

- **Лекция №6 Детская шизофрения**

История изучения детской шизофрении

- В 1899 г. Э.Крепелин описал клинику, течение и исход самостоятельного заболевания под названием **«раннее слабоумие»**
- В 1834 г. П.А. Буковский описал это заболевание под названием **«суемудрие»**
- С. де Санктис (1905, 1908) охарактеризовал психоз у маленьких детей с психомоторным возбуждением и исходом в слабоумие
- Дж. Рекк (1909) рассмотрел в группе преждевременного слабоумия психозы у детей с кататоническими расстройствами
- М. Брезовский (1909), А.Н. Бернштейн (1912), Э. Холлендер (1911), Р. Вейхбротт (1918) была показана возможность развития шизофрении с кататоническими, гебефреничными, параноидными и аффективными расстройствами у детей школьного возраста и подростков

История изучения детской шизофрении

- С середины 30-ых и до начала 40-ых 20 века особый интерес клиницистов к проявлениям собственно детской шизофрении, ее семиологии, течению, семейной патологии.
- Г.Е. Сухарева (1937) и Т.П.Симсон (1948) определили шизофрению у детей и подростков как наследственно обусловленное заболевание с типичной психопатологической картиной, определенным течением и исходами.
- Они выделили **основные синдромы** при детской шизофрении – кататонической с постепенно наступающей деградацией психики, гебефренический, навязчивостей в сочетании с депрессивным фоном.

История изучения детской шизофрении

- В *немецкой психиатрии* (Г.Бюргер-Принц, 1940 г.) большое внимание уделяли клинике неблагоприятной шизофрении в контексте двигательных, аффективных расстройств, нарушения поведения.
- Представители *англо-саксонской* группы психиатров (Г.Поттер, 1933 г.) при шизофрении у детей отмечали расстройства поведения, изменения речи, прогрессирующее течение с исходом в слабоумие.

История изучения детской шизофрении

- Французскими психиатрами детская шизофрения стала рассматриваться в круге конституциональных психозов.
- Истоки этого направления исходят к учению Б. Мореля (1860), В. Маньяна, М. Легрена (1886) о дегенеративных состояниях.
- Фр. Блондел (1959), А. Ландри (1959), П. Корбоз (1962) к этим известным симптомам добавляют нарушения соматики и аутизм.
- Клиническому направлению французской детской психиатрии оказались близки исследования канадских психиатров Дж. Делаже (1960), Ф. Ворда и Б. Ходдинота (1968).
- Они предполагали возможность развития шизофрении у детей в возрасте до 3 лет.

История изучения детской шизофрении

- Эволюционно-биологическое направление исследований представлены в американской детской психиатрии (А. Гаселл, 1945; Б. Фиш, 1979; Л. Бендер, 1958).
- Высказано положение о том, что шизофрения в детстве исчерпывается симптомами преждевременного развития.
- По мнению Л. Бендер, феномены, возникающие при шизофрении раннего возраста, есть видоизмененные нормальные формы поведения, присущие только детскому возрасту.

История изучения детской шизофрении

- Г.Е. Сухарева и В.В. Ковалев высказали идеи о взаимовлиянии возрастных и патогенных факторов и о необходимости их познания при изучении шизофрении раннего детства.
- Их исследования привели к созданию в учении о детской шизофрении самостоятельного течения, посвященного патологии развития, так называемому **шизофреническому дизонтогенезу**.

Шизофрения

- характеризуется тяжелыми психотическими симптомами, такими как разнообразные формы бреда, галлюцинации, расстройства мышления, чрезвычайно дезорганизованное поведение, кататония (моторные дисфункции: от перевозбуждения до полной неподвижности), крайне неадекватные или бедные эмоциональные реакции, а также значительные ухудшения или нарушения социального функционирования.

