

Polskie tłumaczenie *Ustrukturalizowanego Wywiadu do Badania Zespołów Ryzyka Psychozy (SIPS)* – opis narzędzia

Polish version of *the Structured Interview For Psychosis-Risk Syndromes (SIPS)* – description of the tool

Monika Mak¹, Anna Starkowska¹, Ernest Tyburski²,
Jerzy Samochowiec¹

¹ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra i Klinika Psychiatrii

² Uniwersytet Szczeciński, Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprophylaktyki

Summary

In medicine, early disease detection is crucial, as it enables early intervention and increases the likelihood of successful treatment. Psychoprophylaxis is directed to persons from the so-called high-risk groups. First episode psychosis is usually preceded by various difficulties in day to day functioning, which due to their non-specific intensity or duration are hard to classify as symptoms of a mental disorder according to available classifications of diseases. There is evidence that using early intervention like elements of cognitive behavioral psychotherapy (CBT) at that stage could prevent or defer the development of psychosis. Identification of potential recipients of such intervention, however, is difficult, especially without appropriate diagnostic tools. One of the diagnostic methods that could be useful in the daily clinical practice is *the Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS)*, which is a partly structured interview of proven predictive value, and also a valid and reliable tool. This paper presents the Polish translation of the tool, which is currently undergoing a full adaptation procedure to ultimately verify its usefulness in research and clinical practice.

Słowa kluczowe: prodrom, psychoza, *ultra-high risk*, SIPS

Key words: prodrome, psychosis, *ultra-high risk*, the SIPS

1. Wstęp

Wykrycie choroby w jak najwcześniejszym stadium jest w medycynie kluczowe. Umożliwia wczesną interwencję i zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu w leczeniu. Działania profilaktyczne kierowane są do osób z tzw. grup wysokiego ryzyka,

do których kwalifikowane są one na podstawie wykrytych/rozpoznanych czynników genetycznych lub środowiskowych. Leczenie psychiatryczne najczęściej dotyczy osób, u których choroba już się rozwinęła, nierzadko do stadium, które możemy nazwać ciężkim. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej badań, których autorzy stawiają sobie za cel identyfikację grup wysokiego ryzyka, jeśli chodzi o obciążenie chorobą psychiczną, oraz wykrywanie tzw. objawów prodromalnych.

Schizofrenia jest obecnie zaliczana do ciężkich zaburzeń neurorozwojowych. Przed pierwszym epizodem psychozy, przeważnie w dzieciństwie i adolescencji występują pewne nieprawidłowości, związane głównie z funkcjonowaniem szkolnym oraz zachowaniem, które są badane w sposób retrospektywny po to, by na tej podstawie można było ustalić wzorzec pozwalający na określenie kryteriów wykrycia stanu wysokiego ryzyka bądź objawów prodromalnych psychozy, w tym również schizofrenii. Badania wskazują, że wdrożenie odpowiednio wcześniej specyficznej profilaktyki, np. interwencji behawioralno-poznawczych czy farmakoterapii, może doprowadzić do odroczenia pierwszego epizodu, a nawet mu zapobiec (zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) [1]. A jeśli już dojdzie do rozwinięcia pełnoobjawowej schizofrenii, to monitorowany pacjent ma szansę na natychmiastowe wdrożenie leczenia, co jest kluczowe w świetle badań, które pokazują, że im dłużej nie leczy się opisywanej choroby, tym mniejsze są szanse pacjenta na remisję, zarówno w wymiarze biologicznym, jak i klinicznym. Jednakże zgodnie z polskimi standardami leczenia stanów prodromalnych, czy raczej stanów wysokiego ryzyka, takie rozpoznanie nie jest podstawą do wdrożenia farmakologicznego leczenia przeciwpsychotycznego, ponieważ może nie tylko nie wpłynąć na poprawę stanu pacjenta, ale też czasami spowodować objawy niepożądane. Dlatego zgodnie z zaleceniami International Early Psychosis Association Writing Group (2005) rozważa się farmakoterapię w razie postępującej deterioracji, zwłaszcza poznawczej, tendencji suicydalnych, przy braku remisji depresji oraz przy agresywności. W innym wypadku zaleca się wnikliwą obserwację oraz interwencje terapeutyczne, ze szczególnym wskazaniem CBT [2].

Starając się zdefiniować stan poprzedzający pełnoobjawową schizofrenię, posługiwano się kiedyś terminem „ukryta schizofrenia” (*latent schizophrenia*), następnie pojawiło się określenie „prodromu” (*prodrome*) [3, 4], który jest dość niespecyficzny objawowo, jednak wedle tradycyjnego rozumienia stanowi już fazę choroby [5]. Stało się też jasne, że rezultaty badań retrospektywnych opierających się na danych subiektywnych nie są w pełni rzetelne, w związku z tym zaczęto pokładać nadzieję w badaniach prospektywnych. Analizując wyniki doniesień z badań realizowanych w podejściu prospektywnym, zaproponowano nowe kryteria i ujęto je w ramach terminów: „zagrożające stany psychiczne” (*At Risk Mental States – ARMS*), „zespół bardzo wysokiego ryzyka” (*Ultra-High Risk Syndrome – UHRS*) oraz „prodromalny zespół ryzyka” (*Prodromal Risk Syndrome*) [6]. Jak wcześniej wspomniano, tradycyjny „prodrom” stanowił pierwszą fazę choroby, natomiast wyżej wymienione terminy nie są jednoznaczne ze stanem chorobowym i nie muszą prowadzić do rozpoznania klinicznego schizofrenii. Międzynarodowe Stowarzyszenie Wczesnej Psychozy (International Early Psychosis Association – IEPA) wskazuje na następujące kryteria rozpoznawania stanu bardzo wysokiego ryzyka rozwoju psychozy (UHRS):

Grupa 1 – Osoby podatne (*Vulnerability*)

Epizod psychozy u krewnego pierwszego stopnia lub spełnione kryteria zaburzenia schizotypowego (wg DSM-IV).

