

Człowiek w całości kształcie życia: rodzina – edukacja – praca

TOMASZ CYRKOT

Centrum Psychiatrii i Psychologii „Mariamed”, Lubin
Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

ŁUKASZ GAWĘDA

II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

REMIGIUSZ SZCZEPANOWSKI

Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

WYWIAD USTRUKTURYZOWANY W OCENIE ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH NA PRZYKŁADZIE KWESTIONARIUSZA SANS I SAPS

W praktyce klinicznej właściwa ocena nasilenia objawów zaburzeń psychicznych wymaga od diagnosty obrania specyficznej techniki badawczej (postępowania badawczego) o określonej trafności i rzetelności, opartej na logicznych regułach wnioskowania, dając diagnoście możliwości empirycznej weryfikacji postawionych hipotez (Stemplewska-Żakowicz, 2006). Jedną z takich technik badawczych o wysokiej trafności i rzetelności jest wywiad ustrukturyzowany, który uznaje się za podstawowe postępowanie badawcze w praktyce klinicznej (Stemplewska-Żakowicz, 2006). Wywiad ustrukturyzowany to rozmowa nakierowana zarówno na zdobycie szczegółowej wiedzy o rozmówcy, ocenę jego postaw oraz zachowań, jak również jest rozmową bazującą na regułach codziennej komunikacji oraz interakcji międzyludzkiej, w której rozmówcy dążą do wzajemnego zrozumienia i podzielenia się własną historią życia (Schaeffer, Presser; 2003). Ogólnie uważa się, że informacje uzyskane w toku prowadzonego wywiadu ustrukturyzowanego są wyczerpujące (Climent, Plutchik, Estrada, 1975), co może być szczególnie pomocne dla mniej wprawnych diagnostów. Co więcej, ustrukturyzowanie rozmowy podczas wywiadu pomaga diagnoście uniknąć nadinterpretacji zebranych pomiarów (Kendall, 1975; Welner, Liss, Robins, 1975).

Wielu badaczy pokazuje, że wywiad ustrukturyzowany uzupełniony o skalę oceny nasilenia symptomów zapewnia wysoką obiektywność pomiarów, a co za tym idzie – spełnienie wymogu psychometrycznej standaryzacji w zakresie trafności i rzetelności dla tego typu narzędzi (Stemplewska-Żakowicz, 2006). Standaryzacja wywiadu nie tylko ujednocila jego formę oraz sposób prowadzenia, lecz także minimalizuje zależność wyników od czynników ubocznych, takich jak warunki badania czy nastawienie diagnosty (Hornowska, 2007). Ważną cechą wywiadu ustrukturyzowanego jest z góry ustalony schemat postępowania, którego nie można dowolnie modyfikować w trakcie badania. Klinicysta podczas wywiadu posługuje się zestawem gotowych pytań, których kolejność jest narzucona, jednocześnie zadając pytania, zachowuje dosłowne sformułowania zawarte w instrukcji. Zakres możliwych odpowiedzi oraz sposób kodowania w arkuszu odpowiedzi również są ściśle określone.

W tym miejscu warto podkreślić, że strukturyzacja wypowiedzi może ograniczać aktywność diagnosty, co może być frustrujące, szczególnie dla doświadczonego klinicysty. Dlatego ograniczenie spontanicznych pytań diagnosty podaje się jako jedną z głównych przyczyn niższej popularności wywiadów ustrukturyzowanych w praktyce klinicznej (Van der Zee, Bakker, Bakker, 2002). Jednakże, jak donoszą inni autorzy (np. Champion, Pursell, Brown, 1988; Champion, Campion, Hudson, 1994), to właśnie strukturyzacja wypowiedzi może wpływać na poprawę właściwości psychometrycznych narzędzia – szczególną rolę odgrywa tutaj dostępność kryteriów ewaluacji odpowiedzi, odpowiednia pula pytań, jak również dostępność skal diagnostycznych, gwarantujących powtarzalność warunków badania diagnostycznego. W sytuacji ograniczenia aktywności diagnosty praktycznym rozwiązaniem wydaje się użycie wywiadów częściowo ustrukturyzowanych wraz ze skalą nasilenia objawów, np. takich jak kwestionariusze diagnostyczne do badania nasilenia negatywnych oraz pozytywnych objawów schizofrenii, co omówiono poniżej. Wielu badaczy uważa, że taka forma wywiadu pozwala nawiązać relację z osobą badaną, jak również umożliwia na bieżąco dopasowywanie pytań diagnostycznych do aktywności rozmówcy (Stemplewska-Żakowicz, 2006).

Oczywiście rozluźnienie konstrukcji wywiadu częściowo ustrukturyzowanego¹ nie oznacza przyzwolenia na spontaniczne czy też zbyt dowolne wypowiedzi osoby badanej. Zakłada się, że klinicysta czuwa nad przebiegiem wywiadu i organizuje wywiad wokół treści zawartych w procedurze. Dodatkowo ustrukturyzowanie rozmowy pozwala diagnoście na formułowanie pytań z uwzględnieniem wiedzy nozologicznej, a osoba badana ma możliwość ujęcia własnych doświadczeń w czasie rozmowy. W ten sposób w rozmowie ustrukturyzowanej, prowadzonej do celów diagnostycznych, rozmówca pod kierunkiem klinicysty opisuje własną aktywność życiową odniesioną do okre-

¹ Zasadniczo w każdym wywiadzie strukturyzowanym postępowanie badawcze obejmuje swobodną część wywiadu; ta część jest istotna nie tylko ze względu na diagnostykę objawów schizofrenii, lecz także diagnostykę relacji, co ma szczególne znaczenie w ocenie objawów negatywnych.

