

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. References)

1. Мизерницкий Ю.Л., Сорокина Е.В. Современные подходы к терапии острых бронхитов у детей. *Трудный пациент*. 2008; 9: 4—8.
2. Геппе Н.А. Актуальность бронхиальной астмы у детей. *Педиатрия*. 2012; 3: 76—82.
3. Середа Е.В., Лукина О.Ф., Селимзянова Л.Р. Механизмы бронхиальной обструкции и терапевтическая тактика при бронхитах у детей. *Педиатрия*. 2010; 5: 77—86.
4. Максимов С.А., Зинчук С.Ф., Давыдова Е.А., Зинчук В.Г. *Риски и их оценка в медико-биологических исследованиях*. Кемерово: КемГМА; 2010.

REFERENCES

1. Mizernitskiy Yu.L., Sorokina E.V. Modern approaches to the treatment of acute bronchitis in children. *Trudnyu patsient*. 2008; 9: 4—8. (in Russian)

2. Geppe N.A. Topicality of bronchial asthma in children. *Pediatriya*. 2012; 3: 76—82. (in Russian)
3. Sereda E.V., Lukina O.F., Selimzyanova L.R. Mechanisms of bronchial obstruction and therapeutic tactics for bronchitis in children. *Pediatriya*. 2010; 5: 77—86. (in Russian)
4. Bacharier L.B., Boner A., Carlsen K.H., Eigenmann P.A., Frischer T., Götz M. et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy*. 2008; 63 (1): 5—34.
5. Maksimov S.A., Zinchuk S.F., Davydova E.A., Zinchuk V.G. *Risks and Their Assessment in Biomedical Research. [Riski i ikh otsenka v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh]*. Kemerovo: KemGMA; 2010. (in Russian)

Поступила 05.09.14
Принята к печати 29.09.15

© БАРДЕНШТЕЙН Л.М., АЛЕШКИНА Г.А., 2016
УДК 616.895.8-036.11-037

Барденштейн Л.М., Аleshкина Г.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРЫХ ПЕРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»
Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва, Россия

♦ С целью изучения прогностических факторов исхода острых переходящих психотических расстройств обследовано 168 пациентов с психотическими состояниями, отвечавшими диагностическим критериям МКБ-10 для данной группы расстройств (F 23.0; F 23.1; F 23.2; F 23.3; F 23.8; F 23.9). Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы. Представлены данные, касающиеся особенностей течения различных клинических вариантов острых переходящих психотических расстройств. Выявлен ряд признаков, ассоциированных с последующим развитием повторного психотического приступа. Наибольшее прогностическое значение в отношении развития рецидива заболевания имели характеристики, указывающие на затяжное течение первого психотического эпизода.

Ключевые слова: острые переходящие психотические расстройства; шизофрения; прогностические факторы; первый психотический эпизод; расстройства шизофренического спектра.

Для цитирования: Барденштейн Л.М., Аleshкина Г.А. Прогностические факторы неблагоприятного исхода острых переходящих психотических расстройств. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(2): 81—84.
DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-2-81-84

Для корреспонденции: Барденштейн Леонид Михайлович, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва, E-mail: barden@mail.ru

Bardensteyn L.M., Aleshkina G.A.

THE PROGNOSTIC FACTORS OF UNFAVORABLE OUTCOME OF ACUTE TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia

♦ The study was carried out to investigate prognostic factors of outcomes of transient psychotic disorders/ The sampling included 168 patients with psychotic states meeting diagnostic criteria of ICD-10 for the given group of diseases (F 23.0; F 23.1; F 23.2; F 23.3; F 23.8; F 23.9). The clinical psychopathologic, clinical catamnesis, psychometric and statistical methods were applied. The data concerning characteristics of course of various clinical alternatives of acute transient psychotic disorders is presented. A number of characteristics associated with subsequent development of secondary psychotic attack was established. The characteristics indicating lingering course of the first psychotic episode had the most prognostic significance as regards development of relapse of disease.

