

Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) og Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

Thomas Jozefiak¹ (thomas.jozefiak@ntnu.no)

Turid Suzanne Berg-Nielsen² (tsbn@r-bup.no)

PsykTestBarn 2016, 1:3

ISSN 1893-9910

Mottatt dato 11. april 2016

Publisert dato 20. mai 2016

Artikkelens URL <https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/capapapa-the-child-and-adolescent-psychiatric-assessment-capa-the-preschool-age-psychiatric-assessment-papa>

DOI 10.21337/0047

Som alle artikler i PsykTestBarn, kan denne fagfelleverderte 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.

Denne artikkelen skal siteres på følgende måte:

Jozefiak, T. & Berg-Nielsen, T., S. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) og Preschool Age Psychiatric Assessment. *PsykTestBarn*, 1:3.doi: 10.21337/0047

¹ [Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykisk helse og barnevern]

² [Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør]

Sammendrag

Beskrivelse. «Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)» ble utgitt av Angold og kolleger i 2008. CAPA ble oversatt til norsk av Jozefiak i 2010. «Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)» ble utgitt i 2004 og ble oversatt til norsk av Wichstrøm i 2006. Oversettelser ble gjennomført i samarbeid med originalforfatterne. Alle rettigheter, inkludert de norske oversettelsene, innehas av Adrian Angold ved Duke University i USA. CAPA og PAPA er «intervjuerbaserete», strukturerte psykiatriske intervjuer beregnet for både forskning og klinisk bruk. Begge er bygget opp på samme måte og kartlegger debuttidspunkt, varighet, frekvens og grad av symptomer på en rekke psykiatriske diagnoser i henhold til DSM-IV, samt funksjonsnedsettelse. CAPA er et direkte intervju av 9-18 år gamle barn og ungdom. PAPA er beregnet på foreldre til 2-5 år gamle barn. Det er utarbeidet omfattende «glossarier» som angir detaljerte definisjoner av symptomer samt regler for koding. CAPA-intervjuet tar ca. 1-3 timer PAPA-intervjuet noe lenger (1,5-4 timer). Lengden på intervjuene avhenger av omfanget av psykiske problemer hos barnet. Det kreves 3 års relevant helse- eller sosialfaglig høyskoleutdanning og ca. 2 ukers opplæringskurs, trening og sertifisering av intervjueren i regi av Duke University. Intervjuene foreligger i elektronisk versjon, kodes elektronisk under intervjuet og diagnoser settes ved Duke University ved hjelp av algoritmer.

Litteratursøk. Ni norske artikler med CAPA og/eller PAPA ble inkludert, men ingen svenske/danske. De ni artiklene rapporterte fra to norske undersøkelser. PAPA ble brukt i en representativ epidemiologisk undersøkelse av en kohort av 4 år gamle barn ($N = 995$) i Trondheim, og CAPA i en risikobefolkning ($N = 400$) av 12-20 år gamle ungdommer i norske barnevernsinstitusjoner.

Psykometri. Studiene viste god internter reliabilitet for både CAPA og PAPA. Begrepsvaliditeten var dokumentert ved intervjuenes evne til å skille mellom relevante kliniske grupper, assosiasjoner med kjente risikofaktorer, prediksjonevner for utfall, samt konfirmatoriske faktoranalyser.

Konklusjon. Det ble identifisert et begrenset dokumentasjonsgrunnlag for de psykometriske egenskapene ved de norske versjonene av CAPA og PAPA. Reliabilitet og validitet vurderes som tilfredsstillende. Intervjuene er lovende i framtidig forskningssammenheng, men på grunn av manglende studier fra barne- og ungdomspsykiatriske utvalg i Skandinavia kan en ennå ikke gi anbefalinger til vanlig klinisk bruk.

Abstract

Description. Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (2008), by Angold and colleagues) was translated into Norwegian by Jozefiak in 2010. Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) (2004) was translated by Wichstrøm in 2006. Translations were conducted in collaboration with the original authors. Copyright holder is Adrian Angold, Duke University USA. CAPA and PAPA are «interviewer-based» structured psychiatric interviews for both research and clinical purposes, assessing debut, duration, frequency and degree of symptoms in diagnoses according to DSM-IV and functional impairment. CAPA is a direct interview of children and adolescents aged 9-18. PAPA is an interview for parents of preschool-aged children aged 2-5. There are comprehensive «glossaries» available, specifying symptom definitions and rules for coding. The CAPA-interview lasts approximately 1-3 hours, while the PAPA-interview is somewhat longer (1,5-4 hours). The length of both interviews depend on the amount of child mental health symptoms. Three years relevant university college education is required for interviewers and a two-week training course including certification, administered by associates at Duke University.

