

Пламен Калчев

Скали за депресия в юношеска възраст

Епидемиологична скала за депресия

Ревизирана епидемиологична скала за депресия

Пламен Калчев

**СКАЛИ ЗА ДЕПРЕСИЯ В
ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ**

**Епидемиологична скала за депресия
Ревизирана епидемиологична скала за
депресия**

**София
2025**

Пламен Калчев, Скали за депресия в юношеска възраст
Copyright © Пламен Калчев, 2025 г.
Издателство „Изток-Запад“, 2025 г.

ISBN: 978-619-01-1660-8

Съдържание

УВОД.....	13
-----------	----

ПЪРВА ЧАСТ. ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА СКАЛА ЗА ДЕПРЕСИЯ.....	21
--	----

1.1. ПОСТАНОВКА НА ПРОБЛЕМА.....	21
Изследвани лица.....	29
1.2. ФАКТОРНА СТРУКТУРА НА CES-D.....	30
1.2.1. Проблемът с реверсираните айтеми на CES-D.....	32
1.2.2. Експлораторен факторен анализ.....	37
1.2.3. Конфирматорен факторен анализ.....	43
1.2.4. Йерархичен модел.....	48
1.2.5. Бифакторен модел.....	52
1.3. НАДЕЖДНОСТ.....	57
1.4. ВАЛИДНОСТ.....	60
1.4.1. Връзки с въпросника на А. Бек за депресия.....	61
1.4.2. Връзки с безнадеждност и със суицидна идеация.....	73
1.5. ЧЕСТОТНО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ, ДЕСКРИПТИВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ. РАЗЛИЧИЯ ПО ПОЛ И КЛАС. КАТЕГОРИАЛНА ОЦЕНКА.....	92

ВТОРА ЧАСТ. РЕВИЗИРАНА ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА СКАЛА ЗА ДЕПРЕСИЯ.....	108
--	-----

2.1. ПОСТАНОВКА НА ПРОБЛЕМА.....	108
2.2. ФАКТОРНА СТРУКТУРА НА CESD-R.....	111
2.2.1. Експлораторен факторен анализ.....	117
2.2.2. Конфирматорен факторен анализ.....	120
2.2.3. Бифакторен модел.....	124
2.3. НАДЕЖДНОСТ.....	128
2.4. ВАЛИДНОСТ.....	129
2.4.1. Връзки с въпросника на А. Бек за депресия.....	130
2.4.2. Връзки с безпокойства.....	137
2.4.3. Връзки с отношения с родителите, нагласи към училището и учителите и със самооценка.....	146
2.4.4. Връзки с „предъвкване“ на негативния опит, враждебност и морален скептицизъм.....	159
2.4.5. Връзки с психично благополучие.....	178

2.4.6. Връзки с всекидневни трудности и проблеми в отношенията.....	201
2.4.7. Връзки с патологични личностни черти	220
2.4.8. Връзки с „щастие“, „приятели“ и „безнадеждност“	242
2.5. Честотно РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ, ДЕСКРИПТИВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ. РАЗЛИЧИЯ ПО ПОЛ И КЛАС. КАТЕГОРИАЛНА ОЦЕНКА.....	250
ЛИТЕРАТУРА	269
ПРИЛОЖЕНИЕ А	288
ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА СКАЛА ЗА ДЕПРЕСИЯ (CES-D)	288
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	290
РЕВИЗИРАНА ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА СКАЛА ЗА ДЕПРЕСИЯ (CESD-R)	290
ПРИЛОЖЕНИЕ В	295
НОРМАТИВНИ ТАБЛИЦИ: CES-D	295
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	298
НОРМАТИВНИ ТАБЛИЦИ: CESD-R.....	298

