

Il primo ricovero per psicosi acuta. Uno studio retrospettivo

The first admission for acute psychosis. A retrospective study

G. PIGATO
F. VIGNAGA
M. MARINI
L. PAVAN

Dipartimento di Neuroscienze,
Sezione Psichiatrica, Università
di Padova

Key words

*Brief acute psychosis • Psychotic onset
• DUP*

Correspondence: Dr. Giorgio Pigato,
Clinica Psichiatrica (3° Servizio
Psichiatrico), via Giustiniani 2,
35100 Padova, Italy
Tel. +39 049 8213834/1
E-mail: g_pigato@libero.it

Summary

Objective

“Brief acute psychoses” are one of the most controversial topics in the history of psychiatric nosography. The purpose of this study was to describe a sample of patients affected by acute psychosis in a clinical setting and compare its characteristics with data reported in the literature on Non Affective Acute Psychosis. We also sought to identify specific subgroups of patients around which to plan future specific research and future care programme.

Methods

The study was retrospective. In the observed period (from 01.01.1996 to 31.12.2000), we analysed a sample of 75 subjects admitted to Padua University Psychiatry Department. Only cases with acute psychosis, at first admission, were selected; no first cases of schizophrenic or affective psychosis were included. Data were gleaned from medical records drawn up during hospital stay. ICD-9 diagnoses were used. Symptoms were retrospectively evaluated by referring to various items from several rating scales (SANS, SAPS, HAM-D, BDI, MRS).

Results

Incidence was 3.3% of total admissions. The following diagnoses were made at discharge: Bouffée Delirante (39.2%), Acute Psychosis (18.9%), Acute Paranoid Reaction (25.7%), Other Acute Psychosis (16.2%). Mean age was 32.62 years (SD \pm 12.73), with a prevalence of females; the majority of patients lived with their family of origin (44.6%), were unmarried (69.4%) and had no children (76%). Educational level was middle-high (95.5% had at least a high school diploma) but only 37% had a professional occupation (Table I).

The mean duration of the episode was about 4 months (3.96. SD 5.40) and mean hospital stay was about 2 weeks (13.39 \pm 9.97 days). The clinical features were characterized by middle-marked anxiety, prominent affective symptoms, acute positive symptoms. Negative symptoms were irrelevant (Table II). Triggering or stressful factors prior to the psychotic episode were identifiable in 38.35 of cases.

Pharmacological treatment consisted of conventional antipsychotics (n = 65) associated with atypical medication in 10 cases. In the two years after hospitalization, most patients had no further psychiatric admissions (84%).

Conclusions

The majority of patients had no further admissions, in keeping with other reports in the literature, suggesting a diagnosis of “acute psychosis”, as distinct from a subtype of schizophrenia or affective psychosis. This hypothesis, however, requires further investigation. Sociodemographic characteristics (young adult, high educational level, low occupational status and good social background) of the sample were similar to those described in numerous other reports. The clinical picture was one of positive psychotic symptoms with a marked delusional component of rapid onset, often reactive to triggering events, with a low presence of “negative” psychotic components, as presented by classical psychopathological descriptions by Europeans.

Our study has some limits: only retrospective use of rating scales and psychosocial adaptation and quality of life questionnaires, lack of follow-up and poor sources of clinical information after hospitalization. It otherwise singles out a sample of first admission psychotic patients without protocol restrictions.

The data obtained will be useful in further prospective studies in order to find better treatment programmes for first episodes of psychosis.

Introduzione

Le “Psicosi Acute Brevi” toccano uno dei temi psicopatologici tra i più controversi nella storia della nosografia psichiatrica. Dalla prima descrizione di Haslam nel 1809¹ di una “psicosi ad esordio acuto che guarisce” e attraverso una fitta serie di descrizioni cliniche delle scuole americana e soprattutto europea (tedesca, francese, scandinava) compaiono quadri psicotici ad esordio acuto, per solito di breve durata, di natura frequentemente reattiva e a buona prognosi^{1,2}.

Nell'attuale sistemazione nosologica del DSM-IV-TR e dell'ICD-10 tali quadri hanno trovato un inquadramento più omogeneo che peraltro avvicina questi disturbi a quelli dello spettro schizofrenico².

