Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2026, Т. 60, № 3, с. 50-61, http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1207

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2026, Vol. 60, no 3, pp. 50-61, http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-23-1207

Апробация шкалы для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых на русскоязычной выборке (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1)

Московченко Д.В.[1], Потанин С.С.[2,3], Еричев А.Н.[4], Буранова Н.М.[1], Пойлова Я.П.[5]
[1]Психологический и образовательный центр «Качество жизни», Санкт-Петербург, Россия
[2]Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия
[3]Клиника современной психотерапии и психиатрии «Нейро-пси», Москва, Россия
[4]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
[5]Медико-психологический центр «Решение», Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Распространённость и диагностическая сложность синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых обусловливают необходимость разработки надёжных методик для скрининга и мониторинга симптомов, одним из которых во всём мире служит Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS-v1.1), разработанный при поддержке ВОЗ и Гарвардской медицинской школы. Несмотря на популярность данной методики в зарубежных исследованиях до настоящего времени не было проведено исследовательских работ, которые позволили бы проверить психометрические особенности данной шкалы на русскоязычной выборке. Целью данной работы являлась первичная апробация данной методики на русскоязычной выборке.

Материал и методы: исследование включало 500 участников: 300 респондентов без установленного диагноза СДВГ и 200 пациентов с подтверждённым СДВГ (F90.0); средний возраст групп составил 33,4 ± 11,2 и 27,8 ± 7,4 года соответственно. Психометрический анализ включал эксплораторный и конфирматорный факторный анализ, оценку внутренней согласованности (α Кронбаха), тест-ретестовой надёжности (ICC), а также конвергентной валидности с русскими версиями Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) и Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Проанализированы психометрические свойства опросника: подтверждена двухфакторная структура («невнимательность» и «гиперактивность/импульсивность») с удовлетворительными показателями соответствия модели; внутренняя согласованность высокой степени; тест-ретестовая надёжность через 8 недель ICC = 0,79 (95 % ДИ 0,72–0,85). Разработанный на русскоязычной выборке опросник представляет собой валидированный и надежный клинико-психологический инструмент для быстрого выявления и количественной оценки симптомов СДВГ у взрослых, позволяющий формировать индивидуальные профили симптоматики, оценивать динамику состояния и планировать профилактические вмешательства.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности; опросник ASRS-v1.1; невнимательность; психометрические характеристики; внутренняя согласованность; скрининг.

Информация об авторах:
Московченко Денис Владимирович — e-mail: xedin-90@mail.ru https://orcid.org/0000-0003-4389-4895
Потанин Сергей Сергеевич — e-mail: potanin_ss@mail.ru https://orcid.org/0000-0002-9180-1940
Еричев Александр Николаевич* — e-mail: erichevalex@gmail.com https://orcid.org/0000-0002-4495-1102
Буранова Нилуфар Маликовна — e-mail: buranovanilu@gmail.com https://orcid.org/0009-0006-0959-0993
Пойлова Яна Павловна — e-mail: yanapoylova@gmail.com https://orcid.org/0000-0002-0366-0931

Как цитировать: Московченко Д.В., Потанин С.С., Еричев А.Н., Буранова Н.М., Пойлова Я.П. Первичная апробация шкалы для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых на русскоязычной выборке (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2026; 60:3:50-61. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1207.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку: Еричев Александр Николаевич — e-mail: erichevalex@gmail.com

Corresponding author: Alexander N. Erichev — e-mail: erichevalex@gmail.com

© Московченко Д.В.[1], Потанин С.С.[2,3], Еричев А.Н.[4], Буранова Н.М.[1], Пойлова Я.П.

Preliminary Validation of the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS-v1.1) in a Russian-Speaking Sample

Denis V. Moskovchenko[1], Sergey S. Potanin[2,3], Alexander N. Erichev[4], Nilufar M. Buranova[1], Yana P. Poilova[5]
[1]"Quality of Life" Psychological and Educational Center, Saint Petersburg, Russia
[2]Moscow Medical University «REAVIZ», Moscow, Russia
[3]"Neuro-Psi" Clinic of Modern Psychotherapy and Psychiatry, Moscow, Russia
[4]North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia
[5]"Solution" Medical-Psychological Center,Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults and the diagnostic challenges it poses underscore the need for reliable tools for screening and monitoring symptoms. Worldwide, one of the standard instruments is the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS-v1.1), developed with support from the WHO and Harvard Medical School. Despite its popularity abroad, no studies have yet examined the psychometric properties of this scale in a Russian-speaking population. The aim of this work was to conduct a preliminary validation of the instrument in such a sample. **Materials and methods:** The study included 500 participants: 300 respondents without an established diagnosis of ADHD and 200 patients with confirmed ADHD (F90.0). Mean ages were 33.4 ± 11.2 and 27.8 ± 7.4 years, respectively. Psychometric analysis comprised exploratory and confirmatory factor analyses, assessment of internal consistency (Cronbach's α), test–retest reliability (ICC), and convergent validity with the Russian versions of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). **Results:** A two-factor structure ("inattention" and "hyperactivity/impulsivity") was confirmed with acceptable model fit indices. Internal consistency was high; eight-week test–retest reliability showed ICC = 0.79 (95 % CI 0.72–0.85). The Russian-language questionnaire thus represents a validated and reliable clinical-psychological tool for rapid detection and quantitative assessment of adult ADHD symptoms, enabling individual symptom profiling, monitoring over time, and planning preventive interventions.

***Keywords*:** attention-deficit/hyperactivity disorder; ASRS-v1.1 questionnaire; inattention; psychometric properties; internal consistency; screening.

Information about the authors:
Denis V. Moskovchenko — e-mail: xedin-90@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-4389-4895
Sergey S. Potanin — e-mail: potanin_ss@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-9180-1940
Alexander N. Erichev* — e-mail: erichevalex@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-4495-1102
Nilufar M. Buranova — e-mail: buranovanilu@gmail.com; https://orcid.org/0009-0006-0959-0993
Yana P. Poilova — e-mail: yanapoylova@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-0366-0931

To cite this article: Moskovchenko DV, Potanin SS, Erichev AN, Buranova NM, Poilova YaP. Preliminary validation of the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS-v1.1) in a Russian-speaking sample. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2026; 60:3:50-61. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1207. (In Russ.)

