
Transtorno psicótico breve: quando suspender o antipsicótico? **Relato de caso**

Brief psychotic disorder: when should antipsychotic treatment be discontinued? A case report

Trastorno psicótico breve: ¿cuándo suspender el antipsicótico?
Reporte de caso

1 Daniel Nunes Pinto  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Jussara Alvarenga Mendonça - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Rodrigo Nicolato - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Antonio Marcos Alvim Soares Júnior - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Austen Venâncio Drummond - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação do autor: **1** [Residente, Psiquiatria, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **2, 4, 5** [Psiquiatra, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **3** [Psiquiatra, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: Leonardo Baldaçara

Contribuição do autor segundo a [Taxonomia CRediT](#):

Pinto DN [1, 2, 3, 5, 6, 7, 12, 13], Mendonça JA, Nicolato R [10, 11, 14], Soares AMA Junior, Drummond AV [14].

Conflito de interesses: declara não haver

Fonte de financiamento: declara não haver

Parecer CEP: CAAE: [95790526.5.0000.0283](#)- Parecer n. [8.362.020](#)

Recebido em: 13/05/2026

Aprovado em: 27/06/2026

Publicado em: 11/07/2026

Como citar: Pinto DN, Mendonça JA, Nicolato R, Soares Junior AMA, Drummond AV. Transtorno psicótico breve: quando suspender o antipsicótico? Relato de caso. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-12, e1605. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1605>

RESUMO:

Introdução: A duração do tratamento antipsicótico após remissão de um primeiro episódio psicótico é objeto de debate, e a extrapolação direta de protocolos de esquizofrenia para o transtorno psicótico breve exige cautela. **Objetivo:** Discutir a suspensão precoce de antipsicótico em um caso de transtorno psicótico breve com sintomas catatônicos, considerando diagnóstico diferencial, evolução funcional e literatura sobre primeiro episódio psicótico. **Método:** Relato de caso com apoio de revisão narrativa de literatura sobre transtorno psicótico breve, catatonia, intervenção precoce em psicose e estratégias de manutenção, redução ou descontinuação de antipsicóticos. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Polícia Militar, CAAE [1 95790526.5.0000.0283](#), Parecer [8.362.020](#). Enviou TCLE assinado. **Resultado:** Homem com menos de 25 anos apresentou primeiro episódio psicótico de início agudo, com ideias persecutórias e de culpa, desorganização do pensamento, rigidez postural, olhar fixo, redução da espontaneidade verbal e comportamento psicomotor compatível com catatonia. A investigação clínica e neurológica inicial não identificou causa orgânica. Houve resposta rápida a lorazepam e risperidona, com remissão de sintomas psicóticos, catatônicos e negativos aparentes. A retirada gradual do antipsicótico foi realizada precocemente devido a efeitos adversos funcionais, com seguimento ambulatorial por cerca de um ano sem recaída. **Conclusão:** Em transtorno psicótico breve, a decisão de suspender antipsicótico deve ser individualizada, longitudinal e acompanhada de monitoramento rigoroso, especialmente quando há catatonia, sintomas negativos, dúvida diagnóstica ou prejuízo funcional associado ao tratamento.

Palavras-chave: antipsicóticos, interrupção do tratamento, psicose, transtornos psicóticos, catatonia, primeiro episódio psicótico, transtorno psicótico breve.

ABSTRACT:

Introduction: The duration of antipsychotic treatment after remission from a first episode of psychosis remains debated, and direct extrapolation from schizophrenia protocols to brief psychotic disorder requires caution. **Objective:** To discuss early antipsychotic discontinuation in a case of brief psychotic disorder with catatonic symptoms, considering differential diagnosis, functional recovery and the literature on first-episode psychosis. **Method:** Case report supported by a narrative literature review on brief psychotic disorder, catatonia, early intervention in psychosis and

maintenance, dose-reduction or discontinuation strategies for antipsychotics. Research Ethics Committee of Military Police Hospital, under opinion number [8.362.020](#), CAAE [195790526.5.0000.0283](#). Submitted signed Informed Consent Form. **Result:** A man younger than 25 years presented with an acute first episode of psychosis, including persecutory and guilt-related delusions, disorganized thought, postural rigidity, fixed gaze, reduced verbal spontaneity and psychomotor behavior compatible with catatonia. Initial clinical and neurological investigation did not identify an organic cause. He responded rapidly to lorazepam and risperidone, with remission of psychotic, catatonic and apparent negative symptoms. Antipsychotic medication was gradually discontinued early because of functionally relevant adverse effects, and approximately one year of outpatient follow-up showed no relapse. **Conclusion:** In brief psychotic disorder, antipsychotic discontinuation should be individualized, longitudinally reassessed and accompanied by close monitoring, particularly when catatonia, negative symptoms, diagnostic uncertainty or treatment-related functional impairment is present.

Keywords: antipsychotics, treatment discontinuation, psychosis, psychotic disorders, catatonia, first-episode psychosis, brief psychotic Disorder

RESUMEN:

Introducción: La duración del tratamiento antipsicótico después de la remisión de un primer episodio psicótico sigue siendo objeto de debate, y la extrapolación directa de protocolos de esquizofrenia al trastorno psicótico breve requiere cautela. **Objetivo:** Discutir la suspensión precoz del antipsicótico en un caso de trastorno psicótico breve con síntomas catatónicos, considerando el diagnóstico diferencial, la recuperación funcional y la literatura sobre primer episodio psicótico. **Método:** Informe de caso respaldado por una revisión narrativa de la literatura sobre el trastorno psicótico breve, la catatonía, la intervención temprana en psicosis y las estrategias de mantenimiento, reducción de dosis o suspensión de antipsicóticos. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Policía Militar dictamen n. [8.362.020](#); CAAE [195790526.5.0000.0283](#). Se presentó el formulario de consentimiento informado firmado. **Resultado:** Varón menor de 25 años presentó un primer episodio psicótico de inicio agudo, con ideas persecutorias y de culpa, desorganización del pensamiento, rigidez postural, mirada fija, reducción de la espontaneidad verbal y comportamiento psicomotor



compatible con catatonía. La investigación clínica y neurológica inicial no identificó una causa orgánica. Respondió rápidamente a lorazepam y risperidona, con remisión de síntomas psicóticos, catatónicos y negativos aparentes. El antipsicótico se suspendió gradualmente de forma precoz debido a efectos adversos funcionalmente relevantes, y el seguimiento ambulatorio de aproximadamente un año no mostró recaídas. **Conclusión:** En el trastorno psicótico breve, la suspensión del antipsicótico debe ser individualizada, longitudinal y acompañada de seguimiento estrecho, especialmente cuando existen catatonía, síntomas negativos, incertidumbre diagnóstica o deterioro funcional relacionado con el tratamiento.

Palabras clave: antipsicóticos, interrupción del tratamiento, psicosis, trastornos psicóticos, catatonía, primer episodio psicótico, trastorno psicótico breve.

INTRODUÇÃO

O transtorno psicótico breve é definido, no [DSM-5-TR](#), pela presença de um ou mais sintomas psicóticos, delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento grosseiramente desorganizado/catatônico, com duração de pelo menos um dia e inferior a um mês, seguida de retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido [[1](#)]. A categoria tem utilidade clínica, mas também exige prudência: no início de um quadro psicótico, o diagnóstico pode mudar com o seguimento longitudinal, especialmente quando há sintomas catatônicos, sintomas negativos, manifestações afetivas ou possibilidade de condição clínica, neurológica, uso de substâncias ou medicações [[1](#) - [2](#)].