Таблицы

Таблица 1.1. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛ И КЛАС НА ИЗСЛЕДВАНИТЕ ЛИЦА ОТ ЕПИДЕМИОЛОГИЧНАТА СКАЛА ЗА ДЕПРЕСИЯ (CES-D)	29
Таблица 1.2. ИНДЕКСИ ЗА СТЕПЕН НА СЪОТВЕТСТВИЕ ОТ КОНФИРМАТОРНИЯ АНАЛИЗ НА 4 КОНКУРЕНТНИ МОДЕЛА	35
Таблица 1.3. ЕКСПЛОРАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА CES-D, ИЗВАДКА 1, ЧЕТИРИФАКТОРНО РЕШЕНИЕ.....	38
Таблица 1.4. ЕКСПЛОРАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА CES-D, ИЗВАДКА 1, ТРИФАКТОРНО РЕШЕНИЕ	42
Таблица 1.5. ИНДЕКСИ ЗА СТЕПЕН НА СЪОТВЕТСТВИЕ НА 4 МОДЕЛА НА СТРУКТУРАТА НА CES-D, КОНФИРМАТОРЕН АНАЛИЗ, RML МЕТОД, ИЗВАДКА 2	45
Таблица 1.6. ФАКТОРНИ ТЕГЛА НА АЙТЕМИТЕ ОТ CES-D, ЧЕТИРИФАКТОРНО РЕШЕНИЕ, RML МЕТОД, ИЗВАДКА 2	46
Таблица 1.7. КОРЕЛАЦИИ МЕЖДУ КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D, ИЗВАДКА 1 + ИЗВАДКА 2	49
Таблица 1.8. ИНДЕКСИ ЗА СТЕПЕН НА СЪОТВЕТСТВИЕ НА ЙЕРАРХИЧНИЯ И НА БИФАКТОРНИЯ МОДЕЛ НА CES-D, ИЗВАДКА 1 + ИЗВАДКА 2	50
Таблица 1.9. ФАКТОРНИ ТЕГЛА НА АЙТЕМИТЕ ОТ CES-D, БИФАКТОРЕН МОДЕЛ, RML МЕТОД, ИЗВАДКА 1 + ИЗВАДКА 2	54
Таблица 1.10. ВЪТРЕШНА СЪГЛАСУВАНОСТ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CES-D	58
Таблица 1.11. КОРЕЛАЦИИ МЕЖДУ КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА CES-D и BDI	66
Таблица 1.12. ИНДЕКСИ ЗА СТЕПЕН НА СЪОТВЕТСТВИЕ НА ПЕТ МОДЕЛА НА КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D и BDI	69
Таблица 1.13. ЕДИНИЧНИ КОРЕЛАЦИИ (r на ПИЪРСЪН) НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CES-D С БЕЗНАДЕЖНОСТ И СЪС СУИЦИДНА ИДЕАЦИЯ ..	83
Таблица 1.14. ЕДИНИЧНИ КОРЕЛАЦИИ (r на ПИЪРСЪН) НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА CES-D и BDI С БЕЗНАДЕЖНОСТ И СЪС СУИЦИДНА ИДЕАЦИЯ.....	88
Таблица 1.15. ПРОЦЕНТ НА ЛИЦАТА, ОТГОВОРИЛИ С „ЧЕСТО ИЛИ ПРЕЗ ЦЯЛОТО ВРЕМЕ“	97
Таблица 1.16. ДЕСКРИПТИВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CES-D	99
Таблица 2.1. ЕКСПЛОРАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА CESD-R, MINRES МЕТОД, ПРОМАКС РОТАЦИЯ (ИЗВАДКА 1)	118

ТАБЛИЦА 2.2. ИНДЕКСИ ЗА СТЕПЕН НА СЪОТВЕТСТВИЕ НА ДВА МОДЕЛА НА СТРУКТУРАТА НА CESD-R, КОНФИРМАТОРЕН АНАЛИЗ ПО RML МЕТОД, ИЗВАДКА 2	121
ТАБЛИЦА 2.3. ФАКТОРНИ ТЕГЛА ОТ КОНФИРМАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА CESD-R, RML МЕТОД, ДВУФАКТОРНО РЕШЕНИЕ (ИЗВАДКА 2)	123
ТАБЛИЦА 2.4. ФАКТОРНИ ТЕГЛА ОТ КОНФИРМАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА CESD-R, RML МЕТОД, БИФАКТОРЕН МОДЕЛ	125
ТАБЛИЦА 2.5. ВЪТРЕШНА СЪГЛАСУВАНОСТ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CESD-R	129
ТАБЛИЦА 2.6. КОРЕЛАЦИИ МЕЖДУ КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА CES-D, CESD-R и BDI	132
ТАБЛИЦА 2.7. КОРЕЛАЦИИ МЕЖДУ КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА CES-D, CESD-R и BDI С БЕЗПОКОЙСТВАТА (PSWQ)	142
ТАБЛИЦА 2.8. КОРЕЛАЦИИ НА БЛИЗОСТ С РОДИТЕЛИТЕ, САМООЦЕНКА, ОТЧУЖДЕНИЕ ОТ УЧИЛИЩЕТО И НЕГАТИВНИ НАГЛАСИ КЪМ УЧИТЕЛИТЕ СЪС СКАЛИТЕ ЗА ДЕПРЕСИЯ	152
ТАБЛИЦА 2.9. КОРЕЛАЦИИ НА БЛИЗОСТ С РОДИТЕЛИТЕ И САМООЦЕНКА СЪС СКАЛИТЕ ЗА ДЕПРЕСИЯ	153
ТАБЛИЦА 2.10. КОРЕЛАЦИИ НА ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ И КОМПОНЕНТИТЕ НА ПРЕДЪВКВАНЕ, НА ВРАЖДЕБНОСТ И НА МОРАЛЕН СКЕПТИЦИЗЪМ С МЕРКИТЕ ЗА ДЕПРЕСИЯ	170
ТАБЛИЦА 2.11. КОРЕЛАЦИИ НА ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ И КОМПОНЕНТИТЕ НА ПРЕДЪВКВАНЕ С ВРАЖДЕБНОСТ И МОРАЛЕН СКЕПТИЦИЗЪМ	171
ТАБЛИЦА 2.12. КОРЕЛАЦИИ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ ЗА ПСИХИЧНО БЛАГОПОЛУЧИЕ С ПОКАЗАТЕЛИТЕ ЗА ДЕПРЕСИЯ	184
ТАБЛИЦА 2.13. КОРЕЛАЦИИ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ ЗА ПСИХИЧНО БЛАГОПОЛУЧИЕ С ПОКАЗАТЕЛИТЕ ЗА ДЕПРЕСИЯ И СОЦИАЛНА ТРЕВОЖНОСТ	192
ТАБЛИЦА 2.14. СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ	202
ТАБЛИЦА 2.15. ЕКСПЛОРАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ. MINRES МЕТОД, ВАРИМАКС РОТАЦИЯ, ДВУФАКТОРНО РЕШЕНИЕ (ИЗВАДКА 1)	209
ТАБЛИЦА 2.16. ЕКСПЛОРАТОРЕН ФАКТОРЕН АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ. MINRES МЕТОД, ВАРИМАКС РОТАЦИЯ, ТРИФАКТОРНО РЕШЕНИЕ (ИЗВАДКА 1)	209
ТАБЛИЦА 2.17. ИНДЕКСИ ЗА СТЕПЕН НА СЪОТВЕТСТВИЕ НА ДВА МОДЕЛА НА СТРУКТУРАТА НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ, RML МЕТОД, ИЗВАДКА 2 И ИЗВАДКА 3	210