Conflict of Interest: the authors declare no conflicts of interest.

Проблема диагностики и особенностей проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одной из самых актуальных в современной детской и взрослой психиатрии [1]. Синдром дефицита внимания и гиперактивности описывался в медицинской литературе ещё в 18 веке [14]. Однако, диагностические критерии были впервые представлены в Диагностическом и Статистическом Руководстве третьего пересмотра (DSM-III). В Международной Классификации Болезней (МКБ) синдром кодировался в рубрике «Гиперкинетические расстройства» вплоть до введения аналогичной категории — СДВГ — в МКБ-11, где, как и в DSM, были выделены преимущественно невнимательный и гиперактивный подтипы. Хотя изначально синдром был описан для детского возраста, по современным оценкам, 2,5% взрослых также имеют этот синдром (по сравнению с 5,9% у несовершеннолетних) [14]. Кроме того, до 65% взрослых, которым в детстве был диагностирован СДВГ, сталкиваются с устойчивыми симптомами в течение всей жизни [14].

В исследованиях показано, что СДВГ у взрослых имеет специфику по сравнению с СДВГ в детском возрасте. Симптомы гиперактивности снижаются с возрастом, тогда как симптомы невнимательности более устойчивы [18, 28]. В результате только 5% взрослых с СДВГ соответствуют критериям преимущественно гиперактивного типа, а доля взрослых с преимущественно невнимательным типом достигает 25% [9]. При этом фокус специалистов, ориентирующихся на МКБ, где до недавнего времени СДВГ относился к гиперкинетическим расстройствам, может быть больше привязан к симптомам гиперактивности-импульсивности [2]. В то

же время согласно ряду исследований для взрослых с СДВГ часто характерны проявления нарушений эмоциональной регуляции и исполнительной дисфункции, не включённые в диагностические критерии МКБ и DSM [8, 21]. Это осложняет первичную диагностику СДВГ у взрослых. К тому же, до 80% взрослых с СДВГ имеют как минимум одно коморбидное психическое расстройство, среди которых чаще всего встречаются тревожные и аффективные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и расстройства личности [16, 29]. Своевременное выявление и лечение СДВГ позволяет снизить вероятность возникновения таких коморбидных состояний, как расстройства настроения и зависимости от психоактивных веществ [9], а также стабилизировать функционирование пациента и частично предотвратить негативные последствия для здоровья, социальной адаптации, экономического статуса и академических результатов [23].

Задачи своевременной диагностики СДВГ актуальны как в зарубежной, так и в отечественной клинической практике. В настоящее время в мировой клинической психологии и психиатрии существует ряд эффективных диагностических инструментов. Среди различных методик для диагностики и самоотчета симптомов СДВГ наиболее распространённой является шкала для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1). Данная методика была разработана Kessler и соавт. совместно с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) на основе рекомендаций по проведению диагностического интервью и критериев DSM-IV [18].

ASRS v1.1 содержит 18 вопросов и разделена на части А и Б. Первые шесть вопросов (часть А) обладают наибольшей предиктивной способностью в отношении СДВГ и могут использоваться отдельно как скрининговый опросник (ASRS-S). Это позволяет значительно сократить процедуру скрининга — заполнение в среднем занимает меньше минуты [15]. Остальные 12 вопросов (часть Б) дают дополнительную информацию о симптомах СДВГ, в том числе специфических для взрослых (эмоциональная дисрегуляция, исполнительная дисфункция). Кроме того, на данный момент ASRS является наиболее используемым инструментом оценки распространённости СДВГ в популяции, а получение точных данных о распространённости симптомов СДВГ на русскоязычных выборках невозможно без валидации этого инструмента [12].

Целью данной работы является апробация шкалы для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых на русскоязычной выборке.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 500 человек (n=500), которые были разделены на две выборки:

- 300 респондентов из общей популяции были обследованы с помощью анкетирования. Критерием включения при наборе респондентов служило отсутствие официально установленного диагноза СДВГ (F90.0) («группа нормы»), критерием исключения — возраст до 18 лет. Средний возраст составил 33,40 ± 11,19 лет. По уровню образования группа включала: 165 человек с высшим образованием (55%), 75 — со средним специальным (25%) и 60 — со средним образованием (20%). По полу распределение было следующим: 189 женщин (63%) и 111 мужчин (37%). По данным самоотчета, обследуемые не имели психических, неврологических или тяжелых соматических заболеваний на момент исследования. В группу включались участники, не имеющие в анамнезе психических расстройств и не наблюдавшиеся у психиатра. Участники, у которых психиатрический диагноз был выявлен ранее или заподозрен в ходе анкетирования, исключались из исследования. Вместе с тем следует отметить, что отсутствие углублённой клинической диагностики в группе сравнения является ограничением данного исследования.
- 200 пациентов с установленным диагнозом «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» (F90.0), обследованных на базе клиники современной психотерапии и психиатрии «Нейро-пси» в период с 2023 по 2025 год. Средний возраст составил 27,79 ± 7,44 лет. Образовательный уровень пациентов: 75 человек с высшим образованием (37,5%), 86 — со средним специальным (43%) и 39 — со средним образованием (19,5%). Всем пациентам диагноз был установлен врачом-психиатром в соответствии с диагностическими критериями МКБ10. Критерием исключения служил возраст младше 18 лет.