Primeiro episódio psicótico é uma formulação sindrômica e assistencial, não um diagnóstico único. Diversos programas e diretrizes internacionais organizam o cuidado inicial em torno desse conceito, incluindo avaliação abrangente, intervenção precoce, psicoeducação familiar, monitoramento de risco, atenção ao uso de substâncias, reabilitação funcional e tratamento farmacológico quando indicado [[3](#) - [4](#)]. Entretanto, a literatura que orienta tempo de manutenção de antipsicóticos após remissão deriva principalmente de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e psicoses não afetivas de início recente, não especificamente de transtorno psicótico breve [[2](#), [5](#) - [6](#)].

Essa distinção é relevante porque os episódios psicóticos breves apresentam curso heterogêneo. Revisões recentes destacam que uma parcela dos pacientes evolui com remissão sustentada, enquanto outra pode apresentar recorrência, transição diagnóstica ou pior prognóstico, particularmente quando há maior duração de psicose não tratada, sintomas negativos, prejuízo funcional, uso de cannabis ou marcadores de vulnerabilidade psicótica [2, 7]. Assim, a pergunta sobre quando suspender o antipsicótico deve ser respondida com base em diagnóstico provável, risco de recaída, tolerabilidade, recuperação funcional, suporte familiar e possibilidade de acompanhamento próximo.

O presente relato descreve um caso de transtorno psicótico breve com sintomas catatônicos, necessidade de internação psiquiátrica, resposta rápida a lorazepam e risperidona e suspensão precoce do antipsicótico por efeitos adversos funcionais, com evolução favorável em seguimento de aproximadamente um ano. O objetivo é discutir, a partir do caso, os limites da extrapolação de protocolos de primeiro episódio psicótico para transtorno psicótico breve e os cuidados necessários na redução ou retirada de antipsicóticos.

MÉTODO

Relato de caso com apoio de revisão narrativa de literatura sobre transtorno psicótico breve no acompanhamento de um paciente em serviço de psiquiatria, desde a internação psiquiátrica aguda até o seguimento ambulatorial. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Polícia Militar, CAAE [1 95790526.5.0000.0283](#), Parecer [8.362.020](#). Enviou TCLE assinado. Dados potencialmente identificadores foram agrupados ou omitidos para preservar a confidencialidade, incluindo idade exata, local de procedência, religião, instituição de formação, função específica exercida no curso e dados acadêmicos posteriores.

Aspectos éticos

Conforme informado pelos autores, o relato integra protocolo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, com documentação mantida pelos autores para apresentação ao periódico quando solicitada. O manuscrito preserva a confidencialidade do paciente por meio de anonimização, agrupamento e omissão de dados potencialmente identificadores.

Foi realizada revisão narrativa dirigida sobre transtorno psicótico breve, primeiro episódio psicótico, catatonia e estratégias de manutenção, redução ou descontinuação de antipsicóticos. Foram priorizadas revisões

recentes, diretrizes, ensaios clínicos randomizados, estudos de seguimento e coortes populacionais, com atenção à diferença entre evidência específica para transtorno psicótico breve e evidência extrapolada de psicoses não afetivas ou esquizofrenia de início recente.

Apresentação do caso

Homem com menos de 25 anos, solteiro, estudante, sem histórico psiquiátrico pessoal conhecido e sem relato de transtornos psiquiátricos familiares, está em acompanhamento ambulatorial há cerca de um ano após internação por primeiro episódio psicótico. Antes do episódio, participava de um curso de formação com elevada demanda física e intelectual.

A descrição a seguir reconstrói retrospectivamente a apresentação do primeiro episódio. Segundo relato de terceiros e registros assistenciais, a mudança comportamental foi percebida de forma aguda no contexto do curso. A duração exata do período inicial, em dias ou semanas, não pôde ser determinada com segurança a partir das informações disponíveis; por esse motivo, o termo início agudo foi usado para indicar mudança clinicamente evidente em curto intervalo, percebida por colegas e familiares, e não para estabelecer uma duração precisa.

