



Zgodność rozpoznań określanych za pomocą Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CIDI) z rozpoznaniami klinicznymi stawianymi przez lekarzy psychiatrów¹

Concordance between diagnoses based on the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and clinical diagnoses made by psychiatrists

MARTA WELBEL¹, JOANNA MIKULSKA², GRAŻYNA ŚWIĄTKIEWICZ¹

1. Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

2. I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel. Wstępne określenie zgodności wyników uzyskanych za pomocą polskiej adaptacji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CIDI) z rozpoznaniami stawianymi przez lekarzy psychiatrów.

Metoda. Ocenę przeprowadzono w grupie 139 pacjentów z warszawskich poradni zdrowia psychicznego oraz 152-osobowej grupie z populacji ogólnej. Rozpoznania uzyskane przy pomocy CIDI porównano z diagnozami zawartymi w dokumentacji medycznej pacjentów oraz – w grupie osób z populacji ogólnej – z diagnozami określonymi przez lekarzy psychiatrów na podstawie Krótkiego Międzynarodowego Wywiadu Neuropsychiatrycznego (MINI).

Wyniki. Porównano rozpoznania dotyczące grup: zaburzeń nastroju (afektywnych) oraz zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (zaburzeń lękowych). Zarówno w grupie pacjentów, jak i osób z populacji ogólnej, dominowała zgodność na poziomie średnim. W grupie z populacji ogólnej określenie poziomu zgodności dla niektórych innych grup zaburzeń nie było możliwe ze względu na niewielką liczbę rozpoznań.

Wnioski. Zwracając uwagę na wstępny charakter badań, uzyskane wyniki można uznać za obiecujące i skłaniające do podejmowania dalszych, bardziej szczegółowych badań.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to preliminarily assess concordance between diagnoses based on the Polish adaptation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and diagnoses made by clinicians-psychiatrists.

Method. Participants in the study were 139 patients of Mental Health Outpatient Clinics in Warsaw, and 152 subjects from the general population. Diagnoses produced using the CIDI were compared with these from the patients' medical records, or – in the general population sample – with diagnoses made by psychiatrists using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Results. Diagnoses concerning categories of mood (affective) disorders as well as neurotic and stress-related disorders were compared. Moderated concordance prevailed both in the patient group and in the general population sample. In the latter group it was not possible to establish concordance levels for some disorder categories due to too few relevant diagnoses.

Conclusions. Considering a preliminary character of the study its findings seem promising and warranting further more detailed research in this area.

Słowa kluczowe: Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny CIDI / kwestionariusze diagnostyczne / walidacja / zgodność diagnoz / badania epidemiologiczne

Key words: Composite International Diagnostic Interview CIDI / diagnostic interviews / validation / concordance of diagnoses / epidemiological research

¹ Praca wykonana w ramach projektu EZOP (www.ezop.edu.pl), współfinansowanego przez norweskie mechanizmy finansowe (grant PL0256) oraz Ministerstwo Zdrowia.

Kwestionariusz CIDI ma formę w pełni ustrukturyzowanego wywiadu, składa się z modułów zawierających pytania przesiewowe oraz szczegółowych sekcji klinicznych odpowiadających kryteriom międzynarodowych klasyfikacji diagnostycznych. Obecnie, najnowszą opracowaną i stosowaną wersją jest CIDI ver. 3.0 [1,2]. Za pomocą narzędzia można określać rozpoznania na podstawie kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-IV i ICD-10. Kwestionariusz CIDI przystosowany jest do używania przez specjalnie przeszkolonych i certyfikowanych ankierów, długość wywiadu waha się od pół do kilku godzin. Polskie tłumaczenie i adaptacja CIDI zostały przygotowane zgodnie ze standardami WHO i Światowej Inicjatywy Badawczej na rzecz Zdrowia Psychicznego pod patronatem Uniwersytetu Harvarda i Uniwersytetu Michigan [3].

CIDI jest powszechnie stosowanym narzędziem w badaniach populacyjnych a dzięki *WMH Survey Initiative* wykorzystywany jest w porównaniach międzynarodowych i międzykulturowych [1, 2, 4]. W badaniach szacujących rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych na dużych grupach, ze względów finansowych i organizacyjnych wykorzystuje się zazwyczaj w pełni ustrukturyzowane wywiady, które mogą być przeprowadzone przez ankierów bez specjalistycznego wykształcenia i doświadczenia klinicznego. Ważną kwestią pozostaje określenie trafności i rzetelności takich narzędzi oraz ich zgodności z rozpoznaniem stawianymi na podstawie badania klinicznego.

W szeregu badań potwierdzono wysoką trafność, spójność wewnętrzną oraz praktyczne walory CIDI [1, 2, 5, 6]. W badaniu walidacyjnym CIDI w wersji 3.0 przeprowadzonym we Francji, Hiszpanii, Włoszech i Stanach Zjednoczonych wykazano zgodność na poziomie od umiarkowanego do dobrego między CIDI a traktowanym jako narzędzie referencyjne „Ustrukturyzowanym wywiadem klinicznym dla DSM-IV” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID*) [2]. Wcześniejsze badania dotyczące wersji CIDI 2.00 również wykazywały zadowalającą zgodność tych narzędzi [5,7,8,9]. Wymienić można jednak badania, które wykazują mniejszą zgodność CIDI z ustrukturyzowanymi i pół-ustrukturyzowanymi wywiadami diagnostycznymi [10, 11]. Niejednoznaczne wyniki niektórych badań przyczyniły się do dalszych prac nad doskonaleniem narzędzia i powstawaniem kolejnych jego wersji. Mimo pewnych kontrowersji badania raczej potwierdzają wiarygodność tego narzędzia [2, 6], jest ono obecnie szeroko stosowane na całym świecie. Należy również podkreślić, że w wielu bada-

niach to właśnie CIDI służy jako złoty standard do walidacji innych narzędzi diagnostycznych [4,12,13].

