

## PSICHOZĖS PRODROMAS: EIGA, ATPAŽINIMAS IR ANKSTYVOS INTERVENCIJOS SVARBA. KLINIKINIS ATVEJIS

Aida Kunigėlienė<sup>1</sup>, Ignas Etneris<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakultetas, Psichiatrijos klinika, <sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakultetas

**Raktažodžiai:** šizofrenija, psichozė, prodromas, psichozės rizikos sindromas.

### Santrauka

Straipsnyje aprašomas rezistentiškos gydymui paranoidinės šizofrenijos atvejis 24 metų vyrui. Pacientui 13 metų amžiaus diagnozuotas šizotipinis sutrikimas, po metų diagnozė pakeista į paranoidinę šizofreniją. Nesant atsako į gydymą įvairiais antipsichotiniais vaistais, susirgimas vertintas kaip rezistentiškas, skirtas gydymas klozapinu ir elektros impulsų terapija (EIT), tačiau sutrikimas progresavo. Pacientas dažnai gydomas psichiatrinio profilio stacionare dėl psichozės epizodų paūmėjimo. Tyrimo tikslas – pristatyti jauno paciento, kuriam anksti diagnozuota rezistentiška paranoidinė šizofrenija, klinikinį atvejį, išsiaiškinti paciento šizofrenijos prodrominius požymius, psichozės eigą ir retrospektyviai įvertinti, ar buvo galima nuspėti padidėjusią sutrikimo išsivystymo riziką, bei kokia pagalba galėjo būti suteikta prieš pirmąjį psichozės epizodą.

### Įvadas

Šizofrenija yra dažnas, sunkus lėtinis psichikos sutrikimas, dažniausiai pasireiškiantis vyrams iki 25 metų. Moterims liga dažniausiai nustatoma vėliau – apie 40-uosius gyvenimo metus. Sergamumas šizofrenija siekia 1,5:10000 žmonių. Tai sudaro apie 1 proc. viso pasaulio gyventojų [1]. Šizofrenija diagnozuojama remiantis kriterijais, nurodytais TLK-10-AM [2]. Daugeliui pacientų šizofrenija progresuoja į lėtinį ir dažnai paūmėjantį sutrikimą, sukeltą neįgalumą, tad mokslininkai jau nuo seno ieško būdų užkirsti kelią šio sutrikimo vystymuisi, laikydami tai viena iš „skubiausių moralinių, socialinių bei ekonominių būtinybių visuomenės sveikatai“ [3].

Tiriant šizofrenijos vystymąsi pastebėta, kad šiam sutrikimui būdingas prodrominis periodas, pasireiškiantis prieš pirmąjį psichozės epizodą. Tai laikotarpis, kai dar nėra ga-

lutinai išryškėję pagrindiniai sutrikimo požymiai, tačiau jau matomi lengvesni, dažniausiai nespecifiniai simptomai, kurie laikui bėgant intensyvėja ir keičiasi [4]. Prodromo trukmė nėra aiški, tačiau, naujausių tyrimų duomenimis, jis gali trukti apie 2 metus ir ilgiau [5]. Per šį laiką nuo 16 iki 35 proc. pacientų prodrominė ligos stadija gali sukelti pirmąjį psichozės epizodą [6], kuris laikomas šizofreninio sutrikimo pagrindu [4].

Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, pradėjus teikti pagalbą prieš pirmąjį psichozės epizodą, pacientai patiria retesnius ir mažiau ryškius psichozės epizodus, mažesnė savižudybės ir neįgalumo tikimybė, greičiau adaptuojasi įvairiose psichosocialinėse sferose [7]. Pastebėta, kad šiuo metu naudojamos priemonės atpažinti psichozės prodromą ir suteikti ankstyvą pagalbą, nėra pakankamai efektyvios visiems pacientams [8].

**Tyrimo tikslas** – pristatyti jauno paciento, kuriam anksti diagnozuota rezistentiška paranoidinė šizofrenija, klinikinį atvejį, išsiaiškinti paciento šizofrenijos prodrominius požymius, psichozės eigą ir, remiantis mokslinės literatūros šaltinių analize, retrospektyviai įvertinti, ar buvo galima nuspėti padidėjusią sutrikimo išsivystymo riziką ir imtis ankstyvų intervencijos priemonių.

### Klinikinis atvejis

24 metų vyras, kuriam diagnozuota paranoidinė šizofrenija, skubos tvarka stacionarizuotas į psichiatrijos kliniką dėl psichikos būklės pablogėjimo, siekiant atlikti psichiatrinį ištyrimą, patikslinti diagnozę ir parinkti tinkamą gydymą.