Keywords: acute transient psychotic disorders; schizophrenia; prognostic factors; first psychotic episode; disorders of schizophrenic spectrum.

For citation: Bardensteyn L.M., Aleshkina G.A. The prognostic factors of unfavorable outcome of acute transient psychotic disorders. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. (Medical Journal of Russian Federation, Russin journal)*. 2016; 22 (2): 81—84. (In Russ.)
DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-2-81-84

For correspondence: Leonid M. Bardenshteyn, MD, PhD, DSc, Prof., Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Member of the General Committee of the Russian Society of Psychiatrists, 127423, Moscow, Russia, E-mail: barden@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 01.10.15
Accepted 24.11.15

Острые переходящие психотические расстройства нередко являются начальным этапом развития различных психических расстройств, при этом диагностику первого психотического приступа осложняет полиморфизм и

динамичность клинической картины и, в ряде случаев, недостаток анамнестических сведений [1—3]. В современных классификациях психических болезней (МКБ-10; DSM-IV) острые психотические состояния объеди-

нены в отдельную категорию на основании формальных критериев (острое начало, наличие разнообразной психотической симптоматики).

Многие исследователи подчеркивают, что полезность диагностических категорий определяется долгосрочной стабильностью диагностической модели [4—8].

Современные диагностические системы содержат рубрики «Другие острые и преходящие психотические расстройства» (F23.8; МКБ-10) и «Острое и преходящее психотическое расстройство неуточненное» (F 23.9; МКБ-10); «Психотическое расстройство неопределенное иначе» — NOS (298) — DSM-IV [9—11]. При этом неуточненные психотические состояния являются наименее подтверждаемой в процессе катмнеза диагностической категорией среди острых психотических расстройств [12, 13], что может быть связано с включением в эту группу случаев атипичных, полиморфных, клинически слабо дифференцированных дебютов различных заболеваний.

В ряде работ указано, что изменение диагноза острого преходящего психотического расстройства на шизофрению варьирует в диапазоне 30—60% случаев в течение 1—5 лет [14—17]. Анализ публикаций последних лет выявил значительную неоднородность исследуемых выборок по количеству пациентов и длительности катмнезического наблюдения. Признаками, характерными для острых транзиторных психотических расстройств, по данным различных исследований, являются внезапное начало, продолжительность психоза менее одного месяца и высокий уровень преморбидного функционирования [18—20]. Высказывались предположения, что шизофреноформное расстройство отличается от шизофрении типом течения и исходом. Вместе с тем в исследовании Zarate C.A.J., Tohen M., Land M.L. (2000) показано, что в случаях шизофреноформного расстройства чаще отмечалось острое развитие психоза по сравнению с шизофренией, но в плане исхода отличий от шизофренического процесса не выявлено. В течение двухлетнего периода наблюдения у всех больных (за исключением двух случаев) диагноз был изменен на шизофрению [21].

Целью исследования являлся анализ прогностических факторов неблагоприятного исхода острых преходящих психотических расстройств.

Материал и методы

Обследованы 168 больных (81 мужчина, 87 женщин), госпитализированных в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 15 Департамента здравоохранения города Москвы» в связи с острыми преходящими психотическими расстройствами (F 23; МКБ-10).

128 (76,2%) больных обследованы в 2010—2014 гг. в процессе первой госпитализации в психиатрический стационар; 40 (23,8%) пациентов, находились на лечении ранее и были стационарированы повторно в связи с развитием второго психотического приступа. Длительность катмнезического наблюдения в этих случаях составила 5 лет.

В группу 1 ($n = 77$) отобраны пациенты с острыми преходящими психотическими расстройствами без симптомов шизофрении (F 23.0; F 23.3; F 23.8; F 23.9), средний возраст $31,2 \pm 11,1$ года. Группу 2 ($n = 91$) составили больные с острыми преходящими психотическими расстройствами с симптомами шизофрении (F 23.1; F 23.2), средний возраст $25,6 \pm 9,3$ года.

