

Måleegenskaper ved den norske versjonen av Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV: Barneverjon (ADIS for DSM IV:C)

Lene-Mari P. Rasmussen¹ (lene-mari.p.rasmussen@uit.no)

Simon-Peter Neumer² (simon-peter.neumer@r-bup.no)

PsykTestBarn 2015, 2:4

ISSN 1893-9910

Mottatt dato 15.09.2015

Publisert dato 24.11.2015

Artikkelens URL <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/adis-anxiety-disorders-interview-schedule>

DOI 10.21337/0044

Som alle artikler i PsykTestBarn, kan denne fagfellevurderte artikkelen lastes ned, skrives ut og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se under), ingen kommersiell bruk, og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

¹ Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord

² Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør

Denne artikkelen skal siteres på følgende måte:

Rasmussen, L.- M. P. & Neumer, S.- P. (2015). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV: Barnevern (ADIS for DSM IV:C). *PsykTestBarn*, 2:4. doi: 10.21337/0044

Sammendrag

Beskrivelse. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV: Barnevern (ADIS for DSM-IV:C, forkortes ADIS-C) er et semistrukturert intervju for å diagnostisere angstlidelser hos barn og unge mellom 7 og 17 år. Denne versjonen ble revidert av Anne Marie Albano og Wendy K. Silverman i 1996. Den norske versjonen er oversatt av Marianne Aalberg og Torunn Nøvik. RBUP Øst og Sør var tidligere distributør, men nå må man ta kontakt med Oxford University Press` Rights & Permissions Department for informasjon om bruk i Norge. ADIS-C inneholder både barne- og foreldreintervju, hvor foreldreintervjuet refereres til som ADIS-P. Spørsmålene i intervjuene vurderer tilstedeværelse av diagnostiske kriterier (ja eller nei), samt grad av funksjonssvikt som vurderes fra 0 til 8. Instrumentet kan brukes i klinikk og i forskningssammenheng. Det er nødvendig med opplæring for å kunne administrere og bruke det. Tidsbruken varierer avhengig av problemomfanget, cirka 1 til 3 timer per intervju i en førstegangssamtale.

Litteratursøk. Det systematiske litteratursøket resulterte i over 600 treff hvor seks publikasjoner beskrev ADIS-C i norske utvalg og fem publikasjoner fra det skandinaviske utvalget. Disse ble inkludert. Studiene rapporterte primært tall fra ulike kliniske utvalg hvor ADIS var brukt til diagnostisering av barna.

Psykometri. De inkluderte studiene inneholdt rapporterte middelveier omkring clinician severity rating (CSR), forekomster omkring ulike kliniske diagnosegrupper, og samsvar mellom erfarne kliniske psykologer og studenter som hadde fått opplæring og gjennomførte de diagnostiske intervjuene.

Konklusjon. Det foreligger lite dokumentasjon på de psykometriske egenskapene til den norske versjonen av ADIS-C. Til tross for at det i internasjonal sammenheng er et anerkjent instrument og det refereres til adekvate psykometriske resultater, er det nødvendig med flere studier knyttet til den skandinaviske populasjonen.

Abstract

Description. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV: Children (ADIS for DSM-IV:C; ADIS-C) is a semi structured interview for diagnosing anxiety disorders in children 7-17 years. This version was revised in 1996 by Anne Marie Albano & Wendy K. Silverman. The Norwegian version is translated by Marianne Aalberg and Torunn Nøvik. RBUP East and South previously had the responsibility for the distribution of the instrument, but the Oxford University Press` Rights & Permissions Department has to be contacted for more information regarding usage of the instrument in Norway. ADIS-C for children consists of both child and parent interviews, where the parent interviews are named ADIS-P. The instrument can be used in the clinic and for research purposes. The questions in the interviews evaluates the presence or absence of fulfilling the criteria for a clinical diagnosis. In addition, the degree of dysfunction is rated with a clinician severity rating (CSR) for each diagnosis. To conduct one interview takes 1 to 3 hours, depending on the extent of presented problems, and sufficient training for using the instrument is demanded.

Literature search. The systematic literature research resulted in over 600 references whereby only six publications from a Norwegian sample and five from the Danish and Swedish sample were included. The studies reported mostly from clinical samples where ADIS-C was used to diagnose the children.