CEL

Celem badania przedstawionego w niniejszym artykule było wstępne określenie zgodności polskiej adaptacji „Złożonego międzynarodowego kwestionariusza diagnostycznego w wersji komputerowej” (*Composite International Diagnostic Interview – CIDI ver. 3.1, CAPIv21*) z diagnozami zaburzeń psychicznych rozpoznawanymi przez polskich lekarzy psychiatrów. Badanie przeprowadzono w grupie pacjentów z warszawskich poradni zdrowia psychicznego (PZP) oraz w grupie osób z populacji ogólnej. Do porównań zgodności wykorzystano rozpoznania pacjentów z dokumentacji medycznej PZP a w odniesieniu do osób z populacji ogólnej – diagnozy ustalone przez lekarzy psychiatrów na podstawie wywiadu przeprowadzonego za pomocą „Krótkiego międzynarodowego wywiadu neuropsychiatrycznego” (*M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI*), [14]. Polska wersja MINI 5.0.0. została opracowana przez M. Masiaka i J. Przychodę z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie [15].

METODA

Przebieg badania

Badanie zostało zrealizowane między kwietniem a sierpniem 2011 r. w Warszawie. Respondenci zostali zbadani przy pomocy kwestionariusza CIDI ver. 3.0 w wersji komputerowej. Badania kwestionariuszowe przeprowadzali ankierzy z firmy SMG/KRC, którzy zostali przeszkoleni i certyfikowani w posługiwaniu się narzędziem CIDI/CAPI w ramach projektu EZOP-Polska. Ankierzy mieli doświadczenie w posługiwaniu się tym narzędziem, ponieważ wcześniej uczestniczyli w realizacji badania epidemiologicznego na dziesięcioletniej próbie losowej ludności Polski w ramach wspomnianego projektu [3].

Zdecydowano, aby w badaniu uwzględnić dwie grupy – osoby z już rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi leczone w przychodniach zdrowia psychicznego oraz osoby z populacji ogólnej. Przeprowadzenie badania na obu tych grupach daje odpowiedzi na nieco odmienne pytania, gdyż z jednej strony, bada się właściwości parametryczne kwestionariusza

CIDI w grupach klinicznych a z drugiej, w populacji ogólnej, charakteryzującej się niskim rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych. Spośród 306 osób, z którymi przeprowadzono wywiad kwestionariuszem CIDI, 156 zostało zrekrutowanych przez firmę ankieterską z populacji generalnej (grupa populacyjna) a 150 przez 18 psychiatrów z warszawskich poradni zdrowia psychicznego (grupa pacjentów).

Ankieterzy nie byli informowani czy osoba, z którą przeprowadzali wywiad była dobrana z populacji ogólnej czy z PZP. Osoby z grupy populacyjnej, po wywiadzie przeprowadzonym przy pomocy kwestionariusza CIDI, umawiano na rozmowę z lekarzem psychiatrą, który określał diagnozę na podstawie kwestionariusza MINI. Lekarze nie znali wyników uzyskanych w badaniu CIDI. Respondenci z obu grup, którzy wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu, otrzymywali rekompensatę finansową za poświęcony czas.

Badane grupy

Grupa pacjentów. Ogółem na udział w badaniu zgodziło się 213 pacjentów. Lekarze psychiatrzy z warszawskich PZP rekrutowali ich spośród prowadzonych przez siebie pacjentów, z rozpoznaniami obejmującymi kategorie F30-F39 (zaburzenia nastroju (afektywne) oraz F40-F48 (zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną). Rozpoznania te, określone w dokumentacji choroby pacjenta, były formułowane na podstawie obowiązujących w Polsce kryteriów diagnostycznych ICD-10. W momencie prowadzenia badań pacjenci pozostawali pod opieką PZP i byli w trakcie leczenia farmakologicznego i/lub psychoterapii. Kolejnym kryterium uczestnictwa w badaniu był wiek – od 18 do 65 lat. Spośród 213 osób, które zgodziły się na udział w badaniu, 19 nie spełniło tego kryterium i zostało wyłączonych z grupy. Spośród pozostałej 194-osobowej grupy, badania przeprowadzono ze 150 osobami (77%). Pozostałe 44 przypadki – to odmowy, mimo wcześniej wyrażonej zgody, lub nieudane wielokrotne próby nawiązania kontaktu z respondentem.

Aby możliwe było określenie zgodności diagnozy wystawionej w PZP i przez CIDI, z dalszych analiz przedstawionych w tym artykule wyłączona została grupa pacjentów z rozpoznaniami, które nie zostały włączone do polskiej wersji kwestionariusza CIDI a więc rozpoznań z grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (F42.xx) oraz występujących pod postacią somatyczną (F45.xx). Przeanalizowano wyniki 139 pacjentów, w tym 36 mężczyzn i 103 kobiet. Charakterystyka badanej grupy przedstawiona jest w tab. 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (grupa pacjentów).
Table 1. Characteristics of the patient group

	Płeć		Ogółem
	mężczyzna	kobieta	
Główne rozpoznanie			
F30-F39	21	62	83
F40-F48	15	41	56
Wiek			
18-29	1	11	12
30-39	9	15	24
40-49	8	21	29
50-65	18	56	74
Ogółem	36	103	139

W zrealizowanym badaniu proporcja mężczyzn jest mniejsza niż wśród pacjentów warszawskich PZP. Trudno jednoznacznie podać przyczynę tego stanu rzeczy. Być może mężczyźni z większą łatwością odmawiali lekarzowi psychiatrze zgody na udział w badaniu. Możliwe też, że kobiety leczą się bardziej systematycznie i z większą częstotliwością pojawiają się w poradni.

