

Marija Rusaka

AKŪTU UN TRANSITORISKU
PSIHOTISKU TRAUCĒJUMU
DINAMISKĀ ATTĪSTĪBA,
DIAGNOSTIKAS UN ĀRSTĒŠANAS
ĪPATNĪBAS LATVIJĀ

Promocijas darbs
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – psihiatrija

Darba zinātniskais vadītājs:
Dr. med. profesors **Elmārs Rancāns**

Rīga, 2015



IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ



Promocijas darbs veikts ar Eiropas Sociālā fonda projekta
“Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un zinātniskā grāda ieguvei
Rīgas Stradiņa universitātē” atbalstu

ANOTĀCIJA

Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (ATPT, F23, SSK-10) tiek definēti kā akūta psihoze ar īslaicīgu norisi un polimorfu simptomātiku. (1) Pēdējā laikā arvien pieaug ATPT pētījumu nozīme, jo zinātnieki sāk aktīvu diskusiju par iespēju mainīt ATPT diagnozes klasifikāciju Starptautiskās slimību klasifikācijas nākamajā redakcijā (SSK-11). (2) Pētījuma mērķis bija izpētīt akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu (ATPT) pacientu agrīno simptomātiku un diagnozes noturību, raksturot pirmās hospitalizācijas īpatnības ATPT pacientiem un pacientiem, kuriem vēlāk attīstās šizofrēnija, izpētīt ATPT iespējamo saistību ar stresu radošiem dzīves notikumiem slimības premorbīdā un personības rakstura iezīmēm, kā arī noteikt ATPT ārstēšanas taktikas īpatnības Latvijā.

Materiāls un metodes. 1) Retrospektīvajā daļā tika iekļauti visi pirmreizēji hospitalizētie pacienti, kas atbilda SSK-10 noteiktajiem ATPT kritērijiem (PVO, 1993) un kas 3 gadu periodā (no 01.01.2004. līdz 31.12.2006.) iestājās Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā (RPNC). Turpmāk pacienti tika novēroti vidēji 6 gadus (līdz 31.12.2010.). 2) Prospektīvās daļas pētījumā tika iekļauti visi pirmreizējie pacienti, kas 15 mēnešu periodā (no 09.01.10. līdz 30.03.11.) tika hospitalizēti RPNC un atbilda SSK-10 noteiktajiem ATPT kritērijiem (PVO, 1993). Vēlāk pacienti tika novēroti līdz 31.10.2012.

Rezultāti. 1) 3 gadu periodā pirmreizēji ar ATPT diagnozi bija hospitalizēti 294 pacienti, 54% no tiem bija sievietes. Vidējais vecums pirmās psihozes epizodes laikā bija $35,7 \pm 12,3$ gadi sievietēm un $30,0 \pm 10,8$ gadi vīriešiem ($p < 0,0001$). Vairāk nekā 51,0% pacientu netika atkārtoti hospitalizēti vidēji 6,1 gadu novērošanas periodā. No atkārtoti hospitalizētiem pacientiem 73,0% diagnoze vēlāk tika mainīta uz šizofrēniju, galvenokārt slimības pirmajos divos gados. Diagnozes vispārējā stabilitāte (DVS) sasniedza 58,0%. Stresu radošus dzīves notikumus 6 mēnešus pirms pirmās epizodes konstatēja 44% pacientu. 2) Ar ATPT pirmo epizodi bija hospitalizēti 102 pacienti. 60,7% (62) no tiem bija sievietes ($p = 0,003$). Vidēji 26,5 mēnešu novērošanas periodā 59,8% pacientu netika hospitalizēti atkārtoti. Rehospitalizētiem pacientiem diagnoze biežāk tika mainīta uz šizofrēnijas diagnozi (70,7%). Stresu radošus dzīves notikumus 6 mēnešus pirms pirmās epizodes konstatēja 49,0% (50) pacientu.

Secinājumi. Pirmreizējās psihozes klīniskie simptomi "tūro" ATPT grupas pacientiem un pacientiem, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija, bija atšķirīgi. Galvenais diagnozes prognostiskais rādītājs bija domāšanas traucējumi pirmreizējās psihozes laikā. Diagnozes vispārējā stabilitāte bija ap 50,0%. Stresu radošus dzīves notikumus pirms pirmās psihotiskās epizodes konstatēja lielai daļai ATPT pacientu. Pētījumā netika iegūti dati, kas apstiprinātu ATPT diagnozes korelāciju ar personības rakstura iezīmēm.

ANNOTATION

Acute and transient psychotic disorder (ATPD; F23, ICD-10) has been described as an acute psychosis with brief onset and polymorphous symptomatology. (1, 2) To explore the first episode of ATPD in patients in Latvia by describing premorbid personality, association with stressful life events, the clinical features, analyzing the longitudinal changes of diagnosis and associated socio-demographic characteristics to provide the possible basis for potential changes to ICD-11.

Material and Methods: 1) Retrospective chart review of all first-time hospitalized patients fulfilling the ICD-10 criteria for ATPD treated at the Riga Centre of Psychiatry and Addiction Disorders (RCPAD), Latvia during a 3-year period (from 01.01.2004. to 31.12.2006.). Later patients were followed-up about 6.1 years (to 31.12.2010.). 2) Prospective follow-up of all first-time hospitalized patients from RCPAD in Latvia who fulfilled the ICD-10 criteria for ATPD, during the 15 month period (from 09.01.2010. to 30.03.2011.). Cohort follow-up period was on average 26.5 months (to 31.10.2012.).

Results: 1) during a 3-year period, 294 patients were first-time hospitalized with an ATPD diagnosis, 54.0% were women. The average age at first psychotic episode was 35.7 ± 12.3 years for women, and 30.0 ± 10.8 years for men, ($p < 0.0001$). Over an average of 6.1 years follow-up period 51.0% of patients were not re-hospitalized. Later diagnosis was changed to schizophrenia in 73.0% of the re-hospitalized patients, mostly within the first two years of illness. The overall stability rate of ATPD diagnosis reached 58.0%. Stressful life events in the 6 months prior to the first episode were found in 44.0% of patients. 2) 102 patients were hospitalized with first-episode ATPD. 60.7% were females ($p = 0.003$). Over an average 26.5-month follow-up period, 59.8% of patients were not re-hospitalized. In the subgroup of patients who were re-hospitalized, 70.7% had their diagnosis converted to schizophrenia in subsequent visits. Stressful life events before the first episode were found in 49.0% of patients.

Conclusions. Certain differences in clinical symptoms during first episode of psychosis in patients between “pure” ATPD and ATPD which later diagnosed schizophrenia were observed. Thought disorder during the index episode was the main statistically significant “predictor” of schizophrenia.

Overall stability of ATPD diagnosis was about 50.0%. Large group of ATPD patients had stressful life events before first episode of psychosis. Personality traits did not show any statistically significant with ATPD.

SATURS

1. Ievads	9
1.1. Problēmas aktualitāte	9
1.2. Darba mērķis	11
1.3. Darba uzdevumi	11
1.4. Darba hipotēzes	12
1.5. Darba novitāte	12
2. Literatūras apskats	13
2.1. 19 gs. beigas – 20 gs. sākums: vēsture, sinonīmi un diagnozes koncepcija	13
2.1.1. Psihiatrijas pamatlicēji: Kālbaums un Krepelīns	13
2.1.2. Francijas zinātnieku ieguldījums: <i>bouffée délirante</i>	14
2.1.3. “Trīs Kārļi” un “cikloīdas psihozes” jēdziens	15
2.1.4. Skandināvijas valstis un “reaktīvas psihozes” jeb “psihogēnas psihozes” jēdziens	18
2.1.5. “Mitsudas psihoze” un slimības apraksts Japānā	19
2.2. Diagnozes koncepcija SSK-10 un DSM-IV	20
2.3. Pētījumi mūsdienās	21
2.4. Stresu radoši dzīves notikumi un ATPT	30
2.5. Pētījumi par ATPT un to ārstēšanu	32
2.6. Pētījumi par ATPT komorbiditāti ar personības rakstura iezīmēm	34
3. Materiāls un metodes	36
3.1. Pētījuma retrospektīvā daļa	36
3.2. Pētījuma prospektīvā daļa	36
3.3. Pētījuma ambulatorā daļa	36
3.4. Grupū salīdzinājums	37
3.5. ATPT diagnostiskie kritēriji	37
3.6. Pozitīvo un negatīvo simptomu skala (<i>PANSS</i>)	39
3.7. <i>Mini-Mult</i> personības profila noteikšana	40
3.8. Statistiskā analīze	40
4. Rezultāti	42
4.1. Pētījuma retrospektīvas daļas rezultāti	42
4.2. Pētījuma prospektīvas daļas rezultāti	46
5. Diskusija	52
6. Secinājumi	59

7. Praktiskās rekomendācijas	60
8. Izmantota literatūra	61
9. Publikācijas par zinātniskā darba tēmu	66
9.1. <i>PubMed</i> raksti	66
9.2. RSU Zinātnisko rakstu krājumi un citi raksti.....	66
9.3. Publicētas tēzes no starptautiskām zinātniskām konferencēm	66
9.4. Ziņojumi kongresos un konferencēs par pētījuma tēmu	67

DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI

ATPT	– akūti un transitoriski psihotiski traucējumi
ATPD	– <i>Acute and Transient Psychotic Disorder</i>
COMT Val158Met	– katehol-O-metiltransferāzes gēns
DSM III	– Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmata, 3. izdevums (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition</i>)
DSM IV	– Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmata, 4. izdevums (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition</i>)
DSM V	– Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmata, 5. izdevums (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>)
DVS	– diagnozes vispārējā stabilitāte (laika periods pēc diagnozes noteikšanas, kurā tā saglabājas nemainīga) (<i>Overall stability of diagnosis</i>)
ICD-10	– <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, WHO, 1992</i>
Ilgstošs ceļojums	– ilgstošs ceļojums uz ārzemēm, no 1 līdz 6 mēnešiem (<i>Major journey</i>)
ĪPS	– īslaicīga psihotiska slimība (<i>Brief psychotic disorder</i>)
Pārcelšanās ar ģimeni	– pārcelšanās ar visu ģimeni uz dzīvi citā vietā (pilsētā, valstī) (<i>Movinghouse</i>)
Mini-multskala	– saīsināta <i>MMPI</i> versija
MMPI	– Minesotas daudzfaktoru personības tests (<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>)
OPA	– otrās paaudzes antipsihotiskie preparāti
PANSS	– pozitīvo un negatīvo simptomu skala (<i>Positive and Negative Symptom Scale</i>)
PET	– pozitronu emisijas tomogrāfija (<i>Positron emission tomography</i>)
PPA	– pirmās paaudzes antipsihotiskie preparāti
PTSS	– pēctraumatiskā stresa sindroms (<i>Post traumatic stress disorder</i>)
PVO	– Pasaules Veselības organizācija (<i>World Health Organization</i>)
PubMed	– ASV Nacionālās medicīnas bibliotēkas datubāze
RPNC	– Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs
SPSS	– statistiskā datu apstrādes programma (<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>)
SSK-10	– Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija, 1996

- SSK-11 – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 11. redakcija, vēl nav publicēta, izstrādes posmā (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision*)
- VBM – *Voxel Based Morphometry* (uz vokseļiem balstīta morfometrija (neirovizualizācijas tehnoloģija), kas ļauj noteikt fokālas smadzeņu izmaiņas)
- VSIA – Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību
- χ^2 – Hī kvadrāta testa skaitliskā vērtība (*Chi square test value*)

1. IEVADS

1.1. Problēmas aktualitāte

Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (ATPT) ir viena no būtiskākajām mūsdienu psihiatrijas problēmām ne tikai Latvijā, bet arī visā pasaulē. Šīs diagnozes pētīšanas popularitāte pēdējos gados ļoti strauji pieaug. Laika posmā no 2009. līdz 2011. gadam ASV Nacionālās bibliotēkas (*PubMed*) datubāzē par šo tēmu pievienoti tikai septiņi jauni raksti, savukārt no 2012. gada līdz 2014. gadam šajā datubāzē ir iekļauti jau divdesmit augstas kvalitātes raksti.

ATPT incidence (saslimstība) ļoti atšķiras dažādās pasaules valstīs. Vidēji pasaulē ATPT incidence ir 1–2 gadījumi no 100 000 iedzīvotājiem. Zināms, ka Apvienotajā Karalistē šis rādītājs ir 3,9 (3), bet Dānijā vēl augstāks – 9,6 (4). ATPT incidence Latvijā 2009. gadā bija liela – 10 no 100 000 iedzīvotājiem. (5, 6) Viena no būtiskākajām problēmām saistībā ar ATPT vienmēr ir bijusi diagnozes vispārējā stabilitāte (DVS) – laika periods, kurā pēc šīs akūtās diagnozes noteikšanas tā saglabājas nemainīga, it īpaši ilgtermiņā. Vidēji pasaulē šis rādītājs svārstās no 54,0 līdz 64,0%. (7), (sk. 1.1. tabulu).

1.1. tabula

Diagnozes vispārējā stabilitāte galvenajos pētījumos

Pētījums	DVS*	Novērošanas laiks
<i>Abe et al.</i> , 2006. (95)	63,0%	>12 g.
<i>Suda et al.</i> , 2005. (94)	60,0%	> 5 g.
<i>Marneros et al.</i> , 2003. (66)	54,0%	4,7 g.
<i>Sajith et al.</i> , 2002. (58)	73,0%	3 g.
<i>Singh et al.</i> , 2004. (3)	34,0%	3 g.
<i>Thangadurai et al.</i> , 2006. (96)	64,0%	13 mēn.
<i>Amini et al.</i> , 1995. (97)	100,0%	1 g.
<i>Okasha et al.</i> , 1993. (56)	54,0%	1 g.
<i>Jørgensen et al.</i> , 1997. (59)	52,0%	1 g.
<i>Castagnini et al.</i> , 2008. (4)	39,0%	6 mēn.

*DVS jeb diagnozes vispārējā stabilitāte

Tabulā atspoguļoti atšķirīgi dati, kas iegūti dažādos pētījumos. Pirmkārt, tas saistīts ar atšķirībām izmantotajās pētījumu metodēs un kohortas lielumos, kā arī novērošanas perioda ilgumā. Otrkārt, katrā valstī ir ļoti dažāda pieeja datu analīzei un interpretācijai. Mūsu kaimiņvalstī Igaunijā psihiatri veica līdzīgu pētījumu, kurā, cita starpā, noteica arī DVS. Tā bija relatīvi zema – tikai 34,0%, jo analīzē iekļāva tikai tos pacientus, kas pēc palīdzības psihiatriskajos dienestos vērsās atkārtoti. (8)

ATPT slimība kā atsevišķa diagnostiska kategorija parādās abās pasaulē izmantotajās klasifikācijās – Starptautiskās statistiskās slimību klasifikācijas 10. redakcijā (SSK-10) un Amerikas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. izdevumā (DSM IV).

SSK-10 diagnoze “akūti un transitoriski psihotiski traucējumi” iekļauta ar kodu F23. (2)

SSK-10 klasifikācijā izdalīti četri slimības apakštipi:

- akūti polimorfi psihotiski traucējumi bez šizofrēnijas simptomiem (F23.0);
- akūti polimorfi psihotiski traucējumi ar šizofrēnijas simptomiem (F23.1);
- akūti šizofrēnijai līdzīgi psihotiski traucējumi (F23.2);
- citi akūti, pārsvarā psihotiski, murgi (F23.3). (2)

Saskaņā ar SSK-10 šo traucējumu galvenās pazīmes ir akūts sākums, īstermiņa norise (dažas nedēļas vai tikai dažas dienas), izteikts simptomu polimorfisms ar strauju simptomu maiņu un labvēlīgs iznākums. (2)

SSK-10 akūtus un transitoriskus psihotiskus traucējumus skaidri diferencē no organiskas, afektīvas vai narkotisku vielu izraisītas psihozes. Saskaņā ar šo klasifikāciju psihoze sākas ne agrāk kā 2 nedēļas pirms saslimšanas un ilgst ne vairāk kā 3 mēnešus no saslimšanas sākuma. Ja simptomātika pastāv ilgāk par 1 mēnesi, jādomā par diagnozes maiņu, bet ja ilgāk par 3 mēnešiem, tad diagnoze jāmaina uz citu. (2)

Nosakot diagnozi, atsevišķi jānorāda, vai traucējumi ir saistīti ar stresu, pievienojot šifram ceturto ciparu (F23.00 vai F23.01).

Amerikas Psihiatru asociācijas izdotās Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. izdevumā (DSM IV) šie traucējumi definēti kā “īslaicīga psihotiska slimība” (ĪPS; *brief psychotic disorder*) ar kodu 298.8. (9) Galvenā diagnozes pazīme ir tā, ka psihoze ilgst no vienas dienas līdz vienam mēnesim. Pēc psihozes personai ir jāatgriežas iepriekšējā funkcionēšanas līmenī. (9)

Arī Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas nākamajā izdevumā (DSM V), ko 18.05.2013. prezentēja Amerikas Psihiatru asociācijas konferencē, ĪPS diagnostiskie kritēriji netiek mainīti. (10)

Pēdējos gados psihiatrija strauji attīstās neiropsihofarmakoloģijas virzienā, tāpēc ir ļoti daudz pētījumu, kas vērsti uz jaunu transmieteru meklēšanu, jaunu slimību kandidātģēnu pētīšanu, galvas smadzeņu procesu vizualizāciju, jaunu medikamentu izmantošanu un aprobāciju. Klīniskie pētījumi pēdējos gados psihiatrijā tiek veikti mazāk, tie ir zaudējuši popularitāti un tiek uzskatīti par “zemākas klases pētījumiem”. Bez bāziskas un smalkas zinātnes par slimībām, sindromiem un simptomiem zūd visu iepriekš minēto nopietno

(molekulāro, ģenētisko, pozitronu emisijas tomogrāfijas (PET) vizualizācijas u.c.) pētījumu aktualitāte.

Zināšanas par psihiskām slimībām, tostarp to sākumu, simptomiem un prognozi, joprojām ir ļoti nepilnīgas, un tas apgrūtina arī šo slimību klasifikāciju.

Tādēļ arī šajā pētījumā esam centušies pētīt ATPT slimības diagnostiskos pamatus, proti, šīs slimības simptomus un faktorus, kas šos simptomus provocē vai izraisa.

Būtiska šī pētījuma daļa atvēlēta ATPT tālākai attīstībai, slimības norisei, remisijas laikam, kā arī iespējamai diagnozes maiņai.

1.2. Darba mērķis

Izpētīt akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu (ATPT) pacientu agrīno simptomātiku un diagnozes noturību, raksturot pirmās hospitalizācijas īpatnības ATPT pacientiem un pacientiem, kuriem vēlāk attīstās šizofrēnija, izpētīt ATPT iespējamo saistību ar stresu radošiem dzīves notikumiem slimības premorbīdā un personības rakstura iezīmēm, kā arī noteikt ATPT ārstēšanas taktikas īpatnības Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrā, Latvijā.

1.3. Darba uzdevumi

1. IZanalizēt un apkopot datus no VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (RPNC) slimības vēsturu elektroniskās datubāzes par laika posmā no 01.01.2004. līdz 31.12.2006. RPNC pirmreizēji hospitalizētiem pacientiem, kuru diagnoze ir ATPT (F23, SSK-10), un novērot šos pacientus līdz 31.12.2010.

2. Noteikt laika posmā no 09.01.2010. līdz 30.03.2011. RPNC pirmreizēji hospitalizētus pacientus, kuru diagnoze ir ATPT (F23, SSK-10), un novērot šos pacientus līdz 31.10.2012.

3. Noskaidrot abos laika posmos RPNC pirmreizēji hospitalizēto ATPT pacientu demogrāfiskos rādītājus, diagnozes vispārējo stabilitāti un izanalizēt diagnozes ilgtermiņa izmaiņas.

4. Noteikt un izanalizēt pirmās psihozes simptomus RPNC pirmreizēji hospitalizētiem pacientiem ar ATPT.

5. Konstatēt stresu radošus dzīves notikumus RPNC pirmreizēji hospitalizētiem pacientiem ar ATPT pirms saslimšanas ar ATPT.

6. Apkopot un izanalizēt datus par personības rakstura iezīmēm, izmantojot *Mini-Mult* skalas jautājumus, RPNC pirmreizēji hospitalizētiem pacientiem ar ATPT.

7. Noteikt ATPT klīnisko simptomātiku un izvērtēt ārstēšanas rezultātus RPNC pirmreizēji hospitalizētiem pacientiem ar ATPT, izmantojot *PANSS* skalu.

8. Apkopot datus no RPNC ambulatoro nodaļu (“Veldre”, “Sarkandaugava” un “Ļermontova”) ambulatorajām kartiņām laika posmā no 01.01.2004. līdz 31.12.2006. un noteikt pacientus, kuri pēc pirmreizējas hospitalizācijas RPNC stacionārā ar diagnozi ATPT (F23, SSK-10) konsultējās šajās ambulatorajās nodaļās, novērot šos pacientus līdz 31.12.2010. un izanalizēt šo pacientu diagnozes ilgtermiņa izmaiņas un ambulatorās nodaļas apmeklējumu biežumu.

1.4. Darba hipotēzes

1. ATPT simptomi pirmās hospitalizācijas laikā atšķiras no šizofrēnijas simptomiem.
2. Šī slimība var būt saistīta ar stresu radošiem dzīves notikumiem.
3. Iespējama diagnozes korelācija ar personības rakstura iezīmēm.

1.5. Darba novitāte

Latvijā ATPT epidemioloģija, sociāldemogrāfiskie riska faktori, provocējošie faktori, klīnisko simptomu nianse, slimības ārstēšanas prakse un ilgtermiņa attīstība līdz šim nav pētīta. Tikpat svarīgs ir arī šī pētījumā starptautiskais ieguldījums, jo tika iegūta nozīmīga informācija, kas ar lielu varbūtību varētu papildināt zināšanas par ATPT slimību un veicināt iespējamās izmaiņas slimības diagnostiskajos kritērijos nākamās SSK-11 klasifikācijas izstrādē.

2. LITERATŪRAS APSKATS

2.1. 19 gs. beigas - 20 gs. sākums: vēsture, sinonīmi un diagnozes koncepcija

Akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu (ATPT) vēsture sākas 19. gs. beigās – 20. gs. sākumā un ir saistīta ar vairākiem psihisko slimību pētniekiem un dažādām klasifikācijām, pārsvarā no Vācijas, Francijas, Skandināvijas un Japānas.

2.1.1. Psihiatrijas pamatlicēji: Kālbaums un Krepelīns

Pirmais psihiatrs, kas raksturoja vairākus psihiskus traucējumus, bija K.L. Kālbaums. Savulaik viņš izdeva, pēc mūsu datiem, pilnīgāko psihisko slimību klasifikāciju, savā darbā (84. lpp.) raksturojot slimību formas un mēģinot izprast psihisko slimību etioloģiju.

