

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.П. Белова, С.Б. Малых, Е.З. Сабирова, М.М. Лобаскова

В данной статье приводится описание адаптации и стандартизации методики подростковой депрессивности CDI (М. Ковач) в русскоязычной неклинической популяции. Выборку составили 826 подростков в возрасте 13–17 лет из Москвы, Бишкека и Ижевска. Стандартизованная методика показала высокую внутреннюю согласованность (Альфа Кронбаха 0,874), что свидетельствует о том, что данная методика может использоваться в качестве надежного инструмента диагностики депрессивности у русскоязычных подростков. Было также показано, что суммарный показатель депрессивности у девушек-подростков увеличивается при переходе от младшего к старшему подростковому возрасту, а у мальчиков, напротив, уменьшается¹.

Ключевые слова: подростковая депрессивность, адаптация, стандартизация.

Детская и подростковая депрессивность стала одной из наиболее популярных тем психологических исследований в последние 4 десятилетия (например, обзоры Cicchetti, Toth, 1998; Kovacs, Devlin, 1998; Nolen-Hoeksema, Girgus, 1994; Petersen et al., 1993). Прежде всего, это связано с тем, что все больше детей и подростков начинают страдать от депрессивных проявлений наряду со взрослыми.

Согласно международным классификациям болезней DSM-IV и МКБ-10, признаками депрессивного эпизода являются следующие симптомы: депрессивное настроение большую часть дня, практически ежедневно (у детей и подростков может наблюдаться раздраженное настроение); заметное снижение интереса ко всем, или почти ко всем, занятиям или потеря удовольствия от них в течение большей части дня, практически ежедневно; заметное снижение или прибавление в весе (при отсутствии диеты) или заметное снижение или повышение аппетита практически ежедневно; бессонница или повышенная сонливость практически ежедневно; психомоторное возбуждение или заторможенность практически ежедневно; усталость или упадок жизненных сил практически ежедневно; ощущение собственной никчемности или чувство повышенной и неадекватной вины; снижение мыслительной способности или концентрации, либо нерешительность практически ежедневно; периодически появляющиеся мысли о смерти или

самоубийстве. Для постановки диагноза необходимо присутствие в течение одного и того же двухнедельного периода пяти или более из перечисленных выше симптомов.

Однако даже на доклиническом уровне депрессия может оказывать значительное негативное влияние на жизнь детей, подростков и взрослых (Nolen-Hoeksema et al., 1992). Доклинические проявления депрессии могут сопровождать ребенка или подростка месяцами, а иногда даже годами, оказывая разрушающее влияние на общение со сверстниками, обучение и другие жизненные сферы. Более того, в исследовании Gotlib et al. (1995) показано, что подростки, которые имеют высокий уровень депрессивности, но не отвечают диагностическим критериям депрессии, зачастую страдают от столь же высокого уровня социальной дезадаптации, как и подростки с клинически диагностированной депрессией. Считается, что дети и подростки с высоким уровнем депрессивности имеют повышенный риск заболеть клинической депрессией в будущем (Harrington, 1994). Поэтому высокие показатели депрессивности, даже на доклиническом уровне, заслуживают очень пристального внимания сами по себе. В настоящее время исследуется специфика детских депрессивных проявлений по сравнению с депрессией у взрослых, предметность депрессивных проявлений в различных возрастах (особенно между детским и подростковым возрастом), гендерные различия, связанные с депрессией, факторы риска и т.д. Кроме того, подход к депрессивности с точки зрения исследования индивидуальных различий (а не только клинической диагностики), становится все более привычным.

¹ Работа выполнена при поддержке Роснауки, грант НШ-5774.2008.6.

В этой связи был разработан ряд психодиагностических методик, направленных на диагностику депрессивности у детей и подростков. Эти психодиагностические методики используют разные источники информации о депрессивных проявлениях, например, самоотчет (например, Birlson, 1981; Kovacs, 1981), оценка депрессивных проявлений значимыми другими, например, учителями (Lefkowitz, Tesiny, 1980), одноклассниками (Lefkowitz, Tesiny, 1980), клиницистами (Poznanski, Cook, Carroll, 1979) или родителями (Puyig-Antich, Chambers, 1978).