Pogorszenie stanu psychicznego lub funkcjonowania trwające co najmniej miesiąc, lecz nie dłużej niż pięć lat.

Znaczące zmniejszenie poziomu funkcjonowania w minionym roku.

Grupa 2 – Słabo wyrażone objawy psychotyczne (*Attenuated Psychosis Group*)

Obecność co najmniej jednego z objawów:

- nastawienie odnoszące,
- dziwaczne przekonania nieosiągające poziomu urojeń lub myślenie magiczne,
- myślenie paranoidalne,
- zwiewne zaburzenia spostrzegania,
- dziwaczny sposób mówienia lub nieznaczną dezorganizacją myślenia,
- dziwaczne zachowania lub wygląd.

Objawy występują co najmniej kilka razy w tygodniu.

Objawy są obecne przez co najmniej tydzień, lecz nie dłużej niż pięć lat.

Objawy były obecne w ciągu minionego roku.

Grupa 3 – Krótkotrwałe przemijające objawy psychotyczne (*Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms – BLIPS*)

Obecność co najmniej jednego z następujących objawów psychotycznych:

- urojenia,
- myślenie magiczne,
- zaburzenia spostrzegania,
- myślenie paranoidalne,
- dezorganizacja myślenia i mowy.

Objawy występują co najmniej kilka razy w tygodniu.

Epizod występowania objawów trwa krócej niż tydzień.

Objawy ustępują samoistnie [5].

Wyniki badań prospektywnych wskazują, że choroba ujawnia się przeciętnie u około 35–49,4% osób z grupy ryzyka określonej na podstawie kryteriów prodromalnych [7–9]. Wyniki pochodzące z różnych doniesień sugerują, że rozsądne jest zastosowanie odpowiedniej interwencji profilaktycznej – np. poznawczo-behawioralnej, ewentualnie farmakoterapii – oraz monitorowanie jej wyników [10].

Z klinicznego punktu widzenia istotne jest podniesienie świadomości personelu medycznego w zakresie omawianego problemu oraz nabywanie niezbędnych kompetencji umożliwiających profesjonalne stosowanie narzędzi diagnostycznych wspomagających identyfikację osób z grupy ryzyka schizofrenii. Takimi metodami pomiaru są na przykład *Bońska Skala do Oceny Objawów Podstawowych (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms – BSAB)* [11], *Kompleksowa Ocena Zagrożających Stanów Psychiczych (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States – CAARMS)*, która została

przetłumaczona na język polski [12], oraz *Ustrukturalizowany Wywiad w Kierunku Zespołów Prodromalnych (Structured Interview for Prodromal Syndromes – SIPS)* [13].

Mając na uwadze wyniki badań wskazujących na przydatność w wykrywaniu stanu wysokiego ryzyka rozwoju poważnych zaburzeń psychicznych, w tym psychozy, autorzy niniejszego artykułu zdecydowali się na tłumaczenie SIPS na język polski, umożliwiając tym samym rozpoczęcie badań walidacyjnych na populacji polskiej.

2. Ogólna charakterystyka *Ustrukturalizowanego Wywiadu do Badania Zespołów Ryzyka Psychozy (SIPS)*

SIPS jest ustrukturalizowanym wywiadem, który ma na celu:

- wykluczenie historii i/lub aktualnego stanu psychozy,
- potwierdzenie wystąpienia w przeszłości jednego lub więcej spośród trzech zespołów ryzyka psychozy,
- ustalenie aktualnego statusu każdego z zespołów ryzyka psychozy obecnego w całym życiu,
- ocenę aktualnego poziomu nasilenia objawów ryzyka psychozy.

SIPS składa się z kilku części odnoszących się do różnorodnych sfer funkcjonowania psychicznego, pomocnych w identyfikacji objawów zaburzeń. Przebieg badania i kolejność poszczególnych elementów wywiadu przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Struktura SIPS**

Ustrukturalizowany Wywiad do Badania Zespołów Ryzyka Psychozy (SIPS)	Skala Objawów Ryzyka Psychozy (SOPS)
Skale i kwestionariusze	Objawy Pozytywne
Kwestionariusz Informacji Ogólnych i Historii Chorób w Rodzinie	Niezwykłe Treści Myślenia / Urojenia
Skala Objawów Ryzyka Psychozy (SOPS)	Podrażliwość / Przekonania Prześladowcze
Zmodyfikowana Skala Ogólnej Oceny Funkcjonowania (GAF)	Postawa Wielkościowa
Schizotypowe Zaburzenie Osobowości (kryteria DSM-5)	Zaburzenia Spostrzegania / Omamy Dezorganizacja Mowy
Kryteria	Objawy Negatywne
Obecność Zespołu Zaburzeń Psychotycznych (POPS)	Anhedonia Społeczna
Zespół Krótkotrwałych Przemijających Objawów Psychotycznych (BIPS)	Awolcja
Zespół Łagodnych Objawów Pozytywnych (APSS)	Zaburzenia Ekspresji Emocji Zaburzenia Odczuwania Emocji i Poczucia Własnej Osoby
Stan Ryzyka Genetycznego i Pogorszenia (GRD)	Zubożenie Myślenia
Zespół Ryzyka Psychozy (COPS 5.6)	Funkcjonowanie Zawodowe
Zespół Łagodnych Objawów Psychotycznych wg DSM-5 (DSM-5 APS)	Objawy Dezorganizacji
	Dziwaczne Zachowanie / Wygląd Dziwaczne Myślenie
	Zaburzenia Koncentracji i Uwagi Zaniedbywanie Higieny Osobistej
	Objawy Ogólne
	Zaburzenia Snu
	Nastroj Dysforyczny
	Zaburzenia Motoryki
	Oslabienie Tolerancji Zwykłego Stresu

2.1. Kwestionariusz Informacji Ogólnych i Historii Chorób w Rodzinie (Family History Questionnaire)

Badanie rozpoczyna się od zebrania informacji ogólnych dotyczących celu wizyty pacjenta w ośrodku zdrowia psychicznego, stanu jego ogólnego funkcjonowania w ostatnim czasie, wykształcenia, zawodu, historii rozwoju i relacji społecznych, a także potencjalnie doświadczonej traumy oraz chorób i przyjmowanych substancji psychoaktywnych. Następnie zbierane są szczegółowe dane o chorobach psychicznych w rodzinie osoby badanej.