С целью поиска клинических прогностических критериев исхода острых преходящих психотических расстройств в каждой группе проводился сравнительный

анализ единичных психотических приступов и случаев, обнаруживших тенденцию к рецидивированию после редукции первого психотического эпизода.

Критерии включения в исследование

1) Первое в жизни психотическое состояние, отвечающее критериям F 23 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) для острых преходящих психотических расстройств — острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F 23.0); острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1); острое шизофреноформное (шизофреноподобное) психотическое расстройство (F 23.2); другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F 23.3); другие острые и преходящие психотические расстройства (F 23.8); острые и преходящие психотические расстройства неуточненные (F 23.9);

2) Отсутствие предшествующего диагноза шизофрении на амбулаторном или стационарном этапах наблюдения и лечения;

3) Наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись: органическое поражение ЦНС; зависимость от психоактивных веществ; синдромы врожденного или приобретенного слабоумия; декомпенсация соматических и неврологических заболеваний.

Применялись клинико-психопатологический, клинико-катмнезический, психометрический, статистический методы.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивалась по шкале позитивных и негативных симптомов — Positive and Negative Symptom Scale — PANSS [22]. Психометрическая оценка психического состояния проводилась при поступлении и через 4 нед пребывания в стационаре.

Для статистической обработки данных использовался статистический пакет Microsoft Excel 7.0. и программа Determinated Analysis Light Version 5.0 for Windows.

Результаты и обсуждение

Психотические состояния в обеих группах характеризовались тенденцией к рецидивированию. Повторные психотические приступы в течение 5-летнего периода наблюдались у 31,2% больных ($n = 24$) группы 1 и у 34,1% пациентов ($n = 31$) в группе 2, но различия в частоте рецидивов не достигали статистической значимости.

Группы 1 и 2 отличались по средней продолжительности ремиссии, $2,2 \pm 1,9$ и $1,2 \pm 1,4$ года соответственно ($p \geq 0,05$). Рецидив заболевания развивался после первого психотического приступа без симптомов шизофрении позже по сравнению с первыми психотическими эпизодами с шизофренической симптоматикой. Длительность ремиссии менее года в группе 1 и 2 составила 37,5% ($n = 9$ из 24 пациентов, перенесших повторный приступ) и 61,3% ($n = 19$ из 31) соответственно. Развитие повторного приступа в более поздние сроки (3—5 лет после купирования первого психотического приступа) в группе 1 отмечалось в 2,3 раза чаще по сравнению с группой 2 (рис. 1).

Среднее количество повторных психотических эпизодов за 5-летний катмнезический период оказалось сходным в обеих группах: $1,8 \pm 1,2$ для группы 1 и $1,3 \pm 0,8$ для группы 2. При этом один повторный психотический эпизод отмечался у 54,2% (13 из 24) пациентов группы 1, перенесших рецидив заболевания. Двукратное

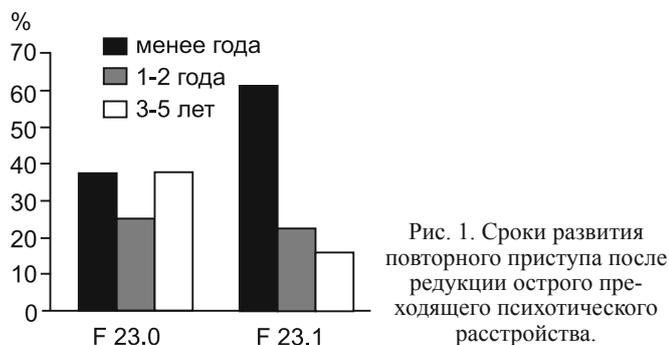


Рис. 1. Сроки развития повторного приступа после редукции острого преходящего психотического расстройства.

обострение заболевания отмечалось в 29,1% случаев. У 16,7% больных данной группы зафиксировано от 3 до 5 психотических приступов. В группе острых преходящих психотических расстройств с симптомами шизофрении за указанный катамнестический период однократное обострение шизофренического процесса отмечалось в 87,1% (27 из 31 наблюдений с повторным психотическим эпизодом), и у 12,9% пациентов имели место от 2 до 4 психотических приступов.