In particolare il DMS-IV iscrive le psicosi acute nel “disturbo psicotico breve” o nel “disturbo schizofreniforme” valutandone il quadro secondo la sintomatologia (che si rifà al criterio A della schizofrenia) e la sua durata (inferiore ad 1 mese o a 6 mesi, rispettivamente), ma escludendo l'esordio acuto come criterio diagnostico.

L'ICD-10 rimane invece più vicino alla concettualizzazione psicopatologica classica con il costrutto diagnostico dell'“*Acute Transient Psychotic Disorder (ATPD)*” che, pur tenendo conto del criterio dell'esordio acuto, esige tuttavia criteri di durata piuttosto restrittivi (≤ 3 mesi).

Diversi quadri psicotici acuti rimangono così ai margini della tassonomia attuale e vengono rubricati con diagnosi poco definite come “Psicosi Non Altrimenti Specificate”.

Queste controversie nosografiche traspaiono in numerosi lavori sui primi episodi psicotici che utilizzano criteri di selezione del campione piuttosto inclusivi sul piano diagnostico con concetti quali “*Current Psychotic Disorder*” o “*First Non Affective Psychotic Disorder*”³⁻⁵.

Questi lavori – per lo più di scuola americana⁵⁻⁶ – che focalizzano l'attenzione soprattutto sui predittori di outcome nei primi episodi psicotici sembrano identificare casistiche che per gran parte possono rientrare nei disturbi dello spettro schizofrenico.

Ci sono comunque recenti studi⁷⁻⁹ che hanno cercato di isolare le caratteristiche differenziali delle psicosi acute dalle psicosi maggiori (disturbi affettivi e schizofrenici) sul piano clinico e psicosociale (stressando differenze per età d'insorgenza, sesso, durata dell'episodio ecc.) o sul piano prognostico individuando esiti che vanno dalla remissione con assenza di ricadute, a decorsi atipici o dello spettro schizofrenico^{4,6,10}.

Nel complesso le conoscenze dei fattori che orientano sul tipo e la durata dei trattamenti per un primo episodio psicotico sono scarse, ma lo studio del periodo prodromico⁵ è di notevole attualità.

In particolare in molti lavori è preso in considerazione il periodo di psicosi non trattata (DUP o *Duration of*

Untreated Psychosis), che risulta tra i fattori predittivi di outcome più utilizzati⁴⁻⁶: alcuni autori⁶ considerano il DUP come elemento prognostico in sé, altri parallelo ad altri fattori che condizionano il decorso¹¹.

In ogni caso è opinione generalmente condivisa che sia necessario un intervento precoce e mantenuto nel tempo^{12,13}, anche se un recente lavoro¹⁴ segnala che i dati di varie ricerche^{10,15-17} riguardanti il trattamento, pur ritenuto un fattore fondamentale nel condizionare il decorso¹⁸, sono contrastanti o poco incoraggianti.

L'aderenza al trattamento nel primo episodio psicotico acuto è scarsa (nel 39%) o inadeguata (nel 20%)¹⁵, il rischio di recidive, pur poco frequenti nei primi due anni (13%) anche con terapia discontinua¹⁶, rimane elevato in tempi più lunghi¹⁰, associandosi a remissioni incomplete e a persistente disabilità¹⁷, con compromissione della qualità di vita e a rischio suicidario^{18,19}.

Il presente lavoro – di tipo retrospettivo – seleziona i casi di esordio psicotico acuto al primo ricovero psichiatrico.

È descritta la popolazione di pazienti sotto il profilo sociodemografico, psicosociale e clinico-sintomatologico e del trattamento farmacologico (descritto più approfonditamente in un altro nostro lavoro) allo scopo di paragonare questo campione a quelli descritti in letteratura sulle psicosi acute non affettive.

Viene poi analizzato se il DUP correli o meno con variabili del campione allo scopo di isolare possibili sottogruppi di pazienti con *pattern* clinico-sociali più caratteristici sulle quali focalizzare attenzioni future per programmi di cura o ricerca più specifici e mirati.