Методика CDI, разработанная М. Kovacs, является наиболее распространенной и используемой во всем мире методикой диагностики депрессивности у детей и подростков, не имеющих диагноза депрессии (фактически – направлена на изучение субклинических проявлений депрессии).

Описание методики CDI

Методика CDI (Children's Depression Inventory) представляет собой бланковую форму самоотчета для детей и подростков, направленную на самооценку присутствия и степени выраженности депрессивных симптомов (Kovacs, M, 1992). Методика состоит из 27 пунктов, в каждом из которых представлено по три утверждения. Задачей испытуемого является выбор одного утверждения, наиболее соответствующего самоописанию его состояния последние две недели. Методика предназначена для исследования детей и подростков 6–17 лет и позволяет оценить аффективные и когнитивные симптомы депрессии, соматические жалобы, социальные проблемы и проблемы в поведении. Разработчики методики исходят из предположения Бека о том, что депрессивные дети и взрослые демонстрируют сравнимый набор симптомов эмоционального, когнитивного, мотивационного и физического характера.

Данная методика была стандартизирована автором на выборке 1266 детей и подростков. В результате применения факторного анализа Kovacs было выделено 5 следующих факторов: «Негативное настроение», «Межличностные проблемы», «Личностная неэффективность», «Ангедония» и «Негативная самооценка».

С момента публикации методики было выполнено множество работ, направленных на выявление психометрических свойств CDI. Большинство из них подтвердили вы-

сокую психометрическую надежность опросника. Данные свидетельствуют о высокой внутренней согласованности вопросов, образующих методику ($\alpha \geq 0,8$) и высокой ретестовой надежности (Kovacs at al., 1992; Smucker at al., 1986). Проверка дискриминантной и конвергентной валидности методики тоже, как правило, давала положительные результаты (Craighead at al., 1995; Hodges, 1990).

Однако валидность шкал, входящих в методику CDI, проверяемая методом факторного анализа, вызывает гораздо больше дискуссий и дает гораздо менее однозначные результаты.

Факторная структура методики CDI

В исследовании Carey и соавторами (Carey at al., 1987) в 1987 был проведен факторный анализ результатов сравнительного тестирования по методике CDI двух выборок испытуемых – здоровых и больных депрессией детей и подростков. В результате применения факторного анализа было выделено всего 3 фактора, проинтерпретированных как «Депрессивный аффект», «Оппозиционное поведение» и «Приспособленность». Лишь два из них – «Депрессивный аффект» (безрадостное настроение, желание плакать, нежелание общаться, невозможность получить удовольствие и т.п.) и «Оппозиционное поведение» (нежелание выполнять просьбы, ссоры с другими людьми, необходимость заставлять себя делать домашние задания, чувство вины за происходящие неприятности и т.п.) оказались достаточно устойчивыми и на клинической, и на популяционной выборке. Эти факторы обладают высокой способностью разграничивать депрессивных больных и здоровых подростков, а также дифференцировать больных с депрессией от испытуемых с другими диагнозами. В сумме эти два фактора объясняли 30% разброса ответов респондентов.

В 1991 году Bahr Weiss и соавторы (Weiss at al., 1991) опубликовали результаты факторного анализа CDI на большой клинической выборке детей и подростков. Этим исследователям, также как и Kovacs, удалось получить пятифакторную структуру данных. Однако содержание этих факторов значительно отличалось. Так, по результатам исследования подростков были выделены следующие факторы:

1. Негативное настроение и соматические жалобы (включающий такие высказыва-

ния, как «мне всегда грустно», «я опасаюсь, что со мной случится что-то плохое», «у меня часто возникает желание плакать», «я все время о чем-нибудь беспокоюсь», «я часто плохо сплю», «я все время чувствую усталость», «у меня плохой аппетит», «у меня все время что-нибудь болит», «я часто чувствую себя одиноким»).

2. *Негативная самооценка* (с такими высказываниями, как «у меня никогда ничего не получится так, как мне хочется», «я все делаю неправильно», «окружающие всегда недовольны мной», «я ненавижу себя», «все неприятности происходят по моей вине», «мне сложно на что-либо решиться», «я выгляжу уродливо», «я хуже других ребят»).

