

Relato de Caso

Recuperação Funcional na Esquizofrenia de Início Tardio: Relato de Caso

Gabriela Mano ^{1,*}, Thais Perissotto ¹, Giulia Scandiuizzi ¹, Mariana da Silva ¹, Georgia Mano ², Ana Carolina Olmos ¹, Gerardo Filho ¹

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

* Correspondência: gabibcabrera@gmail.com.

Resumo: A esquizofrenia é tipicamente caracterizada por início na vida adulta jovem e por um curso crônico, frequentemente deteriorante. Entretanto, a esquizofrenia de início tardio (*late-onset schizophrenia* – LOS), que ocorre após os 40 anos de idade, apresenta desafios clínicos distintos, especialmente no diagnóstico diferencial com doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares, bem como na avaliação do potencial de recuperação funcional. Relatamos o caso de uma mulher de 60 anos com quadro psicótico de início tardio e curso contínuo, compreendendo um pródromo de aproximadamente 12 meses e uma fase ativa superior a seis meses, caracterizada por delírios persecutórios e místico-religiosos, alucinações auditivas e visuais e progressivo isolamento social. Uma extensa investigação orgânica, incluindo ressonância magnética e PET/CT com 18F-FDG, demonstrou apenas microangiopatia leve da substância branca relacionada à idade e metabolismo cortical preservado, sem evidências de processo neurodegenerativo ou lesão expansiva. Após a otimização do tratamento com baixa dose de risperidona, a paciente alcançou remissão sintomática e retornou ao seu nível funcional pré-mórbido, avaliado clinicamente e por relato de informantes, ao longo de aproximadamente 22 meses de seguimento, antes da perda de acompanhamento. Este relato ilustra o desafio diagnóstico na fronteira entre a esquizofrenia de início tardio (LOS) e a psicose semelhante à esquizofrenia de início muito tardio (*very-late-onset schizophrenia-like psychosis* – VLOSLP), além de enfatizar que desfechos funcionais favoráveis são possíveis na esquizofrenia de início tardio quando há manejo multidisciplinar adequado e adesão ao tratamento farmacológico.

Citação: Mano G, Perissotto T, Scandiuizzi G, Silva M, Mano G, Olmos AC, Filho G. Recuperação Funcional na Esquizofrenia de Início Tardio: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr222.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr222>

Recebido: 4 Agosto 2026

Aceito: 19 Agosto 2026

Publicado: 2 Setembro 2026

Palavras-chave: Esquizofrenia de Início Tardio; Psicose; Recuperação Funcional; Diagnóstico Diferencial; Relato de Caso; Risperidona.



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A esquizofrenia compreende um espectro heterogêneo de manifestações clínicas, incluindo sintomas positivos e negativos, déficits cognitivos e diversas comorbidades psiquiátricas. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR), o diagnóstico requer a presença de pelo menos dois sintomas característicos durante uma fase ativa de, no mínimo, um mês, com sinais contínuos do transtorno persistindo por pelo menos seis meses, associados a prejuízo do funcionamento social ou ocupacional e à exclusão de etiologias orgânicas [1]. A trajetória clínica da doença é altamente variável, sendo influenciada pela idade de início, estabilidade dos sintomas e qualidade do acompanhamento multidisciplinar. Embora a esquizofrenia de início precoce (*early-onset schizophrenia* – EOS) represente o paradigma clássico da doença, uma parcela significativa dos pacientes não segue o padrão estereotipado de declínio progressivo.

Permanece uma importante lacuna de conhecimento em relação à recuperação funcional em pacientes com esquizofrenia de início tardio (*late-onset schizophrenia* – LOS), definida pelo surgimento dos sintomas entre os 40 e 60 anos de idade. Evidências sugerem que apenas cerca de 14% dos pacientes alcançam recuperação sustentada após um primeiro episódio de esquizofrenia [2]. A recuperação é definida pela ausência de sintomas psicóticos graves, presença mínima de sintomas negativos e desempenho adequado de papéis sociais, ocupacionais ou domésticos [2].

