



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **ALICE IN WONDERLAND SYNDROME AND CYCLOID PSYCHOSIS: A CASE REPORT**

María S. Castiella Junquera<sup>1</sup>, Ana María Fernández-Braso Arranz<sup>1</sup>, Beatriz Villagrasa Blasco<sup>1</sup>,  
Beatriz Aguado Revilla<sup>1</sup>, Ricardo C. Campos Ródenas<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Médico Interno Residente de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

<sup>2</sup> Médico Adjunto de Psiquiatría, Jefe de Sección de la Unidad de Hospitalización de Adultos,  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

[mcastiellajunquera@gmail.com](mailto:mcastiellajunquera@gmail.com)

Psicosis cicloide, bouffée delirante, trastorno psicótico agudo, trastorno psicótico transitorio.

Cycloid psychoses, bouffée delirante, acute and transient psychoses.

### **RESUMEN**

Las psicosis cicloides son un tipo de psicosis agudas transitorias que se caracterizan por su gran polimorfismo y labilidad intra e interepisódica; sin embargo podemos hablar de una serie de rasgos comunes como la brusquedad de aparición de los síntomas, la alteración global de la vida psíquica del paciente, la tendencia a la repetición, la remisión completa y rápida de cada episodio y la ausencia de deterioro. En relación a este tema, se presenta el caso de una mujer de 39 años con un único ingreso previo en nuestra Unidad en el año 1994 por episodio psicótico agudo. Desde entonces mantuvo seguimiento en Consultas Externas, presentando episodios leves de descompensación con humor disfórico que fueron tratados de manera ambulatoria. En el episodio actual, la paciente presenta comportamientos anómalos en contexto de la súbita aparición de vivencias deliroides de contenido autorreferencial y perjuicio, con alteraciones en la integración sensorial (Dismorfopsias y micropsia) como los descritos por Lewis Carroll, que fueron rescatados para la psiquiatría por el Dr. Todd<sup>1</sup> como el Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas y que siguen siendo actualmente utilizados en Medicina y Neurología<sup>2</sup>. Todo ello se acompaña de fenómenos de despersonalización y desrealización. Se pretende realizar una revisión no sistemática acerca de los criterios diagnósticos y el diagnóstico diferencial de las psicosis agudas transitorias.

# **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **ABSTRACT**

Cycloid psychoses are a type of acute transient psychosis which is characterized by high polymorphism and intra- and Interepisode lability; however we can identify a number of common features such as the suddenness of onset of symptoms, global disturbance of psychic life of the patient, the tendency to repetition, the complete and rapid remission of each episode and the absence of deterioration. Concerning this subject, we present a 39 year old woman with one previous admission at our unit in 1994 by acute psychotic episode is presented. Since then, the patient remained in psychiatric follow up, presenting mild episodes of decompensation with dysphoric mood which were treated on outpatient care. In the current episode, the patient has abnormal behavior in context of the emergence of delusional experiences of self-referential prejudice content, with alterations in sensory-perceptual integration (Dismorfopsias and micropsias) as those described by Lewis Carroll, rescued for Psychiatry by Dr. Todd<sup>1</sup> under Alice in Wonderland Syndrome and still currently in use for medicine and Neurology<sup>2</sup>. All this is accompanied by phenomena of depersonalization and derealization. We shall carry out a non-systematic review of the diagnostic criteria and differential diagnosis of acute transient psychosis.

