

System SCAN – częściowo strukturalizowany wywiad oparty na kryteriach diagnostycznych

SCAN system – semi-structured interview based on diagnostic criteria

Tomasz Adamowski, Andrzej Kiejna, Tomasz Hadryś

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

This paper presents the main features of contemporary diagnostic systems which are implemented into the SCAN – modern and semi-structured diagnostic interview. The concepts of further development of the classifications, rationale for operationalized diagnostic criteria and for the divisional approach to mental diagnoses will be in focus. The structure and components of SCAN ver. 2.1 (WHO), i.e. Present State Examination – 10th edition, Item Group Checklist, Clinical History Schedule, Glossary of Definitions and computer software with the diagnostic algorithm: I-Shell, as well as rules for a reliable use of diagnostic rating scales, will be discussed within the scope of this paper. The materials and training sets necessary for the learning of proper use of the SCAN, especially training sets for SCAN Training Centers and the Reference Manual – a form of guidebook for SCAN shall be introduced. Finally the paper will present evidence that SCAN is an instrument feasible in different cultural settings. Reliability and validity data of SCAN will also be dealt with indicating that SCAN could be widely used in research studies as well as in everyday clinical practice facilitating more detailed diagnostic approach to a patient.

Słowa klucze: SCAN, wywiad diagnostyczny, kryteria zoperacjonalizowane

Key words: SCAN, diagnostic interview, operationalized criteria

W celu zrozumienia zasad systemu SCAN niezbędne jest zasygnalizowanie pewnych cech współczesnych klasyfikacji diagnostycznych w psychiatrii. Przede wszystkim należy odnieść się do koncepcji rozwoju współczesnej diagnostyki psychiatrycznej. W psychiatrii, historycznie rzecz ujmując, występują dwie zasadnicze koncepcje dotyczące klasyfikacji zaburzeń: nozologiczna, polegająca na poznaniu etiopatogenezy zaburzeń psychicznych, oraz nozograficzna (syndromologiczna), polegająca na opisie objawów psychopatologicznych. Carl Wernicke, według Lanczika założyciel „wrocławskiej szkoły neuropsychiatrii”, twierdził, że niemożliwe jest oparcie klasyfikacji na podejściu etiologicznym, tzn. ten sam pierwotny proces zwyrodnieniowy we włóknach nerwowych może doprowadzać do różnych chorób umysłowych. W swoich opiniach

był bliski współczesnym zoperacjonalizowanym klasyfikacjom, opierającym się na kryteriach symptomatologicznych [1].

Współczesne klasyfikacje psychiatryczne opierają się na zasadzie operacjonalizacji kryteriów diagnostycznych, polegającej na zastosowaniu sekwencji działań w postaci algorytmu, prowadzących do zakwalifikowania danego obrazu klinicznego, co w rezultacie pozwala na użyteczne posługiwanie się kryteriami klasyfikacyjnymi w ramach odmiennych orientacji teoretycznych. Biologicznie zorientowany psychiatra oraz poznawczo-behawioralnie zorientowany psycholog, obaj mający zupełnie różne rozumienie etiologii powstawania napadów paniki, mogą w łatwy sposób, wykorzystując kryteria klasyfikacyjne, postawić diagnozę napadu panicznego lęku, ponieważ są zgodni co do opisowych kryteriów definicji napadu paniki [2].

Kolejną istotną cechą systemu klasyfikacyjnego jest grupowanie (ang. lumping) lub dzielenie (ang. splitting) zaburzeń. Klasyfikacje diagnostyczne oparte na grupowaniu zawierają mniejszą liczbę bardziej kompleksowo zdefiniowanych zaburzeń, natomiast oparte na podziałach – większą liczbę wężej zdefiniowanych rozpoznań. Obecne klasyfikacje są typu podziałowego, np. DSM-IV zawiera ponad 250 kategorii. Produktem ubocznym takiej klasyfikacji jest wysoki współczynnik współwystępowania zaburzeń, który można wykazać, przeprowadzając pełny wywiad diagnostyczny DSM-IV za pomocą strukturalizowanego wywiadu. Ta tendencja wynika z opisowego i ateoretycznego podejścia do klasyfikacji. Podanie skąpych wyjaśnień dotyczących związku pomiędzy prezentacją objawów a ich patofizjologią – to strategia polegająca na podziale skupiska objawów na najmniejsze, najbardziej homogeniczne diagnostycznie zapisy, w odróżnieniu od grupowania podobnych objawów [3].

