

A SCID-I/NP kutatási változata szorongásos zavarok fejezetének magyarországi adaptációja

394

Gerevich József^{1,2}, Bácskai Erika¹, Matuszka Balázs¹, Czobor Pál^{3,4}¹ Addiktológiai Kutató Intézet, Budapest² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest³ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest⁴ Nathan Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York

Összefoglalás: *Háttér: A nemzetközi kutatásokban széles körben használt, a DSM-IV kritériumain alapuló SCID-I strukturált interjú kutatási változata magyar nyelvű reliabilitás- és validitás-vizsgálata mind ez ideig nem készült el. Mindmáig nem végeztek a szorongásos zavarok prevalenciájára irányuló hazai kutatást a SCID-I segítségével. Jelen tanulmány a SCID-I/NP (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders Non-patient Edition) kutatási változata Szorongásos zavarok fejezetének első magyar nyelvű reliabilitás- és validitás-vizsgálatainak eredményét összegzi.*

Módszertan: A kérdőív és a kézikönyv nyelvi validálása a WHO által meghatározott módon történt. Mérőeszközök: SCID-I/NP Áttekintés modul és szűrőkérdések; SCID-I/NP Szorongásos zavarok (F) fejezete; a külső validálást szolgáló tesztek: Beck Szorongás Leltár; ADHD Szűrőteszt (ASRS); Buss-Perry Agresszió Kérdőív; Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT). A teljes mintát három háziorvosi rendelőt felkeresett 741 páciens alkotta. A vizsgálat időtartama 2 hónap volt. Matematikai statisztikai próbák: GLM elemzés, Chi-négyzet próba, Fisher-féle egzakt teszt, Kappa és súlyozott Kappa statisztika.

Eredmények: Az interrater vizsgálatok a két kérdező között jelentős mértékű egyezést mutattak. A negatív eredménnyel zárult szűrőinterjúk között a fals-negativitás vizsgálat egy esetben talált küszöbérték alatti pozitív diagnózist. A külső validitás-vizsgálatok a három vizsgálati csoportban (küszöb feletti, küszöb alatti és negatív csoport) a várakozásoknak megfelelően szignifikáns eltérést mutattak a nemi eloszlás, a családi állapot és a pszichiátriai kezelések száma tekintetében. A pszichometriai skálák közül a Beck Szorongás Leltár és az ADHD Szűrőteszt értékeiben, míg a Buss-Perry Agresszió Kérdőív esetében az összpontszám, a hosztilitás és a düh faktorok esetén találtunk szignifikáns különbséget a három csoport között: a küszöb feletti diagnózissal rendelkező csoport a másik két két csoporthoz viszonyítva minden esetben markánsan magasabb súlyossági értékeket mutatott.

Következtetések: A SCID-I/NP Szorongásos zavarok fejezete alkalmas arra, hogy a nem pszichiátriai populációban detektálja a szorongásos zavarokat, ezáltal lehetővé tegye a korai kezelésbe vételt.

Kulcsszavak: SCID-I/NP kutatási változat; szorongásos zavarok; reliabilitás; validitás

Summary: *Background: The SCID-I structured clinical interview based on the DSM-IV-TR criteria is widely used in internationally, but the reliability and validity of its Hungarian version has not been investigated. This paper presents the results of the first validity and reliability study of the Hungarian version of the SCID-I/NP's (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders Non-patient Edition) Anxiety Disorders module.*

Methods: The language adaptation of the diagnostic interview and of the user's guide was conducted in accordance with the WHO recommendations. Measures: SCID-I/NP Overview and Screening module; SCID-I/NP Module F: Anxiety Disorders; Tests providing external validity: Beck Anxiety Inventory (BAI), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Buss-Perry Aggression Questionnaire (AQ), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The study sample consisted of 741 patients attended at three GP's offices. The trial's duration was two months. Statistical analyses: GLM analysis, Chi-square test, Fisher's exact test, Kappa and weighted Kappa statistics.

Results: Results showed a significant interrater-agreement between the rater pairs. For screening modules yielding negative results, the false-negative analysis indicated a subthreshold positive diagnosis in one case. External validity analyses showed significant discrepancies in terms of gender, marital status and past psychiatric treatments among the three sample groups including those with diagnosis present, subthreshold diagnosis, diagnosis absent. In terms of the psychometric scales, we found significant differences on the BAI and the ASRS in these groups. In the case of AQ we found significant differences in total score and in the factors of hostility and anger: the diagnosis present group showed significantly elevated severity values compared to the other two groups.

Conclusions: The Anxiety Disorders Module of the SCID-I/NP is suitable for detecting anxiety disorders in non-psychiatric population, and hence enables the early admission for treatment.

Key words: SCID-I/NP Research Version; anxiety disorders; reliability; validity

Bevezetés

A SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) olyan strukturált pszichiátriai mérőeszköz, melynek alapvető célja megbízható és érvényes pszichiátriai diagnózisok felállítása a DSM-IV kritériumai alapján (1). A SCID-I-et a Kolumbiai Egyetem Biometriai Kutatások Tanszékének munkatársai fejlesztették ki az 1980-as évek közepén, azóta a mérőeszközt többször revideálták, és több változatát is elkészítették.

A SCID-I kifejlesztése előtt több diagnosztikai kritériumot tartalmazó rendszert is alkalmaztak, mint például a Feighner Kritériumok (2), vagy a Kutatási Diagnosztikai Kritériumok (Research Diagnostic Criteria – RDC) (3). A DSM-III 1980-as változatában virtuálisan az összes mentális zavar specifikus diagnosztikai kritériuma megjelent (4). 1983-ban elkezdődött a DSM-III alapján a diagnózisok felállítását szolgáló eszköz, a SCID kidolgozása. A SCID számos új elemet tartalmazott, amely lehetővé tette a kutatásokban való felhasználást is.

1985-ben a Kolumbiai Egyetem Biometriai Kutatások Tanszéke kétéves projektjének keretében zajlott a SCID terepen történő tesztelése, valamint az eszköz megbízhatóságának megállapítása a klinikai és nem klinikai vizsgálati személyek különböző csoportjaiban (1). Ennek a munkának az eredményeként jelent meg az Amerikai Pszichiátriai Kiadó gondozásában 1990-ben a DSM-III-R-hez tartozó SCID új változata. A DSM-IV-hez tartozó SCID végleges verzióját 1996-ban adták ki. A következő nagyobb átalakításra 2001-ben került sor, amikor a SCID revízióját a DSM-IV-TR alapján végezték el.

Azóta a mérőeszköznek több változata készült el az alkalmazás céljainak megfelelően; egy a klinikumban és egy a kutatásokban alkalmazható részletesebb változat. A kutatást szolgáló verziót további két változatban is kifejlesztették, melyek közül az egyik a pszichiátriai betegek (SCID-I/P, Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders Patient Edition), a másik nem pszichiátriai populáció mérésére szolgál (SCID-I/NP, Structured Clinical Inter-

view for DSM-IV-TR Axis I Disorders Non-patient Edition). A mérőeszköz mind a klinikai, mind pedig a kutatási igényekhez jól illeszthető, így mára a SCID-I az egyik legelterjedtebb nemzetközi interjútechnika mind a klinikai munkában, mind a kutatások területén. Több nyelvre adaptálták (5).