CAPA and PAPA is available in electronic versions, coding is conducted electronically by the interviewer during the interview, and diagnoses are set at Duke University using computer algorithms.

Literature search. Nine Norwegian papers, but no Swedish/Danish papers, were included. The papers reported from two Norwegian studies with CAPA and PAPA. PAPA was used in a representative epidemiological study of a cohort consisting of preschoolers, aged 4 at baseline ($N = 995$) in Trondheim. CAPA was used in a high-risk population ($N = 400$) youth aged 12-20 who where in Residential Youth Care.

Psychometrics. CAPA and PAPA showed good inter-rater reliability. Validity was documented by discriminative ability of clinical groups, association with known risk factors, prediction of outcome and satisfactory confirmatory factor analyses.

Conclusion. We identified limited documentation for the psychometric properties of the Norwegian versions of the CAPA and PAPA interviews. Reliability and validity were satisfactory. The Norwegian versions are promising regarding future research, however, due to lack of studies from Scandinavian child mental health services it is not possible to give any recommendations for ordinary clinical use.

Innledning

De diagnostiske intervjuene «Child and Adolescent Psychiatric Assessment» (CAPA) er beregnet på barn fra 9 til 18 år og Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) er for foreldre til barn i aldersgruppen 2-5 år. De er strukturerte psykiatriske intervjuer som er bygget opp på samme måte og kartlegger debuttidspunkt, varighet, frekvens og grad av symptomer til en lang rekke psykiatriske diagnoser i henhold til DSM-IV, DSM-III-R og ICD-10. Informanter er enten barn (CAPA) og/eller deres foreldre (CAPA Parent report version). PAPA har kun foreldreversjon. Både CAPA og PAPA er «intervjuerbaserte», det vil si at intervjuene har en detaljert struktur med standardiserte spørsmål og det er intervjueren som avgjør skåren etter beste skjønn. I tillegg til de standardiserte spørsmålene, skal intervjueren også stille mer åpne oppfølgingsspørsmål helt til intervjueren, på rimelig trygt grunnlag, kan avgjøre om et gitt symptom oppfyller de fastsatte kriteriene. Til hjelp for intervjueren er det utarbeidet omfattende «Glossaries» som angir detaljerte definisjoner av symptomer, kriterier for å få en diagnose samt regler for koding.

Både CAPA og PAPA omfatter også en funksjonsnedsettelsesmodul («functional impairment»). Funksjonsnedsettelse inngår i mange DSM/ICD diagnoser som et nødvendig kriterium for diagnose. Intervjuene er beregnet for

bruk i både klinisk- og forskningsammenheng. Begge de norske versjonene av selvrapportert CAPA og foreldrerapportert PAPA foreligger som elektroniske versjoner der intervjueren bruker et eget PC-program som tillater fortløpende koding mens intervjuet pågår. PC-programmet gjør det lettere å hoppe over moduler og spørsmål og bare fokusere på temaer som er relevante for det enkelte barn. Copyright for de norske versjonene innehas av Adrian Angold ved Duke University. Siden både CAPA og PAPA er gjennomstrukturerte intervjuer kreves det ca. 2 uker opplæringskurs, trening og sertifisering i hvert av intervjuere i regi av Duke University. Kompetansekrav til intervjuere forutsettes og må utgjøre minst 3 års relevant høyskoleutdanning (f.eks. sosionom, sykepleier, barnevernspedagog, førskolelærer o.l.). Kostnader for trening og lisens betales direkte til Duke University. Fortolkningen av resultater foretas av Duke University ved hjelp av utviklede computer algoritmer, og en får både tilsendt en SPSS-fil med DSM-IV-diagnoser og en lang fil med svar på alle enkeltspørsmål i CAPA og PAPA. Nettsiden til Center for Developmental Epidemiology <https://devepi.duhs.duke.edu/instruments.html> inneholder omfattende informasjon på engelsk om de ulike versjonene av CAPA og PAPA.

Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)

CAPA er modulbasert og det finnes kortere («CAPA Mini Version») og lengre («CAPA Omnibus Version») utgaver som omfatter flere diagnoser. Gjennomføring med en trent intervjuer av CAPA omnibus versjonen tar ca. 1 time i den generelle befolkningen og opp til 2-3 timer hvis barnet eller ungdommen har en omfattende og sammensatt psykiatrisk problematikk.

