

Caracterização dos Primeiros Surtos Psicóticos e Reavaliação após oito anos

Susana Vaz Carreiro*, Rui Martins**

Resumo:

O primeiro surto psicótico é actualmente um tema extensamente investigado, atendendo a que a intervenção precoce nestes casos pode significar uma melhoria do prognóstico dos mesmos. Assim, este estudo procurou avaliar e caracterizar a evolução destes primeiros surtos na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital S. Francisco Xavier, uma vez que só conhecendo a realidade no local onde se presta actividade assistencial, se pode promover a qualidade e adequação da prestação de cuidados de saúde e criar estruturas assistenciais que respondam às necessidades reais.

O presente estudo, naturalístico e retrospectivo, avaliou os primeiros surtos psicóticos de doentes internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos, através de variáveis sócio-demográficas e clínicas e reavaliou a evolução destes pacientes 8 anos após o internamento, através da informação registada nos processos clínicos. Foram incorporados no estudo 25 doentes. Os principais resultados encontrados consistiram num elevado número de abandonos da consulta, só permanecendo em seguimento 20% dos doentes, num elevado número de consumo de substâncias (48% dos doentes), num elevado número de reinternamentos e num discreto agravamento da situação sócio-profissional. Salienta-se também que 20% dos pacientes vieram a evoluir para diagnóstico de esquizofrenia.

O estudo permite alertar os profissionais de saúde para esta realidade e salientar a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção secundária que promovam uma atitude proactiva dos técnicos, no sentido de obter uma maior adesão a um projecto terapêutico.

Palavras-Chave: Perturbação psicótica; Abuso de substâncias; Seguimento; Abandonos; Manejo de caso.

Characterisation of Initial Psychotic Episodes with Reassessment after eight years

Abstract:

Nowadays, the first psychotic episode is an extensively researched subject due to the fact that early intervention may improve the prognosis for the patient. Therefore, this study sought to characterise and evaluate the evolution of these first psychotic episodes in acute patients in the psychiatric inpatients ward of Hospital S. Francisco Xavier, since it is only by knowing the realities of the area in which assistance is provided that we can promote the provision of quality healthcare adequate to existing needs and create the appropriate assistance network.

This naturalistic and retrospective study, assessed the initial psychotic episodes of the above-mentioned inpatients through various socio-demographic and clinical variables and, 8 years after admission, through

the information on their medical records, reassessed the patient's development. There are 25 patients in the study. The most important findings concerned the high number of patients who had ceased attending appointments – only 20% of patients continued under observation, the high degree of substance abuse (48% of patients), the high rate of readmission, and the moderate deterioration of socio-professional situation. Also noteworthy is the fact that 20% of patients later developed schizophrenia.

This study is a means of alerting medical professionals to this reality and of highlighting the need to develop secondary prevention strategies which promote a proactive stance on their part in order to achieve better adhesion on the part of patients to the course of therapy.

Keywords: *Psychotic disorders; Drug use; Follow-up; Patients dropouts; Case management.*

INTRODUÇÃO

O primeiro surto psicótico é uma área de interesse recente e crescente na investigação clínica em Psiquiatria.

A epidemiologia do primeiro episódio psicótico encontra-se pouco compreendida, uma vez que há poucos estudos sistemáticos¹. A incidência é de 16,7 por 10000 pessoas/ano no sexo masculino e de 8,1 por 10000 pessoas/ano no sexo feminino, com pico entre os 15

e os 24 anos². As características sócio-demográficas nos diferentes estudos variam ligeiramente, com a média de idades variando entre os 22 e os 31 anos, um predomínio de solteiros, desempregados, residindo com os pais ou vivendo de benefícios governamentais e com diagnóstico do espectro esquizofrénico^{3,4} em 40,8% dos casos, seguido dos diagnósticos de perturbação do humor, e outras psicoses (incluindo este grupo, as induzidas por substâncias) e perturbação psicótica breve³. Outro estudo refere que o principal diagnóstico seria primeiro episódio de psicose (43%), esquizofrenia (16%), psicose induzida por drogas (12%), psicose afectiva (13%) e psicose reactiva breve (2%)⁵.