K. L. Kālbaums izdalīja divas psihozes formas: “tipisko formu (*vesania typica*), kas veidojas, manifestējoties psihiskai slimībai, un progresējošo formu (*vesania progresiva*), kurai raksturīga psihiskas slimības progresēšana laika gaitā bez uzlabošanās”. (11)

Viņš uzskatīja, ka psihiskas slimības parasti ir progresējošas un neatgriezeniskas. Ar laiku zinātnieks pamanīja, ka pastāv traucējumi, kuru gadījumā psihotiskais sindroms ir remitējošs, slimība neprogresē un nav tipisko stadiju.

Zinātnieks pierādīja, ka šādi izpaužas atipiska psihiska slimība, un savā grāmatā (114. lpp.) nosauca to par *dysphrenia*, īpaši izdalot formu *dysphrenia acuta*, kas ātri sākas un ātri beidzas un sastāv no dažādu psihotisku simptomu sajaukuma. (11) K. L. Kālbauma atipiskās psihozes koncepcijas pamatā bija trīs elementi: atipiska (neprogresējoša) gaita, variabla simptomātika un provokatīvo faktoru iespējamā ietekme. (11)

K. L. Kālbauma darbi ļoti ieinteresēja vēl kādu slavenu psihiatru no Vācijas – E. Krepelīnu, kura izstrādātais psihisko slimību klasifikācijas modelis dominēja visā pasaulē vairāk nekā 100 gadus. (12)

E. Krepelīna darba pamatā bija uzskats, ka pastāv divu veidu psihozes (dihotomiskā koncepcija). Savā grāmatā (219.–225. lpp.) viņš apraksta *dementia praecox*, proti, šizofrēnisku, destruktīvu psihozi, kurai raksturīgi:

1. halucinācijas un murgi;
2. dezorganizēta uzvedība;
3. domāšanas vai afektīvi traucējumi;
4. hroniska gaita un neprognozējams iznākums.

Savukārt 381.–383. lpp. viņš apraksta maniakāli depresīvu (afektīvu) psihozi, kurai raksturīga:

1. depresija, mānija vai šo traucējumu starpstāvokļi;
2. periodiska norise;
3. labvēlīgs ilgtermiņa iznākums. (12)

E. Krepelīns pieminēja arī tādus traucējumus, kuriem raksturīgs akūts slimības sākums un ļoti īslaicīga norise (dažas dienas). Šo traucējumu simptomātika atšķīrās no abām iepriekš minētajām psihožu grupām, psihiatrs nodēvēja šos traucējumus par *delirious mania* un aprakstīja tos savas grāmatas 397. lpp., tomēr neatrada šiem traucējumiem vietu savā klasifikācijā. (12)

Vēlāk E. Bleilers, ko dēvē par “šizofrēnijas tēvu”, radīja savu koncepciju par šizofrēniju un izdalīja vairākus slimības tipus, par pamatu ņemot arī E. Krepelīna klasifikāciju. (13)

A. Marneros savā grāmatā (18. lpp.) norāda, ka paralēli “zinātne par psihozēm attīstījās arī citās valstīs, bet ne visi pieņēma Krepelīna dihotomisko koncepciju”, īpaši ASV, Vācijā, Francijā, un Skandināvijas valstīs. (1)

Neraugoties uz to, ka psihiatrijā pastāv starptautiskas klasifikācijas, dažādās valstīs joprojām tiek lietoti ATPT sinonīmi, proti:

- *bouffée délirante* (Francijā);
- *cycloid psychosis* (Vācijā);
- *oneirophrenia* (ASV);
- psihogēna psihoze (*psychogenic psychosis*; Skandināvijā);
- reaktīva psihoze (*reactive psychosis*; Skandināvijā);
- šizofrēniska reakcija (*schizophrenic reaction*; ASV);
- *schizophrenioform attac* vai *schizophrenioform psychosis* (Vācijā).

2.1.2. Francijas zinātnieku ieguldījums: *bouffée délirante*

A. Marneros savā grāmatā (25. lpp.) izklāsta franču zinātnieka V. Magnana (1835–1916) pārliecību, ka “psihiska slimība pēc savas būtības ir deģeneratīvs process (*degeneres*), un no tā pakāpes ir atkarīgs psihisko traucējumu smagums. Tā ir psihožu grupa, kuras gadījumā strauji attīstās smagas pakāpes simptomātika un ir iespējama pilnīga remisija, un šo traucējumu etioloģija ir saistāma ar konstitucionālu nervu sistēmas disbalansu (“vājumu”), kura dēļ noteiktos apstākļos manifestējas slimība.” (1)

Vēlāk viņa skolnieki, tostarp M. Legrēns, pilnveidoja *bouffée délirante* jēdzienu, norādot, ka tas ir *delire d'emblee* jeb “pēkšņs ārprāts”, kuram raksturīgs ļoti ātrs sākums un tik pat ātras beigas. (14)

Diemžēl dzīves laikā un pēc viņa nāves zinātnieka V. Magnana darbi neieguva popularitāti un vēlāk tika aizmirsti, jo tā laika psihiatru uzskatos dominēja Krepelīna dihotomiskā koncepcija. Taču 21. gadsimtā vidū H. Ejs (1900–1977) atkal pievērsās šim jautājumam, pētot *bouffée délirante* īpatnības un atšķirību no šizofrēnijas, (15, 16) un 1969. gadā šo diagnozi noteica kā atsevišķu nozoloģisku vienību *INSERM* (Nacionālā Francijas slimību klasifikācija). (17)

Slimības kritērijus 1984. gadā formulēja C. Pulls un viņa kolēģi (18–20):

- vidējais vecums 20–40 gadi;
- sākums akūts, pacients bez iepriekšējas psihiatriskas vēstures;
- slimība reti hronificējas (aktīvā fāze ilgst dažas nedēļas, pēc tam pacientam iestājas remisija);
- simptomi (jābūt visiem):
 1. murgi un / vai halucinācijas;
 2. depersonalizācija / derealizācija / apmulsums;
- depresija vai pacilāts garastāvoklis; simptomi mainās katru stundu / dienu;
- nav organiskas psihiskas slimības vai alkohola / narkotisku vielu atkarības.

Franču psihiatri pieņēma Krepelīna dihotomiju, tomēr viņiem vienmēr paralēli pastāvēja atsevišķa diagnoze *bouffée délirante*, kuru pētīja tādi zinātnieki kā C. Pulls un P. Pišo, pateicoties kuru darbiem šo diagnozi pilnībā nodalīja no šizofrēnijas vai citām diagnozēm. (19–24) Protams, līdz brīdim, kad 1993. gadā to iekļāva SSK-10 klasifikācijā. (2)

2.1.3. “Trīs Kārļi” un “cikloīdas psihozes” jēdziens

Saskaņā ar PVO datiem viens no biežāk lietotajiem ATPT sinonīmiem ir “cikloīda psihoze”. (2)

A. Marneros savā grāmatā (21. lpp.) norāda, ka šīs diagnozes koncepciju radīja un attīstīja “tā dēvētie “trīs Kārļi” no Vācijas: K. Vernike (*Carl Wernicke*), K. Kleists (*Karl Kleist*) un K. Leonhards (*Karl Leonhhard*)”. (1)

K. Vernike 1900. gadā sava pamatdarba “*Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*” 178. lpp. minēja “transitoriskus psihotiskus stāvokļus ar labu prognozi” un stingri nodalīja ATPT no šizofrēnijas un maniakāli depresīvas psihozes. (25)

A. Marneros savā grāmatā (19. lpp.) sīkāk paskaidro, ka “traucējumu patoģenēzi

zinātnieks saistīja ar specifisku smadzeņu struktūras disfunkciju, nevis ar deģenerāciju, kā uzskatīja franču autori (V. Magnans), tāpēc arī kopš tiem laikiem gan viņa skolnieks K. Kleists, kas turpināja viņa darbu, gan K. Leonhards, kas arī bija viņa skolnieks, gan lielākā daļa vācu psihiatru nepieņēma V. Magnana teoriju”. (1)

P. Šoders 1920. gadā aprakstīja stresu un psihožu polimorfismu un ļoti kritizēja V. Magnanu, aizstājot jēdzienu *degenerative psychoses* (deģeneratīva psihoze) ar jēdzienu *metabolic psychosis* (metabola psihoze), taču šis termins nekad neieguva popularitāti. (26)

Līdz ar to vācu psihiatrija turpināja attīstīties citā virzienā. Zinātnieki sāka koncentrēties uz klīniku un vēlāk arī uz pirmajām ģenētiskām atradēm.

Vācu “psihiatrijas skolā” vēsturiski izveidojās sava koncepcija. Zinātnieks K. Kleists 1924. gadā pirmais ieviesa “cikloīdas psihozes” jēdzienu, stingri nodalot šo nozoloģisko vienību no citām psihozēm. (27–30)

Viņa skolnieks K. Leonhards (1904–1988) savā endogēno psihožu klasifikācijā turpināja pasniedzēja un drauga K. Kleista iesākto darbu. K. Leonhards pabeidza šo darbu, izdalot trīs cikloīdo psihožu veidus un stingri diferencējot tos no šizofrēnijas (galvenokārt pēc prognozes). (31)

Trīs cikloīdo psihožu veidi pēc K. Leonharda: (32)

- trauksmes-laimes psihoze;
- uzbudinājuma-apjukuma psihoze;
- motora hiperkinētiska-akinētiska psihoze.

Katram no šiem veidiem raksturīga atšķirīga klīniskā aina. (32)

1. “Trauksmes-laimes psihozei” raksturīga trauksmes un ekstāzes pastāvīga maiņa, trauksme parasti kombinējas ar liela mēroga murgiem un halucinācijām. Šis stāvoklis ļoti ātri var pāriet ekstātiskā priekā, pacienti jūtas “tuvi Dievam”, pēc laika simptomātika atkal var mainīties, parādoties trauksmei, nemieram (ar šo mainīgumu mūsdienās arī daļēji saprot simptomu polimorfismu).
2. “Uzbudinājuma-apjukuma psihozes” gadījumā prevalē domāšanas traucējumi, pacients kļūst nesakarīgs, nespēj atbildēt uz jautājumiem, gala stadijās var būt pat mūtisms. Paralēli vēro arī murgus un halucinācijas. Šai formai raksturīga ātra simptomu un sindromu maiņa.
3. “Motoras hiperkinētiskas-akinētiskas psihozes” hiperkinētiskajai formai raksturīgi motorikas traucējumi, pacienti ir aktīvi, psihomotori uzbudināti, veic ekspresīvas un pseidospontānas kustības. Savukārt akinētiskie pacienti guļ nekustīgi, gandrīz nerunā, un šis stāvoklis atgādina katalepsiju vai katatoniju. Pareizo diagnozi var viegli noteikt, ja seko pacienta kustībām, jo šādas psihozes pacientam nekad nebūs

tādu raksturīgu katatonijas simptomu kā “vaska lokanība” vai “gaisa spilvena simptoms”. (32)

Pēc K. Leonharda domām, pacientiem, kas slimo ar cikloīdo psihozi, parasti ir normāla personība premorbīdā, šī psihoze biežāk attīstās sievietēm nekā vīriešiem un sākās ap 30 gadu vecumu. Zinātnieks konstatēja, ka 40,0% gadījumu pacientiem ir arī slimī radinieki (dažādas pakāpes), bet slimības prognoze vienmēr ir laba. (31–32)

Pētījumi turpinājās, īpaši pēc tam, kad I. Brokingtons 1964. gadā ieviesa šo diagnozi angļu valodā runājošās valstīs. (33)

Īpaši šī diagnoze ieinteresēja K. Perisu, kas sadarbībā ar citiem autoriem (I. Brokingtonu Lielbritānijā un M. Maju Itālijā) sagatavoja vairākas zinātniskās publikācijas par šo tēmu. (33–37)

K. Periss atteicās no K. Leonharda 3 formām, jo uzskatīja, ka šīs formas reizēm ir grūti diferencēt vienu no otras. (33) 1981. gadā viņš kopā ar I. Brokingtonu izstrādāja šādus cikloīdo psihožu diagnostiskos kritērijus: (33–34)

1. Akūts psihotisks stāvoklis, kas nav alkohola, narkotisku vielu atkarības vai galvas traumas provocēts un kas attīstās pacientiem pirmo reizi dzīvē vecumā no 15 līdz 50 gadiem.
2. Stāvoklim raksturīgs akūts sākums un ļoti strauja simptomu maiņa – no pilnīgas veselības līdz izvērstai psihozei dažu dienu vai pat stundu laikā.
3. Raksturīgi šādi simptomi (jābūt vismaz četriem):
 - noteiktas pakāpes apjukums un / vai apmulsums;
 - vajāšanas murgi (visbiežāk);
 - halucinācijas, bieži saistītas ar nāvi;
 - ļoti izteikta trauksme, kas neatbilst situācijai;
 - dziļa laimes vai ekstāzes sajūta, biežāk saistīta ar reliģisku saturu;
 - hiperkinētiski vai akinētiski motorie traucējumi;
 - īpašas bažas saistībā ar nāvi;
 - garastāvokļa svārstības fonā, bet tās nav tik izteiktas, lai noteiktu afektīvas slimības diagnozi.
4. Nav fiksētas simptomatoloģiskas kombinācijas, stāvoklis var nepārtraukti mainīties. (33–34)

2.1.4. Skandināvijas valstis un “reaktīvas psihozes” jeb “psihogēnas psihozes” jēdziens

Saskaņā ar PVO vēl viens ATPT sinonīms ir “reaktīva psihoze” jeb “psihogēna psihoze”. (2) Īpaši populāra šī koncepcija un diagnoze bija Skandināvijas valstīs.

20. gadsimta sākumā daži autori aprakstīja akūtas psihozes epizodes, kas attīstījās pēc pārdzīvota stresa, piemēram, jau minētais zinātnieks K. Kleists. (27–29)

Pirmo monogrāfiju par “psihogēnas psihozes” tematu 1916. gadā publicēja dāņu profesors A. *Wimmers*. (38)

Paralēli šo koncepciju attīstīja slavenais Karls Jaspers. Viņš uzskatīja, ka starp stresoru un psihotiskas epizodes attīstību pastāv cieša saistība, un minēja konkrētus kritērijus “reaktīvas psihozes” diagnosticēšanai. (39)

“Reaktīvi stāvokļi” pēc Jaspersa (1913. g.): (39)

- psihogēnas reakcijas, reaktīvas depresijas;
- impulsīvas reakcijas, agresivitāte, “primitīvas reakcijas”;
- sindromi ar apziņas aptumšošanos;
- puerilisms, histērisks delīrijs, vajāšanas idejas, stupors;
- sindromi ar halucinācijām un murgiem, akūta paranoīda reakcija.

Kādā citā pētījumā zinātnieki A. *Jauch* un W. T. *Carpenter* arī apstiprināja šī stāvokļa varbūtību. (40)

K. Šneiders savos darbos raksturoja “atipisku psihisku reakciju”, izdalot trīs grupas: emocionālie sindromi, paranoīdie stāvokļi un reaktīvi psihotiskie stāvokļi. (41–42)

Daļa autoru, piemēram, P. Šrēders, uzskatīja, ka šie akūtie psihotiskie stāvokļi var veidoties pacientiem ar personības traucējumiem, un nosauca tos par “emocionālām psihozēm”. (43–46)

Vēlāk J. Stēhelins savos darbos aprakstīja “šizofrēnijai līdzīgu emocionālo psihozi”. Viņš saistīja šo traucējumu attīstību ne tikai ar tiešu stresa ietekmi, bet arī ar citiem faktoriem, piemēram, ilgstošu bezmiegu. (47–48)

Otrs tikpat svarīgs zinātnieks, kas pētīja šo jautājumu, bija E. Stromgrens. (49) Viņš 1986. gadā aprakstīja reaktīvas (psihogēnas) psihozes koncepciju. Reaktīvas (psihogēnas) psihozes koncepcija pēc E. Stromgrena (1986. g.). (49)

1. Emocionālie sindromi:

- depresija;
- emocionāla “paralīze”;
- uzbudinājums.

2. Paranoīdie (murgainie) stāvokļi:

- “atsauces” murgi;
- “strīdīgā” paranoja;
- “ieslodzījuma” paranoja;
- psihozes ar murgiem kurliem cilvēkiem;
- psihozes ar murgiem citas sensoras deprivācijas dēļ;
- psihozes, kas attīstās pēc ilgstošas lingvistiskas (verbālas) izolācijas;
- inducētas psihozes.

Pateicoties E. Stromgrenam, šo nozoloģisko grupu, nedaudz izmainot kritērijus, iekļāva Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 3. un 4. izdevumā (“īslaicīga reaktīva psihoze” DSM III un “īslaicīga psihotiska slimība” DSM IV). (9, 50).

Īslaicīgas psihotiskas slimības kritēriji pēc DSM IV (9):

A. Šādu simptomu esamība:

- murgi;
- halucinācijas;
- dezorganizēta runa;
- katatonija.

B. Epizode ilgst vismaz 1 dienu, bet mazāk nekā 1 mēnesi, un ir iespējama pilnīga atgriešanās premorbīda funkcionēšanas līmenī.

C. Traucējumi nav radušies saistībā ar garastāvokļa traucējumiem (ar psihotiskiem ieslēgumiem), šizoafektīviem traucējumiem vai šizofrēniju, un tie nav saistīti ar dažādu vielu fizioloģisko ietekmi (piemēram, narkotisko vielu vai medikamentu lietošanas dēļ). (9)

2.1.5. “Mitsudas psihoze” un slimības koncepcija Japānā

Saskaņā ar PVO vēl viens ATPT sinonīms ir “atipiska psihoze”. Šo jēdzienu izmantoja vairāki autori, lai aprakstītu psihotiskus stāvokļus, kas neiekļāvās Krepelīna dihotomijā. Tomēr visvairāk šo terminu kā diagnostisko vienību izmantoja Japānas psihiatri. A. *Marneros* savas grāmatas 28. lpp. norāda, ka “pirmais, šo koncepciju izstrādāja un publicēja H. Mitsuda” (1965. g.). Tādēļ reizēm šos traucējumus dēvē par “Mitsudas psihozi”. Japānas “psihiatrijas skolu” lielā mērā ietekmēja vācu psihiatri, jo K. Kleists un it sevišķi K. Leonhards kopā ar H. Mitsudu veica ģenētiskos pētījumus”. (1)

H. Mitsuda un viņa kolēģis T. Fukuda (1974. g.) skaidri norādīja, ka “atipiska psihoze pēc savas būtības atšķiras no šizofrēniskas, depresīvas vai organiskas psihozes”. (51–53)

Pēc šo autoru domām, šiem traucējumiem atšķirībā no citām psihozēm ir raksturīgs periodiskums, “kaleidoskopiska simptomu gaita”, variabla simptomātika un gandrīz vienmēr laba prognoze (obligāts nosacījums ir pilnīga remisija). (51, 53)

Kā šo traucējumu etioloģiskos faktoros viņi savos darbos minēja ģenētiskus iemeslus, kā arī mēģināja saistīt šos traucējumus ar epilepsiju, jo konstatēja pacientiem nelielas izmaiņas EEG. (52)

Arī citi Japānas zinātnieki interesējās par šo problēmu. Piemēram, N. Hatotani 1983. gadā piedāvāja šādu atipiskas psihozes klīnisko raksturojumu: (54–55)

1. Akūts slimības sākums.
2. Labvēlīga prognoze.
3. Tendence uz slimības recidīviem.
4. Bāzes psihiskie simptomi ir:
 - emocionālie traucējumi;
 - psihomotorie traucējumi;
 - izmainīta apziņa.
5. Emocionālie traucējumi un psihomotorie traucējumi parasti ir:
 - maniakāli – depresīvi;
 - ekstātiski;
 - trauksmaini stuporozi.
6. Pacientu personības īpatnības premorbīdā būtiski atšķiras no tipiskiem šizofrēnijas pacientiem (54).

2.2. Diagnozes koncepcija SSK-10 un DSM IV

Visi iepriekšējā nodaļā minētie autori, pārstāvēt dažādas valstis un dzīvojot dažādos laikos, ar dažādiem jēdzieniem apzīmēja vienu un to pašu slimību. Salīdzinot “atipiskas psihozes”, “reaktīvas psihozes” un “cikloīdas psihozes” kritērijus, ir skaidrs, ka runa ir par vienu un to pašu slimību. Šaubu par to zinātniekiem nebija jau 20. gs. 80.–90. gados.

1992. gadā zinātnieku novērojumi, dati un slimības kritēriji tika apkopoti un izveidota akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu diagnoze (ATPT, F23), iekļaujot to kā atsevišķu nozoloģisku vienību Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. redakcijā (SSK-10), kuru izmanto galvenokārt Eiropā. (2)

Pateicoties skandināvu kolēģiem, šo diagnozi iekļāva Amerikas Psihiatru asociācijas izdotās psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. izdevumā ar nosaukumu “Īslaicīga psihotiska slimība” (ĪPS, 298.8). (9)

Lielākā daļa zinātnieku uzskata, ka atšķirības starp ATPT un ĪPS ir nelielas, bet vērā nemamas, proti, atšķiras psihotiskās simptomātikas ilgums (DSM IV iekļautās ĪPS ilgums ir no 1 dienas līdz 1 mēnesim, bet SSK-10 iekļautie ATPT var ilgt līdz pat 3 mēnešiem). (2, 9)

2.3. Pētījumi mūsdienās

Nemot vērā to, ka šis temats ir ļoti šaurs pat psihiatrijas jomā, pētījumu par akūtiem psihotiskiem traucējumiem ir ļoti maz, un tie pārsvarā ir nesistemātiski. Nav pārlicinošu datu, kas ar rūpīgi kontrolētiem klīniskiem pētījumiem apstiprinātu bioloģisko vai psiholoģisko slimības teoriju.

Par vienu no pirmajiem pētījumiem par ATPT var uzskatīt A. Okasha “Kairas pētījumu”. (56) Autori izmantoja Akūtu psihozes stāvokļu klīniskās novērtēšanas skalu (APSKNI). Divu gadu periodā viņi iekļāva pētījumā pacientus, vērojot pacientu kohortu apmēram 1 gadu pēc iestāšanās slimnīcā. Zinātniekus pārsteidza, ka tikai 50 no 85 pacientiem palika pētījumā. Pētījuma beigās autori konstatēja, ka 20,0% pacientu diagnoze tika mainīta uz šizofrēnijas diagnozi, bet 64,0% pacientu 1 gada laikā nebija nekādu simptomu. (56)

Neraugoties uz pētījuma būtiskajiem ierobežojumiem, tajā iegūtie dati bija nozīmīgs faktors ATPT diagnozes iekļaušanai starptautiskajā klasifikācijā. (56)

Ir veikti divi ļoti nozīmīgi kohortas pētījumi Indijā.

Chandigarh kohortas pētījums, kuru veica S. K. Das ar kolēģiem. (57) Zinātnieks savā “ģimeņu” pētījumā iekļāva 40 probandus ar ATPT un 40 pacientus ar šizofrēniju.

