественно начинается до 3-х лет. Клиническая картина в этом возрасте определяется сочетанием негативных расстройств, включающих аутизм и когнитивный дефицит, вплоть до формирования олигофреноподобного дефекта и кататонии. Речь чаще отсутствует, а в случае наличия речи, отмечается ее частичный или полный регресс, может длительное время отмечаться, так называемый «птичий язык». В дальнейшем речь формируется с грубой задержкой, нарушением произношения, смазанная, эгоцентрическая, с вербигерациями, эхолалиями. Кататония проявляется состояниями дезорганизации поведения в виде немотивированного возбуждения, двигательными стереотипиями и вычурными движениями (бег по кругу, подпрыгивания, раскачивания, взмахи руками как крыльями, атетоз, потряхивания кистями рук, битье по подбородку и т.п.), негативизмом,

импульсивностью. Отмечается изменчивый мышечный тонус (ходьба с опорой на носочки, при общей гипотонии и др.). Таким образом, в дошкольном возрасте аутизм и кататония тесно переплетаются, формируя при злокачественной шизофрении, картину атипичного детского психоза, после которого, по данным Н.В. Симашковой [24] (2013) в 30% случаев больные обучаются по коррекционной программе VIII вида (для детей с задержкой психического развития), а в 70% остаются необучаемыми. Психотический спектр до 3-х лет представлен крайне скупо. Могут выявляться необъяснимые недифференцированные страхи, навязчивости, стертые аффективные расстройства в виде кратковременных дисфорических субдепрессий и более затяжных гипоманий. При манифестации заболевания в дошкольном возрасте представляется возможным, хотя и с высокой долей условности, в рамках злокачественной шизофрении выделять кататоническую и гебефреническую формы.

Манифестация приступообразно-прогредиентной шизофрении происходит в более старшем возрасте. При манифестации в возрасте от 3-х до 6 лет отмечаются рудименты психотических симптомов, при сохранении доминирующих негативных и кататонических расстройств. Негативный спектр расстройств включает: аутизм, эмоционально-волевой и когнитивный дефицит; последний проявляется регрессом или редардацией с формированием грубой диссоциированной задержки психо-речевого развития. Кататония проявляется двигательными стереотипиями, вычурными движениями, эхопраксиями, состояниями психомоторного возбуждения, амбитендентностью, импульсивными поступками, негативизмом, выявляются вербигерации, эхολалии, манерная лепетная речь, речевой напор, мимоговорение, нередко частичный мутизм. Психотический регистр представлен патологическим (аутистическим) фантазированием, страхами обычных явлений, предметов с визуализацией представлений, стойким игровым перевоплощением, расстройствами восприятия по типу парейдолий, зрительными галлюцинациями воображения и др.

Исследования, предлагающие раннюю диагностику, определение тяжести состояния и дальнейшего прогноза, к сожалению, немногочисленны, среди них практически отсутствуют те, в которых авторами предлагаются алгоритмы количественной оценки выявленных нарушений с учетом конкретной нозологии, определившей их развитие.

Представленная технология, предлагающая клиническую дифференциацию детской шизофрении, феноменологическое описание в сравнительно возрастном аспекте и, включающая нескольких психометрических шкал и нейро-иммунологические исследования актуальна, поскольку способна восполнить пробелы в диагностике, определении степени выраженности тяжести состояния и формирующегося дефекта, а также помочь в разработке персонализированного мультидисциплинарного подхода для помощи каждому пациенту.

У пациентов с шизофренией с началом в раннем детском возрасте предполагается целесообразным использовать несколько шкал - CARS, BFCRS, PSP.

1. Шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale, CARS) базируется на клинических наблюдениях за поведением ребенка, требует минимального обучения в работе с этой шкалой, а также может служить для первичного скрининга симптомов аутизма.

Результаты: общий балл-15-30 - нет аутизма; 30-36 - проявление аутизма от легкого до среднего (имеется в виду высоко функциональный аутизм или синдром Аспергера, особенно если общий балл от 30 до 33); 36-60 - тяжелый аутизм. (см. приложение)

1. Шкала BFCRS - Шкала оценки выраженности симптомов кататонии Буша-Френсиса The Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS)

Шкала состоит из 23 симптомов кататонии. Первые 17 пунктов шкалы оцениваются в зависимости от выраженности симптома в диапазоне от 0 до 3 баллов. По остальным 6 пунктам при отсутствии симптома ставиться 0 баллов, а при наличии симптома - 3 балла. Для констатации кататонии необходимо наличие двух и более первых по списку 14 скрининговых симптомов, присутствующих на протяжении более 24 часов. (см. приложение)

2. Шкала PSP – (Personal and Social Performance scale) — шкала личностного и социального функционирования, предназначена для оценки социального функционирования у пациентов с шизофренией. С помощью шкалы PSP оценивают степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4 основных областях социального функционирования:

- социально полезная деятельность, включая работу и учёбу;
- отношения с близкими и прочие социальные отношения;
- самообслуживание;
- беспокоящее и агрессивное поведение.

Баллы выставляются по шкале от 1 до 100, разделённой на 10 равных интервалов, где каждый интервал соответствует определённой степени затруднений в социальном функционировании.