A mérőeszköz felhasználhatósága és megbízhatósága jól dokumentált (1, 5, 6). A SCID validációs-vizsgálatai az interjú jó és kiváló megbízhatóságát igazolták a különböző DSM-IV diagnózisok tekintetében. Egyes szerzők szerint a SCID tekinthető a strukturált pszichiátriai interjútechnika „arany standardjának” (6). *Lobbestael és munkacsoportja* vizsgálatukban 151 fős klinikai és kontrollmintán egyidejűleg vizsgálták a SCID-I és a SCID-II megbízhatóságát. A SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders) a DSM-IV második tengelyén elhelyezkedő személyiségzavarok értékelésére szolgáló strukturált klinikai interjú (7).

A vizsgálati minta 29%-a kórházi pszichiátriai betegek közül, 34%-a ambuláns pszichiátriai betegek közül és 37%-a egészséges kontrollszemélyekből állt. Az interrater vizsgálatokat (N=151) a SCID felvételében képzett, klinikai tapasztalattal rendelkező pszichológusok végezték, akik a kutatás kezdete előtt egy kétnapos felkészítő tréningen vettek részt. A Kappa együtthatók kiszámítása a SCID első tengelyén elhelyezkedő zavarok közül 12 zavar esetén volt lehetséges. A 12 zavar diagnózisai közül 6 esetben (major depresszió, alkohol-abúzus és -dependencia, pánik-zavar, agorafóbia, kényszeres zavar és evészavar) kaptak elfogadható (0,41 és 0,75 közötti Kappa értékek) eredményt, míg a másik 6 zavar diagnózisa (disztímia, pszichoaktív szer-abúzus és -dependencia, szociális fóbia, specifikus fóbia, poszttraumás stressz-zavar és generalizált szorongásos zavar) esetén az eredmények kiválóak voltak (0,75 fölötti Kappa értékek). A DSM-IV első tengelyén elhelyezkedő zavarok összesített Kappa értékei 0,61 és 0,83 között helyezkedtek el, az átlagértékük 0,71 volt.

Martin, Pollock, Bukstein és Lynch (1999) 71 fős serdülőkből álló mintán vizsgálták a SCID-I alkohol- és szerhasználati zavarok fejezetének interrater-megbízhatóságát. A DSM-IV alapján

felállított alkohol- és szerhasználati zavarok élettartam (lifetime) diagnózisait és tüneteit mérték. Az alkoholhasználati zavar tüneteinek esetén a Kappa értékek 0,84 és 1,0 közötti értékeket vettek fel, átlaguk 0,89 volt. A szerhasználati zavarok diagnózisa esetén a Kappa értékek 0,88 és 0,97 között helyezkedtek el, melyek szintén kiváló egyezési arányt jelentettek (8).

Zanarini és Franenburg (2001) vizsgálatukban a SCID-I és II DSM-III-R verziójának interrater- és teszt-reteszt vizsgálatát végezték el longitudinális kutatás keretében. A vizsgálat első időpontjában 45 interjút vettek fel az interrater-megbízhatóság vizsgálatához. A teszt-reteszt vizsgálatához további 30 interjút készítettek. Az utánkövetés során (2–4 évvel később) a longitudinális interrater-megbízhatóság megállapításához 36 interjút használtak fel. A DSM I. tengelyén elhelyezkedő zavarok tekintetében a Kappa együtthatók 0,70 és 1,0 között helyezkedtek el, melyek jó és kiváló egyezésre utaltak az első mérési időpontban. Az utánkövetés során vizsgált longitudinális interrater-megbízhatóság szintén kiváló volt, a Kappa értékek egyedül a szociális fóbia és a pánikzavar esetén voltak gyengébbek (0,71, mindkét zavar esetén) (9).

So és mtsai (2003) a SCID-I kutatási változatának kínai-angol kétnyelvű adaptációjának validálása során vizsgálták a mérőeszköz megbízhatóságát. A SCID-I/P fordításának elkészülte után két lépésben végezték el a mérőeszköz pszichometriai validitásának vizsgálatát. Az első lépés során a SCID hangulati és pszichotikus zavarok fejezetének interrater- és teszt-reteszt megbízhatósági vizsgálatát végezték el. A SCID fejezetei alapján felállított diagnózisokat később két klinikus által felállított diagnózissal is összevetették. A vizsgálati mintát kórházban kezelt, véletlenszerűen kiválasztott betegek alkották, összesen 130. Huszonhét esetén végezték el az interrater interjút, 20 esetben pedig a teszt-reteszt vizsgálatokat. Összességében a diagnózisok 89,6%-a mutatott egyezést. A Kappa értékek mind a hangulati zavarok esetén (0,91 és 1,0 közötti értékek), mind pedig a szkizofréniák és pszichotikus zavarok esetén (0,94 és 1,0 közötti értékek) kiváló egyezést mutattak. A SCID alapján 144 esetben felállított DSM-IV diagnó-

zisok nagyfokú egyezést mutattak a klinikusok által felállított diagnózisokkal is: kiváló Kappa értékek adódtak a bipoláris zavar (0,84), a major depresszív zavar (0,76) és a szkizofrénia (0,75) esetén. A legmagasabb egyezést az alkohol- és szerhasználati zavarok esetén találták a SCID diagnózisok és a klinikusok által adott diagnózisok között (0,93) (5).

A kutatás második lépésében (10) a szorongásos zavarok és az alkalmazkodási zavarok diagnózisainak teszt-reteszt megbízhatóságát vizsgálták pszichiátriai ambuláns mintán (n=77). A SCID segítségével felállított diagnózisokat klinikusok által adott diagnózisokkal is összevetették. A vizsgálat során kapott Kappa együtthatók jó és kiváló egyezést mutattak (alkalmazkodási zavarok: 0,64, szorongásos zavarok: 0,81). A szorongásos zavarok közül a pánikzavar (0,80), a kényszeres zavar (0,77) és a generalizált szorongásos zavar (0,77) esetén találtak kiváló egyezést. Az egyes zavarok adekvát felismerése mellett a mérőeszköz a szubklinikus (határérték alatti) esetek elkülönítésére is alkalmas volt (10).

Magyarországon nagymintás epidemiológiai vizsgálatot Szádóczy Erika végzett 1995 és 1996 között a Diagnostic Interview Schedule (DIS) DSM-III-R nozológiai rendszerre adaptált változatával. Ebben a vizsgálatban a kedélybetegségek és a szorongásos zavarok prevalenciáját mérték fel közösségi mintán. A kutatás során az ország 5 területének 15 centrumából egy-egy véletlenszerűen kiválasztott családorvosi körzet betegei jelentették a mintavételi keretet. Összesen 3500 főt kerestek fel a kérdezőbiztosok otthonaikban, akik közül végül 2978-an járultak hozzá a vizsgálatban való részvételhez. A teljes minta 25,5%-ánál volt kimutatható valamilyen szorongásos zavar élettartam diagnózisa. A legelterjedtebb szorongásos zavarok az agorafóbia (15,3%), a szociális fóbia (6,4%) és a specifikus fóbia voltak (6,3%). A szorongásos zavarok éves prevalenciájának tekintetében a megkérdezettek 17,7%-nál volt kimutatható szorongásos zavar (11).

