



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Жељка Кошутић

**Депресивни поремећаји у адолесценцији-утицај животних догађаја,
емоционалне регулације, афективног везивања и димензија личности**

Докторска дисертација

Ментор: др сци. мед. Душица Лечић Тошевски, академик

Крагујевац, 2019. године

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I Аутор</i>
Име и презиме: Жељка Кошутих
Датум и место рођења: 31.10.1971. године, Карловац, Хрватска
Садашње запослење: Психијатар, Шеф Дневне болнице за адолесценте, у Институту за ментално здравље
<i>II Докторска дисертација</i>
Наслов: Депресивни поремећаји у адолесценцији-утицај животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања и димензија личности
Број страница: 129
Број слика: 0
Број библиографских података: 237
Установа и место где је рад израђен: Институт за ментално здравље, Београд
Научна област (УДК): Медицина
Ментор: др сци. мед. Душица Лечић Тошевски, академик
<i>III Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 21.03.2013.
Број одлуке и датум прихватања теме докторске дисертације: IV-03-1044/14 од 02.11.2016. године
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата: 1. Проф. др Славица Ђукић Дејановић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, председник; 2. Проф. др Горан Михајловић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, члан; 3. Доц. др Оливера Вуковић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Психијатрија, члан; 4. Проф. др Јасмина Кнежевић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Педијатрија, члан; 5. Проф. др Мирјана Јовановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, члан.
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: 1. Проф. др Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област <i>Психијатрија</i> , председник 2. Проф. др Горан Михајловић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област <i>Психијатрија</i> , члан; 3. Доц. др Милица Пејовић Милованчевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област <i>Психијатрија</i> , члан;
Датум одбране дисертације:

САЖЕТАК

Увод: Истраживања говоре о утицају бројних фактора на развој и настанак депресивног поремећаја, међу којима су животни догађаји, афективно везивање („attachment“) у односу на родитеље и вршњаке, као и димензије личности адолесцената. Један од могућих механизма којима наведени фактори делују на настанак депресије и суицидалности односи се на маладаптивну емоционалну регулацију. Већина истраживања у овом домену односи се на општу популацију, док су подаци везани за клинички изражену депресију адолесцената још увек непотпуни.

Циљ нашег истраживања био је да се испитају разлике у негативним животним догађајима, афективном везивању за родитеље и вршњаке, емоционалне регулације и димензија личности између три групе адолесцената - са депресивним поремећајем, са другим менталним поремећајима, и без дијагнозе менталних поремећаја, као и повезаност наведених фактора са суицидалним феноменима. Додатни циљ био је да се испита медијаторска улога емоционалне регулације између наведених фактора с једне стране, и интензитета депресивности и присуства суицидалности с друге стране, уз контролу социо-демографских корелата.

Метод: Ово опсервационо истраживање (студија пресека) обављено је у Дневној болници за адолесценте Института за ментално здравље, и укључило је 240 старијих адолесцената (узраста од 18 до 24 године) оба пола, и то: *студијску групу* од 80 адолесцената са дијагнозом депресивног поремећаја; *психијатријску контролну групу* од 80 адолесцената са другим психијатријским поремећајима; и 3) *непсихијатријску контролну групу* (здраве контроле) од 80 студената и ученика средње школе без психијатријског поремећаја. Као инструменти истраживања коришћени су: Општи упитник, Упитник о темпераменту и карактеру, ревидирана верзија, Беков упитник за процену депресивности, Упитник о емоционалној регулацији, Инвентар афективног везивања према родитељима и вршњацима и Инвентар негативних животних догађаја.

Резултати: Резултати нашег истраживања показали су да адолесценти са депресивним поремећајима имају већи број негативних животних догађаја током живота, несигурније афективно везивање, као и неповољније обрасце емоционалне регулације (мање коришћење когнитивне процене и чешће коришћење супресије експресије) у односу на адолесценте са другим психијатријским поремећајима и на здраве контроле. Када је реч о димензијама темперамента, у нашем истраживању адолесценти са депресивним поремећајем имали су најизраженију димензију Избегавање казне и

најмање изражену димензију Истрајност. Испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне идеације имали су већи број негативних животних догађаја, мање сигурно афективно везивање за мајку, оца и вршњаке, као израженије коришћење негативне стратегије емоционалне регулације (супресије експресије). Емоционална регулација показала је медијаторску улогу између животних догађаја, афективног везивања и димензија темперамента с једне стране, и интензитета депресивности и присуства суицидалне идеације с друге стране.

Закључак: Резултати спроведног истраживања указују на специфичну повезаност клиничке депресије у адолесценцији са факторима као што су негативни животни догађаји, афективно везивање, структура личности и емоционална регулација, како у односу на адолесценте са другим психијатријским поремећајима, тако и на оне без психијатријских поремећаја. Наведени фактори повезани су и са суицидним феноменима. Емоционална регулација иа медијаторску улогу у настанку депресије и суицидалности. Добијени резултати могу имати важне превентивне и терапијске импликације.

