

Оценка диагностической надежности структурированного психиатрического интервью у пациентов, впервые госпитализированных в психиатрическую больницу

Julie Nordgaard, Rasmus Revsbech, Ditte S.bye, Josef Parnas

Psychiatric Center Hvidovre, University of Copenhagen, Broendbyoestervej 160, 2605 Broendby; Statistical Unit, Institute of Preventive Medicine, University of Copenhagen; Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

Переводчик: Басова А.Я. (Москва)

Структурированные психиатрические интервью, выполняемые неврачами, все чаще используются в научных исследованиях и клинической практике. Достоверность таких интервью редко оценивается эмпирически. В этом исследовании сравнивали результаты обследования выборки из 100 клинически разнородных впервые госпитализированных пациентов, осуществленного обученными неврачами с помощью стандартизированного (структурированного) клинического интервью DSM-IV (SCID) с диагнозом по DSM-IV, с согласованным клинико-анамнестическим диагнозом (CLBE) (DSM-IV) установленным двумя опытными врачами-исследователями, который основывался на разнообразных источниках информации, в том числе на видеозаписи исчерпывающего полустандартизированного интервью-беседы. Общий критерий каппа (overall kappa agreement) составил 0,18. Чувствительность и специфичность диагностики шизофрении по SCID составили соответственно 19% и 100%. Вывод: в клинической практике не рекомендуется использовать результаты стандартизированных интервью, выполненных неклиницистами. Рекомендуется с осторожностью использовать такие данные в исследованиях. Авторы утверждают, что для увеличения достоверности и терапевтической надежности диагноза необходимо возродить систематическое теоретическое и практическое обучение психопатологии.

Ключевые слова: структурированное интервью, диагностика, расстройства шизофренического спектра, психопатология.

(*World Psychiatry* 2012;11:181-185)

Сегодня стандартизированное диагностическое интервью является золотым стандартом клинических исследований и быстро прокладывает себе путь в повседневную клиническую работу. В научных исследованиях неврачи, вооруженные стандартизированными интервью, часто проводят диагностическую оценку. Показана высокая диагностическая надежность стандартизированного интервью для новичков-интервьюеров (1).

Стандартизированное интервью определяется как "беседу, состоящую из строго определенных вопросов ... представленных в определенном порядке". Эти вопросы "обеспечивают диагностическую информацию, основанную на ответах пациента и наблюдениях интервьюера. Интервью ... позволяют выявить симптомы и синдромы, удовлетворяющие специфическим диагностическим критериям" (2).

Структурированные интервью были разработаны для повышения надежности диагностики как часть методологической революции в психиатрии. Такой тип опроса настойчиво поддерживал ведущий специалист проекта DSM-III Роберт Спитцер (Robert Spitzer) в своей программной статье «Нужны ли еще врачи?» (3). В этой статье Спитцер противопоставил потенциальную недостоверность и недостаточность диагностической информации, полученной от пациентов ("искажение информации"), и использование строго идентичных вопросов, предъявляемых в определенной последовательности. При этом вопросы формулировались как можно ближе к определениям, данным в диагностических критериях, что позволяло минимизировать влияние других возможных источников ошибочности диагноза, возникавших при преобразовании клиниче-

ской информации в диагностические признаки («отклонение критериев»). В целом, структурированное интервью, уменьшает роль инициативы, заключений и размышлений исследователя практически до нуля, нивелирует клинический опыт психиатра и образование в психопатологии, таким образом, позволяя надлежащим образом подготовленным неспециалистам проводить диагностику.

Обоснованность использования структурированных интервью малоизучена (4,5). В ряде случаев утверждалось, что она в принципе непроверяема, в связи с отсутствием «золотого стандарта диагностики» (3, 6), таким образом вновь возвращая нас к предпосылке, что оценки врачей клиницистов не могут послужить подобной проверкой из-за их ненадежности (6,7). В этом аргументе есть определенная логика. Врачи действительно могут различаться по своим знаниям и профессиональным навыкам, однако вся наша современная классификация строится на описательном, феноменологическом принципе. Насколько нам известно, никогда не выдвигалось никаких концептуальных психопатологических или феноменологических аргументов в пользу структурированных интервью (кроме указаний на ненадежность врачей).

