

***Radu Vrsti: "Masurarea Sanatatii Mentale" (carte in curs de aparitie)***

## **Capitolul II: INTERVIURILE DIAGNOSTICE STRUCTURATE**

### **1. DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC SI PROBLEMELE LUI DE CONFIDENTA**

Psihiatrii au sesizat de timpuriu ca diagnosticile lor nu sunt unanim agreate de colegii lor, dar adevarata problema a dezacordului dintre diagnostice a aparut dupa al II-lea Razboi Mondial. Primele studii ale confidentei diagnosticelor au fost profund dezamagitoare si nu au dat un acord mai mare de 40%<sup>1</sup>. Studii ulterioare au aratat ca acordul dintre diagnostice creste cu cat diagnosticul este facut de profesionisti cu experienta. Kreitman (1961)<sup>2</sup> identifica 5 factori principali re pot afecta acordul dintre diagnostice: i) factori legati de psihiatrii; ii) factori legati de modul de examinare; iii) factori legati de pacienti; iv) factori legati de modul de analiza si v) factori legati de nomenclatura si raportare. Toata aceasta problema rezida din faptul ca nu exista probe patognomonice de laborator, asa-zisul "gold standard" si psihiatrul sau psihologul clinician trebuie sa se bazeze numai pe interviul clinic atunci cand doreste sa puna un diagnostic. Traditional, se lasa la latitudinea profesionistului modul cum extrage si califica experientele psihopatologice ale subiectului. Astfel, interviul clinic era tributar pozitiei teoretice a profesionistului si probabilitatea acordului dintre diagnostice era, astfel, destul de mica.

Proiectul "US : UK" de comparare a diagnosticelor si statisticilor spitalicesti din Anglia si Statele Unite<sup>3,4</sup> au relevat totala discrepanta dintre psihiatrii din cele doua tari. Cautand sa explice discrepanta dintre diagnosticile psihiatrice, Shepherd si colab. (1968)<sup>5</sup> gaseau patru ratiuni principale:

- 1) tehnici de interviu psihiatric;
- 2) perceptia comportamentului si discursului pacientului;
- 3) deductiile si deciziile facute de psihiatru pe baza celor percepute;
- 4) aderenta la un tip particular de diagnostic.

Tehnica de interviu bazata pe anamneza clinica si afiliatia la o doctrina psihopatologica (de ex. psihanaliza, fenomenologie, etc.) era foarte diferita de la clinician la clinician si influenta profund interpretarea spuselor pacientului sau a comportamentului lui. Preconceptiile diagnostice si aderentele teoretice influenteaza si mai mult procesul de decizie diagnostica. Toate aceste au incercat sa fie atenuate in studiul pilot international asupra schizofreniei (OMS, 1974)<sup>6</sup> cand toate cele 9 centre colaboratoare au trebuit sa se "supuna" la acelasi

metodologie si au folosit ca unic instrument diagnostic interviul "Examinarea starii prezente" (*Present State Examination*)<sup>7</sup>, un interviu semistrukturat de diagnostic bazat pe definitii operationale ale itemilor si cu un program de prelucrare prin micro-computer numit CATEGO. Au fost examinati 1.202 pacienti si procentul de acord al diagnosticului de schizofrenie a fost intre 70,5 (pentru Moscova si Washington, DC) si 95.5% pentru restul de 7 centre<sup>8</sup>. Oricum ar fi fost, se demonstreaza pentru prima oara ca folosindu-se o metodologie stricta si un instrument standardizat de examinare rata de concordanta a diagnosticelor creste foarte mult. In 1968 Kendell si colab<sup>9</sup>. demonstreaza un indice de confidenta intercatorii kappa de +0,77 pentru evaluarea individuala a simptomelor psihiatrice prin interviul PSE. Se deschide astfel poarta instrumentelor standardizate de diagnostic si clinicienii devin din ce in ce mai interesati de o evaluare confidenta a bolnavilor lor, lucru de dorit atat in trialurile farmacologice, in cazurile medico-legale sau de malpractica sau in fata companiilor de asigurari.

Odata cu introducerea interviului standardizat de diagnostic apare o alta sursa de non-confidenta: folosirea de diferite criterii diagnostice ("varianta criteriului" dupa Spitzer). Prima incercare de a face o criteriologie descriptiva si sistematica a 14 tulburari psihiatrice a fost intreprinsa de Feighner si colab. in 1972<sup>10</sup>. La interval de 6 ani apare o extensie si imbunatatire a criteriologiei in celebra "*Research Diagnostic Criteria*" (RDC) facuta de Spitzer si colab. (1978)<sup>11</sup> care apare impreuna cu un interviu specific de diagnostic numit "*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*" (SADS)<sup>12</sup>. De acum inainte, atunci cand se va dezvolta un sistem de clasificare si diagnostic va apare simultan sau la un interval mic un instrument standardizat de diagnostic specific (de exemplu, DSM-III cu perechea sa "*Diagnostic Interview Schedule*" (DIS)<sup>13</sup> sau ICD-10 cu interviurile CIDI si SCAN). Odata cu studiile de validitate si confidenta a instrumentelor de diagnostic pe o populatie anumita sau in trialuri cross-culturale, se vor face acelasi gen de studii si pentru sistemul de clasificare si diagnostic (studii de validitate si confidenta la nivel de criteriu, sindrom si categorii diagnostice), asa cum s-a intamplat cu sistemele ICD-10<sup>14</sup> si DSM-IV<sup>15</sup>. Astfel, in nucleul teoretic al evaluarii confidente se afla doua criterii: increderea in raspunsul subiectului si standardizarea intrebarilor pentru evaluarea prezentei si severitatii simptomelor subiectului, lucru care a dus la reducerea erorilor date de interpretarea subiectiva a informatiilor primite de la subiect sau de la alti informanti<sup>16</sup>.

La initiativa Asociatiei Psihatrilor Americani s-a constituit un grup de lucru format din psihiatrii clinicieni impreuna cu colegi implicati mai mult in cercetare sau in institutii de invatamant superior care a avut ca scop construirea unui ghid cu linii directoare practice pentru evaluarea psihiatrice; ghidul a aparut in 1995<sup>17</sup>. Aici se mentioneaza 7 metode de obtinere a

informatiei privitoare la pacient, un loc aparte avand interviurile structurate ca fiind metoda de crestere a increderii ca " sunt prezente criteriile diagnostice pentru a tulburare mentala anumita". Trebuie evitata absolutizarea valorii acestor instrumente in detrimentul discutiei libere cu subiectul si a altor metode traditionale si flexibile de evaluare precum folosirea surselor colaterale, a testelor psihologice si neuropsihologice si a informatiilor de la alte categorii de profesionisti.

Mai recent Robins si Cotler (2004)<sup>18</sup> arata care ar fi cei sapte pasi necesari in construirea unui bun interviu:

1. Formularea intrebarilor diagnostice care presupune ca: i) fiecare simptom trebuie acoperit de una sau mai multe intrebari, indiferent daca se refera la toata viata sau intr-o perioada limitata de timp; ii) pentru fiecare simptom interviul trebuie sa prevada probe prin care sa determine daca simptomul respectiv este "psihiatric" sau se datoreaza unei cauze organice si/sau utilizarii de substante; iii) interviul trebuie se evite folosirea cuvintelor "nespecifice" cu intelesuri vagi precum: etc., persistent, excesiv, intens, recurent, pentru ca analiza de confidenta solicita ca intelesul fiecarei cuvint sa fie egal pentru fiecare subiect interviuat; iv) intrebarile trebuie sa sufere procesul de revizuire prin analiza lor de catre alti autori si apoi in final de catre experti externi cu scopul de a se obtine un consens final asupra formularii intrebariilor.

2. Testarea receptarii intrabarilor de catre subiect: i) intrebarile incluse in interviu trebuie sa fie inteligibile pentru subiectii presupusi a fi tinta acestui interviu; ii) ele trebuie sa ceara informatii pe care subiectul le detine si iii) intrebarile nu trebuie sa produca disconfort sau jena astfel incat subiectul sa poata raspunde cu onestitate.

