

Polska wersja Kompleksowej Oceny Zagrożających Stanów Psychiczych (CAARMS) – opis metody

Polish version of Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS) – the description of the method

Jan Jaracz¹, Marta Grzechowiak¹, Lucyna Raczkowiak¹,
Karolina Rataj², Janusz Rybakowski¹

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

² Instytut Filologii Angielskiej, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Dyrektor: prof. dr hab. K. Dziubalska-Kołaczyk

Summary

The first psychotic episode is usually preceded by the decline in functioning as well as the occurrence of symptoms, which due to low intensity or short duration do not fulfil the criteria allowing for the recognition of delusions or hallucinations. Early intervention at this stage may prevent the development of psychosis or its onset. It is thus necessary to implement clearly established criteria, which will allow for the identification of patients with a high risk for developing psychosis. One of the diagnostic tools used to identify this stage is the Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (CAARMS) developed by Alison Young et al. in the PACE Clinic in Melbourne. This is a method which seems to be a useful tool in everyday medical practice.

Słowa klucze: zagrożające stany psychiczne, prodrom, psychoza, CAARMS

Key words: at risk mental state, prodrome, psychosis, CAARMS

Wstęp

Zdefiniowanie stadiów rozwoju chorób ma w medycynie istotne znaczenie. Ustalenie kryteriów stanów przedchorobowych pozwala na wczesną diagnostykę i leczenie. Programami profilaktycznymi objęte są szczególnie osoby wysokiego ryzyka, w których rodzinach choroba występuje. Efektem profilaktyki jest zmniejszenie zapadalności na niektóre choroby nowotworowe oraz schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

Na podstawie prospektywnej obserwacji chorych na schizofrenię wyróżniono następujące stadia choroby: przedchorobowe, objawów prodromalnych, ostrej psychozy oraz deterioracji [1].

Okres objawów prodromalnych, które często poprzedzają wystąpienie pełnoobjawowej psychozy schizofrenicznej, opisali w latach 60. Huber [2] oraz Janzarik [3]. Badania retrospektywne, między innymi ABC Schizophrenia Study przeprowadzone w kilku ośrodkach na terenie Niemiec, potwierdziły, że w okresie tym występują podprogowe (subkliniczne) objawy pozytywne, negatywne, a także objawy depresji, którym towarzyszy pogorszenie się funkcjonowania [4]. Informacje te stały się inspiracją do podjęcia badań prospektywnych, których celem było zdefiniowanie kryteriów rozpoznawania stanów, wiążących się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia pierwszego epizodu psychiatrycznego w niedalekiej przyszłości. Na podstawie uzyskanych wyników, w kilku ośrodkach zaproponowano kryteria kliniczne pozwalające na identyfikację osób wysokiego ryzyka. Należą do nich „zagrożające stany psychiczne” (ang. at risk mental states – ARMS) oraz zespół bardzo wysokiego ryzyka (ang. ultra high-risk syndrome – UHR) [5], a także „prodromalny zespół ryzyka” (ang. prodromal risk syndrome) [6]. W odróżnieniu od używanego wcześniej określenia „prodrom”, rozpoznanie tych stanów nie implikuje nieuchronności rozwoju psychozy. Stwierdzenie powyższych kryteriów stanowić może podstawę do podejmowania działań profilaktycznych w grupach osób zagrożonych wystąpieniem psychozy.

Prospektywna obserwacja wykazała, że u 49,4% badanych, u których stwierdzano czynniki ryzyka, w ciągu 5–6 lat wystąpił pierwszy epizod psychiatryczny. Natomiast w grupie osób, u których nie występowały objawy prodromalne, ryzyko psychozy wynosiło 4% [7]. W wieloośrodkowych badaniach amerykańskich, w ciągu 2,5-letniej obserwacji psychoza wystąpiła u 35% badanych, u których stwierdzono kryteria zespołu prodromalnego [8].

Podjęcie wczesnej interwencji, polegającej na zastosowaniu u osób z grupy wysokiego ryzyka terapii poznawczej lub niskich dawek leków przeciwpsychotycznych II generacji (amisulpryd, olanzapina, risperidon), może zapobiec rozwojowi psychozy lub opóźnić jej początek [9–11].

W świetle tych danych przyjąć można, że wśród przeważających dotychczas pesymistycznych poglądów dotyczących nieuchronności rozwoju schizofrenii pojawiają się wątki optymistyczne. Jednym z nich jest możliwość prowadzenia wtórnej profilaktyki choroby w grupie osób z bardzo wysokim ryzykiem rozwoju psychozy.

Warunkiem wprowadzenia takich działań jest edukacja pracowników służby zdrowia w zakresie kryteriów rozpoznawania stanów wysokiego ryzyka rozwoju psychozy oraz zastosowanie metod wspomagających ich identyfikację. Należą do nich Ustrukturalizowany Wywiad w Kierunku Zespołów Prodromalnych (ang.: Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) [12], Bońska Skala do Oceny Objawów Podstawowych (ang.: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms – BSAB) [13] i Kompleksowa Ocena Zagrożających Stanów Psychiczych (ang.: Comprehensive Assessment of At Risk Mental States – CAARMS) [14].

