

TARTU ÜLIKOOL
Psühholoogia instituut

Siim Jakobsoo

PSÜHHOOSIRISKI HINDAVATE MÕÕDIKUTE
ADAPTEERIMINE EESTI KEELDE

PILOOTPROJEKT

Uurimustöö

JUHENDAJAD: Liina Haring, SA TÜK Psühhiaatrikliinik, arst-õppejõud psühhiaatria erialal
Karin Täht, TÜ Psühholoogia instituut, psühhomeetria lektor ja teadur

LÄBIV PEALKIRI: PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

Tartu 2015

Kokkuvõte

Käesoleva uurimustöö eesmärgiks oli viia läbi pilootprojekt, mis käsitleb psühhoosiriski hindavate mõõdikute, ERIraos Intervjuu (*ERIraos Interview; „Early Recognition Inventory based on IRAOS“*) ja ERIraos Küsimustiku (*ERIraos Checklist*), eesti keelde adapteerimist. Uurimuses osales 49 inimest, kellest 17 paigutus kõrgepsühhopatoloogilise psühhoosiriskiga inimeste gruppi ja 32 psühhoosiriskita inimeste gruppi. Statistilisi analüüse tehti ICC (*intraclass correlation coefficient*) reliaablusanalüüsiga, hii-ruut testiga ning korrelatsioonianalüüsiga. Selgus, et ERIraos Intervjuu intervjuerijatevaheline hinnangute kokkulangevus on väga kõrge, samuti on ERIraos Intervjuu üldskoor tugevalt korreleeritud valitud psühhopatoloogia skaalade koondskooriga. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku tulemuste vahel esines samuti tugev ja statistiliselt oluline positiivne seos. Antud uurimustöö andis edasisi suuniseid kasutatud mõõdikute adapteerimisele, kuid tulemuste üldistamisvõime suurendamiseks on vajalik uurimustöö jätkamine.

Märksõnad: kõrgepsühhopatoloogiline psühhoosirisk, ERIraos, adapteerimine

ADAPTATION OF THE PSYCHOSIS RISK ASSESSMENT INSTRUMENTS INTO ESTONIAN

Abstract

The goal of the present study was to carry out a preliminary adaptation project of the Estonian version of ERIraos Interview (Early Recognition Inventory based on IRAOS) and ERIraos Checklist which assess the at-risk mental state usually present before psychosis. Forty-nine people participated in this study, out of them 17 were grouped into at-risk mental state group. The data were assessed with ICC (intraclass correlation coefficient) reliability analysis, chi-square test and correlation analysis. According to the results ERIraos Interview scores had a very strong inter-rater reliability and a very strong correlation with the composite score of the psychopathology measurement instruments, as well as with the scores of ERIraos Checklist. The present study demonstrated preliminary instruments reliability and validity evidence, whilst ongoing research is needed to elaborate these results.

Keywords: at-risk mental state, ERIraos, adaptation

Sisukord

| | |
|--|----|
| Kokkuvõte | 2 |
| Sisukord..... | 3 |
| 1. Sissejuhatus | 4 |
| 2. Kirjanduse ülevaade | 6 |
| 3. Meetod..... | 12 |
| 3.1. Valim..... | 12 |
| 3.2. Mõõtevahendid..... | 13 |
| 3.2.1. ERIraos Küsimustik | 13 |
| 3.2.2. ERIraos Intervjuu | 13 |
| 3.2.3. SANS..... | 14 |
| 3.2.4. SAPS | 15 |
| 3.3. Uurimuse käik | 15 |
| 4. Tulemused | 16 |
| 4.1. Uuringus osalenud isikud | 16 |
| 4.2. ERIraos Intervjuu hindajatevaheline reliaablus..... | 16 |
| 4.3. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku vaheline seos..... | 18 |
| 4.4. ERIraos Intervjuu üldskoori ja SANS-SAPS koondskoori vaheline seos..... | 19 |
| 5. Arutelu ja järeldused | 20 |
| Kirjanduse loetelu | 24 |
| Tänuavaldused..... | 28 |
| Lisa 1 | 29 |
| Lisa 2..... | 30 |

1. Sissejuhatus

Kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite jaoks on kõrge psühhooosi tekkeriskiga inimeste identifitseerimine olnud juba pikka aega eesmärgiks, kuna arvatakse, et haiguse niivõrd varajases faasis võib adekvaatne sekkumine psühhootilise häire tekkimist ennetada või edasi lükata (Yung, Phillips, Yuen & McGorry, 2004). Eelnevad uuringud on näidanud, et psühhootilisele seisundile eelnevad ehk haiguse prodromaalperioodile iseloomulikud sümptomid võivad ilmuda juba keskmiselt 4,5 aastat enne esmase psühhooosiepisoodi tekkimist (Häfner *et al.*, 1992). Siit ilmneb, et ajaaken sekkumiseks on piisavalt pikk, et riski avastamisel oleks võimalik vajalikku abi anda. Eesti keeles on siiani aga puudunud mõõdikud, mis suudaksid piisava tundlikkusega eristada prospektiivselt prodromaalperioodis ehk kõrgepsühhooosiriskiga inimesi psühhooosiriskita inimestest.

Käesoleva uurimustöö eesmärgiks oli läbi viia psühhootilise häire prodromaalperioodi ehk psühhootilise häire tekke riskitaset hindavate eesti keelde adapteeritavate mõõdikute (ERIRAOS Intervjuu, ERIRAOS Küsimustik) kasutamist käsitlev pilootprojekt, mis aitaks täpsustada edasisi teemakohaseid uurimustöö suundasid ning tuua välja võimalikke metodoloogilisi puudujääke antud instrumentide eesti keelde adapteerimisel.

Antud uurimustöö on osa suuremast teadusprojektist, mille raames hinnatakse samade uuringusosalejate kognitiivset võimekust, võetakse vereproove bioloogiliste markerite jälgimiseks ja hinnatakse veel mitme mõõdikuga nende üldist funktsioneerimist ja sümptomaatikat, samuti suunatakse osad uuringus osalejad magnetresonantstomograafia uuringule neuroanatomiliste iseärasuste kindakstegemiseks.

Antud uurimuses osalejad täitsid skriiningskaala ERIRAOS Küsimustik („*Checklist of ERIRAOS*“; Häfner *et al.*, 2004), nendega viidi läbi psühhootilise häire avaldumise riskitaset hindav intervjuu ehk ERIRAOS Intervjuu ("*Early Recognition Inventory based on IRAOS (ERIRAOS)*"; Häfner *et al.*, 2004) koos antud intervjuu juurde kuuluva demograafilisi andmeid kaardistava paketiga ning täideti ka psühhopatoloogia esinemismäära hindavad mõõdikud SAPS ("*Scale for the assessment of positive symptoms*"; Andreasen, 1984) ja SANS ("*Scale for the assessment of negative symptoms*"; Andreasen, 1982). Kõik mõõdikud olid eelnevalt nende algautorite loal eesti keelde tõlgitud.

Autori panus antud uurimustöö valmimisel oli lühikese skriiningskaala tõlkimine eesti keelde, uuritavate leidmine, osaline pilootprojektis kasutatavate mõõdikutega andmete kogumine, valdav andmete töötlus ja analüüs ning uurimustöö kirjutamine.

Uurimustöö raames püstitati järgmised hüpoteesid: (1) kahe erineva spetsialisti poolt, iseseisvalt hinnatud psühhootilise häire avaldumise riskitaset määratleva ERIraos Intervjuu üldskoorid on teineteisega kõrgelt positiivselt ja statistiliselt oluliselt korreleeritud; (2) ERIraos Küsimustiku tulemused on kõrgelt positiivselt ja statistiliselt oluliselt korreleeritud psühhootilise häire avaldumise riskitaset hindava ERIraos Intervjuu üldskooridega; (3) psühhopaatoloogia esinemismäära hindavate mõõdikute (SANS, SAPS) koondskoor on kõrgelt, statistiliselt oluliselt ja positiivselt korreleeritud psühhootilise häire avaldumise riskitaset hindava ERIraos Intervjuu üldskooriga.

2. Kirjanduse ülevaade

Vaatamata psühhofarmakoloogiliste ja psühhoterapeutiliste sekkumiste arenemisele peetakse skisofreeniat üheks kõige tõsisemaks ja kurnavamaks haiguseks meditsiinis üldiselt (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waternaux & Oepen, 1994). Psüühiliste haiguste, psüühikahäirete ja nendega seotud seisundite osa maailma summaarsest haiguskoormusest ehk tervisekaotuse põhjustest oli 2002. aastal 13% ning vaimse tervise häired põhjustavad koguni 33% haigena elatud aastate koguarvust (WHO, 2002). Eestis põhjustab skisofreenia näiteks 3% rahvastiku kogu tervisekaotusest (WHO, 2002). Antud arvud näitavad psüühiliste haiguste rasket mõju ühiskonnale ja üksikindiviidi funktsioneerimisele (nii individuaalsel kui ühiskonna tasandil), seega igasugune haiguskoormuse vähendamine on ülimalt vajalik. Tähelepanuväärne on ka fakt, et 10-15% psühhosidest on varajase algusega psühhosid (EOP, *early-onset psychoses*), mis algavad enne 18. eluaastat (Schultze-Lutter *et al.*, 2015); niivõrd varajane võimalik psühhootilise häire avaldumise algus tähendab, et teadustöö ja laiemalt ennetustöö peab hõlmama sihtgruppi ka alaealisi.

Häfner & Maurer (2006) põhjal on psühhosid prodromaalperioodi määratlemiseks ja esmase psühhootilise episoodi tekke riskiastme hindamiseks kolm psühhopatoloogilist alust: (1) karakteristilised prodromaalperioodi ilmingud ja sümptomid, (2) kognitiivsete testidega hinnatud neuropsühholoogilised defitsiidid ja (3) seisundi kulgemise dünaamilised karakteristikud. Antud uurimustöö käsitleb ennekõike esimest alust ehk prodromaalperioodi kirjeldavaid sümptomeid ja nende uurimist.