A estabilidade diagnóstica após o primeiro episódio psicótico é uma das questões colocadas na literatura actual, uma vez que é importante na prestação de cuidados⁶. Os estudos revelam que 70% dos diagnósticos se mantêm estáveis até 18 meses de seguimento⁷, sendo a esquizofrenia unanimemente considerada como o diagnóstico mais estável, na ordem dos 90-97% dos casos^{6,7,8}, seguido das psicoses afectivas (80%)^{6,7} e, noutro estudo, seguido da perturbação esquizoaffectiva, não sendo este dado unânime e sendo classificada noutros estudos como menos estável⁶. A psicose breve também é descrita num estudo como um diagnóstico estável⁹. Contudo, 25% dos pacientes evidencia alteração do diagnóstico, frequentemente mudança para a esquizofrenia^{6,8}. Um estudo refere que os pacientes

com primeiro episódio esquizofreniforme eram maioritariamente do sexo masculino e evoluíam para esquizofrenia, esquizoafectiva, e uma minoria para perturbação bipolar tipo I ou depressão major com sintomas psicóticos¹.

O primeiro episódio de perturbação delirante (maioritariamente em homens) evoluía para esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva. A psicose breve era maioritariamente num grupo do sexo feminino que evoluía para psicose afectiva. O grupo de psicoses não especificadas, um grupo maioritariamente masculino, era constituído por pacientes em que era difícil o diagnóstico diferencial entre psicose esquizofrénica associada a consumos de tóxicos, e psicose induzida por drogas¹. No que respeita a este último diagnóstico, parece mesmo haver evidência de um aumento do diagnóstico de perturbação psicótica relacionada com o abuso de substâncias tóxicas¹⁰. Desses pacientes, em 75% o diagnóstico foi alterado⁶ e metade dos pacientes com psicose induzida por *cannabis* evoluíram para psicose esquizofrénica^{11,12}. Os diagnósticos menos estáveis seriam então a perturbação esquizofreniforme, esquizoafectiva, psicose não especificada e psicose induzida por drogas⁶. Salienta-se que os pacientes que mudaram de diagnóstico apresentavam menor grau de educação, maior associação a consumo de álcool e abuso/dependência de substâncias tóxicas, menor funcionamento global pré-mórbido e menor psicopatologia à entrada,

embora não seja unânime, havendo mesmo um estudo que paradoxalmente fala do contrário^{6,7}.

Um outro problema que se coloca com estes pacientes é a frequente interrupção do tratamento pós hospitalização, atingindo 48% de pacientes que não compareceram às consultas¹³. Esta questão é de crucial importância porque a persistência dos sintomas associa-se a perda do suporte familiar e social, perda de emprego ou estudo, depressão, suicídio e abuso de substâncias¹³. Os factores que predizem o abandono da terapêutica são a menor severidade da doença no início, menor suporte familiar durante tratamento, uso persistente de substâncias durante o tratamento, menor crença no tratamento ou no benefício da medicação^{14,15}.

Outras variáveis associadas ao prognóstico incluem o mau ajustamento pré-mórbido e sintomatologia negativa (associado a mau prognóstico funcional e qualidade de vida¹⁶), o valor da GAF (avaliação global do funcionamento) no ano prévio à admissão e na primeira admissão¹⁷, o sexo, nível educacional e rede social¹⁷, uma vez que a rede social se correlaciona com diminuição dos sintomas positivos e do número de hospitalizações¹⁸.

Um outro estudo aponta como factores significativamente relacionados com a comparência à primeira consulta, a admissão voluntária e a ideação suicida na altura da admissão hospitalar¹³. Segundo estes autores, o tratamento mais do que as características do

paciente, é crítico para a adesão ao mesmo. Nomeadamente, parece ser fundamental:

- Fornecer informação ao paciente em relação ao diagnóstico e envolvê-lo no processo de decisão
- Discussão acerca do plano terapêutico entre as equipas de prestação de cuidados no internamento e no ambulatório
- Envolver a equipa do tratamento ambulatório durante a hospitalização
- Elaboração de estratégias concretas para fazer face a necessidades básicas, organização das actividades de vida diária ou de educação e para aceder a ajuda, em caso de necessidade¹³.

