

Katarzyna Kowol-Trela<sup>1,2</sup>, Piotr Gorczyca<sup>1</sup>

Received: 08.11.2016

Accepted: 20.01.2017

Published: 30.06.2017

## Przegląd w pełni strukturalizowanych narzędzi do oceny zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży

A review of fully structured diagnostic tools for psychiatric disorders in children and adolescents

<sup>1</sup> Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

<sup>2</sup> Oddział Dziecięcy, Szpital Powiatowy w Strzelcach Opolskich, Strzelce Opolskie, Polska

Adres do korespondencji: Katarzyna Kowol-Trela, Oddział Dziecięcy, Szpital Powiatowy w Strzelcach Opolskich, ul. Opolska 36, 47-100 Strzelce Opolskie, tel.: +48 788 985 989,

e-mail: katarzyna.kowol-trela@sum.edu.pl

### Streszczenie

W pełni strukturalizowane kwestionariusze pozwalają na badanie większości zaburzeń psychicznych występujących w populacji pacjentów małoletnich. Badanie jest możliwe do wykonania w stosunkowo krótkim czasie oraz nie wymaga obecności specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ze względu na możliwość przeprowadzania wywiadów przez odpowiednio przeszkolonych ankierów narzędzia te stosuje się głównie w badaniach obejmujących duże grupy. Niemniej jednak wywiady strukturalizowane są także coraz częściej używane w praktyce klinicznej. Artykuł stanowi przegląd aktualnie dostępnych kwestionariuszy w pełni strukturalizowanych przeznaczonych do badania dzieci i młodzieży; uwzględniają one większość zaburzeń psychicznych występujących w tej grupie wiekowej. Przedstawiono trzy kwestionariusze: Mały Międzynarodowy Kwestionariusz Neuropsychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, Diagnostic Interview Schedule for Children oraz Children's Interview for Psychiatric Syndromes. Przegląd uwzględni wykaz zaburzeń psychicznych wziętych pod uwagę w każdym kwestionariuszu, grupę wiekową, czas przeprowadzania badania i szkolenia ankierów, pokrewne wersje kwestionariuszy i dostępność wersji językowych. Zestawienie kwestionariuszy ułatwia wstępne zapoznanie się z istniejącymi narzędziami. Do tej pory powstała polska wersja tylko jednego z nich – Małego Międzynarodowego Kwestionariusza dla Dzieci i Młodzieży. Pozostałych narzędzi nie przetłumaczono i nie przystosowano do warunków polskich, nie ma więc niestety możliwości ich użycia w codziennej praktyce naukowej i klinicznej w naszym kraju.

**Słowa kluczowe:** kwestionariusz, dzieci, młodzież

### Abstract

Fully structured interviews allow diagnosis of the majority of psychiatric disorders found in the paediatric and adolescent population. Administration requires relatively short time, and the presence of a psychiatrist specialising in children and adolescents is not essential. Since the interviews can be conducted by specially trained interviewers, the tools are primarily utilized in studies involving large groups. Nonetheless, the use of structured interviews is now increasingly common also in clinical practice. This paper reviews the currently available fully structured diagnostic interviews designed for the evaluation of paediatric patients and adolescents that cover the majority of psychiatric disorders present in this age group. Three interviews, namely the Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID), the Diagnostic Interview Schedule for Children, and the Children's Interview for Psychiatric Syndromes, have been discussed at length, including the range of psychiatric disorders covered by each format, age group, time required for administration and interviewer training, versions, and availability in various languages. This presentation is aimed at familiarising the reader with the available instruments, as at the moment only MINI-KID has a Polish version (Mały Międzynarodowy Kwestionariusz dla Dzieci i Młodzieży). The other two have not yet been translated or adapted to Polish conditions, so cannot be applied for either research or daily clinical practice in Poland.

**Keywords:** interview, children, adolescents

## WSTĘP

Strukturalizowane kwestionariusze, opracowywane i udoskonalane od lat 70. minionego wieku, stały się złotym standardem wśród narzędzi wykorzystywanych do celów naukowych. Umożliwiają bowiem polepszenie rzetelności ustalanych rozpoznań i ograniczenie oceny klinicznej dokonywanej przez osobę, która przeprowadza badanie (Drill *et al.*, 2015).

