

Л. М. Барденштейн\*, Г. А. Алешкина

## ОСТРЫЕ И ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ИСТОРИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Кафедра психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет  
Минздравсоцразвития России

\*Барденштейн Леонид Михайлович, д-р мед. наук, проф., зав. каф.; 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;  
E-mail:barden@mail.ru

Учение о психозах является одной из основных проблем психиатрии. В период несистематических наблюдений острые психотические расстройства были недифференцированной группой, содержащей фрагменты клинической картины психозов в современном понимании. В первой классификации душевных больных F. Plater (1625) практически все психотические состояния объединял в понятиях "мания" и "меланхолия" [цит по 9]. По мере накопления клинических сведений происходила постепенная дифференциация понятия психоза; к XIX веку наметились границы обширной группы острых транзиторных психотических расстройств. Описания психотических состояний, характеризующихся внезапным началом, выраженными психическими нарушениями и благоприятным исходом, встречаются в работах многих авторов [12, 14, 47, 50, 63]. Литературные работы, посвященные проблеме острых психозов, характеризуются противоречивостью взглядов их авторов, в связи с чем в данном обзоре мы выделяли только основные направления учения об острых психотических расстройствах.

### Единый психоз

В рамках концепции единого психоза кратковременные психотические расстройства не получили достаточного освещения. V. Griesinger (1881), хотя и разграничивал бредовые и галлюцинаторно-бредовые расстройства, однако рассматривал их как стадии единого патологического процесса, а преходящим, обратимым считал только этап аффективных нарушений [6]. Трактовка атипичных, типологически разнородных психотических состояний с позиций единого психоза прослеживалась и в более поздних работах, авторы которых считали невозможным нозологическое разграничение этих состояний. Так, K. Conrad (1958) выделял внутри единого психоза 4 типа, различающиеся степенью тяжести: циклотимический психоз, шизоаффективный психоз, приступообразный психоз и классический шизофренический процесс [32].

### Острые преходящие психотические расстройства — "абортивные" формы различных психозов

L. Snell (1865), не соглашаясь с мнением о первичной роли аффекта в развитии психической патологии, в качестве самостоятельной формы выделил первичные расстройства интеллекта [58]. Эти состояния представляли собой неоднородную группу, включая наравне с хроническими бредовыми психозами острые формы галлюцинаторно-депрессивного и галлюцинаторно-экзальтированного помешательства. В 1876 г. K. Westphal описал острую па-

ранойю — разновидность первичного помешательства, характеризующуюся острым началом, внезапным возникновением идей преследования, величия, галлюцинаций и высокой вероятностью полного выздоровления [63]. Определенная K. Westphal новая форма в свою очередь продолжала дробиться на различные типологические варианты. В 1879 г. A. L. Mercklin описал случай острой паранойи, протекающей со спутанностью, что способствовало выделению двух видов острых психозов: психотических состояний с доминированием бредовых симптомов и ясным сознанием и острых бредовых психозов с галлюцинациями, аффективными расстройствами и помрачением сознания [21]. Острые формы первичного помешательства, сопровождавшегося нарушением сознания, были известны как кратковременные приступы ремиттирующей аменции [5], острое галлюцинаторное помешательство [15], снопоподобное помешательство [20]. T. Meynert (1890), изучая случаи первичного помешательства, протекающие с острой спутанностью, предложил для их обозначения термин "аменция", выделив из обширной группы паранойи состояния, не имевшие к ней отношения [50]. Однако, разрабатывая эту проблему, T. Meynert значительно расширил понятие аменции, относя к ней и алкогольный делирий, и эпилептические пароксизмы. С. С. Корсаков (1901), не соглашаясь с широкой трактовкой клинического понятия аменции, выделил из нее дизнойю, руководствуясь при ее описании типом течения психоза. Абортивная форма дизнойи характеризовалась приступами спутанности сознания, непоследовательности мышления, тревоги, чаще развивалась на фоне соматического неблагополучия. Следует отметить, что к острым формам душевных болезней С. С. Корсаков относил случаи продолжительностью до 2 лет, "эти формы большей частью такие, при которых есть надежда на то, что болезнь кончится выздоровлением" [12].