Интерпретация результатов:

- Суммарный балл от 71 до 100 — небольшие нарушения социального функционирования.
- Суммарный балл от 31 до 70 — значительные нарушения социального функционирования, более серьёзные затруднения различной степени тяжести.
- Суммарный балл от 1 до 30 — трудности в социальном и социально ориентированном функционировании настолько значительны, что такие больные нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Проведенный анализ динамики показателей при прогрессивной форме показал, что данные шкалы BFCRS статистически значимо уменьшались при повторной оценке через 6 месяцев, тогда как данные шкалы CARS статистически не отличались ($p < 0,001$). Показатели шкалы PSP также статистически значимо уменьшались при повторной оценке через 6 месяцев. ($p < 0,001$). По данным анализа выраженность кататонической и позитивной симптоматики у больных данной подгруппы на фоне терапии уменьшается (в среднем, на 4 балла по шкале BFCRS) при оценке состояния через 6 мес. Отмечается нарастание негативной симптоматики. Нажитой аутизм не смягчается. Имеет место ухудшение социального функционирования (в среднем, на 10 баллов по шкале PSP).

При злокачественной шизофрении с началом в раннем детском возрасте проведенный анализ показал, что данные шкалы BFCRS статистически значимо уменьшались, по сравнению с обострением, при повторной оценке состояния через 6 месяцев. Однако, не обнаружено статистически значимой разницы между показателями шкалы CARS. Показатели шкалы PSP также статистически значимо уменьшались при повторной оценке через 6 месяцев.

Обобщая полученные данные, можно сделать вывод, что выраженность кататонической симптоматики у больных на фоне терапии уменьшается (в среднем, на 5 баллов по шкале BFCRS) при оценке состояния через 6 месяцев. Сохраняется и нарастает негативная симптоматика. Позитивная симптоматика устойчива к проводимой терапии. Нажитой аутизм не преодолевается. Имеет место ухудшение социального функционирования (в среднем, на 5 баллов по шкале PSP).

В ряде работ показано, что значительная часть аутистических расстройств относится к психотическим расстройствам [21,24,28], развивается в рамках рано начавшейся шизофрении [21,25-27], а его высокофункциональные варианты в старшем подростковом возрасте по симптоматике идентичны с клиническими проявлениями шизотипического расстройства [29].

Клинические находки подтверждаются качественно сходными профилями генетических, морфологических, нейрофизиологических, иммунологических, патопсихологических, неврологических изменений, обнаруженных при шизофрении и аутистических расстройствах [28,30-35], шизофрении и шизотипическом расстройстве [36-40].

Накопление результатов исследований, обнаруживших симптоматическое сходство шизофрении, шизотипических и аутистических расстройств, близость генетических изменений, сходная семейная отягощенность позволили современным зарубежным психиатрам предположить наличие этиологического континуума этих заболеваний [13, 41].

В работе Горюнова А.В. и Бархатовой А.Н. [42], вслед за Shorter E и Wachtel L. [41] было выдвинуто положение, что аутизм, кататония и психоз у детей являются различными проявлениями одной основной формы патологии головного мозга, а не тремя отдельными заболеваниями, и формируют своего рода «Железный треугольник» детской шизофрении. На любом возрастном

этапе в дошкольном возрасте шизофрения манифестирует аутизмом разной степени выраженности, который наряду с дизонтогенезом представляют негативный спектр заболевания.

«Железный треугольник» детской шизофрении при манифестации в возрасте до 3-х и до 6 лет



Были выделены основные факторы, определяющие клиническую картину детской шизофрении: возраст больного на момент манифестации заболевания и на момент повторных обострений; прогрессивность; длительность активного периода заболевания; этап заболевания.

Возраст ребенка на момент начала заболевания является, самым важным фактором в формировании клинической картины (и ее видоизменения в различные возрастные периоды), и может являться как протективным механизмом, так и фактором риска углубления заболевания. Анализ структуры и выраженности симптомов шизофрении на разных возрастных этапах (ранний детский – дошкольный – младший школьный возраст), в соответствии с онтогенетическими периодами [43], то можно констатировать, что для каждого возраста характерна «своя» типичная психопатологическая симптоматика. При этом по мере взросления происходит трансформация ведущих синдромов, перекрывание свойственных предшествующим возрастным этапам симптомов, вновь возникшими, что усиливает полиморфизм клинической картины и отражает взаимовлияние онтогенеза и болезненного процесса.

Несмотря на «атипию» и гетерогенность клинической картины для детской и подростковой шизофрении характерны те же три базовых регистра симптомов, что и для шизофрении взрослого возраста - позитивные, негативные симптомы и дезорганизация поведения. При этом, чем младше больной шизофренией, тем менее выражены психотические расстройства, большее место в спектре негативных расстройств занимают симптомы аутизма, теснее спаяны проявления дезорганизации поведения и симптомы кататонии.

В группе больных, страдающих шизофренией, начавшейся в раннем детском возрасте, со временем происходит стабилизация процесса. Но

несмотря на уменьшение кататонической симптоматики и редукцию позитивных расстройств, процессуальный дефект остается выраженным. Отмечается персистенция нажитого аутизма, грубая задержка психического развития, апато-абулический и эмоциональный дефект, низкий уровень социального функционирования пациентов на этапах катамнестического наблюдения.