CAARMS jest częściowo ustrukturalizowanym wywiadem, który pozwala na identyfikację osób o wysokim ryzyku wystąpienia psychozy w niedalekiej przyszłości. Został opracowany przez Alison Young i wsp. z kliniki PACE w Melbourne. Rzetelność i trafność tej metody, a także jej wartość predykcyjna zostały potwierdzone w grupie osób spełniających kryteria UHR. Zaadaptowano ją w Wielkiej Brytanii, Korei, Hong-

kongu, jednak tylko japońska wersja językowa była oceniana pod kątem rzetelności, trafności i wartości predykccyjnej [15].

Postuluje się, aby kryteria diagnostyczne zespołu objawów związanych z wysokim ryzykiem wystąpienia psychozy włączyć do DSM-V, jednak sposób ostatecznej ich operacjonalizacji jest przedmiotem dyskusji [16, 17].

Z uwagi na przydatność w rozpoznawaniu stanów wysokiego ryzyka rozwoju psychozy – po uzyskaniu zgody autorów (A.Young i wsp.) – przetłumaczyliśmy CAARMS na język polski (M.G. i J.J.). Następnie polska wersja została przetłumaczona na język angielski (back translation) przez jedną ze współautorek (K.R.), która nie знаła wersji oryginalnej. Tłumaczenie zostało następnie ocenione i po drobnych poprawkach zaakceptowane przez Magentę Simmons z kliniki PACE.

Ogólna charakterystyka CAARMS

CAARMS jest strukturalizowanym wywiadem stosowanym w celu:

- 1 – ustalenia, czy badana osoba spełnia kryteria UHR,
- 2 – potwierdzenia lub wykluczenia ostrej psychozy oraz
- 3 – określenia profilu psychopatologii i funkcjonowania w czasie młodych ludzi z „bardzo wysokim ryzykiem” wystąpienia psychozy.

Dotychczasowy przebieg zaburzeń przedstawia się w postaci wykresu, który ilustruje historię zmian, od stanu przedchorobowego po stan obecny. Istotne jest uzyskanie informacji o pierwszych zauważonych przez badanego zmianach.

CAARMS składa się siedmiu części, opisujących następujące grupy zaburzeń: 1 – objawy wytwórcze, 2 – zmiany poznawcze, koncentracja/uwaga, 3 – zaburzenia emocjonalne, 4 – objawy negatywne (deficytowe), 5 – zmiany zachowania, 6 – zmiany motoryczne/fizyczne oraz 7 – ogólna psychopatologia. W obrębie każdej z grup wymienione są poszczególne objawy oraz pytania przydatne do ich stwierdzenia. Następnie oceniane jest nasilenie objawów w następującej skali: 0 – objaw nieobecny, 1 – wątpliwy, 2 – o łagodnym nasileniu, 3 – o umiarkowanym nasileniu, 4 – o umiarkowanie ciężkim nasileniu, 5 – o ciężkim nasileniu, i 6 – w zależności od objawu: skrajny (na przykład anhedonia) lub psychotyczny (na przykład omamy słuchowe).

W tabeli 1 (*na następnej stronie*) podano przykład oceny nasilenia niezwyklej treści myślenia.

Po ustaleniu nasilenia objawu należy określić jego częstość i czas trwania. Umożliwia to skala, w której 0 oznacza niewystępowanie objawu, 1 – występowanie mniej niż raz w miesiącu, 2 – raz w miesiącu do dwóch razy w tygodniu – za każdym razem czas trwania **krótszy** niż 1 godzina, 3 – raz w miesiącu do dwóch razy w tygodniu – za każdym razem czas trwania **dłuższy** niż 1 godzina lub 3–6 razy w tygodniu – jednorazowo **krócej** niż przez 1 godzinę, 4 – 3–6 razy w tygodniu – za każdym razem **dłużej** niż przez 1 godzinę albo codziennie **krócej** niż przez 1 godzinę, 5 – codziennie **dłużej** niż przez 1 godzinę albo kilka razy dziennie, i 6 – ciągle (tabela 2).