Równoległe z kolejnymi rewizjami klasyfikacji ICD rozwijano badania nad systemem SCAN (ang. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – Schemat Oceny Klinicznej w Neuropsychiatrii). Zgodnie z zaleceniami konferencji kopenhaskiej (1982 r.) podjęto liczne programy badawcze, m.in. mające na celu przygotowanie narzędzia do diagnostyki dla klinicystów – SCAN. W następstwie rozwinęła się współpraca pomiędzy zespołami służąca przygotowaniu dziesiątej wersji międzynarodowej klasyfikacji chorób i pokrewnych zagadnień zdrowia (ICD-10) [4]. SCAN został opracowany w trakcie wspólnego projektu WHO oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (ang. National Institute of Mental Health – NIMH), dotyczącego diagnozy i klasyfikacji zaburzeń psychicznych oraz problemów związanych z alkoholem (ang. Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol and Related Problems) [5]. Wszystkie powyżej opisane cechy klasyfikacji psychiatrycznych znalazły swoje odzwierciedlenie w narzędziu SCAN.

Wywiady diagnostyczne

Do oceny stanu psychicznego dorosłych stosuje się usystematyzowane pytania ułożone zgodnie z ustalonymi kategoriami – w celu uzyskania odpowiedzi i dla ich oceny przez badacza. Nazywa się je narzędziem lub testem; pojedyncze pytanie w narzędziu to item (punkt, pozycja). Występują dwa typy narzędzi – jeden koncentruje się na

wymiarze psychopatologii i jest nazywany skalą, drugi związany jest z kategoriami diagnostycznymi i nazywany jest wywiadem (schedule) [6].

Dostępne narzędzia diagnostyczne generalnie dzielimy na 2 kategorie: wysoko strukturalizowane (oparte na wywiadzie), dające odpowiedzi bez interpretacji (np. CIDI) oraz w części strukturalizowane (np. SCAN). Narzędzia w pełni strukturalizowane służą do badań populacyjnych, mogą je przeprowadzać nie przeszkoleni ankieterzy, natomiast częściowo strukturalizowane oparte są na interpretacji osoby przeprowadzającej wywiad, dopuszczają kliniczną interpretację odpowiedzi i włączenie danych z innych źródeł informacyjnych, co czyni je atrakcyjnymi dla klinicystów. Te instrumenty są najczęściej wykorzystywane w badaniach, choć mogą także mieć zastosowanie w klinice. Strukturalizowane wywiady diagnostyczne poprawiają proces diagnostyczny poprzez lepszą organizację gromadzenia danych klinicznych oraz wyeliminowanie stronniczości podczas stosowania kryteriów diagnostycznych. Skalowane przez badacza (w połowie strukturalizowane) wywiady naśladują sytuację kliniczną lepiej niż wysoce strukturalizowane wywiady czy kwestionariusze wypełniane przez pacjenta kosztem utraty rzetelności [7].