Psychometrics. The included studies reported average scores regarding clinician severity ratings (CSR), prevalence in the different outpatient groups, and the inter-rater reliability between experienced clinicians and the trained students performing the diagnostic interviews.

Conclusion. The psychometric properties of the Norwegian version of ADIS-C are not well documented. Even though the method is acknowledged in the field, and have shown international adequate psychometric results, more studies from a Scandinavian population are needed.

Innledning

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Barneversjon (ADIS-C; Albano & Silverman, 2010) er et semistrukturert intervju og er spesielt utviklet for diagnostisering av angstlidelser. Instrumentet ble første gang laget som en tilpassing av versjonen for voksne som også heter Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS: DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell, & Blanchard, 1983). Den norske versjonen av ADIS-C er oversatt av Marianne Aalberg og Torunn Nøvik, ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør). RBUP er ikke lengre rettighetsinnehavere for ADIS-C, og henviser til utgiverne (Oxford University Press` Rights & Permissions Department) for mer informasjon om instrumentet.

ADIS-C regnes som gullstandarden for diagnostisering av angstlidelser hos barn og unge mellom 7 og 17 år, og er mye brukt i angloamerikanske forskningsstudier (Silverman & Ollendick, 2005). Intervjuet består av en intervjudel for foreldrene og en intervjudel for barna. Etter en kort forklaring av fremgangsmåten samler terapeuten informasjon om barnet på ulike relevante områder: opplysninger om familien, skolehistorie, eventuelt skolevegring og mellommenneskelige forhold. Deretter gjennomgår man kriterier ved de forskjellige angstlidelsene. I den grad barnet fyller kriteriene for de ulike lidelsene, registreres oppfylte diagnoser etter grad av funksjonsforstyrrelse på slutten av intervjuet.

I tillegg til angstlidelser screener man også i intervjuet for en del andre psykiske lidelser. Det gjelder for eksempel dystymi, alvorlig depressiv lidelse, oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet, opposisjonell lidelse, selektiv mutisme, enurese og nattskrek. Også stoffmisbruk, og spesifikke utviklingsforstyrrelser og lærevansker kartlegges som en del av intervjuet, men man kan ikke stille diagnose på bakgrunn av dette. Intervjuet i sin helhet er relativt omfattende, og det er ikke oppgitt noen fast tid på hvor lang tid et komplett intervju tar å gjennomføre med barn og foreldre. Erfaringsmessig tar det mellom 1 og 3 timer. I tillegg tar det i etterkant mellom 15 og 30 minutter for differensialdiagnostiske vurderinger. I denne sekvensen overføres resultatene fra begge intervju i en avsluttende oversikt som er basert på både barnas og foreldrenes informasjon. Det anbefales at klinikerer intervjuer både barn og foreldre for å komme frem til en samlet diagnose. Det er kun opplærte klinikerer eller forskere som kan ta i bruk dette instrumentet i sitt øyemed, forutsatt at de er kjent med de diagnostiske kriteriene i DSM-IV.

Anvendelse av instrumentet vil kunne gi et detaljert bilde av barnets symptombylde, grad av funksjonsforstyrrelse og alvorlighetsgrad. Barneintervjuet og foreldreintervjuet følger samme struktur, hvor klinikerer først introduserer instrumentet, og deretter stiller spørsmål ut i fra de ulike angstlidelsene som er delt inn i ulike seksjoner. Spørsmålene i hver seksjon inneholder ulike kriterier knyttet til de forskjellige lidelsene. Dersom klinikerer opplever at barnet ikke møter kriteriene for en lidelse, kan de gå videre til neste seksjon. ADIS-C gir mye informasjon om

angstutløsende situasjoner som kan være verdifull ved planlegging av behandlingen senere i forløpet. I foreldreversjonen blir de i tillegg stilt mer detaljerte spørsmål omkring problemets historie og konsekvenser for barnet, samt annen informasjon som kan være relevant for diagnostiseringen.

De psykometriske studiene av ADIS rapporterer i én studie reliabiliteten av både barne- og foreldreintervjuet i et utvalg med 51 polikliniske pasienter og deres mødre. Uavhengig av hverandre vurderte to og to klinikere pasientene og kom frem til en diagnose. Grad av enighet mellom klinikerne ble kalkulert ved bruk av kappa. De fant en total kappa på 0,75, hvor den strekker seg fra 0,64 til 1,00 for henholdsvis overengstelig lidelse og spesifikk fobi (Silverman & Nelles, 1988). I en annen studie av Silverman og Eisen (1992), rapporterte de en test-retest reliabilitet, også med en total kappa på 0,75 hvor testene ble distribuert med 10-14 dagers mellomrom.