Outra questão importante em relação ao primeiro surto psicótico consiste na elevada taxa de abuso de substâncias tóxicas, cujos valores variam amplamente nos diferentes estudos entre os 6 e os 75%^{1,19-25}.

A taxa de abuso de substâncias é superior nos homens. Nos pacientes com primeiro episódio esquizofrénico a idade de início da doença é menor, e a droga de eleição é o *cannabis* (49%), seguida do álcool e da cocaína. Estes pacientes apresentam mais alterações do pensamento (conteúdo bizarro), alucinações, hostilidade (na escala de BPRS)¹⁹ e euforia²³. O uso de substâncias tóxicas é também relevante pela sua associação a maior severidade dos sintomas psicóticos, aumento do risco de admissão hospitalar, recidiva dos sintomas psicóticos e menor tempo para a recidiva destes, maior risco de depressão e suicídio, má

adesão e má resposta à terapêutica, menor probabilidade de remissão e pior prognóstico funcional nas áreas sócio-ocupacionais^{22,25}.

Metade destes pacientes mantêm os consumos (essencialmente os canabinóides)²⁰, embora esteja descrito que o tratamento conduz a uma diminuição do uso de substâncias²⁶. Os pacientes que mantêm os consumos são mais novos, predominantemente do sexo masculino e solteiros, com menor probabilidade de terem concluído o ensino secundário e maior probabilidade de uso severo de *cannabis* antes do início do tratamento²⁰. As variáveis idade jovem, sexo masculino e desemprego, são consideradas como as variáveis demográficas que predizem o uso de substâncias, sendo, as duas primeiras, consideradas as mais fiáveis²¹.

Num outro estudo verificou-se que foi possível a redução do uso de substâncias de 74 para 36% nos pacientes que completaram um programa terapêutico de 18 meses²². A diminuição ou cessação do uso foram associados a maior probabilidade de remissão, pelo que a persistência de uso de substâncias foi associada à diminuição da remissão, não adesão e abandono da terapêutica²². Está pois indicado o tratamento de ambas as patologias²².

O manejo efectivo da psicose em serviço especializado associou-se a uma redução no uso de substâncias no decurso do tratamento²². Está descrito também que a psico-educação diminui o uso de *cannabis* no primeiro episódio psicótico¹². Atendendo a que o prog-

nóstico e o curso da doença precoce afectam o prognóstico futuro da doença do espectro da esquizofrenia, é importante a intervenção terapêutica²⁷. Está descrito que tratamento integrado (tratamento assertivo na comunidade com programas envolvendo a família e treino de capacidades sociais), em relação ao tratamento *standard*, está associado a melhor prognóstico clínico e social e adesão terapêutica^{27, 28}. Outros trabalhos afirmam também que a farmacoterapia associada à intervenção psicossocial melhora o prognóstico²⁹. Outros estudos favorecem o tratamento com antipsicóticos atípicos no primeiro episódio psicótico^{15, 30, 31, 32}.

Atendendo à importância deste tema, os autores decidiram caracterizar os primeiros surtos psicóticos agudos de doentes internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Departamento de Psiquiatria do Hospital de São Francisco Xavier e caracterizar a sua situação clínica e assistencial 8 anos após o primeiro episódio psicótico, uma vez que só conhecendo a realidade no local onde se presta actividade assistencial, se pode promover a qualidade e adequação da prestação de cuidados de saúde e criar estruturas assistenciais que respondam às necessidades reais.

A caracterização dessa população passados 8 anos do primeiro surto psicótico, poderá permitir-nos avaliar e reflectir sobre a nossa actividade clínica, numa perspectiva longitudinal e de cuidados continuados.

