

Frumathugun á fyrstu þýðingu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og DIAMOND skimunarlistans fyrir fullorðna

Ragnar P. Ólafsson¹, Þórður Ö. Arnarson¹, Brynjar Halldórsson², Erla B. Birgisdóttir³,
Halla Ó. Ólafsdóttir^{2,3}, Heiða R. Guðmundsdóttir³, Nína B. Arnarsdóttir¹,
Pétur Tyrfingsson³, Solveig E. Jónsdóttir³, Sigurður Viðar¹

¹Sálfræðideild Háskóla Íslands; ²Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík; ³Geðsvið Landspítala

DIAMOND geðgreiningarviðtalið (*Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders*) er hálfstaðlað viðtal til að meta viðmið alls 35 geðgreininga hjá fullorðnum samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-5 greiningarkerfisins. Skimunarlisti fylgir viðtalinu sem hægt er að nota til að skima fyrir einkennum þeirra geðraskana sem metnar eru í viðtalinu. Fyrsta útgáfa þýðingar DIAMOND viðtalsins og skimunarlistans er notuð í yfirstandandi rannsókn á árangri atferlismatarmæðferðar við þunglyndi. Gögn úr fyrsta hluta þeirrar rannsóknar voru notuð til að skoða samræmi í niðurstöðum viðtals og skimunarlistans, auk þess sem upplýsingar eru birtar um samræmi milli matsmanna. Alls komu 44 þátttakendur í matsheimsókn í fyrsta hluta rannsóknarinnar. Meðalaldur þátttakenda var 38,2 ár ($Sf=11,9$), þar af 20 karlar og 24 konur. Meðalfjöldi geðgreininga samkvæmt viðtali var 3,2 og var fjöldi greininga á bilinu ein til níu. Óháðir matsaðilar hlustuðu á upptökur tólf viðtala (27,3%) og var samræmi milli mats þeirra og niðurstöðu í matsviðtali gott, eða frá 83% fyrir greiningu alvarlegrar þunglyndisröskunar, upp í 100% fyrir greiningu þráhyggju-árátturöskunar. Algengustu geðgreiningarnar samkvæmt viðtali voru alvarleg þunglyndisröskun (56,8%), félagskvíðaröskun (47,7%), þrálát þunglyndisröskun (36,4%) og almenn kvíðaröskun (34,1%) og var samræmi í niðurstöðu viðtals og skimunar skoðað fyrir þessar fjórar geðgreiningar. Samræmi var gott þegar um röskun var að ræða samkvæmt viðtali en lélegt þegar tiltekin röskun var ekki til staðar samkvæmt viðtali, sem bendir til að skimunarlistinn hafi gott næmi (e. sensitivity) en litla sértækni (e. specificity) fyrir þessar fjórar geðgreiningar. Fyrirlögn DIAMOND geðgreiningarviðtalsins gekk almennt vel í þessari fyrstu rannsókn hér á landi. Úrtak rannsóknarinnar var lítið og tilgangur rannsóknarinnar leiddi til þess að fólk með þunglyndisvanda var í miklum meirihluta þeirra sem tóku þátt. Mikilvægt er að gögnum verði áfram safnað í stærri og fjölbreyttari úrtökum, til að athuga próffræðilega eiginleika DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og samræmi milli niðurstöðu viðtals og skimunarlista.

Efnisorð: geðgreiningarviðtal, sálfræðilegt mat, skimun, réttmæti, áreiðanleiki.

Staðlað og kerfisbundið mat á geðrænum vanda er mikilvægt af mörgum ástæðum. Það gegnir lykilatriði í rannsóknum svo lýsing á vanda skjólstaðinga sé samræmd milli rannsóknahópa og niðurstöður byggi á gögnum sem safnað var með samræmdum hætti. Það kemur einnig að gagni við greiningu og mismunagreiningu flókinna vandamála og gegnir mikilvægu hlutverki við þjálfun þeirra sem læra til sálfræðings. Þótt skiptar skoðanir séu um réttmæti geðgreiningarkerfa í sálfræði og geðlæknisfræði (sjá t.d. Lilienfeld og Treadway, 2016; Widiger

og Hines, 2022), hefur, enn sem komið er, ekki komið fram annað kerfi sem er nægilega stutt gögnum og náð að festa sig í sessi. Greining geðraskana fylgir því enn greiningakerfunum DSM-5 (APA, 2013) og ICD-11 (WHO, 2022), og þessar skilgreiningar gegna lykilhlutverki við rannsóknir, kennslu og í klínísku starfi þar sem sálfræðilegt mat kemur við sögu.

Fyrirspurnum um greinina svarar Ragnar P. Ólafsson, Sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýja Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík, ragnarpo@hi.is

Geðgreiningarviðtölum má skipta upp í stöðluð (e. structured), hálfstöðluð (e. semi-structured) og óstöðluð viðtöl. Stöðlun vísar hér til fyrirlagðar viðtöla, ekki stöðlunar skora með normum, sem úr viðtölunum koma. Stöðluð og hálfstöðluð viðtöl fylgja fyrirframgefnum viðtalsramma þar sem spurt er sömu spurninganna, með sama hætti ásamt því að svörin eru metin á kerfisbundin hátt (Garb o.fl., 2025; Segal og Williams, 2014). Svigrúm til að víkja frá spurningum eða spyrja viðbótarspurninga er ekki til staðar í stöðluðum viðtölum en slíkt leyft að einhverju marki í hálfstöðluðum viðtölum. Óstöðluð viðtöl, oft kölluð klínísk viðtöl, fylgja hins vegar ekki fyrirframgefnum viðtalsramma. Hvað spurt er um, hvernig það er gert og hvernig svörin eru metin, ræðst því eingöngu af þeim sem tekur viðtalið (Segal og Williams, 2014). Fjölmargar rannsóknir sýna að réttmæti geðgreininga, sem fengnar eru með stöðluðum eða hálfstöðluðum viðtölum, er meira en greininga sem fengnar eru í óstöðluðum viðtölum, auk þess sem samræmi milli greininga í matsviðtölum yfir tíma, er meira þegar um stöðluð og hálfstöðluð viðtöl er að ræða (Garb o.fl., 2025; Summerfeldt o.fl., 2020). Það er því mikilvægt að til séu stöðluð og hálfstöðluð matstæki sem byggja á skilgreiningum þessara kerfa og hægt er að nota í sálfræðilegu mati og greiningarvinnu hér á landi.

Fá geðgreiningarviðtöl fyrir fullorðna hafa verið þýdd yfir á íslensku. Þekktast er líklega *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI) sem er hálfstaðlað viðtal og hefur verið notað í klínísku starfi og rannsóknum á Íslandi í hartnær tuttugu ár. Íslensk þýðing viðtalsins er frá árinu 2005 og er það þýðing af MINI 5.0 (Sheehan o.fl., 1998) sem byggir á greiningarviðmiðum DSM-IV (APA, 2000) og ICD-10 (WHO, 1994). Þótt nýjar útgáfur af viðtalinu á ensku hafi litið dagsins ljós, hefur íslenska gerðin ekki verið uppfærð og því ekki hægt að meta einkenni geðraskana samkvæmt nýjustu útgáfum greiningarkerfanna. Borga þarf fyrir notkun viðtalsins, auk þess sem viðtalið tekur einungis til sumra geðraskana. Fleiri geðgreiningarviðtöl hafa verið þýdd og verið í einhverri notkun hér á landi, en hafa ekki fest sig í sessi og upplýsingar hafa ekki verið birtar um þau svo vitað sé til.

Allt frá nýjustu útgáfu geðgreiningarkerfanna tveggja, hefur verið ljóst að íslenska þýðingu þurfi af geðgreiningarviðtali sem gefi kost á stöðluðu eða hálfstöðluðu mati á geðrænum einkennum 18 ára og eldri. Hálfstaðlað viðtal hefur meira hagnýtt gildi heldur en staðlað viðtal, þar sem notkun þess er sveigjanlegri sem getur hentað betur í klínísku starfi (Garb o.fl., 2025). Mikilvægt er að geðgreiningarviðtal hafi bæði fullnægjandi dýpt og breidd, það er, meti einkenni hverrar röskunar nægjanlega ítarlega og veiti upplýsingar sem geta verið mikilvægar í klínísku starfi, en spanni einnig helstu geðraskanir sem eru algengar og komið geta við sögu í sálfræðilegum matsstörfum. Þessum markmiðum þarf að ná án þess að viðtalið sé of umfangsmikið og tímafrekt í notkun. Mjög mikilvægt er að próffræðilegar upplýsingar um viðtalið liggi fyrir og að þær renni fullnægjandi stoðum undir réttmæti og áreiðanleika þess (Summerfeldt o.fl., 2020). Einnig er mjög mikilvægt að viðtalið sé aðgengilegt til að það henti í störfum sálfræðinga og þjálfun verðandi sálfræðinga og notkun þess sé ekki of kostnaðarsöm.