2.2. Skala Objawów Ryzyka Psychozy (Scale of Psychosis Risk Symptoms – SOPS)

Kolejne punkty wywiadu dotyczą stanu psychicznego osoby badanej, z podziałem na: część P – objawy pozytywne, część N – objawy negatywne, część D – objawy dezorganizacji, część G – objawy ogólne. W każdej części znajduje się seria pytań oraz miejsce przewidziane do rejestrowania odpowiedzi. Należy zadać wszystkie pytania wyróżnione pogrubioną czcionką. Inne są opcjonalne i mogą być uwzględnione w celu klaryfikacji lub rozwinięcia odpowiedzi twierdzących. Wywiad jest częściowo ustrukturalizowany, więc może obejmować dodatkowe pytania, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Na pytania można udzielić odpowiedzi: „nie”, „tak”, „brak danych”. W wypadku odpowiedzi potwierdzającej należy ją uszczegółowić za pomocą pytań dodatkowych w formie kwalifikatorów, które zostaną przedstawione w szczegółowym opisie SOPS. Do oceny nasilenia wymienionych objawów wykorzystuje się dwie różne skale. Objawy pozytywne są oceniane na jednej skali, natomiast objawy negatywne, dezorganizacji i ogólne ocenia się z użyciem drugiej skali, co zostanie wyjaśnione w szczegółowej charakterystyce wywiadu w dalszej części pracy.

2.3. Zmodyfikowana Skala Ogólnej Oceny Funkcjonowania (Global Assessment of Functioning. Modified Scale – GAF)

W tej skali oceniane są wskaźniki funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego na kontynuum zdrowia psychicznego i choroby, a osoba badana może uzyskać od 1 do 100 punktów. W ocenie nie bierze się pod uwagę zaburzeń w funkcjonowaniu z powodu ograniczeń fizycznych lub środowiskowych.

2.4. Schizotypowe zaburzenie osobowości według kryteriów DSM-5 (Schizotypal Personality Disorder Checklist – DSM-5)

W związku z tym, że ryzyko genetyczne według definicji w SIPS obejmuje spełnienie kryteriów DSM-5 wystąpienia schizotypowego zaburzenia osobowości i/lub posiadanie krewnego pierwszego stopnia z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, w wywiadzie znajduje się również tabela kryteriów z możliwością zaznaczenia ich obecności lub braku.

2.5. Podsumowanie danych SIPS

Podsumowanie zawiera nazwy skal z oceną nasilenia objawów od 0 do 1.

2.6. Kryteria zespołu SIPS – podsumowanie

Ostatnim, kluczowym etapem jest stwierdzenie, które kryteria najtrafniej spełniają objawy opisane wcześniej u osoby badanej. Kryteria zespołu SIPS wyglądają następująco:

- *Obecność Zespołu Zaburzeń Psychotycznych (Presence of Psychotic Syndrome – POPS).*
- *Zespół Krótkotrwałych Przemijających Objawów Psychotycznych (Brief Intermittent Psychosis Syndrome – BIPS).*
- *Zespół Łagodnych Objawów Pozytywnych (Attenuated Positive Symptom Syndrome – APSS).*
- *Zespół Ryzyka Genetycznego i Pogorszenia Funkcjonowania (Genetic Risk and Functional Decline Syndrome – GRD).*
- *Zespół Ryzyka Psychozy (Psychosis-Risk Syndrome – COPS 5.6)*
- *Zespół Łagodnych Objawów Psychotycznych według DSM-5 (DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome).*

3. Szczegółowa charakterystyka SIPS i omówienie celów wywiadu

3.1. Wykluczenie historii i/lub aktualnego stanu psychozy

Należy wykluczyć przeszłą psychozę za pomocą narzędzi przesiewowych lub informacji ogólnych zebranych od osoby badanej, na podstawie kryteriów *Obecności Zespołu Zaburzeń Psychotycznych (POPS)*. Aktualny stan psychozy jest definiowany jako obecność objawów pozytywnych.

3.1.1. Kryteria Obecności Zespołu Zaburzeń Psychotycznych (POPS)

Aktualny stan psychozy jest definiowany następująco:

Musi być spełnione zarówno kryterium (A), jak i (B).

(A) Obecne objawy pozytywne na psychotycznym poziomie intensywności (ocenione na poziomie „6”):

Niezwykłe treści myślenia, podejrzliwość/przekonania prześladowcze czy urojenia wielkościowe i/lub zniekształcone spostrzeganie noszące znamiona omamów i/lub zaburzenia mowy, wyrażone w postaci niespójnych lub niezrozumiałych wypowiedzi.

(B) Każdy objaw spełniający kryterium (A) musi charakteryzować się określoną częstotliwością, czasem trwania lub natężeniem. Co najmniej jeden objaw spełniający

kryterium (A) był obecny przez okres jednego miesiąca przez co najmniej godzinę dziennie z częstotliwością co najmniej 4 dni w tygodniu lub objaw powoduje zagrożenie lub znaczną dezorganizację funkcjonowania. „Zagrożenie” odnosi się do fizycznego zagrożenia zdrowia lub życia. „Znaczną dezorganizacją” oznacza zagrożenie dla godności osobistej lub reputacji w otoczeniu badanego.