Metode

Vi søkte etter dokumentasjon på testens psykometriske egenskaper i databasene Norart, BIBSYS, SveMed+, CRISStin.no, Cochrane Library, NORA, PsycINFO, Medline, Embase og PubMed. Søkedato: 28.01.2015. Søkestrategien er tilgjengelig på <http://psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/adis>. Vi kontaktet også førsteforfattere av inkluderte artikler, samt oversetterne av ADIS for DSM-IV:C, for å identifisere dokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av det systematiske søket.

Vi inkluderte alle publikasjoner av studier som har undersøkt og rapportert minst ett av følgende i skandinaviske utvalg:

- norndata for testen
- reliabilitet: indre konsistens, test-retest, interrater og endringssensitivitet
- validitet: samsvar med liknende testskårer, samsvar med referansestandard eller annet kriterium, og/eller faktorstruktur

I tillegg, og kun for norske versjoner av ADIS for DSM-IV:C inkluderte vi publikasjoner som

rapporterte gjennomsnittsskårer og/eller forekomster for henholdsvis generelle populasjoner og kliniske undergrupper.

To forskere gikk gjennom sammendragene til alle identifiserte publikasjoner, uavhengig av hverandre, etter at dubletter var fjernet. Alle publikasjoner som kunne virke relevante ble bestilt inn i fulltekst, og prosessen over ble gjentatt for fulltekstrapportene.

To forskere vurderte normering, validitet og reliabilitet, uavhengig av hverandre, ved hjelp av en tilpasset versjon av Test review form and notes for reviewers (EFPA 2013).

Resultater

Litteratursøk

Det systematiske litteratursøket etter de psykometriske egenskapene ved ADIS-C på norsk resulterte i totalt 223 referanser. Av disse ble 30 norske bestilt inn i fulltekst hvor vi inkluderte tre studier som oppfylte inklusjonskriteriene (Martinsen, Aalberg, Gere, & Neumer, 2010; Villabø, Cummings, Gere, Torgersen, & Kendall, 2013; Wergeland et al., 2014). I tillegg var det flere artikler som beskrev ADIS-C til bruk i screening og diagnostisering som inklusjonskriterium for videre deltakelse i studiene. Flere av disse rapporterte inter-rater reliabiliteten (kappa) hvor et utvalg av intervjuene hadde vært gjennomgått av en ekspert (Ingul, Aune, & Nordahl, 2014; Villabø, Gere, Torgersen, March, & Kendall, 2012; Villabø, Gere, et al., 2013). Disse ble også regnet med, og dermed ble totalt seks referanser inkludert.

Grunnlaget for eksklusjon av de resterende publikasjoner var blant annet at de omhandlet voksenversjonen av ADIS (Bonsaksen, Borge, & Hoffart, 2013; Borge et al., 2008; Borge et al., 2010; Fentz et al., 2013; Hansen, Vogel, Stiles, & Gotestam, 2007; Hoffart, Borge, Sexton, & Clark, 2009; Vogel et al., 2012; Vogel, Stiles, & Gotestam, 2004), kun var representert ved et konferanseabstract (Heiervang et al., 2011) eller bruk av andre intervjumetoder (Ivarsson, Melin, & Wallin, 2008). Studier som manglet psykometriske egenskaper (Fjermestad et al., 2012), kunnskapsoppsummeringer (Bolognesi, Baldwin, &

Ruini, 2014; O'Kearney, Anstey, von Sanden, & Hunt, 2006), studier med ikke-norske versjoner (Wei, Cummings, Villabo, & Kendall, 2014), samt studier uten relevante data (Rosqvist, 2005) eller basert på samme datamateriale som allerede inkludert studie (Gere, Villabø, Torgersen, & Kendall, 2012) ble også ekskludert.