3. *Ангедония и социальная изоляция* («меня ничто не радует», «я не хочу бывать с людьми», «мне никогда не бывает интересно в школе», «у меня нет друзей»).

4. *Экстернализация* («Я никогда не делаю то, о чем меня просят», «окружающие всегда недовольны мной», «я все время ссорюсь с людьми»).

5. *Проблемы в школе* («Мне приходится заставлять себя выполнять домашние задания», «сейчас у меня плохие оценки по тем предметам, которые раньше удавались», «мне никогда не бывает интересно в школе»).

В более поздних работах (Cole at al., 2000; Craighead at al., 1998; Drucker at al., 2002) с помощью эксплораторного факторного анализа, также выделялись факторы, несколько отличные от выделенных Kovacs в оригинальной методике.

При анализе всего разнообразия факторных решений, полученных различными авторами на различных выборках, Steele и коллеги (Steele at al., 2006) пришли к выводу, что существует три «обязательных» фактора CDI, которые выделяются в любом факторном решении и совпадают с тремя из пяти факторов, выделенных Kovacs – факторы «Негативное настроение/дисфория», «Низкая самооценка / Я-концепция» и «Экстернализация / оппозиционное поведение», хотя сама Kovacs определила последний фактор несколько иначе – «Межличностные проблемы». Согласно данным Steele, повторяемость этих факторов говорит об их высокой устойчивости и независимости от культуральных особенностей.

Кроме этих «обязательных» факторов обычно выделяется еще несколько «факультативных» факторов, варьирующих от исследования к исследованию. Так, напри-

мер, Kovacs выделила еще факторы «Неэффективности» и «Ангедонии», Craighead и соавторы (Craighead at al., 1998) выделили также факторы «Социальные проблемы», «Проблемы в школе» и, только для подростков, фактор «Биологической дисрегуляции». В исследовании Drucker и соавторов выдвинулось два дополнительных фактора – «Безнадежность» и «Соматические симптомы». Несмотря на схожесть названий некоторых «факультативных» факторов, например, «Биологическая дисрегуляция» и «Соматические симптомы», в действительности они имеют у разных авторов разную содержательную нагрузку. Это свидетельствует об их зависимости от выборки или популяции, на которой проводится исследование, либо определяются в зависимости от особенностей методов, использованных для получения факторного решения. Важно отметить, что в большинстве перечисленных исследований выделенные факторы объясняли лишь небольшую долю общего разброса ответов респондентов – около 30% дисперсии.

Средние показатели депрессивности нормативной выборки испытуемых

Согласно данным Kovacs, среднее значение показателей методики CDI полученное на выборке 860 детей и подростков в возрасте 8–14 составило 9,28 баллов, а среднее значение для подростков 12–15 лет – 9,72 балла.

В исследовании Финч с соавторами (Finch at al., 1985) на выборке 1463 детей и подростков, учащихся 2–8 классов определено среднее значение показателя депрессивности по методике CDI – 9,65. В исследованиях более позднего периода эти показатели составили 10,10 (стандартное отклонение $D=7,13$).

Возрастная динамика и гендерные особенности

В 2002 году Jean M. Twenge и Susan Nolen-Hoeksema опубликовали работу, посвященную метаанализу 310 исследований, в которых использовался CDI (Twenge at al., 2002). В этих исследованиях приняли участие 61424 детей в возрасте от 8 до 16 лет. В результате анализа среднеарифметических показателей депрессивности было обнаружено несколько устойчивых тенденций. Оказалось, что показатель депрессивности у девочек остается стабильным в возраст-

те 8–11 лет и повышается в возрасте 12–16 лет. Уровень депрессивности у мальчиков в возрасте 8–16 лет не изменялся, за исключением некоторого увеличения в 12-ти летнем возрасте. В целом в детском возрасте девочки менее склонны к депрессивным переживаниям, чем мальчики. но, начиная с возраста 13 лет, ситуация меняется, и девочки начинают сообщать о большем, чем у мальчиков, количестве симптомов.

Однако, несмотря на обилие результатов, полученных с помощью CDI, в настоящее время методика исследования депрессивности применяется преимущественно за рубежом. Поэтому весь объем полученных данных не всегда может быть адекватно перенесен на популяцию российских подростков. В этой связи нами предпринято исследование уровня депрессивности с помощью методики CDI в выборке российских подростков.

