

IKIMOKYKLINIO AMŽIAUS VAIKŲ EMOCIJŲ IR ELGESIO SUNKUMŲ VERTINIMAS CBCL / 1½-5 IR C-TRF DIAGNOSTIKOS KRITERIJ AIS (DSM) PAGRĪSTOMIS SKALĒMIS

Roma Jusienė

Socialinių mokslų daktarė
Mykolo Romerio universitetas
Psichologijos katedra
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius
Tel. 274 06 09
El. paštas: romajusiene@hotmail.com

Saulė Raižienė

Socialinių mokslų daktarė
Mykolo Romerio universitetas
Psichologijos katedra
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius
Tel. 274 06 09
El. paštas: saule.raiziene@gmail.com

Šiame straipsnyje toliau nagrinėjama ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimo problema. Vaikų psichopatologijos tyrėjams, o ypač šioje srityje dirbantiems praktikams dažnai tenka empiriniu stebėjimu pagrįstą įvertinimą susieti su specifiniais diagnostikos kriterijais. Tokią galimybę suteikia CBCL / 1½-5 ir C-TRF metodikų (Achenbach and Rescorla, 2000) taikymas. CBCL / 1½-5 ir C-TRF skalės sudarytos ne tik „iš apačios į viršų“ (angl. bottom-up), t. y. faktorinės analizės būdu, bet ir „iš viršaus į apačią“ (angl. top-down), t. y. ekspertams vertinant, kaip teiginiai atitinka DSM diagnostines kategorijas. Straipsnyje analizuojama, kaip siejasi tarpusavyje įvairių vertintojų teikiama informacija apie ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus, remiantis penkiomis diagnostiniais kriterijais pagrįstomis skalėmis: įvairiapusių raidos sunkumų, dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo, prieštaraujančio neklusnumo, nuotaikos sunkumų ir nerimo sunkumų. Rezultatai rodo, kad diagnostiniais kriterijais pagrįstų skalių patikimumo ir atitikimo tarp vertintojų tendencijos panašios kaip CBCL / 1½-5 ir C-TRF sindromų skalių, sudarytų faktorinės analizės būdu. Mamų ir auklėtojų vertinimu, berniukams būdingesnis nei mergaitėms dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas. Auklėtojų vertinimu, berniukų prieštaraujančio neklusnumo skalės įverčiai taip pat didesni nei mergaičių. Tačiau apskritai diagnostiniais kriterijais pagrįstų skalių vidinis suderinamumas kiek geresnis nei faktorinės analizės būdu sudarytų sindromų skalių. CBCL / 1½-5 ir C-TRF diagnostiniais kriterijais pagrįstos skalės gali palengvinti pradinį ikimokyklinio amžiaus vaiko psichologinį įvertinimą. Straipsnyje aptariami ir šių skalių taikymo vertinimui ribotumai.

Pagrindiniai žodžiai: emocijų ir elgesio sunkumai, ikimokyklinio amžiaus vaikai, CBCL / 1½-5 ir C-TRF, DSM skalės, vertinimų atitikimas.

Vaikų psichopatologijos tyrėjams, o ypač šioje srityje dirbantiems praktikams, dažnai tenka ne tik nurodyti galimus sunkumus, bet ir įvertinti vaikų emocijų ir elgesio sutrikimus. Taigi empi-

riniu stebėjimu pagrįstą įvertinimą tenka susieti su specifiniais diagnostikos kriterijais (Achenbach et al., 2003; Rescorla, 2005). Šiuo atveju vaikų elgesio klausimynai gali būti naudojami

pradiniam įvertinimui, arba vadinamajai atrankai, o vėliau atliekamas išsamus klinikinis įvertinimas.

Kaip rašėme anksčiau (žr. Jusienė ir Raižienė, 2006), Lietuvoje ypač trūksta ankstyvos vaikų psichopatologijos įvertinimo diagnostiniais ir tyrimo tikslais metodikų, todėl būtų svarbu atskleisti dar vieną CBCL / 1½-5 (liet. *Vaiko elgesio aprašas*, toliau vartosime angliško pavadinimo *Child Behavior Checklist* santrumpą) ir C-TRF (liet. *Auklėtojo / mokytojo įvertinimo klausimynas*, toliau vartosime angliško pavadinimo *Caregiver Teacher Report Form* santrumpą) metodikų galimybę – gauti patikimą informaciją apie ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus, susijusius su diagnostikos kategorijomis, kai vaiką vertina tėvai ir auklėtojos. Priminsime, jog CBCL / 1½-5 ir C-TRF yra Achenbacho empirika paremtos įvertinimo sistemos (angl. *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, ASEBA) formos, skirtos pusantrų–penkerių metų vaikų elgesiui vertinti (Achenbach and Rescorla, 2000; taip pat žr. Jusienė ir Raižienė, 2006).

Dauguma apžvalginių ikimokyklinio amžiaus vaikų psichopatologijos studijų nurodo šias metodikas kaip vieną iš vertingų psichologinio įvertinimo bei atrankos būdų (Achenbach et al., 2003; Carter et al., 2004; Egger and Angold, 2006; Ferdinand et al., 2004; Hudziak et al., 2004; Rescorla, 2005). Visos ASEBA formos teikia galimybę įvertinti galimą vaikų psichopatologiją remiantis dviem emocijų ir elgesio sunkumų grupavimo būdais: 1) empiriniu, pagrįstu stebėjimais ir faktorine elgesį aprašančių teiginių analize; 2) dedukciniu, pagrįstu ekspertų vertinimais ir priskyrimu diagnostinėms kategorijoms.

CBCL / 1½-5 ir C-TRF *sindromų skalės* sudarytos empirinių stebėjimų principu: teiginiai atrenkami apžvelgus mokslinę raidos psichologijos ir psichopatologijos literatūrą, konsultuo-

jantis su psichikos sveikatos specialistais, tėvais, ugdytojais (Achenbach and Rescorla, 2004). Atlikus pilotinius tyrimus ir klausimynu apklausus pakankamai dideles tikslinių grupių imtis, faktorinės analizės būdu konstruojamos skalės. Tai skalių sudarymo principas, kurį T. M. Achenbachas vadina empiriniu ar indukciniu, dar kitaip – „iš apačios į viršų“ (angl. *bottom-up*), kai nuo konkrečių elgesį aprašančių teiginių einama prie bendrųjų elgesio sunkumų.