ABSTRACT

Introduction: Studies have shown the impact of numerous factors on the occurrence and development of depressive disorders, including life events, attachment to parents and peers, and dimensions of personality in adolescents. One of the possible mechanisms by which these factors affect the onset of depression and suicidality refers to maladaptive emotional regulation. The majority of research in this domain refers to general population, while data related to clinical depression of adolescents is still incomplete. The aim of our research was to examine the differences in negative life events, attachment to parents and peers, emotional regulation and dimensions of personality among three groups of adolescents - with depressive disorder, with other mental disorders, and without the diagnosis of mental disorders, as well as associations of the mentioned factors with suicidal phenomena. An additional goal was to examine the mediator role of emotional regulation between the above factors and the severity of depression and the presence of suicidality, with the control of socio-demographic correlates.

Method: This observational study (cross-sectional study) was conducted at the Day Hospital for Adolescents at the Institute of Mental Health. It included 240 adolescents of both sexes, (ages 18 to 24), as follows: a study group of 80 adolescents with a diagnosis of depressive disorder; a psychiatric control group of 80 adolescents with other psychiatric disorders; and 3) non-psychiatric control group (healthy controls) of 80 students and secondary school students without psychiatric disorders. The following research instruments were used: General questionnaire, Temperament and character questionnaire (revised), Beck's questionnaire for assessing depression, Questionnaire on emotional regulation, Attachment inventory to parents and peers, and Negative life events inventory.

Results: The results of our study have shown that adolescents with depressive disorder had more negative life events over the course of their lives, more insecure attachment, and more unfavorable patterns of emotional regulation (less use of cognitive assessment and more frequent use of suppression of expression) compared to adolescents with other psychiatric disorders, and to healthy controls. Regarding the dimensions of temperament in our study, adolescents with depressive disorder had the most pronounced dimension of Avoiding Punishment and the least expressed dimension of Persistence. Participants, in whom the suicidal ideation was registered, had greater number of negative life events, less secure attachment to mother, father and peers, as well as more prominent use of negative emotional

regulation strategies (suppression of expression). Emotional regulation has shown a mediating role between life events, attachment and dimensions of temperament and severity of depression and the presence of suicidal ideation.

Conclusion: The results of the conducted research indicate a specific correlation of clinical depression in adolescence with factors such as: negative life events, attachment, personality structure and emotional regulation, both in relation to adolescents with other psychiatric disorders, and those without psychiatric disorders. The above mentioned factors are also related to suicidal phenomena. Emotional regulation has the mediating role in the onset of depression and suicidality. The obtained results can have important preventive and therapeutic implications.

Због несебичног залагања,пожртвованости, стрпљења и безрезервне подршке осећам неизмерну захвалност према свом ментору академику Душици Лечић Тошевски.

Захваљујем се и колегама Марији Митковић Вончина и Марку Калању на великој помоћи као и свим запосленима у Дневној болници за адолесцените.

Хвала мојој породици, а посебно ћерки и супругу на огромној подршци, љубави и разумевању.

Садржај

I ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1. УВОД.....	3
2. Адолесценција	6
2.1. Дефиниција и подела	6
2.2. Адолесцентни процес	9
3. Депресивни поремећаји	12
3.1. Дефиниција и подела	12
3.2. Депресивни поремећаји у адолесценцији	16
3.3. Депресија и суицид	17
3.4. Суицидално понашање у адолесценцији.....	17
4. Етиолошки чиниоци депресије у адолесценцији.....	20
4.1. Животни догађаји	20
4.1.1. Значај животних догађаја у депресији (стрес и депресија)	20
4.1.2. Животни догађаји и депресија у адолесценцији	22
4.2. Афективно везивање.....	24
4.2.1. Теорија афективног везивања	24
4.2.2. Афективно везивање за родитеље и депресија у адолесценцији	26
4.2.3. Афективно везивање за вршњаке и депресија у адолесценцији	27
4.3. Емоционална регулација	29
4.3.1. Дефиниција и стратегије емоционалне регулације	29
4.3.2. Емоционална регулација и депресија у адолесценцији.....	31
4.4. Личност	33
4.4.1. Дефиниција и димензионални модели личности	33
4.4.2. Личност и депресија у адолесценцији.....	36

II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

5. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	38
6. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА.....	39
7. МЕТОД.....	40
7.1. Врста студије.....	40

7.2. Узорак.....	40
7.3. Инструменти процене	41
7.4. Варијабле.....	45
7.5. Опис статистичких процедура	48
8. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	49
8.1. Основна социодемографска обележја узорка	50
8.2. Разлике у зависним и независним варијаблама у односу на конфундирајуће варијабле.....	53
8.3. Повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством депресивног поремећаја.....	62
8.4. Повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством суицидалне идеације и суицидалног понашања	66
8.5. Предиктивни модели	70
8.6. Медијациона анализа	75
9. ДИСКУСИЈА	78
9.1. Фактори ризика за настанак депресивног поремећаја у адолесценцији.....	78
9.2. Утицај негативних животних догађаја на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији	79
9.3. Утицај афективног везивања на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији.....	82
9.4. Утицај димензија личности на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији	87
9.5. Медијациона улога емоционалне регулације у настанку депресивног поремећаја у адолесценцији.....	91
10. ОГРАНИЧЕЊА ИСТРАЖИВАЊА	96
11. ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА	97
12. ЗАКЉУЧАК	99
13. ЛИТЕРАТУРА	101
14. БИОГРАФСКИ ПОДАЦИ АУТОРА	
15. ПРИЛОЗИ	
16. РАДОВИ	

I ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1. УВОД

Депресија код адолесцената представља значајан и контроверзан феномен у психијатрији, због високе учесталости, могућих озбиљних последица и тешкоћа у дијагностиковању (Tsiantis and Trowell, 2010). Нова истраживања показују да постоје и индивидуалне варијације у развоју и еволуцији депресивних симптома (Reinke et al., 2012). Студије показују да чак 20% адолесцената на крају овог развојног периода има позитивну животну преваленцу депресије (Zuckerbrot and Jensen, 2006) која представља један од најчешћих здравствених проблема у том добу (Castelao and Kröner-Herwig, 2013).