Апробация методики CDI на русскоязычной выборке подростков *Перевод утверждений методики и выбор вопросов*

Согласно литературным данным (Twenge et al., 2002), в разных культурах могут существовать некоторые специфические особенности депрессивных переживаний. Поэтому непосредственно перед переводом входящих в состав методики вопросов были выполнены следующие действия.

1. Проанализированы ряд российских и зарубежных литературных источников (в том числе Международная классификация болезней МКБ-10), в которых выделяются основные симптомы подростковой депрессии.

2. На основе этого анализа было выделено несколько характеристик (симптомов) депрессии, которые являются наиболее общепринятыми и характерными для подросткового возраста.

3. Полученный список характеристик был сопоставлен с вопросами, имеющимися в оригинальном опроснике М. Kovacs (CDI). Как и ожидалось, абсолютное большинство характеристик, выделенных в литературе, совпадало с содержанием вопросов CDI. Не был упомянут в опроснике лишь один характерный для подростков вариант негативного эмоционального состояния при депрессии – раздражительность. Поэтому пункт о раздражительности был включен в опросник в качестве дополнительного вопроса. Кроме этого высказывания в методику были вклю-

чены еще 3 вопроса, касающиеся когнитивных нарушений (памяти, концентрации внимания) и переживания, которые также могут быть проявлениями депрессии у подростков. Однако последние 3 вопроса на предварительном этапе исследования показали плохую согласованность с оценкой депрессивности в целом (видимо, в связи с тем, что часто являются также признаками совершенно других психологических особенностей и состояний) и поэтому были исключены из дальнейшего рассмотрения в этой статье.

4. Все вопросы, входящие в состав оригинальной методики CDI были переведены на русский язык эквивалентно сформулированными вопросами.

Таким образом, нами анализировалось распределение результатов ответов испытуемых подростков на 28 вопросов методики².

Описание выборки

При стандартизации опросника CDI на русскоязычной выборке была собрана информация об исследовании 826 подростков в возрасте 13–17 лет. Однако после проверки добросовестности заполнения опросников и наличия всех необходимых социодемографических данных, некоторые из них были исключены из анализа.

Окончательную выборку стандартизации составили 713 подростков из Москвы, Бишкека и Ижевска в возрасте от 13 до 17 лет. Из них младших подростков (13–14 лет) – 208 человек; старших подростков (15–17 лет) – 505 человек. В гендерном отношении выборка представлена 335 юношами и 378 девушками. Опросник М. Ковач предлагался всем участникам для самозаполнения в присутствии психолога совместно с другими опросниками для исследования особенностей эмоциональной сферы.

Внутренняя согласованность методики

Для проверки согласованности вопросов, включенных в методику CDI рассчитывался показатель α Кронбаха. Кроме того, для каждого из пунктов опросника была получена оценка корреляции его среднего балла с суммарным баллом и вычислена величина показателя α в случае, если бы данный вопрос был удален из методики. Для полного варианта методики, который состоял из 28 вопросов (27 вопросов оригинального опросника Kovacs и

² 28 вопросов анализировалось для выборок, собранных в Москве и Ижевске. Жители Бишкека отвечали на модифицированную версию опросника, в которой анализировалось 27 вопросов.

один вопрос на выявление чувства раздражения, который был включен на основании анализа литературных данных), показатель внутренней согласованности α оказался весьма высоким ($\alpha=0,874$), что свидетельствует о высо-

кой степени однородности опросника. Результаты проверки надежности каждого из вопросов представлены в табл. 1.