Os casos de LOS apresentam predominância feminina e frequentemente requerem doses menores de antipsicóticos em comparação com a EOS. Entretanto, quando o início ocorre próximo ou após os 60 anos, o clínico se depara com um verdadeiro “cruzamento diagnóstico” entre a LOS e a psicose semelhante à esquizofrenia de início muito tardio (*very-late-onset schizophrenia-like psychosis* – VLOSLP), esta última associada a maior risco de comprometimento neurocognitivo subsequente [3,4]. O presente caso ilustra uma trajetória incomum de recuperação funcional em uma paciente de 60 anos, contribuindo para a ainda escassa literatura sobre desfechos favoráveis e manutenção da funcionalidade em psicoses de início tardio.

Do ponto de vista fenomenológico, as psicoses de início tardio diferem em diversos aspectos da esquizofrenia de início precoce. Pacientes com LOS e VLOSLP apresentam, com maior frequência, delírios persecutórios e de intrusão (*partition delusions*), além de alucinações envolvendo múltiplas modalidades sensoriais, enquanto transtornos formais do pensamento, embotamento afetivo e sintomas negativos tendem a ser menos comuns [5,6]. A VLOSLP pode ainda seguir uma progressão em duas etapas do episódio psicótico [6]. Contudo, os critérios diagnósticos operacionais para essas entidades permanecem incompletamente definidos, dificultando a avaliação clínica e perpetuando a incerteza diagnóstica na fronteira com doenças neurodegenerativas [5].

Diante desse contexto, relatamos um caso de esquizofrenia de início tardio com remissão sintomática sustentada e recuperação funcional significativa após tratamento antipsicótico, destacando os desafios diagnósticos e terapêuticos envolvidos, bem como o potencial de desfechos favoráveis mesmo em pacientes com início da doença em idade avançada.

2. Relato de Caso

Uma mulher de 60 anos, casada, foi atendida no Ambulatório de Psiquiatria de um hospital terciário de referência em agosto de 2022, acompanhada pelo marido. Segundo o relato deste, havia aproximadamente 12 meses observava-se um pródromo caracterizado por progressivo isolamento social, ideação persecutória e desorganização comportamental. A paciente passou a trancar sistematicamente portas e janelas da residência, controlar os deslocamentos dos familiares, desligar a rede elétrica da casa para impedir a entrada de “energias ruins”, permanecer longos períodos com olhar fixo e perplexo, além de falar e gesticular como se conversasse com interlocutores invisíveis. Também passou a dormir com as luzes acesas. Nos três meses que antecederam a consulta, houve intensificação desses sintomas, com delírios persecutórios e místico-religiosos proeminentes, frequentes solilóquios e isolamento social quase completo. O marido negava redução da necessidade de sono, impulsividade, irritabilidade ou humor expansivo. A paciente não possuía histórico prévio de transtornos ansiosos ou depressivos, tampouco antecedentes familiares de doenças psiquiátricas.

Na avaliação direta, a paciente relatou retrospectivamente um processo psicótico contínuo. Desde 2021, descrevia experiências de desrealização e despersonalização (“eu dormi e acordei em uma realidade completamente diferente”). A partir de 2022, passou a apresentar alucinações auditivas depreciativas em vozes familiares, associadas à convicção de viver em um mundo paralelo e “espiritual”. Em 2023, surgiram alucinações visuais complexas e vívidas (“como se estivesse dentro de um projetor de imagens”), nas quais

via pessoas e diferentes épocas do tempo ao longo do dia, além de delírios místico-religiosos e da crença de possuir um dom espiritual presente desde a infância que lhe permitia visualizar simultaneamente o passado e o futuro. Relatava episódios frequentes de choro e um desejo passivo de deixar de viver, embora negasse ideação suicida e tristeza persistente. Em nenhum momento foram identificados episódios compatíveis com mania plena ou episódio depressivo maior.

Na avaliação inicial, as principais hipóteses diagnósticas incluíram um transtorno psicótico primário de início tardio e uma síndrome neurocognitiva emergente. Foi realizada investigação complementar abrangente, incluindo ressonância magnética (RM) de crânio (Figura 1) e rastreamento laboratorial completo, contemplando causas metabólicas e infecciosas potencialmente associadas a quadros psicóticos. Iniciou-se tratamento com risperidona na dose de 0,5 mg/dia, observando-se apenas melhora parcial; entretanto, a paciente interrompeu o uso da medicação por conta própria após aproximadamente dez dias.