Na admissão, o quadro era compatível com primeiro episódio psicótico, com ideias delirantes persecutórias dirigidas a colegas, ideias de culpa e ruína, interpretações autorreferentes de olhares e condutas de terceiros, desorganização do pensamento e comportamento social inadequado ao contexto. Havia também sintomas catatônicos: postura rígida, olhar fixo e pouco responsivo, redução da espontaneidade verbal, latência nas respostas, estereotipia ocular, aparente perplexidade/desconforto na entrevista e interrupções abruptas do contato verbal. Não havia relato consistente de episódio depressivo maior, mania ou hipomania antecedente.

Foram realizadas tomografia de crânio e investigação laboratorial inicial, sem achados que explicassem o quadro psicótico. Não havia história conhecida de uso de substâncias psicoativas ou medicações associadas à indução de sintomas psicóticos. No atendimento inicial, recebeu haloperidol para controle da agitação e dos sintomas psicóticos.

Em enfermaria, foram introduzidos lorazepam 2 mg/dia, com melhora rápida dos sintomas catatônicos, e risperidona 2 mg/dia, com remissão dos

sintomas psicóticos. A evolução foi descrita por familiar como retorno ao padrão pré-mórbido após poucos dias de tratamento. Recebeu alta após cerca de uma semana de internação, com remissão dos sintomas psicóticos e catatônicos, sem persistência clinicamente evidente de sintomas negativos como embotamento afetivo, avolia, alogia ou retraimento social.

A tentativa de redução medicamentosa ocorreu em razão de efeitos adversos funcionalmente relevantes, principalmente lentificação psicomotora, em contexto de alta exigência cognitiva e física. O lorazepam foi suspenso cerca de um mês após o início do quadro, após resolução da catatonia. A risperidona foi reduzida para 1 mg/dia na mesma ocasião e suspensão cerca de 20 dias depois, após nova avaliação clínica. O paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial por aproximadamente um ano, sem recorrência de sintomas psicóticos, catatônicos, afetivos ou comportamentais, com recuperação funcional e manutenção das atividades acadêmicas e sociais.

DISCUSSÃO

O caso ilustra uma situação frequente na prática clínica: um primeiro episódio psicótico de início agudo, com sintomas graves o suficiente para exigir internação, mas com remissão rápida e retorno funcional sustentado. A hipótese de transtorno psicótico breve foi favorecida pela duração inferior a um mês, recuperação completa, ausência de histórico psiquiátrico prévio conhecido, ausência de sintomas afetivos sindrômicos, ausência de uso de substâncias ou causa orgânica identificada e manutenção da remissão durante aproximadamente um ano de seguimento [1 - 2].

O diagnóstico diferencial com esquizofrenia com catatonia ou transtorno esquizofreniforme com catatonia deve ser explicitado. A presença de catatonia não define, por si só, esquizofrenia: catatonia pode ocorrer em transtornos psicóticos, transtornos do humor, condições clínicas, neurológicas e estados induzidos por substâncias ou medicamentos [1, 8]. No caso descrito, a curta duração do episódio, a remissão completa, a ausência de sintomas negativos persistentes e a recuperação funcional sustentada tornam esquizofrenia menos provável no momento. Ainda assim, a formulação diagnóstica deve permanecer longitudinal, pois parte dos quadros inicialmente breves pode evoluir para outros diagnósticos ao longo do tempo [2].

A literatura sobre primeiro episódio psicótico recomenda cuidado coordenado, intervenção precoce e acompanhamento intensivo. Ensaios e



estudos pragmáticos, como o RAISE Early Treatment Program/[NAVIGATE](#), indicam benefício de abordagens multidisciplinares no funcionamento e na qualidade de vida de pacientes com primeiro episódio psicótico [4]. Estudos de intervenção precoce, como o OPUS, também sustentam a importância de tratamento integrado, psicoeducação familiar e suporte psicossocial no início da psicose [9]. Esses protocolos, contudo, organizam o cuidado de psicoses iniciais em geral e não resolvem, isoladamente, a duração ideal de antipsicótico em transtorno psicótico breve.