Utviklingen av CAPA startet ved Institute of Psychiatry ved King's College i London. CAPA ble fra 1986 og fram til 2008 videreutviklet av Adrian Angold og kolleger (Angold & Costello, 2000) ved Center for Developmental Epidemiology/Department of Psychiatry and Behavioral Science, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA. I 2010 oversatte Thomas Jozefiak den lengste versjonen («Omnibus») av CAPA 2008 (barn og unge som informanter) inklusive «Glossary». «CAPA Mini Version» finnes ikke oversatt til norsk og CAPA foreldreversjonen finnes heller ikke på norsk, bortsett fra ett unntak: En ADHD-modul finnes ikke i selvrapportversjonen og ble derfor oversatt til norsk fra «CAPA Parent version». Den amerikanske versjonen av CAPA inneholder en Child and Adolescent Services Assessment (CASA) modul som kartlegger hvor mye og hvilke type hjelp barnet har fått for sine problemer. Denne er oversatt til norsk. En selvrapportversjon for unge voksne over 18 år (Young Adult Psychiatric Assessment-YAPA) er ikke oversatt til norsk. Algoritmebaserte diagnoser er tilgjengelig kun for den norske oversettelsen av CAPA selvrapport, ikke for CAPA foreldreversjonen. For å få tilsendt algoritmer for DSM-IV-diagnoser fra Duke University for barn 9-18 år, er det tilstrekkelig at CAPA selvrapportversjonen er gjennomført.

I større amerikanske epidemiologiske forskningsprosjekter har CAPA vist tilfredsstillende psykometriske egenskaper. Test-retest reliabiliteten for diagnosekategorier lå mellom $\kappa = 0,55$ for alvorlige atferdsvansker til 1,0 for stoffmisbruk. Validiteten bedømt i henhold til ti forskjellige vurderingskriterier («nomological construct validation approach») var også vurdert som tilfredsstillende (Angold & Costello, 2000).

Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

Den norske versjonen av Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) 2004 inklusive «Glossary» ble oversatt i 2006 av Lars Wichstrøm. Oversettelsene ble gjennomført i samarbeid med originalforfatterne etter internasjonale retningslinjer som også omfattet en kulturtilpasning av spørsmål og tekst i «Glossary». Selv med erfarne intervjuere må man påregne at det tar noe lenger tid å gjennomføre PAPA enn selvrapportert CAPA. Dette er fordi foreldre gjerne er mer meddelsomme enn barna. Dessuten er det mer komplekst å fastslå symptomer hos de minste barna på grunn av høy komorbiditet, diskontinuitet i symptombildet og fordi hvor hyppig en type atferd forekommer kan avgjøre hvorvidt den kan klassifiseres som et symptom. Noen typer atferd betraktes for eksempel som normalt innenfor en viss hyppighet, men patologisk hvis atferden blir mer frekvent (f.eks. sinneutbrudd, impulsivitet). Følgelig må man regne med et minimum av 1,5-2 timer og opp til 4 timer avhengig av problemomfanget til barnet. PAPA er avledet fra CAPA, men representerer en betydelig revisjon av innhold og struktur tilpasset førskolebarn. PAPA inneholder alle DSM-IV kriterier relevante for små barn og alle ledd i «The Diagnostic Classification: 0-3» (DC: 0-3) som er et alternativt klassifiseringssystem for barn under 3 år, og dessuten har den også med andre relevante typer atferd eller symptomer som førskolebarn kan ha og som ikke har vært med i noe diagnostisk system. Arbeidet med å utvikle PAPA begynte allerede i 1999 av Helen Egger og Adrian Angold og ble publisert første gang i 2004 (Egger & Angold, 2004).

I amerikanske studier har reliabiliteten til PAPA vist seg tilfredsstillende. Test-retest interklasse korrelasjoner for DSM-IV-diagnosene viste seg å være fra 0,56 (for PTSD) til 0,80 (for ADHD) (Egger et al., 2006).

Tabell 1. Diagnostiske hovedområder dekket av de norske versjonene av CAPA og PAPA

