

Эволюция взглядов на детскую шизофрению

Александр Владимирович Горюнов

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Александр Владимирович Горюнов, sasha.gor@rambler.ru

Резюме

Обоснование: разработка концепции детской шизофрении имеет более чем вековую историю, но еще далека от завершения в связи со значительными различиями в диагностических подходах. **Цель:** проанализировать эволюцию взглядов на шизофрению у детей от донозологического периода до настоящего времени с акцентом на основные направления и противоречия в изучении этого заболевания. **Материалы и методы:** по имеющимся в литературе источникам, в том числе с применением поиска по сочетаниям ключевых слов «детская шизофрения», «рано начавшаяся шизофрения», «шизофрения», «аутизм» по базам данных Medline/PubMed, Scopus и РИНЦ, составлен нарративный обзор научных публикаций. **Заключение:** после периода признания большинством психиатров единой сущности шизофрении для детского и взрослого возраста в рамках концепции раннего слабоумия со специфическими клиническими проявлениями в разные возрастные периоды происходит расхождение взглядов исследователей. Формируются два направления в изучении детской шизофрении, различающиеся по подходам к диагностике и трактовке заболевания у детей. В настоящее время продолжается дискуссия о единстве шизофрении при многообразии ее клинических проявлений в разные возрастные периоды. Накопление результатов исследований, показавших сходство клинических проявлений, генетических изменений, биологических параметров и семейной отягощенности при шизофрении, шизотипическом расстройстве и некоторых формах аутистических расстройств, создают предпосылки для рассмотрения этих заболеваний в рамках этиологического континуума.

Ключевые слова: история психиатрии, детская шизофрения, рано начавшаяся шизофрения, детский возраст

Для цитирования: Горюнов А.В. Эволюция взглядов на детскую шизофрению. *Психиатрия*. 2024;22(5):107–116. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-107-116>

REVIEW

УДК 616.895.8; 616.89-02-053

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-107-116>

The Evolution of Views on Childhood Schizophrenia

Alexandr V. Goryunov

FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Corresponding author: Alexandr V. Goryunov, sasha.gor@rambler.ru

Summary

Background: the development of views on childhood schizophrenia has more than a century of history, but is still far from complete, due to significant differences in diagnostic approaches. **Objective:** to analyze the evolution of views on schizophrenia in children from the prenosological stage to the present, with an emphasis on the main directions and contradictions in the study of this disease. **Materials and Methods:** a narrative review made up the sources available in the literature, using the combinations of keywords “childhood schizophrenia”, “early onset schizophrenia”, “schizophrenia”, “autism” in the databases Medline/PubMed, Scopus and RSCI. **Conclusion:** after the period of the unified essence of schizophrenia for childhood and adulthood recognition by most psychiatrists, within the framework of the concept of early dementia with specific clinical manifestations, there is a divergence of views at different age periods. Two directions in the study of childhood schizophrenia are being formed, differing in approaches to the diagnosis and interpretation of the disease in children. Currently, there is a debate about the unity of schizophrenia with a variety of its clinical manifestations in different age periods. The accumulation of research results showing the similarity of clinical manifestations, genetic changes, biological parameters and family burden in schizophrenia, schizotypal and some forms of autistic disorders create prerequisites for considering these diseases within the framework of an etiological continuum.

Keywords: history of psychiatry, childhood schizophrenia, early onset schizophrenia, childhood

For citation: Goryunov A.V. The Evolution of Views on Childhood Schizophrenia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(5):107–116. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-107-116>

Первые описания «помешательства» в раннем возрасте появились в конце XVIII в. [1], хотя преобладало мнение, что душевные расстройства могут развиваться только у зрелой личности, а у детей допускалась лишь констатация слабоумия. Однако уже в 1838 г. Ж.-Е. Esquirol написал, что, несмотря на редкость, «случаи безумия у детей... не являются исключением» [2]. W. Griesinger [3] в первом издании *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten* в 1845 г. также отмечал возможность наличия сумасшествия у детей, хотя и не такого «систематически выраженного во всех своих особенностях, как у взрослых». В 1857 г. В.А. Morel привел клинические описания случаев психозов у детей [4]. В 1866 г. W. Griesinger в третьем издании своего учебника отмечал, что в детском возрасте сумасшествие, конечно не частое явление, но можно «увидеть все его формы» [5]. Н. Maudsley [6], описывая в 1867 г. «каталептоидное безумие» у детей, показал одновременное присутствие в клинической картине «обездвиженности» и «зафиксированности в странных позах», «нечувствительности к впечатлениям», нарушений мышления, «бессвязного бреда», которые тесно связаны друг с другом, имеют «гибридный характер», а их разделение, по мнению автора, «искусственно».

Начиная с самых ранних описаний психозов у детей, авторы в первую очередь соотносили их с психотическими и кататоническими симптомами, выявляемыми у взрослых, такими как бред, галлюцинации, психические автоматизмы, ступор, восковая гибкость, ригидность и автоматическое подчинение, которые действительно редко встречаются у детей до подросткового возраста. Естественно, что максимальное сходство выявлялось в наиболее злокачественных формах заболевания [7–9]. В начале XX в. в соответствии с предложенной Е. Kraepelin [10] концепцией раннего слабоумия, началось сопоставление синдромов dementia praecox в возрастном аспекте.