Таблица 2.18. Конфирматорен факторен анализ на проблеми в отношенията и всекидневни трудности. RLM метод, Извадка 2 и Извадка 3	211
Таблица 2.19. Корелации на проблеми в отношенията и всекидневни трудности с мерките за депресия	213
Таблица 2.20. Единични корелации (r на Пийрсън) на патологичните личностни черти с мерките за депресия, всекидневни трудности и проблеми в отношенията	226
Таблица 2.21. Единични корелации (r на Пийрсън) на патологичните личностни черти с мерките за депресия и благополучие (FS).....	237
Таблица 2.22. Единични корелации (r на Пийрсън) на липса на приятели, безнадёждност и щастие с общия показател и компонентите на CESD-R	244
Таблица 2.23. Специфичност, сензитивност, положителна и отрицателна прогностична стойност на скрининга за идентифициране на „високи“ равнища на депресия.....	248
Таблица 2.24. Процент на лицата, отговорили с Почти всеки ден през последните две седмици.....	253
Таблица 2.25. Дескриптивни характеристики на CES-D и CESD-R при различни варианти за изчисляване на общия бал.....	256
Таблица 2.26. Дескриптивни характеристики на компонентите и общия показател на CESD-R	261
Таблица B1. CES-D – общ показател, момчета и момичета	295
Таблица B2. CES-D – общ показател, момчета	296
Таблица B3. CES-D – общ показател, момичета	297
Таблица Г1. CESD-R – общ показател, момчета и момичета.....	298
Таблица Г2. CESD-R – общ показател, момчета.....	299
Таблица Г3. CESD-R – общ показател, момичета	300
Таблица Г4. CESD-R – негативно настроение, момчета и момичета.....	301
Таблица Г5. CESD-R – негативно настроение, момчета	302
Таблица Г6. CESD-R – негативно настроение, момичета	303
Таблица Г7. CESD-R – функционално увреждане, момчета и момичета	304
Таблица Г8. CESD-R – функционално увреждане, момчета	305
Таблица Г9. CESD-R – функционално увреждане, момичета	306

