

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является широко распространенной формой психической патологии у детей. Эпидемиологические исследования, выполненные в различных странах, включая РФ, демонстрируют большой разброс показателей (от 1–3% до 24–28%) в популяции (1–3). Помимо локальных причин, приводящих к росту данной психической патологии среди детей конкретного региона, существуют общие закономерности, обусловленные, прежде всего тем, что между нормой и патологией существует большое число переходных форм, которые могут рассматриваться в качестве легких проявлений СДВГ, его субпороговых вариантов или вариантов нормы. К этому следует добавить, что имеются клинические, биохимические, нейрофизиологические доказательства гетерогенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, что, в свою очередь, осложняет его диагностику, поскольку речь идет не об едином синдроме, а о смешанной группе расстройств.

Объединенная по феноменологическому принципу, в связи с наличием общих характеристик в виде слабо модулированного поведения с несоответствующими возрасту гиперактивностью, дефицитом внимания, импульсивностью и отсутствием устойчивой мотивации к деятельности, требующих волевых усилий, эта группа расстройств не имеет надежных диагностических маркеров и четко очерченных границ.

Унифицированные критерии диагностики СДВГ представлены двумя основными международными классификациями: DSM-IV-TR и МКБ-10. Принципиальных различий в подходах к диагностике обозначенные классификации не имеют. Диагноз ставится на основании качественных критериев, которые носят описательный характер, либо базируются на наличии ряда стандартных поведенческих стереотипов, встречающихся в определенном возрасте и приводящих к нарушению социальной адаптации.

Такие критерии СДВГ, как раннее начало (до 6 лет), длительность (не менее 6 мес.), нарушение внимания и гиперактивность должны наблюдаться

более, чем в 1 ситуации, являются общими для обеих классификаций.

Но имеются и достаточно важные различия. DSM-IV-TR выделяет три подтипа: с преобладанием гиперактивности/импульсивности, невнимательности и смешанный варианты. МКБ-10 не выделяет форм и подтипов СДВГ, в том числе описанных выше, но зато, наряду с СДВГ (гиперактивное расстройство внимания – F90.0) выделяется гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1), которые объединены в общую рубрику – гиперкинетические расстройства (F90).

Для диагностики СДВГ по DSM-IV-TR необходимо наличие 6 из 9 стандартных симптомов невнимательности и 6 из 9 симптомов гиперактивности+импульсивности. Для диагностики гиперактивного расстройства внимания, согласно исследовательским критериям МКБ-10, необходимо наличие не менее 6 симптомов невнимательности из 9, трех симптомов гиперактивности из 5 и хотя бы 1 симптом импульсивности из 4. Поскольку указанные критерии как в DSM-IV-TR, так и в МКБ-10 не ранжированы по степени выраженности, возникают сложности при оценке тяжести СДВГ и дифференциации с субпороговыми состояниями, в связи с чем субъективизм исследователя или врача при диагностике расстройства достаточно высок.

Это способствовало созданию оценочных шкал, предназначенных для балльной оценки симптомов СДВГ, позволяющих при условии их стандартизации оценивать количественные отклонения от нормы, а также динамику состояния пациента в процессе проведения терапевтических мероприятий и социальной реабилитации.

Наиболее известными оценочными шкалами являются: ADHD RS-IV (5), Strengths and Weakness of ADHD-symptoms and Normal-behavior (7), шкалы С.К.Connors (4), К.Д.Gadow, J.Spafkin (6). Оценка симптомов проводится в соответствии с критериями классификации DSM-IV-TR, которая, как уже было указано, имеет определенные различия с критериями СДВГ МКБ-10. Оценочных шкал, в основу которых были бы положены критерии диагностики

СДВГ (гиперактивного расстройства внимания) МКБ-10, так же как и гиперкинетического расстройства поведения, в доступных источниках встретить не удалось.