Objawy pozytywne są oceniane na skalach P1–P5 *Skali Objawów Ryzyka Psychozy* (SOPS). Punktacja 1–5 na co najmniej jednej ze skal P1–P5 oznacza, że objaw pozytywny nie pozostaje na psychotycznym poziomie nasilenia. Wynik 6 na co najmniej jednej ze skal P1–P5 oznacza, że objaw pozytywny pozostaje na „ciężkim i psychotycznym” poziomie nasilenia, a więc spełnia kryterium (A). Wyjaśnienie, co oznaczają objawy o psychotycznym poziomie nasilenia, znajduje się w dalszej części tekstu, gdzie wyjaśniono ocenę objawów pozytywnych w skali SOPS.

Obecność aktywnej psychozy zależy jednak także od częstotliwości i natężenia objawów spełniających kryterium (A). Obecność ostrej psychozy ustala się, jeśli objaw pozytywny spełnia także kryterium (B).

3.2. Potwierdzenie wystąpienia w przeszłości jednego lub więcej spośród trzech zespołów ryzyka psychozy

Przy ocenie w tym punkcie należy pamiętać, że zespoły ryzyka psychozy nie są stanami wzajemnie się wykluczającymi. Osoba badana może jednocześnie spełniać kryteria jednego lub więcej zespołów. Osoba badana, która nie spełnia kryteriów aktywnej lub przebytej psychozy, podlega ocenie z zastosowaniem kryteriów *Zespołu Ryzyka Psychozy* (COPS 5.6) w celu wykluczenia bądź potwierdzenia obecności jednego lub więcej z trzech zespołów ryzyka psychozy: *Zespołu Krótkotrwałych Przemijających Objawów Psychotycznych* (BIPS), *Zespołu Łagodnych Objawów Pozytywnych* (APSS) lub *Zespołu Ryzyka Genetycznego i Pogorszenia Funkcjonowania* (GRD).

3.2.1. Kryteria Zespołu Ryzyka Psychozy (COPS 5.6)

3.2.1.1. Rozpoznanie Zespołu Krótkotrwałych Przemijających Objawów Psychotycznych (BIPS)

Definiowane jest przez obecność wyraźnych objawów psychotycznych, które są jednak przemijające lub krótkotrwałe. Aby spełnić kryteria diagnostyczne BIPS, objaw o psychotycznym poziomie intensywności – czyli wynik SOPS równy 6 („kryterium ciężkości”) – musiał w jakimś okresie być obecny przez co najmniej kilka minut dziennie przy częstotliwości co najmniej raz na miesiąc („kryterium częstotliwości”) i nie mógł być spowodowany obecnością innego zaburzenia („kryterium atrybucji”). Chociaż objawy pozytywne są lub były obecne na psychotycznym poziomie intensywności, to można wykluczyć aktualną obecność zespołu psychotycznego lub jego wystąpienie w przeszłości, jeżeli nie zostały spełnione kryteria POPS (B) dotyczące ich wystarczającej częstotliwości i czasu trwania lub natężenia.

3.2.1.2. Rozpoznanie Zespołu Łagodnych Objawów Pozytywnych (APSS)

Definiowane jest przez obecność w ostatnim czasie słabo wyrażonych objawów pozytywnych o wystarczającym poziomie nasilenia oraz częstotliwości. Aby spełnić kryteria objawu łagodnego, osoba badana musi w pewnym momencie ocenić co najmniej jeden z objawów pozytywnych P1–P5 skali SOPS na poziomie ciężkości „3”, „4” lub „5” („kryterium ciężkości”). Objaw musiał być obecny na aktualnym poziomie nasilenia ze średnią częstością co najmniej raz na tydzień w ciągu ostatniego miesiąca („kryterium częstotliwości”) i nie może być spowodowany obecnością innego zaburzenia („kryterium atrybucji”).

3.2.1.3. Rozpoznanie Zespołu Ryzyka Genetycznego i Pogorszenia Funkcjonowania (GRD)

Definiowane przez obecność genetycznego ryzyka zaburzeń z kręgu schizofrenii (jest ono spełnione, jeśli osoba badana posiada krewnego pierwszego stopnia, u którego występuje afektywna lub nieafektywna postać dowolnego zaburzenia psychiatrycznego) i/lub gdy osoba badana spełnia kryteria schizotypowego zaburzenia osobowości według DSM-5. Pogorszenie funkcjonowania jest definiowane jako obniżenie wyniku GAF o co najmniej 30% w ciągu ostatniego roku.

3.3. Ustalenie aktualnego statusu każdego z zespołów ryzyka psychozy

Dla każdego rozpoznania zespołu ryzyka psychozy należy ustalić jego aktualny status, wybierając z czterech następujących: postępujący, utrzymujący się, częściowa remisja oraz pełna remisja. Kryteria oceny statusu są odrębne dla każdego zespołu ryzyka psychozy. W wypadku postępującego zespołu BIPS objawy spełniające kryteria nasilenia, częstotliwości i atrybucji muszą być obecne w chwili badania i musiały wystąpić lub ulec nasileniu w ciągu ostatnich trzech miesięcy. W wypadku postępującego zespołu APSS początek objawów musiał wystąpić w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub muszą one zostać ocenione na skali o co najmniej jeden punkt wyżej, niż byłyby ocenione 12 miesięcy wcześniej. Status przewlekły zespołów BIPS lub APSS ustalany jest, kiedy objawy spełniają kryteria ciężkości, częstotliwości i atrybucji, jednak nie kryteria pogorszenia (nasilenia). Stan częściowej remisji zespołów BIPS i APSS jest ustalany, gdy objawy nie spełniają już kryteriów częstotliwości lub atrybucji, lub w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przestały spełniać kryterium ciężkości. Pełna remisja zespołów BIPS lub APSS zachodzi, gdy żaden z kwalifikujących objawów nie spełnia kryterium ciężkości przez więcej niż sześć miesięcy.