Materiali e metodi

Si è effettuata una raccolta dei primi ricoveri presso il III Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – Clinica Psichiatrica del Complesso Convenzionato Azienda Ospedaliera – Università di Padova in un periodo di cinque anni (dal 01.01.1996 al 31.12.2000).

Nel periodo studiato il III SPDC (15 posti letto) aveva un bacino di utenza di circa 150.000 abitanti residenti nel centro della città e in alcuni comuni limitrofi.

Il materiale esaminato è costituito dalle cartelle cliniche di ricovero che sono risultate compilate in modo completo e sufficiente per la raccolta dei dati effettuata con una scheda appositamente preparata.

Sono stati selezionati solo i casi con diagnosi di psicosi acuta al primo ricovero ospedaliero e che non avevano precedenti periodi di cure psichiatriche a livello ambulatoriale o in altro reparto ospedaliero (esempio reparti neurologici). Non sono stati inclusi i primi casi di psicosi schizofrenica o affettiva.

Le diagnosi sono codificate secondo l'ICD-9.

Si è poi proceduto a una quantificazione della sintomatologia con riferimento agli items di *Rating Scales*

(SANS, SAPS, HAM-D, BDI, MRS) normalmente usate dallo staff medico del reparto.

Si è cercata la realizzazione di uno modello attraverso una regressione logistica confrontando il DUP (variabile indipendente) secondo un *cut off* = 6 mesi (DUP breve <; DUP lungo >) seguendo valori presenti in recenti studi^{6,4}.

Il modello creato ha poi preso in considerazione le variabili che in seguito ad uno studio con chi quadro di Pearson mostravano una correlazione significativa con il DUP. Si è inoltre valutato il modello con un *cut off* diverso per il DUP, ovvero a 3 mesi o a 1 mese.

Risultati

Nel periodo considerato (5 anni: 01.01.1996-31.12.2000) sono stati selezionati in base ai criteri di inclusione/esclusione stabiliti 75 casi su un totale di 2.088 ricoveri (3,5%).

Nei due anni di follow-up la maggioranza dei pazienti (63, 84%), 6 pazienti (8%) hanno avuto un secondo ricovero, altri 6 (8%) un terzo ricovero (in tutto 93 ricoveri, con un rapporto sul totale dei ricoveri pari al 4,4%).

I dati di incidenza sono analoghi a quelli riportati in letteratura^{1,2,20,21}.

Le diagnosi formulate alla dimissione (secondo l'ICD-9) era di Bouffée Delirante in 29 casi (39,2%), di Psicosi Acuta in 14 casi (18,9%), Reazione Paranoide Acuta in 19 casi (25,7%), altra Psicosi Acuta in 12 casi (16,2%).

La Tabella I descrive le caratteristiche sociodemografiche generali.

Il campione è costituito prevalentemente da soggetti di sesso femminile (62,7%) in accordo con numerosi altri lavori^{1,7,22}; in circa tre quarti dei casi non hanno figli (76%) e non si sono mai sposati (69,4%)^{23,24}, vivono nel contesto familiare d'origine (44,6%) o proprio (32,4%) e dispongono per la quasi totalità di un livello di istruzione medio-alto (nel 95,5 hanno almeno un diploma di scuola media superiore). Solo nel 37% sono occupati.

Si sottolinea che il campione di pazienti presenta una discrepanza tra il livello di istruzione e quello meno soddisfacente relativo all'autonomia personale o a ruoli di responsabilità.

La Tabella II descrive il campione secondo la variabile età.

L'età media del campione è in linea con quella riportata da altri autori^{1,7} anche se la fascia d'età più colpita è quella tardo adolescenziale (tra 18 e 24 anni) come segnalato da altri²⁵.