С. De Sanctis [7] в 1906 г. для обозначения случаев препубертатного раннего слабоумия предложил использовать термин dementia praecocissima, а в 1908 г. описал случай кататонической инфантильной формы раннего слабоумия (dementia praecocissima catatonica). J. Raecke [11] в 1909 г. выделил в рамках преждевременного слабоумия психозы у детей с кататоническими расстройствами. В дальнейшем многими исследователями была показана возможность развития шизофрении с кататоническими, гебефреническими, параноидными и аффективными расстройствами у детей и подростков [12–15]. Е. Bleuler [16] в 1911 г. писал, что, несмотря на редкость, «... есть случаи, которые можно квалифицировать как первичную шизофрению, восходящую к первому году жизни». А.Н. Бернштейн [12] считал возможным развитие шизофрении у детей не только дошкольного возраста, но и высказывал предположение о внутриутробном начале заболевания в некоторых случаях. М.О. Гуревич [17], анализируя 18 наблюдений больных детей, также допускал развитие шизофрении в дошкольном возрасте. Е.С. Гребельская, Т.П. Симсон,

И.У. Майзель, В.П. Кудрявцева описали возникновение процесса в ранние годы и даже на втором году жизни ребенка, иногда же, по мнению авторов, «начало установить не удастся, так как оно теряется в самом раннем возрасте» [18–21].

Т.И. Юдин [22] рассматривал нарушение психического развития у детей с шизофренией как врожденную неполноценность мозга, отличая ее от врожденного слабоумия, и одним из первых высказал предположение о том, что шизофрения с началом в детском возрасте может протекать и благоприятно.

В первой трети XX в. установленное сходство злокачественных форм детских психозов и исходных состояний раннего слабоумия у взрослых привело к признанию большинством психиатров единой сущности заболевания и возможности развития шизофрении в любом возрастном периоде, но с особенностями клинических проявлений в детском возрасте [7–9, 19, 23, 24]. В этот период шизофрению у детей в большинстве научных руководств рассматривали как заболевание с нарастающим слабоумием, эмоциональным обеднением, кататонией, гебефренией, аутизмом, двигательными стереотипиями без свойственных взрослым бреда и галлюцинаций.

В определенной степени установление клинического сходства злокачественных форм детских психозов и раннего слабоумия Е. Kraepelin в зрелом возрасте решило задачу о признании возможности единства шизофрении в любом возрастном периоде. Одновременно подчеркивалось, что для детей нехарактерны свойственные взрослым бред и галлюцинации, а деменция проявляется остановкой психического развития [7–9, 20, 23, 24]. Главной задачей клиницистов на том этапе была дифференциация шизофрении, начавшейся в детском возрасте, и врожденных органических деменций, потому что при раннем начале шизофрении вызывает «грубую деструкцию, которую трудно отличить от повреждения органическим процессом» [23, 24].

В 1933 г. Н. Potter [25] привел диагностические критерии шизофрении, которые могут быть применимы как к детям, так и ко взрослым: отрешенность от окружающей действительности; особенности мышления, проявлений чувств и поступков; нарушения мышления в виде обрывов, символизма, наплывов, персевераций, бессвязности и уменьшения речевой продукции, вплоть до мутизма; нарушение эмоционального контакта; уменьшение и искажение аффекта; изменение поведения либо с чрезмерной активностью, либо со ступором и вычурностью движений. Можно заметить, что они идентичны выделяемым Е. Bleuler [16] первичным симптомам шизофрении: ассоциативные нарушения мышления и речи (дезинтеграция), амбивалентность и амбитендентность (волевая неустойчивость), аффективная инконгруэнтность, аутизм (отрыв от реальности).

Постепенно утверждение об идентичности клинической картины и преемственности этапов шизофрении

у взрослых и детей сменилось признанием большего разнообразия проявлений и форм шизофрении у детей, юношей и взрослых, в том числе в разные возрастные периоды у одного и того же больного, что вело к нозологической эклектике. В связи с этим, несмотря на наличие при ранней детской шизофрении «ядерных» дефицитарных изменений, рассматриваемых в качестве базисного расстройства (по Е. Kraepelin), отсутствие продуктивных симптомов до достижения подросткового возраста в тех клинических проявлениях, которые свойственны взрослым, легло в основу дискуссии о принципиальной возможности развития шизофрении в раннем детском возрасте. Эта дискуссия сопровождалась постепенным, но значительным расхождением представлений исследователей разных психиатрических школ по базовым вопросам — о возрасте возможной манифестации шизофрении в детстве, клинических проявлениях, степени прогрессивности и структуре дефекта, нозологической принадлежности вялотекущих форм (шизотипического расстройства), а также по проблеме взаимовлияния развивающейся личности и процесса.

К середине XX в. в психиатрии сформировалось два концептуально различных направления. Представители первого направления отрицали возможность развития шизофрении в детском возрасте, основываясь на том, что несформировавшаяся личность не может распасться, а также на отсутствии единых с клиникой «взрослой» шизофрении психотических синдромов [26–30].

Первое направление наиболее активно развивалось в американской психиатрии. После работы L. Kanner [31], описавшего в рамках ранней шизофрении особую подгруппу детей, проявлявших «крайнюю аутистическую изоляцию», и назвавшего это состояние «детским аутизмом», началось активное изучение состояний, сопровождающихся аутизмом.

В 50-х и 60-х гг. XX в., несмотря на утверждающееся мнение о детском аутизме как отдельном заболевании, термины «аутизм», «детская шизофрения» и «детский психоз» продолжали использоваться для описания одних и тех же состояний у детей, в зависимости от традиций учреждения, где был установлен диагноз [32]. В американских и европейских классификациях (DSM-I (1952 г.), DSM-II (1968 г.), МКБ-7 (1955 г.) и МКБ-8 (1967 г.)) аутизм продолжал рассматриваться как синдром детской шизофрении с ранним началом. Однако к 70-м гг. XX в., под влиянием исследователей, представлявших первое направление и ограничивающих шизофрению у детей только случаями с психотическими симптомами [33, 34], доминирующим в зарубежной психиатрии становится представление о том, что шизофрения может быть диагностирована только при наличии психотических расстройств и крайне редко в детском возрасте. В результате в МКБ-9 (1978 г.) аутизм и детская шизофрения были разделены и признаны самостоятельными заболеваниями с присутствием в классификации обоих диагнозов. В это же время

в DSM III (1980 г.) ранний детский аутизм также был выделен в самостоятельное расстройство, но диагноз «детский тип шизофрении» был полностью исключен. Такие же изменения спустя 14 лет были произведены и в МКБ-10 (1994 г.). Исчезнувшая из зарубежных систематик детская шизофрения стала преимущественно оцениваться синдромально или диагностироваться в рубриках первазивных расстройств, в частности раннего детского аутизма.