Grupa populacyjna. Próba osób z populacji generalnej była dobraća ze względu na płeć (po 50%), wiek – 18-29, 30-39, 40-49, 50-65 (po 1/4) oraz wykształcenie (wyższe 33%, średnie 33% i podstawowe/zasadnicze 33%). Z osobami z tej grupy ankieterzy SMG/KRC przeprowadzali badanie kwestionariuszem CIDI a następnie, w odstępie od trzech dni do tygodnia, respondenci spotykali się z jednym z realizujących badanie psychiatrów. W trakcie badania psychiatrzy posługiwali się krótkim ustrukturyzowanym wywiadem diagnostycznym MINI. Wszystkie osoby badane wyraziły wcześniej na piśmie zgodę na udział w badaniu.

Wywiady CIDI zostały przeprowadzone ze 156 osobami, wśród których było 78 mężczyzn i 78 kobiet. Lekarze psychiatrzy posługując się kwestionariuszem MINI zrealizowali wywiady ze 152 osobami. Cztery osoby, z różnych przyczyn, nie zgłosiły się na spotkanie z psychiatrą. W artykule zaprezentowano wyniki otrzymane w grupie 152 osób, w tym 75 mężczyzn i 77 kobiet, z którymi przeprowadzono wywiady diagnostyczne przy pomocy obu narzędzi. Charakterystyka badanej grupy przedstawiona jest w tab. 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy (grupa populacyjna).
Table 2. Characteristics of the population sample

Wiek	Płeć		Ogółem
	mężczyzna	kobieta	
18-29	19	20	39
30-39	16	20	36
40-49	21	19	40
50-65	19	18	37
Ogółem	75	77	152

Narzędzia i zmienne w grupie pacjentów

W tej części badania porównano zgodność diagnoz z dokumentacji medycznej pacjentów PZP z tymi określonymi przez CIDI wg klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV, w odniesieniu do dwóch grup rozpoznania:

- zaburzeń nastroju (DSM-IV: zaburzeń afektywnych)
- zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (DSM-IV: zaburzeń lękowych)

Porównania na poziomie szczegółowych rozpoznania nie były możliwe, ponieważ w dokumentacji medycznej dysponowano w znacznej części jedynie trzyznakowymi rozpoznaniem w klasyfikacji ICD-10. Bardziej szczegółowe diagnozy były określone zaledwie dla 20 pacjentów (14%), dlatego zdecydowano, aby analiza dotyczyła jedynie szerokich grup rozpoznania. Szczegółowe analizy nie byłyby również możliwe ze względu na niewystarczającą liczebność dla poszczególnych szczegółowych rozpoznania.

Rozpoznanie z dokumentacji medycznej. Jako podstawę do określenia rozpoznania wykorzystano diagnozy z dokumentacji medycznej pacjentów, dotyczące głównego i dodatkowego rozpoznania, określonego wg klasyfikacji ICD-10. Diagnozy te były określone wcześniej przez lekarzy psychiatrów prowadzących pacjentów, w toku konsultacji i leczenia. Rozpoznanie te nie były weryfikowane przed badaniem CIDI. Badani pacjenci mieli postawione następujące diagnozy z grupy zaburzeń nastroju: F31, F32, F33, F39 oraz z grupy zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem: F40, F41, F43, F48.

Rozpoznanie określone przez CIDI. W polskiej wersji kwestionariusza CIDI znalazło się 20 sekcji diagnostycznych umożliwiających identyfikację konkretnego zaburzenia psychicznego zgodnie z kryteriami dwóch systemów diagnostycznych, DSM-IV i ICD-10. O tym, które sekcje były uwzględniane w wywiadzie z respondentem decydowały odpowiedzi na pytania przesiewowe rozpoczynające wywiad. Kwestionariusz CIDI określa rozpoznania wg kryteriów obu klasyfikacji diagnostycznych, oddzielnie dla

ostatnich 30 dni, ostatnich 12 miesięcy i całego życia osób badanych. Przy porównaniu wyników posłużono się obiema klasyfikacjami diagnostycznymi, aby sprawdzić czy istnieją różnice w tym zakresie.

Do porównania zgodności rozpoznania wykorzystano diagnozy określone dla tych sekcji CIDI, które dotyczyły rozpoznania zaburzeń nastroju (afektywnych) (ICD10)/zaburzeń afektywnych (DSM-IV) oraz zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (ICD10)/zaburzeń lękowych (DSM-IV). W rozpoznaniach zaburzeń nastroju CIDI wg ICD-10, kategoria zaburzeń dwubiegunowych określona jest na podstawie DSM-IV z uwagi na brak tej podkategorii w systemie CIDI. Porównano zgodność z rozpoznaniem dla ostatnich 12 miesięcy oraz całego życia osób badanych.

Narzędzia i zmienne w grupie populacyjnej

W badaniu w grupie z populacji ogólnej porównano zgodność rozpoznania określonych w wywiadach przeprowadzonych przez ankieterów przy pomocy CIDI oraz przez psychiatrów na podstawie kwestionariusza MINI. Ze względu na niewielką liczbę poszczególnych szczegółowych rozpoznania, możliwe były jedynie porównania niektórych szerszych grup zaburzeń. Do porównania wybrano grupy rozpoznania uwzględnione w obu narzędziach. Objęły one następujące grupy, wg klasyfikacji DSM-IV:

- Zaburzenia afektywne (296.xx, 300.4),
- Zaburzenia lękowe (300.01, 300.02, 300.21, 300.22, 300.23, 309.81),
- Zaburzenia odżywiania (307.1, 307.51, 307.50),
- Nadużywanie/Zależność od alkoholu (303.9/305.00),
- Nadużywanie/Zależność od innych środków psychoaktywnych (304.00-90/305.20-90).