Status postępujący zespołu GRD wymaga obniżenia wyniku w skali GAF o co najmniej 30% w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Gdy wynik w skali GAF nie ulega zmianie, jednak utrzymuje się na poziomie poniżej 90% poziomu sprzed 12 miesięcy od pierwszej kwalifikacji, należy wybrać status przewlekły zespołu GRD. Wyniki GAF wyższe niż w wypadku kryterium stanu przewlekłego wskazują na status częściowej

remisji zespołu GRD, jeśli utrzymują się one przez 6 miesięcy lub mniej, a pełnej remisji – jeśli ten okres jest dłuższy niż 6 miesięcy.

Na podstawie wywiadu SIPS można postawić również rozpoznanie *Zespołu Łagodnych Objawów Psychotycznych według DSM-5 (DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome)*.

3.4. Ocena aktualnego nasilenia objawów ryzyka psychozy

Osoby badane spełniające kryteria jednego lub więcej zespołów ryzyka psychozy są dodatkowo badane kolejnymi pozycjami skali SOPS, czyli ocenia się Objawy Negatywne, Dezorganizacji, oraz Ogólne. Chociaż informacje dodatkowe nie są potrzebne do postawienia diagnozy *Zespołu ryzyka psychozy*, to mogą dostarczyć istotnych danych zarówno opisowych, jak i ilościowych dotyczących różnorodności i nasilenia objawów ryzyka psychozy. Niektórzy badacze mogą chcieć uzyskać pełny wynik SOPS u wszystkich osób badanych.

4. Szczegółowe omówienie *Skali Objawów Ryzyka Psychozy (SOPS)*

Skala SOPS służy do opisu i oceny objawów ryzyka psychozy i innych, które wystąpiły w ciągu ostatniego miesiąca (lub ostatniej oceny, jeśli odbywała się ona później). Ocenie poddaje się największe nasilenie objawu, utrzymujące się przez co najmniej kilka minut w ciągu tego czasu. SOPS składa się z czterech głównych części: (P) Objawów Pozytywnych, (N) Objawów Negatywnych, (D) Objawów Dezorganizacji oraz (G) Objawów Ogólnych. Wyniki końcowe SOPS zapisywane są na arkuszu umieszczonym na końcu kwestionariusza SIPS.

4.1. Pytania

W każdej części SOPS znajduje się seria pytań oraz miejsce przewidziane do zapisu odpowiedzi („N” = nie, „BD” = brak danych, „T” = tak). Należy zadać wszystkie pytania wyróżnione pogrubioną czcionką. Pytania, które nie zostały zapisane pogrubioną czcionką, są opcjonalne i mogą być uwzględnione w celu klaryfikacji lub rozwinięcia odpowiedzi twierdzących. Wywiad jest częściowo ustrukturalizowany, co oznacza, że może obejmować dodatkowe pytania, jeśli jest to potrzebne do ustalenia oceny.

4.2. Kwalifikatory

Po każdym pytaniu, na które pacjent udziela odpowiedzi twierdzącej (tj. „T”), należy zadać pytania dodatkowe w celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji. Dla każdej odpowiedzi „T” należy odnotować:

- Opis, początek, czas trwania, częstotliwość.
- Poziom cierpienia: „Jakie jest dla Pana/i to doświadczenie? Czy to Panu/i przeszkadza?”.

- Stopień wpływu na funkcjonowanie: „Czy kiedykolwiek działał/a Pan/i pod wpływem tego doświadczenia? Czy mając to doświadczenie zachowywał/a się Pan/i inaczej?”.

Stopień przekonania/znaczenie/uporczywość: „Jak wytłumaczył/aby Pan/i to doświadczenie? Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i poczucie, że może to dziać się tylko w Pana/i głowie? Czy wierzy Pan/i, że to się dzieje naprawdę?”.

Do oceny podanych objawów wykorzystuje się dwie różne skale ich nasilenia, przedstawione poniżej. Objawy pozytywne są oceniane na jednej skali, natomiast negatywne, dezorganizacji i ogólne ocenia się z użyciem drugiej.

Poziomy nasilenia w każdej skali mają dostarczyć wskazówek do oceny i przykładów występowania dla każdego obserwowanego objawu. Podstawę oceny stanowi obserwacja wraz z informacjami zebranymi od osoby badanej. Informacje pochodzące jedynie od osób trzecich nie są wystarczające.

4.3. Ocena poszczególnych części SOPS

4.3.1. Objawy Pozytywne

Wynik mieszczący się w przedziale od 0 do 2 punktów oznacza brak patologii/normę (przy czym 0 oznacza brak odchylenia, a 1 i 2 sugeruje występowanie nasilenia danej cechy, ale nadal w normie). Wynik od 3 do 5 punktów wskazuje na obecność zespołów ryzyka. Z kolei wynik 6 wyraźnie wskazuje na obecność objawów psychotycznych. Należy zwrócić uwagę, że skala SOPS różni się od innych skal oceny nasilenia objawów tym, że nie obejmuje gradacji nasilenia psychozy. Ocena 3 oznacza, że objaw spełnia kryteria psychopatologii (jest poniżej normy). Osoba badana musi samodzielnie wyrażać krytycyzm co do prawdziwości objawu. Obecność objawu na ogół powoduje cierpienie i/lub wpływa na procesy myślenia, odczuwania, relacje społeczne. Ocena 4 oznacza, że objaw spełnia kryteria psychopatologii o większym nasileniu. Osoba badana jest w stanie samodzielnie wyrażać krytycyzm, jednak wymaga to nieco czasu i wysiłku. Obecność objawu na ogół powoduje cierpienie i/lub wpływa na procesy myślenia, odczuwania, relacje społeczne oraz okresowo może wpływać na zachowanie. Ocena 5 oznacza, że objaw spełnia wszystkie kryteria, poza urojeniowym przekonaniem badanego co do ich prawdziwości. Możliwe jest wywołanie krytycyzmu u osoby badanej, przy dużym wysiłku innych osób. Ocena 6 wskazuje na obecność urojeniowego przekonania co do prawdziwości objawów.