Депресија раног доба може имати тежу форму него она која се касније јавља (Tsiantis and Trowell, 2010), јер може водити ка озбиљним дугорочним последицама као што су психолошка и физичка дисфункционалност, слабије академско постигнуће, злоупотреба супстанци и антисоцијално понашање (Thapar et al., 2012).

У адолесценцији депресија може претходити самоубилачком понашању и самоубиству, које представља други водећи узрок смртности међу младима у Европи (Kaess et al., 2011). У поређењу са депресијом одраслих, знања о адолесцентној депресији још увек су оскудна, с обзиром на то да постоје развојне варијације које утичу на клиничку слику и испољавање депресивног поремећаја (Tsiantis and Trowell, 2010).

Претходна истраживања адолесцентне депресије указују на значај различитих развојних фактора у њеном настанку. Међу њима су негативни животни догађаји (Garnefski et al., 2001) чији би значај у адолесцентном периоду и транзицији ка одраслом добу могао бити специфичан због осетљивости која је условљена развојним задацима. Према истраживањима већи број негативних животних догађаја повезан је са израженим суицидалним понашањем у адолесценцији (Tanner et al., 2015).

Други специфичан фактор који се повезује са развојем депресије и суицидалности код адолесцената је несигурно афективно везивање („attachment“) у односу на родитеље. Оно се односи на обрасце везивања формиране у детињству, који чине унутрашњи радни интерперсонални модел, а одражава се на везивање за вршњаке

који у овом развојном периоду преузимају улогу важне „attachment“ фигуре (Ying et al., 2007) а утиче и на касније психосоцијално функционисање у одраслом животном добу (Raudino et al., 2013).

Димензије личности су још један од значајних фактора у развоју депресивности. Истраживања међу одраслима са великим депресивним поремећајем показује да је депресивни поремећај повезан са „избегавањем казне“ према Клонинџеровом моделу (Zaninotto et al., 2016). Показано је и да је суицидалност депресивних адолесцената повезана са израженом димензијом „потраге за новим“ (Csorba et al., 2010).

Механизми којима наведени фактори делују на настанак депресије међусобно су преплетени и још увек недовољно познати, посебно у домену адолесцентне психијатрије у којој су нозолошке границе и појавни облици депресивног поремећаја мање диференцирани и разликују се у односу на психијатрију одраслог доба. Један од могућих механизма односи се на маладаптивну емоционалну регулацију, као медијаторску карику у вези између негативних животних искустава, несигурног афективног везивања и вулнерабилног темперамента с једне стране, и развоја депресивности или суицидалности с друге стране.

Емоционална регулација дефинисана је као скуп процеса укључених у модификацију динамичких и актуелних карактеристика емоционалног искуства, односно укључује одговоре који могу да га одржавају и појачавају, или да га редукују и инхибирају (Goldin et al., 2008). Подаци из литературе указују на две стратегије емоционалне регулације - поновну когнитивну процену (повезану са смањењем негативног афекта и бољим интерперсоналним функционисањем), и супресију изражавања емоција (повезану са израженијим негативним афектом и лошијим интерперсоналним функционисањем) (Goldin et al., 2008). Показано је да је маладаптивна емоционална регулација хабитуални и спонтани одговор код особа вулнерабилних на депресију (Marganska et al., 2013).

Досадашња истраживања говоре у прилог појединачној повезаности напред наведених фактора са интензитетом депресивних симптома међу адолесцентима и најчешће се односе на испитивање у општој популацији (Marganska et al., 2013) или у популацији млађих испитаника са депресивним поремећајем. Мало је података, међутим, који би говорили о улози наведених фактора у развоју клинички испољене депресије адолесцената у транзицији ка одраслом добу, у оквиру обухватног предикторског модела. Таква сазнања допринела би бољем сагледавању комплексног феномена клиничке депресије код адолесцената, неповољних фактора и медијаторских

механизама у њеном развоју, чија би благовремена модификација представљала кључну тачку у планирању превентивних интервенција код младих особа под ризиком.

2. Адолесценција

2.1. Дефиниција и подела

Адолесценција се може посматрати као прелазни период између детињства и одраслог животног доба. Назив адолесценција потиче од латинске речи „*adolescere*“ што значи „прећи у одрасло доба / одрасти“.

Савремено схватање адолесценције подразумева сагледавање тог транзиторног и турбулентног животног периода из више различитих аспеката. Адолесценција се дефинише као „...развојни период брзих физичких, психолошких, социо-културолошких и когнитивних промена, које адолесценти треба за кратко време да савладају и да истовремено успоставе свој идентитет и аутономију” (Ćurčić i Bradić, 1997).