Согласованность пунктов опросника

Таблица 1

Вопросы	Корреляция балла ответа на вопрос и суммарного показателя по методике CDI	Значение α Кронбаха в случае удаления пункта
Я всегда чувствую себя одиноким	0,600	0,865
Я хуже других ребят	0,587	0,865
Я ненавижу себя	0,575	0,866
Я хочу убить себя	0,544	0,867
Мне не хочется бывать с людьми	0,520	0,868
Я не могу решиться на что-либо	0,503	0,867
Каждый день у меня возникает желание плакать	0,497	0,868
Я плохо сплю каждую ночь	0,463	0,869
Меня ничто не радует	0,460	0,869
Меня никто по-настоящему не любит	0,456	0,869
Мне никогда не бывает интересно в школе	0,452	0,869
Я выгляжу уродливо	0,445	0,869
Я не делаю то, о чем меня просят	0,428	0,869
У меня нет друзей	0,401	0,870
Я все время ссорюсь с людьми	0,400	0,870
Я все время чувствую усталость	0,390	0,871
Мне приходится прилагать усилия, чтобы выполнять школьные задания	0,389	0,871
Все неприятности происходят по моей вине	0,368	0,871
Сейчас плохие отметки по тем предметам, которые раньше удавались	0,367	0,871
У меня всегда что-то болит	0,363	0,871
Мне всегда грустно	0,362	0,871
Я все время о чем-нибудь беспокоюсь	0,358	0,871
Я все делаю неправильно	0,351	0,871
Окружающие недовольны мной	0,348	0,871
у меня ничего не сложится так, как мне хочется	0,333	0,872
Я все время раздражаюсь по пустякам	0,321	0,872
У меня нет аппетита	0,288	0,873
Я уверен, что со мной произойдет что-то плохое	0,221	0,876

Данные табл. 1 свидетельствуют, что все баллы ответов на каждый пункт опросника продемонстрировали высокую согласованность с величиной общего балла оценки депрессивности. Наименее согласованным с остальными вопросами оказался пункт «Я уверен, что со мной произойдет что-то плохое». В случае удаления этого пункта из опросника, внутренняя согласованность шкалы немного повышается. Тем не менее, для дальнейшего анализа нами был использован модифицированный вариант CDI, состоящий из 27 вопросов,

имеющих высокий уровень согласованности по критерию α Кронбаха.

Общий показатель депрессивности

В целях сравнения результатов, полученных на русскоязычной выборке подростков, с данными, полученными зарубежными исследователями, было рассчитано среднеарифметическое значение балла по сумме ответов на 27 изначальных вопросов методики CDI, а также определено значение суммарного балла по модифицированной нами методике CDI. Результаты этого сравнения представлены в таблице 2 (в ис-

следовании Tweng среднее значение для мальчиков и девочек в возрасте 13–16 лет было вычислено на основании средних по-

казателей для каждого возраста в отдельности).

Таблица 2

Средние показатели депрессивности

Показатель	Twenge, метаанализ 310 исследований (13–16 лет)		Русскоязычная выборка, 27 оригинальных вопросов Kovacs (13–17 лет)		Русскоязычная выборка, модифицированный вариант CDI (13–17 лет)	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Среднее	8,9	10,1	9,0	9,4	10,1	10,9
Стандартное отклонение	–	–	4,7	5,0	6,3	5,7

Данные, полученные на русскоговорящей выборке с использованием оригинальных вопросов Kovacs, значимо не отличаются от полученных Twenge в результате метаанализа 310 исследований с использованием этой методики, даже несмотря на то, что в нашем случае возрастные границы были несколько расширены.

Анализ гендерных различий проводился на основании сравнения средних показателей депрессивности по модифицированному варианту методики CDI.

Половозрастные различия.

Общий показатель депрессивности у девушек оказался несколько выше, чем у юношей (табл. 2), что согласуется с известными представлениями о том, что женщины более склонны к депрессивным переживаниям, чем мужчины (например, Nolen-Hoeksema et al., 1991). Однако, разница между юношами и девушками не была настолько значимой, как можно было бы ожидать судя по литературным данным о частоте проявления депрессии у взрослых мужчин и женщин (значимость различий между средними оценками определялась с использованием критерия Манна-Уитни).

Анализ результатов исследования испытуемых различных возрастных групп также показал некоторые различия. В целом, как видно из табл. 2, младшие подростки сообщали о депрессивных проявлениях реже, чем старшие, что также согласуется с представлениями о том, что наступление пубертатного возраста провоцирует депрессивные проявления. Однако снова разница оказалась не слишком значительной (по критерию Манна-Уитни).