ślonego czasu oraz sfer życia (Gerstmann, 1985). Dodatkowym elementem wywiadu ustrukturyzowanego jest również możliwość ewaluacji symptomów na skali w odniesieniu do wypowiedzi, w tym również wypowiedzi na pytania otwarte. Według niektórych badaczy połączenie częściowo ustrukturyzowanego wywiadu z pomiarem nasilenia objawów na skali prowadzi do uzyskania pełniejszego obrazu zaburzenia (Grove, 1987), jak również umożliwia dokonanie porównań pomiarów różnych badaczy w różnym czasie, w tym prowadzenie badań podłużnych. Zazwyczaj obecność oraz nasilenie objawów ocenia się na skali numerycznej, np. od 1 do 5 (np. Andreasen, 1984a, 1984b), gdzie najmniejsza wartość oznacza brak objawu, a największa wartość – największe jego nasilenie. W niniejszej pracy autorzy zamierzają przedstawić problematykę użycia wywiadu ustrukturyzowanego do oceny objawów pozytywnych i negatywnych zaburzeń z kręgu schizofrenii (SANS i SAPS, Andreasen, 1984a, 1984b).

WYWIAD USTRUKTURYZOWANY W DIAGNOZIE PSYCHOZ

Wielu badaczy wskazuje, że w diagnozie schizofrenii można wyróżnić charakterystyczne objawy tego zaburzenia, dzieląc objawy na negatywne (deficytowe) oraz pozytywne (wytwórcze) (Arndt, Alliger, Andreasen, 1991; Arndt i in., 1995). Objawy pozytywne charakteryzują się występowaniem halucynacji, urojeń, zaburzeń myślenia czy też dziwnymi zachowaniami (Alasdair, 2005). Objawy negatywne zaś charakteryzują się ograniczeniem czynności psychicznych, w tym występowaniem np. stopnia afektywnego, emocjonalnym wycofaniem, zaburzeniami w kontakcie, apatią, zaburzeniem myślenia abstrakcyjnego, stereotypią myślenia, jak również brakiem spontaniczności (Bilikiewicz i in., 2002). Z kolei w innym ujęciu diagnostyki schizofrenii (np. Arndt i in., 1995) wyróżnia się dodatkowe wymiary objawów pozytywnych, takie jak psychotyczność i dezorganizacja. Niektórzy z badaczy postulują, że w diagnozie schizofrenii podział na objawy pozytywne i negatywne wprowadzony w latach osiemdziesiątych może być niepełny (Arndt, Alliger, Andreasen, 1991), proponując trój-, cztero- lub też pięcioczynnikowe modele schizofrenii (Czernkiewicz, 1998). Jednak wydaje się, że rozróżnienie grup objawów pozytywnych i negatywnych ma uzasadnienie w praktyce klinicznej (Bilikiewicz, 2003).

W dostępnych narzędziach badawczych do diagnozy schizofrenii można znaleźć wiele skal diagnostycznych, opisujących obecność oraz nasilenie pozytywnych i negatywnych objawów psychozy. Za dobrze zweryfikowane klinicznie w diagnozie symptomów uznaje się skale służące do oceny skuteczności leczenia farmakologicznego, np. skala Badania Stanu Obecnego (PSE, *Present State Examination*; Wing, Sartorius, 1974). Użyteczne w diagnozie są również narzędzia, takie jak Krótka Skala Oceny

Psychiatrycznej (BRPS, *Brief Psychiatric Rating Scale*; Overall, Gorham, 1962) oraz Kliniczna Ocena Syndromów Schizofrenicznych (KOSS; Wciórka, 2002). Wśród klinicystów szczególnie popularnym narzędziem diagnostycznym oceny zaburzeń psychotycznych jest Skala Oceny Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS, *Positive and Negative Syndrom Scale*; Kay, Opler, Lindenmayer, 1988, 1989). Skala PANSS cechuje się dużą użytecznością zarówno w diagnozie klinicznej, jak również planowaniu przyszłych interwencji terapeutycznych (Wciórka, 2002). W naszym artykule skupimy się na równie popularnym wśród diagnostów wywiadzie częściowo ustrukturyzowanym, Skali Oceny Objawów Pozytywnych (SAPS, *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) (Andreasen, 1984a) oraz Skali Oceny Objawów Negatywnych (SANS, *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) (Andreasen, 1984b).

WYWIAD USTRUKTURYZOWANY SANS I SAPS

Wywiad częściowo ustrukturyzowany ze skalą SANS i SAPS został stworzony w latach osiemdziesiątych przez amerykańską lekarz psychiatrę Nancy Andreasen (1984a; 1984b). Skalę SAPS wykorzystuje się do oceny objawów wytwórczych, natomiast skala SANS służy do oceny objawów deficytowych. Skale SANS i SAPS stosuje się łącznie z ustrukturyzowanym wywiadem, wszelkie wskazówki stosowania takiego wywiadu można znaleźć w pozycji K. Corcoran i J. Fischer (2000). Informacje zbierane w wywiadzie nie muszą pochodzić wyłącznie z rozmowy przeprowadzonej z pacjentami, gdyż mogą również opierać się na bezpośredniej obserwacji klinicznej pacjenta, wywiadach z członkami rodziny, a także obserwacjach dokonanych przez personel medyczny (Norman i in., 1996). Według aktualnego stanowiska amerykańskiej organizacji zdrowia psychicznego NIMH (*National Institute of Mental Health*), mimo upływu lat i zmian społeczno-kulturowych, wywiad SANS nadal traktuje się jako adekwatną skalę pomiaru negatywnych objawów, natomiast skala SAPS dobrze sprawdza się w pomiarach objawów pozytywnych, szczególnie w ocenie halucynacji, odnoszących się dla różnych modalności (van Erp i in., 2014).