Tabela 1. Niezwykłe treści myślenia – Ogólna Skala Ocen

0 Nigdy/ nieobecne	1 Wątpliwe	2 Łagodne	3 Umiarkowane	4 Umiarkowanie ciężkie	5 Ciężkie	6 Psychotyczne i ciężkie
Niezwykłe treści myślenia nie występują	Łagodne przetworzenie powszechnych przekonań uznawanych przez część populacji	Niesprecyzowane wrażenie, że na świecie coś się zmieniło albo nie do końca jest w porządku, ale badany nie jest w stanie tego jasno wyrazić. Nie jest zaniepokojony/nie jest zmartwiony tym doświadczeniem.	Poczucie zmieszania. Silniejsze poczucie niepewności dotyczące myśli opisanych w punkcie 2	Idee odnoszące, przekonanie, że pewne wydarzenia, przedmioty albo ludzie mają szczególne i niezwykle znaczenie. Poczucie, że doznania mogą pochodzić z zewnątrz. Przekonania nie są utrwalone, podlegają dyskusji. Nie skutkują zmianami w zachowaniu.	Niezwykłe myśli, które zawierają dziwne i wysoce nieprawdopodobne treści. Badany może wątpić (nie jest urojeniowo przekonany) albo nie wierzy w nie przez cały czas. Może to skutkować pewnymi zmianami w zachowaniu, ale drobnymi.	Niezwykłe myśli zawierające dziwne i wysoce nieprawdopodobne treści związane z urojeniowym przekonaniem (badany nie ma wątpliwości), mogącym znacząco wpływać na zachowanie.

Następnie ocenia się związek występowania objawu z używaniem substancji psychoaktywnych: 0 oznacza brak związku, 1 – objaw występuje w związku z użyciem tych substancji, jak również w innych sytuacjach, 2 – występuje tylko w związku z użyciem substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do niektórych grup objawów należy ocenić związek objawu z nasileniem cierpienia w skali od 0 – cierpienie nie występuje, do 100 – maksymalne cierpienie.

Tabela 2. Ocena częstotliwości i czasu występowania objawu

Data początku: _____ Data zakończenia: _____

0	1	2	3	4	5	6
Brak	Mniej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu do dwóch razy w tygodniu – za każdym razem czas trwania krótszy niż 1 godzina	Raz w miesiącu do dwóch razy w tygodniu – za każdym razem czas trwania dłuższy niż 1 godzina LUB 3–6 razy w tygodniu – jednorazowo krócej niż przez 1 godzinę	3–6 razy w tygodniu – za każdym razem dłużej niż przez 1 godzinę ALBO codziennie krócej niż przez 1 godzinę.	Codziennie dłużej niż przez 1 godzinę ALBO kilka razy dziennie.	Ciągle

Szczegółowa charakterystyka CAARMS

Pierwsza część CAARMS obejmuje **objawy wytwórcze**, które podzielono na cztery grupy. Pierwszą z nich są niezwykle treści myślenia – do ich oceny zastosowano pytania dotyczące dziwacznych przekonań. Zaliczono do nich występowanie nasyłania, odciągania i odsłonięcia myśli, czytania w myślach oraz poczucia bezwolności cielesnej. Oprócz tych, nazwanych przez twórców skali CAARMS, „wykrystalizowanych idei”, na opis niezwykle treści myślenia składają się, określane jako „idee niewykrystalizowane”, nastrój urojeniowy i zmieszanie oraz przekonania odnoszące. Pytania dotyczące tej grupy objawów związane są z poczuciem badanego zmiany w sobie samym lub otaczającym go świecie oraz zdziwienia zagadkowością tych zmian. Dane o niezwykle treściach myślenia umożliwiają określenie zakresu zmian w sześciopunktowej Ogólnej Skali Ocen. 0 oznacza w niej niewystępowanie niezwykle treści myślenia, natomiast wyższą punktację badany otrzymuje, gdy jego przekonania stają się niezwykle, wpływają na jego zachowanie, a on sam traci krytycyzm, aż do oceny 6 – urojeniowej pewności co do prawdziwości niezwykle, nieprawdopodobnych treści.

Drugą grupą **objawów wytwórczych** są inne (nie dziwaczne) treści myślenia. Dzięki zawartym w tej części pytaniom można uzyskać informacje dotyczące podejrzliwości, przekonań prześladowczych (czy badany ma poczucie, że inni ludzie się z niego śmieją, utrudniają życie, próbują skrzywdzić), wielkościowych, somatycznych (wrażenie, że coś dziwnego dzieje się z ciałem, że ciało się zmieniło), nihilistycznych (przekonanie, że jakaś część badanego jest martwa, nieobecna lub że świat nie istnieje), religijnych, a także – o winie, zdradzie oraz erotomanii. W sześciopunktowej Ogólnej Skali Ocen 0 oznacza niewystępowanie innych (nie dziwacznych) treści myślenia, a 6 – niezwykle, wysoce nieprawdopodobne treści, znacząco wpływające na zachowanie.