Kwestionariusze przeznaczone dla dzieci i młodzieży, tak samo jak narzędzia tego typu stworzone z myślą o pacjentach dorosłych, coraz częściej znajdują zastosowanie także w codziennej pracy klinicznej. Badanie przy użyciu takich kwestionariuszy cechuje się dużą rzetelnością, trafnością i czułością ustalanych rozpoznań (Renou *et al.*, 2004). Pośród dostępnych narzędzi diagnostycznych można wyróżnić kwestionariusze w pełni strukturalizowane (kwestionariusze ankiety) oraz kwestionariusze nie w pełni strukturalizowane (kwestionariusze wywiadu). Pierwsze z nich nie wymagają przeprowadzania badania przez doświadczonych specjalistów z dziedziny psychiatrii wieku rozwojowego. Są to narzędzia, których użycie sprowadza się do dosłownego przeczytania pytań pacjentowi, a następnie właściwego zakreślenia udzielonych odpowiedzi. Na zadawane pytania badany zazwyczaj odpowiada w systemie binarnym: tak/nie. Narzędzia strukturalizowane dają możliwość przeprowadzenia badania przeszkolonemu ankietorowi bez wykształcenia medycznego lub lekarzowi bez doświadczenia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Zamknięty charakter pytań sprawia, że badający nie musi dokonywać oceny opartej na posiadanej wiedzy i własnym doświadczeniu (Nock *et al.*, 2007).

Do kwestionariuszy w pełni ustrukturalizowanych przeznaczonych do badań populacji dzieci i młodzieży, które obejmują większość występujących w tej grupie zaburzeń psychicznych, należą: Mały Międzynarodowy Kwestionariusz Neuropsychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży (MINI-Kid), Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) oraz Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). Ze względu na łatwość przeprowadzania tych wywiadów możliwe jest ich zastosowanie w codziennej praktyce lekarzy rodzinnych i pediatrów, którzy często jako pierwsi spotykają się z pacjentem małoletnim, a nie mają dużego doświadczenia klinicznego w zakresie psychiatrii wieku rozwojowego (de Azevedo Marques i Zuardi, 2008). Dzięki wysokiej czułości kwestionariusze mogą stanowić narzędzia skriningowe. Coraz bardziej powszechne wersje elektroniczne dodatkowo ułatwiają przeprowadzenie badania – usprawniają otrzymanie wyniku, który jest generowany automatycznie (Leffler *et al.*, 2015).

Poza narzędziami w pełni strukturalizowanymi dostępne są kwestionariusze nie w pełni strukturalizowane. W odróżnieniu od narzędzi całkowicie ustrukturalizowanych wymagają one doświadczenia klinicznego lub też stosunkowo długiego szkolenia ankietorów niebędących specjalistami w dziedzinie psychiatrii. Osoba przeprowadzająca badanie kieruje się z góry założonym schematem pytań,

które nie zawsze są pytaniami zamkniętymi. Ankieter ma możliwość zadawania pytań sformułowanych przez siebie zgodnie z przyjętym schematem i zadawania pytań dodatkowych. Do kwestionariuszy nie w pełni ustrukturalizowanych przeznaczonych dla dzieci i młodzieży należą: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS), Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) oraz Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA).

Kwestionariusze ustrukturalizowane uważane są za narzędzia bardziej rzetelne z uwagi na brak różnic w sposobie zadawania pytań (pytania są zawsze odczytywane dosłownie) i na łatwiejszy sposób przeprowadzania. Wyniki badań opartych na tego typu kwestionariuszach są zgodne w przypadku różnych ankietorów (*inter-rater reliability*), wykazują także dużą zgodność w przypadku powtarzania wywiadów (*test-retest reliability*). Z kolei kwestionariusze nie w pełni ustrukturalizowane cechują się większą trafnością ustalanych rozpoznań – ze względu na możliwość zadawania pytań dodatkowych i szczegółowych oraz możliwość oceny klinicznej badającego w celu uściślenia uzyskanych informacji (Nock *et al.*, 2007).

