

· 综 述 ·

DSM - IV 临床定式访谈(SCID) 的信度、效度研究进展

许俊亭 综述 姜 潮 审校

【中图分类号】 R749 【文献标识码】 B doi: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.03.034

上世纪 60 年代 精神疾病的诊断没有一个公认的标准,诊断的不一致性在精神科医生之间是一个司空见惯的现象。1980 年出版的美国《精神障碍诊断与统计手册(第 3 版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Version, DSM - III) 对每类疾病都有确切的概念、定义,对每一个有诊断价值的症状、症候群都予以明确定义,对病史采集、精神检查均有统一方法,具有诊断标准、排除标准。为进一步提高精神疾病诊断的准确性,研究者们针对 DSM 诊断系统设计了结构式访谈工具 - DSM 临床定式访谈(The Structured Clinical Interview for DSM, SCID)。SCID 使用之后,诊断的准确性和一致性明显提高^[1]。SCID 是目前国内外最常用的精神障碍诊断和调查工具之一。

在国内 SCID 是由原华西医科大学翻译引入,自引进之后多在以 SCID 作为病例资料收集工具时,做症状评估的重测信度和评定人员一致性信度研究^[2],鲜见对 SCID 的研究进展进行综述。

1 SCID 简介

SCID 即 DSM 临床定式访谈,是 Spitzer 等^[3]于 1983 年设计,用于对 DSM 所列大部分疾病进行半定式检查。并于 1985 年完成了可靠性的现场测试。以后随着 DSM 诊断系统的不断改版,SCID 也在不断的改版、更新和完善。

2 SCID 信度、效度研究

对于任何一种访谈工具,最关注的就是其信度和效度问题,诊断性评估工具的信度检查一般是比较一个或多个检查者分别对同一组目标人群进行独

立评估的一致性,以及在不同时间段内重复访谈评估的一致性。有许多因素影响访谈工具的信度,比如访谈方法及访谈时间、评定者是否接受过专业培训、目标人群的疾病状况以及疾病的基础率等。

2.1 评分者信度

在进行 SCID 评估时,要求评定者对问卷中涉及的症状进行相应的解释,可见,评定者自身对症状的理解程度就会直接影响最终的诊断结果。为此采用评分者信度,即评定者之间的一致性检验来评价其一致性程度。

Torgersen 等^[4]于 1991 年对 54 名患者进行评定者一致性研究,3 名评定者对 54 名患者进行诊断评估。除单纯恐怖的评分者信度系数 kappa 值为 0.70、社交焦虑为 0.72 外,其它疾病的 Kappa 值都大于 0.80。Zanarini 等^[5]于 2000 年对 27 名患者以 DSM - IV 为标准评估评分者信度,物质使用障碍的 kappa 值为 1; 重性抑郁障碍、创伤后应激障碍、恶劣心境、进食障碍等疾病的 kappa 值都大于 0.75; 各种焦虑障碍的 kappa 值在 0.57 到 0.65 之间。

2.2 重测信度

重测信度系数一般都会低于评分者信度系数,尤其是在间隔几周之后进行重测。Williams 等^[6]进行的一项多中心的重测信度研究发现,双相情感障碍、药物滥用或依赖、进食障碍诊断的平均加权 kappa 值大于 0.75; 抑郁障碍、物质使用障碍、精神分裂症、焦虑障碍的重测信度 kappa 值在 0.48 ~ 0.73 之间。Zanarini 等^[5]在 2000 年以 DSM - IV 为诊断标准,对 52 名患者在间隔 7 ~ 10 天后进行重测,结果发现,物质使用障碍和创伤后应激障碍的重测信度的 kappa 值分别为 0.76 和 0.78,重性抑郁障碍、惊恐障碍、强迫性障碍以及社交焦虑等疾病的 kappa 值在 0.6 左右,广泛性焦虑障碍的重测信度最低, kappa 值为 0.44。多项研究均表明焦虑障碍的重测信度较低^[6]。考虑可能的原因是焦虑症状的治疗

作者单位: 116085 大连市第七人民医院(许俊亭); 辽宁省卫生厅(姜潮)

通信作者: 许俊亭, E-mail: dlqykj@163.com

起效快,在间隔 7~10 天进行重测时,焦虑症状已经得到了明显的改善。而常见的抗抑郁药和抗精神病药的起效时间一般都在 2 周左右,情感症状和精神病症状相对比较稳定,受时间的影响比较小。