Не постоје одређени и конкретни чиниоци који указују на почетак и завршетак адолесцентног периода, тако да се због тога не може тачно и прецизно одредити и дефинисати почетак и завршетак адолесценције, као једне од фазе развоја у животу сваког човека. Адолесцентни период, који означава крај детињства, и наговештава прелазак у одрасло доба, није јасно повезан са одређеним значајним догађајем у животу детета, већ је настанак ове прелазне фазе постепен, уз многобројне физичке и хормонске промене које означавају почетак адолесценције (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Највећи број аутора који се баве адолесцентним развојем слажу се да адолесценција почиње између десете и дванаесте године живота (Levy-Warren, 1996; Nurmi, 2001). Један број аутора сматра да почиње и раније, односно између осме и девете године живота, а неки сматрају да почиње касније, после дванаесте године (Bojanin i Popović-Deušić, 2012). Адолесценција раније почиње код девојчица, углавном око десете године, док адолесцентни период код дечака почиње нешто касније, најчешће око дванаесте године живота и манифестује се физичким односно хормонским променама (Levy-Warren, 1996).

Завршетак адолесцентног периода више је одређен психолошким, социјалним и културолошким чиниоцима него физичким и хормонским променама па га је и теже тачно дефинисати али се сматра да траје до двадесет друге године (Nurmi, 2001;

Rudan, 2004). По другим ауторима завршетак се догађа око двадесет петој години (Bojanin i Popović-Deušić, 2012) а по неким ауторима и адолесценција траје до двадесет шесте године живота (Erić, 1989).

Аутори који се баве адолесцентним развојем деле адолесценцију на различите начине и због тога постоје многобројне поделе адолесценције.

Адолесцентни период се, ипак, најчешће дели у три фазе: рана адолесценција (од десете до четрнаесте године), средња адолесценција (од петнаесте до седамнаесте година) и касна адолесценција (од осамнаесте до двадесет и пете године) (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Рана адолесценција

Током ране адолесценције најзначајније су телесне промене, односно промене у спољњем изгледу на које адолесценти постају веома осетљиви што чини да се осећају несигурни, посебно у том специфичном развојном периоду. Значајне су промене које се дешавају и на сексуалном плану што уз телесне промене доводи до фокусираности на сопствено тело и физички изглед. Осим телесних промена, долази и до других промена у животу младе особе. Мењају се и односи са околином, првенствено са родитељима. Родитељи се више не идеализују и према њима адолесценти заузимају бунтовнички став покушавајући на тај начин да остваре самосталност. Адолесценти све више траже друштво својих вршњака а све мање имају жељу да време проводе са родитељима. Блиски односи са родитељима замењени су формирањем блиских односа са вршњацима који постају врло битни и идеализовани и чије мишљење постаје много значајније од родитељских ставова према којима се показује отпор и неприхватање што може довести до конфликта са родитељима који постају збуњени променама у понашању код адолесцента (Blos, 1962; Deutsch, 1987; Levy-Warren, 1996).

Промене на емотивном плану не прате промене на телесном плану што додатно уноси конфузију код адолесцената који су већ збуњени променама које су наступиле. Мења се и начин на који адолесцент посматра свет и збивања око себе у спољњем свету, што кроз развој апстрактног мишљења мења схватање и разумевање сложености света и дешавања око њега (Piaget, 1972).

Сматра се да рана адолесценција започиње око две године раније код девојака, отприлике око десете године, док код младића започиње две године касније, односно око дванаесте године живота (Levy-Warren, 1996).

Средња адолесценција

Током средње адолесценције адолесценти су све више заокупљени физичким изгледом са циљем успостављања нове слике о себе која би требало да преставља и нови идентитет младе особе и све везано за физички изглед постоје главна преокупација (Војанин и Роровић-Деушић, 2012). Потреба за сепарацијом од родитеља постаје све израженија са јачањем тежње ка успостављању што ближих односа са вршњацима. Адолесценти теже да буду што мање зависни од родитеља, али родитељи и даље заузимају значајно место у њиховом животу (Allen et Land, 1999). У овом периоду адолесцент према одраслима имају амбивалентна осећања која осцилују између дивљења и презира, имају осећања зависности и потребе за независношћу (Rudan, 2004).

Током средње адолесценције, такође долази до све веће самосталности и индивидуалције адолесцената (Sroufe et al., 1996) као и тежњи ка успостављању нових социјалних контаката и односа ван познате средине. Један од начина за успостављање нових односа јесте и улажење у емотивне везе. Неки аутори сматрају да “заљубљивање” у овом периоду живота представља начин да се адолесцент добро осећа и суочи са осећањем усамљености које може да се јави због сепарације од родитеља као потребе за независношћу, а са друге стране потребе за блиским односима и љубављу (Blos, 1962).

Касна адолесценција

Касна адолесценција представља завршну фазу адолесценције, чији тачан крај је тешко проценити јер по неким ауторима траје и до двадесет шесте године (Erić, 1989).