Poniżej przedstawiono kwestionariusze w pełni ustrukturalizowane, które są przeznaczone do badania dzieci i młodzieży i obejmują większość zaburzeń występujących w populacji nieletnich. Wybrane narzędzia składają się z pytań zamkniętych, a przeprowadzenie badania wymaga jedynie dosłownego odczytania pytań i właściwego zakodowania udzielonych odpowiedzi. Nie brano pod uwagę kwestionariuszy oceniających tylko niektóre grupy zaburzeń. W przeglądzie uwzględniono zaburzenia psychiczne badane za pomocą poszczególnych kwestionariuszy, pierwotne przeznaczenie opisywanych narzędzi, czas szkolenia osób przeprowadzających badanie i czas trwania wywiadów.

## W PEŁNI STRUKTURALIZOWANE KWESTIONARIUSZE PRZEZNACZONE DO BADAŃ POPULACJI DZIECI I MŁODZIEŻY

**Mały Międzynarodowy Kwestionariusz Neuropsychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży** (MINI-Kid) został opracowany przez zespół specjalistów ze Stanów Zjednoczonych i Europy. Kwestionariusz jest dostosowaną do badań dzieci i młodzieży wersją kwestionariusza MINI, przeznaczonego do badania dorosłych. Założeniem twórców było stworzenie prostego narzędzia, które umożliwi szybki skrining oraz jest bardzo czułe, kompatybilne z obowiązującymi klasyfikacjami (ICD-10, DSM-IV) i przydatne zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych (Sheehan *et al.*, 1998). Zakłada się, iż średni czas trwania badania nie przekracza 15 minut. Kwestionariusz stosuje się u pacjentów w wieku 6–17 lat bez upośledzenia umysłowego. Autorzy przewidzieli wersję przeznaczoną dla pacjenta i rodziców (Sheehan *et al.*, 2010). Badanie dzieci w wieku 6–13 lat jest przeprowadzane w obecności opiekunów.

MINI-Kid jest podzielony na 25 części. Każda z sekcji kwestionariusza odpowiada konkretnemu zaburzeniu (wszystkie zaburzenia badane za pomocą MINI-Kid z podziałem na sekcje przedstawiono w tab. 1). Na początku sekcji zadawane są pytania otwierające, które odnoszą się do głównych kryteriów rozpoznania. Kolejne pytania z danego modułu odczytuje się dopiero po spełnieniu tych kryteriów przez badanego. W innym przypadku należy przejść do dalszej części kwestionariusza, pomijając pytania szczegółowe. Podział MINI-Kid według badanych rozpoznań umożliwia również wybiórcze stosowanie odpowiednich modułów. Badanie może być przeprowadzane przez ankierów z wyższym wykształceniem medycznym po przygotowaniu trwającym 1–3 godziny.

Istnieje polska wersja językowa kwestionariusza przeznaczonego dla pacjenta (Mazurek i Małyszczak, 2006a, 2006b); MINI-Kid został przetłumaczony i zaadaptowany przez zespół Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu (Adamowska *et al.*, 2014). Obecnie jest to jedyny tego typu kwestionariusz dostępny w polskiej wersji językowej. Wersja zaktualizowana do obowiązujących kryteriów DSM-V jest dostępna w języku angielskim.

A	Epizod dużej depresji
B	Tendencje samobójcze
C	Dystymia
D	Epizod (hipo)maniakalny
E	Napady paniki
F	Agorafobia
G	Lęk separacyjny
H	Fobia społeczna
I	Fobie
J	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
K	Zaburzenie stresowe pourazowe
L	Uzależnienie od alkoholu Nadużywanie alkoholu
M	Uzależnienie od środka (niealkoholowego) Nadużywanie środka (niealkoholowego)
N	Zespół Tourette'a Zespół tików ruchowych Zespół tików wokalnych Zespół tików przemijających
O	ADHD mieszane ADHD z deficytem uwagi ADHD z nadruchością/impulsywnością
P	Zaburzenia zachowania
Q	Zaburzenia opozycyjno-buntownicze
R	Zaburzenia psychotyczne Zaburzenia nastroju z objawami psychotycznymi
S	<i>Anorexia nervosa</i>
T	<i>Bulimia nervosa</i>
U	Zaburzenie lękowe uogólnione
V	Zaburzenia przystosowania
W	Całościowe zaburzenia rozwojowe

