



Wstępna ocena trafności polskiej wersji kwestionariusza MINI-Kid (Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents)

Preliminary evaluation of Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-Kid) validity in Polish adaptation

JOANNA MAZUREK, KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Cel. Ocena trafności polskiej wersji Kwestionariusza MINI-Kid (Mini-International Neuropsychiatric Interview for Kids) przeznaczonego do badania psychiatrycznego dzieci.

Badani. Ocenę przeprowadzono w grupie 34 dzieci (12 chłopców i 22 dziewczynki w wieku od 11 do 17 lat), pacjentów Dziennego Ośrodka Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży oraz Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu.

Metoda. Rozpoznania uzyskane w badaniu kwestionariuszem MINI-Kid porównano z diagnozami lekarzy prowadzących, traktowanymi jako wzorzec. W obliczeniach zastosowano współczynnik zgodności κ .

Wyniki. Współczynnik trafności κ wyniósł dla zaburzeń lękowych wziętych razem – 0,65, dla zaburzeń adaptacyjnych – 0,65, zaburzenia hiperkinetycznego z deficytem uwagi – 0,71, oraz zaburzeń zachowania – 0,38.

Wnioski. Trafność kwestionariusza MINI-Kid okazała się umiarkowanie wysoka, a w przypadku zaburzeń zachowania niska. Jednak uzyskane wyniki są podobne do trafności innych narzędzi diagnostycznych stosowanych w psychiatrii. MINI-Kid jest narzędziem przydatnym zwłaszcza w badaniach przesiewowych, czy epidemiologicznych. Przeprowadzający badanie winien korzystać z dodatkowych źródeł informacji, jakimi są rozmowa z opiekunami pacjenta, wywiad w kierunku patologii jego zachowania, a także wykluczyć organiczne podłoże zaburzeń, które w przypadku dzieci bywa istotnym czynnikiem etiopatogenetycznym.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to assess validity of a Polish version of the MINI-Kid questionnaire (Mini-International Neuropsychiatric Interview for Kids).

Methods. Examined were 34 adolescents (12 boys and 22 girls aged 11 to 17 years), patients of a Day Psychiatric Centre for Children and Adolescents or of an Outpatient Mental Health Clinic in Wrocław. Diagnoses obtained by means of the MINI-Kid questionnaire were compared with those proposed by the doctors responsible for a given patient. Diagnoses made by psychiatrists were considered as the reference point. In the analysis the κ coefficient of concordance was used.

Results. Both for anxiety disorders jointly and for maladjustment the same κ coefficient of 0.65 was obtained, while for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) it was 0.71, and for behaviour disorders 0.38.

Conclusions. The Polish adaptation of the MINI-Kid questionnaire turned out to have a moderate, and as regards behaviour disorders – rather low validity. However, validity of other diagnostic instruments used in psychiatry is similar. The MINI-Kid is a tool useful especially in screening or epidemiological research. The examiner should seek information also from other sources, including interview with the child's caregivers, with an emphasis on behavioural abnormalities. Moreover, an organic underpinning of the disorder should be excluded, since it may be an important etiopathogenic factor in children.

Słowa kluczowe: MINI-Kid / trafność

Key words: MINI-Kid / validity

„Krótki międzynarodowy wywiad neuropsychiatryczny dla dzieci i młodzieży” (Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents – MINI-Kid) jest zwięzłym, strukturalizowanym narzędziem diagnostycznym stosowanym przez klinicystów do rozpoznawania zaburzeń psychicznych u dzieci wg kryteriów klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV. Przeznaczony jest do oceny stanu psychicznego u dzieci w krótkim, lecz szczegółowym wywiadzie. Może być wykorzystywany w badaniach klinicznych i epidemiologicznych, a także jako narzędzie pomocnicze w indywidualnej pracy klinicznej. Umożliwia analizę współwystępowania poszczególnych zaburzeń. MINI-Kid ma budowę modułową – składa się z 25 części, odpowiadających jednostkom chorobowym występującym u dzieci:

1. Epizod dużej depresji
2. Tendencje samobójcze
3. Dystymia
4. Epizod (hipo)maniakalny
5. Napady paniki
6. Agorafobia
7. Lęk separacyjny
8. Fobia społeczna
9. Fobie
10. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
11. Zaburzenie stresowe pourazowe
12. Uzależnienie od alkoholu
13. Nadużywanie alkoholu