O štai CBCL / 1½-5 ir C-TRF *diagnostikos kriterijais pagrįstos skalės* sudarytos einant nuo bendrų dalykų prie atskirų, konkrečių savybių, tai yra remiantis dedukciniu principu „iš viršaus – žemyn“ (angl. *top-down*) (Achenbach and Rescorla, 2004). Dešimčiai skirtingų kultūrų atstovaujantys šešiolika psichikos sveikatos specialistų (iš jų 10 psichologų ir 6 psichiatrai) visus CBCL / 1½-5 ir C-TRF klausimynus sudarančius teiginius turėjo įvertinti trijų balų skale, ar jie atitinka, iš dalies atitinka ar neatitinka vieną iš devynių pasiūlytų diagnostikos kategorijų. Diagnostikos kategorijos paimtos iš DSM-IV (angl. *Diagnostic Statistical Manual, IVth ed.*) buvo šios¹:

1. *Autizmo sutrikimas* pgl. DSM-III-R arba *vaikystės autizmas* pgl. TLK-10 (angl. *autistic disorder*).
2. *Aspergerio sindromas* pgl. DSM-III-R ir TLK-10 (angl. *Asperger's disorder*).
3. *Dėmesio trūkumo hiperaktyvumo sutrikimas* pgl. DSM-III-R arba *aktyvumo ir dėmesio sutrikimas* pgl. TLK-10 (*ADHD*, angl. *attention deficit hyperactivity disorder*).
4. *Distimija* pgl. DSM-III-R ir TLK-10 (angl. *dysthymia*).

¹ Kadangi į lietuvių kalbą yra išversti tiksliai DSM-III-R diagnostikos kriterijai (1993) ir TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai (1997), beje, pastarasis rekomenduojamas taikyti diagnostikai psichikos sveikatos priežiūros centruose ir klinikose, tikslumo dėlei lietuviškai diagnostikos kategorijas pateikiame remdamosi abiem diagnostikos sistemomis.

5. *Generalizuoto nerimo sutrikimas* pgl. DSM-III-R ir pgl. TLK-10 (angl. *generalized anxiety disorder*).
6. *Didžiosios depresijos epizodas* pgl. DSM-III-R arba *depresijos epizodas* pgl. TLK-10 (angl. *major depressive disorder*).
7. *Opozicinis neklusnumo sutrikimas* pgl. DSM-III-R arba *prieštaraujančio neklusnumo sutrikimas* pgl. TLK-10 (angl. *oppositional defiant disorder*).
8. *Išsiskyrimo nerimo sutrikimas* pgl. DSM-III-R arba *atskyrimo nerimo sutrikimas vaikystėje* pgl. TLK-10 (angl. *separation anxiety disorder*).
9. *Paprasta fobija* pgl. DSM-III-R arba *specifinė (izoliuota) fobija* pgl. TLK-10 (angl. *specific phobia*).

Teiginiai, kuriuos bent dešimt iš šešiolikos vertintojų nurodė kaip labai atitinkančius tam tikrą kategoriją, buvo įtraukti į diagnostikos kriterijais pagrįstas skales. Dėl kai kurių DSM-IV kategorijų ir gautų vertinimų sutapimų devynios diagnostikos kategorijos buvo sujungtos į penkias T. M. Achenbach ir L. Rescorla (2000) išvestas diagnostikos kriterijais pagrįstas skales (jų pavadinimus toliau ir vartosime straipsnyje):

1. *Nuotikos sunkumai* (angl. *affective problems*, apima pirmiau minėtas 4-ą ir 6-ą diagnostikos kategorijas).
2. *Nerimo sunkumai* (angl. *anxiety problems*, apima minėtas 5-ą, 8-ą ir 9-ą diagnostikos kategorijas).
3. *Dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas* (angl. *attention deficit / hyperactivity problems*, atitinka 3-ią diagnostikos kategoriją).
4. *Įvairiapusiai raidos sunkumai* (angl. *pervasive developmental problems*, apima 1-ą ir 2-ą diagnostikos kategorijas).
5. *Prieštaraujantis neklusnumas* (angl. *oppositional defiant problems*, atitinka 7-ą kategoriją).

Svarbu atkreipti dėmesį, kad diagnostikos kriterijais pagrįstos skalės (ir atitinkamai aukšti vienos ar kitos skalės įverčiai) nėra tapačios diagnozei (Rescorla, 2005). Tikriausiai dėl šios priežasties jos apibūdinamos ne kaip „sutrikimai“, o kaip „sunkumai“ (T. M. Achenbach ir L. Rescorla anglų kalba atitinkamai vartoja terminus „problems“, o ne „disorders“ ar „symptoms“). Diagnostikos kriterijais pagrįstų skalių vidinė struktūra buvo patikrinta patvirtinančiosios faktorinės analizės (CFA) būdu (Achenbach et al., 2003). Psichometrinių rodiklių tikrinimas atskleidė, jog diagnostikos kriterijais pagrįstos skalės, kaip ir sindromų skalės, vienodai tinka vaikų elgesio ir emocijų sunkumams vertinti.

Diagnostikos kriterijais pagrįstomis skalėmis, kaip ir CBCL / 1½-5 bei C-TRF sindromų skalėmis, galima gauti informaciją apie vaiko emocijų ir elgesio sunkumus iš skirtingų vertintojų: mamų, tėčių, auklėtojų ar mokytojų, kitų vaiko globėjų ar ugdytojų. Viena vertus, tai yra šių metodikų pranašumas, nes pastebėta, jog vertinant mažus vaikus ypač svarbu remtis keliais skirtingais informacijos šaltiniais. Tačiau, kita vertus, yra neatitikimų tarp skirtingų vertintojų, todėl kyla diskusijos, kurio vertintojo teikiama informacija yra patikimesnė (Jusienė ir Raižienė, 2006).

Remiantis CBCL / 1½-5 ir C-TRF sindromų skalėmis paaiškėjo, jog motinų ir tėčių vertinimų atitikimas yra geresnis nei auklėtojų ir tėvų (Achenbach and Rescorla, 2000; Duhig et al., 2000; Jusienė ir Raižienė, 2006). Tačiau mamos linkusios nurodyti daugiau vaikų emocijų ir elgesio sunkumų, tai yra jų teikiamų vertinimų pagal skales įverčiai didesni nei tėčių teikiamų vertinimų (Duhig et al., 2000; Jusienė ir Raižienė, 2006; Seiffge-Krenke and Kollmar, 1998). Lyginant atskirai mamų ir auklėtojų bei tėčių ir auklėtojų teikiamos informacijos apie vaikų emocijų ir elgesio sunkumus atitikimą, gaunami prieštaringi įvairių tyrimų rezultatai. Vieni

tyrimai atskleidžia, kad mamų ir auklėtojų vertinimų atitikimas geresnis nei tėčių ir auklėtojų (pvz., Jusienė ir Raižienė, 2006; taip pat Baker and Heller, 1996; Schaughency and Lahey, 1985, cituojama – pagal Duhig et al., 2000 ir pagal Seiffge-Krenke and Kollmar, 1998). O štai kitų tyrimų duomenimis, priešingai, tėčių vertinimai siejasi su auklėtojų / mokytojų vertinimais, o mamų – ne (Webster-Stratton, 1988, cituojama – pagal Duhig et al., 2000 ir pagal Seiffge-Krenke and Kollmar, 1998). Taip pat aptinkama skirtinga, bet ir vėl įvairių studijų apibendrinimais prieštaringa vertintojo ir vertinamo vaiko lyties sąveika bei kitoks atitikimas tarp skirtingos ar tos pačios lyties vertintojų priklausomai nuo to, kokios lyties vaikas yra vertinamas (Dugih et al., 2000; Furniss et al., 2006; Jusienė ir Raižienė, 2006; Kiel and Buss, 2006; Seiffge-Krenke and Kollmar, 1998).