Diagnostiske hovedkategorier og annen informasjon	Enkeltdiagnoser
Atferdsforstyrrelser («Disruptive behavior disorders»)	<i>ADHD^a, alvorlig atferdsforstyrrelse (conduct disorder), opposisjonell atferdsforstyrrelse, kriminalitet («delinquency»)^b</i>
Stemningslidelser	<i>Depresjon («Major Depression»), dystymi, depresjon NOS, mani, hypomani, bipolar forstyrrelse</i>
Angstlidelser	<i>Generalisert angstlidelse, separasjonsangst, panikklidelse, agorafobi, sosial fobi, spesifikke fobier, Tvangs-tanker og handler (OCD), elektiv mutisme</i>
Spiseforstyrrelser	<i>Anoreksia nervosa^b, bulimi^b, ruminering, spisevansker i tidlig barndom</i>
Søvnforstyrrelser	<i>Primær insomni, primær hypersomni, mareritt og «sleep terror» forstyrrelse, leggetidsproblemer^c</i>
Elimineringsforstyrrelser	<i>Enurese, enkoprese, forstoppelse</i>
Stoffmisbruk og -avhengighet	<i>Tobakk, alkohol, cannabis, kokain/crack, amfetamin, barbiturater, hypnotika/sedativa, LSD, fencyklider, opiater, stoffrelatert delirium og hallusinose^b</i>
Tic lidelser	<i>Fonetisk tic forstyrrelse, motorisk tic forstyrrelse, Tourette, trikotilloman^f</i>
PTSD	<i>Post traumatisk stress syndrom</i>
Andre DSM diagnoser	<i>Schizofreni, andre ikke-afektive psykoser, tilpasningsforstyrrelser, somatiseringsymptomer, reaktiv tilknytningsforstyrrelse^c</i>
Suicidalitet	<i>Selv mordstanker og atferd, selvskaading</i>
Annen informasjon	<i>Utviklingshistorikk og -vurdering^c, familiens struktur, -liv og -fungering, foreldres oppdragelsesstil, foreldres psykopatologi^c og rusbruk^c, omsorgsordninger^c, relasjoner til jevnaldrende^c skolefungering, fungering i barnehage^c og lek^c, søvn^c, livshendelser, funksjonsskåring («incapacity rating»), bruk av hjelpetjenester^c.</i>

^aikke dekket i CAPA selvrappport, kun i CAPA foreldreversjon, ^bikke dekket i PAPA, ^cikke dekket i CAPA, kun i PAPA

Liste over de viktigste forkortelser som er brukt i denne artikkelen

Forkortelse	Engelsk betegnelse	Norsk betegnelse/forklaring
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder	Oppmerksomhetsforstyrrelse
AS	Asperger syndrome	Asperger
CD	Conduct disorder	Alvorlig atferdsforstyrrelse
CBCL	Child Behavior Checklist	Liste over barnets atferd
CFA	Confirmatory Factor analysis	Konfirmatorisk faktoranalyse
DyD	Dysthemia	Dystymi
Dep NOS	Depression "Not otherwise specified"	Depresjon ikke klassifisert andre steder
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition	American Psychiatric Association: diagnostiske kriterier for psykiske lidelser, 4. reviderte utgave
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third revised edition	Se ovenfor, den 3. reviderte utgaven
GAD	Generalized anxiety disorder	Generalisert angstlidelse
Gwet's AC ₁	Gwet's AC ₁	Et mål for overenstemmelse mellom flere skårere (ligner <i>kappa</i> men er bedre ved lav prevalens)
MDD	Major depression	Alvorlig depresjon
ODD	Oppositional defiant disorder	Opposisjonell trasslidelse
SAD	Separation anxiety	Separasjonsangstlidelse
SES	Social economic status	Sosio-økonomisk status
SEM	Structural Equation Modeling	SEM – avansert statistisk metode for å regne med latente variabler
SOSP	Social phobia	Sosial fobi
SP	Specific phobia	Enkel fobi

Validering av strukturerte standardiserte psykiatriske intervjuer

Det er et kjent problem med validering av psykiatriske intervjuer at det ikke finnes noen «ikke-intervju basert test» for de fleste psykiatriske lidelser som kunne ha fungert som ekstern «gullstandard» ved sammenligning. Det strukturerte psykiatriske intervjuet representerer faktisk det nærmeste man kommer til en «gullstandard» (Angold & Costello, 2000; Rettew, Lynch, Achenbach et al., 2009). Bruk av kliniske diagnoser er ikke egnet som sammenligningsgrunnlag, da de har for dårlig reliabilitet. En mulig tilnærming for å løse problemet med stadfestelse av begrepsvaliditet («construct validity») til et strukturert psykiatrisk

intervju, er å undersøke hvordan intervjuet fungerer innenfor det nomologiske nettverket av teori og empiriske data som er relatert til begrepene («constructs») (Angold & Costello, 2000). For eksempel kan en undersøke om de norske utgavene av PAPA/CAPA reproducerer kjønnsrelaterte prevalenstall som en kjenner til fra forskning med andre instrumenter. Videre kan en se på hvorvidt de norske PAPA og CAPA intervjuene kan differensiere meningsfylt mellom ulike kliniske grupper, hvorvidt de norske CAPA og PAPA diagnosene er konsistente over tid og hvorvidt de er assosiert eller predikerer et negativt utfall. Resultater fra konfirmatoriske faktoranalyser (CFA) kan også bidra til å bygge opp under begrepsvaliditet ved å evaluere de ulike symptomskalaene i PAPA og CAPA som de

diagnostiske kategoriene er basert på. Tabell 1 gir en oversikt over hvilke diagnoseområder som de norske versjonene av CAPA og PAPA inneholder.