Процедура адаптации Шкалы диагностики СДВГ у взрослых (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1) на русскоязычной выборке включала следующие этапы:

1. Первичная адаптация Шкалы диагностики СДВГ ASRS v1.1 в соответствии с протоколом ВОЗ, включающим прямой и обратный перевод опросника, оценку восприятия вопросов в фокус-группах и экспертную оценку результатов с привлечением не менее трех специалистов в области психического здоровья.
2. Сбор данных для оценки психометрических показателей опросника.
3. Оценка распределения пунктов, надежности и внутренней структуры методики.
4. Оценка внешней валидности. Для установления внешней валидности дополнительно использовались следующие методики:

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Разработана в 1983 г. для оценки симптомов депрессии и тревожных состояний у пациентов медицинских учреждений. Шка-

ла широко применяется для исследования тревожных и депрессивных переживаний в общей популяции [31]. В 2023 году адаптирована на русскоязычной выборке Морозовой М.А. с соавторами [4].

- Шкала импульсивности Барратта (версия BIS-11), окончательно разработанная в 1995 г. Эрнестом С. Барраттом и адаптированная для русскоязычной популяции *Ениколоповым С.Н., Медведевой Т.И.* в 2023 году [3].

1. Оценка конструктной валидности методики. В соответствии с теоретическими представлениями и исследованиями, симптомы СДВГ сочетаются с определенными психологическими тенденциями — тревожной и депрессивной симптоматикой, а также импульсивностью. Мы предположили, что симптоматика СДВГ, выявляемая с помощью методики, может вносить самостоятельный вклад в развитие тревожно-депрессивных симптомов и импульсивности.

Обработка данных проводилась с использованием программ STATISTICA ver.12, JAMOVI ver.2.3.28, IBM SPSS Statistics 26, 2025.

Проведение исследования было одобрено ЛЭК ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 798 от 23.08.2021). Перед включением в исследование пациенты проходили процедуру подписания формы информированного согласия.

Результаты. *Особенности распределения баллов по шкалам опросника.* Отвечая на пункты опросника, испытуемые использовали всю шкалу ответов (от 0 до 4 баллов). При анализе распределения субшкал и общего балла по шкале по критерию Колмогорова-Смирнова не было выявлено статистически значимых отличий от нормального распределения.

Анализ особенностей распределения (асимметрия и эксцесс) указывает на то, что распределение по общему баллу и субшкалам можно охарактеризовать как близкое к нормальному. Небольшая отрицательная асимметрия и умеренно уплощённый пик (эксцесс) не приводят к существенному отклонению от нормального распределения. Проведенный дескриптивный анализ представлен в Табл.1.*Факторная структура методики.* Перед извлечением факторов была проверена пригодность данных. Показатель KMO составил 0,941, что соответствует необходимому уровню пригодности факторного анализа. Критерий сферичности Бартлетта значим: $\chi^2(153) = 1303{,}06$, $p < 0{,}001$, что подтверждает наличие значимых корреляций между переменными. Двухфакторное решение соответствует критерию Кайзера (оба фактора имеют $\lambda > 1$: $\lambda_1 = 4{,}82$; $\lambda_2 = 4{,}27$).

При проведении эксплораторного факторного анализа была получена двухфакторная структура, Матрица факторных нагрузок продемонстрировала чёткую и интерпретируемую структуру: ни один из пунктов не образовал одиночных или смешанных факторов. Полученные результаты представлены в Табл.2.Совокупная объяснённая дисперсия двух факторов составила 44,77% (Фактор 1 — 20,76%; Фактор 2 — 24,01%).

Наши результаты факторного анализа согласуются с исследованием Kessler и соавт., которое также подтвердило наличие двух факторов, соответствующих выявленным в нашем исследовании субшкалам [17].

При создании модели конфирматорного факторного анализа каждый пункт опросника был изначально отнесен к соответствующему фактору. Разведывательный факторный анализ показал, что 18 симптомов распределяются на два фактора: фактор «Невнимательность», объединяющий пункты, характеризующие дефицит внимания (затруднения концентрации, рассеянность и т.д.), и фактор «Гиперактивность/импульсивность», пункты которого связаны с гиперактивностью и импульсивным поведением. Эта двухфакторная модель полностью согласуется с теоретической моделью СДВГ в DSM-IV, где симптомы разделены на два домена [8]. Каждому из факторов соответствует по 9 пунктов, что отражает симметрию диагностических критериев.

При проведении конфирматорного факторного анализа (CFA) получены следующие результаты: тест на точное соответствие показал $\chi^2(134) = 286.00$, $p < .001$, однако формальная значимость критерия объясняется чувствительностью к размеру выборки. Отношение $\chi^2/df = 2.13$ указывает на приемлемое соответствие модели данным. Индекс CFI = 0.930 и TLI = 0.921 превышают рекомендуемый порог 0.90, а RMSEA = 0.050 (90% ДИ [0.041; 0.059]) соответствует критерию хорошего соответствия. Значение SRMR = 0.057 не превышает допустимого порога 0.08. Стандартизированные факторные нагрузки варьировались от 0.46 до 0.83 ($p<.001$). Корреляция между факторами «Невнимательность» и «Гиперактивность/импульсивность» составила r=0.54. Таким образом, результаты конфирматорного факторного анализа подтвердили, что двухфакторная модель опросни-

Таблица 1. Дескриптивный анализ распределения баллов по шкалам опросника ASRS-v1.1
Table 1. Descriptive analysis of score distribution on questionnaire scales ASRS-v1.1

Параметры оценки	Асимметрия	Эксцесс	Критерий Колмогорова–Смирнова
Общий балл по шкале диагностики СДВГ	-0,255	*-0,749*	p<0,20
Субшкала «Невнимательность»	*-0,177549*	*-0,751362*	p<0,20
Субшкала «Гиперактивность/Импульсивность»	*-0,208881*	*-0,586275*	p<0,20

Таблица 2. Факторная структура русской версии шкалы для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых ASRS-v1.1
Table 2. Factor structure of the Russian version of the scale for diagnosing attention deficit hyperactivity disorder in adults ASRS-v1.1