## **INTRODUCCIÓN**

Las psicosis cicloides son un tipo de psicosis agudas transitorias que se caracterizan por su gran polimorfismo y labilidad intra e interepisódica; sin embargo podemos hablar de una serie de rasgos comunes como la brusquedad de aparición de los síntomas, la alteración global de la vida psíquica del paciente, la tendencia a la repetición, la remisión completa y rápida de cada episodio y la remisión a largo plazo (no deterioro). Este grupo de psicosis se engloban con frecuencia dentro de las psicosis atípicas aunque se reconoce su identidad propia en la CIE-10 bajos los términos de trastorno polimorfo agudo con o sin síntomas de esquizofrenia <sup>3-6</sup>

Aunque la aparición de los síntomas suele ser repentina, en la mitad de los casos se descubre un periodo previo de pródromos, en el que se aprecian ligeros cambios de humor, inquietud, alteraciones del sueño e incluso sentimientos de autorreferencia. <sup>3-6</sup>

Cuando cede el cuadro y se inicia la recuperación, el paciente no suele guardar un recuerdo total del episodio, y las vivencias que recuerda, incluso las delirantes, son percibidas distantes y extrañas, como si de un sueño se tratara; esto provoca que el paciente tenga un sentimiento de enfermedad mucho más claro que en la esquizofrenia, lo que permite corregir el juicio delirante con mayor facilidad, una mejor adhesión al tratamiento y, finalmente, una completa restitución de la enfermedad. <sup>3-6</sup>

# SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

## HISTORIA CLÍNICA

### Motivo de ingreso

Se trata de una mujer de 39 años que acudió acompañada por sus familiares al servicio de Urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa por presentar un incremento de una reacción psicológica de desmoralización comprensible que se intensificó los días previos al ingreso, apareciendo clínica polimorfa con comportamientos anómalos y pérdida de sentido de la realidad (*"Se encerró en su cuarto, salía para gritarnos y luego se volvía a encerrar", "Cada vez que cogíamos el teléfono nos lo quitaba"*).

Se realizó un ingreso de carácter involuntario.

### Antecedentes personales

Esta paciente ingresó por primera vez en el servicio de psiquiatría en 1994, por presentar un episodio psicótico agudo similar al actual (*"igual, igual... ha sido como la otra vez..."*). El factor precipitante principal en aquella ocasión, según refiere la paciente, fue el paso del instituto a la universidad y el progresivo descenso de su rendimiento académico: calificaciones *"más mediocres de lo que estaba acostumbrada"*, abandono progresivo del estudio debido a la frustración y *"se me vino todo encima"*.

Presentó buena respuesta al tratamiento y tuvo una evolución favorable que permitieron la reincorporación a sus actividades habituales con total normalidad.

Desde entonces ha estado en seguimiento en Consultas Externas, presentando en este periodo episodios leves de descompensación con humor disfórico que fueron tratados de manera ambulatoria con sertralina y, en ocasiones, con dosis bajas de clozapina.

No precisaba medicación de mantenimiento desde hacía varios años (*"cuando me notaba más baja o más angustiada iba a hablar un rato con el doctor y ya volvía como nueva"*).

### Antecedentes familiares

La madre de la paciente es una mujer *"perfeccionista y muy exigente"*. Padece ansiedad desde joven. Está diagnosticada de hipotiroidismo.

El padre, no presenta antecedentes psiquiátricos de interés. Sin embargo, ha sufrido diversos problemas médicos de importancia a lo largo de su vida, entre los que destacan un cáncer de tiroides y, recientemente, un cáncer de colon con múltiples complicaciones que requirieron largos periodos de ingreso. La paciente reconoce este episodio como desencadenante del inicio de su malestar psicológico.

### Enfermedad actual

Para hablar de la enfermedad actual de nuestra paciente, parece conveniente que nos

## **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

remontemos a los meses previos al episodio agudo.

La paciente refiere que fue durante y tras un largo periodo de preocupación por la salud de su padre cuando comenzó a sentir un aumento de malestar psíquico en forma de reacción de desmoralización.

En un intento de alejarse y mejorar anímicamente, dos semanas antes del ingreso buscó de forma precipitada un vuelo a Londres.

Una vez allí, la paciente estuvo sometida a un gran estrés debido a las dificultades para adaptarse y encontrar trabajo *"el ritmo de vida en Londres es muy distinto, es todo movimiento, todo va rápido, y si no lo sigues estás fuera", "si no sirves, te vas, Londres está lleno de gente que busca trabajo..."*.