Paciento teigimu, šeimoje niekas nesirgo psichikos sutrikimais. Pacientas augo 8 žmonių šeimoje, gimęs antroje mamos santuokoje. Turi 4 seseris ir brolių (pagal amžių jis vidurinis). Perinatalinis periodas komplikotas, nustatyta hipoksija, vėliau – sutrikusi raida, ypač kalba. Nuo vaikystės turėjo elgesio problemų, mažai bendraudavo, kartais tapdavo agresyvus šeimos narių atžvilgiu. Bendravimo ir elgesio problemos labiausiai išryškėjo pradėjus lankyti mokyklą, kurioje

sunkiai pritapo prie bendraamžių, buvo socialiai atsiribojęs. Mokykloje patyrė nuolatines patyčias, kurių metu prieš jį buvo fiziškai smurtaujama, šaipomasi, nes buvo „lėtas, aukštas ir kitoks, nei kiti vaikai“. Vaikystėje jausdavosi tarsi geras ir blogas: namų aplinkoje „geras, paslaugus, dosnus“, o patyčios jį išprovokavo elgtis „nelogiškai, nesąmoningai“, jausdavo pyktį, kurį dažnai išliedavo mokykloje skriausdamas kitus vaikus arba lauko gyvūnus. Mokykloje sunkiausiai sekėsi spręsti loginius uždavinius, teisingai rašyti, skaičiuoti, pamokų metu nesugebėdavo sutelkti dėmesio į užduotis. Dėl nuolatinių patyčių, prastų mokymosi pasiekimų ir nesutarimų su mokyklos darbuotojais, teko keisti mokyklą 2 kartus.

Pacientas turėjo tik kelis draugus, su kuriais neišlaikė ilgalaikio kontakto. Draugės neturėjo. Vaikystės pomėgių neturėjo, dažnai jausdavosi pavargęs, ypač grįžęs iš mokyklos. Būdamas 8-9 m. pradėjo lankyti krepšinio treniruotes, kuriose vėl patyrė patyčias, nes buvo „lėtas ir aukštas“, jam neleido dalyvauti rungtynėse, todėl krepšinio daugiau nežaidė, nors jautė motyvaciją tobulėti šiame sporte. Apie 6 mėn. iki susirgimo pradėjo intensyviai domėtis klasikine muzika ir dailė, nors anksčiau šios veiklos jo visiškai nedomino, jautė asmenybės pakitimus, pradėjo „pamiršti savo seną asmenybę ir kiekvieną dieną atsikeldavo kaip naujas žmogus“. Tuo metu pradėjęs piešti įvairias abstrakcijas, peizažus, piešia iki šiol, dalyvauja parodose.

Keletą metų iki diagnozės nustatymo pacientas pradėjo patirti įvairius mąstymo ir suvokimo sutrikimus: „naktį siluetai atrodė kaip drakonai“, „žiūrėdamas į veidrodį mačiau šalia stovintį žmogų, kuris atrodė kaip pabaisa“, „matydamas save veidrodyje nežinojau, ar egzistuoju“, „žiūrėdamas televizorių girdėjau, kad kažkas šneka iš kosmoso“, „kalba neegzistavo, pinigai beverčiai“, „būnant su žmonėmis atrodė, kad jie neegzistuoja“, „daiktai atrodė kaip gyvūnai, pvz., krepšys atrodė kaip katinas“. Pradėjo girdėti tylus riksmus, kurie priminė tėvą ir sesę. Sutriko miegas ir laiko nuovoka – neatskyrė praeities, dabarties ir ateities. Atsirado didelė baimė važiuoti transporto priemonėmis, nes atrodė, kad mirs. Tai sukėlė „panikos atakas“, dėl kurių pirmą kartą kreipėsi į gydymo įstaigą. Nuo to laiko pacientas pradėjo lankytis pas vaikų psichiatrą dėl bendravimo, mokymosi sunkumų ir jau minėtų nusiskundimų. Laikui bėgant, būklė progresavo, simptomai dažnėjo ir intensyvėjo. Lankydamasis gydymo įstaigose jis skundėsi nuolatiniu galvos skausmu, kurio nenumalšindavo vaistai, nešvaros baime, regos haliucinacijomis (matydavo nebūtus žmones ar pabaisas veidrodyje), klausos haliucinacijomis (girdėdavo „velnio balsą“, liepiantį nesigydyti), nuojauta, kad gyvena nerealiame pasaulyje, kuriame visa jį supanti aplinka yra pasikeitusi, nuolatine mirties baime ir nerimu. 2010 m. pacientui diagnozuotas šizotipinis sutrikimas, paskirtas gydymas rispoleptu 3 mg/dieną. Kai

