

ADOPT: Affektive Dysregulation – Optimierung von Prävention und Behandlung

Entwicklung eines semistrukturierten Interviews zur Erfassung affektiver Dysregulation bei Kindern im Eltern- und Kinderurteil

Sara Zaplana Labarga, Claudia Ginsberg, Anja Görtz-Dorten, Michaela Junghänel Franziska Frenk, Kristina Mücke, Anne-Kathrin Treier, Josefa Katzmann, Tobias Banaschewski, Jörg M. Fegert, Charlotte Hanisch, Michael Kölch, Ulrike Ravens-Sieberer, Veit Rößner & Manfred Döpfner im Namen des ADOPT Consortiums

Ziel der Studie

Die Diagnose psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ist komplex. Ein Grund dafür ist, dass es häufige Symptomüberschneidungen in verschiedenen psychischen Störungen gibt (McTate & Lefler, 2017). Ein Beispiel dafür ist Affektive Dysregulation (AD). Diese wird als chronische Reizbarkeit, schwere Wutausbrüche und plötzliche negative Stimmungsschwankungen beschrieben (Birkle, Legenbauer, Grasmann & Holtmann, 2017). Diese Symptome können in unterschiedlichen Störungsbildern wie Depression, Oppositionelles Trotzverhalten und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auftreten (Stringaris & Goodman, 2009). Daher postulieren wir ein breites, dimensionales und transdiagnostisches AD-Konzept.

Anhand von semi-strukturierte Interviews ist es möglich, komplexe, dimensionale Konstrukte zu erfassen, da die Symptom schwere einbezogen werden kann (Thöne et al., 2020).

Derzeit existiert kein diagnostisches Verfahren zur Erfassung von AD, welches sowohl in der Lage ist, dimensionale Ansätze zu erfassen, die die Beurteilung der Symptom schwere erlauben als auch kategoriale Diagnosen zu stellen, wie sie im DMS-5 und in der ICD-11 postuliert werden. Das semi-strukturierte Interview DADYS (Diagnostikum für Affektive Dysregulationen bei Kindern; Görtz-Dorten & Döpfner, 2021) für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren, das in einer Eltern- sowie in einer Kinderversion verfügbar ist, soll diese Lücke schließen. Die Ziele der vorliegenden Studie sind:

- 1) Konstruktion von Skalen anhand explorativer Faktorenanalysen,
- 2) Überprüfung der internen Konsistenz,
- 3) Überprüfung der Interrater-Reliabilität anhand einer klinischen Substichprobe mit verschiedenen psychischen Störungen,
- 4) Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität in einer Stichprobe von Kindern mit und ohne AD-Symptome.

Methoden

Studiendesign

Diese Analyse ist Teil des ADOPT-Projekts (Affective Dysregulation - Optimizing Prevention and Treatment), einer multizentrischen Studie, die sechs Teilprojekte (Koordination, Epidemiologie, Neurobiologie, Online, Behandlung und Institution) beinhaltet und in der interdisziplinäre Forschergruppen aus sieben Studienzentren in Deutschland zusammenarbeiten (Döpfner et al., 2019).

DADYS-Interview

In einem ersten Schritt wurde auf der Grundlage einer klinischen Pilotstudie ein vorläufiger Fragebogen und ein klinisches Interview zur Beurteilung von AD bei Kindern mit einem breiten Spektrum von Störungen entwickelt. Aus vier bereits existierenden Fragebogen (Emotion Regulation Checklist, ERC, Shields & Cicchetti, 1997; Affective Reactivity Index, ARI, Stringaris et al., 2012; Fremdbeurteilungsbogen-Störung des Sozialverhaltens FBB-SSV, Döpfner & Görtz-Dorten, 2017; Parent Proxy Anger Scale, PROMIS, Irvin et al., 2011) wurden Items ausgewählt, die sich auf AD beziehen. Diese Items wurden ins Deutsche übersetzt und zu einem umfassenden Instrument zur Einschätzung der AD durch Eltern und Kinder zusammengesetzt. Basierend auf den Items des Fragebogens wurde ein klinisches Interview mit Eltern und Kindern zur Beurteilung von AD bei Kindern entwickelt. Das Interview für Eltern (DADYS-EI, Görtz-Dorten & Döpfner, 2021) besteht aus 24 Items (13 Symptomitems, 5 Items zum Leidensdruck, 5 zusätzliche Items zur DMDD-Diagnose und ein Item zur globalen AD-Beurteilung) und das Interview für Kinder (DADYS-KI, Görtz-Dorten & Döpfner, 2021) besteht aus 15 Items (10 Symptomitems und 5 Items zum Leidensdruck).