Tähelepanuväärne on ka fakt, et prodromaalperioodi võimalik diagnoosimine toodi välja DSM-V teadustöö lisas (lisa III) nimega *Attenuated Psychosis Syndrome* kui võimalik diagnoos, mis vajab aga edasist täpsemat uurimist seoses kasutatud mõõdikute põhiselt leitud liialt suurte valepositiivsete tulemuste hulgaga (American Psychiatric Association, 2013).

Riskiseisundi olemus

Võimalikust eristatavast psühhosile eelnevast perioodist rääkis esmakordselt juba Wilhelm Griesinger 1861. aastal (Murray, Jones, Susser, Os & Cannon, 2002), kuid põhjalikum teaduslik uurimustöö ja ekspodentsiaalne huvi kasvamine teema vastu on leidnud aset alles viimase 25 aasta jooksul. Kõrgenenud riski psühhosid tekkeks on nimetatud mitmeti: ARMS (*At Risk Mental State*), UHR (*Ultra High Risk*) või CHR (*Clinical High Risk*), kuid üleüldiselt

tähendavad nad kõik seisundit, kus on täheldatavad alalävised psühhootilised sümptomid, kognitiivsed ja neurobioloogilised defitsiidid ja märkimisväärsed psühhosotsiaalse funktsioneerimise puudujäägid (Fusar-Poli, Byrne, Badger, Valmaggia & McGuire, 2013a). Operatsioonalselt on prodromaalperiood ajaperiood, mis algab üldise funktsioneerimise halvenemisega ja lõpeb üleminekuga esmaseks psühhoosiepisoodiks (Yung & McGorry, 1996). Prodromaalperioodi võib defineerida ka kui kontiinumi, mille lõikes toimub haiguse süvenemine ja mis kulmineerub esmase psühhoosiga (Keshavan, Berger, Zipursky, Wood & Pantelis, 2005). Psühhoosi prodromaalperioodi prospektiivse hindamise eesmärgiks on leida üles kõrgenenud psühhoosiriskiga isikud, et neil adekvaatse sekkumisega ennetada või edasi lükata psühhootilise episoodi tekkimist, vähendada haiguse avaldumise raskusastet või püüda vähendada sotsiaalseid probleeme, mis haigestumisel ilmnevad (Häfner *et al.*, 2004).

Esmakordsel psühhoosiepisoodi avaldumisel on tegemist kliiniliselt avalduva sündroomiga, mille puhul ilmnevad enamasti selgeltväljenduvad tajumis-, reaalsuse tunnetamise ja/või mõttekäiguhäired, mis on täheldatavad enamuse ajast ja kestavad vähemalt ühe nädala jooksul (Yung *et al.*, 2004).

Antud uuringu keskmes on psühhoosi prodromaalperioodi jaotamine kaheks: varajaseks (EPS, *early prodromal state*) ja hiliseks prodromaalperioodiks (LPS, *late prodromal state*). Varajast ja hilist prodromaalperioodi saab eristada peamiselt neis esinevate iseloomulike sümptomite põhjal. Varajases prodromaalperioodis esinevad peamiselt BAAS (baasilised sümptomid, *cognitive basic symptoms*) sümptomid (Häfner *et al.*, 2004), hilises prodromaalperioodis võivad esineda nii BAAS sümptomid, APS (nõrgad psühhootilised sümptomid, *attenuated psychotic symptoms*) sümptomid, kui ka BLIPS (lühiaegsed, piiratud ajal, hootiselt esinevad psühhootilised sümptomid, *brief limited intermittent psychotic symptoms*) sümptomid (McGorry *et al.*, 2002; Rausch *et al.*, 2013). EPS-i on nimetatud Häfner *et al.* (2004) poolt ka prepsühhootiliseks prodromaalperioodiks (*prepsychotic prodromal stage*) ja LPS-i varajaseks psühhootiliseks perioodiks (*early psychotic stage*).

APS sümptomid on ilmingud, mis kalduvad kõrvale normaalsusest, kuid ei ole psühhootilised, näiteks ülekaalukad mõtted, et inimesed naeravad subjekti üle või on tema suhtes vaenulikud; samas saab subjekt aru, et taolised mõtted ei vasta tegelikkusele (Yung *et al.*, 2004). BAAS sümptomid on subkliinilised subjektiivselt tajutud häired valdkondades nagu taju, mõtlemine, keelekasutus, motivatsioon, stressitaluvus ja tähelepanu (Fusar-Poli *et al.*, 2013b); näiteks

minevikuga seotud mõtete püsiv kordumine, retseptiivse kõne häired, mõttekäigu kiirenemine, derealisatsioon ja depersonalisatsioon. BLIPS sümptomid on lühiajaliselt esinevad psühhootilised sümptomid, mis kestavad alla 7 päeva, võivad esineda korduvalt, on esinenud vähemalt ühe nädalane psühhootiliste sümptomite vaba periood kahe BLIPS-episoodi vahel ja mille esinemise järel toimub spontaanne remissioon (Häfner & Maurer, 2006); näiteks kuulmis-, nägemis- ja kehatundehallutsinatsioonid, tähendusluulumõtted, mõtete lugemine ja suurusluul.

Prodromaalperioodi hindavate mõõdikute valik

Psühhooosi prodromaalperioodi hindavad mõõdikud jaotuvad valdavalt kaheks: esiteks on traditsioonilisele positiivsete ja negatiivsete sümptomite skaalale (PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale*; Kay, Fiszbein & Opler, 1987) põhinevad mõõdikud, mis keskenduvad ennekõike APS-ide hindamisele. Selle kategooria levinuimateks näideteks on CAARMS (*The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*; Yung *et al.*, 2005) ja SIPS (*Structured Interview of Prodromal Syndromes*; Miller *et al.*, 2003), mis on APSide ja BLIPSide hindamisele suunatuina tundlikumad just hilise prodromaalperioodi hindamisel (Olsen & Rosenbaum, 2006).

Teine prodromaalperioodi hindavate meetodite kategooria on fenomenoloogilisi BAAS sümptomeid hindavad mõõdikud. Näiteks on BSABS (*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*; Huber & Gross, 1989) ja SPI-A (*the Schizophrenia Prediction Instrument – Adult versioon*; Schultze-Lutter *et al.*, 2007), mis hindavad just baassümptomeid, mis domineerivad ennekõike just varajases prodromaalperioodis. ERiraos mõõdik on selles suhtes eriline, et see hõlmab mõlemat lähenemist (APS ja BAAS) ja hindab seetõttu psühhooosi prodromaalperioodi mitmetasandiliselt (varajane ja hiline prodromaalperiood) pikema perioodi jooksul (Olsen & Rosenbaum, 2006; Rausch *et al.*, 2013).

ERiraos mõõdiku kasutamine põhineb kaheastmelisel hindamise süsteemil: alustuseks täidavad inimesed ERiraos Küsimustiku (n-ö sõelküsimumstiku), mille tulemuste põhjal otsustatakse, kas neil on psühhopatoloogia erinevatele valdkondadele antud subjektiivsete hinnangute põhjal piisavalt suur kõrgeenenud risk psühhooosi tekkeks, et läbi viia sümptomatoloogiat detailsemalt hindav ERiraos Intervjuu (Bechdolf *et al.*, 2012; Rausch *et al.*, 2013; Daneault, Stip & Refer-O-Scope Group, 2013; Fernández, Giráldez, Iglesias, 2007). Rausch *et al.* (2013) uuringus võrreldi ERiraos Intervjuu ja CAARMS mõõdiku võimekust

identifitseerida kõrgenenud psühhoosiriskiga inimesi. ERIraos Küsimustiku põhjal sai 121 inimest positiivse tulemuse ja nendega viidi läbi nii ERIraos Intervjuu kui CAARMS pakett. ERIraos Intervjuu põhjal grupeeriti 33 (27,3%) inimest kõrgenenud psühhoosiriskita gruppi ehk ERIraos Küsimustiku valepositiivsete gruppi, 24 (19,8%) patsienti varajasse prodromaalperioodi ja 39 (32,2%) patsienti hilisesse prodromaalperioodi. CAARMS hindas ilma kõrgenenud psühhoosiriskita gruppi 77 (63,6%) ERIraos Küsimustiku põhjal positiivse tulemuse saanud inimestest, varajasse prodromaalperioodi ei grupeerunud ühtegi inimest (kuna see mõõdik ei võimalda antud perioodi hinnata) ja hilisesse prodromaalperioodi kvalifitseerus selle põhjal 22 (18,2%) inimest. Kõik CAARMSi põhjal hilisesse prodromaalperioodi hinnatud patsiendid kvalifitseeriti sinna ka ERIraos Intervjuu poolt. Antud kahe mõõdiku põhiliseks erinevuseks on BAAS sümptomite olemasolu kajastamise võimalus ERIraose abil (CAARMS seda ei võimalda) ning ERIraos Intervjuu põhjal hinnati eeltoodud uuringule tuginedes varajasse prodromaalperioodi grupeerunuteks 20,8% uuringusse kuulunud inimestest üksnes BAAS sümptomite esinemise põhjal (sealhulgas ilma üldskoori vajaliku piiri ületamiseta).

Mõõdikute kasutamise olulisus ning mõõdikute spetsiifilisus ja sensitiivsus

Indiviididel, kes on spetsiifiliste mõõdikute abil määratletud hinnangute alusel grupeerunud riskigrupi, neil avaldub psühhoootiline häire 2-2,5 aasta jooksul 16-32%-l (Cannon *et al.*, 2008) ja 9.6 aasta jooksul 70%-l juhtudest (Klosterkotter, Hellmich, Steinmeyer & Schultze-Lutter, 2001). Keskmiselt avaldub ARMS kriteeriumile vastavatest inimestest 22%-l psühhoootiline häire vastavalt DSM-IV või ICD-10 kriteeriumitele (Rausch *et al.*, 2013). Kaheksakümnel kuni üheksakümnel protsendil skisofreeniahaigetest patsientidest on enne esmast psühhoosiepisoodi ehk prodromaalperioodis esinenud näiteks järgmised sümptomid: muutused tajus, uskumustes, mõtlemisprotsessides, meeleolus, kognitiivsetes funktsioonides, afektis ja käitumises (Addington, 2003), enamusel esmase psühhoosiepisoodiga patsientidest oli keskmiselt 5 aasta jooksul enne episoodi ilmumist märgata psühhosotsiaalse toimetuleku langust ja esines teisi riskisümptomeid (Schultze-Lutter *et al.*, 2015). Gee & Cannon (2011) väitsid, et keskmiselt haigestub LPS riskigrupi hinnatud patsientidest psühhoosi 1/3, 1/3 neist ei haigestu, kuid jääb sümptomaatiliseks ja halvasti funktsioneerivaks ning 1/3 puhul sümptomid taanduvad ja funktsionaalsus paraneb ajas.