Narzędzie SCAN

Schemat Oceny Klinicznej w Neuropsychiatrii – ang. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) – jest częściowo strukturalizowanym narzędziem składającym się z instrumentów przygotowanych do badania, mierzenia i klasyfikowania objawów psychopatologicznych i zachowań związanych z większością zaburzeń psychicznych w populacjach klinicznych. Narzędzie to może także być wykorzystane do pracy klinicznej czy edukacji poprzez zastosowanie go w badaniach biomedycznych, epidemiologicznych i psychospołecznych [8]. Posługiwanie się nim wymaga odpowiedniego szkolenia w uprawnionych do tego ośrodkach. Zastosowanie narzędzia SCAN daje elastyczność w stawianiu diagnozy – można się oprzeć na kryteriach ICD, DSM lub systemach, które zostaną utworzone w przyszłości. Główne cele związane z wprowadzeniem tego narzędzia to umożliwienie porównania diagnoz psychiatrycznych na świecie [5]. Celem szkoleń w zakresie SCAN jest zaznajomienie badaczy (psychiatrów lub psychologów) z zasadami przeprowadzania wywiadu, kodowania odpowiedzi, możliwościami wykorzystania dodatkowych źródeł informacji (dokumentacja lekarska, wywiad z innymi osobami), a także opanowania stosowanej terminologii. Uzupełnienie wersji podstawowej SCAN stanowią: CAPSE – skomputeryzowana wersja kwestionariusza, oraz CATEGO – program do obliczania i przetwarzania uzyskanych danych, umożliwiający m.in. ustalenie rozpoznań wg kryteriów klasyfikacji ICD-10 i DSM IV. Zasadniczą część SCAN – wersja 2.1, opiera się na: kwestionariuszu Present State Examination (PSE) – 10 rewizji, Item Group Checklist, Clinical History Schedule oraz Glossary of Differential Definitions (słownik) [9]. Głównym zadaniem PSE, niezmiennym od momentu powstania w 1974 roku, jest umożliwienie zwięzłego, opierającego się na słowniku z rozpoznaniami różnicowymi opisu i klasyfikacji fenomenów klinicznych w celach porównawczych [8]. Rdzeń SCAN – wersja 2.1, zawiera 10 edycję PSE, którego rzetelność jest zbli-

żona do PSE-9. PSE-10 opiera się na szerokim spektrum objawów psychotycznych i niepsychotycznych oraz zawiera specjalny moduł, pozwalający na rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10 i DSM-III-R, np. nadużywanie alkoholu i narkotyków, zaburzenia odżywiania się i snu. SCAN został przetestowany w 20 ośrodkach w 11 krajach [10, 11]. Celem przeprowadzającego wywiad jest zbadanie, który z listy fenomenów był obecny podczas omawianego okresu oraz w jakim nasileniu. Badanie polega na dopasowywaniu zachowania pacjenta i opisu subiektywnych doświadczeń do przedstawionych klinicznych definicji SCAN [9].

Item Group Checklist daje możliwość uwzględnienia danych z dokumentacji lekarskiej oraz z wywiadu z innymi – oprócz badanego – osobami. Kodowane w tej części objawy psychopatologiczne, o których istnieniu musi rozstrzygnąć klinicysta prowadzący badanie, stanowią uzupełnienie badania PSE przeprowadzonego w sytuacji, kiedy badany udziela informacji o obecnym samopoczuciu, ale nie pamięta lub nie chce odpowiedzieć, jak czuł się w przeszłości, a przeprowadzenie wywiadu dotyczącego tego okresu nie jest możliwe, lub kiedy badacz potrzebuje jak najwięcej szczegółowych danych o pacjencie.

Clinical History Schedule skonstruowano z myślą o grupie organicznych zaburzeń psychicznych (F00-F09). Służy do systematyzacji danych uzyskanych od badanego lub z dokumentacji medycznej, dotyczących m.in. funkcjonowania społecznego, zaburzeń osobowości, zaburzeń zachowania w dzieciństwie i wieku dojrzałym, oraz chorób somatycznych.

Terminologia, jaką posługuje się SCAN, jest definiowana w *Glossary of Differential Definitions* – ujęto w nim opisy poszczególnych zjawisk psychopatologicznych zawartych w SCAN [9]. Autorzy narzędzia podkreślają, że używane tam terminy „neurotyczny”, „afektywny”, „psychopatyczny” czy „organiczny” mają charakter opisowy, natomiast nie odnoszą się do etiologii zaburzeń. SCAN został przetłumaczony na kilkanaście języków, w tym na język polski [12]. Badanie za pomocą SCAN trwa zwykle około 90 minut [13]. Obecnie obowiązuje najnowsza wersja narzędzia SCAN- 2.1 z 1998 roku.