Данное исследование является частью более крупного проекта изучения концептуальных и эмпирических основ психопатологических оценок. В нем мы рассмотрели диагностическую валидность структурированного интервью, выполненного специально подготовленными не психиатрами для диагностически гетерогенной группы впервые госпитализированных пациентов.

Мерой достоверности диагноза для нас послужил согласованный клинико-анамнестический диагноз

(8), который основывался на полуструктурированном разговорном интервью, проводимом подготовленным, опытным психиатром. Далее другой старший врач проводил независимый обзор диагностического материала. В итоге согласованный диагноз ставился на основании всех имеющихся источников информации.

Мы выбрали Структурированное клиническое интервью для DSM-IV (SCID, 9) в качестве примера структурированного интервью, потому что оно используется очень часто. Например, поиск в PubMed, проведенный 16 ноября 2011, показал, что в 11 из 15 последних публикаций о шизофрении для диагностики последней использовался SCID. SCID был создан для эффективного и удобного проведения надежного клинической беседы для постановки диагноза по DSM (10). Этот опросник включает в себя обязательные вопросы, отвечающие операциональным критериям DSM-IV, и алгоритм выработки окончательного диагноза. На тщательно сформулированные вопросы теста можно ответить «да» или «нет». Можно попросить больного дать подробные описания. Тем не менее, в руководе пользуетелю SCID подчеркивается необходимость задавать вопросы именно так, как они сформулированы в тексте интервью: "Задавайте первые вопросы, так как они написаны ..."(11). Было показано, что использование SCID позволяет поставить надежный диагноз для большинства расстройств оси I (1,5,12,13).

Методы

Выборка

Исследование было проведено в Психиатрическом центре Хвидовра (Psychiatric Center Hvidovre), подразделения Университета Копенгагена (University of Copenhagen), который обеспечивает оказание психиатрической помощи 150000 населения в водосборных районах Копенгагена (в Дании нет частных психиатрических стационаров). В этом центре давно и плодотворно проводятся психопатологические исследования усыновления, высокого риска, наследственности и клинической картины шизофрении, в последнее время в особенности ее аномалий и личного опыта пациентов (14-18).

Начиная с июня 2009 г., все пациенты, впервые обратившиеся в психиатрический центр, независимо от их диагноза, наблюдались в течение 18 месяцев. Отобранные пациенты должны были выдерживать длинное интервью (что, естественно, исключало агрессивных, возбужденных или острых психотических больных) и дать информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были доминирование в клиническом статусе алкогольной или наркотической зависимости, черепно-мозговые травмы в анамнезе, умственная отсталость, органические заболевания головного мозга, и возраст >65 лет.

По этическим соображениям из исследования исключались больные, госпитализированные недобровольно или по решению суда (обе категории составляют значительную часть больных, впервые попавших в стационар).

Шесть пациентов были исключены после регистрации, потому что, при внимательном рассмотрении, они не отвечали критериям включения ($n = 3$), не явились на собеседование ($n = 2$) или отозвали согласие после завершения интервью ($n = 1$). Шестнадцать пациентов отказались от участия в исследовании (клинический диагноз: 4 с шизофренией, 1 с шизотипическим расстройством, 9 с депрессией, 1 с тревогой и 1 с неустановленным диагнозом).

Окончательная выборка состояла из 34 мужчин и 66 женщин (распределение по полу отражает процесс отбора), средний возраст которых составил 27,7 лет (диапазон 18-65 лет), представляющая 82% пациентов, первоначально приглашенных участвовать в исследовании.

Интервью

Все пациенты были опрошены дважды в течение одной недели. Среднее время от момента поступления в клинику до первого опроса составило 13 дней (диапазон 2-71). Все интервью снимали на видео.

Первое интервью было проведено магистром клинической психологии (RR), специально обученным и сертифицированным в качестве SCID-интервьюера в Центре изучения нейрокогнитивных особенностей и эмоций при шизофрении в Университете Калифорнии в Лос-Анджелесе (University of California Los Angeles Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia). Опрос включал SCID-I и модуль для шизотипического расстройства личности из SCID-II. Интервью проводилось строго стандартизированным образом: интервьюер аккуратно задавал предварительно сформулированные вопросы в заданном порядке. Он мог узнавать дополнительную информацию и изменять рейтинг, если во время опроса появлялась новая информация. Средняя продолжительность интервью составляет 1,5 часа. Для предотвращения ошибок опытный психиатр-исследователь контролировал проведение интервью и распределение диагноза по DSM-IV.