Jak już wspomniano, narzędzia diagnostyczne SANS i SAPS pozwalają ocenić negatywne i pozytywne objawy psychopatologiczne, w głównej mierze symptomatologię schizofrenii (Norman i in., 1996). Skala SANS obejmuje pięć podskal, do których łącznie wchodzi 25 pozycji. Zgodnie z klasyfikacją autorów podskale te obejmują: 1) spłycenie lub stępienie afektu, 2) alogię, 3) awolicjonalność i apatię, 4) anhedonię i aspołeczność oraz 5) ograniczenie uwagi (Andreasen, 1982; Andreasen, Olsen, 1982). Natomiast skala SAPS zawiera 34 lub 35 pozycji, wchodzących do następujących czterech podskal: 1) halucynacje, 2) urojenia, 3) dziwaczność oraz 4) zaburzenia formalne myślenia. Każda

Tab. 1. Opis halucynacji słuchowych według kwestionariusza SAPS

Opis fenomenu	Skala nasilenia objawów
Badany twierdzi, że słyszy głosy, hałasy lub dźwięki. Najczęstsze halucynacje słuchowe mają postać głosów, mówiących do badanego lub wypowiadających jego imię. Głosy mogą być męskie i żeńskie, znane bądź nieznanne dla badanego oraz mogą być zarówno krytyczne, jak i pochlebne. Zazwyczaj pacjenci ze schizofrenią cierpią z powodu głosów, doświadczając je jako negatywne i nieprzyjemne. Halucynacje dźwiękowe, inne niż głosy, takie jak hałasy lub muzyka, powinny być traktowane jako mniej charakterystyczne objawy, o słabszym nasileniu.	<p>0 – brak halucynacji</p> <p>1 – wątpliwe</p> <p>2 – łagodne: badany słyszy głosy lub pojedyncze słowa; objawy występują okazjonalnie</p> <p>3 – umiarkowane: wyraźne dowody słyszenia głosów; występuje przynajmniej raz w tygodniu</p> <p>4 – znaczne: wyraźne występowanie głosów, niemalże każdego dnia</p> <p>5 – ciężkie: głosy występują często lub każdego dnia</p>

Źródło: Andreasen, 1984a.

Tab. 2. Opis niedostosowania afektu według kwestionariusza SANS

Opis fenomenu	Skala nasilenia objawów
Afekt badanego niedostosowany lub nieodpowiedni, a nie tylko spłycony lub stępiony. Najczęstsze przejawy tego typu zaburzeń wyrażają się w formie uśmiechania się lub wesołkowatego wyrazu twarzy w czasie rozmowy o przykrych lub poważnych sprawach. Czasem badani mogą uśmiechać lub śmiać się, gdy rozmowa staje się dla nich niekomfortowa lub niezręczna. W takich sytuacjach nieodpowiedni śmiech może być wyrazem odczuwanego lęku, a nie przejawem nieadekwatnego afektu. Nie należy oceniać spłyconia lub stępienia afektu jako afektu niedostosowanego.	<p>0 – brak: afekt nie jest niedostosowany (nie stwierdza się objawu)</p> <p>1 – wątpliwy</p> <p>2 – łagodny: co najmniej jeden przypadek niedostosowanego uśmiechania się lub innej formy niedostosowanego afektu</p> <p>3 – umiarkowany: badany wykazuje 2-4 przypadki wyrażenia niedostosowanego afektu</p> <p>4 – znaczny: badany wykazuje 5-10 przypadków niedostosowania afektu</p> <p>5 – ciężki: afekt jest niedostosowany przez większość czasu</p>

Źródło: Andreasen, 1984b.

z pozycji jest szczegółowo zdefiniowana i omawiana w kontekście klinicznym, dodatkowo dla każdej pozycji podawane są szczegółowe instrukcje użycia skali nasilenia symptomów (Andreasen, 1984a, 1984b). W materiałach dodatkowych umieszczono tłumaczenie wersji SAPS z 34 pozycjami. Skale SANS i SAPS należy stosować wyłącznie po przeprowadzeniu wywiadu klinicznego, którego tłumaczenia w artykule nie zamieszczono. Autorzy odsyłają czytelników do oryginalnych prac N.C. Andreasen (1984a, 1984b).

Poniżej podajemy opis przykładowych pozycji kwestionariusza SANS i SAPS, odnoszących się odpowiednio do halucynacji słuchowych oraz niedostosowanego afektu. Przykładowo nasilenie halucynacji oceniane jest na skali liczbowej od 0 do 5, przy czym w każdym punkcie skali podaje się szczegółowe wskazówki dla diagnosty, czym powinien kierować się w ocenie symptomów. W podawanym przykładzie halucynacji słuchowych informacje te odnoszą się do takich aspektów halucynacji jak to, czy badany słyszy głosy, czy pojedyncze słowa, oraz ich częstość od okazjonalnych do występujących każdego dnia (Andreasen, 1984a). W przypadku niedostosowanego afektu (skala SANS) diagnosta również posługuje się skalą, szczegółowo analizując ekspresję emocjonalną pacjenta (Andreasen, 1984a).

Stopień nasilenia symptomów, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych, wyraża się liczbowo jako suma punktów dla pozycji ze wszystkich podskal, w tym również punktów uzyskanych w pozycjach globalnych ocen poszczególnych objawów. Odpowiednio wyższe wyniki odzwierciedlają wyższe nasilenie negatywnej lub pozytywnej symptomatologii. W przypadku skali SANS wyniki mogą osiągać 124 punkty, a w przypadku skali SAPS wartość maksymalna dla wersji narzędzia z 34 pozycjami wynosi 170. Punktację objawów można również przeprowadzić z wyłączeniem pozycji dotyczących cząstkowych globalnych ocen objawów (Corcoran, Fischer, 2000). Ocenę obecności oraz nasilenia symptomów zazwyczaj rozpatruje się w perspektywie ostatniego miesiąca trwania zaburzenia, jednakże czas oceny może być zmieniony w przypadku oceny efektywności leczenia, np. okres jednego tygodnia, okres dwuletni itp. (Corcoran i Fischer, 2000; Schulberg i in., 1990).