Представители второго направления, опираясь на учение о единстве закономерностей течения и форм шизофрении с учетом отличий в клинических проявлениях, обусловленных возрастом, считали возможным начало заболевания в любом возрасте, начиная с самого раннего, с высокой частотой неразвернутых, латентных, вялотекущих форм заболевания у детей [35–42]. Допуская возможность развития шизофрении на любом возрастном этапе, эти исследователи ставили задачей выявление специфических особенностей течения заболевания и клинической картины, вносимых возрастной фазой, определение изменений в нормальном развитии ребенка, как связанных с уже активным процессом, так и на доманифестном этапе, включая изучение особенностей преморбидного периода и социального функционирования. Г.Е. Сухарева [36, 39] описала как случаи злокачественного течения с формированием олигофреноподобного дефекта, так и случаи относительно благоприятного течения с развитием парциального дефекта, проявляющегося личностными аномалиями. Отмечая невыраженность психопатологической симптоматики и отсутствие «чистых» типов, Г.Е. Сухарева выделяла простую, гебоидную, кататоническую, параноидную и неврозоподобную формы. При этом сама автор считала, что вялотекущие формы являются вариантами простой формы шизофрении (шизофрения симплекс) с доминированием той или иной симптоматики, чаще без точной даты начала, с нерезкими обострениями, без грубого процессуального дефекта.

Очень важными для дальнейшего развития учения были работы Т.П. Симсон [37, 38], в которых впервые была подробно описана шизофрения в раннем детском возрасте. Особенное внимание Т.П. Симсон уделяла установлению связи между клинической картиной болезни и степенью зрелости больного на основании систематики основных симптомов и синдромов шизофрении. Эти работы послужили основой для эволюционного направления исследований шизофрении.

М.С. Вроно [40] выделял характерные для разных возрастных периодов продуктивные синдромы, в частности, «детские страхи», нарушения речи, бредаподобные фантазии как характерные для детского возраста, а гебоидный синдром, дисморфофобию и анорексию — как свойственные пубертатному периоду. В работе И.А. Козловой [41] показано единство закономерностей течения разных форм шизофрении, включая вялотекущую, в зрелом и детском возрасте, а проведенный автором [42] генетико-корреляционный анализ

семейной отягощенности показал нозологическое единство разнообразных форм детской шизофрении, при этом наибольшая степень генетической общности была обнаружена для злокачественной и вялотекущей форм детской шизофрении.

Особенное внимание уделялось длительному катамнестическому наблюдению, в ходе которого возможно подтвердить первичную диагностику, изучить течение, прогрессивность, тип дефекта и соответственно определить критерии прогноза, наиболее эффективные методы терапии и реабилитации. Проведенное катамнестическое исследование А.Н. Чеховой [43] показало, что у многих пациентов, заболевших шизофренией в детстве, в процессе взросления физиологический процесс смягчал или компенсировал дефект, что позволяло им жить в домашних условиях. В.М. Башина [44, 45], на основании 20-летнего клинико-катамнестического изучения когорты детей, больных шизофренией, описала клинику и динамику «ранней детской шизофрении», при этом оказалось, что благоприятные исходы при рано начавшейся шизофрении отмечаются почти в половине случаев. Однако под благоприятными исходами автор понимала широкий спектр социальной адаптации — от возможности жить вне стационара для хронических больных до получения образования и трудоустройства.

Л. Bender [46] считала возможным развитие шизофрении с младенческого возраста и рассматривала это заболевание как «пожизненный длительный патологический процесс, вовлекающий развивающую интеграцию всех поведенческих функций...», при котором «возникает огромное разнообразие биологических и психологических механизмов, имеющих склонность изменяться в каждом периоде жизни индивидуума». Это в свою очередь приводит к различным вариантам проявления болезни — от «задержки или регресса интеллектуального и личностного развития, невротических реакций, психопатического поведения и психотических эпизодов до... незаметной жизни среди других, но обособленно от них (аутисты), при наличии изолированно высоких творческих способностей». Важно отметить: Л. Bender [47] полагала, что больной шизофренией может как в той или иной степени «справиться с патологическим процессом с помощью защитных механизмов против дезорганизующих влияний» так и «потерпеть неудачу в этих компенсирующих механизмах и таким образом стать хроническим психотическим больным», однако «полное излечение шизофрении» представлялось Л. Bender сомнительным. Подводя промежуточный итог более чем 15-летнему катамнезу, Л. Bender писала, что «Шизофрения, особенно в детстве, не синоним психоза. Многие дети, больные шизофренией, никогда не бывают психотическими больными. В течение жизни индивидуум, который имеет черты шизофрении с раннего детства, может перенести психотические эпизоды, но их может и не быть». Эволюционная концепция пластичности Л. Bender, нашедшая частичное подтверждение

в дальнейших работах других исследователей [48, 49], вызвала новую волну активной дискуссии и серьезной критики за расширение понятия детской шизофрении, недостаточное внимание к продуктивным симптомам, многомерность причинных факторов.

