



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία & Ψυχιατρική Παιδιών & Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ψυχομετρικές ιδιότητες της Ημι-δομημένης Ψυχιατρικής Διαγνωστικής Συνέντευξης για Παιδιά και Εφήβους Kiddie – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime version (K-SADS/PL-DSM-5) σε ελληνικό πληθυσμό»

Ρόκας Ιωάννης-Μάριος

A.M.: 20180238

Επιβλέπων: Γερ. Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Μπενέτου Βασιλική, Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επ. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

ΑΘΗΝΑ,

Ιούνιος 2021



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία & Ψυχιατρική Παιδιών & Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ψυχομετρικές ιδιότητες της Ημι-δομημένης Ψυχιατρικής Διαγνωστικής Συνέντευξης για Παιδιά και Εφήβους Kiddie – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime version (K-SADS/PL-DSM-5) σε ελληνικό πληθυσμό»

Ρόκας Ιωάννης-Μάριος

A.M.: 20180238

Επιβλέπων: Γερ. Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Μπενέτου Βασιλική, Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επ. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

ΑΘΗΝΑ,

Ιούνιος 2021

Περίληψη

Η ημι-δομημένη Ψυχιατρική Διαγνωστική Συνέντευξη για Παιδιά και Εφήβους Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (K-SADS-PL), αποτελεί μία από τις πιο γνωστές και ευρέως χρησιμοποιούμενες ψυχιατρικές συνεντεύξεις για παιδιά και εφήβους. Προκειμένου, να συμβαδίζει με τις αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί στο DSM-5, η ελληνική μετάφραση του εργαλείου (K-SADS/PL-DSM 4), χρειάζεται να προσαρμοστεί και να αξιολογηθούν οι ψυχομετρικές του ιδιότητες.

Δεδομένα από 113 φακέλους παιδιών και εφήβων ηλικίας 7-17 ετών χρησιμοποιήθηκαν για να συμπληρωθεί το αναβαθμισμένο εργαλείο (K-SADS/PL-DSM-5) και να αξιολογηθούν η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών και η συναινετική εγκυρότητα. Επίσης, αξιολογήθηκαν η συντρέχουσα εγκυρότητα του εργαλείου σε σχέση με το Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory-CDI), καθώς και η ευαισθησία, η ειδικότητα και η θετική/αρνητική προγνωστική αξία για τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών.

Η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών βρέθηκε καλή έως εξαιρετική (Cohen's kappa Coefficient=0,72-0,84, $p<0,001$) για το σύνολο των διαγνώσεων που μελετήθηκαν. Για τη συναινετική εγκυρότητα ο δείκτης kappa είχε ένα εύρος $k=0,49-0,82$, με την πλειοψηφία των διαγνώσεων να παρουσιάζει εξαιρετική συμφωνία ($k>0,75$). Ακόμα, το εργαλείο παρουσιάζει συντρέχουσα εγκυρότητα με το CDI, καθώς και πολύ καλή ευαισθησία(88,6%),ειδικότητα(79,2%),θετική(86,1%) και αρνητική (82,6%) προγνωστική αξία για τις διαγνωστικές κατηγορίες της Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας.

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η ελληνική έκδοση του K-SADS/PL-DSM-5 αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο , που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επάρκεια για τη διάγνωση αρκετών μείζονων ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους. Περισσότερες μελέτες θα ήταν καλό να διενεργηθούν για την επιβεβαίωση των ευρημάτων.

Λέξεις-Κλειδιά:K-SADS/PL,εγκυρότητα, αξιοπιστία,DSM-5

Abstract

The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (K-SADS-PL), is one of the most well-known and widely used psychiatric interviews for children and adolescents. In order to keep the instrument in line with the DSM-5, the Greek translation of the interview (K-SADS/PL-DSM 4) was updated and evaluated.

Data from 113 files of children and adolescents aged 7-17 years were used to complete the updated interview (K-SADS/PL-DSM-5) and to calculate inter-rater reliability and consensual validity. Concurrent validity to CDI, as well as the sensitivity, specificity and positive / negative prognostic value for the diagnostic categories of depressive disorders were also calculated.

Inter-rater reliability was good to excellent ($k = 0.72-0.84$, $p < 0.001$) for all diagnoses. Kappa value for consensual validity had a range $k = 0.49-0.82$, with the majority of diagnoses showing excellent agreement ($k > 0.75$). Also, concurrent validity with CDI, as well as sensitivity(88,6%),specificity(79,2%),positive(86,1%) and negative(82,6%) prognostic value for the diagnostic categories of Major Depression and Dysthymia, was very good.

The present study showed that the Greek version of K-SADS / PL-DSM-5 is a valid and reliable instrument, which can be used adequately to diagnose several major psychiatric disorders in children and adolescents. Nevertheless, more studies are needed to confirm our findings.

Keywords: K-SADS-PL, validity, reliability, DSM-5

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	5
Εισαγωγή	7
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	9
<i>Διαγνωστική διαδικασία</i>	9
Κλινική συνέντευξη.....	9
Ταξινομητικά συστήματα.....	9
Περιορισμοί-Σφάλματα κλινικών συνεντεύξεων.....	10
Ημι-δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις για παιδιά και εφήβους.....	11
<i>Αξιολόγηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων</i>	13
Μετάφραση και προσαρμογή.....	13
Αξιοπιστία.....	14
Εγκυρότητα.....	16
<i>K-SADS</i>	19
Ιστορική αναδρομή του K-SADS.....	19
K-SADS/PL-DSM-5.....	22
<i>Οι καταθλιπτικές διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους</i>	24
<i>Αξιολόγηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά/εφήβους</i>	26
Ερευνητικοί στόχοι	28
Μεθοδολογία	28
Συμμετέχοντες.....	28
Διαδικασία.....	28
Εργαλεία.....	31
Στατιστική ανάλυση.....	34
Αποτελέσματα	35
Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.....	35
Αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών.....	37
Συναινετική εγκυρότητα.....	38
Συντρέχουσα εγκυρότητα.....	39
Συζήτηση	41
Βιβλιογραφία	46

Εισαγωγή

Η διαγνωστική διαδικασία αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής παιδιών και εφήβων και βασική προϋπόθεση για την πρόγνωση και για τον σχεδιασμό της καταλληλότερης θεραπευτικής παρέμβασης (Rutter et al., 2012). Για τη βελτίωση της διαγνωστικής διαδικασίας έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι και μία από τις πιο καλά μελετημένες είναι η χρήση ημι-δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων (Matuschek et al., 2016).

Η συμβολή των ημι-δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων στην Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων είναι κρίσιμη για πιο αξιόπιστες και έγκυρες διαγνώσεις (Ehlert, 2007), την καλύτερη ανίχνευση συννοσηροτήτων και τη μείωση των μη ειδικών διαγνώσεων (π.χ. «άλλη προσδιορισμένη» ή «απροσδιόριστη» διαταραχή, (Thienemann and Jellinek, 2004; Hughes et al., 2005; Lauth et al., 2008; APA, 2013). Επίσης, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος, τη μείωση της διάρκειας της νοσηλείας και τη μείωση του θεραπευτικού κόστους, εξαιτίας της μείωσης της διάρκειας της διαγνωστικής αξιολόγησης (Miller, 2001, 2002; Thienemann and Jellinek, 2004; Galanter and Patel, 2005; Hughes et al., 2005).

Από τις πιο γνωστές και ευρέως χρησιμοποιούμενες ημι-δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις είναι η «Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version» (K-SADS-PL, Kaufman et al., 2016), η οποία σχεδιάστηκε ώστε να ανταποκρίνεται στο Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο για ψυχικές διαταραχές-5^η έκδοση (DSM-5) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 2013). Η K-SADS-PL είναι μία ημι-δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη που αξιολογεί επεισόδια ψυχοπαθολογίας, τόσο στο παρόν όσο και στο παρελθόν, σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 6-18 ετών (Kaufman et al., 2016).

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των διάφορων γλωσσικών προσαρμογών της τελευταίας έκδοσης του K-SADS-PL (Villabo et al.,2016; Kariuki et al.,2018; Peña et al.,2018; Nishiyama et al.,2019; Unal et al.,2019;Tsuji et al.,2019; Þórðarson et al., 2020).

Στην Ελλάδα έχει γίνει μετάφραση και αξιολόγηση της αξιοπιστίας μεταξύ των βαθμολογητών μόνο για την αρχική έκδοση του K-SADS/PL version 1.0 (Kolaitis et al., 2003), η οποία συμβαδίζει με το Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο για ψυχικές διαταραχές-4^η έκδοση (DSM-IV) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA,1994). Μέχρι σήμερα, δεν έχει γίνει προσαρμογή του, ώστε να συμβαδίζει με τα κριτήρια του DSM-5. Ως εκ τούτου, δεν έχει γίνει αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων, ώστε να γνωρίζουμε το βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας που παρουσιάζει για κάθε μία διαγνωστική κατηγορία και να μπορεί να χορηγηθεί με επάρκεια σε ελληνικό πληθυσμό.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Διαγνωστική διαδικασία

Κατά τη ψυχιατρική αξιολόγηση παιδιών και εφήβων, η διαγνωστική διαδικασία αποτελεί τον πυρήνα της, αλλά και βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό της καταλληλότερης θεραπευτικής παρέμβασης (Rutter et al.,2008).

Κλινική συνέντευξη

Βασικό και αναπόσπαστο μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας σε όλες τις ειδικότητες της Ιατρικής αποτελεί η κλινική συνέντευξη 'ειδικά στην Ψυχιατρική, καθώς δεν υπάρχουν ειδικές εξετάσεις (π.χ. εργαστηριακές ή απεικονιστικές) που να μπορούν να διαγνώσουν τις ψυχικές διαταραχές (Calinoiu & McClellan, 2004; Rutter,2014). Η κλινική συνέντευξη στην Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων πραγματοποιείται από έναν καλά εκπαιδευμένο κλινικό και στηρίζεται κυρίως στην κλινική παρατήρηση και εξέταση του παιδιού και της οικογένειας και τη λήψη ιστορικού από διάφορες πηγές (π.χ. παιδί, γονείς, δάσκαλοι, άλλοι φροντιστές) (Costello et al.,1996; Renou et al., 2004; Rutter et al.,2008).

Ταξινομητικά συστήματα

Βάση για την ψυχιατρική διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση, θεωρούνται τα ταξινομητικά συστήματα Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM (American Psychiatric Association, 2013) και το International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD (World Health Organization, 1992). Πριν τη δημιουργία και χρήση αυτών των συστημάτων, οι διαγνώσεις ήταν λιγότερο έγκυρες και αξιόπιστες, παρόλο που διαταραχές όπως η Σχιζοφρένεια και η Κατάθλιψη

ήταν καλά περιγεγραμμένες (Calinoiu & McClellan, 2004). Η δημιουργία τους συνέβαλλε στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καθώς οι ίδιοι ορισμοί, ορολογίες, ομάδες συμπτωμάτων χρησιμοποιούνται ανεξάρτητα χώρας ή/και ειδικότητας του επαγγελματία που το χρησιμοποιεί (Calinoiu & McClellan, 2004).

Οι τελευταίες αναθεωρήσεις των συστημάτων αυτών (DSM-4,5 και ICD-10,11) στηρίζονται σε μετρήσιμα φαινόμενα-συμπτώματα και όχι σε αυθαίρετες και μη αποδεδειγμένες υποθέσεις και εξηγήσεις (Calinoiu & McClellan, 2004; Fabiano & Haslam, 2020). Έτσι, βελτιώνεται η αξιοπιστία των διαγνώσεων και παρέχονται πιο δομημένες πληροφορίες για τη διάγνωση, το θεραπευτικό σχεδιασμό και την πρόγνωση των ασθενών (Rutter & Uher, 2012). Ακόμα, τα ταξινομητικά συστήματα αποτελούν μία βάση για την έρευνα της παθοφυσιολογίας και αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών (Rutter, 2014; Rutter, 2015).

Ωστόσο, η ακριβής εγκυρότητα αρκετών διαγνωστικών κατηγοριών παραμένει άγνωστη, ειδικά στα παιδιά και τους εφήβους (Rutter, 1978; Robins & Guze, 1970; Rutter, 2015). Επίσης, η έλλειψη πληροφοριών και ερευνών σχετικά με την ακριβή φύση και αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία, έχει σαν αποτέλεσμα οι διαγνώσεις να βασίζονται κυρίως σε αναγνωρίσιμα μοτίβα και συστάδες συμπτωμάτων (Costello, 1996; Calinoiu & McClellan, 2004; Fabiano & Haslam, 2020).

Περιορισμοί – Σφάλματα κλινικών συνεντεύξεων

Παρά την θεμελιώδη συμβολή των κλινικών συνεντεύξεων στην διαγνωστική διαδικασία των ψυχικών διαταραχών, είναι γνωστό από δεκαετίες ότι ενέχουν

περιορισμούς και πιθανά σφάλματα , που μειώνουν την αξιοπιστία των διαγνώσεων (Zubin, 1978; Grove et al., 1981; Dawes et al., 1989; Angold et al., 1999; Angold et al., 2012).