Шкалы оценки СДВГ, основанные на критериях диагностики МКБ-10

В связи со сказанным, нами были разработаны оценочные шкалы, базирующиеся на критериях диагностики гиперкинетических расстройств МКБ-10. Как и вышеперечисленные оценочные шкалы, они основаны на анкетировании родителей (версия для родителей детей в возрасте от 6 до 13 лет) и учителей/воспитателей школы или детских садов (версия для учителей и воспитателей детей в возрасте от 6 до 13 лет).

В версии для родителей оценивается поведение и эмоциональное реагирование в ситуациях, в кото-

рых ребенок находится вместе с родителями. Версия для учителей составлена с акцентом на те формы поведения и эмоционального реагирования, которые наблюдает учитель или воспитатель в период пребывания гиперактивного ребенка в школе или детском саду.

В каждой шкале оценивается 18 симптомов, представленных в виде кратких характеристик особенностей поведения и эмоционального реагирования детей в различных ситуациях: в школе, дома, публичных местах. Диагностические шкалы включают субшкалы: «невнимательность», «гиперактивность», «импульсивность».

Невнимательность в обеих версиях характеризуют пункты: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17.

Гиперактивность в версии для родителей характеризуют пункты: 2, 4, 6, 8, 10; в версии для учителей – 2, 4, 6, 10, 14.

ШКАЛА ОЦЕНКИ СДВГ – КРИТЕРИИ МКБ-10 Версия для родителей детей в возрасте от 6 до 13 лет

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____
Кем заполнено _____ Дата обследования _____

П/№	Симптом	Никогда или очень редко	Иногда	Часто	Очень часто
1	Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и других видах деятельности				
2	Проявляет бесцельную двигательную активность: бегаёт, прыгает, пытается куда-то залезть часто в неприемлемых ситуациях				
3	Теряет свои вещи				
4	Не может тихо спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге				
5	Способен концентрировать внимание только на вещах, представляющих интерес				
6	При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами				
7	Обычно не заканчивает начатое дело до конца				
8	Болтлив, часто говорит взахлеб, болтовней надоедает окружающим				
9	Легко отвлекается на посторонние раздражители				
10	Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумен (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши и т.п.)				
11	Избегает (выражает недовольство) при выполнении заданий, требующих длительного сохранения внимания				
12	На вопросы отвечает не задумываясь, часто не выслушав их до конца				
13	Неспособен придерживаться инструкций и выполнить до конца задание без организующей помощи взрослых				
14	Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях				
15	Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит				
16	Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает				
17	Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня				
18	Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими				

Импульсивность в версии для родителей характеризуют пункты: 12, 14, 16, 18; для учителей – 8, 12, 16, 18.

Заполняющий ставит галочку или другой знак в клетке напротив симптома. «Никогда или очень редко» – 0 баллов; «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла; «очень часто» – три балла.

Результаты оцениваются отдельно по субшкалам «невнимательность», «гиперактивность», «импульсивность», а также по общему баллу, который представляет собой сумму баллов по выделенным субшкалам.

Методика тестирования обязательно включает предварительное ознакомление родителей или воспитателей/учителей с основными сведениями, касающимися СДВГ у детей, целями и задачами тестирования. Без вводной части сама процедура тестирования может быть неправильно истолкована,

что приведет к эмоциональным искажениям при оценке состояния ребенка при заполнении бланка.

После того, как заполняющий бланк в процессе беседы продемонстрировал понимание того, что он должен сделать и готовность к объективной оценке состояния ребенка, ему предлагается заполнить бланк в присутствии врача или медицинского психолога. При скрининговых исследованиях, которые чаще проводятся в организованных детских учреждениях на относительно больших контингентах детей, заполнение бланка может проводиться после вводной беседы самостоятельно педагогом или воспитателем без присутствия лица, ответственного за тестирование.

В тексте представлены бланк шкалы оценки СДВГ МКБ-10 для заполнения родителями детей и бланк шкалы оценки СДВГ МКБ-10 для заполнения учителем или воспитателем (школьная версия).