### Острый психоз — тип реакции

Психотические состояния, развивающиеся под воздействием внешних вредностей, описаны многими исследователями. J. Esquirol (1838) проследивал связь кратковременного острого помешательства с благоприятным исходом — "мономанией" — с психотравмирующей ситуацией [35]. V. Magnan (1893) описал бредовые вспышки дегенератов — острый бредовой психоз, характеризующийся политематическим несистематизированным бредом и аффективным сужением сознания, который развивался на почве "дегенеративной конституции" [47]. Хотя в классическом понимании V. Magnan отрицалось влияние на развитие этих состояний внешних факторов, позже H. Еу

(1954) выделил реактивную форму острых бредовых психозов на дегенеративной почве [36]. E. Stransky (1912) упоминал об особом виде дегенеративной конституции, предрасполагающей к реактивной форме кататонии [59]. В последующих публикациях транзиторные бредовые вспышки рассматривались как реактивные шизофреноформные психозы [53]. S. Fiume и B. D'Avossa (1959) описали своеобразные онейроидные психозы, в развитии которых решающую роль отводили наследственной предрасположенности и психогенной провокации [38].

Состояния, характеризующиеся острым началом, психотическими симптомами, нарушением сознания, психомоторным возбуждением, психотической тревогой и другими аффективными симптомами длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев с благоприятным исходом, тенденцией к рецидивированию без нарастания специфических изменений личности, были отнесены к атипичным периодическим психозам. Прослеживается близость указанных расстройств с периодической шизофренией и шизоаффективным расстройством [54, 56]. Однако несмотря на указанное сходство, эти психозы тем не менее рекомендовалось считать реакцией на различные экзогенные вредности, а не отдельной нозологической формой.

На развитие концепции реактивных психозов значительное влияние оказали труды скандинавских ученых [45, 49], выделявших в полиморфной группе психотических реакций аффективные, параноидные, истерические и шизофреноформные варианты. G. Langfeldt (1978) описал так называемые "непроцессуальные шизофрении", представляющие собой гетерогенную группу психотических состояний, содержащих в своей структуре шизофренические симптомы, с большей или меньшей степенью патогенетического воздействия психической травмы. В дальнейшем эти психотические состояния расценивались как реактивные психозы шизофреноформного типа.

Одновременно с развитием концепции реактивных психозов формировалось представление о шизофренической реакции. E. Porrer (1920) описал психотические состояния с симптомами шизофрении, возникавшие после психогенной провокации, продолжительностью до нескольких месяцев и с благоприятным исходом [55]. В то время как одни исследователи расценивали кратковременные шизофренические реакции как не связанные с эндогенным процессом [13], другие рассматривали их как вариант психогений у шизоидных личностей [3]. Существовало также мнение, что подобные клинические эпизоды представляют собой психогенные реакции у больных шизофренией [25]. Шизофреноформные реактивные состояния имеют много точек соприкосновения с шизофреническим процессом. Высказывалось предположение о том, что реактивный психоз "готовит" почву для развития шизофрении [4], в частности вызывает выраженные обменные нарушения, ведущие к аутоинтоксикации и способствующие возникновению шизофрении [26].

### **Нозологическая концепция и дихотомический подход к разделению психозов**

Нозологический подход к психическим расстройствам [15] способствовал выделению двух основных видов эндогенных психозов. Согласно этой концепции все психозы, в том числе острые транзиторные психотические состояния, относятся к аффективным психозам или шизофрении. Оценка острых преходящих психотических расстройств с этой точки зрения получила широкое распространение.

На протяжении многих лет предметом дискуссии был вопрос о том, что кратковременные психотические эпизоды, предшествующие развернутому дебюту шизофрении, относятся к эндогенному процессу. E. Bleuler (1950) относил такие приступы к латентной шизофрении [30]. W. Zeh

(1959) считал, что психозы с шизофреническими симптомами, являются шизофренией независимо от дальнейшего течения [64].

Преходящие психотические расстройства часто выступают в качестве продромов, предвестников [40], "зарниц" шизофренического процесса [29]. Клиническая сущность и отношение этих феноменов к развивающемуся заболеванию не имеют однозначной трактовки [27]. Отмечено феноменологическое сходство транзиторных психотических эпизодов с последующим манифестным приступом шизофрении [11, 24]. Т. П. Симсон (1959) описывала подобные "зарницы" как транзиторные эпизоды, включающие явления деперсонализации, немотивированный страх, отрывочные обмены восприятия, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких недель и проходящие бесследно.

