



SCAS Child – Spence Children’s Anxiety Scale

Шкала Спенса для оцінки дитячої тривожності

Короткий довідник із користування

Версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕИ-ТЕСТ».

Керівництво версія 1.0 (25 червня 2025 р.)

Всі права застережено.

Розробники тесту: © 1997 Susan H. Spence

Автори українського перекладу: Dennis Bowen, Psy.D.; Dr. Vladimir Primiski M.D.; Lydia Primisaka, M.S. (доступний на сайті правовласників).

Захист особистих немайнових і майнових прав суб'єктів авторського права і (або) суміжних прав здійснюється в порядку, встановленому адміністративним, цивільним і кримінальним законодавством України.

Загальний огляд

Тривожні розлади є однією з найбільш поширених форм дитячої психопатології. Дослідження на основі вибірових обстежень свідчать, що близько 8-12% дітей відповідають діагностичним критеріям тієї чи іншої форми тривожного розладу, який є достатньо важким, щоб заважати повсякденному функціонуванню (Anderson et al., 1987; Costello, 1989). Тривожні розлади у дітей можуть проявлятися у різних формах, наприклад, наступних: тривога сепарації, соціальна фобія, генералізована тривога, панічний розлад з агорафобією та без неї, обсесивно-компульсивний розлад й специфічні фобії. Дитячі тривожні розлади пов'язані з низкою негативних наслідків з точки зору соціальної, шкільної та особистісної адаптації (Strauss та ін., 1987; Messer і Beidel, 1994). Крім того, існують докази того, що дитячі тривожні розлади не є транзиторними явищами для багатьох дітей і якщо їх не лікувати, то вони можуть зберігатися в підлітковому та дорослому віці (Pfeffer та ін., 1988; Keller та ін., 1992). Таким чином, важливо, щоб клінічно тривожні діти були виявлені якомога раніше і отримали відповідне втручання [2, стор. 545].

Раннє втручання залежить від наявності психометрично обґрунтованих, валідних оціночних інструментів для виявлення дітей з проблемами тривожності. Одним з методів виявлення тривожних дітей є структуроване інтерв'ю, однак більшість існуючих інструментів є громіздкими в застосуванні і непрактичними інструментами широкомасштабного скринінгу в школах. Більш ефективним методом виявлення тривожних дітей є анкетування дітей, вчителів або батьків. Хоча існує кілька методик самооцінки тривожності, доступних для використання при роботі з дітьми, такі методики все ж таки мають два основні обмеження: 1) більшість доступних на сьогоднішній день є низхідними продовженнями дорослих вимірювань тривожності і ґрунтуються на припущенні, що тривожність у дітей дуже схожа на особливості прояву тривожності у дорослих; і 2) більшість показників тривожності, про які повідомляють діти, — це нездатність дослідити симптоми тривоги, які стосуються таких специфічних тривожних розладів, як соціальна фобія або тривога сепарації [2, стор. 546].

Шкала Спенса для оцінки дитячої тривожності (SCAS Child, Spence Children's Anxiety Scale) була розроблена у 1997 році для загальної оцінки



інтенсивності симптомів тривожності саме у дітей та підлітків у відповідності до критеріїв розладу тривожності, передбачених у DSM-IV.

Опис шкали

Твердження були відібрані з початкового пулу з 80 завдань, створених для відображення широкого спектру симптомів тривожності. Завдання були відібрані на основі огляду існуючої літератури, клінічного досвіду 4 клінічних психологів, які спеціалізувалися на тривожних розладах, існуючих методів оцінки дитячої тривожності, структурованих клінічних інтерв'ю та діагностичних критеріїв DSM. Якщо твердження явно стосувалися конкретної травматичної події або стану здоров'я, то вони виключалися з опитувальника. Остаточні 38 пунктів були відібрані після тривалого пілотного тестування. Більш детальну інформацію про розробку шкали наведено у двох опублікованих статтях (Spence, 1997; Spence, 1998).