METODOLOGIA

Trata-se, pois, de um estudo retrospectivo dos doentes internados pela primeira vez na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital S. Francisco Xavier, no ano de 1998, com o diagnóstico de primeiro episódio psicótico, que incluiu os diagnósticos de psicose esquizofrénica (295), psicose paranóide (297) e outras psicoses não orgânicas (298), segundo a ICD9, e que possuíam idade inferior ou igual a 35 anos. Foram excluídos do estudo os pacientes que se encontravam em seguimento na consulta por um período superior a 1 ano ou com história de internamentos anteriores. No que respeita às variáveis em estudo, à data do internamento, foram avaliadas variáveis de caracterização sócio-demográfica, variáveis de trajecto e variáveis clínico-diagnósticas, variáveis estas avaliadas também 8 anos após o internamento.

A recolha de dados foi realizada através da consulta dos processos de internamento e dos processos de consulta externa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de doentes incluídos no estudo foi de 25. Apenas não foram consultados 3 processos de internamento, por motivo de impossibilidade de aceder aos mesmos, e como tal desconhece-se se seriam potenciais pacientes elegíveis ou não para o estudo. Dos 25 pacientes incluídos no estudo, 64% eram do sexo masculino, e apresentavam uma mé-

dia de idade de 23,9 anos à data do primeiro internamento em 1998 (Quadro I).

A escolaridade era predominantemente secundária, sendo preponderantemente estudantes, com rede de suporte social. A grande maioria nunca tinha tido contacto com o Departamento e apenas foram incluídos no estudo aqueles que tinham um seguimento em consulta menor ou igual a um ano.

	À data do internamento	8 anos depois
	Percentagens	
<i>Sexo</i>		
Feminino	36	
Masculino	64	
<i>Estado civil</i>		
Casados	12	8
Solteiros	72	44
Divorciados	12	4
Desconhecidos	4	44
<i>Escolaridade</i>		
E. Básico	4	4
E. Secundário	64	24
E. Universitário	24	16
Desconhecido	8	56
<i>Situação profissional</i>		
Estudantes	44	4
A trabalhar	24	20
Desempregados	32	40
Desconhecidos	-	36
<i>Rede de suporte</i>		
Sim	80	40
Não	12	16
Desconhecido	8	44
<i>Idade média (anos)</i>	23,9	
<i>Tempo médio de internamento (dias)</i>	16,2	
	N=25	

Quadro I - Variáveis sócio-demográficas.

Após o internamento, 80% foi encaminhado para a consulta externa do Departamento.

Os restantes 20% constituíram altas contra parecer médico e transferências para outros estabelecimentos de saúde (Quadro II).

	À data do internamento	8 anos depois
	Percentagens	
<i>Primeiro contacto com DPSM</i>		
Sim	80	
Não	20	
<i>Destino</i>		
Consulta externa	80	
Outros	20	
<i>Número de reinternamentos conhecidos (13)</i>		
Um	-	24
Mais do que um	-	28

Quadro II - Variáveis de trajecto.

	À data do internamento	8 anos depois
	Percentagens	
<i>Consumo de substâncias</i>		
Sim	48	32
Não	48	28
Desconhecidos	4	40
<i>Tipo de consumo (n=12) *</i>		
Cannabis	66,7	
Cocaína	25	
Opiáceos	33,3	
Anfetaminas	8,3	
Álcool	25	
Alucinogéneos	6,3	
<i>Terapêutica</i>		
Estabilizador de humor	3	1,8
Antipsicótico típico	31,4	23,6
Antipsicótico atípico	10,4	21,8
Antipsicótico "Depot"	3	14,6
Ansiolíticos	34,3	14,6
Antidepressivos	4,5	10,9
Anticolinérgicos	13,4	12,7
*consumos múltiplos		

Quadro III - Variáveis clínicas.

Salienta-se a importante percentagem de consumo de substâncias à data do primeiro internamento, constituindo 48% dos casos, o que está de acordo com a literatura. A substância de eleição foi o *cannabis*, correspondendo a 66,7% dos casos, seguido da heroína (33,3% dos casos) e da cocaína e álcool (25% para ambos) (Quadro III).