Comenzó su trabajo en una academia, lo que conllevó una gran carga laboral (*"tuve hasta 8 horas diarias de clase, y tan pronto me metían un grupo de iniciación como uno avanzado, tres horas seguidas..."*) que no pudo soportar (*"les dije que no podía y me quitaron un montón de horas, pero demasiadas... fatal también, me frustraba mucho"*).

Todo ello propició un incremento de la presión de sufrimiento psíquico que conllevó la acentuación de insomnio previo y que llegó a ser total durante unos días.

Durante la semana previa al ingreso, este malestar se intensificó hasta eclosionar bruscamente en forma de experiencias (ocurrencias e inspiraciones) que son vivenciadas como impuestas. Así, a raíz de varios días insomne y la pérdida de su teléfono móvil, la paciente comenzó a presentar ideas deliroides de significado y contenidos autorreferenciales y de perjuicio en relación al director del centro (quien habría sustraído su teléfono para averiguar cosas a cerca de su pasado). Tras la recuperación del teléfono, una amiga suya se pone en contacto con la paciente a través de una aplicación telefónica y la paciente está firmemente convencida que todo forma parte de un "complot" para recoger información sobre ella y discute con su amiga. En ese momento es cuando la paciente sitúa su descompensación *"total"*.

En ese momento, a las ideas deliroides de contenido autorreferencial se añadieron la experimentación de sensaciones corporales que fueron vivenciadas como sentimientos de desrealización y despersonalización *"sentí que había perdido, era como si me estuviera clavando mi propio agujón, que perdía una parte de mí, y fue cuando sentí que me hacía esa raja... como si me mutilasen, como si me quitasen partes de mí..."*, *"sentía como si se me estuviera haciendo una máscara en la cara, me veía a mi misma y tenía una máscara de las de las farsas, la que tiene como una sonrisa al revés..."*.

Tras estos episodios sus familiares decidieron ir a buscarla. Durante el vuelo continuaba la ideación autorreferencial de perjuicio y se añadieron alteraciones en la integración

## **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

sensoperceptiva (Dismorfopsias y micropsias): *"Cuando iba en el avión con mi hermano me veía como si me hiciese cada vez más pequeña, me iba encogiendo y encogiendo en el asiento... sólo se me pasaba cuando me tocaban, que entonces volvía a mi tamaño... o cuando me daban de comer, pero eso no me dejaba porque pensaba que me iban a drogar, sentía que tenía que hacerlo todo yo sola..."*.

Una vez en casa las ideas deliroides de perjuicio se extendieron al ámbito familiar *"ya lo habéis conseguido"*.

### **Examen mental**

#### Estado de consciencia, aspecto y conducta

Al ingreso, la paciente se encontraba consciente, alerta y orientada en las tres esferas. Aspecto adecuado. Poca colaboradora, actitud distante y suspicaz.

#### Habla y curso del pensamiento

Habla parca en palabras, en respuesta a preguntas, desarrollando un discurso organizado. Incoherencia del pensamiento.

#### Estado de ánimo y esfera instinto-vegetativa

Hipotimia de cualidad melancólica Humor delirante "algo pasa, no sé qué...sucederá de forma inminente". Aumento de irritabilidad acorde a angustia psicótica que oscila en intensidad.

Insomnio total de larga evolución. Hiporexia con pérdida ponderal no cuantificada. Disminución de la libido.

#### Contenido del pensamiento y consciencia del Yo

Transformación global de la vida psíquica con experiencias que se imponen con viveza y extrañeza, que conllevan alteraciones en la conciencia yoica (holodisfrenia de Barahona con fenómenos de pasividad e imposición) así como actividad delusiva polimorfa (con predominio de contenidos de referencia, posesión y corporales) y que son variables. .

#### - Sensopercepción

No se evidenciaron alteraciones en la sensopercepción en el momento del ingreso, los fenómenos pseudoperceptivos visuales ya habían cedido.