Вторая беседа проводилась опытным психиатром (JN). Это было частично структурированное интервью в форме беседы (SSCI), которое включало тщательный сбор психосоциальной истории, описание развития болезни (в том числе обстоятельств, которые привели к госпитализации), а также Контрольный список операционных критериев (Operational Criteria Checklist, OPCRIT, 19) расширенный за счет включения дополнительных элементов из Каталога аффективных расстройств и шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS-L, 20), Шкалы оценки аномальных самоощущений (Examination of Anomalous Self-Experiences scale, EASE 21), раздела восприятие в Боннской шкале оценки основных симптомов (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) (22), и оценки симптомов первого ранга по Келеру (Koehler) (23) и изменения мимики и речи (например, нарушения модуляции голоса, взгляда, особенности контакта с окружающими, стереотипии, манерность, дезорганизация и расстройства речи) (15,16,24).

Психиатр проводил беседу в той последовательности, которая была сочтена им целесообразной и соответствовала собственным интересам больного и его ответам на вопросы, в соответствии с феноменологическими принципами К. Ясперса и др. (25). Структура беседы строилась исходя из необходимости собрать всю информацию. Тем не менее, на практике конкретное содержание и последовательность вопросов зависели от динамики и контекста встречи, т.е. стиль беседы был свободный и разговорный. Вопросы были контекстуально адаптированы и следовали логике поведения пациента, обычно врач уточнял детали или просил привести примеры. Психиатр предлагал пациенту говорить свободно, редко прерывал его и давал время на размышления и воспоминания. Для оценки симптомов никогда не использовались простые ответы да/нет, врач всегда требовал примеров из собственного опыта пациента, описанных им самим. Среднее время для завершения SSCI составляло 3,5 часа. Иногда требовалось проведение интервью в виде двух отдельных бесед. На основании этой беседы JN выставлял диагноз в соответствии с DSM-IV.

Руководитель проекта (JP), ведущий врач-исследователь независимо оценивали диагностический материал, собранный с помощью SSCI и ставили свой диагноз по DSM-IV. Совпадение диагноза между JN и JP наблюдалось у 93% пациентов.

В итоге согласованный клинико-анамнестический диагноз (CLBE) по DSM-IV выставлялся каждому пациенту после совместного обсуждения JP и JN с использовани-

ем всей имеющейся информации (видео, заметки, таблицы с клинической информацией, в том числе последующие описания) по каждому больному. Такой диагноз по DSM-IV был золотым стандартом исследования.

Статистика

Для определения меры согласия между диагностическими методами был использован коэффициент Каппа. Чувствительность SCID рассчитывалась как число позитивных результатов теста, деленное на сумму позитивных и негативных результатов теста при наличии заболевания. Специфичность SCID рассчитывалась как число негативных результатов теста, деленное на сумму позитивных и негативных результатов теста при отсутствии заболевания.

Для анализа данных, мы сгруппировали диагностические категории DSM-IV следующим образом: 1. шизофрения, 2. другие (неаффективные) психозы, 3. биполярное расстройство, 4. депрессия, 5. шизотипическое расстройство, 6. другой диагноз. В категорию «другой диагноз» вошли в первую очередь тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства личности, кроме шизотипического.

Результаты

В таблице 1. показано сопоставление диагнозов по SCID и CLBE. Коэффициент каппа, отражающий общий уровень согласия между этими диагностическими подходами, составил 0,18. Соответственно каппа между SSCI и CLBE был 0,92. При противопоставлении группы больных с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения, другие психозы, шизотипическое расстройство) с пациентами, страдающими всеми остальными заболеваниями, коэффициент каппа составил 0,31.

