

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ¹

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

Приведены результаты стандартизации модифицированного варианта методики CDI (Children's Depression Inventory) на русскоязычной выборке.

Ключевые слова: негативная самооценка, ангедония, экстернализация, соматические проявления, депрессивность.

В последние десятилетия отмечается значительное увеличение числа страдающих от депрессии как в России, так и за рубежом. Согласно статистическим данным, в конце XX – начале XXI в. депрессия вышла на первое место по распространенности среди психических расстройств фактически во всех странах Западной и Восточной Европы (включая Россию) и Америке. По данным популяционных исследований хотя бы один раз в жизни депрессию переживают от 10 до 15% мужчин и от 20 до 30% женщин. Интересно, что основной прирост в числе стра-

дающих от депрессии осуществляется за счет подростков и молодых людей – депрессия стремительно “молодеет”, поэтому исследования детской и подростковой депрессивности стали привлекать большое внимание исследователей (см. обзоры Cicchetti & Toth, [1]; Kovacs & Devlin, [2]; Nolen-Hoeksema & Girgus, [3]; Petersen et al., [4]).

Доклинические проявления депрессивных состояний, которые не попадают в сферу внимания клиницистов, изучены гораздо меньше, в то время как эти эмоциональные переживания могут значительно снижать качество жизни человека и даже блокировать нормальное психическое развитие. Именно этим обусловлено внимание исследователей к изучению депрессивности

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

как индивидуальной особенности человека, под которой понимается склонность человека испытывать депрессивные переживания в различных жизненных ситуациях.

Депрессия в клиническом смысле слова – это болезнь, которая может вывести человека из эмоционального равновесия и значительно ухудшить качество его жизни. Депрессия может возникнуть как ответная реакция на предшествующую психологическую травму или отрицательное событие (смерть близкого человека, потеря работы, неудачи в личной жизни и т. п.), однако, часто она развивается без видимой причины. В МКБ-10 и DSM-IV установлены следующие основные критерии депрессивного эпизода: сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, которое может приводить к повышенной утомляемости и сниженной активности, сниженная способность к сосредоточению, заниженная самооценка и неуверенность в себе, идеи виновности и унижения, мрачное пессимистическое видение будущего, идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид, нарушенный сон, сниженный аппетит.

Однако даже на доклиническом уровне депрессия может оказывать значительное негативное влияние на жизнь детей, подростков и взрослых [5]. 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, Lewinsohn, и Seeley [6] 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 [7]. Высокие показатели депрессивности, даже на доклиническом уровне, заслуживают очень пристального внимания сами по себе, поэтому встает задача создания методов диагностики индивидуальных различий по депрессивности.

В настоящее время разработан ряд психодиагностических методик, направленных на диагностику депрессивности у детей и подростков. Эти психодиагностические методики используют разные источники информации о депрессивных проявлениях, например, самоотчет (Birleson, [8]; Kovacs, [9]), оценка депрессивных

проявлений другими, например, учителями [10], одноклассниками [10], клиницистами [11] или родителями [12].

Методика CDI, разработанная М. Kovacs, является наиболее распространенной и используется во всем мире как методика диагностики депрессивности у детей и подростков [13; 14], не имеющих диагноза депрессии (фактически направлена на изучение субклинических проявлений депрессии).

К сожалению, аналогичной методики диагностики в российской психологии в настоящее время не существует, поэтому задачей настоящего исследования стала стандартизация методики диагностики подростковой депрессивности CDI на русскоязычной выборке.

Методика

Методика CDI (Children's Depression Inventory) представляет собой бланковую форму самоотчета для детей и подростков, направленную на самооценку присутствия и степени выраженности депрессивных симптомов [15]. 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 много работ, направленных на выявление психометрических свойств CDI. Большинство из них подтвердили высокую психометрическую надежность опросника. Данные свидетельствуют о высокой внутренней согласованности вопросов, образующих методику ($\alpha \geq 0.8$) и высокой ретестовой надежности [15; 16]. Проверка дискриминантной и конвергентной валидности методики тоже, как правило, дала положительные результаты [17; 18].

