

# ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89-02-048.445-056-06-07-085(048)

Для цитирования: Забигулина И.В., Березовская М.А. Острые полиморфные психотические расстройства: классификация, диагностика, терапия (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 76-88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-76-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-76-88)

## Острые полиморфные психотические расстройства: классификация, диагностика, терапия (обзор литературы)

**Забигулина И.В., Березовская М.А.**

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России  
Россия, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

### РЕЗЮМЕ

Острые кратковременные психотические расстройства до настоящего времени остаются одними из спорных и наименее изученных в современной психиатрии. Также остается актуальной проблема нозологической принадлежности этих расстройств, а их связь с шизофреническим спектром является предметом дискуссий как отечественных, так и зарубежных специалистов. В данной статье представлен обзор литературных источников, посвященных истории изучения острых полиморфных психотических расстройств, их классификации, диагностике и дифференциальной диагностике, рассматриваются вопросы лечения и раннего распознавания. Освещено современное состояние проблемы острых полиморфных психотических расстройств и их связи с шизофренией, выделен ряд преморбидных, клинических, динамических признаков, ассоциированных с вероятностью процессуального генеза острых кратковременных психотических расстройств.

**Ключевые слова:** острое полиморфное психотическое расстройство, шизофрения, первый психотический эпизод.

### ВВЕДЕНИЕ

В МКБ-10 острые и преходящие психотические расстройства (ОППР) объединены в одноименной рубрике (F23) на основании сходной клинической картины. Единными диагностическими критериями являются наличие симптоматики психотического уровня в виде бреда, галлюцинаций, дезорганизации речи и поведения, течение в виде быстрого развития психоза (переход из непсихотического состояния в психотическое в течение 2 недель) и его малой продолжительности (не более 1–3 месяцев для разных диагностических категорий) [1]. В классификации DSM-4 имеется нозология «Короткое психотическое расстройство» с временными критериями до 6 месяцев. Наиболее близкая категория из DSM-5 – «Краткое психотическое расстройство» целиком основывается на продолжительности психотических симптомов (менее 1 месяца) и не имеет требования по изменению симптомов. В данных классификациях эти расстройства входят в рубрику шизофренических расстройств. Это указывает на то, что эти расстройства часто представляют собой начало шизофренического процесса. При этом не у всех пациентов, перенесших ОППР, в дальнейшем имеется типичная клиническая картина эндогенного процессу-

ального заболевания [2]. Согласно разным катамнестическим исследованиям, смена диагноза ОППР на шизофрению при повторных госпитализациях происходит не всегда: иногда диагноз может быть оставлен прежним или выставлены биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство [2, 3]. Из этого следует, что рубрика ОППР объединяет этиологически различные психотические состояния, часть из которых входит в структуру расстройств шизофренического спектра. Этиология, патогенез, классификация и психопатология острых психозов до настоящего времени не до конца изучены и становятся актуальными в связи с выделением данной рубрики в МКБ-10 и МКБ-11. В МКБ-10 диагностические критерии рубрики содержат частичное описание симптомов и наиболее характерных признаков острых психозов, но не отражают их клиническую картину в целом [4].

Актуальность изучения клинико-динамических и психопатологических особенностей ОППР в рамках шизофрении, позволяющих отграничивать эти состояния от подобных психозов другой этиологии, обусловлена, прежде всего, необходимостью выбора оптимальной терапии, поскольку именно нозологическая принадлежность психозов в значительной

степени определяет прогноз заболевания, тактику оказания специализированной психиатрической помощи и влияет на решение вопросов о необходимости назначения долгосрочной психофармакотерапии и дальнейшей реабилитации пациента.

Исследования, связанные с нозологической принадлежностью и прогнозом ОППР, недостаточно систематизированы и требуют уточнения. В настоящее время остаются актуальными проблемы классификации и дифференциации ОППР, поиск и уточнение клинических, биологических, патопсихологических и других особенностей, имеющих значение для определения прогноза и выработки надлежащей терапевтической тактики.

Единичные описания ОППР были замечены еще на заре развития клинической психиатрии в структуре малодифференцированной группы психозов разной этиологии [5]. K.L. Kahlbaum создал классификацию психических болезней, основанную на клинико-нозологическом принципе, в альтернативу существовавшему ранее симптоматологическому [6]. Он разделил обширную группу психотических расстройств на основании типа течения на хронические прогрессирующие психозы и психозы, развивающиеся остро и имеющие тяжелое течение, однако часто завершающиеся полным выздоровлением. Классификация Kahlbaum не получила широкого применения, в отличие от дихотомического разделения эндогенных психозов E. Kraepelin на шизофренические и аффективные, в зависимости от типа течения и прогноза. Однако Краепелин утверждал, что оставалась группа расстройств, в отношении которых на основании описанных им критериев не удавалось провести достоверное разделение между dementia praecox и маниакально-депрессивным психозом, что свидетельствовало о наличии спектра общей для этих состояний симптоматики [7].

Оппозиция дихотомической системе Краепелина и учению о шизофрении E. Bleuler за счет увеличения клинических наблюдений острых «смешанных психозов» привела к возникновению разнородных диагностических концепций, включающих «бредовые вспышки» (*bouffée délirante*) [8], циклоидные психозы [9], психогенные [10, 11], шизофреноформные [12] и шизоаффективные [13] психозы. Состояния, рассматриваемые в рамках данных диагностических категорий, не совпадают друг с другом полностью ни в этиологическом, ни в клиническом отношении, но все-таки имеют ряд общих характеристик, а именно: острое или внезапное начало, тяжелая, но неустойчивая психотическая симптоматика с полиморфным содержанием, наличие в клинической картине выраженного аффекта в виде тревоги, страха, растерянности, нередкое возникновение психоза в связи с провоцирующим фактором, высокий уровень преморбидной адаптации, быстрое и полное выздоровление [6].

Вышеперечисленные концепции, лежащие у истоков клинического учения об острых и преходящих психотических расстройствах, не соответствуют

и современным представлениям о шизоаффективном расстройстве (ШАР), исторически также связанном со «смешанными психозами». Описание шизоаффективных психозов, представленное в работе J. Kasanin [14], значительно отличается от диагностических критериев данных расстройств, представленных в современных классификациях [1], но при этом во многом согласуется с концепцией «бредовых вспышек» и острых преходящих психотических расстройств. Учение о «бредовых вспышках дегенератов» французской психиатрической школы [8] является одним из первых и наиболее влиятельных мнений, нашедших отражение в рубрике ОППР. М.С. Pull с соавторами были разработаны диагностические критерии этих состояний, в большей степени сближающие их с концепцией ОППР: возраст начала 20–40 лет, острое начало, отсутствие в анамнезе других психических расстройств, полная ремиссия продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев, клинически нестойкие полиморфные бредовые идеи и/или галлюцинации, деперсонализация, дереализация, спутанность, подавленное или приподнятое настроение, состояние не обусловлено органическими расстройствами, не связано с употреблением ПАВ, в том числе алкоголя [15].