3. Selectarea formatului interviului de catre parintii interviului: i) intre versiunea creion-hartie, cea computerizata sau cea video; ii) intre structura modulara (in care fiecarui diagnostic ii corespunde un modul) si cea de screening (in care sunt alese pentru fiecare diagnostic 2-3 intrebari esentiala care sa deceleze prezenta sau absentia fenomenului); iii) checklist versus recapitularea simptomelor cotate pozitiv, important cand se vrea sa se vada cate din simptomele cotate pozitiv s-au intamplat in aceasi perioada de timp, precum in interviurile CIDI sau DIS; iv) administrarea probelor pentru a fi sublinia evidntia semnificatia clinica a simptomului sau relevanta lui psihiatrica, fie sub forma de diagrama (ca la interviul CIDI) sau sub forma probelor inserate dupa fiecare intrebare (ca la interviul SCID).

4. Programul de introducere a datelor in computer ("*data entry program*"): dupa terminarea formularii intrebarilor si a obtinerii consensului asupra lor este necesar sa se construiasca programul de introducere a datelor. El trebuie sa permita introducerea

raspunsurilor subiectului in ordinea intrebarilor si a modulelor sau sectiunilor, daca ele exista si trebuie sa contina si un program subsecvent de “*cleaning*” care sa nu permita introducerea unor raspunsuri care sunt in conflict cu alte raspunsuri anterioare, care nu sunt logice, sau care contin erori de inregistrare. La fel, programul trebuie sa stipuleze cum se inregistreaza datele omise, neinregistrate sau necodificate.

5. Programul de obtinere a scorului diagnostic: este un software care pe baza algoritmului diagnostic totalizeaza scorul intrebarilor subsumate unei categorii diagnostice si furnizeaza un scor total care este semnificativ sau nu in functie de un prag anume (*cut-off point*) furnizat de autorii interviului. Programul trebuie sa identifice “cazurile fals-pozitive” sau “pseudo-datele” prin utilizarea algoritmului diagnostic si prin recunoasterea criteriilor, evaluarea greutatii fiecarui criteriu si luarea in considerare a criteriilor de excludere. Astfel programul poate furniza raspunsuri precum: “nici o boala”, “o boala probabila (subclinica)”, “o boala sigura”, “o boala insotita de alta boala” (comorbiditate), etc.

6. Dezvoltarea unui program de antrenament pentru utilizatori care sa cuprinda materialele de studiat (interviul, manualul utilizatorului, modul/fisele de codificare si scorare, programul de introducere a datelor, programul de analiza a datelor, modul de prezentare a rezultatelor, calitatile psihometrice precum notele de validitate si confidentiala, versiuni de cercetare sau epidemiologice, etc.) , timpul alocat stagiului de antrenament, modalitatea de obtinere a deprinderilor de utilizare precum mock-interviu, video-tape, etc si modul de absolvire si certificare.

7. Crearea unei versiuni computerizate prin conversia formatului creion-hartie sau video-tape in versiune computerizata “*visual-basic*” care permite subiectului sa dialogheze direct cu computerul, sa evite erori sau greseli in raspuns, inconsistente cu raspunsurile anterioare, etc. Obtinerea aceasta versiune duce la cresterea consistentei interne a interviului si la o nota mare de confidentiala.

Nu trebuie neglijat ca fiecare interviu este destinat unui anume scop, are un anume “limbaj”, corespunde unei criteriologii diagnostice specifice si presupune existenta unui anume personal care a parcurs un stagiul de antrenament cu instructori speciali si cu o anumita tehnica. Numai parcurgerea acestor etape poate garanta ca utilizarea acestor instrumente duce la formularea unui diagnostic de incredere. Reiteram problemele discutate mai inainte citandu-l pe Page (1991)<sup>19</sup> care sugereaza 10 intrebari care ar putea fi puse de un clinician atunci cand doreste sa selecteze un interviu structurat de diagnostic pentru a-l folosi in practica sa:

1. Interviu acopera tulburarile mentale relevante sau sunt unele din ele omise?

2. Interviuul acopera sistemele relevante de diagnostic ( de ex. CIB-10, RDC, DSM-IV)?
3. Cat de lung este interviul?
4. Interviuul furnizeaza o evaluare suficient de detaliata?
5. Interviuul este suficient de confident?
6. Cine poate administra interviul (clinicieni, neclinicieni, sunt ei disponibili)?
7. Procedurile de scorare sunt disponibile si aplicabile (tipul de system de operare PC, tipul de program, etc)
8. Cat de larg folosit este interviul (date disponibile pentru comparare)?
9. Este suportul electronic sau "pe hartie" usor de obtinut?
10. Interviuul este aplicabil populatiei pe care vrem sa o evaluam?

In cele ce urmeaza se prezinta unele interviuri diagnostice cu uz clinic sau epidemiologic, selectate pe baza popularitatii lor printre utilizatori sau in lumea stiintifica. Aceste interviuri nu pot fi prezentate in extenso pentru ca astfel s-ar incalca dreptul de copyright al autorilor sau institutiilor care-l detin.

## **2. PROGRAMUL DE DIAGNOSTIC PENTRU TULBURARI AFECTIVE SI SCHIZOFRENIE ( *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS* )**

Programul de diagnostic pentru tulburari afective si schizofrenie (SADS) a Este un interviu diagnostic semistrukturat dezvoltat de Endicott si Spitzer (1978)<sup>12</sup> pentru a evalua simptomele tulburarilor mentale aaa cum sunt definite de Criteriile Diagnostice de Cercetare (*Research Diagnosis Criteria-RDC*) concepute de Spitzer si colab. (1978)<sup>11</sup>, criteriologie care este precursora DSM-III. RDC furnizeaza criterii pentru 24 categorii nosologice. In figura Nr.1 se prezinta un esantion din acest interviu.

Interviuul este facut sa fie aplicat de persoane cu stidii universitare si cu experienta clinica si ia in jur de 2-3 ore pentru a fi completat. SADS este impartit in doua parti: partea I-a furnizeaza un tablou clinic al episodului curent (ultima saptamana) sau in ultimul an, iar partea II-a furnizeaza simptome pentru diagnosticul in decursul vietii ("*lifetime*"). Fiecarui simptom i s-au prevazut o definitie sau explicatie pentru interviuator, apoi cateva intrebari care evalueaza persistenta, intensitatea si efectul asupra functionarii subiectului. Evaluarea se face conform unei scale cu 7 puncte tip Likert (scor de la 0 la 6).

## SADS

### ITEMII DE SCREENING PENTRU SINDROMUL MANIACAL

Urmatorii 5 itemi sunt cei ce caracterizeaza prezenta comportamentului maniacal. Daca vreunul din itemi este prezent incearca sa determini in general cum a fost comportamentul in acel moment cu intrebari precum: *Ce faceati atunci? Cum va petreceati timpul? Cand a fost aceasta?* Nu includeti comportamentul care este clar explicabil prin consumul de alcool sau droguri.

Daca subiectul descrie numai o stare disforica, intrebarile privind sindromul maniacal trebuie sa fie introduse cu afirmatii precum: *Eu stiu ca ati avut sentimente de tristete. Totusi, multi oameni au si alte sentimente amestecate cu tristetea sau in perioade diferite si este important sa stiu si despre aceasta..*

Dispozitie expansiva sau crescuta si/sau atitudine optimista asupra viitorului care tine mai multe ore si a fost incongruenta cu circumstantele in care a aparut.