При использовании CLBE как золотого стандарта чувствительность и специфичность SCID для шизофрении составила соответственно 19% и 100%. Соответствующие показатели для всех сочетанных неаффективных психозов (например, шизофрения в сочетании с другим неаффективным психозом) увеличились до 34% и 96%. Наконец,

чувствительность и специфичность SCID для расстройств шизофренического спектра (шизофрения, другие неаффективные психозы и шизотипия) составили 44% и 97% соответственно. Если шизотипическое расстройство предшествовало аффективным, чувствительность SCID для расстройств шизофренического спектра слегка возрастала до 53%, а специфичность оставалась без изменений (97%).

Обсуждение

Одним из ограничений данного исследования была особенность отбора пациентов, направленная на исключение ярких случаев психозов, в результате изучаемая выборка пациентов оказалась диагностически более сложной, что, возможно, усиливало недостатки структурированного интервью.

В целом уровень согласия между диагнозами по DSM-IV, поставленными с помощью SCID и CLBE был очень низким (каппа 0,18). SCID, как правило, позволял диагностировать большее количество пациентов с большим депрессивным расстройством и меньше с шизофренией и шизотипическим расстройством. Очевидно, что основным источником диагностических различий оказался разброс информации. Нередко короткие или односложные ответы на вопросы структурированного интервью часто оказывались недостаточными для получения ключевой психопатологической информации, которую можно было выявить эпистемологически более адекватным образом.

Fennig et al. (4) показали высокую диагностическую конкордантность между диагнозами, поставленными интервьюерами неклиницистами с помощью SCID и лучшими согласованными диагнозами, установленными

Таблица 1. Диагнозы по DSM-IV, поставленные подготовленными неврачами с помощью структурированного клинического интервью для DSM-IV (SCID) в сравнении с диагнозами, установленными двумя опытными психиатрами на основании клинико-anamnestического метода

Согласованный диагноз
Шизофрения
Неаффективные психозы
Шизотипическое расстройство
Большое депрессивное расстройство
Биполярное расстройство
Другие
Итого
Диагноз по SCID
Шизофрения
Неаффективные психозы
Шизотипическое расстройство
Большое депрессивное расстройство
Биполярное расстройство
Другие
Итого

ми психиатрами для шизофрении и биполярного расстройства. Тем не менее, рамки этого исследования были ограничены пациентами, у которых уже диагностировали психотическое состояние. Более того, именно информация, полученная с помощью SCID, была основным источником согласованного психиатрического диагноза. Это означало, незначительный разброс информации между психиатрами и не психиатрами, т.е. врач-психиатр и неклиницист делали свои заключения, опираясь на одинаковую информацию. Минимизация информационного разброса – это один из краеугольных камней структурированного интервью, но это не гарантирует качества (годности) полученной информации.

Как уже упоминалось, методологическая революция в психиатрии был вызвана недостаточной достоверностью диагнозов, несовместимой с научными устремлениями в психиатрии. Решением этой проблемы стали действующие критерии и соответствующие структурированные интервью. В рамках бихевиористской парадигмы задачей структурированного интервью становится достижение квази-экспериментальных условий стимул-реакция (26,27). Таким образом, исследователи пытаются избежать или уменьшить влияние сложных факторов человеческой субъективности, дискурса и межличностной коммуникации, которые всегда играют важную роль в обмене информацией между врачом и пациентом (28,29). При этом остается нерешенным важнейший вопрос: как выявить, изучить и преобразовать опыт пациента (взгляд от первого лица) в формальные данные, используемые третьими лицами для диагностики. Напротив, основное предположение состоит в убежденности в ведущей роли ответов по типу «да / нет», например, ответ «да» подтверждает соответствующий диагностический критерий. Эта уверенность отражает другую неосознанную идею: убежденность в том, что симптомы существуют в сознании пациента в виде готовых, четко очерченных, легко вербализируемых психических объектов, которые только и ждут адекватного вопроса, чтобы появиться в явном виде перед исследователем.

В этой работе изучается достоверность только тех интервью, которые выполнены lege artis специально обученными не-психиатрами. У нас нет данных об эффективности использования структурированных интервью опытными психиатрами. Такой врач, воспользуясь возможностью получить более подробную информацию (разрешенную в руководстве к опроснику)

и, вероятно, сможет поставить правильный диагноз. Но в таком случае он будет действовать также, как и при использовании полуструктурированного интервью, описанного в этом исследовании. Другими словами, как только врач-интервьюер получает возможность, оправданную контекстом беседы, углубить разговор с пациентом (то есть, частично структурированное интервью), любая конкретная схема опроса будет работать одинаково хорошо (конечно, при наличии грамотного, квалифицированного и хорошо подготовленного врача).

