



## Wstępna ocena rzetelności polskiej adaptacji kwestionariusza diagnostycznego MINI-Kid (*Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*)

*A preliminary evaluation of reliability of the Mini International Neuropsychiatric Interview  
for Children and Adolescents (MINI-Kid) in Polish adaptation*

JOANNA MAZUREK, KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Ocena rzetelności 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.** Dzieci poddano dwukrotnemu badaniu kwestionariuszem MINI-Kid w odstępie 30–33 dni, wszystkie badania wykonywał ten sam specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, inny niż lekarz prowadzący. W obliczeniach rzetelności typu test-retest zastosowano współczynnik zgodności kappa.

**Wyniki.** Współczynnik rzetelności kappa wyniósł dla zaburzeń lękowych wziętych razem 0,72, dla zaburzenia opozycyjno-buntowniczego 0,68, zaburzeń adaptacyjnych 1,0, zaburzenia hiperkinetycznego z deficytem uwagi 0,71, oraz zaburzeń zachowania 0,80.

**Wnioski.** Wyniki współczynników rzetelności uzyskane dla kwestionariusza MINI-Kid nie odbiegają od współczynników uzyskanych dla podobnych kwestionariuszy diagnostycznych, w tym kwestionariusza MINI dla dorosłych.

### SUMMARY

**Background.** The aim of the study was to evaluate reliability of the Polish adaptation of the MINI-Kid (*Mini-International Neuropsychiatric Interview for Kids*) for psychiatric assessment of children and adolescents.

**Methods.** 34 adolescents (12 boys and 22 girls aged 11–17 years), patients of the Day Psychiatric Centre for Children and Adolescents and of the Mental Health Outpatient Clinic for Children and Adolescents in Wrocław, were examined using the MINI-Kid questionnaire twice, at the interval of 30–33 days. They all were examined by the same specialist in child and adolescent psychiatry, who was not their doctor in charge. The test-retest reliability was assessed using the kappa concordance coefficient.

**Results.** The kappa coefficient of concordance for all anxiety disorders jointly was 0.72, for the oppositional defiant disorder 0.68, adaptation disorders 1.0, ADHD 0.71, and for conduct disorder 0.80.

**Conclusions.** The concordance coefficients obtained for the MINI-Kid questionnaire are in the range of these reported for similar diagnostic instruments, including the questionnaire MINI for adults.

---

**Słowa kluczowe:** kwestionariusze diagnostyczne dla dzieci i młodzieży / MINI-Kid / rzetelność

**Key words:** diagnostic questionnaires for children and adolescents / MINI-Kid / reliability

---

Rzetelność jest ważnym kryterium oceny testu psychometrycznego i istotnym elementem procedur jego adaptacji do nowych warunków kulturowych. Określa ona powtarzalność ocen i co za tym idzie, niezależność wyników badania od indywidualnych cech osoby badanej i specyficznych warunków, w których badanie jest przeprowadzane.

Kwestionariusz MINI-Kid jest ustrukturalizowanym narzędziem diagnostycznym przeznaczonym do badania psychiatrycznego dzieci, analogicznym do powszechniej stosowanego – także w Polsce – „Małego międzynarodowego wywiadu neuropsychiatrycznego” MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) przeznaczonego dla dorosłych [1, 2]. Obejmuje 25 zaburzeń psychicznych najczęściej rozpoznawanych w tej grupie wiekowej. Ma budowę modułową, z wyodrębnieniem w pierwszej części każdego

z 25 modułów 1–3 pytań selekcyjnych, potwierdzających lub wykluczających obecność konkretnego zaburzenia. Jest to jedno z nielicznych kompleksowych narzędzi wspomagających diagnozę psychiatryczną u dzieci i młodzieży, dotychczas nie adaptowane i nie stosowane w Polsce.

Prezentowane badanie miało na celu ocenę właściwości psychometrycznych polskiej wersji MINI-Kid. W piśmiennictwie międzynarodowym brak oceny trafności i rzetelności MINI-Kid, dostępne są natomiast wyniki badań rzetelności analogicznego kwestionariusza dla dorosłych oraz innych podobnie skonstruowanych narzędzi, np. „Złożonego międzynarodowego wywiadu diagnostycznego” CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) czy „Schemat wywiadu diagnostycznego” DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) [3, 4, 5, 6].