Beschreibung der Stichproben

Gemeindestichprobe

Anhand einer Screeningprozedur wurden Kinder im Alter zwischen acht und zwölf Jahren in vier deutschen Städten (Dresden, Ulm, Köln und Mannheim) zufällig durch das Einwohnermeldeamt ausgewählt und angeschrieben. Basierend auf den Screeningdaten wurden Gruppen von Kindern mit niedriger und hoher AD anhand eines Cut-Offs definiert, der mittels einer statistischen Falldefinition (10. Perzentil) festgelegt wurde (siehe Otto et al., 2020). Mit $N = 391$ Familien mit Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren (44 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 10,64$ Jahre, $SD_{\text{Alter}} = 1,33$) wurde das DADYS-Interview durchgeführt. Zudem wurden weitere Diagnoseverfahren eingesetzt, unter anderem der DADYS-Fragebogen für Eltern und Kinder (DADYS-EF und DADYS-KF, Görtz-Dorten et al., 2018; Otto et al., 2018, Ginsberg et al., 2021), der ebenfalls AD-Symptome erfasst.

Literatur

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). In Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit Deutschen Normen, eds B. V. M. Döpfner, J. Plöck, S. Bölle, K. Lenz, P. Melchers, and K. Heim (Köln: Arbeitsgruppe Kinder Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD)); Birkle, S. M., Legenbauer, T., Grasmann, D., & Holtmann, M. (2017). Disruptive Affektregulationsstörung: eine umstrittene neue Diagnose im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (2), 98-103. Döpfner, M., and Görtz-Dorten, A. (2017). Diagnostik-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III [Diagnostic System of Mental Disorders in Children and Adolescents based on the ICD-10 and DSM-5] (DSY-P5-III). Göttingen: Hogrefe. BMC Psychiatry, 19, 264. Döpfner, M., Katzmann, J., Hanisch, C., Fegert, J.M., Kölch, M., Ritschel, A., Treier, A.-K., Helmrich, M., Roesserer, V., Ravens-Sieberer, U., Banaschewski, T., Görtz-Dorten, A., and on behalf of the ADOPT Consortium (2019). Affective Dysregulation in childhood – optimizing prevention and treatment: protocol of three randomized controlled trials in the ADOPT study. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2239-8>. Döpfner, M., Plöck, J., Kinnen, C., and Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2014). CBCL Handbuch-Schulter. Manual zum Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/6-18R), zum Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R) und zum Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Göttingen: Hogrefe. Ginsberg et al., 2021 (unpublished manuscript); Görtz-Dorten et al., 2018 (unpublished manuscript); Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2021). Diagnostic Tool for Affective Dysregulation in Children (German: Diagnostikum für Affektive Dysregulationen bei Kindern). DADYS. University of Cologne, Germany; Görtz-Dorten, A., Thöne, A.-K., and Döpfner, M. (2020). DISYPS-ILF: Interviewleitfaden zum Diagnostik-System für psychische Störungen für Kinder- und Jugendliche [Manual submitted for publication]. Göttingen: Hogrefe/Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 32, 175-182. Irwin, D.E., Stucky, B.D., Langley, M.M., Thissen, D., DeWitt, E.M., Lai, J.-S., Yeatts, K.B., Viani, J.W., DeWalt, D.A. (2011). PROMIS Pediatric Anger Scale: an item response theory analysis. *Qual Life Res*. DOI 10.1007/s11136-011-9969-5. Koo, T. K., and Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J. Chiropr. Med*. 15, 155–163. doi: 10.1016/j.jcm.2015.02.012. McTate, E. A., Lefler, J. M. (2017). Diagnosing disruptive mood dysregulation disorder: Integrating semi-structures and unstructured interviews. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22 (2), 187-203. Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*, 2nd Edn. New York, NY: McGraw- Hill. Otto, C., Wästner, A., Barkmann, C., Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Ginsberg, C., Zaplana Labarga, S., Treier, A.-K., Rößner, V., Hanisch, C., Kölch, M., Banaschewski, T., Ravens-Sieberer, U. (2020), unpublished manuscript.; Shields, A., Cicchetti, D., 1997. Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental psychology* 33, 906. Stringaris, A., Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionally defiant, headstrong, and defiant behaviors have distinctive predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (4), 404–412; Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinand, S., Raatman, V., Muhler, E., Leibenluft, E., Brotman, M.A., (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53, 1109-1117. Thöne, A.-K., Görtz-Dorten, A., Altenberger, P., Dose, C., Goldemann, N., Hausmann, C., Jendryczek, L. T., Treier, A.-K., von Witt, E., Banaschewski, T., Brandeis, D., Mittenel, S., Hohmann, S., Becker, K., Kettler, J., Hebenbrand, J., Werning, J., Holtmann, M., Legenbauer, T., Huss, M., Romanos, M., Jans, T., Gessner, J., Poustka, L., Uebel-von Sandersleben, H., Renner, T., Dürwächter, U. & 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, doi:10.3389/fpsyg.2020.01640