Non sono emerse differenze significative (t di Student e chi quadrato NS) invece tra età di esordio e DUP, né confrontando il DUP maggiore o minore a 6

Tab. I. Caratteristiche sociodemografiche. *Sociodemographic characteristics.*

Sesso	Frequenza	Percentuale
Femmine	47	62,7
Maschi	28	37,3
Totale	75	100,0
Figli		
No	57	76,0
Sì	18	24,0
Totale	75	100,0
Stato civile		
Celibi/nubili	50	69,4
Coniugati	15	20,8
Separati/divorziati/vedovi	7	9,7
Totale	72	100,0
Scolarità		
Nessuna	1	1,5
Obbligo	2	3,0
Superiore	57	86,4
Laurea	6	9,1
Totale	66	100,0
Lavoro		
Occupati	27	37,0
Casalinghe	7	9,6
Disoccupati	16	21,9
Studenti	15	20,5
Altro	8	11,0
Totale	73	100,0
Residenza		
Single	6	8,1
Fam. origine/parenti	33	44,6
Famiglia propria	24	32,4
Altro aggregato	11	14,8
Totale	74	100,0

Tab. II. Età. *Age.*

Età media	32,62 anni (DS 12,73)
Fascia di età (17-24 anni)	29 casi (38,7%)
Fascia di età (25-30 anni)	11 casi (14,7%)
Fascia di età (31-35 anni)	11 casi (14,7%)
Fascia di età (36-40 anni)	4 casi (5,3%)
Fascia di età (41-45 anni)	9 casi (12,0%)
Fascia di età (46-50 anni)	5 casi (6,7%)
Fascia di età (> 51 anni fino a 70 anni)	6 casi (8,0%)

Tab. III. Dati anamnestici. *Anamnestic data.*

Familiarità per psicosi	
Sì	8 (12,1%)
No	58 (87,9%)
Presenza di eventi scatenanti	29 casi su 75 (38,3%)
Accertato e recente abuso di sostanze stupefacenti	4 casi su 75 (5,3%)
Periodo intercorso tra primi sintomi psichiatrici e esordio psicotico	13,57 mesi (DS 37,6)
Periodo intercorso tra i primi sintomi psicotici e esordio psicotico (DUP)	2,91 mesi (DS 5,34)

mesi con le medie dell'età, né utilizzando un cut off a 35 anni.

La Tabella III descrive alcuni dati anamnestici generali. Non sono rilevabili per la maggioranza dei casi dati di psicosi familiare (negativa nel 87,9%).

Erano rinvenibili fattori scatenanti o stressanti precedenti l'episodio psicotico in più di un terzo dei casi (38,3%): gli eventi rilevati erano di vario tipo (separazione, lutti, conflittualità relazionali). Non ci sono differenze significative secondo il sesso come invece riportato in altri lavori¹.

Sono rimasti inclusi nel campione 4 casi con recente uso di sostanze perché queste non erano alla base del quadro clinico.

I pazienti presentavano sintomatologia psichiatrica (disagio psichico generico, sintomi ansioso-depressivi o altro) nell'anno precedente l'esordio psicotico.

In letteratura⁶⁴ sono riportati valori analoghi anche se in più specifico riferimento a psicosi schizofreniche. Il periodo di Psicosi non trattata (DUP) mostra valori sovrapponibili ad altri lavori^{4 7 6}. In particolare un'analisi più approfondita rivela che per la maggioranza dei casi il DUP era inferiore o uguale al mese (52 pazienti, 69,3%).

Si è poi cercato di ottenere una stima indicativa della durata dell'episodio psicotico come calcolato in al-

tri lavori¹, sommando il DUP alla durata della degenza: la durata media dell'episodio psicotico così ottenuta è di 3,97 mesi (SD 5,40) in linea i risultati di altri autori⁸.

La Tabella IV descrive le modalità del ricovero.

Il ricovero è effettuato 9 volte su dieci (91,9%) dopo consulenza psichiatrica in Pronto Soccorso o in altri reparti dell'ospedale, con modalità di accesso volontario (32,4%).

La durata media del ricovero è di circa 2 settimane (13,39 ± 9,97).

La Tabella V mostra la distribuzione delle durate di degenza.

La Tabella VI descrive la sintomatologia rilevata durante la degenza.