Zarówno kwestionariusz CIDI, jak i MINI umożliwiają diagnozowanie na podstawie klasyfikacji DSM-IV oraz ICD-10, jednak w przypadku obu kwestionariuszy, pierwotną bazą ich tworzenia były kryteria diagnostyczne DSM-IV. Dlatego zdecydowano zaprezentować wyniki jedynie według klasyfikacji DSM-IV.

Rozpoznanie określone przez MINI. MINI – to narzędzie diagnostyczne w formie kwestionariusza do przeprowadzenia krótkiego, ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego dotyczącego głównych zaburzeń psychicznych. Podobnie jak CIDI, kwestionariusz MINI zbudowany jest z sekcji przesiewowej i sekcji klinicznych opartych na klasyfikacjach DSM-IV i ICD-10, natomiast jest narzędziem o wiele mniej złożonym. Podczas gdy przeprowadzenie wywiadu CIDI zajmuje średnio 1,5 godziny a bywa, że znacznie przekracza ten czas, wywiad przy pomocy MINI trwa średnio 15 minut, na ogół nie przekracza 30-45 min.

Analiza statystyczna

Do szacowania stopnia zgodności rozpoznań zaburzeń psychicznych uzyskanych w badaniu grupy pacjentów i badaniu populacyjnym posłużono się modelem analizy poziomu zgody z wykorzystaniem współczynnika kappa Cohena (współczynnik κ_C) [16]. Współczynnik ten jest wykorzystywany do porównywania zgodności pomiędzy dwoma ekspertami pełniącymi rolę sędziów kompetentnych. Rolę sędziów kompetentnych, których zgodność ocen jest badana, mogą pełnić zarówno osoby (np. egzaminator, lekarz stawiający diagnozę) jak i metody lub narzędzia klasyfikacyjne (np. laboratorium pomiarowe, test diagnostyczny itp.). Do interpretacji wyników zastosowano powszechnie stosowaną skalę porównawczą określoną przez Landisa i Kocha, przedstawioną w tab. 3 [por. 16].

Tabela 3. Interpretacja wartości przyjmowanych przez współczynnik kappa Cohena (κ_C) wg Landisa i Kocha.

Table 3. Interpretation of Cohen's Kappa (K_C) coefficient values, after Landis and Koch

kappa (κ_C)	Interpretacja
< 0,00	brak zgodności
0,00 – 0,20	słaba
0,21 – 0,40	średnia
0,41 – 0,60	umiarkowana
0,61 – 0,80	pokaźna
0,81 – 1,00	prawie perfekcyjna

WYNIKI

Grupa pacjentów

W grupie pacjentów porównano zgodność diagnoz z grupy zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem rozpoznanych w PZP z określonymi na podstawie kwestionariusza CIDI. W przypadku dokumentacji pacjentów PZP, uwzględniono zarówno pierwsze (główne) rozpoznanie, jak i współwystępujące. Należy jednak podkreślić, że niewielu pacjentów miało określone w dokumentacji choroby rozpoznane uzupełniające, dotyczyło to zaledwie pojedynczych przypadków. Zestawiono rozpoznania uzyskane na podstawie badania CIDI: zgodnie z kryteriami obu systemów diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV, w odniesieniu do ostatnich 12 miesięcy oraz całego życia osób badanych. W tab. 4 przedstawiono liczbę oraz procent osób w podziale na płeć, którym postawiono rozpoznania z grupy zaburzeń nastroju lub zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem, w dokumentacji choroby oraz przy pomocy CIDI.

Wśród osób leczonych w PZP, 60% ma postawioną diagnozę z grupy zaburzeń nastroju (58% mężczyzn i 61% kobiet) a 43% – z grupy zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (42% mężczyzn i 44% kobiet) (tab. 4). Proporcje rozpoznań według kryteriów ICD-10 uzyskanych przy pomocy CIDI dla grupy zaburzeń nastroju są bardzo podobne, a w przypadku kobiet identyczne, jak w dokumentacji PZP. Również w systemie DSM-IV uzyskaliśmy znaczne podobieństwo (58% wg ICD-10 i 63% wg DSM-IV). Takie zbliżone wyniki uzyskano jednak w odniesieniu do rozpoznań

Tabela 4. Liczba osób z analizowanymi grupami rozpoznań określonymi w dokumentacji PZP oraz przez CIDI.

Table 4. Number of cases in particular diagnostic categories with diagnoses established in Mental Health Clinic (PZP) medical records and CIDI-based

Płeć	Rozpoznania z przychodni (główne i współwystępujące) n (%)	Rozpoznania w CIDI (w ciągu życia)		Rozpoznania w CIDI (w ciągu 12 msc)	
		wg. ICD-10* n (%)	DSM-IV n (%)	ICD-10 n (%)	DSM-IV n (%)
Zaburzenia nastroju (afektywne) (ICD-10) - Zaburzenia afektywne (DSM-IV)					
Mężczyźni	21 (58%)	17 (47%)	18 (50%)	12 (33%)	13 (36%)
Kobiety	63 (61%)	63 (61%)	70 (68%)	45 (44%)	52 (51%)
Ogółem	84 (60%)	80 (58%)	88 (63%)	57 (41%)	65 (47%)
Zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem (ICD-10) - Zaburzenia lękowe (DSM-IV)					
Mężczyźni	15 (42%)	18 (50%)	17 (47%)	16 (44%)	13 (36%)
Kobiety	45 (44%)	73 (71%)	76 (74%)	58 (56%)	52 (50%)
Ogółem	60 (43%)	91 (65%)	93 (67%)	74 (53%)	65 (47%)

CIDI określonych dla całego życia. W przypadku zaburzeń doświadczanych w ostatnich 12 miesiącach, CIDI rozpoznaje zaburzenia nastroju rzadziej niż psychiatrzy w PZP. Dotyczy to zarówno systemu ICD-10, jak i DSM-IV. Natomiast w przypadku grupy zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem, większa zgodność diagnoz określonych przez CIDI i w dokumentacji PZP wystąpiła w rozpoznaniach dotyczących ostatnich 12 miesięcy (43% w PZP, 53% wg ICD-10 i 47% wg DSM-IV). Odnośnie do rozpoznań dotyczących całego życia respondentów, przy pomocy kwestionariusza CIDI wg obu klasyfikacji rozpoznano znacznie więcej zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem w porównaniu do diagnoz określonych w dokumentacji pacjentów z PZP.