ШКАЛА ОЦЕНКИ СДВГ – КРИТЕРИИ МКБ-10
Версия для учителей и воспитателей детей в возрасте от 6 до 13 лет

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____
Кем заполнено _____ Дата обследования _____

П/№	Симптом	Никогда или очень редко	Иногда	Часто	Очень часто
1	С трудом сохраняет внимание во время занятий, легко отвлекается на посторонние раздражители				
2	Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумен (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши и т.п.)				
3	Теряет или забывает принести предметы, необходимые для школьных занятий				
4	Обнаруживает стойкий характер чрезмерной двигательной активности, особенно заметной во время перемен и в группе продленного дня: бегаем, прыгает, пытается куда-то залезть и т.п.				
5	Обычно избегает заданий, требующих длительного сохранения внимания				
6	Во время уроков или развивающих занятий встает со своего места, ходит по учебной комнате				
7	Обычно не заканчивает начатое дело до конца				
8	Неспособен дожидаться своей очереди в играх или во время групповых занятий				
9	Неспособен придерживаться инструкций и без организующей помощи педагога справиться до конца с выполнением школьной работы				
10	Сидя за партой, крутится, вертится, часто беспокойно двигает руками или ногами				
11	Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня				
12	На вопросы отвечает не задумываясь, часто не выслушав их до конца				
13	Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит				
14	Во время урока разговаривает с детьми, выкрикивает ответы, когда его не спрашивают, подает реплики с места				
15	Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и других видах деятельности				
16	Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает				
17	Теряет интерес к деятельности (игре), сталкиваясь с трудностями				
18	Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими				

Проверка шкал оценки СДВГ МКБ-10 на надежность и валидность

1. Оценка ретестовой надежности

Коэффициент стабильности оценивался с помощью приема тест-ретест, суть которого заключался в повторном исследовании испытуемых спустя неделю после первого исследования. Данный промежуток эмпирически признан оптимальным при исследовании детей другими оценочными шкалами симптомов СДВГ у детей. При укорочении интервала некоторые родители или педагоги могут помнить результаты 1-го исследования, при удлинении интервала повышается вероятность воздействия на ребенка дополнительных внешних факторов, изме-

няющих его поведение, что сказывается на результатах повторного тестирования. Между тем, мы располагаем несколькими наблюдениями, когда дети тестировались повторно через 6 и более месяцев. Различия между балльными оценками отсутствовали или были минимальными и не превышали 1–2 балла.

По случайному признаку из группы тестируемых детей были отобраны 20 школьников в возрасте от 7 до 10 лет (11 мальчиков и 9 девочек), на которых учителя повторно заполнили бланк шкалы оценки СДВГ МКБ-10, и 19 детей в возрасте от 6 до 11 лет (17 мальчиков и 3 девочки), наблюдавшихся в Центре психолого-медико-социального сопро-