Hurlemann *et al.* (2008) grupeeris oma uuringus ERIraos Intervjuu põhjal 36 psühhoosi suhtes riskirühma kuuluvat inimest kahte gruppi: 20 (56%) kuulusid EPS gruppi ja 16 (44%)

kuulusid LPS gruppi. Keskmise longitudinaalne jälgimisaeg oli 18+/-3 kuud ja selle aja jooksul toimus üleminek psühhoosi 3 (15%) EPS gruppi kuulunud inimese ja 5 (31%) LPS gruppi kuulunud inimese puhul. Addington *et al.* (2011) leidis, et algselt UHR gruppi kvalifitseerunud, kuid psühhoosi mittehaigestunud uuringus osalejatel esines siiski kaheaastase vaatlusperioodi jooksul APS sümptomeid (ühe aasta möödudes 42,9%-l ja kahe aasta möödudes 40,8%-l mittehaigestunutel), mis väljendab siiski sümptomaatilise ja/või funktsionaalse probleemi jätkumist – ka antud inimesed on vajalik leida, et seejärel neile vajalikku abi pakkuda.

Eelnevad uuringud (Ho, Andreasen, Flaum, Nopoulos & Miller, 2000; Verdoux *et al.*, 2001) on näidanud, et prodromaalperioodi kestvus ja iseloom omavad prognostilist seost hilisema haigusprotsessi iseloomuga, isiku üldise toimetulekuga. Seetõttu on antud perioodi spetsiifiline hindamine oluline, kuna võimaldab psühhoatilise häire avaldumisel adekvaatsemalt planeerida medikamentoossele ravile lisanduvate psühholoogiliste sekkumisviiside ja rehabilitatsiooniteenuste valikut. Alaealiste uuringusse kaasamist käsitlesid Schimmelman, Conus, Cotton, McGorry & Lamberti (2007) ning nad näitasid, et EOP grupis olevatel noortel (M=16,2 aastat) kestis ravimata psühhoos keskmiselt 26,3 nädalat, samas kui täiskasvanueas haigestunutel (M=22,5 aastat) oli keskmine ravimata psühhoosi kestvus 8,7 nädalat - vähemväljendunud psühhoosi positiivsed sümptomid ja atüüpiline kliiniline pilt võivad näida noorukikriisina (või puberteedina) ning nõuavad seetõttu veelgi täpsemat jälgimist; ravimata psühhoosepisoodi pikk kulg omab prognostiliselt negatiivset mõju indiviidi edasisele funktsioneerimisele.

Eetiline dilemma

Seoses kõrgeenenud psühhoosiriski varajase tuvastamise ja võimalike medikamentoosete või psühhoterapeutiliste sekkumiste rakendamistega on esile kerkinud eetiline küsimus, kuna kõik mõõdikute abil riskigrupi kvalifitseerunud inimesed ei haigestu psühhoosi ja on psühhoatilise häire suhtes valepositiivsed (Cannon *et al.*, 2008). Gee & Cannon (2011) artikli põhjal jäävad siiski pooled mittehaigestunutest sümptomaatiliseks ja halvasti funktsioneerivaks ning vajavad seetõttu samuti nõustamist ning abi.

Valepositiivsete inimeste vajaduseta ravimine põhjustab ebavajalikku distressi, võib põhjustada medikamentoosse ravi korral ebameeldivad kõrvaltoimeid ja võib stigmatiseerida

prodromaalperioodis olevat inimest ja põhjustada seeläbi kannatusi temale enesele ja tema lähedastele (Häfner & Maurer, 2006).

Häfner *et al.* (2004) kirjutavad, et eetiliselt ja majanduslikult põhjendatud varajase sekkumise rakendamisel on eelduseks tugevat prognostilist võimsust ehk psühhoosiriski hindavat võimekust omavate mõõdikute kasutamine, kuid seniajani ei ole loodud mõõdikud seda suutnud veel näidata, kuna nende arendamine ja valideerimine on arenguprotsessis. Autorid toovad välja, et riskitasemele antava hinnangu valiidsuse tõstmiseks on vaja spetsiifilistele mõõdikutele lisaks kasutada ka staatilisi näitajaid, näiteks geneetiline risk, sünnituseelsed ja – järgsed komplikatsioonid ja progressiivne funktsionaalne allakäik; samuti on abiks piisava diagnostilise võimega ajukoemorfoloogilisi eripärasid esile toovate tehnikate kasutamine ning kognitiivset võimekust hindavate meetodite kaasamine hindamisprotsessi. Antud lisameetodid ning mõõdikud täiendavad teineteist, et kujundada lõplikku riskitaseme hinnangut ja vähendada seeläbi valepositiivsete tulemuste hulka. Gee ja Cannon (2011) artikli põhjal võib teatud algoritmide kasutamine (eelpoolnimetatud lisameetodite arvessevõtmine) langetada valepositiivsete hinnangute andmist madalamale kui 20%-l juhtudest. Kokkuvõtlikult ütlevad Häfner *et al.* (2004), et psühhoosi riski hindamine ja sekkuvate meetmete rakendamine on eetiliselt õigustatud, kuna see võimaldab võimalikust psühhoosist ning sellele järgnevatest haigustest tingitud probleeme kas või osaliselt ennetada ja haigusest mõjutatud patsientide ning nende lähedaste elukvaliteeti parandada.

3. Meetod

3.1. Valim

Uuring viidi läbi SA TÜK psühhiaatrikliiniku ambulatoorses osakonnas. Uuritavateks olid SA TÜK Psühhiaatrikliiniku psühhiaatrite ja psühholoogide poolt uuringusse suunatud inimesed, kellel esines suunaja hinnangul psühhooosi prodromaalperioodile vastavaid sümptomeid ja lisaks kaasati uuringusse inimesi, kes leiti samast geograafilisest piirkonnast.

Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid: (a) nõusoleku allkirjastamine isiku ja alaealistel ka tema eestkostja poolt; (b) vanus 16-35 aastat; (c) mees- või naispatsient; (d) psühhootilise häire diagnoosi puudumine; (e) eesti keele valdamine, mis oli eelduseks enesekohase ERIraos Küsimustiku täitmisele ja ERIraos Intervjuu läbiviimisele. Uuringust välja arvamise kriteeriumid olid: (a) isikul esines oluline kognitiivse funktsiooni häire, mis takistas tal enesekohaste hinnangute andmist, uuringus kasutatavate mõõdikute väidetele; (b) isikul oli diagnoositud eelnevalt orgaaniline psüühikahäire ja/või mahajäämus vaimses arengus; (c) isikul esines raske, dekompenseerunud kehaline haigus ning ta tarvitas medikamente, mis omavad olulist mõju uuringus osalemisele. Psühhiaatrid ja psühholoogid ei suunanud uuringusse inimesi, kellel esines mõni välja arvamise kriteeriumi raames välja toodud häire.

Uuringu läbiviimine toimus TÜ inimuuringute eetika komitee loa alusel. Kokku suunati psühhiaatrite ja psühholoogide poolt uuringusse 16 isikut, neist kohale tuli 13 isikut (81,3%). Kohale mittetulnud isikutest 1 jäi somaatiliselt haigeks ja 2 jäid tulemata teadmata põhjustel. Lisaks kaasati uuringusse 38 isikut, kellest tulid kohale 36 isikut (94,7%). Uuringus osalejatest jättis ERIraos Küsimustiku täitmata kaks inimest (4,1% uuritavatest), kes tuli 2. hüpoteesi käsitlevatest analüüsides välja arvata. Arvesse tuleks siinkohal võtta, et uurimus jätkub ja mõlemasse gruppi kaasatakse inimesi jätkuvalt edasi kuni koguarvuni 200, seega antud ajahetkel on tegemist pilootprojektiga, mis sisaldab eeltulemusi, eelvalimi pealt.

3.2.Mõõtevahendid

3.2.1. ERIraos Küsimustik

ERIraos Küsimustik on loodud spetsiifiliselt leidmaks inimesi, kelle puhul on ARMS kriteeriumid täidetud ning kellega oleks vajalik edaspidiselt läbi viia ERIraos Intervjuu, mis uuriks juba detailsemalt inimese vaimset tervist, lähtuvalt psühhoosiriskist.