Непреднамеренным последствием методологической революции в психиатрии стало снижение уровня знаний в области психопатологии (30) в отсутствие заметного повышения надежности и обоснованности врачебных диагнозов. Дальнейшее развитие как исследований, так и клинической практики требует возрождения обучения и изучения психопатологии (31). К сожалению, сегодня психиатрическое образование часто сводится к обучению проведения отдельных тестов. Однако психиатру не достаточно запомнить стандартные вопросы и диагностические критерии. Обучение психопатологии предполагает целенаправленное изучение литературы, еженедельные обсуждения психопатологических понятий (например, что такое бред или галлюцинации; отражают ли их определения целостную концепцию и являются ли они феноменологически достоверными), реальные беседы с больными под контролем супервизора, с последующим обсуждением их технических аспектов, межличностного взаимодействия, происхождения и диагностической значимости полученной информации.

Таким образом, данное исследование показало низкую диагностическую значимость структурированного психиатрического интервью, осуществляемого в любых целях обученными не-врачами. Подобный подход не может быть рекомендован для клинической практики в связи с высокой долей ошибочных диагнозов. Высокая специфичность диагностики шизофрении (100%) позволяет ограничено применять подобные интервью в исследованиях для подтверждения предшествующего врачебного диагноза.

Благодарности

Авторы благодарят доктора П. Хандеста (P. Handest) и доктора Л. Янссона (L. Jansson) за их сотрудничество в проведении исследования. Работа выполнена при финансовой поддержке датского Национального исследовательского фонда (Danish National Research Foundation) и PhD гранта от факультета наук о здоровье Копенгагенского университета (University of Copenhagen).

Литература:

- Ventura J, Liberman RP, Green MF et al. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCIDI/P). *Psychiatry Res* 1998;79:163-73.
- Beck SM, Perry JC. The definition and function of interview structure in psychiatric and psychotherapeutic interviews. *Psychiatry* 2008;71:1-12.
- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; 24:399-411.
- Fennig S, Craig T, Lavelle J et al. Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Compr Psychiatry* 1994;35:341-8.
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF et al. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 1996;91:859-68.
- Boonstra N, Wunderink L, Sytema S et al. Detection of psychosis by mental health care services; a naturalistic cohort study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:29.
- Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
- Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD et al. Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:879-83.

- First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
- Williams JB, Gibbon M, First MB et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- First M, Gibbon M, Spitzer R et al. User's guide for SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 2002.
- Skre I, Onstad S, Torgersen S et al. High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:167-73.
- Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F et al. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry* 2008;8:43.
- Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
- Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B et al. Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:707-14.
- Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF et al. Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004;128B:30-6.
- Kety S, Rosenthal D, Wender PH et al. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal D, Kety S (eds). *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press, 1968:25-37.
- Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
- McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 764-70.
- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35: 837-44.
- Parnas J, Moller P, Kircher T et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005; 38: 236-58.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. *Bonner Skala FÜR die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer, 1987.
- Koehler K. First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. *Br J Psychiatry* 1979;134:236-48.
- Vaever MS, Licht DM, Moller L et al. Thinking within the spectrum: schizophrenic thought disorder in six Danish pedigrees. *Schizophr Res* 2005;72:137-49.
- Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
- Stanghellini G. The grammar of the psychiatric interview. A plea for the second-person mode of understanding. *Psychopathology* 2007; 40:69-74.
- Stanghellini G. A hermeneutic framework for psychopathology. *Psychopathology* 2010;43:319-26.
- Parnas J, Sass LA. Varieties of "phenomenology": on description, understanding and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2008:239-77.
- Parnas J, Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. In: Maj M, Gaebel JJ, Lopez-Ibor N et al (eds). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester: Wiley, 2002:137-62.
- Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.
- Jablensky A. Psychiatry in crisis? Back to fundamentals. *World Psychiatry* 2010;9:29.