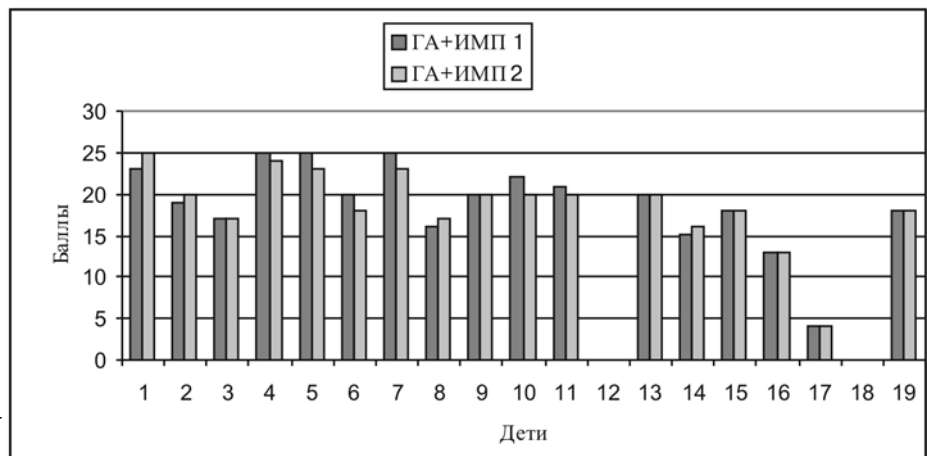


Рис. 1. Показатели гиперактивности+импульсивности тест-ретест

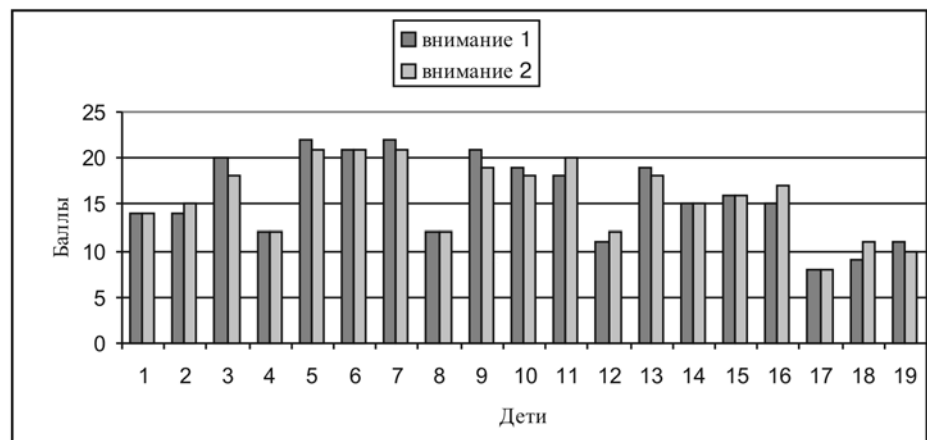


Рис. 2. Показатели невнимательности тест-ретест

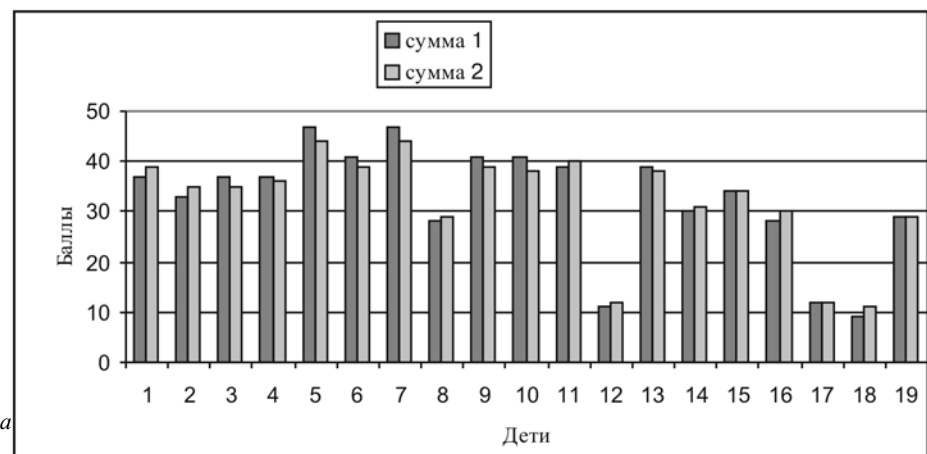


Рис. 3. Показатели суммарного балла тест-ретест

вождения. Значительное преобладание мальчиков во втором случае определялось спецификой обращаемости детей в Центр. Мальчики направляются на исследование значительно чаще девочек, в связи с частотой и большей выраженностью нарушений поведения. Среди повторно обследованных были дети с симптомами СДВГ и без симптомов СДВГ.

Для определения согласования 2 результатов обследования использовалась формула Спирмена, поскольку отклонения показателей при повторном обследовании колебались как в сторону увеличения баллов, так и их уменьшения. Отдельно оценивались балльные оценки внимания и гиперактивности в версии для родителей и в версии для учителей при 2 результатах обследования. Поскольку гендерные различия в показателях тест-ретест отсутствовали, оценка согласования проводилась по всей группе школьников и пациентов Центра.