Den første av de inkluderte studiene var en pilotstudie (Martinsen et al., 2010) med 18 barn i alderen 7 til 12 år hvor man undersøkte effekten av et strukturert program til behandling av angst i vanlig klinisk praksis. Også en randomisert kontrollert studie (RCT) hvor effekten av ulike intervensjonsformer ble undersøkt blant ungdommer fra 8. til 10. klasse med sosial fobi (Ingul et al., 2014) ble inkludert ($N = 279$). Villabø og kolleger (2012) har skrevet en artikkel som sammenlignet et annet instrument i forhold til diagnostisering av angst hos barn ($N = 190$, 7-13 år). Vi inkluderte også en komparativ studie (Villabø, Cummings, et al., 2013) hvor vanlig klinisk praksis i Norge ble sammenlignet med universitetsklinikker i USA med tanke på klientkarakteristikker hos barn i alderen 7-13 år med angstdiagnose ($N = 255$). Villabø, Gere og kollegaer (2013) har også skrevet en artikkel som baserte seg på det samme utvalget, men som undersøkte sammenhengen mellom negative tanker om seg selv og symptomer på angst og depresjon. Den siste, og mest aktuelle studien som ble inkludert var en RCT (Wergeland et al., 2014) hvor man så på effekten av individuell kognitiv terapi sammenlignet med gruppebasert kognitiv terapi i et utvalg på 182 barn. Barna var i alderen 8-15 år og henvist til behandling på grunn

av angstproblematikk.

De studiene som rapporterer tall og egenskaper ved ADIS-C/P benytter seg av *clinician severity rating (CSR)*. CSR er klinikers vurdering omkring grad av alvorlighet og symptomtrykk som graderes fra 0 til 8, hvor 0 = ingen symptomer, 2 = milde, 4 = moderate, 6 = alvorlige og 8 = svært alvorlige.

Svenske og danske versjoner av ADIS for DSM IV:C (ADIS-C)

Ved gjennomgang av de 448 svenske og danske referansene, var det til sammen 11 som ble bestilt inn i fulltekst og gjennomgått. Ut ifra dette var det fire publikasjoner som oppfylte inklusjonskriteriene, etter duplikater var fjernet. De inkluderte artiklene omhandlet henholdsvis en RCT som undersøkte virkningen av en times intervensjon for barn diagnostisert med spesifikke fobier ($N = 196$) (Ollendick et al., 2009), én studie som undersøkte effekten av behandling på komorbide lidelser representert med 100 tilfeldige valgte barn fra samme utvalg som over (Ollendick, Öst, Reuterskiöld, & Costa, 2010). Den tredje studien så på diagnostisk enighet mellom foreldre og barn (Reuterskiöld, Öst, & Ollendick, 2008), mens den siste inkluderte studien undersøkte de psykometriske egenskapene til The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; Cederlund & Öst, 2013).

I tillegg fant vi en referanse når vi leste gjennom en av de inkluderte studiene som fremsto relevant å undersøke nærmere. Dette var en randomisert

Tabell 1. Inkluderte (norske) studier

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egenskaper, verdier
Martinsen et al., 2009	Pilotstudie	Barn 7-12 år med angst	18	Alvorlighetsgrad på symptomer (Clinician severity rate; CSR), foreldreversjonen	Middelverdier
Ingul et al., 2014	RCT	Ungdommer 13-16 år	279	Symptomer, sosial angst Samsvar mellom ratere	Inter-rater reliabilitet (kappa)
Villabø et al., 2012	Kvasi-eksperimentell	Barn 7-13 år henvist pga. angstproblematikk	190	Symptomer på SAD, SoP og GAD Samsvar mellom ratere	Inter-rater reliabilitet (kappa)
Villabø, Cummings et al., 2013	Komparativ studie	Barn 7-13 år med angst	144 +	Alvorlighetsgrad på symptomer (Clinician severity rate; CSR) Samsvar mellom ratere	Middelverdier (SD) Inter-rater reliabilitet (kappa)
Villabø, Gere et al., 2013	Komparativ studie	Barn 7-13 år med angst	144 +	Symptomer på SAD, SoP og GAD Samsvar mellom ratere	Inter-rater reliabilitet (kappa)
Wergeland et al., 2014	RCT	Barn 8-15 år henvist pga. angstproblematikk	182	Alvorlighetsgrad på symptomer (Clinician severity rate; CSR) Samsvar mellom ratere	Middelverdier (SD) Inter-rater reliabilitet (kappa og ICC)

klinisk studie ($N = 60$) hvor de sammenlignet to ulike former for én times eksponeringsbehandling (one-session treatment) for barn med spesifikke fobier mot en venteliste kontrollgruppe (Öst, Svensson, Hellström, & Lindwall, 2001). Denne studien ble også inkludert.