*V-ati simtit foarte bine dispus sau prea vesel fata de starea Dvs obisnuita?*

Daca este neclar: *V-ati simtit ca sunteti in varful lucrurilor sau ca si cum nimic nu era ce nu ati fi putut face?  
(Ati simtit ca orice ati face merge cu ati dori?)*

*Daca oamenii care v-au vazut ar gandi ca ati fost intr-o buna dispozitie sau ceva mai mult de atat?*

*(S-a intamplat in ultima saptamana?)*

Nevoie scazuta de somn decat de obicei pentru a se simti odihnit (media pe mai multe zile)

*Ati dormit mai putin ca de obicei pentru a va simti odihnit?*

*(Cat de mult dormiti in mod obisnuit?)  
(Cat de mult dormiti cand suntetiati fost vesel?)  
(S-a intamplat in ultima saptamana?)*

Energie neobisnuit de multa (care tine mai multe zile), hiperactivitate cu infatigabilitate

*(Ati avut mai multe energie decat obisnuit?)*

*(S-a intamplat in ultima saptamana?)*

- 0 Nici o informatie
  - 1 Deloc, normal sau depresiv
  - 2 Putin, de ex. buna dispozitie, veselie mai multa decat la majoritatea oamenilor in circumstante obisnuite dar numai cu o semnificatie clinica probabila
  - 3 Usor, de ex. dispozitie expansiva sau evident crescuta si optimism exagerat care depaseste in proportie circumstantele in care a aparut
  - 4 Moderat, de ex. dispozitia si viziunea depasesc clar in proportie circumstantele
  - 5 Sever, de ex. calitatea dispozitiei euforice
  - 6 Extrem, de ex. exuberanta clara, expresivitate exaltata si spune "Totul este minunat, ma simt asa de bine"
- ULTIMA SAPTAMANA 0 1 2 3 4 5 6

- 0 Nici o informatie
  - 1 Nici o schimbare sau nevoie mai mare de somn
  - 2 Mai putin cu o ora decat normal
  - 3 Mai putin cu 2 ore decat normal
  - 4 Mai putin cu 3 ore decat normal
  - 5 Mai putin cu 4 ore decat normal
  - 6 Mai putin cu peste 4 ore decat normal
- ULTIMA SAPTAMANA 0 1 2 3 4 5 6

- 0 Nici o informatie
  - 1 Nici o diferenta sau mai putina energie
  - 2 Vag mai multa energie
  - 3 Slaba schimbare in nivelul activitatii dar mai putina oboseala decat de obicei
  4. Ceva mai activ decat de obicei si fara oboseala
  5. Mult mai activ decat de obicei si fara oboseala
  6. Neobisnuit de activ toata ziua si neobosit
- ULTIMA SAPTAMANA 0 1 2 3 4 5 6

Fig. 1: Pagina din interviul SADS

Organizarea interviului SADS permite un flux aproximativ similar cu cel al unui interviu in maniera libera. Intrebarile sunt de tip deschis si intrebarile despre simptome sunt grupate impreuna pentru a avea un sens clinic-sindromologic. Intrebarile pot fi formulat flexibil astfel ca interviuatul sa le poata intelege si sa raspunda la ele.

Un scor de 3 sau mai mare pentru un simptom este in general considerat ca semnificativ si clinicianul trebuie sa determine daca simptomele raportate impreuna sunt suficiente pentru a constitui un sindrom pentru diagnostic. Daca clinicianul se indoieste de prezenta unui numar suficient de simptome, el poate face un diagnostic "probabil". Exista o metoda de a extrage scorul pentru itemii care alcatuiesc Scala de Depresie Hamilton si SADS permite si calcularea scorului pentru Scala de Evaluare Globala (*Global Assessment Scale*) care furnizeaza o masura a severitatii globale a tulburarii psihiatrice (Endicott si colab. 1976)<sup>20</sup>.

Pe baza regulilor ierarhice ale RDC, clinicianul poate pune inregistra si un diagnostic de tulburare trecuta, prezenta sau in decursul vietii (lifetime) pe o foaie separata de scor dupa efectuarea interviului.

Endicott si Spitzer (1978)<sup>12</sup> au gasit un coeficient de confidenta intraclase mai mare de 0,60 pentru peste 90% din itemii SADS, iar Keller si colab. (1981)<sup>21</sup> au constatat un coeficient de agreement bun la studiul de confidenta test-retest.

In afara de versiunea standard, mai exista versiunea "lifetime" numita L-SADS special pentru a furniza diagnostice pentru toata durata vietii si versiunea pentru copii intre 6-17 ani numita Kiddie-SADS (K-SADS) dezvoltata de Puig-Antich si colab. (1983)<sup>22</sup> care evalueaza atat copilul cat si ce spun parintii despre proglemele lui.

In prezent, SADS este un interviu aproape abandonat fiind utilizat doar in unele studii asupra tulburarilor depresive. Aplicarea lui este lunga si nu produce decat unele diagnostice conform clasificarii DSM-III. Pentru rutina clinica SADS nu mai este astazi un interviu recomandat.

### 3. PROGRAMUL DE INTERVIU DIAGNOSTIC (*Diagnostic Interview Schedule - DIS*)

Programul de interviu diagnostic (DIS) a fost dezvoltat de Robins si colab. (1981)<sup>13</sup> la Universitatea Washington din St. Louis (SUA) ca raspuns la cererea diviziei de biometrie si epidemiologie a Institutului National de Sanatate Mentala (NIMH) a SUA pentru a fi utilizat in studiul epidemiologic numit *Epidemiologic Catchment Area (ECA) Project*<sup>23</sup>; de aceea este uneori abreviat NIMH-DIS. Acest studiu a implicat 20.000 subiecti din 5 comunitati din SUA, colectand date despre incidenta si prevalenta tulburarilor mentale din populatia generala. Se

poate spune ca DIS a fost dezvoltat pentru a detecta "ce este un caz" in studiile epidemiologice, dar el poate fi folosit si ca instrument diagnostic pentru subiectii cu tulburari psihice.

Interviul DIS produce diagnostice conform criteriologiei Feighner, RDC, DSM-III, DSM-III-R si DSM-IV. De aceea au existat mai multe versiuni ale interviului care sa tina pasul cu noile sisteme de diagnostic si clasificare a tulburarilor mentale. DIS este un interviu structurat cu raspunsuri alternative codificate si a fost construit pentru a fi aplicat de persoane laice, fara experienta clinica.

Cand se administreaza interviul, intrebarile se citesc subiectului exact asa cum au fost formulate in text si raspunsul subiectului nu trebuie sa fie cercetat suplimentar ci luat ca atare. Daca subiectul nu intelege intrebarea i se citeste din nou dar nu este permisa reformularea intrebării. Raspunsurile sunt scorate direct fara a decide daca ele raspund la un criteriu diagnostic sau nu. Interviul include toate instructiunile necesare astfel ca interviewerul sa nu actioneze automat si aproape fiecare intrebare foloseste o metoda de probare pentru a determina daca un simptom este suficient de sever pentru a fi inregistrat si daca nu este datorat unor cauze somatice (medicale).

Intrebarile sunt grupate impreuna in functie de categoriile diagnostice astfel incat fiecare sectiune permite punerea unui diagnostic. Multe sectiuni au intrebari de screening astfel incat sa permita sarirea sectiunii daca subiectul nu prezinta tulburarea evaluata de sectiunea in cauza. Durata interviului este in medie de o ora.

Diagnosticile pot fi puse pentru perioada curenta (ultimele 2 saptamani, 6 luni sau un an) sau pentru toata durata vietii (lifetime). Pentru fiecare simptom interviewerul intreaba varsta debutului, varsta ultimei aparitii, cat de recent a fost, daca a necesitat ingrijire medicala si daca a fost atribuit unor boli fizice, medicatiei sau alcoolului sau altor substante. Exista un set de intrebari standardizate si algoritmate pentru a stabili toate acestea in cadrul unei probe numite "proba diagramei" (*probe flowchart*) pentru a stabili etiologia organica a unui simptom psihiatric. Pentru exemplificare, in figura Nr. 2 se reda o pagina din interviul DIS.

Exista si o versiune computerizata a interviului DIS care a trecut cu bine studiile de validitate<sup>24</sup>.

DIS include scala Mini-Mental State pentru a evalua functia cognitiva (Folstein si colab. 1975)<sup>25</sup>.

DIS permite obtinerea de date demografice precum varsta, sexul, statutul marital, ruta profesionala si educatia. Se poate aplica subiectilor de la 16 ani. Nu solicita un nivel educativ special, dar persoanele afectate cognitiv s-ar putea sa nu poata intelege intrebarile interviului si sa raspunda corect.