2.3 效度

诊断评估技术的效度研究是指运用评估工具所做诊断与假设的“金标准”诊断的一致性研究。遗憾的是,精神疾病的诊断至今没有所谓的“金标准”。显然不能以常规的临床诊断作为金标准,因为设计结构式访谈工具的目的就是为了改善开放式诊断方法的不足。

SCID 具有一些其它诊断工具所没有的特征,比如,在开始检查被试是否符合某种疾病诊断之前,SCID 先进行对现有疾病和过去精神症状发作的开放性的整体回顾,这一过程向被检查者提供了一个用自己的语言描述当前存在的问题的机会,也可以收集到一些在对具体某个诊断标准进行评价时得不到的信息。SCID 问题的顺序是按照有经验的临床医生进行诊断的过程设计的。事实上,检查者进行检查的过程就是一个不断验证诊断假设的过程。有时候为使被检查者理解检查者所问的问题,检查者可以向被检查者解释诊断标准。这也是 SCID 已经被用作判断临床诊断准确性的“金标准”的原因之一。

Spitzer 曾建议设立一个“LEAD”标准来衡量定式检查的效应^[7]。LEAD 就是由专家(Expert)利用一切可以利用的数据和信息(All Data),包括家庭信息人的访谈、疾病记录的回顾、临床工作人员的观察等,进行纵向(Longitude)评估所作出的诊断。在理论上可以将“LEAD”作为金标准,但在具体操作上却有着它的局限性。

西班牙的 Torrens 等^[8]以“LEAD”为金标准,计算了 SCID(DSM-IV)的效度,精神分裂症的诊断效度最高,kappa 值为 0.72,物质使用障碍 kappa 值在 0.4~0.81 之间。Bostic 比较了 SCID 与金标准诊断的一致性,各种轴 I 疾病总的 kappa 系数为 0.64,一致性最高的是精神分裂症,kappa 值为 0.72,最差的是分裂情感障碍,kappa 值为 0.57。任何两种诊断方法的一致性水平受诊断的基础率或者是每种诊断/疾病在研究人群中出现频率的影响。在中等大小的样本中,如果一个诊断/疾病的基础率非常低,kappa 值就会有大的变化。

3 SCID 应用

3.1 SCID 在临床中的应用

SCID 的设计目的就是为了提高精神疾病诊断

的一致性,上述的研究结果都一致表明,SCID 具有良好的信度和效度,但在临床诊断治疗工作中,临床医生仍然更倾向于使用开放性的形式与病人进行交谈,认为这样更容易建立良好的医患关系和牢固的治疗同盟^[9]。但已有研究表明,用结构式问卷不但不会影响医患治疗关系,相反,患者会因为医生详细的询问而倍感感激^[10]。

Shear^[10]对 164 例门诊患者进行了随访研究,比较 SCID 诊断与临床诊断的一致性,结果发现,SCID 与临床诊断的一致性很低,kappa 值为 0.1~0.3。SCID 诊断的焦虑障碍患者中,只有 26% 同时被临床诊断。SCID 诊断的抑郁障碍患者中,有 51% 同时被临床诊断。两者诊断的一致性较低。但值得注意的是,在精神疾病患者就诊时,单纯恐怖症是最容易被临床医生忽略的疾病,但如果借助于结构式访谈工具,就很容易做出准确的评估。

结构式评估方法能够提高患者报告疾病信息的准确性和积极性,有利于临床医生对症状和行为进行系统的评估。在临床实际工作中,可以通过以下几种方法使用 SCID: ① 临床工作者按照自己的方式对患者进行检查后,使用 SCID 的相关部分加以证实并确定 SCID 的诊断; ② SCID-I 和 SCID-II 合用,可对 DSM-IV 轴 I 轴 II 诊断做出系统评价; ③ SCID 有助于精神卫生专业的学生提高临床访谈技巧,向他们提供对获得信息有帮助的指导性提问,并对照诊断标准做出判断^[11]。

3.2 SCID 在流行病学中的应用

SCID 是精神疾病流行病学调查研究最常用工具之一,利用心理解剖方法(Psychological Autopsy, PA)借助 SCID 评估自杀死亡者的精神疾病患病情况是目前自杀研究中最常用的方法^[15-16]。