Помимо клинико-психопатологической оценки симптомов заболевания, целесообразно применять нейро-иммунологические способы определения тяжести состояния и возможные варианты течения шизофрении с началом в раннем детском возрасте. На основании проведенных исследований в области нейро-иммунологии, в частности, полученных данных о энзиматической активности лейкоцитарной эластазы, функциональной активности $\alpha 1$ -ПИ, а также активации приобретенного иммунитета (появление в крови аутоантител к белкам нервной ткани) при эндогенных психических заболеваниях у детей, позволило разработать методику прогнозирования социального функционирования пациентов после купирования острого состояния, что значимо для составления плана лечения и выработки тактики дальнейшего сопровождения пациента.

Для прогноза социального функционирования в ремиссии высокоспецифичны два показателя: диагноз (шизофрения) и уровень аутоантител к нейроантигену S100b.

Другим фактором, свидетельствующим о неблагоприятном прогнозе в плане выхода из психоза и качества ремиссии, является повышение уровня аутоантител к нейроантигену S100b. Показано, что этот показатель является прогностически наиболее значимым по сравнению с уровнем аутоантител к ОБМ (основному белку миелина).

На основании ранее проведенных исследований было выявлено, что при шизофрении у детей уровень окислительных повреждений ДНК клеток и вкДНК значительно повышен, что свидетельствует о развитии системного окислительного стресса, который не компенсировался антиоксидантной системой организма. Количество 8-oxodG в составе вкДНК повышалось в 3,3 – 3,7 раз. Это могло быть связано или со снижением антиоксидантной системы, или с высоким уровнем синтеза свободных радикалов клетками крови. При этом уровень 8-oxodG в составе вкДНК и ДНК ядер клеток периферической крови может являться маркером некомпенсированного окислительного стресса. Таким образом, в группе больных шизофренией отмечалось повышение белков врожденного иммунитета и нарастание титров аутоантител, что демонстрировало переход воспаления в хроническую стадию, с критическим повышением проницаемости ГЭБ и развитием нейровоспаления.

Изучение биологических маркеров детской шизофрении позволило выявить отчетливые корреляции между иммунологическими показателями и уровнем социального функционирования в постприступном периоде. У пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией с началом в раннем детском возрасте по шкале социального функционирования (PSP) показатели

колебались от 30 до 16 баллов. При нейро-иммунологическом обследовании в активном периоде болезни отмечалась выраженная активация врожденного иммунитета с истощением компенсаторного потенциала (повышение активности ЛЭ, при нормальном или слегка повышенном уровне $\alpha 1$ -ПИ). Во 2-й группе (злокачественная детская шизофрения) отмечалось наихудшее социальное функционирование: по шкале социального функционирования (PSP) оценивались ниже 15 баллов. При нейро-иммунологическом обследовании у этих больных на протяжении активного периода болезни отмечалась умеренная или выраженная активация как врожденного, так и приобретенного иммунитета (повышение активности ЛЭ, нарастание титров АТ к белку S-100b).

Полученные данные помогают специалистам выявить типа течения, прогноз и определить дальнейший маршрут для каждого пациента. Также на основании полученных данных более обоснованно решается вопрос о медикаментозных и немедикаментозных способах лечения пациентов. Психофармакотерапия (ПФТ) является основным методом лечения. У больных прогрессивной шизофренией в детском возрасте терапия имеет большую эффективность. Больные нуждаются в купирующей терапии в период обострения симптоматики и длительной поддерживающей терапии в ремиссиях. Реабилитация заключается в создании адаптированных условий для обучения, коррекционных занятиях с психологом, дефектологом. Тогда как при лечении больных злокачественной шизофренией отмечалась высокая частота резистентности к проводимой ПФТ, которая заключалась в подборе долговременной медикаментозной терапии с целью купирования и предотвращения вспышек кататонического возбуждения, агрессии к себе и окружающим. Психокоррекционные методы лечения в активной фазе болезни направлены на формирование приемлемых паттернов поведения, другие методы психотерапии обычно малоэффективны. Однако на этапе стабилизации процесса психокоррекционные мероприятия должны активно использоваться на фоне ПФТ. Больным рекомендовано круглосуточное наблюдение и уход.

Заключение

Выделены факторы, помогающие специалистам определить клиническую картину и динамику шизофрении в раннем детском возрасте:

1. Возраст больного на момент дебюта заболевания (до 3-х лет, с 3-х до 5 лет, с 6 до 11 лет)

2. Прогрессиентность заболевания:

- высокая прогрессиентность (злокачественное течение) определяет злокачественное течение с быстрым формированием процессуального дефекта;

- средняя прогрессиентность (прогрессиентное) – нарастание негативных изменений, превышающих эволютивное психическое развитие, нарушающих функционирование в нескольких сферах

3. Длительность активного периода заболевания

4. Этапы заболевания: продромальный, острая фаза (acute), восстановительная фаза (recovery phase), остаточная фаза (residual).