В России до конца 90-х гг. использовались преимущественно отечественные систематики психических расстройств, рубрики которых были соотносимы с рубриками МКБ-9. В процессе адаптации МКБ-10 [50] к использованию в практическом здравоохранении Российской Федерации в рубрику Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29) был введен специальный раздел — «шизофрения, детский тип» (F20.8xx3), к которому относили случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, не относящиеся к другим выделенным типам шизофрении и характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе возникающие в раннем детстве с формированием дефекта олигофреноподобного типа. В раздел Шизотипические расстройства (F21) были включены вялотекущая шизофрения и синонимичные диагнозы, такие как латентная шизофрения, латентная шизофреническая реакция, неврозоподобная (псевдоневротическая) шизофрения, психопатоподобная (псевдопсихопатическая) шизофрения, «бедная симптомами» шизофрения, предпсихотическая шизофрения, продромальная шизофрения, пограничная шизофрения, шизотипическое личностное расстройство.

Благодаря этим дополнениям МКБ-10 могла сопоставляться с отечественными систематиками и использоваться в отечественной психиатрической науке, в том числе для продолжения развития научного направления, заложенного А.В. Снежневским, Р.А. Наджаровым, Г.Е. Сухаревой, Т.П. Симсон и развиваемого А.С. Тигановым, А.Б. Смулевичем., М.Я. Цуцельковской, М.С. Вроно, И.А. Козловой и многими другими. Следует отметить, что в ICD-10 [51], использовавшейся в Европе с 1994 до 2023 г., не содержится рубрик «детская шизофрения» и «вялотекущая шизофрения», поэтому европейские психиатры не только не используют, но и не понимают смысловое наполнение применяемых в отечественной психиатрии этих дефиниций.

На основе систематики детской шизофрении Г.Е. Сухаревой и разработанного А.В. Снежневским динамического подхода, предполагающего зависимость между типом течения болезни и его синдромальной характеристикой на каждом этапе развития заболевания, М.Ш. Вроно [52] предложил классификацию детской шизофрении, которая в дальнейшем была доработана сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ под руководством И.А. Козловой [53].

Принцип систематики детской шизофрении был построен на основе динамического подхода, изучения зависимости между типом течения болезни и его синдромальной характеристикой на каждом этапе развития заболевания, начиная с 2–4 лет. В этой классификации в качестве самостоятельной формы болезни

выделялась вялотекущая шизофрения в детском возрасте (без четкой дифференциации по типу течения). Авторы отмечали, что клиническая картина детской шизофрении и ее прогноз в большой степени зависят от возраста начала заболевания, а наличие психотических симптомов не является основным условием для диагностики детской шизофрении. Уже на начальных этапах заболевания у детей формируется типичный для шизофрении психический дефект, биологической сущностью которого является дизонтогенез, в ряде случаев трудно отличимый от этапа простой шизофрении. Он проявляется в трех категориях расстройств: дефиците психической активности, нарушении межперсональных отношений, диссоциации психической активности, а основными факторами, влияющими на характер психического дефекта при шизотипическом расстройстве (ШТР), являются возраст начала болезни и степень ее злокачественности [54].

Это вполне согласуется с современными исследованиями, в которых перечисленные дефицитарные нарушения представлены более узкими симптомами, включая нарушения мышления, алогию, амбивалентность, апатию/абулию, аффективную неконгруэнтность с уплощенным аффектом, аутизм, асоциальность, и рассматриваются в рамках негативных расстройств [55–59].

В настоящее время шизофрения, в том числе в детском возрасте, определяется как генетически детерминированное заболевание, связанное с нарушением развития нервной системы с возможным участием таких экзогенных факторов как перинатальные воздействия, а также употребление психоактивных веществ. Шизофрения характеризуется наличием позитивных симптомов (галлюцинации, бред и дезорганизованная речь), негативных симптомов (притупленный аффект, абулия, апатия) и когнитивных нарушений [60–62].

Тем не менее сохраняются концептуальные разногласия между диагностическими подходами, применяющимися в отечественной психиатрии и предложенными современными классификациями. Эти расхождения во взглядах и в терминологии затрудняют сравнение эпидемиологических данных, результатов научных исследований и объективизацию фармакологической терапии.

В настоящее время в отечественной психиатрии детская шизофрения определяется как вариант эндогенного прогрессивного заболевания с возможностью начала в раннем детском возрасте, протекающего с утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными расстройствами, стойкими негативными проявлениями. Развитие заболевания в период формирования мозговых структур, физиологических и психических функций определяет возрастную патоморфоз заболевания, формирование типичного для детской шизофрении дефекта, наряду с сопутствующим нарушением развития личности — дизонтогенезом [63, 64]. При этом в случае возникновения заболевания в раннем детстве наиболее

вероятно аутистическое поведение, кататонические расстройства, формирование выраженного дефекта олигофреноподобного типа, однако не исключается возможность относительно благоприятного течения.

В то же время в DSM-5, ISD-11 (МКБ-11) подчеркивается, что основные характеристики шизофрении одинаковы во всех возрастах, но в детстве ее труднее диагностировать, поскольку многие симптомы шизофрении, например, дезорганизованная речь и поведение, встречаются при многих психических расстройствах, начинающихся в детстве (расстройствах аутистического спектра, обсессивно-компульсивном расстройстве и синдроме дефицита внимания с гиперактивностью и др.). При этом шизофрения с началом в раннем детском возрасте представляет собой тяжелую форму психотического расстройства, преимущественно хронического и с худшим исходом, чем при более позднем развитии [59, 65–67].

К шизофрении в детском возрасте, согласно международным классификациям, относят случаи заболевания с ранним началом (до 18 лет), которые диагностируются по общим критериям с шизофренией у взрослых и подразделяются на шизофрению с ранним началом (early onset schizophrenia, EOS) в возрасте 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 [59, 65]. 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 [67, 68]. В связи с этим в американских и европейских исследованиях этой проблемы в последние два десятилетия все случаи с началом заболевания в дошкольном возрасте и почти все случаи с началом в младшем школьном возрасте остаются за пределами спектра шизофрении.