Os dados referidos são preocupantes, uma vez que se sabe que o abuso de substâncias é um factor associado a maior severidade e recidiva dos sintomas psicóticos e menor tempo para a recidiva destes, maior risco de depressão e suicídio, menor probabilidade de remissão, pior prognóstico funcional nas áreas sócio-ocupacionais, aumento do risco de admissão hospitalar, má adesão e má resposta à terapêutica^{22,25}. No caso do nosso estudo verificou-se que 53,8% dos reinternamentos foram de pacientes consumidores.

Outro dado constatado neste trabalho foi o predomínio das medicações com antipsicóticos típicos sobre os atípicos, o que se poderia explicar pelo menor leque de antipsicóticos atípicos disponíveis à data do internamento. Salienta-se também a elevada percentagem de utilização de ansiolíticos e a necessidade do uso de anticolinérgicos, pelos prováveis efeitos secundários dos antipsicóticos típicos.

Uma das limitações do estudo foi a falta de registo de informação nos processos, assim como o elevado número de aban-

donos, pelo que se torna difícil estabelecer algum tipo de comparação das variáveis à data do internamento e após o tempo de seguimento. A taxa de abandono total foi de 60% (Fig.1).

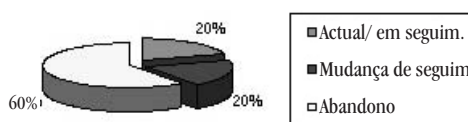


Figura 1 – Seguimento.

Mais de um quarto dos doentes (28%), não chegou a ter qualquer consulta ou teve apenas uma a duas consultas prévias ao abandono do seguimento. Este dado é ligeiramente inferior ao referido na literatura, para o período pós-alta hospitalar. Outros 16% tiveram seguimento durante um ano e 28% tiveram seguimento durante 1 a 8 anos (Fig.2). Só 20% dos pacientes se mantêm actualmente em seguimento.

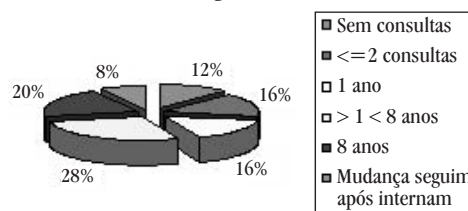


Figura 2 – Tempo em consulta.

Para além da própria evolução da doença, esta má adesão ao seguimento poderá reflectir-se no elevado número de pacientes que tiveram novos internamentos (52%), dos quais 28% tiveram mais do que um se-

gundo internamento. Estes dados de abandono tão elevados necessitam de reflexão no sentido de criar estratégias que possam melhorar a adesão destes pacientes, atendendo a que a não adesão ao seguimento se traduz numa não adesão à terapêutica e, como tal, a um pior prognóstico clínico e sócio-ocupacional do doente.

No que respeita às restantes variáveis, comparativamente à data do internamento, uma percentagem igual mantinha consumos de substâncias tóxicas, o que poderá ser um factor contributivo para a não adesão à terapêutica. Por outro lado, dado haver uma relação biunívoca entre a adesão à terapêutica e a prevalência dos consumos, poderemos também questionar se a não diminuição da percentagem de consumidores se poderá correlacionar com a não adesão à terapêutica, uma vez que há estudos que afirmam que esta diminui a frequência e percentagem de consumos.

Relativamente aos dados sócio-demográficos esparsos que foram apurados, em termos de estado civil este manteve-se inalterado, excepto um paciente que passou a viver maritalmente, o mesmo acontecendo para a escolaridade, à excepção de dois pacientes que ingressaram no ensino universitário. O mesmo já não se passou com a situação profissional que se deteriorou, uma vez que 28% dos doentes que esta-

vam a estudar ou a trabalhar passaram a desocupados/desempregados. Apenas um paciente iniciou trabalho. Dois pacientes deixaram de ter rede social de suporte, sendo, em ambos os casos, pacientes consumidores, o que corresponde ao já descrito pior prognóstico social dos pacientes com comorbilidade.