Шкала оценки СДВГ МКБ-10 (версия для родителей):

Гиперактивность/импульсивность $\rho=0,977\pm0,05$; $p>99\%$

Невнимательность $\rho=0,985\pm0,04$; $p>99\%$

Суммарный балл $\rho=0,961\pm0,065$; $p>99\%$

Рис. 1–3 графически отображают степень согласованности результатов обследования при заполнении родительской версии шкалы.

Шкала оценки СДВГ МКБ-10 (версия для учителей):

Гиперактивность/импульсивность

$\rho=0,976\pm0,054$; $p>99\%$

Невнимательность $\rho=0,988\pm0,041$; $p>99\%$

Суммарный балл $\rho=0,962\pm0,064$; $p>99\%$

Рис. 4–6 графически отображают степень согласованности результатов обследования при заполнении школьной версии шкалы педагогами.

Как видно из представленных данных, различия между первым и вторым исследованием минимальны. Все представленные коэффициенты корреляции достоверны с вероятностью более 99% ($p>99\%$). Это позволяет сделать вывод о том, что обе шкальные оценки (версия для родителей и версия для учителей) характеризуются высокой степенью надежности.

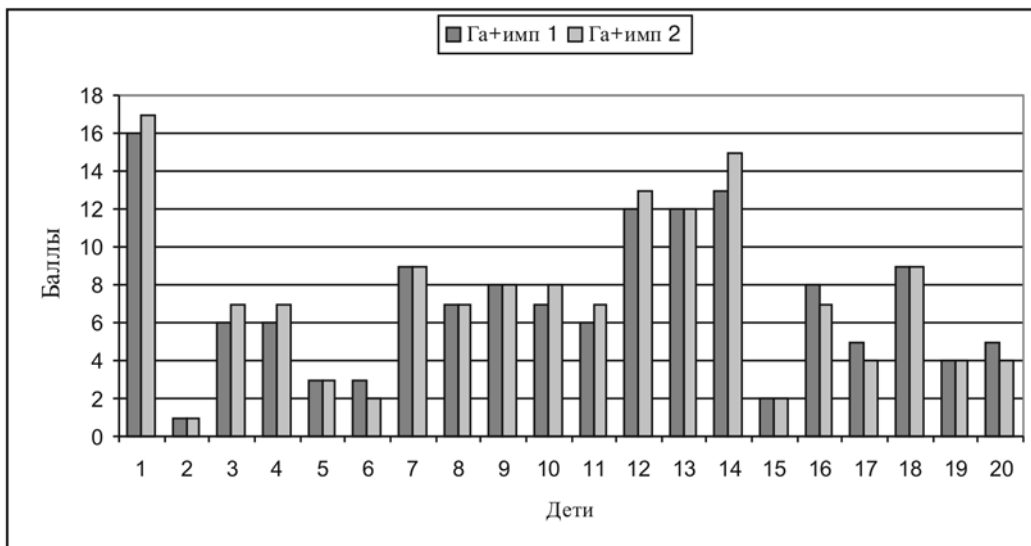


Рис. 4. Показатели гиперактивности тест-ретест

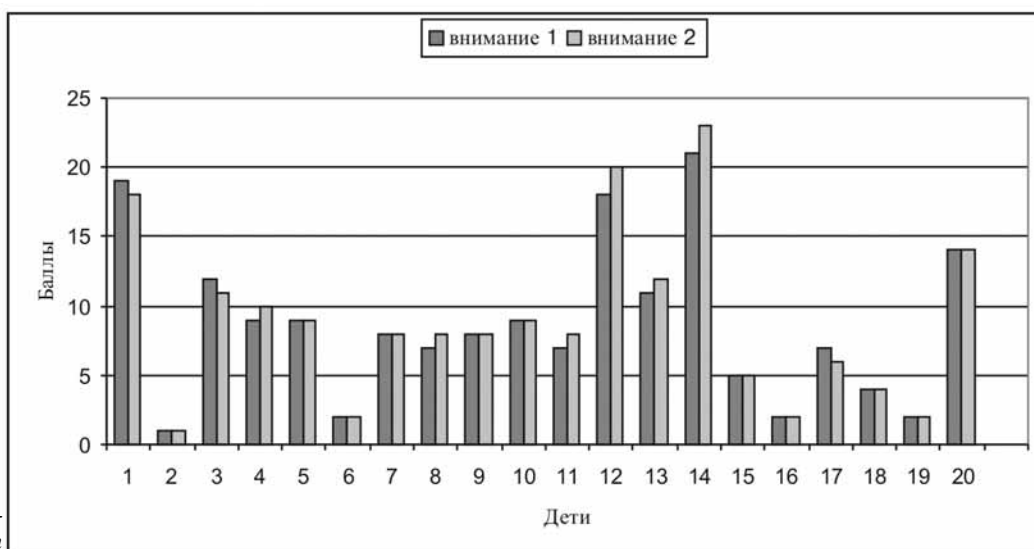
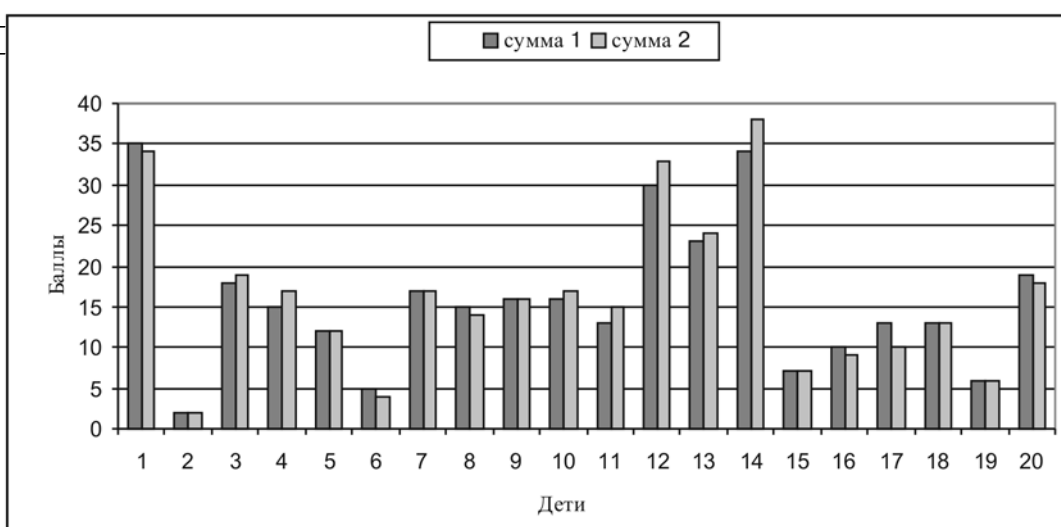


Рис. 5. Показатели невнимательности тест-ретест

Рис. 6. Показатели суммарного балла тест-ре-тест



2. Оценка валидности

Таблица 1

2.1. Конкурентная валидность

Поскольку уже существуют методики, оценивающие те же показатели (невнимательность, гиперактивность/импульсивность, суммарный балл СДВГ), валидность которых доказана, использован способ валидации, называемый конкурентной валидностью. Для этой цели выбрана ADHD RS-IV (5) как наиболее близкая по теоретическому обоснованию и способу оценки симптомов.

По случайному признаку были отобраны 2 группы детей. Одна группа численностью 56 детей состояла из пациентов Центра психолого-медико-социального сопровождения, в том числе с симптомами СДВГ и без симптомов СДВГ (14 девочек и 42 мальчика в возрасте от 7 до 13 лет). Гендерные различия связаны с более частым направлением мальчиков в Центр с различными психологическими, дефектологическими, логопедическими и психолого-психиатрическими проблемами. Поскольку эти дети посещали Центр в сопровождении родителей, заполнялась версия СДВГ МКБ-10 для родителей. Вначале родителям, в подавляющем большинстве матерям, предлагалось заполнить СДВГ МКБ-10. В середине или конце осмотра ребенка у психиатра Центра предлагался вариант ADHD RS-IV (версия для родителей).