Metode

Vi søkte etter dokumentasjon på intervjuenes psykometriske egenskaper i databasene Norart, BIBSYS, SveMed+, CRISTin.no, Cochrane Library, NORA, PsycINFO, Medline, Embase og PubMed. Søkedato: 24.03.2015. Søkestrategien er tilgjengelig på <http://psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/capa-papa>. Vi kontaktet også førsteforfattere av inkluderte artikler, samt oversetterne av CAPA og PAPA, 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:

- 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 CAPA og PAPA* inkluderte vi publikasjoner som rapporterte 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 validitet og reliabilitet, uavhengig av hverandre, ved hjelp av en tilpasset versjon av Test review form and notes for reviewers (EFPA 2013).

Resultater

Litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 96 + 9 (NORA) = 105 sammendrag for den norske versjonen; fire av disse ble gjennomgått i fulltekst og fire av disse ble inkludert. Gjennom kontakt med oversettere av CAPA og PAPA og førsteforfattere av inkluderte artikler ble ytterlige seks publikasjoner (Ellis et al., 2012; Wichstrøm et al., 2013; Steinsbekk et al. 2013; Hamre Sveen et al., 2013; Wichstrøm & Berg-Nielsen, 2014; Greger et al. 2015) identifisert. En av disse fylte ikke inklusjonskriteriene (Hamre Sveen et al., 2013), og totalt ble derfor ni publikasjoner inkludert (se tabell 2). Søket på svenske og danske studier resulterte i 238 sammendrag, men ingen inneholdt informasjon om CAPA og PAPA, derfor ble ingen fulltekstartikler bestilt.

Tabell 2. Inkluderte norske studier

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egenskaper, verdier
Wichstrøm 2012	Tversnitt	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen («Tidlig trygg i Trondheim»)	995	PAPA DSM-IV-diagnoser	Forekomst av psykiske lidelser, validitet (diskriminerende egenskaper mellom kjønn), reliabilitet (<i>kappa</i> interater)
Berg-Nielsen 2012	Tversnitt	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen («Tidlig trygg i Trondheim») når foreldre ar symptomer på personlighetsforstyrrelser	922	PAPA dimensjonale symptomskalaer i hht DSM-IV-diagnosene ADHD, ODD, CD, DyD, GAD og SAD	Symptomskalaer, begrepsvaliditet for ekstermaliserende og internaliserende psykopatologi (faktoranalyse i SEM)
Ellis 2012*	Tversnitt	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen med foreldre som røker	995	PAPA DSM IV ADHD- og ODD-diagnosene	Validitet (assosiasjon med risikofaktor)
Wichstrøm 2013*	Longitudinell T1=4 år og T2=6 år	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen	T1: 1000 T2: 797	PAPA DSM IV angstforstyrrelser	Validitet (prediksjon av angstforstyrrelser)
Steinsbekk 2013*	Tversnitt	Søvnforstyrrelser hos barn i den generelle befolkningen (Tidlig trygg i Trondheim»)	995	PAPA DSM-IV søvnforstyrrelser	Forekomst av søvnforstyrrelser, validitet (diskriminerende egenskaper)
Wichstrøm 2014*	Tversnitt	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen («Tidlig trygg i Trondheim»)	995	PAPA 7 DSM-IV diagnoser (ADHD, ODD, CD, MDD, GAD, SOSP, SA)	Validitet (konfirmatorisk faktor analyse)
Steinsbekk 2015	Longitudinell, (T1=4 år og T2 =6 år)	Søvnforstyrrelser hos barn i den generelle befolkningen (Tidlig trygg i Trondheim»)	T1: 994 T2: 795	PAPA DSM-IV søvnforstyrrelsesdiagnoser PAPA dimensjonelle symptomskalaer for ADHD, CD, ODD, MDD, GAD, SAD, SOSP, SP	Validitet (prediksjon av negativt utfall, konsistens over tid)
Jozefiak 2015	Tversnitt	Ungdom (12-20 år) i bamevemsinstusjoner	400	CAPA DSM-IV diagnoser	Forekomst av psykiske lidelser, validitet (diskriminerende egenskaper mellom kjønn og diagnosegrupper, konstrukt validitet, reliabilitet (<i>kappa</i> interater)
Greger 2015*	Tversnitt	Ungdommer i bamevemsinstusjon som rapporterer og som ikke rapporterer tidligere overgrep	335	CAPA DSM-IV diagnoser	Forekomst av psykiske lidelser for to undergrupper og komorbiditet, validitet (diskriminerende egenskaper)

*=identifisert i tillegg til det systematiske literatursøket

Vedrørende alder i til ungdommene i Jozefiak 2015 og Greger 2015 var 12-20 år: Selv om CAPA er beregnet til og med 18 år, ble 19 ungdommer som var 19 år og 1 som var 20 år gammel også inkludert.