W tab. 5, 6, 7 i 8 zaprezentowano zgodność jednostkowych rozpoznań określonych przez CIDI z diagnozami w dokumentacji pacjentów PZP. Tab. 5 i 6 dotyczą rozpoznań CIDI występujących w ostatnich 12 miesią-

cach (tab. 5 wg kryteriów ICD-10, tabl 6 wg DSM-IV), natomiast tab. 7 i 8 – w ciągu całego życia (tab. 7 wg kryteriów ICD-10, tabl. 8 wg DSM-IV). Poziom zgody określono na podstawie współczynnika kappi Cohena (κ_c) wg interpretacji Landisa i Kocha (tab. 3).

Między rozpoznaniem określanymi przy pomocy CIDI dla ostatnich 12 miesięcy a tymi z dokumentacji PZP zaobserwowano poziom zgody na poziomie średnim, zarówno w odniesieniu do rozpoznań z grupy zaburzeń nastroju (afektywnych), jak i zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (lękowych) (zob. tab. 5 i tab. 6). Można zauważyć, że taki sam, średni poziom zgody, dotyczy rozpoznań według klasyfikacji ICD-10 jak i DSM-IV. Wyniki te są podobne, aczkolwiek współczynnik kappi Cohena jest nieco wyższy dla DSM-IV (dla ICD-10 odpowiednio dla zaburzeń nastroju oraz nerwicowych i związanych ze stresem: $\kappa_c = 0,26$ i $\kappa_c = 0,20$; dla DSM-IV dla zaburzeń afektywnych oraz lękowych: $\kappa_c = 0,33$ i $\kappa_c = 0,26$).

Tabela 5. Zgodność rozpoznań CIDI wg kryteriów ICD-10 dla ostatnich 12 miesięcy z rozpoznaniem w dokumentacji PZP.

Table 5. Concordance between CIDI diagnoses made according to the ICD-10 criteria over the past 12 months and diagnoses from Mental Health Clinic medical records.

Grupy zaburzeń:	Rozpoznania			kappa (κ_c)
	w dokumentacji i wg CIDI	tylko wg CIDI	tylko w dokumentacji	
Zaburzenia nastroju (afektywne) F30-F39	44	14	40	0,26
Zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem F40-F48	39	35	21	0,20

Tabela 6. Zgodność rozpoznań CIDI wg kryteriów DSM-IV dla ostatnich 12 miesięcy z rozpoznaniem w dokumentacji PZP.

Table 6. Concordance between CIDI diagnoses made according to the DSM-IV criteria over the past 12 months and diagnoses from Mental Health Clinic medical records.

Grupy zaburzeń:	Rozpoznania ustalone			kappa (κ_c)
	w dokumentacji i w CIDI	tylko w CIDI	tylko w dokumentacji	
Zaburzenia afektywne (296.xx, 300.4)	51	14	33	0,33
Zaburzenia lękowe (300.01, 300.02, 300.21, 300.22, 300.23, 309.81)	37	28	23	0,26

Tabela 7. Zgodność rozpoznań CIDI wg kryteriów ICD-10 dla całego życia z rozpoznaniem w dokumentacji PZP.

Table 7. Concordance between CIDI lifetime diagnoses made according to the ICD-10 criteria and diagnoses from Mental Health Clinic medical records.

Grupy zaburzeń	Rozpoznania ustalone			kappa (κ_c)
	w dokumentacji i w CIDI	tylko w CIDI	tylko w dokumentacji	
Zaburzenia nastroju (afektywne)* F30-F39	60	20	24	0,35
Zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem F40-F48	49	42	11	0,27

Tabela 8. Zgodność rozpoznań CIDI wg kryteriów DSM-IV dla całego życia z rozpoznaniem w dokumentacji PZP.

Table 8. Concordance between CIDI lifetime diagnoses made according to the DSM-IV criteria and diagnoses from Mental Health Clinic medical records.

Grupy zaburzeń	Rozpoznania ustalone			kappa (κ_c)
	w dokumentacji i w CIDI	tylko w CIDI	tylko w dokumentacji	
Zaburzenia afektywne (296.xx, 300.4)	68	20	16	0,45
Zaburzenia lękowe (300.01, 300.02, 300.21, 300.22, 300.23, 309.81)	48	45	12	0,22

Analogicznie, poziom zgody między rozpoznaniem określonym przy pomocy CIDI odnośnie do całego życia osób badanych z rozpoznaniem postawionym w poradni, przedstawiono w tab. 7 (wg klasyfikacji ICD-10) i tab. 8 (wg klasyfikacji DSM-IV).

Poziom zgody między rozpoznaniem z grupy zaburzeń nastroju określonymi na podstawie CIDI a tymi rozpoznaniem w PZP pozostaje na poziomie średnim, jeśli porównywane są rozpoznania CIDI wg klasyfikacji ICD-10 ($\kappa_C = 0,35$). Dla klasyfikacji DSM-IV jest to już poziom nieco wyższy – umiarkowany ($\kappa_C = 0,45$). W przypadku zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem, zgodność osiąga poziom średni zarówno biorąc pod uwagę diagnozy określane przez CIDI wg klasyfikacji ICD-10, jak i DSM-IV (dla ICD-10: $\kappa_C = 0,27$ dla DSM-IV: $\kappa_C = 0,22$). (zob. tab. 7 i 8).