ERIraos Küsimustik koosneb 15-st kategoriseeritud sümptomite kirjeldusest, millele sai uuringus osaleja vastata jah/ei ehk kas mõni antud kirjelduste all toodud sümptomitest on tal esinenud viimase 12 kuu jooksul või mitte. Hinnangud ei kajastanud sümptomite esinemise sagedust, kestvust ega intensiivsust. Sümptomite kirjelduse valdkonnad jagunevad omakorda 3 kategooriasse: (1) valdkonnad 1-5 hõlmavad psühhoosi suhtes mittespetsiifilisi küsimusi, mis võivad ilmneda väga pika psühhoosieelse perioodi jooksul, kuid üksnes iseseisvatena esinedes ei näita otsest kõrgeenenud riski psühhoosi tekkeks; näiteks meeleolu alanemine ja unehäired, (2) valdkonnad 6-10 kajastavad haigustunnuseid, mis on käsitletavad unikaalsete kõrgeenenud psühhoosiriski indikaatoritena ja vastavad varajasele prodromaalperioodile; näiteks korduv mõtisklemine teatud asjade üle ja raskenenud suhtlemine teiste inimestega, (3) valdkonnad 11-15 sisaldavad hilise prodromaalperioodi või algava esmase psühhoosi (FEP, *First Episode Psychosis*) indikaatoreid, mis võivad endas sisaldada BLIPSe ja APSe; näiteks tagakiusamislul ja hõivatus ebatavaliste ideedega. Iga valdkonna põhiselt esitatud sümptomite olemasolule sai uuritav anda oma hinnangu ning kui inimene vastas jaatavalt esitatud sümptomi kirjeldusele sai ta 1 punkti, maksimaalselt oli võimalik saada üldskoor 15. ERIraos Küsimustiku abil hinnati lisaks ka asjaolu, et kuidas on uuritavatel viimase 12 kuu jooksul haigustunnuste tase muutunud: (1) on halvenenud, (2) pole muutunud või (3) on vähenenud. Lisaks täitsid inimesed lühikese demograafilise informatsiooni sektsiooni, mis sisaldas endas küsimusi temale teadaolevate oma sünnitraumade, perekonnas esinevate psühhiaatriliste haiguste ning oma haridusliku ja tööalase toimivuse kohta (Rausch *et al.*, 2013). ERIraos Küsimustiku põhjal kaardistatud psühhopatoloogia valdkonnad on välja toodud Lisas 1.

3.2.2. ERIraos Intervjuu

ERIraos Intervjuu koosneb 50-st psühhopatoloogilise sümptomi kaardistamisest, millest igähele antakse hinnang neljas kategoorias: (A) kas sümptom esineb käesolevalt, (B) kas

sümptom on esinenud viimase 12 kuu jooksul, (C) kas sümptomi esinemises on viimase 12 kuu jooksul toimunud muutus halvemuse suunas ja (D) kas sümptomi esinemine põhjustab inimesele subjektiivselt stressi. Iga sümptomi puhul on võimalik A, B, C ja/või D sfääri osas antud jah/ei hinnangu põhised koguda kuni 4 punkti, ERIraos Intervjuus on maksimaalne võimalik saadav üldskoor 200 (50x4) punkti. ERIraos Intervjuu skoorimisleht on välja toodud Lisas 2, kust võib leida ka 50 sümptomi nimekirja. ERIraos Intervjuu põhised esineb kõrge risk psühhooosi tekkele siis, kui Intervjuu üldskoor on üle 30 punkti, esineb vähemalt 2 BAAS sümptomi või esineb mõni BLIPS/APS sümptom, olenemata üldskoorist. ERIraos Intervjuu võimaldab ka jagada prodromaalperioodi varajaseks ja hiliseks prodromaalperioodiks. Varjase prodromaalperioodi diagnostilisteks alusteks on vähemalt 2 BAAS sümptomi esinemine ja/või vähemalt 30 punkti saamine. Hilise prodromaalperioodi kriteeriumiteks on vähemalt ühe APS ja/või BLIPS sümptomi esinemine sõltumata intervjuu üldisest skoorist. (Rausch *et al.*, 2013)

3.2.3. SANS

Lisaks hindas üks intervjuueerija kahest intervjuueeritava psühhopatoloogiat SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) skaalal (Andreasen, 1982), mis põhineb poolstruktureeritud intervjuul. Antud mõõdik loodi psühhootilisele häirele omaste negatiivsete sümptomite hindamiseks ning see võimaldab hinnata ka psühhooosi prodromaalperioodil ilmnevaid negatiivseid haigustunnuseid ja on võrreldes teiste negatiivset psühhopatoloogiat arvessevõtvate mõõdikutega (nt BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*, Overall & Gorham, 1962; PANSS) tundlikum (Fulford *et al.*, 2014). SANS skaala koosneb 25 hinnangust (nendest 5 on alaskaalade kohta käivad üldhinnangud), mis grupeeruvad omakorda 5 alaskaala alla: afekti lamendumine või nüristumine, aloogia, tahteaktiivsuse alanemine ja apaatus, anhedoonia-asotsiaalsus ning tähelepanu. Iga küsimust hinnatakse 6-palli süsteemis (0=puudub; 1=küsitav esinemine; 2=kerge esinemine; 3=mõõdukas esinemine; 4=märkimisväärne esinemine; 5=raskel kujul esinemine). Hindajatevaheline hinnangute kokkulangevus oli SANS skaala reliaablushinnanguid käsitleva artikli (Andreaseni, 1982) põhised kõikide alaskaalade üldhinnangute osas väga kõrge ($r > 0,8$), vaid mõne sümptomi puhul oli see väiksem, kuid mitte vähem kui $r = 0,7$.

3.2.4. SAPS

SANS skaalal psühhopatoloogiat hinnanud intervjuerija täitis ka positiivseid sümptomeid käsitleva SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*; Andreasen, 1984) skaala. Antud skaala on hiljutise uuringu (Fulford *et al.*, 2014) kohaselt sobilik vahend kasutamiseks ka prodromaalperioodis, kuna võimaldab hinnangut anda väga suurele hulgale erinevatele psühhootilise seisundi positiivsetele sümptomitele. SAPS skaala koosneb 34-st hinnangust, mis jaotuvad 4 alaskaala vahel: hallutsinatsioonid, luulumõtted, veider käitumine ja positiivsed mõttekäigu vormilised häired. 34-st küsimusest 4 on iga alaskaala kohta käivad üldised hinnangud. Iga sümptomit hinnatakse 6-palli süsteemis (0=puudub; 1=küsitav esinemine; 2=kerge esinemine; 3=mõõdukas esinemine; 4=märkimisväärne esinemine; 5=raskel kujul esinemine).

3.3. Uuringuse käik

Enne uuringus osalemist lugesid osalejad läbi ja allkirjastasid nõusolekulehe, mis kirjeldas lühidalt uuringu sisu ja eesmärgi ning andis osalejatele teada, millistel eesmärkidel ja mil viisil saadud informatsiooni kasutatakse, soovi korral said nad intervjuerijalt ka täiendavalt informatsiooni küsida. Uuringu käigus täitsid uuringus osalejad iseseisvalt ERIraos Küsimustiku ja nendega viidi läbi ERIraos Intervjuu kahe intervjuerija (kes valiti 5 intervjuerija hulgast juhuslikkuse alusel) osavõtul. Üks intervjuerija viis põhiliselt intervjuud läbi ja teisel oli võimalik küsida täiendavaid küsimusi. Intervjuu lõppedes hindasid mõlemad intervjuerijad iseseisvalt intervjuu käigus saadud informatsiooni ja skoorisid kõikide 50 küsimuse kohta käivad sfääre A, B, C ja D. Lisaks täitis üks intervjuerija SANS ja SAPS psühhopatoloogiaskaalad. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne, uuringus osalejatel oli võimalus uuring igal ajahetkel katkestada, ilma et ta jääks ravi- või rehabilitatsiooniteenusteta, millele tal on õigus ja vajadus muul juhul. Uuringus saadud informatsioon sisestati arvutis EXCELi tabelitesse ja korrastati seal ning andmed analüüsiti IBM SPSS Statistics 20 programmiga (IBM Corp., 2011).

4. Tulemused

4.1. Uuringus osalenud isikud

ERiraos Intervjuude tulemuste põhjal jagati kõik uuringus osalejad kahte gruppi: (1) psühhoosiriskita inimesed ja (2) kõrgenenud psühhoosiriskiga inimesed. Psühhoosiriskita (N=32) gruppi kuuluvad antud uurimustöö raames inimesed, kes said intervjuust alla 30 punkti ja ei saanud üle ühe BAAS sümptomi ning neil ei esinenud APS ja BLIPS sümptomeid. Kõrgenenud psühhoosiriskiga (N=17) gruppi kuuluvad inimesed, kes said intervjuu põhjal üle 30 punkti, neil esines vähemalt 2 BAAS sümptomit ja/või vähemalt üks APS või BLIPS sümptom. Kõik 49 uuringus osalenud isikut grupeerusid samadesse gruppidesse mõlema intervjuerija tulemuste põhjal. Siinkohal vajab äramärkimist ka fakt, et seoses väikese valimiga ei olnud võimalik antud uurimuse käigus kõrgenenud psühhoosiriskiga inimesi grupeerida varajasse (vähemalt 2 BAAS sümptomit) ja hilisesse (esineb vähemalt üks APS või BLIPS sümptom) prodromaalperioodi.

Uuringus osalenute keskmiseks vanuseks oli 23,2 aastat (16-37). Psühhoosiriskita inimeste (N=32) keskmiseks vanuseks oli 23,7 aastat (20-37) ja kõrgenenud psühhoosiriskiga inimeste (N=17) keskmiseks vanuseks oli 22,4 aastat (16-36).

4.2. ERiraos Intervjuu hindajatevaheline reliaablus

ERiraos Intervjuud viisid läbi 2 intervjuerijat, kes sattusid juhuslikkuse alusel olema kas esimene intervjuerija, kelle tulemused kajastuvad esimese ÜLDskoori all, või teine intervjuerija, kelle tulemused kajastuvad teise ÜLDskoori all.

ERiraos Intervjuu hindajatevahelise reliaabluse uurimiseks on tehtud analüüs kolmes erinevas tingimuses, kuna psühhoosiriskita ja kõrgenenud psühhoosiriskiga grupid on oma olemuselt niivõrd erinevad, et vaid üldanalüüsi esiletoomine ei oleks piisavalt informatiivne. ERiraos Intervjuu hindajatevahelise reliaabluse uurimiseks moodustatud tingimused on: (1) analüüsi on võetud kõik uuringus osalejad (N=49), (2) analüüsi on võetud vaid psühhoosiriskita inimesed (N=32) ja (3) analüüsi on võetud vaid kõrgenenud psühhoosiriskiga inimesed (N=17).