A ressonância magnética evidenciou apenas discreta redução difusa do volume cortical e microangiopatia leve da substância branca periventricular e subcortical. Os hipocampos apresentavam volume e sinal preservados bilateralmente, sem lesões focais, expansivas ou restritivas à difusão. Esses achados não sugeriam etiologia estrutural ou neurodegenerativa para o quadro clínico. Os exames laboratoriais não demonstraram alterações relevantes. Considerando que, naquele momento, a duração documentada dos sintomas ainda era limitada e havia aparente melhora clínica inicial, foi levantada provisoriamente a hipótese diagnóstica de transtorno psicótico breve (CID-10 F23.0), permanecendo necessária a observação longitudinal para melhor caracterização do curso evolutivo da doença.

Na ausência de tratamento farmacológico adequado, os sintomas psicóticos persistiram, em vez de apresentarem remissão espontânea. Aproximadamente quinze meses após a avaliação inicial, a paciente retornou ao serviço com quadro psicótico exuberante, caracterizado por confusão mental, alucinações auditivas e visuais, além de delírios complexos de conteúdo místico-religioso e persecutório. Esses sintomas permaneceram continuamente presentes por pelo menos três meses e persistiram até a otimização do tratamento farmacológico, de modo que a fase ativa da psicose ultrapassou amplamente seis meses ao longo da evolução da doença. Observou-se importante comprometimento do funcionamento global, associado a queixas somáticas relacionadas à acuidade visual e zumbido, ambas posteriormente investigadas e descartadas por avaliações oftalmológica e otorrinolaringológica especializadas.

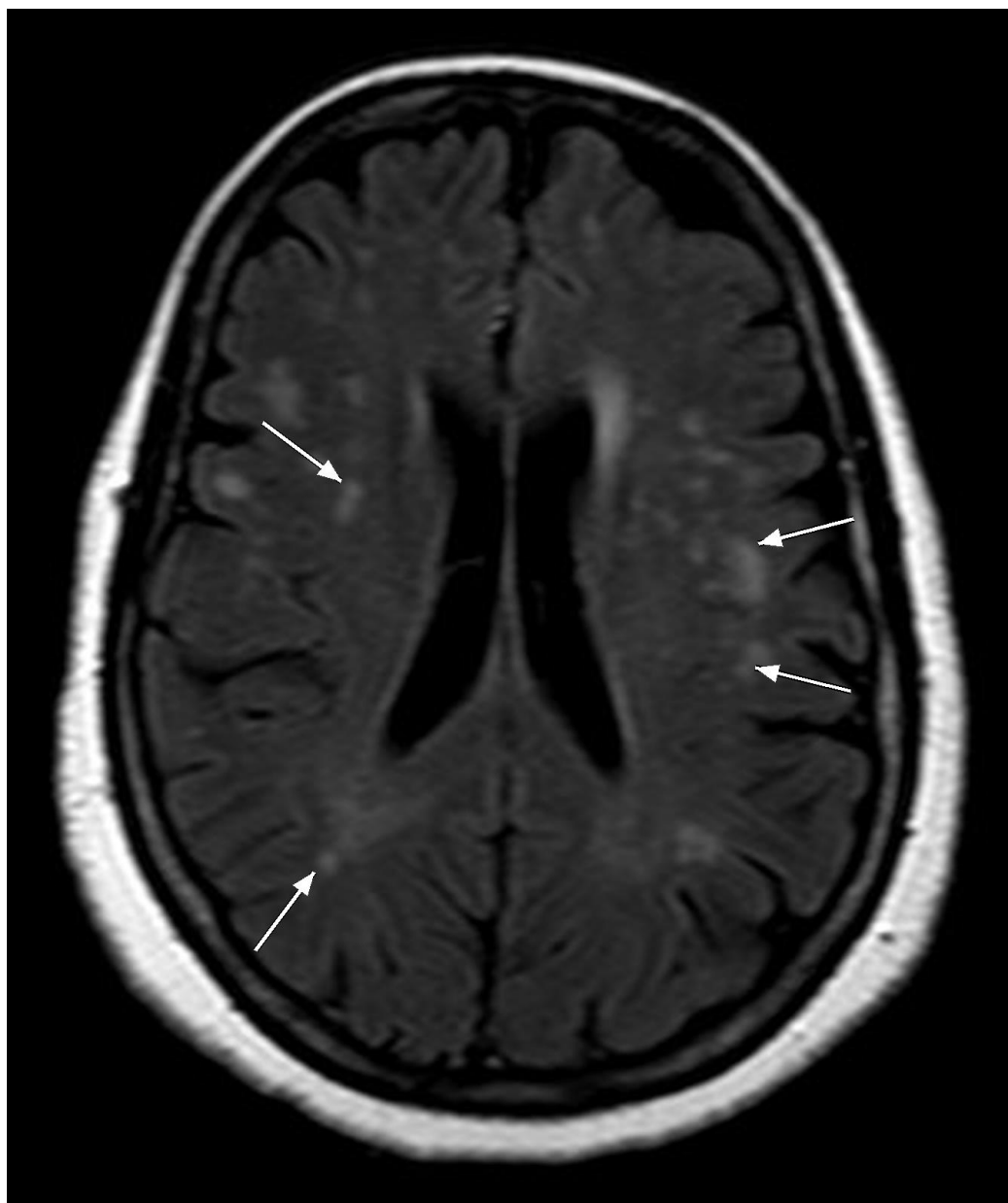
Uma segunda investigação orgânica, mais abrangente, foi realizada e incluiu tomografia por emissão de pósitrons associada à tomografia computadorizada com 18F-fluor-desoxiglicose (PET/CT com 18F-FDG) (Figura 2), além da repetição dos exames laboratoriais, todos com resultados dentro dos limites da normalidade. Entre os diagnósticos diferenciais considerados estavam transtorno psicótico breve (F23.0), esquizofrenia de início tardio (F20), transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico devido a outra condição médica (F06.2) e psicose vascular pertencente ao espectro da psicose semelhante à esquizofrenia de início muito tardio (VLOSLP).