A manutenção antipsicótica após remissão reduz risco de recaída em esquizofrenia e em amostras de primeiro episódio psicótico, mas a aplicabilidade desses dados ao transtorno psicótico breve é limitada. Ensaios de redução ou descontinuação em primeiro episódio psicótico mostram resultados heterogêneos. No estudo de Wunderink et al., a estratégia inicial de redução/descontinuação aumentou recaídas no curto prazo, mas no seguimento de sete anos foi associada a maior recuperação funcional em comparação à manutenção [10]. Em contraste, estudo randomizado com seguimento de dez anos em primeiro episódio de esquizofrenia e transtornos relacionados encontrou pior desfecho clínico em pacientes designados à descontinuação precoce, sustentando maior cautela em psicoses do espectro da esquizofrenia [11].

Além dos ensaios clínicos, dados observacionais reforçam a prudência na retirada precoce em esquizofrenia. Coorte nacional com seguimento de 20 anos em primeiro episódio de esquizofrenia observou maior risco de falha terapêutica após descontinuação antipsicótica, mesmo após anos de tratamento [12]. Esses achados não contradizem a possibilidade de suspensão em casos selecionados de transtorno psicótico breve; antes, indicam que a decisão deve diferenciar quadros breves remissivos de psicoses com maior risco de curso crônico.

Em condições ideais, a redução do antipsicótico após remissão deve ser gradual, planejada e compartilhada com o paciente e sua família. Recomenda-se verificar estabilidade sintomática e funcional, ausência de sintomas negativos persistentes, ausência de uso de substâncias, bom insight ou adesão ao acompanhamento, suporte familiar, baixo risco de suicídio ou heteroagressividade e possibilidade de acesso rápido ao serviço em caso de sinais iniciais de recaída [5, 6, 13]. Em geral, diretrizes para primeiro episódio psicótico recomendam manutenção por pelo menos 12 meses após remissão, e muitas práticas especializadas consideram períodos mais longos quando há diagnóstico de esquizofrenia, sintomas

residuais, baixa adesão, uso de cannabis, múltiplas internações ou recuperação funcional incompleta [5, 6, 13].

Quando a retirada é escolhida, a literatura favorece uma redução progressiva, com acompanhamento frequente e plano explícito de prevenção de recaída. Embora não exista um protocolo universal, uma estratégia prudente inclui redução em etapas, reavaliações clínicas regulares, orientação sobre sinais prodrômicos, plano de reinício de tratamento se houver insônia, suspeição, isolamento, desorganização, sintomas catatônicos ou deterioração funcional, e envolvimento de familiares autorizados [5, 6, 13]. No presente caso, a retirada foi mais precoce do que a recomendada para a maioria dos primeiros episódios psicóticos; sua justificativa clínica foi o prejuízo funcional relevante associado à medicação, em contexto de remissão completa e seguimento próximo.

A catatonia acrescenta complexidade ao manejo. Diretrizes recentes recomendam reconhecimento ativo de sinais catatônicos, investigação de causas médicas e neurológicas, uso de benzodiazepínicos como primeira linha em muitos casos e eletroconvulsoterapia quando há refratariedade, gravidade ou risco clínico [8]. No caso descrito, a resposta rápida ao lorazepam favoreceu o diagnóstico sindrômico de catatonia e permitiu sua suspensão após resolução. A ausência de recorrência catatônica no seguimento é um dado favorável, mas deve continuar sendo monitorada em revisões futuras.

As limitações deste relato incluem desenho de caso único, ausência de instrumento psicométrico padronizado para catatonia, psicose e sintomas negativos, impossibilidade de precisar retrospectivamente a duração exata da instalação inicial e ausência de grupo comparador. Ainda assim, o caso tem relevância clínica por apresentar uma situação pouco descrita em detalhe: suspensão precoce de antipsicótico após transtorno psicótico breve grave, com catatonia, remissão completa e recuperação funcional sustentada. Estudos futuros devem avaliar, em amostras maiores, quais pacientes com episódios psicóticos breves podem se beneficiar de redução medicamentosa precoce sem aumento inaceitável de risco.