Можно констатировать, что в настоящее время между диагностическими подходами, применяющимися в отечественной психиатрии, и предложенными современными классификациями, сложился определенный консенсус по вопросу возможности начала шизофрении в подростковом и юношеском возрасте. Однако сохраняются концептуальные разногласия в отношении развития шизофрении в самом раннем возрасте. Эти проблемы касаются и оценки наблюдаемых аутистических расстройств, роли кататонической симптоматики, категоризации модуса наблюдаемых негативных расстройств при шизофрении, начавшейся в детском возрасте.

Между тем позиция по разграничению шизофрении на основании возраста приводит не только к проблемам в сравнении эпидемиологических исследований и интерпретации результатов клинических работ. Отказ от диагностики шизофрении в детском возрасте приводит к тому, что пациенты с уже начавшимся расстройством находятся вне психиатрического наблюдения

или долгое время наблюдаются с синдромальными диагнозами, в связи с чем активная, патогенетически направленная фармакологическая терапия начинается лишь при отчетливом обострении состояния [69–71]. Это подтверждается очень частым — от 20 до 40% случаев — развитием психотических форм шизофрении у больных с установленным диагнозом шизотипического расстройства [72, 73], что, по мнению некоторых исследователей, может быть связано с несвоевременной начатой терапией [63, 74, 75].

В настоящее время накопление результатов исследований, показавших сходство клинических проявлений, генетических изменений, биологических параметров и семейной отягощенности при шизофрении, шизотипическом расстройстве и расстройствах аутистического спектра, создают предпосылки для рассмотрения этих видов психической патологии в детстве в рамках этиологического континуума [76–79].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, развитие взглядов на детскую шизофрению имеет более чем вековую историю, но еще далеко от завершения. Все вышеизложенное поддерживает дискуссию о единстве шизофрении при всем многообразии ее клинических форм, возможности неопределенно раннего начала, а также допускает трактовку некоторых психотических форм аутизма как симптомов рано начавшейся шизофрении, а некоторых вариантов шизотипического расстройства в детском возрасте — как проявлений инициального периода заболевания.

Определенные сложности для верификации диагноза связаны с результатами современных исследований, показавших, что на уровне генотипа и клинического фенотипа шизофрения, шизотипическое расстройство и некоторые формы расстройств аутистического спектра имеют общие качественные характеристики, что подтверждается и значительным перекрытием наблюдаемых психопатологических симптомов и сходной динамикой.

Ответы, способные разрешить противоречия этих подходов, лежат в области как клинической, так и биологической психиатрии. Одним из важных направлений становится изучение дефицитарных изменений, их нарастания или компенсации в процессе длительного проспективного или катamnестического наблюдения больных шизофренией, начиная с самых ранних проявлений болезни. Сложная задача дифференцирования шизофрении в детском возрасте на современном этапе требует применения биохимических, иммунологических, нейрофизиологических, патопсихологических и других современных методов обследования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Greiding K.W. Greiding J.E. Sämtliche medizinische Schriften. Altenburg, 1781
2. Esquirol J.-E. Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, Baillière, 1838. 940 p.
3. Griesinger W. Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. Stuttgart, 1845. 558 s.
4. Morel B. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales. Paris, 1857.
5. Гризингер В. Душевные болезни: для врачей и учащихся. Санкт-Петербург: В.О. Ковалевский, 1881. [8], 558 с.
Grizinger V. Dushevnye bolezni: dlia vrachei i uchashchikhsia. Sankt-Peterburg: V.O. Kovalevskii, 1881. [8], 558 s.
6. Маудсли Г. Физиология и патология души / пер. с англ. И. Исаина. Санкт-Петербург 1871. [2], X, 523 с.
Maudsli G. Fiziologiya i patologiya dushi / per. s angl. I. Isaina. Sankt-Peterburg 1871. [2], X, 523 s.
7. de Sanctis S. Dementia praecocissima catatonica or catatonia of early childhood? [Dementia praecocissima catatonica oder Katatonie des Frühen Kindesalters? *Folia Neurobiologica* [In German]. 1908; 2:9–12.
8. Heller Th. Über Dementia infantilis (Verblödungsprozess im Kindesalter) *Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn's*. 1908, 2:17–28.
9. Штрамайер В. Психопатология детского возраста. Лекции для врачей и педагогов. Пер. с 3-го нем. изд. А.Н. Щегло; Под ред. и с предисл. проф. А.С. Грибоедова. Москва; Ленинград: Гос. изд-во, 1926. 220 с.
Shtromaier V. Psikhopatologiya detskogo vozrasta. Lektsii dlia vrachei i pedagogov. Per. s 3-go nem. izd. A.N. Shcheglo; Pod red. i s predisl. prof. A.S. Griboedova. Moskva; Leningrad: Gos. izd-vo, 1926. 220 s.
10. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig: Barth. 1899. 1002 s.
11. Raecke J. Katatonie im Kindesalter. *Archiv f. Psychiatrie*. 1908;45:245–279. doi: 10.1007/BF01810547
12. Бернштейн АН. Клинические лекции о душевных болезнях / под ред. и с доп. авт. Москва: В.М. Саблин, 1912. [8], 332 с.
Bernshtein AN. Klinicheskie lektsii o dushevnykh bolezniakh / pod red. i s dop. avt. Moskva: V.M. Sablin, 1912. [8], 332 s.
13. Брезовский М. О влиянии возраста заболевания на исход первичных дефект-психозов. Типография Э. Бергмана, 1909 г. 220 с. ISBN 978-5-4458-8281-7
Brezovskii M. O vliianii vozrasta zabolevaniia na iskhod pervichnykh defekt-psikhozov. Tipografiia E. Bergmana, 1909 g. 220 s. ISBN 978-5-4458-8281-7
14. Weichbrodt R. Zur Dementia praecox im Kindesalter. *Archiv f. Psychiatrie*. 59, 101–109 (1918). doi: 10.1007/BF02228108
15. Voigt L. Über dementia praecox im Kindesalter. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.* 48, 167–234 (1919). doi: 10.1007/BF02871879

16. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke, 1911: 547 s.
17. Гуревич МО. Психопатология детского возраста. М.: Государственное медицинское издательство, 1932. 229 с.
Gurevich MO. Psikhopatologiya detskogo vozrasta. M.: Gosudarstvennoe meditsinskoe izdatel'stvo, 1932. 229 s.
18. Гребельская ЕС. К клинике ранней детской шизофрении. В кн.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. М.: Гос. мед. изд-во, 1934–1936;2:78–79.
Grebel'skaia ES. K klinike rannei detskoï shizofrenii. V kn.: Voprosy psikhonevrologii detei i podrostkov. M.: Gos. med. izd-vo, 1934–1936;2:78–79.
19. Майзель ИЕ, Симсон ТП. Нервные и психические заболевания раннего возраста. Москва: Мосздра-
водт., 1928, 107 с.
Maizel' IE, Simson TP. Nervnye i psikhicheskie zabolevaniia rannego vozrasta. Moskva: Moszdravotd., 1928, 107 s.
20. Симсон ТП. Клиника шизофрении раннего возраста. *Советская психоневрология*. 1932;5(VIII):65–70.
Simson TP. Klinika shizofrenii rannego vozrasta. *Sovetskaia psikhonevrologiia*. 1932;5(VIII):65–70.
21. Симсон ТП, Кудрявцева ВП. Клиника шизофрении дошкольного возраста. *Советская психоневрология*. 1934;5:72–82.
Simson TP, Kudriavtseva VP. Klinika shizofrenii doshkol'nogo vozrasta. *Sovetskaia psikhonevrologiia*. 1934;5:72–82.
22. Юдин ТИ. К постановке вопроса о шизофрении у детей. *Клиническая медицина*. 1921;4:29–33.
Iudin TI. K postanovke voprosa o skhizofrenii u detei. *Klinicheskaiia meditsina*. 1921;4:29–33.
23. Homburger A. Psychopathologie des Kindersalters. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926. 855 s.
24. Сухарева ГЕ. Особенности структуры дефекта при различных формах шизофрении (на детском и подростковом материале). *Невропатология, психиатрия и гигиена*. 1935;IV(11):57–62.
Sukhareva GE. Osobennosti struktury defekta pri razlichnykh formakh shizofrenii (na detskom i podrostkovom materiale). *Nevropatologiia, psikhiatriia i gigiena*. 1935;IV(11):57–62.
25. Smith MH. Schizophrenia in Children. (*Amer. Journ. Psychiat.*, vol. xii, May, 1933.) Potter, H. W. *Journal of Mental Science*. 1933;79(326):539–539. doi: 10.1192/bjp.79.326.539-b
26. Mayer-Gross W. Handbuch fur Psychiatrie. 1932.
27. Michaux L. Psychiatrie infantile avec la collaboration de Gallot H.M., Brisset Ch., SherrerJ. Buge A., Paris: Presses universitaires de France, 1953. 240 p.
28. Duranton P. La schizophrénie infantile Thèse pour le doctorat en méd. (diplôme d'État). Paris: Libr. Arnette, 1956. 140 p.
29. Scarunci A. Betrachtungen cinige psychopatologische Zuge der beginnenden Schizophrenie. *Acta Paedepsychiat*. 1962;29(3):65–67.
30. Duché D-J. Précis de psychiatrie de l'enfant. PUF. 1976, 167 p.
31. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr*. 1968;35(4):100–136. PMID: 4880460.
32. Pina-Camacho L, Parellada M, Kyriakopoulos M. Autism spectrum disorder and schizophrenia: Boundaries and uncertainties. *BJPsych Advances*. 2016, 22(5):316–324. doi: 10.1192/apt.bp.115.014720
33. Kolvin I, Ounsted C, Humphrey M, McNay A. Studies in the childhood psychoses. II. The phenomenology of childhood psychoses. *Br J Psychiatry*. 1971;118(545):385–395. doi: 10.1192/bjp.118.545.385. PMID: 5576636.
34. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr*. 1972 Oct-Dec;2(4):315–337. doi: 10.1007/BF01537622. PMID: 4581613.
35. Ssuharewa, G. Über den Verlauf der Schizophrenien im Kindesalter. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych*. 142, 309–321 (1932). doi: 10.1007/BF02866138
36. Сухарева ГЕ. К проблеме дефектности при мягких формах шизофрении. *Советская невропатология, психиатрия, психогигиена*. 1933;II(5):24–38.
Suhareva GE. To the problem of defects in mild forms of schizophrenia. *Sovetskaya nevropatologiia, psikhiatriia i psihogigiena*. 1933;II(5):28–34. (In Russ.).
37. Симсон ТП. Шизофрения раннего детского возраста. Москва: Акад. мед. наук СССР. 136 с.
Simson TP. Shizofreniya rannego detskogo vozrasta. Moskva: Akad. med. nauk SSSR. 136 s.
38. Симсон ТП, Деглин ВЯ, Корганова АН. К клинике первых проявлений шизофренического процесса у детей и подростков. В сб.: Начальные стадии психических заболеваний. Москва, 1959;45–55.
Simson TP, Deglin VIa, Korganova AN. K klinike pervykh proiavlennii shizofrenicheskogo protsessa u detei i podrostkov. V sb.: Nachal'nye stadii psikhicheskikh zabolevanii. Moskva, 1959;45–55.
39. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Москва: Медгиз, 1955–1965. Т. 1. 458 с.
Sukhareva GE. Klinicheskie lektzii po psikhiatrii detskogo vozrasta. Moskva: Medgiz, 1955–1965. T. 1. 458 s.
40. Вроно МШ. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект). В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.: ВНЦПЗ, 1986:3–13.
Vrono MSh. Detskaia shizofreniia i dizontogenez (klinicheskii aspekt). V kn.: Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta. M.: VNTsPZ, 1986:3–13.
41. Козлова ИА. О формах течения ранней детской шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1967;(10):1516–1520.
Kozlova IA. O formakh techeniia rannei detskoï shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1967;(10):1516–1520. (In Russ.).