A SCID változatai közül magyar nyelven üzleti forgalomban a SCID-I klinikai változata és a SCID-II érhető el. Jelen tanulmány része az Adiktológiai Kutató Intézet SCID-I magyarorszá-

gi adaptációjára irányuló kutatási programjának. A kutatás a SCID-I kutatási változat nem-páciens verziójának első hazai validitás- és reliabilitás-vizsgálatára terjed ki. A magyarországi SCID-I kutatására a SCID kifejlesztéséért és gondozásáért felelős Kolumbiai Egyetem Biometriai Tanszéke senior kutatója, *Michael First* adott engedélyt. A vizsgálat első fázisa a szorongásos zavarok (F) fejezet validitás- és reliabilitás-vizsgálatát foglalta magába, melynek eredményeit az alábbiakban közöljük.

Módszertan

A projekt általános leírása

A SCID-I/NP hazai adaptációját magába foglaló több fázisú és több központú projekt kutatási designjának kialakítása több tényező figyelembevételével történt.

A szorongásos zavarok nagy része az epidemiológiai adatok szerint alulreprezentált a kórházi pszichiátriai populációban, és elsősorban az egészségügyi alapellátásban jelentkezik. Ezért választottuk a kutatás terepül a házi-orvosi rendszert, és mintául a házi-orvosi rendelőkben előforduló pácienseket.

A vizsgálati minta nagyságának meghatározása a vizsgálat szempontjából előre definiált statisztikai erő (80%) figyelembevételével történt. A statisztikai erőre vonatkozó becslések során az Általános Lineáris Modell (General Linear Model, GLM), valamint a Chi-négyzet teszt analízisen alapuló összehasonlításokat vettük figyelembe, mivel jelen vizsgálat validitási és reliabilitási elemzése ezen a modellen alapultak. A számításokban input paraméterként az elsőfajú hiba (Type 1 error=0,05), és a hatásérősség (effect size/minimálisan detektálható differencia) szerepelt. A hatásérősséget Cohen-d (folytonos változók) és Cohen-h (kategóriális változók) mértékben fejeztük ki. A vizsgálat szempontjából adoptált hatásérősség érték 0,50 volt, amely közepes hatásérősség értéket reprezentál. Ennél alacsonyabb érték választása (azaz gyenge összefüggések detektálásának célul tűzése) a javasolt vizsgálat szempontjából klinikailag ne-

hezen lenne indokolható. A szorongásos betegségek prevalenciáját figyelembe véve az elemzések során azt is feltételeztük, hogy a „megerősített” SCID pozitív esetek aránya a mintában kevesebb, mint 50% lesz. A számítások azt mutatták, hogy a SCID-pozitív csoportban megközelítően 50 személyre van szükség ahhoz, hogy a kívánt 80%-os statisztikai erőt elérjük.

Tekintettel arra, hogy az egyes kezelőhelyek jelentősen különbözhetnek a szakértelem, a kultúra, a képzettség és a páciensekkel való bánásmód, valamint a páciensek szociodemográfiai jellemzői tekintetében is, az eredmények általánosíthatóságának elősegítése és az egyoldalúság kizárásának az érdekében a kutatást több központ bevonásával terveztük.

A SCID-kutatás több módszertani fázisban zajlott. Ezek a fázisok a következők voltak: a SCID-I kézikönyv és kérdőív nyelvi validálása, a mérőeszköz-batteria összeállítása, a kutatási terepek kiválasztása és felkészítése, a kérdezők felkészítése, az adatfelvétel lebonyolítása, interterater és fals-negatív vizsgálatok, statisztikai elemzések és az eredmények értékelése.

Nyelvi validálás

A SCID I/NP DSM IV-TR Kutatási Változat (2002) eredeti angol szövegének magyar nyelvű fordítása az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által meghatározott eljárás alapján készült. Az eljárás hat fázisból állt:

1. A szöveg angolról magyarra történő fordítása
2. Szakértői konferencia/munkacsoport működése
3. A magyar szöveg visszafordítása
4. Próbatesztelés, a tételek értékelése
5. Az eredeti és a visszafordított angol szöveg egybevetése
6. A végső magyar változat kialakítása

1. fázis: Fordítás: A SCID fordítását magyar anyanyelvű fordító készítette, akinek pszichológusként jártassága volt a DSM-IV angol terminológiájában. A fordítás a következő irányelvek alapján történt: a) a hangsúly a fogalmak érthe-

tőségére helyeződött a szöveg szó szerint való lefordítása helyett; b) a fordítás került az olyan szakzsargon vagy terminus alkalmazását, amely a páciens számára félreérthető, zavaró vagy bántó lehetett.

2. fázis: Szakértői konferencia: A szakértői munkacsoport pszichiáterből, pszichológusból, szociológusból és biostatistikusból állt. A konferencia célja volt: a) a nem megfelelő fogalmak és kifejezések azonosítása a magyar nyelvű fordítás szövegében; b) alternatív szavak vagy verbális kifejezések összegyűjtése; c) a legmegfelelőbb kifejezések kiválasztása és a szövegbe való beültetésére vonatkozó javaslat; d) azoknak a tételeknek az azonosítása, amelyek a visszafordításnál feltétlenül figyelembe veendőek voltak. A tételek kiválasztása a mérőeszköz kulcsfogalmainak figyelembevételével történt.

3. fázis: Visszafordítás: Ebben a szakaszban két angol anyanyelvű fordító dolgozott, és pszichológusként korábban nem ismerték a mérőeszközt. A visszafordítás elvei megegyeztek a magyarra fordításával (a szó szerinti fordítással szemben a fogalmak pontos, érthető átültetése került előtérbe). A szakértői munkacsoport által kiválasztott tételek visszafordítása a munkacsoport által meghatározott hangsúlyok figyelembevételével történt.

4. fázis: Próbatesztelés: A fordítás első változatának a lekérdezése harminc olyan pácienssel felvett interjú során valósult meg, akik valamilyen pszichiátriai betegség miatt álltak ambuláns kezelés alatt, függetlenül attól, hogy szorongásos zavarban szenvedtek-e vagy nem. Valamennyi vizsgálati személy tájékoztatást kapott arról, hogy válaszaikkal, reflexióikkal segítséget nyújtanak a mérőeszköz magyarországi adaptációjához. A páciensektől megkérdeztük azt is, vannak-e a szövegben olyan szavak vagy kifejezések, amelyek nem voltak eléggé érthetőek számukra. Ezekben az esetekben a kérdezők javaslatot kértek más kifejezés vagy szó használatára.

5. fázis: Az eredeti szöveg és az angolra visszafordított szöveg egybevetése: A korábbi fázisok munkáiban nem résztvevő, angol anyanyelvű pszichológus vetette egybe az eredeti és a visszafordított angol szöveget, valamint azono-

sította az eltérő jelentésű kifejezéseket, szavakat vagy mondatokat.