pacientui buvo 14 metų (2011 m.), išliekant ryškiems mąstymo, valios, emocijų ir suvokimo sutrikimams, diagnozė pakeista į paranoidinę šizofreniją. Paskirtas gydymasquetiapinu 0,2 mg 2 k/dieną. Pacientas ligos pradžioje vaistus vartojo nereguliariai, pats mažino dozes. Sutrikimas dažnai paūmėdavo, daug kartų gydytas vaikų psichiatrinio profilio stacionaruose, kuriuose jo elgesys buvo neprognozuojamas ir neadekvatus, kartais tapdavo agresyvus kitų vaikų atžvilgiu, juos mušdavo, neleisdavo naktimis miegoti. Psichologo konsultacijos metu konstatuota, kad pacientas gyvena savo vidiniame chaotiškame pasaulyje, nesusivokdamas savyje ir aplinkoje, nepajėgdamas sąmoningai, kryptingai modeliuoti savo elgesio.

Pradėjus gydymą, paciento būklė ilgai buvo nestabili. Gydytas įvairiais antipsichotiniais vaistais (risperidonu,quetiapinu, haloperidoliu), tačiau gydymas buvo neveiksmingas. Dėl šios priežasties diagnozė pakeista į paranoidinę šizofreniją, rezistentišką gydymui. Pradėtas gydymas klopazinu, tačiau ūmaus psichozės epizodo kriterijus atitinkantys paūmėjimai dažnai pasikartodavo. 2015 m. ir 2017 m. pacientui taikyta elektros impulsų terapija (EIT), bet šis gydymo būdas nebuvo efektyvus. Praėjus keletui metų nuo diagnozės nustatymo, pacientas ėmė jausti ryškias obsesines mintis apie nešvarą: niekam neleisdavo prisiliesti prie jo daiktų, vaistų neimdavo iš kitų žmonių rankų, nuolat kompulsyviai plaudavo rankas, tačiau pagerėjimo nejausdavo. Vėliau atsirado įkyrios mintys, kad jis serga nepagydoma lytiškai plintančia liga, tokia kaip AIDS, o jo sperma užteršė visą pasaulį, pradėjo galvoti „kas būtų, jei nužudyčiau savo tėvą arba pats nusižudyčiau“. 2018 metais, mirus paciento seneliui, mirties baimė dar labiau sustiprėjo. Keletą mėnesių iki paskiausio hospitalizavimo paciento psichikos būklė ženkliai pablogėjo: pradėjo trūkti energijos, sutriko miegas, pasidarė apatiškas, išsakė derealizacijos ir depersonalizacijos pojūčius, kurių metu viskas atrodė pakitę „kaip plastikas“, pradėjo jausti didžiulę kaltę dėl masturbacijos, kuri verčia jį nuolat keisti rūbus, maudytis. Šiuo metu, paklaustas apie vaikystę, pacientas teigė, kad „jo sveika asmenybė ištrinta“, jam sunku atsiminti savo praeitį, viskas atrodo „kaip dėlionė“.

### Diskusija

Pastaruoju dešimtmečiu dedama daug pastangų sukurti priemonės, padedančias tikslingai atpažinti psichozės prodromo požymius. Šiuo metu taikomi klinikiniai kriterijai leidžia įvertinti, ar asmuo turi padidėjusią psichozės riziką. Tokia būklė vadinama psichozės rizikos sindromu arba silpniau išreikštos psichozės sindromu (angl. attenuated psychosis syndrome) [9]. Siekiant nustatyti ir įvertinti šiuos sindromus, buvo sukurta įvairių vertinimo priemonių, iš kurių dažniausiai naudojamos – struktūrizuota apklausa