ICC (intraclass correlation coefficient) on laialt kasutatud statistilise analüüsi meetod uurimisvahendite reliaabluse mõõtmiseks (Ionan, Polley, McShane & Dobbin, 2014) ja antud uurimuses näitab selle tulemus, milline on ERIraos Intervjuu hindajatevaheline (*inter-rater*) reliaablus. Antud uurimustöös on kasutatud ICC alatüüpi ICC(1), kuna erinevate uuringus osalenud inimeste puhul viisid intervjuud läbi juhuslikud intervjuueerijate paarid (2 inimest 5-st). Antud mudel on sobilik, kuna käesoleva uuringu ülesehitusest lähtudes polnud võimalik eristada kindlast hindajast tulenevat muutlikkust ja hindajatepaaride seotusest kindlate subjektidega tulenevat muutlikkust (Nichols, 1998). SPSS programmis tähendab ICC(1) mudel *reliability analysis* valiku all *One-way Random absolute agreement* mudelit. *Absolute agreement* näitab mudelis seda, et võetakse arvesse ka mõõtmisviga ja hinnatakse selle süstemaatilist esinemist või selle puudumist (ehk kui suur on intervjuueerijate hinnangute vaheline kõrvalekalle, varieeruvus).

Kirjeldavad statistikud näitavad, et kõigis kolmes tingimuses on esimene ÜLDskoor ja teine ÜLDskoor omavahel tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt seotud (Tabel 1.). ICC väärtus üle 0.9 tähistab suurepärasest mõõdikupõhisest hindajate vahelise reliaabluse näitajat, mida kinnitab ka vastav statistilise olulisuse tõenäosus ($p < 0.01$). Paljudes kliinilistes uuringutes on ICC reliaabluse väärtus 0.6 minimaalseks vastuvõetavaks tulemuseks (Shoukri, Asyali & Donner, 2004). Edasistes analüüsides on kasutatud üksnes ühe (esimese) intervjuueerija hinnanguid, kuna intervjuueerijatevaheline reliaablus osutus olema väga kõrge.

Tabel 1. Kolme tingimuse vahelised võrdlused ICC One-Way Random absolute agreement mudeliga.

| Tingimus | N | 1. ÜLDskoor | | N | 2. ÜLDskoor | | ICC |
|---------------------------------------|----|------------------|------|----|------------------|------|--------|
| | | M (vahemik) | SD | | M (vahemik) | SD | |
| Kõik uuritavad | 49 | 21.5 (0-132) | 32.2 | 49 | 20.7 (0-111) | 30.5 | 0.99** |
| Psühhoosiriskita uuritavad | 32 | 4.1 (0-18) | 5.4 | 32 | 4.0 (0-18) | 5.4 | 0.98** |
| Kõrgenenud psühhoosiriskiga uuritavad | 17 | 54.4 (12-132) | 36.0 | 17 | 52.1 (11-111) | 33.7 | 0.99** |

Märkus: Siin ja edaspidi N – isikute arv; M (*vahemik*) – keskmine; SD – standardhälve; ICC – *Intraclass Correlation Coefficient (One-Way Random)*; ** - Seos on oluline nivool $p < 0.01$.

BAAS, APS ja BLIPS sümptomite puhul loeti ka kokku, mitu vastavat sümptomit kummagi intervjuerija poolt hinnatuks osutus ning samade sümptomite esinemismäärade (skooride) vahel leiti intervjuerijatevahelised Pearsoni korrelatsioonid (näiteks esimese intervjuerija BAAS skoori ja teise intervjuerija BAAS skoori vahel). Pearsoni korrelatsioonikordajate väärtused olid olulisuse tõesäosuse $p < 0.001$ juures BAAS, APS ja BLIPS sümptomite korral vastavalt 0.88, 0.92 ja 0.95, mis näitab omakorda suurt intervjuerijatevahelist hinnangute kokkulangevust. Eriti tähtis on see antud uurimuse käigus APS ja BLIPS sümptomite hindamise puhul, kuna nende sümptomite skooridest olenes suuresti inimese grupeerumine kõrgepsühhosiriskiga või psühhosiriskita gruppi. Esimese intervjuerija tulemuste põhjal oli APS ja BLIPS sümptomite skooridevaheline Pearsoni korrelatsioon 0.61 ($p < 0.01$), mis tähendab tugevalt positiivset ja statistiliselt olulist seost, teise intervjuerija tulemuste põhjal oli vastav näitaja 0.62 ($p < 0.01$).

4.3. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku vaheline seos

Allolevast analüüsist tuli kaks uuringus osalejat välja arvata täidetud ERIraos Küsimustiku puudumise pärast, seega jäi valimisse 47 inimest. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustik tulemuste vahelisi seoseid hinnati kahel moel: (1) mõlema mõõdiku üldskooridevaheliste korrelatsioonide leidmine ja (2) mõõdikute põhjal moodustatud gruppide vaheliste seoste leidmine.

Esiteks täitis 47 uuritavat ERIraos Küsimustiku ning enesehinnanguliste vastuste põhised arvutati üldskoor (MD=3.00, SD=4.05) ja nad läbisid ka ERIraos Intervjuu, mille kohta leiti samuti üldskoor (MD=21.13, SD=32.72). Pearsoni r analüüsist selgus tugev positiivne korrelatsioon, $r=0.91$ ($p < 0.01$) ehk ERIraos Küsimustiku põhjal kõrgema üldskoori saanud inimesed said kõrgema üldskoori ka ERIraos Intervjuust. Seega, uuringus osalejate endi subjektiivne arvamus oma vaimsest tervisest langeb usaldusväärsel määral kokku spetsialistide objektiivse arvamusena uuringus osalenute vaimse tervise kohta.

Teiseks jaotati nii ERIraos Intervjuu kui ka ERIraos Küsimustiku tulemuste põhjal inimesed kolme gruppi: psühhosiriskita inimesed, varajases prodromaalperioodis olevad inimesed ja hilises prodromaalperioodis olevad inimesed. Vastavad kriteeriumid on meetodi osas välja toodud. Antud alustel grupeeriti ERIraos Intervjuu põhjal 32 inimest psühhosiriskita gruppi, 4 inimest varajasse prodromaalperioodi ja 11 inimest hilisesse prodromaalperioodi. ERIraos

Küsimustiku põhjal grupeeriti 25 inimest psühhoosiriskita gruppi, 7 inimest varajasse prodromaalperioodi ja 15 inimest hilisesse prodromaalperioodi. Varajasse prodromaalperioodi grupeerunud inimeste väikese hulga tõttu otsustati varajane ja hiline prodromaalperiood aga kokku liita ja hinnata kõrgenenud psühhoosiriski esinemist või mitteesinemist. Kõrgenenud psühhoosiriski kriteeriumitena käsitleti vähemalt 30 punkti saamist ja/või vähemalt kahe BAAS sümptomi või vähemalt ühe APS või BLIPS sümptomi esinemist. Ümbergrupeerimise tulemusel jaotus ERIraos Intervjuu põhjal 32 inimest psühhoosiriskita gruppi ja 15 inimest kõrgenenud psühhoosiriskiga gruppi, ERIraos Küsimustiku puhul olid näitajad vastavalt 25 ja 22. Uuringus osalejatest 22 grupeerusid mõlema mõõdiku põhjal psühhoosiriskita gruppi, 12 osalejat grupeerusid mõlema mõõdiku põhjal kõrgenenud psühhoosiriskiga gruppi, 10 osalejat grupeerus ERIraos Küsimustiku põhjal kõrgenenud psühhoosiriskiga gruppi, kuid ERIraos Intervjuu põhjal psühhoosiriskita gruppi ja kolm inimest grupeeriti ERIraos Küsimustiku põhjal psühhoosiriskita gruppi, kuid ERIraos Intervjuu põhjal kõrgenenud psühhoosiriskiga gruppi.

Andmeid analüüsiti hii-ruut testiga, mida saab teha, sest andmed vastavad McHugh (2013) artiklis väljatoodud antud testi põhinõuetele. Analüüsi tulemustele tuginedes võib järeldada, et ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku skooride alusel moodustatud gruppide vahel on statistiliselt oluline seos: $\chi^2(1) = 9.75, p < 0.05$. Seose tugevuse määramiseks on kasutatud Phi seose tugevuse testi, Phi väärtus $r = 0.46, p = 0.002$. Seega, ERIraos Intervjuu põhjal moodustatud gruppide ja ERIraos Küsimustiku põhjal moodustatud gruppide vahel on keskmise tugevusega, statistiliselt oluline seos.

4.4. ERIraos Intervjuu üldskoori ja SANS-SAPS koondskoori vaheline seos

Isikutega (N=49), kellega viidi läbi ERIraos Intervjuu, nende puhul hinnati lisaks ka neil esinevate psühhootilisele häirele iseloomulike positiivsete ja negatiivsete sümptomite esinemismäära SANS ja SAPS mõõdikute abil. Antud skaalade põhised saadud hinnangute alusel arvutati SANS+SAPS koondskoor ning leiti, et SANS+SAPS koondskoori (MD=13.84, SD=30.97) ja ERIraos Intervjuu üldskoori (MD=21.53, SD=32.20) vahel on tugev positiivne korrelatsioon $r = 0.81 (p < 0.01)$. Kõrge SANS+SAPS koondskoori saanud inimene sai suure tõenäosusega kõrge üldskoori ka ERIraos Intervjuu põhjal. Seega, ERIraos Intervjuu võimaldab sarnaselt laialt kasutusel olevatele SANS ja SAPS mõõdikutele spetsiifiliselt hinnata psühhootilistele häiretele omaseid haigustunnuseid.

5. Arutelu ja järeldused

Antud uurimustöö, mis on osa suuremast teadustööst, eesmärgiks oli läbi viia psühhoatilise häire prodromaalperioodi prospektiivset hindamist käsitlev pilootprojekt, mis aitaks edasises uurimustöös vajadusel korrekture teha. Pilootprojekti tuumaks oli ERIraos Küsimustiku ja ERIraos Intervjuu eesti keelde adapteerimise alustamine, mõõdikute esialgne valiidsuse tuvastamine ja esmaste tulemuste esitamine. Uurimuses osales 49 isikut, kes täitsid psühhoosiriski hindava ERIraos Küsimustiku ning läbisid ERIraos Intervjuu ning lisaks täideti uuritavate kohta psühhoosi positiivseid ja negatiivseid sümptomeid hindavad skaalad: SANS ja SAPS. Eesti keelde tõlgitud ERIraos Intervjuu põhjal leitud hinnanguskoor võimaldas uuritavaid jaotada psühhoosiriskita gruppi (32 isikut) ja kõrgenenud psühhoosiriskiga isikute gruppi (17 uuritavat). Andmete edasine analüüs tõendas, vastavalt püstitatud hüpoteesidele, adapteeritavate mõõdikute aktsepteeritavate / heade psühhomeetriliste omaduste olemasolu.