Другой теорией, оказавшей влияние на формирование современных представлений об ОППР, является учение о реактивных, или психогенных психозах, которое активно разрабатывалось скандинавскими психиатрами. Реактивные психозы были описаны A. Wimmer как отдельная группа расстройств, не связанных с шизофренией или маниакально-депрессивным психозом, обусловленных воздействием психической травмы и характеризующихся преимущественно благоприятным течением с тенденцией к выздоровлению. Среди них автором выделены психогенные аффективные синдромы, состояния ступора и параноидные реакции. Клиническая картина последних схожа с «бредовыми вспышками» и характеризуется полиморфизмом, нестабильностью, изменчивостью под влиянием окружения; прогноз данных состояний в целом благоприятный, но существует риск рецидива и возможность сохранения резидуальных бредовых идей. Примечательно указание на частое наличие у пациентов с реактивными психозами особой предрасположенности, такой как повышенная чувствительность к психотравмирующим воздействиям, которую Wimmer связывал с конституциональными особенностями, такими как чрезмерная аффективность и склонность к формированию сверхценных идей. Также, помимо психической травмы и предрасположенности, автором была описана группа дополнительных факторов, способствующих развитию реактивных психозов, это были возрастные физиологические особенности (период полового созревания, менопауза), экзогенные вредности (ЧМТ, интоксикации, инфекции), состояния физического переутомления [11].

Развивая концепцию реактивных психозов, E. Strömngren выделил три типа: 1) «эмоциональные реакции»: психогенная депрессия, психогенное возбуждение, эмоциональный паралич, парадоксальные маниакальные реакции; 2) расстройства сознания: диссоциативные состояния, деперсонализация, расстройство множественной личности, реактивное сумеречное помрачение сознания; 3) параноидные психозы. Исследователь подчеркивал, что условием развития этих состояний является психотравмирующее воздействие, с отражением его в клинической картине психоза. Возникновение параноидных реакций он ассоциировал с наличием психологического конфликта, затрагивающего образ «Я» [10]. Концепция циклоидных психозов [9] включает описания психотических состояний, частично соответствующих современному пониманию ОППР. Для их клинической картины характерно сочетание выраженных аффективных расстройств с психопатологическими нарушениями более тяжелых регистров: бредовых, психомоторных, расстройств сознания. Важной особенностью является преходящий характер симптоматики и её фазовое течение, не предполагающее развития тяжелых дефицитарных состояний.

Изучая течение шизофрении, G. Langfeldt выделил группу психозов, характеризующихся отсутствием тенденции к хроническому течению и развитию негативных нарушений и наличием атипичной полиморфной симптоматики. Данные расстройства были обозначены как «шизофренический тип реакции», или «шизофреноформные состояния» [12]. Отграничив эти расстройства от «типичной шизофрении», автор, тем не менее, рассматривал их в рамках заболеваний шизофренического спектра, но отмечал, что другие (преимущественно психогенные, реактивные или органические) психозы так же могут протекать с «шизофреноформной» клинической картиной [16].

Направления клинической и нозологической оценки острых атипичных, или «смешанных» психозов, определившиеся уже в 1920-х гг., сформировали основные стереотипы развития соответствующих им концепций, лежащих в основе современных подходов к изучению острых кратковременных психозов. Эти направления включали в себя: 1) классическое дихотомическое деление, подразумевающее потенциальную возможность квалификации психозов в рамках расстройств шизофренического или аффективного спектра; 2) выделение атипичных психозов в качестве самостоятельной группы эндогенных психических расстройств; 3) отнесение атипичных психозов к «реакциям», возникающим на фоне особой генетической и конституциональной предрасположенности [5].

Так, на основании нозологического подхода транзиторные эндогенные психозы, возникновение которых не может быть объяснено действием органических или интоксикационных факторов, традиционно рассматривались отечественными психиатрами в рамках рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении [17, 18].

Расстройства, соответствующие диагностическим критериям ОППР и в большей мере соответствующие концепции реактивных психозов, нередко противопоставляются острым шизофреническим психозам и рассматриваются как прогностически более благоприятные состояния. Однако, по данным различных исследований, около 30-40% впервые диагностированных острых реактивных психозов в дальнейшем оказываются расстройствами шизофренического спектра [19].

Таким образом, нозологическая принадлежность острых кратковременных психозов остается предметом дискуссии на протяжении всей истории их изучения. В настоящее время считается, что соответствующие диагностическим критериям ОППР психозы представляют собой нозологически и генетически гетерогенную категорию, включающую состояния, относящиеся к расстройствам шизофренического спектра, расстройства, занимающие промежуточное положение между шизофреническими и аффективными психозами [20], а также кратковременные психотические состояния реактивного генеза с благоприятным исходом без тенденции к рецидивированию.

#### **ОБСУЖДЕНИЕ**

##### **Неопределенность диагностического положения острых кратковременных психозов и их связь с расстройствами шизофренического спектра**

Большинство исследователей придерживаются мнения, что ОППР составляют нозологически неоднородную группу, лишь частично перекрывающуюся с расстройствами шизофренического спектра [3, 20, 21], и далеко не всегда являются дебютом шизофренического процесса. В работах, посвященных изучению заболеваемости, клинических характеристик и показателей динамики ОППР, приводились данные об умеренной или низкой стабильности сохранения диагноза расстройств данной группы (34,4-57,9%) [2]. Представлены аргументы, что смена диагноза с ОППР на шизофрению в течение первых 6 месяцев катamnестического наблюдения имела место у 40% пациентов, в течение первого года – у 64,8%, двух лет – у 81%. У большинства (85%) пациентов диагноз был изменен уже во время второй госпитализации [22]. По результатам исследования, проведенного с участием объемной выборки (n=2923) пациентов, перенесших острое транзиторное психотическое расстройство, на протяжении в среднем 1,7 года шизофрения была установлена у одного из восьми обследованных, при этом каждый пятый пациент с шизофренией оказался моложе 20 лет. Повышенный риск последующего изменения диагноза на шизофрению у пациентов с впервые диагностированным ОППР был ассоциирован с такими факторами, как более ранний возраст начала, мужской пол и длительная продолжительность стационарного лечения по поводу первого психотического эпизода [21].

В то же время существует мнение, что в целом ОППР имеют принципиальные отличия в сравнении с шизофренией. Будучи диагностически нестабильной категорией, острые психозы данной группы примерно в 1/3 случаев на протяжении 3-12 лет при рецидивировании приводят к пересмотру диагноза, при этом чаще всего новым диагнозом является биполярное аффективное расстройство, а не шизофрения [2].