dėl prodromo simptomų (SIPS) [4] ir išsamus psichinės būklės rizikos vertinimas (CAARMS) [10]. Abi skalės vertina prodromo simptomų pasireiškimo intensyvumą, trukmę bei dažnį. Tyrimų metu nustatyta, kad abiejų vertinimo priemonių tikslumas, siekiant tikslingai įvertinti psichozės išsivystymo tikimybę padidėjusios rizikos pacientams, yra panašus. Remiantis šiomis apklausomis, labai didelė psichozės klinikinė rizika (angl. ultra-high risk, sutr.UHR) nustatoma pacientams, kuriems pasireiškia vienas ar daugiau iš šių sindromų ar simptomų grupių: 1) silpniau išreikštų teigiamų simptomų psichozės rizikos sindromas (angl. attenuated positive symptom psychosis-risk syndrome); 2) trumpų protarpinių psichozės simptomų rizikos sindromas (angl. brief intermittent psychotic symptom psychosis-risk syndrome); 3) genetinės rizikos ir pablogėjimo psichozės rizikos sindromas (angl. genetic risk and deterioration psychosis-risk syndrome) [11].

Naudojantis CAARMS, visi simptomai suskirstyti į 7 grupes:

- 1) teigiami simptomai (mąstymo, suvokimo sutrikimiai, nerišli kalba);
- 2) kognityviniai pokyčiai (dėmesio ir koncentracijos);
- 3) afektiniai sutrikimai (subjektyvus emocinis sutrikimas, blankus ar nederamas afektas);
- 4) negatyvūs simptomai (anhedonija, apatija);
- 5) elgsenos pokyčiai (socialinė izoliacija, agresyvus ir pavojingas elgesys, keista veikla, sutrikęs funkcionavimas);
- 6) motoriniai/fiziniai pokyčiai (pakitę ar sutrikę kūno pojūčiai, motorinė veikla);
- 7) generalizuota psychopatologija (manija, depresija, mintys apie savižudybę ir savęs žalojimą, nerimas, obesis-kompulsinis sutrikimas, disociaciniai simptomai, streso netoleravimas, staigūs nuotaikos pokyčiai) [12].

Analizuojant šį klinikinį atvejį, paciento psichozės rizikos sindromą buvo bandoma įvertinti, naudojant CAARMS. Ši priemonė, kaip ir SIPS, sukurta ir pritaikyta pacientų vertinimui psichozės prodromo laikotarpiu. Iš anksčiau minėtų simptomų grupių pacientui prodromo metu pasireiškė teigiami simptomai, kognityviniai pokyčiai, negatyvūs simptomai, elgsenos pokyčiai ir generalizuota psychopatologija. Vertinant simptomų kiekį ir jų intensyvumą, preliminariai galima daryti išvadą, kad paciento prodromo metu didelės jaučiamų simptomų skaičius ir šizotipinio asmenybės sutrikimo diagnozė rodo padidėjusią psichozės riziką. Šio klinikinio atvejo nagrinėjimui remtasi dabartine paciento anamneze ir ankstesnėmis hospitalizavimo epikrizėmis, todėl naudojantis CAARMS retrospektyviam psichozės sindromo išsivystymo rizikos vertinimui, problematiška tikslingai įvertinti šio sutrikimo pasireiškimo tikimybę. Norint kuo tiksliau įvertinti psichozės išsivystymo riziką, reikalingas tęstinis

paciento būklės stebėjimas kelių mėnesių ar metų laikotarpiu, kurio metu būtų galima įvertinti simptomų pasireiškimo trukmę ir dažnį. Šiuo atveju tai įvertinti yra sudėtinga, nes pacientas prisimena tik jam subjektyviai svarbią informaciją, kai jaučiami pokyčiai jau buvo pasiekę savo piką vėlesnėse prodromo stadijose. Vertinant silpniau išreikštų teigiamų simptomų psichozės rizikos sindromo kriterijus, svarbu, kad paciento jaučiami simptomai nesiektų psichozei būdingo slenksčio, t.y. požymių intensyvumas ir dažnis neatitiktų psichozinio sutrikimo diagnozės reikalavimų. Šiuo atveju sunku užtikrinti, ar paciento apibūdinti simptomai neatitiko visiškai išsivysčiusios psichozės. Apibendrinant galima teigti, kad šios apklausos konkrečiu atveju nebuvo tikslingos retrospektyviam psichozės išsivystymo rizikos vertinimui.