Tab. 1. Zaburzenia badane za pomocą kwestionariusza MINI-Kid z podziałem na sekcje

### Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)

to kwestionariusz opracowany przez National Institute of Mental Health w Stanach Zjednoczonych. Wywodzi się z wersji służącej do badania dorosłych (Diagnostic Interview Schedule, DIS) oraz jest najstarszym kwestionariuszem strukturalizowanym przeznaczonym dla dzieci i młodzieży; wielokrotnie podlegał modyfikacjom i aktualizacji. Narzędzie powstało do celów badań epidemiologicznych, jednak obecnie jest wykorzystywane także w innych badaniach naukowych i w praktyce klinicznej (Fisher *et al.*, 2006).

Kwestionariusz obejmuje ponad 30 zaburzeń psychicznych, przedstawionych w tab. 2. Jest zgodny z klasyfikacjami ICD-10 i DSM-IV. Składa się z części dla rodziców (dzieci w wieku 6–17 lat) i kwestionariusza dla pacjenta (9–17 lat). Cały kwestionariusz zawiera ponad 3000 pytań, z czego 358 jest zadawanych każdemu badanemu. Przewidywany czas trwania badania uwzględniającego wszystkie moduły to 70 minut w badaniach populacyjnych oraz 90–120 minut w przypadku pacjenta indywidualnego. Kwestionariusz ma sześć modułów (zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, schizofrenia, destrukcyjne zaburzenia zachowania, zaburzenia związane z używaniem alkoholu/innych substancji psychoaktywnych, inne zaburzenia). Każdy moduł może być wykorzystywany osobno. Ponadto DISC-IV zawiera pytania otwarte dotyczące danych demograficznych (wiek, płeć, liczba rodzeństwa, pytania dotyczące relacji

1	Zaburzenia lękowe: Fobia społeczna Lęk separacyjny Specyficzne (izolowane) postacie fobii Zespół lęku panicznego (napady paniki) Agorafobia Zaburzenia lękowe uogólnione Mutyzm wybiórczy Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne Zaburzenie stresowe pourazowe
2	Zaburzenia nastroju: Epizod dużej depresji Dystymia Epizod maniakalny Epizod hipomaniakalny
3	Destrukcyjne zaburzenia zachowania: Zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD) Zaburzenia opozycyjno-buntownicze Zaburzenia zachowania
4	Zaburzenia związane z używaniem substancji: Nadużywanie alkoholu/uzależnienie od alkoholu Uzależnienie od nikotyny Nadużywanie marihuany/uzależnienie od marihuany Nadużywanie innych substancji psychoaktywnych/uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych
5	Schizofrenia
6	Zaburzenia różne: <i>Anorexia nervosa</i> <i>Bulimia nervosa</i> Moczenie mimowolne ( <i>enuresis</i> ), zanieczyszczanie się kałem ( <i>encopresis</i> ) Tiki <i>Pica</i> Trichotillomania

Tab. 2. Rozpoznanie ujęte w kwestionariuszu DISC-IV

z rodzicami). Końcową częścią badania jest nieobowiązkowy moduł *whole life*, złożony z 700 pytań.

Z uwagi na skomplikowaną budowę kwestionariusza szkolenie trwa 2–3 dni (wersja komputerowa). Szkolenie przygotowujące do używania wersji papierowej zajmuje kolejne 2–3 dni. Poza wersją dla pacjenta i rodziców istnieją wersje: Present State DISC (dotyczy ostatnich 4 tygodni), Teacher DISC (dla nauczycieli), Young Adult DISC (dla pacjentów w wieku 18–24 lat) i DISC Predictive Scales (kwestionariusz przesiewowy umożliwiający wyłonienie grupy pacjentów, u których należy wykonać pełną wersję badania) (Shaffer *et al.*, 2000).