Tabell 3a. Forekomster av diagnoser^a i den generelle populasjonen i representative studier

Referanse	Utvalg/gruppe	Diagnoser	N (svar %)	
			N (svar %)	%
(Wichstrom et al., 2012)	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen	Minst én angstlidelse siste 3 måneder (mnd)	995 (79,6%)	1,5
		Minst én emosjonell lidelse siste 3 mnd		3,3
		Minst én atferdslidelse siste 3 mnd		3,5
		Minst én DSM-IV lidelse siste 3 mnd		12,5
		Minst én DSM-IV lidelse unntatt enkoprese siste 3 mnd		7,1
(Steinsbekk, Berg-Nielsen, & Wichstrom, 2013)	4 år gamle barn fra den generelle befolkningen/barn med søvnforstyrrelser	Primær insomni	995 (79,6%)	16,6
		Primær hypersomni		0,8
		Minst én søvnforstyrrelse		19,2

^a Kun hoveddiagnosekategorier gjengitt her, for detaljerte diagnoser med konfidensintervaller se de enkelte publikasjoner

Forekomster i den generelle befolkningen og i kliniske undergrupper

Vi fant to norske studier med PAPA som rapporterte forekomsttall fra en omfattende ($N = 995$) representativ epidemiologiske undersøkelse blant 4-åringer i den generelle populasjonen. Undersøkelsen var representativ med en høy svarprosent (79,6 %). Den første (Wichstrom et al., 2012) rapporterte detaljerte DSM-IV diagnoser der bare hoveddiagnosekategoriene er gjengitt her i Tabell 3a. Den andre studien rapporterte søvnforstyrrelser hos 4-åringer fra den samme epidemiologiske undersøkelsen (se Tabell 3a).

Vi fant ingen kliniske studier av utvalg fra barne- og ungdomspsykiatrien med PAPA eller CAPA, men en nasjonal studie i en høyriskogruppe for psykiske lidelser med ungdommer i alderen 12-20 år som bor i norske barnevernsinstitusjoner (Jozefiak et al., 2015). Denne undersøkelsen ($N = 400$) var også representativ med en tilfredsstillende svarprosent (67 %). I tillegg ble det gjennomført en frafallsanalyse av 141 ikke-deltakere som hadde data på CBCL og ved hjelp av multipl imputasjon (MI) ble CAPA diagnoser estimert for totalt $N = 541$ som styrket representativiteten ytterligere. I Tabell 3b er hoveddiagnosekategorier gjengitt. En separat studie basert på den samme undersøkelsen skilte

ungdommer som rapporterer tidligere overgrep ($N = 237$) ved hjelp av CAPA spørsmål fra de som ikke rapporterer overgrep ($N = 98$) (Greger, Myhre, Lydersen, & Jozefiak, 2015). Forekomsttall for noen DSM-IV diagnoser for disse to gruppene er gjengitt i Tabell 3b.

Validitet

Alle de ni inkluderte studiene belyser validiteten til de norske versjonene av PAPA og CAPA. En representativ studie av 4-åringer fra den norske normalbefolkningen (Wichstrom et al., 2012) viste at gutter hadde signifikant større forekomst av ADHD enn jenter ved bruk av PAPA. En annen representativ studie med CAPA i en nasjonal risikobefolkning av ungdommer i barnevernsinstitusjoner (Jozefiak et al., 2015) reproduserte den velkjente kjønnsforskjellen der jenter viste signifikant høyere sannsynlighet for depressive- og angstlidelser enn gutter, og gutter hadde signifikant høyere sannsynlighet for å få diagnostisert en alvorlig atferdsforstyrrelse (CD). I den sistnevnte studien er 3-månedersprevalensen for en psykiatrisk DSM-IV diagnose dessuten svært høy (76,2 %), noe som er i overensstemmelse med annen litteratur om ungdommer i barnevernsinstitusjoner.

Tabell 3b. Forekomster av diagnoser^a i kliniske eller høyriskoutvalg

Referanse	Utvalg/gruppe	Diagnoser		
			N	%
(Jozefiak et al., 2015)	12-20 år gamle ungdommer i norske barnevernsinstitusjoner (representativt nasjonalt sample)	Alvorlig depresjon Dep NOS og Dystymi	400 (67%)	37,0
		Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD)		19,1
		Minst én DSM-IV angstlidelse		34,0
		Minst én DSM-IV-lidelse		76,2
(Greger et al., 2015)	12-20 år gamle ungdommer i barnevernsinstitusjon som rapporterer tidligere overgrep (= 237) versus de som ikke rapporterer overgrep (n=98)	Asperger syndrom	400 (67%)	26,0 vs ^b 16,3
		Alvorlig depresjon		29,1 vs 9,2
		Generell angstlidelse		27,9 vs 4,1
		Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD)		20,7 vs 15,3
		Minst én DSM IV-diagnose		80,2 vs 64,3