Trzecią grupą **objawów wytwórczych** są zaburzenia spostrzegania. Szczegółowe pytania w ramach tej grupy objawów dotyczą zarówno zniekształceń i złudzeń, jak i omamów związanych z różnymi narządami zmysłów – wzrokowych, słuchowych, węchowych, smakowych, dotykowych i somatycznych. Wrażenia odczuwane każdym zmysłem oceniane są przez badanego pod względem zmiany odbioru bodźców, ich niezwykłości, intensywności, przekonania o ich rzeczywistym istnieniu w chwili ich doznawania oraz oceny ich rzeczywistego istnienia przez otoczenie. W Zmianach somatycznych opisywane są niezwykle doznania zlokalizowane w ciele, przekonania dotyczące jego funkcjonowania oraz odczuwanych przez badanego zmian. W Ogólnej Skali Ocen 0 przyznaje się w razie braku zaburzeń spostrzegania, a 6 – gdy występują omamy, co do których prawdziwości badany jest przekonany.

Ostatnią grupą **objawów wytwórczych** jest dezorganizacja mowy, opisywana zarówno przez samego badanego, jak i przeprowadzającego wywiad. Badany określa swoje trudności w mowie, komunikacji, znalezieniu właściwego słowa, odbieganiu od tematu, poruszaniu wielu wątków, odwoływaniu się do gestykulacji i mimiki, stosowaniu echolalii. Badający analizuje używanie nieprawidłowych słów, neologizmów, nadmierną szczegółowość, abstrakcyjność lub konkretność wypowiedzi, tracenie wątku. W Ogólnej Skali Ocen dezorganizację mowy szacuje się, poczynając od braku

trudności w komunikowaniu się i byciu zrozumiałym aż po brak spójności, trudność w podążaniu za tokiem myślenia i utratę powiązań w mowie.

Druga część CAARMS obejmuje **zmiany poznawcze – koncentrację / uwagę**, podzielone na zaburzenia oceniane subiektywnie i rozpraszalność uwagi ocenianą przez badającego. Pytania dotyczą problemów z koncentracją i uwagą w codziennym życiu. Ponadto przy ocenie formalnych zaburzeń myślenia badany udziela odpowiedzi na pytania o zablokowanie, zmieszanie lub gonitwę myśli, poczucie utraty tożsamości oraz „zatrzymanie” innych funkcji, jak uwaga, słuch, wzrok, pamięć, mowa czy ruch. Trudności w rozumieniu szacowane są za pomocą pytań dotyczących konieczności powtarzania – zwłaszcza dłuższych – zdań, trudności z rozumieniem metafor, problemów z wychyceniem emocjonalnego wydźwięku rozmów oraz z odczytywaniem niewerbalnych sposobów komunikacji. Oceniane są także zaburzenia pamięci. Subiektywne zmiany poznawcze sytuowane są na kontinuum od 0 – nieobecne, po 6 – skrajne, kiedy wywiad jest przerywany z powodu niezdolności badanego do koncentracji, zablokowania myśli lub poważnych zaburzeń pamięci. Obserwowane zmiany poznawcze badający ocenia na podstawie pozawerbalnych wykładników rozpraszalności, odwracalności uwagi, braku uważności, szacowanych także na podstawie wyników zadania, polegającego na przeliterowaniu słowa wprost i wstecz oraz odejmowaniu 7 od liczby sto. W Ogólnej Skali Ocen maksymalny wynik otrzymuje osoba, której rozpraszalność uwagi uniemożliwia przeprowadzenie wywiadu.

Część trzecia CAARMS to **zaburzenia emocjonalne**, które opisywane są subiektywnie przez badanego na podstawie zadawanych mu pytań oraz szacowane przez przeprowadzającego wywiad. Pytania dotyczą zauważonych przez badanego zmian w odczuwaniu emocji, w ich ekspresji mimicznej oraz ich autentyczności, zdolności do odczuwania smutku i radości pod wpływem różnych wydarzeń, zdolności do nawiązania kontaktu wzrokowego i modulacji mowy, a także społecznego odbioru zaszytych zmian. Następnie badający musi ocenić ograniczenia mimiki badanego, intonacji, ekspresji ruchowej, gestykulacji, zdolności do zaangażowania oraz niezgodność afektu z wypowiedzianą treścią (obserwowane stopienie afektu i obserwowane niedostosowanie afektu). Zaburzenia emocjonalne oceniane są od 0 – brak obserwowanych odchyleń, do 6 – niedostosowanie i stopienie afektu, zauważane w poszczególnych częściach wywiadu przez badanego i badacza, a także informatora.

Czwarta część CAARMS służy do oceny występowania i nasilenia **objawów negatywnych (deficytowych)**, obejmujących alogię / zubożenie mowy, bierność zachowania (awolicję) / apatię i anhedonię. O alogii / zubożeniu mowy świadczą subiektywne trudności badanego w prowadzeniu rozmów oraz oceniany przez badacza czas odpowiedzi i świadomość pytania. Bierność zachowania awolicja / apatia i anhedonia dowodzi braku energii, zmęczenia, braku siły woli i wskazuje na aspekty, na jakie powinien zwrócić uwagę przeprowadzający wywiad. Pytania poświęcone anhedonii dotyczą radości z aktywności, stopnia zainteresowania rzeczami dotychczas sprawiającymi przyjemność i wpływu zmian na podejmowanie aktywności. Objawy negatywne oceniane są od 0 – nieobecne do 6 – odpowiednio: zubożenie mowy albo zablokowanie myśli, brak przyjemności i zainteresowania, niezdolność do podejmowania ról społecznych i wyizolowanie.