Nie opracowano dotąd polskiej wersji językowej. Kwestionariusz jest dostępny w językach angielskim i hiszpańskim. **Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS)** powstał w wyniku analizy istniejących kwestionariuszy strukturalizowanych. Autorzy opracowali pytania, kładąc duży nacisk na przystępną formę językową pytań kierowanych do pacjenta, tak aby były one zrozumiałe dla najmłodszych badanych. Zdania są możliwie najkrótsze i najprostsze, co ma wyeliminować błędy wynikające z ich niezrozumienia. Kwestionariusz – przeznaczony dla pacjentów w wieku 6–18 lat bez upośledzenia umysłowego – jest zgodny z kryteriami DSM-IV oraz dostępny w wersji dla dziecka i dla rodziców (Weller *et al.*, 2000). Wersja dla rodziców może być wykorzystywana także do oceny dzieci poniżej 6. roku życia. Istnieje ponadto możliwość użycia odpowiedniej wersji do badania telefonicznego rodziców (Paing *et al.*, 2010). Średni czas trwania badania wynosi 40 minut (49 minut – pacjenci hospitalizowani, 30 minut – pacjenci ambulatoryjni, 21 minut – uczestnicy badań populacyjnych, przesiewowych).

Narzędzie składa się z 15 sekcji. Obejmuje 20 rozpoznań zgodnych z klasyfikacją DSM-IV i dwie sekcje poświęcone stresorom psychospołecznym (przemoc, zaniedbanie); zaburzenia ujęte w kwestionariuszu zostały przedstawione w tab. 3. Pytania uszeregowano według najczęściej występujących objawów danego zaburzenia. Kolejność badanych zaburzeń ustalono w ten sam sposób. Wszystkie pytania w danej sekcji są zadawane tylko po twierdzących odpowiedziach na pytania główne, w innym wypadku część pytań jest pomijana. W sekcji dotyczącej zaburzeń psychospołecznych każdemu badanemu zadawane są wszystkie pytania. Kwestionariusz może być stosowany – podobnie jak inne w pełni ustrukturalizowane narzędzi – nie tylko przez specjalistów, lecz także przez przeszkolonych ankieterów (powinni oni mieć wykształcenie wyższe związane z dziedziną medycyny). Szkolenie przygotowujące do pracy z użyciem ChIPS trwa 2–6 dni (Nock *et al.*, 2007).

Obecnie trwają prace nad dostosowaniem kwestionariusza do kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-V (Young *et al.*, 2016). Narzędzie nie jest dostępne w polskiej wersji językowej. Wykorzystanie kwestionariuszy w pełni strukturalizowanych ułatwia prowadzenie badań naukowych – ze względu na bardzo dokładne ilościowe określenie objawów i rozpoznań. Kwestionariusze te zapewniają systematyzację otrzymanych informacji, potrzebnych do porównań pacjentów

wewnątrz grupy badanej i między grupami. Dają także możliwość obserwacji zmian zachodzących w trakcie leczenia. Dzięki narzuconemu schematowi przeprowadzania badania, które obejmuje dużą liczbę rozpoznań, narzędzia ustrukturalizowane nie powodują przeoczenia części objawów i zaburzeń – w przeciwieństwie do wywiadu nieustrukturalizowanego, w którego przypadku istnieje ryzyko zadawania pytań w sposób ukierunkowany i pominięcia ważnych objawów (Mazurek i Małyszczak, 2006b; Nock *et al.*, 2007). Choć przedstawione narzędzia uwzględniają wiele rozpoznań, ich budowa daje możliwość wybiórczego wykorzystania niektórych modułów w sytuacjach tego wymagających (np. populacyjne badania dotyczące konkretnych zaburzeń) z pominięciem reszty kwestionariusza, co przekłada się na maksymalne skrócenie czasu badania. Z uwagi na uporządkowaną strukturę opisanych kwestionariuszy badania prowadzone za ich pomocą cechują się większą rzetelnością niż badania nieustrukturalizowane. Postawione diagnozy są niezależne od osoby przeprowadzającej badanie (*inter-rater reliability*) i wykazują zgodność rozpoznań ustalanych w różnych punktach czasowych (*test-retest reliability*).