14. Uzależnienie od środka (niealkoholowego)
15. Nadużywanie środka (niealkoholowego)
16. Zespół Tourette'a
 - zespół tików ruchowych
 - zespół tików wokalnych
 - zespół tików przemijających
17. ADHD mieszane
 - ADHD z deficytem uwagi
 - ADHD z nadruchliwością/impulsywnością
18. Zaburzenia zachowania
19. Zaburzenia opozycyjno-buntownicze
20. Zaburzenia psychotyczne
 - zaburzenia afektywne z objawami psychotycznymi
21. Anorexia nervosa
22. Bulimia nervosa
23. Zaburzenie lękowe uogólnione
24. Zaburzenia przystosowania
25. Całościowe zaburzenie rozwojowe

Poszczególne moduły mogą być stosowane wybiórczo, w zależności od przedmiotu badania. Kwestionariusz nie obejmuje wszystkich zaburzeń psychicznych występujących u dzieci i młodzieży. Pomija całą grupę zaburzeń uwarunkowanych organicznie, a także upośledzenie umysłowe i często spotykane zaburzenia umiejętności szkolnych.

Zasady badania kwestionariuszem są sformułowane w tekście przewodnim. Na początku każdego modułu diagnostycznego (z wyjątkiem modułu *zaburzenia psychotyczne*) w szarym polu umieszczone są pytania przesiewowe odpowiadające głównym kryteriom diagnostycznym danego zaburzenia. Na końcu każdego modułu znajdują się pola diagnostyczne umożliwiające klinicyście stwierdzenie, czy spełnione są kryteria diagnostyczne danego zaburzenia. Jeżeli jedno z kryteriów koniecznych dla rozpoznania nie jest spełnione, badający powinien przejść do końca modułu i zakreślić «NIE» we wszystkich polach diagnostycznych, a następnie przejść do następnego modułu. W trakcie badania należy uwzględniać każdy wymiar pytania (np. czas trwania objawu, częstotliwość, nasilenie i inne aspekty).

Pytania kwestionariusza są odzwierciedleniem kryteriów diagnostycznych. Powinny być czytane dosłownie. Jeżeli dziecko nie rozumie poszczególnych słów lub koncepcji, należy je wyjaśnić lub podać przykłady ilustrujące ich sens, a jeśli nie jest pewne czy występuje u niego dany objaw, można podać mu przykład lub wyjaśnienie, aby ustalić, czy spełnia ono kryteria badanego zaburzenia. W przypadku dzieci poniżej 13 roku życia autorzy sugerują przeprowadzenie badania w obecności rodziców.

Wszystkie pytania muszą być skalowane. Skalowanie wykonuje się przez zakreślanie kółkiem TAK lub NIE w rubryce obok pytania. Ocena kliniczna badacza polega na kodowaniu odpowiedzi.

CEL BADANIA

Przedstawione badanie miało na celu adaptację anglojęzycznej wersji kwestionariusza dla potrzeb polskiej psychiatrii. Obejmowało procedury translacyjne oraz badanie trafności i rzetelności polskiej wersji MINI-Kid. Ponadto,

jego celem było zebranie praktycznych doświadczeń na temat użyteczności, przydatności a także pozytywnych i słabych stron stosowanego kwestionariusza w diagnostyce zaburzeń dziecięcych.

BADANA GRUPA

Badanie przeprowadzono na grupie 34 pacjentów Dziennego Ośrodka Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu oraz w 2 Poradniach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Charakterystyka badanej grupy przedstawiona jest w tabl. 1.

Tablica 1. Wiek i płeć badanych dzieci

Badani	Liczba osób	Wiek	
		rozpiętość/mediana	średnia
Dziewczynki	12	12–17 / 14	14,33
Chłopcy	22	11–17 / 15	14,68
Razem	34	11–17 / 15	14,56

Wszystkie badane dzieci były pacjentami oddziału lub poradni z rozpoznaniem zaburzeniem psychicznym i pozostawały w trakcie leczenia farmakologicznego lub psychoterapii. U kilkorga dzieci w momencie badania występowała znaczna poprawa objawowa. Wśród badanych rozpoznano następujące zaburzenia: zaburzenie hiperkinetyczne, zaburzenia lękowe (agorafobia, lęki separacyjne, fobie specyficzne, napady paniki, zaburzenie lękowe uogólnione), zaburzenia zachowania, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenie stresowe pourazowe, tendencje samobójcze, mania, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, tiki. U 5 dzieci stwierdzono dysfunkcję lub uszkodzenie w ośrodkowym układzie nerwowym, co pozwalało na rozpoznania zaburzeń uwarunkowanych organicznie. MINI-Kid nie obejmuje takich rozpoznań, dlatego nie uwzględniono ich w obliczeniach, jednak wykazano jako pacjentów bez rozpoznania.