Grupa populacyjna

W grupie z populacji ogólnej badano zgodność rozpoznań określonych podczas wywiadu przeprowadzonego na podstawie kwestionariusza CIDI z rozpoznaniem wystawionym przez lekarzy psychiatrów przy pomocy MINI. Przedstawiono wyniki dotyczące jedynie szerszych grup rozpoznań, ponieważ szczegółowe rozpoznania nie są wystarczająco liczne do statystycznej analizy. W przypadku MINI, diagnozy określane w kwestionariuszu jako stan obecny dotyczą okresu od ostatniego miesiąca do 2 lat, w zależności od rozpoznania. Uznano, że w przypadku CIDI porównywalnym przedziałem czasowym jest ostatnich 12 miesięcy.

W tab. 9 przedstawiono liczbę oraz procent osób, którym w wywiadach przeprowadzonych przy pomocy CIDI oraz MINI postawiono rozpoznania z określonych grup zaburzeń.

Porównując wyniki uzyskane na podstawie badania tymi dwoma narzędziami, można zauważyć, że zwłaszcza zaburzenia afektywne oraz nadużywanie/uzależnienie od alkoholu są częściej rozpoznawane jeśli instrumentem diagnostycznym jest kwestionariusz MINI. Posługujący się MINI lekarze psychiatrzy roz-

poznali więcej niż CIDI zaburzeń afektywnych (MINI – 18 rozpoznań, CIDI – 8) oraz zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu (MINI – 7, CIDI – 2). Przy pomocy CIDI częściej rozpoznawano jedynie zaburzenia odżywiania (MINI – 2, CIDI – 5). W odniesieniu do zaburzeń lękowych, oba narzędzia stawiają podobną liczbę rozpoznań (MINI – 15, CIDI – 16).

Tabela 9. Liczba osób z poszczególnymi grupami rozpoznań określonymi na podstawie CIDI i MINI.

Table 9. Number of cases in particular diagnostic categories assessed using the CIDI and MINI.

	Rozpoznanie CIDI wg DSM-IV (ostatnie 12 miesięcy.)	Rozpoznanie MINI wg DSM-IV (obecnie)*
Zaburzenia afektywne (296.xx, 300.4)		
Mężczyzna	4 (5%)	8 (11%)
Kobieta	4 (5%)	10 (13%)
Ogółem	8 (5%)	18 (12%)
Zaburzenia lękowe (300.01, 300.02, 300.21, 300.22, 300.23, 309.81)		
Mężczyzna	6 (8%)	8 (11%)
Kobieta	10 (13%)	7 (9%)
Ogółem	16 (10%)	15 (10%)
Zaburzenia odżywiania (307.1, 307.51, 307.50)		
Mężczyzna	1 (1%)	0
Kobieta	4 (5%)	2 (3%)
Ogółem	5 (3%)	2 (1%)
Nadużywanie/Zależność od alkoholu (303.9/305.00)		
Mężczyzna	2 (3%)	6 (8%)
Kobieta	0	1 (1%)
Ogółem	2 (1%)	7 (5%)
Nadużywanie/Zależność od innych substancji psychoaktywnych 304.00-90/305.20-90		
Mężczyzna	1 (1%)	2 (3%)
Kobieta	0	0
Ogółem	1 (<1%)	2 (1%)

* dotyczy okresu od miesiąca do 2 lat, w zależności od rozpoznania

W tab. 10 przedstawione są wyniki poziomu zgodności jednostkowych diagnoz określonych na podstawie wywiadów przeprowadzonych przy pomocy CIDI oraz MINI.

Tabela 10. Zgodność rozpoznań określanych na podstawie kwestionariuszy CIDI i MINI.

Table 10. Concordance of diagnoses based on the CIDI and MINI assessment.

Grupy rozpoznań:	Rozpoznanie ustalone			kappa (κ_c)
	w CIDI i w MINI	tylko w CIDI	tylko w MINI	
Zaburzenia afektywne (296.xx, 300.4)	5	3	13	0,34
Zaburzenia lękowe (300.01, 300.02, 300.21, 300.22, 300.23, 309.81)	7	9	8	0,39
Zaburzenia odżywiania (307.1, 307.51, 307.50)	2	3	0	0,56*
Nadużywanie/ zależność od alkoholu (303.9/305.00)	1	1	6	0,21*
Nadużywanie/ zależność od innych substancji psychoakt. (304.00-90/305.20-90)	1	1	1	0,49*

* ze względu na małą liczbę rozpoznań, nie można ostatecznie ocenić poziomu zgodności w przypadku tych grup zaburzeń

W odniesieniu do zaburzeń afektywnych oraz zaburzeń lękowych zaobserwowano zgodność na poziomie średnim (odpowiednio $\kappa_c = 0,34$, $\kappa_c = 0,39$). W przypadku trzech kolejnych grup rozpoznań: zaburzeń odżywiania, nadużywania/zależności od alkoholu oraz nadużywania/zależności od innych substancji psychoaktywnych, w badanej grupie nie postawiono zbyt wielu diagnoz, dlatego przy ocenie wyników należy zachować ostrożność. Zbyt niska liczba rozpoznań w badaniu nie pozwala na ostateczną ocenę zgodności dla tych grup zaburzeń.

PODSUMOWANIE I Dyskusja Wyników

W porównaniach rozpoznań dotyczących grup zaburzeń psychicznych określonych przy pomocy CIDI oraz w dokumentacji warszawskich PZP, otrzymano zgodność na poziomie średnim w odniesieniu do rozpoznań CIDI dla ostatnich 12 miesięcy oraz średnim i umiarkowanym dla zaburzeń w ciągu całego życia. Umiarkowany, a więc nieco wyższy poziom zgodności, ujawnił się tylko w przypadku rozpoznań z grupy zaburzeń afektywnych określonych przez CIDI wg klasyfikacji

DSM-IV. W badaniu przeprowadzonym w grupie z populacji ogólnej, w którym porównano zgodność rozpoznań określonych przy pomocy kwestionariuszy CIDI oraz MINI, otrzymano średni poziom zgodności. Porównania można było dokonać jedynie dla rozpoznań z grupy zaburzeń afektywnych oraz lękowych. W przypadku rozpoznań z grupy zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, nie można było ocenić poziomu zgodności między narzędziami ze względu na zbyt niską liczbę rozpoznań.