G. Gross (1969) выдвинула гипотезу о нозологическом единстве "зарниц", продрома, развернутого шизофренического психоза и дефекта, считая, что в предвестниках психоза уже угадывается снижение энергетического потенциала личности, формирование дефицитарных симптомов [40].

Наиболее изучены острые транзиторные психозы в рамках периодической шизофрении. Некоторые исследователи к транзиторным относили психотические состояния, продолжительность которых не превышала 2 нед [2, 11]. В. А. Концевой (1965) выделил бредовые, онейроидные, депрессивно-бредовые варианты транзиторных манифестных приступов, подчеркивая тенденцию к благоприятному течению шизофрении в случае кратковременного дебюта [11].

К. Е. Борисова (1983) описала особый вариант благоприятного течения шизофрении в форме транзиторных приступов и выделила 2 варианта транзиторных психозов в рамках шизофрении: аффективно-бредовые психозы с фантастической фабулой и различной глубиной онейроидного помрачения сознания и острый параноид с чувственным бредом и шизофреническими изменениями личности в постпсихотическом периоде [2]. А. В. Петракова (2003) изучала выборку из 80 больных с острыми транзиторными психотическими состояниями, включавшую 18,8% пациентов с параноидной шизофренией, 7,5% с кататонической шизофренией и 10% больных с шизоаффективным расстройством [22]. У 6% обследованных пациентов констатированы субпсихотические кратковременные эпизоды, квалифицированные как "зарницы клинически более выраженных и очерченных психотических расстройств". У 37,5% обследованных больных транзиторный приступ развивался повторно, у 62,5% психоз был расценен как манифестный. Автором выделены несколько клинических вариантов острых транзиторных эпизодов — параноидный, аффективно-параноидный, аффективно-галлюцинаторный, галлюцинаторно-параноидный, онейроидно-кататонический, полиморфный. Наиболее распространены галлюцинаторно-параноидный и аффективно-параноидный типы приступов. Как общее клиническое свойство острых психозов отмечено наличие острого чувственного бреда персекуторной тематики, идеаторных автоматизмов, аффекта недоумения. Манифестные приступы возникали на фоне компенсированной церебрально-органической недостаточности при воздействии экзогенных вредностей и не приводили к дефицитарным изменениям личности. Предикторами транзиторного течения являлись внезапность начала, полиморфизм клинической картины, острый чувственный бред, зрительные обмены восприятия. Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении было представлено в исследовании тремя случаями, которые по причине малочисленности не были клинически конкретизированы.

Таким образом, транзиторные психозы рассматривались как этап развития шизофренического процесса. При этом различными авторами подчеркиваются полиморфизм и нестабильность клинической картины дебюта шизофрении, изменчивость психотических феноменов, выраженные аффекты тревоги и недоумения, затрудняющие синдромологическую квалификацию состояния [10, 17]. Также отмечена возможность дебюта шизофрении клиникой реактивного параноида, при этом характерна отсроченная реакция на психическую травму и отрыв болезненных переживаний от психотравмирующей ситуации [19].

В настоящее время в мировой психиатрической практике все большее признание получают стратегии раннего терапевтического вмешательства при шизофрении, происходит смещение психофармакотерапевтического воздействия на ранние этапы шизофренического процесса [6, 39]. Исследования последних лет подтверждают негативное влияние отсрочки адекватного лечения шизофрении после первых психотических проявлений на социальное функционирование и качество жизни пациентов [8, 29]. При этом особое значение придается первым 6 мес заболевания, определяющим дальнейшее течение шизофренического процесса. Задержка начала адекватного лечения в этот период способствует формированию нейробиологической резистентности к психофармакотерапии шизофрении [1, 43]. Первый эпизод рассматривается как "критическая терапевтическая возможность" [29], что определяет актуальность более дифференцированной оценки острых преходящих психотических расстройств.