METODA

Każde z dzieci w momencie badania pozostawało w trakcie leczenia stacjonarnego lub ambulatoryjnego z powodu jednego (bądź więcej niż jednego) z wymienionych wyżej zaburzeń. Diagnoza była wcześniej ustalona jako jednoznaczna (pewna) przez lekarza prowadzącego w jednym standardowym badaniu psychiatrycznym (w przypadkach nie budzących wątpliwości diagnostycznych) lub po dłuższej obserwacji w oddziale. Dzieci były następnie poddane badaniu kwestionariuszem MINI-Kid. Wszystkie badania wykonywał ten sam klinicysta, inny niż lekarz prowadzący. Średni czas badania wynosił 15 minut.

Wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem MINI-Kid były następnie porównywane z diagnozami lekarzy prowadzących, traktowanymi jako wzorzec. W obliczeniach zastosowano współczynnik κ (kappa).

WYNIKI

Tabl. 2 przedstawia liczby zaburzeń rozpoznanych u osób badanych. Brak rozpoznania oznacza, że u pacjenta nie rozpoznano zaburzenia z zakresu MINI-Kid (np. upośledzenia umysłowego). Klinicyści rozpoznawali przeważnie jedno lub dwa zaburzenia. Podobnie było w przypadku MINI-Kid, tutaj jednak u dwóch osób rozpoznano cztery i pięć zaburzeń. Liczba wielokrotnych rozpoznań jest większa w przypadku kwestionariusza, chociaż nie jest to różnica duża.

Tablica 2. Liczba rozpoznań wynikających z badania kwestionariuszem MINI-Kid i badania klinicznego

Typ badania	Liczba rozpoznań					
	0	1	2	3	4	5
MINI-Kid	5	15	8	4	1	1
Klinicysta	8	14	9	3	–	–

Współczynniki zgodności κ wyliczono dla zaburzeń i grup zaburzeń liczących co najmniej 9 osób (tabl. 3).

Tablica 3. Trafność (wg współczynników κ) dla różnych rozpoznań

Rozpoznanie	Rozpoznane według			Trafność (κ)
	MINI-Kid i klinicysta	jedynie klinicysta	jedynie MINI-Kid	
Zaburzenia lękowe (razem)	6	2	1	0,65
Zaburzenia adaptacyjne	6	1	2	0,65
Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi	8	1	3	0,71
Zaburzenia zachowania	10	4	11	0,38

Zaburzenia lękowe i zaburzenia zachowania oceniano łącznie, ze względu na małe liczebności poszczególnych, swoistych zaburzeń. W przypadku tych i innych mniej licznych zaburzeń przedstawiono jedynie liczby jednakowych rozpoznań postawionych przez klinicystę i za pomocą MINI-Kid (tabl. 4).

Tablica 4. Inne rozpoznania i poszczególne zaburzenia lękowe

Rozpoznanie	Rozpoznane według		
	MINI-Kid i klinicysta	jedynie klinicysta	jedynie MINI-Kid
Zaburzenie stresowe pourazowe	0	0	2
Mania	1	0	0
Tiki ruchowe	1	0	0
Dystymia	1	0	0
Lęki separacyjne	1	0	0
Fobie swoiste	1	0	2
Lęk napadowy	1	0	2
Agorafobia	0	0	2
Zaburzenie lękowe uogólnione	1	0	1
Fobia społeczna	1	0	1
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	1	0	0

Zaburzenia lękowe (razem), zaburzenia adaptacyjne oraz zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi charakteryzowały się umiarkowanie wysokim współczynnikiem zgodności κ (0,65–0,71). W przypadku tego ostatniego zaburzenia uzyskano więcej rozpoznań za pomocą kwestionariusza MINI-Kid niż po standardowym procesie diagnostycznym, co może świadczyć o jego dużej czułości w tym zakresie.

Zgodność w zakresie zaburzeń zachowania okazała się niska ($\kappa = 0,38$). Uzyskano tu więcej rozpoznań różnych niż zgodnych, z wyraźną przewagą rozpoznań wynikających z zastosowania MINI-Kid.