Распространенность

- Распространенность заболевания шизофренией составляет от 0,14 до 1,0 случая на 10 000 детей.
- Шизофрения встречается среди взрослых в 100 раз чаще, чем среди детей.
- Детская шизофрения наступает в более раннем возрасте (2-4 года) у мальчиков, и встречается в два раза чаще у мальчиков, чем у девочек.
- Указанные половые различия исчезают в подростковом возрасте.

1. Высокая наследственная отягощенность детской шизофрении.

Изучение детей, рожденных от матерей, больных шизофренией, показало наличие у них различные отклонения от нормы в раннем развитии: гиперактивность, ригидность, изменение походки, нарушение внимания, «мягкие» неврологические знаки, задержка всего физического развития.

Ключевые признаки детской шизофрении

- — В большинстве случаев начало болезни приходится на поздний подростковый или юношеский возраст, шизофрения встречается и у детей.
- — Детская шизофрения развивается постепенно, а не наступает внезапно; при этом у больных детей проявляется целый ряд различных нарушений, предшествующих появлению психотических симптомов.
- — Если болезнь начинается в детстве, симптомы продолжают проявляться также в юношеском и в зрелом возрасте.
- — Детская шизофрения влечет за собой самые серьезные негативные последствия для общего развития и школьной успеваемости ребенка.

Предвестники («зарницы»)

- Эти явления удастся выявить нечасто, когда собирают анамнез у близких, и о них обычно ничего не рассказывает сам больной в период приступа болезни.
Скорее их удастся обнаружить, когда больного в период хорошей ремиссии расспрашивают о том, что предшествовало заболеванию. Многие предвестники проходят незаметными для окружающих.
- «Зарницы» встречаются у подростков в 29 % случаев.
- «Зарницы» - это короткие, abortивные, порою молниеносные психотические эпизоды.
- Они появляются за месяцы и даже за годы до начала заболевания.
- Возникать могут внезапно, без видимых причин, но бывают также спровоцированы психогенными или соматогенными факторами.
- Одним из наиболее частых провокаторов у подростков мужского пола является алкогольное опьянение или употребление наркотических средств.

Типы предвестников

1. Нелепые поступки, мотивы которых остаются непонятными самому подростку («так, нашло», «сам не знаю, почему так сделал»). Когда же окружающие требуют от подростка объяснений и делают это слишком упорно и настойчиво, то он, будучи не в силах сам понять своих действий, придумывает наиболее удовлетворяющие взрослых версии, иногда - разные - одну для родителей, другую - для врача и т. п.

Типы предвестников

- **2. Эпизодические галлюцинации** чаще всего в виде окликов по имени или голосов, произносящих отдельные фразы. Обычно возникают, когда подросток остается один. Столь же эпизодическими могут быть явления психического автоматизма

Типы предвестников

- **3. Бредовые эпизоды, длительность которых исчисляется минутами, редко часами**

Типы предвестников

- **4. Аффективные эпизоды** - внезапные короткие приступы немотивированного страха, развивающиеся без всякой причины и длящиеся обычно всего несколько минут

Типы предвестников

- **5. Эпизоды дереализации и деперсонализации** отличаются от тех же явлений, встречающихся как транзиторные феномены у здоровых подростков, тем, что в эти моменты полностью утрачивается критическое отношение к переживаемому по миновании этих эпизодов они оцениваются критически

- К основным симптомам детской шизофрении такие исследователи как Т. Симсон, Г. Сухарева, Д. Дюше, Б. Фиш относят аутизм.
- При аутистических нарушениях у детей речь идет не о замкнутости, а скорее о невозможности контактов.
- Аутистические состояния у детей нужно представлять как пустоту, так как в них нет никакого содержания.
- У таких детей основными расстройствами будут утрата интересов, расстройства в связи с нарушением контактов, а не в связи с органическими дефектами.

- Т. Симсон (1948) в аутистических фантазиях у детей обнаружила элементы, присущие бреду.
- Бред «неродных родителей» у детей школьного возраста тщательно изучался (В.Н. Мальцева; М.И. Моисеева; И.К. Руднева).
- Некоторые исследователи считают, что фантазирование у детей приобретает бредоподобный характер не ранее чем в пяти-семилетнем возрасте.
- Л.Я. Жезлова, В.М. Башина, Т. Симсон исследовали галлюцинаторные расстройства маленьких детей, больных шизофренией, а также возможности их (расстройств) раннего появления с момента становления речи.