6. fázis: A végső változat kialakítása: Az eltérő szövegrészek revíziója révén a végső fordítás elkészítése, az eredeti szöveg szerkesztési módjával azonos formában történő megszerkesztése és kinyomtatása.

A vizsgálat mérőeszközei

A vizsgálat során az alábbi mérőeszközöket használtuk:

SCID-I/NP Áttekintés modul és szűrőkérdések. A részletes SCID interjú moduljainak szisztematikus lekérdezése előtt az áttekintő modul felvétele lehetővé teszi az interjúkészítő számára, hogy elegendő információt gyűjtsön egy kísérleti differenciáldiagnózis felállításához. Ezen kívül az Áttekintés modul hivatott oldani az interjúhelyzetből származó feszültséget és segít a páciens interjúra történő felkészítésében. Az Áttekintés modulban a szociodemográfiai adatokra, az egészségi állapotra, valamint a pszichopatológia esetleges korábbi periódusai vonatkozó kérdések szerepelnek.

A SCID Áttekintés fejezete szabadon választható tizenkét szűrőkérdést tartalmazó szűrőtesztel zárul. A szűrőkérdések a SCID-ből származnak, és a SCID-ben szereplő egyes zavarok elsődleges szűrésére szolgálnak.

SCID-I/NP Szorongásos zavarok fejezete (F. fejezet). A szorongásos zavarok fejezet az alábbi zavarokat tartalmazza: Pánikzavar agorafóbiával, Pánikzavar agorafóbia nélkül, Agorafóbia korábban fennállt pánikzavar nélkül, Szociális fóbia, Specifikus fóbia, Kényszeres zavar, Poszttraumás stressz-zavar, Generalizált szorongásos zavar, Az általános egészségi állapot következtében kialakuló szorongásos zavar, Szerhasználat által indukált szorongásos zavar, illetve Másokká nem osztályozott szorongásos zavar).

Beck Szorongás Leltár. A Beck Szorongás Leltár 21 tételből álló önbecslő skála, mely a szorongás különböző tüneteinek vizsgálatát teszi lehetővé. A mérőeszköz a szorongás testi, gondolkodásbeli és pszichológiai tüneteinek megletét, illetve erősségét méri. A mérőeszköz rend-

kívül széles körben elterjedt, mind a klinikai munka, mind pedig a kutatások során gyakran használt kérdőív (12).

Felnőtt ADHD Szűrőteszt (Adult Self Report Scale – ASRS). Az ASRS a WHO által kidolgozott mérőeszköz, mely az ADHD felnőttkori tüneteinek mérésére szolgál. A mérőeszköz összesen 18 kérdés segítségével állapítja meg a felvétele előtti hat hónapban megfigyelhető ADHD tünetek súlyosságát. A mérőeszköz első hat tételle szűrőtesztként szolgál, a magas pontszámot elérő személyek további vizsgálata javasolt. Vizsgálatunkban a mérőeszköz – már korábbi kutatásunkban kipróbált – első hat kérdését alkalmaztuk (13).

Buss-Perry Agresszió Kérdőív (Buss-Perry Aggression Questionnaire). A Buss-Perry Agresszió Kérdőív a személyiség erőszakos vonásainak feltárására szolgáló önkítöltéses mérőeszköz (14). A mérőeszköz 29 tétel segítségével méri a személyiség vonás-agresszióját. A mérőeszköz négy alskálát tartalmaz: Fizikai Agresszió, Verbális agresszió, Düh, Hosztilitás. A mérőeszköz széles körben használt, megbízhatóságát több tanulmány is alátámasztotta, általánosíthatóságát általános populáción végzett vizsgálatban is igazolták (15).

Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT). Az AUDIT 10 tételt tartalmazó önkítöltéses kérdőív, melyet a WHO szakértői fejlesztettek ki az alkoholhasználattal kapcsolatos zavarok felismerésére. A kérdőív a jelenlegi alkoholhasználatot, a kockázatos alkoholfogyasztást, az alkohol-dependencia tüneteit és az alkoholfogyasztással kapcsolatos ártalmakat méri. A kérdőív kitöltése körülbelül öt percet vesz igénybe, így használata széles körben elterjedt (16).

Etikai engedély

Az Addiktológiai Kutató Intézet kutatási programját az illetékes Regionális Kutatásetikai Bizottság engedélyével végezte.

A vizsgálati populáció, mintavétel

A vizsgálatra a főváros három háziorvosi rendelőjében került sor. A mintavételi keretet a vizsgálati periódusban a háziorvosi rendelésen megjelent valamennyi beteg jelentette. A vizsgálati mintába minden olyan 18. életévét betöltött személy bekerült, aki a vizsgálati időszakban a rendelésen megjelent. A mintából való kizárásnak a következő kritériumai voltak: a) a rendelésen megjelent személy nem panasszal vagy zajló betegség tüneteivel érkezett, pl.: hozzátartozóját kísérte, más nevében járt el (pl. hozzátartozójának receptet íratott); b) adminisztratív okból kereste fel háziorvosát (pl. gépjárművezetői engedélyét kívánta meghosszabbítani); c) a kérdés ideje alatt zajló H1N1 vírusos megbetegedés elleni védőoltás beadatása vagy felíratása miatt érkezett.

A vizsgálat folyamata

A kérdezők felkészítése

Az adatgyűjtést előzetes képzésben résztvevő 11 pszichológus végezte. Az interjúkészítők 20 órás felkészítő tréningen vettek részt, melyet 5 próbainterjú felvétele egészített ki. Így összességében a felkészítés egy hónapot vett igénybe. A felkészítő tréning elméleti és gyakorlati ismeretek átadásából (interjúhelyzet jellemzői, DSM-IV felépítése, a SCID jellemzői, a szorongásos zavarok ismérvei és differenciáldiagnosztikai kérdései) és helyzetgyakorlatokból állt. A felkészítés után az interjút készítő 5 tetszőlegesen kiválasztott pszichiátriai pácienssel folytatták le a SCID és a teljes teszt-batteria kérdését, amelyet a felkészítés vezetői kiértékeltek, s a problémák megbeszélése megtörtént. Különleges hangsúlyt kapott a viszonylag nehéz kérdezői terepen a nem várt, nehezen kezelhető eseményekkel való megbirkózás, a nem motivált páciensekkel való kontaktus stb. A felkészítő tréning sikeres befejezésének feltétele az eredményes írásbeli teszt és az öt önállóan felvett interjú elkészítése volt.

A vizsgálat lebonyolítása

400

A vizsgálat lebonyolítására 2009. október 30. és december 4. között került sor azt követően, hogy a kutatás vezetője és koordinátora felkészítette a háziorvosokat és az asszisztenciát a kutatásban való részvételre. A kutatás pszichológus koordinátora és egyik pszichológus munkatársa előzetes terepmunkát végezve néhány napon át felmérte a rendelőbe érkező páciensek számát, időbeli eloszlását, a rendelő és a váró infrastrukturális adottságait, a páciensek viselkedését.