Pamatojoties uz SSK-10, pētījumā iekļāva probandus laikposmā no 1994. līdz 1995. gadam. Galvenais nosacījums iekļaušanai pētījumā bija pirmās pakāpes radnieki (PPR), kurus aptaujāja, izmantojot modificētu ģimenes anamnēzes anketu. (57)

Galvenie pētījuma rezultāti bija šādi: ATPT probandu pirmās pakāpes radniekiem novēroja augstāku ATPT prevalenci nekā šizofrēnijas pacientu pirmās pakāpes radniekiem, bet šizofrēnijas probandu pirmās pakāpes radniekiem bija statistiski ticami augstāka šizofrēnijas prevalence nekā ATPT probandu pirmās pakāpes radniekiem. Interesanti, ka pacientiem ar ATPT apakštipiem F23.1 un F23.2. ģimenē bija vairāk ar šizofrēniju slimojošu radnieku. (57)

Pondicherry kohortas pētījums, kuru veica S. G. Sajith kopā ar kolēģiem. (58) Autori iekļāva pētījumā visus pacientus, kas atbilda ATPT F23.0 apakštipam (n = 45). Pacientus iekļāva pētījumā laikposmā no 1997. gada aprīļa līdz 1998. gada martam. Pacientus ar aizdomām par organiskiem traucējumiem, epilepsiju vai kādu no atkarībām pētījumā neiekļāva. (58)

Pētījuma dalībniekus vērtēja, izmantojot:

- Demogrāfisko datu veidlapu;
- Visaptverošu reitingu skalu;
- Funkcionēšanas vispārējās novērtēšanas skalu (*GAF*).

Pilnīgas remisijas kritērijs bija spēja sasniegt vismaz 80,0% no *GAF* premorbīda rezultāta trīs mēnešos. 52 no 58 pacientiem atbilda šim kritērijam uzreiz.

Vēlāk pacientus vērtēja pēc 1, 3 un 6 mēnešiem un pēc 3 gadiem. Pētījumu pabeidza 45 no 52 pacientiem. (58)

Galvenie rezultāti bija šādi: 71,1% bija sievietes ar vidējo vecumu 26,9 gadi. Halucinācijas un murgus konstatēja 91,1% pacientu. Visiem pacientiem visā pētījuma laikā bija ļoti augsti *GAF* rezultāti, tāpēc autori uzskatīja, ka ATPT būtiski atšķiras no šizofrēnijas un citām psihozēm un ka tai noteikti jābūt atsevišķai diagnozei. (58)

Zinātnieki no Lielbritānijas *S.P. Singh* un *T. Burns* savā pētījumā iekļāva visus pacientus ar pirmreizējām psihozēm no Notingemas (*Nottingham*) rajona laikposmā no 1992. līdz 1994. gadam. (3) Autori izmantoja SSK-10 diagnostiskos kritērijus, atkārtoti izvērtēja pacientus pēc trim gadiem un salīdzināja šīs psihozes ar šizofrēnijas un afektīvām psihozēm. Pētnieki konstatēja 168 pirmreizējas psihozes gadījumus. Tikai 32 (19,0%) pacientiem bija noteikta ATPT diagnoze, pārējiem – šizofrēnijas vai afektīvas psihozes diagnoze. Zinātnieki salīdzināja šīs trīs grupas un atklāja, ka ATPT diagnozi biežāk novēroja sievietēm nekā vīriešiem, bet iznākums bija labvēlīgāks nekā šizofrēnijas gadījumā. Galvenais šī pētījumā ierobežojums bija tas, ka dati tika iegūti no ļoti mazas pacientu grupas, tika analizēti tikai 32 slimnieki. (3)

P. Jorgensen ar līdzautoriem pētīja nelielu kohortu, ko veidoja 51 ATPT pacients no psihiatriskās slimnīcas Ārhusā, Dānijā. (59) Pacientus iekļāva pētījumā laikposmā no 1994. līdz 1995. gadam.

Pētījumā iekļāva tikai tos ATPT pacientus, kas atbilda SSK-10 kritērijiem. Vēlāk pacientus vērtēja, izmantojot vairākas skalas, tostarp *GAF*, kā arī DSM IV kritērijus. Galvenie rezultāti bija šādi. (59)

- ATPT biežāk attīstās sievietēm.
- Vidējais vecums ATPT epizodes sākumā ir 37 gadi, turklāt sievietēm sākums vēlāks (39 g.) nekā vīriešiem (30 g.).
- Tikai 3 pacientiem (11,0%) pirms epizodes bija stresu radoši dzīves notikumi (saskaņā ar SSK-10 kritērijiem – 2 nedēļas pirms saslimšanas).
- 48,0% diagnoze tika mainīta uz citu, bet 52,0% palika ATPT diagnoze.
- Viena gada novērošanas laikā 15 pacienti (33,0%) atkārtoti nonāca slimnīcā recidīva dēļ.

- Diagnoze parasti tika mainīta uz šizofrēniju (15,0%) vai afektīviem traucējumiem (28,0%). (59)

Zinātnieki A. Marneros un F. Pillman no Halles Universitātes Vācijā 2000. gadā veica vispusīgākos un sistematizētākos pētījumus šajā jomā. (1) Tā dēvētajā *HASBAP (Halle Study on Brief and Acute Psychoses)* pētījumā autori ne tikai analizēja klīniskos un epidemioloģiskos datus, bet pievērsa uzmanību arī ilgtermiņa prognostiskajiem faktoriem.

Piecu gadu periodā zinātnieki pētīja visus pacientus, kuriem bija F23 diagnoze pēc SSK-10, un mēģināja atrast atšķirības starp ATPT un šizofrēnijas pacientiem. Pētījumā bija divas kontroles grupas: šizofrēnijas pacientu grupa (F20) atbilstīgi SSK-10 un šizoafektīvu pacientu grupa (F25) atbilstīgi SSK-10. Šo trīs grupu pacientus salīdzināja, izmantojot standartizētu metodiku. (1)

Lai gan pētījumā izmantoja vispusīgas metodiskās pacientu novērtēšanas skalas, tam bija būtiski ierobežojumi. Diemžēl tajā bija iekļauti tikai 42 pacienti ar F23 diagnozi pēc SSK-10. (1)

Pirms psihozes sākuma atšķirības starp grupām bija niecīgas. Vēlāk, kad simptomi saasinājās, ATPT pacienti sāka atšķirties no pārējām grupām ar “ļoti strauji mainīgu murgu saturu”, kā arī ar “mainīgu afektīvo stāvokli”, turklāt bija vairāk pacientu ar ATPT un trauksmi nekā citās grupās. (1)

Šie zinātnieki vēlāk veica vairākus pētījumus par ATPT. Kādā no pētījumiem autori mēģināja noteikt atbilstību starp ATPT un cikloīdo psihozi. (60) Izmantojot to pašu pacientu kohortu, ko bija izmantojuši iepriekšējā pētījumā (n = 42), autori sistemātiski izvērtēja demogrāfiskās un klīniskās pazīmes. Pēc pārbaudes izvērtēšanu veica vidēji divus gadus pēc indeksa epizodes. (60) Zinātnieki izdarīja šādus secinājumus.

- ATPT (atbilstīgi SSK-10 kritērijiem) ir neviendabīga kategorija.
- Puse no psihozēm bija cikloīdas psihozes, pārējās psihozes vairāk līdzinājās ATPT.
- Ja diagnoze bija “cikloīda psihoze”, slimības prognoze bija labvēlīgāka. (60)

Autori konstatēja arī nelielas atšķirības starp *bouffée délirante* pacientiem un ATPT pacientiem. (61) *Bouffée délirante* pacienti bija jaunāki un viņiem bija raksturīga nedaudz labāka prognoze, taču atšķirība bija tik niecīga, ka, kā uzskata autori, šī slimība vienalga ir uzskatāma par ATPT sinonīmu. (61)

Nākamajā pētījumā autori mēģināja atklāt atšķirības starp ATPT un šizoafektīviem traucējumiem (ŠT). (62)

Kontrolētā prospektīvā pētījumā 5 gadu periodā tika salīdzināti visi Halles Universitātes slimnīcā ārstētie ATPT pacienti. Kontroles grupa bija pacienti, kas slimo ar ŠT.

Sociāldemogrāfiskos datus apkopoja, izmantojot daļēji strukturētu interviju. Galvenās atradnes bija šādas: ATPT būtiski atšķiras no ŠT dažādos aspektos, proti, pēc dzimuma (ATPT biežāk sievietēm), vecuma (ATPT gadījumā pacienti ir vecāki), simptomu attīstības sākuma (ATPT gadījumā ātrāks), stresu radošiem dzīves notikumiem (ATPT gadījumā biežāk) un ilgtermiņa prognozes (ATPT gadījumā labāka). Tika secināts, ka ATPT un ŠT ir dažādas nozoloģiskās vienības. (62)

Dažu A. *Marneros* pētījumu mērķis bija noteikt ĪPS diagnozes vēsturisko koncepciju un atbilstību ATPT. (63-64) Autors ar savu komandu konstatēja, ka DSM-IV noteiktie ĪPS diagnostiskie kritēriji var būt pārāk šauri, salīdzinot ar ATPT kritērijiem, bet kopumā diagnozes lielā mērā ir atbilstīgas. (63–64)

Jautājumam par ATPT un šizofrēnijas atšķirībām A. *Marneros* ar kolēģiem pievērsās savā nākamajā darbā. (65) Izpētot iepriekš iegūtos materiālus un *HASBAP* pētījuma datus, viņš tomēr atkal norādīja uz to, ka ATPT ir atsevišķa diagnoze SSK-10 klasifikācijā. (65)

Citā pētījumā autori A. *Marneros* un F. *Pillmann* analizēja ATPT slimības pazīmes. (66) Viņi konstatēja, ka divām trešdaļām ATPT pacientu ir raksturīga polimorfa simptomātika un bieži slimības recidīvi. Secinājumos autori norāda, ka atšķirībā no šizofrēnijas diagnozes ATPT gadījumā ir ļoti labs slimības iznākums. (66)

F. *Pillmann*, S. *Balzuweit*, A. *Haring*, R. *Blöink*, A. *Marneros* pētnieku grupa mēģināja analizēt pašnāvniecisku uzvedību pacientiem ar ATPT. (67) Pētījuma mērķis bija izpētīt suicidālas uzvedības biežumu un īpatnības pacientiem ATPT kohortā (F23 saskaņā ar SSK-10). ATPT pētīja attiecībā pret atbilstošām kontroles grupām, salīdzinot ar šizofrēnijas pacientu grupu (ŠP) un šizoafektīvu traucējumu pacientu grupu (ŠT). Pašnāvniecisku uzvedību vērtēja indeksa epizodes laikā un ilgtermiņā, tostarp 5 gadu prospektīvā novērošanas periodā. Suicidālas uzvedības izplatība visas slimības laikā ATPT bija 35,7% salīdzinājumā ar 57,1% ŠT grupā un 40,5% ŠP grupā. Slimības ilgumam nebija būtiskas nozīmes. Pašnāvniecisku uzvedību ATPT gadījumā pārsvarā novēroja akūtajā posmā. Savukārt ŠP pašnāvniecisku uzvedību galvenokārt konstatēja slimības paasinājumu starplaikos. (67)

Pētījuma secinājumi bija šādi: pašnāvnieciska uzvedība ATPT pacientiem ir bieža parādība. Autori to saista ar spēcīgajiem pārdzīvojumiem, ko izraisa psihotiskā simptomātika, kas attīstās akūtās epizodes laikā. (67).

Minētie autori pētījumos konstatēja arī to, ka šie traucējumi visbiežāk sastopami zema sociālekonomiskā stāvokļa pacientiem, pacientiem ar personības traucējumiem premorbīdā un imigrantiem, kā arī to, ka ATPT pacientiem biežāk raksturīga “murgu satura strauja mainība”, “tikpat strauja garstāvokļa mainība” un trauksme. (68–69)

2012. gadā *F. Pillmann, T. Wustmann, A. Marneros* publicēja pētījumu, kurā analizēja atšķirības starp divām psihotiskā spektra diagnozēm: persistējoši murgi (PM; F22) un akūti psihotiski traucējumi (ATPT; F23) atbilstoši SSK-10. Prospektīvā pētījumā autori 43 stacionētus PM pacientus, kas ārstējās Halles-Vitenbergas Universitātes slimnīcā 14 gadu laikposmā salīdzināja ar iepriekšējo ATPT kohortu, kuru veidoja 41 pacients. (70)

Atšķirības pētīja, analizējot demogrāfiskos datus, diagnožu ilgtermiņa stabilitāti un sociālās sekas pēc slimību manifestācijas. Novērošanas laiks bija 10 gadi pēc pirmās psihotiskās epizodes. Rezultāti liecināja, ka, izņemot attiecībā uz psihotisko simptomu ilgumu, PM pacienti statistiski ticami atšķiras no ATPT pacientiem vairākos aspektos: dzimums (sieviešu dominance tikai ATPT gadījumā), vecums, kad sākas slimība (PM pacienti vecāki), stresu radoši dzīves notikumi pirms pirmās psihotiskās epizodes (ATPT gadījumā biežāk), simptomu “bagātība” ATPT gadījumā, kā arī pozitīvās simptomātikas ilgstoša persistence (PM pacientiem). (70) Pacienti ar PM novērošanas laikā tika hospitalizēti statistiski ticami retāk un hronificējas biežāk nekā ATPT pacienti. (70)

Secinājumi bija šādi: PM pacienti atšķiras no ATPT pacientiem, piemēram, psihotisko simptomu ilguma ziņā, un, šķiet, ir divas atsevišķas psihotiskā spektra vienības SSK-10 klasifikācijā. (70) Galvenais secinājums, kas izriet no *A. Marneros* un *F. Pillmann* veiktajiem pētījumiem, bija šāds: ATPT ir atsevišķa nozoloģiska vienība.

Viens no lielākajiem retrospektīvajiem pētījumiem Eiropā bija *A. Castaganni* un viņa kolēģu veiktā analīze par 6 gadu periodu, kurā vērtēja 503 pacientu kohortu no Dānijas Centrālā psihiatrisko slimību reģistra un kuras rezultātus autori publicēja 2008. gadā. (4) ATPT pacientus atlasīja laika posmā no 01.01.–31.12.1996. Galvenie pētījuma jautājumi attiecās uz incidenci un diagnozes stabilitāti. (4)

Saskaņā ar šī pētījumā datiem ATPT incidence ir 9,6 gadījumi no 100 000 iedzīvotājiem un ATPT sievietēm sastopami biežāk nekā vīriešiem (9,8 pret 9,4). Šī informācija pilnībā atšķir šo slimību no šizofrēnijas, kura divas reizes biežāk attīstās vīriešiem un ap 20–29 gadu vecumu. Diagnozes vispārējā stabilitāte sasniedza 39,0%. Galvenais secinājums, kas izriet no šī pētījuma: ATPT atšķiras no šizofrēnijas. (4)

Vēlāk zinātnieki šo pašu kohortu (palielinot novērošanas laiku līdz 15 gadiem) izmantoja, lai standartizēti aprēķinātu mirstības rādītājus. (67) Laika periodā no 1996. līdz 2001. gadam nomira 87 (17,3%) no 503 ATPT pacientiem. Mirstība sasniedza 35,3 gadījumus uz 1,000 pacientu gadā. Dabiskās nāves rādītājs bija 2,5, nedabiskā nāve bija statistiski ticami augstāka – 9,2, nāve no pašnāvības bija visaugstākā – 30,9. Galvenais secinājums, kas izriet no šī pētījuma, ir, ka ATPT pacientiem raksturīgs augsts pašnāvības risks, un šis secinājums apstiprina *A. Marneros* un *F. Pillmann* datus par šo jautājumu. (67, 71)

Citā darbā *Castagnini* un *Berrios* secināja, ka šī slimība biežāk sastopama sievietēm ap 30–40 gadiem un iznākums ir labvēlīgāks nekā šizofrēnijas gadījumā. (7)

Ne visi pētnieki nodarbojās ar ATPT klasificēšanu, salīdzināšanu ar šizofrēniju un diagnozes stabilitātes izvērtēšanu. Zinātnieki *D. R. Bach* un *J. Kindler*, mēģinot atklāt ATPT etioloģiskos faktorus, konstatēja pacientiem paaugstinātu bilirubīna līmeni asinīs. (72)

Pētnieki izanalizēja 325 pacientus (tostarp ATPT, šizofrēnijas un šizoafektīvu traucējumu pacientus) viena gada periodā un atklāja saikni starp ATPT un kopējo bilirubīna līmeni. (72) Bilirubīna līmenis bija paaugstināts arī kontroles grupā – pacientiem ar šizofrēniju un paranoīdiem stāvokļiem. (72)

Pētnieku secinājumi: atšķirība starp ATPT un citām psihotiskām slimībām var būt atkarīga no traucējumu etioloģijas vai apkārtējas vides faktoriem, kas ietekmē enzīmu aktivitāti. (72)

2009. gadā tika publicēts vēl kāds interesants pētījums, kura autori ir *A. Kørner*, *A. G. Lopez*, *L.Lauritzen*, *P. K. Andersen* un *L. V. Kessing*. Pētījuma mērķis bija, izmantojot Dānijas Valsts slimību reģistru, noteikt demences attīstības ātrumu pacientiem ar vēlīnām akūtām transitoriskām psihozēm. (73)

Zinātnieki laikposmā no 01.01.–31.12.2001. pētījumā iekļāva divas pacientu grupas:

1. vēlīna sākuma ATPT pacienti;
2. pacienti, kas slimo ar osteoartrītu.

Pētnieki noteica vecuma robežu 60 gadi un iekļāva pētījumā 8 062 pacientus. Statistiski ticamas asociācijas pētnieki atklāja starp demences diagnozi, vecumu un kalendāro laiku. Kopējā proporcija starp tiem, kas saslimst ar demenci, un osteoartrīta pacientiem bija 10,86 (95% ticamības intervāls, attiecīgi 8,42 un 14,00). Tomēr pacientu skaits mainījās atkarībā no dzimuma, vecuma, ilguma pēc diagnozes noteikšanas un kalendārā laika. Salīdzinot ar vispārējo populāciju, attiecība bija 8,12 (95% ticamības intervāls, attiecīgi 6,77 un 9,74). (73) Šī pētījuma secinājumi ir pretrunīgi. Autori uzskata, ka ATPT pacientiem risks saslimt ar demenci ir 11 reizes augstāks nekā osteoartrīta pacientiem un 8 reizes augstāks nekā vispārējā populācijā. (73) Šī pētījuma rezultāti visus pārsteidza, jo tiek uzskatīts, ka ATPT ir vidēja vecuma sieviešu slimība, un literatūrā nekur netiek minēts termins “vēlīna sākuma ATPT”. (73)

K. Sakamoto Tokijas Medicīnas universitātes 2011. gadā publicētajā rakstā vispusīgi iztirzā ATPT diagnostisko kategoriju un tās izmantojumu Japānā, un kopumā viņa viedoklis atbilst iepriekšminēto autoru viedoklim. (74)

Īpaši autors vēlējās izpētīt ATPT vietu DSM-IV-TR un SSK-10. Zinātnieks uzskata, ka šī diagnostiskā kategorija psihiatrijā ir nepieciešama, it īpaši Eiropā, kur tās pamatā ir

diagnozes “*bouffées délirantes*” un “cikloīda psihoze” un Japānā, kur tās pamatā ir diagnoze “atipiska psihoze”. (74) Japāņu autors savā darbā piekrīt viedoklim, ka ATPT atšķiras no visām citām psihožu formām un ka ir nepieciešams papildināt zināšanas par šo nozoloģisko vienību. (74). Viens no pētījumiem šajā jomā ir no Igaunijas. (8) Autoru grupa *K. Adamsoo, E. Saluveer, H. Küünarpuu, V. Vasar, E. Maron* 2011. gadā publicēja pētījumu, kurā galvenā uzmanība tika pievērsta ATPT diagnostiskajai stabilitātei, kā arī autori centās izpētīt duālo attieksmi pret ATPT kā atsevišķu un neatkarīgu nozoloģisko vienību. (8)

Autoru pētījuma izlasi veidoja 153 pirmreizēji hospitalizēti pacienti ar ATPT (60,1% sievietes, vidējais vecums 27 gadi), kurus novēroja divus gadus. Šajā periodā tika vērtētas klīniskās izpausmes, vispārējā funkcionēšana un dzīves kvalitāte. (8)

Novērošanas rezultātā diagnozes vispārējā stabilitāte bija tikai 34,0%, taču aprēķinos tika ietverti tikai tie pacienti, kas vēlāk turpināja konsultēties valsts psihiatriskajā dienestā. Diagnozes maiņu konstatēja 35,9% pacientu, parasti diagnoze tika mainīta uz šizofrēniju (F20; SSK-10) vai šizoafektīviem traucējumiem (F25; SSK-10). (2, 8) Pētījumā neatklāja statistiski ticamus klīniskos vai sociālos faktorus, kuru dēļ slimība transformējās šizofrēnijā, izņemot jaunāku vecumu, sociālo statusu un pirmās hospitalizācijas periodu. (8) Pētījuma galvenais secinājums bija tāds, ka trūkst pārliecinošu argumentu ATPT nodalīšanai no citiem psihiskiem traucējumiem SSK-10 F2 kategorijā. (8)

Pēdējos gados ATPT pētījumu popularitāte ir būtiski pieaugusi.

Indijā veiktā pētījumā par diagnozes stabilitāti *J. C. Narayanaswamy* ar kolēģiem apkopoja datus par 57 ATPT pacientiem, novērošanas laiks bija 1 gads un 2 gadi no pētījuma sākuma. Vidējais pacientu vecums bija 30,72 gadi. (75)

Vidējais ATPT epizodes ilgums bija $18,15 \pm 17,10$ dienas. Novērošanas dati pēc pirmreizējas stacionēšanas pirmā gada beigās bija pieejami 77,2% ($n = 44$) pacientu un otrajā gadā 75,4% ($n = 43$) pacientu. Recidīvus pirmā gada beigās un otrajā gadā novēroja attiecīgi 47,4 un 54,4% pacientu. Savā pētījumā *J. C. Narayanaswamy* un kolēģi secināja, ka ATPT ir stabila nozoloģiska vienība, tomēr nelielai daļai šo pacientu diagnoze var tikt mainīta uz šizofrēniju vai bipolāriem traucējumiem. (75)

2012. gadā tika publicēts vēl viens pētījums, kura autors *S. Farooq* atkal pievērsās jautājumam par “ATPT diagnozes pierādījumiem no fenomenoloģijas un epidemioloģijas viedokļa”. (76) Viņš veica sistemātisku literatūras apskatu par ATPT un norādīja, ka literatūras par šo tematu ir ļoti maz un pētījumiem šajā jomā ir būtiski metodoloģiskie ierobežojumi. (76) Zinātnieks izpētīja ATPT epidemioloģiju un fenomenoloģiju un secināja, ka patlaban pieejamās zināšanas ir nepilnīgas. (76)

Tajā pašā gadā *P. Udomratn* ar kolēģiem savā darbā apkopoja informāciju par ATPT diagnozes pētījumiem Āzijas reģionā. (77). Saskaņā zinātnieka datiem ATPT ir diagnostiski nestabila diagnoze, pētījumos DVS svārstījās no 35,5 līdz 73,3%. (35) Ja diagnoze tika mainīta, tas notika 3–5 gadus pēc pirmās slimības epizodes. Šis pārskats tomēr atbalsta koncepciju, ka ATPT

SSK-10 klasifikācijā ir atsevišķa diagnostiska vienība. (77)

Pēdējā pētījumā (2013) *A. Castagnini* ar kolēģiem pievērsa uzmanību ATPT diagnozes ilgtermiņa stabilitātei. (78) Viņi apkopojā visus pirmreizējos ATPT pacientus, izmantojot Dānijas Psihiatrisko slimību reģistru. Tika iekļauti gan pacienti no slimnīcām, gan ambulatorajām nodaļām laika periodā no 1995. līdz 2008. gadam.