## OSOBY BADANE

Badanie przeprowadzono u 34 pacjentów Dziennego Ośrodka Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży oraz Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu.

Charakterystyka badanej grupy przedstawiona jest w tabl. 1.

Tablica 1. Parametry demograficzne badanych dzieci

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

Wszystkie dzieci w trakcie badania były pacjentami oddziału lub poradni z ustalonym zaburzeniem psychicznym objętymi leczeniem farmakologicznym lub psychoterapią. U kilkorga dzieci w momencie badania trwała 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, mania, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, tiki. U 5 dzieci rozpoznana została dysfunkcja lub uszkodzenie w centralnym układzie nerwowym, co pozwalało na rozpoznanie zaburzeń psychicznych uwarunkowanych organicznie.

## METODY

Każde z dzieci w momencie badania było leczone ambulatoryjnie lub w oddziale z powodu wymienionych zaburzeń. Rozpoznanie było wcześniej ustalone jako jednoznaczne (pewne) przez lekarza prowadzącego w jednym standardowym badaniu psychiatrycznym (w przypadkach nie budzących wątpliwości diagnostycznych) lub po dłuższej obserwacji w oddziale. Dzieci były następnie poddane dwukrotnemu badaniu kwestionariuszem MINI-Kid. Odstęp między badaniami wynosił 30–33 dni, a wszystkie badania wykonywał ten sam klinicysta (specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży), inny niż lekarz prowadzący. Wyniki uzyskane w pierwszym badaniu kwestionariuszem MINI-Kid (*test*) były następnie porównywane z rezultatami powtórnego badania (*retest*). W obliczeniach zastosowano współczynnik zgodności kappa.

Tablica 3. Współczynniki rzetelności kappa

| Rozpoznanie                                  | Liczba rozpoznań – badanie 1 i 2 | Liczba rozpoznań – jedynie badanie 1 | Liczba rozpoznań – jedynie badanie 2 | Rzetelność (kappa) |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| Zaburzenia lękowe (razem)                    | 9                                | 1                                    | 2                                    | 0,72               |
| Zaburzenie opozycyjno-buntownicze            | 7                                | 0                                    | 3                                    | 0,68               |
| Zaburzenia adaptacyjne                       | 8                                | 0                                    | 0                                    | 1                  |
| Zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi | 8                                | 2                                    | 1                                    | 0,71               |
| Zaburzenia zachowania                        | 9                                | 1                                    | 1                                    | 0,80               |

## WYNIKI

Czas pierwszego badania wynosił 9–26 minut, średnio 16 min. 36 sek., czas drugiego badania wynosił 10–25 minut, średnio 15 min.54 sek.

W tabl. 2 przedstawiono liczby rozpoznań dla jednego badanego uzyskanych w 1 i 2 badaniu. Są one zbliżone, w obu badaniach uzyskano podobną liczbę współwystępujących zaburzeń.

Tablica 2. Liczba rozpoznań w 1 i 2 badaniu

|           | 0 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|---|----|---|---|---|---|
| Badanie 1 | 6 | 14 | 8 | 4 | 2 | – |
| Badanie 2 | 5 | 15 | 8 | 4 | 1 | 1 |

Tabl. 3 przedstawia liczby zgodnych i niezgodnych rozpoznań oraz współczynniki zgodności kappa dla 5 zaburzeń i grup zaburzeń: zaburzenia lękowe, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenie hiperkinetyczne z deficytem uwagi, zaburzenia zachowania. Poszczególne zaburzenia lękowe okazały się za mało liczne, dlatego dla wyliczenia współczynnika kappa wzięto je razem.

W tabl. 4 zestawiono poszczególne zaburzenia lękowe i pozostałe zaburzenia, których liczebność była zbyt mała dla wyliczenia współczynników kappa.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Współczynniki rzetelności kappa okazały się wysokie (ok. 0,7) dla grupy zaburzeń lękowych, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia hiperkinetyczne z deficytem uwagi. Doskonałe wyniki uzyskano dla zaburzeń zachowania (0,8) i zaburzeń adaptacyjnych (1,0). W przypadku zaburzenia opozycyjno-buntownicze u 3 pacjentów rozpoznanie postawiono jedynie w drugim badaniu. Może to świadczyć o tym, że w czasie pierwszego badania pacjenci nie mieli wystarczającego zaufania do osoby badającej i nie udzielili wystarczających do rozpoznania informacji o swoim zachowaniu.