Все повторные психотические приступы в группе 1 соответствовали диагностическим критериям параноидной шизофрении (F 20 МКБ-10).

Анализ катамнестических данных выявил следующее соотношение вариантов повторного психотического эпизода (рис. 2). В группе 1 большинство повторных приступов (87,5%) характеризовалось усложнением психопатологической структуры по сравнению с первым психотическим эпизодом, что свидетельствует о прогрессивном течении заболевания. Клиническая картина при повторных психозах расширялась за счет появления составляющих синдрома Кандинского—Клерамбо (вербальный псевдогаллюциноз, бред воздействия, явления ассоциативного, кинестетического, сенестопатического психического автоматизма) и приобретала черты классического шизофренического приступа. Вариант рецидива по типу «клише» достоверно чаще отмечался в группе 2 по сравнению с группой 1 — 9,7 и 90,3% случаев соответственно ($p \leq 0,01$). Усложнение симптоматики при повторных психотических эпизодах, развивавшихся после острых преходящих психотических расстройств с симптомами шизофрении, заключалось в нарастании степени выраженности всех элементов синдрома психического автоматизма, расширении фабулы бреда, присоединении субкататонических включений в виде отдельных речевых стереотипий, кратковременных «застываний», вычурности мимики.

Острые преходящие психотические расстройства без симптомов шизофрении были в основном представлены параноидным ($n = 48$; 62,3%) и галлюцинаторно-параноидным синдромами ($n = 21$; 27,3%). В 8 (10,4% выборки) случаях клиническая картина исчерпывалась галлюцинаторным синдромом. Эта типологическая разновидность острых психотических расстройств без симптомов шизофрении характеризовалась внезапным началом, меньшей продолжительностью психотического состояния и наименьшим риском развития повторного психотического эпизода среди описанных вариантов. Психотические состояния в группе 1, отличавшиеся выраженным полиморфизмом и изменчивостью симптоматики, обнаруживали тенденцию к более благоприятному исходу по сравнению с психотическими расстройствами с относительно стабильной клинической картиной бредовой структуры.

Острые преходящие психотические расстройства с симптомами шизофрении почти во всех случаях были представлены синдромом психического автоматизма и соответствовали диагностическим критериям параноидной шизофрении (F 20.0; МКБ-10), за исключением 1 случая (1,1%) кататонии. В связи с чем достоверной взаимосвязи между структурой приступа и вероятностью последующего рецидива не обнаружено. У всех пациентов, перенесших острое преходящее психотическое расстройство с симптомами шизофрении, выявлены специфические дефицитарные симптомы (аутизация, концептуальная дезорганизация мышления, редукция энергетического потенциала личности, ограничение межличностных контактов, уменьшение вербальной и невербальной коммуникации) в ближайшем постпсихотическом периоде (первые 3 мес после психотического приступа). Выраженность негативной симптоматики составила $15,6 \pm 3,8$ балла по шкале PANSS (4-я неделя пребывания в стационаре). По результатам детерминационного анализа значимым фактором в плане последующего рецидивирования острых преходящих психотических расстройств с симптомами шизофрении оказалась степень выраженности негативной симптоматики в постпсихотическом периоде более 20 баллов по шкале PANSS.

Отсроченное назначение антипсихотической терапии при первом психотическом эпизоде имеет своим следствием менее благоприятное дальнейшее течение эндогенного процесса [23—25].

Психотические состояния с симптомами шизофрении, психофармакотерапия которых была начата в период от 1 до 7 сут с момента развития психоза ($n = 49$), характеризовались достоверно меньшим числом рецидивов (28,6%; $n = 14$) в сравнении с психозами, лечение которых было начато через 8—14 сут после манифестации психотической симптоматики (41,7%; 10 случаев из 24 повторных психотических приступов). Наибольший риск развития повторного психотического эпизода отмечался в тех случаях, когда пациент госпитализировался в стационар через месяц и более после развития психоза и, соответственно, только с этого времени начиналась антипсихотическая психофармакотерапия.