Вторая группа детей состояла из учащихся младших классов общеобразовательной школы в количестве 44 детей (21 девочка и 23 мальчика в возрасте от 7 до 10 лет). Учителям предлагалось заполнить сначала версию для учителей СДВГ МКБ-10, а через некоторое время – версию для учителей ADHD RS-IV.

И в том и в другом варианте вычислялся коэффициент корреляции между балльными оценками, полученными по общей шкале и субшкалам между СДВГ МКБ-10 и ADHD RS-IV. Поскольку изменения были однонаправленными – в сторону уменьшения баллов при заполнении ADHD RS-IV, вычислялся коэффициент корреляции Пирсона.

В табл. 1 представлены средние по группам различия, полученные по шкале оценки симптомов СДВГ МКБ-10 и ADHD RS-IV.

Средние различия в баллах по оценочным шкалам СДВГ МКБ-10 и ADHD RS-IV

Показатель	Версия для родителей	Версия для педагогов
Невнимательность	От 1 до 3-х баллов; средние значения – 1,2 балла	От 1 до 3-х баллов; средние значения – 1,18 балла
Гиперактивность	От 1 до 3-х баллов; средние значения – 1,5 балла	От 1 до 3-х баллов; средние значения – 0,82 балла
Общий балл	От 1 до 6-ти баллов; средние значения – 2,5 балла	От 1 до 6-ти баллов; средние значения – 2,1 балла

Шкалы оценки СДВГ МКБ-10 и ADHD RS-IV (версия для родителей):

Гиперактивность/импульсивность

$r=0,858\pm0,062; p>99\%$

Невнимательность $r=0,905\pm0,053; p>99\%$

Суммарный балл $r=0,839\pm0,074; p>99\%$

Шкалы оценки СДВГ МКБ-10 и ADHD RS-IV (версия для учителей):

Гиперактивность/импульсивность

$r=0,983\pm0,028; p>99\%$

Невнимательность $r=0,974\pm0,034; p>99\%$

Суммарный балл $r=0,879\pm0,072; p>99\%$

Как видно из представленных данных, различия между исследуемыми шкалами оценки СДВГ минимальны и носят однонаправленный характер. При исследовании шкалой оценки СДВГ МКБ-10 баллы выше в обеих версиях (для родителей и учителей) по сравнению со шкалой оценки СДВГ ADHD RS-IV. Все представленные коэффициенты корреляции достоверны с вероятностью более 99% ($p>99\%$). Это позволяет сделать вывод о том, что обе шкальные оценки (версия для родителей и версия для учителей) характеризуются достаточно высокой степенью валидности.

2.2 Экспертная валидность

Исследование экспертной валидности обеих версий шкальной оценки СДВГ МКБ-10 проводилось в 2 этапа.

На первом этапе родители или педагоги заполняли бланк шкальной оценки СДВГ. На следующем этапе эксперты (2 психиатра) оценивали состояние ребенка на предмет наличия СДВГ, ориентируясь на клиничко-психопатологические критерии диагноза. Затем проводилась корреляция между шкальными оценками и заключениями экспертов-психиатров.

Оценка экспертной валидности родительской версии опросника проводилась в Центре психолого-медико-социального сопровождения. Всего было протестировано и проконсультировано психиатрами 103 детей, направленных в Центр (21 девочка и 82 мальчика). Существенных гендерных различий при сопоставлении балльных и экспертных оценок получено не было. Поэтому приводятся общие для всей группы детей результаты корреляционного анализа (табл. 2).

Таблица 2

Ранговая корреляция между шкальными и экспертными оценками (версия для родителей)

Диапазон балльных оценок	Экспертные оценки	Порядковый номер (ранг)		Разность рангов	Квадрат разности рангов
		x1	y1		
x	y			d	d2
0–8	нет диагноза	1	1,5	-0,5	0,25
9–17	нет диагноза	2	1,5	+0,5	0,25
18–26	субпорог	3	3	0	0
27–35	СДВГ	4	4,5	-0,5	0,25
35–43	СДВГ	5	4,5	+0,5	0,25

Полученный в результате расчета коэффициент ранговой корреляции $\rho=0,950\pm 0,178$.