Wyliczenie współczynników κ dla mniej licznych rozpoznań nie było możliwe, jednak patrząc na liczby rozpoznań także można stwierdzić, że kwestionariusz MINI okazał się bardziej czuły w przypadku zaburzenia stresowego pourazowego oraz bardziej szczegółowo niż klinicyści rozpoznawał zaburzenia lękowe. Klinicyści ograniczali się w niektórych przypadkach jedynie do stwierdzenia zaburzenia lękowego, bez określania jego rodzaju.

Przedstawione w tabl. 3 współczynniki trafności różnią się wyraźnie w zależności od rozpoznania. Jak wynika z obliczeń, największą zgodność diagnostyczną między lekarzem prowadzącym a rozpoznaniem MINI-Kid uzyskano w przypadku takich jednostek chorobowych jak: ADHD, zaburzenia lękowe zaburzenia adaptacyjne. Natomiast jest ona wyraźnie niższa w przypadku zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych.

OMÓWIENIE

Porównując diagnostyczną zgodność badania kwestionariuszem MINI-Kid z rozpoznaniem lekarskimi uzyskano w badaniu w zależności od typu jednostki chorobowej umiarkowanie wysoką lub niską trafność. Wyniki zaniża prawdopodobnie udział w badaniu dzieci z rozpoznaniem wykraczającymi poza zakres diagnostyczny MINI-Kid – z dysleksją, zaburzeniami zachowania i emocji na podłożu organicznym, upośledzeniem umysłowym. Nie oceniano także występującego w kwestionariuszu modułu ryzyka samobójczego. Na podstawie praktycznych obserwacji badanych dzieci, mniejszą zgodność w przypadku zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych można wyjaśnić przede wszystkim widoczną w samym badaniu skłonnością do minimalizowania i bagatelizowania swoich problemów z zachowaniem u badanych dzieci – głównie nastoletnich chłopców. Tu opieranie się wyłącznie na ich samoocenie (bez możliwości obserwacji ich funkcjonowania, jaką ma lekarz prowadzący) jest niewystarczające do rozpoznania.

Widoczna jest natomiast ogólna większa szczegółowość rozpoznań wynikających z badania kwestionariuszowego. MINI-Kid stawia u jednego badanego dziecka zazwyczaj więcej rozpoznań niż lekarz prowadzący, który zwykle poprzestaje na zdefiniowaniu zaburzenia głównego, pomijając dodatkowe, mniej istotne dla obrazu klinicznego zespołu objawów.

Badanie kwestionariuszem skłania do bardziej usystematyzowanego i dokładnego badania z zebraniem informacji na temat objawów ze wszystkich sfer życia psychicznego, co niekiedy bywa realizowane mniej wnikliwie w rutynowym badaniu psychiatrycznym. Dodatkowo warto odnotować

fakt, że dzieci często nie mówią spontanicznie o swoich niektórych objawach, brak im wglądu czy zdolności oceny własnej patologii, natomiast zapytane w trakcie ankietowania ujawniają dodatkowe problemy.

Możliwości porównania wyników badania trafności kwestionariusza MINI-Kid z innymi narzędziami badania dzieci są ograniczone ze względu na ich małą liczbę i liczebnie rzadkie, ograniczone wykorzystanie. Pozostaje odniesienie uzyskanych wyników do rezultatów badania trafności kwestionariuszy stosowanych w psychiatrii dorosłych, a mających podobną strukturę i schemat badania, np. MINI (wersja dla dorosłych), DIS czy CIDI. Jako kryterium referencyjne zastosowano w nich diagnozę lekarską lub inne narzędzie kwestionariuszowe o przebadanej już trafności i rzetelności. Badania przeprowadzone z użyciem tych narzędzi zawierają podobne obserwacje: rozbieżność między rozpoznaniem wynikającymi z zastosowania kwestionariuszy a wynikającymi z badania psychiatrycznego jest większa niż oczekiwano. Wg autorów badań, wynika to głównie z większej wszechstronności, czułości i specyficzności diagnostycznej narzędzi strukturalizowanych niż rutynowego badania psychiatrycznego.