Val á viðtali til þýðingar

Öll fyrrnefnd atriði þarf að hafa í huga við val á viðtali svo það nýtist vel í rannsóknum, þjálfun og klínísku starfi. Þau tvö geðgreiningarviðtöl sem mikið eru notuð á heimsvísu í rannsóknum í hópum fullorðinna eru *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5; First o.fl., 2016) og *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 - Adult Version* (ADIS-5; Brown og Barlow, 2014). Þótt SCID-5 taki til allra helstu geðgreininga, er notkun viðtalsins háð leyfi og borga þarf fyrir aðgang að því. Svo er einnig um ADIS-5 viðtalið, auk þess sem það er takmarkaðra og miðast helst við kvíða- og þunglyndisraskanir og algengustu fylgiraskanir þeirra. Eins og áður hefur verið nefnt, þarf að greiða fyrir notkun MINI geðgreiningarviðtalsins. Nýlega var gefið út geðgreiningarviðtal sem heitir *Diagnostic Assessment Research Tool* (DART; McCabe o.fl., 2021), sem er ætlað að meta greiningaviðmiðmið helstu geðraskana í hópum fullorðinna samkvæmt DSM-5 kerfinu. Noktun viðtalsins er ekki háð gjaldi, auk þess sem

Tafla 1 Flokkar geðraskana sem hægt er að meta með DIAMOND geðgreiningarviðtalinu.

Kvíðaraskanir Sértæk fælni Specific Phobia Almenn kvíðaröskun Generalized Anxiety Disorder Felmkursöskun Panic Disorder Félagskvíðaröskun Social Anxiety Disorder Víðáttufælniröskun Agoraphobia Aðskilnaðarkvíðaröskun Separation Anxiety Disorder	Punglyndisraskanir Þrálát þunglyndisöskun Persistent Depressive Disorder Alvarleg þunglyndisöskun Major Depressive Disorder Þunglyndisöskun tengd tíðahring Premenstrual Dysphoric Disorder	Áfalla- og streituraskanir Áfallastreituröskun Post-Traumatic Stress Disorder Bráðastreituröskun Acute Stress Disorder Aðlögunarröskun Adjustment Disorder
Bráhyggju-áráttu og skyldar raskanir Þáhyggju-árátturöskun Obsessive-Compulsive Disorder Líkamsskynjunarröskun Body Dysmorphic Disorder Söfnunarröskun Hoarding Disorder Hárreiti- og húðkroppunarröskun Trichotillomania, Exoration (skin-picking) Disorder	Geðhvarfaraskanir Geðhvörf, tegund I Bipolar Disorder, type I Geðhvörf, tegund II Bipolar Disorder, type II Hringlyndi Cyclothymic Disorder	Líkömnunarraskanir Líkömnunareinkennaröskun Somatic Symptom Disorder Heilsukvíðaröskun Illness Anxiety Disorder
Átraskanir Lystarstol Anorexia Lotugræðgi Bulimia Átkastaröskun Binge-eating Disorder Fæðuforðunarröskun Avoidant/restrictive Food intake Disorder	Geðrofssaskanir Geðklofi og geðklofagerðarröskun Schizophrenia, Schizophreniform Disorder Geðhvarfaklofaröskun Schizoaffective Disorder Hugvilluröskun Delusional Disorder	Vímuefnaraskanir Vímuefnaneysluröskun Substance Use Disorder
	Taugabroskaraskanir Ofvirkni og athyglisbrestur Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Kækjaraskanir Tic Disorders	Aðrar raskanir Lyfja eða vímuefnaframkölluð röskun Substance/medication-Induced Disorder Geðröskun vegna annars sjúkleika Aðrar tilgreindar eða ótilgreindar raskanir Other Specified/Unspecified Disorder
		Skimun Sjálfsvígshættu

fyrstu niðurstöður um próffræðilega eiginleika þess hafa verið birtar (Schneider o.fl., 2022). Annað viðtal, sem einnig kom nýlega út og má nota endurgjaldslaust, er *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (DIAMOND) og hafa fyrstu niðurstöður um eiginleika viðtalsins verið birtar (Tolin o.fl., 2018). Séu þessi tvö viðtöl borin saman, er ljóst að um nokkuð áþekk viðtöl er að ræða hvað varðar próffræðilega eiginleika, og einnig breidd og dýpt sem fæst með þeim í sálfræðilegu mati. DIAMOND viðtalið hefur þó þann kost umfram DART viðtalið, að búið er að þýða það yfir á nokkur tungumál, en viðtalið er til á þýsku, spænsku, arabísku og hebresku þegar

þetta er skrifað. Útgáfa fyrir börn frá 6 ára aldri og ungmenni upp að 18 ára aldri, kom nýlega út (Tolin o.fl., 2023), en hefur ekki verið þýdd á önnur tungumál.

Ákveðið var að þýða DIAMOND viðtalið þar sem fyrstu niðurstöður benda til að það hafi góða próffræðilega eiginleika, taki til helstu geðraskana sem líklegt er að sálfræðingar þurfi að meta í rannsóknum og klínísku starfi, auk þess sem aðgengi að útgáfum á öðrum tungumálum getur aukið notagildi viðtalsins enn frekar í fjölþjóðlegu samfélagi. Hægt er að þýða útgáfu viðtalsins fyrir börn og ungmenni síðar, sé þess þörf.

Það er vissulega veikleiki að rannsóknir á próffræðilegum eiginleikum viðtalsins séu skammt

á veg komnar. Viðtalið er eitt örfárna geðgreiningarviðtali sem er í opnum aðgangi án þess að greiða þurfi fyrir notkun þess, sem eflaust mun ýta undir notkun viðtalsins bæði í rannsóknum, þjálfun og í sálfræðilegu mati. Vænta má frekari rannsókna á eiginleikum viðtalsins á næstu árum, enda tiltölulega stutt síðan viðtalið kom fyrst út. Helstu eiginleikum DIAMOND viðtalsins er lýst hér fyrir neðan.

DIAMOND geðgreiningarviðtalið

Geðgreiningarviðtalið *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, eða DIAMOND, er hálfstaðlað viðtal sem byggir á greiningarviðmiðum DSM-5 greiningarkerfisins og var viðtalið búið til í Bandaríkjunum (Tolin o.fl., 2018). Í viðtalinu er hægt að meta alls 35 geðgreiningar úr helstu flokkum geðraskana og eru raskanirnar taldar upp í töflu 1.

DIAMOND viðtalið var búið til í nokkrum skrefum, eins og lýst er af Tolin og félögum (2018). Í upphafi voru spurningar samdar upp úr greiningarviðmiðum DSM-5 sem hópur sérfræðinga fór yfir. Hópurinn lagði til breytingar auk þess að semja viðbótarspurningar til að ná að meta öll greiningarviðmið geðraskana sem meta átti með viðtalinu. Fýsileikakönnun var síðan gerð þar sem ýmsir fagaðilar gerðu athugasemdir við frumútgáfu viðtalsins sem var breytt í takt við þær og lokaútgáfa útbúin.

Í lokaútgáfunni eru fyrst almennar spurningar um yfirstandandi vanda, almennt líkamlegt heilsufar og geðhag, lyfjagjöf og fjölskyldusögu auk spurninga um sjálfsvíg og sjálfsskaða (Tolin o.fl., 2018). Þessar spurningar eru almenns eðlis, eru valkvæðar og er hægt að spyrja til að átta sig á ástæðu komu og stöðu viðkomandi í grófum dráttum. Að þeim loknum taka við spurningar um einkenni eftir flokkum geðraskana. Upphafsspurningar taka til einkenna undanfarinn mánuð nema greiningarviðmið geri ráð fyrir að einkenni þurfi að hafa verið til staðar lengur. Þessum spurningum er fylgt eftir með viðbótarspurningum til að afla nákvæmari upplýsinga áður en spurt er út í vanlíðan og hömlur sem einkennin valda og fylgir listi fyrir helstu svið daglegs lífs sem einkennin geta valdið truflun

á. Í kjölfarið fylgja fleiri spurningar til að setja einkennin í samhengi við tilefni og ástæður eða til að kanna frekar tímalengd þeirra. Í hverjum kafla eru einnig atriði sem, sá sem tekur viðtalið, þarf að svara og hafa með klínískt mat hans á vandanum að gera sem skiptir máli fyrir geðgreininguna, til dæmis hvort tiltekið einkenni sé betur útskýrt af einhverjum öðrum vanda en verið er að meta. Í töflu 2 eru spurningarnar um almenna kvíðaröskun í viðtalinu.

DIAMOND viðtalið má leggja fyrir í heild eða velja ákveðna kafla úr því auk þess sem sá sem tekur viðtalið er heimilt að fara í gegnum mismunandi kafla í þeirri röð sem hann velur. Þegar farið hefur verið í gegnum einkenni hverrar röskunar fyrir sig og greining hefur verið ákvörðuð samkvæmt DIAMOND, er alvarleiki vandans metinn á sjö punkta kvarða með viðmiðunum; eðlilegt, við mörk, vægt, miðlungs, töluvert, alvarlegt og mjög alvarlegt. Matið byggir á upplýsingum um vanlíðan og hömlun sem einkennin valda viðkomandi. Í viðtalinu er að lokum listi yfir viðbótatriði sem fagaðili skal íhuga við greiningu hverrar röskunar og hafa með mismunanagerningu að gera, mismunandi birtingarmynd vandans og jafnvel þróun hans (Tolin o.fl., 2018). Í töflu 3 eru þessi atriði úr kaflanum um almenna kvíðaröskun talin upp.