42. Козлова ИА, Трубников ВИ, Пятницкая ЛН, Харламов ДА. Соотношение эндогенных и экзогенных факторов в формировании детской шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1987; 87; (10):1504–1507. Kozlova IA, Trubnikov VI, Piatnitskaia LN, Kharlamov DA. Sootnoshenie endogennykh i ekzogennykh faktorov v formirovani detskoi shizofrenii [Correlations between endogenous and exogenous factors in the development of childhood schizophrenia]. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1987;87(10):1504–1507. Russian. PMID: 3425053.
43. Чехова АН. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. Москва: Медгиз, 1963. 136 с. Chekhova AN. Tchenie shizofrenicheskogo protsessa, nachavshegosia v detskom vozraste. Moskva: Medgiz, 1963. 136 s.
44. Башина ВМ, Симашкова НВ. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдаленного катамнеза. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1989;89(8):69–75. Bashina VM, Simashkova NV. Sistematika form tchenia detskoï shizofrenii v svete otdalennogo katamneza [Classification of the course of childhood schizophrenia in the light of long-term follow-up]. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1989;89(8):69–75. Russian. PMID: 2588903.
45. Башина ВМ. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). Москва: Медицина, 1980. 248 с. Bashina VM. Ranniaia detskaia shizofreniia (statika i dinamika). Moskva: Meditsina, 1980. 248 s.
46. Bender L. Genesis in schizophrenia during childhood. *Z Kinderpsychiatr*. 1958;25(1–2):101–107. PMID: 24544880.
47. Bender L. The concept of plasticity in childhood schizophrenia. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc*. 1966;54:354–365. PMID: 5951925.
48. Fisch B, Shapiro T, Campbell M, Wile R. A classification of schizophrenic children under five years. *Am J Psychiatry*. 1968;124(10):1415–1423. doi: 10.1176/ajp.124.10.1415
49. Fish B, Ritvo E. Psychoses of childhood. In: Noshpitz JD, Berlin I, eds. *Basic Handbook of Child Psychiatry*. New York: BasicBooks; 1979:249–304.
50. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision 1992. World Health Organization, <https://icd.who.int/en>
51. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998. 512 с. Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniia (F00–F99). (Klass V MKB-10, adaptirovannyi dlia ispol'zovaniia v Rossiiskoi Federatsii) / pod obshch. red. B.A. Kazakovtseva, V.B. Gollanda. M.: Minzdrav Rossii, 1998. 512 s.
52. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста: сборник научных трудов / под ред. М.Ш. Вроно. Москва: ВНЦПЗ, 1986. 174 с. Problemy shizofrenii detskogo i подросткового vozrasta: sbornik nauchnykh trudov / pod red. M.Sh. Vrono. Moskva: VNTsPZ, 1986. 174 s.
53. Козлова ИА, Башина ВМ. Классификация детской шизофрении и pervasive расстройств. *Психиатрия*. 2005;18(06):7–17. Kozlova IA, Bashina VM. Classification of children's schizophrenia and pervasive disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2005;18(06):7–17.
54. Козлова ИА. Современное состояние учения о детской шизофрении. *Психиатрия*. 2008;(3):7–12. Kozlova IA. The current state of childhood schizophrenia conception. *Psychiatry (Moscow)(Psikhiatriya)*. 2008;(3):7–12.
55. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(2):165–171. doi: 10.1001/archpsyc.58.2.165. PMID: 11177118.
56. Galderisi S, Bucci P, Mucci A, Kirkpatrick B, Pini S, Rossi A, Vita A, Maj M. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophr Res*. 2013;147(1):157–162. doi: 10.1016/j.schres.2013.03.020
57. Mucci A, Merlotti E, Üçok A, Aleman A, Galderisi S. Primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments and neurobiological bases. *Schizophr Res*. 2016;19–28. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.014
58. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ, Жилин ВО, Колюцкая ЕВ, Самойлова ЕД, Сорокина ОЮ. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(11):4–14. Smulevich AB, Dubnitskaia ÉB, Lobanova VM, Voronova EI, Zhylin VO, Koliutskaia EV, Samoilova ED, Sorokina OYu. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(11):4–14. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20181181114I
59. ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision 2021, World Health Organization.
60. Kendhari J, Shankar R, Young-Walker L. A Review of Childhood-Onset Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2016;14(3):328–332. doi: 10.1176/appi.focus.20160007. Epub 2016 Jul 8. PMID: 31975813; PMCID: PMC6526799.
61. Alkelai A, Greenbaum L, Shohat S, Povysil G, Malakar A, Ren Z, Motelow JE, Schechter T, Dräiman B, Chitrit-Raveh E, Hughes D, Jobanputra V, Shifman S, Goldstein DB, Kohn Y. Genetic insights into