E1	Acum o sa va intreb despre perioadele de cel putin o luna sau mai mult cand ati fost ingrijorat sau temator. Ati avut vreodata o perioada de o luna sau mai mult cand in majoritatea timpului v-ati simtit ingrijorat sau temator (anxios)	NU... (SARI LA F1).....1	8
		DA .....	5
A.	Care a fost cea mai lunga perioada de timp cand ati fost ingrijorat sau temator (anxios)	[ ] [ ] luni	9
	DACA SPUNE NU STIU INTREABA: A fost pentru 6 luni sau mai mult?	6 LUNI SAU MAI MULT...95	
		MAI PUTIN DE 6 LUNI.....01	
		NU STIU.....98	
DACA E1A – 6 LUNI SAU MAI MULT, INTREABA E2 ALTFEL SARI LA E4.			
E2	In timpul uneia din acele perioade ati fost ingrijorat de lucruri care sunt putin probabil sa se intample?	NU... (INTREABA A).....1	11
		DA....(SARI LA E3).....5	
A.	Ati fost ingrijorat de un numar mare de lucruri care de fapt nu sunt realmente serioase?	NU .....	12
		DA .....	5
E3	In timpul acelor perioade ati avut mai multe ingrijorari in acelasi timp?	NU... (SARI LA E4).....1	13
		DA .....	5
A.	Vre-una din aceste griji au fost despre ce ar face altii sau ce s-ar putea intampla cu altii?	NU... (INTREABA B).....1	14
		DA....(SARI LA E4).....5	
B.	Despre ce fel de lucruri v-ati ingrijorat?	NUMAI PROPRIILE SIMPTOME* SAU OBEZITATE .....	15
	_____	ALTELE .....	5
	_____		

\*NERVOZITATE, DEPRESIE, ABUZ DE ALCOOL, CONSUM DE DROGURI, ATACURI DE PANICA, INSOMNII, GANDURI DE SUICID, OBEZITATE, FRICA

Figura 2.: Pagina din interviul NIMH-DIS, versiunea III-a revizuita<sup>26</sup>

Exista diferite versiuni “nationale” ale interviului DIS precum in Spaniola, Portugheza, Franceza, Germana, Chineza, Koreeana, Araba, Greaca, Japoneza, etc.

Concordanta diagnosticelor furnizate de clinicieni cu cele date de DIS aplicate de persoane laice este buna pentru toate diagnosticile<sup>27,28</sup>. Senzitivitatea si specificitatea este la fel buna in jur de 90% pentru toate diagnosticile<sup>13</sup>.

In general, administrarea interviului DIS necesita un curs de antrenament care presupune parcurgerea manualului de administrare, sedinte video, antrenament de evaluare.

Universitatea Washington din St. Louis organizeaza de doua ori pe an un curs de antrenament de 5 zile (in mai si octombrie) care costa in jur de 750\$ de persoana si include toate materialele. Interviuul DIS costa 60\$ iar versiunea computerizata pentru programul SAS costa 250\$. Adresa la care se pot cere informatii este: Judy Kultermann sau Susan Keating, Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 4940 Audobon Avenue, St. Louis MO 63110, USA.

#### **4. INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU DSM (*Structured Clinical Interview for DSM - SCID*)**

Interviul SCID a fost dezvoltat de Spitzer si colab. (1987)<sup>29</sup> ca un interviu semistrukturat de diagnostic destinat sa furnizeze diagnostice pentru axa I-a conform DSM-III-R precum si pentru axa II-a, a tulburarilor de personalitate; ulterior el a fost adus la zi pentru diversele versiuni ale DSM-IV. Exista mai multe versiuni de baza ale interviului SCID pentru evaluarea diagnosticelor pe axa I-a la adulti, asa cum exista si versiuni pentru evaluarea tulburarilor de personalitate. Versiunea SCID-P (versiunea pacient) este folosita pentru pacientii internati in sectii de psihiatrie si genereaza un diagnostic clinic. Pentru decelarea unei simptomatologii psihotice se foloseste SCID-P w/screen. Versiunea SCID-OP (*outpatient version*), pentru pacientii ambulatori este destinata pentru cei ce se prezinta la diverse nivele ale ingrijirilor medicale. Versiunea SCID-NP (*normal population*) poate fi folosita pentru scopuri non-clinice, pentru respondentii din populatia generala, in studii familiale sau cercetari in retea de ingrijire primara. Exista si versiuni pentru scopuri limitate precum pentru studiul tulburarilor de panica (SCID-UP) sau pentru studiul tulburarii posttraumatice de stress<sup>30</sup>.

Aparitia interviului SCID a fost generata de limitarile interviului DIS sau SADS, care necesita un clinician experimentat pentru un diagnostic confident si pentru a tine pasul cu noutatile aduse de versiunile succesive ale clasificarii si criteriologiei DSM. In interviul DIS sau SADS algoritmul de facere a deciziei diagnostice este extrinsec structurii interviului si este aplicat cand interviul este completat. Dezavantajele sunt ca interviuatorul nu stie pe ce itemi sa se focalizeze din cauza ca numai al sfarsitul lui se poate pune problema conturarii unei categorii diagnostice. In opozitie cu aceasta, algoritmul diagnostic din SCID este integral inclus in structura interviului si, astfel, variate ipoteze diagnostice sunt testate succesiv. In cadrul fiecarui diagnostic, daca un criteriu nu este intalnit, interviuatorul sare la alt criteriu si astfel diagnosticul este facut pe masura progresului interviului<sup>27</sup>.

Interviul SCID este compus din 8 pana la 9 module, in functie de versiune. Modulele reflecta categoriile majore diagnostice ale clasificarii DSM III-R sau DSM-IV. Modulul consta din intrebari care extrag criteriile diagnostice pentru diferite clase diagnostice. Fiecare modul este relativ independent fata de celalalt. Simptomele sunt evaluate pe o scala cu ?, 1, 2 sau 3, in care "?" indica o informatie inadecvata pentru prezenta simptomului, "1" simptomul este absent, "2" simptomul este sub pragul de severitate si durata, iar "3" se refera la faptul ca simptomul sau criteriul este clar prezent. Din cauza independentei fiecarui modul, interviul SCID poate fi modificat in functie de cerinte specifice.

Asa cum se vede in fig. 3, interviul SCID are un format pe trei coloane: in coloana din stanga se afla intrebarile corespunzatoare criteriilor diagnostice, in coloana din mijloc se afla criteriile diagnostice, iar in coloana din dreapta sunt plasate scala de evaluare si algoritmul diagnostic. Interviul contine in majoritate intrebari inchise care invita la raspunsuri de "da" sau "nu". Intervievatorul poate formula propriile sale intrebari. Principiul fundamental al SCID este ca desi interviuatorul pune intrebari mai mult sau mai putin structurate pentru fiecare criteriu, evaluarea se face pentru criteriu luat ca intreg<sup>27</sup>. Spre deosebire de interviul DIS, SCID necesita o judecata clinica considerabila din partea interviuatorului; din acesta cauza SCID se aplica numai de persoane cu experienta in domeniu (de ex. clinicieni). El poate utiliza si surse aditionale de informatii: foi de observatie clinica, interviu cu familia, observatii ale personalului de ingrijire. Astfel ca raspunsurile subiectului pot fi extrapolate, evaluate si codificate conform experientei clinice a interviuatorului.

Intervievatorul transcrie scorurile pe o foaie de scor ducand la concluzia prezentei sau absentei unei tulburari si, in unele cazuri, a unui subtip sau nivel de severitate. Tulburarile sunt notate in doua cadre de timp: "curent" (ultima luna) si pe durata vietii (*lifetime*).

Timpul mediu de administrare a interviului este de 1 - 1½ ore.

Interviul SCID obtine si informatii despre caracteristicile demografice ale subiectului, statutul sau marital, istoria scolara si profesionala, etc. Prin intrebari specifice, permite interviuatorului sa determine prezenta diagnosticelor de pe axa III, respectiv a bolilor somatice ai evaluarea gradului general de functionare (axa V), cuprinzand in structura sa Scala de evaluare globala a functionarii (*Global Assessment of Functioning Scale - GAF*). Un interviu separat, SCID-II, permite evaluarea tulburarilor de personalitate (axa II)<sup>31</sup>.

Caracteristicile psihometrice ale SCID au fost studiate de Williams si colab. (1992)<sup>32</sup> care au condus un studiul de confidenta test-retest pe 592 subiecti si 6 centre in SUA si unul in Germania. Indicele de confidenta kappa pentru diagnosticul curent a fost de 0.61 si pentru diagnosticul "lifetime" de 0,68, deci confidenta buna. Confidenta satisfacatoare a fost obtinuta doar pentru populatia non-clinica.

**Sindromul depresiv major curent**

Acum o sa va intreb despre dispozitia dvs. psihica

**Criteriile sindromului depresiv major**

A. Cel putin 5 din urmatoarele simptome, fiecare fiind prezent in timpul aceleasi perioade de 2 saptamani (si reprezinta o schimbare fata de functionarea anterioara); cel putin unul din simptome a fost fie (1) dispozitia depresiva, fie (2) pierderea intereselor sau a placerii.

In ultima luna...