Podobne wyniki współczynnika rzetelności uzyskano w przypadku strukturalizowanych kwestionariuszy diagnostycznych DIS i CIDI. Na przykład w międzynarodowym badaniu rzetelności CIDI [6, 7] uzyskano wartości współczynnika zgodności kappa w teście *test-retest* w wysokości od 0,59 do 0,84 dla zaburzeń lękowych, oraz 0,71 dla depresyjnych zaburzeń nastroju. W przypadku kwestionariusza DIS współczynniki kappa dla schematu

Tablica 4. Zestawienie zgodności pozostałych zaburzeń

| Rozpoznanie                      | Liczba rozpoznań<br>– badanie 1 i 2 | Liczba rozpoznań<br>– jedynie badanie 1 | Liczba rozpoznań<br>– jedynie badanie 2 |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Zaburzenie stresowe pourazowe    | 2                                   | 0                                       | 0                                       |
| Mania                            | 1                                   | 0                                       | 0                                       |
| Tiki ruchowe                     | 1                                   | 0                                       | 0                                       |
| Dystymia                         | 1                                   | 0                                       | 0                                       |
| Lęki separacyjne                 | 1                                   | 0                                       | 0                                       |
| Fobie swoiste                    | 1                                   | 1                                       | 0                                       |
| Lęk napadowy                     | 1                                   | 0                                       | 1                                       |
| Agorafobia                       | 1                                   | 0                                       | 1                                       |
| Zaburzenie lękowe uogólnione     | 2                                   | 0                                       | 0                                       |
| Fobia społeczna                  | 2                                   | 0                                       | 0                                       |
| Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne | 1                                   | 0                                       | 0                                       |

test-retest wahały się w granicach od 0,25 do 0,9 dla zaburzeń lękowych i depresji, w większości badań mieszcząc się w zakresie 0,5 do 0,7 [8, 9, 10, 11]. Wyniki współczynników rzetelności uzyskane dla kwestionariusza MINI-Kid nie odbiegają zatem od współczynników uzyskanych dla podobnych kwestionariuszy diagnostycznych oraz kwestionariusza MINI dla dorosłych [1]. Można zatem uznać, że kwestionariusz MINI-Kid charakteryzuje się rzetelnością podobną do innych tego typu narzędzi diagnostycznych.

Uzyskane wyniki dotyczyły niewielkiej grupy pacjentów, dlatego niemożliwe było wyznaczenie współczynników rzetelności dla poszczególnych zaburzeń lękowych. Celowe byłoby powtórzenie badania przeprowadzonego przez różnych klinicystów dla większej liczby pacjentów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): 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.
2. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry* 2003; 18 (7): 361–4.
3. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO – Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28 (1): 57–84.
4. World Health Organisation. Composite International Diagnostic interview (CIDI): a) CIDI – interview, b) CIDI – user manual, c) CIDI – training manual. Geneva: WHO; 1990.
5. Robins LN. An overview of the Diagnostic Interview Schedule and the Composite International Diagnostic Interview. W: Mezzich JE, Cranach M von, red. *International classification in psychiatry, unity and diversity*. Cambridge University Press; 1988: 205–20.
6. 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.
7. Wittchen HU, Semler G, Zerssen D. A comparison of two diagnostic methods. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 677–84.
8. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinex 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.
9. Erdman HP, Klein MH, Greist JH. A comparison of the diagnostic interview schedule and clinical diagnosis. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1477–80.
10. Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT. A comparison of clinical and diagnostic interview. Schedule diagnoses. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 657–65.
11. Semler G, Wittchen HU, Joschke K, Zaudig M, Geiso T, Kaiser S, Cranach M von, Pfister H. Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1987; 236: 214–22.

Adres: Dr Joanna Mazurek, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,  
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, e-mail: joanna\_mazurek@poczta.fm