

STUDII CLINICE / CLINICAL STUDIES

Analiza prezentării clinice a primului episod psihotic la copii și adolescenți**Analysis of Clinical Presentation in the First Psychotic Episode in Children and Adolescents****Andra Isac¹, Sorana Potinteu², Bianca Pop³****REZUMAT****Obiectiv**

Studiul de față este unul retrospectiv, analitic, descriptiv și are ca obiectiv analizarea prezentării clinice a primului episod psihotic acut la copii și adolescenți, identificarea rapidă și corectă fiind premisă pentru intervenția precoce și un prognostic cât mai bun.

Material și metodă: Lotul de studiu a fost alcătuit din pacienții diagnosticați cu tulburare psihotică acută pe durata a 4 ani în Clinica de Psihiatrie Pediatrică și Toxicomanii a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Cluj, în perioada 2011-2015. În studiu au fost incluși 60 de copii și adolescenți diagnosticați cu tulburare psihotică acută, conform criteriilor ICD-10, având vârsta la debutul bolii cuprinsă între 11 și 18 ani. Datele au fost colectate din foile de observație aflate în arhiva clinicii și s-a luat în studiu doar prima prezentare pentru acest diagnostic, evitând dubla contabilizare a recăderilor. Prelucrarea datelor s-a făcut folosind analiza statistică și GraphPad.

Rezultate

Au fost efectuate corelații despre modul de debut în funcție de sex, vârsta de debut, mediul de proveniență, tipul familiei, prezența sau absența antecedentelor heredo-colaterale de tulburări psihiatrice, simptomatologia prezentă, comorbidități, prezența unui factor psihotraumatic precipitant, durata psihozei netratate și a prodromului.

Concluzii

Remarcăm durata psihozei netratate în medie de 19 zile (SD=2,46), explicabilă prin faptul că pacienții incluși în studiul prezent sunt minori aflați în grija părinților care au observat simptomele și care au solicitat consultul psihiatric, fapt care pune accent pe importanța rolului persoanelor de îngrijire.

Cuvinte cheie: copii și adolescenți, durata psihozei netratate, primul episod psihotic, prodrom, simptome psihotice

ABSTRACT**Objective**

This research is a retrospective, analytical, descriptive study and has as an objective the analysis of the clinical presentation in the first acute psychotic episode in children and adolescents, quick and correct identification being the premise for precocious intervention and a good prognosis.

Material and method. The study group was composed of patients diagnosed with acute psychotic disorder over a period of four years in the Child and Adolescent Psychiatry and Addiction Clinic, Children's Emergency Hospital, Cluj, during 2011-2015. 60 children and adolescents were included in the study, diagnosed with acute psychotic disorder, according to ICD-10 criteria, having an age of 11 to 18 years at the onset of the disorder. Data was collected from observation charts from the clinic's archives and we only took into consideration the first presentation for this diagnostic, avoiding counting relapses. Data analysis was made using statistical analysis and GraphPad.

Results

Correlations have been made between type of onset depending on sex, age of onset, home environment, type of family, presence or absence of a family history of psychiatric disorders, current symptoms, comorbidities, presence of a psychotraumatic factor, duration of untreated psychosis and prodrome.

Conclusions

We remark a duration of untreated psychosis of a mean 19 days (SD=2,46), which can be explained by the fact that the patients included in the study are minors in the care of parents that have noticed the symptoms and requested a psychiatric consult, a fact that accentuates the importance of caretakers.

Key words: children and adolescents, duration of untreated psychosis, first psychotic episode, prodrome, psychotic symptoms

¹ Medic rezident Psihiatrie Pediatrică, Clinica de Psihiatrie Pediatrică și Toxicomanie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca

² Medic rezident Psihiatrie Pediatrică, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

³ Medic primar Psihiatrie Pediatrică, Doctor în Științe Medicale Clinica de Psihiatrie Pediatrică și Toxicomanie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca, Șef lucrări UMF Cluj-Napoca

Adresa: Str. Ospătăriei FN, Cluj-Napoca, Cluj, România

Telefon / fax: 0264 428 491

E-mail-ul autorilor: andra.isac@yahoo.co.uk, sorana.potinteu@gmail.com, 1biancapop@gmail.com

Autor de Corespondență: Dr. Pop Bianca

tel: 0749141213, e-mail: 1biancapop@gmail.com

¹ MD Child and Adolescent Psychiatry Trainee, Child and Adolescent Psychiatry and Addiction Clinic – Children's Emergency Hospital, Cluj-Napoca

² MD Child and Adolescent Psychiatry Trainee, "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca

³ Child and Adolescent Psychiatry Consultant, PhD Child and Adolescent Psychiatry and Addiction Clinic – Children's Emergency Hospital, Cluj-Napoca, Lecturer UMF Cluj-Napoca

Address: Str. Ospătăriei FN, Cluj-Napoca, Cluj, România

Phone no. / fax: 0264 428 491

Authors email: andra.isac@yahoo.co.uk, sorana.potinteu@gmail.com, 1biancapop@gmail.com

Correspondence author: MD Pop Bianca,

tel: 0749141213, e-mail: 1biancapop@gmail.com

Introducere:

Primul episod psihotic este un fenomen care crează confuzie și suferință persoanei și familiei, lipsa de insight ducând la amânarea prezentării la medic și la întârzierea instituirii tratamentului.