Considerando o curso contínuo da doença por período superior a seis meses, a presença de sintomas característicos da fase ativa da esquizofrenia, o comprometimento funcional significativo e a exclusão de processos neurodegenerativos ou expansivos pela investigação complementar disponível, o diagnóstico foi consolidado como esquizofrenia de início tardio. O tratamento com risperidona foi otimizado para 2 mg/dia, resultando na remissão das alucinações auditivas residuais, que vinham recorrendo aproximadamente a cada 15 dias.

Com a manutenção do tratamento farmacológico e o acompanhamento psicoterapêutico, a paciente apresentou recuperação funcional progressiva, retornando às atividades básicas e instrumentais da vida diária compatíveis com seu funcionamento pré-mórbido.

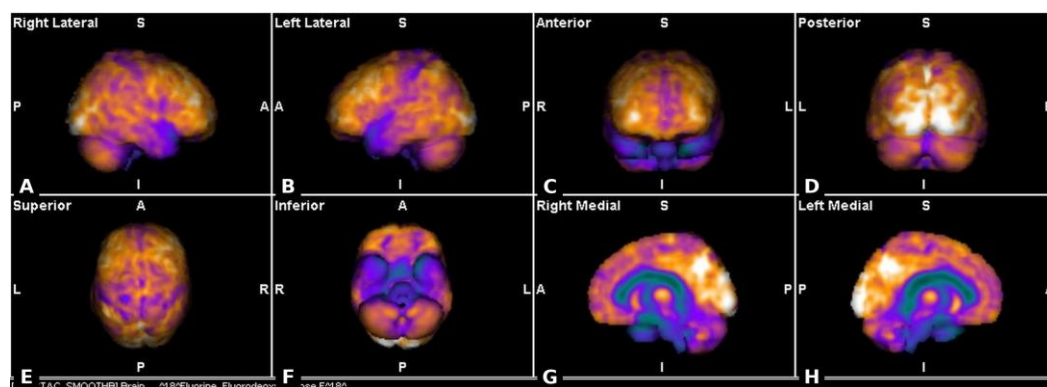
Não foram observados déficits cognitivos durante o seguimento, tampouco foram relatados comprometimentos cognitivos pela própria paciente ou por seu marido. Além disso, não ocorreram efeitos adversos relevantes relacionados ao tratamento. O acompanhamento foi mantido até junho de 2024, aproximadamente 22 meses após a primeira avaliação, quando a paciente foi perdida ao seguimento, apesar das tentativas documentadas de restabelecimento do contato.