Ο Angold και οι συνεργάτες του (1999), είχαν ανιχνεύσει 4 συχνά σφάλματα από τους κλινικούς , που οδηγούν σε αναξιόπιστα συμπεράσματα: α) να γίνεται η διάγνωση πριν την απόκτηση όλων των σχετικών πληροφοριών, β) να ανιχνεύονται επιλεκτικά πληροφορίες για τον αποκλεισμό ή την τεκμηρίωση μιας διάγνωσης, βασιζόμενοι σε μια προϋπάρχουσα υπόθεση, γ) να διαγιγνώσκουν πιο συχνά διαταραχές στις οποίες ειδικεύονται, δ) να υποθέτουν συσχετίσεις μεταξύ συμπτωμάτων και διαταραχών που δεν υφίστανται πάντα (π.χ. εξισώνοντας όλες τις ευερεθιστότητες με τη Μανία).

Ακόμα, η ανίχνευση και ποσοτικοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων για να τεθεί μία διάγνωση είναι μία δύσκολη διαδικασία, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται διαφορετικές ερμηνείες από διαφορετικούς κλινικούς (Costello 1996; Galanter and Patel, 2005). Συγκεκριμένα, αυτή η ασυμφωνία περιλαμβάνει διαφορές στις ερωτήσεις που γίνονται για την ανίχνευση συμπτωμάτων, στο πως οι κλινικοί ερμηνεύουν τις απαντήσεις, στις απαντήσεις που μπορεί να δώσουν οι ασθενείς σε διαφορετικούς εξεταστές ή σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Costello 1996; Galanter and Patel, 2005).

Ημι-δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις για παιδιά και εφήβους

Για την αύξηση της αξιοπιστίας των πληροφοριών που συλλέγονται και την αντιμετώπιση των περιορισμών και των σφάλματων που ενέχει η κλινική συνέντευξη για τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους, έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία (Frick et al., 2010; Marin et al., 2013). Από τα πιο συχνά

χρησιμοποιούμενα και συνιστώμενα εργαλεία τόσο σε κλινικό , όσο και σε ερευνητικό πλαίσιο, είναι οι ημι-δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις (Matuschek et al., 2016). Μάλιστα, από κάποιους ερευνητές θεωρούνται ο «χρυσός κανόνας» για τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών (Rettew et al., 2009 ;Hoyer et Knappe,2012; Nordgaard et al., 2013).

Οι συνεντεύξεις αυτές πραγματοποιούνται από εκπαιδευμένους κλινικούς και επιτρέπουν κάποιο βαθμό ελευθερίας στον τρόπο και τη σειρά ερωτήσεων , καθώς και στην ερμηνεία τους (McClellan and Werry, 2000; Leffler et al., 2015). Βέβαια, αυτό γίνεται με ένα συστηματικό τρόπο λαμβάνοντας υπόψιν τις οδηγίες του εργαλείου και περιλαμβάνει και μια διαστασιακή προσέγγιση, αξιολογώντας έτσι, όχι μόνο την παρουσία, αλλά και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Frick et al.,2010; Döpfner et Petermann, 2012; Leffler et al., 2015). Οι συνεντεύξεις αυτές συμβάλλουν στην πιο οργανωμένη και συστηματοποιημένη συλλογή πληροφοριών για την ψυχική υγεία και τη λειτουργικότητα των παιδιών και εφήβων, περιλαμβάνοντας ερωτήσεις για συμπτώματα/διαγνωστικά κριτήρια για διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές και στηρίζονται στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα (Regier et al., 1998;McClellan et Werry,2000; Frick et al.,2010; Segal and Williams,2014).

Ακόμα, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι συνεντεύξεις αυτές αυξάνουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των διαγνώσεων (Ehlert,2007; Frick et al.,2010; Segal and Williams,2014; Leffler et al.,2015), το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στον καλύτερο σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπείας (Galanter and Patel, 2005). Επίσης, είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για την ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος, τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και τη μείωση του θεραπευτικού κόστους, εξαιτίας της μείωσης της διάρκειας της διαγνωστικής αξιολόγησης (Miller, 2001, 2002; Thienemann and Jellinek, 2004; Galanter and Patel, 2005; Hughes et al., 2005). Ωστόσο, αρκετοί

κλινικοί αγνοούν όλα αυτά τα πλεονεκτήματα και δεν αξιοποιούν τα εργαλεία αυτά στην καθημερινή τους πρακτική (Cashel, 2002; Anderson and Paulosky, 2004). Ακόμα, ένας σημαντικός λόγος που δεν χρησιμοποιούνται ευρέως στην Ελλάδα, είναι ότι αρκετά από αυτά τα εργαλεία δεν είναι μεταφρασμένα στα ελληνικά ή/και δεν γνωρίζουμε τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες, ώστε να τα χρησιμοποιήσουμε με ασφάλεια και επάρκεια (Stalikas et al., 2002).

Αξιολόγηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων

Για την ασφαλή χρήση ενός ψυχομετρικού εργαλείου, είναι απαραίτητο, αλλά και αναγκαίο να γνωρίζουμε την επάρκειά του. Η αξιολόγηση της επάρκειας ενός εργαλείου, γίνεται με την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του. Όμως, οι δύο αυτές ιδιότητες είναι συνυφασμένες με το πολιτισμικό πλαίσιο κατασκευής του εργαλείου. Έτσι, πριν το εργαλείο χρησιμοποιηθεί σε ένα διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο, είναι απαραίτητο να γίνει μετάφραση και προσαρμογή του, καθώς και αξιολόγηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Stalikas et al., 2002).

Μετάφραση/Προσαρμογή

Η μετάφραση ενός εργαλείου, δεν αφορά μόνο την απλή μετάφραση των περιεχομένων του σε μια άλλη γλώσσα, αλλά αποτελεί μια διαδικασία που περιλαμβάνει τη μετάφραση, την αξιολόγηση, την τελική απόφαση, τους προκαταρκτικούς ελέγχους και την τεκμηρίωση βάσει τεκμηρίων (Harkness, 2003). Εκτός από τη μετάφραση, απαιτείται και η προσαρμογή του εργαλείου, η οποία περιλαμβάνει αλλαγές στις προτάσεις του πρωτότυπου εργαλείου, που δεν προκύπτουν

από τη διαδικασία της μετάφρασής του στη γλώσσα-στόχο (Harkness, Van de Vijner & Johnson, 2003). Η διαδικασία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί από έναν μεταφραστή ή συνηθέστερα από μια ομάδα μεταφραστών (Boben & Bucik, 2003), με άριστη γνώση της κουλτούρας και της γλώσσας και των δύο πολιτισμικών ομάδων. Επίσης, σημαντικό είναι οι μεταφραστές να γνωρίζουν πολύ καλά τον σκοπό και το περιεχόμενο του εργαλείου (Geissinger, 1994).

Η μετάφραση και προσαρμογή ενός ψυχομετρικού εργαλείου, από μία γλώσσα και κουλτούρα σε μία άλλη παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα. Κατ' αρχάς, αποτελεί σημαντική εξοικονόμηση χρόνου και χρημάτων, σε σχέση με την διαδικασία κατασκευής ενός νέου εργαλείου (Harkness, Van de Vijner & Johnson, 2003). Επίσης, συνήθως δεν υπάρχει λόγος να «εφεύρεις ξανά τον τροχό» (Harkness, 2003; Van de Vijner et al.,2003), κατασκευάζοντας εκ νέου ένα εργαλείο το οποίο υπάρχει ήδη σε άλλη γλώσσα. Ακόμα, οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου , τουλάχιστον για τη γλώσσα προέλευσης, έχουν ήδη μελετηθεί και υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης με τα νέα δεδομένα που θα προκύψουν από τη μελέτη του μεταφρασμένου εργαλείου (Georgas et al.,2003).

Αξιοπιστία

Αξιοπιστία, είναι η ψυχομετρική ιδιότητα που αναφέρεται στη συνέπεια, με την οποία ένα εργαλείο μετράει ένα χαρακτηριστικό (Shrout, 1998). Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τρόποι μελέτης της αξιοπιστίας ενός εργαλείου:

α)*Μέθοδος επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability)*: Με αυτήν τη μέθοδο ελέγχουμε τη σταθερότητα των αποτελεσμάτων του εργαλείου στο χρόνο (Guttman, 1945; Helzer et al., 1977). Στην ίδια ομάδα ατόμων χορηγούμε το εργαλείο σε δύο

διαφορετικές στιγμές, με διαφορά περίπου τεσσάρων εβδομάδων, και συγκρίνουμε τα αποτελέσματα από τις δύο χορηγήσεις. Όσο μεγαλύτερος είναι ο συντελεστής συσχέτισης, τόσο μεγαλύτερη είναι η συγκεκριμένη αξιοπιστία του εργαλείου.

β) *Εσωτερική συνοχή (internal consistency)*: Αποτελεί έναν δείκτη του κατά πόσο διάφορες ερωτήσεις μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό. Δηλαδή, μετράμε εάν οι ερωτήσεις που αποσκοπούν στη μέτρηση ενός χαρακτηριστικού συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο εσωτερικής συνοχής είναι ο δείκτης Cronbach's Alpha (Cronbach et al., 1955).

γ) *Αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών (inter-rater reliability)*: Όταν χρησιμοποιούμε ανθρώπους ως μέρος μιας μέτρησης έχουμε να αναρωτηθούμε για το αν τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα/συνεπή, όταν αλλάζει ο βαθμολογητής. Για να ελέγξουμε αν δύο ή περισσότεροι βαθμολογητές είναι συνεπείς στις παρατηρήσεις τους θα πρέπει να ελέγξουμε το βαθμό συμφωνίας τους. Όταν το χαρακτηριστικό που μετράμε είναι κατηγορικό (π.χ. έχει κατάθλιψη ή όχι), χρησιμοποιούμε το δείκτη kappa (k) (Cohen, 1960). Τα κριτήρια που προτείνονται από τους Landis και Koch (1977), περιγράφουν τέσσερις ομάδες αξιοπιστίας : εξαιρετική ($k > 0.75$), καλή ($k = 0.59 - 0.74$), μέτρια ($k = 0.40 - 0.58$), φτωχή ($k < 0.40$). Από την άλλη μεριά, όταν το χαρακτηριστικό που μετράμε είναι ποσοτικό, χρησιμοποιούμε τη στατιστική ανάλυση intra-class correlation coefficient. Η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών αποτελεί το πιο σημαντικό είδος αξιοπιστίας, όσον αφορά τις ψυχιατρικές συνεντεύξεις (Steinhausen & Erdin, 1991).

Εγκυρότητα

Η έννοια της εγκυρότητας αναφέρεται στο βαθμό που το εργαλείο μετρά αυτό για το οποίο κατασκευάστηκε (Stalikas et al., 2002). Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τρόποι μελέτης της εγκυρότητας ενός εργαλείου:

α) *Φαινομενική εγκυρότητα (face validity)*: Πρόκειται για την κατώτερη βαθμίδα εγκυρότητας, καθώς αξιολογείται με υποκειμενικό τρόπο. Ένα τεστ έχει φαινομενική εγκυρότητα όταν φαίνεται ότι μετρά αυτό για το οποίο κατασκευάστηκε να μετρά. Επιλέγουμε μια ομάδα ατόμων και τους ζητάμε να συμπληρώσουν το συγκεκριμένο εργαλείο. Στη συνέχεια τους ζητάμε να εκτιμήσουν τί θεωρούν ότι μετρά το εργαλείο. Σε περίπτωση που το μεγαλύτερο ποσοστό (>70%) συμφωνούν με το περιεχόμενο του τεστ, τότε ορίζεται ότι η αξιολόγηση/δοκιμασία έχει φαινομενική εγκυρότητα.

β) *Εγκυρότητα αντιπροσωπευτικού περιεχομένου (content validity)*: Αποτελεί επίσης υποκειμενική μέτρηση, από επιστήμονες-γνώστες του αντικειμένου. Μετρά το πόσο κατάλληλες είναι οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο εργαλείο προκειμένου να είναι εφικτή η αξιολόγηση του χαρακτηριστικού για το οποίο κατασκευάστηκε. Επίσης, αξιολογεί εάν οι ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί καλύπτουν όλο το περιεχόμενο του χαρακτηριστικού που επιθυμούμε να μετρήσουμε.

γ) *Εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity)*: Αυτό το είδος εγκυρότητας μελετά τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων του εργαλείου που μελετάμε με ένα συγκεκριμένο κριτήριο, το οποίο αποτελεί «αδιάψευστη απόδειξη της πραγματικής εικόνας των εξεταζόμενων ατόμων ως προς την υπό μέτρηση μεταβλητή» («gold standard»). Συνήθως, πρόκειται για ένα παλαιότερο εργαλείο, το οποίο είναι αποδεδειγμένα έγκυρο. Διακρίνεται σε δύο είδη: τη συγχρονική και την προβλεπτική εγκυρότητα.

i) *Συγχρονική εγκυρότητα (concurrent validity)*: Ελέγχει αν το νέο εργαλείο μετράει το χαρακτηριστικό για το οποίο κατασκευάστηκε, συγκρίνοντάς το με κάποιο εργαλείο που θεωρείται «gold standard». Η συγχρονική εγκυρότητα, μπορεί να αξιολογηθεί όταν οι συγκρινόμενες μετρήσεις έχουν ληφθεί την ίδια στιγμή με τις εκτιμήσεις του κριτηρίου.

ii) *Προβλεπτική εγκυρότητα (predictive validity)*: Μετρά εάν το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη κάποιων μελλοντικών γεγονότων, που είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα του εργαλείου.

iii) *Συναινετική εγκυρότητα (consensual validity)*: Ο συγκεκριμένος τύπος εγκυρότητας δεν ανήκει στην εγκυρότητα κριτηρίου, αλλά αντίθετα χρησιμοποιείται όταν δεν διαθέτουμε κάποιο «gold standard» για να συγκρίνουμε το υπό μελέτη εργαλείο. Αξιολογείται ο βαθμός συμφωνίας των αποτελεσμάτων του κριτηρίου που θα επιλέξουμε και του εργαλείου που μελετάμε. Ο βαθμός συμφωνίας αξιολογείται με τον δείκτη kappa (k) (Cohen, 1960).