В этой связи нами был предпринят анализ возрастных различий интенсивности депрессивных проявлений отдельно у юношей

и у девушек. Результаты этого анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3

Средние показатели депрессивности в различных половозрастных группах

	13–14 лет	15–17 лет
Девочки	10,0	11,7
Мальчики	10,7	9,8

Данные свидетельствуют о том, что у девочек отмечается значительное увеличение депрессивных проявлений с возрастом (значимые различия по критерию Манна-Уитни между девушками-подростками 13–14 и 15–17 лет), мальчики, напротив, с возрастом начинают сообщать о меньшей депрессивности (значимые различия по критерию Манна-Уитни между девушками-подростками 13–14 и 15–17 лет). Такие различия косвенно подтверждают гипотезу, что когда процесс полового созревания заканчивается, различные механизмы оказываются вовлечены в формирование депрессивности у юношей и у девушек.

Факторный анализ

Факторному анализу были подвергнуты данные, полученные при исследовании 713 испытуемых, полностью ответивших на все пункты опросника. В анализ были включены лишь показатели ответов на 27 вопросов, показавших при проверке надежности максимальную согласованность с общим баллом ответов по методике. Адекватность данных устанавливалась на основании оценки значений коэффициента Кайзера-Мейера-Олкина и коэффициента сферичности Бартлетта. Значения этих коэффициентов свидетельствуют о возможности применения факторного анализа к полученным нами данным.

Факторный анализ результатов тестирования проводился по методу максимального правдоподобия с Promax-вращением.

Выбор данного метода был обусловлен необходимостью сравнения результатов выполненного исследования с результатами, полученными другими авторами (см., в частности, Craighead at al., 1998).

В результате анализа было выделено 6 факторов, один из которых оказался тривиальным. Поэтому, финальное решение состояло из 5 факторов, которые в сумме объясняли лишь 27% разброса ответов респондентов, что соответствует результатам, полученным другими исследователями (например, Craighead at al., 1998). Распределение нагрузок оценок пунктов опросника по этим 5 факторам представлено в табл. 4.

Таким образом, было описано 5 следующих шкал:

1. *Негативная эмоциональность* (которая включила в себя такие высказывания, как «Я часто раздражаюсь по пустякам», «мне все время грустно», «Я хочу убить себя», «Я всегда чувствую себя одиноким», «Каждый день у меня возникает желание плакать», «Я все время о чем-нибудь беспокоюсь» и «Я плохо сплю каждую ночь».

Эта шкала обладает достаточно высокой надежностью и внутренней согласованностью ($\alpha=0,71$).

2. *Негативная самооценка* (такие высказывания, как «Я все делаю неправильно», «Я выгляжу уродливо», «У меня ничего не сложится так, как мне хочется», «Окружающие недовольны мной», «Все неприятности происходят по моей вине», «Я не могу решиться на что-либо», «Я хуже других ребят», «Меня никто по-настоящему не любит». Также надежная шкала ($\alpha=0,68$).

3. *Ангедония и нежелание общаться* («Меня ничто не радует», «Мне не хочется бывать с людьми», «Я всегда чувствую себя

одиноким», «У меня нет друзей», «Мне никогда не бывает интересно в школе»). Шкала, обладающая средней степенью внутренней согласованности ($\alpha=0,58$).

4. *Экстернализация* (связанная с такими проявлениями, как «Я не делаю то, о чем меня просят», «Я все время ссорюсь с людьми», «Окружающие недовольны мной»). Надежность этой шкалы оказалось довольно низкой ($\alpha=0,454$).

5. *Соматические проявления* (которая включила всего два пункта «Я все время чувствую усталость» и «У меня всегда что-то болит»). Несмотря на крайне незначительное количество пунктов эта шкала продемонстрировала внутреннюю согласованность близкую к средней ($\alpha=0,53$).

Важно отметить, что в нашем исследовании на русскоязычной выборке испытуемых, также как и по результатам исследований в других культурах, выделились три «обязательные» фактора CDI, связанные с депрессивностью у подростков. Это негативная эмоциональность, низкая самооценка и экстернализация. Причем два первых фактора оказались также наиболее надежными. Кроме этого, было выделено два дополнительных фактора, которые также встречаются у других авторов – это ангедония и нежелание общаться и соматические проявления.