Il quadro sintomatologico rilevato si caratterizza per sintomi d'ansia medio-gravi in tre quarti dei casi (72%), per sintomi affettivi importanti (mania o depressione in circa la metà dei casi), per una sostanziale mancanza di sintomi negativi psicotici come abulia, anedonia, apatia come segnalato in altri lavori^{7 8}, con un quadro psicotico florido a acuto caratterizzato da floridi sintomi "produttivi" di tipo delirante paranoideo (in più di 9 casi di 10), meno frequente la componente allucinatoria presente in circa il 40% dei casi, e disorganizzazione ideativa in circa la metà dei casi e da alterazioni dello stato di coscienza (con segni di perplessità psicotica o confusionali).

Si è osservata una risoluzione della sintomatologia in media in 15 giorni di trattamento.

Si è infine cercato di verificare attraverso un modello di regressione logistica se il DUP (assunto come

Tab. IV. Modalità del ricovero. *Admission modality.*

Invio	Frequenza	Percentuale
Pronto soccorso	62	83,8
Medico di base	2	2,7
Altro reparto medico	6	8,1
Altro	4	5,4
Totale	74	100,0
Modalità di ricovero		
Volontario	50	67,6
TSO	24	32,4
Durata della degenza		
Da 3 a 51 gg.		
Media 13,79		

Tab. V. Distribuzione della durata della degenza. *Distribution of hospitalization time.*

Settimane di ricovero	N. pazienti	% pazienti
1	20	26,6
2	26	34,6
3	20	26,6
4	4	5,3
> 4	4	5,3

Tab. VI. Caratteristiche sintomatologiche. *Symptomatology characteristics.*

Sintomo	Frequenza	Percentuale
Ansia		
Assente-lieve	21	28,0
Medio-grave	57	72,0
Totale	75	100,0
Depressione		
Assente-lieve	33	44,0
Medio-grave	42	56,0
Totale	75	100,0
Mania		
Assente -lieve	43	57,3
Medio-grave	32	42,7
Totale	75	100,0
Sintomi psicotici positivi		
Assenti	69	94,5
Presenti	4	5,5
Totale	73	100,0
Sintomi psicotici negativi		
Assenti	6	8,0
Presenti	69	92,0
Totale	75	100,0
Disorganizzazione		
Assente	38	50,7
Presente	37	49,3
Totale	75	100,0
Deliri**rivedere		
Assente	7	10,0
Paranoide	49	70,0
Megalomano-bizzarro	14	20,0
Totale	70	100,0
Allucinazioni		
Assenti	45	60,0
Presenti (visive/auditive)	30	40,0
Totale	75	100,0
Stato di coscienza		
Integro	39	52,7
Confuso o perplesso	35	47,3
Totale	74	100,0

variabile indipendente) breve o lungo (con *cut off* a 6 mesi come riferito in letteratura^{6,4} correlasse con un particolare pattern di utenza. Il modello creato ha mostrato una significatività statistica con le seguenti variabili: residenza (soggetti che vivono soli vs. pazienti che vivono in contesto gruppale), con la condi-

Tab. VII. Relazione tra DUP – alcune variabili. *Relation DUP – some variable.*

Variabile	p-value	Odds Ratio
Età	0,76	1,0
Sesso	0,15	0,26
Residenza	0,084	8,46
Professione	0,009	0,10
Delirio	0,023	0,13
Stato di coscienza	0,47	1,73
Depressione	0,46	0,56
Invio	0,021	0,07

zione lavorativa (soggetti occupati o studenti vs. altri), il sintomo delirio (delirio persecutorio verso altri tipi di delirio) e il contatto con uno psichiatra prima del ricovero. Il modello costruito mostra un chi quadro pari a 22,60 ed una significatività di 0,004; il R-quadrato di Cox & Snell (0,262).

La Tabella VII mostra la correlazione tra DUP e queste variabili.

Il DUP breve correla quindi con i soggetti che hanno contatti sociali (di lavoro o studio), vivono con altre persone (familiari o altri aggregati), presentano un'ideazione delirante paranoidea e sono giunti all'osservazione di uno psichiatra prima del ricovero (in Pronto Soccorso o in altro reparto dell'Ospedale).

Utilizzando per il DUP (variabile indipendente) valori diversi di *cut off* (1 o 3 mesi), non si evidenziano differenze nei risultati ottenuti.