Wyniki średnie nasilenia objawów w grupie 205 pacjentów (39,5 średnia wieku; SD = 11,6) dla skali SANS wyniosły 23,0 (SD = 14,6), natomiast wynik średni dla skali SAPS wyniósł odpowiednio 16,8 (SD = 14,2) (van Erp i in. 2014). Wyniki w grupie 399 pacjentów ambulatoryjnych, przechodzących długotrwałe leczenie farmakologiczne, były zbliżone (Schulberg i in., 1990). Posługując się skalą SANS, skróconą do 22 pozycji, oraz skalą SAPS z 34 pozycjami, stwierdzono, że populacja charakteryzowała się objawami negatywnymi o średniej wartości 25,5 (SD = 16,1) oraz objawami pozytywnymi ze średnią 8,2 (SD = 11,7), w tym pacjenci ze zdiagnozowaną schizofrenią w przypadku skali SANS charakteryzowali się średnią 32,4 (SD = 5,9), natomiast w przypadku skali SAPS wartość ta wyniosła 18,9 (SD = 12,9) (Schulberg i in., 1990).

PORÓWNANIE SKAL SANS I SAPS ZE SKALĄ PANSS

Wielu badaczy podkreśla, że w wyborze właściwych narzędzi diagnostycznych do oceny symptomatologii schizofrenii należy kierować się wynikami wewnętrznej rzetelności (Norman i in., 1996). Jeśli wewnętrzna rzetelność narzędzia jest wysoka, wówczas dia-

gnosta ma pewność, że wyniki kwestionariuszowe będą zgodne z klasyczną diagnostyką objawów, przeprowadzaną według standardów klasyfikacyjnych ICD-10 (Pużyński, Wciórka, 2000), czy też DSM-V (APA, 2015). Skala SANS wykazuje dobre właściwości psychometryczne – uzyskane współczynniki *alfa*-Cronbacha mieszczą się w zakresie od 0,67 do 0,90 (Rector, Stolar, Grant, 2011). Skala SAPS cechuje się rzetelnością na zbliżonym poziomie, np. R.L. Findling i współpracownicy (2000) podają współczynnik *alfa*-Cronbacha dla tej skali równy 0,71. Oceny objawów uzyskiwane w skalach SANS i SAPS są porównywalne z diagnostyką objawów za pomocą skali PANSS. Przykładowo, analiza wyników w próbie 82 pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią wykazała, że współczynnik korelacji *r*-Pearsona między punktacją objawów pozytywnych w skali PANSS a liczbą punktów w skali SAPS był na poziomie 0,77 ($p < 0,001$) (Kay, Opler, Lindenmayer, 1988). L. Rabany i współpracownicy (2011) zaobserwowali korelację ρ -Spearmana między skalą SANS a negatywną podskalą PANSS na umiarkowanym poziomie 0,56 ($p < 0,001$) w próbie 237 pacjentów. W innych badaniach w próbie 187 pacjentów wykazano, że współczynnik korelacji *r*-Pearsona między pomiarami symptomów negatywnych w skali SANS i PANSS był wyższy, osiągając poziom 0,82 (Fenton, McGlashan, 1992).

WIELOWYMIAROWOŚĆ OBJAWÓW PSYCHOTYCZNYCH A SAPS I SANS

Współcześnie uważa się, że objawy psychotyczne mają charakter wielowymiarowy. Na przykład, w przypadku zjawiska halucynacji słuchowych, szczegółowy opis takiego doświadczenia wymaga odwołania się do jego aspektów fenomenologicznych (Nayani, David, 1996), np. subiektywnego odczucia zmysłowego słyszanych głosów przez pacjenta, formy radzenia sobie ze słyszаныmi głosami (Romme, Escher, 1989) oraz dystresu wywołanego przez takie objawy (Wciórka, 2002). Badania te przyczyniły się do powstania poznawczych modeli halucynacji, w których podkreśla się rolę przekonanych pacjentów na temat doświadczanych przez nich głosów oraz podejmuje się próbę wyjaśniania, dlaczego mogą powodować dyskomfort (Chadwick, Birchwood, 1995). Dlatego wielowymiarowość podejścia do psychozy pozwala nie tylko uchwycić, czy konkretny objaw występuje, a jeśli tak to w jakim nasileniu, lecz także uwzględnić jego fenomenologię.

Przykładowo, we współczesnych konceptualizacjach doświadczeń psychotycznych uwzględnia się różne podtypy halucynacji (McCarthy-Jones i in., 2014). Mogą to być głosy męskie lub żeńskie, dźwięki w postaci stuków, szumów (Gawęda, 2012), a nawet odczuć związanych z przeżyciem stanów psychotycznych, np. odczucia przyjemności (Sanjuan i in., 2004). Podobnie jest w przypadku myśli urojeniowych (Opjordsmoen, Retterstol, 2007; Haddock i in., 1999), w przypadku których, poza urojeniową treścią, istotne są takie komponenty, jak: dystres wynikający z posiadania myśli, zaabsorbo-

wanie myślami urojeniowymi czy też pewność co do ich słuszności (Steel i in., 2007). Uwzględnienie takiego podejścia oznacza, że diagnosta powinien zebrać więcej informacji, aby opisać fenomenologię doświadczanych symptomów przez pacjenta. Dlatego pomiary objawów za pomocą SANS i SAPS powinno się uzupełnić o dodatkowe skale lub kwestionariusze, np. takie jak PSYRATS (*Psychotic Symptoms Rating Scales*, Haddock i in., 1999; Gawęda, 2012).