Опитувальник розроблений таким чином, щоб діти могли відносно легко і швидко відповісти на запитання, зазвичай витрачаючи на це лише близько 10 хвилин. Він складається з 44 тверджень щодо ступеню прояву кожного симптому, яка оцінюється самою дитиною за 4-бальною шкалою частоти прояву відповідних симптомів (від "ніколи" до "завжди"). Тут оцінюється шість сфер тривожності, включаючи генералізовану тривогу, паніку/агорафобію, соціальну фобію, страх розлуки, obsесивно-компульсивний розлад та страх фізичної травми.

При ізольованому використанні SCAS-Child не є діагностичним інструментом, а скоріше, призначений для того, щоб дати уявлення про характер й ступінь симптомів тривоги. Всебічне охоплення сфер тривожності робить його особливо цінним для виявлення конкретних проблемних областей під час первинної оцінки. Відповідність діагностичним критеріям дає можливість приймати відповідні клінічні рішення та рішення щодо скерування дитини до відповідних спеціалістів. Окрім того, шкала є чутливою до результатів лікування, що, відповідно, дозволяє відстежувати зміни в певних кластерах симптомів у часі.

Окрім того, існує паралельна версія для батьків (SCAS-Parent), в якій виключено пункти з позитивними відповідями, але збережено ті самі



38 пунктів, які стосуються тривожних симптомів. Проте в українському перекладі на сайті правовласників доступна лише версія для самозвіту дитини.

Недоліки та обмеження SCAS-Child

Незважаючи на свої переваги над іншими опитувальниками, SCAS-Child також має і певні обмеження, про які йдеться в оригінальній статті авторки методики [1, 292-293]. По-перше, первинне дослідження було проведено на виборках певної громади і тому результати не можуть бути екстрапольовані на клінічні вибірки. Однак було доцільно спочатку дослідити саме таку вибірку, зважаючи на те, що діагностичні рішення застосовуються в першу чергу до недіагностованих дітей. І вже подальші дослідження мають визначити, чи можна застосувати виявлену факторну структуру до групи клінічно спрямованих дітей або до тих, у кого вже був діагностований клінічно значущий тривожний розлад.

По-друге, обмеженням було також залежність від самозвіту дітей. Існує потреба в тому, щоб провести дослідження з використанням альтернативних джерел даних (наприклад, батьків або вчителів), щоб порівняти результати з різних джерел. Тим не менш, важливо розуміти, що будь-які самозвіти завжди є суб'єктивними та неминуче містять помилки вимірювання. Це особливо потрібно враховувати у роботі з дітьми, які мають проблеми з увагою, пам'яттю та розумінням запитань.

По-третє, дослідження було сфокусовано лише на симптомах тривоги і не включало питань, які стосуються, наприклад, депресії або РДУГ. Тому неможливо визначити, чи збережеться отримана тут структура фактора тривожності при дослідженні, яка враховує більш широкий спектр актуальних проблем дитячої поведінки. Проте таке обмеження дослідження було виправданим, оскільки основною метою було вивчення тривожності у дітей. Попередні дослідження, в яких вивчався широкий спектр наявних проблем (наприклад, Achenbach, Conners, Quay, Verhulst, & Howell, 1989), не включали достатньої кількості питань, пов'язаних з тривожними розладами, щоб можна було достатньо добре вивчити таксономію тривожних розладів у дітей.



Четверте обмеження полягає в тому, що результат будь-якого дослідження такого типу по суті визначається вхідними даними та, у першу чергу, постановкою правильних запитань. Очевидно, що інші симптоми тривоги, не включені в дане дослідження, можуть потенційно впливати на структуру дитячих тривожних проблем. Наприклад, твердження з категорії соціальних фобій зосереджені на страхах негативної оцінки, а не на унікаючих аспектах соціальної тривожності. У ретроспективі було б корисно включити пункти, які стосуються страхів незнайомих людей та інших аспектів того, що раніше називалося унікаючим розладом.