Termenul de psihoză este utilizat pentru a descrie un proces de distorsiune sau pierdere a contactului cu realitatea, cu păstrarea stării de conștiință.

Simptomele pozitive ale psihozei includ: idei delirante, halucinații, distorsiunea comunicării, comportament dezorganizat. Simptomele negative pot fi reprezentate de: afect plat, alogie, avoliție, anhedonie, afectarea atenției. Alte simptome cognitive și afective pot completa tabloul psihotic [1].

Prevalența tulburărilor psihotice este estimată la 9% în Statele Unite ale Americii, atât la adulți cât și la copii, tulburarea psihotică scurtă fiind mai frecventă la sexul feminin [2].

Conform clasificării ICD-10, primul episod psihotic se poate manifesta prin tulburare psihotică acută polimorfă – cu sau fără simptome de schizofrenie sau tulburare psihotică acută schizofrenia-like. Tulburarea psihotică acută poate fi un prim diagnostic al schizofreniei, atunci când durata simptomelor este mai scurtă de o lună [3].

Studiile arată o rată de conversie a tulburării psihotice acute în schizofrenie între 20-50% [4].

Debutul simptomatologiei psihotice este precedat adesea de o perioadă prodromală, caracterizată printr-o degradare funcțională variabilă. Prodromul poate dura de la câteva zile la câțiva ani [5].

Un indicator important pentru evoluție este durata de la debutul psihozei până la prezentarea la medic (duration of untreated psychosis - DUP) și reprezintă timpul scurs de la manifestarea primelor simptome psihotice până la inițierea unui tratament adecvat [5].

Material și metodă:

În studiu au fost incluși 60 de pacienți ai Clinicii de Psihiatrie Pediatrică din Cluj-Napoca, între 11 și 18 ani, diagnosticați conform criteriilor ICD-10 cu tulburare psihotică acută polimorfă, tulburare psihotică acută schizofrenia-like, tulburare schizoafectivă, tulburare psihotică acută și tranzitorie, în perioada ianuarie 2011 - ianuarie 2015.

Au fost excluși din studiu: pacienții cu vârsta sub 11 ani, cei care au împlinit deja 18 ani, cei diagnosticați înainte de ianuarie 2011, pacienții care au fost tratați anterior în altă clinică, cei cu tratament antipsihotic în

luna dinaintea internării, cei cu date incomplete în fișele de observație și cei cu psihoză cauzată de consumul de substanțe psihoactive.

Datele au fost preluate din fișele de observație și au fost prelucrate folosind analiza statistică din Microsoft Office și GraphPad; coeficientul de inteligență a fost calculat utilizând matricile progresive Raven.

Rezultate:

Descrierea lotului

În privința distribuției pe sexe, se observă o ușoară predominanță a sexului feminin (54%) față de cel masculin (46%), cu apariția mai frecventă a tabloului psihotic la copiii unici în familie (19 cazuri), față de cei care fac parte din fratrie (Figura 1).

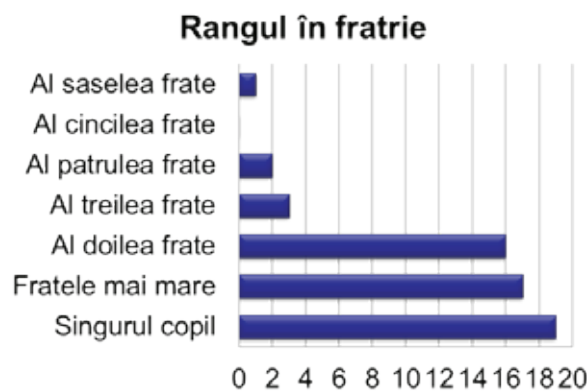


Figura 1. Rangul în fratrie

S-a observat o incidență a psihozei crescută la copiii născuți în lunile de iarnă (12 pacienți născuți în luna februarie versus un pacient născut în iulie) (Figura 2), din mediu urban (63%).