Pomimo wielu zalet wywiadu strukturalizowane mają również swoje ograniczenia i wady. Przede wszystkim rozpoznawanie opiera się na informacjach uzyskanych od osoby badanej. Badanie dzieci i młodzieży może być uzupełnione o informacje przekazane przez rodziców w osobnym kwestionariuszu, jednak zgodność otrzymanych w ten sposób danych jest mała. Największą zgodność informacji obserwuje się w zaburzeniach eksternalizacyjnych, mniejszą – w zaburzeniach internalizacyjnych. Wraz z wiekiem dzieci stają się bardziej rzetelnymi respondentami ze względu na większe zdolności poznawcze i lepsze zrozumienie pytań. W przypadku młodszych dzieci (poniżej 13. roku życia) to rodzice udzielają zatem bardziej rzetelnych informacji, natomiast w grupie starszych pacjentów bardziej wiarygodne są informacje pochodzące od nich samych. Badając chłopców, obserwuje się większą zgodność informacji, niż badając

Zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD)
Zaburzenia opozycyjno-buntownicze
Zaburzenia zachowania
Nadużywanie substancji
Fobia specyficzna
Fobia społeczna
Lęk separacyjny
Zaburzenia lękowe uogólnione
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
Ostra reakcja na stres
Zaburzenie stresowe pourazowe
Anorexia nervosa
Bulimia nervosa
Epizod dużej depresji
Dystymia
Epizod maniakalny
Epizod hipomaniakalny
Moczenie mimowolne ( <i>enuresis</i> )
Zanieczyszczanie się kałem ( <i>encopresis</i> )
Schizofrenia/zaburzenia psychotyczne

Tab. 3. Zaburzenia psychiczne objęte badaniem za pomocą kwestionariusza ChIPS

dziewczynki – ten fakt tłumaczy się przewagą zaburzeń eks-  
ternalizacyjnych u chłopców oraz zaburzeń internalizacyj-  
nych u dziewcząt. Rodzice odpowiadający na pytania mogą  
z jednej strony przejawiać skłonność do zatajania obja-  
wów ze strachu przed zdiagnozowaniem zaburzenia psy-  
chicznego u dziecka, z drugiej zaś wyolbrzymiać objawy  
w związku z chęcią zapewnienia dziecku specjalistycznej  
opieki medycznej. Informacje na temat wpływu zaburzeń  
psychicznych występujących u rodziców na udzielanie in-  
formacji na temat dziecka są niejasne. Sugeruje się jednak,  
iż rodzice z zaburzeniami psychicznymi ze względu na wła-  
sne doświadczenia mogą dokładniej zgłaszać objawy dziec-  
ka, ponieważ są wyczuleni na pewne sygnały alarmowe.