Признак «длительность нелеченного психоза» также обнаруживал связь с более высоким риском развития повторного психотического приступа и в отношении острых психотических расстройств без симптомов шизофрении. Выявленное увеличение частоты развития повторных психотических эпизодов было прямо пропорционально срокам начала антипсихотической терапии: в течение первых суток — 9,1%, в течение недели — 32,7%, в период от 1 до 2 нед — 50%. Показатель «длительность нелеченного психоза» соотносится с общей продолжительностью психотического расстройства. При анализе длительности психотического состояния в обеих группах выявлена тенденция к увеличению

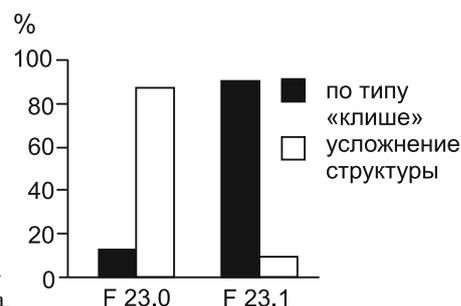


Рис. 2. Структура повторного психотического приступа.

вероятности развития рецидива психотических состояний, продолжавшихся более 30 сут.

Также неблагоприятным прогностическим фактором считается затяжное начало заболевания [26—28]. В обеих группах психотические состояния, развитию которых предшествовал длительный (более месяца) период неспецифических психопатологических проявлений в виде аффективной симптоматики, нарушений сна, чаще обнаруживали тенденцию к рецидивированию по сравнению с психозами с внезапным (48 ч) или острым (2—14 сут) началом.

Еще одной характеристикой течения психотического расстройства может считаться темп редукции психотической симптоматики. Постепенное ослабление психотической симптоматики в случае острого преходящего психотического расстройства без симптомов шизофрении являлось неблагоприятным фактором в отношении развития рецидива заболевания. Повторные приступы психоза наблюдались в 45,7% случаев при литическом характере редукции симптоматики. Вместе с тем только у 9,5% пациентов из числа перенесших критический выход из психоза развился второй психотический эпизод. Что касается острых психотических расстройств с симптомами шизофрении, то все 3 случая, характеризовавшиеся критическим разрешением психотической симптоматики, имели благоприятный прогноз.

Таким образом, психотические состояния в обеих группах характеризовались сходной тенденцией к рецидивированию, что может указывать на единство исхода острых преходящих психотических расстройств. Рецидивы заболевания в группе 1 отвечали диагностическим критериям параноидной шизофрении (F 20.0; МКБ-10) и отличались усложнением клинической картины и появлением дефицитарной симптоматики, что свидетельствовало о прогрессивности эндогенного процесса. Вышеописанное позволило расценить 31,2% исследованных случаев острых психотических расстройств без симптомов шизофрении как атипичный дебют шизофренического процесса.

По данным детерминационного анализа, наибольшее прогностическое значение в отношении развития рецидива психотического расстройства имели характеристики, указывающие на затяжное течение первого психотического эпизода.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 1—2, 4—27 см. References)

3. Мельникова Е.А., Агарков А.П., Рожков С.А. Острые психозы: границы диагностики и патогенетических моделей. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2005; 38 (4): 16—9.
28. Сергеева О.Е. *Деманифестный этап юношеского эндогенного приступообразного психоза (клинико-психопатологические и клинико-патогенетические аспекты): Дисс. ... канд. мед. наук.* М.; 2012.