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 с соавторами [17] в 1987 г. 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 г. Bahr Weiss et al. [19] опубликовали результаты факторного анализа CDI на большой клинической выборке детей и подростков. Этим исследователям, так же 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* (включали такие высказывания, как “мне всегда грустно”, “я опасюсь, 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 [20–22] с помощью эксплораторного факторного анализа 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 [23] пришли к выводу, что существуют 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, Kovacs выделила еще факторы “Неэффективности” и “Ангедонии”. Craighead и соавторы [18] выделили также факторы “Социальные проблемы”, “Проблемы в школе” и, только для подростков, фактор “Биологической дисрегуляции”. В исследовании Drucker [22] и соавторы выделили 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.

Адаптация методики CDI на русскоязычной выборке подростков

Согласно литературным данным [25], 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 российские и зарубежные литературные источники (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, в методику были включены вопросы, касающиеся когнитивных нарушений (памяти, концентрации внимания) и переживания, которые также могут быть проявлениями депрессии у подростков. Однако эти вопросы 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 сформулированным вопросам.

Таким образом, нами анализировалось распределение результатов ответов испытуемых подростков на 28 вопросов методики¹.

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

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 (335 мальчиков и 378 девочек) из Москвы, Бишкека и Ижевска в возрасте от 13 до 17 лет. Из них младших подростков (13–14 лет) – 208 человек; старших (15–17 лет) – 505 человек.

Результаты

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 бы удален из методики. Для полного варианта методики, который состоял из 28 вопросов (27 вопросов оригинального опросника Kovacs и 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 высокой степени однородности опросника. Результаты проверки надежности каждого из вопросов представлены в табл. 1.

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

Для 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 (табл. 2).

Таблица 1

Оценка внутренней согласованности методики

Пункт опросника	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 грусно	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

Таблица 2

Сравнительный анализ

Показатель	Twenge, метаанализ 310 исследований (13 – 16 лет) ¹		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

¹ Среднее значение для мальчиков и девочек в возрасте 13–16 лет было вычислено на основании средних показателей, представленных Tweng для каждого возраста в отдельности.

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 [5]. 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 девушек (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели депрессивности

Пол	13–14 лет	15–17 лет
Девочки	10.0	11.7
Мальчики	10.7	9,8

Данные табл. 3 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 сообщают о меньшей депрессивности (значимые различия по критерию Манна-Уитни между девушками-подростками 13–14 и 15–17 лет). Такие разли-

чия 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 Бартлета. 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 [21].

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 [21]. Распределение нагрузок оценок пунктов опросника по этим 5 факторам представлено в табл. 4.

Таким образом, было описано 5 следующих шкал.

1. *Негативная эмоциональность* (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 ху-

Распределение нагрузок пунктов опросника¹

Пункт опросника	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Я часто раздражаюсь по пустякам	0,301				
Мне всегда грусно	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		
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					

же 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* (связана с такими проявлениями, как “я не делаю то, о чем меня просят”, “я все время ссорюсь с людьми”, “окружающие недовольны мной”). Надежность этой шкалы оказалась довольно низкой ($\alpha = 0.454$).

¹ В таблице показаны только нагрузки, значения которых выше 0.25.

5. *Соматические проявления* (включают 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 ($\alpha = 0.53$).

Необходимо отметить, что в нашем исследовании на русскоязычной выборке испытуемых, так же 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 наиболее надежными. Кроме этого, было выделено два дополнительных фактора, которые также встречаются

у других авторов. Это – ангедония и нежелание общаться; соматические проявления.

Таким образом, полученные результаты исследования русскоязычных подростков согласуются с данными других исследований и свидетельствуют о надежности этого метода диагностики. Методика CDI может стать валидным инструментом для измерения уровня депрессивности российских подростков.