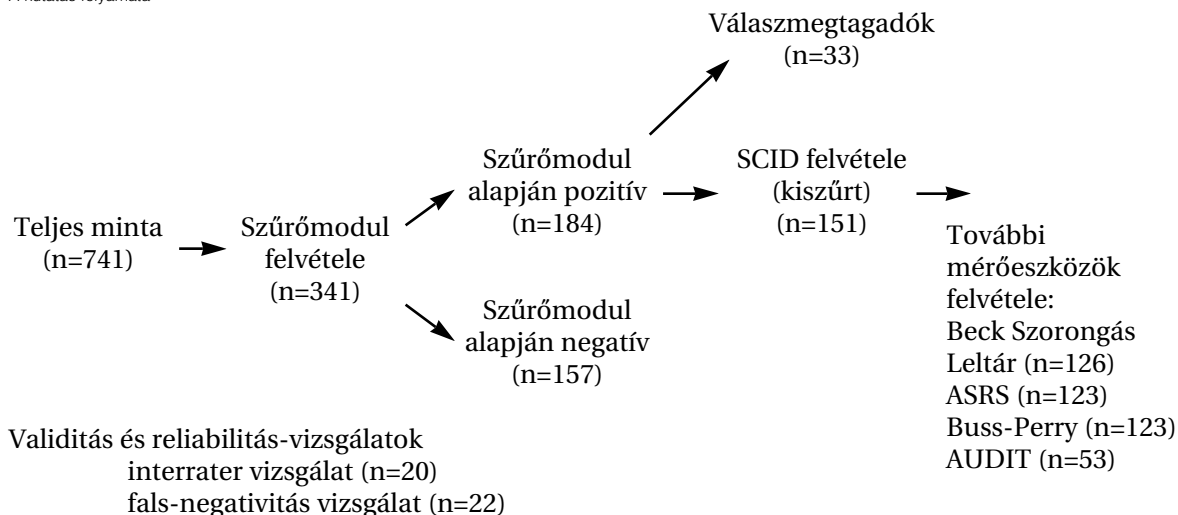
A vizsgálati időszakban a kérdezők minden nap rendelési időben jelen voltak a háziorvosi rendelőkben. Első lépésként a kérdezők a rendelőben megjelenő személyek megkérdezése után elbírálták, ki kerülhet be a vizsgálati mintába. Ezután – részletes tájékoztatást követően – a páciensek hozzájárulását kérték a kutatásban való részvételhez. A kérdezést a mintába bekerült páciensektől elsőként a SCID-I/NP Áttekintés moduljával kezdték, amely a szorongásos zavarok szűrőjeként szolgált. Ha a modul végén található szűrőkérdések során valakinél a különböző szorongásokkal kapcsolatos problémák közül akár egy is jelentkezett, a kérdezett személlyel a részletes SCID interjú mellett a teszt-battériát is felvették. Az AUDIT kitöltését csak azoktól kérték a kérdezők, akik a SCID-I/NP szűrőmoduljának alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdésénél pozitívan válaszoltak. Az interjú

és a tesztek felvétele a kérdezés követelményeinek megfelelően átalakított külön helyiségben történt.

A szűrőmodul negatív értéke esetén 22 interjúalanynál fals negatív vizsgálatot végeztünk, és annak ellenére, hogy a kérdezett személynél a szűrőmodul alapján nem volt megállapítható probléma, felvettük a SCID kérdőívet és a tesztek is. A megbízhatóság tesztelésére 20 esetben interrater kérdezést is végeztünk, amikor a páciens válaszai alapján két független kérdező külön-külön kódolta a SCID interjút. A kérdező és a másodkódoló egyszerre volt jelen a vizsgálati helyiségben, így mind az elhangzottakat, mind pedig a nonverbális információkat fel tudták használni a kritériumok értékelése során. A kérdező és a másodkódoló által jelölt interjúkat a kutatás koordinátora kezelte, ügyelve arra, hogy a másodkódoló ne szerezzen tudomást a kérdező értékeléséről. Mindegyik kérdező jegyzőkönyvet vezetett az aznapi kérdezés eseményeiről. A jegyzőkönyvekben feljegyezték a megkérdezett páciensek számát, a válassz megtagadók és a kizártak számát, nemét és életkorát, illetve a válassz megtagadás indokát. A felvett interjúkat a jelenlévő koordinátor naponta ellenőrizte, valamint ellátta a szükséges azonnali konzultációs feladatokat. A jegyzőkönyvek adatait a kutatás koordinátora folyamatosan gyűjtötte és rendszerezte. A kutatás koordinátora az egyes kérdezési napokon a kérdezés ideje alatt mindvégig jelen volt. A kérdezőbiztosok kérdé-

1. ábra

A kutatás folyamata



seikkel vagy nehézségeikkel bármikor fordulhattak a kutatás koordinátorához vagy a kutatás vezetőjéhez.

Az adatfelvétel teljes mértékben anonim és önkéntes volt. Az adatok kezelése a törvényi előírásoknak megfelelően történt.

Az adatfelvételi periódus lezárulta után történt a páciensek háziorvos által felállított diagnózisainak összegyűjtése.

Statisztikai elemzések

A folytonos változók elemzése az általános lineáris modell (General Linear Model; GLM) felhasználásával történt. A modell függő változójaként a validitás- és reliabilitás-vizsgálat szempontjából elsődleges érdeklődésre számot tartó demográfiai, klinikai és pszichopatológiai változók, míg független változóként a releváns csoportosító változók (SCID pozitív vs negatív; küszöb feletti vs alatti zavar vs nincs zavar) szerepeltek. A GLM elemzést minden egyes függő változóra elvégeztük. A kategoriális változók elemzéséhez Chi-négyzet próbát használtunk. A Fisher-féle egzakt teszt statisztikát használtuk abban az esetben, ha a Chi-négyzet elemzés során az egyes cellákban a statisztikai függetlenséget feltételező modell alapján az elemszám becslült értéke ötnél kevesebb volt. A diagnosztikai egyezés mérőszámaként dichotóm katego-

riális változók esetén a Kappa-statisztikát használtuk. Több diagnosztikai kategóriát magába foglaló változók esetén (polichotóm változók, pl. küszöb feletti vs alatti zavar vs nincs zavar) súlyozott Kappa-statisztikát számoltunk.

Eredmények

Leíró alapstatisztikai adatok

A vizsgálati időszak alatt összesen 741 fő jelent meg egy vagy több alkalommal a kiválasztott rendelőkben. A vizsgálat előre meghatározott kritériumai alapján 253 főt kizártunk, (47% férfi, 53% nő; átlagéletkor 49,6 év). A kutatásban való részvételre összesen 488 fő kapott felkérést, 147 páciens (37% férfi, 63% nő; átlagéletkor 52,3 év) elutasította a részvételt. Az elutasítás okai a következők voltak: 21 fő rosszul érezte magát, 19 fő sietett, nem volt ideje a vizsgálatban való részvételre, 19 fő senkivel sem akart beszélgetni, 7 fő más felmérésekkel kapcsolatos korábbi rossz tapasztalatai miatt nem kívánt részt venni a kutatásban, 7 fő túl öregnek érezte magát a válaszadáshoz, 74 páciens pedig semmilyen indokot nem mondott.