- Еще в 40-ых годах нашего столетия Н.И. Озерецкий предположил, что у детей дошкольного возраста возможны деперсонализационные расстройства.
- К их изучению позднее подходили Т. Симсон, М.Ш. Вроно, В.В. Коваль и другие.
- Исследователи отмечают в клинике ранней детской шизофрении вазовегетативные расстройства в виде нарушений аппетита, сна, акроцианоза, изменений в росте, массе тела (Г. Хьюер, 1958; А. Ландри, 1959; Дж. Делаже, 1960 и другие).

- В последние годы большое внимание уделяется изучению аффективных расстройств при малопрогрессирующей ранней шизофрении у детей.
- Были даны характеристики гипоманиакальных и депрессивных состояний с навязчивостями, деперсонализационными расстройствами, затяжных и маскированных гипоманий и депрессий с психопатическими и соматовегетативными расстройствами (В. М. Башина, Г.Н. Пивоварова, 1968).

Инициальный (доманифестный) период

- Отличается от предвестников («зарниц») тем, что непосредственно предшествует заболеванию и обычно не содержит никаких симптомов, указывающих на развитие шизофрении.
- Проявления в этом периоде неспецифичны.
- Чаще всего - это отдельные невротические и астенические симптомы: плохое самочувствие, плохой сон, падение работоспособности, дурное или крайне изменчивое настроение, утрата привлекательности прежних занятий или какая-то взбудораженность, необычный или даже неприятный подъем

- Иногда в инициальном периоде приходится встречаться с состояниями, как бы контрастными, будущим проявлениям психоза.
- Началу простой формы может предшествовать период, когда активность необычно усилена, кататонно-гебефреническому синдрому - период повышенной эмоциональности и впечатлительности, паранойяльному дебюту - навязчивые опасения, страхи, некоторая сенситивность и т. п

Дебют (манифестация)

- Начало может быть острым (часы и дни), подострым (недели) или постепенным на протяжении месяцев и даже лет.
- В случаях острого дебюта встречается острый полиморфный синдром, реже кататоническое возбуждение, острые гипертоксический и аментивный синдромы.
- Параноидный синдром в дебюте обычно бывает при подостром начале.
- Постепенное развитие болезни свойственно простой форме, паранойяльным, психопатоподобным и неврозоподобным дебютам

- При начале шизофрении в пубертатном возрасте в структуру негативных изменений личности входят признаки дисгармонического психического инфантилизма (дефект по типу психического инфантилизма).

- Бред и галлюцинации имеют менее сложную, чем в зрелом возрасте, структуру и содержат детскую тематику.
- Сложно провести границу между такими патологическими симптомами, как бред и обычные фантазии, вызванные игрой воображения и характерные для многих маленьких детей.
- В отличие от взрослых, маленькие дети могут не испытывать дискомфорта и не ощущать дезорганизирующего характера проявляющихся у них психотических симптомов.
- На ранних стадиях развития дети могут не отличать их от своих нормальных переживаний.
- Фантазии вычурные

Галлюцинации

- Слуховые галлюцинации появляются в 80% случаев при наступлении болезни до того, как ребенку исполняется 11 лет.
- У 40-60% детей, страдающих шизофренией, возникают также зрительные галлюцинации.

- Чем раньше начинается и чем длительнее процесс, тем больше нарастающее опустошение, холодность к родным, утрата душевных связей.
- Соматические особенности в виде эндокринной недостаточности, недоразвития моторики (угловатость и неуклюжесть движений, лицо без эмоций) часто наблюдаются в картине **детской шизофрении**, особенно при вяло текущих вариантах.