^aKun hoveddiagnosekategorier gjengitt her, for detaljerte diagnoser med konfidensintervaller se de enkelte publikasjoner

^bvs= versus gruppen av ungdommer som ikke rapporterer tidligere overgrep

Når det gjelder diskriminerende validitet, har PAPA vist evnen til å skille meningsfylt mellom ulike søvnforstyrrelser hos førskolebarn (Steinsbekk et al., 2013) og CAPA mellom en rekke ulike psykiatriske lidelser i en risikobefolkning av ungdommer (Jozefiak et al., 2015). Videre klarte CAPA å skille mellom grupper av ungdommer i barnevernsinstitusjoner som rapporterte tidligere overgrep (vitne til vold og familievold, ofre for vold og vold i familien og seksuell misbruk) fra de som ikke rapporterte slike erfaringer. Gruppen med slike overgrepserfaringer viste signifikant høyere odds for en rekke psykiatriske lidelser (AS, CD, MDD, dystymi, GAD) og rapporterte selvmordsforsøk (Greger et al., 2015). Komorbiditeten av psykiske lidelser var også høyere enn i gruppen uten overgrepserfaringer.

Når det gjelder stabilitet/konsistens over tid viste en studie at insomni (innsovningsvansker) var stabilt fra 4- til 6-årsalderen hos barn i den generelle populasjonen (Steinsbekk & Wichstrom, 2015). I denne studien representerte insomni i 4-årsalderen også en risikofaktor for utvikling av CD, MDD og SOSP 2 år senere. Basert på den samme

epidemiologiske undersøkelsen fant Ellis og kolleger at risikofaktoren «røyking under svangerskapet» var signifikant assosiert med ADHD og ODD, kontrollert for en rekke foreldrevariabler (Ellis, Berg-Nielsen, Lydersen, & Wichstrom, 2012). I en prospektiv studie fra den samme epidemiologiske undersøkelsen ble «angstlidelser» diagnostisert ved 6-årsalderen signifikant predikert av en rekke faktorer som ble kartlagt to år tidligere (blant annet ADHD, sosial kompetanse, angst og SES hos foreldre) (Wichstrom, Belsky, & Berg-Nielsen, 2013).

Når det gjelder konfirmatoriske faktoranalyser som kan støtte opp under «construct»-validiteten til PAPA fant vi to norske studier. (1) I en assosiasjonsstudie mellom foreldrenes personlighetsforstyrrelser og 4-åringers psykiske vansker ble det gjennomført en SEM-analyse (Berg-Nielsen & Wichstrom, 2012). De dimensjonale PAPA-symptomskårene for diagnosene ADHD, ODD og CD ble brukt som indikatorer for en latent eksternaliserende faktor og symptomskårene for MDD, dystymi, GAD og SAD ble brukt som indikatorer for en latent «internaliserende» faktor. Modellen viste en god tilpasning til dataene og dette bygger indirekte også opp under validiteten til de nevnte PAPA-diagnosene. Disse ladet meningsfylt på henholdsvis «eksternalisering» og

«internalisering», to forskningsmessig veletablerte dimensjoner i barne- og ungdomspsykiatrien. (2) Den andre norske studien fant at en CFA-modell der symptomene til sju DSM-/PAPA-diagnoser (ADHD, ODD, CD, MDD, GAD, SOSP og SAD) ladet på sine respektive diagnoser og hadde den beste tilpasningen til dataene (Wichstrom & Berg-Nielsen, 2014).

Reliabilitet

To norske studier belyser reliabiliteten til PAPA og CAPA. Interrater reliabiliteten mellom par av skårere for PAPA diagnoser for 4 år gamle barn (Wichstrom et al., 2012) ble beregnet med kappa (k) i en multivariat tilnærming og var som følger: ADHD $k = 0,96$; ODD $k = 0,89$; CD $k = 0,78$; minst én angstlidelse $k = 0,89$; minst én depressiv lidelse $k = 0,86$; minst én søvnforstyrrelse $k = 0,87$; enkoprese $k = 0,92$ og minst en DSM-IV lidelse $k = 0,83$. Interrater reliabiliteten mellom par av skårere for CAPA-diagnoser for 12-20 år gamle ungdommer (Jozefiak et al., 2015) ble beregnet med Gwet's AC₁ (agreement rate) og var som følgende: ADHD = 0,74 (83 %); CD = 0,78 (86 %); ODD = 0,97 (98 %), stoffmisbruk = 0,69 (76 %); MDD = 0,89 (93 %); dystymi = 0,92 (95 %) ; SP= 0,86 (88 %) ; SOSP = 0,87 (91 %) og GAD = 0,93 (95 %).