Flere av de svenske og danske referansene rapporterte også bruk av ADIS-C som diagnostiseringsverktøy (Cederlund & Öst, 2011; Lundkvist-Houdoumadi & Thastum, 2013; Lundkvist-Houdoumadi & Thastum, 2013; Vigerland et al., 2013), og for å undersøke egenskapene til andre screeningverktøy (Arendt, Hougaard, & Thastum, 2014). Disse ble ekskludert fra vurderingen på bakgrunn av manglende data.

intervensjonsbetingelser fremstilt.

I en svensk studie gjennomført av Ollendick og kollegaer (2010) rapporterte de middelveiene for CSR på barn som var behandlet for spesifikk fobi før, etter og ved 6 måneders oppfølging både for en gruppe med og en gruppe uten komorbide lidelser. Disse tallene er også presentert i tabell 2a.

Middelveier og/eller forekomster i kliniske undergrupper

I Tabell 2a er gjennomsnittsverdier for kliniske undergrupper presentert ved ulike angstlidelser, og i forhold til ulike intervensjonsbetingelser. I tabell 2b er forekomst av ulike diagnoser fordelt på ulike

Tabell 2a. Middelveier, kliniske undergrupper

Referanse	Utvalg/gruppe	N	CSR	
			M	SD
Martinsen et al., 2008	Barn (7-12 år) henvist med angst	18	6,2	Ikke
	Generalisert angstlidelse	8	5,6	oppgitt
	Overengstelig lidelse	1	6,0	
	Seperasjonsangstlidelse	11	6,5	
	Sosial fobi	10	6,0	
	Spesifikk fobi	6	6,2	
Wergeland et al., 2014	Post-traumatisk stresslidelse	2	6,5	
	Barn (8-15 år) henvist til BUP			
	Cognitive behavioral therapy (CBT)	144	6,93	1,13
	Individual CBT	91	7,01	1,09
Villabø et al., 2013a	Group CBT	88	6,92	1,18
	Waitlist control	38	7,02	1,22
	Barn med angstlidelser, primærdiagnose			
Ollendick et al., 2010	US-RC	144	5,71	0,89
	NOR-SC	111	6,45	1,04
Ollendick et al., 2010	Barn 7-16 år med spesifikk fobi,	100		
	Ikke komorbid gruppe	50	5,86	1,01
	Før intervensjon		3,56	1,72
	Etter intervensjon		3,24	1,78
	6 mnd. Oppfølging			
	Komorbid gruppe	50		
Ollendick et al., 2010	Før intervensjon		6,16	0,96
	Etter intervensjon		3,62	1,97
	6 mnd. oppfølging		3,00	2,00

Note: CSR = clinician severity rating, US-RC = Amerikansk forskningsklinikk, NOR = Norsk BUP-klinikk

Tabell 2b. Forekomster av diagnoser i ulike intervensjonsgrupper, kliniske undergrupper

Referanse	Utvalg/gruppe	CBT		Venteliste kontroll		Individuell CBT		Gruppe CBT	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Wergeland et al., 2014	Barn henvist til BUP (8-15 år), Primærdiagnose								
	Separasjonsangst	47	32,6	12	31,6	29	31,9	29	33,0
	Sosial fobi	68	47,2	16	42,1	43	47,2	41	46,5
	Generalisert angstlidelse	29	20,1	10	26,3	19	20,9	18	20,5
	Komorbide lidelser								
	Spesifikk fobi	16	11,1	2	5,3	7	7,7	11	12,5
	Andre angstlidelser	7	4,9	2	5,3	5	5,5	4	4,5
	Depresjon	17	11,8	4	10,5	7	7,7	14	15,4
	ADHD	9	6,3	1	2,6	5	5,6	5	5,5
	ODD	7	4,9	3	7,9	8	8,8	2	2,3
	Tics lidelse	10	6,7	2	5,3	6	6,6	6	6,8
	Anoreksi	1	0,7	1	2,6	2	2,2	0	0,0
	Total	144		38		91		88	