Kopumā 5 426 pacienti bija vecumā no 15–64 gadiem. (78) Ja ATPT pacientiem mainīja diagnozi, biežāk tas notika pēc 1 gada, pēc 2 un pēc 5 gadiem. Diagnoze tika mainīta uz šizofrēniju vai afektīvā spektra diagnozi. Pēdējās novērošanas laikā (pēc 7,3 gadiem) ATPT diagnoze saglabājās 2 429 pacientiem, diagnozes stabilitāte sasniedza 44,0%. Sievietēm diagnoze tika mainīta retāk. (78)

Ļoti svarīgi, ka ATPT diagnozes F23.0 apakštipam – akūti polimorfī psihotiski traucējumi bez šizofrēnijas simptomiem konstatēja lielāku stabilitāti nekā pārējiem apakštipiem. Autoru secinājums: diagnozes stabilitāte ir zema (kaut 44,0% uzskatāma par vidēju stabilitāti), un atsevišķa nozoloģiska vienība nav vajadzīga. (78)

Tika publicēti arī divi ATPT klīniskie gadījumi.

2012. gadā publicētajā gadījuma aprakstā autore *M. Zverova* lieliski raksturo ATPT, kas attīstījušies pēc akūta stresa. Viņa apraksta sievieti ap 50 gadiem, kurai pēc liela stresa pēkšņi attīstās klasiski ATPT: divās dienās paciente no veselas sievietes kļūst pilnīgi psihotiska, viņai attīstās halucinatori paranoīds sindroms.

Paciente ārstējas un 2 mēnešos pilnīgi izārstējas līdz tādām funkcionēšanas līmenim, kāds bija pirms slimības. (79) Šis gadījums tikai apstiprina domu, ka stress var provocēt psihozi.

T. Harish ar kolēģiem aprakstīja divpusēju pašenukleāciju (reti sastopams smags paškaitējums, kura gadījumā pacients pats sev smagi traumē acis, parasti vērojams smagu psihisku slimību gadījumā, piemēram, akūtas psihozes laikā) ATPT pacientam. (80)

Savā darbā autori analizēja šo reto parādību un mēģināja skaidrot notikušo ar sociālās kultūras faktoru ietekmi uz psihopatoloģiju akūtu psihotisku traucējumu gadījumā. (80) Autori pētīja pašenukleācijas parādību no literatūras, kultūras un pat mitoloģijas viedokļa (autori no Valsts garīgās veselības institūta, Bangalore, Indija). Tiešu saistību starp šo reto parādību un ATPT autori nekonstatēja. (80)

Šī pastiprinātā zinātnieku interese par ATPT jautājumiem, iespējams, ir saistīta ar gaidāmo SSK-10 pārskatīšanu un jaunās SSK-11 klasifikācijas izstrādi.

2.1. tabula

Nozīmīgākie pētījumi par akūtiem un transitoriskiem psihotiskiem traucējumiem (ATPT) no 1993. līdz 2014. gadam, norādot pētījuma sfēru

Pētījuma sfēra	1993.–2007. g., 6 raksti <i>PubMed</i> Epidemioloģija; prospektīvs (n = 50)	2008.–2011. g., 5 raksti <i>PubMed</i> Epidemioloģija; retrospektīvs (n = 416)	2012.–2014. g., 6 raksti <i>PubMed</i> Epidemioloģija; prospektīvs (n = 57)
–	<i>Okasha A. et al.</i> , 1993. (56)	<i>Castagnini A. et al.</i> , 2008. (4)	<i>Narayanaswamy J. et al.</i> , 2012. (75)
Pētījuma sfēra	Epidemioloģija; prospektīvs (n = 51)	Pārskata raksts	Pārskata raksts
–	<i>Jørgensen P. et al.</i> , 1997. (59)	<i>Castagnini A. et al.</i> , 2009. (7)	<i>Castagnini A. et al.</i> , 2014. (81)
Pētījuma sfēra	Epidemioloģija; prospektīvs (n = 40)	Etioloģija; prospektīvs (n = 325)	Epidemioloģija
–	<i>Das S. K. et al.</i> , 2001. (57)	<i>Bach D. R. et al.</i> , 2010. (72)	<i>Queirazza F. et al.</i> , 2013. (82)
Pētījuma sfēra	Epidemioloģija prospektīvs (n = 45)	Epidemioloģija; retrospektīvs (n = 503)	Pārskata raksts
–	<i>Sajith S. G. et al.</i> , 2002. (58)	<i>Castagnini A. C. et al.</i> , 2011.(71)	<i>Udomratn P. et al.</i> , 2012. (77)
Pētījuma sfēra	Epidemioloģija, slimības iznākums; retrospektīvs (n = 32)	Epidemioloģija, dg. stabilitāte; prospektīvs (n = 153)	Klīnika; prospektīvs (n = 41)
–	<i>Singh S. P. et al.</i> , 2004. (3)	<i>Aadamsoo K. et al.</i> , 2011. (8)	<i>Pillmann F. et al.</i> , 2012. (70)
Pētījuma sfēra	Epidemioloģija, slimības iznākums; prospektīvs (n = 39)	–	Pārskata raksts; fenomenoloģija
–	<i>Pillmann F. et al.</i> , 2005. (68)	–	<i>Farooq S. et al.</i> , 2012. (76)

2.1. tabulā atspoguļots, cik salīdzinoši nedaudz pētījumu ir publicēts par šo diagnozi. Visplašāk šo tematu pētījuši divi autori – A. Marneros un A. C. Castagini, bet katrs ar atšķirīgu skatījumu uz šo problēmu. Tabulā redzams, ka pārsvarā pētījumi veltīti epidemioloģijai un ir maz klīnisko pētījumu par ATPT. Īpaši vērtīgi ir pētījumi, kuros vienlaicīgi pētīti vairāki aspekti, piemēram, tā dēvētais “Notingemas pētījums”, kurā autors pētīja gan epidemioloģiju, gan slimības norisi, gan traucējumu iznākumu. (3)

2.4. Stresu radoši dzīves notikumi un ATPT

Mūsdienās ir skaidrs, ka Krepelīna dihotomijas modeli, kurā iekļautas tikai divas psihožu grupas (šizofrēnijas un afektīva psihoze), ir nepieciešams papildināt. Laikposmā no 1970. līdz 1980. gadam zinātnieki (galvenokārt Skandināvijā), piemēram, A. Vimmers, E. Stromgrens, P. Jørgensens un N. Reterstels (2, 9, 38, 49, 83, 85), veica pētījumus par reaktīvu psihozi (kurai mūsdienās atbilst ATPT diagnoze SSK-10 un īslaicīga psihotiska slimība DSM IV). Šie zinātnieki apzinājās ATPT slimības klīnisko nozīmīgumu un viņu pūliņu rezultātā ATPT kļuva par atsevišķu nozoloģisku vienību.

Stresu radoši dzīves notikumi jau izsen tika saistīti ar paaugstinātu risku saslimt ar kādu psihisku slimību. K. Jaspers atklāja būtisku saikni starp psihotisku epizodi un stresu (psihoze attīstās kā reakcija pēc pārdzīvota stresa) un nosauca šo stāvokli par “reaktīvu psihozi”, bet E. Stromgrens aprakstīja šīs slimības koncepciju. (49, 85).

E. Stromgrens savā darbā norāda, ka reaktīvas (psihogēnas) psihozes vēsturiski pastāvējušas jau ļoti sen un ir reģistrēti daudzi gadījumi dažādās valstīs. (49) Taču nozoloģiskā koncepcija sāka attīstīties tikai tad, kad bija definēts attiecīgais jēdziens. Šo jēdzienu sāka izmantot un raksturot dažādu valstu psihiatri. Taču zinātnieki arī saprata, ka vajadzīga īpaša attieksme, jo “psihogēnas psihozes” jēdziens var būtiski ietekmēt psihiatrisko slimību epidemioloģiju. (49)

A. Vimmera psihogēnās psihozes (PP) koncepciju pētīja A. *Castagnini*. (38) Divdesmitā gadsimta sākumā Dānijas psihiatrs A. Vimmers izstrādāja psihogēnas psihozes (PP) koncepciju, uzskatot to par psihisko traucējumu kategoriju, kas atšķiras no šizofrēnijas un maniakālas depresijas. (38)

Zinātnieks uzskatīja, ka šai slimībai raksturīgi afektīvi traucējumi, apjukums un paranojas pazīmes, ko parasti izraisa psihiska trauma. A. Vimmera darbs kļuva par vienu no klasikas darbiem skandināvu psihiatrijā, bet valodas dēļ to gandrīz nemaz neiepazīna citās Eiropas valstīs. (38)

N. Reterstels atzīmē, ka tāda psihopatoloģija kā reaktīva psihoze vēsturiski biežāk izmantota Dānijā un Norvēģijā, attiecīgi 50,0% un 40,0%, bet šai koncepcijai, viņaprāt, ir ierobežota nākotne. (85)

Ļoti nopietnu pētījumu 1980. gadā veica. *J. Andersen* un *H. Laerum*. (86) Pētījumā retrospektīvi vērtēja 220 pacientus. Visi pacienti bija pirmreizēji hospitalizēti ar psihogēnas psihozes (PP) diagnozi. Pētījuma galvenais mērķis bija izvērtēt klīnisko norisi un slimības prognozi. (86)

PP recidīvu biežums bija 18,0% (40). Šizofrēnija PP pacientiem attīstījās tikai 10,0%

(23) gadījumu, bet maniakāli depresīva psihoze (bipolāri traucējumi) 8,0% (44) gadījumu. Psihogēnas psihozes gada stabilitāte bija 49,0%. Psihogēnas / reaktīvas psihozes prognoze, salīdzinot ar citām psihozēm, bija labvēlīga. (86)

P. Jergensens savā pētījumā retrospektīvi vērtēja 49 pirmreizējus ATPT pacientus. (83) Šos pacientus novēroja gandrīz 10 gadus, galveno uzmanību pievēršot klīniskajai un sociālajai norisei un rezultātiem. (83)

Desmit no 49 pacientiem vēlāk diagnosticēja šizofrēniju, trim pacientiem – emocionālu psihozi, trim pacientiem – paranoīdu psihozi. Sešiem pacientiem bija reaktīvas psihozes recidīvi. (83) Pētījuma autori konstatēja, ka diagnozes un prognozes noteikšanas nolūkā būtu lietderīgi zināt vairāk par pirmās psihotiskās epizodes attīstību šiem pacientiem. (83)

Diemžēl mūsdienās pētījumu par šo tēmu nav daudz. Kādā pētījumā autori *D. Raune, E. Kuipers, P. Bebbington* mēģināja noskaidrot, vai stresu radoši dzīves notikumi var izraisīt psihozi. (87) Pētījuma metodoloģija bija ļoti vienkārša, viņi aptaujāja 41 pacientu ar pirmreizēju psihozi, izmantojot “Dzīves apstākļu skalu” un “Grūtību skalu”. Abas skalas izmantoja stresu radošu dzīves notikumu noteikšanai pacientiem pirms saslimšanas. (87)

Pacientus salīdzināja ar kontroles grupu no Londonas, kuru veidoja cilvēki no vispārējās populācijas. (87)

Rezultāti bija šādi: stresu radošus notikumus diezgan bieži konstatēja gada laikā pirms pirmās psihozes attīstības (OR = 8,1; 11,0% pret 3,0%), bet statistiski vēl ticamāki rezultāti bija attiecībā uz stresu radošiem notikumiem 3 mēnešus pirms epizodes (OR = 17,1; 34,0% pret 3,0%). (87)

Autori secināja, ka stresu radoši notikumi var provocēt pirmreizējas psihozes. (87)

Chakraborty ar kolēģiem savā pētījumā konstatēja, ka stresu radoši dzīves notikumi 6 mēnešus pirms pirmreizējas ATPT psihozes novērojami daudz biežāk nekā 6 mēnešus pirms mānijas epizodes. (88)

No cita viedokļa šo jautājumu pētīja *S. A. Papagni* ar kolēģiem savā darbā par stresu radošiem dzīves notikumiem un to iespējamo ietekmi uz cilvēka smadzeņu struktūrām. (89)

Lai gan stresu radoši dzīves notikumi ir saistīti ar paaugstinātu slimības risku un psihiskiem traucējumiem, to ietekme uz smadzeņu anatomiju ir maz aprakstīta. Izmantojot garengriezuma pētījuma dizainu, autori pārbaudīja hipotēzi, ka stresu radoši dzīves notikumi ir saistīti ar izmaiņām pelēkās vielas daudzumā (PVD) smadzeņu reģionos. (89)

26 pacientiem (13 vīriešiem un 13 sievietēm, vidējais vecums \pm SD: $25,2 \pm 4,3$ gadi) bez psihiatriskas diagnozes veica magnētiskās rezonanses izmeklējumu divos laika punktos ar 3 mēnešu intervālu. Lai noskaidrotu saistību starp stresu radošiem dzīves notikumiem un

pelēkās vielas izmaiņām šajā periodā, izmantoja uz vokseļiem balstītas morfometrijas jeb VBM metodi. Stresu radošu notikumu skaits bija saistīts ar PVD samazināšanos *anterior cingulate, hippocampus* un *gyrus parahippocampal* ($p < 0,001$). Šie rezultāti pierāda, ka pieaugušajiem bez psihiatriskas diagnozes stresu radoši dzīves notikumi ir saistīti ar PVD samazināšanos reģionos, kuri ir saistīti arī ar pēctraumatisko stresa sindromu (PTSS), un ka šīs izmaiņas var novērot jau pēc īsā laika (3 mēnešiem). (89)

Zinātnieks *C. Stefanis* ar kolēģiem savā pētījumā mēģināja noteikt saistību starp stresa izraisītu psihozi un katehol-O-metiltransferāzes gēnu (COMT Val158Met). (90) Stresa iedarbība uz cilvēku palielina risku saslimt ar psihisku slimību. Turklāt pastiprināta reakcija uz stresu, šķiet, var izraisīt arī psihozi. Šī pētījuma mērķis bija izpētīt, vai katehol-O-metiltransferāzes (COMT Val(158)Met) gēna funkcionālais polimorfisms izmaina stresa nozīmi psihozes inducēšanā. (90)

Daļēji eksperimentālajā pētījumā stresa iedarbības izvērtēšanai izmantoja 306 genotipu paraugus, ko ieguva no jauniem vīriešiem (vecumā no 19–24 gadiem), kuriem psihozes simptomus vērtēja, atrodoties dienestā Grieķijas armijā, un 18 mēnešus pēc militāro mācību beigām (90).

Stresa iedarbība armijā bija saistīta ar psihotisko simptomu paaugstinātu līmeni. Turklāt COMT Val(158)Met/Val alēles nēsātāji stresa ietekmei un attiecīgi arī psihozei bija pakļauti vairāk nekā grupa ar Met/Met genotipu. Autori secināja, ka COMT Val(158)Met genotips var izmainīt stresa ietekmi uz psihotiskajiem simptomiem. (90) No šī pētījuma izriet, ka cilvēki ar dažādu ģenētisko materiālu dažādi reaģē uz stresu. (90)

2.5. Pētījumi par ATPT un to ārstēšanu

Iepriekš minētie empīriskie pētījumi liecina, ka pacientiem ar ATPT diagnozi ir labvēlīga prognoze, bet ir arī liels recidīvu risks (58–77%). (91)

M. Jäger, M. Riedel un *H. J. Möller* savā darbā norāda, ka ATPT (SSK-10: F23) galvenā klīniskā pazīme ir akūts psihotisko simptomu sākums, tiem attīstoties ne vairāk kā 1–3 mēnešos. (91) Diagnostikā stabilitāte turpmākajā slimības norisē, šķiet, ir variabla (34,0–73,0%), un reizēm diagnoze tiek mainīta uz šizofrēniju vai afektīvo traucējumu diagnozi. (91)

Līdz šim datu par terapiju kontrolētos klīniskos pētījumos nav.

Savā pētījumā *V. Agarwal* un *P. Sitholey* mēģināja noteikt Olanzapīna efektivitāti pediatriem ATPT pacientiem. (92) Atklātā pētījumā pacientus novēroja sešas nedēļas, izmantojot šādas skalas: “Īsa psihiatriskā novērtējuma skala” (ĪPNS), “Vispārējā klīniskā skala” (VKS), “Ārstēšanas devas skala” (ĀDS). (92)

Šajā pētījumā iekļāva divdesmit trīs pacientus (11 zēnus, 12 meitenes vecumā no 11–16 gadiem, vidējais vecums 14,0 +/- 1,3 gadi). Vidējā Olanzapīna deva bija 12,7 +/- 3,9 mg/dienā (diapazons 5–20 mg/ dienā). Visiem pacientiem novēroja būtisku stāvokļa uzlabošanos 6 nedēļu laikā. (92) Pētījumā konstatēja ĪPNS rādītāju būtisku samazināšanos (vidēji par 46,0%). Slimības smagums (VKS) samazinājās no 4,7 +/- 0,8 līdz 1,6 +/- 0,9 pēc 6 nedēļām. Arī vispārējā uzlabošanās skala (VKS) norādīja uz būtisku stāvokļa uzlabošanos 60,9%; (n = 14). (92)

Parādījās arī dažas biežas blakusparādības, piemēram, sausa mute (n = 14; 60,9%), apetītes palielināšanās (n = 12, 52%), ķermeņa svara palielināšanās (n = 12, 52%) un miegainība (n = 8, 34,8%). Nevienam pacientam neatīstījās ekstrapiramidālā simptomātika. (90) Autori secināja, ka Olanzapīns ir drošs un efektīvs ATPT pacientiem. (92)

Savukārt *B. P. Chaudhuri* ar kolēģiem mēģināja noskaidrot, vai pastāv atšķirības ATPT ārstēšanā ar Risperidonu un Haloperidolu. (93)

Darbības mehānisms salīdzinoši jaunajam antipsihotiskās darbības preparātam Risperidonam atšķiras no tipiskajiem antipsihotiskajiem līdzekļiem, piemēram, Haloperidola. Autori salīdzināja mazas Risperidona devas ar gandrīz līdzvērtīgām Haloperidola devām pirmreizējiem ATPT pacientiem, kas lietoja šīs zāles pirmo reizi mūžā. (93)

Randomizētā pētījumā abas grupas vērtēja, izmantojot ĪPNS skalu un *GAF* funkcionēšanas skalu.

Risperidonam, salīdzinot ar Haloperidolu, bija raksturīgs agrs darbības sākums, iedarbojoties uz dažiem pozitīvajiem un negatīvajiem simptomiem, kā arī retāk novēroja ekstrapiramidālo simptomātiku. Autori secināja, ka ATPT ārstēšanā Risperidons varētu būt pirmās izvēles preparāts. (93)

A. Khanna ar kolēģiem pētīja ATPT ārstēšanas atšķirības, salīdzinot mazas un lielas perorāli lietota Haloperidola devas. (94)

Vairāki nesen publicēti ziņojumi apšaubā dažu psihiatru praksi lietot lielas antipsihotisko preparātu devas. *A. Khanna* pētījuma mērķis bija salīdzināt lielu un mazu Haloperidola devu lietošanas efektivitāti ATPT pacientu ārstēšanā. Kohortu veidoja četrdesmit abu dzimumu pacienti, kuriem diagnosticēti ATPT. Pacientus pēc nejaušības principa iedalīja lielas devas (20 mg/dienā) vai mazas devas (5 mg/dienā) Haloperidola grupā ar vienādu pētījuma dalībnieku skaitu (n = 20). Reizi nedēļā pacientus vērtēja ar ĪPNS skalu un Haloperidola blakusparādību kontroljautājumu sarakstu (7., 14., 21., 28., 35. un 42. dienā). Abās grupās konstatēja būtiskus uzlabojumus visos ĪPNS skalas novērtējumos, salīdzinot ar sākotnējiem rādītājiem. Uzlabošanās līmenis abās pētījuma grupās būtiski neatšķīrās. (94)

Plašāki literatūras dati par pētījumiem šajā jomā nav pieejami. Lielākā daļa klīnicistu ārstē ATPT līdzīgi kā jebkuras citas psihozes, galvenokārt izmantojot antipsihotiskos un nomierinošos līdzekļus.

2.6. Pētījumi par ATPT komorbiditāti ar personības rakstura iezīmēm

Ir veikti daži pētījumi par ATPT komorbiditāti ar personības rakstura iezīmēm, bet zinātnieki nekonstatēja ciešu saistību ar tiem. (95, 59)

Viens no galvenajiem pētījumiem šajā jomā ir *F. Pillmann, R. Blöink, S. Balzuweit, A. Haring, A. Marneros* pētījums. (95)

Lai gan daži autori "īpaši jūtīgu personību" ir atzinuši par patoģenētisku faktoru ATPT attīstībā, tomēr šajā jomā ir veikts maz empīrisku pētījumu. Tādēļ autori savā pētījumā mēģināja novērtēt personības īpatnības un sociālās mijiedarbības ATPT pacientiem. (95)

Autori 5 gadu laikposmā iekļāva pētījumā visus pacientus, kas atbilda SSK-10 noteiktajiem ATPT diagnozes kritērijiem, kā arī izraudzījās divas kontroles grupas – pozitīvās šizofrēnijas grupu (PŠ) un šizoafektīvo traucējumu grupu (ŠT). Lai novērtētu personības iezīmes un sociālos kontaktus premorbīdā, autori izmantoja piecu faktoru anketu *NEO-PFJ*. Šī anketa ļauj izvērtēt šādas personības dimensijas: neirotizisms, ekstraversija, atvērtība pieredzei, apzinīgums, viegla pakļāvība.

NEO-PFJ novērtējumā nekonstatēja būtiskas atšķirības starp ATPT pacientiem un kontroles grupām. (95)

Nemot vērā pētījuma ierobežojumus retrospektīvās novērtēšanas laikā, rezultāti liecina, ka 1) ATPT pacienti nekādi neatšķiras no pārējām pacientu grupām un 2) ATPT pacientu personība būtiski neatšķiras no vispārējās populācijas. (95)

Vēl kādā pētījumā par šo tematu P. Jergensens ar kolēģiem analizēja citu ATPT (SSK-10) pacientu izlasi (n = 51). (59) Šī pētījuma atklājumi liecina, ka ATPT pacienti nokļūst slimnīcā dzīves sākumā un šiem pacientiem raksturīga laba sociālā funkcionēšana premorbīdā. (59)

Atbilstoši DSM-IV kritērijiem autori iedalīja pacientus trīs diagnostiskajās grupās: šizofreniformi traucējumi (41,0%), īslaicīgi psihotiski traucējumi (33,0%) un neklasificēti psihotiski traucējumi (25,0%). Augstu personības traucējumu prevalenci (63,0%) konstatēja uzreiz pēc izvešanas. ATPT nebija saistīta ar kādiem konkrētiem personības traucējumiem, un šiem pacientiem tos novēroja retāk, 37,0% gadījumu personības traucējumus nekonstatēja.