Фигури

Фиг. 1.1. ЙЕРАРХИЧЕН МОДЕЛ НА СТРУКТУРАТА НА CES-D С ЧЕТИРИ ПЪРВИЧНИ ФАКТОРА И ЕДИН ФАКТОР ОТ ВТОРИ РЕД (ДЕПРЕСИЯ)	51
Фиг. 1.2. МОДЕЛ 1. ЕДНОФАКТОРЕН МОДЕЛ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D И BDI. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	70
Фиг. 1.3. МОДЕЛ 3. МОДИФИЦИРАН ДВУФАКТОРЕН МОДЕЛ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D И BDI. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	70
Фиг. 1.4. МОДЕЛ 5. МОДИФИЦИРАН БИФАКТОРЕН МОДЕЛ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D И BDI. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	72
Фиг. 1.5. СТРУКТУРЕН МОДЕЛ ЗА ЕФЕКТИТЕ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D ВЪРХУ СУИЦИДНА ИДЕАЦИЯ, С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА БЕЗНАДЕЖНОСТ. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	85
Фиг. 1.6. СТРУКТУРНИ МОДЕЛИ НА ЕФЕКТИТЕ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА CES-D И BDI ВЪРХУ СУИЦИДНА ИДЕАЦИЯ С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА БЕЗНАДЕЖНОСТ. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	89
Фиг. 1.7. ЧЕСТОТНО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ ЗА CES-D.....	95
Фиг. 1.8. ЧЕСТОТНО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА CES-D: БРОЙ СИМПТОМИ	98
Фиг. 1.9. РАВНИЩЕ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CES-D ПО ПОЛ, В СТАНДАРТНИ Т-ОЦЕНКИ В БАЛАНСИРАНАТА ПО ПОЛ ИЗВАДКА	100
Фиг. 1.10. ВЪЗРАСТОВИ ПРОМЕНИ ПО КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CES-D	104
Фиг. 2.1. ШЕСТ ГРУПИ ЛИЦА СПОРЕД СЪЧЕТАВАНЕ НА НЕГАТИВНО НАСТРОЕНИЕ И ФУНКЦИОНАЛНО УВРЕЖДАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНО РАВНИЩЕ	127
Фиг. 2.2. ЕФЕКТИ НА КОМПОНЕНТИТЕ CESD-R ВЪРХУ КОМПОНЕНТИТЕ НА BDI. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	134
Фиг. 2.3. ЕФЕКТИ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА BDI ВЪРХУ КОМПОНЕНТИТЕ НА CESD-R. СТАНДАРТИЗИРАНО РЕШЕНИЕ	136
Фиг. 2.4. ЕФЕКТИ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ТРИ ДЕПРЕСИВНИ СКАЛИ ВЪРХУ БЕЗПОКОЙСТВА.....	144
Фиг. 2.5. ЕФЕКТИ НА БЛИЗОСТ С РОДИТЕЛИТЕ И ОТЧУЖДЕНИЕ ОТ УЧИЛИЩЕТО ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА, С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА САМООЦЕНКАТА	154
Фиг. 2.6. ЕФЕКТИ НА БЛИЗОСТ С РОДИТЕЛИТЕ И ОТЧУЖДЕНИЕ ОТ УЧИЛИЩЕТО ВЪРХУ ФУНКЦИОНАЛНО УВРЕЖДАНЕ, С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА САМООЦЕНКА И НЕГАТИВНО НАСТРОЕНИЕ	158
Фиг. 2.7. ЕФЕКТИ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ПРЕДЪВКВАНЕ ВЪРХУ ВРАЖДЕБНОСТ И МОРАЛЕН СКЕПТИЦИЗЪМ, С МЕДИАТОРНА РОЛЯ ДЕПРЕСИЯТА, ОЦЕНЕНА С CES-D И CESD-R.....	173