	Совокупная объяснённая дисперсия двух факторов составила 44,77%	
Пункты опросника	Фактор 1 «Невнимательность» (20,76% — объясненная дисперсия)	Фактор 2 «Гиперактивность/импульсивность» (24,01% — объясненная дисперсия)
1. Как часто у вас возникают проблемы с доделыванием окончательных деталей проекта после того, как самая интересная часть уже сделана?	0,694468	
2. Если вам нужно выполнить задачу, требующую организации, как часто у вас возникают сложности с приведением дел и задач в порядок?	0,818388	
3. Как часто вы забываете о встречах или обещаниях?	0,699704	
4. Когда у вас есть задача, требующая серьезных умственных усилий, как часто вы избегаете её или откладываете начало работы?	0,775522	
5. Как часто вы ёрзаете или двигаете руками или ногами, если вам приходится сидеть долгое время?		0,614404
6. Как часто вы чувствуете чрезмерную активность, беспокойство, и вынуждены делать что-то (как будто бы в вас находится заведенный мотор)?		0,732540
Часть А		
7. Как часто вы делаете ошибки по невнимательности, когда вам приходится работать над скучным или сложным проектом?	0,615373	
8. Как часто вам трудно удерживать внимание, когда вы выполняете скучную или монотонную работу?	0,638274	
9. Как часто вам трудно сосредоточиться на том, что вам говорят люди, даже когда они говорят непосредственно с вами?	0,463047	
10. Как часто вы теряете вещи, или не можете их найти дома или на работе?	0,543435	
11. Как часто вы отвлекаетесь на то, что происходит вокруг вас, или на посторонние звуки?	0,445062	
12. Как часто вы встаете с места (или сильно хотите встать) на встречах, совещаниях или в других ситуациях, когда вам требуется сидеть?		0,626882
13. Как часто вы чувствуете беспокойство или суетливость?		0,766090
14. Как часто вам бывает трудно отдохнуть и расслабиться, когда у вас есть время для себя?		0,695393
15. Как часто в общении с людьми вы обнаруживаете, что слишком много говорите?		0,611820
16. Когда вы разговариваете, как часто вы заканчиваете предложения за других людей, прежде чем они успеют закончить их сами?		0,828486
17. Как часто вы испытываете трудности с ожиданием своей очереди?		0,631914
18. Как часто вы прерываете других, когда они чем-то заняты?		0,696312
Часть Б		

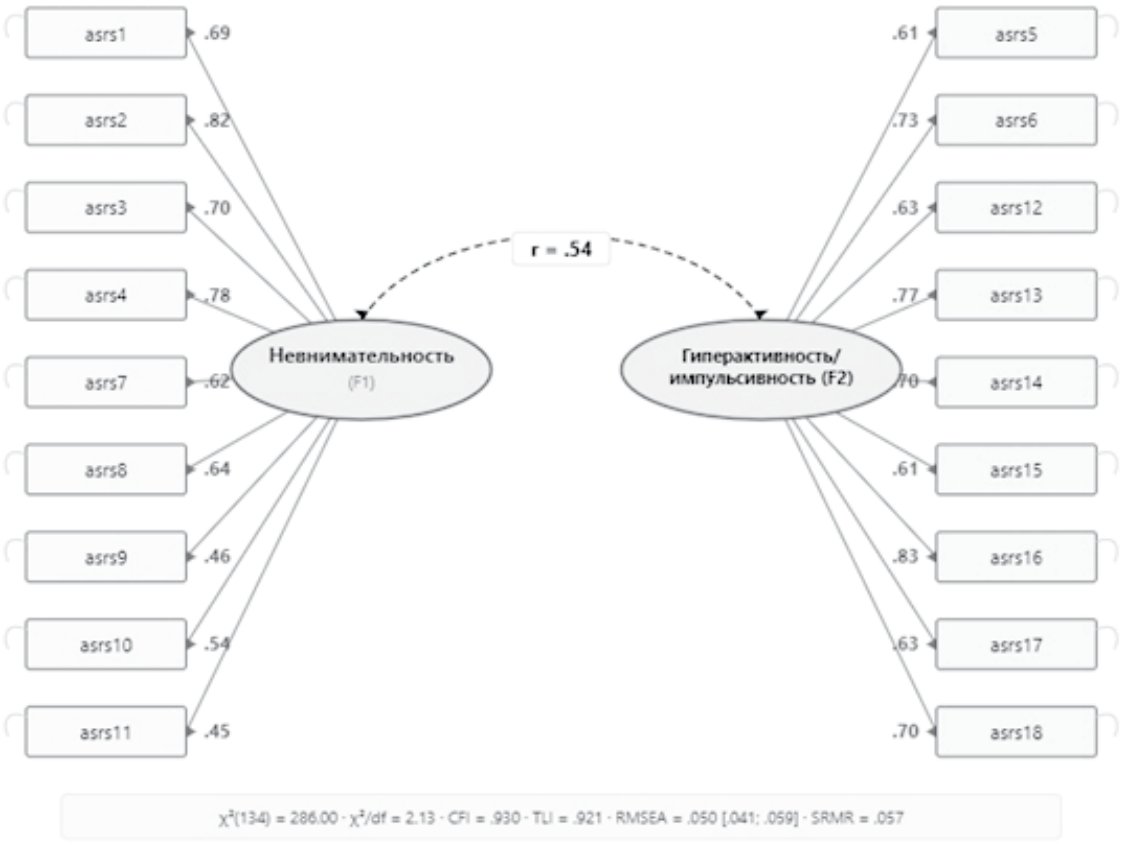


Рис. 1. Диаграмма двухфакторной модели шкалы для диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых ASRS-v1.1
Fig. 1. Path Diagram of the Two-Factor Model of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)

ка хорошо согласуется с полученными данными, и англоязычные факторы могут использоваться как шкалы русскоязычной версии опросника.

Диаграмма отображает двухфакторную модель (Рис.1): стрелки идут от латентных факторов к наблюдаемым пунктам (рефлективная модель), остатки показывают уникальную дисперсию каждого пункта, а двойная стрелка между факторами — их ковариацию r = 0.54.