Labai mažai tyrimų siekiant aiškintis, kiek tarpusavyje dera trijų vertintojų teikiama informacija apie vaiko emocijų ir elgesio sunkumus, remiantis diagnostiniais kriterijais. M. C. Jane su bendraautorais (2006), palyginę tėvų ir mokytojų teikiamą informaciją apie ikimokyklinio amžiaus vaikų psichopatologijos simptomus pagal DSM-IV, naudodamiesi ankstyvosios vaikystės klausimynu (angl. *Early Childhood Inventory, ECI-4*), aptinka, kad atitikimas tarp tėvų ir mokytojų vertinimų pagal visas DSM diagnostines kategorijas labai prastas. Jų duomenimis, tėvų nurodytų sunkumų skalių įverčiai didesni nei mokytojų. Dažniausiai tėvų nurodytos diagnostinės kategorijos pagal DSM-IV buvo *išsiskyrimo nerimo sutrikimas* ir *miego sutrikimai*; rečiausiai nurodytas – *didžiosios depresijos epizodas* ir *autistinis sutrikimas*. Mokytojų vertinimais, dažniausi buvo *reaktyvus prieraišumo sutrikimas* ir *pritaikymo (adaptacijos) sutrikimas*; rečiausi – *didžiosios depresijos epizodas* ir *potrauminio streso sutrikimas* (Jane et al., 2006). Taip pat nurodoma, kad tėvai teikia patikimesnę ir tiksles-

nę informaciją apie eksternalius vaikų sunkumus, o ne emocijų sunkumus ar nuotaikos sutrikimus, be to, *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo sutrikimą* ir *prieštaraujančio neklusnumo sutrikimą* jie nurodo dažniau nei mokytojai. Mokytojai labiau už tėvus pastebi vaikų emocijų sunkumus ir tiksliau apibūdina socialinius bei akademinus depresiškų ir nerimastingų vaikų sunkumus (Jane et al., 2006). Remiantis amerikiečių norminės imties duomenimis (Achenbach and Rescorla, 2000), kai informacija apie vaiko emocijų ir elgesio sunkumus renkama naudojantis CBCL / 1½-5 ir C-TRF diagnostikos kriterijais pagrįstomis skalėmis, atitikimas tarp mamų ir tėčių yra vidutiniškas (koreliacijos koeficientas nuo 0,51 iki 0,67), o tarp tėvų ir auklėtojų – menkas ar vidutiniškas (atitinkamai nuo 0,21 iki 0,52: blogiausiai tarpusavyje dera *nuotaikos ir nerimo sunkumų* skalių įverčiai, o geriausiai – *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* skalės įverčiai). Palyginę tėčių ir mamų teikiamos informacijos remiantis sindromų ir DSM skalėmis įverčių vidurkius, T. M. Achenbach ir L. Rescorla (2000) neaptiko reikšmingų skirtumų, todėl teigia, jog aiškios tendencijos, kad vienos lyties tėvai nurodo daugiau problemų negu kitos lyties tėvai, nėra.

Palyginę amerikiečių norminės imties mergaites ir berniukus T. M. Achenbach ir L. Rescorla (2000) taip pat aptiko, jog berniukų *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* įverčiai, remiantis tėvų vertinimais (kur tėčiai sudarė apie 25 proc. vertintojų), yra reikšmingai aukštesni nei mergaičių, bet kitų lyties skirtumų nenustatė, todėl mergaitėms ir berniukams taikomos tos pačios normos. Remiantis auklėtojų vertinimais, berniukų *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo, prieštaraujančio neklusnumo* ir *įvairiapusių raidos sunkumų* skalių aukštesni nei mergaičių įverčiai lėmė sprendimą sudaryti skirtingas C-TRF diagnostikos kriterijais pagrįstų skalių normas ikimokyklinio amžiaus mergaitėms ir berniukams.

kams (Achenbach and Rescorla, 2000). Dauguma vaikų psichopatologijos paplitimo apžvalgiųjų studijų ir empirinių tyrimų irgi atskleidžia, kad ikimokyklinio amžiaus berniukams būdingesni negu mergaitėms eksternaliems sunkumams priskiriami simptomai – agresyvus ar nepaklusnus elgesys (Furniss et al., 2006), prieštaraujančio neklusnumo ir dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo sutrikimai (Egger and Angold, 2006). M. C. Kasius (1997) nustatė, kad 4–11 metų berniukai turi daugiau nei mergaitės įvairių sunkumų: somatinių, nerimastingumo / depresiškumo, socialinių, mąstymo, dėmesio ir nepaklusnaus elgesio (cituojama – pagal Ferdinand et al., 2004).

Lietuviškoje atsitiktiniu būdu surinktoje ikimokyklinio amžiaus vaikų imtyje taip pat aptikome kai kurių skirtumų tarp berniukų ir mergaičių emocinių ir elgesio sunkumų, vertintų CBCL / 1½-5 ir C-TRF empirika pagrįstų sindromų skalėmis, kai informaciją teikia mamos ir auklėtojos: reikšmingai skyrėsi *dėmesio sunkumų* ir *agresyvaus elgesio* skalių vidurkiai (Jusienė ir Raižienė, 2006). Remdamosi sindromų skalėmis taip pat nustatėme, kad mamos ir tėčiai skirtingai nurodo berniukų ir mergaičių sunkumų išreikštumo lygį. Todėl svarbu būtų aiškintis, ar mergaičių ir berniukų skirtumų bei skirtingos lyties tėvų vertinimų skirtumų aptinkama ir remiantis diagnostikos kriterijais pagrįstomis skalėmis.

Šio tyrimo tikslas – atskleisti ikimokyklinio amžiaus vaikų emocinių ir elgesio sunkumų įvertinimo galimybę remiantis CBCL / 1½-5 ir C-TRF diagnostikos kriterijais pagrįstomis skalėmis.