Выявлена обратная закономерность распределения заболеваемости по полу при ОППР с симптомами шизофрении, которые чаще развивались у пациентов мужского пола, а манифестация психоза происходила в более раннем возрасте (средний возраст 31,8 года для ОППР с симптомами шизофрении, 27,4 года – для острого шизофреноформного расстройства), что интерпретировалось как указание на близость данных состояний с шизофренией [23]. В то же время даже у пациентов, перенесших острый психотический приступ без симптомов шизофрении, отмечается риск развития повторных психозов с дальнейшим процессуальным течением расстройства. Так, в ходе 12-летнего катамнестического наблюдения за группой пациентов, перенесших ОППР без симптомов шизофрении, смена диагноза на шизофрению была произведена у 5 из 16 обследованных [24, 25].

В исследовании пациентов (n=275) с ОППР установлено, что возрастной профиль заболеваемости мужчин соответствовал таковому при шизофрении (максимальные цифры в молодом возрасте с постепенным снижением случаев заболеваемости), в то время как у женщин манифестация психоза чаще наблюдалась в возрастном периоде 40-49 лет. В данной выборке ОППР без симптомов шизофрении и острое преимущественно бредовое расстройство достоверно чаще встречались у женщин, а ОППР с симптомами шизофрении и острое шизофреноподобное расстройство – у мужчин ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ). Средняя продолжительность психоза в рамках ОППР с симптомами шизофрении и острого шизофреноподобного расстройства была выше, чем при ОППР без симптомов шизофрении [4].

В ряде работ отмечены различия направлений диагностического пересмотра в случае ОППР и других вариантов ОППР без полиморфной симптоматики, при этом в первом случае чаще диагностировались аффективные психозы, во втором – расстройства шизофренического спектра [21, 24]. Катамнестические наблюдения свидетельствуют о высокой диагностической стабильности ОППР в случае включения в исследование пациентов только с полиморфными подтипами расстройства [24, 25]. Таким образом, предполагается, что наличие полиморфной симптоматики может быть предиктором благоприятного прогно-

за, в то время как шизофреноформная симптоматика с большей вероятностью свидетельствует о шизофренической этиологии психотического расстройства [21].

#### **Особенности клинической картины, течения и прогноза острых кратковременных психозов шизофренического спектра**

Рядом авторов описаны факторы (клинические, динамические, биологические, социально-психологические и др.), позволяющие предполагать шизофреническую этиологию ОППР и прогнозировать развитие повторных приступов шизофренической структуры.

В качестве вероятных признаков транзиторного течения острых психозов рассматривались определенные характеристики клинической картины (острое внезапное развитие психоза, полиморфная симптоматика, выраженность растерянности, тревоги, страха, наличие острого чувственного бреда, нарушений ориентировки, эпизодов измененного сознания, иллюзорного восприятия окружающего, зрительных псевдогаллюцинаций) и преморбидные, биологические и социально-психологические особенности пациентов (женский пол, возраст от 20 до 40 лет, пикнический тип телосложения), отсутствие шизоидных личностных черт или гармоничный склад личности, развитие психоза после воздействия острых экзогенных вредностей [26].

Приводятся данные, что первые психотические приступы с клинической картиной острого параноидного синдрома могут развиваться в рамках параноидной непрерывно-текущей, приступообразно-прогредиентной шизофрении с различными темпами прогредиентности. Было отмечено прогностическое значение психопатологической структуры манифестного приступа, ассоциированное с дальнейшим течением заболевания. Так, острые кратковременные параноидные психозы с тенденцией к фантастическому видоизменению бреда были характерны для шизофрении, близкой к рекуррентной, протекающей относительно благоприятно с возникновением повторных приступов по типу «клише» и незначительной выраженностью негативных изменений. Манифестный психогенно спровоцированный психоз в виде параноидного синдрома с преобладанием острого чувственного бреда также был ассоциирован с относительно благоприятным прогнозом, хорошей социальной и профессиональной адаптацией на всем протяжении заболевания. Наиболее неблагоприятное течение шизофрении (непрерывное, приступообразно-прогредиентное с выраженной и средней степенью прогредиентности) наблюдалось при манифестации заболевания острым параноидным психозом с элементами интерпретативного бреда [27].

Одной из важных особенностей ОППР шизофренического спектра является сохранение негативной симптоматики после редукции психоза; также отмечена склонность острых кратковременных психозов с симптомами шизофрении к более медленному началу и затяжному течению [28]. Наличие в структуре первого психотического эпизода формальных расстройств мышления является одним из предикторов смены диагноза ОППР на шизофрению [22].

В качестве факторов, ассоциированных с благоприятным течением острых психозов, манифестировавших в юношеском возрасте в рамках приступообразной шизофрении, описаны следующие особенности: гипертимные черты в преморбиде, развитие психоза в связи с экзогенной вредностью, острое начало или наличие предпсихотического периода не более 1 года, характеризующегося преобладанием аффективных расстройств, отсутствием или незначительной выраженностью негативной симптоматики, малая продолжительность психоза (не более 1–3 месяцев) и его аффективно-бредовая структура. Напротив, длительный продромальный этап с преобладанием негативных, неврозоподобных и паранойяльных расстройств, шизоидные черты личности, значительная выраженность доманифестных личностных изменений, достигающих уровня редукции энергетического потенциала, внезапное развитие и затяжное течение психоза (более 7 месяцев), его кататоно-галлюцинаторно-бредовая структура, наследственная отягощенность непрерывно-текущей шизофренией являются предикторами прогрессивного течения расстройства, в том числе с переходом от приступообразного к непрерывному типу течения. Среди пациентов с благоприятным прогнозом автором установлено относительное преобладание пациентов женского пола, в то время как в случае неблагоприятно протекающей шизофрении наблюдалось относительно преобладание мужчин [29].

В другом катамнестическом исследовании отмечено, что острое развитие психотической симптоматики и наступление полной ремиссии в течение 1–3 месяцев не всегда связаны с благоприятным долгосрочным прогнозом [21].

#### **Наследственные и преморбидные факторы, ассоциированные с шизофренической этиологией острых кратковременных психозов**

В качестве важного фактора распознавания шизофрении у лиц с ОППР рассматривается наследственная отягощенность расстройствами шизофренического спектра. Риск развития у пациента шизофрении при наличии этого заболевания у родственников первой степени родства существенно выше, чем риск развития острых кратковременных психозов иной этиологии [24, 30].

Изучение наследственности пациентов с психозами разной этиологии показало, что ОППР в 3 раза чаще встречались у родственников первой степени родства пациентов с ОППР, чем у членов семьи пациентов с шизофренией; риск развития шизофрении был значительно выше у родственников первой степени родства пациентов с шизофренией; риск развития аффективных психозов не превышал таковой в общей популяции; у родственников первой степени родства пациентов с шизофреноподобными симптомами чаще развивалась шизофрения, чем ОППР [20].