δ) *Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity)*: Αναφέρεται σε μια σειρά από ερευνητικά δεδομένα που αποδεικνύουν κατά πόσο το εργαλείο μετρά την εννοιολογική κατασκευή για την οποία κατασκευάστηκε. «Εννοιολογική κατασκευή μιας μεταβλητής θεωρείται το σύνολο των ιδιοτήτων, των χαρακτηριστικών και των στοιχείων ως προς τα οποία τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους» (Stalikas et al., 2002). Σε αντίθεση με την εγκυρότητα κριτηρίου, δεν εξετάζει τη συσχέτιση μόνο με ένα κριτήριο, αλλά με το σύνολο των κριτηρίων που απαρτίζουν την έννοια. Διακρίνεται σε συγκλίνουσα και αποκλίνουσα.

i) *Συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity)*: Για να έχει ένα εργαλείο συγκλίνουσα εγκυρότητα, θα πρέπει το εννοιολογικό κατασκεύασμα που μετρά, να παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με άλλα εννοιολογικά κατασκευάσματα που σύμφωνα

με τη θεωρία θα πρέπει να εμφανίζουν υψηλή συσχέτιση με το προς μέτρηση χαρακτηριστικό.

ii) Αποκλίνουσα εγκυρότητα (divergent validity): Από την άλλη, για να έχει ένα εργαλείο αποκλίνουσα εγκυρότητα θα πρέπει το εννοιολογικό κατασκεύασμα που μετρά να μην συσχετίζεται με εννοιολογικά κατασκευάσματα που σύμφωνα με τη θεωρία δεν θα έπρεπε να σχετίζονται.

Ευαισθησία

Η ευαισθησία καθορίζει πόσο αξιόπιστη είναι μία δοκιμασία, στο να εντοπίζει πόσα άτομα πάσχουν από μία διαταραχή στο σύνολο των ατόμων που νοσούν από τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Ειδικότητα

Η ειδικότητα καθορίζει πόσο αξιόπιστη είναι μία δοκιμασία, στο να εντοπίζει πόσα άτομα δεν πάσχουν από μία διαταραχή στο σύνολο των ατόμων που είναι υγιή.

Θετική προγνωστική αξία

Η θετική προγνωστική αξία εκφράζει την πιθανότητα ένα περιστατικό να είναι όντως παθολογικό, όταν η δοκιμασία ήταν θετική.

Αρνητική προγνωστική αξία

Η αρνητική προγνωστική αξία εκφράζει την πιθανότητα ένα περιστατικό να είναι όντως φυσιολογικό, όταν η δοκιμασία ήταν αρνητική.

Ημι-δομημένη Ψυχιατρική Συνέντευξη για Παιδιά και Εφήβους - K-SADS

Από τις πιο γνωστές και ευρέως χρησιμοποιούμενες ημι-δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις (Ambrosini 2000; Boyle et al. 2016) είναι η «Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version» (K-SADS-PL, Kaufman et al., 2016), η οποία σχεδιάστηκε ώστε να ανταποκρίνεται στο Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο για ψυχικές διαταραχές-5^η έκδοση (DSM-5) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 2013).

Ιστορική αναδρομή της ανάπτυξης του K-SADS

Αρχικά, το K-SADS, δημιουργήθηκε από τους Puig-Antich και Chambers (1978) ως ημι-δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη για παιδιά και εφήβους και αξιολογούσε το παρών επεισόδιο, καθώς και την παρουσία συμπτωματολογίας τους τελευταίους 12 μήνες (K-SADS-Present state). Ουσιαστικά αποτελούσε μία επέκταση της ημι-δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης για ενήλικες-Adult SADS- (Endicott et Spitzer, 1978) και χρησιμοποιήθηκε από το Puig-Antich's και τους συνεργάτες τους ως βάση για τη μελέτη της εγκυρότητας της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Ambrosini, 2000). Στη συνέχεια, έπειτα από αρκετές τροποποιήσεις, οι Ambrosini και Dixon (1996) αναβάθμισαν το εργαλείο ώστε να συμβαδίζει με τα διαγνωστικά κριτήρια των DSM-III και DSM-IV.

Παράλληλα, ο Puig-Antich και οι συνεργάτες τους (1980) ανέπτυξαν μία μορφή του εργαλείου (K-SADS-Epidemiologic) που αξιολογούσε την ψυχοπαθολογία τόσο του παρόντος επεισοδίου, όσο και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των παιδιών και εφήβων (Ambrosini, 2000). Συγκεκριμένα, αξιολογούσε το παρών επεισόδιο και το πιο σοβαρό επεισόδιο του παρελθόντος για κάθε σύμπτωμα και διαγνωστική κατηγορία,

ακολουθώντας κυρίως μία κατηγορική προσέγγιση συμβαδίζοντας με τα κριτήρια του DSM (Puig-Antich et al., 1980).

Μετά την έκδοση του DSM-IV (1994), ο Kaufman και οι συνεργάτες του (1995) εισήγαγαν το K-SADS-PL (Present/Lifetime) και το 1996 την έκδοση 1.0 (Kaufman et al., 1997). Το εργαλείο αυτό ήταν συμβατό με τα διαγνωστικά κριτήρια των DSM-III και DSM-IV, ο τρόπος συνέντευξης έμοιαζε με του K-SADS-E, αλλά η βαθμολόγηση προσέγγιζε περισσότερο την Δομημένη Ψυχιατρική Συνέντευξη του DSM-III-R-Structured Clinical Interview for the DSMIII-R (Spitzer et al., 1992).

Συγκεκριμένα, το K-SADS-PL version 1.0 πραγματοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο κλινικό και περιλαμβάνει αρχικά ερωτήσεις που αφορούν κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του παιδιού και στοιχεία του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται μια αρχική ανιχνευτική συνέντευξη που ερευνά την ύπαρξη 82 συμπτωμάτων που αφορούν διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες· χορηγείται στο παιδί και στους γονείς χωριστά (Kaufman et al., 1997). Έτσι, αποκτάται μια συνολική εικόνα της ψυχοπαθολογίας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του παιδιού και διαμορφώνεται το σκεπτικό της διαφοροδιάγνωσης.

Στη συνέχεια, διερευνώνται πιο αναλυτικά οι διαγνωστικές κατηγορίες που απάντησε θετικά στα αντίστοιχα συμπτώματα της ανιχνευτικής συνέντευξης, αποκλείοντας τις αντίστοιχες, όπου απάντησε αρνητικά· με αυτόν τον τρόπο μειώνεται και ο χρόνος της συνέντευξης (Kaufman et al., 1997). Το τμήμα αυτό της συνέντευξης περιλαμβάνει 5 διαγνωστικές ενότητες :συναισθηματικές, αγχώδεις, συμπεριφορικές διαταραχές, ψυχώσεις και διαταραχές χρήσης ουσιών, όπου ανιχνεύονται αναλυτικά τα κριτήρια για τις διαγνώσεις που περιλαμβάνουν (Μείζων Κατάθλιψη, Δυσθυμία, Μανία, Υπομανία, Κυκλοθυμία, Διπολικές Διαταραχές, Σχιζοσυναισθηματικές Διαταραχές, Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Βραχεία Αντιδραστική

Ψύχωση, Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Διαταραχή Αποφυγής στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία, Απλή Φοβία, Κοινωνική Φοβία, Διαταραχή Υπερβολικού Άγχους, Γενικευμένο Άγχος, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, Διαταραχή Διαγωγής, Διαταραχή Εναντίωσης-Πρόκλησης, Ενούρηση, Εγκόπριση, Ψυχογενής Ανορεξία, Βουλμία, Παροδική Διαταραχή Τικς, Διαταραχή Tourette, Χρόνια Διαταραχή Κινητικών ή Φωνητικών Τικς, Κατάχρηση Ουνοπνεύματος, Κατάχρηση Ουσιών, Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες και Διαταραχές Προσαρμογής).

Η πλειοψηφία των ερωτήσεων, βαθμολογούνται σε μία κλίμακα τύπου Likert από 0-3, όπου 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχουν πληροφορίες, 1 ότι το σύμπτωμα δεν είναι παρών, 2 ότι είναι σε υποουδικό επίπεδο και 3 ότι το σύμπτωμα είναι παρών και πληροί το συγκεκριμένο κριτήριο/σύμπτωμα (Kaufman et al., 1997). Η συνολική διάρκεια χορήγησής του είναι περίπου 3 ώρες (από 1 ώρα και 25 λεπτά στο παιδί και τους γονείς) σε κλινικό πληθυσμό, ενώ σε υγιή μειώνεται ο χρόνος λόγω των κριτηρίων αποκλεισμού από την ανιχνευτική συνέντευξη (Kaufman et al., 1997).

Το K-SADS version 1.0 έχει μεταφραστεί σε πάνω από 20 γλώσσες (Kaufman et al, 2004) και έχει δείξει μέτρια έως εξαιρετική αξιοπιστία και εγκυρότητα (Kaufman et al.,1997; Shanee et al., 1997; Gokler et al.,2004; Kim et al., 2004; Ulloa et al., 2006; Ghanizadeh et al.,2006; Lauth et al., 2008). Στην Ελλάδα το K-SADS/PL version 1.0 μεταφράστηκε από τους Κολαΐτης και Κόρπα (2001) , παρουσιάζοντας εξαιρετική αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών για τις ομαδοποιημένες διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών (k=0,90), των αγχωδών διαταραχών (k=0,80) και των συμπεριφορικών διαταραχών (k=0,90) (Kolaitis et al., 2003).

K-SADS-PL/DSM-5

Μετά τη δημοσίευση της τελευταίας έκδοσης του DSM-5 (APA,2013), ο Kaufman και οι συνεργάτες του (2016) αναβάθμισαν το K-SADS-PL , ώστε να συμβαδίζει με τα κριτήρια του DSM-5 (K-SADS-PL/DSM-5). Ο τρόπος χορήγησης, καθώς και βαθμολόγησης του K-SADS-PL/DSM-5 παρέμεινε ο ίδιος σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση (Kaufman et al., 1997;Kaufman et al., 2016) . Οι αλλαγές περιλαμβάνουν κυρίως την προσθήκη νέων διαγνωστικών κατηγοριών στο εργαλείο, όπως η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, η Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης, η Επιλεκτική Βωβότητα, η Αποφευκτική/Περιοριστική Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και η Διαταραχή Υπερφαγίας (Kaufman et al.,2016). Επίσης, πραγματοποιήθηκαν τροποποιήσεις των ήδη υπάρχοντων διαγνώσεων, για να συμβαδίζει το εργαλείο, τόσο με την ορολογία, όσο και με τα κριτήρια που θέτει το DSM-5 (Kaufman et al., 1997; APA,2013; Kaufman et al.,2016).

Μέχρι σήμερα, έχουν δημοσιευθεί μόνο 6 μελέτες που αφορούν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του K-SADS-PL/DSM-5. Η μελέτη της Τουρκικής μετάφρασης/προσαρμογής του εργαλείου, έδειξε καλή έως εξαιρετική αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών ($k=0.62-1.00$) και καλή έως εξαιρετική εγκυρότητα ($k=0.67-1.00$) για όλες τις διαταραχές (Ünal et al., 2019). Επίσης, είναι η μοναδική μελέτη έως τώρα που αξιολόγησε τη συντρέχουσα εγκυρότητα του K-SADS-PL/DSM 5 για τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών.

Η Ισπανική μετάφραση μελέτησε μόνο την αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών, η οποία βρέθηκε μέτρια έως εξαιρετική ($k=0.44-0.93$) για όλες τις διαταραχές, εκτός από τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες ($k=0.39$), (de la Peña et al., 2018). Μία μελέτη για την μετάφραση του εργαλείου στην Κένυα , μελέτησε μόνο τη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, και βρέθηκε εξαιρετική

αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών για τον απρόσεκτο τύπο ($k=0.76$) και το συνδυασμένο τύπο ($k=0.77$) αλλά μέτρια αξιοπιστία για τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο ($k=0.41$), (Kariuki et al., 2020).

Στην Ιαπωνική μετάφραση του K-SADS-PL/DSM-5 μελετήθηκαν μόνο οι διαγνώσεις; Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) , Εγκόπριση, Ενούρηση, Διαταραχή των Τικς και Επιλεκτική Βωβότητα (Nishiyama et al., 2020). Η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών για όλες τις διαταραχές που μελετήθηκαν, βρέθηκε εξαιρετική ($k>0.8$) και η εγκυρότητα καλή για όλες τις διαταραχές ($k>0.6$), εκτός από τη ΔΑΦ ($k>0.59$), (Nishiyama et al., 2020).