PODSUMOWANIE

W niniejszym artykule przedstawiono problematykę użycia wywiadów ustrukturyzowanych do oceny zaburzeń psychotycznych z uwzględnieniem skal diagnostycznych SANS i SAPS. Zaprezentowane narzędzia cechują się dobrymi właściwościami psychometrycznymi i z powodzeniem można je stosować w diagnostyce klinicznej oraz pracy badawczej. Skal SANS i SAPS używa się przede wszystkim do oceny zmian symptomów chorobowych (Peralta, Cuesta, 1999) w odpowiedzi na leczenie farmakologiczne, oddziaływanie psychoterapeutyczne, czy też do celów ewaluacji skutków remisji. W opinii autorów niniejszej pracy pewnym ograniczeniem skal SANS i SAPS może być nieuwzględnianie wielowymiarowego aspektu doświadczeń psychotycznych, np. w pomiarze halucynacji skalą SAPS uwzględnia się jedynie nasilenie objawów mierzonych częstością ich występowania, co może być niewystarczające. Dlatego pełna diagnoza zaburzeń psychotycznych powinna być uzupełniona o inne wymiary doświadczeń psychotycznych. Jednakże należy podkreślić, że ustrukturyzowanie rozmowy podczas wywiadu z pewnością pomaga uniknąć błędów interpretacji, zwłaszcza przez niedoświadczonych diagnostów. Autorzy pragną zaznaczyć, że w ramach niniejszej pracy nie przeprowadzono oceny właściwości psychometrycznych prezentowanego polskiego tłumaczenia skali SANS i SAPS (por. dodatek), a także nie zawarto tłumaczenia części wywiadu klinicznego SANS i SAPS.

PODZIĘKOWANIA

Autorzy pragną podziękować dr Nancy C. Andreasen za zgodę na opublikowanie polskiej wersji skali SANS i SAPS. Autorzy chcieli również wyrazić podziękowania dla Andrzeja Hoca, lekarza psychiatry Centrum Psychiatrii i Psychologii „Mariamed” Lubin za pomoc w konsultacji tłumaczenia skali.

Publikacja została sfinansowana ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych w ramach grantu o numerze 2014/15/B/HS6/03834.

MATERIAŁY DODATKOWE

Skala oceny objawów negatywnych SANS
opracowana przez Nancy C. Andreasen

I. SPŁYCENIE LUB STĘPIENIE AFEKTU 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
1. Osłabiona ekspresja twarzy Twarz pacjenta pozostaje maskowata – na pytania o emocje prawie nie zmienia się w porównaniu z normalną ekspresją.	0	1	2	3	4	5
2. Obniżenie spontaniczności ruchów Pacjent wykazuje spontaniczność ruchów w bardzo ograniczonym zakresie lub brak jakichkolwiek oznak spontaniczności ruchów: np. nie porusza się, nie porusza kończynami itp.	0	1	2	3	4	5
3. Ubóstwo ekspresji gestów Pacjent nie używa rąk, położenia ciała itp. jako gestów do wyrażenia swoich myśli i uczuć.	0	1	2	3	4	5
4. Ubogi kontakt wzrokowy Pacjent unika kontaktu wzrokowego lub też natarczywie wpatruje się w pytającego podczas wypowiedzi.	0	1	2	3	4	5
5. Nieadekwatne reakcje emocjonalne Pacjent na prośbę pytającego nie potrafi zaśmiać się lub uśmiechnąć.	0	1	2	3	4	5
6. Niedostosowanie afektu (afekt nieadekwatny lub niedostosowany) Emocje i uczucia pacjenta nie tylko są spłycone i stępione, lecz także wyrażane w niewłaściwy lub niedostosowany sposób.	0	1	2	3	4	5
7. Brak modulacji głosu Pacjent nie wykazuje normalnej modulacji głosu. Modulacja głosu pozostaje niezmienną.	0	1	2	3	4	5
8. Ogólna ocena spłyconia i stępienia afektywnego W ocenie należy uwzględnić całościową rozległość objawów, w szczególności nieadekwatność afektu, nieprawidłowości w zakresie kontaktu wzrokowego, ekspresji twarzy oraz modulacji głosu.	0	1	2	3	4	5
II. ALOGIA – ZUBOŻENIE MOWY/ZABURZENIA MYŚLENIA LOGICZNEGO 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
9. Ubóstwo mowy (alogia) Odpowiedzi pacjenta na pytania są niepełne, wypowiedzi często są zdawkowe, konkretne, nieprzemyslane.	0	1	2	3	4	5
10. Ubóstwo treści wypowiedzi Odpowiedzi pacjenta są pełne, ale często są niejasne, zbyt konkretne lub ogólne i nie wnoszą zbyt wiele informacji.	0	1	2	3	4	5

11. Zahamowanie myślenia (otamowanie) Pacjent, spontanicznie lub na prośbę pytającego, zgłasza, że doświadcza przerw w toku myślenia.	0	1	2	3	4	5
12. Spowolnienie wypowiedzi Czas odpowiedzi pacjenta na pytanie wydłuża się; przy próbie ponaglenia okazuje się, że pacjent jest świadomy zadanego pytania.	0	1	2	3	4	5
13. Ogólna ocena alogii Objawy osiowe alogii dotyczą ubóstwa mowy oraz zubożenia myślenia/treści wypowiedzi.	0	1	2	3	4	5
III. AWOLICJONALNOŚĆ/APATIA 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
14. Dbłość o wygląd i higiena Pacjent nie dba o swój wygląd, ubiór i higienę osobistą.	0	1	2	3	4	5
15. Brak efektywności działań w pracy lub szkole Pacjent ma trudności ze znalezieniem i utrzymaniem pracy, ukończeniem zadań szkolnych, codziennymi pracami w domu itp. Pacjent na oddziale nie potrafi wytrwać w terapii zajęciowej, grach itp.	0	1	2	3	4	5
16. Anergia fizyczna Pacjent może pozostawać w bezruchu. Pacjent spędza godziny w bezczynności, nie podejmując żadnej spontanicznej aktywności.	0	1	2	3	4	5
17. Ogólna ocena awolicjonalności/apatii. W przypadku wystąpienia jednego lub więcej objawów, jeśli są one znaczne, należy podwyższyć poszczególne oceny.	0	1	2	3	4	5
IV. ANHEDONIA – UBÓSTWO KONTAKTÓW SPOŁECZNYCH 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
18. Aktywność rekreacyjna i zainteresowania Pacjent nie ma żadnych zainteresowań lub ma ich niewiele. W ocenie należy uwzględnić jakość zainteresowań pacjenta.	0	1	2	3	4	5
19. Aktywność seksualna Pacjent wykazuje obniżoną aktywność seksualną, zmniejszone zainteresowanie seksem lub przyjemnością z seksu.	0	1	2	3	4	5
20. Zdolność do odczuwania bliskości i intymności Pacjent nie potrafi nawiązać bliskich i osobistych kontaktów, w szczególności z rodziną oraz z płcią przeciwną.	0	1	2	3	4	5
21. Relacje towarzyskie i przyjacielskie Pacjent prawie wcale nie nawiązuje kontaktów społecznych, spędza cały czas samotnie.	0	1	2	3	4	5
22. Ogólna ocena anhedonii i ubóstwa kontaktów społecznych W ocenie należy uwzględnić ogólne nasilenie i rozległość objawów, biorąc pod uwagę wiek pacjenta, status rodzinny pacjenta i temu podobne informacje.	0	1	2	3	4	5