Esiteks leidis kinnitust esimene hüpotees ja selgus, et esimese ja teise intervjuerija ERIraos Intervjuu üldskoorid on statistiliselt väga tugevalt, positiivselt ja oluliselt omavahel korreleeritud. Hindajatevaheline hinnangute kokkulangevus on laialt kasutatud mõõdiku reliaabluse näitaja kliinilises valdkonnas ning aitab hinnata, kuivõrd sarnaseid tulemusi antud mõõdiku puhul erinevad hindajad annavad (Auerbach, La Porte & Caputo, 2004). Väga oluline on tulemus, et hindajatevahelise reliaabluse näitajad (ICC, *intraclass correlation coefficient*) olid väga kõrged ($r > 0.9$) nii kõiki uuringusosalejaid, vaid psühhoosiriskita inimesi kui ka vaid kõrgenenud psühhoosiriskiga inimesi hõlmavate analüüside korral ning see näitab, et intervjuerijate hinnangud langevad omavahel suuresti kokku kõigis kolmes analüüsi tingimuses. Kõrged hindajate hinnangute vahelised korrelatsioonid viitavad, et spetsialistide poolt antud hinnang on usaldusväärne eristamaks psühhoosiriskita inimesi kõrgenenud psühhoosiriskiga inimestest. Edaspidiselt oleks vajalik uuritavaid jälgida longitudinaalselt (nt 2 või 5 aasta jooksul), et hinnata valepositiivsete ja –negatiivsete hinnangute osakaalu. Käesoleva uurimustöö põhiliseks eesmärgiks oligi antud ajahetkel eristada kõrgenenud psühhoosiriskiga ja psühhoosiriskita inimesi longitudinaalsest tulemusest sõltumata.

Teiseks leidis kinnitust ka teine hüpotees ja selgus, et omavahel on statistiliselt oluliselt ja positiivselt tugevalt korreleeritud ERIraos Intervjuu üldskoor ja ERIraos Küsimustiku

üldskoor ning samuti on mõõdukalt tugevalt korreleeritud mõlema mõõdiku tulemuste põhjal moodustatud (pühhoosiriskita või kõrgeenenud pühhoosiriskiga) grupid. Antud tulemus on tähtis, kuna ERIraos mõõdiku ülesehitus tugineb kaheastmelisele uuringusosalejatega läbiviidavale pühhoosiriski hindamisele (Bechdorf *et al.*, 2012; Rausch *et al.*, 2013) – alustuseks leitakse kiirelt ja väheste ressursidega ERIraos Küsimustikku kasutades inimesed, kelle vaimset tervist oleks vaja pühhoosiriski suhtes lähemalt uurida ja seejärel viiakse nendega läbi mahukam ja spetsiifilisem ERIraos Intervjuu. Kahe mõõdiku tulemuste kõrge korreleeritus näitab, et uuringus osalejate subjektiivne arvamus ja neid intervjuueerinud spetsialistide objektiivne hinnang osalejate vaimse tervise kohta on omavahel samasuunaliselt ja tugevalt seotud. ERIraos Küsimustik on sõelküsimumstik, mis andis enam just valepositiivseid tulemusi, mis on võrreldes valenegatiivsete tulemuste esinemisega parem, kuna ei jäta tähelepanuta inimesi, kelle vaimset tervist peaks lähemalt uurima. ERIraos Küsimustik on tähtis mõõdik pühhoosiriski hindamiseks esmatasandil (nt koolipsühholoogid) ning selle põhjal ilmnenuid pühhoosi suhtes riskigruppi kuuluvad isikud tuleb kindlasti edasi suunata põhjalikumale spetsialistide poolt läbiviidavale ERIraos Intervjuule, kuna ilma detailsema kliinilise seisundi määramiseta võivad püsima jääda valepositiivsed hinnangud. ERIraos Küsimustiku põhjal valepositiivsete tulemuste ilmnemise üheks põhjenduseks võib olla see, et uuringus osalejatel on mõnevõrra raske aru saada kõrgeenenud pühhoosiriski suhtes spetsiifiliste sümptomite olemusest ja nad kipuvad seetõttu neid ülehindama. Näiteks Granö *et al.* (2011) näitasid alternatiivset pühhoosiriski hindavat sõelinstrumenti (PROD screen; *a screen for prodromal symptoms of psychosis*; Heinimaa *et al.*, 2003) kasutades, et kui uuringus osalejad täitsid küsimustiku ise, esines kõrgeenenud pühhoosirisk 77% uuringus osalejatel, kuid kui nendele samadele inimestele esitas instrumendis olevad väited spetsialist, kes isiku poolt antud hinnanguid hilisemalt skooris, langes antud protsent 54-ni. Granö *et al.* (2011) tulemustele põhinedes võiks arvata, et taoline nihe sümptomite subjektiivse ja objektiivse hindamise võimekuse vahel seletab ära ka ERIraos Küsimustiku valenegatiivsete ja -positiivsete tulemuste esinemise. ERIraos Küsimustikul on võrreldes ERIraos Intervjuuga madalam spetsiifilisus pühhoosiriski hindamisel, mis on tingitud selle väiksemast mahust võrrelduna ERIraos Intervjuuga ja uuringus osaleja subjektiivsest hinnangust, kuid selle kasutamine on siiski vajalik leidmaks inimesi, kellega põhjalikumad uuringud läbi viia. Samas ei ole ERIraos Küsimustiku kasutamine kliinilises praktikas ERIraos Intervjuule eelnevalt kohustuslik, vaid pigem soovituslik ning lõplik hinnang kujuneb siiski detailse intervjuu ja lisauuringute koondtulemuse põhjal. Kõrgeenenud pühhoosiriski defineerivate sümptomite võrdlemisi lai prevaleeritus ühiskonnas üldiselt on kõrgeenenud pühhoosiriski

hindamise ja sellest lähtuvate sekkumiste valiku põhiliseks proovikiviks, kuna kõik vastavate sümptomitega inimesed ei haigestu psühhoosi ja esindavad seeläbi psühhoosiriski hindavate mõõdikute valepositiivsete tulemuste hulka (van Os, Hanssen, Bijl & Vollebergh, 2001).

Kolmandaks leidis kinnitust ka kolmas hüpotees, mille kohaselt on ERIraos Intervjuu üldskoor tugevalt positiivselt ja statistiliselt olulisel määral korreleeritud SANS+SAPS mõõdikute koondskooriga. ERIraos Intervjuu tulemuste võrdlemine SANS+SAPS koondskooriga on tähtis, kuna antud skaalad on juba pikka aega olnud laialt kasutatavad ning kõrgelt väärtustatud mõõdikud psühhopatoloogia hindamisel (van Erp *et al.*, 2014) ja nende omavaheline võrdlemine aitab määrata, kas ERIraos Intervjuu võtab piisavalt suure sensitiivsusega arvesse uuringus osalejate positiivseid ja negatiivseid sümptomeid, mis on kõrgenenud psühhoosiriski tuvastamisel määrava tähtsusega.

Antud uurimustöö põhjal on võimalik teha esmaseid järeldusi. Antud pilootprojekti jaoks on jõutud koguda andmeid vaid 49 inimese kohta, kellest 17 osutusid olema kõrgenenud psühhoosiriskiga. Ühes 2012. aasta metaanalüüsis (Fusar-Poli *et al.*, 2012) võrreldi 27 kõrgenenud psühhoosiriskialast uuringut, mille keskmine kõrgenenud psühhoosiriskiga inimeste arv uuringus oli ligikaudu 93 (20-377) inimest. Suurem valim annaks lisavõimalusi, näiteks jagada kõrge psühhoosiriski skooriga inimesed varajasse ja hilisesse prodromaalperioodi, samuti rohkemateks ja sisukamateks analüüsideks, mis võimaldaks teha võrdlusi ka sümptomitepõhiselt, soolist või vanusegruppi arvestades. Antud uurimuse raames on plaanis valimit suurendada kuni koguarvuni 200, kellest vähemalt 130 võiksid kuuluda kõrgenenud psühhoosiriski gruppi.

Antud pilootprojekti raames koguti andmeid peamiselt vaid Tartumaa piirkonnas ning edaspidiselt on plaanis koguda andmeid ka teistes Eesti piirkondades, näiteks Tallinnas ja Pärnus. Mitmest piirkonnast (*multisite*) samaaegselt andmete kogumine aitab muuhulgas suurendada planeeritud valimi mahtu lühema aja jooksul ehk lahendab valimi suuruse/ajaraamistiku (*sample size/time frame*) dilemmat (Heinssen, Cuthbert, Breiling, Colpe, Dolan-Sewell, 2003), samuti aitab suurem valim diagnostilisi kriteeriumeid kergemini valideerida (Addington *et al.*, 2007; Klosterkötter *et al.*, 2005). Mitmes piirkonnas samaaegselt uuringu tegemist peetakse prodromaalperioodi uurimistöö seisukohast hetkeseisuga valdkonnas domineerivaks lähenemiseks (Correll, Hauser, Auther & Cornblatt, 2010).

Lisaks on vaja üha enam arendada koostööd TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikust väljaspool töötavate spetsialistidega, näiteks õpetajad, koolipsühholoogid, noorsootöötajad, psühholoogid, psühhiaatrid ja teised, kes puutuvad oma töö käigus kokku võimalike kõrgeenenud psühhosiriskiga noorte ja ka vanemate inimestega. Antud arenduskäik ühtib mitmete teiste uurimiskeskuste antud valdkonnas kavandatud teadusuuringute ülesehituse ja uuritavate leidmise põhimõtetega (Fernández *et al.*, 2007; Heinssen, Cuthbert, Breiling, Colpe & Dolan-Sewell, 2003). Uuritavate uuringusse suunavate inimeste haarde laiendamine suurendab tõenäosust, et antud uurimisrühmani ja vajadusel ka psühhiaatriliste teenusteni jõuab üha suurem hulk abi vajavaid noori.