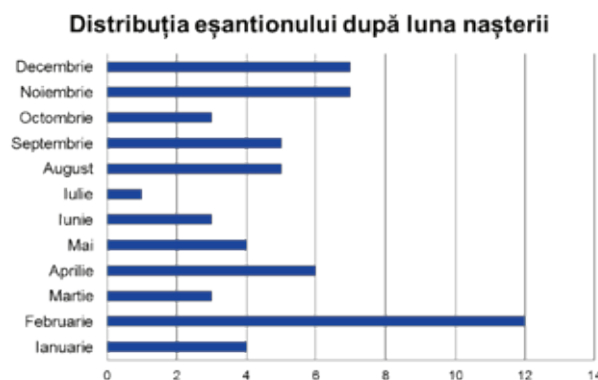


Figura 2. Distribuția eșantionului după luna nașterii

Vârsta:

Nu s-a observat nici o diferență statistic semnificativă la compararea vârstei copiilor pe sexe (15 ani pentru fete, 14,7 ani pentru băieți, $p=0,20$), prezența sau absența antecedentelor heredo-colaterale (14,56 ani pentru cei cu antecedente heredocolaterale și 15,23 ani pentru cei fără antecedente, cu un $p=0,29$) sau în funcție de QI, diferența fiind de o lună între grupul pacienților cu intelect normal și a celor cu $QI < 70$ ($p=0,29$).

Durata prodromului a fost definită ca durata de timp de când a fost identificată o modificare semnificativă a comportamentului, caracterizată prin retragere socială, aplatizare afectivă, pierderea interesului pentru activități, scăderea randamentului școlar și general, deficite cognitive subtile. Durata medie a prodromului a fost de 14,5 luni, ($SD=2,4$) cu variații între 2 și 36 luni, ($n=20$) și mediana de 12 luni.

S-a observat că pacienții cu debut până la 13 ani prezintă un prodrom în medie cu 1,5 luni mai scurt decât cei cu debut după 13 ani, dar diferența nu este semnificativă statistic ($p=0,76$).

Evenimente prodromale:

La 37 % dintre pacienți s-a identificat o psiho-traumă în antecedente (decesul unui părinte/frate, istoric de abuz, stres școlar semnificativ) și doar 8% au recunoscut consumul de tutun sau anabolizante.

Tipul simptomelor la prezentarea în clinică:

65% din pacienți au prezentat halucinații auditive, 58% halucinații vizuale, 85% idei delirante, 78% comportament dezorganizat, 40% heteroagresivitate, 12% autoagresivitate, 82% tulburări de somn (insomnii mixte, insomnii de trezire sau de adormire, vise coșmar) (Figura 3).

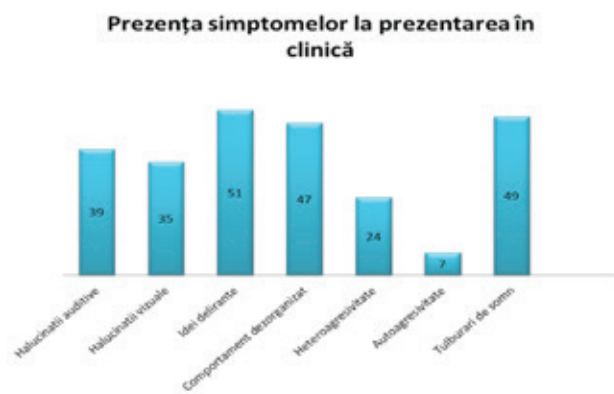


Figura 3. Tipul simptomelor

Nu s-a observat diferență semnificativă statistic a simptomatologiei în funcție de QI, dar s-a observat că pacienții cu deficit intelectual developmental ușor ($n=2$) nu prezintă halucinații vizuale, fără ca această tendință să se mențină și la cei cu deficit intelectual developmental mediu ($n=3$).

Comparând simptomele prezente la debutul episodului psihotic pe sexe, se observă la fete predominanța ideilor delirante și a comportamentului dezorganizat, iar la băieți au fost mai frecvente halucinațiile auditive și vizuale. (Figurile 4 și 5)

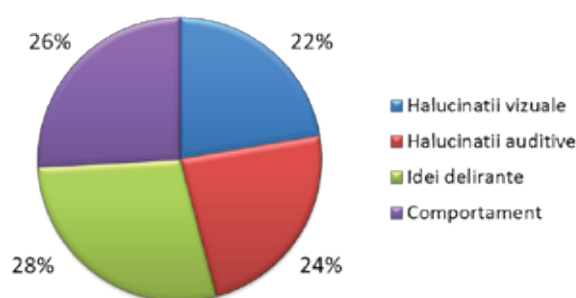
Distribuția simptomelor la băieți

Figura 4. Distribuția simptomelor la băieți

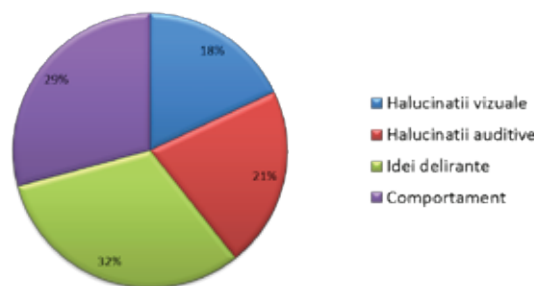
Distribuția simptomelor la fete

Figura 5. Distribuția simptomelor la fete

59% din pacienți s-au prezentat în decurs de 14 zile de la apariția simptomatologiei psihotice, 26 % în prima lună și 15% după mai mult de o lună.