Figura 1. Imagem axial representativa da sequência *fluid-attenuated inversion recovery* (FLAIR) da ressonância magnética de crânio realizada na avaliação inicial. O exame evidenciou discreta redução difusa do volume cerebral, com acentuação dos sulcos corticais e das fissuras silvianas, além de focos esparsos de hipersinal na substância branca periventricular e subcortical (setas), compatíveis com microangiopatia leve. Os hipocampos apresentavam-se simétricos, com volume e sinal preservados; o sistema ventricular e o corpo caloso estavam preservados; e não foram identificadas lesões parenquimatosas focais, processos expansivos ou áreas de restrição à difusão.



Este relato apresenta diversas limitações. Por tratar-se de um estudo de caso único, seus achados não podem ser generalizados e não permitem estabelecer relações de causalidade. Não foram aplicados instrumentos padronizados para avaliação cognitiva, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) ou testes neuropsicológicos formais, nem escalas funcionais, como a *Global Assessment of Functioning* (GAF), a *Personal and Social Performance Scale* (PSP) ou o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0). A realização de testes cognitivos válidos foi inviabilizada pela intensidade dos sintomas psicóticos durante as apresentações iniciais, de modo que a avaliação da recuperação funcional se baseou predominantemente na observação clínica e no relato de informantes, não sendo possível excluir a presença de déficits executivos sutis.

Figura 2. PET/CT cerebral com 18F-fluordesoxiglicose (18F-FDG) realizado durante a investigação da recaída, apresentado em oito projeções tridimensionais padronizadas da superfície cortical, representando o metabolismo glicídico cerebral. O exame demonstrou captação cortical globalmente preservada e simétrica, sem os padrões regionais de hipometabolismo tipicamente associados a doenças neurodegenerativas. Painéis: (A) vista lateral direita; (B) vista lateral esquerda; (C) vista anterior; (D) vista posterior; (E) vista superior; (F) vista inferior; (G) vista medial direita; e (H) vista medial esquerda. Em cada painel, as marcações de orientação correspondem a: S = superior, I = inferior, A = anterior, P = posterior, R = direita e L = esquerda.



Além disso, não foram realizados eletroencefalograma nem análise do líquido cefalorraquidiano, razão pela qual etiologias autoimunes e outras causas orgânicas foram excluídas com base em critérios clínicos e achados de neuroimagem, mas não de forma definitiva. Parte da reconstrução da história longitudinal também dependeu do relato retrospectivo da paciente e das informações fornecidas pelo cônjuge. Por fim, a perda de seguimento da paciente em junho de 2024 impede conclusões mais robustas sobre a evolução funcional em muito longo prazo e sobre o eventual risco de conversão para uma doença neurodegenerativa.

3. Discussão

Este caso descreve um primeiro episódio psicótico aos 60 anos de idade, faixa etária que representa um limiar diagnóstico crítico. Nas psicoses de início tardio, a exclusão de etiologias orgânicas primárias, especialmente doenças neurodegenerativas como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e demência por corpos de Lewy, é mandatória, uma vez que essas condições frequentemente se manifestam com alucinações e delírios [3]. A ausência de alterações neurodegenerativas ou de lesões expansivas em exames de neuroimagem avançada, como a ressonância magnética e o PET/CT cerebral, é fundamental para sustentar o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico primário na sexta década de vida.

No presente caso, os exames de imagem revelaram apenas discreta redução difusa do volume cerebral e microangiopatia leve da substância branca, alterações inespecíficas e amplamente relacionadas ao envelhecimento, sem evidências de um padrão neurodegenerativo definido. Além disso, a preservação do volume e do sinal dos hipocampos, associada ao metabolismo cortical simétrico e normal ao PET/CT com 18F-FDG, reforçou a ausência de um processo neurodegenerativo subjacente.