Część I SCAN dotyczy zaburzeń somatyzacyjnych, dysocjacyjnych, lękowych, depresyjnych oraz dwubiegunowych, a także problemów związanych z odżywianiem się, nadużywaniem alkoholu i innych substancji. Jest tam także część skringowa dla części II. Do niektórych pytań dołączono listy kontrolne (ang. checklist), które dotyczą zagadnień związanych z zaburzeniami wymagającymi szczegółowych powiązań czasowych, np. w urazie psychicznym, w zaburzeniach nerwicowych i przystosowania. Inne listy kontrolne zawierają rozszerzony spis zagadnień w stosunku do tekstu głównego, np. dodatkowa lista objawów somatyzacyjnych. Dodatkowa lista kontrolna zawiera hasła jeszcze nieistniejące w słowniku. Część II dotyczy zaburzeń psychotycznych, poznawczych oraz obserwowanych nieprawidłowości mowy, afektu i zachowania.

SCAN ma dwa przewodniki. Jednym z nich jest zestaw szkoleniowy (ang. training pack) dla ośrodków szkoleniowych (ang. training centers). W jego skład wchodzi: wstęp do tekstu SCAN, słownik (Glossary), broszurki ze skalami wraz z instrukcją, materiały do kursów szkoleniowych SCAN, oraz rekomendacje centrów szkoleniowych.

W skład zestawu wchodzi także udoskonalony program komputerowy. Zastosowanie tych materiałów zostało opisane na wydziale zdrowia psychicznego WHO w Genewie. Słownik jest jedną z najważniejszych części SCAN. Dotychczasowe doświadczenia wykazały, że zastosowanie definicji ze słownika przez klinicystów możliwe jest nawet wtedy, gdy z częścią z nich się nie zgadzają. SCAN nie służy uniformizacji myślenia diagnostycznego, ale jest zalecany do użytku klinicznego, edukacyjnego i badawczego w celach porównawczych. Definicje w słowniku są zwykle bardzo szczegółowe i pozwalają wykluczyć inne objawy. Wszyscy użytkownicy SCAN powinni stosować diagnozy różnicowe. Słownik rozwinął się z PSE-9 na podstawie doświadczeń użytkowników. Włączono do niego także informacje z ICD-10, DCR, DSM-III-R i DSM-IV i wyjaśniono wiele technicznych zagadnień, takich jak np. dokładny związek czasowy, dominacja jednego objawu, specyficzne relacje czasowe podczas przebiegu choroby, stanowi on zatem krótką instrukcję do SCAN. Wszelkie problemy wynikające ze stosowania SCAN, na które nie znaleziono odpowiedzi, powinny być konsultowane.

Słownik zawiera definicje różnicujące aspekty doświadczeń lub zachowania, charakterystyczne dla osób kierowanych do psychiatrii. Każdy aspekt ma swoją rubrykę (ang. item) w tekście SCAN z unikalnym numerem i nazwą. Definicje są zamieszczone w słowniku w kolejności numerycznej. Itemy reprezentują subiektywnie opisywane „objawy” lub „oznaki” obserwowane w zachowaniu, często opisywane jako fenomeny. W wersji 2 SCAN nastąpiła zmiana numeracji w porównaniu z wersją 1 i pozostała niezmienną w wersji 2.1.

Powyższe terminy mogą sugerować, że itemy odnoszą się do teorii psychopatologicznych i dlatego mogą reprezentować objawy i cechy chorób. Ta hipoteza nie jest częścią struktury SCAN. Itemy są skalowane na podstawie ich własnej wartości, niezależnie od jakiegokolwiek teorii, łączącej je w klastry, czy przyczyny psychospołecznej lub biologicznej. W taki sposób jest uzyskiwany zwięzły obraz kliniczny, pozwalający na wyróżnienie typu zaburzenia i jego klasyfikację. Żaden szczególny układ reguł nie powinien mieć wpływu na stwierdzenie, czy obecne są jakiegokolwiek objawy lub oznaki. Terminy takie, jak neurotyczny, afektywny, psychotyczny, organiczny, są używane opisowo w tym samym znaczeniu.