Metodika

Tyrimo dalyviai. Tyrime naudojami 2005 metais surinkti duomenys (Jusienė ir Raižienė, 2006). Tyrime dalyvavo 305 mamos (amžiaus vidurkis 31,5 metų, standartinis nuokrypis, toliau tekste

SD, 5,4), 254 tėčiai (amžiaus vidurkis 33,5 metų, SD = 5,8) bei 179 ikimokyklinėse įstaigose dirbančios auklėtojos (vidutiniškai dirba su vaikais 20,3 metų, SD = 6,7; vertinamą vaiką pažįsta ne trumpiau kaip du mėnesius ir ne ilgiau kaip 36 mėnesius, vidurkis 15,11 mėnesio, SD = 10,10). Šie respondentai tyrimo metu pateikė informaciją apie 307 ikimokyklinio amžiaus vaikus – 152 (49,5 proc.) berniukus (amžiaus vidurkis 49,61 mėn., SD = 13,0) ir 155 (50,5 proc.) mergaites (amžiaus vidurkis 49,72 mėn., SD = 13,5), gyvenančius Vilniuje, Kaune, Utenoje ir Mažeikiuose.

Tyrimo metodai. Ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumams įvertinti buvo taikomos CBCL / 1½-5 (angl. *Child Behavior Checklist for ages 1½-5*; Achenbach and Rescorla, 2000) ir C-TRF (angl. *Caregiver Teacher Report Form*; Achenbach and Rescorla, 2000) metodikos. CBCL / 1½-5 pildo tėvai arba artimiausi vaiko globėjai, C-TRF – ikimokyklinės ugdymo įstaigos, kurią lanko vaikas, pedagogas. Kiekvieną šią metodiką sudaro 99 teiginiai. Iš jų 82 CBCL / 1½-5 ir C-TRF formų teiginiai sutampa, o 17 yra skirtingi, atitinkamai atspindintys vaiko funkcionavimą namų arba ugdymo įstaigos sąlygomis. Į abiejų formų teiginius respondentai (t. y. tėvai ir auklėtojos) turi atsakyti vertindami nuo 0 iki 2 pagal tai, ar aprašomas elgesys labai tinka (2), kartais tinka (1) ar netinka (0) vertinamam vaikui per pastaruosius du mėnesius.

Šiame tyrime naudojamos DSM diagnostiniais kriterijais pagrįstos bei ekspertiniu būdu sudarytos penkios skalės: *įvairiapusių raidos sunkumų* (po 13 teiginių CBCL / 1½-5 ir C-TRF, pvz., „Sunkiai priima įprastos dienvokės pasikeitimus“, „Bijo išmėginti naujus dalykus“), *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* (6 teiginiai CBCL / 1½-5; 13 teiginių C-TRF, pvz., „Negali susikaupti ir išlikti dėmesingas“, „Greitai perina nuo vienos veiklos prie kitos“), *prieštarau-*

jančio neklusnumo (6 teiginiai CBCL / 1½-5; 7 teiginiai C-TRF, pvz., „Nepaklūsta kitų reikalavimams arba juos ignoruoja“, „Pykčio priepuoliai arba karštas temperamentas“), nuotaikos sunkumų (10 teiginių CBCL / 1½-5; 7 teiginiai C-TRF, pvz., „Atrodo nelaimingas (-a) be aiškios priežasties“, „Mažai domisi aplink esančiais daiktai“), nerimo sunkumų (10 teiginių CBCL / 1½-5; 7 teiginiai C-TRF, pvz., „Prilipęs (-usi) prie suaugusiųjų, pernelyg nuo jų priklausomas (-a)“, „Labai nusimena atskirtas (-a) nuo tėvų“). Skalių įverčiai apskaičiuoti susumavus kiekvieną skalę sudarančių klausimų įverčius.

Tyrimo rezultatai

DSM skalių patikimumas, vertintas vidinio suderinamumo metodu. Kaip rodo 1-oje lentelėje pateikti CBCL / 1½-5 ir C-TRF versijų DSM skalių vidinio suderinamumo koeficientai, auklėtojų vertinimai visomis DSM skalėmis yra patikimesni nei tėvų. *Dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* ir *prieštaraujančio neklusnumo* skalių patikimumas, remiantis auklėtojų vertinimais, yra didelis, o kitų trijų skalių – *įvairių raidos, nuotaikos* ir *nerimo sunkumų* – patikimumas siekia vidutinio patikimumo ribą – 0,7. Mamų ir tėčių *įvairiapusių raidos, nuotaikos* bei *nerimo sunkumų*, o mamų ir *prieštaraujančio neklusnumo* skalės patikimumas nesiekia vidutinio patikimumo ribos. Iš visų skalių išsiskiria *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo*, nes jos patikimumas, remiantis visais vertintojais, siekia vidutinio patikimumo ribą.

Berniukų ir mergaičių DSM skalių įverčių palyginimas. Berniukų ir mergaičių DSM skalių įverčiams palyginti buvo naudotas *t* kriterijus *nepriklausomoms imtims*. Nustatyta (2-a lentelė), kad statistiškai reikšmingai skiriasi berniukų ir mergaičių *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* skalės įverčiai mamų ($t(303) = 2,88, p < 0,01$) ir auklėtojų ($t(177) = 2,97, p < 0,01$) vertinimais. Mamos ir auklėtojos mano, jog ikimokyklinio amžiaus berniukams *dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas* yra būdingesnis nei mergaitėms. Reikia pasakyti, jog tėčių vertinimu nustatyta berniukų ir mergaičių *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* skalės įverčių skirtumo tendencija ($t(252) = 1,68, 0,05 < p < 0,1$).

Remiantis auklėtojų vertinimu galima teigti, jog jos berniukus vertina kaip turinčius daugiau nei mergaitės *prieštaraujančio neklusnumo sunkumų* ($t(177) = 2,66, p < 0,01$). Pagal tėvų vertinimą šis skirtumas nebuvo nustatytas ($p > 0,05$).

DSM skalių įverčių, vertinant skirtingiems suaugusiesiems, atitikimo analizė. Kadangi buvo nustatyti tam tikri DSM skalių įverčių skirtumai tarp berniukų ir mergaičių, toliau berniukų ir mergaičių rezultatai buvo analizuojami atskirai. Atitikimas tarp skirtingų vertintojų nustatytas remiantis *koreliacijos koeficientais*.