... a existat o perioada de timp cand v-ati simtit trist sau abatut aproape toata ziua si aproape in fiecare zi?

(Cum a fost aceasta?)

DACA DA: Cat a durat aceasta? (Peste 2 saptamani?)

(1) dispozitie depresiva in majoritatea timpului zilei, aproape in fiecare zi, indicata fie de spusele bolnavului, fie de observatia altora.

? 1 2 3

Vertical scale for item 1 with markers at 1 and 2.

... ati fost mai putin interesat de majoritatea lucrurilor sau incapabil de a va bucura de lucruri care va bucurau de obicei? (Cum a fost aceasta?)

DACA DA: A fost aproape in fiecare zi? Cat de mult a durat? (Peste 2 saptamani?)

(2) diminuarea marcata a intereselor sau placerii in toate sau aproape toate activitatile din majoritatea timpului zilei, aproape in fiecare zi (cum este afirmat de subiect sau prin observatia altora a apatiei subiectului in majoritatea timpului)

? 1 2 3

Vertical scale for item 2 with markers at 1 and 2.

Daca nici itemul 1 si nici itemul 2 nu este codificat "3" mergi la "Sindromul depresiv major trecut" A 4

Fig. 3: Ilustrare a interviului SCID (Spitzer si colab, 1990)<sup>33</sup>

SCID poate fi folosit atat pentru scopuri clinice cat si pentru cercetare. In domeniul clinic, SCID-P poate fi folosit ca procedura clinica de rutina pentru diagnostic. Poate fi administrat in timpul si dupa tratament pentru a determina evaluatia, remisia sau vindecarea. El trebuie sa faca parte din curriculumul tinerilor clinicieni, permitand dobandirea tehnicii de interviu si a judecatii diagnostice.

Despre interviul pentru tulburarile de personalitate, SCID-II-PQ se poate spune ca este un instrument robust de diagnostic desi se indica sa nu se foloseasca singur pentru a se obtine un diagnostic confident. Trei studii care au examinat senzitivitatea si specificitatea interviului (Nussbaum and Rogers, 1992<sup>34</sup>, Ekselius et. al, 1994<sup>35</sup>, Jacobsberg et. al, 1995<sup>36</sup>) au aratat ca interviul furnizeaza putine cazuri "fals-negative" si prezinta un indice de confidenta foarte bun.

Se indica ca interviul SCID sa fie administrat de psihiatrii, psihologi, surori de psihiatrie sau asistenti sociali. Ei trebuie sa faca in prealabil un curs de antrenament. New York State Psychiatric Institute ofera un curs de antrenament, iar materialele video includ peste 8 ore de instructiuni si numeroase exemple de interviuri. Manualul (*User's Guide*) este la fel disponibil

de cumparat si cuprinde mai multe vignette de cazuri. Pentru comanda instrumentelor si a manualului folositi adresa: American Psychiatric Press, Inc. 1400 K Street, NW, Washington DC 20005, USA. Organizatiile non-profit pot face fotocopii, dar alte organizatii trebuie sa-l cumpere inainte de a-l folosi. Un kit cu SCID-P, SCID P w/screen, SCID-NP si SCID-II costa in jur de 250\$.

Versiunea romaneasca a fost facuta la Facultatea de Psihologie a Universitatii Babes-Bolyai din Cluj-Napoca de Dl. Prof. Dr. David. O copie se poate procura direct de la adresa: Departamentul de Psihologie Clinica si Psihoterapie, Universitatea Babes-Bolyai No. 37 Republicii Street, 400015 Cluj-Napoca, E-mail: [danieldavid@psychology.ro](mailto:danieldavid@psychology.ro), [daniel.david@mssm.edu](mailto:daniel.david@mssm.edu), [www.clinicalpsychology.ro](http://www.clinicalpsychology.ro), [www.psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro)

## **5. INTERVIUL INTERNATIONAL COMPOZIT DE DIAGNOSTIC (*Composite International Diagnostic Interview -CIDI*)**

Dupa cum se stie, Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS/WHO) este responsabila pentru generarea Clasificarii Internationale a Bolilor (*International Classification of Diseases - ICD*) a carui scop primordial este de a permite raportarea nationala si internationala a statisticilor de morbiditate si mortalitate. Aceasta clasificare este adoptata prin consens de tarile membre ale OMS si a suferit revizuirii succesive ajungandu-se astazi la versiunea a 10-a, abreviata CIB-10 (*ICD-10*)<sup>37</sup>. Capitolul V al acestei versiuni a fost dezvoltat de Divizia de sanatate mentala a OMS si este destinat tulburarilor mentale si comportamentale ai are la randul ei trei versiuni: pentru scopuri clinice curente<sup>38</sup>, pentru cercetare<sup>39</sup> si pentru retea de ingrijire primara (medicina generala)<sup>40</sup>. Aceste versiuni sunt compatibile una cu alta si difera doar in gradul de detalii si specificitate pentru fiecare categorie diagnostica<sup>41</sup>. Aceste versiuni au suferit un lung proces de rafinare prin studii succesive de condifenta pentru fiecare categorie diagnostica in parte si astfel CID-10 reprezinta astazi un cadru comun de referinta pentru utilizare internationala si nationala, in esenta fiind vorba de construirea unui limbaj unic in psihiatrie (Sartorius si colab. 1993)<sup>42</sup>. Studii efectuate in diferite parti ale lumii arata ca exista o confidenta buna a diagnosticelor produse de CIB-10 in cadrul unor spatii etnoculturale largi precum lumea araba<sup>43</sup> sau cea anglo-saxona<sup>44</sup>. Mai mult, Mellso si colab. (1991)<sup>45</sup> arata o concordanta inalta intre clasificarea CIB-10 si clasificarea folosita in Statele Unite in acea vreme, DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> ed. Revised*).

Paralel cu dezvoltarea CIB, Organizatia Mondiala a Sanatatii a generat instrumente specifice si standardizate pentru diagnosticul tulburarilor mentale; Interviu International Compozit de Diagnostic este instrumentul de diagnostic cel mai rafinat dezvoltat si promovat de Divizia de sanatate mentala a OMS<sup>46</sup>.

Interviu CIDI a fost produs in cadrul unui proiect colaborativ al Organizatiei Mondiale a Sanatati si fosta Administratie a Sanatatii Mentale si Abuzului de Alcool si Droguri a Statelor

Unite (*US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration - ADAMHA*) privind clasificarea tulburarilor mentale si a problemelor date de alcool si droguri. Dezvoltarea CIDI incepe in anul 1981 cand s-a decis explorarea confidentei combinatiei dintre doua din cele mai larg utilizate interviuri diagnostice din acei ani: DIS si PSE (*Present State Examination*)<sup>7</sup>. Au urmat trei faze de lucru, prima ducand la aparitia versiunii nucleare (*core version*) a acestui instrument care a fost produsa de Lee Robins si colab. (1988)<sup>47</sup> de la Washington University din St. Louis, versiune care era compatibila cu CIB-9. Tot in aceasta faza au fost intreprinse testele de confidenta test-retest<sup>48</sup> si cele de validitate procedurala<sup>49</sup> care au dat rezultate bune pentru ca interviul sa fie considerat adecvat scopului. Ulterior s-a adaugat noi intrebari pentru a raspunde la criteriile de diagnostic promovate de DSM-III-R si de CIB-10. In faza a II-a a studiului WHO/ADAMHA interviul CIDI a fost folosit pentru a explora acceptabilitatea cross-culturala si confidenta lui in diferite tari si culturi. Au fost folosite 19 centre si 575 pacienti. Aceasta faza a aratat putine ambiguitati si diferente cross-culturale in intelegerea intrebarilor si deci a generat putine schimbari a interviului (Wittchen si colab., 1991)<sup>50</sup>. Faza a treia a inclus o serie de intruniri ale grupurilor de lucru pentru a finaliza retusuri minore ale CIDI datorita aparitiei versiunii de cercetare a CIB-10 si a DSM-IV. Tot atunci s-au mai intreprins studii de validitate care au aratat ca exista o buna concordanta intre simptomele culese de CIDI si cele evaluate de clinicieni<sup>51</sup> si un coeficient de acord bun intre diagnosticele CIDI si diagnosticele clinice de rutina<sup>52</sup>.