Przedstawione w artykule badanie miało charakter wstępny, obejmowało niewielkie liczebnie próby badawcze, ponadto można wskazać szereg czynników, które mogły mieć wpływ na uzyskane wyniki, a których nie można było kontrolować. Ze względu na niską liczebność możliwe były jedynie porównania dotyczące szerokich grup rozpoznań. W przypadku badania w grupie pacjentów, do porównań wykorzystano rozpoznania z dokumentacji medycznej PZP, których nie weryfikowano przy pomocy aktualnego badania klinicznego. Zastosowanie takiego rozwiązania byłoby zbyt kosztowne. Rozpoznania w PZP były zwykle stawiane znacznie wcześniej, na początku podjęcia leczenia przez pacjenta. W wyniku stosowanego przez PZP leczenia, pacjenci mogli nie doświadczać już niektórych objawów w czasie wywiadu CIDI. Tym samym, w okresie ostatnich 12 miesięcy mogli nie spełniać kryteriów diagnostycznych rozpoznanego wcześniej zaburzenia. Natomiast zaburzenia rozpoznane przez CIDI odnośnie całego życia mogły wystąpić u osób badanych wiele lat wcześniej, np. w okresie dzieciństwa czy wczesnej dorosłości. Zaburzenia takie nie były odnotowane w dokumentacji z PZP, co mogło stanowić przyczynę niezgodności.

Należy również podkreślić różnice w procedurze określania diagnoz w poradniach i w badaniu przy pomocy kwestionariusza CIDI. W poradniach, lekarz dokonuje analizy wszystkich problemów pacjenta i formułuje tak zwane główne rozpoznanie. Niestety, w danych uzyskanych do badania z dokumentacji PZP, takie rozpoznanie ograniczało się w większości przypadków do trzyznakowego kodu ICD-10. Natomiast CIDI stawia bardziej szczegółowe rozpoznania, określa też wszystkie zaburzenia, których kryteria pacjent spełnia, nie rozstrzygając, które jest główne.

W odniesieniu do badania na populacji ogólnej, które porównywało diagnozy uzyskiwane przy pomocy kwestionariuszy MINI i CIDI, czynnikami wpływającymi na pewne niezgodności między narzędziami mogły być odmiennie określone ramy czasowe dla niektórych rozpoznań oraz niewielka liczba

rozpoznań w przypadku kilku grup diagnostycznych. Należy podkreślić również, że MINI jest narzędziem krótkim i mniej złożonym niż CIDI, trudno powiedzieć, czy brak zgodności w niektórych przypadkach nie jest raczej związany właśnie z niedoskonałością kwestionariusza MINI. Ze względu na przedstawione zastrzeżenia zdecydowano, że żadna z porównywanych metod rozpoznawania zaburzeń psychicznych nie pełni funkcji metody referencyjnej a w analizie statystycznej posłużono się modelem analizy poziomu zgody używanym do porównywania zgodności pomiędzy dwoma ekspertami pełniącymi rolę sędziów kompetentnych [16, 17].

W międzynarodowych opracowaniach dotyczących walidacji CIDI oraz jego zgodności z innymi narzędziami diagnostycznymi często wskazuje się na problemy natury metodologicznej w tego typu badaniach. Zwraca się też uwagę na problem z wyznaczeniem narzędzia referencyjnego tzw. złotego standardu, do którego wyniki CIDI powinno się porównywać, aby oszacować jego trafność i rzetelność. [17]. CIDI to narzędzie złożone i wysoce ustrukturyzowane, porównywanie jego zgodności z narzędziami o podobnej charakterystyce, takimi jak *SCID*, przynoszą zazwyczaj wyniki potwierdzające wysoki stopień zgodności [2, 5, 9]. W badaniach, w których posłużono się tylko nieco mniej ustrukturyzowanym narzędziem jakim jest *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)* – wyniki są zróżnicowane, poziom zgodności waha się od słabego [10] do poziomu dobrego i bardzo dobrego [6, 18]. Natomiast w niektórych badaniach porównujących zgodność wyników CIDI z traktowanym jako metoda referencyjna wywiadem klinicznym, uzyskano wyniki niezadowolające [19] lub niezadowolające w odniesieniu do niektórych rozpoznań [20].

Te niejednoznaczne wyniki wywołują wprawdzie pewne kontrowersje przy ocenach możliwości szerokiego stosowania ustrukturyzowanych kwestionariuszy diagnostycznych, jednak w dyskusji przeważają głosy dopatrujące się źródeł tych niezgodności bardziej w błędach i ograniczeniach metodologicznych niż w samych narzędziach [11, 21]. Na problem niskiej zgodności diagnoz stawianych przez psychiatrów zwracano uwagę już od lat 60. [22-25]. Stwarzało to problemy odnośnie do dokonywania porównań epidemiologicznych. Odpowiedzią na to był rozwój i doskonalenie międzynarodowych kryteriów diagnostycznych oraz opracowanie w ramach inicjatywy WHO pół-ustrukturyzowanych i ustrukturyzowanych narzędzi diagnostycznych do badań epidemiologicznych, właśnie takich jak CIDI [25]. Wywiady

prorowadzone za pomocą takich kwestionariuszy mogą być przeprowadzane przez ankieterów bez wykształcenia medycznego czy psychologicznego, są więc korzystne ze względów ekonomicznych i możliwe do stosowania w badaniach w dużych grupach. Komputerowe wersje tych wywiadów miały wprowadzić wyższy poziom standaryzacji do diagnostyki a dzięki automatycznemu generowaniu wyników miały minimalizować błędy związane z wprowadzaniem danych i stosowaniem skomplikowanej punktacji. Złożone ustrukturyzowane kwestionariusze diagnostyczne, takie jak CIDI, są polecane przez WHO do stosowania przy prowadzeniu badań epidemiologicznych i porównań międzykulturowych. Kwestionariusz CIDI jest też coraz częściej traktowany jako narzędzie referencyjne „złoty standard” w badaniach nad poziomem wiarygodności i przy określaniu parametrów psychometrycznych innych narzędzi: krótkich kwestionariuszy czy skal diagnostycznych.