Η Νορβηγική μετάφραση του K-SADS-PL/DSM 5 εξετάστηκε για την εγκυρότητα του εργαλείου , αλλά μόνο για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ και των αγχώδων διαταραχών (Villabø et al., 2016). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το εργαλείο παρουσιάζει συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα, τόσο για τις αγχώδεις διαταραχές , όσο και για τη ΔΕΠΥ (Villabø et al., 2016). Στην Ισλανδία, το εργαλείο μελετήθηκε σε 41 εξωτερικούς ασθενείς μόνο για την αξιοπιστία του (Þórðarson et al., 2020). Παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζει μέτρια έως εξαιρετική αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών ($k=0.57-0.90$) και μάλιστα για τις περισσότερες διαγνώσεις η αξιοπιστία ήταν εξαιρετική ($k > 0.75$).

Στην Ελλάδα, δεν έχει γίνει , μέχρι σήμερα, προσαρμογή της ελληνικής έκδοσης του K-SADS-PL, ώστε να συμβαδίζει με τα κριτήρια που θέτει το DSM-5, ούτε αντίστοιχα αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων, παρόλο που αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για εκπαιδευμένους ψυχιάτρους παγκοσμίως. Χρειάζεται να γνωρίζουμε το βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας που παρουσιάζει για κάθε μία

διαγνωστική κατηγορία, ώστε να μπορεί να χορηγηθεί με επάρκεια σε ελληνικό πληθυσμό. Επίσης, από τη βιβλιογραφία φαίνεται η αναγκαιότητα αξιολόγησης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου για αρκετές διαγνωστικές κατηγορίες που δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, όπως η εγκυρότητα για τη διαγνωστική κατηγορία των καταθλιπτικών διαταραχών.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας για τα παιδιά και τους εφήβους, παγκοσμίως (Gore et al., 2011). Είναι μία νόσος που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των παιδιών και των εφήβων, επηρεάζοντάς τους σε διάφορα πλαίσια: οικογενειακό, σχολικό, σχέση με συνομηλίκους (Fergusson & Woodward, 2002). Επίσης, ειδικά στους εφήβους, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αυτοκτονική συμπεριφορά (Windfuhr et al., 2008; Hawton and Heeringen, 2009) ή χρήση ουσιών (Keenan-Miller et al., 2007): συμπεριφορές που συχνά απειλούν ακόμα και την ίδια τη ζωή τους (Bardone et al., 1996; Weissman et al., 1999; Windfuhr et al., 2008; Hawton et Heeringen, 2009). Ακόμα, όταν η κατάθλιψη εμφανίζεται σε μικρότερες ηλικίες, τείνει να διαρκεί περισσότερο, να υποτροπιάζει, καθώς και να συνεχίζει και στην ενήλικη ζωή (Costello et al., 2005; Dunn & Goodyer, 2006; Patel et al., 2007; Thapar et al., 2012).

Εκτός από πολύ σοβαρή νόσος, η καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί και μία σχετικά συχνή διαταραχή στα παιδιά και τους εφήβους (Saluja et al., 2004; Perou et al., 2013). Συγκεκριμένα, διάφορες μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 0,6-4% των παιδιών στο γενικό πληθυσμό, πάσχουν από κατάθλιψη (Costello et al., 2006; Bansal et al., 2009; Demir et al., 2011; Bernaras et al., 2013; Douglas & Scott, 2014; Jaureguizar et

al., 2017). Τα αντίστοιχα ποσοστά στους εφήβους είναι 2,9-4,7% για τη Μείζονα διαταραχή κατάθλιψης και 3-4% για τη Δυσθυμία (Costello et al., 2006; Bansal et al., 2009; Thapar et al., 2012; Maughan et al., 2013). Σε κλινικά δείγματα παιδιών και εφήβων, τα ποσοστά για τη Μείζονα Κατάθλιψη είναι υψηλότερα και κυμαίνονται από 7,5% έως και 11% (Zuckerbrot & Jensen, 2006; Avenevoli et al., 2015).

Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την ανίχνευση των ποσοστών επικράτησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κοινότητα, βρέθηκε ότι 4-10% παιδιών και εφήβων αναφέρουν ήπια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα (Puura et al., 1997; Saluja et al., 2004; McCabe et al., 2011; Demir et al., 2011; Bernaras et al., 2013; Perou et al., 2013; Jaureguizar et al., 2017). Όσον αφορά τις διαφορές στα δύο φύλα, πριν την εφηβεία η κατάθλιψη είναι εξίσου συχνή στα αγόρια και στα κορίτσια, ενώ από την εφηβεία και μετά υπερτερούν τα κορίτσια (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; Poli et al., 2003; Costello et al., 2006; Maughan et al., 2013).

Στην Ελλάδα, αντίστοιχες μελέτες έδειξαν ότι το 14,5%-26% των εφήβων σε κοινοτικά δείγματα, παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία (Madianos ,1998; Lazaratou et al., 2010; Magklara et al., 2015), ενώ για τα παιδιά το 14,9-21.9% και 4,2-8.6% παρουσίαζε ήπια και σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, αντίστοιχα (Kleftaras & Didaskalou , 2006; Giannakopoulos et al., 2009). Ακόμα η Magklara και οι συνεργάτες (2015), σε δείγμα 2,427 εφήβων (16-18 ετών) βρήκαν ότι τα ποσοστά επικράτησης για Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν 5,67%.

Η κλινική εικόνα στα παιδιά και ιδιαίτερα στους εφήβους, είναι συχνά άτυπη, με γνωρίσματα όπως η ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα, η χρήση ουσιών και η αντικοινωνική συμπεριφορά (Rutter et al., 2012). Αυτό καθιστά δυσκολότερο τον εντοπισμό και τη διάγνωση της κατάθλιψης σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες (Leaf et al.,

1996), η οποία, συχνά, υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται (Olfson et al., 2014; Soria-Saucedo et al., 2016). Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ, αναφέρουν ότι το ποσοστό της υποδιάγνωσης της κατάθλιψης και κατ' επέκταση της υποθεραπείας φτάνει έως και το 40% (Soria-Saucedo et al., 2016; Costello et al., 2014; Avenevoli et al., 2015; Mojtabai et al., 2016; O'Connor et al., 2016).

Συμπεραίνοντας, οι καταθλιπτικές διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους είναι ένα μείζων πρόβλημα, παγκοσμίως, αρκετά συχνό και δύσκολο να διαγνωστεί. Χρειάζεται, μάλιστα, συνδυασμός της κλινικής συνέντευξης με έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία για αυτόν τον σκοπό (Lasa et al. 2000). Κρίνεται απαραίτητο λοιπόν η αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του K-SADS/PL-DSM-5, όσον αφορά τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών, ώστε να χρησιμοποιείται με επάρκεια στη χώρα μας και να βοηθήσει στην καλύτερη αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία τους.

Αξιολόγηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά/εφήβους

Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι το *Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης-Children's Depression Inventory /CDI* (Myers & Winters, 2002). Το CDI είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο που μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους 7-17 ετών (Kovacs, 1981). Αναπτύχθηκε από την κλινική ψυχολόγο Maria Kovacs, χρησιμοποιώντας ως πρότυπο το Beck Depression Inventory (BDI) (Kovacs, 1981).

Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο, από το παιδί και τον έφηβο, ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 27 ερωτήσεις, προσανατολισμένες στα συμπτώματα, αλλά και τις συνέπειες που μπορεί να έχουν αυτά στη λειτουργικότητά

του. Αξιολογούν τον εαυτό τους , με βάση το πως αισθάνονται ή σκέφτονται , σε μία κλίμακα τύπου Likert από 0 έως 2. Στη συνέχεια τα αποτελέσματα αθροίζονται και προκύπτει μία συνολική βαθμολογία, η οποία όσο υψηλότερη είναι, τόσο μεγαλύτερο είναι και το πρόβλημα.

Το CDI αποτελεί ένα από τα πιο καλά μελετημένα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά και τους εφήβους (Myers & Winters, 2002). Προηγούμενες μελέτες έχουν τεκμηριώσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του εργαλείου για τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Kovacs, 1981; Weiss et al., 1991; Charman et al., 2001; Davanzo et al., 2004 ; Samm et al., 2008; Giannakopoulos et al., 2009). Παρουσιάζει καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha=0.71-0.87$) (Kovacs et al., 1984; Brooks & Kutcher, 2001) και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων είναι μέτρια έως υψηλή (Kazdin, 1987; Sørensen et al., 2005).

Στην Ελλάδα το εργαλείο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τον Giannakopoulos και τους συνεργάτες (2009), παρουσιάζοντας πολύ καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha=0,805$) και καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($>0,60$). Έτσι, το CDI είναι ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως «gold standard» για την αξιολόγηση της εγκυρότητας κριτηρίου του εργαλείου μας, για τις διαγνώσεις των καταθλιπτικών διαταραχών. Επίσης, από τη συγκεκριμένη μελέτη προτείνεται ως σημείο αποκοπής (cut off point) το 15, το οποίο αντιστοιχεί στο 90^ο εκατοστημόριο του δείγματος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως όριο διαλογής για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάθλιψης (Giannakopoulos et al., 2009).

Ερευνητικοί στόχοι

Αρχικά, η παρούσα έρευνα στοχεύει στη δημιουργία της ελληνικής έκδοσης της ημι-δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης *K-SADS-PL/DSM-5*. Ακόμα, στοχεύει στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου, ώστε να καθοριστεί ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητάς του για τη διάγνωση μείζονων ψυχικών διαταραχών σε ελληνικό πληθυσμό παιδιών και εφήβων.

Μεθοδολογία

Συμμετέχοντες

Μελετήθηκαν το σύνολο των φακέλων παιδιών και εφήβων ηλικίας 6-18 ετών, ανεξαρτήτου φύλου και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, που νοσηλεύθηκαν στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» κατά το διάστημα 2013-2020. Ανιχνεύθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη φάκελοι παιδιών και εφήβων (n=113), στους οποίους έχει γίνει η συνέντευξη *K-SADS-PL* από εκπαιδευμένους Ψυχιάτρους Παιδιών και Εφήβων και οι γονείς τους έχουν συμπληρώσει έντυπο συγκατάθεσης μετά από πληροφόρηση των συμμετεχόντων.

Διαδικασία

Η παρούσα έρευνα είναι μη-παρεμβατική αναδρομική μελέτη και πραγματοποιήθηκε με δεδομένα της Παιδοψυχιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου

Παιδών Αθηνών «Η Αγία Σοφία», έπειτα από έγκριση του διευθυντή της κλινικής και της Επιτροπής Βιοηθικής και Δεοντολογίας του ΕΚΠΑ.

Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι παιδιών και εφήβων ηλικίας 6-18 ετών, ανεξάρτητα φύλου και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, που νοσηλεύθηκαν στην ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Αθηνών «Αγία Σοφία». Εντοπίστηκαν οι φάκελοι παιδιών και εφήβων στους οποίους είχε πραγματοποιηθεί η ημι-δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη K-SADS-PL (ελληνική μετάφραση-version 1.0) από εκπαιδευμένους Ψυχιάτρους Παιδιών και Εφήβων, το ερωτηματολόγιο CDI και είχαν συμπληρώσει οι γονείς τους έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή τους στην έρευνα, μετά από πληροφόρηση των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια, έγινε προσαρμογή της ελληνικής έκδοσης του K-SADS-PL version 1.0-DSM-4 (Κολαΐτης και Κόρπα, 2001), ώστε να συμβαδίζει με τα κριτήρια που θέτει το DSM-5 και μεταφέρθηκαν τα δεδομένα των φακέλων που ανευρέθηκαν. Όσες διαγνωστικές κατηγορίες ήταν αδύνατον να συμπληρωθούν με τα υπάρχοντα δεδομένα, εξαιρέθηκαν από την παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα, υπήρχαν δεδομένα για τις διαγνωστικές κατηγορίες: Μείζων Κατάθλιψη, Επιμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία), Σχιζοφρένεια, Διαταραχή Πανικού, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Ειδική Φοβία, Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, Διαταραχή Διαγωγής και Ενούρηση. Κατόπιν, εισήχθησαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα στο στατιστικό πακέτο SPSS.

Για την μελέτη της αξιοπιστίας μεταξύ των βαθμολογητών, χρησιμοποιήθηκαν τα K-SADS/PL (n=27) παιδιών και εφήβων, τα οποία είχαν επιλεγεί τυχαία από το συνολικό δείγμα. Σε αυτό το δείγμα είχαν πραγματοποιηθεί 2 συνεντεύξεις K-SADS/PL από δύο εκπαιδευμένους ψυχιάτρους παιδιών και εφήβων χωριστά, σε

σύντομο χρονικό διάστημα μεταξύ τους . Οι δύο αυτοί ψυχίατροι δεν γνώριζαν τα αποτελέσματα της αρχικής συνέντευξης/αρχικής διάγνωσης ή οποιαδήποτε άλλη πληροφορία για τον εξεταζόμενο.