Фиг. 2.8. ЕФЕКТИ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ПРЕДЪВКВАНЕ ВЪРХУ ВРАЖДЕБНОСТ И МОРАЛЕН СКЕПТИЦИЗЪМ, С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ДЕПРЕСИЯТА, ОЦЕНЕНА С CESD-R	175
Фиг. 2.9. ЕФЕКТИ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ПСИХИЧНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА	186
Фиг. 2.10. ЕФЕКТИ НА СОЦИАЛНА ТРЕВОЖНОСТ И ПРЕДЪВКВАНЕ ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА ПСИХИЧНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ	195
Фиг. 2.11. ЕФЕКТИ НА СОЦИАЛНАТА ТРЕВОЖНОСТ И ПРЕДЪВКВАНЕТО ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ПСИХИЧНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ	198
Фиг. 2.12. ИМАЛИ ЛИ СТЕ ПРОБЛЕМИ (СПОРОВЕ, РАЗПРАВИИ) В ОТНОШЕНИЯТА С...?	205
Фиг. 2.13. СРЕЩАЛИ ЛИ СТЕ ТРУДНОСТИ, СВЪРЗАНИ С...?	206
Фиг. 2.14. ЕФЕКТИ НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА	215
Фиг. 2.15. ЕФЕКТИ НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ ВЪРХУ КОМПОНЕНТИТЕ НА ДЕПРЕСИЯТА (CESD-R)	218
Фиг. 2.16. ЕФЕКТИ НА ПАТОЛОГИЧНИ ЛИЧНОСТНИ ЧЕРТИ ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА, С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА ПРОБЛЕМИ В ОТНОШЕНИЯТА И ВСЕКИДНЕВНИ ТРУДНОСТИ	230
Фиг. 2.17. ЕФЕКТИ НА ПАТОЛОГИЧНИ ЛИЧНОСТНИ ЧЕРТИ ВЪРХУ ДЕПРЕСИЯТА С МЕДИАТОРНА РОЛЯ НА БЛАГОПОЛУЧИЕ (FS)	239
Фиг. 2.18. ЕФЕКТИ НА ЛИПСА НА ПРИЯТЕЛИ, БЕЗНАДЕЖНОСТ И ЩАСТИЕ ВЪРХУ ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ И КОМПОНЕНТИТЕ НА CESD-R	245
Фиг. 2.19. ROC КРИВА НА СКРИНИНГА ЗА ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА ВИСОКИ РАВНИЩА НА ДЕПРЕСИЯ	247
Фиг. 2.20. ЧЕСТОТНО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CESD-R	251
Фиг. 2.21. ЧЕСТОТНО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА БРОЙ ДЕПРЕСИВНИ СИМПТОМИ	254
Фиг. 2.22. СРЕДНИ СТОЙНОСТИ НА CES-D И CESD-R ПРИ РАЗЛИЧНИ ВАРИАНТИ НА ИЗЧИСЛЯВАНЕ НА ОБЩИЯ БАЛ В ДВЕ ИЗВАДКИ	258
Фиг. 2.23. СРЕДНИ СТОЙНОСТИ ПРИ МОМЧЕТАТА И МОМИЧЕТАТА В ДВА ПЕРИОДА НА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ОБЩИЯ БАЛ ПО CESD-R	259
Фиг. 2.24. РАВНИЩЕ НА КОМПОНЕНТИТЕ И ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ НА CESD-R ПО ПОЛ В СТАНДАРТНИ Т-ОЦЕНКИ	261
Фиг. 2.25. ЕФЕКТИ НА ПОЛА И КЛАСА ВЪРХУ ОБЩИЯ ПОКАЗАТЕЛ ЗА ДЕПРЕСИЯ, ОЦЕНЕН С CESD-R	263
Фиг. 2.26. ВЪЗРАСТОВИ ПРОМЕНИ ПО КОМПОНЕНТИТЕ НА CESD-R	264

УВОД

До средата на 60-те години на миналия век психоаналитичната парадигма поставя под съмнение наличието на депресия при децата поради ненапълно развитото суперего. Вследствие на това проблемът за детската депресия в значителна степен остава пренебрегнат (Ben-Amos, 1992). Разпознаването на депресивни разстройства при деца и юноши не е налице до края на 70-те години на XX век. Смята се, че депресията е рядко срещана в детството, тъй като децата все още не са развили когнитивния капацитет да изпитват симптоми, свързани с вина и безнадеждност. Освен това много клиницисти са убедени, че в степента, в която децата изпитват депресия, тя се изразява в поведенчески нарушения като поведенчески проблеми, енуреза и соматични проблеми (т.е. „депресивни еквиваленти“ или „маскирана депресия“) (Klein et al., 2013, p. 543). Въпреки това в края на 70-те години на миналия век няколко групи изследователи показват, че много деца и юноши изпълняват пълните критерии за възрастни за тежко депресивно разстройство (Ibid.).

Дали децата могат да са депресирани? Отговорът на този въпрос е сложен и зависи както от определението за депресията, така и от възрастта. Депресията най-общо може да се проявява като *симптом*, *синдром* или *нозологично разстройство*. Изпитването на тъга като депресивен симптом е често срещано субективно състояние, познато на повечето хора в различни моменти от живота им, което само по себе си не е непременно патологично. Синдромът депресия включва повече от изолирано дисфорично настроение и се появява в комбинация с други симптоми, за да образува комплекс от симптоми, или синдром. Когато този клиничен синдром се характеризира с определена симптоматична картина с определен курс, изход, отговор на лечението и етиологични корелати, тогава той се определя като отделно нозологично разстройство (Garber et al., 2009, p. 405). От съвременна гледна точка има консенсус сред клиницистите и изследователите, че децата могат да проявяват депресивни симптоми и у тях могат да бъдат диагностицирани депресивни разстройства (Ibid.).