Klinische Pilotstichprobe

Zur Erfassung der Interrater-Reliabilität wurde im Vorfeld eine klinische Pilotstichprobe durchgeführt, an der $N = 27$ (19% weiblich; $M_{\text{Alter}} = 10,41$ Jahre, $SD_{\text{Alter}} = 1,45$) Familien mit Kindern zwischen acht und zwölf Jahren teilnahmen.

Ergebnisse

Deskriptive Statistiken

In Tabelle 1 finden sich die deskriptiven Statistiken der Gemeindestichprobe mit den Unterstichproben AD und No-AD und die klinische Pilotstichprobe. Anhand eines unabhängigen t-Tests konnte gezeigt werden, dass Kinder mit AD signifikant jünger waren als die Kinder ohne AD ($t = 2.443$, $p < .05$) und dass es unter den Kindern mit AD signifikant weniger Mädchen gab als unter den Kindern ohne AD ($\chi^2 10.097$ $p < .001$).

Tabelle 1. Stichprobencharakteristika der Gemeindestichprobe und der klinischen Pilotstichprobe.

	Gemeindestichprobe (n = 391)		Klinische Pilotstichprobe (n = 27)
	AD (n = 244)	No-AD (n = 147)	
Alter – Mittelwert (Standardabweichung)	10,51 (1,29)	10,85 (1,36)	10,41 (1,45)
Geschlecht – weiblich: n (%)	91 (37)	79 (54)	5 (19)
AD Globale Bewertung Mittelwert (Standardabweichung)	1,49 (0,71)	0,01 (0,08)	0,88 (0,97)
Diagnosen			
DMDD – Symptom- und zusätzliche Items erfüllt: n (%)	41 (17)	0 (0)	1 (4)
DMDD – Symptomitems erfüllt: n (%)	60 (25)	0 (0)	1 (4)
DMDD – Zusätzliche Items erfüllt: n (%)	132 (54)	0 (0)	6 (22)
ADHS – n (%)	63 (26)	1 (0,7)	18 (67)
SSV – n (%)	105 (43)	0 (0)	11 (40)
Depression – n (%)	5 (2)	0 (0)	0 (0)
Autismus/ Autismussyndrome – n (%)	1 (0,4)	0 (0)	3 (11)
Andere – n (%)	0 (0)	0 (0)	13 (48)

Anmerkungen. DMDD = Disruptive Mood Dysregulation Disorder/ Disruptive Affektregulationsstörung; AD = Affektive Dysregulation; ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung; SSV = Störung des Sozialverhaltens.