Για τη μελέτη της εγκυρότητας των διαγνώσεων που τίθενται με το K-SADS/PL, αναλύθηκε η συναινετική εγκυρότητα (consensual validity) των διαγνώσεων αυτών σε σχέση με τις διαγνώσεις που προέκυψαν από την ψυχιατρική εξέταση των παιδιών και εφήβων, εφαρμόζοντας τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-5. Η ανάλυση έγινε για το σύνολο του δείγματος (n=117).

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας κριτηρίου, όσον αφορά τη διάγνωση καταθλιπτικών διαταραχών που τίθενται με το K-SADS/PL-DSM-5, χρησιμοποιήθηκαν τα K-SADS/PL (n=59) παιδιών και εφήβων, στους οποίους είχε χορηγηθεί και το ερωτηματολόγιο CDI, την ίδια ημέρα. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η συντρέχουσα εγκυρότητα των διαγνωστικών κατηγοριών K-SADS/PL-DSM-5 της Μείζονος κατάθλιψης και της Δυσθυμίας, σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία του CDI. Επίσης, μελετήθηκε η συντρέχουσα εγκυρότητα της διαγνωστικής κατηγορίας των καταθλιπτικών διαταραχών ως ενιαία ομάδα, καθώς και η ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία του εργαλείου για αυτές τις διαταραχές.

Κατά τη διαδικασία της ανασκόπησης των φακέλων υπήρχε εμπιστευτικότητα και διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Οι υπολογιστές που χρησιμοποιήθηκαν για τη μεταφορά των δεδομένων, παραχωρήθηκαν από την Παιδοψυχιατρική κλινική. Τέλος, υπήρχαν κωδικοί εισόδου και φυλάσσονταν σε κλειδωμένο δωμάτιο, στο οποίο κανείς άλλος δεν είχε πρόσβαση πέρα από τους ερευνητές.

Εργαλεία

***Ημι-δομημένη Ψυχιατρική Διαγνωστική Συνέντευξη για Παιδιά και Εφήβους
Kiddie – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and
Lifetime version (K-SADS/PL-DSM-5):***

Προσαρμογή της ελληνικής έκδοσης του K-SADS-PL version 1.0 (Κολαΐτης και Κόρπα, 2001), ώστε να συμβαδίζει με τα κριτήρια που θέτει η τελευταία-5η έκδοση του Διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου για ψυχικές διαταραχές (DSM-5) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 2013).

Η συνέντευξη περιλαμβάνει 3 συστατικά μέρη: α) εισαγωγική συνέντευξη για τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες για το ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, β) ανιχνευτική συνέντευξη για τα κύρια συμπτώματα κάθε διαγνωστικής κατηγορίας, γ) πέντε παραρτήματα.

Τα παραρτήματα συμπληρώνονται, εφόσον υπάρχουν συμπτώματα στις αντίστοιχες περιοχές της ανιχνευτικής συνέντευξης και περιλαμβάνουν :

A) Καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές, B) Ψυχωτικές διαταραχές, Γ) Αγχώδεις και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, Δ) Διαταραχές συμπεριφοράς, E) Διαταραχές χρήσης ουσιών και διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής, ΣΤ) Νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Οι πρωταρχικές διαγνώσεις που μπορεί να θέσει το εργαλείο είναι :

Μείζων Κατάθλιψη, Επιμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία), Μανία, Υπομανία, Κυκλοθυμία, Διπολικές Διαταραχές, Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης, Σχιζοσυναισθηματικές Διαταραχές, Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση, Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Ειδική Φοβία, Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους, Επιλεκτική Βωβότητα, Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους,

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, Διαταραχή Διαγωγής, Εναντιωτική-Προκλητική Διαταραχή, Ενούρηση, Εγκόπριση, Ψυχογενής Ανορεξία, Βουλμία, Διαταραχή Υπερφαγίας, Παροδική Διαταραχή Τικς, Διαταραχή Tourette, Χρόνια Διαταραχή Κινητικών ή Φωνητικών Τικς, Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ, Διαταραχή Χρήσης Ουσιών, Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες, Διαταραχές Προσαρμογής και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.

Η πλειοψηφία των ερωτήσεων, βαθμολογούνται σε μία κλίμακα από 0-3, όπου 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχουν πληροφορίες, 1 ότι το σύμπτωμα δεν είναι παρών, 2 ότι είναι σε υποουδικό επίπεδο και 3 ότι το σύμπτωμα είναι παρών και πληροί το συγκεκριμένο κριτήριο/σύμπτωμα (Kaufman et al., 1997; Kaufman et al., 2016). Η συνολική διάρκεια χορήγησής του είναι περίπου 3 ώρες (από 1 ώρα και 25 λεπτά στο παιδί και τους γονείς) σε κλινικό πληθυσμό, ενώ σε υγιή μειώνεται ο χρόνος λόγω των κριτηρίων αποκλεισμού από την ανιχνευτική συνέντευξη (Kaufman et al., 1997; Kaufman et al., 2016).

Η διαδικασία περιλαμβάνει συνέντευξη ξεχωριστά με τους γονείς του παιδιού, συνέντευξη ξεχωριστά με το παιδί και βαθμολόγηση με το τελικό σκορ του ερωτηματολογίου, λαμβάνοντας υπόψιν και τις λοιπές πληροφορίες από την αξιολόγηση (π.χ. από το σχολείο, ιατρικές εξετάσεις κ.τ.λ.). Ακόμα, η διαδικασία πραγματοποιείται από κλινικά έμπειρους και εκπαιδευμένους συνεντευκτές. Έτσι, αποκτάται μια συνολική εικόνα της ψυχοπαθολογίας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του παιδιού και του εφήβου.

Επίσης, περιλαμβάνεται η κλίμακα C-GAS (Children's Global Assessment Scale-Σφαιρική αξιολόγηση της λειτουργικότητας), η οποία αξιολογεί τη συνολική

λειτουργικότητα του παιδιού κατά το τελευταίο έτος, καθώς και κατά την τελευταία εβδομάδα πριν τη διαγνωστική αξιολόγηση και καλύπτει ένα συνεχές φάσμα μεταξύ υγείας και ψυχολογικής/ψυχιατρικής νόσου. (Shaffer et al., 1983). Η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει καλή έως εξαιρετική αξιοπιστία και εγκυρότητα (Bird et al., 1987; Green et al., 1994; Dyrborg et al., 2000).

Children's Depression Inventory (CDI):

Η κλίμακα CDI είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αξιολόγησης της κατάθλιψης για παιδιά και εφήβους 7-17 ετών (Kovacs, 1992). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μεταφρασμένη και σταθμισμένη έκδοση της κλίμακας σε ελληνικό πληθυσμό (Giannakopoulos et al., 2009).

Αποτελείται από 27 ερωτήσεις και αξιολογεί ποσοτικά ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ικανότητας ευχαρίστησης, απαισιοδοξία, σκέψεις θανάτου, διαταραχές στις λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αρνητική αξιολόγηση εαυτού προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές. Επίσης, αρκετές ερωτήσεις σχετίζονται με τις συνέπειες της κατάθλιψης σε τομείς που αφορούν ειδικά τα παιδιά, όπως το σχολείο.

Η καθεμία ερώτηση έχει τρεις επιλογές και το παιδί συμπληρώνει μια από αυτές, που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή του τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Η κάθε επιλογή παίρνει έναν συγκεκριμένο βαθμό 0 (απουσία συμπτώματος) , 1 (ήπιο σύμπτωμα) και 2 (έντονο σύμπτωμα) και στο τέλος βγαίνει αθροιστικά μια συνολική βαθμολογία 0-54. Από 0-9 βαθμούς χαρακτηρίζεται ως απουσία συμπτωματολογίας,

από 10-18 ως ήπια και από 19-54 ως σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία έως και διαταραχή. Από την ελληνική στάθμιση του ερωτηματολογίου, προτείνεται ως σημείο αποκοπής (cut off point) το 15, το οποίο αντιστοιχεί στο 90^ο εκατοστημόριο του δείγματος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως όριο διαλογής για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάθλιψης. Από τη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν προταθεί επίσης τα cut off points 13 (ευαισθησία=94,4,ειδικότητα=67,7) και 19 (ευαισθησία=77,8,ειδικότητα=83,8), για κλινικό και κοινοτικό δείγμα, αντίστοιχα (Timbremont et al., 2004).

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το τεστ Kolmogorov-Smirnov. Για τον έλεγχο διαφορών των δύο φύλων στις διαγνώσεις, χρησιμοποιήθηκε το χ^2 test, καθώς και το Fisher's exact test, όπου χρειάστηκε.

Για τον έλεγχο του inter-rater reliability, καθώς και του consensual validity, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία συμφωνίας κατά Cohen (kappa (k) coefficient (Cohen,1960). Για την ερμηνεία του k, χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια που προτείνονται από τους Landis και Koch (1977) και περιγράφουν τέσσερις ομάδες αξιοπιστίας : εξαιρετική ($k>0.75$), καλή ($k=0.59-0.74$), μέτρια ($k=0.40-0.58$), φτωχή ($k<0.40$).

Για τον έλεγχο της συντρέχουσας εγκυρότητας , χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test για τις καταθλιπτικές διαταραχές γενικά, ενώ για τις διαγνωστικές κατηγορίες της κατάθλιψης και της δυσθυμίας, ξεχωριστά, χρησιμοποιήθηκε το Kruskal Wallis test (Ανοva). Για τη μελέτη της ευαισθησίας, ειδικότητας, θετικής/αρνητικής προγνωστικής αξίας του K-SADS, όσον αφορά τη διαγνωστική κατηγορία των καταθλιπτικών διαταραχών, δημιουργήθηκαν δύο νέες μεταβλητές με βάση τα σημεία αποκοπής (cut off score) 13 και 15 του CDI, που προτείνονται από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, κατατάσσοντας το δείγμα σε δύο κατηγορίες: α) score CDI >13 ή β) score CDI>15, αντίστοιχα. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκαν δύο πίνακες συνάφειας (crosstabulation), αντίστοιχα, που κατέτασσαν τους ασθενείς και υγιείς για τη διαγνωστική κατηγορία των καταθλιπτικών διαταραχών με βάση το K-SADS/PL-DSM-5 σε σχέση με τις δύο νέες μεταβλητές.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 25.0.

Αποτελέσματα

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Μελετήθηκαν οι φάκελοι (n=113) παιδιών και εφήβων, με ηλικία 7-17 ετών και μέσο όρο 12,6 (SD=2,18) . Από το δείγμα το 46,9% (n=53) ήταν αγόρια και το 53,1% (n=60) ήταν κορίτσια.

Ο μέσος όρος του αριθμού διαγνώσεων που τέθηκαν με το K-SADS/PL-DSM-5 ήταν 2 (εύρος 0-4) . Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (49,6%,n=56) είχαν 1 διάγνωση , ενώ 29 (25,7%) δεν έλαβαν καμία. Δύο διαγνώσεις είχαν το 13,3% (n=15),ενώ

περισσότερες από 2 διαγνώσεις είχε το 11,5% (n=13). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δύο φύλα για καμία από τις διαγνώσεις του δείγματος.

Οι πιο συχνές διαγνώσεις, με βάση το K-SADS/PL-DSM-5, ήταν η κατάθλιψη (n=61, 54%), η διαταραχή γενικευμένου άγχους (n=19, 16,8%) και η δυσθυμία (n=13, 11,5%), ενώ οι λιγότερο συχνές η διαταραχή πανικού (n=3, 2,7%) και η ειδική φοβία (n=3, 2,7%). Πίνακας 1

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (n=113)

ΣΤΟΙΧΕΙΟ	N*	%
Φύλο		
Αγόρια	53	46,9
Κορίτσια	60	53,1
Αριθμός διαγνώσεων		
0	29	25,7
1	56	49,6
2	15	13,3
>2	13	11,5
Ηλικία		
Μ.Ο.(τ.α.)	12,6(2,18)	
Διάγνωση		
Μείζων Κατάθλιψη	61	54,0
ΔΓΑ	19	16,8
Δυσθυμία	13	11,5
Σχιζοφρένεια	11	9,7
ΙΔΨ	11	9,7
ΔΕΠΥ	8	7,1
Ενούρηση	6	5,3
Δ/χή Διαγωγής	6	5,3
Άγχος αποχωρισμού	4	3,5
Δ/χή Πανικού	3	2,7
Ειδική Φοβία	3	2,7

*Λόγω πολλαπλών διαγνώσεων, οι αριθμοί του πίνακα είναι περισσότεροι από το συνολικό αριθμό του δείγματος.

**Μ.Ο.=Μέσος όρος, τ.α.=τυπική απόκλιση, ΔΓΑ=Διαταραχή γενικευμένου άγχους, ΙΔΨ=Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ΔΕΠΥ=Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας

Αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών (Inter-rater reliability)

Για τη μελέτη της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκαν τα K-SADS/PL-DSM-5 (n=27) παιδιών και εφήβων, τα οποία είχαν επιλεγεί τυχαία από το συνολικό δείγμα. Η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών μελετήθηκε για τις διαγνώσεις της Μείζονος Κατάθλιψης(n=18),Σχιζοφρένειας(n=4),Ενούρησης (n=3),Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (n=9),Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (n=6),Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (n=3) και Διαταραχής Διαγωγής (n=3), οι οποίες αποτελούνταν από επαρκή αριθμό δείγματος για τη στατιστική ανάλυση.

Τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ των βαθμολογητών για τις διαγνώσεις ήταν στατιστικά σημαντικά, για όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες ($p < 0,001$). Η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών βρέθηκε εξαιρετική ($k > 0,75$) για όλες τις διαγνώσεις, εκτός από τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους ($k = 0,72$), που βρέθηκε καλή (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών (Inter-rater reliability) για τις διαγνώσεις από το K-SADS/PL-DSM-5 (n=27)

Διάγνωση	N *	Kappa(k)
Μείζων Κατάθλιψη	18	0,842**
ΔΓΑ	9	0,727**
ΙΔΨ	6	0,757**
Σχιζοφρένεια	4	0,836**
Ενούρηση	3	0,780**
Άγχος αποχωρισμού	3	0,780**
ΔΕΠΥ	3	0,780**
Διαταραχή διαγωγής	3	0,780**

ΔΓΑ=Διαταραχή γενικευμένου άγχους, ΙΔΨ=Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή,

ΔΕΠΥ=Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας

*Λόγω πολλαπλών διαγνώσεων, οι αριθμοί του πίνακα είναι περισσότεροι από το συνολικό αριθμό του δείγματος.

** $p < 0,001$.

Συναινετική εγκυρότητα (Consensual validity)

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε για 11 διαγνωστικές κατηγορίες: κατάθλιψη (n=61), Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (n=19), Δυσθυμία (n=13), Σχιζοφρένεια (n=11), Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (n=11), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (n=8), Ενούρηση (n=6), Διαταραχή Διαγωγής (n=6), Άγχος Αποχωρισμού (n=4), Ειδική Φοβία (n=3), Διαταραχή Πανικού (n=3), οι οποίες αποτελούνταν από επαρκή αριθμό δείγματος.

Τα ποσοστά συμφωνίας, μεταξύ των κλινικών διαγνώσεων που βασίστηκαν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 και των διαγνώσεων του K-SADS/PL-DSM-5 ήταν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$). Το εύρος τιμών του δείκτη Kappa, βρέθηκε εξαιρετικό ($k > 0,75$) για την Μείζονα Κατάθλιψη, τη Δυσθυμία, τη Σχιζοφρένεια, την Ενούρηση, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, την Ειδική Φοβία, καλή ($k = 0,59-0,74$) για τη Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, τη ΔΕΠΥ, τη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, τη Διαταραχή Διαγωγής, ενώ μέτρια ($k = 0,40-0,58$) βρέθηκε για τη Διαταραχή Πανικού (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Συναινετική εγκυρότητα (Consensual validity) για τις διαγνώσεις από το K-SADS/PL-DSM-5 (n=117)

Διάγνωση	N*	Kappa
Κατάθλιψη	61	0,770**
ΔΓΑ	19	0,738**
Δυσθυμία	13	0,799**
Σχιζοφρένεια	11	0,828**
ΙΔΨ	11	0,759**
ΔΕΠΥ	8	0,649**
Ενούρηση	6	0,791**
Διαταραχή διαγωγής	6	0,653**
Άγχος αποχωρισμού	4	0,659**
Διαταραχή πανικού	3	0,491**
Ειδική φοβία	3	0,796**

ΔΓΑ=Διαταραχή γενικευμένου άγχους, ΙΔΨ=Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ΔΕΠΥ=Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας*Λόγω πολλαπλών διαγνώσεων, οι αριθμοί του πίνακα είναι περισσότεροι από το συνολικό αριθμό του δείγματος.** $p < 0,001$.

Συντρέχουσα εγκυρότητα (concurrent validity)

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε δείγμα (n=59), για τις διαγνωστικές κατηγορίες της Μείζονας Κατάθλιψης (n=26) , της Δυσθυμίας (n=10), καθώς και για το συνδυασμό τους ως καταθλιπτικές διαταραχές (n=36), σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία του CDI.

Βρέθηκε ότι οι εξεταζόμενοι που έλαβαν διάγνωση κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής (n=36), με βάση το K-SADS/PL-DSM-5 , σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν κάποια διάγνωση (n=23) , είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στο CDI ($p<0,001$).

Επίσης, έγινε ξεχωριστή ανάλυση των διαγνωστικών κατηγοριών της Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας σε σχέση τόσο με τον υγιή πληθυσμό όσο και μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο οι εξεταζόμενοι που έλαβαν τη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης με βάση το K-SADS/PL-DSM-5, όσο και εκείνοι που έλαβαν τη διάγνωση της Δυσθυμίας, είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στο CDI ($p<0,001$), σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν καμία διάγνωση . Ακόμα, ανάμεσα στη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές , όσον αφορά τη συνολική βαθμολογία του CDI ($p=0,058$).

Τέλος, αναλύθηκαν η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική και αρνητική προγνωστική αξία του K-SADS, όσον αφορά τη διαγνωστική κατηγορία των καταθλιπτικών διαταραχών, σε σχέση με τα σημεία αποκοπής (cut off scores) 13 και 15 του CDI ,που προτείνονται από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 : Ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία του K-SADS για τις καταθλιπτικές διαταραχές

Καταθλιπτικές διαταραχές*	Ευαισθησία	Ειδικότητα	Θετική προγνωστική αξία	Αρνητική προγνωστική αξία
Cut off score(CDI)				
13	84,6%	85%	91,7%	73,9%
15	88,6%	79,2%	86,1%	82,6%

*Περιλαμβάνει τις διαγνωστικές κατηγορίες της Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα είχε σαν στόχο την προσαρμογή της ελληνικής έκδοσης του K-SADS-PL, ώστε να συμβαδίζει με τα κριτήρια που θέτει το DSM-5 αλλά και την αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων για κάθε μία διαγνωστική κατηγορία, ώστε να μπορεί να χορηγηθεί με επάρκεια σε ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το συγκεκριμένο εργαλείο είναι αξιόπιστο, με όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες που μελετήθηκαν να δείχνουν καλή έως εξαιρετική αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών.

Τα αποτελέσματα που αφορούν την αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών, είναι σε συμφωνία τόσο με την αρχική έκδοση του K-SADS/PL (Kaufman et al., 1997), όσο και με τις μεταφράσεις αυτού του εργαλείου σε διάφορες χώρες (Shanee et al., 1997; Kolaitis et al., 2003; Re et al., 2006; Ghanizadeh et al., 2006; Ulloa et al., 2006; Lauth et al., 2008). Επίσης, είναι σε συμφωνία και με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για το αναβαθμισμένο K-SADS/PL-DSM-5, σε διάφορες χώρες (de la Peña et al., 2018; Ünal et al., 2019; Nishiyama et al; 2020; Kariuki et al., 2020; Þórðarson et al., 2020). Αυτό αναδεικνύει το K-SADS/PL-DSM-5 σε μία αξιόπιστη ημι-δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη για παιδιά και εφήβους.

Η εγκυρότητα του εργαλείου αξιολογήθηκε, στην παρούσα μελέτη, με δύο τρόπους. Ο πρώτος, ήταν το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των διαγνώσεων που προέκυψαν, από την κλινική συνέντευξη των παιδιών και εφήβων με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 και των διαγνώσεων που προέκυψαν από τη συμπλήρωση του αναβαθμισμένου K-SADS/PL-DSM-5 (consensual validity). Τα αποτελέσματα έδειξαν εξαιρετική συμφωνία ($k > 0,75$) για την Μείζονα Κατάθλιψη, τη

Δυσθυμία, τη Σχιζοφρένεια, την Ενούρηση, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, την Ειδική Φοβία, καλή ($k=0.59-0.74$) για τη Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, τη ΔΕΠΥ, το Άγχος Αποχωρισμού, τη Διαταραχή Διαγωγής, ενώ μέτρια ($k=0.40-0.58$) βρέθηκε για τη διαταραχή πανικού.

Παρόμοια μεθοδολογία εφαρμόστηκε σε 5 μελέτες για την προηγούμενη έκδοση του K-SADS/PL (Shanee et al., 1997; Gokler et al., 2004; Kim et al., 2004; Ghanizadeh et al., 2006; Shahrivar et al., 2010) και σε μία για την τελευταία έκδοσή του σύμφωνα με το DSM-5 (Ünal et al., 2019).

Ο Shahrivar και οι συνεργάτες του (2010), βρήκαν μεγαλύτερη συμφωνία για τις διαγνώσεις της Κατάθλιψης και της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας ($k=0,74-0.80$) και αρκετά μικρότερη για την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και τη Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους ($k=0,17-0,48$). Αυτές οι διαφορές πιθανώς να οφείλονται στην μικρότερη εμπειρία των εξεταστών, καθώς αποτελούνταν από ειδικευμένους ψυχιάτρους παιδιών και εφήβων. Ο Gokler και οι συνεργάτες του (2004), βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα, εκτός από τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών ($k=0,52-0,56$), πιθανώς λόγω του χαμηλότερου αριθμού των διαγνώσεων αυτών στο δείγμα τους ($n=6$, 11.5%). Ακόμα μικρότερη συμφωνία για τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών ($k=0,24$) και αγχωδών διαταραχών ($k=0,29$), βρήκαν η Kim και οι συνεργάτες της (2004). Οι συγγραφείς το αποδίδουν στον μικρό αριθμό του δείγματος για αυτές τις διαγνώσεις, στη μεγάλη συννοσηρότητα με διαταραχές συμπεριφοράς και εξωτερικευμένα προβλήματα, καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες του κορεάτικου πληθυσμού (Kim et al., 2004).

Ακόμα, ο Ghanizadeh και οι συνεργάτες του (2006), είχαν βρει υψηλότερη συμφωνία για τις διαγνώσεις της ΔΕΠΥ ($k=0,90$), της Διαταραχής Διαγωγής ($k=0,92$), της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής ($k=0,78$), και της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής ($k=0,89$), πιθανώς λόγω του αρκετά μεγαλύτερου δείγματος για αυτές τις διαγνώσεις, σε σχέση με την παρούσα μελέτη. Για τον ίδιο λόγο πιθανά οφείλεται και η διαφορά με τα αποτελέσματα της μελέτης των Shanee και συνεργατών (1997), όσο αφορά τις διαγνώσεις της Μείζονος Κατάθλιψης και της ΔΕΠΥ ($k=0,79-0,94$).

Η μελέτη της Τούρκικης μετάφρασης και προσαρμογής του εργαλείου σύμφωνα με το DSM-5 (Ünal et al., 2019), έδειξε παρόμοια αποτελέσματα για τις διαγνώσεις Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους ($k=0,74$), Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής ($k=0,79$), και ΔΕΠΥ ($k=0,67$), ενώ ελάχιστα χαμηλότερα για τη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης ($k=0,70$).

Ο δεύτερος τρόπος μελέτης της εγκυρότητας του εργαλείου, η εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity), εξετάστηκε για τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών, σε σχέση με το ερωτηματολόγιο CDI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το εργαλείο είναι έγκυρο παρουσιάζει συντρέχουσα εγκυρότητα (concurrent validity) για τις διαγνωστικές κατηγορίες της Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας σε παιδιά και εφήβους.

Τα αποτελέσματα που αφορούν την εγκυρότητα κριτηρίου του εργαλείου για τη διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών, είναι σε συμφωνία τόσο με την αρχική έκδοση του K-SADS/PL (Kaufman et al., 1997), όσο και με τις μεταφράσεις αυτού του εργαλείου σε διάφορες χώρες (Kim et al., 2004; Birmaher et al., 2009; Brasil & Bordin, 2010; Lauth et al., 2010; Shahrivar et al., 2010).

Όσον αφορά την τελευταία έκδοση του K-SADS/PL-DSM-5, μελέτη για την εγκυρότητα κριτηρίου για τις καταθλιπτικές διαταραχές έχει πραγματοποιηθεί μόνο σε μία έρευνα, σε σχέση με το ερωτηματολόγιο BDI, η οποία έδειξε παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα (Ünal et al., 2019).

Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το εργαλείο παρουσιάζει πολύ καλή ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία για τις καταθλιπτικές διαταραχές. Δεν έχουμε αντίστοιχα αποτελέσματα από τις μελέτες που έγιναν για τελευταία έκδοση του K-SADS/PL-DSM-5, σε άλλες χώρες. Όσον αφορά την παλαιότερη έκδοση του K-SADS/PL, η Kim και οι συνεργάτες της (2004) βρήκαν πολύ χαμηλή ευαισθησία για τις καταθλιπτικές διαταραχές (18,2%), το οποίο το αποδίδουν στη μεγάλη συννοσηρότητα με διαταραχές συμπεριφοράς και εξωτερικευμένα προβλήματα, καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες του κορεάτικου πληθυσμού. Αντίθετα, η Brasil και οι συνεργάτες της (2010), βρήκαν πολύ χαμηλή ειδικότητα (22,7%), πιθανώς επειδή στη μελέτη τους συμπεριέλαβαν τις διαγνωστικές κατηγορίες των αγχωδών και των καταθλιπτικών διαταραχών μαζί.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι παρά τις δυσκολίες και τους περιορισμούς, η παρούσα έρευνα περιέχει αρκετά δυνατά σημεία. Ένα από αυτά είναι ότι η κλινική αξιολόγηση καθώς και η χορήγηση των εργαλείων πραγματοποιήθηκε από εκπαιδευμένους ψυχιάτρους παιδιών και εφήβων με πολύχρονη εμπειρία. Επίσης, δυνατά σημεία είναι ο επαρκής αριθμός δείγματος, η χρήση έγκυρου και σταθμισμένου εργαλείου (CDI) για τη μελέτη της εγκυρότητας κριτηρίου και η αξιολόγηση από δύο διαφορετικούς ψυχιάτρους για την αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών, αντί της αξιολόγησης μέσω βιντεοσκόπησης, που ακολούθησαν προηγούμενες μελέτες (Ünal et al., 2019; Þórðarson et al., 2020).