Część piąta – **zmiany zachowania**, obejmuje: izolację społeczną, ograniczenie ról życiowych, zdezorganizowane / dziwaczne / stygmatyzujące zachowania oraz agresywne / niebezpieczne zachowania. Izolacja społeczna szacowana jest na podstawie danych dotyczących pozostawania w domu, niekomfortowego samopoczucia w obecności innych, przedkładania samotności nad kontakty z innymi ludźmi oraz stronięcia od ważnych wydarzeń. Informacje uzyskiwane są zarówno od badanego, jak i informatora. Ograniczenie ról życiowych ustalane jest na podstawie możliwości wywiązywania się z obowiązków szkolnych i pracowniczych, zdolności do pełnienia dotychczasowych funkcji, zainteresowania podejmowaniem nowych ról; pytania kieruje się też do informatora. Zdezorganizowane / dziwaczne / stygmatyzujące zachowania związane są ze zmianami w stylu życia, które inni ludzie mogą określać jako dziwne. Informacje uzyskuje się także od osoby z otoczenia. W ogólnej punktacji brane są pod uwagę niezwykle zachowania, jak mówienie do siebie, gromadzenie przedmiotów, poruszanie się w dziwny sposób. Natomiast pytania o agresywne / niebezpieczne zachowania, kierowane do badanego i informatora, dotyczą drażliwości, wszczynania kłótni, zachowań ryzykownych, chęci uderzenia lub zranienia jakiejś osoby i rzucania przedmiotami. Nasilenie zaburzeń jest również oceniane w sześciopunktowej Ogólnej Skali Ocen.

Część szósta dotyczy **zmian motorycznych / fizycznych** zgłaszanych przez badanego, bądź obserwowanych przez osoby informujące, oraz skarg badanego na upośledzenie funkcji motorycznych, autonomicznych i odczuć cielesnych. Pytania dotyczą występowania dezorganizacji ruchów (niezgrabność, brak koordynacji, trudność w organizowaniu ruchów lub aktywności, utrata spontaniczności ruchów, zakłócenia zdolności do ich wykonywania czy konieczność włożenia większego wysiłku w ich wykonanie) oraz manieryzmów i przyjmowania póz (nabycie pewnych nawyków podczas zdenerwowania czy robienia czegoś, charakterystyczny sposób naśladowania innych, przyjmowanie pewnych postaw). Zarówno osoba badana, jak i informator proszeni są o podanie wyjaśnień obserwowanych zmian w tym zakresie. Dalej wymienione są dolegliwości, na które może skarżyć się badany, analizując swoje odczucia cielesne: bóle, poczucie pociągania, swędzenie, palenie, drętwienie, niezwykle czy dziwaczne doznania, np. opisywane jako poczucie wibracji, pełzania, „szeleszczenia”, oraz zwracając uwagę na czynności swojego układu autonomicznego: poczucie zwolnionego albo przyspieszonego bicia serca, zbyt płytkie lub szybkie oddychanie, zwiększona wrażliwość na pogodę, nudności, zaparcia, pogorszenie się jakości snu itp. Nasilenie poszczególnych objawów i zmian fizycznych szacowane jest w sześciopunktowej Ogólnej Skali Ocen.

Ostatnia część CAARMS – siódma – poświęcona jest **ogólnej psychopatologii**. Zawiera pytania dotyczące występowania objawów manii, depresji, prób samobójczych, samookaleczeń, wahań nastroju, labilności emocjonalnej, lęku, obsesji, kompulsji, objawów dysocjacyjnych oraz spadku tolerancji stresu. Ocenie nasilenia poszczególnych objawów ogólnej psychopatologii również służy Ogólna Skala Ocen.

Ogólne funkcjonowanie pacjenta koduje się w **Skali Oceny Funkcjonowania Społecznego i Zawodowego (SOFAS)** na kontinuum 0 do 100, gdzie 0 oznacza niewystarczające informacje, 1 – całkowitą niezdolność do funkcjonowania w sposób nie

szkodzący sobie czy innym, oraz stałą niezdolność do utrzymania minimum higieny osobistej, 50 – poważne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (np. brak przyjaciół czy niezdolność do utrzymania pracy), 100 – doskonałe funkcjonowanie w szerokim zakresie aktywności. Skala obejmuje także wiele kodów pośrednich. Przy ocenie wyników uwzględnia się jedynie upośledzenie funkcjonowania z powodów psychicznych i fizycznych, pomijając skutki wynikające z ograniczeń środowiskowych.