- childhood-onset schizophrenia: The yield of clinical exome sequencing. *Schizophr Res.* 2023; 252:138–145. doi: 10.1016/j.schres.2022.12.033. Epub 2023 Jan 14. PMID: 36645932.
62. Макушкин ЕВ, Симашкова НВ, Пережогин ЛО, Горюнов АВ. Шизофрения в детском и подростковом возрасте. *Российский психиатрический журнал.* 2016;(6):62–81. doi: 10.24411/1560-957X-2016-1%25x
Makushkin EV, Simashkova NV, Goryunov AV et al. [Schizophrenia in childhood and adolescence]. *Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*. 2016;(6):62–81. Russian.
 63. Горюнов АВ, Бархатова АН. Шизофрения в детском, подростковом и юношеском возрасте. Глава в монографии «Шизофрения и расстройства шизофренического спектра» / ред. акад. А.Б. Смулевич. М.: ИД «Городец», 2024;200–228.
Goriunov AV, Barkhatova AN. Shizofreniia v detskom, podrostkovom i iunosheskom vozraste. Glava v monografii «Shizofreniia i rasstroistva shizofrenicheskogo spektra» / red. akad. A.B. Smulevich. M.: ID "Gorodets", 2024;200–228.
 64. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA, 5th edition, 2013.
 65. Lin A, Wardenaar KJ, Pontillo M, De Crescenzo F, Mazzone L, Vicari S, Wood SJ, Beavan A, Armando M. Is it still correct to differentiate between early and very early onset psychosis? *Schizophr Res.* 2016;170(1):211–216. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.020. Epub 2015 Nov 27. PMID: 26639553.
 66. Pontillo M, Avena R, Tata MC, Chieppa F, Pucciariini ML, Vicari S. Neurodevelopmental Trajectories and Clinical Profiles in a Sample of Children and Adolescents with Early- and Very-Early-Onset Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2021;12:662093. doi: 10.3389/fpsy.2021.662093. PMID: 34603093; PMCID: PMC8481627.
 67. Slomiak S., Matalon D., Roth L. Very Early-Onset Schizophrenia in a Six-Year-Old Boy. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal.* 2017 Publication date: 01 February 2017 9–11. doi: 10.1176/appi.ajprj.2017.120204
 68. 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;14:1212687. doi: 10.3389/fpsy.2023.1212687
 69. Иванец НН, Ефремова ЕН. Особенности клинической картины аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2018;118(6):4–9.
Ivanets NN, Efremova EN. Psychopathological features of affective disorders in schizotypal disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2018;118(6):4–9. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro2018118614
 70. Мазаева НА. Предвестники шизофрении: взгляд на проблему. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина.* 2020;3(22):4–16.
Mazaeva NA. The precursors of schizophrenia: a view on the problem. *Psychiatry and psychopharmacotherapy. Gannushkin Journal.* 2020;3(22):4–16.
 71. Горюнов АВ, Зверева НВ, Симонов АН, Каледа ВГ. Клинические особенности шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2022;122(9–2):5–13.
Goryunov AV, Zvereva NV, Simonov AN, Kaleda VG. Clinical features of schizotypal disorder in childhood and adolescence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2022;122(9–2):5–13. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20221220925
 72. Esterberg ML, Goulding SM, Walker EF. Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *J Psychopathol Behav Assess.* 2010;32(4):515–528. doi: 10.1007/s10862-010-9183-8. PMID: 21116455; PMCID: PMC2992453.
 73. Wong K., Ka-Yee, Raine A. Schizotypal Personality Disorder. Eds.: Bernardo J. Carducci, Christopher S. Nave, Jeffrey S. Mio, Ronald E. Riggio. 2020. doi: 10.1002/9781118970843.ch283
 74. McClure MM, Harvey PD, Bowie CR, Iacoviello B, Siever LJ. Functional outcomes, functional capacity, and cognitive impairment in schizotypal personality disorder. *Schizophr Res.* 2013;144(1–3):146–150. doi: 10.1016/j.schres.2012.12.012. Epub 2013 Feb 1. PMID: 23375943; PMCID: PMC3572293.
 75. Horton LE, Tarbox SI, Olino TM, Haas GL. Trajectories of premorbid childhood and adolescent functioning in schizophrenia-spectrum psychoses: A first-episode study. *Psychiatry Res.* 2015;227(2–3):339–346. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.013. Epub 2015 Mar 2. PMID: 25829134; PMCID: PMC4430364.
 76. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2013;22(4):539–555. doi: 10.1016/j.chc.2013.04.001. Epub 2013 Jun 18. PMID: 24012072; PMCID: PMC3771646.
 77. Shorter E, Wachtel LE. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an "iron triangle"? *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128(1):21–33. doi: 10.1111/acps.12082. Epub 2013 Jan 27. PMID: 23350770; PMCID: PMC3714300.
 78. Горюнов АВ. Дискуссионные вопросы диагностики и теоретические модели шизофрении в детском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2024;124(7):17–24.
Goryunov AV. Controversial issues of diagnosis and theoretical concepts of schizophrenia in childhood. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.*

2024;124(7):17–24. (In Russ.). doi: 10.17116/jnev-ro202412407117

79. Cheung C, Yu K, Fung G, Leung M, Wong C, Li Q, Sham P, Chua S, McAlonan G. Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation. *PLoS One*. 2010 Aug 18;5(8):e12233. doi: 10.1371/journal.pone.0012233. PMID: 20805880; PMCID: PMC2923607.

80. Lenzenweger M. F. Schizotypy, schizotypic psychopathology and schizophrenia. *World Psychiatry*. 2018;17(1):25–26. doi: 10.1002/wps.20479

Сведения об авторе

Александр Владимирович Горюнов, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2851-8843>
sasha.gor@rambler.ru

Information about the author

Alexandr V. Goryunov, Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher, Department of child psychiatry, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2851-8843>
sasha.gor@rambler.ru

Дата поступления 03.09.2024 Received 03.09.2024	Дата рецензирования 16.09.2024 Revised 16.09.2024	Дата принятия 17.09.2024 Accepted for publication 17.09.2024
--	--	---