Note: CBT = kognitiv atferdsterapi, ADHD = attention deficit hyperactivity disorder, ODD = oppositional defiant disorder

Normer

Det foreligger ingen rapporterte data om forekomst i en stor representativ gruppe da dette er et diagnostisk intervju som anvendes i stor grad etter henvisning til spesialisthelsetjenesten for å sette en spesifikk diagnose samt vurdere grad av funksjonsnedsettelse.

akseptabel til god for de sekundære diagnosene ($r = 0,41-0,67$, $p < .001$). Öst og kollegaer (2001) oppga at produkt-moment korrelasjon for diagnostisk inter-rater reliabilitet på CSR var $r = 0,92$ for primær- og $r = 0,83$ for sekundærdiagnoser. Tilsvarende viste Ollendick og kollegaer (2009) de samme resultatene i sin studie.

Validitet

Ingen av de gjennomgåtte studiene har undersøkt validiteten, men i en studie av Cederlund og medarbeidere (2013) benytter de seg av ADIS-C for å vurdere de psykometriske egenskapene til SPAI-C, et mål på sosial fobi.

Reliabilitet

Overensstemmelse mellom kliniske psykologer og de som var trent i å gjennomføre intervjuene ble rapport ved bruk av Cohens kappa i flere artikler. Gjennomgående hadde de fleste som brukte ADIS-C/P kvalitetssikret resultatet gjennom at 15-25 % av intervjuene ble tatt opp på video og vurdert på nytt av en erfaren kliniker. Kappaverdiene og intraklassekorrelasjon (ICC) er presentert i tabell 3.

I en artikkel av Reuterskiöld og kollegaer (2008) presenteres også samsvar mellom foreldres og barns alvorlighetsvurdering (CSR) både på primær- og sekundære diagnoser. Denne var utmerket ($r = 0,89$, $p < 0,001$) for primærdiagnosen, og

Tabell 3. Overensstemmelse mellom erfarne klinikere og de som var opplært til å gjennomføre intervjuene

Referanse	N	Diagnose	Cohens Kappa	CSR	
				ICC	r
Villabø et al., 2012	190	Separasjonsangst (SAD)	1,00		
		Sosial fobi (SoP)	1,00		
		Generell angstlidelse (GAD)	0,89		
Villabø et al., 2013a	111	Alle	0,89-1,00		
Villabø et al., 2013b	111		0,85		
Ingul et al., 2014	279	Sosial angstlidelse	0,75		
Wergeland et al., 2014	182	Overall ADIS-C	0,84	0,82	
		Overall ADIS-P	0,86	0,82	
		SAD*	0,86	0,72*	
		SoP*	0,83	0,88*	
		GAD*	0,86	0,89*	
Öst et al., 2001	60	Primærdiagnose	0,90		0,92*
		Sekundærdiagnose	0,85		0,83*
Reuterskiöld et al., 2008	115	Primærdiagnose ADIS-C	0,82		
		Primærdiagnose ADIS-P	0,91		
		Primærdiagnose			0,89*
		Sekundærdiagnose			0,41-0,67*
Ollendick et al., 2009	226	Primærdiagnose	0,95		0,92*
		Sekundærdiagnose	0,86		0,83*
Ollendick et al., 2010	196	Primærdiagnose	0,94	0,72	
		Sekundærdiagnose	0,87		
Cederlund et al., 2013	59	Primærdiagnose	0,95		
		Sekundærdiagnose	0,86		

Note: ADIS = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV, ICC = intra-klassekorrelasjon, CSR = clinician severity rating, r = Pearson's product moment correlation coefficient, SAD = separasjonsangst, SoP = Sosial fobi, GAD = generell angstlidelse, * = kombinert barn- og foreldre-rapporteringer.