- Вычурные увлечения и интересы.
- Например, вместо детских книг они охотнее читают справочники, словари.
- Занимают вопросы мироздания, астрономии, изучения древностей.
- Эти дети рано задают вопросы философского характера.
- Игры таких детей однообразны, вычурны, характер игры может не меняться очень длительное время.

Патологическое (бредоподобное) фантазирование – наблюдается

преимущественно у детей дошкольного возраста.

- Патологическое фантазирование в начале своего появления почти не отличается от обычных фантазий ребенка, однако в дальнейшем оно приобретает совершенно оторванный от реальности характер и нередко связано с обманами чувств.
- Ребенок начинает уживаться с персонажами своего фантастического мира, в котором ему разрешается все, что в обычной жизни ему недоступно.
- Он живет стереотипной жизнью игры, которая диаметрально противоположна окружающей действительности.
- В своих фантазиях ребенок пытается реализовать свои неосуществимые в реальной жизни стремления, мечтает о могуществе, открытии неведомых стран, увлекается изобретениями, вопросами философского характера – что такое жизнь, время, кто такие люди и т.д.
- Утверждая (фантазируя), что он заяц или лошадка, ребенок отказывается от обычной пищи и может требовать траву, сено, зерно и т.п.

Абулия у детей школьного возраста – наблюдается в выраженной форме

- В этом случае ребенок становится вялым и апатичным, перестает проявлять свойственную ему до этого активность, замыкается в себе, становится малодоступным и непонятным для окружающих. Склонность к длительному бездеятельному существованию, нарастающая вялость, снижение психической активности, резкое падение работоспособности – как бы хроническая усталость – являются ранними характерными признаками шизофрении.
- Ребенок перестает выполнять свои обязанности, ничем не интересуется, бесцельно бродит по дому из угла в угол, часам или днями находится в постели, у него отсутствуют влечения и желания, он отказывается посещать детский сад или школу, не общается с родными и друзьями, становится неряшливым.
- Снижение волевой активности приводит к тому, что ребенок перестает выполнять даже самые простые действия (например, если ему не предлагать пищи, то он может не принимать ее, целыми днями лежа в постели.)
- Наряду с нарушениями волевой активности нередко наблюдаются немотивированные, нелепые поступки импульсивного типа. Неожиданно на фоне спокойного состояния больной ребенок может громко закричать, неожиданно ударить взрослого или поцеловать незнакомого человека, цинично выругаться, упорно добиваться реализации нелепого желания.

Эмоциональная тупость

- Вследствие нарастающего угасания эмоций больной ребенок теряет контакт с окружающими, становится безразличным к тому, что в прошлом составляло основу его интересов, проявляет равнодушие к родным и друзьям, к своей жизни.
- Утрачивается чувство такта, появляются грубость, беззастенчивость, по малейшему ничтожному поводу возникает взрыв ярости, и, напротив, на воздействие сильного раздражителя не проявляется никакая ответная реакция.

Вычурность мышления

- Она характеризуется отрывом мышления от реальности, склонностью к бесплодному мудрствованию и символике.
- Одни больные очень много говорят, другие совсем перестают разговаривать или осторожно повторяют отдельные слова или фразы, нанизывая их в беспорядке одна на другую.
- Их речь изобилует новыми словами, не встречающимися в обиходе.
- В письменной речи преобладают вычурные буквы, завитушки, подчеркивание, обилие знаков препинания и символических обозначений и т.п.

Кататоническая форма

- В отдельных случаях характеризуется нарастающей замкнутостью, отрешенностью от окружающей действительности и депрессией, но чаще при ней отмечаются кататоническое возбуждение, переходящее в ступор, сильное напряжение мышц, застывание в причудливых позах, неподвижность, негативизм и отказ от пищи и речевого контакта.