Na podstawie ocen w poszczególnych skalach osoby badane można zakwalifikować do grupy, która spełnia kryteria rozpoznania psychozy (czyli wykluczające) oraz kryteria włączające. Próg psychozy przekraczają badani, u których objawy trwają dłużej niż tydzień, otrzymujący wysoką punktację w podskalach: niezwykle treści myślenia, inne (nie dziwaczne) treści myślenia, zaburzenia spostrzegania i dezorganizacja mowy, wraz z podwyższeniem odpowiednich wyników Skali Częstości Objawów (tabela 4).

Na podstawie punktacji w podskalach: niezwykle treści myślenia, inne (nie dziwaczne) treści myślenia, zaburzenia spostrzegania i dezorganizacja mowy, oraz niższych wyników w Skali Oceny Funkcjonowania Społecznego i Zawodowego (SOFAS) wśród osób, spełniających kryteria włączające, wyróżnić można trzy grupy:

1. *Grupa osób podatnych* to młode osoby, u których wysokie ryzyko wystąpienia psychozy związane jest ze znaczącą deterioracją stanu psychicznego, pogorszeniem się funkcjonowania i z rodzinnym występowaniem psychozy; istotna jest tu również diagnoza zaburzeń schizotypowych (tabela 3).

Tabela 3. Grupa osób podatnych

Kryterium to identyfikuje młode osoby z wysokim ryzykiem wystąpienia psychozy spowodowanym obecnością czynnika ryzyka typu cecha i znaczącą deterioracją stanu psychicznego i/lub funkcjonowania		
	TAK	NIE
Występowanie psychozy u krewnego pierwszego stopnia LUB schizotypowych zaburzeń osobowości u badanego PLUS <ul style="list-style-type: none"> • Obniżenie o 30% punktacji w SOFAS w porównaniu z okresem przedchorobowym, utrzymujące się przez miesiąc, pojawiło się w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB • Wynik w SOFAS 50 lub mniej w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub dłużej 		
Spełnione kryterium dla grupy osób podatnych?		

2. *Grupę z łagodnymi objawami psychotycznymi* charakteryzuje wyższe ryzyko wystąpienia psychozy z uwagi na podprogowe objawy psychotyczne, które albo mają subkliniczne nasilenie, albo podprogową częstotliwość (tabela 4).
3. *Trzecią grupę* stanowią osoby obciążone większym ryzykiem psychozy z uwagi na objawy psychotyczne – ustępujące spontanicznie, bez farmakoterapii i trwające krócej niż tydzień – które występowały w ostatnim roku (BLIPS) (tabela 5).

Tabela 4. Grupa osób z łagodnymi objawami psychiatrycznymi

Kryterium to identyfikuje młode osoby o zwiększonym ryzyku wystąpienia psychozy z powodu zespołu podprogowych objawów psychiatrycznych. Oznacza to, że występują u nich objawy, które nie przekraczają progowego nasilenia dla psychozy, ponieważ mają nasilenie subkliniczne (objawy nie są dostatecznie nasilone), albo – objawy psychiatryczne o podprogowej częstotliwości (objawy nie występują wystarczająco często)	TAK	NIE
2a) Podprogowe nasilenie		
<p>Ogólna Skala Ocen CAARMS: 3–5 punktów w podskali niezwykle treści myślenia, 3–5 punktów w podskali inne (nie dziwaczne) treści myślenia, 3–4 punkty w podskali zaburzenia spostrzegania i/lub 4–5 punktów w podskali dezorganizacja mowy w CAARMS</p> <p>PLUS</p> <p>Wynik Skali Częstości Objawów CAARMS 3–6 punktów w podskalach: Niezwykłe treści myślenia, inne (nie dziwaczne) treści myślenia, zaburzenia spostrzegania i/lub w podskali dezorganizacja mowy utrzymujące się przez przynajmniej tydzień</p>		
2b) Podprogowa częstość		
<p>W Ogólnej Skali Ocen CAARMS: 6 punktów w podskali niezwykle treści myślenia, 6 punktów w podskali inne (nie dziwaczne) treści myślenia i/lub 5–6 punktów w podskali zaburzenia spostrzegania i/lub 6 punktów w podskali dezorganizacja mowy</p> <p>PLUS</p> <p>Skala Częstości Objawów CAARMS: 3 punkty w podskalach niezwykle treści myślenia, inne (nie dziwaczne) treści myślenia, zaburzenia spostrzegania i/lub dezorganizacja mowy</p> <p>PLUS (dla obu kategorii)</p> <p>Objawy występowały w ostatnim roku</p> <p>PLUS (dla obu kategorii)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obniżenie o 30% punktacji w SOFAS w porównaniu z okresem przedchorobowym, utrzymujące się przez miesiąc, pojawiło się w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB • Wynik w SOFAS 50 lub mniej w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub dłużej 		
Spełnione kryterium dla grupy osób z łagodnymi objawami psychiatrycznymi?		