Для объективизации диагностики детской шизофрении показано проведение нейро-иммунологическом обследовании с целью оценки выраженности окислительного стресса, уровня белков врожденного иммунитета и нарастание титров аутоантител.

Учитывая высокую распространенность, сложности в диагностике и верификации данной нозологии, трудности в определении прогноза течения заболевания, построения дальнейшего индивидуального маршрута предложены данные методические рекомендации.

Рекомендации включают шкалы CARS, BFCRS, PSP, а также нейробиологические данные о маркерах системного воспаления у пациентов с шизофренией в раннем детском возрасте. Применение шкал и данных нейробиологического обследования помогает формировать индивидуальные маршруты мультидисциплинарной помощи данным пациентам. Раннее выявление заболевания способствует своевременному началу психолого-педагогической и медикаментозной коррекции, выработке индивидуального маршрута ведения пациента с учетом возможностей и потребностей семьи ребенка.

Литература

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA, 5th edition, 2013.
2. World Health Organization, ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision, <https://icd.who.int/en>
3. Rapoport JL, Gogtay N. Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *Int J Dev Neurosci.* 2011;29:251-258. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu>
4. Kendhari J., Shankar R., Young-Walker L. A Review of Childhood-Onset Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ).* Summer 2016; 14(3): 328–332. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160007>.
5. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL: Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2020; 29:71–90. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.017>.
6. Alkelai A., Greenbaum L., Shohat S. et al. Genetic insights into childhood-onset schizophrenia: The yield of clinical exome sequencing. *Schizophrenia Research.* 2023; 252: 138-145. <https://doi.org/10.1016/j>.
7. Клинические рекомендации: Шизофрения (детский и подростковый возраст): стандарты ведения больных для врачей / ред. совет: Е.В. 163 Макушкин [и др.]. – М., 2021. – 118 с. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/674_1.
8. Козлова И.А., Вроно М.Ш. Шизофрения в детском и подростковом возрасте // Психиатрия: Руководство для врачей. В 2 томах. Т. 1. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2012. С. 510-521.
9. Козлова И. А. Современное состояние учения о детской шизофрении Психиатрия. 2008. № 3. С. 7-12.
10. Башина В.М. Аутистические расстройства. Психиатрия: национальное руководство/ под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009, с.700-727. Bashina V.M. Autisticheskie rasstrojstva. Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo/ pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.YA. Semke, A.S. Tiganova. M.: GEOTAR-Media, 2009, s.700-727.
11. Макушкин Е.В., Симашкова Н.В., Пережогин Л.О., Горюнов А.В. «Шизофрения в детском и подростковом возрасте» Российский психиатрический журнал, 2016, №6, стр 62-81. Makushkin E.V., Simashkova N.V., Perezhogin L.O., Goryunov A.V. "Schizophrenia in childhood and adolescence" *Russian Psychiatric Journal*, 2016, No. 6, pp. 62-81
12. Lin A., Wardenaar K., Pontillo M., De Crescenzo E, Mazzone L., Wood S., Vicari S., Beavan A. & Armando M. Is it still correct to differentiate between early and very early onset psychosis? // *Schizophrenia Research.* 2016. Vol. 170. № I. P. 211-216.
13. Pontillo M., Aversa R., Tata M.C., Chieppa F., Pucciardini M.L., Vicari S. Neurodevelopmental Trajectories and Clinical Profiles in a Sample of Children and

- Adolescents With Early- and Very-Early-Onset Schizophrenia *Front Psychiatry*. 2021; 16,12:662093. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.662093>
14. Горюнов А.В. Дискуссионные вопросы диагностики и теоретические модели шизофрении в детском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(7):17–24. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412407117>
 15. Slomiak S., Matalon DR, Roth L. Very Early-Onset Schizophrenia in a Six-Year-Old Boy. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*. 2017; 12: 9-11. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120204>
 16. Di Luzio M., Guerrera S., Pontillo M., Lala M., Casula L., Valeri G., Vicari S. Autism spectrum disorder, very-early onset schizophrenia, and child disintegrative disorder: the challenge of diagnosis. A case-report study *Front Psychiatry*. 2023 Jul 28;14:1212687. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1212687>.
 17. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // *Российский психиатрический журнал*. 2019. № 4. С.4-15.
 18. Сухарева, Г. Е. Клиника шизофрении у детей и подростков. Часть I. / Г. Е. Сухарева. – Харьков: Госмедиздат УССР, 1937 – 107 с. 63.
 19. Симпсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста. Медгиз. 1978. 133 с.
 20. Симпсон Т.П., Кудрявцева В.П. Клиника шизофрении дошкольного возраста // *Советская психоневрология*. 1934. № 5. с. 72-82.
 21. Башина, В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В. М. Башина. – М.: Медицина, 1980 – 248 с.
 22. Козлова И.А., Башина В.М. Классификация детской шизофрении и первазивных расстройств // *Психиатрия*. 2005. № 6. С. 7-17.
 23. Вроно М.Ш. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / Под ред. М. Ш. Вроно. М.: 1986 — 154 с. Vrono M.SH. Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta / Pod red. M. SH. Vrono. M.: 1986 — 154 s.
 24. Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А. Мультидисциплинарный клинико-биологический подход к изучению психотических форм расстройств аутистического спектра у детей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2013;113(5-2):35-42
 25. Иовчук Н.М., Северный А.А. Современные проблемы диагностики аутизма [Электронный ресурс]. *Психологическая наука и образование*. 2013;5,5. https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n5/Iovchuk_Severniy (дата обращения: 13.04.2024)
 26. Северный А. А., Иовчук Н. М. Дифференциально-диагностические критерии отграничения аутизма у детей и подростков (клинический очерк). *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2020; 20,1: 50-58.
 27. Горюнова А.В., Горюнов А.В. Классификационные метаморфозы аутизма в детской психиатрии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2021;121(11-2):5-11.