Таким образом, можно заключить, что депрессивные проявления у русскоговорящих подростков в значительной степени похожи на депрессивные проявления у их зарубежных сверстников. Следовательно, методика CDI может стать валидным инструментом для измерения уровня депрессивности российских подростков и использования в научных целях.

Таблица 4

Результаты факторного анализа³

Вопрос	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Я часто раздражаюсь по пустякам	0,301	–	–	–	–
Мне всегда грустно	0,589	–	–	–	–
Я все делаю неправильно	–	0,322	–	–	–
Меня ничто не радует	–	0,255	0,252	–	–
Я хочу убить себя	0,347	–	–	–	–
Мне не хочется бывать с людьми	–	–	0,452	–	–
Я выгляжу уродливо	–	0,424	–	–	–
Я все время чувствую усталость	–	–	–	–	0,457
У меня всегда что-то болит	–	–	–	–	0,552
Я всегда чувствую себя одиноким	0,561	–	0,444	–	–

³ В таблице показаны только нагрузки, значение которых выше 0,25.

Вопрос	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
У меня нет друзей	–	–	0,472	–	–
Сейчас плохие отметки по тем предметам, которые раньше удавались	–	–	–	–	–
Я не делаю то, о чем меня просят	–	–	–	0,255	–
Я все время ссорюсь с людьми	–	–	–	0,658	–
у меня ничего не сложится так, как мне хочется	–	0,531	–	–	–
Окружающие недовольны мной	–	0,253	–	0,400	–
Я ненавижу себя	–	–	–	–	–
Все неприятности происходят по моей вине	–	0,250	–	–	–
Каждый день у меня возникает желание плакать	0,746	–	–	–	–
Я все время о чем-нибудь беспокоюсь	0,434	–	–	–	–
Я не могу решиться на что-либо	–	0,346	–	–	–
Мне приходится прилагать усилия, чтобы выполнять школьные задания	–	–	–	–	–
Я плохо сплю каждую ночь	0,364	–	–	–	–
Мне никогда не бывает интересно в школе	–	–	0,262	–	–
Я хуже других ребят	–	0,548	–	–	–
Меня никто по-настоящему не любит	–	0,439	–	–	–
У меня нет аппетита	–	–	–	–	–

Литература

1. Birlson, P. *The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: A research report* / P. Birlson // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1981. – №22. – P. 73–88.

2. Carey, M.P. *Children's Depression Inventory: Construct and Discriminant Validity Across Clinical and Nonreferred (Control) Populations* / M.P. Carey at al. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987. – №55 (5) – P. 755–761.

3. Cicchetti, D. *The development of depression in children and adolescents* / D. Cicchetti, S.L. Toth // *American Psychologist*. – 1998. – №53. – P. 221–241.

4. Cole, D.A. *Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety* / D.A. Cole, K. Hoffman, J.M. Tram, S.E. Maxwell // *Psychological Assessment*. – 2000. – №12. – P. 174–185.

5. Craighead, W.E. *Factor Analysis of the Children's Depression Inventory in a Community Sample* / W.E. Craighead, M.R. Smucker, L.W. Craighead, S.S. Ilardi // *Psychological Assessment*. – 1998. – №2. – Vol. 10. – P. 156–165.

7. Craighead, W.E. *Relationship of Children's Depression Inventory factors to Major Depression among adolescents* / W.E. Craighead, J.F. Curry, S.S. Ilardi // *Psychological Assessment*. – 1995. – №7. – P. 171–176.

8. Drucker, P.M. *An exploratory factor analysis of Children's Depression Inventory scores in young children of substance abusers* / P.M. Drucker, C. Greco-Vigorito // *Psychological Reports*. – 2002. – №91. – P. 131–141.

9. Finch, A.J. *Children's Depression Inventory: Sex and Grade Norms for Normal Children* / A.J. Finch at al. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1985. – №53 (3). – P. 424–425.

10. Gotlib, I.H. *Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning* / I.H. Gotlib, P.M. Lewinsohn, J.R. Seeley // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* / – 1995. – №63. – P. 90–100.