Гебефреническая или юношеская форма шизофрении

- Характеризуется медленным течением шизофрении, наблюдается в старшем школьном и юношеском возрасте.
- Ведущим признаком заболевания является дурашливость с немотивированным весельем и двигательным возбуждением. Постоянными симптомами этой формы болезни являются нелепая веселость с манерностью, черты дурашливости, одни и те же нелепые выходки, склонность к чудачеству, гримасничанью и кривлянью.
- При этой форме также нередко наблюдаются галлюцинации и бредовые идеи, которые обычно носят отрывочный и изменчивый характер, и придуманы как бы с целью повеселить собеседника.
- В большинстве случаев исходом болезни является слабоумие с характерной дурашливостью.

Простая форма шизофрении

- Начинается в любом возрасте, но чаще встречается в детские годы.
- Ведущими признаками болезни являются прогрессирующая утрата интересов, нарастающая вялость, эмоциональное безразличие, замкнутость и снижение показателей, связанных с интеллектом.
- Эпизодически возникают галлюцинации и параноидное состояние, сопровождающиеся злобной агрессивностью по отношению к родным и близким людям, которые обычно настойчиво требуют, чтобы ребенок посещал школу.
- Дети уходят из дому, проводят время в бесцельных скитаниях по улицам, вовлекаются в антиобщественные поступки.

Приступообразное течение

- В подростковом возрасте чаще встречается у девочек.
- Первые приступы («шубы») нередко заканчиваются практическим выздоровлением («полная ремиссия»).
- С третьего-четвертого приступа ремиссии обычно уже бывают неполными. Во время них отчетливо проступают основные симптомы шизофрении - эмоциональное оскудение, падение активности, замкнутость, иногда - остаются некоторые формальные нарушения мышления

- **Приступообразно-прогредиентная шизофрения** - одна из самых частых форм у детей и подростков.
- В детстве приступы бывают стертыми: аффективными, аффективными с рудиментарным бредом, фобиями.
- У подростков приступы более развернутые, вплоть до кататоно-бредовых, кататоно-гебефренных.
- Исходы этой формы варьируют от слабоумия, напоминающего тяжелые степени олигофрении, до олигофрено-подобного дефекта типа дебильности.

Непрерывно-прогредиентный тип

- Постепенное начало
- Острые дебюты возможны при обоих типах течения
- Однако начало с острого полиморфного синдрома чаще бывает при приступообразном течении, а параноидный и кататоно-гебефренический синдромы даже при остром их начале обычно встречаются при непрерывно-прогредиентном типе

- У подростков вялотекущая шизофрения проявляется утрированным пубертатным кризом, деперсонализацией, дисморфофобией, психо-патоподобным поведением гебоидного типа.
- Постепенно начинают доминировать негативные расстройства. Формируется неглубокий личностный дефект по типу психического инфантилизма

Злокачественная юношеская шизофрения

- Наиболее обстоятельно описана Р. А. Наджаровым (1965 - цит. по «Шизофрения...», 1972).
- Она начинается в пубертатном периоде (13-18 лет) и представляет наиболее неблагоприятный вариант непрерывно-прогредиентного течения. С самого начала отчетливо выступают основные симптомы быстро нарастающее эмоциональное оскудение, падение инициативы и активности, замкнутость и отгороженность, выраженные формальные нарушения мышления.
- Эти симптомы бывают достаточно представлены еще на фоне острого полиморфного синдрома, которым нередко начинается эта форма шизофрении

Значение пубертатного периода

- Диаметральные противоположные точки зрения на происхождение психических заболеваний - от признания его главной причиной болезни до сведения его роли к фактору весьма второстепенному - патопластическому, способному лишь придать особую возрастную окраску картине.
- В действительности же роль пубертатного периода в различных случаях неодинакова. D. van Kreveken [Modern perspectives..., 1971] указал на возможность неодинакового значения пубертатного периода в генезе психических нарушений у подростков.