Áreiðanleiki og réttmæti DIAMOND viðtalsins
Tolin og félagar (2018) hafa birt niðurstöður áreiðanleika og réttmætisathugunar á DIAMOND viðtalinu í úrtaki 362 aðila sem sóttu göngudeildarþjónustu á sjúkrahúsi í Bandaríkjunum. Mat á samræmi milli matsmanna byggðist á niðurstöðu tveggja matsviðtala mismunandi matsaðila hjá 121 svaranda. Upplýsingar um endurmatsáreiðanleika byggðist á tveimur matsviðtölum sama matsaðila hjá 115 aðilum. Niðurstöður þeirra sýna að fyrir samræmi milli matsmanna fyrir kvíðaröskunargreiningar, voru kappastuðlar á bilinu 0,66 fyrir sértæka fælni, upp í 0,88 fyrir felmtursröskun, og voru til dæmis 0,70 fyrir félagskvíðaröskun, 0,71 fyrir almenna kvíðaröskun og 0,73 fyrir einhverja kvíðaröskun. Fyrir alvarlega þunglyndisröskun var kappastuðull 0,62, 0,65 fyrir þráláta þunglyndisröskun og 0,68 fyrir einhverja þunglyndisröskun. Í

Hefur þú síðastliðinn mánuð verið alltof kvíðinn eða haft áhyggjur af margvíslegum hlutum?

..Getur þú lýst áhyggjum þínum?

- | | |
|--|--|
| ☐ Skyldur og ábyrgð í vinnu eða skóla sem valda áhyggjum? | ☐ Áhyggjur af að eitthvað slæmt komi fyrir fólk sem þú berð umhyggju fyrir? |
| ☐ Áhyggjur af heilsufari þínu? | ☐ Áhyggjur af hlutum sem flestir mundu telja minniháttar eins og að sinna heimilisstörfum eða mæta einhvers staðar tímanlega? |
| ☐ Áhyggjur af heilsufari fólks í fjölskyldunni? | ☐ Aðrar áhyggjur? |
| ☐ Fjárhagslegar áhyggjur? | |

Telur þú að áhyggjur þínar séu yfirdrífnaðar eða ekki í samræmi við raunverulega ógn?

Hefur þú síðastliðinn mánuð haft áhyggjur af þessum hlutum fleiri daga en færri?

Hefur þú í 6 mánuði eða lengur haft áhyggjur af þessum hlutum í fleiri daga en færri?

- | | |
|--|---|
| ☐ Áhyggjur á tveimur eða fleiri sviðum eru yfirdrífnaðar að mati viðmælanda eða spyrjanda | ☐ Áhyggjur á tveimur eða fleiri sviðum hafa komið upp fleiri daga en færri að minnsta kosti í 6 mánuði |
| ☐ Áhyggjur á tveimur eða fleiri sviðum koma upp fleiri daga en færri | |

Segir viðmælandi frá yfirdrífnum kvíða eða áhyggjum af margvíslegum atvikum, athöfnum eða aðstæðum sem koma fyrir fleiri daga en færri í að minnsta kosti 6 mánuði? [JÁ / NEI]

Hefur verið erfitt fyrir þig að hafa stjórn á áhyggjum þínum síðastliðinn mánuð?

..Ferðu að hafa áhyggjur jafnvel þótt þú viljir það ekki? Ferðu að hafa áhyggjur jafnvel þótt þú sért að reyna að einbeita þér að öðru? Finnst þér erfitt að hætta að hafa áhyggjur um leið og þú ert byrjaður á því?

Á viðmælandinn í erfiðleikum með að hafa stjórn á áhyggjum? [JÁ / NEI]

Hefur þú orðið var við einhver af eftirtöldum líkamlegum einkennum síðasta mánuðinn?

- | | |
|--|--|
| ☐ Óróleiki eða finnst þú vera "upptrekkur" eða "á mörkunum"? | ☐ Vera pirraður eða uppstökkur? |
| ☐ Orðið gjarnan þreyttur eða úrvinda? | ☐ Vöðvaspenna? |
| ☐ Átt erfitt með að einbeita þér að öðru eða verða "tómur í hausnum"? | ☐ Svefnerfiðleikar eins og erfitt að sofna, halda svefni eða óværfvefn? |

Hefur þú fundið fyrir þessum (líkamlegu einkennum) síðastliðinn mánuð í fleiri daga en færri?

Hefur þú fundið til (þessara líkamlegu einkenna) fleiri daga en færri síðastliðna 6 mánuði eða lengur?

☐ Líkamleg einkenni til staðar fleiri daga en færri	☐ Líkamleg einkenni til staðar í fleiri daga en færri að minnsta kosti í 6 mánuði
--	--

Er kvíðinn og áhyggjurnar samfara að minnsta kosti þremur einkennum sem lýst er að framan sem til staðar eru fleiri daga en færri í 6 mánuði hið minnsta? [JÁ / NEI]

Hve mikið hefur þetta vandamál truflað þig eða valdið mikilli vanlíðan síðasta mánuðinn?

.. Hve oft finnurðu fyrir vanlíðan? Hvað stendur vanlíðanin lengi yfir þegar þú finnur til hennar? Hve sterk eða óþægileg er þessi vanlíðan þegar þú finnur til hennar?

Hefur þetta vandamál síðastliðinn mánuð hamlað virkni þinni og þátttöku – eins og í skóla, félagslífi og fjölskyldulífi eða truflað getu þína til að gera hluti sem skipta þig máli? Hvernig?

.. Forðastu einhverjar aðstæður eða athafnir vegna þessara vandamála? Trufla þessi vandamál getu þína til að einbeita þér að nauðsynlegum verkefnum?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Vandamál í skóla | ☐ Vandamál í skyldum á heimili | ☐ Vandamál í fristundaiðju |
| ☐ Vandamál í fjölskyldu | ☐ Fjárhagsleg vandamál | ☐ Vandamál heilsu og öryggis |
| ☐ Lagaleg vandamál | ☐ Vandamál í félagslífi | ☐ Önnur truflun á virkni |
| ☐ Vandamál í vinnu eða skyldustörfum | | |

Veldur kvíðinn, áhyggjurnar eða líkamleg einkenni umtalsverðri vanlíðan eða hömlun á þýðingarmiklum virknisviðumi? [JÁ / NEI]

Skömmu áður en þessi vandamál gerðu vart við sig höfðu þá orðið einhverjar breytingar á lyfjameðferð, notaðir þú einhver vímuefni eða fékkstu sjúkdóm eða slasaðist þú?

.. Er einhver ástæða til að halda að þetta vandamál sé af völdum heilsufarsvandamála, efna eða lyfjameðferðar? Hefur þú talað við lækni um þetta vandamál þitt?

Er hægt að skýra kvíðann, áhyggjurnar eða líkamleg einkenni með áhrifum lyfja/efna, heilsufarsvanda eða annarri geðröskun? (Sjá Valkvæðar upplýsingar. Ef já, ljúktu við viðeigandi kafla um vímuefna- eða læknisfræðilegan vanda) [JÁ / NEI]

Almenn kvíðaröskun [JÁ/ NEI]

Atriði úr skimunarlista

Ég hef yfirdrífinn kvíða eða áhyggjur út af margvíslegum hlutum, fleiri daga en færri (til dæmis, áhyggjur af fjármálum, ábyrgð í vinnu/skóla, heilsu minni eða annarra). [JÁ / NEI]

Mat á alvarleika

Yfirstandandi alvarleiki almennrar kvíðaröskunar (merkið við tölu):

	Vanlíðan	Hömlun
1. Eðlilegt	• Alls engin vanlíðan eða fullur bati	• Alls engin hömlun eða fullur bati
2. Við mörk	• Við mörk þess eðlilega og væga – eða undir mörkum	• Við mörk þess eðlilega og væga – eða undir mörkum
3. Vægt	• Vanlíðan fremur sjaldan EÐA • Vanlíðan skammvinn EÐA • Vanlíðan er lítil	• Hömlun er nokkur á 1 virknisviði (t.d. er lengur að ljúka verkefnum í vinnu; stundum félagsleg hliðrun) EÐA • Sinnir almennt skyldum sínum
4. Miðlungs	• Milli þess að vera vægt og töluvert	• Milli þess að vera vægt og töluvert
5. Töluvert	• Mjög oft vanlíðan EÐA • Vanlíðan stendur lengi yfir EÐA • Vanlíðan er umtalsverð	• Hömlun er töluverð á mörgum virknisviðumsviðum (t.d. vinna, félagslíf, fjölskyldulíf) EÐA • Einhver misbrestur í að rækja skyldur (t.d. slök frammistaða í vinnu, missir úr vinnudaga) EÐA • Einkenni skapa minniháttar hættu á skaða fyrir viðkomandi eða aðra
6. Alvarlegt	• Milli þess að vera töluvert og mjög alvarlegt	• Milli þess að vera töluvert og mjög alvarlegt
7. Mjög alvarlegt	• Vanlíðan kemur stöðug upp og hvíldarlaus EÐA • Vanlíðan er mjög mikil eða óbærileg	• Hömlun er mjög alvarleg á flestum eða öllum virknisviðum (t.d. algerlega ófær um að vinna eða eiga í félagslegum samskiptum) EÐA • Sjúklingur er metinn alveg vanfær EÐA • Einkenni skapa alvarlega áhættu á skaða fyrir viðkomandi eða aðra EÐA • Í virku geðrofi EÐA • Þarfnast innlagnar á spítala eða aðra stofnun

Valkvæðar upplýsingar

Möguleg útilokunarskilýrði (merkið við eflíklegt):

- ☐ Þráhyggja/áratta: Almenn kvíðaröskun einkennist alla jafna af yfirdrífnum áhyggjum af fyrirsjáanlegum vandamálum. Í þráhyggju-árátturöskun taka þráhugsanir á sig mynd ágengra og óvelkominna hugsana, hvata eða hugsýna.
- ☐ Áfallastreituröskun: Í áfallastreituröskun snýst kvíði og áhyggjur um áfallatengda atburði eða aðstæður á meðan í Almennri kvíðaröskun eru áhyggjur altækari. Ef greiningaskilmerki áfallastreituröskunar eru uppfyllt og líkamleg einkenni skýrast af þeirri greiningu þá ætti að greina áfallastreituröskun fremur en Almenna kvíðaröskun.
- ☐ Aðlögunarröskun: Aðlögunarröskun er því aðeins greind ef skilmerki Almennrar kvíðaröskunar eru ekki uppfyllt og kvíði í aðlögunarröskun stendur ekki yfir lengur en 6 mánuði eftir að streituvaldurinn eða afleiðingar hans eru yfirstaðin.
- ☐ Skjaldkirtilsofvirgni eða kalkvakaóhóf
- ☐ Litfrumuæxli
- ☐ Víma af völdum örvandi efna
- ☐ Víma af völdum kannabisefna
- ☐ Fráhvart þunglyndislyfja
- ☐ Geðrofs- og lyndisraskanir: Ef kvíði, áhyggjur og líkamleg einkenni eru eingöngu samhliða geðrofi eða lyndisröskun, en talin áberandi/mikilvæg, má greina AKR samhliða þeim röskunum.
- ☐ Félagskvíðaröskun: Í AKR snúast áhyggjur um margvíslegar aðstæður og atvik sem eru ekki bundin við ótta við ætt álit annarra.