REFERENCES

1. Möller H.J., Jäger M., Riedel M., Obermeier M., Strauss A., Botlender R. The Munich 15-year follow-up study (MUFUSSAD) on first-hospitalized patients with schizophrenic or affective disorders: Assessing courses, types and time stability of diagnostic classification. *Eur. Psychiatry*. 2011; 26 (4): 231—43.
2. Barak Y., Levy D., Szor H., Aizenberg D. First-onset functional brief psychoses in the elderly. *Can. Geriatr. J.* 2011; 14 (2): 30—3.
3. Mel'nikova E.A., Agarkov A.P., Rozhkov S.A. Acute psychosis: the boundaries of diagnostic and pathogenetic models. *Sibirskiy vestnik*

- psikhiatrii i narkologii*. 2005; 38 (4): 16—9. (in Russian)
4. Amini H., Alagband-rad J., Omid A., Sharifi V., Davari-Ashtiani R., Momeni F. et al. Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australas. Psychiatry*. 2005; 13 (4): 388—92.
5. Kendell R.E. The stability of psychiatric diagnosis. *Br. J. Psychiatry*. 1974; 124: 352—6.
6. Masserman T.H., Carmichael H.T. Diagnosis and prognosis in psychiatry. *J. Ment. Sci.* 1938; 84: 893—946.
7. Jorgensen P., Bennedsen B., Christensen J., Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta. Psychiatr. Scand.* 1997; 96 (2): 150—4.
8. Sakamoto K. Categorical and dimensional diagnostic approach to acute psychosis in view of operational diagnostic criteria. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2011; 113 (12): 1228—34.
9. *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)*. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association; 1994.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, Dc, American Psychiatric Association; 2000.
12. Marneros A., Pillmann F., Haring A., Balzuweit S., Blöink R. Features of acute and transient psychotic disorders. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 253 (4): 167—74.
13. Addington J., Chaves A., Addington D. Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* 2006; 86 (1—3): 71—5.
14. Castagnini A., Bertelsen A., Berrios G.E. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr. Psychiatry*. 2008; 49 (3): 255—61.
15. Chang W.C., Pang S.L., Chung D.W., Chan S.S. Five-year stability of ICD-10 diagnoses among Chinese patients presented with first-episode psychosis in Hong Kong. *Schizophr. Res.* 2009; 115 (2—3): 351—7.
16. Nugent K.L., Paksarian D., Mojtabai R. Non-affective acute psychoses: Uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11. *Curr. Psychiatry Rep.* 2011; 13 (3): 203—10.
17. Rusaka M., Rancāns E. Prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2014; 13 (1): 4.
18. Ferrey G., Zebdi S. The development and prognosis of acute psychotic disorders (polymorphic delirium flushes). *Encephale*. 1999; 3: 26—32.
19. Pillmann F., Haring A., Balzuweit S., Blöink R., Marneros A. The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol. Med.* 2002; 32 (3): 525—33.
20. Sajith S.G., Chandrasekaran R., Sadanandan Unni K.E., Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 105 (2): 104—9.
21. Zarate C.A.Jr., Tohen M., Land M.L. First-episode schizopreniform disorder: comparisons with first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000; 46 (1): 31—4.
22. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 13 (2): 261—76.
23. McGorry P., Alvarez-Jimenez M., Killackey E. Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: less is more. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (9): 898—900.
24. DeQuardo J.R. Pharmacologic treatment of first-episode schizophrenia: early intervention is the key to the outcome. *J. Clin. Psychiatry*. 1998; 59 (Suppl. 19): 9—17.
25. Keshavan M.S., Haas G., Miewald J. Prolonged untreated illness duration from prodrome onset predicts outcome in first episode psychosis. *Schizophr. Bull.* 2003; 29: 757—69.
26. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M., Mayerhoff D.I., Geisler S.H., Szymanski S.R. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 1992; 149 (9): 1183—8.
27. Malla A.K., Norman R.M., Manchanda R., Ahmed M.R., Scholten D., Harricharan R. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr. Res.* 2002; 54 (3): 231—42.
28. Сергеева О.Е. *Деманифест Stage Youth Endogenous Paroxysmal Psychosis (clinical-psychopathological and clinical-pathogenetic aspects): Diss.* Moscow; 2012. (in Russian)