28. Симашкова Н. В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н. В. Симашковой, Т. П. Ключник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 288 с.
29. Горюнов А.В., Каледа В.Г. Оценка начального периода шизотипического расстройства в детском возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(6):108-117.
30. Carroll LS, Owen MJ. Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Med.* 2009;1(10):102. <https://doi.org/10.1186/gm102>.
31. Cheung C, Yu K, Fung G, et al. Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation. *PLoS One.* 2010;5:e12233.
32. Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Шушпанова О.В., Отман И.Н., Ключник Т.П. Возможности использования некоторых иммунологических показателей для оценки тяжести клинического состояния пациентов, с начавшейся в детском возрасте шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;116(2):85-89. <https://doi.org/10.17116/jnevro20161162185-89>
33. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Хромов А.И., Власенкова И.Н. Психометрическая оценка интеллекта у детей с нарушениями психического развития. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015;115(5-2):21-27.
34. Брусов О. С., Симашкова, Н. С. Карпова и др. Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции крови у детей с детским аутизмом и детской шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 1. – С. 59-63. Carroll LS, Owen MJ. Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Med.* 2009;1(10):102. <https://doi.org/10.1186/gm102>.
35. Никитина, С. Г. Окислительные повреждения ДНК клеток периферической крови и внеклеточной ДНК плазмы крови как показатель тяжести окислительного стресса при расстройствах аутистического спектра и шизофрении у детей / С. Г. Никитина, Е. С. Ершова [и др.] // Психиатрия. – 2021. – Т.19. – №4. – с.15–25.
36. Lenzenweger, M. F. Schizotypy, schizotypic psychopathology and schizophrenia / M. F. Lenzenweger // *World Psychiatry.* — 2018. — № 17. — P. 25-26.
37. Walter, E. E. Barkus E. Genetic consideration of schizotypal traits: a review / E. E. Walter, F. Fernandez, M. Snelling // *Front. Psychol.* — 2016. — № 7. — P. 1769.
38. Горбачевская Н.Л., Даллада Н.В., Кобзова М.П., Коржнева А.В., Горюнов А.В. Клинические проявления шизотипических расстройств у детей и подростков и их корреляция с психологическими и нейробиологическими показателями. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова)» /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: издательство МГППУ, 2023. стр. 486-491
39. Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В., «Оценка неврологических симптомов при дифференциальной диагностике шизофрении и

- шизотипических расстройств в детском возрасте» // Журнал «Психиатрия» №01, 2019, с.4-9
- 40.Зверева Н.В., Горюнов А.В., Зверева М.В. Клинико-психологическая оценка вариативности шизотипического расстройства у детей и подростков Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2022, т. 122, №7, с. 88–93. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212207188>
- 41.Shorter E , Wachtel L. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an 'iron triangle'? Acta Psychiatr Scand. 2013 Jul;128(1):21-33. doi: 10.1111/acps.12082. Epub 2013 Jan 27.
- 42.Горюнов А.В., Бархатова А.Н. «Шизофрения в детском, подростковом и юношеском возрасте» Глава № 4. Шизофрения в детском, подростковом и юношеском возрасте / Раздел 3. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. Под ред. академика А.Б. Смулевича. – М.: ИД Городец, 2024. – С. 200-227. ISBN 978-5-907762-45-9
- 43.Ковалев, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. — М.: Медицина, 1985. — 288 с.

Шкала CARS

I. Отношение к людям

1 Нет свидетельств каких-либо трудностей во взаимодействии с людьми. Поведение ребенка соответствует возрасту. Может наблюдаться некоторая стеснительность, суетливость или беспокойство в случаях, когда ребенка просят что-то сделать, однако это не носит атипичного характера.

1.5

2 Отношения нарушены в легкой степени. Ребенок может избегать взгляда взрослому в глаза, избегать взрослого или проявлять беспокойство, если отношения ему навязываются, может проявлять избыточную стеснительность, не отвечать взрослому обычным образом или быть большей степени, чем дети такого же возраста (бывают «прилипчивыми»).

2.5

3 Средняя степень нарушения отношений. Ребенок демонстрирует отстраненность (временами кажется, что он не замечает взрослого). Иногда, для того чтобы привлечь внимание ребенка, требуются настойчивые и сильные попытки. Ребенок инициирует контакт в минимальной степени.

3.5

4 Серьезно нарушенные отношения. Ребенок полностью отстранен или не обращает внимания на то, что делает взрослый. Он или она почти никогда не отвечает и не инициирует контакт со взрослым. Только предпринимая очень настойчивые попытки, можно добиться эффекта и привлечь внимание ребенка.