Ωστόσο, υπήρχαν και περιορισμοί. Δεν υπήρχε αρκετό δείγμα για τη στατιστική ανάλυση κάποιων διαγνώσεων, ενώ για άλλες δεν υπήρχαν αρκετά δεδομένα, με αποτέλεσμα να μη συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη. Ακόμα, η εγκυρότητα κριτηρίου πραγματοποιήθηκε μόνο για τις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών. Μεθοδολογικά, θα μπορούσε να θεωρηθεί σαν περιορισμός ότι ο ερευνητής συμμετείχε στην προσαρμογή του εργαλείου, καθώς και ότι το αναβαθμισμένο εργαλείο δεν συμπληρώθηκε απευθείας από το δείγμα, αλλά από μεταφορά δεδομένων. Έτσι, χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν αυτοί οι περιορισμοί για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, καθώς και να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα χωρίς τους παραπάνω περιορισμούς.

Εν κατακλείδι, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η ελληνική έκδοση του K-SADS/PL-DSM-5 είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επάρκεια για τη διάγνωση αρκετών μείζονων ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους. Αυτό, θα συνεισφέρει, τόσο σε κλινικό πλαίσιο, βελτιώνοντας τη διάγνωση και θεραπεία, όσο και σε ερευνητικό, βελτιώνοντας την ποιότητα των ερευνών στην Ελλάδα.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Ambrosini, P. J., & Dixon, M. (1996). Schedule for affective disorders and schizophrenia, childhood version.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 49–58. <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00016>
- Anderson, D. A., & Paulosky, C. A. (2004). A survey of the use of assessment instruments by eating disorder professionals in clinical practice. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(3), 238–241. <https://doi.org/10.1007/BF03325075>
- Angold A, Fisher PW (1999): Interviewer-based interviews. In Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology. Edited by ShafferD, Lucas CP, Richters JE. New York: Guilford;:34–64.A good article.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.02.020>

- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J.-P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(1), 37-44.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Bansal, V., Goyal, S., & Srivastava, K. (2009). Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school. *Industrial Psychiatry Journal*, *18*(1), 43–46. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57859>
- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., & Silva, P. A. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, *8*(4), 811–829. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007446>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. [Evaluation of the depressive symptomatology and the related variables in the school context.]. *Anales de Psicología*, *29*(1), 131–140.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Ribera, J. C. (1987). Further measures of the psychometric properties of the Children’s Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, *44*(9), 821–824. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800210069011>
- Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D. A., Goldstein, B. I., Monk, K., Kalas, C., Kupfer, D., Gill, M. K., Leibenluft, E., Bridge, J., Guyer, A., Egger, H. L., & Brent, D. A. (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children—A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(7), 680–686. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.003>

- Boben, D., & Bucik, V. (2003). Slovenia. In *Culture and Children's Intelligence* (pp. 181-197). Academic Press.
- Boyle, M. H., Duncan, L., Georgiades, K., Bennett, K., Gonzalez, A., Van Lieshout, R. J., Szatmari, P., MacMillan, H. L., Kata, A., Ferro, M. A., Lipman, E. L., & Janus, M. (2016). Classifying child and adolescent psychiatric disorder by problem checklists and standardized interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(4). <https://doi.org/10.1002/mpr.1544>
- Brasil, H. H. A., & Bordin, I. A. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*, 10, 83. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-83>
- Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(4), 341–376. <https://doi.org/10.1089/104454601317261546>
- Calinoiu, I., & McClellan, J. (2004). Diagnostic interviews. *Current Psychiatry Reports*, 6(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0047-3>
- Cashel, M.L., (2002). Child and adolescent psychological assessment: Current clinical practices and the impact of managed care. *Prof. Psychol.: Res. Pract.* 33, 446–453.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 696–702. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790300064008>
- Charman T., & , I. Pervova. (2001). *The Internal Structure of the Child Depression Inventory in Russian and UK Schoolchildren* / *Semantic Scholar*.

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Internal-Structure-of-the-Child-Depression-in-Charman-Pervova/b7fece5f5d4b335ad34a8168897954f0ea8b9fc8>

Chen, Y.-L., Shen, L.-J., & Gau, S. S.-F. (2017). The Mandarin version of the Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Epidemiological version for DSM-5—A psychometric study. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan Yi Zhi*, *116*(9), 671–678. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.06.013>

Cohen, J. (1960). *A Coefficient of Agreement for Nominal Scales—Jacob Cohen, 1960*. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316446002000104>

Costello AJ (1996): Structured interviewing. In *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, edn 2. Edited by Lewis M. Baltimore: Williams & Wilkins;:457–464.

Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(10), 972–986. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>

Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(12), 1263–1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>

Costello, E. J., He, J., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2014). Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *65*(3), 359–366. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100518>

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, *52*(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>

- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S., & Murrelle, L. (2004). Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(1), 75–92. <https://doi.org/10.1023/b:chud.0000039321.56041.cd>
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science (New York, N.Y.)*, 243(4899), 1668–1674. <https://doi.org/10.1126/science.2648573>
- de la Peña, F. R., Villavicencio, L. R., Palacio, J. D., Félix, F. J., Larraguibel, M., Viola, L., Ortiz, S., Rosetti, M., Abadi, A., Montiel, C., Mayer, P. A., Fernández, S., Jaimes, A., Feria, M., Sosa, L., Rodríguez, A., Zavaleta, P., Uribe, D., Galicia, F., ... Ulloa, R. E. (2018). Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry*, 18(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1773-0>
- DeLong, E. R., DeLong, D. M., & Clarke-Pearson, D. L. (1988). Comparing the Areas under Two or More Correlated Receiver Operating Characteristic Curves: A Nonparametric Approach. *Biometrics*, 44(3), 837–845. <https://doi.org/10.2307/2531595>
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.041>
- Döpfner, M., and Petermann, F. (2012). Diagnostik Psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter (Vol. 2). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Douglas, J., & Scott, J. (2014). A systematic review of gender-specific rates of unipolar and bipolar disorders in community studies of pre-pubertal children. *Bipolar Disorders*, 16(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/bdi.12155>
- Dunn, V., & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: Psychiatric outcome in early adulthood. *The British*

Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 188, 216–222.

<https://doi.org/10.1192/bjp.188.3.216>

Dyrborg, J., Larsen, F. W., Nielsen, S., Byman, J., Nielsen, B. B., & Gautrè-Delay, F. (2000).

The Children's Global Assessment Scale (CGAS) and Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) in clinical practice—Substance and reliability as

judged by intraclass correlations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 195–

201. <https://doi.org/10.1007/s007870070043>

Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in

preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 47(3–4), 313–337.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>

Engel RJ, Schutt RK. (2013). Measurement. *The Practice of Research in Social Work*. 3 rd

ed., Ch. 4. Sage Publication Inc. (Online); p. 97-104. Available from:

https://www.us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/45955_chapter_4.pdf.

Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The schedule for affective

disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 837–844.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770310043002>

Ehlert, U. (2007). Eine Psychotherapie ist immer nur so gut wie ihre Diagnostik.

Verhaltenstherapie, 17(2), 81–82. <https://doi.org/10.1159/000103156>

Elstein, A. S., & Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision

making: Selective review of the cognitive literature. *BMJ: British Medical Journal*,

324(7339), 729–732.

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A

procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of*

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>

- Fabiano, F., & Haslam, N. (2020). Diagnostic inflation in the DSM: A meta-analysis of changes in the stringency of psychiatric diagnosis from DSM-III to DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 80, 101889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101889>
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225–231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Frick, P. J., Barry, C. T., and Kamphaus, R. W. (2010). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*, 3rd Edn. Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-0641-0_11
- Galanter, C. A., & Patel, V. L. (2005). Medical decision making: A selective review for child psychiatrists and psychologists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 675–689. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01452.x
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304–312. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.304>
- Georgas, J., Weiss, L. G., Van de Vijver, F. J., & Saklofske, D. H. (Eds.). (2003). *Culture and children's intelligence: Cross-cultural analysis of the WISC-III*. Elsevier.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-10>
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the

- Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(8), 485–492. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0005-z>
- Gore F, & M Gore 1, Paul J N Bloem, George C Patton, Jane Ferguson, Véronique Joseph, Carolyn Coffey, Susan M Sawyer, Colin D Mathers. (2011). *Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis—PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21652063/>
- Gokler B Unal F, Pehlivan Turk B, et al. (2004) . Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version – Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Mental Health.*;11(3): 109–116.
- Green, B., Shirk, S., Hanze, D., & Wanstrath, J. (1994). The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: An empirical evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1158–1164. <https://doi.org/10.1097/00004583-199410000-00011>
- Grove, W. M., Andreasen, N. C., McDonald-Scott, P., Keller, M. B., & Shapiro, R. W. (1981). Reliability studies of psychiatric diagnosis. Theory and practice. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 408–413. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780290042004>
- Guttman L. . (1945);A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*10:255-82. doi: 10.1007/BF02288892. PMID: 21007983.
- Harkness, J. A., Vijver, F. J. R. van de, & Johnson, T. P. (2003). Questionnaire design in comparative research. *Cross-Cultural Survey Methods*, 19–34.

- Harkness, J. A., Vijver, F. J. R. van de, & Mohler, P. P. (2003). *Cross-cultural survey methods*. Wiley. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/cross-cultural-survey-methods>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet (London, England)*, *373*(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Helzer, J. E., Clayton, P. J., Pambakian, R., Reich, T., Woodruff, R. A., & Reveley, M. A. (1977). Reliability of psychiatric diagnosis. II. The test/retest reliability of diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, *34*(2), 136–141. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770140026002>
- Hoyer, J., and Knappe, S. (2012). Psychotherapie braucht strukturierte Diagnostik! *Psychother. Dialog* *13*, 2–5. doi: 10.1055/s-0031-1298922
- Hughes, C. W., Emslie, G. J., Wohlfahrt, H., Winslow, R., Kashner, T. M., & Rush, A. J. (2005). Effect of Structured Interviews on Evaluation Time in Pediatric Community Mental Health Settings. *Psychiatric Services*, *56*(9), 1098–1103. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1098>
- Jarbin, H., Andersson, M., Råstam, M., & Ivarsson, T. (2017). Predictive validity of the K-SADS-PL 2009 version in school-aged and adolescent outpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *71*(4), 270–276. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1276622>
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Garaigordobil, M. (2017). Child Depression: Prevalence and Comparison between Self-Reports and Teacher Reports. *The Spanish Journal of Psychology*, *20*. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.14>
- Kariuki, S. M., Newton, C. R. J. C., Abubakar, A., Bitta, M. A., Odhiambo, R., & Phillips Owen, J. (2020). Evaluation of Psychometric Properties and Factorial Structure of ADHD Module of K-SADS-PL in Children From Rural Kenya. *Journal of Attention Disorders*, *24*(14), 2064–2071. <https://doi.org/10.1177/1087054717753064>

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kaufman J, Schweder AE. (2004). The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: present and lifetime version. In: Hersen M, editor. *Comprehensive handbook of psychological assessment personality assessment*. Vol. 2. Hoboken(NJ): John Wiley & Sons;. p. 247.
- Kazdin, A. E. (1987). Children's Depression Scale: Validation with child psychiatric inpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 28(1), 29–41. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1987.tb00650.x>
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D et al (2016). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 working draft. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41(3), 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.015>
- Kim, Y. S., Cheon, K. A., Kim, B. N., Chang, S. A., Yoo, H. J., Kim, J. W., Cho, S. C., Seo, D. H., Bae, M. O., So, Y. K., Noh, J. S., Koh, Y. J., McBurnett, K., & Leventhal, B. (2004). The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and

- Schizophrenia-Present and Lifetime Version-Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45(1), 81–89.
- Kleftaras G, & Didaskalou E. (2006). *Incidence and Teachers' Perceived Causation of Depression in Primary School Children in Greece—George Kleftaras, Eleni Didaskalou, 2006*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0143034306067284>
- Kolaitis, G., Korpa, T., Kolvin, I., & Tsiantis, J. (2003). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present episode (K-SADS-P): A pilot inter-rater reliability study for Greek children and adolescents. *European Psychiatry*, 18(7), 374–375. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.02.002>
- Κολαΐτης Γ., Κόρπα Τ. Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα του Kiddie – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime version (K-SADS-PL) Version 1.0 of October 1996. Copyright (2001).
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46(5–6), 305–315.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995–998.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229–237. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790140019002>
- Kovacs M (1992) Manual for the Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 21:995–998
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.