Per quanto concerne il trattamento farmacologico prevale una terapia con antipsicotici convenzionali (N = 65), in associazione con atipici in 10 casi.

Una terapia con soli antipsicotici atipici risulta in 10 casi. In 61 casi è stata associata una terapia ansiolitica. In 7 casi è utilizzata una terapia antidepressiva e in altri 7 una terapia a base di stabilizzanti umorali (in un caso associati tra loro).

La Tabella VIII riassume la psicofarmacoterapia prescritta.

Discussione e conclusioni

Il nostro studio – di natura retrospettiva – presenta diverse limitazioni: l'ovvia mancanza di una quantificazione dei sintomi attraverso la diretta somministrazione di *Rating Scales* che “pesino” l'intensità e durata dei sintomi in maniera più precisa e attendibile o di questionari sull'adattamento psicosociale o la qualità della vita, l'assenza di follow-up e l'incompletezza delle fonti informative dopo la dimissione (cartelle ambulatoriali), la procedura del calcolo del DUP e del periodo tra i sintomi psichiatrici e l'esor-

dio psicotico (ottenuto con un'indagine e una discussione – caso per caso – dei dati anamnestici presenti nella documentazione clinica).

Lo studio comunque ha il vantaggio di presentare una analisi, libera da condizionamenti di protocollo, della casistica identificata e del primo ricovero.

Uno tra gli scopi principali era quello di verificare se i casi diagnosticati come psicosi acuta in un setting di normale routine clinica mostrassero le caratteristiche (cliniche e sociodemografiche) descritte in letteratura. I risultati permettono di concludere che la casistica selezionata presenta diversi elementi sovrapponibili ai risultati di altri Autori⁴⁻⁶⁻⁸ per quanto concerne: l'incidenza di questi quadri, la prevalenza del sesso femminile, la frequenza di fattori "reattivi", il profilo sociodemografico (età media giovane-adulta e distribuzione per età, alta scolarità, il livello occupazionale di inserimento psicosociale), la natura della sintomatologia (quadri prevalentemente floridi e produttivi a marcata componente delirante, a rapida insorgenza, con scarsa componente psicotica di tipo "negativo", e con alterazioni della coscienza) così come emerge dalle classiche descrizioni della psicopatologia soprattutto di matrice continentale, che differenzia peraltro tali quadri da altri più tipici delle psicosi maggiori "classiche" (schizofrenia e disturbi bipolari).

Lo studio sulla correlazione tra DUP e alcune caratteristiche del nostro campione suggerisce che gli individui con un più alto livello di funzionamento psicosociale (maggiore inserimento nella rete di relazioni familiari e del mondo della lavoro o dello studio) presenterebbero un quadro clinico più acuto, a rapida insorgenza, connotato da aspetti paranoidei con un conseguente accorciamento del tempo necessario per una prima valutazione psichiatrica; all'inverso gli individui meno inseriti nel tessuto sociale presenterebbero quadri psicotici meno clamorosi e con uno sviluppo più graduale rendendo più difficoltoso un riconoscimento tempestivo del disturbo.

Infine la considerazione di quanto un evento drammatico come una psicosi acuta possa essere inteso come l'espressione della compromissione dell'identità stessa nelle sue funzioni fondamentali²⁶ e possa destabilizzare la qualità della vita e le prospettive future di individui giovani e attivi sul piano psicosociale spinge a approntare ulteriori ricerche di tipo prospettico allo scopo di migliorare i programmi di trattamento per i primi casi psicotici.

Il materiale clinico raccolto è risultato abbastanza esaustivo, ma i dati riguardo il periodo successivo al ricovero, ricavabili dalla documentazione clinica post-dimissione (cartelle ambulatoriali), sono molto scarsi e pertanto non sono stati proposti.