Касна адолесценција представља постизање зрелости на физичком, психолошком и социјалном плану. Због неистовременог постизања зрелости у различитим сегментима живота, крај адолесценције и прелазак у одрасло доба, немогуће је тачно одредити (Rudan, 2004). Главни развојни задатак касне адолесценције је завршетак формирања идентитета и моралних норми које утичу на понашање и позицију адолесцента у друштвеној заједници у целини (Erić, 1989).

Формиран идентитет омогућава особи да доживи и прихвати себе са свим физичким и психичким карактеристикама, друге људе и околину која га окружује, међусобне односе са другим људима односно друштво у целини (Erić, 1989).

2.2. Адолесцентни процес

Овај период живота код младог човека, као што је већ речено, праћен је многобројним физичким, психолошким, когнитивним и социјалним променама, као и изменама понашања (Blos, 1962; Schmidt, 1996; Levy-Warren, 1996; Flynn, 2000) које се постепено дешавају, трају различито и показују индивидуалне варијације (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Адолесценција започиње пубертетом који се манифестује променама на физичком плану које се најјасније виде. Физичке промене узроковане су променама у хормонском статусу које доводе до пораста телесне тежине и висине као и променама на плану сексуалности (Erić, 1989; Bojanin i Popović-Deušić, 2012). Физичку трансформацију прате и промене на когнитивном и емоционалном нивоу.

Промена на когнитивном плану манифестује се променом размишљања од конкретног до апстрактног начина мишљења. Адолесцент показује интересовање за сам процес мишљења (метакогницију) и постаје интроспективнији кроз мењање начина сагледавања и схватања себе, односа са другим људима и света око себе (Bojanin i Popović-Deušić, 2012). Емоционалне промене обично су последица претходних промена на физичком и когнитивном плану. Адолесценти доживљавају и тумаче себе и своје понашање на потпуно другачији начин него раније (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Један од најважнијих задатака у овом развојном периоду је успостављање идентитета односно сазнања „ко сам и где идем“. Идентитет се састоји од два битна дела - селф-концепта и самопоштовања (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Селф-концепт представља “веровања о себи која укључују карактеристике, улоге, циљеве и интересовања ”вредности, религиозна или политичка уверења“ док самопоштовање представља осећања о сопственом селф-концепту (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Успостављање целовитог идентитета млада особа себе доживљава као одвојену и зрелу личност, свесну себе, других људи и околине као и свог односа према свету око себе (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Поред тога, у адолесценцији долази до промене односа са родитељима, што води ка независности и другачијој перцепцији родитељских фигура што доводи до промене односа са родитељима и окретању ка блиским односима са вршњацима (Erić, 1989; Bojanin i Popović-Deušić, 2012). Адолесценти теже да буду независнији што

подразумева самостално доношење одлука и њихово спровођење у дело (Erić, 1989; Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

У том животном периоду значајне су честе и брзе промене расположења. Те промене, како на физичком тако и на психичком плану, су брзе, турбулентне, нове и неретко застрашујуће, уз висока очекивања од себе и других, а незадовољство начином на које се промене одвијају могу довести до адолесцентне кризе или адолесцентне депресије.

На социјалном плану у животу адолесцента све значајнију улогу преузима вршњачка група. У детињству односи са вршњацима имали су своју улогу али се у адолесценцији мења однос према вршњацима. Адолесценти све више времена проводе са вршњацима и формирају вршњачке групе које функционишу по својим принципима. Понекад под утицајем вршњачких група адолесценти упадају у замку “ризичног понашања” што подразумева злоупотребу алкохола и психоактивних супстанци, непланиране трудноће и сексуално преносиве болести, школски неуспех и бежање из школе, уз насилничко, делинкветно или чак криминогено понашање (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Адолесценција као посебна фаза развоја дуго није била препозната (Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Амерички научник Гранвил Станлеу Хал је 1904. године први описао адолесценцију као фазу развоја односно фазу “олуја и нагона” како би нагласио интензивна дешавања у том периоду живота (Hall, 1904).

Психоаналитичар Сигмунд Фројд није придавао велики значај адолесцентом периоду као засебној фази развоја, већ га је повезивао са психосексуалним развојем у пубертету који је независан од спољних фактора, а представља подстицај адолесценту да постигне емоционалну независност од родитеља (Freud, 1905).

У радовима Ане Фројд већи значај се придаје пубертету који има улогу у формирању карактера (Frojd, 2000), док се уз остале механизме одбране наглашава значај аскетизма и интелектуализације (Frojd, 2000; Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Ерик Ериксон наводи да је основна карактеристика адолесценције развој идентитета и криза идентитета (Erikson, 1968). По овом аутору у периоду адолесценције, мора се успоставити идентитет да би се избегла дифузија или конфузија идентитета (Erikson, 1968; Bojanin i Popović-Deušić, 2012).

Разлог касног препознавања адолесценције као засебне фазе развоја вероватно је у вези са чињеницом да је тешко тачно дефинисати њен крај и почетак и повезати са

конкретним догађајем, као и промене у том развојном периоду са многобројним варијацијама код различитих особа што додатно компликује тај турбулентни развојни период. Због свега тога, појава депресије у том периоду живота, који је сам по себи пун контрадикторности, тешко се препознаје, дијагностикује а самим тим и лечи.