18% din pacienții ce au prezentat 4 simptome (halucinații vizuale, halucinații auditive, idei delirante și comportament dezorganizat) și 35% din pacienții ce au prezentat sub 4 simptome s-au prezentat în decurs de 14 zile în serviciul de psihiatrie.

Prezența comorbidităților:

22% dintre pacienții cuprinși în lot au prezentat infecții ale căilor aeriene superioare frecvente, 15% alte tulburări somatice, 10% au suferit un traumatism

cranio-cerebral în antecedente, 10% au prezentat deficit intelectual developmental, 8% enurezis nocturn primar, 8% tulburări anxioase, 8% convulsii febrile, 8% alte tulburări psihiatrice (ticuri, pavor nocturn, tulburări emoționale, tulburare afectivă bipolară, mutism electiv), 7% au fost diagnosticați cu tulburare de conduită, 3% cu depresie și 3% cu ADHD, în timp ce 12% nu au prezentat nici o comorbiditate. (Figura 6).

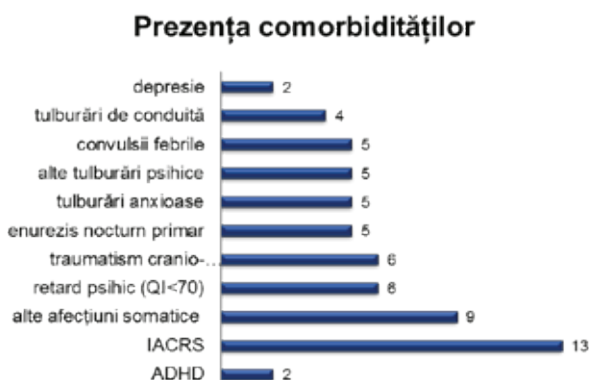


Figura 6. Prezența comorbidităților

Discuții:

Limitele studiului pot fi atribuite numărului mic de pacienți incluși în lotul de studiu ($n=60$), posibilității ca datele de istoric oferite de aparținători să fie incorecte, incomplete și datelor culese din fișele de observație de către interviuatori multipli, care n-au urmat un training anterior care să vizeze nivelarea diferențelor dintre evaluări. Rezultatele studiului prezent au fost comparate cu ale altor cercetări axate pe primul episod psihotic, care nu se limitează la vârsta de 18 ani, fapt care poate duce la alterarea acurateții interpretărilor.

În ghidul clinicianului elaborat de Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit s-a estimat faptul că 80% dintre persoanele diagnosticate cu o tulburare psihotică au avut primul episod psihotic între vârstele de 16 și 30 ani [6].

Power și Edwall, citați de Apiquian în *Schizophrenic Psychology* (2006), au prezentat date statistice care au arătat că majoritatea primelor episoade psihotice aparțin schizofreniei sau spectrului schizofreniei [7].

Vârsta mediană a persoanelor aflate la primul episod psihotic din schizofrenie a fost identificată ca fi-

ind de 19 ani, cu specificarea faptului că persoanele de sex feminin au trecut printr-un prim episod psihotic 2-3 ani mai târziu decât cele de sex masculin. Thorup (2007) a menționat vârsta de debut a simptomelor psihotice la fete mai întârziată față de băieți, fapt care se regăsește și în studiul de față, fără semnificație statistică [8]. Vârsta mediană a lotului de studiu (11-18 ani) a fost de 15 ani, fetele având o vârstă mai mare la instalarea primului episod psihotic decât băieții.

Comparând tipul simptomelor de debut, fetele prezintă mai multe idei delirante și comportament dezorganizat față de băieți, la care predomină halucinațiile. Diferența e nesemnificativă statistic, rezultat care nu concordă cu cele ale altor studii, care raportează o prezență mai mare a simptomelor afective la fete, iar la băieți mai multe simptome negative.

Remarcăm prezența comorbidităților (psihiatrice și somatice) la 53 de pacienți (87%), 33% dintre pacienți având comorbidități psihiatrice. Sim (2004) a identificat prezența comorbidităților psihiatrice la 29 dintre pacienți (36,7%), adăugând faptul că aceștia au prezentat și un debut al simptomelor la o vârstă mai timpurie [9]. În studiul condus de Strakowski (1993), citat de Sim (2004), pacienții aflați la primul episod psihotic aveau în proporție de 52% ($n=53$) comorbidități, iar 37,7% ($n=20$) aveau comorbidități multiple; de asemenea, s-a subliniat faptul că pacienții cu comorbidități psihiatrice au avut o evoluție a simptomatologiei clinice psihiatrice inițială precară, spre deosebire de cei cu comorbidități somatice [10].

În ghidul NICE 2014 s-a remarcat faptul că anxietatea socială (fără a putea fi atribuită paranoiei) și tulburarea de stres post-traumatică pot fi identificate până la o treime dintre persoanele cu psihoze și schizofrenie, fiind prezente pe parcursul tuturor fazelor (prodrom, episod psihotic, faza de recuperare), iar depresia la 90% dintre pacienți. În grupul nostru de studiu s-a identificat prezența depresiei la 3% dintre pacienți, iar anxietatea la 8%, ceea ce ne face să emitem ipoteza eclipsării simptomelor afective de către simptomele evidente psihotice [11].