Другими авторами обнаружено, что среди пациентов с впервые выставленным диагнозом ОППР у 19% мужчин и 9% женщин наследственность отягощена какими-либо психозами, однако ни у кого из них в семейном анамнезе не было сведений о шизофрении. После исключения из данной группы тех пациентов, у которых в течение 3 лет катамнестического наблюдения диагноз был изменен, у оставшихся лиц с ОППР наследственной отягощенности какими-либо психическими расстройствами не выявлено [24].

Показано, что риск развития шизофрении и БАР при наличии у родственников первой степени одного или обоих этих заболеваний был существенно выше, чем риск развития ОППР иной этиологии. В то же время риск развития ОППР был выше у лиц, имеющих родственников первой степени, страдающих каким-либо психическим расстройством, чем у лиц с неотягощенным семейным анамнезом, и возрастал при наличии родственников первой степени не только с ОППР, но и с шизофренией и/или БАР [30].

В качестве других неблагоприятных особенностей ОППР, повышающих риск рецидива психоза и позволяющих отнести их к расстройствам шизофренического спектра, описаны шизоидные черты характера, более низкая способность устанавливать и поддерживать отношения в преморбиде, манифестация психоза в более раннем возрасте (подростковом и раннем взрослом). При нешизофренических ОППР отсутствуют значимые преморбидные нарушения функционирования [3].

При обследовании пациентов с первым психотическим эпизодом в основном шизофренического спектра выявлен рост частоты и выраженности нарушений учебного и социального функционирования от детского к подростковому и юношескому возрасту, при этом степень нарушений социальной адаптации в двух последних возрастных периодах соответствовала тяжести негативной симптоматики [31]. В другой работе нарушение социального функционирования в старшем подростковом возрасте являлось значимой предпосылкой развития шизофренического психоза у молодых пациентов [32].

В ряде работ отмечена связь между преморбидными шизоидными чертами личности и вероятностью шизофренической этиологии психоза [15, 20, 33]. Так, среди пациентов с первым психотическим шизофреническим эпизодом шизоидные, паранойальные и возбудимые личностные черты выявлялись чаще, чем у лиц с другими психозами. При этом не обнаружено ассоциации между шизоидными чертами и возрастом начала психоза, а также различий в частоте представленности шизоидного преморбида по полу [33]. Показано, что выраженность шизоидных особенностей личности в значительной степени коррелирует с тяжестью негативных расстройств у пациентов с первым психотическим эпизодом [34]. Сходные результаты, полученные в более ранней работе, авторы призывают интерпретировать с осторожностью, поскольку в некоторых случаях сохранение или усиление преморбидных шизоидных черт, наблюдавшихся до развития заболевания, может производить впечатление выраженных негативных личностных изменений [13].

Существуют данные об определенном прогностическом значении преморбидных личностных черт при рекуррентной шизофрении, нередко манифестирующей острыми кратковременными психотическими состояниями, и взаимосвязи характерологических особенностей с клинической картиной психотических приступов. Так, для пациентов с преобладанием абстрактно-образного мышления и склонностью к фантазированию, в особенности аффективно-лабильных и сенситивных шизоидов, характерны психозы с ярким чувственным бредом; у лиц, склонных к аутистическому фантазированию и эйдетизму, с чертами тревожности, мнительности, впечатлительности и сенситивности нередко развиваются онейроидно-кататонические и онейроидно-аффективные приступы. Неблагоприятное течение заболевания, приближающееся к приступообразно-прогредиентному типу, отмечено у пациентов с шизоидными чертами личности [18].

#### **Особенности продромального периода острых кратковременных шизофренических психозов**

В отличие от острых кратковременных психозов реактивного генеза, возникающих под воздействием преимущественно внешних факторов и имеющих тенденцию редуцироваться, не приводя к неблагоприятным клиническим и психосоциальным последствиям, манифестации острых психозов шизофренической этиологии может предшествовать развитие симптомов, объясняемых как продромальная стадия шизофренического процесса. Р.А. Наджаров отмечал, что «шизофренический... свойственны доманифестные, инициальные признаки..., возникающие задолго до первого явного психотического обострения», которые нередко не замечаются, особенно при рекуррентном типе те-

чения, вследствие чего широко распространено представление о внезапно развивающейся острой шизофрении [18].

Началу эндогенного процессуального заболевания, в том числе в форме острого кратковременного психотического расстройства, могут предшествовать транзиторные психотические и субпсихотические эпизоды, возникающие за несколько месяцев или лет до развития психоза («зарницы», форпост-симптомы). А.Е. Личко в качестве «зарниц» шизофрении, возникающих в подростковом возрасте, выделял эпизодические галлюцинации (чаще слуховые) и транзиторные психические автоматизмы, кратковременные бредовые идеи, продолжающиеся от нескольких минут до нескольких часов, нелепые поступки, не объяснимые самим пациентом, острые приступы интенсивного немотивированного страха, эпизоды деперсонализации-дереализации без критического отношения к ним в момент переживания [17].

По Р.А. Наджарову, на доманифестном этапе рекуррентной шизофрении в большинстве случаев наблюдается изменение психической активности: субсиндромальные внезапные аффективные колебания, отличающиеся относительной продолжительностью стертых фаз, начало которых зачастую приходится на подростковый возраст, в некоторых случаях – кратковременные, abortивные эпизоды с аффектом растерянности, заторможенности, явлениями деперсонализации-дереализации, предшествующие развитию онейроидно-кататонических приступов [18].

Описано, что доманифестные расстройства у пациентов с острым психотическим дебютом приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризовались наличием аффективных расстройств, которые ограничивались развитием фазовых состояний биполярного характера или сочетались с неврозоподобными (фобическими, обсессивными, деперсонализационными), транзиторными галлюцинаторно-бредовыми синдромами, явлениями психической дефицитарности. Структура первого психотического эпизода формировалась в результате патоморфоза продромальной симптоматики. Так, развитие острых психозов полиморфной структуры отмечалось у пациентов с аффективным типом доманифестных расстройств, в динамике которых по мере приближения психотических расстройств происходило ускорение циклической смены фаз, формирование ультрабыстрого и континуального типа их течения. Возникновение на предпсихотическом этапе единичных галлюцинаторно-бредовых расстройств продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, представленных истинными галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, психическими автоматизмами, сенситивным

бредом отношения, бредовыми идеями особого значения, инсценировки, было связано с недостаточным критическим отношением к перенесенному впоследствии психозу [35].

У трети пациентов с острыми транзиторными психозами длительностью не более 2 недель за несколько лет или месяцев до манифестации психотического расстройства возникали кратковременные самопроизвольно проходившие субпсихотические эпизоды, у 14% – повторные циклотимоподобные аффективные колебания, начавшиеся в связи с психогенной провокацией, в дальнейшем приобретали черты аутохтонности. Непсихотические нарушения, предшествующие развитию острых кратковременных психозов, продолжались 1–5 суток и были представлены эмоциональным смятением с ощущением психофизического дискомфорта, нарушениями сна с кошмарными сновидениями, иногда – появлением раздражительности, конфликтности, настроенности, некоторой отрешенности от окружающего [26].