Interraterreliabilität in der klinischen Pilotstudie

Es werden die ICC-Einweg-Random-Effekte, das Modell der absoluten Übereinstimmung für die Einzelmessung ICC(1,1) und die Durchschnittsmaße ICC(1,2) erfasst. Für das DADYS-EI liegen die ICC-Werte der Gesamtsymptomskala sowohl für die Einzelmessung ICC(1,1) als auch für die Durchschnittsmessung ICC(1,2) im ausgezeichneten Bereich ($> .91$) nach Koo und Li (2016). Für die Gesamtskala der funktionellen Beeinträchtigung lagen die Mittelwerte im exzellenten Bereich (ICC(1,2) = .92) und die Einzelwerte im guten Bereich (ICC(1,1) = .85). Für die Gesamtsymptomskala des DADYS-KI waren die ICC-Koeffizienten gut bis sehr gut (ICC(1,1) = .87, ICC(1,2) = .93). Die Gesamtskala der funktionellen Beeinträchtigung zeigte gute Werte bei der Durchschnittsmessung (ICC(1,2) = .83) und mäßige Werte bei der Einzelmessung (ICC(1,1) = .72). Auf Itemebene fanden sich im Eltern- sowie im Kinderinterview meist mindestens moderate Interraterreliabilitäten.

Faktorenstruktur – DADYS-EI und DADYS-KI

Es wurden Hauptachsenanalysen mit Varimaxrotation für die Unterstichproben AD und No-AD sowie für die Gesamtstichprobe durchgeführt. Sowohl beim MAP-Test (1976 und 2000) als auch bei der Parallelanalyse nach Horn (1965) erwies sich ein Faktor als geeignet, um die Daten sowohl für das Elterninterview als auch für das Kinderinterview in der Gesamtstichprobe zu beschreiben. In den Teilstichproben zeigten Parallelanalysen und MAP-Tests Empfehlungen für ein bis zwei Faktoren. Im Eltern- und Kinderinterview konnten nicht dieselben Faktoren gefunden werden. Auch konnte eine zweifaktorielle Struktur in DADYS-EI nicht innerhalb der Substichproben bestätigt werden. Im Kinderinterview konnte eine zweifaktorielle Faktorenstruktur größtenteils bestätigt werden. Insgesamt konnte keine universelle Faktorenstruktur gefunden werden, sodass keine Subskalen gebildet wurden.

Interne Konsistenzen

Tabelle 2 fasst die Mittelwerte, Standardabweichungen und internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) für jedes Symptom-Item und für die Gesamtskalen des DADYS-EI und DADYS-KI für die Gemeindestichprobe, die AD- und die No-AD-Substichprobe zusammen. Die internen Konsistenzen der Symptomskalen, gemessen an Gesamtstichprobe, waren nach Nunnally (1978) akzeptabel bis gut. Für die Substichproben lagen sie unter dem akzeptablen Wert von .7. Die internen Konsistenzen für die Skalen der funktionellen Beeinträchtigung waren für jede Stichprobe nicht akzeptabel. Die funktionelle Beeinträchtigung wurde nur für die AD-Stichprobe berechnet, da die Items bei Kindern ohne AD nicht erhoben wurden.

Tabelle 2. Itemanalysen (Mittelwerte und Standardabweichungen, korrigierte Item-Skala-Korrelation und interne Konsistenzen für die Gesamtstichprobe, AD und No-AD.