Съгласно актуалната в момента пета версия на Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) критериите за *тежко депресивно разстройство* принципно не се различават при децата и възрастните, но се посочват и някои специфики (DSM-5, pp. 160–161): (а) при децата и юношите първият симптом тъжно/потиснато настроение може да се прояви като *раздразнителност*; (б) в случай на отслабване при децата е проблемно наддаването на тегло и достигането до необходимите нива. При другото основно депресивно разстройство – *дистимията*, също се уточнява, че при децата и юношите потиснатото настроение може да се прояви като раздразнителност, при това изискването е за минимален период от *една година*, а не *две години*, както е при възрастните (Ibid., p. 168). От тази гледна точка повишената *раздразнителност* е една от основните характеристики, различаващи депресията при децата и възрастните. Освен раздразнителността някои от симптомите, като *соматични* оплаквания и *социално отдръпване*, са типични за децата, докато *психомоторната ретардация* (забавеност), *хиперсомнията* (прекалената сънливост) са по-редки преди пубертета. При децата освен това тежкият депресивен епизод често се съчетава с други симптоми, особено с поведенчески и тревожни разстройства, а в юношеска възраст – освен с поведенчески и тревожни разстройства – и с такива на храненето и свързани с психоактивни вещества (DSM-IV-TR, 2000, p. 354).

Детайлното представяне на проявите на депресия в детска и юношеска възраст е извън предмета на настоящото изложение. Читателят би могъл да се запознае с основните характеристики (напр. в Garber et al., 2009; Rudolph & Flynn, 2009; Petersen et al., 1993; Thapar et al., 2012; Klein et al., 2013).

За оценка на депресията, в частност в масови, неклинични извадки, едни от най-популярните психометрични инструменти са самоописателните скали. Използването им има редица предимства: позволява бързо и икономично събиране на значителен обем от информация, вкл. в условията на групово проучване; изследването може да се извърши и в неформална среда (извън клиниката), без да се изискват професионалните умения, необходими за по-

сложните методи, напр. диагностичното интервю. Освен това стандартизацията на условията позволява директно сравнение на резултатите на различни хора или на един и същ човек в различни моменти от времето. От съществено значение е и фактът, че ако използването на самоописателния подход за оценка на „екстернализираните“ проблеми на развитието (агресия, предизвикателно, противопоставящо се поведение, асоциални прояви) с основание се смята за проблематично, заявените от децата симптоми на „интернализирани“ проблеми (депресия, тревожност, страхове) са по-надежден и валиден източник в сравнение с данните от родителите и учителите (Barkley, 1997; Reynolds & Kamphaus, 1992). Затова самоописателните методи, включително и за оценка на депресия, позволяващи на детето и юношата да споделят своя вътрешен, „скрит“ психичен опит, намират широко приложение както в клиничната, така и в изследователската практика и са подходящ инструмент за начална оценка на проблема, в частност за целите на масови, скринингови проучвания.

От друга страна, акцентът върху субективната гледна точка при оценката на депресията не означава, че самоописателните данни трябва да се приемат безусловно: особено при по-малките деца важен източник на информация са значимите в живота им хора и на първо място – родителите и учителите. Този проблем поставя и въпроса за възможностите и ограниченията на *рейтинговите скали*, попълвани от родители и учители, при оценката на депресивните преживявания. Фактът, че те са по-ненадежден източник, не е основание за тяхното пренебрегване. Използването им и тяхната роля в оценъчния процес зависят от начина, по който са конструирани и извадката, в която се прилагат. От тази гледна точка могат да се различат – донякъде условно – два типа рейтингови скали за депресия:

(А) От една страна, рейтинговите скали са клиничен инструмент, предназначен за опитни специалисти, изискват предварителен тренинг, като съдържат и детайлни описания за начина, по който се оценяват включените в тях признаци. Като пример тук може да се посочат *Детската рейтингова скала за депресия* (*Children's Depression Rating Scale (CDRS-R, Poznanski et al., 1979)*,

ревизираната по-късно версия (*Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R*, Poznanski et al., 1984), както и разработената впоследствие кратка форма (Overholser et al., 1995). CDRS-R обикновено се провежда под формата на интервю и изисква приблизително 45 мин. за оценка на 17-те включени в нея признаци, докато кратката форма включва оценка само на пет признака, свързани с депресия (дисфория, анхедония, социално отдръпване, прекалена умора и самооценка) (вж. Overholser et al., 1995). Данните в цитираното изследване са получени в юношеска клинична извадка (N = 228), разделена на две части, за целите на началното и на крос-валидиращото изследване. Резултатите за пълната версия показват умерени до силни корелации с редица самоописателни мерки за емоционален дистрес: с *Детската скала за депресия на Ковач (CDI)*: r на Пиърсън в двете групи съответно 0,85 и 0,81; със *скалата за депресия от Минесотския многофакторен личностен въпросник (MMPI)*: 0,68/0,56; с *Детската скала за безнадеждност (HSC)*: 0,69/0,70 и със *Скалата на Розенберг за самооценка*: 0,73/0,75. Близки са и корелациите за кратката форма на CDRS-R (Ibid.).