CONCLUSÃO

O tempo ideal de manutenção antipsicótica após transtorno psicótico breve permanece pouco definido. A literatura sobre primeiro episódio psicótico oferece parâmetros úteis, mas deve ser aplicada com cautela quando o



quadro preenche critérios de transtorno psicótico breve e apresenta remissão completa. No caso descrito, a suspensão precoce foi bem-sucedida em seguimento de aproximadamente um ano, mas essa conduta não deve ser generalizada sem avaliação individualizada.

A decisão de reduzir ou suspender antipsicótico deve considerar diagnóstico diferencial, duração do episódio, presença de catatonia, sintomas negativos, recuperação funcional, tolerabilidade, preferência do paciente, suporte familiar e possibilidade de acompanhamento rigoroso. A principal contribuição do relato é reforçar que a retirada pode ser considerada em casos selecionados, mas apenas dentro de uma formulação longitudinal, com plano claro de monitoramento e rápida reintervenção se surgirem sinais de recaída.

REFERÊNCIAS

- 1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

- 2. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Rajkumar RP, López-Díaz Á, Malhotra S, Heckers S, Lawrie SM, Pillmann F. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(1):72-83.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00121-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00121-8) PMID:34856200

- 3. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, Galderisi S, Bechdolf A, Pfennig A, Kessing LV, Amelsvoort Tv, Nieman DH, Domschke K, Krebs M-O, Koutsouleris N, McGuire P, Do KQ, Arango C. Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(7):755-65.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779> PMID:32159746

- 4. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll CU, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Addington J, Brunette MF, Correll CU, Estroff SE, Marcy P, Robinson J, Meyer-Kalos PS, Gottlieb JD, Glynn SM, Lynde DW, Pipes R, Kurian BT, Miller AL, Azrin ST, Goldstein AB, Severe JB, Lin H, Sint KJ, John M, Heinssen RK. Comprehensive versus

usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*. 2016;173(4):362-72.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632> PMid:26481174
PMCID:PMC4981493

5. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guideline CG178. London: NICE; 2014.

6. Sommer IEC, Oomen PP, Hasan A. Maintenance treatment for patients with a first psychotic episode. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(3):200-06.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000494> PMid:30720486

7. Catalan A, Salazar de Pablo G, Aymerich C, Guinart D, Goena J, Madaria L, Pacho M, Alameda L, Garrido-Torres N, Pedruzo B, Rubio JM, Gonzalez-Torres MA, Fusar-Poli P. "Short" versus "long" duration of untreated psychosis in people with first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of baseline status and follow-up outcomes. *Schizophr Bull*. 2025;51(3):508-26.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbae201> PMid:39580760
PMCID:PMC12414564

8. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Wilson JE, Mann SC, Francis A, Wieck A, Wachtel LE, Lewis G, Grover S, Hirjak D, Ahuja N, Zandi MS, Young AH, Fone K, Andrews S, Kessler D, Saifee T, Gee S, Baldwin DS, David AS. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2023;37(4):327-69. <https://doi.org/10.1177/02698811231158232> PMid:37039129 PMCID:PMC10101189

9. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, le Quach P, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(7):762-71. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.762> PMid:18606949

- 10. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):913-20.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19> PMid:23824214
- 11. Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan S, Chen ESM, Pang EPF, Lui SSY, Chung DWS, Yeung WS, Ng RMK, Lo WTL, Jones PB, Sham P, Chen EYH. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(5):432-42.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30090-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30090-7) PMid:29551618
- 12. Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2018;175(8):765-73.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091001> PMid:29621900
- 13. Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*. 2018;17(2):149-60.
<https://doi.org/10.1002/wps.20516> PMid:29856543
PMCID:PMC5980517