II. Имитация

1 Имитация соответствует возрасту. Ребенок может имитировать звуки, слова, движения, которые соответствуют уровню развития его навыков.

1.5

2 Имитация слегка нарушена. Большую часть времени ребенок имитирует простое поведение, такое как хлопки в ладоши или отдельные речевые звуки: время от времени имитирует только после некоторого направления со стороны взрослого или с задержкой.

2.5

3 Средняя степень нарушения имитации. Ребенок имитирует только часть времени, либо ему для этого требуется значительная степень настойчивости и помощи со стороны взрослого, часто имитирует только с задержкой.

3.5

4 Серьезная степень нарушения имитации. Ребенок почти никогда не имитирует звуки, слова или движения, даже с помощью или с поддержкой.

III. Эмоциональный ответ

1 Ответ соответствует возрасту и ситуации. Ребенок показывает соответствующую степень и тип эмоционального ответа, что проявляется в изменении выражения лица, позе или поведении.

1.5

2 Эмоциональный ответ слегка нарушен. Ребенок неожиданно проявляет эмоциональный ответ, несоответствующий по типу или эмоциональности. Временами реакции ребенка не имеют отношения к объектам или событиям, которые происходят вокруг него.

2.5

3 Эмоциональный ответ нарушен в средней степени. Ребенок проявляет определенные признаки несоответствующего по типу или степени эмоциональности ответа. Реакции могут быть задержанными по времени или чрезмерными и не относящимися к ситуации, ребенок может гримасничать, смеяться или проявлять ригидность, не выражая никаких эмоций по отношению к объектам или происходящим событиям.

3.5

4 Эмоциональный ответ серьезно нарушен. Ответы редко соответствуют ситуации, если ребенок находится в определенном настроении, это настроение изменить очень трудно. И наоборот, ребенок может проявлять широкий спектр эмоций, когда ничего не происходит.

IV. Владение телом

1 Владение телом соответствует возрасту. Ребенок двигается свободно, ловко, его координация соответствует возрасту.

1.5

2 Владение телом нарушено в легкой степени. Могут присутствовать некоторые небольшие странности, такие как неловкость, повторяющиеся движения, плохая координация или появление необычных движений

2.5

3 Средняя степень нарушения владения телом. Ребенок демонстрирует странное или необычное для своего возраста поведение, которое может включать странные движения пальцами, необычные положения тела или пальцев, вычурность, щипание тела, самоагрессию, раскачивание, раскручивание, хождение на цыпочках.

3.5

4 Владение телом серьезно нарушено. Интенсивные и часто используемые движения, описанные выше, являются признаками серьезного нарушения использования тела. Поведение может присутствовать, несмотря на попытки этому препятствовать или вовлекать ребенка в другие активности.

V. Использование предметов

1 Соответствующее использование игрушек и других предметов. Ребенок проявляет нормальный интерес к игрушкам и другим предметам, который соответствует его возрасту и навыкам, и использует эти игрушки по назначению.

1.5

2 Использование игрушек и других предметов нарушено в легкой степени. Ребенок может проявлять необычный интерес к игрушке или играть с ней странным или более «детским» способом (похлопывать, сосать).

2.5

3 Средняя степень нарушения использования и интереса к игрушкам и предметам. Ребенок может проявлять небольшой интерес к игрушкам и другим предметам, либо может быть озабочен использованием игрушки или предмета необычным способом. Он может фокусироваться на некоторой незначительной части игрушки, может быть увлечен (зачарован) отражением света от объекта, постоянно двигать некоторые части предмета или играть с предметом необычным способом.

3.5

4 Серьезная степень несоответствующего использования, интереса к игрушкам и другим предметам. Ребенок может демонстрировать поведение, описанное выше, с высокой частотой и интенсивностью. Когда ребенок занят такой активностью, его трудно отвлечь.

VI. Адаптация к изменениям

1 Ответ на изменения соответствует возрасту. Когда ребенок замечает или комментирует изменения в повседневных делах, он принимает эти изменения без особого стресса.

1.5

2 Ответ на изменения слегка нарушен. Когда взрослый пытается изменить задачу, ребенок может продолжать предыдущую активность или продолжать использовать тот же материал.

2.5

3 Ответ на изменения нарушен в средней степени. Ребенок активно сопротивляется изменениям в повседневных занятиях, пытается продолжать предыдущую активность, его тяжело от этого отвлечь. Он сердится или выглядит несчастным, когда нарушается установленная привычная деятельность.

3.5

4 Серьезная степень нарушения соответствующего возрасту ответа на изменения. Ребенок проявляет тяжелую реакцию на изменения. Если изменения форсировать, он проявляет очень значительное недовольство или отказывается сотрудничать и отвечает истерикой.

VII. Использование зрения (зрительный ответ)

1 Использование зрения является нормальным и соответствует возрасту. Зрение используется вместе с другими сенсорными модальностями для исследования нового объекта.