3. Депресивни поремећај

3.1. Дефиниција и подела

Депресивни поремећаји (депресија) представљају један од најзначајнијих и најчешћих здравствених проблема у савременом друштву. Депресија се манифестује нерасположењем, уз губитак интересовања и доживљаја задовољства, са појавом осећања кривице и ниже вредности, губитком енергије и лошом концентрацијом, као и поремећајем спавања и апетита (WHO, 2001).

Депресивни поремећај је у Оксфорском речнику дефинисан као “душевно стање окарактерисано озбиљним осећањима безнађа и неадекватности, типично праћено недостатком енергије и интересовања у животу” (The Oxford English Dictionary, 2008).

Депресија се често погрешно користи као термин у свакодневном животу, који означава тренутно нерасположење (Marganska et al., 2013), пролазну тугу, незадовољство, чак и неку фрустрацију (European Commission, 2004). Депресија подразумева и обухвата широк спектар стања, од пролазног нерасположења до озбиљног психијатријског поремећаја који може угрозити живот (Gill, 2007; Goldin et al., 2008).

За разлику од ‘нормалног’ осећања туге или нерасположења који се јавља код сваке особе, депресивни поремећај карактеришу симптоми који по свом интензитету, трајању и степену дисфункционалности коју узрокују, одступају од свакодневних промена расположења и представља поремећај расположења који треба озбиљно сагледати и лечити (EBC, 2014).

Депресивни поремећај јавља се код мушкараца и жена, одраслих и деце и има утицај на квалитет живота јер омета нормално функционисање, утиче на радну способност, способност за учење, друштвени и социјални живот што доводи до пада укупне функционалности појединца и његове способности да активно учествује у свакодневним активностима и ужива у животним задовољствима.

Подаци СЗО су забрињавајући јер говоре о томе да је депресије актуелно четврти најчешћи узрок здравствених проблема у свету, а процењује се да ће до 2020. године бити на другом месту (WHO, 2001).

Депресија је најчешћи ментални поремећај у општој популацији (WHO, 2001), који дуго траје и има хроничан ток. Депресивне епизоде могу се понављати током

живота (Kenedy et al., 2004). Веома је значајно да се депресија често може јавити у кооморбидитету са другим психијатријским поремећајима или телесним болестима што уз поремећено функционисање додатно нарушава квалитет живота (Moussavi et al., 2007).

Учесталост депресивног поремећаја расте свакодневно. Истраживања показују да током живота 20% жена и 10% мушкараца развије бар једну депресивну епизоду, што значи свака пета жена и сваки десети мушкарац у свету може развити депресију.

Када се депресија не лечи епизода траје у просеку шест до дванаест месеци, а када се примењују савремени принципи лечење дужина депресивне епизоде скраћује се на два до три месеца (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2012).

Иако је депресије честа, дешава се да ни пацијент ни његова околине не препознају симптоме болести што из незнања, што из страха од стигматизације (Lisulov i Nedić, 2006).

Истраживања која су рађена у нашој земљи указују на значајан проблем у лечењу депресије, првенствено због непрепознавања депресивног поремећаја, па сами тим ни предузимања адекватних мера лечења (Lisulov i Nedić, 2006). Код особа које болују од депресивног поремећаја, симптоми депресије не само да доводе до отежаног свакодневног функционисања, већ због онеспособљености доводе до поремећених односа у породици, што уз отежано радно и социјално функционисање представља оптерећење за појединца и његову породицу као и за друштво у целини (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2012).

Дијагноза депресије поставља се на основу дијагностичких критеријума садржаним у класификационим системима.

Класификациони системи који се користе за дијагнозу менталних поремећаја су Међународна класификација болести и сродних здравствених проблема, десета ревизија (МКБ-10) (WHO, 1992) и Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје (DSM V) (APA, 2013).

Према МКБ-10 поремећаји менталног здравља налазе се у групи под називом „Ментални поремећаји и поремећаји понашања“ која обухвата шифре од Ф00 до Ф99 и подељена је на једанаест подгрупа. Депресивни поремећаји налазе се у подгрупи „Поремећаји расположења (афективни поремећаји)“ која обухвата дијагнозе од о Ф30 до Ф39 (WHO, 2011). Унутар ове подгрупе постоје следеће дијагнозе депресивних поремећаја: депресивна епизода (Ф32), рекурентни депресивни поремећај (Ф33) који

подразумева најмање две депресивне епизоде које раздваја интервал без симптома у трајању од два месеца и дистимија (Ф34.1), која се описује као перзистентни депресивни поремећај или хронично, вишегодишње депресивно расположење са благим симптомима (WHO, 2011). Основни симптоми депресије су снижено расположење, губитак задовољства и интересовања и смањена енергија. Може постојати снижено самопоуздање и самопоштовање, оштећена концентрација и пажња, осећање кривице и безвредности, поремећен циклус спавање-будност, снижен или повећан апетит, песимистичан поглед на будућност као и идеје о самоповређивању и самоубиству. У зависности од броја и тежине симптома, депресивна епизода се може означити као блага, умерена и тешка (WHO, 2011).

Да би се поставила дијагноза депресивне епизоде неходно је да симптоми трају најмање две недеље (WHO, 1992).