- 1. Болезнь начинается в подростковом возрасте только потому, что ее латентный период простирается на много лет, и поэтому она просто не успевает развиться в детстве.
- 2. Подростковый возраст накладывает свой отпечаток на картину нарушений, определяет своеобразие болезненных переживаний, т. е. выступает как фактор патопластический. Примером может послужить частота психопатоподобных нарушений поведения при разных нервных и психических заболеваниях у подростков.
- 3. Подростковый период выступает как фактор преципитирующий развитие нарушений, появившихся еще в детстве

- 4. Подростковый возраст может оказаться фактором предрасполагающим, т. е. предрасполагающим, делающим особенно чувствительным к определенным неблагоприятным влияниям среды.
- 5. Пубертатный период играет роль фактора, выявляющего скрытую до этого патологию, т. е. является фактором провоцирующим.
- Во время бурных эндокринных пертурбаций выступают латентные наследственные задатки, включая генетически обусловленные психические заболевания, осуществляется так называемая «фенотипическая экспрессия генетических признаков».
- В силу этого на подростковый возраст часто падают первые приступы и дебюты прогрессивной шизофрении и шизоаффективного психоза.

- 6. Подростковый период может быть главной причиной, ведущим звеном в развитии нарушений, т. е. являться фактором патогенетическим. Примером могут послужить патохарактерологические реакции, особенно тяжелые при выраженной акселерации развития. Однако пубертатный период не только способствует развитию всякого рода нарушений. Этот возраст несет также новые компенсаторные возможности.

Акселерация развития

- Ускоренное созревание подростков как массовое явление («эпохальная акселерация») проявилось во второй половине нашего столетия.
- В прошлых поколениях половое созревание начиналось у девочек в 12-14 лет, а у мальчиков в 13-15 лет и завершалось у девушек в 18-20, а у юношей в 20-23 года.
- С 50-х годов у многих подростков половое созревание стало начинаться раньше на 1-2 года, а физическая зрелость достигаться значительно быстрее. Если в прошлых поколениях рост скелета прекращался у женщин к 20-22 годам, а у мужчин в 23-25 лет, то при акселерации он стал заканчиваться у девушек даже к 16-17, а у юношей к 17-19 годам.
По сравнению с когортой подростков 30-40-х годов показатели окостенения скелета «помолодели» на 1-3 года.

- Акселерация является одним из факторов, предрасполагающих к нервно-психическим нарушениям.
- Среди подростков с различными психопатоподобными расстройствами акселерация встречается значительно чаще, чем в общей популяции.
- Она способствует также острым дебютам эндогенных психозов в 10-12 лет.

Инфантилизм и его виды

- На фоне общей акселерации задержка физического и сексуального развития стала особенно острой проблемой.
- Инфантилизм не менее, чем акселерация, может служить почвой для нервно-психических расстройств, как эндогенных (шизофрения, некоторые виды конституциональных психопатий и др.), так и психогенных.
- Физический инфантилизм часто сочетается с психическим, т. е. с незрелостью для данного календарного возраста поведения, интересов, с недостаточной самостоятельностью, недоразвитием чувства долга, ответственности и т. п. при вполне удовлетворительном интеллекте и способностях

Психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития

- Последние несколько десятилетий.
- Он обнаруживается в среднем и старшем подростковом возрасте и касается прежде всего интересов и поведения.
- Задерживается развитие чувства долга, ответственности, умения согласовывать свои желания с обстановкой, с интересами других, гибко учитывать ситуацию.
- Медленно формируются морально-этические принципы.
- Несмотря на ускоренное физическое развитие, иногда бросается в глаза детское выражение лица («лицо ребенка на туловище взрослого»).

Соматогенный инфантилизм

- В настоящее время при интенсивном лечении и правильном режиме инфантилизирующая роль соматогений отошла на задний план.
- Однако некоторую инфантилизацию стали вызывать хронические аллергические заболевания (бронхиальная астма, нейродермиты, даже тяжелые длительные тонзиллиты).