Нарешті, хоча результати узгоджуються зі структурою тривожних розладів за DSM-IV, важливо зазначити, що наявні дослідження не ставили за мету підтвердити фактичні клінічні діагнози, продюзовані DSM-IV.

Інформація про українську версію опитувальника

Переклад українською самого опитувальника надається на сайті правовласника [1]. Авторами перекладу зазначені Денніс Боуен, доктор психологічних наук (Київ, Україна), та доктор Володимир Приміський, доктор медичних наук, і Лідія Примісака, магістр наук, та її колеги з Київського педагогічного університету.

Валідність та надійність

SCAS-Child пройшов широку валідизацію в численних дослідженнях, проведених в різних країнах і культурах. Дослідження постійно демонструють надійні психометричні властивості у клінічних та громадських вибірках, а також переконливо свідчать про його надійність та валідність опитувальника.

Внутрішня узгодженість була стабільно високою в усіх дослідженнях, з альфа-коефіцієнтами від 0,87 до 0,94 для загальної шкали (Arendt та ін., 2014; Delvecchio та ін., 2015; Spence, 1998). Підшкали демонструють



задовільну та високу надійність з альфа-коефіцієнтами, які зазвичай коливаються від 0,48 до 0,81. Наприклад, оригінальне валідаційне дослідження, проведене Спенсом (1998) ($N = 2\,052$), виявило коефіцієнти внутрішньої узгодженості 0,70 для тривоги сеперації, 0,70 для соціальної фобії, 0,73 для ОКР, 0,82 для паніки/агорафобії, 0,73 для генералізованої тривоги та 0,60 для страху фізичного ушкодження.

Надійність тесту-повторного тестування була досліджена через різні часові проміжки і продемонструвала добру часову стабільність. Спенс (1998) виявила 6-місячний коефіцієнт надійності тесту-повторного тестування на рівні 0,60 для загального балу у вибірці з 344 дітей у віці від 8 до 12 років. Стабільність субшкал варіювалася від 0,45 (панічна агорафобія) до 0,57 (тривога розлуки і соціальна фобія). Дослідження з коротшими інтервалами показали ще більшу надійність з коефіцієнтами від 0,61 до 0,82 з інтервалом у 2 тижні (Arendt та ін., 2014).

Конструктна валідність SCAS-Child підтверджується його здатністю розрізняти клінічні та неклінічні вибірки. Спенс (1998) продемонструвала, що діти з коморбідною соціальною фобією та тривогою сеперації мають значно вищі показники за всіма факторами порівняно з неклінічними контрольними групами. Шкала демонструє особливо високу діагностичну точність, причому Olofsdotter та ін. (2016) виявили значну прогностичну силу (виміряну за AUC) як для загального балу, так і для всіх субшкал.

Формат проведення

Адміністрування SCAS здійснюється за допомогою системи START, платформи онлайн-оцінювання UA-TEST.

Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений дитиною самостійно або зачитаний йому / їй дорослим, переконавшись при цьому, що дорослий не впливає на відповіді дитини. Заповнення займає приблизно 10 хвилин. В опитувальнику респондентові пропонується оцінити твердження за такою шкалою: «ніколи», «іноді», «часто» та «завжди». Підрахунок результатів відбувається системою START автоматично.



Інтерпретація результатів

Бали за шкалою SCAS-Child складаються із загального сирого балу (від 0 до 114) та шести субшкал, при цьому вищі бали вказують на більшу вираженість симптомів тривоги. Ці бали також конвертуються у стандартизовані Т-бали та відповідно процентилі на основі віку та статі на основі великої нормативної вибірки ($N = 4,916$), представленої Spence (n.d.) і доступної на сайті www.scaswebsite.com. Процентильний бал 85 і вище за будь-якою підшкалою або загальним балом за шкалою SCAS вказує на підвищені та клінічно релевантні симптоми тривоги.

В результатах тестів наводиться сукупний бал за всіма шкалами, а також відповідні бали по 6 шкалам, наведеним нижче.