O perfil clínico observado, sexo feminino, início dos sintomas no limite superior da faixa etária da esquizofrenia de início tardio (*late-onset schizophrenia* – LOS) e elevada sensibilidade a baixas doses de antipsicóticos, é altamente compatível com o descrito na literatura para esse subtipo clínico [4]. Pacientes com LOS frequentemente alcançam remissão sintomática com doses inferiores às habitualmente utilizadas em indivíduos com esquizofrenia de início precoce, reduzindo o risco de eventos adversos. Entretanto, a idade de início dos sintomas neste caso (60 anos) também posiciona a paciente na zona de transição para a psicose semelhante à esquizofrenia de início muito tardio (*very-late-onset schizophrenia-like psychosis* – VLOSLP). Estudos demonstram que, embora esses pacientes respondam satisfatoriamente a baixas doses de antipsicóticos, existe associação documentada com maior risco de comprometimento da memória ao longo do tempo [7]. Dessa forma, o seguimento longitudinal contínuo é essencial não apenas para manutenção da estabilidade clínica, mas também para monitorar eventual evolução para um transtorno neurodegenerativo.

Além dos aspectos fenomenológicos, evidências crescentes apontam para mecanismos neurobiológicos específicos relacionados às psicoses de início tardio. Estudos de neuroimagem associam a VLOSLP a maior carga cerebrovascular, incluindo infartos lacunares dos núcleos da base e doença isquêmica crônica de pequenos vasos da substância branca, capazes de comprometer circuitos frontossubborticaais. Mecanismos neuroinflamatórios e neurodegenerativos também têm sido propostos [6]. Déficits sensoriais, doenças físicas concomitantes e fatores psicossociais adversos, como isolamento social, são reconhecidos como fatores predisponentes [5,6]. Do ponto de vista terapêutico, o uso de antipsicóticos em idosos exige cautela devido à maior susceptibilidade a efeitos adversos, favorecendo a utilização da menor dose eficaz possível associada a intervenções psicossociais e suporte aos cuidadores [5].

No presente caso, a paciente encontrava-se exatamente na fronteira etária entre LOS e VLOSLP definida pelo *International Late-Onset Schizophrenia Group*. A microangiopatia leve da substância branca periventricular e subcortical identificada na ressonância magnética foi considerada um possível fator contribuinte, e não simplesmente descartada. Contudo, sua baixa magnitude, a ausência de infartos lacunares ou leucoaraiose extensa, a fenomenologia psicótica exuberante e sistematizada e a resposta sustentada a baixa dose de risperidona favorecem o diagnóstico de esquizofrenia de início tardio primária em detrimento de uma psicose predominantemente vascular ou de uma condição neurodegenerativa prodrômica.

Dois outros diagnósticos diferenciais merecem consideração específica. O primeiro refere-se aos transtornos afetivos com sintomas psicóticos e ao transtorno esquizoafetivo. Apesar da presença de episódios de choro e de um desejo passivo de morrer, não foram identificados episódios completos de mania ou depressão maior. Além disso, os sintomas psicóticos persistiram independentemente de uma síndrome afetiva proeminente, motivo pelo qual o transtorno esquizoafetivo foi considerado, mas não preenchia os critérios diagnósticos. O segundo diferencial envolve encefalites autoimunes, incluindo encefalite por anticorpos anti-receptor NMDA, que podem apresentar manifestações atípicas em idosos, bem como processos tóxico-metabólicos ou encefalopáticos. Entretanto, a evolução prolongada por aproximadamente dois anos, a ausência de crises epiléticas, distúrbios do movimento, disautonomia ou rebaixamento do nível de consciência e a resposta sustentada a baixas doses de antipsicóticos, sem necessidade de imunoterapia, tornam essas

hipóteses menos prováveis. Ainda assim, deve-se reconhecer que análise do líquido cefalorraquidiano e eletroencefalograma não foram realizados, de modo que tais condições foram excluídas com base em critérios clínicos e de neuroimagem, mas não de forma definitiva.

Um aspecto particularmente relevante deste caso foi a recuperação funcional da paciente até um nível compatível com seu funcionamento pré-mórbido. Embora a esquizofrenia seja frequentemente associada a incapacidade crônica, esta paciente representa o pequeno subgrupo, estimado em aproximadamente 14% dos casos, que alcança restauração substancial do desempenho social e doméstico [2]. Essa recuperação foi avaliada clinicamente e por meio do relato de informantes, e não mediante instrumentos padronizados de funcionalidade. Além disso, embora o período de observação tenha abrangido aproximadamente 22 meses, o seguimento foi interrompido em decorrência da perda de contato com a paciente. Portanto, esse desfecho deve ser interpretado com cautela. Ainda assim, os achados sugerem que casos de início tardio, apesar de sua complexidade diagnóstica, podem apresentar prognóstico funcional mais favorável quando causas metabólicas, cerebrovasculares e neurodegenerativas são adequadamente investigadas e razoavelmente excluídas.