В рамках концепции Е. Краерлин некоторые острые кратковременные психотические состояния расценивались как атипичные приступы маниакально-депрессивного психоза [28, 31]. Вместе с тем большое количество случаев со сложной полиморфной структурой, сочетанием аффективных, шизофренических, психомоторных расстройств, а также тенденцией к кратковременному течению и благоприятному исходу не соответствовали классическому дихотомическому подразделению психозов, продолжая занимать неопределенное нозологическое положение.

Психотические состояния с острым началом, полиморфной изменчивой симптоматикой, не отвечавшие критериям шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, различные исследователи относили к обширной группе "третьих психозов" [42, 48], атипичных психозов [15, 44, 46].

Значительный вклад в разработку проблемы атипичных психозов внесли представители немецкой психиатрической школы. К. Leonhard (1957) дал описание циклоидного психоза, характеризовавшегося своеобразной биполярной структурой, отличной от структуры классического маниакально-депрессивного психоза [46]. Выделенные клинические варианты включали психоз страха—счастья, гиперкинетический—акинетический психоз и возбужденно—заторможенную спутанность. В середине XX века диагностические критерии циклоидного психоза были приняты во многих странах.

### **Острые преходящие психотические расстройства — самостоятельная нозологическая единица**

Количество публикаций, посвященных изучению собственно острых преходящих психотических расстройств, относительно невелико. В основном в них особо отмечается более благоприятный исход по сравнению с шизофренией, выраженный полиморфизм и изменчивость клинической картины, а также несоответствие критерием действующих диагностических систем [48, 60]. Для квалификации этих состояний предлагались особые диагностические категории — идиопатический транзиторный психоз [62], истинный острый транзиторный психоз [37].

Следует отметить, что изучение острых преходящих психотических расстройств в некоторых исследованиях проводилось на основании казуистического материала (6 случаев [60]; 16 случаев [52]). Часто критерием отбора пациентов для некоторых исследований служило только наличие острого начала психоза и не учитывалась его психопатологическая структура, поэтому в большинстве случаев психозы были при дальнейшем наблюдении квалифицированы как шизофрения, алкогольные психозы, депрессивные эпизоды с психотическими симптомами. А. Susser и соавт. (1995) в доказательство нозологической самостоятельности острых кратковременных психозов приводили данные о средней продолжительности этих расстройств, составлявшей от 2 до 4 мес, которые противоречили критериям МКБ-10 (F23), ограничивающим продолжительность острого психотического приступа сроком 3 мес [60]. Авторы считали целесообразным увеличение длительности острых преходящих расстройств в качестве критерия до 6 мес. Однако это исследование, начатое в 1992 г. (до внедрения МКБ-10), включало и некоторые случаи шизофрении, отвечавшие диагностическим критериям МКБ-9, при этом исключались реактивные психозы, что могло влиять на величину средней продолжительности исследуемых психотических расстройств. R. Mojtabai и соавт. (2000, 2003) большое внимание уделяли изучению состояний, определяемых ими как неаффективные острые ремиттирующие психозы (nonaffective acute remitting psychosis) [51, 52]. В качестве их основных клинических характеристик подчеркивалось острое начало (в течение 2 нед) и короткая продолжительность (не более 6 мес), благоприятный исход, несоответствие критериям шизофрении и аффективных расстройств, тенденция к рецидиву при отсутствии негативных личностных изменений.

По данным нескольких публикаций, посвященных демографическим и прогностическим аспектам этих расстройств [57, 60], для неаффективных острых ремиттирующих психозов была характерна высокая частота благоприятных исходов, они в 10 раз чаще встречались в развивающихся странах и в 2 раза чаще регистрировались у женщин, чем у мужчин. R. Mojtabai и соавт. (2003) исследовали 42 случая впервые возникших острых психотических состояний, из которых 26 были квалифицированы как "другие острые психотические расстройства", согласно критериям МКБ-10 (F23), и 16 случаев расценены как неаффективные острые ремиттирующие психозы [52]. Пациенты, включенные в исследование, наблюдались в течение 4 лет после первого психотического приступа. Через 4 года в группе неаффективных ремиттирующих психозов у 7 больных из 16 (46%) отмечалась полная ремиссия и лишь у 4 из 26 (14%) пациентов с "другими острыми психотическими расстройствами" в течение 4 лет отсутствовали рецидивы, а у 20 (75%) больных диагноз был изменен на шизофрению. Так как длительность этих расстройств в большинстве случаев превышала 1 мес, в МКБ-10 им соответствовала "неспецифическая" категория F23.8 "Другие неуточненные психотические расстройства". Авторами предложено выделение неаффективных острых ремиттирующих психозов в отдельную диагностическую категорию на основании достоверно большего числа благоприятных исходов и более высокого уровня социального функционирования таких пациентов в сравнении с больными шизофренией.