Autori plāno turpināt šo pētījumu. (59)

Nemot vērā iepriekš minēto, jāsecina, ka patlaban ir maz zināms par slimības

epidemioloģiju, klīniskajiem aspektiem un prognozi, kā arī par etioloģiskajiem un patoģenētiskajiem mehānismiem. Informācijas trūkuma dēļ neskaidra ir pat šo traucējumu klasifikācija, kā arī to nozoloģiskais statuss.

Padziļinātu ģenētisko, bioloģisko un farmakoloģisko pētījumu veikšana ir apgrūtināta, jo nav skaidras slimības definīcijas un ir grūti izveidot homogēnu pacientu grupu.

Ir nepieciešams ne tikai padziļināt zināšanas par traucējumu agrīno sākumu un slimības norisi, bet arī par to ilgtermiņa iznākumu un prognostiskajiem aspektiem.

Ne mazāk svarīgs ir arī starptautiskais ieguldījums SSK-11 izstrādē, proti, zināšanas par to, cik izmantojama diagnoze ir Latvijas apstākļos, kāda ir tās vieta klīniskajā praksē. Latvijā nav pētīts ne šīs slimības biežums, ne attīstība un norise, ne ilgtermiņa iznākums un iespējamā līdzība ar šizofrēniju vai atšķirība no tās.

Tāpēc patlaban ļoti svarīgi ir izvērtēt šo traucējumu klīniskos aspektus, kā arī novērtēt izmantotās ārstēšanas taktikas īpatnības, lai vēlāk būtu iespējams turpmāk optimizēt gan pirmreizējas psihozes ārstēšanu, gan valsts izmaksas šajā jomā. Tikpat aktuāli un svarīgi ir izvērtēt šīs diagnozes nozīmi, izmantojamību un eksistenci SSK-10 un iespējamās izmaiņas nākamajā starptautiskajā klasifikācijā.

3. MATERIĀLS UN METODEDES

Pētījums tika veikts VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centra” (RPNC) klīniskajā bāzē, kas ir lielākā psihiatriskā slimnīca valstī ar 440 gultsvietām un kas apkalpo vairāk nekā 900 000 iedzīvotāju (~40% no valsts populācijas). Dati par pacientu ambulatorajiem apmeklējumiem tika apkopoti no visām RPNC ambulatorajām nodaļām: “Veldre”, “Sarkandaugava” un “Ļermontova”.

3.1. Pētījuma retrospektīvā daļa

Pētījuma retrospektīvajā daļā tika analizētas visu to pirmreizēji hospitalizēto pacientu slimības vēstures, kuri 3 gadu periodā (01.01.2004.–31.12.2006.) iestājās un ārstējās RPNC stacionārajās nodaļās ar diagnozi akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (F23) saskaņā ar SSK-10 kritērijiem (PVO, 1993). (2)

Analizējot diagnozes ilgtermiņa izmaiņas, pacienti tika novēroti līdz 31.12.2010.

3.2. Pētījuma prospektīvā daļa

Pētījumā tika iekļauti visi pirmreizēji hospitalizētie pacienti, kas atbilda diagnozei akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (F23) saskaņā ar SSK-10 kritērijiem (PVO, 1993) un kas iestājās un ārstējās RPNC 15 mēnešu periodā (no 09.01.2010.–30.03. 2011.). (2) Pacientu kohorta tika apsekota līdz 31.10.2012.

3.3. Pētījuma ambulatorā daļa

Pētījumā tika iekļauti visi pacienti pēc pirmreizējas hospitalizācijas RPNC ar diagnozi akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (F23) saskaņā ar SSK-10 kritērijiem (PVO, 1993), kas laika periodā no 01.01.2004. līdz 31.12.2006. apmeklēja RPNC ambulatorās nodaļas (“Veldre”, “Sarkandaugava” un “Ļermontova”).

Tika analizētas ambulatorās kartes par laika periodu no 01.01.2004. līdz 31.12.2006., lai noteiktu šiem pacientiem diagnozes ilgtermiņa izmaiņas un ambulatorās nodaļas apmeklējumu biežumu.

Pacientu kohorta tika apsekota līdz 31.10.2010.

3.4. Grupu salīdzinājums

Pacienti tika iedalīti trīs grupās, lai veiktu pacientu grupu salīdzinājumu:

1. "Tīro" ATPT pacientu grupā tika iekļauti pacienti, kas netika hospitalizēti atkārtoti, un pacienti, kas vēlāk tika hospitalizēti atkārtoti ar diagnozi ATPT.

2. Pacienti, kuriem atkārtotas hospitalizācijas laikā diagnoze tika mainīta uz šizofrēnijas diagnozi (F20, SSK-10, PVO, 1993). (2)

3. ATPT pacienti, kuriem diagnoze novērošanas periodā tika mainīta uz citu diagnozi (saskaņā ar SSK-10).

Primārais mērķis bija salīdzināt pirmās un otrās pacientu grupas klīniskās pazīmes pirmās slimības epizodes laikā, identificēt iespējamus prognostiskos faktorus (personības rakstura iezīmes vai stresu radoši dzīves notikumi 6 mēnešus pirms saslimšanas), noskaidrot klīniskās un prognostiskās atšķirības starp ATPT diagnozes apakštipiem (F23.0; F23.1; F23.2; SSK-10).

Demogrāfisko rādītāju pētīšanas metodika un arī izvēlētās klīniskās pazīmes pirmās psihotiskās epizodes laikā bija līdzīgas tām, ko savos detalizētajos darbos (*HASBAP* pētījumā) izmantoja *A. Marineros* ar līdzautoriem (1).

Slimības recidīvs tika definēts kā pacienta atkārtota hospitalizācija ar afektīvo sindromu vai psihozes simptomiem.

3.5. ATPT diagnostiskie kritēriji

Divi autori neatkarīgi viens no otra atkārtoti izvērtēja klīnisko diagnozi visiem pacientiem, izmantojot zinātnei paredzētos SSK-10 diagnostiskos kritērijus.(2)

- Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (F23; SSK-10):

G1. Akūti murgi, halucinācijas, nesaprotama vai nesakarīga runa. Laika periods no pirmo psihozes simptomu parādīšanās līdz noformēšanās nepārsniedz divas nedēļas.

G2. Diagnozei neatbilst tādi simptomi kā pārejošs apmulsums, nepareiza identifikācija vai uzmanības un koncentrēšanās traucējumi vai apziņas traucējumi.

G3. Traucējumi neatbilst mānijas epizodes kritērijiem (F30), depresijas epizodei (F32) vai rekurentiem depresīviem traucējumiem. (F33).

G4. Psihoaktīvās vielas nav lietotas tādā mērā, lai atbilstu intoksikācijas kritērijiem (F1x.0), kaitējoši pārmērīgai lietošanai (F1x.1), atkarībai (F1x.2).

G5. Izslēgšanas kritērijs ir organiskas smadzeņu slimības (F0) vai nopietni vielmaiņas traucējumi, kas ietekmē centrālo nervu sistēmu (neietver dzemdības).

Pētniecības nolūkos ir ieteicams precizēt šo traucējumu sākumu. No veselības stāvokļa līdz skaidri izteiktai psihozei izdala: pēkšņu sākumu (sākums 48 stundu laikā) un akūtu sākumu (parādās pēc vairāk nekā 48 stundām, bet mazāk nekā pirms divām nedēļām).

- F23.0 Akūti polimorfī psihotiski traucējumi bez šizofrēnijas simptomiem
 - A. Jābūt izpildītiem akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu vispārīgajiem kritērijiem (F23).
 - B. Simptomātika ļoti strauji, intensīvi mainās no dienas uz dienu vai tajā pašā dienā.
 - C. Kopš traucējumu sākuma jebkurā brīdī var būt visa veida halucinācijas vai murgi, kas ilgst vismaz vairākas stundas.
 - D. Jābūt vismaz diviem no šiem simptomiem:
 - (1) emocionāls satricinājums, ko raksturo intensīvas jūtas, laimes sajūta, ekstāze vai izteikta trauksme un aizkaitināmība;
 - (2) neizpratne par apkārt notiekošo, cilvēkiem nepareiza vietas uztvere;
 - (3) palielināta vai samazināta motorika.
 - F. Kopējais traucējumu ilgums nepārsniedz trīs mēnešus.
- F23.1 Akūti polimorfī psihotiski traucējumi ar šizofrēnijas simptomiem
 - A. Jābūt izpildītiem akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu vispārīgajiem kritērijiem (F23), kā arī B, C un D kritērijiem.
 - B. Jābūt dažiem šizofrēnijas (F20.0–F20.3) simptomiem.
 - C. Šizofrēnijas B kritērija simptomi nepastāv ilgāk par vienu mēnesi.
- F23.2 Akūti šizofrēnijai līdzīgi psihotiski traucējumi
 - A. Jābūt izpildītiem akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu vispārīgajiem kritērijiem (F23).
 - B. Jābūt izpildītiem šizofrēnijas (F20.0–F20.3) kritērijiem, izņemot ilguma kritērijus.
 - C. Jābūt B, C vai D kritērijiem.
 - D. Kopējais traucējumu ilgums nepārsniedz vienu mēnesi.
- F23.3 Citi akūti, pārsvarā psihotiski, murgi
 - A. Jābūt izpildītiem akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu vispārīgajiem kritērijiem (F23).
 - B. Ir salīdzinoši stabili murgi un/ vai halucinācijas, bet tie neatbilst šizofrēnijas simptomātikai (F20.0–F20.3).
 - C. Traucējumi neatbilst akūtu polimorfu psihotisku traucējumu kritērijiem (F23.0).

D. Kopējais traucējumu ilgums nepārsniedz trīs mēnešus.

- F23.8 Citi akūti un transitoriski traucējumi
- F23.9 Neprecizēti akūti un transitoriski psihotiski traucējumi

F23.8 un F23.9 neprecīzās definīcijas dēļ pētījumos parasti neizmanto. (2)

Stresu radošu dzīves notikumu pētīšanas metodika, proti, 6 mēnešus pirms ATPT, bija līdzīga tām, ko savā darbā (*HASBAP* pētījumā) izmantoja A. *Marineros* ar līdzautoriem. (1)

Tika izdalīti 8 stresu radoši dzīves notikumi: tuva cilvēka nāve, separācija / šķiršanās (arī laulības šķiršana), darba vai skolas maiņa, pārcelšanās ar ģimeni, nopietna slimība vai operācija, nopietnas ģimenes problēmas (tostarp būtiskas uzvedības izmaiņas kādam no ģimenes locekļiem, laulātā nodevība, citi konflikti ar laulāto), nopietnas problēmas darbā (tostarp finanšu problēmas, bankroti, nopietni konflikti ar vadītāju, problēmas ar kredītu atdošanu), ilgstošs ceļojums (vairāk par 2 mēnešiem). (1)

3.6. Pozitīvo un negatīvo simptomu skala (*PANSS*)

“Pozitīvo un negatīvo simptomu skala” (*PANSS*) ir intervētāja skala, ko izmanto, lai noteiktu simptomu smagumu pacientiem ar šizofrēniju. 1987.gadā to publicēja S. *Kay*, L. *Opler* un A. *Fiszbein*. (100)

Skala attiecas uz divu veidu šizofrēnijas simptomiem atbilstīgi Amerikas Psihiatru asociācijas nostādņām: uz pozitīvajiem simptomiem, piemēram, halucinācijām un murgiem, un uz negatīvajiem simptomiem, piemēram, anhedoniju, izlīdzinātu afektu, emociju nabadzības pieaugumu. (9)

Lai novērtētu pacientu ar *PANSS* skalu, ar katru pacientu veic apmēram 45 minūšu garu klīnisko interviju. Pacients tiek vērtēts pēc 30 dažādiem simptomiem (skatīt pielikumā), katram simptomam nosakot intensitāti no 1 līdz 7 punktiem. *PANSS* skalas minimālais punktu skaits ir 30, bet maksimālais – 210. *PANSS* tiek plaši lietota antipsihotiskās terapijas pētījumos.

Šajā pētījumā *PANSS* skala tika lietota visiem pirmreizēji hospitalizētiem pacientiem, kas atbilda diagnozei akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (F23) saskaņā ar SSK-10 kritērijiem (PVO, 1993) un kas iestājās un ārstējās RPNC laika periodā no 09.01.2010.–30.03.2011. Pacienti ar skalu tika vērtēti pirmajā nedēļā pēc stacionēšanas un pēdējā nedēļā pirms izrakstīšanās no slimnīcas.

3.7. *Mini-mult* personības profila noteikšana

Personības rakstura iezīmju noteikšanai katram pacientam tika izmantots *J. C. Kincannon* izstrādātais *Mini-mult* tests. (101)

Mini-mult ir Minesotas daudzfaktoru personības testa (*MMPI*) īsa, augsti validēta versija, kas cieši korelē ar *MMPI* (korelācijas diapazons ir 0,81–0,94 pēc *Dean*) un biežāk tiek izmantota personības rakstura iezīmju skrīningam. (102–105)

Šajā pētījumā *Mini-mult* tests ATPT pacientiem (F23), kas atbilda SSK-10 kritērijiem (PVO, 1993) un pirmreizēji iestājās un ārstējās RPNC laika periodā no 09.01.2010.–30.03.2011., tika izmantots dienu pirms izrakstīšanās no slimnīcas.

Mini-mult testā ir 71 jautājums, intervija ar katru pacientu ilgst vidēji 30 minūtes. Atbildes uzjautājumiem tiek apstrādātas, un katram pacientam tiek izveidots personības profils, kas sastāv no 11 skalām. Proti, no 3 vērtēšanas skalām – Melu skalas (L), Integritātes skalas (F) un Koriģēšanas skalas (K) – un 8 pamata skalām – Hipohondrijas skalas (Hs), Depresijas skalas (D), Histērijas skalas (Hy), Psihopātijas skalas (Pd), Paranojas skalas (Pa), Psihastēnijas skalas (Pt), Šizoīdās skalas (Se) un Hipomānijas skalas (Ma) (skatīt pielikumā). Ja kāda no šīm skalām pacienta personības profilā ir paaugstināta tādā mērā, ka pārsniedz normas līmeni, tas liecina par attiecīgajām personības rakstura iezīmēm (atkarībā no paaugstinātās skalas). (101)

3.8. Statistiskā analīze

Datu statistiskā apstrāde tika veikta, izmantojot datorprogrammas *SPSS v.15.0* un *Microsoft Office Excel v.11*.

Pacientu parametru raksturošanai tika izmantotas vispārpieņemtās aprakstošās statistikas metodes – kopsavilkuma tabulas kopā ar stabiņu, joslu grafikiem vai histogrammām. Tika izvērtēti centrālās tendences rādītāji (vidējais aritmētiskais, mediāna) un izkliedes rādītāji – standartnovirze (SD), standartkļūda (SE), kā arī 25. un 75. percentīles.

Rādītāju atšķirības nozīme tika izvērtēta ar 5,0% statistiskās kļūdas varbūtību, tādējādi, ja testu rezultātos p vērtība bija mazāka vai vienāda ar 0,05, statistisko testu rezultāti tika atzīti par statistiski nozīmīgiem.

Atšķirību novērtēšanai starp divām grupām tika izmantots neparametriskais Manna-Vitnija U-tests divu izlašu salīdzināšanai. Proporcionālo datu atbilstība normālajam sadalījumam tika noteikta, izmantojot Kolmogorova-Smirnova testu.

Pacientu grupu kvalitatīvo atšķirību izvērtēšanai tika izmantots Pīrsona hī kvadrāta (χ^2) rādītājs, bet 2×2 tabulām – Fišera eksaktais tests.

Saistības noteikšanai starp mainīgajiem tika izmantots neparametriskais Spīrmena rangu korelācijas tests.

Regresijas analīze. Lai noskaidrotu iespējamo neatkarīgo faktoru ietekmi uz pacientu diagnozes vēlāko attīstību, tika lietota regresijas analīze. Loģistiskās regresijas analīzē tika iekļauti visi demogrāfiskie rādītāji, pirmreizējas epizodes klīniskās pazīmes, stresu radoši dzīves notikumi 6 mēnešus pirms saslimšanas, un dati no personības profiliem. Vēlāk atlasītie faktori ar statistiski nozīmīgu p vērtību ($\leq 0,05$.) tika izmantoti binārajā loģistiskajā regresijas analīzē (*Wald tests*).

Pētījuma protokolu apstiprināja vietējā Ētikas komiteja.

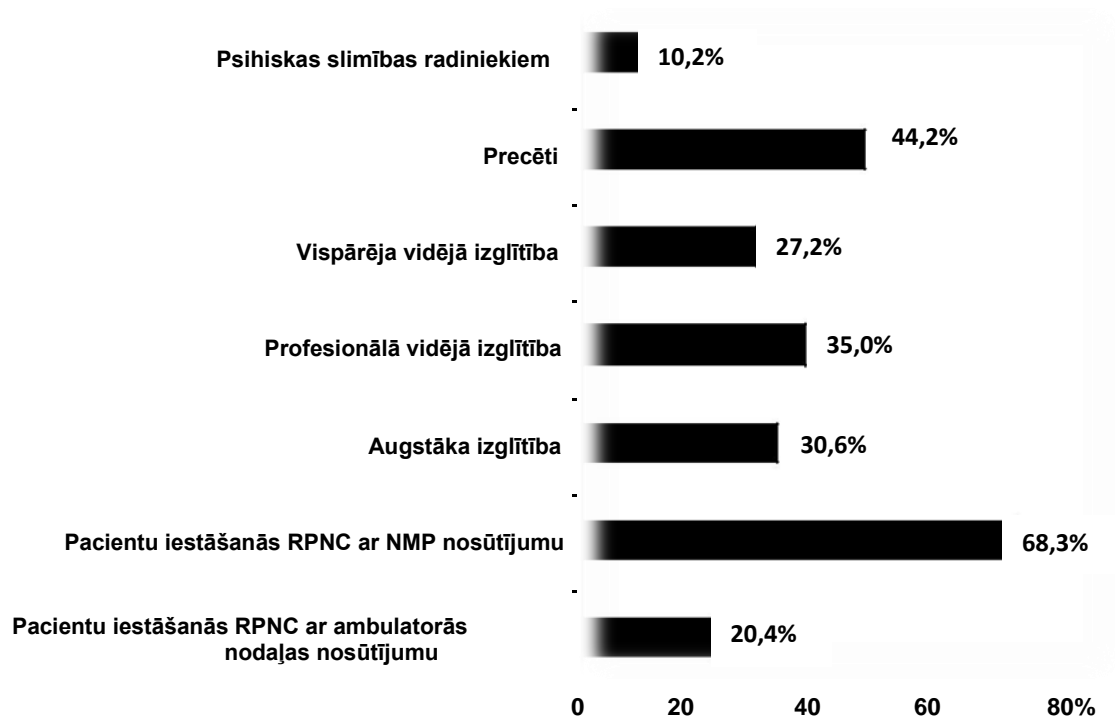
4. REZULTĀTI

4.1. Pētījuma retrospektīvās daļas rezultāti

Pētījumā tika iekļauti 294 no 314 pacientiem, kas 3 gadu periodā bija hospitalizēti RPNC ar diagnozi akūti un transitoriski psihotiski traucējumi. Pēc divu autoru neatkarīgas diagnožu pārskatīšanas 20 pacienti tika izslēgti no pētījuma, jo neatbilda diagnozes F23 kritērijiem (SSK-10). No pārējiem 294 pacientiem 54% (n = 159) bija sievietes (p < 0,05). Vidējais vecums pirmās psihozes laikā bija 35,7 (SD = 12,3; 95% TI ± 3,6) sievietēm un 30,0 (SD = 10,8; 95% TI ± 3,7) vīriešiem (p < 0,0001).

68,3% (201) pacientu bija nogādāti RPNC ar ātro medicīnisko palīdzību un 20,4% (60) atnāca ar RPNC ambulatorās nodaļas nosūtījumu.

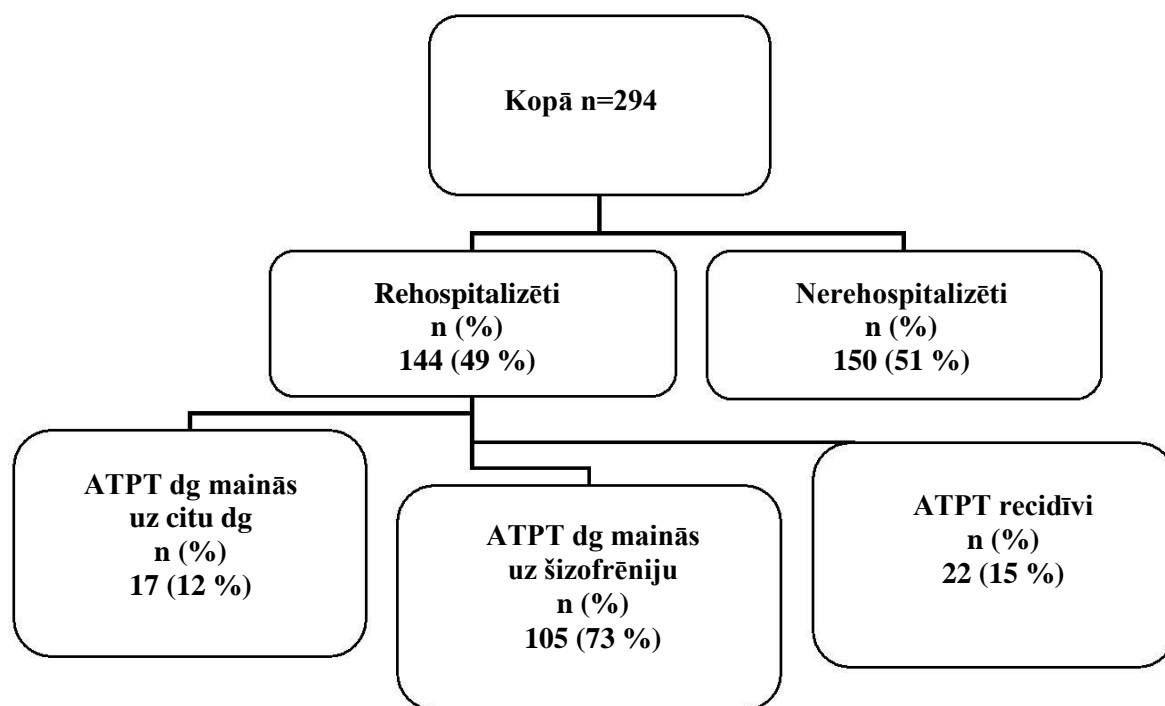
Tika konstatēts, ka 10,2% (30) pacientu psihiskas slimības ir arī radniekiem. 44,2% (130) pacientu bija precējušies, 27,2% (80) bija vispārējā vidējā izglītība, 35,0% (103) profesionālā vidējā izglītība un 30,6% (90) pabeigta augstākā izglītība. Daži pacientu demogrāfiskie rādītāji apskatāmi 4.1. attēlā.