(Б) От друга страна, на практика съвременните мултиметодни мултиинформативни системи за оценка на децата и юношите включват рейтингови скали за детското поведение, попълвани от родители и учители, в частност и за оценка на депресия. Например *Поведенческата система за оценка на децата (Behavior Assessment System for Children, BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992)* съдържа по три рейтингови скали за оценка на депресия, попълвани от родители и учители, в три възрастови групи: предучилищна, начална училищна (средно детство) и юношеска възраст. Скалите за учителите за трите периода се състоят от 11, 10 и 9 айтема, които в значителна степен се припокриват. Скалите за родителите се формират съответно от 13, 12 и 11 айтема, част от които също са общи за трите възрастови групи (Reynolds & Kamphaus, 1992, p. 75). Попълването на скалите от учители и родители не изисква специален тренинг/подготовка; единственото условие е „експертът“ (учител/родител) да има преки впечатления за оценяваното дете за достатъчно дълъг период от време. Друга важна характеристика на скалите е, че те са поведенчески ориентирани, т.е. формулиров-

ките представят по възможност наблюдавани поведенчески прояви на оценявания конструкт, а не изискват заключения за вътрешен, „скрит“ психичен опит (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Друга важна особеност на посочения вид рейтингови скали (за разлика от по-рано споменатите) са слабите корелации с данните от самоописателните скали. Корелациите на рейтинговите оценки на учителите за депресия с данните от самоописателните скали за депресия в начална училищна и в юношеска възраст са съответно $r = 0,29$ и $r = 0,20$, а корелациите при родителските оценки: $0,31$ и $0,26$ (Ibid., pp. 186, 189).

Кратка рейтингова скала за оценка на интернализирани проблеми е конструирана и у нас (в нея не са използвани айтеми от BASC). Данните са получени чрез рейтингови оценки от учители на деца от предучилищна и начална училищна възраст (общ брой 1005 пълни протоколи) (Калчев, Колева, Кръстева-Симеонова, 2025, под печат)¹. С помощта на факторен анализ са разграничени 5 компонента: (1) *Тревожност*, 7 айтема (напр. „Притеснява се за различни неща“, (2) *Депресия*, 5 айтема (напр. „Тъжно е“, „Нищо не го радва истински“, (3) *Раздразнителност*, 3 айтема (напр. „Дразни се и за дреболии“, (4) *Позитивен афект*, 3 айтема (напр. „Забавлява се“, (5) *Соматизиране*, 3 айтема (напр. „Оплаква се, че го боли глава или корем“). От по-малка извадка от деца от начална училищна възраст ($N = 212$) са получени данни за интернализирани проблеми с помощта на самоописателни скали². Скалата за депресия се състои от 7 айтема, някои от които пряко съответстват на използваните в рейтинговата версия (напр. „Често съм тъжен“, „Нищо не ме радва истински“). Корелацията между *Депресия* – рейтингова оценка, и *Депресия* – самоописание, е значима, но слаба: $r = 0,18$ ($p < 0,1$). От друга страна, ако към скалата за депре-

¹ П. Калчев Св. Колева, В. Кръстева-Симеонова (2025). Интернализирано поведение – оценка с помощта на рейтингови скали. В кн. *Проблемни личности черти в детска възраст* (ръкопис, подготвен за публикация).

² Данните са получени в две магистърски тези: Елица Илийчовска, „Тревожност, депресия и себеувереност в начална училищна възраст“ (2024) и Маргарита Савова-Стоянова, „Емоционална чувствителност, социална компетентност, депресивни и тревожни преживявания в начална училищна възраст“, 2024 (СУ „Св. Климент Охридски“, магистърска програма по Детско-юношеска и училищна психология).

сия се добавят *Позитивен афект* (с обратен знак) и *Раздразнителност*, стойността не се повишава ($r = 0,17$). От тази гледна точка данните са по-близо до получените с BASC (вж. по-горе), като контрастират с получените силни връзки с помощта на CDRS-R в клинична извадка. Обяснението би могло да се потърси в начина, по който са конструирани рейтинговите скали, и експертите, за които са предназначени: клиницисти срещу учители/родители, но от друга страна, и от изследваните извадки: клинична (в данните от CDRS-R) или масова. Разбира се, клиничната извадка ограничава дисперсията на индивидуалните резултати и като следствие – размера на корелационните коефициенти, но от друга страна, при юношите от клиничната извадка признаците за депресия би трябвало да са по-силно изразени и съответно „по-видими“, по-лесно разпознаваеми от оценяващите експерти.