P. Thangadurai и соавт. (2006), исследовав 87 историй болезни пациентов с острыми психозами (F23, МКБ-10), через 13 мес после развития психотического эпизода обнаружили изменение диагноза на аффективное расстройство у 9,2% больных, у 26,4% пациентов была диагностирована шизофрения, у 11,5% больных отмечался рецидив острого психоза в пределах 1 года [61]. Исходя из вышеиз-

ложенного, можно утверждать, что острые психотические приступы часто оказываются начальным этапом развития различных расстройств. Сложность диагностики в ранних стадиях заболевания обусловлена недостаточностью анамнестических сведений, синдромальной неоднородностью и многообразием болезненных проявлений [48, 61]. Публикации отечественных авторов, посвященные острым преходящим психотическим расстройствам, единичны [17, 18]. Е. А. Мельниковой (2008) по результатам обследования 275 больных с острыми и преходящими психотическими расстройствами (F23, МКБ-10) отмечено, что на долю острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении приходится 38,2% от всех случаев, квалифицированных в рубрике F23; диагноз острого полиморфного психотического расстройства без симптомов шизофрении ставили в 25,5% случаев, что, по мнению автора, связано с особенностями структуры первых психотических эпизодов шизофрении, синдромальной неоднородностью, аффективной насыщенностью, изменчивостью клинической картины [17]. Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении встречалось преимущественно у женщин, психоз в среднем длился около 2 нед и характеризовался выраженным полиморфизмом клинической картины. Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении было более характерно для мужчин, имело тенденцию к большей стабильности психопатологической структуры и более длительному течению.

### Позиция острых транзиторных психозов в современных классификациях психических болезней

В DSM-IV (1992) острые и преходящие психотические расстройства рассматриваются в рубрике "Кратковременное психотическое расстройство" [298.8] и расцениваются как кратковременные реактивные психозы. Диагностические критерии кратковременного психотического расстройства предполагают наличие бреда, галлюцинаций, дезорганизованной речи. Длительность психоза не превышает 1 мес с полным восстановлением преморбидного функционирования. Психоз нельзя квалифицировать как шизофрению, шизоаффективное расстройство или аффективный психоз, при этом не исключается наличие в клинической структуре отдельных шизофренических и аффективных симптомов.

В МКБ-10 (1995) острые и преходящие психотические состояния выделены в отдельную группу на основании формальных критериев (острое начало, наличие разнообразных психотических симптомов) [41]. Категория "острые и преходящие психотические расстройства" (F23) объединяет как транзиторные психозы с благоприятным исходом, так и состояния шизофренического спектра, кардинально отличающиеся течением, терапевтической тактикой и прогнозом. Категория "Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении" включает состояния параноидной структуры (бредовые вспышки, острый бред, циклоидный психоз), при этом подчеркивается отсутствие шизофренической симптоматики. В то же время некоторые авторы рекомендуют относить к диагностической категории F23.0 "Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении" состояния с единичными шизофреническими симптомами [23]. К рубрике F23.1 "острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении" относятся острые параноидные состояния с симптомами шизофрении (бредовые вспышки с симптомами шизофрении, острый бред с симптомами шизофрении). Рубрика F23.2 "Острое шизофреноформное психотическое расстройство" соответствует случаям острой (недифференцированной) и приступообразной шизофрении. Оно явля-

ется по существу дебютом шизофренического процесса. Как прогностический признак используется формальный критерий длительности психоза, широко варьирующий в разных классификациях (от 1 мес в МКБ-10 до 6 мес в DSM-IV, DSM-IV-TR) [33, 34]. О крайней условности разделения острых психотических расстройств свидетельствует также включение в группу F23.3 "Преимущественно бредовые психотические расстройства" состояний с преобладанием в клинической картине галлюцинаторных феноменов. Реактивные психозы, при которых (если исходить из значения термина) установлена этиология, отнесены к неуточненным острым и преходящим психотическим расстройствам. Диагностические критерии МКБ-10 дают описание отдельных симптомов, а не целостной клинической картины этой группы психозов [16].