Faza prodromală se poate identifica retrospectiv, poate avea o durată de la 2 la 4 ani, iar întârzierea până la introducerea tratamentului medicamentos (DUP) poate avea o medie de 2 ani, iar mediana 6 luni [12].

Durata psihozei netratate (DUP) are o mare variabilitate, de la câteva săptămâni la câțiva ani, Kingston (2011) semnalând o medie de 21,6 luni pentru schizofrenie, 1,4 luni pentru tulburarea bipolară și 1,7

pentru depresia majoră cu elemente psihotice [13]. Comparând cu DUP de 19 zile la pacienții din studiul prezent, interpretăm prezentarea mai timpurie la medic și introducerea medicației antipsihotice pe seama faptului că lotul nostru este compus din copii și adolescenți (11-18 ani) și a vigilenței cu care aparținătorii au observat schimbarea statusului mental al copilului lor. Considerăm că durata mai scurtă a prodromului (de 14,5 luni) poate fi explicată la fel.

Concluzii:

Primul episod psihotic este prima oportunitate pentru intervenție. Studiile arată că persoanele aflate la primul episod psihotic sunt mai responsive la medicația antipsihotică decât în cazul episoadelor psihotice ulterioare. Dacă în cazul persoanelor cu risc crescut de a dezvolta psihoză („at-risk mental state”), care au un risc foarte ridicat („ultra-high risk”), sau care îndeplinesc criteriile pentru psihoză atenuată (conform DSM 5) intervenția principală este de tip psihosocial, cu precădere terapia sistemică [14], în ca-

zul episodului psihotic este imperioasă introducerea cât mai rapidă a tratamentului medicamentos, pentru că o DUP mai lungă este asociată cu un răspuns mai redus la medicație și cu un prognostic mai rezervat [15].

Având în vedere că identificarea precoce a fazei prodromale a psihozei și a semnelor și simptomelor tabloului psihotic florid sunt elemente cheie în decizia terapeutică și astfel, în conturarea evoluției psihozei, considerăm că ar fi necesară dezvoltarea unui instrument unic de evaluare a factorilor de risc, a simptomelor prodromale, a manifestărilor episodului acut și a răspunsului la tratament.

Mulțumiri:

Mulțumim pentru implicarea în procesul de documentare Dr. Imene Mrabet, iar Dr. Teodora Panaitescu și Dr. Mariana Mitroi pentru ajutorul oferit în culegerea datelor referitoare la variabilele urmărite în studiul de față și Conf. Dr. Viorel Lupu pentru suportul oferit în desfășurarea studiului.

*

* *

Introduction:

The first psychotic episode is a phenomenon that creates confusion and brings suffering to the person and family, lack of insight leading to postponing presenting to the doctor and to delaying treatment.

The term of psychosis is used to describe a process of distortion or losing contact with reality, while maintaining consciousness.

Positive symptoms of psychosis include: delusions, hallucinations, distortion of communication, disorganized behavior. Negative symptoms may be represented by: flat affect, alogia, avolition, anhedonia, attention impairment. Other cognitive and affective symptoms may complete the psychotic symptomatology [1].

The prevalence of psychotic disorders is estimated to 9% in the United States of America, both in adults and children, short psychotic disorder being more frequent in women [2].

According to ICD-10 classification, the first psychotic episode can manifest through an acute polymorphic psychotic disorder – with or without symptoms of schizophrenia or an acute psychotic

disorder schizophrenia-like. Acute psychotic disorder may be a first diagnosis of schizophrenia when the duration of symptoms is shorter than one month [3].

Studies show a conversion rate of acute psychotic disorder in schizophrenia between 20-50% [4].

The onset of psychotic symptoms is usually preceded by a prodromal period, which is characterized by a variable functional degradation. The prodrome may last from a few days to several years [5].

An important indicator for evolution is the duration from the onset of psychosis until the presentation to the doctor (duration of untreated psychosis – DUP) and represents the time that has passed from the manifestation of the first psychotic symptoms until an adequate treatment was administered [5].

Materials and method:

60 patients were included in the study from the Child and Adolescent Psychiatry Clinic in Cluj-Napoca, with ages between 11 and 18 years, diagnosed with acute polymorphic psychotic disorder, acute psychotic disorder schizophrenia-like, schizoaffective

disorder, acute and transitory psychotic disorder, according to ICD-10 criteria, during January 2011 – January 2015.

We excluded from the study patients under the age of 11 years old, those who already were 18 years old, those diagnosed before January 2011, patients that were previously treated in another clinic, those with antipsychotic treatment in the month before admission, those with incomplete data in the observation charts and those with psychosis caused by use of psychoactive substances.