V. UWAGA 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
23. Niewrażliwość na bodźce społeczne Pacjent nie potrafi mobilizować się do działania, brakuje mu motywacji. Pacjent zachowuje się, jakby był odurzony lub był w transie.	0	1	2	3	4	5
24. Brak koncentracji uwagi w teście umysłowym. Test seryjnego odejmowania po siedem (co najmniej 5 kolejnych odejmowań) i wymawianie słów wspak.	0	1	2	3	4	5
Punktacja: 1 błąd = 2 punkty, 2 błędy = 3 punkty, 3 błędy = 4 punkty						
25. Ogólna ocena uwagi W ocenie należy uwzględnić diagnozę ogólnej zdolności do koncentracji uwagi, również z użyciem testów klinicznych.	0	1	2	3	4	5

Skala oceny objawów pozytywnych SAPS
opracowana przez Nancy C. Andreasen

I. HALUCYNACJE 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
1. Halucynacje słuchowe Pacjent doświadcza głosów, szumów lub innych dźwięków, których inni nie słyszą.	0	1	2	3	4	5
2. Głosy komentujące Pacjent doświadcza głosów nieustannie komentujących na bieżąco jego zachowanie lub myśli.	0	1	2	3	4	5
3. Głosy dyskutujące Pacjent doświadcza jeden lub więcej głosów dyskutujących.	0	1	2	3	4	5
4. Halucynacje somatyczne lub dotykowe Pacjent odczuwa szczególnego rodzaju wrażenia w swoim ciele.	0	1	2	3	4	5
5. Halucynacje węchowe Pacjent czuje niecodzienne zapachy, których inni nie doświadczają.	0	1	2	3	4	5
6. Halucynacje wzrokowe Pacjent dostrzega kształty lub postaci, których nie ma wokół.	0	1	2	3	4	5
7. Ogólna ocena halucynacji W ocenie należy uwzględnić czas trwania oraz stopień nasilenia halucynacji oraz ich wpływ na codzienne życie pacjenta.	0	1	2	3	4	5
II. UROJENIA 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						

8. Urojenia prześladowcze Pacjent utrzymuje, że przeciw niemu toczy się spisek lub jest prześladowany.	0	1	2	3	4	5
9. Urojenia zazdrości Pacjent utrzymuje, że jego partner zdradza go.	0	1	2	3	4	5
10. Urojenia winy lub grzeszności Pacjent utrzymuje, że popełnił straszliwą winę lub zrobił coś niewybaczalnego.	0	1	2	3	4	5
11. Urojenia wielkościowe Pacjent utrzymuje, że ma niezwykłą moc lub zdolności.	0	1	2	3	4	5
12. Urojenia religijne Pacjent jest zaabsorbowany fałszywymi przekonaniem o naturze religijnej.	0	1	2	3	4	5
13. Urojenia somatyczne Pacjent utrzymuje, że jest chory, ma przekonanie, że jego ciało uległo zmianie lub ma defekty.	0	1	2	3	4	5
14. Urojenia odnoszące Pacjent utrzymuje, że niezwiązane z nim lub nieistotne komentarze, lub wydarzenia odnoszą się do niego lub mają dla niego szczególne znaczenie.	0	1	2	3	4	5
15. Urojenia oddziaływania (wpływu) Pacjent ma wrażenie, że jego odczucia lub działania są kontrolowane przez siły zewnętrzne.	0	1	2	3	4	5
16. Urojenia czytania myśli Pacjent ma wrażenie, że inni ludzie mogą odczytać stan jego umysłu lub poznać jego myśli.	0	1	2	3	4	5
17. Urojenia odsłonięcia myśli Pacjent twierdzi, że wysłała swoje myśli w taki sposób, że on lub inni ludzie mogą je słyszeć.	0	1	2	3	4	5
18. Urojenia nasyłania myśli Pacjent ma przekonanie, że nie jest autorem własnych myśli, gdyż zostały one podesłane.	0	1	2	3	4	5
19. Urojenia odciągania myśli Pacjent ma przekonanie, że własne myśli usunięto z jego umysłu.	0	1	2	3	4	5
20. Ogólna ocena urojeń W ocenie należy uwzględnić czas trwania oraz uporczywość urojeń oraz ich wpływ na codzienne życie pacjenta.	0	1	2	3	4	5
III. ZACHOWANIA DZIWACZNE 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
21. Ubiór oraz wygląd Pacjent ubiera się lub zmienia swój wygląd w dziwaczny sposób.	0	1	2	3	4	5