Este relato apresenta algumas limitações. Por tratar-se de um estudo de caso único, seus resultados não podem ser generalizados e não permitem inferências causais. Não foram aplicados instrumentos padronizados para avaliação cognitiva, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) ou baterias neuropsicológicas formais, nem escalas funcionais como *Global Assessment of Functioning* (GAF), *Personal and Social Performance Scale* (PSP) ou *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0). A gravidade dos sintomas psicóticos durante as fases iniciais inviabilizou a realização de avaliações cognitivas válidas, de modo que a recuperação foi fundamentada principalmente na observação clínica e no relato do marido, não sendo possível excluir déficits executivos sutis. Além disso, eletroencefalograma e análise do líquido cefalorraquidiano não foram realizados, e as hipóteses autoimunes ou outras etiologias orgânicas foram excluídas apenas por critérios clínicos e de imagem. Parte da história longitudinal também foi obtida retrospectivamente por meio do relato da paciente e de seu cônjuge. Por fim, a perda de seguimento em junho de 2024 impede conclusões mais robustas acerca da evolução funcional em longo prazo e do eventual risco de conversão para uma doença neurodegenerativa.

4. Conclusão

A esquizofrenia de início tardio pode, em casos selecionados, apresentar evolução favorável, culminando em remissão sintomática e recuperação funcional até níveis próximos ao funcionamento pré-mórbido. Este caso destaca a importância de uma investigação abrangente de causas orgânicas, cerebrovasculares e neurodegenerativas antes da consolidação de um diagnóstico psiquiátrico primário em indivíduos mais velhos, bem como da caracterização longitudinal cuidadosa necessária para o enquadramento diagnóstico na fronteira entre LOS e VLOSLP. Além disso, demonstra que desfechos funcionais significativos podem ser alcançados por meio de tratamento antipsicótico em baixas doses associado a acompanhamento multidisciplinar. Considerando a proximidade com o espectro das psicoses de início muito tardio e a presença de alterações microvasculares discretas, o monitoramento longitudinal para possível declínio cognitivo permanece recomendado.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Foi obtido termo de consentimento livre e esclarecido por escrito do representante legal da paciente, e o estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Durante a preparação deste manuscrito, os autores utilizaram o Claude (*Anthropic*), uma ferramenta de inteligência artificial, para apoio na revisão linguística, formatação e adequação do texto às exigências da submissão científica. A ferramenta não foi utilizada para gerar dados clínicos, interpretar exames de neuroimagem ou formular conclusões científicas. Todos os autores revisaram e editaram o texto final e assumem total responsabilidade pela integridade e exatidão do trabalho.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. Em conformidade com o formulário uniforme de divulgação do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), todos os autores declaram não possuir, no presente momento nem nos três anos anteriores, relações financeiras com organizações que possam ter interesse no trabalho submetido, bem como não manter quaisquer outras relações ou atividades que possam ser percebidas como influenciadoras dos resultados ou interpretações apresentados neste estudo.

Referência

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
2. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar;161(3):473-479.
3. Devanand DP, Jeste DV, Stroup TS, Goldberg TE. Overview of late-onset psychoses. *Int Psychogeriatr*. 2024 Jan;36(1):28-42.
4. Stępień-Wyrobiec O, Nowak M, Wyrobiec G, Morawiec E, Wierzbik-Strońska M, Staszkiwicz R, Grabarek BO. Crossroad between current knowledge and new perspective of diagnostic and therapy of late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis: an update. *Front Psychiatry*. 2022 Oct 26;13:1025414.
5. Kim K, Jeon HJ, Myung W, Suh SW, Seong SJ, Hwang JY, Ryu JI, Park SC. Clinical approaches to late-onset psychosis. *J Pers Med*. 2022 Mar 2;12(3):381.
6. Regala J, Moniz-Pereira F. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: a case report and critical literature review. *Ann Geriatr Med Res*. 2023 Jun;27(2):175-178.
7. Maglione JE, Thomas SE, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: do recent studies support categorizing LOS as a subtype of schizophrenia? *Curr Opin Psychiatry*. 2014 May;27(3):173-178.