Tabela 5. Grupa osób z trwającymi krótko objawami psychotycznymi, które samoistnie ustępują (BLIPS)

Kryterium to identyfikuje młode osoby o zwiększonym ryzyku psychozy z powodu występowania objawów psychotycznych, które ustępują spontanicznie (bez leków przeciwpsychotycznych) w ciągu 1 tygodnia		
	TAK	NIE
<ul style="list-style-type: none"> • W Ogólnej Skali Ocen CAARMS 6 punktów w podskali niezwykle treści myślenia 6 punktów w podskali inne (nie dziwaczne) treści myślenia 5 lub 6 punktów w podskali zaburzenia spostrzegania i/lub 6 punktów w podskali dezorganizacja mowy <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wynik Skali Częstości Objawów 4–6 w podskalach: niezwykle treści myślenia inne (nie dziwaczne) treści myślenia zaburzenia spostrzegania i/lub dezorganizacja mowy <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Każdy epizod objawów nie trwa dłużej niż jeden tydzień i objawy zawsze ustępują spontanicznie <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objawy występowały w ostatnim roku <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obniżenie o 30% punktacji w SOFAS w porównaniu z okresem przedchorobowym, utrzymujące się przez miesiąc, pojawiło się w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB • Wynik w SOFAS 50 lub mniej w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub dłużej 		
Spełnione kryterium dla grupy BLIPS?		

Podsumowanie

CAARMS jest narzędziem pomocnym w diagnostyce problemów psychicznych młodych osób, u których występują czynniki związane z wysokim ryzykiem rozwoju psychozy, i w ich różnicowaniu z zaburzeniami psychicznymi. Z uwagi na walory predycyjne dostarcza informacji dotyczących stanu psychicznego osoby badanej, które – po uwzględnieniu szerszego kontekstu – mogą stanowić podstawę do podjęcia wczesnej interwencji. Obecnie przygotowujemy adaptację polskiego tłumaczenia CAARMS, która będzie uwzględniała jego rzetelność, trafność oraz wartość predycyjną.

Tabela 6. Kryteria wykluczające. Próg psychozy/lечения przeciwpsychotycznego

	TAK	NIE
<p>Nasilenie objawów w Ogólnej Skali Ocen CAARMS</p> <p>6 punktów w podskali niezwykle treści myślenia</p> <p>6 punktów w podskali inne (nie dziwaczne) treści myślenia</p> <p>5 lub 6 punktów w podskali zaburzenia spostrzegania i/lub</p> <p>6 punktów w podskali dezorganizacja mowy</p> <p>PLUS</p> <p>Skala Częstości Objawów</p> <p>4 punkty lub więcej w podskalach: niezwykle treści myślenia</p> <p>inne (nie dziwaczne) treści myślenia</p> <p>zaburzenia spostrzegania i/lub</p> <p>dezorganizacja mowy</p> <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objawy utrzymują się dłużej niż 1 tydzień 		
Spełnione kryterium progno psychozy?		

Польская версия структурного опроса для комплексной оценки угрожающих психических состояний – описание метода

Содержание

Первый психотический эпизод, как правило, знаменуется ухудшением функционирования в среде, а также появлением симптомов, которые ввиду их незначительности и времени продолжительности не исполняют критерий на определение бреда или галлюцинаций. Ранняя интервенция, предпринятая на этом этапе болезни, может быть предупреждением развития психоза, или опоздания его начала. С этой точки зрения, необходимым является применение точно определенных критерий позволяющих на идентификацию лиц с большим риском заболевания. Одним из методов диагностики на этом этапе болезни является использования Глоссария комплексной оценки угрожающих психических состояний. Это пособие разработано Алисой Юйг и сотр. в ПАСЕ Клинике в Мельбурне. В настоящей работе Авторы предствляют описание польской версии этой работы в ежедневной практике.

Polnische Version des strukturalisierten Interviews Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) – Beschreibung der Methode

Zusammenfassung

Die erste psychotische Episode wird durch die Verschlechterung der Funktionsweise angedeutet und es treten Symptome auf, die wegen ihrer geringen Intensität und Zeitdauer die Kriterien nicht erfüllen, die die Wahnvorstellungen oder Halluzinationen erkennen lassen. Ein früher Eingriff auf dieser Etappe kann eine Psychose vorbeugen oder ihren Anfang verspäten. Es ist daher notwendig, bestimmte Kriterien anzuwenden, die die Identifikation der Personen mit hohem Risiko ermöglichen. Eine der diagnostischen Methoden dieser Etappe ist die CAARMS, die durch Alison Young und Co. in PACE Clinic in Melbourne bearbeitet wurde. In der Arbeit wurde die polnische Version dieser Methode beschrieben, die sehr brauchbar ist.