Data was collected from observation charts and was processed using statistical analysis in Microsoft Office and GraphPad, IQ was calculated using Raven’s progressive matrices.

Results:

Group description

In what concerns sex distribution, we can see a slight predominance of the female gender (54%) over the male one (46%), with a frequent apparition of the psychotic symptoms in only children (19 cases), as against those that are part of a fraternity (Figure 1).

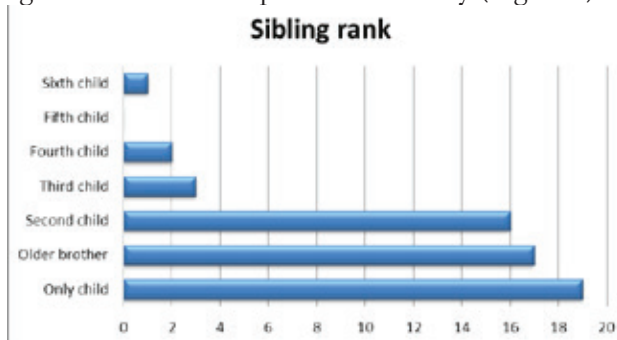


Figure 1. Sibling rank

We have observed a high incidence of psychosis in children that were born in winter months (12 patients born in February as against one patient born in July) (Figure 2), in an urban environment (63%).

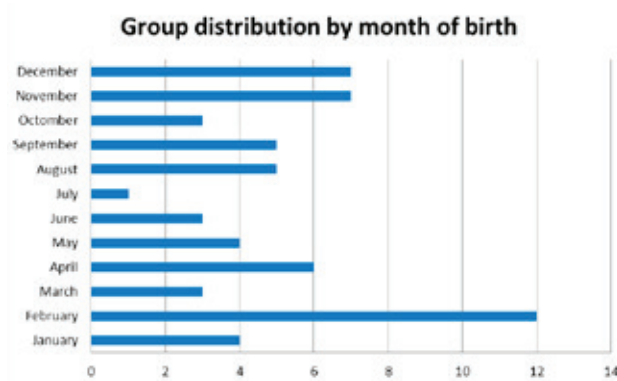


Figure 2. Group distribution by month of birth

Age:

There was no significant statistical difference when comparing the age of children according to sex (15 years for girls, 14.7 years for boys, $p=0.20$), the presence or absence of a family history of psychiatric disorders (14.56 years for those with a family history and 15.23 years for those without a family history, $p=0.29$) or according to IQ, the difference being of a month between the group of patients with a normal intellect and that of patients with an $IQ < 70$ ($p=0.29$).

The duration of prodrome was defined as the period of time since a significant change in behavior was identified, such as: social withdrawal, affective flattening, and loss of interest towards activities, lower global and school efficiency, and subtle cognitive deficits. The mean duration of prodrome was of 14.5 months ($SD=2.4$), with variations between 2 and 36 months ($n=20$) and a median of 12 months.

We observed that patients with onset until 13 years present a prodrome with a mean of 1.5 months shorter than those with an onset after 13 years, but the difference is not statistically significant ($p=0.76$).

Prodromal events:

For 37% of patients we have identified a psychotrauma in their history (death of a parent/sibling, history of abuse, significant school stress) and only 8% have admitted to using tobacco or anabolics.

Types of symptoms when presenting at the clinic.

65% of patients had auditory hallucinations, 58% visual hallucinations, 85% delusions, 78% disorganized behavior, 40% hetero-aggression, 12% self-aggression, and 82% sleep disturbances (mixed insomnia, onset or maintenance insomnia, nightmares) (Figure 3).

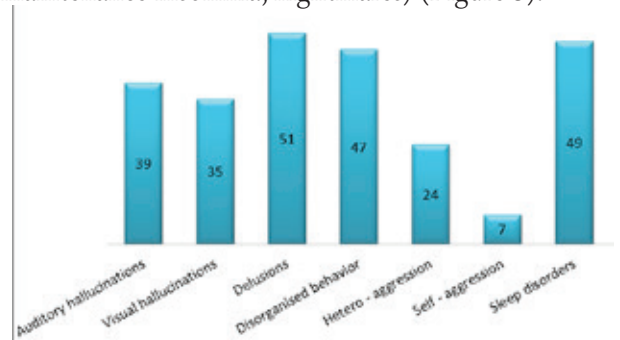


Figure 3. Type of symptoms at admission in the clinic

There was no significant statistical difference of symptoms according to IQ, but we have observed that patients with mild intellectual disability ($n=2$) do not present with visual hallucinations, but this trend does not maintain for those with moderate intellectual disability ($n=3$).

Comparing symptoms present at the onset of the psychotic episode according to sex, we observe in girls the predominance of delusions and disorganized behavior, and in boys more frequent auditory and visual hallucinations (Figures 4 and 5).