Kokkuvõtvalt on antud uurimustöö raames püstitatud hüpoteesid leidnud kinnitust ning psühhootilisele häirele eelnevat prodromaalperioodi hindavate mõõdikute: ERIraos Küsimustiku ja ERIraos Intervjuu adapteerimine eesti keelde võib jätkuda senistes raamides. Laiaulatuslikemate järelduste ja detailsemate analüüside tegemiseks on järgnevals uuringuetapiks kavandatud valimimahu suurendamine.

Kirjanduse loetelu

- Addington, J. (2003). The prodromal stage of psychotic illness: Observation, detection or intervention? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 28(2), 93–97.
- Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M., Walker, E. F., Woods, S. W., Heinssen, R. (2007). North American Prodrome Longitudinal Study: A Collaborative Multisite Approach to Prodromal Schizophrenia Research. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 665–672.
- Addington, J., Cornblatt, B. A., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W., Heinssen, R. (2011). At Clinical High Risk for Psychosis: outcome for Nonconverters. *American Journal of Psychiatry*, 168, 800-805.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative Symptoms in Schizophrenia. Definition and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784-788.
- Andreasen, N. C. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*. Iowa City: University of Iowa press.
- Auerbach, C., La Porte, H. H., Caputo, R. K. (2004). Statistical methods for estimates of interrater reliability. Roberts, A.R., Yeager, K.R. (Toim.), *Evidence-based practice manual: Research and outcome measures in health and human services* (444-448). New York: Oxford University Press.
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., Brockhaus-Dumke, A., Berning, J., Janssen, B., Decker, P., Bottlender, R., Maurer, K., Möller, H.-J., Gaebel, W., Häfner, H., Maier, W., Klosterkötter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 22-29.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., Seidman, L. J., Perkins, D., Tsuang, M., McGlashan, T., Heinssen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: A multisite longitudinal study in north america. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 28–37.
- Correll, C. U., Hauser, M., Auther, A. M., Cornblatt, B. A. (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions: Research in people with psychosis risk syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 390–431.
- Daneault, J. B., Stip, E., Refer-O-Scope Group. (2013). Genealogy of instruments for prodrome evaluation of psychosis. *Front Psychiatry*, 4(25), 1-9.
- Fernández, O. V., Giráldez, S. L., Iglesias, P. F. (2007). Early detection and intervention in psychosis: the state of the art. *Psychology in Spain*, 11(1), 1-23.
- Fulford, D., Pearson, R., Stuart, B. K., Fisher, M., Mathalon, D. H., Vinogradov, S., Loewy, R. L. (2014). Symptom assessment in early psychosis: The use of well-established rating scales in clinical high-risk and recent-onset populations. *Psychiatry Research*, 220, 1077-1083.

- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A.R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 220–229.
- Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R., McGuire, P. K. (2013a). Outreach and support in South London (OASIS), 2001-2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, 28, 315-326.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Klosterkötter, J., McGuire, P., Yung, A. (2013b). The psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107-120.
- Gee, D. G., Cannon, T. D. (2011). Prediction on conversion to psychosis: review and future directions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 129-135.
- Granö, N., Karjalainen, M., Itkonen, A., Anto, J., Edlund, V., Heinimaa, M., Roine, M. (2011). Differential results between self-report and interview-based ratings of risk symptoms of psychosis: Interview and self-report in at risk. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 309–314.
- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Wateraux, C., Oepen, G. (1994). One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature: Special Article. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409–1416.
- Heinimaa, M., Salokangas, R. K. R., Ristkari, T., Plathin, M., Huttunen, J., Ilonen, T., Suomela, T., Korkeila, J., McGlashan, T. H. (2003). PROD-screen - a screen for prodromal symptoms of psychosis. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 12(2), 92–104.
- Heinssen, R. K., Cuthbert, B. N., Breiling, J., Colpe, L. J., Dolan-Sewell, R. (2003). Overcoming barriers to research in early serious mental illness: issues for future collaboration. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 737–745.
- Ho, B. C., Andreasen, N. C., Flaum, M., Nopoulos, P., Miller, D. (2000). Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 808– 15.
- Huber, G., Gross, G. (1989). The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Progressi in Medicina*, 80, 646– 652.
- Hurlemann, R., Jessen, F., Wagner, M., Frommann, I., Ruhrmann, S., Brockhaus, A., Picker, H., Scheef, L., Block, W., Schild, H. H., Moller-Hartmann, W., Krug, B., Falkai, P., Klosterkötter, J., Maier, W. (2008). Interrelated neuropsychological and anatomical evidence of hippocampal pathology in the at-risk mental state. *Psychological Medicine*, 38, 843–851.
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fätkenheuer, B., Löffler, W., Van der Heiden, W. (1992). IRAOS: An instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6(3), 209-223.

- Häfner, H., Maurer, K., Ruhrmann, S., Bechdorf, A., Klosterkötter, J., Wagner, M., Maier, W., Bottlender, R., Möller, H. J., Gaebel, W., Wölwer, W. (2004). Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 117–128.
- Häfner, H., Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130–138.
- IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ionan, A. C., Polley, M. C., McShane, L. M., Dobbin, K. K. (2014). Comparison of confidence interval methods for an intra-class correlation coefficient (ICC). *Biomedical Research Methodology*, 14(1), 1-11.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-76.
- Keshavan, M. S., Berger, G., Zipursky, R. B., Wood, S. J., Pantelis, C. (2005). Neurobiology of early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 48, 8–18.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E.M., Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 158-64.
- Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R. K., Linszen, D., Birchwood, M., Juckel, G., Morrison, A., Vazquez-Barquero, J., L., Hambrecht, M., von Reventlow, H. (2005). The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*, 4(3), 161-167.
- McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S., Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 5, 921–928.
- McHugh, M.L. (2013). The Chi-Square test of independence. *Biochemia Medica*, 23(2), 143-149.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D. O., Pearlson, G. D., Woods, S. W. (2003). Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 703-715.
- Murray, R. M., Jones, P. B., Susser, E., Os, J. V., Cannon, M. (toim). (2002). *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge University Press.
- Nichols, D. P. (1998). Choosing an intraclass correlation coefficient. *SPSS Keywords*, 67.
- Olsen, K. A., Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 273–282.
- Overall, J. E., Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.

- Rausch, F., Eifler, S., Esser, A., Esslinger, C., Schirmbeck, F., Meyer-Lindenberg, A., Zink, M. (2013). The Early Recognition Inventory ERInraos detects at risk mental states of psychosis with high sensitivity. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1068-1076.
- Schimmelmann, B. G., Conus, P., Cotton, S., McGorry, P. D., Lambert, M. (2007). Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 1-8.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Picker, H., von Reventlow, H. G., Brockhaus-Dumke, A., Klosterkötter, J. (2007). The Schizophrenia Proneness Instrument (SPI-A) – a tool for the assessment of basic symptoms. *European Psychiatry*, 21(1), 27-33.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Morrison, A., Ruhrmann, S., Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry* 30, 405–416.
- Shoukri, M. M., Asyali, M. H., Donner, A. (2004). Sample size requirements for the design of reliability study: review and new results. *Statistical Methods in Medical Research*, 13, 251-271.
- van Erp, T. G., 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., FBIRN. (2014). Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophrenia Research*, 152(1), 289–294.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: An urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 663–668.
- Verdoux, H., Liraud, F., Bergey, C., Assens, F., Abalan, F., van Os, J. (2001). Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded? A two year follow-up of first-admitted patients. *Schizophrenia Research*, 49, 231– 41.
- World Health Organization (WHO). (2002). The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization. Kasutatud 10.04.2015 <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
- Yung, A.R., McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353–370.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 131-142.
- Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 964-971.

Tänuavaldused

Käesoleva uurimustöö autor avaldab tänu Kärolin Kajalaidile, Roman Balõtševile, Kirti-Ly Jaansonile ning paljudele teistele TÜ Kliinikumi Psühhiaatrikliiniku töötajatele väga vajaliku abi eest uuringualuste leidmisel ja uuringu läbiviimisel.

Lisa 1

Checklist of ERIRAOS Eesti keelde adapteerimine
 ERIRAOS – Early Recognition Inventory, based on the IRAOS

| |
|---|
| ERIRAOS KÜSIMUSTIK |
| Teie nimi:, täitmise kuupäev: |

Järgnevalt esitatud 15 küsimusele vastamise eesmärgiks on avastada varakult psühhootilisi häireid. Palun tähistage linnukesega küsimustiku paremas ääres olevad ruudud, kui olete märganud, et **mõni** kirjeldatud asjaoludest või haigustunnustest on Teil esinenud **viimase 12 kuu jooksul**. Lehekülg lõpeb üldise küsimusega, mis on seotud haigustunnuste esinemise **kuluga viimase aasta jooksul**.