Diskusjon og konklusjon

Det forekommer noe begrenset dokumentasjon på de psykomeriske egenskapene til den norske versjonen av ADIS-C. En norsk manual med både barne- og foreldrintervjuet foreligger, sammen med en klinikermanual som beskriver hvordan intervjuene bygges opp, samt skåring og vurdering av resultatene. De resultatene som er rapportert ved de inkluderte artiklene, baserer seg i hovedsak på samsvar mellom ulike ratere rapportert med kappa, samt gjennomsnittsverdier knyttet til ulike angstdiagnoser og/eller ulike intervensjonsbetingelser. Kappaverdiene som presenteres ligger på et akseptabelt til høyt nivå i alle studiene, noe som indikerer at de ulike observatørene kommer frem til samme diagnose. Ulempen er at disse rapporteres ikke differensiert for alle angstlidelser som ADIS-C omfatter. Stor sett rapporteres det bare verdier for SAD, SoP, GAD eller samlet for primær og sekundærdiagnoser. Vurdering av

alvorlighetsgraden (CSR) viste også gjennomgående akseptable til veldig gode resultater hvor de som skal vurdere utfallet kommer frem til det samme resultatet, spesielt når det gjelder primærdiagnose. Resultatet var gjennomgående noe lavere på sekundærdiagnose.

I forskningssammenheng brukes metoden primært som et inklusjonskriterium for videre deltagelse i behandlingsstudier. ADIS-C brukes også i spesialisthelsetjenesten for diagnostisering av barn. Det ville derfor være ønskelig med flere studier som inkluderer norske og skandinaviske utvalg, spesielt knyttet til kriterievaliditet selv om dette punktet i utgangspunktet burde være tilfredsstillt på bakgrunn av dets tilknytning til DSM IV. Validiteten i de gjennomgåtte studiene er ikke presentert i noen av artiklene, men ADIS-C har vært anvendt til validering av andre spørreskjema noe som kan sies å være en styrke for dette instrumentet. I tillegg følger ADIS-C i stor grad

referansestandarden for psykiatriske diagnoser som er utviklet av Robert L. Spitzer. Longitudinal, Expert og All data (LEAD-prinsippet; Spitzer, 1983), som innebærer at den diagnostiske vurderingen skal ha et tidsperspektiv, gjennomføres av erfarne klinikere og involvere flere informasjonskilder.

Kort oppsummert kan man si at dette er et instrument som bygger på DSM-IV og anvender kriteriene fra denne manualen for å sette en diagnose. Det foreligger begrensede resultater i norske og skandinaviske studier. De resultatene

som eksisterer baserer seg mest på samsvar mellom ulike ratere, og viser akseptabelt til høy grad av enighet i en mer overordnet vurdering av primær- og sekundærdiagnoser. Få utvalgte enkelt-diagnoser er rapportert. Selv om ADIS-C er anerkjent i feltet, og viser til adekvate psykometriske vurderinger internasjonalt, er det ønskelig med flere studier i et skandinavisk utvalg. Instrumentet må kun anvendes etter opplæring og under veiledning av trente klinikere som har kjennskap til intervjuet og diagnosekriteriene.

Referanser

- Albano, A. M., & Silverman, W. K. (2010). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS): barnevern - klinikermanual*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør.
- Arendt, K., Hougaard, E., & Thastum, M. (2014). Psychometric properties of the child and parent versions of Spence Children's Anxiety Scale in a Danish community and clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 947-956.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.021>
- Bolognesi, F., Baldwin, D., & Ruini, C. (2014). Psychological interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: A structured review. *Journal of Psychopathology / Giornale di Psicopatologia, 20*, 111-126.
- Bonsaksen, T., Borge, F.-M., & Hoffart, A. (2013). Group climate as predictor of short- and long-term outcome in group therapy for social phobia. *International Journal of Group Psychotherapy, 63*, 395-417.
doi:<http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2013.63.3.394>
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 991-1010.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.10.002>
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L. M., & Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*, 87-99.
- Cederlund, R., & Öst, L.-G. (2011). Perception of threat in children with social phobia: Comparison to nonsocially anxious children before and after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 855-863.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.618448>
- Cederlund, R., & Öst, L. G. (2013). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory-Child version in a Swedish clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 503-511.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.06.004>
- DiNardo, P., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Waddell, M. T., & Blanchard, E. B. (1983). Reliability of the DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interviews. *Archives of General Psychiatry, 40*, 1070-1074.
- European Federation of Psychologists' Association (EFPA). (2013). EFPA Review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers, v 4.2.6: EFPA.
- Fentz, H. N., Hoffart, A., Jensen, M. B., Arendt, M., O'Toole, M. S., Rosenberg, N. K., & Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 579-587.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.002>
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Heiervang, E. R., Havik, O. E., Ost, L.-G., & Haugland, B. S. (2012). Factor structure and validity of the therapy process observational coding