1.5

2 Использование зрения нарушено в легкой степени. Иногда ребенок может посмотреть на предмет, о котором ему говорят. Ребенок может скорее интересоваться зеркалом и светом, чем ровесниками, может временами «смотреть в пространство», может избегать смотреть в глаза другим людям.

2.5

3 Использование зрения нарушено в средней степени. Чтобы ребенок посмотрел на предмет, ему нужно часто напоминать об этом. Он может смотреть в пространство, избегать смотреть в глаза другим, смотреть на предметы под необычным углом или подносить предметы очень близко к глазам.

3.5

4 Серьезная степень нарушения использования зрения. Ребенок упорно избегает смотреть в глаза другим, может иметь экстремальные формы использования зрения, описанные выше.

VIII. Использование слуха (слуховой ответ)

1 Соответствует возрасту. Реакция ребенка на звуки и речь соответствует возрасту. Ребенок использует слух вместе с другими сенсорными модальностями.

1.5

2 Использование слуха слегка нарушено. Ребенок не всегда отвечает, либо проявляет легкую степень сверх реакции на некоторые звуки. Ответ на звук может быть с задержкой, для того чтобы привлечь внимание ребенка, звуки должны повторяться. Некоторые внешние звуки могут расстраивать ребенка.

2.5

3 Средняя степень нарушения слухового ответа. Ответ ребенка на звуки различен, часто звук игнорируется после первых нескольких повторений, ребенок может закрывать уши, когда слышит некоторые повседневные звуки.

3.5

4 Использование слуха нарушено в серьезной степени. Ребенок в значительной степени проявляет избыточную и / или недостаточную реакцию на звуки независимо от типа звука.

IX. Ответ и использование обоняния, осязания и вкуса

1 Нормальное использование обоняния, осязания и вкуса. Ребенок исследует новые объекты соответствующим возрасту образом, в основном, получая ощущения и разглядывая. Когда это нужно, используется обоняние и вкус. Если ребенок испытывает несильную боль, он выражает дискомфорт, не проявляя сверх реакции.

1.5

2 Легкая степень нарушения использования обоняния, осязания и вкуса. Ребенок может отказываться помещать объекты в рот, может нюхать или пробовать на вкус несъедобные предметы, может игнорировать, либо проявлять избыточную реакцию на несильную боль в ситуациях, когда обычному ребенку свойственно проявлять лишь дискомфорт.

2.5

3 Средняя степень нарушения использования обоняния, осязания и вкуса. Ребенок может быть озабочен ощупыванием, обнюхиванием, опробованием на вкус предметов или людей. Реакции ребенка могут быть либо слишком сильными, либо слишком слабыми.

3.5

4 Серьезная степень нарушения использования обоняния, осязания и вкуса. Ребенок занят ощупыванием, обнюхиванием, опробованием на вкус предметов в большей степени, нежели нормальным изучением или использованием предметов. Ребенок может полностью игнорировать боль, либо очень сильно реагировать на легкий дискомфорт.

X. Нервозность и страхи

1 Нормальное проявление нервозности и страхов. Поведение ребенка соответствует как ситуации, так и возрасту.

1.5

2 Проявление нервозности и страхов слегка нарушено. Временами ребенок проявляет слишком сильный страх, либо его отсутствие по сравнению с реакциями других детей того же возраста в сходной ситуации.

2.5

3 Проявление нервозности и страхов нарушено в средней степени. Ребенок проявляет значительно больше или меньше страха, по сравнению с реакциями детей старшего или младшего возраста в сходной ситуации.

3.5

4 Проявление нервозности и страхов нарушено в серьезной степени. Страх не возникает даже после повторяющегося опыта с опасными событиями или объектами. Ребенка очень трудно успокоить и утешить. И наоборот, ребенок может не проявлять беспокойства в опасных ситуациях, которых избегают дети такого же возраста.

XI. Вербальная коммуникация

1 Вербальная коммуникация соответствует возрасту и ситуации.

1.5

2 Легкое нарушение вербальной коммуникации. Задержка речи. Большая часть используемой речи является осмысленной, однако могут присутствовать некоторые эхолалии или замены местоимений. Иногда используются странные, необычные слова или жаргон.

2.5

3 Средняя степень нарушения вербальной коммуникации. Речь может отсутствовать. Если речь присутствует, то это сочетание некоторой неосмысленной коммуникации, странных слов, например, жаргона, эхолалии, замены местоимений. Странности в неосмысленной речи могут включать постоянное задавание вопросов или озабоченность определенными темами.

3.5

4 Серьезная степень нарушения вербальной коммуникации. Осмысленная речь отсутствует. Ребенок может визжать, издавать странные звуки, подражать голосам животных, издавать звуки, отдаленно напоминающие речь, либо постоянно использовать некоторые неестественные слова или фразы.

XII. Невербальная коммуникация

1 Использование невербальной коммуникации соответствует возрасту и ситуации

1.5

2 Использование невербальной коммуникации нарушено в легкой степени. Незрелое использование невербальной коммуникации, ребенок может нечетко показывать или добиваться того, чего хочет, в ситуациях, когда ребенок того же возраста может указать или использовать более специфический жест, чтобы показать, что хочет.