#### Memoria, inteligencia y juicio

No se objetivaron alteraciones en las funciones superiores.

Grave pérdida del sentido de realidad con insight no conservado.

# SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Bioquímica y hemograma: sin alteraciones.
- TSH: normal.
- Vitamina B12 y ácido fólico: normales.
- Prueba de embarazo: negativa
- Serologías (VIH, lúes, VHC y VHB): negativas
- Perfil de tóxicos en orina: negativo.
- TAC cerebral: sin alteraciones.
- EEG: registro sin anomalías valorables.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Conforme a los síntomas y síndromes que apreciamos, planteamos el siguiente diagnóstico diferencial:

- Tr. neurocognitivo en forma de Delirium: a pesar de que la mayoría de los síntomas de la paciente pueden recogerse en este síndrome (incoherencia del pensamiento, trastornos del sueño, trastornos emocionales, pseudoalucinaciones, ideas delirantes y comienzo subagudo), no aparece un rasgo fundamental como es el deterioro cognoscitivo agudo con alteración en el nivel de conciencia (que no en la conciencia yoica), y las pruebas complementarias apuntan que no hay signos de organicidad (bioquímica normal, no carencias vitamínicas, hormonas tiroideas dentro de la normalidad, no signos de infección) ni de intoxicación (tóxicos negativos en orina).
- Psicosis secundarias a otros trastornos médicos: descartados por lo referido en el apartado anterior.
- Psicosis por Intoxicación por consumo de sustancias: el exámen de tóxicos en orina fue negativo.
- Psicosis en el contexto de los llamados síndromes ligados a la cultura. Hay un viaje a otro país Europeo en donde los estresores relacionados con el trabajo predominan sobre los propios de una aculturación.
- Psicosis esquizofreniforme de Langfeldt y la psicosis aguda esquizoafectiva de Kasanin. Su duraciones entre 1 y 6 meses la distingue del cuadro que presentamos.
- Esquizofrenia y otros trastornos delirantes crónicos: aunque los síntomas que engloban estos síndromes se ajustan a los de nuestro caso (incoherencia del pensamiento, conducta

## **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

aberrante, síndrome delirante, síndrome alucinatorio), de nuevo la duración del episodio es menor a un mes y la no persistencia en el tiempo excluyen ambos diagnósticos.

- Trastornos afectivo: si bien nuestra paciente impresiona de padecer clínica de hipotimia, los trastornos de la afectividad no son éstos los que constituye el eje psicopatológico fundamental sino la fisuración de la conciencia yoica.
- Trastorno psicótico transitorio como descompensación de trastorno límite de la personalidad. No se justifica por la ausencia de un patrón desadaptativo en las relaciones interpersonales, existiendo un adecuado ajuste premórbido.
- Trastorno psicótico agudo y transitorio: en este tipo de trastorno, además de la coincidencia de sintomatología (síndromes psicóticos agudos con predominio de alucinaciones e ideas delirantes y disminución de la conciencia), aparecen el comienzo agudo del episodio y una recuperación total en un corto periodo de tiempo, así como la existencia de un antecedente de estrés ("eventos vitales"). Desde el punto de vista psicodinámico podríamos entender la relación la sintomatología psíquica con la anticipación de una pérdida (diagnóstico de enfermedad oncológica de su padre). En el DSM5 actual dentro de la categoría de tr. psicótico breve se puede especificar si existe estresor significativo o si tiene su comienzo en el postparto.

Dentro de estos trastornos, encontramos las psicosis cicloides que es el diagnóstico por el que nos hemos decantado en este caso tanto por la clínica descrita como por su recurrencia.

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Psicosis cicloide de Leonhard en su forma de angustia-felicidad (y en concreto a la forma de psicosis de referencia aguda dentro de las psicosis marginales de Kleist o la de angustia-tristeza-perjuicio de Barcia). Actualmente se tipifica como trastorno psicótico agudo y transitorio en su subtipo de trastorno psicótico polimorfo agudo (CIE10, F23.0).