Надежность-согласованность методики. Интегральный показатель шкалы диагностики СДВГ у взрослых (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1) демонстрирует высокую стабильность во всех группах. Наибольший коэффициент α-Кронбаха наблюдается по всей выборке (0,91), что указывает на очень высокое единство ответов по всем 18 пунктам методики. Данное значение соответствует показателю отличной внутренней согласованности. Для субшкалы «Невнимательность» отмечены высокие значения показателя α-Кронбаха в общей выборке и у пациентов с диагнозом СДВГ, что соответствует хорошей внутренней согласованности (α = 0,82). Респонденты, обследованные с помощью анкетирования, дают несколько более разрозненные ответы по этой субшкале (α-Кронбаха = 0,74). Пункты, оценивающие гиперактивность и импульсивность, также показывают хорошую согласованность в общей выборке и у пациентов с установленным диагнозом СДВГ (α-Кронбаха 0,82 и 0,83 соответствен-

Таблица 3. Надежность-согласованность методики ASRS-v1.1
Table 3. Alpha Cronbach's coefficient for the ASRS-v1.1 questionnaire

Шкалы методики	α Кронбаха (по всей выборке) n=500	Респонденты, обследованные с помощью анкетирования (n = 300)	Пациенты с установленным диагнозом «Синдром дефицита внимания и гиперактивность» (n=200)
Общая шкала СДВГ	0,91	0,84	0,89
Субшкала «Невнимательность»	0,82	0,74	0,82
Субшкала «Гиперактивность/Импульсивность»	0,82	0,74	0,83

Таблица 4. Различия в выраженности симптомов СДВГ в двух сопоставляемых выборках по методике ASRS-v1.1.
Table 4. Differences in the severity of ADHD symptoms in two comparable samples according to the ASRS-v1.1 questionnaire.

Параметры оценки	Респонденты, обследованные с помощью анкетирования (n = 300)		Пациенты с установленным диагнозом «Синдром дефицита внимания и гиперактивность» (n=200)		U — критерий
	Mean	SD	Mean	SD	
Общий балл по шкале диагностики СДВГ	47,56	12,10	65,64	7,97	p=0,001
Субшкала «Невнимательность»	25,75	6,53	33,51	5,00	p=0,001
Субшкала «Гиперактивность/Импульсивность»	22,80	6,69	30,96	4,70	p=0,001

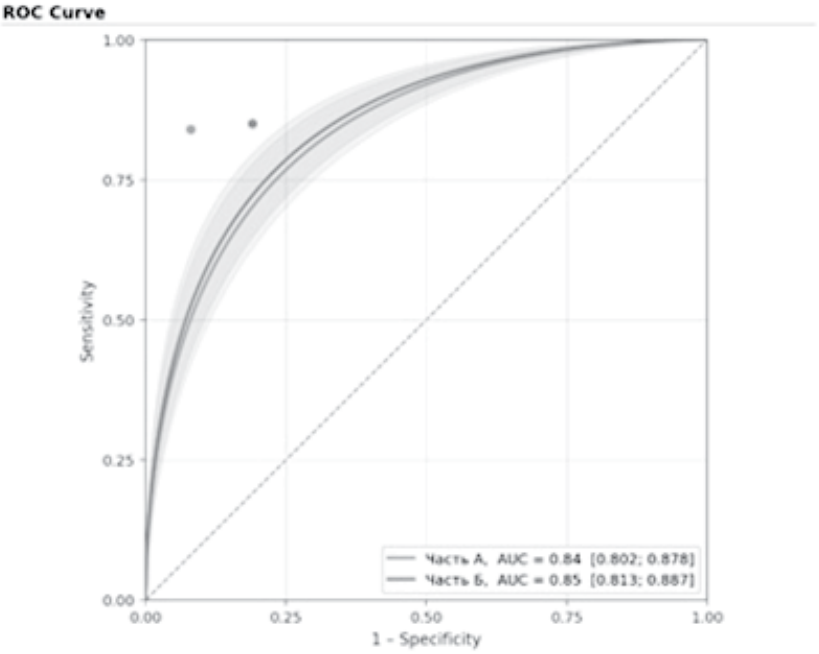
но). Это свидетельствует о том, что в клинической группе и в выборке в целом вопросы о симптомах гиперактивности и импульсивности внутренне связаны и измеряют единый фактор. В «группе нормы» надежность данной субшкалы несколько ниже (α-Кронбаха = 0,75) и находится на границе между удовлетворительной и хорошей внутренней согласованностью. Полученные результаты представлены в Табл.3.

Сравнительный анализ значимости различий симптомов СДВГ в двух выборках. Для оценки критериальной валидности методики и её чувствительности к выраженности СДВГ был проведен сравнительный анализ двух исследуемых групп. Мы оценивали различия по общему уровню выраженности симптомов и по субшкалам, полученным в результате факторного анализа. Анализ показал, что пациенты с установленным диагнозом «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» имеют более высокий балл как по общей шкале методики, так и по субшкалам «Невнимательность» и «Гиперактивность/Импульсивность» (p = 0,001 по U-критерию Манна–Уитни). Результаты демонстрируют стабильно высокий уровень симптоматики в клинической группе, что свидетельствует о чувствительности методики к проявлениям СДВГ. Данные представлены в Табл.4.*Пороговые значения для методики ASRS-v1.1.* Для оценки диагностической эффективности использовались ROCкривые (Рис.2) и расчёт чувствительности (Se), специфичности (Sp), положительной и отрицательной прогностической ценности (PPV, NPV), а также коэффициентов правдоподобия (LR^+, LR^-) на всех возможных порогах суммарных баллов. В качестве оптимального порога выбирался тот, который максимизировал индекс Юдена. В соответствии со структурой опросника анализ диагностической эффективности проводился для части «А», которая включает в себя первые шесть пунктов методики и определяет возможные проявления СДВГ. Кроме того, анализ проводился для части «Б», которая включает себя дополнительные вопросы, уточняющие симптомы СДВГ. Обе части опросника продемонстрировали хорошую способность различать наличие и отсутствие синдрома: площадь под ROCкривой составила 84% для части «А» и 85% для части «В», что соответствует «хорошему» уровню дискриминации (AUC 0,80–0,90).