Salienta-se em termos terapêuticos o aumento do uso de antipsicóticos atípicos no seguimento e o aumento da utilização de decanoatos. No que respeita ao diagnóstico, este manteve-se em 28% dos casos, sendo o diagnóstico em mais de metade destes de perturbação esquizofrénica (16%), o que está de acordo com a literatura no que respeita a ser um dos diagnósticos mais estáveis. Dos doentes que apresentavam à data da alta, diagnóstico de episódio esquizofrénico agudo, 16% vieram a evoluir para um diagnóstico de esquizofrenia e apenas 4% (1 doente) evolui para perturbação afectiva bipolar. Um paciente com diagnóstico de psicose tóxica foi posteriormente diagnosticado como esquizofrenia. Outro paciente com diagnóstico de psicose esquizofrénica não especificada veio a receber o diagnóstico de perturbação da personalidade histriónica e ainda um doente com diagnóstico de esquizofrenia simples recebeu posteriormente o diagnóstico de psicose afectiva (depressão major – 296.1).

<i>Diagnóstico de entrada</i>		<i>Diagnóstico actual – 8 anos depois</i>	
	<i>Percentagens</i>		
Psicose por consumo de drogas (292.1)	4		
Episódio esquizofrénico agudo (295.4)	52		
Psicose esquizofrénica (295)	28		
Reacção paranóide aguda (298.3)	12		
Histeria (300.1)	4		
<i>Diagnóstico de saída</i>			
	<i>Percentagens</i>		<i>Percentagens</i>
Psicose por consumo drogas (292)	8		
Psicose afectiva (296.0)	4	→ Psicose afectiva (296.0)	8
Epis. esquizofrénico agudo (295.4)	28	→ Psicose esquizoafectiva (295.7)	4
Psicose esquizofrénica (295)	32	→ Psicose esquizofrénica (295)	36
Outras psicoses não orgânicas (298)	24	→ Outras psicoses não orgânicas (298)	8
Perturbação personalidade (301.8)	4	→ Pert. personal. histriónica (301.5)	4
		→ Desconhecidos	40

Quadro IV – Diagnósticos.

É contudo difícil elaborar conclusões sobre estes dados atendendo, como já foi referido, ao elevado número de abandonos em diferentes fases de seguimento.

Limitações do estudo:

- Desaparecimento de processos na secretaria;
- Falta de informação clínica completa nos processos;
- Englobamento de resultados de doentes em fases diferentes do percurso clínico.

CONCLUSÕES

O resultado mais significativo deste estudo é, sem dúvida, o elevado número de pacientes que abandonaram o seguimento e alguns nem mesmo o iniciaram. Atendendo a que se trata de uma faixa etária jovem, as reper-

cussões desta situação são relevantes, em termos clínicos, no que respeita à evolução da doença (em que grande percentagem são esquizofrenias no seu início), dado que a não adesão à terapêutica irá piorar o prognóstico da mesma, como indirectamente podemos inferir pelo elevado número de reinternamentos encontrados. A este facto e, também secundariamente a ele, temos toda a repercussão a nível social e ocupacional. Nalguns casos observou-se perda das actividades ocupacionais e da rede social de suporte, o que vai diminuir a capacidade de reintegração do doente. Paralelamente temos a elevada prevalência de consumos de substâncias que, não só agravam a reintegração sócio-ocupacional, como precipitam a recidiva sintomática e agravam a evolução e o prognóstico.

Desta forma cremos que o presente estudo

permite alertar os profissionais de saúde para esta situação, no sentido de criar estratégias de prevenção secundária que promovam atitudes pró-activas dos técnicos com o objectivo de aumentar a adesão dos pacientes ao seguimento e terapêutica.

Neste contexto os autores sugerem as seguintes recomendações para uma melhoria da prestação de cuidados institucionais:

- Melhorar a organização administrativa;
- Melhorar o registo de informação clínica;
- Melhorar as estratégias de articulação entre as equipas de sector e a Unidade de Internamento;
- Monitorizar os doentes ao longo do seu percurso clínico sobretudo em fases críticas (por exemplo da 1^a. à 3^a. consultas pós-internamento);
- Desenvolver estratégias de “outreaching” nos doentes em “drop-out”;
- Desenvolver estratégias que favoreçam a adesão ao projecto terapêutico:
 - o Capacidade técnica de manejo da relação terapêutica com o doente psicótico;
 - o Envolvimento da estrutura familiar;
 - o Educação para a doença.