A következő fázisban a szűrő modul lekérdezésére 341 fő esetében került sor, mely 184 esetben pozitív és 157 esetben negatív eredménnyel zárult. A 184 főből 33 fő nem kívánt részt venni

1. táblázat

A vizsgálati minta demográfiai jellemzői

	Összesen		SCID-pozitív		SCID-negatív		p
	n	%	n	%	n	%	
Nem							0,017¹
Férfi	148	43	69	38	79	50	
Nő	193	57	115	62	78	50	
Családi állapot							0,157¹
Partnerrel él	173	50	88	48	85	54	
Özvegy	45	13	22	12	23	15	
Elvált vagy különélő	59	18	38	21	21	13	
Sohasem volt házas	64	19	36	19	28	18	
							p
Életkor	50,9	18,1	47,4	16,8	55,0	18,8	<0,001²
Iskolai végzettség (befejezett iskolaévek)	12,0	3,6	12,0	3,5	12,4	3,7	0,034²

¹ keresztábra elemzés, Chi-négyzet próba (SCID pozitív vs SCID negatív)

² t-próba (SCID pozitív vs SCID negatív)

2. táblázat

Az egyes szorongásos zavarok élettartam diagnózisainak megoszlása*

	Össze-	Küszöb	Küszöb
	sen	felett	alatt
Pánikzavar	29	23	6
	100	79	21
	25	35	12
Agorafóbia pánikzavar nélkül	12	6	6
	100	50	50
	10	9	12
Szociális fóbia	11	4	7
	100	36	64
	9	6	14
Specifikus fóbia	29	12	17
	100	41	59
	25	18	33
Kényszeres zavar	9	3	6
	100	33	67
	8	5	12
Poszttraumás stressz-zavar	7	5	2
	100	71	29
	6	8	3
Generalizált szorongásos zavar (csak jelenlegi)	16	9	7
	100	56	44
	14	14	14
Az Általános Egészségi Állapot következtében kialakuló szorongásos zavar	1	1	0
	100	100	0
Pszichoaktív szer által indukált szorongásos zavar	1	2	0
	0	0	0
Szorongásos zavar MNO	2	2	0
	100	100	0
	2	3	0
Összesen	116	65	51
	100	100	100

* Egy személy több diagnózist is kaphatott. A cellák első sorában szereplő szám a megfigyelések számát jelzi (n). A cellák második sorában a sorszázalékot, a harmadik sorában pedig az oszlopszázalékot tüntettük fel.

3. táblázat

Diagnosztikai csoportok összehasonlítása a családi állapot szerint

	Küszöb feletti zavar		Küszöb alatti zavar		Nincs zavar		Összesen
	n	%	n	%	n	%	
Partnerrel él	19	39	13	54	40	51	72
Egyedül él	30	61	11	46	38	49	79
Összesen	49	100	24	100	78	100	151

#: Chi-négyzet=2,8, df=2, p=0,25

a további vizsgálatban (40% férfi, 60% nő; átlag-életkor 51,5 év), így ténylegesen 151 fővel történt a SCID-I/NP szorongásos zavarokat tartalmazó moduljának lekérdezése. Fals negatív vizsgálat 22, míg interrater vizsgálat 20 esetben történt. A vizsgálat utolsó lépésében felvett mérőeszközök közül a Beck Szorongás Leltár 126 fő esetén volt értékelhető, az ADHD Szűrőteszt és a Buss-Perry Agresszió Kérdőív 123 fő esetén. Az AUDIT kérdőívet összesen 53 páciens töltötte ki. A vizsgálati minta demográfiai jellemzőit az 1. táblázat, az egyes szorongásos zavarok élettartam diagnózisainak megoszlását a 2. táblázat tartalmazza.

Fals negativitás

Huszonkét fő mintáján megvizsgáltuk a fals negativitás arányát a mintában. A 22 esetből 1-nél találtunk szubklinikus (küszöbérték alatti) diagnózist.

Interrater reliabilitás

A két kérdező közötti diagnosztikai egyezést a SCID-negatív, a küszöb alatti és küszöb feletti diagnózisú személyeknél a súlyozott Kappa koefficiens segítségével vizsgáltuk. A 20 vizsgált személy közül a SCID-negatív esetekben a két kérdező között teljes egyezés volt megfigyelhető. A felállított diagnózisok közötti interrater eltérés egy esetben fordult elő: az első kérdező a vizsgált személyt SCID-negatív kategóriába sorolta, míg a másik kérdező küszöb feletti diagnózist állapított meg. Az interrater egyezést mutató súlyozott Kappa koefficiens értéke 0,90 (standard error=0,1). A nincs diagnózis vs bármilyen (küszöb alatti vagy küszöb feletti) diag-

nosztikai klasszifikáció vonatkozásában a Kappa koefficiens értéke teljes megegyezést jelzett ($\kappa=1,0$, standard error=0,0). A többszörös diagnózisok eloszlását tekintve jó egyezés volt kimutatható a két kérdező között (súlyozott $\kappa=0,84$, standard error=0,7).

A felállított diagnosztikai kategóriák külső validálása

A SCID diagnosztikai interjú által felállított negatív, küszöb alatti és küszöb feletti diagnosztikai kategóriák külső validálását jelen vizsgálatban az alapvető demográfiai változók (nem, életkor, iskolai végzettség), valamint pszichometriai becslőskálák (Beck Szorongás Leltár, ASRS, Buss-Perry Agresszió Kérdőív) mentén végzett összehasonlítás segítségével végeztük. A kategoriális változók összehasonlítása Chi-négyzet próba segítségével, a folyamatos változók összehasonlítása általános lineáris modell (GLM modell) felhasználásával történt.

Demográfiai változók

A Chi-négyzet próba adatai alapján a három diagnosztikai csoport szignifikáns eltérést mutatott a nemi eloszlás tekintetében (Chi-négyzet=15,3, $df=2$, $p=0,0005$); ez az eltérés a küszöb feletti diagnosztikai kategória és a további két kategória közötti különbségnek tulajdonítható. A nők aránya az egyes kategóriákban: küszöb felett 85,4%; küszöb alatt: 54,2%, SCID-negatív: 51,9%.

Az életkor vonatkozásában a három csoport között statisztikailag szignifikáns eltérést nem találtunk, az egyes csoportokban az életkor átlagai a következők voltak: küszöb felett: 43,3 év ($sd=16,6$), küszöb alatt: 47,3 év ($sd=16,5$), SCID-negatív: 48,2 ($sd=16,1$). Bár a csoportok közötti eltérés statisztikailag nem volt szignifikáns, a vizsgált pszichometriai skálák tekintetében ez az eltérés szakmailag jelentős lehet, ezért a csoportok összehasonlítása során a nem mellett az életkort is bevontuk kovariánsként az elemzésekbe.

Az iskolai végzettség tekintetében a minták statisztikailag szignifikáns és szakmailag értékelhető eltérést nem mutattak. Az elvégzett iskolai osztályok száma a három mintában a következő volt: küszöb felett: 12,3 év ($sd=3,6$), küszöb alatt: 11,4 év ($sd=2,4$), SCID-negatív: 12,1. ($sd=3,9$).