Tengd svipmót:

- ☐ Skjálfti, kippir, óstöðugleikatilfinning eða vöðvaverkir vegna vöðvaspennu
- ☐ Líkamlegar fylgjur (sviti, flökurleiki, niðurgangur)
- ☐ Einkenni yfirörvunar drifkerfisins (t.d. ýkt viðbrigðni, hjartsláttartruflanir, andnað, svimi)
- ☐ Líkamlegar truflanir sem tengjast streitu (t.d. IBS, höfuðverkir)

mati á samræmi milli matsmanna fyrir þráhyggju-árátturöskun var stuðullinn milli 0,62 og 0,90 fyrir einhverja röskun úr þeim flokki raskana. Við túlkun á gildum kappastuðla er oft stuðst við sömu viðmið og notuð voru við túlkun þeirra í niðurstöðum DSM-5 vettvangsathugananna (Clark o.fl., 2013; Kraemer o.fl., 2012) þar sem gildi frá 0,80 og yfir eru talin þýða framúrskarandi samræmi, 0,60 til 0,79 mjög gott samræmi, 0,40 til 0,59 gott samræmi, 0,20 til 0,39 vafasamt samræmi og gildi lægri en 0,20 ófullnægjandi samræmi. Aðrir hafa bent á að kappa gildi ættu allavega að vera 0,60 eða hærri til að geta talist vera ásættanleg, það er, að samræmi milli matsmanna þurfi að eiga sér stað í að minnsta kosti 60% tilvika til þess að geta talist ásættanlegt (McHugh, 2012). Sé þessari aðlögun beitt við túlkun á kappa stuðlum úr rannsókn Tolins og félaga (2018), er samræmið í öllum tilvikum fullnægjandi þótt samræmið sé breytilegt og sé frá 62%, í tilviki alvarlegs þunglyndis og þráhyggju-áráttu röskunar og upp í 88% fyrir greiningu felmtursröskunar, sé miðað við greiningu einstakra raskana.

Endurmatsáreiðanleiki DIAMOND viðtalsins var einnig skoðaður í rannsókn Tolins og félaga (2018). Í tilviki kvíðaraskana voru kappa stuðlar frá 0,68, fyrir almenna kvíðaröskun, og upp í 0,96 fyrir felmtursröskun, og voru þeir til dæmis 0,86 fyrir félagskvíðaröskun og 0,75 fyrir greiningu einhverjar kvíðaröskunar. Fyrir greiningu einhverjar þunglyndisröskunar var kappa stuðullinn 0,76, og stuðlarnir 0,72 fyrir alvarlega þunglyndisröskun en lægri fyrir þráláta þunglyndisröskun, eða 0,59. Kappastuðlar fyrir endurmat á þráhyggju-árátturöskun var 0,83 og var 0,95 fyrir einhverja röskun úr þeim flokki. Sé sömu aðlöguðu viðmiðunum beitt við túlkun þessara kappagilda og gert var hér að ofan, þá telst endurmatsáreiðanleiki DIAMOND viðtalsins vera ásættanlegur fyrir allar greiningar sem skoðaðar voru, fyrir utan þráláta þunglyndisröskun, en þar var samræmið 59%.

Í rannsókn Tolins og félaga (2018) eru einnig birtar upplýsingar um samleitniréttmæti geðgreininga í DIAMOND viðtalinu, þar sem sjálfsmatsspurningalistar voru lagðir fyrir. Niðurstöðurnar sýna almennt góða samleitni

tiltekinna geðgreininga og skora á viðeigandi listum sem mæla kjarnaefinkenni greininganna og var marktækur munur á meðaltölum hópa sem uppfylltu viðmið tiltekinna greiningar og þeirra sem gerðu það ekki, í öllum tilvikum nema einu. Til dæmis hafði hópur þeirra sem greindist, samanborið við þá sem ekki greindust, hærra meðaltal á viðeigandi spurningalista í tilviki almennrar kvíðaröskunar og mælinga á þrálátum áhyggjum, félagskvíðaröskunar og mælinga á ótta og forðun í félagslegum aðstæðum, þrálátrar þunglyndisröskunar og alvarlegrar þunglyndisröskunar og mælinga á þunglyndiseinkennum, og þráhyggju-árátturöskunar og mælinga á einkennum þeirrar röskunar. Áhrifastærð Cohens (Cohens d) var á bilinu 0,52 til 1,56 í þessum samanburðum sem bendir til miðlungs til mikils munar milli fólks með og án tiltekna greiningu í hverju tilviki fyrir sig. Niðurstöður styðja einnig samleitniréttmæti allra greininga í flokki þráhyggju-áráttu og skyldra raskana, geðhvarfaraskana, vímuefnaröskunar og ADHD. Samantekið styðja þessar niðurstöður samleitniréttmæti mismunandi geðgreininga sem fást með DIAMOND geðgreiningarviðtalinu.

Samanburður DIAMOND við MINI

Eins og áður hefur komið fram, fæst með DIAMOND viðtalinu, mat í takt við uppfærðar skilgreiningar á greiningarviðmiðum geðraskana, en íslensk þýðing MINI viðtalsins byggir á eldri skilgreiningum geðraskana. Samanborið við MINI 5.0 þá er DIAMOND yfirgrípsmeira þar sem í viðtalinu eru metnar fleiri raskanir og er til dæmis hægt með DIAMOND að meta sértæka fælni, heilsukvíða, hringlyndi, átkastaröskun, ofvirkni með athyglisbrest, líkamsskynjunarröskun, hárreiti- og húðkroppunarröskun, söfnunarröskun, kækjaraskanir og líkömnunarraskanir, sem ekki er hægt með MINI. Í DIAMOND viðtalinu eru ákveðnar lykilsurningar sem þarf að spyrja en auk þeirra eru fjölmargar aukaspurningar sem eru hjálplegar til að fá frekari upplýsingar til að svara lykilsurningunum. Í MINI 5.0 eru ekki til staðar slíkar hjálparspurningar en gert er ráð fyrir að sá sem tekur viðtalið spyrji frekar út í ákveðin atriði þegar þess er þörf. Þessar hjálparspurningar

lengja DIAMOND viðtalið en eru á sama tíma viðbót sem gagnast sérstaklega vel þegar um þjálfun í mati á geðrænum vanda er að ræða. Að lokum má líka nefna að öllum er frjálst að nota DIAMOND sér að kostnaðarlausu en greiða þarf fyrir notkun MINI viðtalsins.

Skimunarlisti fyrir DIAMOND geðgreiningarviðtalið

Skimunarlisti fylgir DIAMOND viðtalinu og er hann ætlaður til skimunar einkenna geðraskana sem metnar eru í því. Skimunarlistinn samanstendur af 30 spurningum með tveimur svarkostum og segir til um hvort einkennið sé til staðar eða ekki að mati svaranda (Hartford HealthCare, 2025). Spurning um almenna kvíðaröskun úr listanum er í töflu 2. Listinn getur því verið gagnlegur ef notkun hans sparar tíma sem það tekur að meta einkenni geðraskana með viðtalinu sjálfu.

Því miður hafa engar upplýsingar um próf-fræðilega eiginleika listans, hvorki upprunalegu ensku gerðina eða aðrar, verið birtar. Það er því enn sem komið er óljóst hversu vel svör á listanum segja til um hvort röskun sé til staðar eða ekki samkvæmt viðtalinu sjálfu. Slíkum upplýsingum þarf að safna svo hægt sé að leggja mat á gagnsemi listans og eru ákvarðandi yfirleitt byggðar á næmi (e. sensitivity), sértækni (e. specificity), jákvæðu forspárgildi (e. positive predictive power) og neikvæðu forspárgildi (e. negative predictive power) mælitækja auk þess sem upplýsingar um nákvæmni (e. accuracy) eru stundum notaðar (Garb o.fl., 2025). Næmi matstækis segir til um hversu vel það ber kennsl á þá sem sannarlega hafa tiltekna röskun (þ.e. eru sannarlega veikir eða sannir jákvæðir) og sértækni sýnir hversu vel það ber kennsl á þá sem sannarlega hafa ekki tiltekna röskun (þ.e. eru sannarlega heilbrigðir eða sannir neikvæðir). Jákvætt forspárgildi segir til um hlutfall þeirra sem sannarlega hafa röskun í hópi þeirra sem skimast jákvæðir fyrir henni og neikvætt forspárgildi segir til um hlutfall þeirra sem sannarlega hafa ekki tiltekna röskun í hópi þeirra sem skimast neikvæðir fyrir henni. Nákvæmni skimunarlista lýsir hlutfalli rétttrar niðurstöðu á listanum (sannir jákvæðir (veikir) og sannir

neikvæðir (heilbrigðir) miðað við heildarfjölda þeirra sem voru skimaðir. Almenn er næmi og sértækni mælitækis ekki háð tíðni röskunar í þeim úrtökum sem upplýsingunum er safnað úr en jákvætt og neikvætt forspárgildi eru það (Trevethan, 2017).