Istnieją itemy, w których można zrobić przypis do patologii, etiologii lub relacji do innych fenomenów, ale są to kliniczne oceny wymagające do ich określenia systemów diagnostycznych, takich jak ICD-10 i DSM-IV, a nie tylko specyfikacji w systemie SCAN. Skala do kodowania cech etiologicznych jest włączona dodatkowo do wersji 2.1 SCAN. W wersji 1 SCAN cechy były odróżnione od objawów na podstawie ich przetrwania od adolescencji i braku ich zaostrzenia, które mogłyby być traktowane jako początek choroby. W wersji 2.1 czas trwania objawów może być kodowany oddzielnie. Nie skaluje się cech. Określenie „zaburzenie” jest używane, tak jak w ICD-10, do „wskazania obecności klinicznie rozpoznawalnego układu objawów lub zachowań”. Do programu komputerowego włączono różne układy reguł do rozpoznawania zaburzeń; nie ma ich w tekście SCAN. Główny zestaw reguł jest przedstawiony w ICD-10-DCR i przewodniku do DSM. Każdy system nozologiczny z wystarczająco zoperacjonalizowanymi regułami może być dostosowany do itemów suplementu.

Drugi przewodnik to *Reference manual* – dla użytkowników SCAN opublikowany w formie książkowej (Wing JK, Sartorius N, Ustun TB, 1996). Opisuje historię i rozwój SCAN od początku, czyli od drugiej połowy lat 50. Zawiera rozdziały poświęcone poszczególnym celom, założeniom i technikom SCAN, результатам międzynarodowych badań i różnym wersjom komputerowym. SCAN jest przeznaczony do użytku przez klinicystów posiadających odpowiednią wiedzę w zakresie psychopatologii, przeszkolonych w wyznaczonych przez WHO centrach szkoleniowych SCAN. Skrócona wersja części I, składająca się z PSE 10, może być używana przez nieprofesjonalistów przeszkolonych w tych ośrodkach [9].

Wczesne wersje SCAN były stosowane w badaniu potrzeb, w zakresie usług psychiatrycznych, pacjentów przewlekle hospitalizowanych w szpitalach dziennych i ośrodkach dziennego pobytu w Camberwell, w południowo-wschodnim Londynie [14]. Przeprowadzono wówczas sprawdzian możliwości SCAN, wykorzystując fakt, iż pacjenci mieli kontakt z usługami psychiatrycznymi od 17 lat, a połowa z nich nie miała objawów, które mogłyby być diagnozowane tylko za pomocą PSE. Wyniki w tym zakresie okazały się satysfakcjonujące.

W SCAN występują główne skale (I-IV), umieszczone na początku działów, w których się znajdują. Dodatkowa skala właściwości etiologicznych jest umiejscowiona za skalą I i II – może być używana z każdym z itemów w miejscu oznaczonym przerywaną linią. Rzetelność i trafność cech etiologicznych nie zostały systematycznie przebadane. Ci, którzy są zainteresowani stosowaniem tej skali, powinni skontaktować się z centrum szkoleniowym w celu uzyskania informacji dotyczącej wpisywania danych i klasyfikujących algorytmów. Wiele objawów i zachowań ma swoje indywidualne skale. Podczas skalowania SCAN obowiązuje naczelna zasada: w razie wątpliwości zawsze należy skalować niżej. Dla celów badawczych wyniki fałszywie negatywne są generalnie mniej kłopotliwe niż fałszywie pozytywne [9].

Badania rzetelności i czułości SCAN

W piśmiennictwie przedstawiono dowody na rzetelność PSE-9 [15, 16]. Przeprowadzono badania oceniające rzetelność poszczególnych części poprzednich wersji SCAN [10, 17, 18]. Udokumentowano także dane wynikające z przebadania właściwości psychometrycznych SCAN- 2.1. W 1997 roku przeprowadzono badanie populacji ogólnej Holandii na obszarze obsługiwanym medycznie przez Nijmegen (Nijmegen Health Area), używając holenderskiej wersji SCAN- 2.1 w celu wykrycia zaburzeń psychicznych [19]. Wcześniej wykonano badanie właściwości psychometrycznych SCAN- 2.1, stosując 2 metody, każda łączyła się z innymi przyczynami błędu pomiarowego. Pierwsza to test-retest, druga to wideo (sytuacja standardowa). Właściwości ocenione przez ekspertów porównywano z danymi uzyskanymi przez badaczy i ustalono konsensus. Test-retest ($n = 89$ par) dał podstawową rzetelność mierzoną za pomocą współczynnika kappi 0,64 dla przypadków diagnostycznych na poziomie kategorii, i kappi 0,24–0,64 na poziomie grup, a dla przypadków zespołów objawów kappi 0,47 [20]. W sytuacji standardowej na poziomie przypadków diagnostycznych całkowita zgodność wynosiła 94%. Większość przypadków była wykryta