Interviul international compozit de diagnostic este un interviu comprehensiv, complet standardizat destinat sa furnizeze un diagnostic conform definitiilor si criteriilor din CIB-10, DSM-III-R si DSM-IV. El a fost elaborat in special pentru studii epidemiologice dar ulterior s-a dovedit ca poate furniza diagnostice confidente si in activitatea clinica curenta sau in activitati de cercetare. Interviul are mai multe avantaje printre care standardizarea si structurarea lui care confera increderea ca diferite studii intreprinse sunt direct comparabile, interviul poate fi administrat repetat in acelasi stil si poate fi administrat si de persoane fara experienta clinica<sup>53</sup>.

Interviul cuprinde 276 intrebari corespunzator la tot atatea simptome. Nu toate intrebarile se administreaza subiectului datorita faptului ca un raspuns negativ la o intrebare poate genera sarirea urmatoarelor cateva intrebari (*skip rules*). Pentru multe intrebari sunt prevazute "probe" care determina atribuire simptomului unei cauze organice sau legate de consumul de alcool sau droguri a simptomului, relatia lui cu medicatia administrata sau cu diagnostice anterioare puse cu ocazia unor examinari medicale. Aceasta se determina printr-un algoritm de intrebari suplimentare care sunt cuprinse in proba diagramei (*probe flow chart-PRB*) similar cu cea din interviul DIS. Intrebarile de proba care primesc un raspuns pozitiv sunt trecute apoi prin algoritmul diagramei pentru a evalua severitatea psihosociala a

simptomelor (in ce mod interfera cu functionalitatea) si relevanta lor psihiatrica. Aceasta diagrama structureaza si standardizeaza intrebari potrivite pe care trebuie sa le puna intervievatorul pentru a sti ce sa inregistreze si daca exista suficienta informatie pentru a codifica simptomul. Codul PRB 1 indica ca simptomul este absent; PRB 2 indica ca simptomul este prezent dar nu suficient de sever pentru a cauza afectarea subiectului sau ajutor medical; PRB 3 indica ca simptomul a fost cauzat de medicatie, alcool sau drog; PRB 4 indica ca simptomul a fost cauzat de boli fizice sau traumatisme/accidente si PRB 5 indica prezenta unui simptom psihiatric bine definit<sup>16</sup>. Interviuul mai furnizeaza debutul simptomului in timp, varsta debutului, sau cat este de recenta aparitia ultima a simptomului.

Administrarea interviului, versiunea nucleara 1.0 necesita un timp mediu de 90 minute.

Codificarea tuturor raspunsurilor la CIDI este strict categoriala cu "DA" sau "NU" si interviul nu prevede nici o scala dimensionala (Likert, etc). Interviuul este prevazut de un program de stocare a datelor in computer (*data entry program*) care faciliteaza clasificarea simptomelor in acord cu clasificarile internationale actuale si un program de curatare a interviului (*cleaning program*) care detecteaza erorile de codificare si consistenta logica dintre raspunsurile la diferite intrebari. In figura Nr. 4 se exemplifica modul de alcatuire a unei pagini din interviul CIDI.

Interviuul are o structura modulara cuprinzand 15 sectiuni marcate cu o litera distincta, in mare respectand categoriile CIB-10, de ex. Sectiunea C pentru tulburari de somatizare, dissociative si hipocondriace, sectiunea D pentru tulburari depresive, etc. Fiecare modul poate fi folosit si separat pentru a evalua strict o anumita tulburare mentala, de exemplu Sectiunea I pentru alcool sau sectiunea L pentru droguri. Pornind de la aceste module s-au dezvoltat versiuni specializate precum interviul CIDI-SAM (*Substance Abuse Module*) dezvoltat de Cottler si colab. (1991)<sup>54</sup> pentru evaluarea diagnostica a tulburarilor folosirii de substante sau alte module pentru evaluarea tulburarilor posttraumatice de stree, a tulburarilor de comportament sau a comorbiditatii<sup>16</sup>.

Exista si o versiune computerizata integral numita CIDI-AUTO (Andrews, 1992)<sup>55</sup>, o alta versiune numita UM-CIDI (*University of Michigan version*)<sup>16</sup> care este destinata mai ales pentru studiul epidemiologic al comorbiditatii, versiunea pentru medicul de medicina generala numita CIDI Primary Care version (CIDI-PMC)<sup>56</sup> si versiunea Munchen (M-CIDI)<sup>57</sup> care este versiunea care acopera si criteriile de diagnostic din DSM-IV.

Domeniu	Exemple	Codificare
Intrebari privitor la simptome cu probare	C.7 Ati avut vreodata multe probleme datorita durerii mari din perioadele menstruale?  Diagnosticul doctorului: ..... Alte atributii: .....	Proba pentru doctor si diagnosticul lui, a altor profesioniști din sanatate, multe interferente, relatie cu bolile organice (Codurile: PRB: 1 2 4 5)
Serie de intrebari explicite privitor la cautarea ajutorului si interferenta	D.27 Ati vorbit cu vreun doctor despre frica de ...? 1. Ati vorbit cu un alt profesionist despre aceasta? 2. Ati luat medicamente mai mult decat o data pentru aceasta frica 3. Aceasta frica interfera cu activitatile dvs de viata?	NU DA NU DA NU DA NU DA
Intrebari despre frecventa	E.41 In intreaga dvs viata cat de multe perioade ca aceasta ati avut care sa dureze 2 saptamani sau mai mult?	_/_ nr. de perioade
Intrebari despre debut si recenta	E.37 Cand a fost prima data cand ati avut o perioada de 2 saptamani sau mai mult cand ati avut mai multe din aceste probleme si v-ati simtit lipsit de interes, depresiv sau fara chef? Si cand a fost ultima oara...?	DEBYT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: _/__  RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: _/__ 1=in ultimele 2 saptamani 2=in ultimele luni 6=mai mult de 1 an inainte

Fig. 4: Ilustrare a structurii interviului CIDI (Wittchen, 1996)<sup>49</sup>

Versiunea nucleara a fost tradusa oficial in peste 14 limbi. Comitetul editorial international CIDI se ocupa de tinerea la zi a versiunii oficiale fata de toate rafinementele si noutatile care apar in cadrul sistemului diagnostic al diferitelor categorii nosologice. Exista o traducere oficiala Romaneasca numai a sectiunilor alcool "I" si drog "K" (vezi: *Radu Vrasti: Alcoolismul: Detectie, Diagnostic si Evaluaire, Timpolis, Timisoara, 2001* sau [www.vrasti.org](http://www.vrasti.org)) care au fost facute in departamentul de cercetare din Spitalul de Psihiatrie Jebel in calitate de centru colaborativ la studiul OMS/ADAMHA.

Aplicarea intregului interviu CIDI necesita un curs de antrenament de 7 zile furnizat de mai multe centre colaborative CIDI din Europa (de exemplu la Louxemburg, Munchen, Atena, Amsterdasm, etc), Statele Unite sau Australia. Personal am facut acest curs de antrenament cu Prof. Lyketsos la Athena. Intregul pachet CIDI cuprinde: Interviul CIDI, versiunea clinica, Manualul de folosinta, Manualul de antrenament, Programul de computer, la cerere cuprinde si versiunea pentru cercetare.



## 6. PROGRAMUL DE EVALUARE CLINICA IN NEUROPSIHIATRIE (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - SCAN*)

Interviul SCAN (WHO, 1994)<sup>58</sup> este un alt instrument de diagnostic dezvoltat de OMS in cadrul proiectului colaborativ de cercetare OMS/ADAMHA privind diagnosticul si clasificarea tulburarilor mentale si a celor date de uzul de substante (alcool si droguri). Precursorul acestui instrument a fost interviul "Examinarea Starii Prezente" versiunea 9-a (*Present State Examination -PSE-9*) dezvoltat de Wing si colab. (1974)<sup>7</sup>. Acest instrument isi are originirea in cercetarile intreprinse de unitul de cercetare in psihiatrie sociala a Comitetului de Cercetare Medicala a Marii Britanii intre anii '50 care a solicitat o metoda confidenta si detaliata de descriere a simptomelor psihotice<sup>59</sup>. Prima versiune a cuprins numai simptomele pentru schizofrenie, precum aplatizare afectiva, saracirea vorbirii, incoerenta vorbirii, delirul si halucinatiile. Ulterior, in versiunea a 3-a s-a adaugat o sectiune pentru simptomele nevrotice ca ulterior sa se completeze cu alte completari generate printre altele de studiul de diagnostic "US-UK" sau de Studiul pilot OMS internatioanl asupra schizofreniei. Astfel, pentru versiunea 8-a a aparut necesitatea unui glosar de termeni cu definitiile operationale ale fiecarui simptom mentionat in interviu, a evaluarii simptomelor in doua axe temporale ("actual" si "in timpul vietii") si a unui algoritm pentru clasificarea itemilor PSE conform diagnosticelor Clasificarii Internationale a Bolilor, versiunea 8-a. Toate aceste caracteristici au fost incorporate in PSE-9 care a devenit o versiune mai scurta cu doar 140 itemi (de la 500 itemi din versiunea anterioara) la care se adauga un glosar cu definitiile termenilor, un "checklist" de sindroame, un program de stabilire a etiologiei si un program pentru computer numit CATEGO 4. Aceasta versiune, care a fost rezultatul a 15 ani de continue imbunatatiri, a fost folosita in multe studii si a fost tradusa in mai multe limbi<sup>60</sup>.