Для виводу загального балу підраховуються тільки 38 тверджень, які оцінюють тривогу, а 6 інших тверджень **НЕ** сумуються (це пункти з позитивними відповідями - 11, 17, 26, 31, 38 та 43, які дослідник може використовувати для глибшого якісного аналізу окремих відповідей).

Пункти 45 та 46 також не включаються у підрахунок, а лише надають додаткову інформацію.

У складі SCAS-Child виділяють шість субшкал:

- **Тривога розлуки:** оцінює дистрес дитини при розлученні із основними опікунами або домашнім середовищем. Включає страх самотності, занепокоєння щодо шкоди, яка може статися із членами сім'ї, та небажання ходити до школи або спати поза домом.
- **Соціальна фобія:** оцінює страх соціальних ситуацій та їх уникнення, включаючи тривогу щодо успішності та побоювання щодо оцінки оточенням. Це включає занепокоєння щодо виступу перед класом, зустрічей із новими людьми та страх збентеження.
- **Обсесивно-компульсивний розлад:** оцінює повторювані думки, компульсивну поведінку та ритуалізовані дії. Це включає нав'язливу перевірку, вплив небажаних нав'язливих думок та потребу робити певні речі певним чином.
- **Паніка/агорафобія:** оцінює фізичні симптоми тривоги та страху перед публічними місцями або ситуаціями, з яких важко втекти. Це включає такі симптоми, як прискорене серцебиття, утруднене дихання та страх перед місцями скупчення людей.



- **Фізичні травми:** оцінює специфічні страхи, пов'язані із фізичною шкодою або травмами. Це включає страх перед лікарями / стоматологами, страх висоти, темряви та конкретних ситуацій, які можуть призвести до фізичної шкоди.
- **Генералізована тривога:** оцінює надмірне занепокоєння повсякденними справами, перфекціонізм та симптоми генералізованої тривоги. Це включає занепокоєння щодо речей загалом, нервозність та складності із розслабленням.

Опис вираженості симптомів визначається на підставі процентилу:

Рівень	Процентиль
Нормальний	84 або менше
Підвищений	в діапазоні 85 - 93
Високий	в діапазоні 94 - 97,72
Дуже високий	97,73 або вище

Повторне проведення тесту може показати зміну в прояві рівні симптомів тривожності. На підставі 7240 тестів [6; стор. 5] було встановлено, що надійним показником є 14 пунктів — тобто зменшення показника на 14 пунктів означає значне покращення симптомів тривожності, а збільшення на 14 пунктів — значне погіршення. Тобто, цей тест корисно використовувати для відслідковування динаміки.



Джерела

Українська версія опитувальника знаходиться за посиланням:

1. <https://www.scaswebsite.com/wp-content/uploads/2021/07/scas-child-ukrainian.pdf>

Детальніше дізнатися про SCAS Child можна в наступних джерелах:

2. Spence S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 280–297. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.2.280>
3. Spence S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior and research therapy*, 36 (1998) 545-566 <https://www.scaswebsite.com/wp-content/uploads/2021/07/spence-1998-scas.pdf>
4. Susan H. Spence, Paula M. Barrett, Cynthia M. Turner, Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents *Anxiety Disorders*, 17(2003) 605-625 [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
5. Robin Ramme. Evidence regarding the reliability and validity of the SCAS. School of Applied Psychology, Griffith University (April, 2018). <https://www.scaswebsite.com/wp-content/uploads/2021/07/Ramme-SCAS-Psychomet-evidence.pdf>
6. Hegarty, D., Buchanan, B., Smyth, C., Bartholomew, E., & Baker, S. (2025). A Review of the Clinical Utility and Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale - Child (SCAS-Child): Gender-Specific Norms, Percentile Rankings, and Qualitative Descriptors. Retrieved from: <https://novopsych.com.au/assessments/child/spence-childrens-anxiety-scale-child-scas-child/>