Первая часть методики при пороге набранных баллов ≥4 обеспечивает более высокую чувствительность и более низкое число ложноотрицательных результатов, что делает её подходящей для первичного скрининга. Вторая часть при пороге ≥6 даёт сходную специфичность и сопоставимый LR^+, но уступает в чувствительности. Полученные результаты представлены в Табл.5.

Социально-демографические характеристики и ASRS v1.1 в группе пациентов с установленным диагнозом «Синдром дефицита внимания и гиперактивности». По всем шкалам методики наблюдаются статистически значимые отрицательные корреляции с возрастом (Общая шкала СДВГ — r=-0,282, p <0.001; Субшкала «Невнимательность» — r = -0,231, p <0.001; Субшкала «Гиперактивность/импульсивность» — r = -0,226, p <0.001). Полученные результаты согласуются с моделью «затухания» симптомов СДВГ во взрослом возрасте. Наше исследование подтверждает данные зарубежных коллег. L.A. Adler и соавт. собрали нормативные данные по опроснику ASRS (18 симптомов) среди более 22 тыс. взрослых (18+ лет) из общей популяции США. Средний суммарный балл ASRS оказался существенно выше у молодых взрослых по сравнению с пожилыми, что указывает на снижение выраженности симптомов СДВГ в старших возрастах. Нормативные значения были максимальными в наиболее молодых группах и последовательно снижались с возрастом, подтверждая возрастное ослабление симптоматики [5, 11, 20].

Результаты корреляционного анализа показали статистически значимые корреляционные связи с полом. Статистически значимые связи были установлены среди респондентов мужского пола по обеим субшкалам и по суммарному баллу (общая шкала СДВГ r=0,183, p<0,01; субшкала «Невнимательность» — r=0,216, p<0.001; субшкала «Гиперактивность/импульсивность» — r=0,189, p<0.04). Некоторые зарубежные исследования показывают, что гендерные различия по ASRS невелики и неоднородны, однако тенденция к повышенной сим-



AUC

	AUC	SE	Lower	Upper	z	p
Часть А	0.840	0.0192	0.802	0.878	17.69	< .001
Часть Б	0.850	0.0187	0.813	0.887	18.73	< .001

Optimal Cut-Off (Youden Index)

	Cut-Off	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	LR⁺	LR⁻
Часть А	≥ 4	84.0	92.0	73.0	91.0	3.10	0.12
Часть Б	≥ 6	85.0	81.0	72.0	82.0	3.05	0.26

Note. 95% CI computed using the Hanley & McNeil (1982) method. N_{Ref}^{pos} = 200, N_{Ref}^{ref} = 300.

Рис. 2. ROC-кривые для части «А» (синий) и части «Б» (красный) опросника ASRS-v1.1.
Fig. 2. ROC curves for Part A (red) and Part B (teal) of the Adult ADHD Self-Report Scale version 1.1 (ASRS-v1.1)

Таблица 5. Характеристики пороговых значений для методики ASRS-v1.1
Table 5. Table 5. Characteristics of cut-off values for the ASRS-v1.1 questionnaire

Разделы методики	Лучшие пороговые значения (≥)	Чувствитель-ность, %	Специфич-ность,%	PPV, % NPV, %	PPV, % NPV, %	LR^+	LR^-
Часть А	4	84	92	73	91	3.10	0.12
Часть Б	6	85	81	72	82	3.05	0.26

Таблица 6. Вклад симптоматики СДВГ в общий уровень тревоги
Table 6. Contribution of ADHD symptoms to overall anxiety levels

Зависимая переменная — Тревога	R^2=0.309	β	t	P
Общая шкала СДВГ		0,699	4,45	0.001

Таблица 7. Вклад симптоматики СДВГ в общий уровень депрессии
Table 7. Contribution of ADHD symptoms to overall depression levels

Зависимая переменная — Депрессия	R^2=0.203	β	t	P
Субшкала «Невнимательность»		0,273	2,21	0.02

птоматике у мужчин прослеживается в различных клинических исследованиях [10, 27].

Тест-ретестовая надежность. Повторное тестирование проводилось через два месяца после первичного обследования. В нем приняли участие 60 респондентов (n=60) из выборки пациентов с установленным диагнозом «Синдром дефицита внимания и гиперактивности». Результаты продемонстрировали высокую временную устойчивость русской версии ASRS-v1.1. Для суммарного балла получен ICC (2,1) = 0,79 (95% ДИ 0,72–0,85), ρ = 0,78, p <0,001; для субшкал «невнимательность» и «гиперактивность/импульсивность» ICC составили 0,74 и 0,68 соответственно. Эти результаты сопоставимы с англоязычными данными тест-ретестовой надежности, где ICC составляет 0,75–0,80 [24].

Внешняя валидность Шкалы диагностики СДВГ у взрослых (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1). Корреляционный анализ выявил положительную связь между общей тяжестью симптомов СДВГ (общим баллом ASRS v1.1) и показателями тревоги и депрессии по шкале HADS. Общий балл ASRS v1.1 статистически значимо коррелировал как с тревожной (r = 0,611, p <0,001), так и с депрессивной шкалой HADS (r = 0,428, p <0,001). Субшкала «невнимательность» показала положительные корреляции с тревожностью (r = 0,388, p <0.001) и депрессией (r = 0,232, p <0.001). Субшкала «гиперактивность/импульсивность» также коррелировала с тревожностью (r = 0,355, p <0.001) и депрессией (r = 0,288, p <0.001).

По шкале Барратта выявлена положительная корреляция с общей шкалой СДВГ (r = 0.62, p <0.001). Аналогично, показатели шкалы импульсивности Барратта значимо коррелировали с субшкалами «невнимательность» (r = 0.655, p <0.001) и «гиперактивность/импульсивность» (r = 0.484, p <0.001). Таким образом, выраженность тревожно-депрессивной симптоматики и проявления личностной импульсивности коррелируют с симптоматикой СДВГ, что согласуется с данными зарубежных исследований [7,19, 25].