- system for Child Psychotherapy-Alliance Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 246-254.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.651999>
- Gere, M. K., Villabø, M. A., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2012). Overprotective parenting and child anxiety: The role of co-occurring child behavior problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 642-649.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.04.003>
- Hansen, B., Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Gotestam, K. (2007). Influence of co-morbid generalized anxiety disorder, panic disorder and personality disorders on the outcome of cognitive behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 145-155.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/16506070701259374>
- Heiervang, E. R., Wergeland, G. J., Fjermestad, K., Haugland, B. S. M., Ost, L. G., Havik, O. E., . . . Bjustad, J. F. (2011). Effectiveness of CBT for youth anxiety disorders in mental health clinics. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, S45.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-011-0181-5>
- Hoffart, A., Borge, F.-M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: A process-outcome study. *Behavior Therapy*, 40, 10-22.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.12.003>
- Ingul, J. M., Aune, T., & Nordahl, H. M. (2014). A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo adolescent social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 54-61.
doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000354672>
- Ivarsson, T., Melin, K., & Wallin, L. (2008). Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 20-31.
- Lundkvist-Houdoumadi, I., & Thastum, M. (2013). A "Cool Kids" cognitive-behavioral therapy group for youth with anxiety disorders: Part 2, analysis of the process and outcome of responders versus nonresponders. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 179-274.
- Lundkvist-Houdoumadi, I., & Thastum, M. (2013). A "Cool Kids" cognitive-behavioral therapy group for youth with anxiety disorders: Part 1, the case of Erik. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 122-178.
- Martinsen, K. D., Aalberg, M., Gere, M., & Neumer, S.-P. (2010). Using a structured treatment, Friends for Life, in Norwegian outpatient clinics: Results from a pilot study. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 2, 10-19.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1754470X08000160>
- O'Kearney, R. T., Anstey, K., von Sanden, C., & Hunt, A. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
doi:10.1002/14651858.CD004856.pub2
- Ollendick, T. H., Öst, L.-G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C., . . . Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 504-516.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0015158>
- Ollendick, T. H., Öst, L. G., Reuterskiöld, L., & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 827-831. doi:10.1016/j.brat.2010.05.024
- Reuterskiöld, L., Öst, L. G., & Ollendick, T. H. (2008). Exploring child and parent factors in the diagnostic agreement on the anxiety disorders interview schedule. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 279-290.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9081-5>
- Rosqvist, J. (2005). *Exposure treatments for anxiety disorders: a practitioner's guide to concepts, methods, and evidence-based practice*. New York: Routledge.
- Silverman, W. K., & Eisen, A. R. (1992). Age difference in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.
- Silverman, W. K., & Nelles, W. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778.

- Silverman, W. K., & Ollendick, T. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 380-411.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric-Diagnosis - Are Clinicians Still Necessary. *Comprehensive Psychiatry, 24*, 399-411.
- Vigerland, S., Thulin, U., Ljotsson, B., Svirsky, L., Ost, L.-G., Lindfors, N., . . . Serlachius, E. (2013). Internet-delivered CBT for children with specific phobia: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*, 303-314. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2013.844201>
- Villabø, M., Cummings, C. M., Gere, M. K., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2013). Anxious youth in research and service clinics. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 16-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.09.003>
- Villabø, M., Gere, M., Torgersen, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2012). Diagnostic efficiency of the child and parent versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*, 75-85. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.632350>
- Villabø, M., Gere, M. K., Torgersen, S., Arnberg, K., Neumer, S.-P., & Kendall, P. C. (2013). Anxious self-statements in clinic-referred U. S. and Norwegian anxiety-disordered youth. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 840-850. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9530-7>
- Vogel, P., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Haland, A. T., & Himle, J. A. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 158-164. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.10.009>
- Vogel, P., Stiles, T. C., & Gotestam, K. (2004). Adding Cognitive Therapy Elements to Exposure Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Controlled Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 275-290. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465804001353>
- Wei, C., Cummings, C. M., Villabo, M. A., & Kendall, P. C. (2014). Parenting behaviors and anxious self-talk in youth and parents. *Journal of Family Psychology, 28*, 299-307. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0036703>
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S.-M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., . . . Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 1-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>
- Öst, L.-G., Svensson, L., Hellström, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 814-824.