Þessi rannsókn

Hópur fagfólks stóð að þýðingu DIAMOND viðtalsins ásamt skimunarlista sem fylgir því. Um samstarfsverkefni sálfræðideilda Háskóla Íslands, Háskólans í Reykjavík og geðsviðs Landspítalans er að ræða. Fyrsta útgáfa þýðingarinnar er í notkun í rannsókn sem stendur núna yfir á árangri og breytingaferlum í atferlissvirkjun-armeðferð við yfirstandandi þunglyndi og er skráð í gagnagrunnum fyrir klínískar rannsóknir (NCT06322420). Þessi fyrsta útgáfa hefur ekki verið gefin formlega út en hópurinn vinnur að annarri útgáfu þýðingarinnar sem fyrirhugað er að gefa formlega út og verður aðgengileg öllum fagaðilum.

Markmið þessarar greinar er að gera grein fyrir niðurstöðum úr fyrstu viðtölum árangursrannsóknarinnar sem enn er í gangi, með áherslu á að skoða samræmi milli niðurstöðu matsviðtala og skimunarlista fyrir þær geðraskanir sem eru algengastar samkvæmt viðtalinu. Notaðar eru niðurstöður viðtala við 44 aðila sem mættu í matsviðtal í árangursrannsókninni þar sem helstu upplýsingum var safnað til að meta inntöku- og útilokunarskilyrði fyrir þátttöku. Skoðað er hvert næmi og sértækni DIAMOND skimunarlistans er miðað við niðurstöðu DIAMOND matsviðtalsins auk þess sem nákvæmni listans er skoðuð. Upplýsingar um jákvætt og neikvætt forspárgildi mælitækja eru mun háðari tíðni greininga í úrtökum (Garb o.fl., 2025; Trevethan, 2017). Vegna úrtaksstærðar og eðli rannsóknarinnar sem gögn þessarar greinar koma úr, var því ákveðið að greina ekki forspárgildi listans að þessu sinni.

Aðferð

Þátttakendur

Alls voru matsviðtöl tekin við 44 aðila sem höfðu samband við rannsakendur í kjölfar auglýsinga á

samfélagsmiðlum um rannsókn á árangri atferlissvirkjunarmeðferðar (behavioural activation) við yfirstandandi alvarlegu þunglyndi sem var veitt fólki endurgjaldslaust. Um hentugleikaúrtak er að ræða. Upphaflega höfðu 82 aðilar samband og voru stutt skimunarviðtöl í gegnum síma tekin við 77 þar sem spurt var út í helstu inntöku- og útilokunarskilyrði árangursrannsóknarinnar. Þau helstu voru að vera 18 til 65 ára, upplifa einhver þunglyndiseinkenni í að minnsta kosti tvær vikur samfleytt undanfarinn mánuð, óbreytt lyfjagjöf vegna þunglyndis undanfarna tvo mánuði ef lyfjameðferð var til staðar, að vera ekki í virkri sálfræðimeðferð og hafa ekki greindan geðhvarfasjúkdóm. Af þeim 77 sem kláruðu símaskimunina, var 53 boðið í matsviðtal til rannsakenda og mættu 44 þeirra í bókað viðtal. Gögn sem sagt er frá í þessari grein byggja því á svörum þessara 44 aðila sem höfðu áhuga á meðferð við yfirstandandi þunglyndi, höfðu farið í gegnum fyrrgreinda símaskimun og mættu til rannsakenda til nánara mats á geðgreiningum. Af þeim voru 20 karlar á aldrinum 19 til 54 ára og 24 konur á aldrinum 19 til 63 ára. Helstu upplýsingar um bakgrunn þátttakendahópsins eru birtar í töflu 4. Framkvæmd þátttakendaöflunar í rannsókninni er lýst nánar hér á eftir.

Mælitæki

DIAMOND geðgreiningarviðtal

DIAMOND viðtalinu (Tolin o.fl., 2018) hefur verið lýst ítarlega í inngangi greinarinnar. Viðtalið er hálfstaðlað greiningarviðtal fyrir helstu geðraskanir sem skilgreindar eru í DSM-5 greiningarkerfinu. Nýjasta útgáfa viðtalsins, DIAMOND útgáfa 1.5, sem var í boði við upphaf rannsókna, var notuð. Í viðtalinu er hægt að meta greiningarviðmið alls sex tegunda kvíðaraskanagreininga, átta lyndisraskanagreininga, fimm þráhyggju-árátta og tengdra greininga, tveggja líkömnunarraskanagreininga, þriggja áfalla- og streitutengdra greininga, fjöggra átröskunargreininga, greiningu vímuefnaneysluröskunar, fjögurra tegunda taugaþroskagreininga, fjöggra geðrofsraskanagreininga, auk greininga geðraskana af völdum lyfja, vímuefna eða líkamlegra orsaka. Skimun fyrir sjálfsvígshættu fylgir

einnig viðtalinu. Eins og fram hefur komið, sýnir rannsókn Tolin og félaga (2018) á bandarískri útgáfu viðtalsins, að áreiðanleiki matsmanna er góður eða viðunandi (Kappa stuðlar voru frá 0,60) og er endurmatsáreiðanleiki flestra þeirra það einnig (Kappa stuðlar voru frá 0,59).

DIAMOND skimunarlisti

DIAMOND skimunarlistinn er ætlaður til skimunar einkenna sem geta bent til geðraskana sem hægt er að meta betur í viðtalinu. Listinn er því einungis ætlaður sem skimunartæki og er ekki ætlaður til að staðfesta geðgreiningar. Skimunarlistinn samanstendur af samtals 30 spurningum sem viðkomandi á að svara með já eða nei og er jákvætt svar í öllum tilvikum í samræmi við að einkennið sé til staðar. Yfirleitt er ein spurning um lykileinkenni hverrar röskunar en þó eru tvær spurningar notaðar til að skima fyrir einkennum þráhyggju-árátturöskunar, geðklofa og athyglisbrests með ofvirkni. Engar prófræðilegar upplýsingar eru til um listann enn sem komið er.

Þýðingarvinna

Hópur sálfræðinga frá Háskóla Íslands, Háskólanum í Reykjavík og Geðsviði Landspítala stóð að þýðingu viðtalsins og eru höfundar þessarar greinar. Undirbúningur fyrstu útgáfu þýðingarinnar sem er notuð í þessari rannsókn, fór fram í þremur skrefum. Í fyrsta skrefi var hver kafla í viðtalinu þýddur af einum eða tveimur aðilum sem höfðu reynslu af vinnu með þann vanda í sínu klíniska starfi. Sú þýðing var síðan yfirfarin af öðrum aðila en hafði upphaflega þýtt kaflann. Að lokum fóru tveir úr þýðendahópnum yfir viðtalið í heild sinni til að gæta að samræmi í orðanotkun milli kafla í viðtalinu. Að þessum þremur skrefum loknum, var fyrst útgáfu viðtalsins útbúin og notuð í þessari rannsókn. Skimunarlistinn byggði einnig á þessari útgáfu þýðingarinnar. Fyrirhugað er að endurskoða þessa fyrstu útgáfu viðtalsins í kjölfar reynslu úr fyrirlögnum í þessari rannsókn, auk þess sem gert er ráð fyrir að sálfræðingar utan þýðingahópsins fari yfir þýðinguna og geri tillögur að breytingum ef þörf er á. Umsjón með þýðingu viðtalsins hafa haft Ragnar P. Ólafsson og Þórður Örn Arnarson frá Háskóla Íslands,

Brynjar Halldórsson frá Háskólanum í Reykjavík og Solveig Erna Jónsdóttir frá Landspítala.

Framkvæmd

Eins og komið hefur fram, er þessi rannsókn hluti af viðameiri gagnasöfnun í stærri rannsókn á árangri atferlismarknaðar við þunglyndi, sem framkvæmd er með leyfi Vísindasiðanefndar. Framkvæmdalýsingin hér á einungis við um þau gögn sem birt eru í þessari grein. Auglýst var eftir fólki á samfélagsmiðlum sem taldi sig vera þunglynt og gæti nýtt sér meðferð við því. Áhugasamir sendu tölvupóst til rannsókenda sem sendu kynningarefni um rannsóknina auk þess að óska var eftir frekari upplýsingum til að geta haft samband og framkvæma skimunarviðtal í síma. BS nemar í sálfræði fengu þjálfun í framkvæmd skimunarviðtalsins og hringdu síðan í fólk til að bjóða því tíma í matsviðtal ef það uppfyllti líklega inntökuskilyrði í rannsóknina samkvæmt niðurstöðu símaskimunarinnar. Inntökuviðtalið fór fram í húsnæði Sálfræðideildar Háskóla Íslands. Gögnum sem er lýst í þessari grein, var safnað í fyrri matsheimsókn af tveimur og var það viðtal tekið af meistaranema í klínískri sálfræði. Gagnasöfnun í því viðtali fór þannig fram að, eftir að hafa lesið upplýsingar um rannsóknina og undirritað samþykki fyrir þátttöku í henni, svaraði þátttakandi DIAMOND skimunarlistanum og eftir það var DIAMOND geðgreiningarviðtalið lagt fyrir. Sá sem tók viðtalið hafði ekki aðgang að niðurstöðum skimunarlistans.