В качестве совокупности клинических факторов риска манифестации расстройств шизофренического спектра (в том числе в виде острого кратковременного психоза, соответствующего диагностическим критериям ОППР на начальных этапах), в последние десятилетия рядом исследователей выделяется так называемый синдром риска первого психоза (состояние риска развития психоза, синдром ослабленных психотических симптомов, крайне высокий риск развития психоза, at-risk mental state, ultra-high risk (mental) state, clinical high risk stat), во многом соответствующий понятию шизофренической «продромы». Термин «синдром риска первого психоза» и его синонимы уже используются в проспективных исследованиях, при этом подразумевается наличие вероятности развития психотического состояния при невозможности однозначного прогнозирования подобного исхода. В соответствии с определением продромального состояния данная стадия клинически представлена малодефинированной симптоматикой, указывающей на наличие заболевания до его отчетливой манифестации, однако с уверенностью отнести её к ранним проявлениям эндогенного процесса можно лишь ретроспективно после появления типичной симптоматики. Подобные состояния не соответствуют шизотипическому расстройству, поскольку подразумевают динамику с переходом в развернутое психотическое расстройство. У пациентов с риском развития психоза могут развиваться нешизофренические психотические расстройства (в том числе аффективные, вызванные приемом ПАВ). Поэтому при описании состояний риска развития психоза термин «шизофрения» использовать не рекомендуется [36].

Психическое состояние пациентов из группы клинически высокого риска развития психоза (clinical high-risk, CHR) определяется наличием синдрома ослабленных позитивных симптомов (attenuated positive symptom syndrome), в рамках которого наблюдаются субпсихотические расстройства мышления (необычное содержание мышления, подозрительность, невыраженные формальные расстройства мышления) и восприятия. Также у лиц с предпсихотическими продромальными состояниями обнаруживаются нарушения социальной адаптации, более выраженные в сфере свободного времяпрепровождения, при этом показатели профессионального или учебного функционирования этих личностей сопоставимы с группой здоровых обследуемых [37].

По данным других исследователей, наличие субсиндромальных психотических расстройств, интерпретируемых как «продромальная шизофрения», не является надежным предвестником развития психоза на протяжении 2-летнего наблюдения: за это время шизофрения или шизоаффективное расстройство были диагностированы лишь у 7 из 26 обследованных (27%), состояние которых определялось наличием субсиндромальных продуктивных и негативных симптомов [38]. По результатам метаанализа 20 публикаций в течение наблюдения средней продолжительностью 2,35 года за пациентами (n=2182) с высоким клиническим риском в 26% случаев развился психотический эпизод преимущественно в рамках расстройств шизофренического спектра (73%), реже – аффективного (11%), риск развития шизофрении составил 15,7%. Это подтверждает, что состояние высокого риска является неоднородным в отношении нозологической принадлежности диагностируемой в дальнейшем патологии, однако в значительно большей степени ассоциировано с вероятностью психотического дебюта шизофрении, а не аффективных расстройств [39].

Продромальные стадии шизофренических и аффективных психозов характеризуются общим спектром симптоматики (аффективной, субпсихотической в виде субсиндромальных, нестойких, маловыраженных обманов восприятия и бредовых идей). Значимое отличие между предпсихотическими этапами этих расстройств – необычное содержание мышления, характерное для продромальной стадии шизофрении. Маниакальным эпизодам в рамках БАР I типа чаще предшествовали депрессивные нарушения в виде снижения настроения и энергичности, повышенной утомляемости, суицидальных мыслей, нарушения концентрации внимания, психомоторного возбуждения, затруднения мышления и изложения своих мыслей, обсессивно-компульсивная симптоматика и явления аффективной неустойчивости [40].

При оценке преморбидного функционирования пациентов с первичным диагнозом ОППР у 33% мужчин на предпсихотическом этапе выявлено снижение трудовой адаптации, у 24% – нарушение социальной адаптации; среди обследованных женщин только у одной (1%) отмечалась профессиональная дезадаптация. За период 3-летнего катамнестического наблюдения у всех пациентов с предпсихотическими нарушениями функционирования, за исключением одной женщины, диагноз был изменен на шизофрению [24].

Одним из главных признаков, ассоциированных с вероятностью развития психоза преимущественно в рамках расстройств шизофренического спектра, является выраженность расстройств мышления у лиц из группы высокого риска. Клинически значимые нарушения стройности мышления обычно сохраняются, и в конечном итоге развивается психотическое состояние [41].

Вероятность развития психоза у лиц из группы клинически высокого риска в значительной мере ассоциирована с уровнем усугубления продромальных нарушений, установлением феноменологических взаимосвязей между психопатологическими симптомами. Центральным «связующим» симптомом в предпсихотическом периоде является тревога, поэтому снижение её уровня может способствовать уменьшению риска развития психоза [42]. Эти данные согласуются с выводами других авторов о значительной роли тревоги в развитии острых психотических состояний, в особенности протекающих с синдромом острого чувственного бреда, при которых тревога выступает в качестве основного синдромообразующего фактора [43].

#### **Роль неблагоприятных внешних факторов в развитии острых кратковременных психозов**

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 для рубрики ОППР (F23) пятым знаком указывается наличие/отсутствие связи возникновения психоза с острым стрессом. При этом под «острым стрессом» понимаются психотравмирующие события, воспринимаемые как стрессовые большинством людей в сходных обстоятельствах и возникающие в течение 2 недель до появления психотических симптомов [1]. Наличие сопутствующих неблагоприятных жизненных ситуаций выявлено в 2/3 случаев ОППР, чаще с внезапным началом (при развитии психоза в пределах 48 часов) [24].

При обследовании пациентов (n=314) с ОППР наличие ассоциированного острого стресса, соответствующего критериям МКБ-10, обнаружено лишь в 3,4% наблюдений, тогда как частота встречаемости стрессовых жизненных ситуаций на протяжении 6 месяцев, предшествующих развитию первого психотического эпизода, состави-

ла 43,8% (43,4% и 56,5% среди женщин и мужчин). Наиболее распространенными стрессовыми событиями были безработица (30,2%), смена места работы или учебы (29,4%), проблемы на работе, включая финансовые трудности, увольнение, конфликт с начальством (17,0%). Психотравмирующие события (расставание/разлука, тяжелые болезни и оперативные вмешательства, серьезные проблемы в семье и на работе) чаще отмечались у женщин, в то время как стресс, связанный с переездом (в новый город, страну), был более распространен среди мужчин [22].