Jelentős különbség van a küszöbérték alatti és feletti szorongásos zavarban szenvedők családi állapotában; a partnerrel élők száma a küszöbérték alattiakra lényegesen jobban jellemző (54,2%), mint a küszöbérték felettiekre (38,8 %).

Pszichiátriai kezelések száma

A három vizsgált csoport a pszichiátriai kezelések száma tekintetében marginálisan szignifikáns eltérést mutatott ($F=2,82$, $df=2,149$, $p=0,06$). Az egyes csoportokban az átlagos kezelési szám a következő volt: küszöb felett: 0,62 ($sd=1,7$), küszöb alatt: 0,29 ($sd=1,1$), SCID-negatív: 0,14 ($sd=0,7$).

Pszichometriai becslőskálák

Beck Szorongás Leltár. Az általánosított lineáris modell a nemre és az életkorra való korrekció után a Beck Szorongás Leltár összpontszáma tekintetében magasan szignifikáns különbséget mutatott ki a három csoport között. Ez a különbség a küszöb feletti csoportban a másik két csoporttal szemben tapasztalható jelentősen nagyobb tüneti súlyossággal magyarázható. Nevezetesen, amíg az összpontszám értéke a küszöb feletti csoportban 40,3 ($sd=14,1$), addig a küszöb alatti és a SCID-negatív csoportokban a pontszámok értéke 31,6 ($sd=8,7$) és 31,4 ($sd=9,6$) volt.

ADHD Szűrőteszt. A felnőtt ADHD becslőskála vonatkozásában a három csoport között szignifikáns különbség volt kimutatható ($F=6,37$, $df=2,124$, $p=0,0023$). Hasonlóan a Beck Szorongás Leltárhoz, a fenti globális különbség a küszöb feletti csoportnak a másik két csoporttal szemben tapasztalható nagyobb tüneti súlyosságával volt magyarázható. Az összpontszám ér-

téke a küszöb feletti csoportban 16,1 (sd=6,0), a küszöb alatti és a SCID-negatív csoportokban a pontszámok értéke 12,1 (sd=3,2) és 12,7 (sd=3,8) volt.

Buss-Perry Agresszió Kérdőív. A Buss-Perry Agresszió Skála vonatkozásában mind az összpontszám, mind a négy alapvető faktor (fizikai és verbális agresszió, düh, hosztilitás) tekintetében elvégeztük a csoportok összehasonlítását. A három csoport között statisztikailag szignifikáns eltérést tapasztaltunk az összpontszám (F=3,1, df=2,124, p=0,049), valamint a hosztilitás (F=5,0, df=2,124, p=0,0084) és a düh (F=3,4, df=2,124, p=0,037) alskálák tekintetében. A csoportok között sem a fizikai, sem a verbális agresszió tekintetében statisztikailag szignifikáns különbség nem volt található. Az agresszió skálán mért összpontszámot, valamint az egyes alskálák pontszámait a 4. táblázaton mutatjuk be a három csoportnak megfelelően. A táblázatból látható, hogy a Beck Szorongás Leltárhoz és az ADHD Szűrőteszthez hasonlóan a küszöb feletti csoportnál megfigyelhető szignifikáns különbség a másik két csoporttal szemben az ebben a csoportban mért magasabb tüneti súlyossággal magyarázható.

Megbeszélés

Jelen tanulmány az első olyan vizsgálat eredményeit mutatja be, amely a SCID-I/NP kutatási verzió hazai adaptációjára irányul, és ezen belül a strukturált mérőeszköz használatának megbízhatóságát és érvényességét igazolja. A kérdezők pontozásának összehasonlítását

(megbízhatóságát) célzó interrater vizsgálatok a nemzetközi szakirodalom adataival (1, 5, 6, 7, 8, 9) összhangban magas egyezési arányt mutatnak, és ez a magyar változat kiváló megbízhatóságát támasztja alá. A fals negativitás-vizsgálatok eredményei pedig arra engednek következtetni, hogy nagyon kis esélye van az interjú szűrőmodulja által negatívnak minősült eseteknél a szorongásos zavarok meglétének, vagyis annak, hogy egyes szorongásos zavarban szenvedők szorongásos tünetei a SCID-I vizsgálat ellenére is észrevétlenek maradjanak. Mindez egyértelműen arra utal, hogy a SCID-I/NP alkalmas az alapellátásban megjelenő populáció szűrésére, a háziorvosi rendelőben előforduló páciensek szorongásos zavarainak diagnosztikai feltárására.

A jelen tanulmány másik legfontosabb megállapítása, hogy a három vizsgálati csoport – küszöb feletti, küszöb alatti, SCID-negatívok – között a tényleges határvonal nem a SCID-pozitív és SCID-negatív személyek között, hanem a SCID-pozitív esetek két csoportja, a küszöb feletti és küszöb alatti között húzódik. Más szavakkal, a küszöb alatti szorongásos zavarokat mutató személyek jobban hasonlítanak azokhoz, akiknek nincsen szorongásos megbetegedése, mint azokhoz, akiknek a szorongásos zavara eléri a klinikai szintet. Ez a megállapítás utólag is igazolja a DSM-IV diagnosztikai rendszer súlyosság szerint történt differenciált megközelítését, a klinikai diagnosztikai küszöb adekvát felállítását.

A szociodemográfiai jellemzők közül a nemre vonatkozóan is igazolhatók a fenti megállapítások. A küszöb feletti között a nők aránya ma-

4. táblázat

A diagnosztikai csoportok összehasonlítása a Buss-Perry Agresszió Kérdőíven mért adatok alapján

Vizsgált változó	Vizsgált csoportok			Statisztikai teszt (General Linear Model)
	Küszöb feletti átlag (sd)	Küszöb alatti átlag (sd)	SCID-negatív átlag (sd)	
Buss-Perry összpontszám	73,3 (14,3)	67,7 (15,7)	65,2 (12,6)	F= 3,1, df=2,124, p=0,049
Fizikai agresszió	17,9 (4,8)	17,2 (5,1)	17,0 (5,5)	F= 0,3, df=2,124, p=0,77
Verbális agresszió	14,5 (4,0)	14,7 (3,0)	14,0 (3,2)	F= 0,4, df=2,124, p=0,70
Düh	19,3 (4,9)	17,3 (5,9)	16,2 (4,6)	F= 3,4, df=2,124, p=0,037
Hosztilitás	21,7 (6,3)	18,5 (5,1)	18,0 (4,3)	F= 5,0, df=2,124, p=0,0084

gasabb volt, míg a küszöb alattiak és a SCID-negatív esetek között a nemek aránya nem tért el szignifikánsan. Ez az eredmény a nők szorongásának jelentőségére utal, és egybecseng korábbi kutatásokkal, valamint indirekt módon azzal is, hogy a nők dohányzása (szorongásnövelőként) az elmúlt évtizedben folyamatosan emelkedik (11, 17, 18).

A küszöb felettiak a fiatalabb korosztályból kerültek ki, szemben a másik két csoporttal, de ez a különbség nem volt szignifikáns. Ennek ellenére ez az adat felhívja a figyelmet a szorongásos zavarok fiatalabb korcsoportokban való megjelenésének tendenciájára.