- Lasa, L., & L Ayuso-Mateos, J L Vázquez-Barquero, F J Díez-Manrique, C F Dowrick. (2000). *The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: A preliminary analysis—PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10708841/>
- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnússon, P., Skarphéðinsson, G. Á., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2010a). Parent-youth agreement on symptoms and diagnosis: Assessment with a diagnostic interview in an adolescent inpatient clinical population. *Journal of Physiology, Paris, 104*(6), 315–322. <https://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.09.004>
- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnússon, P., Skarphéðinsson, G. Á., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2010b). Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(6), 409–420. <https://doi.org/10.3109/08039481003777484>
- Lauth, B., Levy, S. R. A., Júlíusdóttir, G., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2008). Implementing the semi-structured interview Kiddie-SADS-PL into an in-patient adolescent clinical setting: Impact on frequency of diagnoses. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-14>
- Lauth, B., Magnusson, P., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2008). An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: Translation, cross-cultural adaptation and inter-rater reliability. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(5), 379–385. <https://doi.org/10.1080/08039480801984214>
- Lauth T. J. & Papanicolaou A. N. (n.d.). Experimental/Feasibility Study of Radio Frequency Tracers for Monitoring Sediment Transport and Scour around Bridges. *World*

Environmental and Water Resources Congress 2008, 1–10.

[https://doi.org/10.1061/40976\(316\)345](https://doi.org/10.1061/40976(316)345)

Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C., & Soldatos, C. R. (2010). Depressive symptomatology in high school students: The role of age, gender and academic pressure. *Community Mental Health Journal*, 46(3), 289–295. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9296-2>

Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Vaden-Kiernan, M., & Regier, D. A. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 889–897. <https://doi.org/10.1097/00004583-199607000-00014>

Leffler, & Riebel, J., and Hughes, H. M. (2015). *A Review of Child and Adolescent Diagnostic Interviews for Clinical Practitioners—PubMed*. <https://doi.org/10.1177/1073191114561253>

Li, Z., Li, Y., Chen, L., Chen, P., & Hu, Y. (2015). Prevalence of Depression in Patients With Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, 94(31), e1317. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001317>

Ma, Z., Zhao, J., Li, Y., Chen, D., Wang, T., Zhang, Z., Chen, Z., Yu, Q., Jiang, J., Fan, F., & Liu, X. (2020). Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e181. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000931>

Madianos M (1998) Health and Hellenic Society: empirical research. National Centre for Social Research, Athens.

- Magklara, K., Bellos, S., Niakas, D., Stylianidis, S., Kolaitis, G., Mavreas, V., & Skapinakis, P. (2015). Depression in late adolescence: A cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry, 15*, 199. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0584-9>
- Malafantis, K. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα / Psychometric tools in Greece*.
- Marin, C. E., Rey, Y., & Silverman, W. K. (2013). Interviews. In B. D. McLeod, A. Jensen-Doss, & T. Ollendick (Eds.), *Diagnostic and behavioral assessment in children and adolescents*. (pp. 103-132). New York, NY: Guilford Press.
- Mash, E., & Hunsley, J. (2005). Evidence-Based Assessment of Child and Adolescent Disorders: Issues and Challenges. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_1
- Matuschek, T., Jaeger, S., Stadelmann, S., Dölling, K., Grunewald, M., Weis, S., von Klitzing, K., & Döhnert, M. (2016). Implementing the K-SADS-PL as a standard diagnostic tool: Effects on clinical diagnoses. *Psychiatry Research, 236*, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.021>
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22*(1), 35–40.
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research and Treatment, 2011*, 548034. <https://doi.org/10.1155/2011/548034>
- McClellan, & Werry J. (2000). *Introduction. Research psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents*.

https://www.researchgate.net/publication/12676544_Introduction_Research_psychiatric_diagnostic_interviews_for_children_and_adolescents

Miller, P. R. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 2. Interrater reliability and outcomes of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, *105*(3), 265–271. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00318-3](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00318-3)

Miller, P. R. (2002). Inpatient diagnostic assessments: 3. Causes and effects of diagnostic imprecision. *Psychiatry Research*, *111*(2), 191–197. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00147-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00147-6)

Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, *138*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>

Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. II. Scales for internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(6), 634–659. <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00004>

Nishiyama, T., Sumi, S., Watanabe, H., Suzuki, F., Kuru, Y., Shiino, T., Kimura, T., Wang, C., Lin, Y., Ichiyonagi, M., & Hirai, K. (2020). The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) for DSM-5: A validation for neurodevelopmental disorders in Japanese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *96*, 152148. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152148>

nmagalhh. (2018, December 4). *National Center of Social Research – EKKE* [Text]. <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regional-innovation-monitor/organisation/national-center-social-research-%E2%80%93-%CE%B5%CE%BA%CE%BA%CE%B5>

- Nordgaard, J., Sass, L. A., & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: Validity, structure, and subjectivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *263*(4), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0366-z>
- O'Connor, B. C., Lewandowski, R. E., Rodriguez, S., Tinoco, A., Gardner, W., Hoagwood, K., & Scholle, S. H. (2016). Usual Care for Adolescent Depression From Symptom Identification Through Treatment Initiation. *JAMA Pediatrics*, *170*(4), 373–380. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4158>
- Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA Psychiatry*, *71*(1), 81–90. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3074>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet (London, England)*, *369*(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., Hedden, S. L., Crosby, A. E., Visser, S. N., Schieve, L. A., Parks, S. E., Hall, J. E., Brody, D., Simile, C. M., Thompson, W. W., Baio, J., Avenevoli, S., Kogan, M. D., Huang, L. N., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). Mental health surveillance among children—United States, 2005-2011. *MMWR Supplements*, *62*(2), 1–35.
- Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., Lakioti, A., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2018). Psychometric Properties of the Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS-21) in a Greek Sample. *Psychology*, *09*(15), 2933–2950. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.915170>

- Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M., & Masi, G. (2003). Self-reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development, 33*(3), 209–226. <https://doi.org/10.1023/a:1021404613832>
- Puura, K., Tamminen, T., Almgvist, F., Kresanov, K., Kumpulainen, K., Koivisto, A. M., & Moilanen, I. (1997). Should depression in young school-children be diagnosed with different criteria? *European Child & Adolescent Psychiatry, 6*(1), 12–19. <https://doi.org/10.1007/BF00573635>
- Puig A., J. & Chambers, W. (1978), *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (Kiddie-SADS)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Puig A., Chambers, W., Orvaschel, H. & Tabrizi, M. A. (1980), *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage Children-Epidemiologic Version (Kiddie-SADS-E)*, Ed. 3. New York: New York State Psychiatric Institute and Yale University School of Medicine.
- Re, U., Ortiz, S., Higuera, Nogales, I., Fresán, Apiquian, Cortés, & Arechavaleta. (2006). [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Espanolas de Psiquiatria, 34*(1), 36–40.
- Regier, D. A., Kaelber, C. T., Rae, D. S., Farmer, M. E., Knauper, B., Kessler, R. C., & Norquist, G. S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry, 55*(2), 109–115. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.2.109>
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M.-C., & Lecrubier, Y. (2004). [Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry]. *L'Encephale, 30*(2), 122–134. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95422-x](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95422-x)

- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.289>
- Robins, E. & Guze, S.B. (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 126, 983–986.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 214–222. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.2.214>
- Rutter, M. (1978) Diagnostic validity in child psychiatry. *Advances in Biological Psychiatry* 2, 2–22.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2008). Chapter 4. Clinical assessment and diagnostic formulation. In M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (fourth ed.) (pp. 42–57). Oxford: Blackwell Publishing
- Rutter, M. & Uher, R. (2012) Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *International Review of Psychiatry* 24, 514–529.
- Rutter, M. (2014) Biomarkers: potential and challenges. In: *BioPrediction of Bad Behavior: Scientific, Ethical and Legal Challenges*. (eds I. Singh, et al.). Oxford University Press, Oxford, pp. 188–205.
- Rutter. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 6th Edition* | Wiley. <https://www.wiley.com/en-us/Rutter%27s+Child+and+Adolescent+Psychiatry%2C+6th+Edition-p-9781118381960>
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents.

- Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 760–765.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.760>
- Samm, A., Värnik, A., Tooding, L.-M., Sisask, M., Kõlves, K., & von Knorring, A.-L. (2008). Children's Depression Inventory in Estonia. Single items and factor structure by age and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 162–170.
<https://doi.org/10.1007/s00787-007-0650-z>
- Segal, D. L., and Williams, K. N. (2014). "Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: fundamental Issues, applications, and features," in *Adult Psychopathology and Diagnosis*, 7th Edn, eds D. C. Beidel, B. C. Frueh, and M. Hersen (New York, NY: Wiley), 103–129.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228–1231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Present and Life-time Version—Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 97–102. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x>
- Shanee, N., Apter, A., & Weizman, A. (1997). Psychometric properties of the K-SADS-PL in an Israeli adolescent clinical population. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 34(3), 179–186.
- Shrout, P. E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7(3), 301–317.
<https://doi.org/10.1177/096228029800700306>

- Sørensen MJ, & Frydenberg M, Thastum M, Thomsen PH. (2005). *The Children's Depression Inventory and classification of major depressive disorder: Validity and reliability of the Danish version—PubMed*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16220217/>
- Soria-Saucedo, R., Walter, H. J., Cabral, H., England, M. J., & Kazis, L. E. (2016). Receipt of Evidence-Based Pharmacotherapy and Psychotherapy Among Children and Adolescents With New Diagnoses of Depression. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(3), 316–323. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500090>
- Stalikas, A., Triliva, S., & Roussi, P. (2002). Psychometric tools in Greece. Athens: Ελληνικά Γράμματα.
- Steinhausen, H. C., & Erdin, A. (1991). The inter-rater reliability of child and adolescent psychiatric disorders in the ICD-10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 32(6), 921–928. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01919.x>
- Streiner, D. L. (1995). Learning how to differ: Agreement and reliability statistics in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 40(2), 60–66.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet (London, England)*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Thienemann, M. (2004). Introducing a Structured Interview Into a Clinical Setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 1057–1060. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000129221.12305.13>
- Thöne, A.-K., Görtz-Dorten, A., Altenberger, P., Dose, C., Geldermann, N., Hautmann, C., Jendreizik, L. T., Treier, A.-K., von Wirth, E., Banaschewski, T., Brandeis, D.,

- Millenet, S., Hohmann, S., Becker, K., Ketter, J., Hebebrand, J., Wenning, J., Holtmann, M., Legenbauer, T., ... Döpfner, M. (2020). Toward a Dimensional Assessment of Externalizing Disorders in Children: Reliability and Validity of a Semi-Structured Parent Interview. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01840>
- Timbremont, B., Braet, C., & Dreessen, L. (2004). Assessing Depression in Youth: Relation Between the Children's Depression Inventory and a Structured Interview. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33*(1), 149–157. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_14
- Tsuji, T., Phalen, P., Rouhakhtar, P. R., Millman, Z., Bussell, K., Thompson, E., Demro, C., Roemer, C., Reeves, G., & Schiffman, J. (2019). Using the K-SADS psychosis screen to identify people with early psychosis or psychosis risk syndromes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24*(4), 809–820. <https://doi.org/10.1177/1359104519846582>
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(4), 578–588. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.578>
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foulliux, C., Martínez, P., Hernández, L., Domínguez, E., & de la Peña, F. (2006). [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Espanolas De Psiquiatria, 34*(1), 36–40.
- Ünal, F., Öktem, F., Çetin Çuhadaroğlu, F., Çengel Kültür, S. E., Akdemir, D., Foto Özdemir, D., Çak, H. T., Ünal, D., Tıraş, K., Aslan, C., Kalaycı, B. M., Aydos, B. S.,

- Kütük, F., Taşyürek, E., Karaokur, R., Karabucak, B., Karakök, B., Karaer, Y., & Artık, A. (2019). [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, *30*(1), 42–50.
- Van de Vijver, F. J., Mohler, P. P., Harkness, J. A., & Harkness, J. (Eds.). (2003). Cross-cultural survey methods. J. Wiley.
- Villabø, M. A., Oerbeck, B., Skirbekk, B., Hansen, B. H., & Kristensen, H. (2016). Convergent and divergent validity of K-SADS-PL anxiety and attention deficit hyperactivity disorder diagnoses in a clinical sample of school-aged children. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(5), 358–364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1125944>
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” -CDI-. *Diversitas*, *2*(2), 217. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.03>
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., & Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the Children’s Depression Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*(1), 38–45. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.38>
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*, *281*(18), 1707–1713. <https://doi.org/10.1001/jama.281.18.1707>
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, R., Burns, J., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N., & National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by

- People with Mental Illness. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(11), 1155–1165. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01938.x>
- Wolman, B. (Ed.). (1978). *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2490-4>
- World Health Organization. (1992). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/1992/en>
- Zubin, J. (1978). Research in clinical diagnosis. In: Wolman, BB., editor. *Clinical Diagnosis of Mental Disorders*. New York: Plenum Publishing Corporation; p. 3-14
- Zuckerbrot, R. A., & Jensen, P. S. (2006). Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(7), 694–704. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.7.694>
- Þórðarson, Ó., Ævarsson, F., Helgadóttir, S., Lauth, B., Wessman, I., Sigurjónsdóttir, S., Smáráson, O., Harðardóttir, H., & Skarphedinsson, G. (2020). Icelandic translation and reliability data on the DSM-5 version of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children – present and lifetime version (K-SADS-PL). *Nordic Journal of Psychiatry*, 74, 1–6. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1733660>