	Gesamtstichprobe Mittelwert (Standardabweichung)		AD Mittelwert (Standardabweichung)		No-AD Mittelwert (Standardabweichung)		Korrigierte Item-Skala-Korrelation ^{a, b}	
	EI	KI	EI	KI	EI	KI	EI	KI
Gesamtskala: Symptome	0.84 (0.60)	0.70 (0.52)	1.24 (0.38)	1.01 (0.39)	0.18 (0.18)	0.21 (0.24)	/	/
Fröhlichkeit	0.73 (0.76)	0.71 (0.68)	1.07 (0.74)	0.95 (0.62)	0.18 (0.38)	0.32 (0.60)	.61 ^a	.50 ^a
Stimmungsschwankungen	1.22 (1.08)	0.75 (0.79)	1.91 (0.78)	1.15 (0.72)	0.10 (0.30)	0.09 (0.29)	.81 ^a	.71 ^a
Sich fangen können	1.00 (.097)	1.02 (0.89)	1.38 (0.87)	1.35 (0.78)	0.37 (0.77)	0.47 (0.80)	.52 ^a	.51 ^a
Abwarten können	0.98 (1.05)	1.04 (1.04)	1.39 (1.03)	1.35 (0.99)	0.30 (0.68)	0.53 (0.90)	.49 ^a	.37 ^a
Forderungen nachkommen müssen	1.01 (1.04)	/	1.43 (0.96)	/	0.31 (0.74)	/	.59 ^a	/
Weinerlich/ anklammernd	0.51 (0.76)	/	0.70 (0.85)	/	0.18 (0.40)	/	.40 ^a	/
Überschwänglichkeit	0.37 (0.70)	0.23 (0.51)	0.54 (0.81)	0.29 (0.56)	0.07 (0.26)	0.12 (0.40)	.32 ^a	.20 ^a
Gefühle benennen können	0.85 (0.96)	/	1.14 (0.99)	/	0.36 (.64)	/	.35 ^a	/
Traurigkeit/ Lustlosigkeit	0.40 (0.68)	0.53 (0.66)	0.58 (0.77)	0.73 (0.67)	0.10 (0.32)	0.20 (0.48)	.43 ^a	.50 ^a
Schwere oder andauernde Wutausbrüche	1.13 (0.99)	0.83 (0.88)	1.75 (0.71)	1.29 (0.80)	0.10 (0.30)	0.08 (0.26)	.70 ^a	.74 ^a
Wütend werden	1.23 (1.09)	0.84 (0.88)	1.92 (0.76)	1.28 (0.81)	0.10 (0.29)	0.11 (0.33)	.81 ^a	.75 ^a
Beleidigt und verärgert sein	0.88 (0.97)	0.57 (0.72)	1.33 (0.94)	0.87 (0.74)	0.14 (0.36)	0.07 (0.25)	.67 ^a	.66 ^a
Reizbarkeit/ durchgehende Gereiztheit	0.61 (0.85)	0.57 (0.72)	0.97 (0.90)	0.85 (0.75)	0.03 (0.16)	0.09 (0.31)	.68 ^a	.66 ^a
Interne Konsistenz: Cronbach's alpha	0.89	0.85	0.64	0.69	0.52	0.61	/	/
Gesamtskala:	/	/	1.03 (0.52)	0.60 (0.47)	/	/	/	/
Funktionsbeeinträchtigung	/	/	/	/	/	/	/	/
Beeinträchtigte Beziehungen zu Familienmitgliedern	/	/	1.74 (0.83)	0.94 (0.86)	/	/	.23 ^b	.42 ^b
Beeinträchtigte Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie	/	/	0.50 (0.78)	0.25 (0.56)	/	/	.37 ^b	.33 ^b
Beeinträchtigte Beziehungen zu Kindern/Jugendlichen außerhalb der Familie	/	/	0.83 (0.97)	0.42 (0.71)	/	/	.40 ^b	.37 ^b
Beeinträchtigte schulische Leistungen	/	/	0.62 (0.84)	0.26 (0.57)	/	/	.33 ^b	.40 ^b
Leidensdruck	/	/	1.50 (0.84)	1.11 (0.94)	/	/	.35 ^b	.44 ^b
Interne Konsistenz: Cronbach's alpha	/	/	0.54	0.63	/	/	/	/

Anmerkungen. DADYS-EI: Symptomitems gesamt: $n = 391$, AD: $n = 244$, No-AD: $n = 147$, Funktionsbeeinträchtigung (nur AD) $n = 222$; DADYS-KI: Symptomitems gesamt: $n = 389$, AD: $n = 243$, No-AD: $n = 146$, Funktionsbeeinträchtigung (nur AD) $n = 243$, / = nicht erfasst aufgrund des Fehlens von No-AD-Daten, da diese Items bei No-AD nicht existieren; ^abezieht sich auf die Gesamtskala, ^bbezieht sich nur auf AD.