2.5

3 Использование невербальной коммуникации нарушено в средней степени. В основном, ребенок не может выразить свои потребности или желания невербальным способом и не может понять невербальную коммуникацию других людей.

3.5

4 Использование невербальной коммуникации нарушено в тяжелой степени. Ребенок использует только странные и необычные жесты, которые не имеют очевидного значения, либо не проявляет понимания жестов и выражения лица других людей.

XIII. Уровень активности

1 Уровень активности ребенка соответствует возрасту и обстоятельствам. Ребенок не более и не менее активен, чем дети того же возраста в сходной ситуации.

1.5

2 Уровень активности ребенка слегка нарушен. Ребенок может быть несколько неугомонным или, наоборот, «ленивым», медленно двигающимся. Уровень активности слегка мешает его деятельности.

2.5

3 Уровень активности ребенка нарушен в средней степени. Ребенок может быть очень активным, его трудно сдерживать. Его энергия может быть безграничной, он может быть не готов отправляться спать ночью. И наоборот, ребенок может быть сонным, и для того, чтобы заставить его шевелиться, нужно потратить много сил.

3.5

4 Серьезная степень нарушения уровня активности. Ребенок проявляет крайние формы активности или пассивности, либо активность и пассивность сменяют друг друга.

XIV. Уровень и согласованность интеллектуального ответа

1 Интеллектуальное функционирование нормальное, и ребенок равномерно развит в различных областях. Интеллектуальные проявления ребенка соответствуют возрасту, у ребенка нет необычных интеллектуальных навыков или трудностей.

1.5

2 Интеллектуальное функционирование нарушено в легкой степени. Ребенок не так сообразителен, как дети того же возраста, навыки примерно одинаковы во всех областях.

2.5

3 Средняя степень нарушения интеллектуального функционирования. В основном, ребенок не так сообразителен, как дети того же возраста, однако, в одной или нескольких областях интеллекта ребенок функционирует близко к норме.

3.5

4 Серьезная степень нарушения интеллектуального функционирования. Несмотря на то, что ребенок не так сообразителен, как сверстники, в одной или нескольких областях он может функционировать даже лучше, чем дети того же возраста.

XV. Общее впечатление

1 Нет аутизма. Ребенок не проявляет симптомов аутизма.

1.5

2 Слегка аутичен. Ребенок демонстрирует некоторые симптомы в легкой степени.

2.5

3 Средний уровень проявления аутизма. Ребенок демонстрирует ряд симптомов или среднюю степень проявления аутизма.

3.5

4 Тяжелый аутизм. Ребенок проявляет много симптомов, либо серьезную степень аутизма.

Шкала BFCRS

N п/п	Симптом	Описание
1	Возбуждение	Двигательная гиперактивность
2	Заторможенность/ступор	Обездвиженность, замирание, не реагирование на стимулы
3	Мутизм	Полное отсутствие речи при условии сохранности речевой функции
4	Зачарованность	Фиксированный взгляд на предметы, редкое мигание
5	Застывание/Каталепсия	Сохранение приданной пациенту неудобной вынужденной позы, обычно сочетающееся с пластическим повышением мышечного тонуса
6	Гримасничанье	Вычурная мимика не соответствующая внешним и внутренним обстоятельствам
7	Эхолоалия/Эхопраксия	Непроизвольное повторение слов и движение вслед за окружающими
8	Стереотипии	Повторяющаяся бесцельная двигательная активность
9	Манерность	Вычурное неестественное, гротескное поведение
10	Вербигерации	Стереотипное повторение одних и тех же звуков или слов
11	Мышечная ригидность	Повышение мышечного тонуса
12	Негативизм	Отказ от выполнения указаний и инструкций
13	Восковая гибкость	Пластическое повышение мышечного тонуса, сопровождающаяся сохранением, приданному пациенту положения тела или конечностей
14	Реакция отказа	Отказ от еды, питья, зрительного контакта, выполнения инструкции
15	Импульсивность	Внезапная необоснованная двигательная активность

16	Пассивная подчиняемость	Не встречающее сопротивление автоматическое выполнения указаний и инструкции
17	Податливость	Придание неудобной позы, возможность касанием двигать тело пациента, которое возвращается в исходное положение
18	Моторное сопротивление	Противодействие попытке изменить положение тела или конечностей, сопровождающееся мышечным напряжением.
19	Моторное застревание (амбитендентность):	Пациент выглядит застывшим в нерешительных позах, внезапно останавливается в процессе движения. Аналог остановки мыслей (шперрунга)
20	Хватательный рефлекс	Рефлекторное хватание ладонью предмета демонстрируемого пациенту или пальца исследователя
21	Персеверации	Навязчивое повторение какой-либо мысли, фразы, деятельности, эмоции (персеверации мышления, моторные, эмоциональные, сенсорные персеверации).
22	Агрессивность	Немотивированное враждебное отношение к окружающим
23	Вегетативные нарушения	Повышение температуры тела, частоты сердечных сокращений, колебание артериального давления, и частоты дыхательных движений, нарушение микроциркуляции, гипергидроз и др.

115522, Москва, Каширское шоссе, 34

+7 495 109-03-93

www.psychiatry.ru; www.ncpz.ru

e-mail: ncpz@ncpz.ru