Przy ocenie należy zawsze uwzględniać wpływ przekonań typowych dla określonej subkultury. Jeśli objaw jest zgodny z normami subkulturowymi, nie należy przyznawać oceny wyższej niż 2.

Tabela 2. Objawy pozytywne są oceniane w skali SOPS od 0 (nieobecne) do 6 (ciężkie i psychotyczne)

0	1	2	3	4	5	6
Nieobecne	Wątpliwe	Łagodne	Umiarkowane	Umiarkowanie ciężkie	Ciężkie ale nie psychotyczne	Ciężkie i psychotyczne

4.3.2. Objawy Negatywne, Dezorganizacji i Ogólne

Ocena 0 wskazuje na całkowity brak odchyień, natomiast 1 i 2 stanowią rzadziej występujące postaci normy. Ocena pacjentów z zespołem ryzyka, jak i wyraźnie psychiatrycznych może znajdować się w zakresie od 0 do 6. Poniżej każdej skali nasilenia objawów znajduje się miejsce, gdzie po przyznaniu oceny należy krótko opisać objawy wraz z uzasadnieniem.

Tabela 3. **Objawy Negatywne/ Dezorganizacji/ Ogólne są oceniane w skali SOPS od 0 (nieobecne) do 6 (skrajne)**

0	1	2	3	4	5	6
Nieobecne	Wątpliwe	Łagodne	Umiarkowane	Umiarkowanie ciężkie	Ciężkie	Skrajne

4.3.3. Początek, zaostrzenie i częstota występowania objawów

Poniżej sekcji „Uzasadnienie oceny” znajduje się tabelka oceny. Dla skali Objawów Pozytywnych składa się ona z czterech części, dla pozostałych z jednej. W wypadku skali Objawów Pozytywnych ocenianych na poziomie 3 lub wyższym w części „Początek” należy odnotować, kiedy po raz pierwszy objaw osiągnął nasilenie 3–6. W części „Zaostrzenie” należy odnotować, kiedy ostatnio nasilenie objawu uległo zwiększeniu o jeden punkt. W części „Częstotliwość” należy zaznaczyć wszystkie te pozycje, które odpowiadają kryteriom COPS. Dla skali Objawów Negatywnych, Dezorganizacji i Ogólnych istnieje skrócona wersja ramki oceny.

W części „Lepsza Atrybucja” należy ocenić, czy wystąpienie objawu lepiej tłumaczy obecność innego zaburzenia (psychicznego, somatycznego bądź związanego z używaniem substancji lub efektami ubocznymi stosowanych leków) opisywanego w klasyfikacji DSM. Istnieją dwa sposoby atrybucji. Pierwszy z nich to następstwo czasowe. Jeśli objawy pozytywne wystąpiły przed wystąpieniem zaburzenia współistniejącego lub utrzymują się one, kiedy owe zaburzenie jest w remisji, należy zaznaczyć, że ich obecność NIE jest związana z innym zaburzeniem DSM. Jeśli współistniejące zaburzenie pokrywa się czasowo z obecnością objawów pozytywnych, należy zastosować drugą metodę oceny. Druga metoda obejmuje ocenę tego, czy objawy pozytywne są bardziej charakterystyczne dla zespołu ryzyka psychozy, czy dla zaburzenia współistniejącego. Jeśli są one bardziej charakterystyczne dla przebiegu zaburzenia współistniejącego, to uznaje się, że lepiej tłumaczy ono ich obecność. Dla przykładu: poczucie osobistej dezintegracji na skutek stresu, rozładowane przez samookaleczenie u pacjenta z zaburzeniem typu *borderline*, lepiej tłumaczy obecność zaburzenia osobowości. Wyjątkiem pozostaje schizotypowe zaburzenie osobowości, ponieważ w tym wypadku ocenia się, że obecność nasilających się objawów pozytywnych nie jest lepiej tłumaczona występowaniem tego zaburzenia.

Tabela 4. Tabela oceny objawów pozytywnych ocenianych na poziomie 3 lub wyższym

Dla objawów ocenianych na poziomie 3 lub wyższym			
Początek	Zaostrzenie	Częstotliwość	Lepsza Atrybucja
<p>Należy zanotować kiedy nasilenie objawu pozytywnego osiągnęło poziom co najmniej 3:</p> <p><input type="checkbox"/> „Odkąd pamiętam”</p> <p><input type="checkbox"/> Data wystąpienia ___/___ Miesiąc/Rok</p>	<p>Należy zanotować, kiedy ostatnio objaw pozytywny aktualnie oceniany na poziomie 3-6 uległ nasileniu o co najmniej jeden punkt:</p> <p>Data zaostrzenia ___/___ Miesiąc/Rok</p>	<p>Należy zaznaczyć wszystkie, które dotyczą:</p> <p><input type="checkbox"/> $\geq 1\text{h/d}$, $\geq 4\text{d/tydz}$</p> <p><input type="checkbox"/> \geq kilka minut/d, $\geq 1\text{x/m-c}$</p> <p><input type="checkbox"/> $\geq 1\text{x/m-c}$</p> <p><input type="checkbox"/> żadne z powyższych</p>	<p>Objawy raczej związane z obecnością innego zaburzenia z DSM.</p> <p>Należy zaznaczyć jedno:</p> <p><input type="checkbox"/> Prawdopodobne</p> <p><input type="checkbox"/> Mało prawdopodobne</p>

5. Właściwości psychometryczne SIPS

Przedmiotem pracy jest opis polskiego tłumaczenia narzędzia, aktualnie poddawane pełnej procedurze walidacyjnej. Opisane poniżej właściwości psychometryczne dotyczą oryginalnej wersji SIPS oraz kilku wersji opracowanych w innych krajach.