Individų būklės vertinimo prodromo metu atvejų metaanalizė CAARMS prognostinį tikslumą įvertina kaip patenkinamą, kadangi šioje apklausoje nevertinama daug kitų veiksnių, lemiančių psichozės išsivystymą ir progresavimą. Svarbus šių vertinimo priemonių trūkumas yra tai, kad atliktuose tyrimuose apklausos buvo naudojamos vertinti tik tų pacientų nuomonę, kurie patys ieškojo pagalbos [10], nors žinoma, kad daugelis, net ir didelės rizikos pacientų, patys aktyviai neieško pagalbos [7]. Ankstyvo atpažinimo sudėtingumą lemia ir tai, kad gydytojai dažnai patiria problemų, siekdami diferencijuoti simptomus, pasireiškiančius psichozės rizikos sindromo metu, nuo kitų sunkių psichikos sutrikimų (nerimo, afektyvių sutrikimų, potrauminio streso sutrikimo, autizmo spektro sutrikimo) [13, 14].

Žinant, kad kuo vėliau pacientai kreipiasi į gydymą įsitaiga, tuo jų būklė ir atsakas į gydymą būna prastesni, didelis dėmesys nukreiptas į ankstyvą psichozės išsivystymo rizikos intervenciją [7]. Šiuo metu gydytojai gali rinktis iš daugelio galimų ankstyvos intervencijos priemonių, tokių kaip mažos antipsichotinių preparatų dozės, SSRI medikamentai, omega-3 riebalai, kognityvinė elgesio terapija, psichosocialinė reabilitacija, abilitacija ir sutrikusių įgūdžių ugdymas. Dažniausiai šie gydymo būdai yra skiriami neatsižvelgiant į daugelį skirtingų veiksnių, sukeliančių psichozės riziką [8]. Naujausios metaanalizės duomenimis, dabartinis požiūris į ankstyvą intervenciją nėra visiškai veiksmingas ir rekomenduojama skirti labiau individualizuotą gydymą, kadangi prodromo eiga dažnai būna heterogeniška [15]. Svarbu apsvaistyti ir kitų mūsų bendruomenės įstaigų vaidmenį šių sutrikimų prevencijai. Viena svarbiausių yra mokykla, kadangi joje vaikai įgauna daugelį svarbių įgūdžių. Tyrimų metu nustatyta, kad patyčios ir jų metu patiriamas stresas turi įtakos ankstyvam psichozės išsivystymui. Sudarant geresnes psichologinės pagalbos sąlygas, taikant patyčių prevenciją ir apmokant mokyklos darbuotojus geriau atpažinti padidėjusios psichozės rizikos požymius, būtų galima suteikti

reikalingą pagalbą ir užtikrinti saugią aplinką padidėjusios psichozės rizikos asmenims [8]. Nors didžiausias dėmesys yra skiriamas intervencijai prodromo periode, įvairūs rizikos veiksniai gali pasireikšti prenataliniame ir premorbidiniame perioduose. Mokslinių tyrimų duomenimis, tokie veiksniai, kaip nėštumo metu motinos patiriamas stresas, nepakankama mityba, infekcijos, hipoksija gimdymo metu, didina šizofrenijos išsivystymo riziką. Daugelio šių komplikacijų galima išvengti arba jas sušvelninti gerinant prenatalinę ir perinatalinę priežiūrą [16, 17], užkertant kelią psichozės rizikos sindromui išsivystyti [8].

### Išvados

1. Šis klinikinis atvejis atskleidžia, kaip psichikos sutrikimo vystymasis gali neigiamai paveikti jauno žmogaus gyvenimą. Naudojantis dabartinėmis vertinimo priemonėmis, šio paciento psichozės išsivystymo riziką prodromo metu nusakyti yra sudėtinga, tačiau tokio tipo retrospektyvus vertinimas leidžia daugiau sužinoti apie šio sunkaus psichikos sutrikimo vystymosi eigą, jo požymius ir prevenciją. Šių žinių taikymas prieš pirmąjį psichozės pasireiškimą gali padėti laiku atpažinti individus, turinčius didelę psichozės riziką ir suteikti jiems reikiamą pagalbą.

2. Šiuo metu skiriama vis daugiau dėmesio psichozės prodromo gydymo metodų tobulinimui bei platesniam jų pritaikymui. Nors psichozės rizikos sindromas bendroje populiacijoje yra retai pasireiškiantis būklė ir apie ją dar nedaug žinoma, tačiau turint tinkamas galimybes anksčiau atpažinti padidėjusios psichozės rizikos asmenis, būtų galima sumažinti ar net išvengti sunkių lėtinių psichikos sutrikimų pasireiškimų.