11. Harrington, R. *Adult outcomes of childhood and adolescent depression: III. Links with suicidal behaviours* / R. Harrington, D. Bredenkamp, C. Groothues, M. Rutter // *Journal of Child Psychology, Psychiatry, Allied Disciplines*. – 1994. – №35. – P. 1309–1319.

12. Hodges, K. *Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview* / K. Hodges // *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1990. – №2. – P. 489–492.

13. Kovacs, M. *Rating scales to assess depression in school age children* / M. Kovacs // *Acta Paedopsychiatrica*. – 1981. – №46. – P. 305–315.

14. Kovacs, M. *The children's depression inventory* / M. Kovacs. – New York: Multi-Health Systems, 1992.
15. Kovacs, M. *Internalizing disorders in childhood* / M. Kovacs, B. Devlin // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. – №39. – P. 47–63.
16. Lefkowitz, M. M. *Assessment of childhood depression* / M.M. Lefkowitz, E.P. Tesiny // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – №48. – P. 43–50.
17. Nolen-Hoeksema, S. *Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes* / S. Nolen-Hoeksema, J.S. Girgus // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1994. – №100. – P. 569–582.
18. Nolen-Hoeksema, S. *Sex differences in depression and explanatory style in children* / S. Nolen-Hoeksema, J.S. Girgus, M.E. Seligman // *Journal of Youth, adolescence*. – 1991. – №20. – P. 233–245.
19. Petersen, A. C. *Depression in adolescence* / A.C. Petersen, B.E. Compas, J. Brooks-Gunn, M. Stemmler, S. Ey, K.E. Grant // *American Psychologist*. – 1993. – №48 – P. 155–168.
20. Poznanski, E.O. *A depression rating scale for children* / E.O. Poznanski, S.C. Cook, B.J. Carroll // *Pediatrics*. – 1979. – №64. – P. 442–450.
21. Puig-Antich, J. *Schedule for affective disorders and schizophrenia in school-age children (6–16 years)*. – *Kiddie-SADS* / J. Puig-Antich, W. Chambers. – New York: New York State Psychiatric Institute, 1978.
22. Smucker, M. R. *Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory* / M.R. Smucker, W.E. Craighead, L.W. Craighead, B.J. Green // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1986. – №14. – P. 25–39.
23. Steele, R.G. *A Confirmatory Comparison of the Factor Structure of the Children's Depression Inventory between European American and African American Youth* / R.G. Steele, T.D. Little, S.S. Ilardi, R. Forehand, G.H. Brody, H.L. Hunter // *J. Child. Fam. Stud.* – 2006. – №15. – P. 779–794.
24. Twenge, J.M. *Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis* / J.M. Twenge, S. Nolen-Hoeksema // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2002. – Vol. 111. – №4. – P. 578–588.
25. Weiss, B. *Developmental Differences in the Factor Structure of the Children's Depression Inventory* / B. Weiss, J.R. Weisz, M. Politano, M. Carey, W.M. Nelson, A.J. Finch // *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1991. – №3. – P. 38–45.

Поступила в редакцию 29.09.2008.

Белова Александра Павловна. Младший научный сотрудник лаборатории возрастной психогенетики Психологического института РАО: malykhsb@mail.ru.

Alexandra P. Belova. Junior research assistant of the laboratory of age psychogenetics at the Institute of Psychology of RAS (Russian Academy of Science): malykhsb@mail.ru.

Малых Сергей Борисович. Доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО, зав.лабораторией возрастной психогенетики, зам.директора по научной работе Психологического института РАО: malykhsb@mail.ru.

Sergey B. Malych. PsyD, professor, Corresponding Member of Russian Academy of Education, head of the laboratory of age psychogenetics, deputy director of scientific work at the Psychological Institute of Russian Academy of Education (RAE): malykhsb@mail.ru.

Сабирова Елена Замировна. Преподаватель кафедры психологии Кыргызско-Российского Славянского университета: malykhsb@mail.ru.

Elena Z. Sabirova. Lecture of department of psychology at the Kyrgyz-Russian Slavonic University: malykhsb@mail.ru.

Лобаскова Марина Михайловна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры дифференциальной психологии Удмуртского государственного университета: malykhsb@mail.ru.

Marina M. Lobaskova. PhD, associate professor at the department of differential psychology at the Udmurtia State University: malykhsb@mail.ru.