Folosirea versiunilor succesive ale interviului PSE si mai ales a PSE-9 a generat o suita de sugestii pentru imbunatatiri si ele au incepute odata cu aparitia nevoia de adaptare la noua clasificare internationala a bolilor, CIB-10; noua versiune ar fi fost PSE-10 care a devenit inasa parte integranta din interviul SCAN. In prima versiune a acest interviu au fost implinite principalele cerinte aparute in utilizarea PSE printre care aparitia unor noi sectiuni pentru tulburarile de somatizare, disociative, a tulburarilor de alimentatie, de folosire a alcoolului si drogurilor si a afectarii cognitive sau extrinderea scalei de severitate la toti itemii interviului. Perfectionarea si tinerea la zi a interviului SCAN este preluata de studiul WHO/ADAMHA si astfel apare in 1988 versiunea 0 folosita in primele faze ale acestui studiul multicentru (Wing si colab. 1990)<sup>61</sup>. In functie de rezultatele trialurile succesive la care interviul SCAN a fost supus in acest studiu si a recomandarilor comitetului editorial international, apare in 1992 versiunea SCAN 1.0 care incorporeza clasificarea si criteriile de diagnostic din RDC, DSM-II-R si ICD-

10. Versiunea SCAN 2.0 a fost prezentata in 1994 la Congresul Asociatiei Europene de Psihiatrie<sup>62</sup> si incorporeaza si diagnosticele din DSM-IV.

Asa cum spunea parintele lui, scopul major al interviului SCAN este "*de a furniza un mijloc comprehensiv, acurat si specific de descriere si clasificare a fenomenelor clinice cu scopul de a le compara*" (Wing, 1996)<sup>55</sup>. Interviul SCAN este un interviu clinic diagnostic *semi-structurat* care contine mai multe componente care vor fi descrise pe larg in cele ce urmeaza: 1) manualul SCAN care contine la randul lui programul de examinare PSE-10, programul de evaluare a istoriei clinice (*Clinical History Schedule*) sau asa-zisa sectiune 26, lista grupurilor de itemi (*Item Group Checklist*) sau sectiunea 27 si caietul de inregistrare (*recording booklets*); 2) glosarul SCAN; 3) programul de computer; 4) materialele de invatare-antrenament.

Examinarea Starii Prezente-10 (*PSE-10*) este inima acestui interviu si cuprinde 25 sectiuni reprezentand simptome grupate in functie de semnificatia lor psihopatologica. Fiecare sectiune contine o serie de simptome care sunt numerotate. Simptomul contine o "proba" care este o intrebare pentru a fi pusa de catre intervievator. Sunt furnizate si probe optionale, respectiv intrebari care sunt sugerate a fi puse subiectului examinat. Intervievatorul poate fraza si altfel intrebarile in functie de definitia simptomului furnizata in glosar. PSE-10 are o anumita conventie de utilizare care trebuie urmata intocmai. Astfel, dupa punerea intrebarii/intrebarilor urmeaza o cotare a severitatii fiecarui simptom dupa scorarea din scala de evaluare prevazuta a fi utilizata in sectiunea respectiva. In dreptul fiecarui simptom se afla o casuta in care se va trece numarul corespunzator. In final se utilizeaza "scorul prag" (*cut-off point*), care reprezinta scorul de la care se considera ca severitatea simptomului are semnificatie clinica.

Lista grupurilor de itemi furnizeaza posibilitatea de a evalua informatii obtinute de la inscrieri medicale si/sau de la informanti altii decat respondentul. Itemii nu sunt grupati dupa criterii sindromologice si nu contin toti itemi care sunt necesari pentru un diagnostic clinic. Rolul acestui modul este de a furniza informatii atunci cand PSE-10 nu se poate administra in totalitate sau cand avem nevoie de date despre evolutia anterioara a bolii sau despre episoade anterioare de boala.

Programul de istorie clinica este un instrument independent de evaluare a copilariei si educatiei respondentului, a tulburarilor de dezvoltare, a rolurilor si performantei sociale si a tulburarilor de personalitate.

Glosarul SCAN este placa turnanta a sistemului de evaluare. El contine definitiile diferentiale ale fiecarui item cu genul proxim si diferenta specifica a fiecarui element. Glosarul furnizeaza un limbaj clinic adecvat, relevant international, care permite clinicianului sa se ancoreze teoretic atunci cand evalueaza respondentul si sa cuantifice exact prezenta psihopatologiei. Cu ajutorul glosarului si a programului de evaluare PSE-10, interviul SCAN este destinat sa permita o comparare a experientelor si comportamentului subiectului cu

conceptele clinice ale examenatului, definite in glosar, printr-un proces controlat de examinare incrucisata (*cross-examination*). De aici rezulta un profil simptomatologic ce poate fi folosit in monitorizarea clinica a respondentului.

In anexa 2 se prezinta o traducere autorizata de OMS a sectiunii 12: "Folosirea substantelor psihoactive altele decat alcoolul" si a partii corespondente din glosar. Aceasta sectiune impreuna cu sectiunea 11, "Folosirea alcoolului", au facut parte din studiul colaborativ WHO/ADAMHA asupra aplicabilitatii cross-culturale a clasificarii si instrumentelor de evaluare a problemelor legate de uzul de alcool si droguri la care Departamentul de cercetare a Spitalului de Psihiatrie Jebel a facut parte.

Interviul SCAN a fost testat in 20 centre din 14 tari prin cercetari de teren organizate de OMS. Aceste cercetari au demonstrat o buna confidenta si validitate cu instrumente comparabile (Wing si colab. 1990)<sup>57</sup>.

Obtinerea unei competente de a utiliza interviul SCAN se poate face doar printr-un curs de antrenament si formare intr-unul din centrele de formare avizate de OMS printre care mentionez Atena, Ankara, Groningen, Londra, Lubeck, Luxemburg, Mannheim, Santander, Bangalore, Farmington, Sydney.

Informatii suplimentare se pot obtine de la Organizatia Mondiala a Sanatatii, Divizia de Sanatate Mentala, Via Appia 27, CH-1211 Geneva, Switzerland.

## **Bibliografie:**

<sup>1</sup> Okasha A, Sadek A, Al-Haddad MK, Abdel-Mawgoud A: Diagnostic agreement in psychiatry. A comparative study between ICD-9, ICD-10 and DSM-III-R, *Brit.J.Psychiatry*, 1993, 162:621-626

<sup>2</sup> Kreitman N: The reliability of psychiatric diagnosis, *J.Ment.Sci.* 1961, 107:876-886

<sup>3</sup> Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ et al: *Psychiatric Diagnosis in New York and London*, Maudsley Monograph No.20, London: Oxford University Press, 1972

<sup>4</sup> Kendell RE, Sharpe L, Cooper JE et al: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1971, 25:123-130

<sup>5</sup> Shepherd M, Brooke EM, Cooper JE, Lin T: An experimental approach to psychiatric diagnosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1968, Suppl.201

<sup>6</sup> World Health Organization: *The International Pilot Study of Schizophrenia*, vol. 1, Geneva: WHO

<sup>7</sup> Wing JK, Cooper JE, Sartorius N: *Measurement and Clasification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and Catego Program*, London: Cambridge University Press, 1974

<sup>8</sup> Leff J: International variations in the diagnosis of psychiatric illness, *Brit.J.PsychiATRY*, 1977, 131:329-38