Психофизический или гармоничный инфантилизм

- Начинает выявляться с первых классов школы, но особенно явным становится именно в подростковом возрасте.
- Характерно грацильное, тонкое телосложение, мелкие черты лица, его не по возрасту «детское выражение», а также чрезмерная эмоциональная и вегетативная лабильность.
- Отставанию в физическом созревании соответствует сохранение интересов и увлечений, а также манеры вести себя, свойственных более младшему возрасту.
- Не только в среднем, но даже и в старшем подростковом возрасте доминирует интерес к играм.
- Такие подростки любят компании более младших товарищей и отличаются несамостоятельностью, детской бесцеремонной требовательностью, капризностью и некоторой наивностью при достаточном запасе знаний - учатся обычно вполне удовлетворительно.

Церебрально-органический гипогенитализм

- Следствие негрубого резидуального поражения головного мозга после тяжелых нейроинтоксикаций или длительных истощающих заболеваний в раннем детстве.
- Внешние проявления здесь сходны с конституциональным гипогенитализмом, но к ним добавляются рассеянность, плохая память, невысокий интеллект и связанные с ними трудности обучения, а также склонность к ипохондричности.
- Часто наблюдается энурез, даже в школьные годы.
- В 16-18 лет инфантилизм может сменяться, хотя запоздалым, но весьма бурным половым созреванием, напоминающим акселерацию по типу интенсификации с аффективностью и вегетативными проявлениями диэнцефальной дисфункции.
- Гипофизарный инфантилизм (субнанизм) встречается относительно редко. Маленький рост, недоразвитые гениталии сочетаются с не по-детски серьезным выражением лица («маленькие старички») и с определенными психическими особенностями - обстоятельностью, хозяйственностью, стремлением опекать малышей, играть с ними в детские игры. Инфантильные черты обнаруживаются еще с детства.

Дисгармоничный (эндокринопатический) инфантилизм

- Бывает связан с нарушением или некоторой недостаточностью функции эндокринных органов - гипофиза и половых желез прежде всего (гипогенитальный и гипофизарный инфантилизм).

- От подросткового возраста неотделимы следующие синдромы:
дисморфоманический, аноректический,
синдром "метафизической
интоксикации".

Дисморфоманический синдром

- У подростка может иметься явный физический дефект, к которому он относится спокойно, а переживания концентрируются на вымышленном недостатке.
- Маскировка этого недостатка носит нелепый характер.
- В преморбиде может не отмечаться чувствительности к мнению окружающих.
- Дисморфомания порой начинается внезапно, без внешней провокации в виде критических замечаний окружающих по поводу внешности подростка.
- Идеи отношения выходят за дисморфоманическую тематику: подросток считает, что на него обращают внимание по причине плохого к нему отношения.
- Внешнему дефекту даются нелогичные объяснения: онанизм, перегрев на солнце и т. д.
- Вместе с дисморфоманией отмечается и другая шизофреническая симптоматика: нарушения мышления, деперсонализация, навязчивости и т. д. Нарастают расстройства негативного регистра.

Аноректический синдром

- Чаще встречается у девочек.
- При шизофрении часто отмечается не просто ограничение в еде, а использование вычурных диет. Чувство голода обычно слабое, что говорит о возникновении расстройства из глубин организма.
- Возникает влечение к вызыванию рвоты не только ради цели похудеть, а ради самого процесса.
- Постепенно появляются другие шизофренические симптомы, нарастает негативная симптоматика, нарушается социальная адаптация.
- Характерна отчужденность и даже враждебность по отношению к близким. Наряду со стремлением к стройности уживается откровенная неряшливость, неопрятность.

Синдром шизофренической "метафизической интоксикации"

- Странные, алогичные, малопродуктивные размышления на различные философские темы.
- Иногда больные шизофренией в отличие от шизоидов говорят об амбивалентном отношении к своему философствованию: они бы и не хотели им заниматься, но что-то внутри заставляет их беспрерывно рассуждать.
- Больные редко ищут единомышленников, не борются за претворение своих идей в жизнь, не способны ярко и увлекательно изложить свои мысли, "расплываются" в резонерстве.
- Также имеется другая шизофреническая симптоматика, нарастание негативных расстройств.