Diskusjon og konklusjon

Det ble identifisert et begrenset grunnlag for å kunne vurdere de psykomriske egenskaper ved de norske versjonene av CAPA og PAPA, og de siterte studiene baserer seg alle på to store norske undersøkelser. Den første er «Tidlig trygg i Trondheim» fra den generelle befolkningen av førskolebarn der PAPA ble brukt. Undersøkelsen «Psykisk helse hos ungdom i barnevernsinstitusjoner» ble foretatt i en risikobefolkning for utvikling av psykiske lidelser, der CAPA ble brukt. Begge undersøkelser har et

omfattende deltakerantall og er representative. Det er en klar begrensning at det ikke finnes studier basert på pasienter og/eller deres foreldre i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling. Det er også en begrensning at det per dags dato ikke foreligger noen undersøkelser med CAPA av ungdom i den generelle befolkningen.

Gitt de få studiene, foreligger det allikevel relativ omfattende dokumentasjon på både validitet og reliabilitet. Reliabiliteten, estimert ved interrater reliabilitet i de to ovenfor nevnte undersøkelser var tilfredsstillende både for PAPA og CAPA for en lang rekke DSM-IV diagnoser. Når det gjelder validitet har både PAPA og CAPA reproduisert kjente kjønnsrelaterte prevalenstall for diagnosekategorier. Både de norske PAPA- og CAPA-versjonene har vist evne til å kunne skille meningsfylt mellom ulike diagnostiske og kliniske grupper. Videre er det dokumentert at CAPA- og PAPA-diagnoser kan brukes i prediksjonsøyemed og er assosiert med kjente risikofaktorer. To studier som gjorde bruk av CFA støtter også opp under begrepsvaliditeten. I det identifiserte begrensede grunnlaget for å dokumentere de psykomriske egenskapene av de norske CAPA- og PAPA-intervjuene, viser likevel begge god reliabilitet og validitet. Dokumentasjonsgrunnlaget er per i dag for lite til å kunne gi en klar anbefaling av de norske versjonene av CAPA og PAPA til rutinemessig diagnostisk bruk i klinikker. Norge følger WHO sitt ICD-10-system, mens publikasjoner med norske CAPA og PAPA-data på nesten utelukkende har brukt DSM-IV- diagnoser. I følge originalforfatterne korresponderer CAPA- og PAPA-kategoriene også med DSM-III-R og ICD-10-systemet (Angold & Costello, 2000), men det er per dags dato uvisst hvor godt en slik transformering til ICD-10 kan gjennomføres av Duke University når det gjelder algoritmebaserte diagnoser med norske data. Det hadde vært svært ønskelig med klinisk utprøving. For framtidig bruk i forskning er CAPA noe av det bedre som per i dag finnes på norsk. PAPA er det eneste norske direkte diagnostiske foreldreintervju som foreligger for førskolebarn.

Referanser

- Angold, A., & Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 39-48. doi: 10.1097/00004583-200001000-00015
- Angold, A., Erkanli, A., Copeland, W., Goodman, R., Fisher, P. W., & Costello, E. J. (2012). Psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(5), 506-517. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.020
- Berg-Nielsen, T. S., & Wichstrom, L. (2012). The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders: at the mercy of unpredictability. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6(1), 19. doi: 10.1186/1753-2000-6-19
- 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.
- Ellis, L. C., Berg-Nielsen, T. S., Lydersen, S., & Wichstrom, L. (2012). Smoking during pregnancy and psychiatric disorders in preschoolers. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(11), 635-644. doi: 10.1007/s00787-012-0300-y
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse and Neglect*, 45, 122-134. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.05.003
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrom, L. (2015). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-015-0700-x
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., et al. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18, 169-184.
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. S., & Wichstrom, L. (2013). Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(9), 633-641. doi: 10.1097/01.dbp.0000437636.33306.49
- Steinsbekk, S., & Wichstrom, L. (2015). Stability of sleep disorders from preschool to first grade and their bidirectional relationship with psychiatric symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(4), 243-251. doi: 10.1097/dbp.0000000000000134
- Wichstrom, L., Belsky, J., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). Preschool predictors of childhood anxiety disorders: a prospective community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(12), 1327-1336. doi: 10.1111/jcpp.12116
- Wichstrom, L., & Berg-Nielsen, T. S. (2014). Psychiatric disorders in preschoolers: the structure of DSM-IV symptoms and profiles of comorbidity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(7), 551-562. doi: 10.1007/s00787-013-0486-7
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(6), 695-705. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x