Конструктная валидность методики. Для оценки вклада симптомов СДВГ в тревожно-депрессивные переживания была использована множественная линейная регрессия (метод пошагового включения переменных в регрессионную модель).

Первая серия регрессионного анализа была направлена на выявление вклада симптоматики СДВГ в тревожные состояния у обследованных респондентов. Полученные результаты представлены в Табл.6.Множественный регрессионный анализ показал, что на уровень выраженности тревоги у обследуемых оказывает влияние общий уровень выраженности симптомов СДВГ. Данная модель позволяет объяснить 31% дисперсии зависимой переменной (R^2 = 0.31). Полученная регрессионная модель поддерживает идею, что тревожность возрастает вместе с общим развитием симптоматики СДВГ [30].

Вторая серия регрессионного анализа была направлена на выявление вклада симптоматики СДВГ в депрессивные состояния у обследованных респондентов. Полученные результаты представлены в Табл.7.Множественный регрессионный анализ показал, что на уровень выраженности депрессии у обследуемых значимо влияет субшкала «Невнимательность» (F=22,91, p<,0001). Данная модель объясняет 20% дисперсии зависимой переменной (*R2* = 0.20). Аналогичные результаты получены в исследованиях Rychik (2019), где отмечается, что у лиц с СДВГ, диагностированным в подростковом возрасте, чаще наблюдается тревожно-депрессивная симптоматика во взрослом возрасте [13, 22]. Кроме того, в обзоре L. Tong и соавт. приводятся исследования, демонстрирующие прямую связь между невнимательностью как ключевым симптомом СДВГ и повышенным риском депрессии, в то время как гиперактивно-импульсивные симптомы не являлись прямыми предикторами депрессии [26].

Третья серия регрессионного анализа была направлена на выявление вклада симптоматики СДВГ в импульсивность у обследованных респондентов.

Регрессионный анализ показал, что субшкала «гиперактивность/импульсивность» ASRS вносит статистически значимый вклад в предсказание общего уровня импульсивности по шкале Барратта. Стандартизованный коэффициент β составил 0,418 (t = 6,17, p = 0,001), что свидетельствует о статистически значимой положительной связи между гиперактивностью/импульсивностью по ASRS и показателем импульсивности по шкале импульсивности Барратта. Модель объясняет 17% дисперсии зависимой переменной (R^2 = 0,17), что указывает на умеренное влияние предиктора. Полученные результаты согласуются с идеями о том, что проявления гиперактивности в детском и подростковом возрасте могут способствовать накоплению общих личностных черт импульсивности и углублению сопутствующих проблем [6].

Таким образом, наши данные подтверждают выводы предыдущих исследований о том, что субшкала «гиперактивность/импульсивность» ASRS является значимым предиктором уровня импульсивности.

Заключение. В результате исследования была проведена первичная апробация шкалы для диагностики синдрома дефицита внимания и гипе-

рактивности у взрослых на русскоязычной выборке (Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 — ASRS v1.1). Психометрические характеристики опросника показали хорошие результаты внутренней и внешней валидности. Методика оказалась чувствительной для русскоязычной выборки и может быть применена для скрининговой первичной оценки, а также выявления в общей популяции клинических проявлений и психологических особенностей симптоматики СДВГ. Методика может применяться для диагностики симптомов СДВГ как скрининговый инструмент для быстрой оценки проблем со вниманием и импульсивностью у пациентов на амбулаторном приеме, а также при нахождении на стационарном лечении. Дальнейшие исследования могут быть направлены на более широкое изучение данной методики и её психометрических свойств при различных психических расстройствах.

Литература / References

1. *Гасанов Р.Ф., Макаров И.В., Емелина Д.А. Клинико-биохимические особенности тревоги у детей с гиперкинетическим расстройством. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020;1:30-38. Gasanov R.F., Makarov I.V., Yemelina D.A. Clinical and biochemical features of anxiety in children with hyperkinetic disorder. Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M.Bekhtereva. 2020;1:30-38. (in Russ.).*
2. *Гасанов Р.Ф., Макаров И.В., Емелина Д.А., Прохоренко Е.С. Клиника, этиология и патогенез коморбидных состояний у детей с гиперкинетическим расстройством. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2024;58(4-1):8-22. Gasanov RF, Makarov IV, Yemelina DA, Prokhorenko ES. Clinic, etiology and pathogenesis of comorbid conditions in children with hyperkinetic disorder. Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2024;58(4-1):8-22. (in Russ.).*
3. *Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «Шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). Психология и право. 2015;5(3):75–89. Enikolopov SN, Medvedeva TI. Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Psikhologiya i pravo. 2015;5(3):75–89. (in Russ.). https://doi.org/10.17759/psylaw.2015050307*
4. *Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. Профилактическая медицина. 2023;26(4):714. Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, Burminsky DS, Lepilkina TA, Rupchev GE, Kibitov AA. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population. Profilakticheskaya medicina. 2023;26(4):714. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed2023260417*
5. *Adler LA, Faraone SV, Sarocco P, Atkins N, Khachatryan A. Establishing US norms for the Adult ADHD SelfReport Scale (ASRSv1.1) and characterising symptom burden among adults with selfreported ADHD. International Journal of Clinical Practice. 2019;73(1):e13260. https://doi.org/10.1111/ijcp.13260*
6. *Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, Alperin S, Kessler RC. The structure of adult ADHD. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2017;26(1):e1555. https://doi.org/10.1002/mpr.1555*
7. *Alarachi A, Merrifield C, Rowa K., McCabe R.E. Are we measuring ADHD or anxiety? Examining the factor structure and discriminant validity of the Adult ADHD SelfReport Scale in an adult anxiety disorder population. Assessment. 2024;31(7):1508–1524. https://doi.org/10.1177/10731911231225190*
8. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing. 1994.*
9. *Anbarasan D, Kitchin M, Adler LA. Screening for Adult ADHD. Current Psychiatry Reports. 2020;22(12):72. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9*
10. *Anker E, Halmøy A, Heir T. Work participation in ADHD and associations with social characteristics, education, lifetime depression, and ADHD symptom severity. Attention Deficit and Hyperactivity Disorders Journal. 2019;11(2):159–165. https://doi.org/10.1007/s12402-018-0260-2*
11. *Corbisiero S, HartmannSchorro RM, Riecher-Rössler A, Stieglitz R-D. Screening for adult attentiondeficit/hyperactivity disorder in a psychiatric outpatient population with specific focus on sex differences. Frontiers in Psychiatry. 2017;8:115. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00115*
12. *Chamberlain S, Cortese S, Grant JE. Screening for adult ADHD using brief rating tools: What can we conclude from a positive screen? Some caveats. Comprehensive Psychiatry. 2021;106(152224). https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152224*
13. *de la Peña IC, Pan MC, Thai CG, Alisso T. AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive Subtype/Presentation: Research Progress and Translational Studies. Brain Sciences. 2020;10(5):292. https://doi.org/10.3390/brainsci10050292*
14. *Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Fed-*