Kelly 等^[12]于 1996 年比较自杀者生前临床诊断与死后用 PA 访谈进行的 SCID 诊断,结果发现一致率为 81%,kappa 值为 0.65。这种方法无疑是确定患者死后疾病诊断的最佳方法。但研究表明,大约 50% 的自杀者生前没有接受过任何形式的精神疾病的评估和治疗^[12],因此现在很多的自杀学研究并没有采取这种方法,更多的还是通过对自杀者的代理人(家属、朋友或医生)进行访谈来判断自杀者是否患有精神疾病。国外的研究表明 90% 以上的自杀死亡者患有至少一种精神疾病^[13],国内的研究显示只有 64% 的自杀死亡者患有精神疾病^[14]。在流行病学中,利用 SCID 他评来做出精神疾病诊断的信、效度问题还值得关注,到目前为止,国内还未见相关报道。

近几年来,国内的自杀学研究大都在以 SCID 作为自杀死亡者精神疾病和心理健康状况的评估工具。在对自杀者进行的心理解剖研究中,研究人员通过对自杀者的代理人进行 SCID 访谈来评估自杀死亡者的精神疾病的患病情况,但是,关于 SCID 在信息人的访谈中做出诊断的灵敏度和特异度情况还未见研究报道,这将是今后的研究重点。

综上所述,SCID 作为一种临床定式访谈工具,研究已经证明其有很高的信度和效度,并且弥补了很多其它访谈工具以及临床开放式访谈的不足,值得在临床中推广使用。同时,利用 SCID 他评来做出精神疾病的诊断的信度和效度问题也将是今后的重点关注。

参 考 文 献

- [1] American Psychiatric Association. DSM - 2 [M]. Washington DC: APA, 1980.
- [2] 周茹英,张远惠,彭斌,等. 三种诊断标准对精神分裂症和心境障碍的诊断比较[J]. 中华精神科杂志, 1997, 30(1): 45 - 50.
- [3] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured Clinical Interview for DSM - IV Axis I Disorders, Patient Edition (SCID - P) [M]. New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1995.
- [4] Skre I, Onstad S, Torgersen S, et al. High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM - III - R Axis I (SCID - I) [J]. Acta Psychiatr Scand, 1991, 84(2): 167 - 173.
- [5] Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses [J]. J Personal Disord, 2000, 14(4): 291 - 299.
- [6] Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM - III - R (SCID) II. Multi - site test - retest reliability [J]. Arch Gen Psychiatry, 1992, 49(8): 630 - 636.
- [7] Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, et al. The Structured Clinical Interview for DSM - III - R (SCID), I: history, rationale, and description [J]. Arch Gen Psychiatry, 1992, 49(8): 624 - 629.
- [8] Torrens M, Serrano D, Astals M, et al. Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM - IV [J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(7): 1231 - 1237.
- [9] Basco MR, Bostic JQ, Davies D, et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting [J]. Am J Psychiatry, 2000, 157(4): 1599 - 1605.
- [10] Shear MK, Greeno C, Kang J, et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics [J]. Am J Psychiatry, 2000, 157(4): 581 - 587.
- [11] Spitzer RL, Williams JB. Users guide for the structured clinical interview for DSM - 2R [M]. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.
- [12] Kelly TM, Mann JJ. Validity of DSM - III - R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante - mortem diagnosis [J]. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1996, 94(5): 337 - 343.
- [13] Schneider B, Wetterling T, Sargk D, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide [J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2006, 256(1): 17 - 27.
- [14] 费立鹏. 中国的自杀现状及未来的工作方向 [J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(4): 277 - 279.
- [15] Schneider B, Maurer K, Sargk D, et al. Concordance of DSM - IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview [J]. Psychiatry Research, 2004, 127(1-2): 121 - 136.
- [16] Basco MR, Bostic JQ, Davies D, et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting [J]. Am J Psychiatry, 2000, 157(10): 1599 - 1605.

(收稿日期: 2013 - 10 - 21)

本刊编辑部已启用“科技期刊学术不端文献检测系统”

为切实提高稿件质量,营造健康的学术环境,本刊编辑部已启用“科技期刊学术不端文献检测系统”。该系统将提交的稿件与文献数据库比对,并创建一个完整的文献复制报告,内容包括检测文献总的文字复制比例,检测文献中每一段雷同文字的出处,准确定位每一段文字的具体位置。对于检测

出有严重不端行为的稿件,编辑部将一律退稿。希望广大作者在撰写论文时,继续本着实事求是的科学精神,引用他人的研究成果时务必标引参考文献。让我们共同抵制学术不端行为,构建公平公正的学术交流平台。

《四川精神卫生》杂志编辑部