По результатам изучения влияния употребления ПАВ на развитие и течение нейнтоксикационных психозов установлено, что употребление каннабиноидов связано с повышенным риском развития психотических расстройств [44], более неблагоприятным прогнозом (ухудшением функционирования, сохранением резидуальной аффективной и тревожной симптоматики) [45]. Ежедневное употребление каннабиноидов значительно повышает риск развития психоза у женщин [44]. По данным метаанализа, ежедневное употребление табака ассоциировано с развитием психоза в более раннем возрасте, а причиной употребления никотина, особенно в молодом возрасте, может быть «самолечение» тревожной симптоматики в продромальном периоде психоза [46]. С учетом высокой распространенности никотиновой зависимости среди пациентов с шизофренией (в 5 раз выше, чем при других психических расстройствах и в неклинических выборках) [47] и наличия общих механизмов развития и взаимовлияния этих расстройств ежедневное курение большого количества сигарет может служить дополнительным фактором риска развития ОППР шизофренического спектра, несмотря на то что роль курения в возникновении психоза нуждается в дальнейшем изучении [46].

#### **Особенности терапии острых преходящих психотических расстройств**

Терапевтические стратегии большинства клиницистов в отношении острых преходящих психозов не отличаются от таковых при других психотических расстройствах и включают в себя назначение антипсихотических и седативных средств [22]. Исследования, посвященные лечению ОППР, немногочисленны. В руководствах и рекомендациях по назначению медикаментозной терапии острые психозы не выделены в качестве отдельной рубрики, требующей иных терапевтических подходов [2]. По выражению S. Fagoog, в клинической практике ОППР лечат, как если бы острые психозы представляли собой «редуцированный» вариант шизофрении, в то время как данное расстройство в дальнейшем является далеко не у всех пациентов с ОППР.



Стандартизированные исследования, которые могли бы обеспечить доказательную базу применения антипсихотиков при ОППР, до настоящего времени отсутствуют. К важнейшим вопросам, требующим изучения, относятся следующие: 1) какие лекарственные средства являются наиболее подходящими для лечения ОППР? 2) какова оптимальная продолжительность лечения, когда следует прекращать прием антипсихотиков после купирования психотического эпизода? 3) оправдано ли длительное лечение ОППР с учетом соотношения побочных эффектов и эффективности новых антипсихотиков? [2].

По мнению некоторых исследователей, значительный удельный вес аффективного напряжения и тревоги в клинической картине острых психозов, а также предположения о патогенетической роли тревоги в развитии некоторых вариантов данных состояний обуславливают целесообразность назначения препаратов, мишенями которых являются именно эти симптомы. К таким препаратам относятся атипичные антипсихотики и производные бензодиазепина [9].

Сравнение эффективности применения рисперидона в дозе 4 мг/сут и галоперидола в дозе 15 мг/сут в течение 4-недельной терапии ОППР продемонстрировало, что пациентам, принимавшим рисперидон, чаще назначались лоразепам (при тревоге) и пропранолол (при акатизии). Оба препарата оказывали значительный положительный эффект при лечении ОППР, однако клиническое улучшение, оцениваемое с помощью психометрических шкал, у пациентов, получавших галоперидол, было более заметным в первые две недели терапии, в сравнении с последними двумя неделями, а у пациентов, получавших рисперидон, — относительно равномерным на всем протяжении терапии. Рисперидон оказывал более выраженное влияние на депрессивную симптоматику, тогда как галоперидол — на тревожную. Значительное улучшение ряда показателей (уменьшение выраженности нарушений мышления и галлюцинаторного поведения) на 14-й день терапии рисперидоном позволило автором предположить, что данный препарат является наиболее подходящим для купирования острой психотической симптоматики на начальной стадии лечения ОППР и может быть рекомендован в качестве препарата первого выбора [48].

Очевидное обоснование распространенного использования высоких доз антипсихотиков у пациентов с психотическими расстройствами заключается в увеличении степени и скорости терапевтического ответа, являющегося дозозависимым эффектом, хотя некоторыми авторами эти воззрения были подвергнуты сомнению.

С целью изучения оптимальной терапевтической тактики при ОППР в плане подбора достаточных дозировок галоперидола сравнивалась эффективность высоких и низких (20 и 5 мг/сут) доз. Показано значительное улучшение психического состояния пациентов с ОППР, оцениваемое с использованием психометрических шкал, вне зависимости от суточной дозы антипсихотика. Скорость редукции психоза в группах больных, получавших терапию высокими и низкими дозами препарата, существенно не различалась [49]. Данные российских ученых свидетельствуют о наименьшем времени госпитализации у пациентов, получавших амисульприд, что говорит о его преимуществе по сравнению с другими атипичными антипсихотиками и галоперидолом в период активной терапии. Вместе с тем, если рассматривать клиническую динамику психоза в процессе лечения, включая период ремиссии, разные антипсихотики не имеют значимых различий в эффективности [50].

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

ОППР в современном понимании — этиологически гетерогенная группа психозов, объединенных общими признаками (острое начало и малая продолжительность, полиморфная психотическая симптоматика в клинической картине). Они включают в себя как состояния, относящиеся к расстройствам шизофренического спектра, так и варианты аффективных расстройств, психотические состояния в основном психогенной этиологии, расцениваемые как реактивный параноид. Важность ранней дифференциации ОППР шизофренического спектра от клинически сходных состояний иного генеза обусловлена необходимостью выбора соответствующей терапевтической тактики, прежде всего определяемой этиологией психоза. К факторам, ассоциированным с риском рецидива психоза и его принадлежностью к расстройствам шизофренического спектра, относятся формальные расстройства мышления в структуре первого психотического эпизода [22], снижение трудовой и социальной адаптации на допсихотическом этапе [24], шизоидные черты личности, более низкая способность устанавливать и поддерживать отношения в преморбиде, манифестация психоза в подростковом и раннем взрослом возрасте [3], наследственная отягощенность манифестными психозами, наличие шизофрении у родственников первой степени [24, 30]. В настоящее время остаются актуальными проблема классификации и дифференциации ОППР, поиск и уточнение клинических, биологических, патопсихологических и других особенностей, позволяющих нозологически квалифицировать данные состояния, что необходимо для определения прогноза и выработки надлежащей терапевтической тактики и стратегии.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

**ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Авторы заявляют об отсутствии финансирования или иной спонсорской помощи при проведении исследования.

**СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Клиническое исследование/испытание, связанное с людьми в качестве субъектов, не проводилось, в связи с чем не требовалось его рассмотрение в локальном этическом комитете.

**ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. Available at: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
2. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. *Psychiatr Danub*. 2012 Oct;24 Suppl 3:S311-5. PMID: 23114808.
3. Suda K, Hayashi N, Hiraga M. Predicting features of later development of schizophrenia among patients with acute and transient psychotic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Apr;59(2):146-50. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01349.x. PMID: 15823159.
4. Мельникова Е.А. К характеристике острых транзиторных психозов. Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 82-83. Melnikova EA. To the characteristics of acute transient psychoses. *Social and Clinical Psychiatry*. 2008;18(2):82-83 (in Russian).
5. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). М.: Медицина, 1975. 192 с. Papadopoulos TF. Acute endogenous psychoses (psychopathology and systematics). Moscow: Medicine Publishing House, 1975:192 (in Russian).
6. Malhotra S. Acute and transient psychosis: A paradigmatic approach. *Indian Journal of Psychiatry* 2007 January;49(4):233-243. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.37662>. PubMed ID 20680134.
7. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1920;62:1-29.
8. Magnan V, Legrain P. Les dégénérés (etat mental et syndromes episodiques). Paris : Rueff et Cie Editeurs, 1895:275.
9. Leonhard K. Die cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen [Cycloid psychoses, often erroneously considered as schizophrenia]. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1957 Dec;9(12):359-65. German. PMID: 13518429.
10. Strömgren E. Psychogenic psychoses. In: Themes and variations in European psychiatry. Hirsch S.R., Shepherd M., eds. Bristol: Wright, 1974:102-125.
11. Wimmer A. Psykogene Sindssygdomsformer. In: St. Hans Hospital 1816-1916 Jubilee Publication, Copenhagen Gad., 1916. P. 85-216.
12. Langfeldt G. The schizophreniform states. Copenhagen, 1939:134.
13. Peralta V, Cuesta MJ, de Leon J. Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Oct;84(4):336-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03156.x. PMID: 17462
14. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. 1933. *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6 Suppl):144-54. doi: 10.1176/ajp.151.6.144. PMID: 8192190.
15. Pull MC, Pull CB, Pichot P. Des critères empiriques français pour les psychoses. II. Consensus des psychiatres français et définitions provisoires [Empirical French criteria for psychoses. II. Consensus of French psychiatrists and provisional definitions]. *Encephale*. 1987 Mar-Apr;13(2):53-7. French. PMID: 3595510.
16. Langfeldt G. Atypical schizophrenias with special reference to the content of the term «schizophreniform psychoses». In: Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry. Montreal, Canada, 1961;3:33-34.
17. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, Ленингр. отд-е, 1989. 214 с. Lichko AE. Schizophrenia in adolescents. Leningrad: Medicine Publishing House, Leningrad Branch, 1989:214 (in Russian).
18. Наджаров Р.А. Формы течения. В кн.: Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. С. 16-76. Nadzharov RA. Forms of the course. In: Schizophrenia: a multidisciplinary study. AV Snezhnevsky, ed. Moscow: Medicine Publishing House, 1972:16-76 (in Russian).
19. Castagnini A, Bertelsen A, Munk-Jørgensen P, Berrios GE. The relationship of reactive psychosis and ICD-10 acute and transient psychotic disorders: evidence from a case register-based comparison. *Psychopathology*. 2007;40(1):47-53. doi: 10.1159/000096512. Epub 2006 Oct 25. PMID: 17065837.
20. Das SK, Malhotra S, Basu D. Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 Jun;34(6):328-32. doi: 10.1007/s001270050152. PMID: 10422487.
21. Queirazza F, Semple DM, Lawrie SM. Transition to schizophrenia in acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry*. 2014;204:299-305. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127340. Epub 2013 Dec 19. PMID: 24357576.
22. Rusaka M, Rancāns E. First-episode acute and transient psychotic disorder in Latvia: a 6-year follow-up study. *Nord J Psychiatry*. 2014 Jan;68(1):24-9. doi: 10.3109/08039488.2012.761726. Epub 2013 Feb 5. PMID: 23383651.

23. Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2008 May-Jun;49(3):255-61. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.10.004. Epub 2007 Dec 20. PMID: 18396184.
24. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Feb;105(2):104-9. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.01080.x. PMID: 11939959.
25. Abe T, Otsuka K, Kato S. Long-term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Aug;60(4):452-7. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01531.x. PMID: 16884447.
26. Петракова А.В. Клинические варианты, психопатология и прогноз транзиторных психозов: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2003. 22 с. Petrakova AV. Clinical variants, psychopathology and prognosis of transient psychoses: abstract. dis. ... Ph.D. Moscow, 2003:22 (in Russian).
27. Мухин А.А. Синдром острого параноида при шизофрении (вопросы психопатологии, клиники и прогноза): автореф. дис. ... к.м.н. М., 1985. 25 с. Mukhin AA. Acute paranoid syndrome in schizophrenia (issues of psychopathology, clinical picture and prognosis): abstract. dis. ... Ph.D. Moscow, 1985:25 (in Russian).
28. Aleshkina GA, Pugacheva ME, Bardenshtein LM. The clinical characteristic of acute brief psychotic disorders with symptoms of schizophrenia. *Psychiatra Danubina* 2018;30(Suppl 1):S63.
29. Михайлова В.А. Разновидности течения и прогноз приступообразной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дис. ... к.м.н. М., 1978. 21 с. Mikhailova VA. Varieties of the course and prognosis of paroxysmal schizophrenia that began in adolescence and young adulthood (clinical follow-up study): abstract. dis. ... Ph.D. Moscow, 1978:21 (in Russian).
30. Castagnini AC, Laursen TM, Mortensen PB, Bertelsen A. Family psychiatric morbidity of acute and transient psychotic disorders and their relationship to schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med*. 2013 Nov;43(11):2369-75. doi: 10.1017/S0033291713000044. Epub 2013 Jan 24. PMID: 23343536.
31. Monte RC, Goulding SM, Compton MT. Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: a comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophr Res*. 2008 Sep;104(1-3):206-13. doi: 10.1016/j.schres.2008.06.009. Epub 2008 Jul 26. PMID: 18657952; PMCID: PMC2603279.
32. Tarbox SI, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, Heinssen R, McGlashan TH, Woods SW. Functional development in clinical high risk youth: prediction of schizophrenia versus other psychotic disorders. *Psychiatry Res*. 2014 Jan 30;215(1):52-60. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.006. Epub 2013 Oct 18. PMID: 24200216; PMCID: PMC3946851.
33. Dalkin T, Murphy P, Glazebrook C, Medley I, Harrison G. Premorbid personality in first-onset psychosis. *Br J Psychiatry*. 1994 Feb;164(2):202-7. doi: 10.1192/bjp.164.2.202. PMID: 8173823.
34. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2002 Dec 1;58(2-3):273-80. doi: 10.1016/s0920-9964(01)00395-4. PMID: 12409168.
35. Андриенко Е.В., Платонова Т.П., Тиганов А.С. Некоторые виды доманифестных расстройств при приступообразно-прогредиентной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. Т. 14, № 12. С. 31-35. Some variants of premanifesting disorders in attack-like schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(12):31-35. <https://doi.org/10.17116/jnevro201411412131-35> (in Russian).
36. Скугаревский О.А., Скугаревская М.М. Возможности ранней диагностики и профилактики психозов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015. Т. 11, № 2. С. 10-25. Skugarevsky OA, Skugarevskaya MM. Possibilities of early diagnosis and prevention of psychoses. *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*. 2015;11(2):10-25 (in Russian).
37. Corcoran CM, Kimhy D, Parrilla-Escobar MA, Cressman VL, Stanford AD, Thompson J, David SB, Crumley A, Schobel S, Moore H, Malaspina D. The relationship of social function to depressive and negative symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychol Med*. 2011 Feb;41(2):251-61. doi: 10.1017/S0033291710000802. Epub 2010 May 6. PMID: 20444306; PMCID: PMC3376746.
38. Correll CU, Lencz T, Smith CW, Auther AM, Nakayama EY, Hovey L, Olsen R, Shah M, Foley C, Cornblatt BA. Prospective study of adolescents with subsyndromal psychosis: characteristics and outcome. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005 Jun;15(3):418-33. doi: 10.1089/cap.2005.15.418. PMID: 16092908.
39. Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ, Bonoldi I, Carpenter WT, Yung AR, McGuire P. At risk for schizophrenic or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophr Bull*. 2013 Jul;39(4):923-32. doi: 10.1093/schbul/sbs060. Epub 2012 May 15. PMID: 22589370; PMCID: PMC3686446.
40. Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, Kane JM, Cornblatt BA. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophr Bull*. 2007