ДСМ (DSM) класификација је припремљена од стране Америчког удружења психијатара (American Psychiatric Association, APA) 1952. године и до сада је пет пута ревидирана (APA, 2013).

У односу на четврту ревизију ове класификације у којој су депресивни поремећаји класификовани у оквиру групе поремећаја расположења (APA, 1994), у петој ревизији депресивни поремећаји су издвојени као посебна група у оквиру које се као најважнији препознају велики депресивни поремећај (појединачна и рекурентна депресивна епизода) и перзистентни депресивни поремећај (дистимија), а у исту групу су додати пременструални дисфорични поремећај, депресивни поремећаји узроковани употребом лекова/супстанци, депресивни поремећај узрокован другим медицинским стањем и други означени или неозначени депресивни поремећаји (APA, 2013).

Критеријуми за постављање дијагнозе депресивног поремећаја идентични су у обе ревизије.

Симптоми депресије према ДСМ класификацији су следећи (АРА, 1994; АРА, 2013):

1. депресивно расположење, већи део дана;
2. смањено интересовање или задовољство у свим или готово свим активностима највећим делом дана;

Код деце и адолесцената може бити присутно раздражљиво расположење.

3. значајан губитак тежине или добијање на тежини (промена у телесној тежини више од 5% месечно); смањен или појачан апетит;
4. несаница или хиперсомнија;
5. психомоторна агитација или успореност;
6. умор или губитак енергије;
7. осећај безвредности или неосноване кривице;
8. смањена способност размишљања и концентрације, неодлучност;
9. мисли о смрти, суицидалне идеје или планови.

Да би се поставила дијагноза депресије неопходно је да симптоми трају скоро сваки дан, најмање две недеље, да је присутно пет од девет симптома, а бар један од симптома мора бити депресивно расположење или губитак интересовања и задовољства. Поред тога, симптоми треба да су такви да утичу на друштвене, професионалне и друге активности и да нису у вези са узимањем лекова и других супстанци или другог медицинског стања, као ни да буду последица туговања након губитка вољене особе (АРА; 1994, АРА, 2013).

Рано препознавање, постављање дијагнозе и адекватно лечење најзначајнији су фактори за смањење штетних последица депресије на здравље појединца, породице као и друштва у целини.

3.2. Депресивни поремећаји у адолесценцији

Депресивни поремећај у адолесценцији због велике учесталости, озбиљних и дугорочних последица и тешкоћа у дијагностиковању представља значајан и контроверзан феномен у психијатрији (Tsiantis and Trowell, 2010), док најновија истраживања показују да постоје и индивидуалне варијације у развоју и еволуцији депресивних симптома (Reinke et al, 2012).

Истраживања на адолесцентној популацији указују на озбиљност овог проблема, јер 20% адолесцената на крају тог развојног периода има позитивну животну преваленцу депресије (Zuckerbrot and Jensen, 2006) која представља један од најчешћих здравствених проблема у адолесценцији (Castelao and Kröner-Herwig, 2013). Депресија раног доба може имати тежу форму него она која се касније јавља (Tsiantis and Trowell, 2010), јер може водити ка озбиљним дугорочним последицама као што су психолошка и физичка дисфункционалност, слабије академско постигнуће, злоупотреба психоактивних супстанци и антисоцијално понашање (Thapar et al., 2012).

Депресија код адолесцената најчешће претходи самоубилачком понашању и самоубиству, које представља други водећи узрок смртности међу младима у Европи (Kaess et al., 2011; Bradić i Lečić Toševski, 2010). Депресивни поремећај у адолесценцији често је препознат и нелечен и сагледан као део „нормалне адолесценције“ или „адолесцентна криза“. Један од најчешћих узрока препознавања депресије су предрасуде да млади људи не могу бити „депресивни“ као и то што испољавање депресивног поремећаја нема обележја класичне слике депресије (Bradić i Lečić Toševski, 2010).

Депресивни поремећај у адолесценцији може бити сакривен иза симптома који отежавају свакодневно функционисање као што је нагли пад успеха у школи или на факултету, конфликти са родитељима, вршњацима, свађалачко расположење, избегавање обавеза, бежање из школе, повлачење у себе и избегавање дружења, проблеми са законом као и злоупотреба алкохола и других психоактивних супстанци (Bradić i Lečić Toševski, 2010).

Знања о адолесцентној депресији још увек су оскудна, с обзиром на присуство развојних варијација у њеним манифестацијама (Tsiantis and Trowell, 2010) у поређењу са депресијом одраслих.

3.3. Депресија и суицид

Депресија се може завршити и покушајем самоубиства или самоубиством о чему говоре и забрињавајући подаци из литературе који указују да чак 10% до 15% пацијената који болују од депресије реализују самоубиство (Black and Andreasen, 2001).

Самоубиство или суицид постоји од настанка човечанства у свим цивилизацијама културама, расама и свим деловима света и распрострањено је на свим континентима. (WHO, 2014). Потиче од речи „suicidium“ латинског порекла (sui-себе, occidere-убити, caedes-убиство).

У покушају да се боље разуме овај психопатолошки феномен њиме су се бавили филозофи, свешеници, социолози, психолози, психијатри и многобројни други научници.

Самоубиство је аутодеструктивни чин који има за циљ свесно и намерно одузимање сопственог живота. Овај феномен је последица деловања различитих биолошких, психолошких, културолошких, срединских и других фактора.