Kaip rodo 3-ioje lentelėje pateikti duomenys, suaugusieji, kurie vaiką mato namų aplinkoje, ikimokyklinio amžiaus vaikus vertina panašiai. Vertinant berniukus nustatyta vidutinė teigiama tėčių ir mamų vertinimų koreliacija pagal visas *DSM skales* (koreliacijos koeficientai

1 lentelė. CBCL / 1½-5 ir C-TRF DSM skalių vidinis suderinamumas (Cronbacho alpha)

Skalė	Pagal mamų vertinimus	Pagal tėčių vertinimus	Pagal auklėtojų vertinimus
Įvairiapusiai raidos sunkumai	0,62	0,67	0,72
Dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas	0,75	0,74	0,85
Prieštaraujančio neklusnumo sunkumai	0,67	0,71	0,84
Nuotaikos sunkumai	0,52	0,59	0,70
Nerimo sunkumai	0,57	0,60	0,77

2 lentelė. *Berniukų ir mergaičių DSM skalių įverčių palyginimai pagal mamų, tėčių ir auklėtojų vertinimus*

Skalė	Berniukai		Mergaitės		P
	N	Vidurkis ± SD	N	Vidurkis ± SD	
<i>Įvairiapusiai raidos sunkumai</i>					
Pagal mamų vertinimus	150	4,63 ± 2,83	154	4,07 ± 2,72	0,076
Pagal tėčių vertinimus	125	3,87 ± 2,61	129	4,14 ± 3,23	0,468
Pagal auklėtojų vertinimus	92	4,20 ± 3,15	87	4,08 ± 3,59	0,820
<i>Dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas</i>					
Pagal mamų vertinimus	150	6,76 ± 2,79	155	5,86 ± 2,65	0,004
Pagal tėčių vertinimus	125	6,25 ± 2,74	129	5,67 ± 2,71	0,095
Pagal auklėtojų vertinimus	92	8,58 ± 5,18	87	6,34 ± 4,89	0,003
<i>Prieštaraujančio neklusnumo sunkumai</i>					
Pagal mamų vertinimus	150	4,26 ± 2,24	155	3,97 ± 2,41	0,284
Pagal tėčių vertinimus	125	3,71 ± 2,13	129	3,67 ± 2,40	0,873
Pagal auklėtojų vertinimus	92	3,40 ± 2,81	87	2,29 ± 2,79	0,008
<i>Nuotaikos sunkumai</i>					
Pagal mamų vertinimus	150	3,28 ± 2,27	155	2,95 ± 2,18	0,194
Pagal tėčių vertinimus	125	2,94 ± 2,09	129	2,92 ± 2,42	0,940
Pagal auklėtojų vertinimus	92	1,76 ± 2,30	87	1,43 ± 2,22	0,322
<i>Nerimo sunkumai</i>					
Pagal mamų vertinimus	149	5,26 ± 2,45	155	5,29 ± 2,87	0,926
Pagal tėčių vertinimus	125	4,66 ± 2,33	129	4,75 ± 2,91	0,772
Pagal auklėtojų vertinimus	92	2,16 ± 2,12	87	2,06 ± 2,68	0,771

Pastaba. Paryškintai pažymėti statistiškai reikšmingi skirtumai, kai $p < 0,05$

3 lentelė. *Koreliacijos tarp mamų, tėčių ir auklėtojų vertinimų berniukų ir mergaičių grupėje*

Skalės	Mamų ir tėčių	Mamų ir auklėtojų	Tėčių ir auklėtojų
<i>Berniukai</i>			
Įvairiapusiai raidos sunkumai	0,61***	0,09	0,25
Dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas	0,62***	0,09	0,14
Prieštaraujančio neklusnumo sunkumai	0,55***	0,03	0,08
Nuotaikos sunkumai	0,51***	0,19	0,17
Nerimo sunkumai	0,54***	0,18	0,16
<i>Mergaitės</i>			
Įvairiapusiai raidos sunkumai	0,47***	0,34**	0,04
Dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas	0,58***	0,49***	0,35**
Prieštaraujančio neklusnumo sunkumai	0,60***	0,39***	0,30**
Nuotaikos sunkumai	0,48***	0,17	0,03
Nerimo sunkumai	0,58***	0,30**	0,03

***reikšminga, kai $p < 0,001$; **reikšminga, kai $p < 0,01$

4 lentelė. Mamų ir tėčių teikiamų mergaičių ir berniukų sunkumų vertinimų DSM skalių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir porinio palyginimo skirtumų reikšmingumo lygmuo

Skalė	N	Vidurkis ± SD		p
		Pagal mamų vertinimus	Pagal tėčių vertinimus	
<i>Įvairiapusiai raidos sunkumai</i>				
Mergaitės	128	4 ± 2,7	4,1 ± 3,1	0,708
Berniukai	123	4,4 ± 2,8	3,9 ± 2,6	0,007
<i>Dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas</i>				
Mergaitės	129	5,9 ± 2,6	5,7 ± 2,7	0,315
Berniukai	123	6,5 ± 2,7	6,2 ± 2,8	0,244
<i>Prieštaraujančio neklusnumo sunkumai</i>				
Mergaitės	129	3,8 ± 2,5	3,7 ± 2,4	0,598
Berniukai	123	4,1 ± 2,2	3,7 ± 2,1	0,034
<i>Nuotaikos sunkumai</i>				
Mergaitės	129	3 ± 2,2	2,9 ± 2,4	0,824
Berniukai	123	3,2 ± 2,2	2,9 ± 2,1	0,209
<i>Nerimo sunkumai</i>				
Mergaitės	129	5,2 ± 2,9	4,8 ± 2,9	0,050
Berniukai	122	5,2 ± 2,4	4,7 ± 2,3	0,014

Pastaba: paryškintai pažymėti statistiškai reikšmingi skirtumai, kai $p < 0,05$

nuo 0,51 iki 0,62). Vertinant mergaites vidutiniškai dera prieštaraujančio neklusnumo ($r = 0,60$), dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo ($r = 0,58$) bei nerimo sunkumų skalių įverčiai. Kiek mažesnis atitikimas tarp tėčių ir mamų vertinimų nustatytas vertinant mergaičių įvairiapusiai raidos ($r = 0,47$) ir nuotaikos sunkumus ($r = 0,48$). Vadinas, tėvai ikimokyklinio amžiaus vaikų sunkumus, aprašomus DSM skalėmis, vertina panašiai.