Þrír nemar á seinna ári í meistaranámi í klínískri sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, tóku matsviðtölin í þessari rannsókn, utan tveggja viðtala sem tekin voru af tveimur doktorsnemum í sálfræði við sama skóla, sem einnig voru sálfræðingar. Matsviðtölin fóru fram á tímabilinu febrúar til apríl 2024. Allir matsaðilar luku annars vegar þriggja klukkustunda þjálfun í notkun viðtalsins á vegum stofnunarinnar sem gefur viðtalið út (*Institute of Living* hjá *Hartford Health Care Corporation* í Bandaríkjunum). Auk þess sóttu meistaranemar tvo tveggja tíma æfingafundi með rannsókendum, sem meðal annars innihélt hlutverkaleiki í notkun viðtalsins. Vikulegir handleiðslufundir voru haldnir á meðan matsviðtöl fóru fram þar sem vafamál voru rædd auk þess

sem doktorsnemar ræddu einstaka viðtöl eftir að hafa hlustað á hljóðupptökur af viðtölum, en öll viðtöl í rannsókninni voru tekin upp. Óháðir matsaðilar voru starfandi sálfræðingar, sem hlustuðu á upptökur tólf viðtala, eða um 27% allra viðtala í rannsókninni. Samræmi milli mats þeirra og niðurstöðu í matsviðtali var gott, eða frá 83% fyrir greiningu alvarlegrar þunglyndisröskunar, upp í 100% fyrir greiningu þráhyggju-árátturöskunar.

Tölfræðileg úrvinnsla

Lýsandi tölfræði var notuð til að gefa yfirlit yfir bakgrunn þátttakenda í úrtaki rannsóknarinnar og helstu niðurstöðu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og skimunarlistans. Til að lýsa eiginleikum DIAMOND skimunarlistans var næmi, sértækni og nákvæmni reiknuð byggt á svörum þátttakenda við atriði skimunarlistans hverju sinni (hvort því væri svarað játandi eða neitandi) og niðurstöðu matsaðila hvort tiltekin geðröskun væri til staðar eða ekki samkvæmt viðtalinu. Hefðbundnum reikniðferðum var beitt (t.d. Treveltham, 2017). Næmni atriða skimunarlistans var fengin með eftirfarandi jöfnu: sannir jákvæðir / (sannir jákvæðir + falskir neikvæðir). Sértækni atriða listans var fengin með eftirfarandi jöfnu: sannir neikvæðir / (sannir neikvæðir + falskir jákvæðir). Nákvæmni var fengin með eftirfarandi jöfnu: (sannir jákvæðir + sannir neikvæðir) / (sannir jákvæðir + sannir neikvæðir + falskir jákvæðir + falskir neikvæðir). Þessir útreikningar voru gerðir fyrir þær geðgreiningar sem 10 eða fleiri aðilar höfðu fengið samkvæmt viðtalinu. Ekki er til vinnuregla um þetta en af augljósum ástæðum eru slíkar upplýsingar gagnsminni eftir því sem þær byggja á færri aðilum og var því ákveðið að miða við 10 aðila að lágmarki. Næstu raskanir þar á eftir töldu 6 og 5 aðila.

Niðurstöður

Eins og fram kemur í töflu 4, var meðalaldur í úrtakinu 38,2 ár og var meðalaldur kvenna hærri en karla. Aldursmunur kynja var þó ekki marktækur samkvæmt t-prófi fyrir óháða hópa ($t(42)=-1,18, p=0,245$). Upplýsingar um menntun, atvinnu, hjúskaparstöðu og kynþátt eru einnig birtar í töflu 4.

Tafla 4 Bakgrunnur þátttakenda.

	Heildarúrtak (n=44)		Karlar (n=20)		Konur (n=24)	
Aldur M (Sf)	38,2	(11,9)	35,9	(11,0)	40,1	(12,5)
Menntun, n (%)						
grunnskólapróf	11	(25,0)	7	(35,0)	4	(16,7)
lokið framhaldsskóla	14	(31,8)	7	(35,0)	7	(29,2)
háskólapróf	19	(43,2)	6	(30,0)	13	(54,2)
Atvinna, n %						
full vinna	22	(50,0)	10	(50,0)	12	(50,0)
hlutavinna	9	(20,5)	6	(30,0)	3	(12,5)
nemi	5	(11,4)	3	(15,0)	2	(8,3)
annað	8	(18,2)	1	(5,0)	7	(29,2)
Hjúskaparstaða, n %						
einstæð(ur)	18	(40,9)	8	(40,0)	10	(41,7)
í sambandi	23	(52,3)	12	(60,0)	11	(45,8)
annað	3	(6,8)	0	(0,0)	3	(12,5)
Kynþáttur						
hvítur (af evróskum uppruna)	43	(97,7)	20	(100,0)	23	(95,8)
Annað	1	(2,3)	0	(0,0)	1	(4,2)

Meðalfjöldi geðgreininga sem þátttakendur fengu í viðtalinu var 3,2 og var fjöldinn á bilinu ein til níu greiningar. Allir þátttakendur uppfylltu því greiningaskilmerki fyrir einhverja geðröskun. Í töflu 5 er birtur fjöldi og hlutfall þátttakenda sem uppfyllti greiningarviðmið fyrir hverja röskun. Þó eru tölur ekki birtar fyrir allar raskanir sem hægt er að meta með viðtalinu. Til að staðfesta greiningu á ADHD þarf upplýsingar til viðbótar við niðurstöður matsviðtals og er sú geðgreining því ekki tekin með hér. Vegna þess að engir þátttakendur uppfylltu greiningaviðmið fyrir kækjaröskun, lyfja-vímuefnaframkölluð röskun, geðrofsraskanir, og aðrar tilgreindar/ótilgreindar raskanir, var þeim sleppt í töflunni.

Algengast var að þátttakendur greindust með alvarlega þunglyndisröskun og fengu 56,8% þátttakenda þá greiningu. Þrálát þunglyndisröskun var greind hjá 36,4% þátttakenda. Af kvíðaröskunum var algengast að þátttakendur uppfylltu greiningarviðmið fyrir félagskvíðaröskun, eða 47,7% þeirra og þar á eftir var almenn kvíðaröskun sem greindist í 34,1% tilvika. Í töflu 5 kemur að auki fram að einhver þunglyndisröskun

greindist hjá 79,5% þátttakenda og einhver kvíðaröskun hjá 68,2% þeirra. Aðrar raskanir voru fátíðari í úrtaki rannsóknarinnar. Þó var þráhyggju-árátturöskun og átkastaröskun greind í 11,4% tilvika og líkamsskynjunarröskun og áfallastreituröskun í 9,1% tilvika.

Vísbendingar um geðgreiningar samkvæmt DIAMOND skimunarlista og samræmi milli viðtals og lista í völdum flokkum geðgreininga

Hlutfall jákvæðra svara var hæst á atriðum um lykileinkenni þunglyndislotu og þrálátrar þunglyndisröskunar, eða 100% (sjá töflu 6). Lægst var það í spurningum um ranghugmyndir og ofskynjanir, eða 11,4% og 13,6%.

Samræmi milli niðurstöðu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og skimunarlistans var skoðað með því að reikna næmi, sértækni og nákvæmni fyrir fjórar algengustu geðgreiningarnar samkvæmt DIAMOND viðtalinu í þessari rannsókn. Niðurstöðurnar eru birtar í töflu 7.

Næmi var hátt fyrir allar greiningarnar fjórar, eða á bilinu 90,5% til 100%. Upplýsingar um

Tafla 5 Yfirlit yfir fjölda og hlutfall helstu geðgreininga samkvæmt DIAMOND geðgreiningarviðtalinu hjá 44 aðilum sem komu í inntökuviðtal í rannsókninni.

	n	%
Kviðaraskanir		
Félagskviðaröskun	21	47,7
Felmtursröskun	4	9,1
Viðáttufælniröskun	1	2,3
Almenn kviðaröskun	15	34,1
Sértæk fælni	4	9,1
Aðskilnaðarkviðaöskun	1	2,3
Einhver kviðaröskun	30	68,2
Geðhvarfaraskanir		
Geðhvarfaröskun tegund I	1	2,3
Geðhvarfaröskun tegund II	2	4,5
Hringlyndisröskun	0	0,0
Einhver geðhvarfaröskun	3	6,8
Þunglyndisraskanir		
Alvarleg þunglyndisröskun	25	56,8
Þrálát þunglyndisröskun	16	36,4
Þunglyndisröskun, fylgir tíðarhring	3	6,8
Einhver þunglyndisröskun	35	79,5
Þráhyggju-áráttu og skyldar raskanir		
Þráhyggju-árátturöskun	5	11,4
Líkamsskynjunarröskun	4	9,1
Söfnunarröskun	0	0,0
Hárreitiröskun	0	0,0
Húðkroppunarröskun	1	2,3
Einhver þráhyggju-áráttutengd röskun	9	20,5
Áfallaraskanir		
Áfallastreituröskun	4	9,1
Bráð streituröskun	0	0,0
Aðlögunarröskun	2	4,5
Einhver áfallatengd röskun	6	13,6
Átraskanir		
Lystarstol	0	0,0
Lotugræðgi	1	2,3
Átkastaröskun	5	11,4
Fæðuforðunarröskun	0	0,0
Einhver átröskun	6	13,6
Líkömnunarraskanir		
Líkamseinkennarröskun	0	0,0
Heilsukviðaröskun	1	2,3
Vímuefnaneysluröskun		
Yfirstandandi	6	13,6