4.1. att. Demogrāfiskie rādītāji procentos pacientu populācijā

Pirmās psihotiskās epizodes laikā pacienti ārstējās RPNC slimnīcā vidēji 31,6 gultas dienas (SD = 9,2; 95% TI ± 4,9). Pētījuma novērošanas periodā (vidēji 6,1 gados) 150 pacienti (51,0%) netika hospitalizēti atkārtoti. ATPT paasinājumus (recidīvus) novēroja

15,0% (22) rehospitalizēto pacientu. Diagnoze rehospitalizētiem pacientiem tika mainīta uz šizofrēnijas diagnozi 73,0% (105) gadījumu bez statistiski nozīmīgām atšķirībām starp abiem dzimumiem. Šajā grupā diagnozes konversija uz šizofrēniju notika 40,0% pacientu trīs mēnešos, 64,8% pacientu pirmajā gadā un 81,0% pacientu otrajā gadā. Lielākajai daļai pacientu (85,0%) diagnoze tika mainīta otrās hospitalizācijas laikā. Diagnozes maņu uz citu diagnozi konstatēja 12,0% (17) pacientu, no kuriem lielākā daļa – 94,0% (16) – bija sievietes ($p = 0,0006$). Vispārējā diagnozes stabilitāte ATPT pacientiem sasniedza 58,5%. ATPT diagnozes garengriezuma izmaiņas atspoguļotas 4.2. attēlā.



4.2. att. Akūtu un transitorisku psihotisku traucējumu (ATPT) diagnozes (dg) garengriezuma izmaiņas

Pacientu novērošana ambulatorajās nodaļās

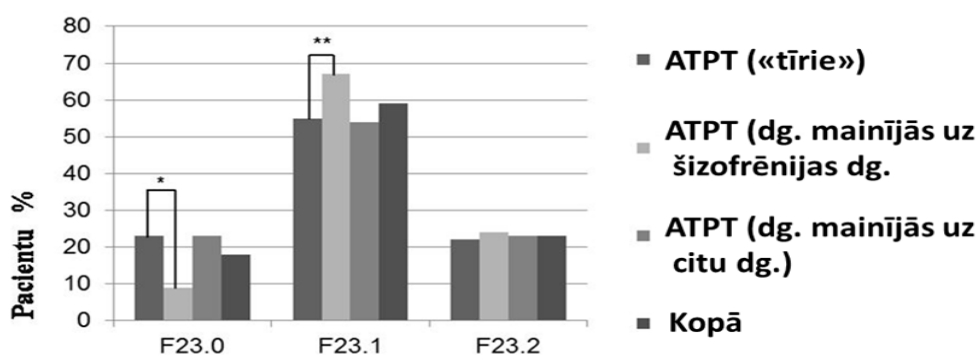
Novērošanas periodā ambulatorās nodaļas apmeklēja tikai 9,3% (16) no “tīro” ATPT pacientu grupas ($n = 172$). No pacientiem, kas netika rehospitalizēti, tikai 6,6% (10) ($n = 150$) regulāri apmeklēja ambulatorās nodaļas.

No pacientiem, kas tika rehospitalizēti ar diagnozi ATPT (ar ATPT recidīviem) ($n = 22$), 27,2% (6) apmeklēja ambulatoro nodaļu biežāk nekā citas pacientu grupas ($p = 0,007$).

ATPT diagnozes apakštipi un pirmās epizodes simptomi

Pētot ATPT apakštipus (F23; pēc SSK-10) pirmās psihozes laikā, tika konstatēts, ka 18,0% (54) pacientu bija diagnosticēti akūti polimorfī psihotiski traucējumi bez šizofrēnijas simptomiem (F23.0), 59,0% (173) – akūti polimorfī psihotiski traucējumi ar šizofrēnijas simptomiem (F23.1) un 23,0% (67) – akūti šizofrēnijai līdzīgi psihotiski traucējumi (F23.2). 15 RPNC hospitalizētiem pacientiem bija noteikta F23.3 (9), F23.8 (4) un F23.9 (2) diagnoze. Pēc neatkarīgas šo diagnožu pārbaudes atbilstīgi SSK-10 kritērijiem rediagnosticēja F23.0 (7),

F23.1 (5) un F23.2 (3). ATPT F23.0 diagnozi “tīro” ATPT pacientiem novēroja statistiski ticami biežāk nekā grupai, kuras pacientiem vēlāk diagnozi mainīja uz šizofrēniju (attiecīgi 23,0% (40) un 9,0% (10), $p < 0,001$). Izmaņas atspoguļotas 4.3. attēlā.



4.3. att. Akūto un transitorisko psihotisko traucējumu apakštipi, akūto un transitorisko psihotisko traucējumu pacientiem (ATPT); (dg.) diagnoze (* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; pēc Fišera t.)

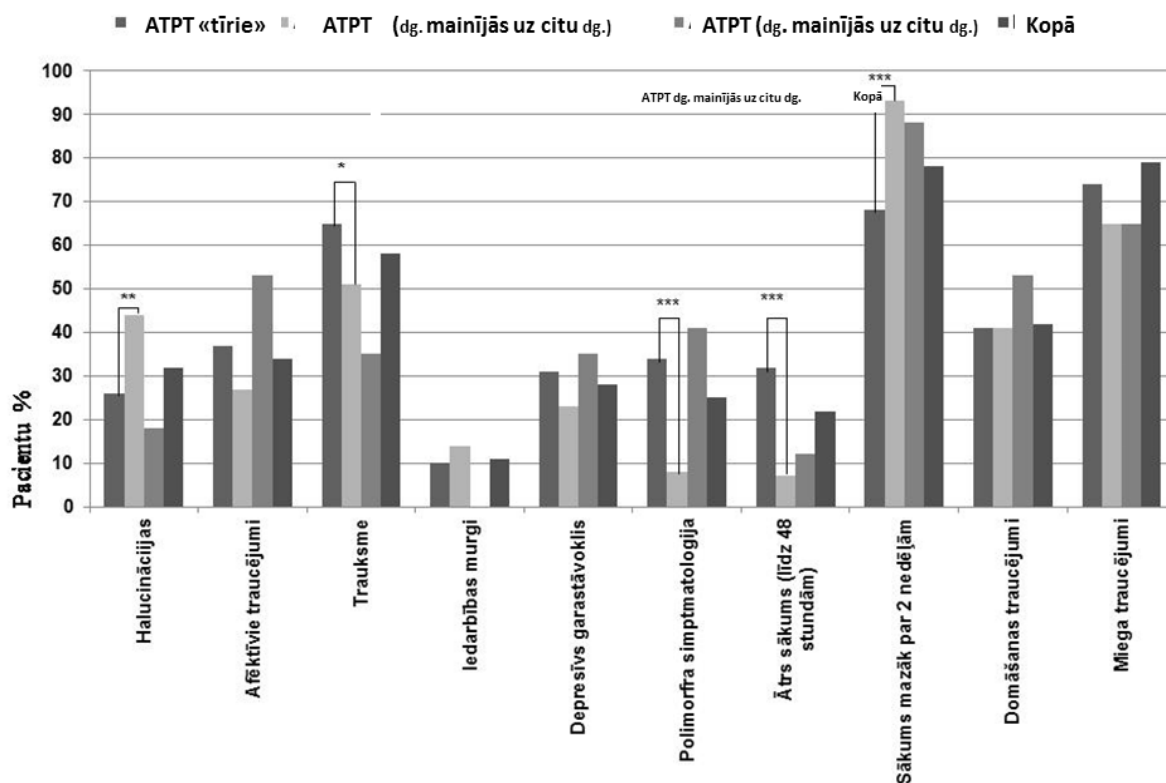
Halucinācijas novēroja 32,0% (93) pacientu, no kuriem 44,0% (46) bija ATPT pacienti, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija, un 26,0% (44) „tīro” ATPT pacienti ($\chi^2 = 9,8$; $p < 0,01$).

Pacilātu garstāvokli konstatēja 34,0% (101) pacientu, no kuriem 7,0% (64) bija “tīro” ATPT pacienti un 27,0% (28) pacienti, kuriem ATPT vēlāk transformējās šizofrēnijā ($\chi^2 = 3,2$; $p = 0,08$). Trauksmi novēroja 58,0% (171) pacientu, no kuriem 65,0% (111) bija “tīro” ATPT pacienti un 51,0% (54) pacienti, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija ($\chi^2 = 4,6$; $p = 0,03$).

Pirmreizējas psihozes simptomi apkopoti 4.4. attēlā. Pētījumā tika analizēts pirmreizējas psihozes sākums, izdalot divus psihozes sākuma veidus: akūts sākums (psihoze attīstās mazāk nekā 48 stundās) un subakūts sākums (psihoze attīstās mazāk nekā 2 nedēļās), pamatojoties uz SSK-10 klasifikāciju. Novērošanas laikā ATPT slimības akūtu sākumu konstatēja 22,0% (64) pacientu. Turklāt “tīro” ATPT pacientiem biežāk nekā ATPT

pacienti, kuriem diagnoze vēlāk tika mainīta uz šizofrēniju (attiecīgi 32,0% (55) un 7,0% (7)) ($\chi^2 = 24,0$; $p < 0,0001$). Skatīt 4.4. attēlu.

25,0% (73) pacientu bija tipiska polimorfa simptomātika, turklāt 34,0% (58) no tiem bija “tīro” ATPT pacienti un tikai 8,0% (8) pacienti, kuriem diagnoze vēlāk tika mainīta uz šizofrēniju ($\chi^2 = 24,4$; $p < 0,0001$). Skatīt 4.4. attēlu.



4.4. att. Simptomu grupas pirmreizēju akūto un transitorisko psihotisko traucējumu (ATPT) laikā; (dg.) diagnoze* $p < 0,05$; ** $p < 0,002$; *** $p < 0,0001$ pēc Fišera t.)

Stresu radoši dzīves notikumi pirms pirmreizējas ATPT psihozes

Akūta stresa ietekme, atbilstoši SSK-10 definīcijai (2 nedēļas pirms akūtas psihotiskās epizodes sākuma), tika konstatēta tikai 3,4% (10) pacientu. Stresu radoši dzīves notikumi 6 mēnešus pirms ATPT sākuma tika konstatēti 43,8% (129) pacientu: 43,4% sievietēm (56) un 56,5% vīriešiem (73) ($\chi^2 = 4,4$; $p = 0,03$). Biežākie stresu radošie dzīves notikumi bija bezdarbs, darba vai skolas maņa un nopietnas problēmas darbā (tostarp finanšu problēmas, bankroti, nopietni konflikti ar vadītāju, problēmas ar kredītu atdošanu) – attiecīgi 30,2%, 29,4% un 17,0% (skat. 4.1. tabulu). Statistiski ticamas dzimumu atšķirības tika novērotas tādiem specifiskiem stresu radošiem dzīves notikumiem kā separācija vai šķiršanās (arī laulības šķiršana), nopietna slimība vai operācija, nopietnas ģimenes problēmas (tostarp būtiskas uzvedības izmaiņas kādam no ģimenes locekļiem, laulātā nodedzība, citi konflikti ar

laulāto) un nopietnas problēmas darbā. Šie notikumi sievietes ietekmēja vairāk nekā vīriešus, savukārt pārceļšanās ar ģimeni vairāk ietekmēja vīriešus nekā sievietes. Šie dati atspoguļoti 4.1. tabulā.

4.1. tabula

Stresu radoši dzīves notikumi 6 mēnešus pirms pirmreizējiem akūtajiem un transitoriskajiem psihotiskajiem traucējumiem (ATPT)

Stresu radoši dzīves notikumi	Vīrieši 56,5%* n = 73	Sievietes 43,4%* n = 56	Kopā 100,0% n = 129	P vērtība starp dzimumiem *p=0,03
Tuva cilvēka nāve	8,2% (6)	19,6% (11)	13,1% (17)	p = 0,06
Separācija/ šķiršanās	8,2%* (6)	26,7%* (15)	16,2% (21)	p = 0,007
Darba vai skolas maņa	26,0% (19)	33,9% (19)	29,4% (38)	p = 0,33
Pārceļšanās ar ģimeni	23,2%* (17)	5,3%* (3)	15,5% (20)	p = 0,006
Nopietna slimība vai operācija	9,5%* (7)	23,2%* (13)	15,5% (20)	p = 0,04
Nopietnas ģimenes problēmas	13,7%* (10)	28,5%* (16)	20,1% (26)	p = 0,04
Nopietnas problēmas darbā	10,9%* (8)	25,0%* (14)	17,0% (22)	p = 0,05
Ilgstošs ceļojums	12,3% (9)	21,4% (12)	16,2% (21)	p = 0,22

(*p < 0,05; pēc Fišera t.)

4.2. Pētījuma prospektīvās daļas rezultāti

Novērošanas laikā (15 mēnešos) kopumā stacionārā iestājās 102 pacienti ar pirmreizēji noteiktu ATPT diagnozi. No tiem 60,7% (62) bija sievietes (p = 0,003). Vidējais vecums sievietēm pirmās psihozes laikā bija 40,2 gadi (SD = 13,4; 95% CI ± 6,9), bet vīriešiem 29,0 gadi (SD = 10,2; 95% CI ± 6,5), (p < 0,0001). 63,7% (65) pacientu bija nogādāti RPNC ar ātro medicīnisko palīdzību un 18,6% (19) atnāca ar RPNC ambulatorās nodaļas nosūtījumu.

Tika konstatēts, ka tikai 15,6% (16) pacientu psihiskas slimības ir arī radniekiem. 30,3% (31) pacientu bija precējušies, 24,5% (25) bija vispārējā vidējā izglītība, 34,3% (35) profesionālā vidējā izglītība un 25,4% (26) pabeigta augstākā izglītība.

Pirmās psihotiskās epizodes laikā pacienti ārstējās RPNC slimnīcā vidēji 21,6 gultas dienas (SD = 9,9; 95% TI ± 3,9).

Pacientu grupa, kurai ATPT vēlāk transformējās šizofrēnijā, ārstējās slimnīcā ilgāk nekā "tīro" ATPT pacientu grupa (20,0 pret 26,4 gultas dienas, p = 0,004). Novērošanas laikā (vidēji 26,5 mēnešos) 59,8% (61) pacientu netika hospitalizēti atkārtoti. Lai gan netika

konstatētas būtiskas atšķirības starp dzimumiem, tomēr iezīmējās tendence, ka sievietes tiek rehospitalizētas biežāk nekā vīrieši ($p = 0,06$) un veido 59,0% (36) no nerehospitalizēto pacientu populācijas. Grupā, kuras pacientus vēlāk rehospitalizēja, 70,7% (29) pacientu diagnoze tika mainīta uz šizofrēniju (F20; SSK-10.) Novērošanas periodā 19,6% (8) pacientu bija ATPT recidīvi.

Lielākajai daļai rehospitalizēto pacientu (75,6%) diagnoze tika mainīta jau pēc otrās stacionēšanas. Diagnozes vispārējā stabilitāte ATPT šajā kohortā sasniedza 67,4% ($p = 0,0001$). Garengriezuma diagnozes izmaiņas atspoguļotas 4.2. tabulā

4.2. tabula

Garengriezuma diagnozes izmaiņas

	Kopā %, n	Vīrieši %, n	Sievietes %, n	P vērtība starp dzimumiem *
Skaitis	100% (102)	39,3%* (40)	60,7%* (62)	p = 0,003
Nav rehospitalizēti	59,8% (61)	40,0% (24)	60,0% (37)	p = 0,06
Rehospitalizēti	40,2% (41)	39,0% (16)	61,0% (25)	p = 0,07
ATPT maņa uz šizofrēniju	70,7% (29)	44,8% (13)	55,2% (16)	p = 0,5
ATPT recidīvi	19,6% (8)	37,5% (93)	62,5% (5)	p = 0,6
ATPT maņa uz citu diagnozi	9,7% (4)	0,0% (0)	100,0% (4)	p = 0,02

(* $p < 0,05$; pēc Fišera t.)

Diagnozes sadalījums atbilstoši F23 apakštipiem bija šāds:

21,5% (22) akūti polimorfī psihotiski traucējumi bez šizofrēnijas simptomiem (F23.0), 62,7% (64) akūti polimorfī psihotiski traucējumi ar šizofrēnijas simptomiem (F23.1) un 15,6% (16) akūti šizofrēnijai līdzīgi psihotiski traucējumi (F23.2).

4.3. tabula

Diagnozes sadalījums atbilstoši F23 apakštipiem

SSK-10 ATPT apakštipi	ATPT ("tūrie") %, n=69	ATPT (mainās uz šizofrēniju) %, n=29	ATPT (mainās uz citu dg) %, n=4	*Statistika
F23.0	63,7%*(14)	22,7%* (5)	13,6% (3)	*p = 0,01
F23.1	69,0% (44)	31,2% (20)	0,0% (0)	p = 0,0001
F23.2	69,0% (11)	25,0% (4)	6,2% (1)	p = 0,03

(* $p < 0,05$; pēc Fišera t.); (ATPT)akūti un transitoriski psihotiski traucējumi; (dg.) diagnoze

Diagnozi ATPT bez šizofrēnijas simptomiem (F23.0) “tīro” ATPT pacientu grupā novēroja statistiski ticami biežāk ($p = 0,01$) nekā ATPT pacientiem, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija. Kopumā F23.0 diagnoze tika noteikta 63,7% (14) “tīro” ATPT pacientu (skat. 4.3. tabulu).

Latvijas pētījumā tika analizēti arī pirmreizējas psihozes simptomi. Tādus klīniskos simptomus kā halucinācijas konstatēja 33,3% (34) pacientu. Pacilātu garastāvokli novēroja 36,2% (37) pacientu un trauksmi 64,7% (66) pacientu. Pirmās epizodes laikā akūts slimības sākums (48 stundās) bija 32,3% (33) pacientu.

Kopumā 32,3% (33) pacientu bija tipiska polimorfa simptomātika (skat. 4.4. tabulu).

4.4. tabula

Pirmreizējas epizodes simptomātika

	ATPT („tīrie”) 67,6%, n= 69	ATPT (mainās uz šizofrēniju) 28,5%, n= 29	ATPT (mainās uz citu dg) 3,9%, n= 4	Kopā n 100%, n=102	Statistika (pēc Fišera t.)
Halucinācijas	31,8% (22)	34,5% (10)	50,0% (2)	33,3% (34)	$p = 0,8169$
Afektīvie traucējumi	34,7% (24)	34,5% (10)	75,0% (3)	36,2% (37)	$p = 1,0000$
Trauksme	65,2% (45)	62,0% (18)	75,0% (3)	64,7% (66)	$p = 0,8193$
Murgi	100,0% (69)	100,0% (29)	100,0% (4)	100,0% (102)	$p = 1,0000$
Depresīvs garastāvoklis	40,5% (28)	34,5% (10)	0,0% (0)	37,2 % (38)	$p = 0,6531$
Polimorfa simptomātika	40,5%) (28)	37,9% (11)	50,0% (2)	32,3% (33)	$p = 1,0000$
Ātrs sākums (līdz 48 stundām)	30,4% (21)	33,3% (11)	25,0% (1)	32,3% (33)	$p = 1,0000$
Sākums līdz 2 nedēļām	69,5% (48)	62,0% (18)	75,0% (3)	67,6% (69)	$p = 1,0000$
Domāšanas traucējumi	33,3% (23)	34,5% (10)	25,0% (1)	33,3% (34)	$p = 1,0000$
Miega traucējumi	85,5% (59)	93,1% (27)	100,0% (4)	88,2% (90)	$p = 0,5006$

(ATPT) akūti un transitoriski psihotiski traucējumi; (dg.) diagnoze

Tikai vienam pacientam 4,9% (1) tika konstatēta slimības saistība ar stresu atbilstīgi SSK-10 definīcijai. Savukārt stresu radoši notikumi 6 mēnešus pirms pirmās psihotiskās ATPT epizodes tika novēroti 49,0% (50) pacientu.

Visbiežāk tās bija nopietnas problēmas darbā (tostarp finanšu problēmas, bankroti, nopietni konflikti ar vadītāju, problēmas ar kredītu atdošanu), tuva cilvēka nāve un darba vai skolas maiņa – attiecīgi 33,0% (21), 14,0% (9), 12,0% (8).

Netika konstatētas statistiski ticamas atšķirības starp dzimumiem.

Pirmreizēji hospitalizēto ATPT pacientu terapija

60,7% (62) pacientu kā galvenos medikamentus pirmreizējas psihozes ārstēšanā saņēma pirmās paaudzes antipsihotiskos preparātus (PPA) (vidējā deva 12,5 mg/d Haloperidola ekvivalenta), bet 39,3% (40) – otrās paaudzes antipsihotiskos preparātus (OPA) (vidējā deva 7,6 mg/d Haloperidola ekvivalenta).

ATPT pacienti, kuriem diagnoze vēlāk tika mainīta uz šizofrēnijas diagnozi, ar PPA tika ārstēti biežāk (79,3%, $p = 0,03$) nekā “tīro” ATPT grupas pacienti, kas daudz biežāk saņēma OPA (45,0%, $p = 0,04$).

Benzodiazepīni tika izmantoti 85,2% (87) pacientu (vidējā deva 18,8 mg/d Diazepāma ekvivalenta). Attiecīgi 18,6% (19) un 3,9% (4) gadījumu tika lietoti antikonvulsanti un antidepresanti.

Lai mazinātu antipsihotiķu ekstrapiramidālās blakusparādības, 91,1% (93) pacientu terapijā saņēma Triheksifenidilu.

***Mini-mult* skala**

Personības profila noteikšanai pacientiem tika izmantota *J. C. Kincannon* izstrādātā *Mini-mult* skala. (101)

Visi ATPT pacienti tika intervēti dienu vai divas dienas pirms izrakstīšanās. Tika konstatēts, ka 17,6% (18) pacientu personības profils ir normas robežās.

Lielākā daļa šo pacientu 77,8% (14) bija “tīro” ATPT pacienti ($p = 0,0006$), jo pacienti, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija, bija tikai 16,7% (3).

9,8% (10) pacientu profili netika ņemti vērā, jo tiem bija neatbilstoši paaugstināta Melu (L) (9) un Koriģēšanas (K) (1) skala.

“Tīro” ATPT pacientu profili bija nederīgi biežāk ($p = 0,001$) nekā otras grupas pacientu profili.

91,0% (9) no pacientiem ar nederīgu profilu bija pacienti no „tīro” ATPT grupas un 9,0% (1) pacients no pacientu grupas, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija.

Kopumā tika konstatēts, ka 72,6% (74) pacientiem personības profilu skalas ir paaugstinātas.

13,5% (10) pacientiem bija paaugstināta Hipohondrijas (Hs), 17,5% (13) Depresijas (D), 20,2% (15) Histērijas (Hy), 16,2% (12) Psihopātijas (Pd), 18,9% (14) Paranoīdā (Pa), 13,5% (10). Psihastēnijas (Pt), 18,9% (14) Šizoīdā (Se), un 8,1% (6) Hipomānijas (Ma) skala. Personības profili atspoguļoti 4.5. tabulā.