Šiek tiek daugiau neatitikimų nustatyta analizuojant, kaip vaiką vertina suaugusieji, matantys jį skirtingose aplinkose, t. y. namuose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigoje. 3-ioje lentelėje pateikti duomenys rodo, jog visiškai nedera tėvų ir auklėtojų pateikta informacija apie berniukus ($p > 0,05$). Vertinant mergaites, pagal keturias iš penkių DSM skalių (išskyrus nuotaikos sunkumų skalę) nustatytas menkas atitikimas tarp mamų ir auklėtojų vertinimų (koreliacijos koeficientai nuo 0,30 iki 0,49). Kiek mažiau dera tėčių ir auklėtojų pateikta informacija apie mer-

gaites: menka koreliacija nustatyta tik pagal dvi iš penkių – dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo ($r = 0,35$) ir prieštaraujančio neklusnumo ($r = 0,30$) – DSM skales.

Mamų ir tėčių teikiamų mergaičių ir berniukų sunkumų vertinimų DSM skalėmis porinis palyginimas. Atlikus porinius palyginimus (4-a lentelė) nustatyta, jog mergaičių nerimo sunkumus mamos ir tėčiai vertina skirtingai ($t(128) = 1,975$, $p < 0,05$). Mamų vertinimu mergaitėms būdingesni nerimo sunkumai nei tėčių vertinimais. Reikia pasakyti, jog mergaičių visų kitų DSM skalių įverčiai, vertinant skirtingos lyties tėvams, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$). Mamų ir tėčių nuomonės dar labiau nesutapo vertinant berniukus: mamų vertinimais berniukams būdingesni nerimo sunkumai ($t(121) = 2,491$, $p < 0,05$), įvairiapusiai raidos sunkumai ($t(122) = 2,728$, $p < 0,01$) ir prieštaraujančio neklusnumo sunkumai ($t(122) = 2,141$, $p < 0,05$).

Rezultatų aptarimas

Šiame tyrime siekėme atskleisti dar vieną CBCL / 1½-5 ir C-TRF metodikų galimybę, tai yra gauti patikimą informaciją iš skirtingų vertintojų apie ikimokyklinio amžiaus mergaites ir berniukus diagnostikos kriterijais pagrįstomis skalėmis.

Mamų bei tėčių teikiamų vertinimų patikimumas, vertintas vidinio suderinamumo būdu, atskleidžia, kad visos diagnostikos kriterijais pagrįstos skalės tinka naudoti grupėms palyginti mokslinio tyrimo tikslais (Hedden, 1997). C-TRF dviejų (t. y. dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo ir prieštaraujančio neklusnumo) diagnostiniais kriterijais pagrįstų skalių vidinis suderinamumas pakankamai geras, tai rodytų, kad šios skalės tinka naudoti ir individualiam įvertinimui (Hedden, 1997). Svarbu atkreipti dėmesį, kad *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* skalės vidinis suderinamumas siekia vidutinio patikimumo ribą ir tuomet, kai vertina mamos bei tėčiai. O tos pačios tyrimo dalyvių imties *dėmesio sunkumų* skalės, sudarytos empiriniu būdu, vidinis suderinamumas siekia vidutinio patikimumo ribą tik tuomet, kai vaiką vertina auklėtojos (kai vertina mamos ir tėčiai, šios skalės patikimumas menkas – Cronbacho alpha atitinkamai 0,51 ir 0,53, žr. Jusienė ir Raižienė, 2006). Tai rodytų, kad grupių palyginimui ir ypač individualiam įvertinimui CBCL / 1½-5 ir C-TRF diagnostikos kriterijais pagrįsta *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* skalė tinkamesnė nei *dėmesio sunkumų* skalės, sudarytos empiriniu būdu.

Tyrimo rezultatai rodo, jog ikimokyklinio amžiaus berniukams, remiantis mamų ir auklėtojų vertinimais, būdingesnis negu mergaitėms *dėmesio trūkumas / hiperaktyvumas*. Auklėtojų vertinimais jiems taip pat būdingesnis *prieštaraujantis neklusnumas*. Tokius skirtumus tarp berniukų ir mergaičių, kai vertinimus teikia mamos ir auklėtojos, nustatėme ir lygindamos in-

formaciją, gautą sindromų skalėmis (Jusienė ir Raižienė, 2006). Apžvalginėse kitų šalių studijose taip pat rašoma, jog berniukams būdingesni dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo bei prieštaraujančio neklusnumo sutrikimai (Egger and Angold, 2006). O T. M. Achenbach ir L. Rescorla (2000) duomenimis, reikšmingi skirtumai tarp mergaičių ir berniukų gaunami tik tuomet, kai informaciją teikia auklėtojos, todėl šiuo atveju mergaitėms ir berniukams sudarytos skirtingos normos. Pagal tėvų vertinimus skirtingos normos mergaitėms ir berniukams amerikietišškai imčiai nebuvo tikslingos (Achenbach and Rescorla, 2000).

Apskritai mamų ir tėčių, mamų ir auklėtojų bei tėčių ir auklėtojų vertinimų pagal diagnostikos kriterijais pagrįstas skales susietumas (koreliacijų struktūra) yra panašus kaip ir pagal sindromų skales. Visų skalių mamų ir tėčių vertinimai ir mergaičių, ir berniukų grupėse dera tarpusavyje vidutiniškai. Mamų ir auklėtojų vertinimai statistiškai reikšmingai, bet menkai dera vertinant visus tik mergaičių diagnostikos kriterijais pagrįstus sunkumus, išskyrus *nuotaikos sunkumus*. Tėčių ir auklėtojų vertinimai menkai dera tarpusavyje tik vertinant mergaičių *dėmesio trūkumą / hiperaktyvumą* ir *prieštaraujantį neklusnumą*. Vertinant berniukų sunkumus, nei mamų ir auklėtojų, nei tėčių ir auklėtojų teikiama informacija apie tų sunkumų pasireiškimo pobūdį tarpusavyje nederą. Maža to, tarpusavyje palyginę tėčių ir mamų teikiamos informacijos apie mergaičių ir berniukų emocinių bei elgesio sunkumų išreikštumo lygį nustatėme, jog tėvų lytis gali turėti reikšmės. Ypač mamų ir tėčių nuomonė skiriasi vertinant berniukų *nerimo sunkumų*, *prieštaraujančio neklusnumo* ir *įvairiapusių raidos sunkumų* išreikštumo lygį. Mamos nurodo daugiau *nerimo sunkumų* nei tėčiai ir vertindamos mergaites. Kitaip nei CBCL / 1½-5 ir C-TRF metodikų autoriai, mes manytume, jog yra reikšminga tendencija, kad mūsų tyrime

dalyvavusios mamos nurodo daugiau ikimokyklinio amžiaus vaikų sunkumų nei tėčiai. Todėl atrodytų, kad taikant lietuvišką CBCL / 1½-5 metodiką gauta informacija apie vaiką turėtų būti vertinama atsižvelgiant į tai, kokios lyties tėvai ją pateikė.