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

Durante la semana y media de ingreso, se realizaron intervenciones y apoyo en crisis para conseguir alianza terapéutica que permitiese recuperar el sentido de realidad así como mantener su seguridad. A nivel sintomático se pautó tratamiento psicofarmacológico consistente en:

- Abilify (Aripiprazol) 5 mg, 1 comprimido con el desayuno y 1 en comida
- Rivotril (Clonacepam) 2 mg, ½ comprimido al acostarse.

# **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **EVOLUCIÓN**

A lo largo del ingreso, tras varios días con medicación antipsicótica, tanto la angustia como las vivencias delirantes y las ideas autorreferenciales de prejuicio referidas fueron desapareciendo, llegando la paciente a hacer crítica de las mismas.

Tras remitir la clínica psicótica y tomar conciencia de enfermedad, la paciente tuvo sentimientos de desmoralización, verbalizando preocupación por *"no poder llevar una vida normal"* ante posibles recaídas, y sentimientos de frustración por no haber podido alcanzar la estabilidad laboral y la independencia que deseaba (*"cada vez que quiero hacer algo con mi vida pasa algo para que no lo consiga"*).

## **COMENTARIO SOBRE LA RELEVANCIA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES**

La incidencia de las psicosis agudas y transitorias varía entre 3.9-9.8 por cada 100.000 habitantes y tienen tasas de estabilidad diagnóstica a los 2 y 3 años de 6.7 y 1.4 respectivamente<sup>6</sup>. Los estudios más recientes 6-15 confirman el predominio de mujeres en edad adulta y un predominio de prevalencia en países en vías de desarrollo o con ingresos medios. Estas presentaciones conllevan riesgos de mortalidad tanto por causas naturales como no naturales. El suicidio es la causa más frecuente de mortalidad prematura y supone un 25% de su mortalidad. No se han identificado factores de vulnerabilidad premórbida o de personalidad específica. Se ha documentado un mayor riesgo en pacientes con antecedentes familiares y con factores psicosociales (acontecimientos de vida, inmigración,...) apoyando el modelo de estrés-vulnerabilidad.

Desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se han descrito bajo en distintos países y con diferentes nombres, un grupo de psicosis agudas caracterizadas por un inicio brusco y breve duración, entre las que se incluyen la psicosis cicloide, en países de habla alemana, el bouffée délirante, en países francoparlantes, y la reactiva o psicógena, en países escandinavos. Estas psicosis comparten una serie de características, como el curso benigno de la enfermedad (remisión completa y rápida de cada episodio y a largo plazo), alteración global de la vida psíquica del paciente, la tendencia a la repetición, una mayor prevalencia en las mujeres y una alta prevalencia de factores estresantes (psicológicos y fisiológicos) asociados.<sup>3-6</sup>

En 1924, Karl Kleist acuñó el término Zyloide Psychosen (psicosis cicloide), que más tarde elaborarían Karl Leonhard y Carlo Perris.<sup>3-6</sup>

Diversos autores (entre ellos Perris, Brockington, Pull y Pichot), en un intento de sintetizar el concepto de psicosis cicloides, propusieron los siguientes criterios diagnósticos<sup>4-5</sup>:



## **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

- A. Psicosis aguda con presentación entre los 15 y los 50 años (más frecuentemente en mujeres)
- B. Delirio de aparición brusca (menos de 48 horas), polimorfo y sin tema prevalente.
- C. Alteración psíquica sin desorientación temporo-espacial, con al menos tres de los siguientes criterios:
  - a. Cambios repentinos de reacción emocional (angustia/ansiedad-cólera)
  - b. Cambios repentinos de humor (euforia-depresión)
  - c. Cambios repentinos de comportamiento (agitación-postración)
  - d. Despersonalización y/o desrealización
  - e. Alucinaciones o percepciones inhabituales de cualquier tipo
- D. Desaparición de los síntomas A y B con retorno completo al estado anterior en menos de dos meses.
- E. Ausencia de antecedentes personales psiquiátricos salvo uno o dos episodios similares anteriores
- F. Cuadro no secundario a trastorno mental orgánico, alcoholismo o toxicomanía.