Distribution of symptoms in boys

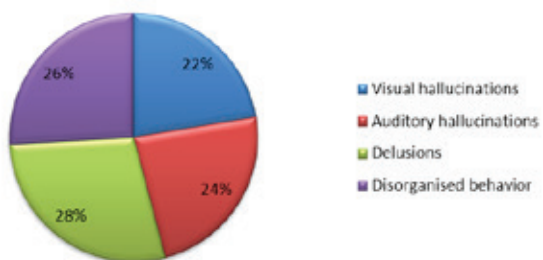


Figure 4. Distribution of symptoms in boys

Distribution of symptoms in girls

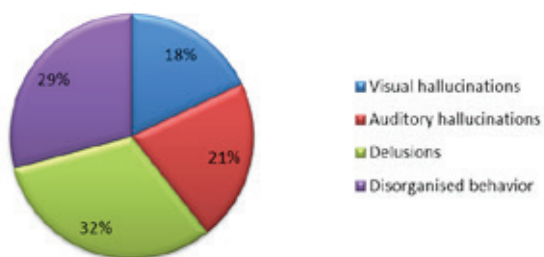


Figure 5. Distribution of symptoms in girls

59% of patients went to the doctor in the first 14 days from the onset of psychotic symptoms, 26% in the first month and 15% after more than one month.

18% of the patients with 4 symptoms (visual hallucinations, auditory hallucinations, delusions and disorganized behavior) and 35% of the patients with fewer than 4 symptoms went to a psychiatrist in under 14 days.

Comorbidities:

22% of the patients have suffered from frequent infections of the upper respiratory tract, 15% suffered from other somatic disorders, 10% had a craniocerebral trauma in their history, 10% presented with intellectual disabilities, 8% with enuresis, 8% with anxiety disorders, 8% with fever seizures, 8% with other psychiatric disorders (tics, night terrors, emotional disorders, bipolar affective disorder, selective mutism), 7% were diagnosed with conduct

disorder, 3% with depression and 3% with ADHD, while 12% had no comorbidities (Figure 6).

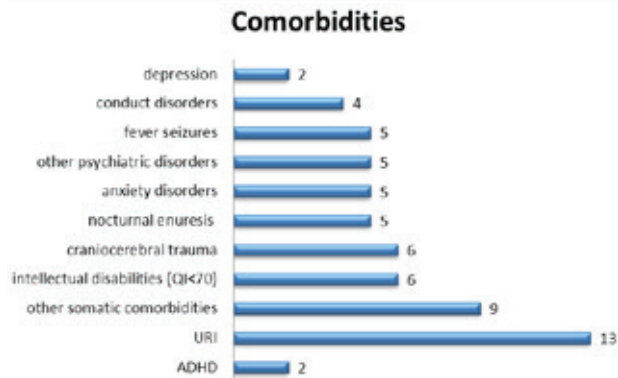


Figure 6. Comorbidities

Discussions:

The limits of this study can be attributed to the small number of patients included in the studied group (n=60), the possibility that history data offered by caregivers could be incorrect, incomplete and that data collected from observation charts were collected by multiple interviewers that hadn't had a proper training prior to this, which could level the differences between evaluations. The results of the current study were compared to those of other researches focused on the first psychotic episode, that were not limited to 18 years, which can lead to an alteration in the accuracy of data interpretation.

In the clinician's guide elaborated by the Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit it was estimated that 80% of the persons diagnosed with a psychotic disorder had their first episode between the ages of 16 and 30 years [6].

Power and Edwall, quoted by Apiquain in Schizophrenic Psychology (2006), have presented statistical data that showed that the majority of first psychotic episodes belong to schizophrenia or its spectrum [7].

The median age of persons having their first psychotic episode in schizophrenia was identified to be 19 years old, with the specification that females had a first psychotic episode 2 to 3 years later than males. Thorup (2007) has mentioned that the age of onset of the psychotic symptoms in females is later in life, as against males, fact that is found in this current study, without statistical significance [8]. The median age of the studied group (11-18 years) was of 15 years, with girls having an older age than the boys at the onset of the first psychotic episode.

Comparing the type of symptoms at onset, girls present more delusions and disorganized behavior than boys, in which hallucinations prevail. The difference is not statistically significant, result that is not in accordance with other studies, which report a higher presence of affective symptoms in females and more negative symptoms in males.

We remark the presence of comorbidities (psychiatric and somatic) in 53 patients (87%), 33% of them having psychiatric comorbidities. Sim (2004) has identified the presence of psychiatric comorbidities in 29 patients (36.7%), adding that these patients had an onset of symptoms at an early age [9]. In the study conducted by Strakowski (1993), quoted by Sim (2004), patients at the first psychotic episode had comorbidities in a proportion of 52% (n=53), and 37.7% (n=20) had multiple comorbidities; also, it was underlined that patients with psychiatric comorbidities had a precarious evolution of clinical symptoms, initially, as against those with somatic comorbidities [10].