W przeprowadzonym przez Pinniniego, Madisona i wsp. badaniu MINI dla osób dorosłych ta niezgodność diagnostyczna zaistniała w 33% badanych przypadkach. W badaniu Helzera i Robins nad trafnością „Schematu badania diagnostycznego” (*Diagnostic Interview Schedule – DIS*) wykazano jego średnią 84% zgodność z wynikami listy kryteriów diagnostycznych (*Physician’s Checklist for Core Diagnosis*), aczkolwiek w przypadku niektórych rozpoznań (np. schizofrenii) ta zgodność była mniejsza [1, 2]. W badaniu Wellera współczynnik zgodności badania kwestionariuszowego DIS z PDI (*Psychiatric Diagnostic Interview*) jako kryterium wyniósł 0,72, a w podobnym badaniu DIS vs PDI przeprowadzonym na Tajwanie (Hwu i wsp.) współczynnik trafności wynosił od 0,54 do 0,96 w zależności od rozpoznania, przy czym najniższą zgodność uzyskano w diagnozowaniu zaburzeń lękowych i uzależnień [3, 4]. Natomiast w badaniach DIS, w których za kryterium uznano diagnozę kliniczną uzyskaną w rutynowym badaniu psychiatrycznym, współczynnik trafności był wyraźnie niższy i wynosił nawet ok. 0,3 dla schizofrenii i OCD [5, 6].

Trafność CIDI w porównaniu z oceną kliniczną i PSE jako kryterium referencyjnym uznano za dobrą w badaniu Wittchena (współczynnik trafności >0,5) [7]. Podobne wartości uzyskano w badaniu trafności CIDI w porównaniu ze SCAN jako narzędziem referencyjnym u pacjentów z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi: współczynniki zgodności mieściły się w przedziale od 0,67 do 0,69 [7, 8, 9, 10, 11].

Przedstawione wyniki badań innych narzędzi diagnostycznych stosowanych w psychiatrii wykazują wyraźną zbieżność z rezultatami badania trafności MINI-Kid. Podobne są też obserwacje i wnioski ich autorów dotyczące różnic w rozpoznawaniu pewnych zaburzeń metodą kwestionariuszową oraz większej szczegółowości diagnostycznej kwestionariuszy w porównaniu z rutynowym badaniem psychiatrycznym.

MINI-Kid wydaje się narzędziem przydatnym zwłaszcza w badaniach ankietowych, epidemiologicznych, np. do

oceny skali zjawiska związanego z zaburzeniami jedzenia czy ADHD. Przeprowadzający badanie winien korzystać z dodatkowych źródeł informacji, jakimi są rozmowa z pacjentem oraz jego opiekunami i obserwacja jego zachowań, a także z wykluczenia organicznego podłoża zaburzeń, które w przypadku dzieci bywa istotnym czynnikiem etiopatogenetycznym. Uzyskiwanie informacji od rodziców i/lub nauczycieli mogłoby być ułatwione (zwłaszcza w przypadku dzieci młodszych) poprzez przygotowanie dla tych osób odrębnego kwestionariusza.

W indywidualnej praktyce psychiatrycznej MINI-Kid może być użytecznym narzędziem pomocniczym, jego znaczenie diagnostyczne nie jest jednak wystarczające, by zastąpić nim rutynowe badanie lekarskie.

Uzyskane wyniki trafności i rzetelności MINI-Kid stanowią obiecującą bazę do dalszych badań, które winny być jednak przeprowadzone na większej grupie pacjentów z rozpoznaniem mieszczącymi się w opisanych przez MINI-Kid modułach diagnostycznych. Mogą być punktem wyjścia do badań epidemiologicznych na dużych populacjach pacjentów, w tym badań dotyczących współwystępowania różnych jednostek chorobowych u dzieci leczonych psychiatrycznie.

PIŚMIENNICTWO

1. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry* 2003; 18 (7): 361–4.
2. Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT. A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule diagnoses. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 657–65.
3. Weller RA, Penick EC, Powell BJ, Othmer E, Rice AS, Kent TA. Agreement between two structured psychiatric diagnostic interviews: DIS and the PDI. *Compr Psychiatry* 1985; 26 (2): 157–63.
4. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Chinese diagnostic interview schedule. Agreement with psychiatrist’s diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73 (3): 225–33.
5. Erdman HP, Klein MH, Greist JH. A comparison of the diagnostic interview schedule and clinical diagnosis. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1477–80.
6. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinec R, Sesman M, Guzman A, Guevara LM, Costas H. The Spanish diagnostic interview schedule. Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 720–6.
7. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO – Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28: 57–84.
8. Wittchen HU, Kessler RC, Zhao S, Abelson J. Reliability and clinical validity of UM-CIDI DSM-III-R generalized anxiety disorder. *J Psychiatr Res* 1995; 29: 95–110.
9. Wittchen HU, Semler G, Zerssen D. A comparison of two diagnostic methods. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 677–84.
10. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. 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 (supl 20): 22–33.
11. Andrews G, Peters L, Guzman AM, Bird K. A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29 (1): 124–32.