Таким образом, проблема острых преходящих психотических расстройств остается одной из наименее исследованных областей как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии. В XVII—XIX веках в период начала формирования классификаций психических расстройств различные казуистические случаи описывались как новые формы психической патологии. Многие исследователи стали рассматривать острые преходящие психотические расстройства как реакции на различные вредности. Однако этот подход оказался недостаточным для объяснения целого ряда психотических состояний. Некоторые авторы говорят об "идиопатических транзиторных психозах", "неаффективных острых ремиттирующих психозах", не имеющих определенной позиции ни в одной из существующих классификаций, как о самостоятельных нозологических единицах. До сих пор нет однозначной трактовки психопатологической структуры и динамики транзиторных психотических приступов. Большинство работ, посвященных изучению острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении, основаны на немногочисленных данных. Имеющиеся в настоящее время клинические сведения не позволяют составить четкую концепцию определения и разграничения острых психотических состояний. Отсутствует апробированная многоосевая классификация острых психотических расстройств. Остается не вполне определенным отнесение острых преходящих психозов к аффективным и шизофреническим расстройствам. Все вышеизложенное определяет актуальность дальнейших исследований в этом направлении.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бардеништейн Л. М., Демин А. А., Скачедубов В. Ю. и др. // Психиатр. и психофармакотер. — 2001. — № 6. — С. 213—214.
2. Борисова К. Е. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1983. — Т. 83, № 1. — С. 73—79.
3. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика. Некоторые общие соображения и данные. — М., 1933.
4. Гиляровский В. А. // Невропатол., психиатр. и психогиг. — 1936. — Т. 5, № 10. — С. 1595—1622.
5. Грейденберг Б. С. // Вестн. клин. и суд. психиатр. и невропатол. — 1885. — № 11. — С. 67—80.
6. Гризингер В. (Griesinger V.) Душевные болезни: Пер. с нем. — СПб., 1881.
7. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Любов Е. Б. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом шизофрении): Метод. рекомендации. — М., 2003.
8. Зайцева Ю. С. Первый психотический эпизод: пятилетнее каменно-клинико-нейропсихологическое исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010.
9. Каннабих Ю. История психиатрии. — М., ЦТР МГП ВОС, 1994.
10. Кербинов О. В. Острая шизофрения. — М., 1949.
11. Кошечной В. А. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1965. — Т. 65, № 8. — С. 1232—1238.