Литература

1. *Cicchetti D., & Toth S.L.* The development of depression in children and adolescents // *American Psychologist*. – 1998. – V. 53. – P. 221–241.
2. *Kovac, M., & Devlin B.* Internalizing disorders in childhood // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. – V. 39. – P. 47–63.
3. *Nolen-Hoeksema S., & Girgu, J.S.* Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1994. – V. 100. – P. 569–582.
4. *Petersen A.C., Compas B.E., Brooks-Gunn J., Stemmler M., Ey S., & Grant K.E.* Depression in adolescence // *American Psychologist*. – 1993. – V. 48. – P. 155–168.
5. *Nolen-Hoeksema S., Girgu J.S., & Seligman M.E.* Sex differences in depression and explanatory style in children // *Journal of Youth & Adolescence*. – 1991. – V. 20. – P. 233–245.
6. *Gotlib I.H., Lewinsohn P.M., & Seeley J.R.* Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1995. – V. 63. – P. 90–100.
7. *Harrington R., Bredenkamp D., Groothues C., & Rutte, M.* Adult outcomes of childhood and adolescent depression: III. Links with suicidal behaviours // *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. – 1994. – V. 35. – P. 1309–1319.
8. *Birleson P.* The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: A research report // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1981. – V. 22. – P. 73–88.
9. *Kovacs M.* Rating scales to assess depression in school age children // *Acta Paedopsychiatrica*. – 1981. – V. 46. – P. 305–315.
10. *Lefkowitz M.M., & Tesiny E.P.* Assessment of childhood depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43–50.
11. *Poznanski E.O., Cook S.C. & Carroll B.J.* A depression rating scale for children // *Pediatrics*. – 1979. – V. 64. – P. 442–450.
12. *Puig-Antich J., & Chambers W.* Schedule for affective disorders and schizophrenia in school-age children (6–16 years) – *Kiddie-SADS*. – New-York: New-York State Psychiatric Institute, 1978.
13. *Finch A.J. et al.* Children's Depression Inventory: Sex and Grade Norms for Normal Children // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1985. – V. 53. – №3. – P. 424–425.
14. *Twenge J.M., Nolen-Hoeksema S.* Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2002. – Vol. 111. – №4. – P. 578–588.
15. *Kovacs M.* The children's depression inventory. – New-York: Multi-Health Systems, 1992.
16. *Smucker M.R., Craighead W.E., Craighead L.W., & Green B.J.* (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1986. – V. 14. – P. 25–39.
17. *Carey M.P. et al.* Children's Depression Inventory: Construct and Discriminant Validity Across Clinical and Nonreferred (Control) Populations // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1987. – V. 55. – №5. – P. 755–761.
18. *Craighead W.E., Curry J.F., & Ilardi, S.S.* Relationship of Children's Depression Inventory factors to Major Depression among adolescents // *Psychological Assessment*. – 1995. – V. 7. – P. 171–176.
19. *Weiss B., Weisz J.R., Politano M., Carey M., Nelson W.M., Finch A.J.* Developmental Differences in the Factor Structure of the Children's Depression Inventory // *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1991. – V. 3. – №1. – P. 38–45.
20. *Col, D.A., Hoffman K., Tram J.M., & Maxwell S.E.* Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety // *Psychological Assessment*. – 2000. – V. 12. – P. 174–185.
21. *Craighead W.E., Smucker M.R., Craighead L.W., Ilardi S.S.* Factor Analysis of the Children's Depression Inventory in a Community Sample // *Psychological Assessment*, June 1998. – Vol. 10. – №2. – P. 156–165.
22. *Drucker P.M., & Greco-Vigorito C.* An exploratory factor analysis of Children's Depression Inventory scores in young children of substance abusers // *Psychological Reports*. – 2002. – V. 91. – P. 131–141.
23. *Steele R.G., Little T.D., Ilardi S.S., Forehand R., Brody G.H., Hunter H.L.* A Confirmatory Com-

- parison of the Factor Structure of the Children's Depression Inventory between European American and African American Youth // *J Child Fam Stud.* – 2006. – V. 15. – P. 779–794.
24. *Drucker P.M. & Greco-Vigorito C.* An exploratory factor analysis of Children's Depression Inventory scores in young children of substance abusers // *Psychological Reports.* – 2002. – V. 91. – P. 131–141.
25. *Twenge J.M., Nolen-Hoeksema S.* Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2002. – Vol. 111. – №4. – P. 578–588.