Ath. Einkenni eftirtaldrá raskana voru metin í viðtalinu en þær eru ekki hafðar með í töflunni: ADHD, kækjaröskun, Lyfja-vímuefnaframkölluð röskun, geðrofsraskanir, aðrar tilgreindar/ótilgreindar raskanir.

sértækni atriðanna benda hins vegar til að atriðin nái misjafnlega að aðgreina þau tilvik sem ekki uppfylla greiningarviðmið fyrir þessar raskanir í viðtali. Í tilviki félagskviðaröskunar svörðu

53,8% þeirra sem ekki hafa röskunina, viðeigandi skimunaratriði neitandi. Samsvarandi hlutfall var mun lægra fyrir þá sem greinast með almenna kviðaröskun, eða einungis 17,2%. Þátttakendur

Tafla 6 Fjöldi og hlutfall þeirra sem hugsanlega mæta greiningaviðmiðum tiltekinna geðraskanna samkvæmt svörum á DIAMOND skimunarlistanum.

	n	já %	n	Nei %
Félagskviði	35	79,5	9	20,5
Felmtur	33	75,0	11	25,0
Viðáttufælni	14	31,8	30	68,2
Almennur kviði	38	86,4	6	13,6
Sértæk fælni	24	54,5	20	45,5
Aðskilnaðarkviði	14	31,8	30	68,2
Örlyndi	8	18,2	36	81,8
Þrálátt þunglyndi	44	100,0	0	0,0
Þunglyndislota	44	100,0	0	0,0
Þunglyndi tengt tíðarhring	16	36,4	28	63,6
Þráhyggja	15	34,1	29	65,9
Áráttá	13	29,5	31	70,5
Líkamsskynjun	24	54,5	20	45,5
Söfnun	24	54,5	20	45,5
Hárreiti	37	84,1	7	15,9
Húðkropp	30	68,2	14	31,8
Líkamseinkenni	28	63,6	16	36,4
Heilsukviði	24	54,5	20	45,5
Áfallaáttburður	22	50,0	22	50,0
Aðlögunarvandi	39	88,6	5	11,4
Lystarstol	13	29,5	31	70,5
Lotugræðgi	20	45,5	24	54,5
Matarforðun	11	25,0	33	75,0
Áfengisnotkun	29	65,9	15	34,1
Vímuefnanotkun	20	45,5	24	54,5
Athygli (ADHD)	37	84,1	7	15,9
Ofvirkni (ADHD)	26	59,1	18	40,9
Kækir	11	25,0	33	75,0
Ranghugmyndir	5	11,4	39	88,6
Ofskynjanir	6	13,6	38	86,4

sem greinast með alvarlega eða þráláta þunglyndisröskun svöruðu viðeigandi atriðum aldrei neitandi.

Umræður

Fyrirlögn fyrstu þýðingar DIAMOND geðgreiningarviðtalsins gekk almennt vel í þessari frumathugun. Skimunarlisti fylgir DIAMOND

viðtalinu sem inniheldur eina til tvær spurningar um lykileinkenni þeirra raskana sem eru metnar í viðtalinu. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna, að fyrir fjórar algengustu raskanirnar sem voru félagskviðaröskun, almenn kviðaröskun, alvarleg þunglyndisröskun og þrálát þunglyndisröskun, var samræmi mjög gott milli listans og viðtals þegar um tiltekna geðröskun var að ræða, og var næmi þessara skimunatriða á bilinu 90,5% til

Tafla 7 Samræmi í niðurstöðu DIAMOND viðtals og skimunarlista. Taflan sýnir næmi (sensitivity), sértækni (specificity) og nákvæmni (accuracy) í hlutföllum (%) fyrir fjórar algengustu geðraskanirnar miðað við niðurstöðu í DIAMOND geðgreiningarviðtali í rannsókninni (N=44).

Atriði á DIAMOND skimunarlistanum fyrir...	Næmi	Sértækni	Nákvæmni
...félagskvíðaröskun	90,5%	53,8%	76,5%
...almenna kvíðaröskun	93,3%	17,2%	43,2%
...alvarlega þunglyndislotu/röskun	100,0%	0,0%	56,8%
...þráláta þunglyndisröskun	100,0%	0,0%	36,4%

100%. Gott næmi bendir til að skimunin mun í lang flestum tilvikum fanga þau tilvik sem uppfylla greiningarviðmið þessara raskana í geðgreiningarviðtali. Hins vegar var sértækni atriðanna mun minni. Atriði um félagskvíðaröskun var svarað játandi þegar hún er ekki til staðar í rétt tæplega helmingi tilvika og atriði fyrir hinar raskanirnar þrjár höfðu minni sértækni. Samantekið benda niðurstöðurnar til að skimun geðraskana með listanum muni bera kennsl á langflest tilvik sem greinast með þessar raskanir í viðtali (sönn jákvæð tilvik) en að skimunin muni einnig benda til að um röskun gæti verið að ræða þegar svo reynist ekki í viðtali (fölsk jákvæð tilvik). Þessir skimunareiginleikar henta þegar markmiðið er að missa ekki af þeim gætu haft tiltekinn vanda frekar en geta útilokað þá sem mögulega eiga ekki við vandann að stríða (Garb o.fl., 2025; Lavigne o.fl., 2016). Slíkt getur átt við í geðheilbrigðisþjónustu þar sem meðferð og önnur þjónustu veltur á því að skilgreindur vandi sé til staðar og mikilvægt að missa ekki af þeim sem gætu þurft á þjónustu að halda. Notkun skimunarlista með gott næmi, áður en geðgreiningarviðtal er framkvæmt, er hentug leið til þess að ná þessu markmiði.

Eins og áður hefur komið, fram hafa engar niðurstöður enn verið birtar um próffræðilega eiginleika DIAOMOND skimunarlistans. Hægt er að bera niðurstöður þessarar rannsóknar saman við rannsóknir á skimunareiginleikum annarra svipaðra lista, til dæmis skimunarlista sem fylgir DART geðgreiningarviðtalinu sem minnst var á í inngangi. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Pawluks og félaga (2022), var næmi og sértækni DART atriðis um alvarlega þunglyndisröskun 96% og 30%, atriðis um þráláta þunglyndisröskun 95% og 35%, atriðis um félagskvíðaröskun 94%

og 45% og um almenna kvíðaröskun 95% og 20%. Eins og kom fram hér að ofan, var næmi samsvarandi atriði í DIAMOND listanum frá 90,5% til 100%, sem bendir til að næmi beggja lista sé svipað fyrir þessar fjórar geðraskanir. Sértækni DIAMOND atriðis fyrir félagskvíðaröskun var 53,8% og fyrir almenna kvíðaröskun 17,5% og því svipuð og samsvarandi atriða í DART listanum. Sértækni DIAMOND atriða fyrir alvarlega og þráláta þunglyndisröskun var hins vegar engin og því mun lægri en samsvarandi DART atriða. Almennt má segja að þessi samanburður bendi til að skimunareiginleikar íslensku þýðingar DIAMOND skimunarlistans séu svipaðir og eiginleikar enskrar gerðar DART listans þegar um þessar fjórar geðraskanir er að ræða en mjög mikilvægt er að rannsaka íslenska þýðingu skimunarlistans frekar.

Mikilvægt er að hafa í huga eðli úrtaksins í þessari rannsókn þegar niðurstöður hennar eru skoðaðar. Meðalfjöldi geðgreininga í úrtakinu var 3,2 og uppfyllti meirihluti þátttakenda greiningarviðmið fyrir einhverja þunglyndisröskun (79,5%) eða kvíðaröskun (68,2%) þar sem félagskvíðaröskun og almenn kvíðaröskun voru algengastar kvíðaraskana en alvarleg þunglyndisröskun og þrálát þunglyndisröskun í hópi þunglyndisraskana. Þessar tölur eru í takt við tilgang rannsóknarinnar sem gögnin koma úr, en auglýst var eftir þátttakendum til að taka þátt í rannsókn á árangri meðferðar við þunglyndi. Algengi þunglyndis- og kvíðaraskana í rannsókninni er því hærra miðað við þekktar tölur úr erlendum faraldsfræðilegum rannsóknum (sjá t.d. APA, 2013; Clarke o.fl., 2013). Séu upplýsingar um tíðni geðgreininga í þessari rannsókn, bornar saman við sambærilegar upplýsingar úr úrtaki Tolins og félaga (2018) þar sem upprunaleg ensk útgáfa viðtalsins var

rannsökuð, þá var meðalföldi geðgreininga í þeirra rannsókn 2,45 og uppfylltu um 62% greiningaviðmið fyrir einhverja kvíðaröskun og um 49% viðmið um einhverja þunglyndisröskun. Þessi munur í samsetningu úrtaka sýnir hve úrtaksháðar tölur um algengi geðgreininga geta verið, og geta áherslur í starfi stofnana og markmið rannsóknarverkefna haft þar talsverð áhrif. Þótt upplýsingar um skimunareiginleika mælitækja svo sem næmi og sértækni, séu almennt ekki háðar algengi geðraskana í úrtökum sem upplýsingarnar koma úr, þá eru upplýsingar um neikvætt og jákvætt forspárgildi matstækja það (Treveltham, 2017). Af þessum ástæðum var ákveðið að birta ekki upplýsingar um forspárgildi hér enda en mikilvægt að safna gögnum í almennari klínískum úrtökum til að fá upplýsingar um forspárgildi skimunarlistans í áframhaldandi rannsóknum.