Оценка достоверности ρ проводилась с помощью критерия t .

При $t=5,34$ можно сделать вывод о том, что критерий ранговой корреляции достоверен с вероятностью более 99% ($p>99\%$).

Таким образом, между шкальной (версия для родителей) и экспертной оценкой симптомов СДВГ существует прямая и сильная зависимость.

Оценка экспертной валидности школьной версии (для учителей) проводилась в 2 подготовительных группах 2 детских садов, 1 и 3 классах общеобразовательной школы. Всего в детских садах было рассмотре-

но 20 детей (8 девочек и 12 мальчиков), в школе – 45 детей (18 девочек и 27 мальчиков). Существенных гендерных различий при сопоставлении балльных и экспертных оценок получено не было. Поэтому приводятся общие для всей группы детей результаты корреляционного анализа (табл. 3).

Таблица 3

Ранговая корреляция между шкальными и экспертными оценками (версия для учителей)

Диапазон балльных оценок	Экспертные оценки	Порядковый номер (ранг)		Разность рангов	Квадрат разности рангов
		x1	y1		
x	y			d	d2
0–8	нет диагноза	1	1,5	-0,5	0,25
9–18	нет диагноза	2	1,5	+0,5	0,25
19–28	субпорог	3	3	0	0
29–37	СДВГ	4	4,5	-0,5	0,25
38–45	СДВГ	5	4,5	+0,5	0,25

Коэффициент ранговой корреляции $\rho=0,950\pm 0,178$

При $t=5,34$ можно сделать вывод о том, что критерий ранговой корреляции достоверен с вероятностью более 99% ($p>99\%$).

Таким образом, между шкальной и экспертной оценкой симптомов СДВГ существует прямая и сильная зависимость.

Заключение

В данной статье представлены составленные на основе критериев МКБ-10 оценочные шкалы симптомов СДВГ (версия для родителей и версия для учителей).

Проведенная оценка ретестовой надежности и эмпирической валидности шкалы оценки СДВГ – критерии МКБ-10 позволяет заключить, что данный инструмент диагностики отвечает требованиям, предъявляемым к опросным методикам, и может использоваться для определения базовых феноменов – невнимательности, гиперактивности и импульсивности в целях скрининговой диагностики СДВГ и оценки его выраженности, подтверждения клинического диагноза.

Результаты популяционных исследований будут представлены в следующей статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2002. – 128 с.
2. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространенность, факторы риска, профилактика. – М.: РАРОГЪ, 1997. – 200 с.
3. Buitelaar J., van Engeland H. Epidemiological approaches // Hyperactivity disorders of childhood / S.Sanberg (Ed.). – 1996. – P. 26–68.
4. Conners C.K. Rating scales for use in drug studies with children. Pharmacotherapy with children. – Washington DC: US Government Printing Office, 1973.
5. Du Paul G.S., Power T.S., Anastoponlos A.D., Reid R. ADHD Rating Scale-IV. Checklists, norms and clinical interpretation. – New York: Guilford Press, 1998. – 80 p.
6. Gadow K.D., Spafkin J. (1997). – цит. по Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: АСАДЕМА, 2005. – С. 245.
7. Swanson J.M. et al. Strengths and weakness of ADHD-symptoms and normal behavior. – 2001. – цит. по по Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: АСАДЕМА, 2005. – С. 246–247.

ASSESSMENT SCALES FOR ATTENTION DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER

N. K. Sukhotina, T. I. Egorova

The article presents assessment scales for ADHD symptoms based on the ICD-10 criteria for this disorder (one version for parents and the other for teachers). The test-retest reliability and validity data show that this diagnostic instrument meets the requirements for assessment

techniques and can be used for evaluation of basic phenomena like distraction, hyperactivity and impulsive behavior in the screening for ADHD, evaluation of severity of this disorder and confirmation of the clinical diagnosis.