Pirmreizējo akūto un transitorisko psihotisko traucējumu (ATPT) pacientu personības profili

<i>Mini-mult</i> profila skala	ATPT ("tūrie") 62,1%, n = 46	ATPT (dg mainās uz šizofrēniju) 33,7%, n = 25	Kopā 100 %, n = 74	Statistika (pēc Fišera t.)
Hipohondrijas	10,8% (5)	20,0% (5)	13,5% (10)	p = 0,3072
Depresijas	21,7% (10)	12,0% (3)	17,5% (13)	p = 0,3584
Histērijas	17,4 (8)	28,0% (7)	20,2% (15)	p = 0,3654
Psihopātijas	10,8% (5)	24,0% (6)	16,2% (12)	p = 0,1778
Psihastēnijas	26,0% (12)	8,0% (2)	18,9% (14)	p = 0,1163
Paranoīdā	13, % (6)	8,0% (2)	13,5% (10)	p = 0,7037
Šizoīdā	21,7% (10)	16,0% (4)	18,9% (14)	p = 0,7568
Hipomānijas	6,5% (3)	12,0% (3)	8,1% (6)	p = 0,6582

(ATPT) akūti un transitoriski psihotiski traucējumi; (dg.) diagnoze
21 pacientam personības profilos bija paaugstinātas vairākas skalas

PANSS skala

Visi ATPT pacienti tika vērtēti ar *PANSS* skalu. 70 (68,6%) pacienti pirmās hospitalizācijas laikā tika vērtēti trīs reizes: vienu vai divas dienas pēc hospitalizācijas (pamata vērtējums), terapijas vidū un vienu vai divas dienas pirms izrakstīšanās no slimnīcas (izrakstīšanās vērtējums), 19 (18,6%) tika vērtēti divas reizes (pamata un izrakstīšanās vērtējums) un 13 (12,7%) tikai vienu reizi (pamata vērtējums), jo šiem pacientiem bija ļoti īss ārstēšanās laiks slimnīcā.

Attiecībā uz pirmajām hospitalizācijas dienām (pamata vērtējums, n = 102) tika iegūti šādi *PANSS* rezultāti: kopējais *PANSS* $118,2 \pm 3,5$ un *PANSS* pozitīvā apakšskala $38,6 \pm 2,4$. Pacientiem, kas tika vērtēti divas reizes (pamata un izrakstīšanās vērtējums, n = 89), kopējais *PANSS* (pamata vērtējums) bija $117,9 \pm 8,2$ un kopējais *PANSS* pirms izrakstīšanās $60,8 \pm 4,2$. Kopējā *PANSS* izmaņas attiecībā pret pamata vērtējumu bija $57,1 \pm 2,3$. Atšķirības starp grupām nebija statistiski nozīmīgas.

Regresijas analīze

Lai noteiktu ārējo faktoru iespējamo ietekmi uz turpmāko diagnozes attīstību visiem mainīgajiem, attiecībā uz visiem demogrāfiskajiem rādītājiem, pirmās epizodes klīniskajām pazīmēm, stresu radošiem dzīves notikumiem 6 mēnešus pirms saslimšanas un datiem no personības profiliem tika veikta loģistiskās regresijas analīze. Binārās loģistiskās regresijas tabulā atspoguļoti neatkarīgie mainīgie (prediktori) atlasītie ar statistiski nozīmīgāku p vērtību. Binārā loģistiskā regresija atspoguļota 4.6. tabulā.

Binārā loģistiskā regresija pacientiem ar pirmreizējiem akūtajiem un transitoriskajiem psihotiskajiem traucējumiem (ATPT)

Neatkarīgie mainīgie (prediktori)	Neatkarīgo mainīgo grupa	p vērtība
Histērijas	<i>Mini-mult</i> skala	p = 0,111
Nopietna slimība vai operācija	Stresu radoši dzīves notikumi	p = 0,076
Ilgstošs ceļojums	Stresu radoši dzīves notikumi	p = 0,061
Domāšanas traucējumi	Pirmreizējas epizodes simptomātika	p = 0,002

Vēlāk atlasītie faktori ar statistiski nozīmīgu p vērtību ($\leq 0,05$) tika izmantoti binārajā loģistiskajā regresijas analīzē (*Wald tests*).

Domāšanas traucējumi pirmreizējas psihozes laikā tika konstatēti 24,6% “tīro” ATPT pacientu un 58,6% ATPT pacientu, kuriem vēlāk noteikta šizofrēnijas diagnoze. Atšķirība bija statistiski nozīmīga gan pēc *Pearson*, gan pēc Fišera testiem ($p = 0,002$). Starp abiem mainīgajiem pastāv ne tikai statistiski nozīmīga saistība (Spīrmena korelācijas vērtība 0,326), bet šis faktors ir arī spēcīgs statistiski nozīmīgs “prediktors”, jo binārās loģistiskās regresijas *Wald* kritērijs bija samērā augsts – 9,435.

5. DISKUSIJA

Pēdējos gados akūti un transitoriiski psihotiski traucējumi ir ieguvuši pastiprinātu uzmanību pētniecības vidē. Šī uzmanība, visticamāk, saistīta ar to, ka zinātnieki ar saviem pētījumiem vēlas iedziļināties slimības būtībā, lai rastu pamatu diagnostisko kritēriju iespējamai maiņai nākamajā starptautiskajā slimību klasifikācijā (SSK-11).

Arī šī pētījuma mērķis bija aprakstīt ATPT klīniskās īpašības pacientiem hospitalizētiem lielākajā psihiatriskajā slimnīcā Latvijā, analizēt diagnozes maiņu garen-griezumā un izpētīt iespējamo saistību starp sociāldemogrāfiskajām īpašībām un slimības izpausmēm.

Mēģinājām arī garen-griezumā noteikt ATPT diagnozes stabilitāti šajā pacientu populācijā un iespējamo korelāciju starp stresu radošiem dzīves notikumiem un personības profilu un pirmās psihotiskās epizodes attīstību.

ATPT ir ļoti akūta un smaga slimība, kuras gadījumā vienmēr nepieciešama ārstēšanās slimnīcā. RPNC pacientu izlase ir reprezentatīva izlase, jo slimnīca ir lielākā psihiatriskā slimnīca Latvijā (apmēram ar 440 gultasvietām), kas nodrošina aprūpi apmēram 40,0% Latvijas populācijas.

2010. gadā, mūsu retrospektīvajā pētījumā, tika konstatēti vidēji 73 jauni ATPT gadījumi gadā, tātad incidence ir apmēram 8,1 no 100 000 iedzīvotājiem.(5) Šī incidence ir augsta, salīdzinot ar "Notingemas pētījumu", kurā zinātnieki konstatēja tikai 3,9 no 100 000 iedzīvotājiem, bet daudz līdzīgāka Dāņu kohortas pētījumam, kurā noteiktā incidence bija 9,6 no 100 000 iedzīvotājiem. (3, 5, 7)

Gandrīz visos epidemioloģiskajos pētījumos par ATPT zinātnieki konstatēja, ka sievietes ar ATPT slimo biežāk (1, 3), bet promocijas darbā iegūtie dati ir šādi:

1. Retrospektīvajā pētījumā sieviešu prevalence netika konstatēta.
2. Savukārt prospektīvajā pētījumā tika konstatēta augstāka ATPT izplatība sievietēm.

Sievietes veido 60,7% no visiem ATPT pacientiem šajā pētījumā. Līdzīgi dati ziņoti *Adamsoo et al.* pētījumā Igaunijā (60,0%). (8)

Sievietēm vidējais vecums pirmreizējas psihozes laikā bija lielāks nekā vīriešiem. Šādi dati tika iegūti abos mūsu pētījumos, un tie atbilst arī literatūras datiem. (1, 7)

Ir tikai daži pētījumi, kuros mēģināts pētīt psihiatrisko saslimstību ATPT pacientu radniekiem.

A. *Marneros* ziņoja, ka ATPT pacientu ģimenes locekļiem ir augstāks risks saslimt ar psihiskiem traucējumiem nekā kontroles grupas dalībnieku radniekiem, bet būtiski psihotiski

traucējumi ATPT ģimenes locekļiem nav konstatēti. (1) Šajā pētījumā tika konstatēta šāda psihisko traucējumu izplatība ģimenē:

1. 10,2% (30) (retrospektīvais pētījums);
2. 15,6% (16) (prospektīvais pētījums).

Šajā pētījumā ģimenes saslimstība ar psihiatriskām slimībām ATPT pacientiem, kuru diagnoze vēlāk tika mainīta uz šizofrēniju, bija augstāka nekā “tīro” ATPT pacientiem (attiecīgi 20,6% pret 14,4% pacientiem, kuriem ģimenes anamnēzē bija psihiski traucējumi). Tomēr šī atšķirība nebija statistiski nozīmīga ($p > 0,05$), ko, iespējams, var skaidrot ar mazo pacientu skaitu. Pētījuma retrospektīvajā daļā šāda atšķirība netika novērota.

Visiem pacientiem tika noteikts arī formālās izglītības līmenis. Gan retrospektīvajā, gan prospektīvajā pētījumā aptuveni viena ceturtdaļa pacientu bija ieguvusi augstāko izglītību, līdzīgus datus ziņo arī *A. Marneros*. (1)

“Tīro” ATPT grupā pētījuma prospektīvajā daļā pacientu izglītības līmenis bija augstāks (27,5%) nekā citās grupās, bet, ņemot vērā mazo pacientu skaitu, šī atšķirība nebija statistiski nozīmīga ($p > 0,05$).

Precēto pacientu īpatsvars bija šāds:

1. 40,8% (120) (retrospektīvais pētījums);
2. 30,3% (31) (prospektīvais pētījums).

Pacienti no “tīro” ATPT grupas bija precējušies biežāk ($p = 0,0001$). Prospektīvajā daļā šie pacienti veidoja 80,0% (25), bet retrospektīvajā daļā 75,0% (90) no precēto pacientu grupas. Šie dati ir līdzīgi *K. Adamsoo* publicētajiem datiem: precējušies bija apmēram 42,3% ATPT pacientu, salīdzinot ar 11,4% šizofrēnijas grupas pacientu. (8) Tas varētu norādīt uz to, ka “tīro” ATPT grupas pacientiem sociālās funkcionēšanas līmenis pirms pirmās psihotiskās epizodes bijis augstāks nekā citām grupām.

Pirmās psihotiskās epizodes laikā pacienti ārstējās slimnīcā vidēji 21,6 gultas dienas (pētījuma prospektīvajā daļā) un 31,6 gultas dienas (pētījuma retrospektīvajā daļā). Šī atšķirība varētu būt saistīta ar ekonomikas krīzi, jo samazinātā valsts finansējuma dēļ pēdējos gados aktualizējas tendence izrakstīt pacientus no slimnīcas ātrāk. Taču kopumā šie dati ir līdzīgi citu ATPT pētījumu rezultātiem.

Prospektīvajā pētījumā iegūtie dati liecina, ka pacientu grupa, kurai ATPT diagnoze vēlāk tika mainīta uz šizofrēniju, pirmajā reizē slimnīcā ārstējās ilgāk nekā “tīro” ATPT grupa ($p = 0,004$).

Nedaudz mazāk kā puse pacientu novērošanas periodā tika hospitalizēti tikai vienu reizi. Šāda tendence bija raksturīga abām pētījuma daļām. Tas, iespējams, norāda uz labāku ATPT prognozi nekā šizofrēnijas gadījumā.

Gadījumos, kad ATPT diagnoze tika mainīta, 70,7% (prospektīvajā daļā) un 73,0% (retrospektīvajā daļā) tā tika mainīta uz šizofrēnijas diagnozi. Šie dati ir līdzīgi *K. Adamsoo* un viņas kolēģu iegūtajiem rezultātiem: 64,0% gadījumu ATPT diagnoze tika mainīta uz šizofrēniju.(8)

Lai gan prospektīvajā pētījumā novērošanas periods bija vidēji tikai 26,5 mēneši, iepriekš veiktajā retrospektīvajā pētījumā pacientu novērošanas ilgums bija 6,1 gads. Tika iegūti dati, 81,0% ATPT pacientu diagnozes konversija notiek pirmo 2 gadu laikā pēc pirmreizējās hospitalizācijas. Līdz ar to var secināt, ka arī prospektīvā pētījuma dati atspoguļo būtisku daļu no ATPT diagnozes konversijas tendences.

Saskaņā ar literatūras datiem ATPT recidīvi jaunattīstības valstīs tiek novēroti retāk nekā attīstītajās valstīs un Eiropā ir augsta ATPT diagnozes vispārējā stabilitāte (DVS). (1)

Latvijas pētījumā DVS bija augsta abās promocijas darba daļās (attiecīgi 67,4% un 58,5%).

Datu nelielā atšķirība, iespējams, ir saistīta ar to, ka prospektīvajā pētījumā novērošanas laiks bija daudz mazāks, tikai 26,5 mēneši, tāpēc arī konstatētā diagnozes vispārējā stabilitāte bija augstāka (67,4%). Taču kopumā šie dati ir līdzīgi *A. Marneros* (54,0%) un *P. Jørgensen* (52,0%) pētījumu datiem. (1, 59)

K. Adamsoo ar kolēģiem ziņoja par zemāku diagnozes vispārējo stabilitāti, proti, 34,0%. (8) Tas varētu būt saistīts ar pētījumu metodoloģiskajām atšķirībām. Šajā pētījumā izmantotās metodes bija līdzīgas tām, ko izmantoja *A. C. Castagnini*, kas savos pētījumos iekļāva pacientus, kuri pēc pirmās un vienīgās ATPT epizodes neatgriezās slimnīcā vai ambulatorajos centros, savukārt *K. Adamsoo* savos aprēķinos šādus pacientus neiekļāva. (1, 4)

F23.0 pacientu īpatsvars šī pētījuma populācijā bija 21,5% (prospektīvajā daļā) un 18,0% (retrospektīvajā daļā), un kopumā tas bija mazāks nekā minēts *K. Adamsoo* publikācijā (25,0%), taču F23.1 diagnoze bija sastopama daudz biežāk nekā Igaunijas pētījumā (29,0%) – 62,7% (prospektīvajā daļā) un 59,0% (retrospektīvajā daļā). (8) Šis atklājums, iespējams, norāda uz kaimiņvalstu psihiatru diagnostiskās interpretācijas atšķirībām.

Pētot diagnozes maiņu garengriezumā (retrospektīvi un prospektīvi) F23.0 pacientiem salīdzinājumā ar F23.1 pacientiem, tika konstatēts, ka pacienti ar F23.0 diagnozi daudz biežāk ir pacienti no „tīro” ATPT grupas. Līdzīgus rezultātus ieguva gan Japānā, gan Igaunijā. (8, 96–99) Šī varētu būt būtiska informācija grozījumiem jaunajā klasifikācijā (SSK-11).

Latvijas pētījumā tika novērotas dažas atšķirības starp klīniskajām pazīmēm pirmās psihotiskās epizodes laikā, kas asociējās ar “tīro” ATPT diagnozi salīdzinājumā ar ATPT, kas

vēlāk transformējās šizofrēnijā. ATPT pacientiem, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija, biežāk novēroja halucinācijas, bet “tīro” ATPT grupā biežāk konstatēja tipisku polimorfu simptomātiku un nomāktu garastāvokli.

Diemžēl šīs atšķirības nebija statistiski nozīmīgas, iespējams, sakarā ar mazo pacientu skaitu pētījuma prospektīvajā daļā. Tomēr šajā pētījumā tika novērotas līdzīgas atšķirības starp klīniskajām pazīmēm un pacientu grupām, un rezultāts bija statistiski ticams retrospektīvajā pētījumā.

Domāšanas traucējumi pirmreizējas psihozes laikā tika konstatēti 24,6% “tīro” ATPT pacientu un 58,6% ATPT pacientu, kuriem vēlāk noteikta šizofrēnijas diagnoze. Atšķirība bija statistiski nozīmīga gan pēc *Pearson*, gan Fišera testiem ($p = 0,002$). Starp abiem mainīgajiem pastāv ne tikai statistiski nozīmīga saistība (Spīrmena korelācijas vērtība 0,326), bet šis faktors ir arī spēcīgs statistiski nozīmīgs “prediktors”, jo binārās loģistikās regresijas *Wald* kritērijs bija samērā augsts – 9,435. Var secināt, ka ATPT pacientiem ar domāšanas traucējumiem pirmajā epizodē ir 4,3 reizes lielāka iespēja, ka diagnoze tiks mainīta uz šizofrēniju.

Pētījumi par reaktīvu psihozi (kas SSK-10 atbilst ATPT diagnozei un DSM IV atbilst ĪPS diagnozei) bija ļoti populāri Skandināvijā 20. gs. 70. un 80. gados (2, 9, 27–29, 41, 42, 47–50).

Visos šajos pētījumos atklāja saistību starp saslimšanu ar ATPT un stresu radošiem dzīves notikumiem pirms pirmās psihotiskās epizodes. (1, 27–29)

Stresu radošu dzīves notikumu laika kritērijus SSK-10 patlaban definē ļoti striktās robežās – tikai 2 nedēļas pirms psihotiskās epizodes. (2) Mūsdienās daudzi zinātnieki šajā jomā apstrīd šos kritērijus un iebilst pret tik neliela laika iekļaušanu klasifikācijā. Tiek uzskatīts, ka pareizāk būtu SSK-10 iekļaut 6 mēnešus pirms stresu radošā notikuma, un zinātnieki mēģina pierādīt savu taisnību ar pētījumiem, īpaši ar pētījumiem par sekām, ko rada ilgstoša stresa iedarbība uz cilvēka psihi. (1) Šī pētījuma secinājumiem un novērtējumiem tika izmantota *HASAP* pētījumā izmantotā metode, ņemot par pamatu tēzi, ko savā grāmatā (106. lpp.) min *A. Marneros*: “stresu radoši dzīves notikumi sešus mēnešus pirms pirmās psihotiskās epizodes var ietekmēt tās attīstību pacientiem vai arī veicināt tās attīstību, vai slimības provocēšanu” (1). Promocijas darba abās daļās tika konstatēts, ka liela daļa pacientu, ir piedzīvojuši stresa situācijas sešos mēnešos pirms pirmās psihotiskās epizodes. Līdz ar to šī pētījuma rezultāti apstiprina argumentu, ka stresu radoši dzīves notikumi ir svarīgs faktors slimības attīstībā.

Neiroloģiskā un psiholoģiskā literatūra sniedz priekšstatu par potenciālo saikni starp stresu radošiem dzīves notikumiem un ATPT uzliesmojumiem.

S. A. Papagni un kolēģi ar MR palīdzību konstatēja smadzeņu pelēkās vielas daudzuma samazināšanos dažās smadzeņu daļās pēc stresu radošiem dzīves notikumiem, bet N. C. Stefanisar kolēģiem ziņoja par korelāciju starp psihotisku reakciju uz stresu radošiem notikumiem un funkcionālu gēna COMT Val158Met polimorfismu. (89–90)

E. Stromgrens izvirzīja psihoterapeitisku hipotēzi, ka stress var izraisīt dažādas slimības, un šī ietekme ir saistīta ar cilvēka personību. Viņš arī norādīja, ka daži pacienti pēc noteikta notikuma regresē līdz psihotiskam funkcionēšanas līmenim. (49) Tomēr līdz šim diemžēl nav veikti pētījumi, kas apstiprinātu ciešu saikni starp stresu un psihozēm.

Pagaidām nav pieejami tādi dati par ATPT terapiju, kas būtu iegūti kontrolētos klīniskos pētījumos (1), taču dažos pētījumos ir sniegti provizoriski dati par dažādu farmakoloģisko iejaukšanos efektivitāti. (1, 91–94)

Šī pētījuma rezultāti liecina, ka Latvijā pirmās psihozes epizodes ārstēšanā pirmās paaudzes antipsihotiskie līdzekļi (Haloperidols vidējā devā 12,5 mg/dienā) tiek izmantoti biežāk nekā otrās paaudzes antipsihotiskie līdzekļi (60,7% pret 39,3%). Šie dati būtiski atšķiras no Igaunijas datiem, saskaņā ar kuriem tikai 1,0% pacientu saņēma pirmās paaudzes antipsihotiskos līdzekļus. (8)

Tas varētu būt saistīts ar atšķirībām ārstēšanas tradīcijās un attieksmē pret abām preparātu grupām, taču, jādomā, ka lielā mērā šīs atšķirības medikamentu lietošanā nosaka valsts psihiatrijas finansēšanas sistēma, kas Igaunijā daudz labāk nodrošina psihiatrijas pacientus ar otrās paaudzēs antipsihotiskajiem preparātiem (OPA).

Dažos pētījumos no Indijas autori salīdzināja Olanzapīnu vai Risperidonu ar Haloperidolu un secināja, ka jaunās paaudzes OPA preparāti ir efektīvāki nekā Haloperidols, proti, vecās paaudzēs antipsihotiskais preparāts. (93–94). Pētījumā A. Khanna ar kolēģiem salīdzināja iekšķīgi lietota Haloperidola mazas un lielas devas ATPT pacientiem un nenovēroja statistiski nozīmīgas atšķirības slimības iznākumā. (94)

Atšķirībā no citiem pētījumiem šajā pētījumā personības rakstura iezīmju noteikšanai tika izmantota J. C. Kincannon izstrādātā *Mini-mult* aptauja. (101) Šī metode par personības profilu ļauj spriest objektīvāk nekā “Neiroticisma-ekstraversijas-atklātības piecu faktoru aptauja” (NEO-PFJ), ko savā pētījumā izmantoja A. Marneros (1). *Mini-mult* aptauja tika veikta pētījuma prospektīvās daļas pacientiem. 17,6% no Latvijas pētījuma pacientiem atbilda profilam “pilnīgi normāla personība” un 9,8% pacientu profilu bija nederīgi sakarā ar paaugstinātām Melu (L) un Koriģēšanas (K) skalām. Pacienti, kuri ieguva normas rezultātu vai kuru profili tika atzīti par nederīgiem, galvenokārt bija no “tīro” ATPT grupas. Šī sakarība bija statistiski ticama ($p = 0,0006$ un $p = 0,001$).

Lielai daļai (72,6%) ATPT pacientu bija novirzes no normas personības profilā.

Biežāk bija paaugstināta Psihastēnijas, Depresijas un Šizoīdā skala. 36,4% pacientu bija novirzes no normas vairākos personības profilos.

Latvijas rezultāti ir līdzīgi citu pētījumu (1) datiem, bet, salīdzinot *Mini-mult* rādītājus “tīro” ATPT grupā un grupā, kurai vēlāk attīstījās šizofrēnija, netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības.