Helstu takmarkanir

Til að kanna próffræðilega eiginleika íslensku þýðingar DIAMOND viðtalsins hefði verið ákjósanlegast að bera það saman við niðurstöður annars viðtals með þekktu próffræðilega eiginleika eða fyrirlögn viðtalsins sjálfs aftur, en því var ekki hægt að koma við í þessari rannsókn. Það er þó mikilvægt að samræmi milli matsmanna í þeim tólf viðtölum sem óháðir matsmenn hlustuðu á, var mjög gott eða á bilinu 83% til 100%. Þetta bendir til að matsmannaáreiðanleikinn geti verið góður en þarf að rannsaka frekar. Við túlkun niðurstaðna þessarar rannsóknar þarf að hafa í huga að úrtakið var lítið og tilgangur rannsóknarinnar sem gögnin féllu til í, var ekki að skoða próffræðilega eiginleika heldur meðferðarárangur í þunglyndi. Þátttakendur höfðu auk þess komist í gegnum stutta símaskimun áður en að skimun og matsviðtali kom. Þetta hefur mögulega ýtt undir að þátttakendur skimuðust þunglyndir í rannsókninni sem gæti hafa aukið næmi og lækkað sértækni þunglyndisatriða listans. Næmi atriða fyrir félagskvíðaröskun og almenna kvíðaröskun var þó svipuð og næmi þunglyndisatriðanna í rannsókninni sem bendir til að skekkjan hafi mögulega ekki verið mikil. Mjög mikilvægt er að safna viðameiri gögnum um eiginleika viðtalsins og listans í stærra úrtaki þar sem gagnasöfnun

miðar ekki að einni geðgreiningu umfram aðrar, svo áreiðanlegri upplýsingar fáiast um próffræðilega eiginleika matstækjanna í heild, en ekki eingöngu um þunglyndis- og kvíðagreiningar.

Flest matsviðtöl í rannsókninni voru tekin af meistaranemum sem höfðu fengið þjálfun í notkun viðtalsins og fengu handleiðslu á meðan gagnasöfnun stóð. Þótt samræmi hafi verið gott milli nemenda og óháðra matsmanna, sem allir voru reyndir sálfræðingar, byggja þær niðurstöður einungis á hluta greiningaviðtalanna sem þýðir að ekki er hægt að fullyrða um áreiðanleika niðurstaðna matsviðtala í öllu úrtakinu.

Um frumathugun á fyrstu útgáfu þýðingar DIAMOND viðtalsins og listans er að ræða sem líklega á eftir að taka einhverjum breytingum í endurskoðun. Mikilvægt er að frekari upplýsingasöfnun byggji á notkun endurbættrar þýðingar viðtalsins og skimunarlistans. Í þeim rannsóknum ætti einnig að afla upplýsinga um samleitni- og aðgreiningarréttmæti matstækjanna, til dæmis með fyrirlögn annarra mælitækja svo sem spurningalista. Það rennir frekari stöðum undir hugtakaréttmæti mælitækjanna og getur þannig stutt betur við túlkun niðurstaðna sem fást með viðtalinu og skimunarlistanum.

Að lokum

Niðurstöður DIAMOND skimunarlistans fyrir valdar þunglyndis- og kvíðagreiningar í þessari rannsókn, sýna að listinn ofgreinir vanda, og því augljóst að alls ekki á að nota niðurstöðu listans í stað geðgreiningarviðtals í sálfræðilegu mati. Slíkir eiginleikar skimunarlista eru þó eftirsóknarverðir ef tilgangur skimunarinnar er að bera kennsl á tilvik þar sem röskun gæti hugsanlega verið til staðar og áhersla lögð á að missa ekki af slíkum tilvikum sem síðan er hægt að meta nánar með hálfstöðluðu eða stöðluðu geðgreiningarviðtali. Fyrirlögn fyrstu þýðingar DIAMOND geðgreiningarviðtalsins gekk vel í þessari frumathugun og er stefnt að útgáfu endurbættrar þýðingar fljótlega. Þá útgáfu verður hægt að nota samhliða skimunarlistanum í sálfræðilegu mati, að því gefnu að viðameiri gögnum verði safnað sem veitir upplýsingar um greiningareiginleika matstækjanna.

Properties of the first Icelandic translation of the DIAMOND diagnostic interview and screening questionnaire for adults

The Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders (DIAMOND) is a semi-structured interview that can be used to diagnose 35 different mental disorders in adults according to DSM-5 diagnostic criteria. A self-report questionnaire is also available for use alongside the interview for screening purposes. In the present study, data were drawn from the first phase of an ongoing treatment outcome study in depression to investigate the properties of this questionnaire when used to screen for potential diagnoses in the interview. In total, 44 participants ($M = 38.2$ years; $SD = 11.9$ years), including 20 males and 24 females, were assessed with the DIAMOND interview after completing the screening questionnaire. The average number of diagnoses according to the interview was 3.2, ranging from 1 to 9 diagnoses. Diagnostic agreement between the in-session assessment and independently rated audiorecordings of 12 interviews showed good agreement, ranging from 83% for major depressive disorder to 100% for obsessive-compulsive disorder. The most prevalent diagnoses in the sample were major depressive disorder (56.9%), social anxiety disorder (47.7%), persistent depressive disorder (36.4%), and generalized anxiety disorder (34.1%). Compared to the interview, the screening questionnaire showed good sensitivity but sub-optimal specificity for these four diagnoses. These preliminary findings indicate that the first version of the Icelandic translation of the DIAMOND diagnostic interview and its accompanying screening questionnaire can be useful for assessment and research purposes, provided that more extensive research is conducted into their psychometric and diagnostic qualities in larger and more heterogeneous clinical samples.

Keywords: semi-structured interview, screening, psychological assessment, psychometric properties.

Heimildir

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 útg., endurbætt). Höfundur. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 útg.). Höfundur. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brown, T. A., og Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Oxford University Press.
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., Greiner, L., og Kraemer, H. C. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 43–58. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070998>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., og Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders: Clinician version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Garb, H. N., Youngstrom, E. A., Wood, J. M., og Lilienfeld, S. O. (2025). Psychological assessment and clinical judgment. Í J. E. Maddux og B. A. Winstead (Ristj.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (6 útg., bls. 153-173). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003375982>
- Hartford HealthCare. (2025, 9. desember). Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders (DIAMOND) and the Child and Adolescent Version (DIAMOND-KID). <https://giving.hartfordhospital.org/tolin-diamond-training-video/>
- Lavigne, J. V., Feldman, M., Mendelsohn Meyers, K. (2016). Screening for mental health problems: Addressing the base rate fallacy for a sustainable screening program in integrated primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(10), 1081–1090. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw048>
- Lilienfeld, S. O., og Treadway, M. A. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 435–463. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093122>
- McCabe, R. E., Milosevic, I., Rowa, K., Shnaider, P., Pawluk, E. J., Antony, M. M., og DART Working Group. (2021). *Diagnostic assessment research tool (DART) (Version 4)*. St. Joseph's Healthcare/McMaster University.

- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282. <https://doi.org/10.11613/bm.2012.031>
- Schneider, L. H., Pawluk, E. J., Milosevic, I., Shnaider, P., Rowa, K., Antony, M. M., Musielak, N., og McCabe, R. E. (2022). The diagnostic assessment research tool in action: A preliminary evaluation of a semistructured diagnostic interview for DSM-5 disorders. *Psychological Assessment*, 34(1), 21–29. <https://doi.org/10.1037/pas0001059>
- Segal, D. L., og Williams, K. N. (2014). Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: Fundamental issues, applications, and features. Í D. C. Beidel, B. C. Frueh, og M. Hersen (Ritstj.), *Adult psychopathology and diagnosis* (7 útg., bls. 103–129). Wiley.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., og Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM–IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Summerfeldt, L. J., Ovanessian, M. M., og Antony, M. A. (2020). Structured and semistructured diagnostic interviews. Í M. M. Antony og D. H. Barlow (Ritstj.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (3 útg., bls. pp. 74–115). Guilford Press.
- Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., ... og Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/1073191116638410>
- Tolin, D. F., Sain, K. S., Davis, E., Gilliam, C., Hannan, S. E., Springer, K. S., Stubbing, J., George, J. R., Jean, A., Goldblum, R., Katz, B. W., Everhardt, K., Darrow, S., Ohr, E. E., Young, M. E., og Serchuk, M. D. (2023). The DIAMOND-KID: Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders in children and adolescents. *Assessment*, 30(8), 2351–2363. <https://doi.org/10.1177/10731911221143994>
- Trevethan, R. (2017). Sensitivity, specificity, and predictive values: Foundations, pliabilitys, and pitfalls in research and practice. *Frontiers in Public Health*, 5, 307. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00307>
- Widiger, T. A., og Hines, A. (2025). Classification and diagnosis: Historical development and contemporary issues. Í J. E. Maddux og B. A. Winstead (Ritstj.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (6 útg., bls. 131–152). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003375982>
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (10 útg., endurbætt). Höfundur. <https://iris.who.int/handle/10665/42980>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11 útg.). Höfundur. <https://icd.who.int/>