12. Корсаков С. С. Общая психопатология. — М.: БИНОМ, 2003.
13. Краснушкин Е. К. // Современные проблемы шизофрении: Доклады на конференции по шизофрении (июнь 1932). — М., 1933. — С. 64—71.
14. Крафт-Эбинг Р. (*Kraft-Ebing R.*) Учение об остром или скоропреходящем помешательстве: для врачей и юристов // Лекции современных немецких клиницистов. — М., 1888. — С. 178—214.
15. Крепелин Э. (*Kraepelin E.*) Учебник психиатрии для врачей и студентов. Пер. с нем. — М., 1912.
16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1, ч. 1. — Женева: ВОЗ, 1995. — С. 313—392.
17. Мельникова Е. А. // Соц. и клин. психиатр. — 2008. — № 2. — С. 82—83.
18. Мельникова Е. А., Азарков А. П. // Сиб. вестн. психиатр. и наркол. — 2008. — № 4 (51). — С. 20—23.
19. Молодецких В. А. Клиническая динамика реактивного параноида: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1967.
20. Оршанский И. Г. // Практ. мед. — 1888, 11, 12.
21. Панданопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). — М.: Медицина, 1975.
22. Петракова А. В. Клинические варианты, психопатология и прогноз транзиторных психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003.
23. Психиатрия / Под ред. Н. Г. Незнанова и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
24. Симсон Т. П., Кудрявцева В. П. // Шизофрения у детей и подростков / Под ред. В. А. Гиляровского и др. — М.: Медгиз, 1959. — С. 11—52.
25. Смуглевич А. Б., Мазаева Н. А., Басов А. М., Колесина Н. Ю. // Психогенные (реактивные) заболевания: Материалы науч.-практ. конф. Тамбов, 9—13.01.1979. — М., 1979. — С. 64—67.
26. Фелинская Н. И. // Проблемы клиники, судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии шизофрении. — М., 1964; 3: 15: 214—226.
27. Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Чумаченко А. А. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). — СПб.: Гиппократ, 2008.
28. Varuk H. Traité de psychiatrie. — Paris, 1959. — Vol. 1—2.
29. Birchwood M., Todd P., Jackson C. // Br. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 172 (suppl. 33). — P. 53—59.
30. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. — New York, 1950.
31. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten, — Zweite Auflage. — München, 1924.
32. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie; Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. — Stuttgart, 1958.
33. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. — Fourth Edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
34. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. — Fourth Edition. — Text Revision (DSM-IV-TR). — Washington: American Psychiatric Association, 2000.
35. Esquirol J. E. D. Des. maladies mental considérées sous les rapports medical, hygiénique et medico-legal. — Paris: Baillière, 1838. — 2.
36. Ey H. // Études psychiatriques. Structure de psychoses aidues et déstruration de la conscience. — Paris: Desclée de Brauwert, 1954. — Vol 3. — P. 203—324.
37. Ferrey G., Zebdi S. // Encephale. — 1999. — Vol. 25. — P. 326—332.
38. Fiume S., D'Avossa B. // Lav. neuropsychiat. — 1959, 24.
39. Freudenriech O., Holt D. J., Cather C. // Harvard rev. psychiatry. — 2009. — Vol. 15. — P. 189—211.
40. Gross G. // Schizophrenie und Zykllothymie. — Stuttgart, 1969. — S. 171—174.
41. International Classification of Diseases. Tenth Revision (ICD-10). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. — Geneva: WHO, 1992.
42. Jauch D. A., Carpenter W. T. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1988. — Vol. 176, N 2. — P. 72—81.
43. Keshavan M. S., Haas G., Miewald J. // Schizophr. Bull. — 2003. — Vol. 29. — P. 757—769.
44. Kleist K. // Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. — 1928. — Bd 23. — S. 1—17.
45. Langfeldt G. The prognosis in schizophrenia. — Copenhagen, 1959.
46. Leonhard K. // Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. — 1957. — Vol. 9, N 12. — P. 359—365.
47. Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mental faites a l'Asile Clinique. — Paris, 1893.
48. Marneros A., Pillmann F., Haring A. // Schizophr. Bull. — 2003. — Vol. 29. — P. 311—323.
49. McCabe M. S. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1976. — Vol. 33. — P. 571—576.
50. Meynert T. Klinische Vorlesung über Psychiatrie. — Wein, 1890.
51. Mojtabai R., Varma V. K., Susser E. // Br. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 176. — P. 576—580.
52. Mojtabai R., Susser E., Bromet E. // Am. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P. 2108—2115.
53. Pichot P. // Psychopathology. — 1986. — Vol. 19. — P. 35—43.
54. Polonio P. // Mschr. Psychiatr. Neurol. — 1954. — Bd 128, N 5—6. — S. 354—364.
55. Popper E. // Z. ges. Neurol. Psychiatr. — 1920. — Bd 62. — S. 194—207.
56. Pull C. B., Pull M. C., Pichot P. // Psychiatr. Clin. — 1983. — Vol. 16. — P. 141—148.
57. Singh S. P., Burns T., Amin S. // Br. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 185. — P. 452—459.
58. Snell L. // Allg. Zschr. Psychiatr. — 1865. — Bd 22.
59. Stransky E. // Z. ges. Neurol. Psychiatr. — 1912. — Bd 8, N 5. — S. 616—664.
60. Susser E. S., Varma V. K., Malhorta S. // Br. J. Psychiatry. — 1995. — Vol. 167. — P. 216—219.
61. Thangadurai P., Gopalakrishnan R., Kurian S., Jacob K. S. // Br. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 188, N 3. — P. 293.
62. Tupin J. P., Halbreich U., Pena J. J. Transient psychosis. — New York, 1984.
63. Westphal K. // Allg. Zschr. Psychiatr. — 1878. — Bd 34.
64. Zeh W. // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1959. — Bd 27, N 2. — S. 54—72.

Поступила 20.03.12