W badaniach pilotażowych – zarówno oryginalnej wersji SIPS, jak i różnych adaptacji językowych – potwierdzono dobry poziom trafności prognostycznej narzędzia oraz pozytywnie zweryfikowano większość podstawowych wskaźników psychometrycznych. Uzyskiwane wyniki nieco różniły się od siebie ze względu na wielkość i charakter włączanych do badań grup pacjentów.

Autorzy SIPS [13] w badaniach podłużnych na grupach 14 i 49 osób wykazali dobrą trafność prognostyczną narzędzia – wśród badanych spełniających kryteria diagnostyczne POPS u 40–50% pełna psychoza rozwinęła się w ciągu kolejnych 12 miesięcy. Z kolei w innych doniesieniach, opartych na analizach danych pochodzących od znacznie większej liczby uczestników (kilkaset osób), wskazano na możliwość rozwinięcia się choroby na poziomie od 10 do 20% [7, 9, 14, 15]. Podejmowano także próby wyznaczenia trafności zbieżnej skali SIPS za pomocą metody korelacji między wartościami czynników tej skali oraz natężeniem objawów wyróżnionych w *Skali Objawów Pozytywnych i Negatywnych* (PANSS). Uzyskano wysokie wartości współczynników korelacji istotne statystycznie między wskaźnikami obu skal na poziomie przekraczającym wartość 0,70 [16].

W badaniach walidacyjnych przeprowadzonych w innych krajach, w których próbowano określić rzetelność pomiaru za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, osiągnęto satysfakcjonujące wskaźniki dokładności pomiaru wyniku ogólnego ($\alpha > 0,8$) i obniżone wskaźniki dla podskal mierzących poszczególne grupy objawów [16, 17]. Badanie hiszpańskiej wersji SIPS na grupie 30 pacjentów UHR w wieku od 15 do 31 lat ($M = 21,70$) wykazało zadowalającą rzetelność pomiaru objawów negatywnych ($\alpha = 0,875$) i dezorganizacji ($\alpha = 0,711$), jednak obniżoną w skalach objawów pozytywnych ($\alpha = 0,539$) i ogólnych ($\alpha = 0,574$) [18]. W badaniu koreańskim [16] na grupie 40

pacjentów UHR w wieku 15–33 lat ($M = 21,33$) zadowolającą dokładnością cechowała się tylko Skala Objawów Negatywnych ($\alpha = 0,78$), natomiast wskaźniki Skal Objawów Pozytywnych, Dezorganizacji i Ogólnych wynosiły kolejno 0,50; 0,56 i 0,48.

Ze względu na metodologię tych badań obniżone wskaźniki rzetelności poszczególnych podskal nie powinny być podstawą wnioskowania o słabej dokładności pomiaru podskal SOPS między innymi ze względu na różne wersje językowe. Badania te prowadzone były na małych grupach, co utrudnia uchwycenie reprezentatywnej zmienności, zwłaszcza w wypadku skal krótkich. Warto zauważyć, że w obu badaniach zadowolającą rzetelność osiągała najdłuższa z miar – objawów negatywnych, która jako jedyna składa się z 6 itemów.

Rzetelność skali SOPS sprawdzano także za pomocą metody ocen sędziów kompetentnych. Współczynnik zgodności dla wyniku ogólnego oszacowano na poziomie od 0,95 do 0,96, a dla poszczególnych podskal określono go na poziomie od 0,75 do 0,80 [13, 16].

Przedmiotem części prac była teoretyczna trafność skali SOPS określana na podstawie analizy czynnikowej metodą głównych składowych (*Principal Components Factor Analysis*). We wszystkich pracach tego typu wykazano rozkład ładunków w trzech, nie czterech, czynnikach – objawów negatywnych, pozytywnych i ogólnych. Uzyskiwane na różnych próbach struktury różniły się między sobą rodzajem zastosowanej metody rotacji, składem skal (od 3 do 9 itemów) oraz ich rzetelnością (od $< 0,5$ w najkrótszych skalach objawów ogólnych do $> 0,8$ w najdłuższych skalach objawów negatywnych) [14, 16, 18, 19]. W tak zaawansowanej metodzie jak analiza głównych składowych wielkość grupy ma istotne przełożenie na miarodajność osiąganych wyników. Zaleca się, aby optymalna wielkość analizowanej próby wynosiła 5–10 osób na 1 item, a minimalna nie powinna być niższa niż 3 osoby na 1 item [20]. Przytoczone badania prowadzone były na mało licznych grupach (od 30 do 95) lub na grupach mieszanych, w których badano pacjentów z UHR łącznie z osobami spełniającymi kryteria innych zaburzeń, w tym schizofrenii i zaburzeń nastroju. Przy 19 itemach składających się na skalę SOPS większość badań nie osiągnęła minimalnej (a żadne optymalnej) wielkości próby pozwalającej na uzyskanie w pełni wiarygodnego wyniku analizy czynnikowej. Warto podkreślić, że opisane dane wskazują, że rekrutacja pacjentów z UHR jest trudna i warta podejmowania badań walidacyjnych we współpracy wielośrodkowej [21].