La version polonaise de CAARMS (Comprehensive Assessment of Risk Mental States) – description de méthode

Résumé

Le premier épisode psychotique est précédé d'habitude par la diminution du fonctionnement et par les symptômes dont l'intensité et la durée ne permettent pas de les traiter comme symptômes des hallucinations ou des illusions. À cette étape l'intervention précoce peut prévenir le développement de la psychose ou la retarder. Il est donc nécessaire de se servir des critères bien définis pour identifier les personnes avec le grand risque de cette maladie. La méthode CAARMS (Comprehensive Assessment of Risk Mental States), élaborée par Alison Young et collab. A PACE Clinique de Melbourne, est une des méthodes diagnostiques en question. Ce travail présente sa version polonaise et son utilité dans la pratique clinique.

Piśmiennictwo

1. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, Gilmore J. *The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches*. Biol. Psychiatry 2001; 50: 884–897.
2. Huber G. *Reine Defektsyndrome und Basis-Stadien endogener Psychosen*. Forsch. Neurol. Psychiatr. 1966; 34: 409–426.
3. Janzarik W. *Schizophrene Verlaufe*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1968.
4. Hafner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, Heiden W. *Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 1992; 100: 105–118.
5. Young AR, McGorry PD. *The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations*. Schizophr. Bull. 1996; 22: 353–370.
6. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R. *Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study*. Schizophr. Bull. 2000; 935: 894–908.
7. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58: 158–164.
8. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, Seidman LJ, Perkins D, Tsuang M, McGlashan T, Heinssen R. *Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America*. Schizophr. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65: 28–37.
9. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D. *Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 790–799.
10. Morrison AP, French P, Walford L. *Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk*. Brit. J. Psychiatry 2004; 185: 291–297.
11. Ruhrmann S, Bechdolf A, Kühn KU, Wagner M, Schultze-Lutter F, Janssen B, Maurer K, Häfner H, Gaebel W, Möller HJ, Maier W, Klosterkötter J, LIPS study group. *Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis*. Brit. J. Psychiatry 2007 (supl.); 51: 88–95.
12. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J i in. *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: 703–715.

13. Gross G., Huber G, Klosterkötter J, Linz M. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS)*. Berlin: Springer; 1987.
14. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell’Olio M, Francey SM, Cosgrave EM, Killackey E, Stanford C, Godfrey K, Buckby J. *Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*. Austr. NZ J. Psychiatry 2005; 39: 964–971.
15. Miyakoshi T, Matsumoto K, Ito F, Ohmuro N, Matsuok H. *Application of the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) to the Japanese population: reliability and validity of the Japanese version of the CAARMS*. Early Interv. Psychiatry 2009; 3: 123–130.
16. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, McGlashan TH. Schizophr. Bull. 2009; 35: 894–908.
17. McGorry PD. *Risk syndromes, clinical staging and DSM V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry*. Schizophr. Res. 2010; 120: 49–53.

Adres: Jan Jaracz
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 10.03.2011
Zrecenzowano: 16.05.2011
Otrzymano po poprawie: 17.06.2011
Przyjęto do druku: 15.11.2011

MEDYCYNĄ PRZYJAZNĄ PACJENTOWI

W dniach 19–20.05.2012 r. odbędzie się symposium: **„Medycyna Przyjazna Pacjentowi”** w Centrum Konferencyjnym Poleczki w Warszawie przy ul. Poleczki 49.

Organizatorami Symposium są: Sekcja Medycyny Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Komitet Rozwoju Człowieka PAN, European Network for Psychosomatic Medicine, przy współdziałaniu: Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej, Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego, Instytutu Psychosomatycznego oraz Instytutu Zdrowia Człowieka.

Symposium kierowane jest do lekarzy różnych specjalności, psychologów, psychoterapeutów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych. Wysoki poziom symposium gwarantuje komitet naukowy, w skład którego wchodzi wielu naukowców o uznanej renomie w naszym kraju i za granicą. Na czele komitetu naukowego stoi prof. Leszek Szewczyk – przewodniczący Komitetu Rozwoju Człowieka PAN.

Planujemy organizację sesji dotyczącej kontaktu lekarz – pacjent, psychosomatyki okresu rozwojowego, psychosomatyki klinicznej i rehabilitacyjnej, zagadnienia objawów niepożądanych psychoterapii, współdziałania zespołu terapeutycznego z uwzględnieniem roli pielęgniarki.

Podczas symposium organizowane będą sesje plenarne, warsztatowe oraz posterowe. Jako impreza towarzysząca organizowane jest w dniach 18–20.05.2012 trzydniowe, warsztatowe spotkanie balintowskie, którego uczestnicy wezmą udział w głównej sesji plenarnej i sesji plakatowej symposium.

Przewidujemy książkową publikację materiałów konferencyjnych w oparciu o dotację PAN oraz wydanie numeru czasopisma „Sztuka Leczenia”, poświęconego konferencji.

Więcej informacji, program symposium oraz formularz zgłoszeniowy znajdują się na stronie: www.balint.pl oraz www.centrumdydaktyczne.ips.pl