przez badaczy (czułość 86%, specyficzność 99%). Dla zaburzeń schizofrenicznych czułość wynosiła 9%, a dla innych grup diagnostycznych od 50 do 100%. Dla kategorii diagnostycznych czułość wynosiła 56%–96%, specyficzność 93–100%, podobnie dla grup. Dla przypadków zespołów objawów, grup i kategorii czułości były doskonałe (excellent), z wyjątkiem zaburzeń dwubiegunowych, gdzie wynosiła 57%. Dla objawów schizofrenii czułość była wysoka w porównaniu z zaburzeniami – 79%. Średnia zgodność dla przypadków diagnostycznych wynosiła 94%, dla kategorii 90%, a 87% dla grup. Dla części I SCAN (bez psychoz) odpowiednio: 98%, 96%, 93%. Całkowita rzetelność SCAN- 2.1 została oceniona jako umiarkowana, do znacznej (moderate to substantial). W badaniu test-retest stwierdzono rzetelność od zadowalającej do umiarkowanej (fair to moderate). W sytuacji standardowej zgodność oceniono od znacznej do prawie całkowitej (substantial to perfect). Braki w doświadczeniu mogły u badaczy wpłynąć negatywnie na wyniki. SCAN- 2.1 wykorzystywany do badania zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej przez nieklinikistów, ale dobrze przeszkolonych, ma satysfakcjonującą rzetelność. Podczas tygodniowego szkolenia należy zwrócić szczególną uwagę na strukturę SCAN i jego składowych. Użycie IGC może być korzystne w razie braku danych. Z punktu widzenia wskaźnika koszty/efektywność w dużych badaniach epidemiologicznych wszystkich badaczy można intensywnie przeszkolić w posługiwaniu się pierwszą częścią SCAN, a niektórych z lepszą znajomością psychopatologii – całością, tj. częścią drugą. Wcześniej wykazano także, że osoby nieprofesjonalnie związane z psychiatrią, ale przeszkolone, mogą stosować SCAN prawidłowo [7, 21]. Wyniki badań właściwości psychometrycznych SCAN wykazały wysoką rzetelność diagnozy i systemu punktowego także w stosunku do innych wersji językowych, np. hiszpańskiej, co podkreśla wartość SCAN jako jednego z najlepszych, dostępnych obecnie, psychiatrycznych narzędzi diagnostycznych, mających również zastosowanie w różnych kulturach [22]. Przeprowadzono także walidację chińskiej wersji SCAN, a więc międzykulturowe badanie rzetelności na poziomie pojedynczych objawów, badanych za pomocą SCAN. Znalaziono odpowiedniki chińskie dla wszystkich itemów. Nie stwierdzono różnic na poziomie grup diagnostycznych, ale były one między poszczególnymi skalami. Zgodność uzyskana przez badaczy amerykańskich, brytyjskich i chińskich w chińskiej wersji SCAN WHO wynosiła 69%–100%. Dlatego uznano, że zastosowanie chińskiej wersji SCAN na Tajwanie zostało zwalidowane [23].

Wspomaganie diagnozy psychiatrii rozpoznaniem za pomocą narzędzia SCAN daje możliwość wczesnego reagowania, tzn. odpowiedniego podejścia do potrzeb pacjenta w celu optymalizacji metod leczenia, dostosowując je do rodzaju diagnozy i zaburzeń współistniejących.

Система SCAN – частично структурный анамнез, опирающийся на диагностических критериях SCAN-система – Semi-structured interview based on diagnostic criteria

Содержание

В работе представлен очерк актуальных черт современных диагностических классификаций, которые были учтаны в современном, частично структурным, диагностическим анамнезе SCAN, в том: концепции развития диагностических классификаций, смысл операций,

диагностических критериях, а также тенденции для отдельной системы диагностирования нарушений.