En resumen, actualmente para las personas en formación es muy difícil encontrar referencias clásicas en los libros de texto de la Psiquiatría general ya que hay una notable influencia norteamericana sesgada hacia las clasificaciones DSM. Esto va en detrimento del diagnóstico y especificación (no se diagnostica lo que no se estudia previamente) de las psicosis cicloides. Sin embargo, tal y como ilustra este caso, las presentaciones atípicas no son excepcionales en la clínica. Además su intento de formulación nos lleva a plantear aspectos psicodinámicos, y no únicamente biológicos, para su mejor comprensión y asistencia. Afortunadamente ha habido un reciente resurgimiento de nuevos estudios y revisiones 6-15 sobre las psicosis agudas y transitorias que fueron excluidas de los estudios epidemiológicos de primeros episodios y que son entidades diferenciadas de las esquizofrenias y de las psicosis maniaco-depresiva (hoy tr. bipolar). En definitiva, la clasificación de la clínica psicótica no es anecdótica. Supone todo un reto y también muchas oportunidades ya que sus implicaciones terapéuticas y asistenciales son cada vez más preminentes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Todd, John. The syndrome of Alice in Wonderland. Canadian Medical Association Journal.1955: **73** (9): 701-704.

## **SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS EN EL CONTEXTO DE PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

2. Lanska, JR Lanska DJ. Alice in Wonderland Syndrome: somesthetic vs visual perceptual disturbance". *Neurology*. 2013; 80 (13): 1262–1264.
3. Garrabé J, Cousin FR. Acute and transient psychoti disorders. En: *New Oxford Textbook of Psychiatry* (eds. MG Gelder, N Andreasen, JJ Lopez-Ibor JJ, JR Geddes). Vol. 1; pp. 602-8. Oxford University Press: Oxford, 2012
4. Barcia D. Psicosis cicloides (psicosis marginales, bouffées delirantes). Ed. Tracastela: Madrid, 1998.
5. Barcia D. Características de los cuadros delirantes de las psicosis cicloides. En: *Actualización en delirios* (eds. J. Vallejo, L. Sanchez-Planell). pp. 207-223. Aula Médica: Madrid, 2001.
6. Castaganini A, Galeazzi GM. Acute and transient psychoses: clinical and nosological issues. *Br J Psych Advances*.2016; 22: 292-300.
7. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychological Medicine*. 2003; 33: 443-53.
8. Nugent KL, Paksarian D, Mojtabai R. Nonaffective acute psychoses: uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13:203-10.
9. Salvatore P, Bhuvanewar C, Ebert D, Maggini C, Baldessarini RJ. Cycloid psychoses revisited: case reports, literature review, and commentary. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:167-80.
10. Aadmsoo , Saluveer E, Küünarpuu H et al. Diagnostic stability over two-years in patients with acute and transient psychotic disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2011; 65: 381-88.
11. Björkenstam E, Björkenstam C, Hjern A et al. A five year diagnostic follow-up of 1840 patients after a first episode of non-schizophrenia and non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*. 2013; 150: 205-210.
12. Esan O, Fawole OL. Acute and transient psychotic disorder in a developing country. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014; 60: 442-8.
13. Castagnini A, Munk-Jorgensen P, Bertelsen A. Short-term course and outcome of acute and transient psychotic disorders: differences from other types of psychosis with acute onset. *Internactional Journal of Social Psychiatry*. 2016; 62; 51-6.
14. Castagnini A, Foldager L. Variations in incidence and age of acute and transient psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013; 48; 1917-23.
15. Castagnini A, Foldager L, Bertelsen A. Long-term stability of acute and transient psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47; 59-64.