6. Polska wersja językowa SIPS

W maju 2017 roku drogą elektroniczną nawiązano kontakt z autorami SIPS [13]. Po uzyskaniu zgody na podjęcie badań nad walidacją narzędzia do warunków polskiej populacji rozpoczęto procedurę tłumaczenia z udziałem dwóch niezależnych tłumaczy anglistów. W pierwszym kroku treść wywiadu została w całości przełożona z języka angielskiego na polski, a następnie drugi tłumacz dokonał przekładu z języka polskiego na angielski. Uzyskane w ten sposób tłumaczenie zwrotne zostało wysłane do autorów SIPS w sierpniu 2017 roku w celu weryfikacji jego poprawności. Procedura oceny trafności tłumaczenia i jego korekta trwały do października 2017 roku, ostateczną akceptację

polskiego tłumaczenia otrzymano 12.10.2017 roku. Obecnie trwają badania pilotażowe SIPS, które pozwolą określić właściwości psychometryczne polskiej wersji językowej.

7. Podsumowanie

Pośród osób poszukujących pomocy w poradniach zdrowia psychicznego znajdują się również takie, u których nie jest możliwe jednoznaczne rozpoznanie choroby psychicznej lub zaburzenia osobowości na podstawie standardowych kryteriów diagnostycznych. Jak opisano w pracy, SIPS może być użytecznym narzędziem w wykrywaniu osób należących do grup wysokiego ryzyka. Opierając się na podwyższonych wynikach uzyskanych przez osobę badaną w opisywanym narzędziu diagnostycznym oraz na ocenie klinicznej, można określić nasilenie objawów psychopatologicznych niespełniających kryteriów choroby lub zaburzenia psychicznego i zachęcić daną osobę do skorzystania z wczesnej interwencji, np. z psychoterapii behawioralno-poznawczej (CBT), co w konsekwencji może zapobiec przejściu istniejących problemów w pełną psychozę bądź inne zaburzenie. Rozpoczęto prace związane z polską walidacją, a także przygotowujący jest program terapeutyczny dla osób z grupy wysokiego ryzyka.

Autorzy pracy chcieliby serdecznie podziękować kolegom za wkład wniesiony w powstanie tego artykułu.

Zofia Lebiecka – tłumaczenie

Aleksandra Mazur – tłumaczenie zwrotne

Jolanta Kucharska-Mazur – konsultacja naukowa

Justyna Pelka-Wysiecka – konsultacja naukowa

Piśmiennictwo

1. Samochowiec J, Bieńkowski P. *Diagnoza, leczenie, organizacja. Wybrane wytyczne Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA)*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2016.
2. Jarema M. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. VM Media Sp. z o.o. VM Group sp. k. (Grupa Via Medica); 2015.
3. Huber G. *Reine Defektsyndrome und Basis-Stadien endogener Psychosen*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1966; 34: 409–426.
4. Janzarik W. *Schizophrene Verlaufe*. Berlin–Heidelberg–New York: Springer; 1968.
5. Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M. *Ryzykowny stan psychiczny. Czy można zapobiegać schizofrenii?* Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012.
6. Young AR, McGorry PD. *The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations*. Schizophr. Bull. 1996; 22(2): 353–370.
7. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R i wsp. *Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: Findings from the North American Prodrome Longitudinal Study*. Schizophr. Bull. 2009; 35(5): 894–908.
8. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58(2): 158–164.

9. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E i wsp. *Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: A multisite longitudinal study in North America*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65(1): 28–37.
10. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J i wsp. *Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: Randomised controlled trials*. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 291–297.
11. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS)*. Berlin: Springer; 1987.
12. Jaracz J, Grzechowiak M, Raczowski L, Rataj K, Rybakowski J. *Polska wersja Kompleksowej Oceny Zagrożających Stanów Psychicznych (CAARMS) – opis metody*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 95–107.
13. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J i wsp. *Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: Predictive validity, interrater reliability, and training to reliability*. Schizophr. Bull. 2003; 29(4): 703–715.
14. Lemos-Giráldez S, Vallina-Fernández O, Fernández-Iglesias P, Vallejo-Seco G, Fonseca-Pedrero E, Paíno-Piñeiro M i wsp. *Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study*. Schizophr. Res. 2009; 115(2): 121–129.
15. Yung AR, Yuen HP, Berger G, Francey S, Hung TC, Nelson B i wsp. *Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: Dilution or reduction of risk?* Schizophr. Bull. 2007; 33(3): 673–681.
16. Jung MH, Jang JH, Kang DH, Choi JS, Shin NY, Kim HS i wsp. *The reliability and validity of the Korean version of the structured interview for prodromal syndrome*. Psychiatry Investig. 2010; 7(4): 257–263.
17. Fernández P, Ortega J, García P, Gutiérrez A, García A, Bobes J i wsp. *Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)*. Actas Esp. Psiquiatr. 2006; 34(4): 216–223.
18. Hawkins KA, McGlashan TH, Quinlan D, Miller TJ, Perkins DO, Zipursky RB i wsp. *Factorial structure of the Scale of Prodromal Symptoms*. Schizophr. Res. 2004; 68(2): 339–347.
19. Comparelli A, Savoia V, Kotzalidis GD, Woods SW, Masticoni S, Vassallo F i wsp. *Factor-structure of the Italian version of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS): A comparison with English version*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2011; 20(1): 45–54.
20. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. *Sample size in factor analysis*. Psychological Methods 1999; 4(1): 84–99.
21. Preti A, Cella M. *Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness*. Schizophr. Res. 2010; 123(1): 30–36.

Adres: Monika Mak
Katedra i Klinika Psychiatrii
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
70-001 Szczecin, ul. Broniewskiego 26
e-mail: monika.mak@gmail.com

Otrzymano: 20.11.2017

Zrecenzowano: 11.01.2018

Otrzymano po poprawie: 1.06.2018

Przyjęto do druku: 3.09.2018