Visi pacienti tika vērtēti ar *PANSS* skalu. No 13 pacientiem, kuriem tika veikts viens *PANSS* vērtējums (sakarā ar ļoti īsu stacionēšanas laiku – apmēram 1 nedēļa), 6 vēlāk tika diagnosticēta šizofrēnija. Tas varētu liecināt, ka neizārstētai psihozei ir lielāka iespēja pāriet hroniskā stāvoklī, pat šizofrēnijā. Salīdzinot *PANSS* rādītājus pacientiem pirmajās divās dienās pēc hospitalizācijas (pamata vērtējums) un pēdējās divās dienās pirms izrakstīšanās, šajā pētījumā netika atklātas statistiski ticamas atšķirības starp “tīro” ATPT pacientiem un ATPT pacientiem, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija, jo *PANSS* punktu skaits pacientiem bija ļoti līdzīgs. Augstais rādītājs ($57,1 \pm 2,3$), kas vēlāk mainās, liecina par pozitīviem ATPT pacientu ārstēšanas rezultātiem RPNC slimnīcā.

Pētījuma ierobežojumi

1. Pētījuma retrospektīvā daļa

Pētījuma ierobežojumi ir līdzīgi kā citiem retrospektīviem pārskata pētījumiem. Mēs paļaujamies uz citu personu sniegto rakstisko ziņu precizitāti (*recall bias*), daži svarīgi dati, iespējams, nav bijuši pieejami, un tas noteikti jāņem vērā, izdarot secinājumus. (106) Tomēr, neraugoties uz ierobežojumiem, retrospektīviem pētījumiem joprojām ir ļoti nozīmīga loma zinātnē. Kāds pētnieks norādīja: “Retrospektīvie pētījumi ir nenovērtēti un nepietiekami izmantoti psihiatrijā un citās psihiskās veselības disciplīnās.” (107)

2. Pētījuma prospektīvā daļa un kopējie ierobežojumi

Šī pētījuma ierobežojumi ir līdzīgi kā citiem pētījumiem. Nav izmantota strukturēta dzīves notikumu skala, tāpēc uz dzīves notikumu datiem varētu attiekties nezināmi ietekmējošie faktori, piemēram, aizspriedumi, kā bija norādīts “Notingemas pētījumā”. (3) Šī pētījuma būtiskākais ierobežojums ir tas, ka atšķirās intervijas metodes un klīniskie novērtējumi, it īpaši attiecībā uz diagnostiskās stabilitātes un ATPT rezultātiem par apakštipiem. Latvijas prospektīvā pētījuma izlases apjoms bija samērā neliels, un novērošanas periods bija īsāks nekā citos pētījumos. Iespējams, tāpēc bija grūtāk atrast statistiski ticamas atšķirības starp pacientu grupām.

Retrospektīvā pētījuma izlases apjoms bija liels, novērošanas periods arī pietiekami ilgs, tāpēc nebija problēmu atrast statistiski ticamus rezultātus. Tādējādi abas pētījuma daļas viena otru papildina.

Personības profila rezultātu ierobežojumi, visticamāk, saistīti ar ierobežojumiem pašās *Mini-mult* metodēs. Daži autori uzskata, ka *Mini-mult* ir lieliski piemērota skrīningam, bet, lai iegūtu padziļinātu personības raksturojumu, priekšroka dodama *MMPI*. (104)

6. SECINĀJUMI

No promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma izriet šādi secinājumi:

- vairāk nekā puse no pacientu kohortas, tika hospitalizēta RPNC slimnīcā vienu reizi novērošanas periodā. Tika novērota augsta ATPT diagnozes vispārējā stabilitāte, ka ļauj uzskatīt ATPT par atsevišķu nozoloģisku vienību;
- atkārtoti RPNC hospitalizētiem pacientiem visbiežāk diagnoze tika mainīta uz šizofrēniju pirmo divu gadu laikā pēc pirmās psihotiskās epizodes;
- pirmreizējas psihozes laikā tādi slimības simptomi kā halucinācijas un domāšanas traucējumi “tīro” ATPT grupas pacientiem un pacientiem, kuriem vēlāk attīstījās šizofrēnija, bija atšķirīgi;
- ATPT klīniskās pazīmes slimības pirmās epizodes laikā, tādi ka domāšanas traucējumi, varētu palīdzēt prognozēt turpmāko slimības attīstību;
- stresu radošus dzīves notikumus pirms pirmās psihotiskās epizodes novēroja lielai daļai ATPT pacientu, bet nav pietiekošo datu uzskatīt stresu par ATPT etioloģisko faktoru;
- pētījumā netika iegūti dati, kas apstiprinātu ATPT diagnozes korelāciju ar personības rakstura iezīmēm;
- ATPT ārstēšana Latvijā neatbilst pasaules vadlīnijās sniegtajiem ieteikumiem.

Darba hipotēzes

1. ATPT simptomi pirmās hospitalizācijas laikā atšķiras no šizofrēnijas simptomiem – **apstiprinājās.**
2. Šī slimība var būt saistīta ar stresu radošiem dzīves notikumiem – **neapstiprinājās.**
3. Iespējama diagnozes korelācija ar personības rakstura iezīmēm – **neapstiprinājās.**

7. PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS

1. Uzsvērt arī hroniska stresa (6 mēneši pirms saslimšanas ar ATPT) svarīgo nozīmi traucējumu attīstībā un ņemt to vērā jaunajā (SSK-11) klasifikācijā.

2. Samazināt kopējo psihisko traucējumu ilguma kritēriju jaunajā (SSK-11) klasifikācijā no 3 mēnešiem uz 1 mēnesi.

3. Promocijas pētījuma dati liecina, ka atšķirībā no citu Eiropas valstu kolēģiem (tostarp Lietuvas un Igaunijas kolēģiem) Latvijā psihiatri vecās paaudzes antipsihotiskos līdzekļus izmanto daudz vairāk nekā jaunās paaudzes antipsihotiskos līdzekļus, un šī prakse neatbilst pasaules vadlīniju ieteikumiem. Nepieciešams aktīvāk izglītēt kolēģus par preparātu pareizu izvēli.

4. ATPT diagnostiskā un ārstēšanas procesā jāņem vērā psihozes klīniskās pazīmes un atsevišķi demogrāfiskie rādītāji, kas var norādīt uz turpmāko slimības attīstību, tādējādi nodrošinot labāku aprūpes kvalitāti, jo sevišķi pirmreizējiem ATPT pacientiem.

8. IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Marneros A, Pillmann F. Acute and transient psychoses. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
3. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: Precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 2004; 185:452–9.
4. Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr Psychiatry* 2008; 49:255–61
5. Rusaka M, Rancans 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.
6. Ministry of Health of the Republic of Latvia, Centre of Health Economy. Mental health care in Latvia. Statistics Yearbook, 10th edition. Riga: Ministry of Health of the Republic of Latvia, Centre of Health Economy; 2010.
7. Castagnini A, Berrios GE. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): A review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259:433–43
8. Aadamsoo K, Saluveer E, Kūünarpuu H, Vasar V, Maron E. Diagnostic stability over 2 years in patients with acute and transient psychotic disorders. *Nord J Psychiatry* 2011; 65:381–8
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
10. Heckers S, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W at al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophr Res*. 2013 [Epub ahead of print]
11. Kahlbaum L. Über cyclisches Irresein. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatry* 1884; 40:405–406.
12. Kraepelin E. *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians*, 6th edition. Massachusetts: Science History Publications; 1990.
13. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull*. 2011; 37(3):471–479.
14. Legrain M. *Du delire chez les degeneres*. Paris: Delahaye/Lescrosnier; 1886.
15. Ey H. Grundlagen einer organo-dynamischen Auffassung der Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1952; 20:195–209.
16. Ey H. Bouffees delirantes et psychoses hallucinatoires aigus. *Etudes psychiatriques* 1954; 3:203–324.
17. INSERM. Classification française des troubles mentaux. *Bulletin del Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale* 1969; 24,1–29.
18. Pull C. et al. Nosological position of schizo-affective psychoses in France. *Psychiatria Clinica* 1983; 16:141–148.
19. Pull C. Des criteres empiriques français pour les psychoses. I. Position du probleme et methodologie. *Encephale* 1984; 10:119–123.
20. Pull C. Des criteres empiriques français pour les psychoses. II. Consensus des psychiatres français et definitions provisoires. *Encephale* 1987; 13:53–57.
21. Pichot P. The concept of 'bouffée délirante' with special reference to the Scandinavian concept of reactive psychosis. *Psychopathology* 1986; 19:35–43.
22. Pichot P. The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychol Med*. 1982; 12:475–92.
23. Pichot P. Status of diagnosis and classification in the 1980's. France and the French-speaking tradition. *Acta Psychiatr Belg*. 1983; 83:115–34.
24. Pichot P. Delusional outbursts and chronic delusional states. 2 French nosological concepts. *Ann Med Psychol* 1979; 137:52–58
25. Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Leipzig: Thieme, 1900.

26. Schroder P. Ungewöhnliche periodische Psychosen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 1918; 44:44.
27. Kleist K. Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie. *Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie* 1924; 81:389–393.
28. Kleist K. Über cycloid Degenerationspsychosen, besonders Verwirrtheits und Motilitätspsychosen. *Zentrallblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1926; 44:655–657
29. Kleist K. Über cycloid, paranoid und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 1928; 23:3–37.
30. Kleist K. Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 1953; 125:526–554.
31. Leonhard K. Cycloid psychoses- endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *Journal of Mental Science* 1961; 107:633–648.
32. Leonhard K. *Classification of Endogenous Psychoses and their Differential Etiology*. New York: Springer, 1999.
33. Perris C., Brockington I. Cycloid psychoses and their relation to the major psychoses. *Biological Psychiatry* 1981; 447–450.
34. Brockington I. et al. The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychological Medicine* 1982; 12:97–105.
35. Brockington I. et al. Cycloid psychoses. Diagnosis and heuristic value. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1982; 170:651–656.
36. Maj M. Clinical course and outcome of cycloid psychotic disorders: three year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988;78: 182–187.
37. Maj M. Cycloid psychotic disorders: validation of concept by means of a follow-up and a family study. *Psychopathology* 1990; 23:196–204.
38. Castagnini A. Wimmer's concept of psychogenic psychosis revisited. *Hist Psychiatry* 2010; 21:54–66.
39. Jaspers K. *General Psychopathology* (Trans. Hoenig J, Hamilton MW). Manchester: Manchester University Press; 1948.
40. Jauch DA, Carpenter WT Jr. Reactive psychosis. I. Does the pre-DSM-III concept define a third psychosis? *J Nerv Ment Dis* 1988; 176:72–81.
41. Huber G. The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3:50–7.
42. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton, 1927.
43. Schröder P. Ungewöhnliche periodische Psychosen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 1918; 44:44.
44. Schröder P. Degeneratives Irreisen und Degenerationspsychosen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1920; 60:119–126.
45. Schröder P. Degenerationspsychosen und Dementia praecox. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1922; 66:1–51.
46. Schröder P. Über Degenerationspsychosen (Metabolische Erkrankungen). *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1926; 105:539–547.
47. Staehelin J. Über die Entstehung periodischer Geistesstörungen. *Schweizer Archiv für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie* 1931; 27:354–361.
48. Staehelin J. Zur Frage der Emotionspsychosen. *Bulletin der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften* 1946; 2:121–130.
49. Strömberg E. The development of the concept of reactive psychoses. *Psychopathology* 1987; 20:62–67
50. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
51. Mitsuda H. The concept of atypical psychosis from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1965; 41:372–377.

52. Mitsuda H., Fukuda T. Biological Mechanism of Schizophrenia and Schizophrenia-like Psychoses. Tokyo: Igaku Shoin, 1974.
53. Fukuda T. Cycloid psychoses as atypical psychoses: concordance and discordance. *Psychopathology* 1990; 23:253–258.
54. Hatotani N., Nomura J. Neurobiology of Periodic Psychoses. Tokyo: IgaKu-Shoin, 1983.
55. Hatotani N. The concept of atypical psychoses: special reference to its development in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1996;50:1–10.
56. Okasha A, el Dawla AS, Khalil AH, Saad A. Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample: a transcultural comparison. *Compr Psychiatry*. 1993; 34(1):4–9.
57. Das SK, Malhotra S, Basu D, Malhotra R. Testing the stress-vulnerability hypothesis in ICD-10-diagnosed acute and transient psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104(1):56–8.
58. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: Diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:104–9.
59. Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: A 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:150–4.
60. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses. *Psychopathology*. 2001; 34(6):305–11.
61. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. Bouffée délirante and ICD-10 acute and transient psychoses: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37(3):327–33.
62. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. The relation of “acute and transient psychotic disorder” (ICD-10 F23) to bipolar schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res*. 2002; 36(3):165–71.
63. 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; 32:525–533.
64. Pillmann F, Marneros A. Brief and acute psychoses: the development of concepts. *Hist Psychiatry*. 2003; 14(54 Pt 2):161–77.
65. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. What is schizophrenic in acute and transient psychotic disorder? *Schizophr Bull*. 2003; 29(2):311–23.
66. 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.
67. Pillmann F, Balzuweit S, Haring A, Blöink R, Marneros A. Suicidal behavior in acute and transient psychotic disorders. *Psychiatry Res*. 2003; 25; 117(3):199–209.
68. Pillmann F, Marneros A. Longitudinal follow-up in acute and transient psychotic disorders and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:286–7.
69. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Is the psychopathology of acute and transient psychotic disorder different from schizophrenic and schizoaffective disorders? *Eur Psychiatry*. 2005;20(4): 315–20
70. Pillmann F, Wustmann T, Marneros A. Acute and transient psychotic disorders versus persistent delusional disorders: a comparative longitudinal study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012; 66(1): 44–52.
71. Castagnini AC, Bertelsen A. Mortality and causes of death of acute and transient psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 4 (10):1013–78.
72. Bach DR, Kindler J, Strik WK. Elevated bilirubin in acute and transient psychotic disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2010; 43(1):12–6.
73. Kørner A, Lopez AG, Lauritzen L, Andersen PK, Kessing LV. Acute and transient psychosis in old age and the subsequent risk of dementia: a nationwide register-based study. *Geriatr Gerontol Int*. 2009; 9(1):62–8.
74. Sakamoto K. Categorical and dimensional diagnostic approach to acute psychosis in view of operational diagnostic criteria. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2011; 113(12):1228–34.
75. Narayanaswamy JC, Shanmugam VH, Raveendranathan D, Viswanath B, Muralidharan K. Short-term diagnostic stability of acute psychosis: data from a tertiary care psychiatric center in South India. *Indian J Psychol Med*. 2012; 34(2):176–8.

76. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. *Psychiatr Danub*. 2012; 24(3):311–5.
77. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Acute and transient psychotic disorders: an overview of studies in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24(5):463–6.
78. Castagnini A, Foldager L, Bertelsen A. Long-term stability of acute and transient psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47:59–64.
79. Zverova M. Transient psychosis due to caregiver burden in a patient caring for severely demented spouses. *Neuro Endocrinol Lett*. 2012; 33(4):372–4.
80. Harish T, Chawan N, Rajkumar RP, Chaturvedi SK. Bilateral self-enucleation in acute transient psychotic disorder: the influence of sociocultural factors on psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(5):576–8.
81. Castagnini A, Foldager L. Epidemiology, course and outcome of acute polymorphic psychotic disorder: implications for ICD-11. *Psychopathology*. 2014; 47(3):202–6.
82. Queirazza F, Semple DM, Lawrie SM. Transition to schizophrenia in acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:299–305.
83. Jørgensen P. Long-term course of acute reactive paranoid psychosis. A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71:30–7.
84. Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: A 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:150–4.
85. Retterstøl N. Present state of reactive psychoses in Scandinavia. *Psychopathology* 1987; 20:68–71.
86. Andersen J, Laerum H. Psychogenic psychoses. A retrospective study with special reference to clinical course and prognosis. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62:331–42.
87. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. Stressful and intrusive life events preceding first episode psychosis. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18:221–8.
88. Chakraborty R, Chatterjee A, Choudhary S, Singh A, Chakraborty P. Life Events in Acute and Transient Psychosis - A Comparison with Mania. *Ger J Psychiatr* 2007; 10:36–40.
89. Papagni SA, Benetti S, Arulanantham S, McCrory E, McGuire P, Mechelli A. Effects of stressful life events on human brain structure: A longitudinal voxel-based morphometry study. *Stress* 2011; 14:227–32.
90. Stefanis NC, Henquet C, Avramopoulos D, Smyrnis N, Evdokimidis I, Myin-Germeys I, et al. COMT Val158Met moderation of stress-induced psychosis. *Psychol Med* 2007; 37:1651–6.
91. Jäger M, Riedel M, Möller HJ. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10: F23). Empirical data and implications for therapy. *Nervenarzt*. 2007; 78(7):745–6; 749–52.
92. Agarwal V, Sitholey P. A preliminary open trial of olanzapine in paediatric acute and transient psychotic disorders. *Indian J Psychiatry*. 2006; 48(1):43–6.
93. Chaudhuri BP, Bhagabati D, Medhi D. Risperidone versus haloperidol in acute and transient psychotic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2000; 42(3):280–90.
94. 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; 39(2):136–42.
95. Pillmann F, Blöink R, Balzuweit S, Haring A, Marneros A. Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *J Nerv Ment Dis*. 2003; 191(8):503–8.
96. 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; 59: 146–150.
97. 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; 60: 452– 457.
98. Thangadurai P, Gopalakrishnan R, Kurian S, Jacob KS. Diagnostic stability and status of acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2006; 188:293.
99. Amini H, Alaghband-rad J, Omid A, Sharifi V, Davari-Ashtiani R, Momeni F. Diagnostic stability in patients with first episode psychosis. *Austral Psychiatry* 2005; 13:388–392.

100. Kay SR, Fisbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13:261–76.
101. Kincannon JC. Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *J Consult Clin Psychol.* 1968; 32(3):319–25.
102. McLaughlin JD, Helmes E, Howe MG. Note on the reliability of three MMPI short forms. *J Pers Assess.* 1983; 47(4):357–8.
103. Harford T, Lubetkin B, Alpert G. Comparison of the standard MMPI and the Mini-Mult in a psychiatric outpatient clinic. *Consult Clin Psychol.* 1972; 39(2):243–5
104. Noce SF, Whitmyre JW. Comparison of MMPI and Mini-Mult with both psychiatric inpatients and screening nursing students. *J Pers Assess.* 1981; 45(2):147–50.
105. Hobbs TR, Fowler RD. Reliability and scale equivalence of the Mini-Mult and MMPI. *J Consult Clin Psychol.* 1974; 42(1):89–92.
106. Hess DR. Retrospective studies and chart reviews. *Respir Care* 2004; 49:1171–4.
107. Gearing RE, Mian IA, Barber J, Ickowicz A. A methodology for conducting retrospective chart review research in child and adolescent psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatr* 2006; 15:126–34.

9. PUBLIKĀCIJAS PAR ZINĀTNISKĀ DARBA TĒMU

9.1. *PubMed* raksti

Rusaka M, Rancāns E. A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2014; 6(13):1–4.

Rusaka M, Rancāns E. First-episode acute and transient psychotic disorder in Latvia: a 6-year follow-up study. *Nord J Psychiatry*. 2014; 68(1):24–9.

9.2. RSU Zinātnisko rakstu krājumi un citi raksti

Rusaka M, Rancāns E. Acute and transient psychotic disorders in Latvia: 6 years follow-up study Rīga Stradiņš University, *Research Articles in Medicine and Pharmacy* 2011. (2012) 83.–87. lpp.

Rusaka M, Rancāns E. First-episode transient psychosis: clinical features and stressful life events before development of disorder in Latvia. Rīga Stradiņš University, *Research Articles in Medicine and Pharmacy* 2010. (2011) 46.–50. lpp.

Rusaka M, Rancāns E. Acute and transient psychotic disorder “Terra incognita” or well-forgotten old study from Latvia. *The Nordic Psychiatrist*. 2013 (1) 18–20. lpp.

9.3. Publicētās tēzes no starptautiskām zinātniskām konferencēm

Rusaka M, Rancans E. Preliminary results of prospective follow-up study of first episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *International Clinical Psychopharmacology*. (2013) 107.–108. lpp.

Rusaka M, Rancans E. Preliminary results of a prospective follow-up study of first episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 22 (2012) 306.–307. lpp.

Rusaka M, Rancans E. First-episode acute and transient psychotic disorder: 6 year follow-up in outpatient care department. *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 21 (2011) 458.–459. lpp

Rusaka M, Rancans E. Acute and transient psychotic disorder in Latvia: dynamic changes of diagnosis and clinical features of first episode. *European Psychiatry*, Vol. 26. Suppl. 1 (2011) 1751. Lp.

Rusaka M, Rancans E. Clinical features and stressful life events before development of first-episode acute transient psychosis. *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 21 Suppl. 1 (2011) 69. lp.

Rancāns E, **Rusaka M.** Acute and transient psychosis: focus on clinical features and stressful life events before the first episode, *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 20 Suppl. 3 (2010) 445.–446. lpp.

9.4. Ziņojumi kongresos un konferencēs par pētījuma tēmu

2013.03. **M. Rusaka**, E. Rancans. Results of prospective follow-up study of first episode acute transient psychotic disorder in Latvia. The 17th Biennial Winter Workshop of Pshyosis, Conference Marrakesh, mutisks ziņojums.

2012.10. **M. Rusaka**, E. Rancans. Preliminary results of prospective follow-up study of first episode acute transient psychotic disorder in Latvia. 25th ECNP Congress Vienna, stenda ziņojums.

2012.06. **M. Rusaka**, E. Rancans. Results of prospective follow-up study: sociodemographic characteristics of first episode of acute transient psychotic disorder in Latvia. Nordic Congress of Psychiatry, Tromso, mutisks ziņojums.

2011.11. **M. Rusaka**, E. Rancans. Diagnostic stability of acute transient psychotic disorder: 6 years retrospective follow-up study in Latvia. DGPPN (German Association for Psychiatry and Psychotherapy) Psychiatry Congress Berlin, mutisks ziņojums.

2011.09. **M. Rusaka**, E. Rancans. First-episode acute transient psychotic disorder: 6 year follow-up in outpatient care department. 24th ECNP Congress Paris, stenda ziņojums.

2011.06. **M. Rusaka**, E. Rancans. Acute transient psychotic disorder: stressful life events before the development of the first episode. 14th Conference of Bridging Eastern and Western Psychiatry, Jūrmala, mutisks ziņojums.

2011.03. **M. Rusaka**, E. Rancans. Acute transient psychotic disorder in Latvia: dynamic changes of diagnosis and clinical features of first episode. 19th European Congress of Psychiatry, Vienna, stenda ziņojums.

2011.03. **M. Rusaka**, E. Rancans. Clinical features and stressful life events before development of first-episode acute transient psychosis. ECNP Workshop on Neuro-psychopharmacology for Young Scientists in Europe, Nice, stenda ziņojums.

2010.08. E. Rancans, **M. Rusaka**. Acute transient psychosis: focus on clinical features and stressful life events before the first episode. 23rd ECNP Congress Amsterdam, stenda ziņojums.

2010.06. **M. Rusaka**, E. Rancans. Acute transient psychosis-focus on stressful life events before first episode. World Psychiatric Association Regional Congress, St. Petersburg, mutisks ziņojums.

2010.02. **M. Rusaka**, E. Rancans. Acute transient psychosis: focus on clinical features and dynamic changes of diagnosis. 18th European Congress of Psychiatry, mutisks ziņojums.