BIBLIOGRAFIA

1. Baldwin P, Browne D, Scully PJ, et al. Epidemiology of first-episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan Study at 8 years. *Schizophr Bull.* 2005; 31 (3): 624-38.
2. Amminger GP, Harris MG, Conus P, et al. Treated incidence in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Nov; 114 (5): 337-45.
3. Turner M, Smith-Hamel C, Mulder R. Pathways to care in a New Zealand first-episode of psychosis cohort. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006 May; 40 (5): 421-8.
4. Payne J, Malla A, Norman R, et al. Status of first-episode psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. *Can J Psychiatry.* 2006 Jan; 51 (1): 42-7.
5. McKay D, Gorrell J, Cornish A, et al. Let's get physical: an audit of medical practice of first-episode psychosis. *Australas Psychiatry.* 2006 Jun; 14 (2): 146-9.
6. Whitty P, Clarke M, McTigue, et al. Diagnostic stability four years after a first-episode of psychosis. *Psychiatr Serv.* 2005 Sep; 56: 1084-8.
7. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, et al. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2005 Oct; 66 (10): 1239-46.
8. Addington J, Chaves A, Addington D. Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2006 Sept; 86 (1-3): 71-5.
9. Amini H, Alaghband-rad J, Omid A, et al. Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australas Psychiatry.* 2005 Dec; 13 (4): 388-92.
10. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, et al. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 1999; 174: 150-3.
11. Green AI, Lieberman JA, Hamer RM, et al. Olanzapine and haloperidol in first-episode of psychosis. *Schizophr Res.* 2006 Sep; 86 (1-3): 234-43.
12. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, et al. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535

- incident cases. *Br J Psychiatry*. 2005; 187: 510-5.
13. Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *Encephale*. 2006 Oct; 32 (5 Pt 1): 679-85.
14. Schimmelmann BG, Conus P, Schacht M, et al. Predictors of service disengagement in first adolescents with psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Aug; 45 (8): 990-9.
15. Perkins DO, Johnson JL, Hamer RM, et al. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophr Res*. 2006 Mar; 83 (1): 53-63.
16. Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull*. 2005; 31 (3): 650-71.
17. Flyckt L, Mattsson M, Edman G, et al. Predicting 5-year outcome in first-episode psychosis: construction of a prognostic rating scale. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jun; 67 (6): 916-24.
18. Norman RM, Malla AK, Manchanda R, et al. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005 Dec; 80 (2-3): 227-34.
19. Mauri M, Volonteri L, De Gaspari I, et al. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006 Mar; 2: 4-12.
20. Wade D, Harrigan S, Edwards J, et al. Course of substance misuse and daily tobacco use in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005 Jan; 81 (2-3): 145-50.
21. Wade D, Harrigan S, Edwards J, et al. Patterns and predictors of substance use and daily in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Oct; 39 (10): 892-8.
22. Lambert M, Conus P, Lubman DI, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Aug; 112 (2): 141-8.
23. Busquets E, Torrens M, Soler A, et al. Diferencias en los efectos subjetivos de las drogas en pacientes con primer brote psicótico. Resultados preliminares. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005 Jan-Feb; 33 (1): 19-25.
24. Larsen TK, Melle I, Austad B, et al. Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res*. 2006 Dec; 88 (1-3): 55-62.
25. Wade D, Harrigan S, Edwards J, et al. Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 229-34.
26. Kavanagh DJ, Young R, White A, et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev*. 2004; 23 (2): 151-5.
27. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P, et al. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005 Aug; 48: s98-103.
28. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first-episode of psychotic illness. *BMJ*. 2005 Sep; 331 (7517): 602-609.
29. Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2006 Oct; 36 (10): 1349-62.
30. Spanarello S, Beoni AM, Mina G, et al. Analysis of differential clinical profiles of different antipsychotic molecules in first psychotic episode: a retrospective study. *Encephale*. 2005 Nov-Dec; 31 (6 Pt 1): 692-7.
31. Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M, et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *Am J Psychiatry*. 2005 May; 162 (5): 938-5.