22. Zachowania społeczne oraz seksualne Pacjent zachowuje się niezgodnie z ustalonymi normami społecznymi (np. masturbuje się publicznie).	0	1	2	3	4	5
23. Zachowania agresywne i stany pobudzenia Pacjent może zachowywać się agresywnie, może być pobudzony, często w sposób nieprzewidywalny.	0	1	2	3	4	5
24. Zachowania powtarzające się i stereotypie Pacjent przejawia specyficzne działania lub rytuały, które musi ciągle powtarzać.	0	1	2	3	4	5
25. Globalna ocena zachowań dziwacznych W ocenie należy uwzględnić specyfikę zachowań oraz zakres, w jakim zachowania te odbiegają od norm społecznych.	0	1	2	3	4	5
IV. POZYTYWNE FORMALNE ZABURZENIA MYŚLENIA 0 = brak, 1 = wątpliwe, 2 = lekkie, 3 = umiarkowane, 4 = znaczne, 5 = ciężkie						
26. Zbaczanie z dyskursu Pacjent formułuje wypowiedzi, których wątek ześlizguje się na tematy, odbiegające od głównego wątku lub w ogóle niezwiązane z nim.	0	1	2	3	4	5
27. Uskokowość Pacjent formułuje wypowiedzi, odbiegając od zadanego pytania lub niemające związku z pytaniem.	0	1	2	3	4	5
28. Rozkojarzenie – inkoherencja Pacjent formułuje wypowiedzi, które chwilami są niezrozumiałe.	0	1	2	3	4	5
29. Nielogiczność Wypowiedzi pacjenta prowadzą do nielogicznych wniosków.	0	1	2	3	4	5
30. Rozwlekłość Wypowiedzi pośrednio odnoszą się do głównego wątku, często nie osiągając od razu zamierzonego celu.	0	1	2	3	4	5
31. Natłok myśli Przyspieszony tok myślenia trudny do przerwania; liczba wypowiedzi może być nadmierna w porównaniu z wypowiedziami osób zdrowych.	0	1	2	3	4	5
32. Rozpraszalność wypowiedzi Tok wypowiedzi pacjenta jest rozpraszany przez niezwiązane z nim informacje lub bodźce.	0	1	2	3	4	5
33. Eholalia Pacjent formułuje wypowiedzi, kierując się brzmieniem słów aniżeli związkami znaczeniowymi między słowami.	0	1	2	3	4	5
34. Ogólna ocena objawów pozytywnych w kategorii formalnych zaburzeń myślenia W ocenie należy uwzględnić częstość pojawiania się zaburzeń myślenia oraz zakres, w jakim wpływają one na zdolność pacjenta do wypowiedzi.	0	1	2	3	4	5

Tłumaczenia skal dokonali R. Szczepanowski i Ł. Gawęda.

LITERATURA

- Alasdair, D.C. (2005). *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, s. 34, seria: Crash Course.
- American Psychiatric Association (2015). *Kryteria diagnostyczne DSM-V*. Wrocław: Wydawnictwo: Edra Urban & Partner.
- Andreasen, N.C. (1984a). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: The University of Iowa.
- Andreasen, N.C. (1984b). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: The University of Iowa.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms of schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784-788.
- Andreasen, N.C. Olsen, S. (1982). Negative v positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- Arndt, S., Alliger, R.J., Andreasen, N.C. (1991). The distinction of positive and negative symptoms. The failure of a two-dimensional model. *Br. J. Psychiatry*, 158, 317-322.
- Arndt, S., Andreasen, N.C., Flaum, M., Miller, D., Nopoulos, P. (1995). A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. Prediction and patterns of change. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52(5), 352-360.
- Bilikiewicz, A. (2003). *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Bilikiewicz, A., Pużyński, S., Rybakowski, J., Wciórka, J. (2002). *Psychiatria. T. II: Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Campion, M.A., Campion, J.E., Hudson, J.E. (1994). Structured Interviewing: A Note on Incremental Validity and Alternative Question Types. *Journal of Applied Psychology*, 79, 6, 998-1002.
- Campion, M.A., Palmer, D.K., Campion, J.E. (1997). A review of structure in the selection interview. *Personnel Psychology*, 50, 655-702.
- Campion, M.A., Pursell, E.D., Brown, B.K. (1988). Structured Interviewing: Raising the Psychometric Properties of the Employment Interview. *Personal Psychology*, 41, 25-42.
- Chadwick, P., Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices. II: The belief about voices questionnaire (BAVQ). *British Journal of Psychiatry*, 166, 773-776.
- Climent, C.E., Plutchik, R., Estrada, H. (1975). A comparison of traditional and symptom-check-list-based histories. *American Journal of Psychiatry*, 132, 450-453.
- Corcoran, K., Fischer, J. (2000). *Measures for Clinical Practice. A Sourcebook. Volume 2 Adults*. New York: The Free Press.
- Czernkiewicz, A. (1998). Schizofazja – w kierunku językowego modelu schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7(2), 135-140.
- Echterhoff, G., Higgins, E.T., Levine, J.M. (2009). Shared reality: Experiencing commonality with others' inner states about the world. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 496-521.
- Fenton, W.S., McGlashan, T.H. (1992). *Testing systems for assessment of negative symptoms in schizophrenia*. Archives General Psychiatry.
- Findling, R.L., Schulz, S.C., Kashani, J.H., Harlan, E. (2000). *Psychotic disorders in children and adolescents*. Sage Publications.
- Gawęda, Ł. (2012). *Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS)*. Psychiatria. Wydawnictwo: Via Medica, 9, 3, 100-107.
- Gerstmann, S. (1985). *Rozmowa i wywiad w psychologii*. PWN.
- Grove, M.W., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., Nelson, Ch. (2000). Clinical Versus Mechanical Prediction: A Meta-Analysis. *Psychological Assessment*, 12, 1, 19-30.
- Grove, W.M. (1987). *The reliability of psychiatric diagnosis*. W: C.G. Last, M. Hersen (eds.), *Issues in Diagnostic Research* (99-109). New York: Plenum.

- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptoms Rating Scales (the PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Hornowska, E. (2007). *Testy psychologiczne: teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kay, S.R., Opler, L.A., Lindenmayer, J.P. (1989). The positive and negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, 155, 7, 59-65.
- Kay, S.R., Opler, L.A., Fiszbein, A. (1986). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kay, S.R., Opler, L.A., Lindenmayer, J.P. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kay, S.R., Opler, L.A., Lindenmayer, J.P. (1988). Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110, 65-88.
- Kay, S.R., Opler, L.A., Lindenmayer, J.P. (1989). The positive and Negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, 155(Suppl. 7), 59-65.
- Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- McCarthy-Jones, S., Trauer, T., Mackinnon, A., Sims, E., Thomas, N., Copolov, D.L. (2012). A New Phenomenological Survey of Auditory Hallucinations: Evidence for Subtypes and Implications for Theory and Practice. *Schizophrenia Bulletin. Advance Access*, 40(1), s. 231-235.
- Nayani, T.H., David, A.S., (1996). The auditory hallucination: phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26, 177-189.
- Norman, R.A.G., Malla, A.K. Cortese, L., Fernando, D. (1996). A study of the interrelationship between and comparative interrater reliability of the SAPS, SANS and PANSS. *Schizophrenia Research*, 19, 73-85.
- Opjordsmoen, S., Retterstol, N. (2007). Dimensions of delusional experiences and their value as predictors of long-term outcome. *Psychopathology*, 40, 278-281.
- Overall, J.E., Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric scale. *Psychol. Rep.*, 10, 799-812.
- Peralta, V., Cuesta, M.J. (1999). Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, Mar; 174: 243-248.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 TOM 1-2 (Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Badawcze kryteria diagnostyczne)*. Kraków: Wydawnictwo Vesalius.
- Rabany, L., Weiser, M., Werbeloff, N., Levkovitz, Y. (2011). Assessment of negative symptoms and depression in schizophrenia: revision of the SANS and how it relates to the PANSS and CDSS. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 226-230.
- Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2011). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. Guilford Press.
- Romme, M.A.J., Escher, A.D.M. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Sanjuan, J., Gonzalez, J.C., Aquilar, E.J., Lean, C., van Os, J. (2004). Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiat. Scand*, 11, 273-278.
- Schaeffer, N.C., Presser, S. (2003). The Science of Asking Questions. *Annual Review of Sociology*, 29, s. 65-88.
- Schuldberg, D., Quinlan, D.M., Morgenstern, H., Glazer, W. (1990). Positive and negative symptoms in chronic psychiatric outpatients, Reliability, stability, and factor structure. *Psychological Assessment. A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 2(3), s. 262-268.
- Steel, C., Garety, P. A., Freeman, D., Craig, E., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G. (2007). The multidimensional measurement of the positive symptoms of psychosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 2, 88-96.

- Steel, C., Garety, P.A., Freeman, D., Craig, E., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G. (2007). The multidimensional measurement of the positive symptoms of psychosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 88-96.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2006). Metoda wywiadu w psychologii. W: K. Stemplewska-Żakowicz, K. Krejtz (red.), *Wywiad psychologiczny. Wywiad jako postępowanie badawcze*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Van der Zee, K.I., Bakker, A.B., Bakker, P. (2002). Why Are Structured Interviews so Rarely Used in Personnel Selection? *Journal of Applied Psychology*, 87, 1, 176-184.
- van Erp, T.G.M., Preda, A., Nguyen, D., Faziola, L., Turner, J., Bustillo, J., Belger, A., Lim, K.O., McEwen, S., Voyvodic, J., Mathalon, D.H., Ford, J., Potkin, S.G. (2014). Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophrenia Research*, 152, 289-294.
- Wciórka, J. (2002). *KOSS. Kliniczna ocena syndromów schizofrenii. Wersja 6*. Warszawa: IPIŃ.
- Welner, A., Liss, J.L., Robins, L.N. (1975). A systemic approach to making psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 193-196.
- Wing, J.K., Sartorius, N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychotic Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.

**WYWIAD USTRUKTURYZOWANY
W OCENIE ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH
NA PRZYKŁADZIE KWESTIONARIUSZA SANS I SAPS**

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono problematykę użycia wywiadów ustrukturyzowanych w diagnozie zaburzeń psychotycznych. W szczególności omówiono popularne wśród diagnostów narzędzia diagnostyczne w postaci Skali Oceny Objawów Negatywnych (SANS) i Skali Oceny Objawów Pozytywnych (SAPS), łączących technikę wywiadu ustrukturyzowanego oraz metody pomiaru symptomów psychozy na skali diagnostycznej. Przedstawiono krótko charakterystykę powyższych narzędzi, opisano przykładowe pozycje kwestionariuszy oraz zaprezentowano podstawowe właściwości psychometryczne. Omówiono również trudności użycia narzędzi SANS i SAPS, wynikające z wielowymiarowego aspektu doświadczenia psychotycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: wywiad ustrukturyzowany, zaburzenia psychotyczne, skale diagnostyczne SANS i SAPS

**STRUCTURED CLINICAL INTERVIEWS
FOR ASSESSING PSYCHOTIC DISORDERS: DIAGNOSIS EXAMPLES
WITH SANS AND SAPS QUESTIONNAIRES**

SUMMARY: This articles presents structured interviews and their usage in the diagnosis of psychotic disorders. The authors mainly discussed popular diagnostics tools such as Scale of Assessment for Negative Symptoms (SANS) and Scale of Assessment for Positive Symptoms (SAPS) that are combinations of structured interview technique and scale-based measurements of psychotic symptoms. We briefly presented characteristics of both scales, their psychometric properties as well as distinctive questionnaire items. Difficulties of using SANS and SAPS resulting from multidimensional aspects of psychotic experience were also discussed.

KEYWORDS: structured interview, psychotic disorders, SANS and SAPS scales