Konvergente und divergente Validität

Das DADYS-EI wurde mit dem DADYS-KI verglichen sowie beide Interviews mit den entsprechenden Ratingskalen im Elternurteil (DADYS-EF) und im Selbsterurteil (DADYS-KF). Beim Vergleich der Symptom-Items beider Interviews waren alle Pearson-Korrelationen moderat bis hoch und signifikant ($.33 \leq r \leq .74$). Ein Vergleich der Gesamtskalen zeigte hohe Korrelationen ($r = .77$, $p < .001$). Für die Items der Skala funktionelle Beeinträchtigung waren die Korrelationen zwischen den Eltern- und Kinderinterviews geringer ($.22 \leq r \leq .38$).

Die Korrelationen zwischen den Symptom-Items des Elterninterviews und des Elternfragebogens variierten zwischen $r = .42$ und $r = .79$. Auch für die Skala funktionelle Beeinträchtigung waren die Korrelationen moderat bis hoch ($.47 \leq r \leq .58$, $p < .001$). Im Vergleich zwischen dem Interview mit Kindern und dem Kinderfragebogen sind die Korrelationen etwas geringer, aber immer noch meist im moderaten Bereich ($.31 \leq r \leq .62$, $p < .001$). Korrelationen zwischen dem DADYS-EI und Ratingskalen, die ADHS: FBB-ADHS (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) $.56 \leq r \leq .62$, $p < .001$ und SSV: FBB-SSV (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) $.51 \leq r \leq .69$, $p < .001$ erfassen sowie Subskalen der Child Behavior Checklist 6-18R (CBCL/6-18R, (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Döpfner et al., 2014), die sich auf AD beziehen ($.57 \leq r \leq .77$, $p < .001$). Korrelationen zwischen dem DADYS-EI und Skalen des ILF-Screen Interviews (Görtz-Dorten, Thöne und Döpfner, 2020), die ein ähnliches Konzept wie AD erfassen, zeigen hohe Korrelationen (z.B. Screen SSB: $r = .77$, $p < .001$) während Skalen, die ein entfernteres Konzept erfassen, weniger stark korrelieren (z.B. Screen Angst: $r = .40$, $p < .001$). Die Ergebnisse weisen auf eine ausreichende konvergente und divergente Validität hin. Auch für das DADYS-KI konnte konvergente Validität gezeigt werden, während die divergente nicht erhoben wurde.

Diskussion

Ziel der Studie war es, die psychometrischen Kriterien des neu entwickelten semistrukturierten Interviews DADYS für Kinder und Eltern zu evaluieren. Das Interview wurde genutzt, um eine Diagnose basierend auf den DSM-5-Kriterien zu stellen sowie eine dimensionale Einschätzung der AD-Symptome vorzunehmen. In einer großen Gemeindestichprobe von Kindern mit und ohne AD-Symptome konnte ein gemeinsamer AD-Faktor gefunden werden und beide Interviews zeigten eine zufriedenstellende interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität auf Skalenebene und teilweise auf Item-Ebene. Darüber hinaus konnte konvergente und divergente Validität im Vergleich der Interviews mit korrespondierenden und nicht korrespondierenden Fragebögen und Interviews gezeigt werden.

Wir gehen davon aus, dass wir ein nützliches Instrument entwickelt haben, das in der Lage ist, AD-Symptome bei Kindern zu erfassen und eine kategoriale und dimensionale Diagnose von AD und DMDD zu stellen. Wir hoffen, dass dies zur weiteren Erforschung von AD bei Kindern beiträgt und ein hilfreiches Instrument für Kliniker ist, um AD-Symptome bei Kindern zu erkennen und die Diagnose, Behandlung und tägliche klinische Praxis zu unterstützen.