### Literatūra

- Rahman T, Lauriello J. Schizophrenia: An overview. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2016;14(3):300-7. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160006>
- TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas. [http://ebook.vlk.lt/e.vadovas\\_iki2016.12.31/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrius.html](http://ebook.vlk.lt/e.vadovas_iki2016.12.31/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrius.html)
- Post SG. Preventing schizophrenia and Alzheimer disease: comparative ethics. *Schizophr Res* 2001;51(1):103-8. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00246-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00246-8)
- George M, Maheshwari S, Chandran S, Manohar JS, Sathyanarayana Rao TS. Understanding the schizophrenia prodrome. *Indian J Psychiatry* 2017;59(4):505-509.
- Powers AR, Addington J, Perkins DO, Bearden CE, Cadenhead KS, Cannon TD. Duration of the psychosis prodrome. *Schizophr Res* 2020;216:443-9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.051>
- Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, ir kt. An individualized risk calculator for research in prodromal psychosis. *Am J Psychiatry* 2016;173(10):980-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070890>
- Joa I, Gisselgård J, Brønneck K, McGlashan T, Johannessen JO. Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian ultra high risk study. *BMC Psychiatry* 2015;15:89. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0470-5>
- Gupta T, Mittal VA. Advances in clinical staging, early intervention, and the prevention of psychosis. *F1000Res* 2019;8. <https://doi.org/10.12688/f1000research.20346.1>
- Sentissi O, Andreou MA, Moeglin C, Curtis L, Santos Brosch M. Psychosis risk syndrome: what now? *J Psychiatr Pract* 2017;23(6):415-24. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000272>
- Oliver D, Kotlicka-Antczak M, Minichino A, Spada G, McGuire P, Fusar-Poli P. Meta-analytical prognostic accuracy of the comprehensive assessment of at risk mental states (CAARMS): the need for refined prediction. *Eur Psychiatry* 2018;49:62-8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.10.001>
- Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Lee TY, Beverly Q, Bonoldi I, ir kt. Towards a standard psychometric diagnostic interview for subjects at ultra high risk of psychosis: CAARMS versus SIPS. *Psychiatry J* 2016;2016:7146341. <https://doi.org/10.1155/2016/7146341>
- Pelizza L, Paterlini F, Azzali S, Garlassi S, Scazza I, Pupo S, ir kt. The approved Italian version of the comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS-ITA): Field test and psychometric features. *Early Interv Psychiatry* 2019;13(4):810-7. <https://doi.org/10.1111/eip.12669>
- Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2014;40(1):120-31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs136>
- Laurens KR, Luo L, Matheson SL, Carr VJ, Raudino A, Harris F, ir kt. Common or distinct pathways to psychosis? A systematic review of evidence from prospective studies for developmental risk factors and antecedents of the schizophrenia spectrum disorders and affective psychoses. *BMC Psychiatry* 2015;15:205. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0562-2>
- Davies C, Radua J, Cipriani A, Stahl D, Provenzani U, McGuire P, ir kt. Efficacy and acceptability of interventions for attenuated positive psychotic symptoms in individuals at clinical high risk of psychosis: a network meta-analysis. *Front Psychiatry* 2018;9:187. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00187>
- Liu CH, Keshavan MS, Tronick E, Seidman LJ. Perinatal risks and childhood premorbid indicators of later psychosis: next

---

steps for early psychosocial interventions. *Schizophr Bull* 2015;41(4):801-16.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbv047>

17. Freedman R, Ross R. Pursuing perinatal prevention of psychosis in the population. *Schizophr Bull* 2017;43(Suppl 1):S59.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx021.155>

**A CASE REPORT: PSYCHOSIS PRODROME, ITS COURSE, IDENTIFICATION AND THE IMPORTANCE OF EARLY INTERVENTION**

**A. Kunigéliené, I. Etneris**

Keywords: psychosis, schizophrenia, prodrome, psychosis risk syndrome.

**Summary**

We present a case of a 24 year old man suffering from treatment-resistant paranoid schizophrenia. When the patient was 13 years old, he was diagnosed with schizotypal personality disorder,

a year later the diagnosis was changed to paranoid schizophrenia. Later the disorder was considered to be treatment-resistant, in which case Clozapine and electroconvulsive therapy were administered. However the disorder kept on progressing and the patient was frequently hospitalized in various psychiatric profile hospitals due to reoccurring acute psychotic episodes.

By analysing this case report, we sought to determine the patient's prodromal signs of schizophrenia, the course of psychosis and to retrospectively assess whether an increased risk of developing the disorder could have been predicted and what assistance could have been provided to the patient prior to the first episode of psychosis.

Correspondence to: [ignas.etneris@gmail.com](mailto:ignas.etneris@gmail.com)

Gauta 2020-12-10