- May;33(3):703-14. doi: 10.1093/schbul/sbm028. Epub 2007 May 2. PMID: 17478437; PMCID: PMC2526140.
41. DeVylder JE, Muchomba FM, Gill KE, Ben-David S, Walder DJ, Malaspina D, Corcoran CM. Symptom trajectories and psychosis onset in a clinical high-risk cohort: the relevance of subthreshold thought disorder. *Schizophr Res.* 2014 Nov;159(2-3):278-83. doi: 10.1016/j.schres.2014.08.008. Epub 2014 Sep 19. PMID: 25242361; PMCID: PMC4254175.
  42. Palaniyappan L, Das T, Harrisberger F, Lang UE, Riecher-Rössler A, Schmidt A, Borgwardt S. T212. The intrinsic organization of symptoms marks transition from high-risk state to early psychosis: a phenomenological connectivity study. *Schizophr Bull.* 2018 Apr;44(Supplement 1):S199. doi: 10.1093/schbul/sby016.488. Epub 2018 Apr 1. PMCID: PMC5888263.
  43. Попов М.Ю. Тревога в структуре острых психотических состояний как обоснование подходов к терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина.* 2002. № 2. С. 54-56. Popov MYu. Anxiety in the structure of acute psychotic states as a rationale for approaches to therapy. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy named after P.B. Gannushkin.* 2002;2:54-56 (in Russian).
  44. Compton MT, Kelley ME, Ramsay CE, Pringle M, Goulding SM, Esterberg ML, Stewart T, Walker EF. Association of pre-onset cannabis, alcohol, and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. *Am J Psychiatry.* 2009 Nov;166(11):1251-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030311. Epub 2009 Oct 1. PMID: 19797432; PMCID: PMC3662470.
  45. González-Ortega I, Alberich S, Echeburúa E, Aizpuru F, Millán E, Vieta E, Matute C, González-Pinto A. Subclinical depressive symptoms and continued cannabis use: predictors of negative outcomes in first episode psychosis. *PLoS One.* 2015 Apr 15; 10(4):e0123707. doi: 10.1371/journal.pone.0123707. PMID: 25875862; PMCID: PMC4398379.
  46. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015 Aug; 2(8):718-725. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00152-2. Epub 2015 Jul 9. Erratum in: *Lancet Psychiatry.* 2015 Aug;2(8):680. PMID: 26249303; PMCID: PMC4698800.
  47. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005 Jul 15;76(2-3):135-57. doi: 10.1016/j.schres.2005.02.010. PMID: 15949648.
  48. Chaudhuri BP, Bhagabati D, Medhi D. Risperidone versus haloperidol in acute and transient psychotic disorder. *Indian J Psychiatry.* 2000 Jul;42(3):280-90. PMID: 21407958; PMCID: PMC2958353.
  49. Khanna A, Lal N, Dalal PK, Khalid A, Trivedi JK. Treatment of acute and transient psychotic disorders with low and high doses of oral haloperidol. *Indian J Psychiatry.* 1997 Apr;39(2):136-42. PMID: 21584060; PMCID: PMC2967098.
  50. Корнетова Е.Г., Семке А. В. К проблеме терапии первого психотического эпизода. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2009. № 4 (55). С. 17-19. Kornetova EG, Semke AV. On the problem of therapy for the first psychotic episode. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2009;4(55):17-19 (in Russian).

Поступила в редакцию 31.07.2023

Утверждена к печати 13.11.2023

Забигулина Ирина Викторовна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии с курсом ПО ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. AuthorID РИНЦ 771740. ORCID iD 0000-0001-5076-5368. Researcher M-5458-2014. zabigylyna@mail.ru

Березовская Марина Альбертовна, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии с курсом ПО ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. Author ID 620131. 89048909586 mberezovska@mail.ru

✉ Березовская Марина Альбертовна, mberezovska@mail.ru

UDC 616.89-02-048.445-056-06-07-085(048)

For citation: Zabigulina I.V., Berezovskaya M.A. Acute polymorphic psychotic disorders: classification, diagnostics, therapy (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2023; 4 (121): 76-88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-76-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-76-88)

## **Acute polymorphic psychotic disorders: classification, diagnostics, therapy (literature review)**

**Zabigulina I.V., Berezovskaya M.A.**

*Federal State Budgetary Educational Institution "Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky" of the Ministry of Health of Russia  
Partizan Zheleznyak Street 1, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation*

### **ABSTRACT**

Acute short-term psychotic disorders still remain one of the controversial and least studied in modern psychiatry. The problem of the nosological affiliation of these disorders also remains relevant, and their connection with the schizophrenia spectrum is the subject of debate among both domestic and foreign experts. This article provides a review of literary sources on the history of the study of acute polymorphic psychotic disorders, classification, diagnosis and differential diagnosis, and discusses issues of treatment and early recognition. The current state of the problem of acute polymorphic psychotic disorders and their connection with schizophrenia is covered, a number of premorbid, clinical, dynamic signs associated with the likelihood of the procedural genesis of acute short-term psychotic disorders are identified.

**Keywords:** acute polymorphic psychotic disorder, schizophrenia, first psychotic episode.

Received July 31, 2023

Accepted November 13, 2023

Zabigulina Irina V., Cand.Sc. (Medicine), assistant professor of the Department of Psychiatry and Narcology with the course of Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation. Author ID РИНЦ 771740. ORCID iD 0000-0001-5076-5368. Researcher M-5458-2014. [zabigylina@mail.ru](mailto:zabigylina@mail.ru)

Berezovskaya Marina A., D.Sc. (Medicine), associate professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology with the course of Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation. Author ID 620131.

✉ Berezovskaya Marina A., [mberezovska@mail.ru](mailto:mberezovska@mail.ru)