Авторы подробно описали структуру анкеты SCAN ver 2.1 (ВОЗ) состоящего из Present State Examination 10-го пересмотра, Item Group Checklist Clinical History Schedule,

Словаря (Glossary of Definition), а также компьютерной программы I-Schell вместе с основами использования диагностических шкал. Представлены материалы и школьные пособия для использования их во время обучения в области применения этих пособий: состав пособий для центров обучения и Reference Manual – пособие, описывающее шкалу SCAN, опубликованную в форме книжки. Представлены также доводы на правильное использование анамнеза SCAN между различными культурными ориентациями. В последней части работы Авторы приводят исследования, относящиеся достоверности и чувствительности пособия, подтверждающие возможность его широкого применения в исследовательских проектах, а также использование шкалы SCAN как вспомогательного пособия психиатра для более внимательного подхода к диагностическому процессу.

SCAN - System - teilweise strukturalisiertes Interview gestützt auf diagnostische Kriterien

Zusammenfassung

In der Studie wurde ein Abriss der Eigenschaften der zeitgenössischen diagnostischen Klassifizierungen beschrieben, die im modernen teilweise strukturalisierten diagnostischen Interview SCAN berücksichtigt wurden, und darunter: Ideen der Entwicklung der diagnostischen Klassifizierung, Bedeutung der Operationalisierung der diagnostischen Kriterien und die Tendenzen zum Teilungssystem der Diagnosestellung bei den Störungen. Die Autoren beschrieben ausführlich die Struktur von SCAN ver.2.1 (WHO), das besteht aus: Present State Examination - 10. Veröffentlichung, Item Group Checklist, Clinical History Schedule, Wörterbuch (Glossary of Definitions) und Computerprogramm I-Shell zusammen mit den Hinweisen für diagnostische Skalen. Näher wurden die Materialien und die Schulungseinheiten zur Anwendung während der Schulung zur Bedienung des Werkzeugs besprochen: Schulungseinheit für Schulungszentren und Reference Manual - Führer, der SCAN beschreibt und der als ein Buch veröffentlicht wurde. Es wurden auch die Beweise für brauchbaren Gebrauch von SCAN - Interview zwischen den differenten Kulturorientierungen vorgestellt. Im letzten Teil der Arbeit besprechen die Autoren die Studien zur Richtigkeit und Empfindlichkeit des Mittels, die die Möglichkeit der breiten Anwendung bei den Forschungsprojekten bestätigen, und auch die Anwendung von SCAN für die Unterstützung des Psychiaters zwecks einer eindringlichen Einstellung zum diagnostischen Prozess.

Le système SCAN – enquête semi-structurée basée sur les critères diagnostiques

Résumé

L'article présente le précis des caractéristiques des classifications diagnostiques contemporaines qui sont incorporées au système SCAN – enquête diagnostique semi-structurée. On décrit aussi les conceptions du développement futur des classifications diagnostiques, l'importance de l'opérationnalisation des critères diagnostiques, la tendance à diviser le système diagnostique. Les auteurs décrivent en détaille la structure de SCAN, version 2.1(WHO) qui se compose de: Present State Examination – dixième édition, Item Group Checklist, Clinical History Schedule, Glossary of Definition, du programme I-Shell y compris les échelles diagnostiques. On présente encore des matériaux d'instruction pour s'en servir, the Reference Manual – guide décrivant le SCAN, preuves d'utilité de SCAN dans les situations des différences culturelles. La dernière partie du travail contient les résultats de recherches concernant la conformité et l'exactitude de cet outil diagnostique qui attestent son aptitude aux projets scientifiques et à la pratique des psychiatres dont le SCAN facilite leur diagnostic.