eration of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2021;128:789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

15. *Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). Journal of the American Board of Family Medicine. 2012;25(6):847–853. https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.06.120065*
16. *Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC Psychiatry. 2017;17(1):302. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3*
17. *Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Üstün TB, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological Medicine. 2005;35(2):245–256. https://doi.org/10.1017/s0033291704002892*
18. *Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, et al. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. Archives of General Psychiatry. 2010;67(11):1168–1178. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.146*
19. *Kulacaoglu F, Solmaz M, Belli H, Ardic FC, Akin E, Kose S. The relationship between impulsivity and attentiondeficit/hyperactivity symptoms in female patients with borderline personality disorder. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2017;27(3):249–255. https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342317*
20. *Oerbeck B, Overgaard K, Pripp AH, Aase H, ReichbornKjennerud T, Zeiner P. Adult ADHD symptoms and satisfaction with life: does age and sex matter? Journal of Attention Disorders. 2019;23(1):3–11. https://doi.org/10.1177/1087054715612257*
21. *Reimherr FW, Roesler M, Marchant BK, Gift TE, Retz W, Philipp-Wiegmann F, Reimherr ML. Types of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a replication analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2020;81(2):19m13077. https://doi.org/10.4088/jcp.19m13077*
22. *Rychik N. Dependent stress mediates the relation between ADHD symptoms and depression. Senior Honors Thesis. Waltham (MA): Brandeis University; 2019.*
23. *Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE. A systematic review and analysis of long-term outcomes in ADHD: effects of treatment and non-treatment. BMC Medicine. 2012;10:99. https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99*
24. *Silverstein MJ, Alperin S, Faraone SV, Kessler RC, Adler LA. Testretest reliability of the Adult ADHD SelfReport Scale (ASRS) v1.1 Screener in nonADHD controls from a primary care physician practice. Family Practice. 2018;35(3):336–341. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx115*
25. *Soyak HM, Açmaz G. A study on the relation of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with obesity in women with polycystic ovary syndrome. Turkish Journal of Psychiatry. 2023;26:248–253. https://doi.org/10.5505/kpd.2023.48902.*
26. *Tong L, Shi H-J, Zhang Z, Yuan Y, Xia Z-J, Jiang X-X, et al. Mediating effect of anxiety and depression on the relationship between attentiondeficit/hyperactivity disorder symptoms and smoking/drinking. Scientific Reports. 2016;6:21609. https://doi.org/10.1038/srep21609*
27. *Vildalen VU, Brevik EJ, Haavik J, Lundervold AJ. Females with ADHD report more severe symptoms than males on the Adult ADHD SelfReport Scale. Journal of Attention Disorders. 2019;23(9):959–967. https://doi.org/10.1177/1087054716659362*
28. *Wilens TE, Adler LA, Tanaka Y, Xiao F, D'Souza DN, Gutkin SW, Upadhyaya HP. Correlates of alcohol use in adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders: exploratory analysis of a placebocontrolled trial of atomoxetine. Current Medical Research and Opinion. 2011;27(12):2309–2320. https://doi.org/10.1185/03007995.2011.628648*
29. *Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. . Journal of Clinical Psychiatry. 2009;70 (11):1557–1562. https://doi.org/10.4088/jcp.08m04785pur*
30. *Won HY, Park M, Kim GE, Kim EJ. The relationship between specific adult attentiondeficit/hyperactivity disorder symptoms and anxiety using selfreport diagnostic scales. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2024;35(4):266–274. https://doi.org/10.5765/jkacap.240027*
31. *Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x*

Сведения об авторах

Московченко Денис Владимирович — кандидат психологических наук, клинический психолог Психологического и образовательного центра «Качество жизни» (Таврическая ул., 17, Санкт-Петербург, 191015, Россия). E-mail: xedin-90@mail.ru

Потанин Сергей Сергеевич — кандидат медицинских наук, руководитель отдела научных исследований и академического развития Московского Института психического здоровья, Московского медицинского университета «Реавиз»(ул. Краснобогатырская, д. 2, г. Москва, 107564, Россия), врач-психиатр Клиники современной психотерапии и психиатрии «Нейро-пси» (ул. Красина, д.27, Москва, 123056, Россия). E-mail: potanin_ss@mail.ru

Еричев Александр Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологи ФГБЩУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» (Пискарёвский проспект, д. 47, 195067, Санкт-Петербург, Россия). E-mail: erichevalex@gmail.com

Буранова Нилуфар Маликовна — клинический психолог Психологического и образовательного центра «Качество жизни». E-mail: buranovanilu@gmail.com

Пойлова Яна Павловна — клинический психолог Медико-психологического центра «Решение» (ул. Профессора Попова, д. 23 литера В, помещ. 52н, офис 105, ком. 16, 197022, Санкт-Петербург, Россия). E-mail: yanapoylova@gmail.com

Поступила 24.09.2025
Received 24.09.2025
Принята в печать 26.03.2026
Accepted 26.03.2026
Дата публикации 30.06.2026
Date of publication 30.06.2026