Bibliografia

- ¹ Rigatelli M. *Gli episodi psicotici acuti*. Patron editore 1985.
- ² Pancheri P, Bersani G. *Psicosi Acute Brevi (Disturbi deliranti acuti)*. Trattato Italiano di Psichiatria 2002;45:1802-21.
- ³ Malla AK, Takhar JJ, Norman RMG, Manchanda R, Cortese L, Haricharan R, et al. *Negative symptoms in first episode non-affective psychosis*. Acta Psychiatr Scand 2002;105:431-9.
- ⁴ Uocok A, Polat A, Genc A, Cakir S, Turan N. *Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia*. J Psychiatr Res 2004;38:163-8.
- ⁵ McGorry PD, Yung A, Phillips L. *Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step*. Schizophr Res 2001;51:17-29.
- ⁶ Malla AK, Norman RMG, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, Harricharan R, et al. *One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors*. Schizophr Res 2002;54:231-42.
- ⁷ Susser E, Fenning S, Jandorf L, Amador X, Bromet E. *Epidemiology, diagnosis and course of brief psychoses*. Am J Psychiatry 1995;152:1743-8.
- ⁸ Mojtabai R, Susser ES, Bromet EJ. *Clinical characteristics, 4 years course, and DSM-IV classification of patients with nonaffective acute remitting psychosis*. Am J Psychiatry 2003;160:2108-15.
- ⁹ Mojtabai R, Varma VK, Susser E. *Duration of remitting psychoses with acute onset. Implications for ICD-10*. Br J Psychiatry 2000;176:576-80.
- ¹⁰ Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzweit S, Bloink R. *Features of acute and transient psychotic disorder*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003;4:167-74.
- ¹¹ McGorry PD. *Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis*. Austr N Z J Psychiatry 2000;34(Suppl):S145-9.
- ¹² Perini G, Bergamo L. *Nuovi orientamenti per il trattamento delle fasi acute della schizofrenia*. Ital J Psychopathol 2004;10:1-12.
- ¹³ Gitlin M, Neuchterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Mintz J, Fogelson DL, et al. *Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia*. Am J Psychiatry 2001;158:1835-42.
- ¹⁴ Comparelli A, Vassallo F, Girardi P. *Trattamento dei primi episodi psicotici e delle sindromi prodromiche*. Psichiatria e Psicoterapia 2003;4:354-68.
- ¹⁵ Coldham EL, Addington J, Addington D. *Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis*. Acta Psychiatr Scand 2002;106:286-90.
- ¹⁶ Lehman AF, Steinwachs DM. *Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations*. Schizophr Bull 1998;24:1-10.
- ¹⁷ Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. *Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort*. Schizophr Bull 1998;24:75-85.
- ¹⁸ Zipursky RB. *Psychotic recurrence after antipsychotic discontinuation*. Am J Psychiatry 2002;159:1441-2.

- ¹⁹ Jager M, Hintermayr M, Bottlender R, Strauss A, Moller HJ. *Course and outcome of first admitted patients with Acute and Transient Psychotic Disorders (ICD-10 F 23). Focus on relapses and social adjustment.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003;4:209-15.
- ²⁰ Helzer JE, Brockington IF, Kendell RE. *Predictive validity of the DSM-III and Feighner definitions of schizophrenia. A comparison with research diagnosis criteria and CATEGO.* Archiv Gen Psychiatry 1981;38:791-7.
- ²¹ Pichot P. *The concept of "bouffée delirante" with special reference to the Scandinavian concept of reactive psychosis.* Psychopathology 1986;19:35-43.
- ²² Bogetto F, Torre E. *Gli episodi psicotici acuti. Studio catamnestico.* Rassegna Studi di Psichiatria 1980;69:695-720.
- ²³ Holmboe R, Astrup C. *A follow-up study of 255 patients with acute schizophrenia and schizophreniform psychoses.* Acta Psychiatr Neurol Scand 1957;32(Suppl 115):9-61.
- ²⁴ Gozzetti G, Vendrame G. *La "Bouffée Delirante". Contributo clinico e psicopatologico.* Psichiatria 1967;5:19-71.
- ²⁵ Jabobs S, Myers J. *Recent life events and acute schizophrenic psychosis: a controlled study.* J Nerv Mental Dis 1976;162:75-87.
- ²⁶ Pavan L. *L'identità fra continuità e cambiamento. Psicopatologia dell'attacco di panico e delle psicosi acute.* Franco Angeli editore 2002.