Piśmiennictwo

1. Pawłowski T, Kiejna A. *Klasyfikacja Wernickego na tle innych koncepcji klasyfikowania zaburzeń psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2003; 1: 135–142.
2. First MB. *DSM-IV and psychiatric epidemiology*. W: Tsuang MT, Tohen M, red. *Textbook in psychiatric epidemiology, second edition*. New York: John Wiley and Sons Inc.; 2002, s. 333–342.
3. Frances A, Widiger T, Fyer M. *The influence of classification methods on comorbidity*. W: Maser JD, Cloninger CR, red. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1990, s. 41–59.
4. World Health Organization. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, wyd. 2. Kraków–Warszawa: Vesalius; 2000.
5. Aboraya A, Tien A, Stevenson J, Crosby K. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN): Introduction to WV' mental health community*. W. V. Med. J. 1998; 94 (6): 326–328.
6. Murphy JM. *Symptom scales and diagnostic schedules in adult psychiatry*. W: Tsuang MT, Tohen M, red. *Textbook in psychiatric epidemiology. Second edition*. New York: John Wiley and Sons Inc.; 2002, s. 237–320.
7. Rijnders CATH, van den Berg JFM, Hodiament PPG, Nienhuis FJ, Furer JW, Mulder J, Giel R. *Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1)*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2000; 35: 348–352.
8. Wing J. *SCAN and the PSE tradition*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31 (2): 50–54.
9. Glossary SCAN. WHO. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, version 2.1. Glossary. Differential definitions of SCAN items and commentary on the SCAN manual*. Geneva: World Health Organization; 1999.
10. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47 (6): 589–593.
11. Maurer K, Hillig A, Freyberger HJ, Velthaus S. *Erfahrungen mit den 'Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)' im Rahmen einer multizentrischen Feldstudie*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1991; 142 (3): 235–245.
12. Kiejna A, Małyszczak K. *Polska wersja SCAN. Wersja robocza*. Katedra Psychiatrii AM Wrocław; 2000.
13. Grzesiak M, Kiejna A. *The diagnostic questionnaires and their use in epidemiological studies in psychiatry*. Psychiatr. Pol. 1999; 33 (4): 519–533.
14. Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, MacCarthy B, Mangen S, Lesage A, Mumford J. *The problems of people in long-term psychiatric day care. An introduction to the Camberwell High Contact Survey*. Psychol. Med. 1988; 18 (2): 443–456.
15. Wing JK, Cooper J, Sartorius N. *The description and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
16. Duine TJ, Hodiament PPG, Peer PGM, Boerma LH. *Reliability of the Present State Examination in four different populations*. Tijdschr. Psychiatr. 1985; 27: 326–340.
17. Tomov T, Nikolov V. *Reliability of SCAN categories and scores. Results of the field trials*. W: Stefanis CN, red. *Psychiatry: a world perspective*. Amsterdam: Elsevier Science; 1990, s. 107–117.
18. Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K. *A comparison of the two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1995; 29: 124–132.

19. Rijnders CA, van den Berg JF, Hodiament PP, Nienhuis FJ, Furer JW, Mulder J, Giel R. *Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1)*. Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol. 2000; 35: 348–352.
20. Landis JR, Koch GG. *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometr. 1977; 33 (1): 159–174.
21. Brugha TS, Nienhuis F, Bagchi D, Smith J, Meltzer H. *The survey form of SCAN: the feasibility of using experienced lay survey interviewers to administer a semi-structured systematic clinical assessment of psychotic and non-psychotic disorders*. Psychol. Med. 1999; 29 (3): 703–711.
22. Vazquez-Barquero JL, Gaite L, Artal Simon J, Arenal A, Herrera Castanedo S, Diez Manrique JF, Cuesta Nunez MJ, Higuera A. *Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica „sistema scan”*. Actas luso-espanolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines 1994; 22 (3): 109–120.
23. Cheng AT, Tien AY, Chang CJ, Brugha TS, Cooper JE, Lee CS, Compton W, Liu CY, Yu WY, Chen HM. *Cross-cultural implementation of a Chinese version of the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) in Taiwan*. Brit. J. Psychiatry 2001; 178: 562–572.

Otrzymano: 30.05.2005

Zrecenzowano: 2.11.2005

Przyjęto do druku: 1.03.2005

Adres: Tomasz Adamowski

Katedra i Klinika Psychiatrii AM

50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10