In the NICE guidelines 2014 it was noted the fact that social anxiety (without being attributed to paranoia) and post-traumatic stress disorder can be identified in up to a third of the persons with psychosis and schizophrenia, being present during all the stages (prodrome, psychotic episode, recovery phase), and depression in 90% of patients. In our study group we have identified depression in 3% of patients and anxiety in 8% of them, which makes us hypothesis that the affective symptoms are eclipsed by the clearly psychotic ones [11].

The prodromal phase can be identified retrospectively, can last from 2 to 4 years, and the delay until pharmacological treatment initiation (DUP) can have a mean of two years and a median of 6 months [12].

Duration of untreated psychosis (DUP) has a great variability, from a few weeks to a few years, Kingston (2011) signaling a mean of 21.6 months for schizophrenia, 1.4 months for bipolar disorder and 1.7 months for severe depression with psychotic elements [13]. Comparing with a DUP of 19 days for the patients in the current study, we attribute the early presentation to the doctor and the initiation of the antipsychotic treatment to the fact that our study group is comprised of children and adolescents (11-18 years) and to the vigilance with which the caregivers have observed the change in the mental status of their child. We consider that a shorter prodrome (of 14.5 months) can be explained in the same way.

Conclusions:

The first psychotic episode is an opportunity for intervention. Studies show that persons at the first psychotic episode are more responsive to antipsychotic medication than those in subsequent psychotic episodes. If in the case of those with a high risk to develop psychosis (“at-risk mental state”), with a very high risk (“ultra-high risk”), or those that fit the criteria for attenuated psychosis (according to DSM 5), the main intervention is a psychosocial one, mainly systemic therapy [14], in the case of a psychotic episode it is imperative to quickly initiate a pharmacological treatment, because a long DUP is associated with a lower response to medication and a more reserved prognosis [15].

Taking into consideration that the precocious identification of psychosis’ prodromal phase and the signs and symptoms of the florid psychotic episode are key elements in the therapeutic decision and in the outline of its evolution, we consider that it is necessary to develop a unique instrument for evaluating risk factors, prodromal symptoms, manifestations of the acute episode and the response to treatment.

Acknowledgements:

The authors wish to thank dr. Imene Mrabet for her implication in the documentation process and dr. Teodora Panaitescu and dr. Mariana Mitroi for the help offered in collecting data regarding the variables used in the current study and associate professor dr. Viorel Lupu for his support in the development of the study.

*
* *

BIBLIOGRAFIE / REFERENCES:

1. Stahl, S. Psychosis and Schizophrenia. in Stahl S., Essential Psychopharmacology, Cambridge University Press, Cambridge, 2006, p. 365-399
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013, p. 87-123
3. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO. 1992, p. 107-110
4. Berge1 D., Mane1 A., Salgado1 P., Vilarroya O., Merino1 A., Bulbena A., Diagnostic stability and clinical characteristics in first-episode psychosis, *European psychiatry* 24 Supl 1, 2009; doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(09\)71352-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(09)71352-5),
5. Freudenreich O., Schizophrenia –Spectrum Disorders., Psychotic Disorders, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2008, p 54-63
6. Mental health Evaluation and Community Unit University of British Columbia, of A guide for mental health clinicians, British Columbia, 2000,
7. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2000/EarlyPsychosis_ClinicianGuide.pdf
8. Apiquian R., Ulloa R., Fresan A., Nicolini H., The impact of duration of untreated psychosis, (DUP) on clinical outcome in a 12-month follow-up study with mexican patients with first episode psychosis, in French D., editor, Schizophrenic Psychology. New Research, Nova Science Publishers, New York, 2006, p 151-169
9. Thorup A., Petersen L., Jeppesen P., Ohlenschlaeger J., Christensen T., Krarup G., Jorgensen P., Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study, *J Nerv Ment Dis*; 2007; 195(5):396-405
10. Sim K., Swapna V., Mythily S., Mahendran R., Kua EH., McGorry P., Chong S.A., Psychiatric comorbidity in first episode psychosis: the Early Psychosis Intervention Program (EPIP) experience, *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(1):23-9
11. Koster A, Lajer M, Lindhardt A, Rosenbaum B. Gender differences in first episode psychosis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(12):940-6. Epub 2008 Jun 20, 2008; doi: 10.1007/s00127-008-0384-3.
12. National Institute for Health & Clinical Excellence, Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults – updated edition - National Clinical Guideline Number 82, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2014 – www.nice.org.uk
13. Kingston T, Owoeye O, Kinsella A, Russell V, O'Callaghan E, Schizophrenia spectrum disorders in relation to the totality of psychosis: from first episode to long-term outcome, in M.S. Ritsner (ed.), *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*, Vol. II, Springer Science+Business Media B.V. 2011, 269-281; DOI 10.1007/978-94-007-0831-010, C
14. Andreica-Săndică B. The Necessity of Family Type Interventions During First - Episode Psychosis in Schizophrenia. *J Trauma Treat* 1:e111, 2012;
15. Killackey E, First-episode psychosis, in Lambert M, Naber D, *Current Schizophrenia*, Third edition, Springer Healthcare, 2012, 15-19