W polskiej literaturze pojawiały się opinie o potrzebie zaadaptowania CIDI do naszego kontekstu kulturowego, co umożliwiłoby przeprowadzanie w Polsce porównywalnych na poziomie międzynarodowym badań epidemiologicznych [26-28]. W ramach projektu EZOP, kwestionariusz CIDI został przetłumaczony, poddany adaptacji kulturowej oraz pilotażowi. Wyniki wstępnego badania porównującego zgodność diagnoz określanych przy pomocy kwestionariusza CIDI z rozpoznaniem uzyskiwanymi innymi metodami wydają się obiecujące. Potrzebne są jednak dalsze badania, aby szczegółowo określić właściwości parametryczne tego narzędzia.

PIŚMIENNICTWO

1. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004; 13: 93–121.
2. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, Lepine JP, Mazzi F, Reneses B, Vilagut G, Sampson NA, Kessler RC. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006; 15: 167–180.
3. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Zdrowie psychiczne mieszkańców Polski. Raport z badania EZOP.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
4. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sørensen T, Brusaard D. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33(7): 345-54.

5. Kessler RC, Wittchen HU, Abelson JM, McGonagle KA, Schwarz N, Kendler KS, Knäuper B, Zhao S. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *Int J Methods Psychiatr Res.* 1998; 7: 33–55.
6. Jordanova V, Wickramasinghe C, Gerada C, Prince M. Validation of two survey diagnostic interviews among primary care attendees: a comparison of CIS-R and CIDI with SCAN ICD-10 diagnostic categories. *Psychol Med.* 2004; 34: 1013–1024.
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, Zhao S, Abelson JM, Abelson JL, Kessler RC. Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychol Med.* 1996; 26: 1169–1177.
10. Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H, Bebbington PE. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) *Psychol Med.* 2001; 31: 1001–1013.
11. Kessler RC, Avenevoli S, Greif Green J, Gruber MJ, Heeringa S, Guyer, M, He Y, Jin R, Kaufman J, Merikangas KR, Sampson NA, Zaslavsky AM. The National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48(4): 386–399.
12. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *Eur Psychiatry.* 1998; 13(1): 26–34.
13. Aalto AM, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res.* 2012; 197(1–2): 163–71.
14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavaj 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(suplement 20): 22–33.
15. Matysiak M, Przychoda J. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Polish Version 5.0.0. Lublin: Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej; 1998.
16. Jarosz-Nowak J. Modele oceny stopnia zgody pomiędzy dwoma ekspertami z wykorzystaniem współczynnika Kappa. *Matematyka Stos.* 2007; 8: 126–154.
17. Kessler RC, Abelson J, Demler o, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, Howes MJ, Jin R, Vega WA, Walters EE, Wang P, Zaslavsky A, Zheng H. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organisation (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004; 13(2): 122–39.
18. 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: 124–32.
19. Becker J, Kocalevent RD, Rose M, Fliege H, Walter OB, Frommer J, Klapp BF. Standardized diagnosing: computer-assisted (CIDI) diagnoses compared to clinically-judged diagnoses in a psychosomatic setting. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2006; 56(1): 5–14.
20. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(1): 18–22.
21. Knappe S, Runge J, Beesdo K, Jacobi F, Wittchen HU. Diagnosing mental disorders: gold or tin standard? Critical comments on standardized diagnostic interviews and clinical routine diagnoses. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2008; 58(2): 72–5.
22. Beck AT. Reliability of psychiatric diagnoses: 1. A critique of systematic studies. *Am J Psych.* 1962; 119: 210–216.
23. Spitzer RL, Fleiss JL. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry.* 1974; 125: 341–347.
24. Mellsop G, Varghese F, Joshua S, Hicks A. The reliability of Axis II of DSM-III. *Am J Psych.* 1982; 139: 1360–1361.
25. Komiti AA, Jackson HJ, Judd FK, Cockram AM, Kyrios M, Yeatman R, Murray G, Hordern C, Wainwright K, Allen N, Singh B. A comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI-Auto) with clinical assessment in diagnosing mood and anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001; 35(2): 224–30.
26. Kiejna A, Grzesiak M, Kantorska-Janiec M. Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) – możliwości wykorzystania w badaniach ekonomicznych w psychiatrii. *Psychiatr Pol.* 1998; 32(4): 463–480.
27. Grzesiak M, Kiejna A. Kwestionariusze diagnostyczne i ich zastosowanie w badaniach epidemiologicznych w psychiatrii. *Psychiatr Pol.* 1999; 33(4): 519–533.
28. Mazurek J, Małyszczak K. Wstępna ocena trafności polskiej wersji kwestionariusza MINI-Kid. *Postępy Psychiatr Neurol.* 2006; 15(3): 147–150.

Nadesłano/Submitted: 24.09.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 22.11.2012. Przyjęto/Accepted: 04.12.2012.

Adres/Address: Marta Welbel, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, Tel. 22-458 27 79, e-mail: mwelbel@ipin.edu.pl.