A küszöb felettiak és a küszöb alattiak között szignifikáns eltérés volt található a partnerkapcsolatban élők, illetve nem élők száma tekintetében. A küszöb felettiak szignifikánsan hajlamosabbak arra, hogy egyedül éljenek, mint a küszöb alattiak vagy a SCID-negatívak. Ez az eredmény is összhangban van a szakirodalmi adatokkal (11, 19), és arra utal, hogy a partnerkapcsolat protektív szerepet tölthet be a szorongásos zavarok genezisében.

A pszichiátriai kezeléseket illetően is a határvonal a küszöb felettiak és a küszöb alattiak között húzódik, jelezve, hogy a küszöb alattiak a szorongás szempontjából egészségesnek tekinthető populációhoz hasonlítanak. A küszöb felettiak korábbi pszichiátriai kezeléseinek száma szignifikánsan nagyobb, mint a küszöb alattiaké, vagy a SCID-negatívaké. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy azok a személyek hajlamosabbak a vizsgálat időpontjában klinikai szintű szorongásos zavart mutatni, akik pozitív pszichopatológiai anamnézissel rendelkeznek.

A pszichometriai tesztek közül az AUDIT adatainak elemzésére a kis elemszám miatt nem került sor; ezt a kérdőívet a kérdezők csak azoknál a személyeknél alkalmazták, akik a szűrőtesztben igen választ adtak az ivásra vonatkozó kérdésre.

A Beck Szorongás Leltár a SCID-I szorongásos zavarok fejezetének ellenőrzésére, külső validálására szolgált a vizsgálatban; a két mérőeszköz szorongás-mutatói összhangban voltak egymással. A küszöb felettiak szorongásának mértéke szignifikánsan különbözött a küszöb alattiak és a SCID-negatívak szorongásának mértékétől.

Az ADHD-Szűrőteszt esetében hasonló volt a helyzet; a küszöb felettiaknél szignifikánsan nagyobb ADHD-pozitivitást találtunk, mint a küszöb alattiaknál vagy a SCID-negatívaknál.

A Buss-Perry Agresszió Kérdőív által mért agressziófaktorok közül a hosztilitás és a düh tekintetében találtunk szignifikáns eltérést a küszöb felettiaknél a másik két csoporthoz képest; a küszöb felettiak hosztilitásra és dühre hajlamosabbak, mint a küszöb alattiak vagy a SCID-negatívak. Ez a lelet a hosztilitás és düh szorongással való kapcsolatára utal, amely különösen a pszichoszomatikus betegségeknél jól ismert összefüggés (20).

Összességében megállapítható, hogy a magyarországi pszichopatológiai mérőeszközök köre egy újabb hatékony interjúmódszerrel bővült. A SCID-I/NP Szorongásos zavarok fejezete alkalmas arra, hogy a nem pszichiátriai populációban meglévő szorongásos zavarokat kiszűrje, láthatóvá, mérhetővé, és ezáltal egy viszonylag korai fázisban – amikor a páciens még nem maga keresi fel a szakorvost szorongásos zavarával – kezelhetővé tegye.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki a SCID interjú magyarra fordításáért Ámon Angélnak, Darwish Diánának, Holovits Zsuzsannának, Merczel Leventének és Pálinkás Benecének. Köszönetet mondunk Wynne-Hughes Veronikának az elkészült magyar fordítás angolra történő visszafordításáért. Köszönetet mondunk azoknak az egyetemi hallgatóknak, akik vállalták a kérdést: Ámon Angélnak, Csikós Veronikának, Dészalvi Juditnak, Egri Tímeának, Kapa Nikolettának, Kisnémet Mónikának, Kőrösy Krisztinának, Marjai Kamillának, Méry Évának, Schumicky Júliának és Wynne-Hughes Veronikának.

Irodalom

1. FIRST M, GIBBON M, SPITZER R, WILLIAMS J:
User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders – Research Version – (SCID-I for DSM-IV-TR, November 2002 Revision). 2002.
2. FEIGHNER J, ROBINS E, GUZE S, WOODRUFF R, WINOKUR G, MUNOZ R:
Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry. 1972;26:57–63.
3. SPITZER R, ENDICOTT J, ROBINS E:
Research Diagnostic Criteria – Rationale and Reliability. Archives of General Psychiatry. 1978;35(6):773–82.
4. APA. DSM-III Diagnostic and Statistical Manual, 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
5. SO E, KAM I, LEUNG C, CHUNG D, LIU Z, FONG S:
The Chinese-bilingual SCID-I/P Project: Stage 1 – Reliability for Mood Disorders and Schizophrenia. The Hong Kong Journal of Psychiatry. 2003;13(1):19–25.
6. LOBBESTAEI J, LEURGANS M, ARNTZ A:
Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). Clinical Psychology and Psychotherapy. 2010.
7. FIRST MB, GIBBON M, SPITZER RL, WILLIAMS JBW, BENJAMIN LS:
User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997. Magyarul: Szádóczy, E, Unoka, Zs, Rózsa, S: SCID-II Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére. Kézikönyv. OS Hungary, Budapest; 2008.
8. MARTIN CS, POLLOCK NK, BUKSTEIN OG, LYNCH KG:
Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. Drug Alcohol Depend. [Article]. 2000 May;59(2):173–176.
9. ZANARINI MC, FRANKENBURG FR:
Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. Compr Psychiat. [Article]. 2001 Sep-Oct;42(5):369–374.
10. SO E, KAM I, LEUNG C, PANG A, LAM L:
The Chinese-bilingual SCID-I/P Project: Stage 2 – Reliability for Anxiety Disorders, Adjustment Disorders, and 'No Diagnosis'. The Hong Kong Journal of Psychiatry. 2003;14(3):19–25.
11. SZÁDÓCZKY E:
Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon – Strukturált kérdőívvel (DIS) történt felmérés alapján: Print Tech Kiadó; 2000.
12. BECK A, EPSTEIN N, BROWN G, STEER R:
An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988;56:893–897.
13. BÁCSKAI E, CZOBOR P, GEREVICH J:
Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD. In press.
14. BUSS A, PERRY M:
The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 1992;63:452–459.
15. GEREVICH J, BÁCSKAI E, CZOBOR P:
The generalizability of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2007;16(3):124–136.
16. GEREVICH J, BÁCSKAI E, RÓZSA S:
A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. Psychiatr Hung 2006;21:45–56.
17. BÁCSKAI E, CZOBOR P, GEREVICH J:
A dohányzás biológiai, szociális prediktor-jellemzői és az általános egészség percepciója. Orvosi Hetilap 2010, 151: 1016–1025.
18. KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, MERIKANGAS KR, WALTERS EE:
Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 June 1, 2005;62(6):593–602.
19. SLADE T, JOHNSTON A, TEESSON M, WHITEFORD H, BURGESS P, PIRKIS J, et al.:
The Mental Health of Australians 2. Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health and Ageing; 2009.
20. KENT LK, SHAPIRO PA:
Depression and related psychological factors in heart disease. Harv Rev Psychiatry 2009; 17: 377–388.