| | |
|--|--------------------------|
| 1. Kas olete täheldanud, et olete hakanud hoidma omaette või muutunud vähem jutukaks? Kas olete hakanud eemale tõmbuma oma sõpruskonnast? | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kas Teie meeleolu on nädalate vältel olnud pigem alanenud ning olete olnud kurb, masendunud, lootusetu? Kas olete sageli nutnud või on esinenud märgatav pisarate käepärasus? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kas Teil on esinenud unehäireid (raskusi magamajäämisel; öö jooksul korduvaid ärkamisi; hommikust liigvarajast ärkamist)? Või on Teil vähenenud söögiisu või seksuaalhuvi? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kas olete tundnud, et Teie mõtlemine, rääkimine või liigutuste sooritamine on muutunud oluliselt aeglasemaks? Kas Teie tundeelu ja empaatiavõime on teiste suhtes muutunud? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kas olete täheldanud, et järjepidevus, motiveeritus või toimetuste kvaliteet: tööil, koolis, haridusteel või töötöingutel on märkimisväärselt halvenenud? Kas on ilmenenud oluline saavutuste hulga vähenemine? | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kas on juhtunud, et korduvalt mõtisklete kindlate asjade üle (vägivaldse või seksuaalse sisuga mõtted või mõtted enese keha muutustest)? | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kas olete märganud, et teiste inimestega suhtluskontakti saamine ja selle säilitamine on muutunud Teie jaoks võrreldes varasema ajaga raskeks? Näiteks: Kas olete tundnud ennast teistega suheldes ebakindlamalt, rohkem pinges või olnud vähem eneseteadlik, kuigi Teile on jätkuvalt meeldinud teistega suhelda? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kas Teil on esinenud huvisid või käitumisviise, mida teised inimesed on pidanud imelikuks (näiteks: väärtusetute asjade kogumine, mida Te oleks varasemalt ära visanud või ülemäärane toidu varumine või avalikus kohas enesega rääkimine)? | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kas Teil on (võrreldes varasema ajaga) tekkinud sagedamini mulje, et teised inimesed võivad Teid ära kasutada või petta? | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kas olete tihti end tundnud närvilisena? Kas olete sagedasti tundnud pinget või rahutust? Kas see on toonud kaasa vaidluseid teistega isegi väikeste asjade pärast, mis normaalselt Teid ei häiriks? Kas olete olnud aktiivsem või toimekam kui tavaliselt? Võib-olla nii aktiivne, et teised on mõelnud, et Teil on midagi viiga? | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kas Teile tuttav ümbruskond on aeg-ajalt või mõnel hetkel tundunud olevat muutunud, ebareaalne või kummaline? Või on Teil kunagi olnud tunne, et Te pole Teie ise või Te olete tundunud iseendale ebareaalne või kummaline, näiteks kui vaatasite ennast peeglist? | <input type="checkbox"/> |
| 12. Kas Te olete olnud hõivatud ebatavaliste, saladuslike või üleloomulike asjade või ideedega (näiteks religioossed või esoteerilised teemad)? | <input type="checkbox"/> |
| 13. Kas Teil on äkitselt tekkinud pealetükkivaid mõtteid, mis segavad Teie algseid mõtteid (näiteks: vahel võetakse mõtteid Teie peast ära; teised suudavad Teie mõtteid lugeda; Teie mõtteid edastatakse mingil moel teistele; teised on teadlikud, millest Te parasjagu mõtlete, Teie pähe sisestatakse võõraid mõtteid)? | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kas Te olete kogenud, et Teie ümbruses olevad inimesed või asjad tunduvad olevat muutunud? Kas Te olete vahel näinud, kuulnud, haistnud või maitsnud asju, mida teised inimesed pole suutnud kogeda? Samas, Te ei suutnud neid kogemusi selgitada loomulike põhjendustega? | <input type="checkbox"/> |
| 15. Kas olete vahel tundnud, et Teid jälgitakse, kiusatakse taga või ähvardatakse kellegi poolt? Kas Teil on esinenud tunnet, et keegi püüab Teid mingil moel kahjustada, mürgitada või tappa või keegi jälitab Teid? | <input type="checkbox"/> |

Viimase aasta jooksul üldine haigustunnuste tase...



... on halvenenud



... pole muutunud



... on paranenud

(Palun tähistage üks, kõige sobilikum variant)

Lisa 2

ERiraos Interview Eesti keelde adapteerimine
ERiraos – Early Recognition Inventory, based on the IRAOS

| ERiraos Intervjuu skoorimisleht (täiendatud versioon) | | | | | | | |
|---|---|--------------|---|----------|---|---|-------|
| Nimi: | | | | Kuupäev: | | | |
| Sissejuhatav küsimus: Mille tõttu Te olete pöördunud vastuvõtule? | | | | | | | |
| | Sümptom | Tüüp | A | B | C | D | Summa |
| 1. | Mured, eriti vaimse funktsioneerimise üle | -- | | | | | |
| 2. | Pinge, rahutus, närvilisus, ärritumine | -- | | | | | |
| 3. | Hüperaktiivsus | -- | | | | | |
| 4. | Sotsiaalne tagasitõmbumine | -- | | | | | |
| 5. | Energia vähenemine, aeglus (igapäeva tegevustega toimetulekul) | -- | | | | | |
| 6. | Toimetulek tööga, huvi töötamise vastu, eesmärgitus/eesmärkide kadumine | -- | | | | | |
| 7. | Huvi seksuaalsete ja emotsionaalsete suhete vastu | -- | | | | | |
| 8. | Depressiivne meeleolu, huvide ja elurõõmu kaotus | -- | | | | | |
| 9. | Raskused magamajäämisega, unetus (öine ärkamine) | -- | | | | | |
| 10. | Varahommikune ärkamine | -- | | | | | |
| 11. | Suurenenud isu | -- | | | | | |
| 12. | Isu vähenemine | -- | | | | | |
| 13. | Suurenenud seksuaalne huvi | -- | | | | | |
| 14. | Vähenenud seksuaalne huvi | -- | | | | | |
| 15. | Afekti lamnemine | -- | | | | | |
| 16. | Kohatu afekt | -- | | | | | |
| 17. | Vähenenud võimekus sotsiaalsete kontaktide hoidmiseks ja algatamiseks | -- | | | | | |
| 18. | Katatoonsed sümptomid (hüpokineesia või akineesia) | BLIPS [] | | | | | |
| 19. | Katatoonilised sümptomid (hüperkineesia) | BLIPS [] | | | | | |
| 20. | Veider käitumine | -- | | | | | |
| 21. | Sotsiaalfoobia | -- | | | | | |

ERIraos Interview Eesti keelde adapteerimine
ERIraos – Early Recognition Inventory, based on the IRAOS

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 22. | Korduv mõtisklemine (ilma sisemise vastupanuta) | -- | | | | | | |
| 23. | Minevikusündmustega seotud mõtete püsiv kordumine | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 24. | Retseptiivse kõne häired | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 25. | Mõtete interferents | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 26. | Mõttekäigu kiirenemine | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 27. | Mõtete blokeerumine | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 28. | Mõtete tagasivõtmine, mõtete lugemine ja mõtete lisamine | BLIPS [] | | | | | | |
| 29. | Valjuhäälsed mõtted ja mõtete edastamine | BLIPS [] | | | | | | |
| 30. | Vähenenud võimekus eristada ideid, tajusid, fantaasiaid ja tõelisi mälestusi | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 31. | Derealisatsioon, depersonalisatsioon | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 32. | Hõivatus müstilistest mõtetest/ebatavalise sisuga mõtted | APS | | | | | | |
| 33. | Ülekaalukad ideed | -- | | | | | | |
| 34. | Kahtlustamine/mitte usaldamine | APS | | | | | | |
| 35. | (Ebastabiilsed) tähenduslikud ideed, subjekti-keskus ¹ , tähenduslikud ideed ² | Baasiline sümptom ¹ BLIPS ² | | | | | | |
| 36. | Tähendusluulumõtted | BLIPS [] | | | | | | |
| 37. | Luululine tajus, luululine väärtõlgendus | BLIPS [] | | | | | | |
| 38. | Luulumõtted kontrollist | BLIPS [] | | | | | | |
| 39. | Suurusluul | BLIPS [] | | | | | | |
| 40. | Tagakiusamise luulumõte | BLIPS [] | | | | | | |
| 41. | Armukadeduse, süü, religiooni ja nihilistlikud luulumõtted | BLIPS [] | | | | | | |
| 42. | Hüpohondriline luulumõte | BLIPS [] | | | | | | |
| 43. | Ebanormaalne tajus | APS | | | | | | |
| 44. | Nägemistaju häired | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 45. | Visuaalsed hallutsinatsioonid (ilma kindla vormita, kindla vormiga) | BLIPS [] | | | | | | |

ERIRAOS Interview Eesti keelde adapteerimine
ERIRAOS – Early Recognition Inventory, based on the IRAOS

| | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 46. | Akustilise taju häired | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 47. | Kuulmishallutsinatsioonid (müra, hääled) | BLIPS [] | | | | | | |
| 48. | Haistmis-, maitsmis-, tundlikkuse-, kehalised- ja taktiilsed tajud; häiritud kehataju | Baasiline sümptom | | | | | | |
| 49. | Kehalised illusioonid | APS | | | | | | |
| 50. | Haistmis-, maitsmis-, tundlikkuse-, kehalised- ja taktiilsed hallutsinatsioonid | BLIPS [] | | | | | | |

A = Sümptomi esinemine käesolevalt (1= 'jah'; 0 = 'ei')

B = Sümptom on ilmnenu viimase 12 kuu jooksul (1= 'jah'; 0 = 'ei')

C = Sümptomi võimendumine viimase 12 kuu jooksul (1= 'jah'; 0 = 'ei')

D = Sümptom põhjustab käesolevalt stressi (1= 'jah'; 0 = 'ei')

Kui sümptomi kirjelduses on mainitud enam kui tühte haigustunnust, palun tähistada konkreetne tunnus! (Nt. Sümptomi nr.2 kirjeldus: Pinge, rahutus, närvilisus, ärritumine)

BLIPS (*Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms*): kui sümptom on ilmnenu, palun tähistada lisaks, kas see on esinenud kui BLIPS [√].

Teisel juhul tähistada sümptom psühhootilisena (>7 päeva jooksul püsivalt esinenud haigustunne).

BLIPS = sümptom ilmneb harva või üksnes lühiajaliselt (vähem kui 7. järjestikuse päeva vältel, esinevad spontaansed remissioonid, on esinenud vähemalt tühe nädalane psühhootiliste sümptomite vaba periood kahe BLIPS-episoodi vahel).

APS (*Attenuated Psychotic Symptoms*) ja baasilisi sümptomeid ei pea eraldi tähistama.

Hindamislehel võib saada maksimaalselt 200 'jaatavat' hinnangut. Skoor enam kui 30 'jaatavat' hinnangut tähistab kõrgeenenud psühhosiriski.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Siim Jakobsoo