В заключение: изложението тук не си поставя за задача да обсъжда в детайли връзката между депресията, идентифицирана чрез рейтингови оценки на родители/учители и самоописание. От това не следва, че информацията от родителите и учителите трябва да се пренебрегва или подценява – рейтинговите оценки задават друга перспектива и са важна част от оценъчния процес, но по отношение на „интернализирания“ проблеми по-важен изглежда начинът, по който детето/юношата сами описват своя „скрит“, вътрешен психичен опит. В това отношение подходящ инструмент за оценка са самоописателните скали, но трябва да се има предвид и фактът, че възрастта на детето налага ограничения от гледна точка на осъзнаването/рефлексията върху собственото психично състояние и преживявания. Опитът показва, че самоописателните скали за интернализирани проблеми по правило не са подходящи за деца от предучилищна възраст и затова се използват в начална училищна (средно детство) и юношеска възраст (напр. BASC¹, ASEBA², SDQ³).

¹<https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Behavior-Assessment-System-for-Children-%7C-Third-Edition-/p/100001402.html>.

² <https://aseba.org/>.

³ <https://www.sdqinfo.org/>.

У нас са публикувани психометрични данни за някои от най-популярните самоописателни скали за депресия.

Това на първо място се отнася до *Въпросника на Бек за депресия* (*The Beck Depression Inventory – BDI*, Beck et al., 1961; Beck et al., 1979; Beck, Steer & Brown, 1996), адаптиран у нас от Ж. Балев (Балев, 1994; Балев и съавт., 2003; Балев, 2021а).

Същият автор е тествал и факторната структура на *Епидемиологичната скала за депресия* (*The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale*, CES-D, Radloff, 1977) от позицията на бифакторния модел, както и характеристики на айтемите от гледна точка на теорията за тестовия отговор (Балев, 2021б; 2022)¹.

Друг популярен инструмент е *Скалата за депресия на Цимерман* (Zimmerman et al., 1986), адаптирана у нас от М. Рашева (1993).

Популярна, но по-скоро в клиничната практика, е и *Самооценъчната скала за депресия на Цунг* (Zung, 1965), получила разпространение у нас след публикуването ѝ на български език (Кошкаркова, 1984).

Друг инструмент, но за юношеска възраст, е *Скалата за депресивно настроение от Въпросника за субективно благополучие и взаимоотношения с родителите и връстниците в юношеска възраст*. Скалата представлява кратък 8-айтемен скрининг, разработен въз основа на оригиналната версия в *Бернския въпросник за благополучие при юношите* (Flammer et al., 1989; Grob et al., 1996; 1999) след отстраняване на един и добавяне на 4 нови айтема. Инструментът е конструиран върху голям брой юноши (N = 4462 ученици от 5.–11. клас) и е валидиран със значителен брой външни променливи, включително с BDI и CES-D. Публикувано е и ръководство за използване на скалата (Калчев, 2011).

В интернет могат да се намерят български преводи и на други скали за депресия. От една страна обаче, в тези случаи авторът на превода трудно може да бъде идентифициран, а от друга, което е и по-важно, отсъстват психометрични данни, получени от българ-

¹ Данните са получени на базата на независим превод в извадка от възрастни.

ска извадка. По тази причина такъв тип инструменти не могат да бъдат препоръчани за практическа употреба.

Самоописателните скали за депресия намират широко приложение за изследователски и практически цели и затова е полезно да се посочат и техните ограничения. На първо място, от гледна точка на равнището на проява на депресията – като симптом, синдром и разстройство (нозологична единица), добре разработената и валидирана самоописателна скала е способна на идентифицира депресивни симптоми. Като следствие тя би трябвало да има и потенциал за оценка на съвкупността от такива симптоми (депресивен синдром). Подобен инструмент обаче сам по себе си принципно не може да е основа за диагностично заключение за наличието на депресивно разстройство. За тази цел е необходима оценка на диагностичните критерии от психиатър с помощта и на други методи, вкл. диагностично интервю. Подобно условие е принципно важно, за да се предпази потребителят на използваната скала за депресия от свръхинтерпретация на получените с нейна помощ резултати.

Настоящото изложение е разделено на две части, представящи две самоописателни скали за депресия, предназначени за юношеска възраст:

Първата част описва *Скала за депресия на Центъра за епидемиологични изследвания (The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977),* означавана и като *Епидемиологична скала за депресия*. За краткост по-долу ще се използва английската абrevиатура CES-D.

Втората част представя ревизираната версия на същия инструмент (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised (CESD-R) (Eaton et al., 2004).*

Приложения А, Б, В и Г включват пълното описание на двата инструмента, както и таблиците за трансформиране на суровия бал в стандартни Т-оценки заедно със съответните кумулативни проценти¹.

¹ За контакти: София, бул. „Цар Освободител“ № 15, Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Катедра по обща, експериментална, развитийна и здравна психология, имейл: plamen.kalchev@gmail.com.