Apibendrinant šiuos rezultatus, būtų galima padaryti ir kitų išvadų. Viena vertus, skirtingų vertintojų teikiamos informacijos atitikimas priklauso ir nuo aplinkos, kurioje vaikas vertinamas (mamų ir tėčių vertinimų atitikimas geresnis nei tėvų ir auklėtojų), antra vertus, nuo vertintojo ir vertinamojo lyties sąveikos. Pavyzdžiui, gali būti, kad mamos pakankamai tiksliai ir informatyviai vertina mergaičių emocijų ir elgesio sunkumus, bet tampa mažiau informatyvios, vertindamos berniukus. Tai, kad mamos tiksliau prognozavo ikimokyklinio amžiaus mergaičių, o ne berniukų distresą baimę keliančiose situacijose atskleidė ir sudėtingo, stebėjimais pagrįsto E. J. Kiel ir K. A. Buss (2006) tyrimo rezultatai. Galimą vertintojo ir vertinamojo lyties svarbą rodytų ir tai, kad mamų ir auklėtojų (kurios mūsų tyrime yra moterys) teikiama informacija geriau dera tarpusavyje vertinant mergaites, o ne berniukus, ir geriau dera nei tėčių ir auklėtojų teikiama informacija. Ankstesniame savo straipsnyje (žr. Jusienė ir Raižienė, 2006) taip pat atkreipėme dėmesį į tai, kaip vertinamų vaikų sunkumų pobūdis (kokie būtent sunkumai vertinami) gali sietis su aplinka, kurioje vaikas vertinamas ar vertintojo lūkesčiais toje aplinkoje, kas, tikėtina, lemia prastą tėvų ir auklėtojų teikiamos informacijos atitikimą. Nėra aišku, kokios šiuo atveju reikšmės turi tai, kiek laiko vertintojas pažįsta vaiką. Viena vertus, mūsų tyrime dalyvavusios auklėtojos pažįsta vaikus ne trumpiau kaip du mėnesius, o vidutiniškai – penkiolika mėnesių. O vaiko emociniai ir elgesio sunkumai remiantis CBCL / 1½-5 ir C-TRF vertinami tokie, kokie yra dabar ar per pastaruosius šešis mėnesius. Kita vertus, tolesnių panašaus pobūdžio tyrimų tikslas galėtų būti mėgini-

mas aiškintis, ar vertintojų informacijos atitikimas siejasi su tuo, kiek laiko šie pažįsta vertinamą vaiką ir su tuo, kiek laiko praleidžia su juo.

Būtina atkreipti dėmesį ir į kai kuriuos paties tyrimo ir DSM skalių trūkumus bei ribotumus, ypač svarbius planuojant kitus ikimokyklinio amžiaus vaikų psichologinio įvertinimo galimybių tyrimus. Atsižvelgiant į tai, jog ankstyvoji raida pasižymi gana nemažais pokyčiais per trumpą laiką, mažų vaikų įvertinimo būdai turėtų būti pritaikyti labai siauroms amžiaus grupėms (Carter et al., 2004). Šie ir kiti autoriai pažymi, jog ypač svarbu sudaryti siauras amžiaus grupes ikimokyklinio amžiaus vaikų socialinėms, emocinėms ir elgesio problemoms vertinti. Todėl viena iš tolesnių tyrimų šioje srityje gairių galėtų būti siaurų amžiaus grupių vaikų skirtingų vertintojų teikiamos informacijos ir jos atitikimo palyginimas.

Jau minėjome, kad CBCL / 1½-5 ir C-TRF dar nėra standartizuota naudoti Lietuvoje metodika, o tyrimo dalyvių imtis nėra reprezentatyvi (Jusienė ir Raižienė, 2006). Taip pat nėra aišku, kiek šios skalės patikimai diferencijuoja kliniškinių sutrikimų turinčius ir jų neturinčius vaikus bei tai, kokią turi prognostinę vertę. Diagnostikos kriterijais pagrįstos skalės atrodo patikimos ir vertingos vertinant vaikų dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo bei prieštaraujančio neklusnumo sutrikimus, bet abejojama jų (taip pat ir empirika pagrįstų sindromų skalių) verte diagnozuojant ir prognozuojant vaikų nerimo ir nuotaikos sutrikimus.

Pavyzdžiui, R. F. Ferdinand ir bendraautorai (2004) tyrimas atskleidė, jog CBCL / 4-18 internalių problemų faktorius ir jį sudarančios sindromų skalės turi menką vėlesnės vaikų psichopatologijos prognostinę vertę, tai yra menkai prognozuoja vaikų problemas po trejų metų. M. C. Jane ir kt. (2006) pabrėžia, kad tėvai yra geresni vertintojai kai reikia informacijos apie vaikų elgesio, bet ne emocijų sunkumus.

S. H. Spence (1998) taip pat atkreipia dėmesį, kad reikalinga diagnostinė sistema, galinti atskirti įvairius vaikų nerimo sutrikimus, o ne tiesiog atskleisti vaiko nerimastingumą, jo nediferencijuodama (cituojuama – pagal Ferdinand et al., 2004). CBCL sindromų skalės, be kita ko, nediferencijuoja nerimo ir depresijos sindromų. Vieni autoriai teigia, kad šie sindromai dažnai linkę pasirodyti drauge, o kiti tvirtina, jog yra įvairių ypatybių, skiriančių šiuos sutrikimus (Ferdinand et al., 2004). Diagnostikos kriterijais pagrįstose ASEBA formų skalėse skiriami nuotaikos ir nerimo sunkumai, tačiau mūsų tyrimo duomenimis, ikimokyklinio amžiaus vaikų *nuotaiikos sunkumų* skalės vidinis suderinamumas yra mažiausias ir tėvų, ir auklėtojų vertinimu, šios skalės įverčių atitikimas yra menkas mergaičių ir berniukų grupėse kai vertina mamos ir tėčiai, o mamų ir auklėtojų bei tėčių ir auklėtojų vertinimai visai neatitinka. Pagaliau tėčiai ir mamos nurodo skirtingą ir mergaičių, ir berniukų *nerimo sunkumų* išreikštumo lygį.

Bet kuriuo atveju, net ir atlikus CBCL / 1½-5 ir C-TRF metodikų standartizavimą bei patikrinus jų patikimumą bei validumą, diagnostikos kriterijais pagrįstos skalės galės būti naudojamos tik pradiniam įvertinimui, o norint diagnozuoti būtinas išsamus ir tikslingas vaiko psichologi-

nis įvertinimas. Pritartume kitų mokslininkų nuomonei, jog tuomet, kai svarstoma ikimokyklinio amžiaus vaikų klinikinė diagnozė, nereikėtų remtis tik vieno vertintojo (pvz., vieno iš tėvų) teikiama informacija (Carter et al., 2004; Derks et al., 2004; Duhig et al., 2000; Rescorla, 2005). Dviejų ar daugiau vertintojų teikiama informacija apie mažų vaikų elgesį būtų vertingesnė ir psichologinio tyrimo tikslais (Derks et al., 2004).