<sup>9</sup> Kendell RE, Everitt B, Cooper JE et al: The reliability of the Present State Examination, *Social Psychiatry*, 1968, 3: 123-129

<sup>10</sup> Feighner JP, Robins E, Guze SB et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1972, 26:57-62

- 
- <sup>11</sup> Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria: rational and reliability, *Arch. Gen Psychiatry*, 1978,35:773-782
- <sup>12</sup> Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1978,35:837-844
- <sup>13</sup> Robins LN, Heltzer JE, Croughan J et al: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1981,38:381-389
- <sup>14</sup> Sartorius N, Ustun TB, Korten A et al: Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the International Field Trials of the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for Mental and Behavioral Disorders, *Am.J.Psychiatry*, 1995,152:1427-1437
- <sup>15</sup> Jensen PS, Hoagwood K: The book of names: DSM-IV in context, *Development and Psychopathology*, 1997, 9:231-249
- <sup>16</sup> Wittchen HU: Reliability and validity of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review, *J.Psychiatr.Res.* 1994,28:57-84
- <sup>17</sup> American Psychiatric Association: Practice Guideline for Psychiatric Evaluation of Adults, *Am.J.Psychiatry*, 1995, 152, Supplement
- <sup>18</sup> Robins LN, Cotler L: Making a Structured Psychiatric Diagnostic Interview Faithful to the Nomenclature, *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160: 808-813
- <sup>19</sup> Page AC: An assessment of structured diagnostic interviews for adult anxiety disorders, *Intl.Rev.Psychiatry*, 1991,3:265-278
- <sup>20</sup> Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al: The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1976,33:766-771
- <sup>21</sup> Keller MB, Lavori PW, Andreason NC et al: Test-retest reliability of assessing psychiatrically ill patients in a multicenter design, *J.Psychiatric Research*, 1981, 16: 213-227
- <sup>22</sup> Puig-Antich J, Chambers WJ, Tambrizi MA: The clinical assessment of current depressive episodes in children and adolescents: Interviews with parents and children, in *Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update*, DP Cantwell, GA Carlson (Eds.), New York: SP Medical & Scientific Books, 1983
- <sup>23</sup> Folstein MF, Romanoski AJ, Nestadt G et al: Brief report on the clinical reappraisal of the Diagnostic Interview Schedule carried out at the John Hopkins site of the Epidemiological Catchment Area Program of the NIMH, *Psychol.Med.*1985,15:809-814
- <sup>24</sup> Erdman HP, Klein MH, Greist JH et al: A comparison of two computer-administered version of the NIMH Diagnostic Interview Schedule, *J.Psychiatr.Res.* 1992,26:85-95
- <sup>25</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J.Psychiatr.Res.* 1975,12:189-198
- <sup>26</sup> Robins L, Helzer J, Cottler L, Goldring E: NIMH Diagnostic Interview Schedule, version III revised, November 1989, Washington University School of Medicine, St. Louis
- <sup>27</sup> Anthony JC, Folstein M, Romanoski AJ et al: Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis: experience in eastern Baltimore, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1985, 42: 667-675
- <sup>28</sup> Malgady RG, Rogler LH, Tyron WW: Issues of validity in the Diagnostic Interview Schedule, *J. Psychiatr.Res.* 1992,26:59-67
- <sup>29</sup> Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 4/1/87 revision), New York, Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute, 1987

- 
- <sup>30</sup> Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: The Structures Clinical Intervies for DSM-III-R (SCID): I: History, rationale, and description, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1992,49:624-629
- <sup>31</sup> Spitzer RL, Williams JWB, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, Washington DC: American Psychiatric Press, 1994
- <sup>32</sup> Williams JBW, Gibbon M, First MB et al: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: Multisite test-retest reliability, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1992, 49:630-636
- <sup>33</sup> Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: Structured Clinical Intervie for DSM-III-R, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990
- <sup>34</sup> Nussbaum D, Rogers R.: Screening Psychiatric Patients for Axis II Disorders. *Can. J. Psychiatry* 1992 37:658-660.
- <sup>35</sup> Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G.: SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 90:120-123
- <sup>36</sup> Jacobsberg L, Perry S, Frances A.: Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the Personality Disorder Examination. *J. Pers. Assess.*1995,65:428-433
- <sup>37</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10), Geneva, World Health Organization, 1992
- <sup>38</sup> The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva, World Health Organization, 1992
- <sup>39</sup>The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research, Geneva, World Health Organization, 1993
- <sup>40</sup> Ustun TB, Goldberg DP, Cooper JE et al: A new classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: The ICD-10 PHC, *Brit.J.Gen.Pract.*1995,45:211-215
- <sup>41</sup> Sartorius N, Ustun TB, Korten A et al: Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for mental and Behavioral disorders, *Am. J.Psychiatry*, 1995,152:1427-1437
- <sup>42</sup> Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE et al: Progress toward achieving a common language in psychiatry, results from the international field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10, *Arch.Gen.psychiatry*, 1993,50:115-124
- <sup>43</sup> Okasha A, Sief El Dawla A: Reliability of ICD research criteria: an Arab perspective, *Acta Psychiatr.Scand.*1992,86:484-488
- <sup>44</sup> Regier DA, Kaebler CT, Roper MT et al: The ICCD-10 clinical field trial for mental and behavioral disorders: results in Canada and the United States, *Am.J.Psychiatry*, 1994,151:1340-1350
- <sup>45</sup> Mellsop GW, Thomas CS, Ellis PM et al: Reliability of the draft diagnostic criteria for research of ICD-10 in comparisons with ICD-10 and DSM-III-R, *Acta Psychiatr.Scand.*1991,84:332-335
- <sup>46</sup> World Health Organization: Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview (version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI training manual, d) CIDI-computer programs, Geneva, 1990
- <sup>47</sup> Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al: The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1988,45:1069-1077

- 
- <sup>48</sup> Semler G, Wittchen HU, Joschke K et al: Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI), *Eur.Arch.Psychiat.Neurol.Sci.* 1987,236:214-222
- <sup>49</sup> Farmer AE, Katz R, McGriffin P, Bebbington P: A comparison between the Present State Examination and the Composite International Diagnostic Interview, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1987,44:1064-1068
- <sup>50</sup> Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB et al: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), *Brit.J.Psychiatry*, 1991, 159: 57-84
- <sup>51</sup> Leitmeyer P: Zur Symptomerfassung mit dem standardisierten Interview CIDI-C in der Allgemeinpraxis, Dissertation für Doktorgrades für Klinische Medizin, Universität Mannheim, 1990
- <sup>52</sup> Janca A, Robins LN, Bucholz KK et al: Comparison of Composite International Diagnostic Interview and clinical DSM-III-R criteria checklist diagnoses, *Acta Psychiatr.Scand.* 1992,85:440-443
- <sup>53</sup> Wittchen HU, Nelson CB: The Composite International Diagnostic Interview: An instrument for measuring mental health outcome? In *Mental Health Outcome Measures*, G Thornicroft & M Tansella (Eds.), Berlin: Springer, 1996
- <sup>54</sup> Cottler LB, Robins LN, Helzer JE: The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview, *Brit.J.Addiction*, 1989, 84:801-814
- <sup>55</sup> Andrews G, Morris-Yates A, Peters L, Teesson M: CIDI-Auto. Administrator's guide and reference, Version 1.1. Sydney: Training and Reference Center for WHO CIDI
- <sup>56</sup> Ustun TB, Sartorius N: The background and rationale of the WHO collaborative study on psychological problems in general health care, Chichester: Wiley, 1995
- <sup>57</sup> Wittchen HU, Beloch E, Garzycynski E et al: Munchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, paper-pencil 2.2, 2/95), Max-Planck Institute für Psychiatrie, Klinisches Institute, München, 1995
- <sup>58</sup> World Health Organization: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), American psychiatric Press, Washington, DC, 1994
- <sup>59</sup> Wing J: SCAN and PSE tradition, *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 1996,31:50-54
- <sup>60</sup> Wing J: SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) and PSE (Present State Examination) tradition, in *Mental Health Outcome Measures*, G Thornicroft & M Tansella (Eds.), Berlin: Springer, 1996
- <sup>61</sup> Wing JK, Babor T, Brugha T et al: SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1990, 47:589-593
- <sup>62</sup> Wing JK: SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, ICD-10 Postgraduate training course, *European Psychiatry*, 1994, 9, suppl.1