## WNIOSKI

Powyżej przedstawiono aktualnie dostępne w pełni struk-  
turalizowane kwestionariusze dla dzieci i młodzieży.  
Narzędzia te pozwalają badać większość zaburzeń psy-  
chicznych występujących u pacjentów w wieku rozwo-  
jowym (z wykluczeniem osób z upośledzeniem umysłow-  
ym). Żaden z opisanych kwestionariuszy nie obejmuje  
specyficznych zaburzeń w rozwoju umiejętności szkolnych.  
Wszystkie – jako narzędzia wysoce strukturalizowane –  
mogą być używane nie tylko przez specjalistów.  
Przed podjęciem decyzji o użyciu konkretnego kwestiona-  
riusza należy przeanalizować zaburzenia, które on obejmuje.  
Zaprezentowane narzędzia uwzględniają w większości takie  
same rozpoznania, różnice w tym zakresie są małe. Najwięcej  
rozpoznań zawiera kwestionariusz DISC-IV. Jego auto-  
rzy wzięli pod uwagę zaburzenia niezawarte w pozostałych  
dwóch kwestionariuszach – są to mutyzm wybiórczy, *pica*  
oraz trichotillomania. W kwestionariuszu MINI-Kid zawar-  
to całościowe zaburzenia rozwojowe, nieujęte w innych na-  
rzędziach, i określono ryzyko samobójcze (aktualne oraz  
w ciągu całego życia). Z kolei kwestionariusz ChIPS jako je-  
dyny uwzględnia objawy związane z ostrą reakcją na stres.  
Rozpoznanie agorafobii i napadów paniki nie zostały zawar-  
te w kwestionariuszu ChIPS, a MINI-Kid nie obejmuje py-  
tań dotyczących zaburzeń wydalania. W wyborze kwestio-  
nariusza kluczową rolę może także odgrywać czas niezbędny  
do wykonania badania. Zwłaszcza w badaniach prowadzo-  
nych na dużych grupach pacjentów lub w gabinetach pod-  
stawowej opieki zdrowotnej lepiej sprawdzą się narzędzia,  
których zastosowanie wymaga mniejszej ilości czasu. Średni  
czas przeprowadzania badania jest najkrótszy dla MINI-Kid  
(15 minut), a najdłuższy dla DISC-IV (70 minut). Wyniki  
otrzymywane w tego typu badaniach wykazują tendencję do  
nadropoznawalności zaburzeń. Ta cecha nie jest jednak ich  
wadą. Ze względu na dużą czułość opisane kwestionariusze  
stanowią bardzo dobre narzędzia do badań przesiewowych.  
Wszystkie uzyskały podobne wyniki rzetelności i trafno-  
ści rozpoznania. Polscy badacze i klinicyści mają do dyspozy-  
cji jedynie kwestionariusz MINI-Kid (wersja dla pacjenta;  
brak wersji dla rodziców) – z uwagi na brak polskich wersji  
językowych DISC-IV i ChIPS. Konieczna jest aktualizacja

wszystkich prezentowanych narzędzi do obecnie obowiązują-  
cych kryteriów DSM-V.

Choć stosowanie w pełni strukturalizowanych kwestiona-  
riuszy przynosi wiele korzyści, w Polsce nie są one niestety  
często używane; wynika to głównie z braku odpowiednich  
tłumaczeń z języka angielskiego.

## Konflikt interesów

*Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

## Piśmiennictwo

- Adamowska S, Adamowski T, Frydecka D *et al.*: Diagnostic validity Polish language version of the questionnaire MINI-KID (Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent). *Compr Psychiatry* 2014; 55: 1744–1750.
- de Azevedo Marques JM, Zuairi AW: Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 303–310.
- Drill R, Nakash O, DeFife JA *et al.*: Assessment of clinical information: comparison of the validity of a Structured Clinical Interview (the SCID) and the Clinical Diagnostic Interview. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203: 459–462.
- Fisher, Lucas L, Lucas C *et al.*: Interviewer Manual. Columbia University, DISC Development Group, March 2006.
- Leffler JM, Riebel J, Hughes HM: A review of child and adolescent diagnostic interviews for clinical practitioners. *Assessment* 2015; 22: 690–703.
- Mazurek J, Małyszczak K: Wstępna ocena rzetelności polskiej adaptacji kwestionariusza diagnostycznego MINI-Kid (*Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*). *Postępy Psychiatr Neurol* 2006a; 15: 251–253.
- Mazurek J, Małyszczak K: Wstępna ocena trafności polskiej wersji kwestionariusza MINI-Kid (*Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents*). *Postępy Psychiatr Neurol* 2006b; 15: 147–150.
- Nock MK, Holmberg EB, Photos VI *et al.*: Structured and semistructured diagnostic interviews. In: Hersen M, Thomas JC (eds.): *Handbook of Clinical Interviewing with Children*. SAGE Publications, 2007: 30–49.
- Paing WW, Weller RA, Dixon TA *et al.*: Face-to-face versus telephone administration of the parent's version of the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (P-ChIPS). *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 122–126.
- Renou S, Hergueta T, Flament M *et al.*: [Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry]. *Encephale* 2004; 30: 122–134.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP *et al.*: NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 28–38.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH *et al.*: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20: 22–33.
- Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD *et al.*: Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 313–326.
- Weller EB, Weller RA, Fristad MA *et al.*: Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 76–84.
- Young ME, Bell ZE, Fristad MA: Validation of a brief structured interview: the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *J Clin Psychol Med Settings* 2016; 23: 327–340.