Išvados

1. Vertinant ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus CBCL / 1½-5 ir C-TRF metodikų diagnostiniais kriterijais pagrįstomis skalėmis svarbu atsižvelgti į tai, kad vertintojo nuomonė apie vaiko sunkumų pobūdį (koku elgesiu jie pasireiškia) gali priklausyti mažiausiai nuo dviejų veiksnių: 1) kokioje aplinkoje (pvz., namuose ar vaikų grupėje) stebimas vaiko elgesys; 2) vaiko ir suaugusiojo, kuris stebi ir vertina vaiką, lyties atitikimo.

2. CBCL / 1½-5 metodikos diagnostikos kriterijais pagrįsta *dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo* skalė yra patikimesnė vertinant ikimokyklinio amžiaus vaikų dėmesio sunkumus ar padidėjusį aktyvumą, nei empirika pagrįsta *dėmesio sunkumų* skalė.

LITERATŪRA

Achenbach T. M., Dumenci L., Rescorla L. A. DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2003, vol. 32, p. 328–340.

Achenbach T. M., Rescorla L. A. Empirically based assessment and taxonomy: Applications to infants and toddlers // *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment* / Ed. by R. DelCarmen-Wiggings, A. Carter. New York: Oxford University Press, 2004. P. 161–182.

Achenbach T. M., Rescorla L. A. *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-informant Assessment*. USA: Library of Congress, 2000.

Carter A. S., Briggs-Gowan M. J., Davis N. O. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004, vol. 45, p. 109–134.

Derks E. M., Hudziak J. J., Beijsterveldt C. E. M., Dolan C. V., Boomsma D. I. A study of genetic and

environmental influences on maternal and paternal CBCL syndrome scores in a large sample of 3-year-old Dutch twins // *Behavior Genetics*. 2004, vol. 34, p. 1614–1621.

DSM-III diagnostikos kriterijai / vertė R. Bunevičius ir kt.; red. T. Leskauskienė. Kaunas: Medicina, 1993.

Duhig A. M., Renk K., Epstein M. K., Phares V. Interparental agreement on internalizing, externalizing and total behavior problems: A meta-analysis // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000, vol. 7, p. 435–453.

Egger H. L., Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006, vol. 47, p. 313–337.

Ferdinand R. F., Visser J. H., Hoogerheide K. N., van der Ende J., Kasius M. C., Koot H. M., Verhulst F. C. Improving estimation of the prognosis of childhood psychopathology; combination of DSM-III-R / DISC diagnoses and CBCL scores // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004, vol. 45, p. 599–608.

Furniss T., Beyer T., Guggenmos J. Prevalence of behavioural and emotional problems among six-year-old preschool children // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006, vol. 41, p. 394–399.

Hedden S. Characteristics of a Good Evaluative Instrument: Reliability, 1997. Prieiga per internetą: www.arts.arizona.edu/hedden/reliability.html, [žiūrėta 2006-08-23].

Hudziak J. J., Copeland W., Stanger C., Wadsworth M. Screening for DSM-IV externalizing disorders with the

Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004, vol. 45, p. 1299–1307.

Jane M. C., Canals J., Ballestri S., Vinas F., Esparo G., Domenech E. Parents and teachers reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006, vol. 41, p. 386–393.

Jusienė R., Raižienė S. Ikimokyklinio amžiaus vaikų elgesio bei emocinių sunkumų įvertinimas: motinų, tėčių ir auklėtojų vertinimų lyginamoji analizė // *Psichologija*. 2006, t. 33, p. 47–63.

Kiel E. J., Buss K. A. Maternal accuracy in predicting toddlers' behaviors and associations with toddlers' fearful temperament // *Child Development*. 2006, vol. 77, p. 355–370.

Rescorla L. A. Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) // *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*. 2005, vol. 11, p. 226–237.

Seiffge-Krenke I., Kollmar F. Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998, vol. 39, p. 687–697.

TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Lietuvos psichiatrų asociacija. Leidybos komitetas, Pasaulinė sveikatos organizacija; redagavo R. Bunevičius, A. Dembinskas; vertė: V. Danilevičiūtė ir kiti. Kaunas: Medicina, 1997.

THE ASSESSMENT OF PRESCHOOL CHILDREN EMOTIONAL AND BEHAVIOURAL PROBLEMS WITH CBCL / 1½-5 AND C-TRF DSM-ORIENTED SCALES

Roma Jusienė, Saulė Raižienė

Summary

The problems of emotional and behavioural assessment of preschool children are further explored in this paper. For clinicians and scientists it is important to relate the information received from empirical observation with the categorical diagnosis. The use of CBCL / 1½-5 and C-TRF (Achenbach and Rescorla, 2000) allows to achieve it. CBCL / 1½-5 and C-TRF scales are derived using not only “bottom-up” approach, constructing empirically based syndromes scales, but also “top-down” ap-

proach, constructing DSM-oriented scales from experts' ratings of the items' consistency with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders categories. In this study we analyze the cross-informant agreement (using paired-samples t test and paired correlations) of three raters' of the same preschool children: mothers, fathers and caregivers on DSM-oriented scales. Five DSM-oriented scales were analyzed: pervasive developmental problems, attention deficit/hyperactivity pro-

blems, oppositional defiant problems, anxiety problems and affective problems. Results of the study show that the tendencies of internal consistency and cross-informant agreement are very similar for both types of scales. The preschool boys have been rated by mothers and caregivers as having significantly more attention deficit/hyperactivity problems than girls. Also the preschool boys have been rated by caregivers as having significantly more oppositional defiant problems than girls. The inter-rater agreement between mothers' and fathers' is moderate to low both for girls and boys. The inter-rater agreement for girls between mothers' and caregivers' and between fathers' and caregivers' is low. There are no significant

correlation for these raters' pairs evaluating boys. Furthermore there is a significant tendency for parents of one gender (female) to report more problems for boys and girls than parents of the other gender (male). Reliability and cross-informant agreement of DSM-oriented scales are better than those of empirically-based syndromes scales. CBCL / 1½-5 and C-TRF DSM-oriented scales can facilitate the initial diagnostical assessment of preschool children. Possible limitations of DSM-oriented scales use are also discussed in the paper.

Key words: behavioural and emotional problems, preschool children, CBCL / 1½-5 and C-TRF, DSM-oriented scales, the cross-informant agreement.

Įteikta 2006-09-01