Према подацима Светске здравствене организације, сваких 40 секунди једна особа у свету умре од самоубиства а сваке три секунде једна особа покуша самоубиство (WHO, 2014).

3.4. Суицидално понашање у адолесценцији

У периоду одрастања манифестују се различити видови аутодеструктивног понашања. Агресија адолесцента према самом себи огледа се кроз самоповређивање, покушаје самоубиства и реализовано самоубиство. У адолесценцији често импулсивна реакција на стресне догађаје буде окидач за покушај самоубиства (WHO, 2009) док деструктивно понашање окренуто према самом себи у виду самоповређивања, може бити пут ка покушају суицида, односно реализованог самоубиства.

Самоубиство представља намерно одузимање сопственог живота, док покушај самоубиства представља све оно што особа учини са циљем одузимања сопственог живота (Bradic i Lečić Toševski, 2010). Самоубилачке идеје чине размишљања о одузимању сопственог живота а самоповређивање представља понашања која немају за циљ одузимање сопственог живота али могу, али не морају резултирати озбиљним повредама (Bradic i Lečić Toševski, 2010).

Према подацима из литературе чак 15% адолесцената се самоповређивало бар једном у животу (Laye-Gindhu and Schonert-Reichl, 2005), док је самоповређивање било много више изражено код адолесцената који имају дијагностикован неки ментални поремећај (WHO, 2014).

Однос између самоповређивања и суицида је комплексан. Истраживања показују да је суицид чешћи међу адолесцентима који су у историји имали самоповећујуће понашање. Неки аутори указују да не постоји увек јасна граница између самоповређивања и покушаја самоубиства и да су то само различите варијације аутодеструктивног понашања (Simić, 2010).

Према неким подацима из литературе, у 40% до 60% извршених суицида адолесенти су у анамнези имали самоповређивање (Hawton et al., 2003), док други аутори сматрају да самоповређивање у већини случајева није повезано са суицидом (Fox and Hawton, 2004), али да повећава ризик за суицид (Freda, 2010; Haw et al., 2001). Значајни су подаци који говоре о самоповређивању и претходним покушајима суицида као најзначајнијим факторима ризика за самоубиство (Carter et al., 2005; Gibb et al., 2005). Суицид у адолесценцији јавља се када психичка патња и бол за младог човека постану неподношљиви. Самоубиство у адолесценцији постаје једна врста "одбрамбеног маневра" или "акт против јаког психичког трпљења а не против живота" (Ćurčić, 2010).

Самоубилачке мисли у адолесценцији нису саме по себи „болест“, већ се јављају као саставни део сазревања и приспитувања о смислу живота и смрти (Bradić, 2010). Више од половине средњошколаца понекад помисли на самоубиство, према подацима из истраживања (McKey et al., 1993; Bradić i Lečić Toševski, 2010). Размишљање о самоубиству постаје „опасно“ када млади људи виде једини излаз у самоубиству из ситуације у којој се налазе, што повећава ризик од покушаја или извршења самоубиства (McKey et al., 1993; Ćurčić, 2010; Bradić i Lečić Toševski, 2010).

Према подацима Светске здравствене организације други водећи узрока смртности у популацији од 15 до 29 година представља самоубиство (WHO, 2009; WHO, 2014). И истраживање које је 1997. године спровео Брент показује да је код адолесцената од 15 до 24 године, самоубиство други узрок смрти након смрти узрокованих саобраћајним удесима (Brent, 1997) што је у складу са подацима Светске здравствене организације (WHO, 2009; WHO, 2014). Адолесценти који су извршили самоубиство углавном су имали психичке проблеме који су претходили у 90% случајева извршеном самоубиству а 40% - 80% оних који су покушали суицид имало је

дијагнозу депресивног поремећаја (Cash and Bridge, 2009; Freda, 2010). Значајан податак представља и чињеница да је покушај самоубиства најчешћи узрок болничког лечења код младих особа од 15 до 25 година (Bradić i Lečić Toševski, 2010; WHO, 2009).

Према подацима из истраживања, што је у складу са подацима Светске здравствене организације, девојке три пута чешће покушавају суицид, док младићи чешће реализују суицид (Bradic i Lečić Toševski, 2010). Док младићи бирају насилније методе као што су вешање и ватрено оружје, девојке чешће бирају таблете што може бити један од разлога што младићи чешће изврше суицид, као и то што су младићи агресивнији и чешће под утицајем психоактивних супстанци које лакше доведу до импулсивног самоубиства. Иако девојке у овом периоду чешће обољевају од депресивног поремећаја, чешће и лакше потраже стручну помоћ што може бити можда један од разлога што девојке ређе реализују самоубиство (Bradic i Lečić Toševski, 2010).

4. Етиолошки чиниоци депресије у адолесценцији

4.1. Животни догађаји

4.1.1. Значај животних догађаја у депресији (стрес и депресија)

Животни догађаји према дефиницији Барбаре и Брудса Доренвенд дефинишу се као „објективно искуство које ремети или прети да поремети уобичајене активности индивидуе доводећи до њених промена у прилагођавању и понашању“ (Dohrenwend et Dohrenwend, 1974).

Природа утицаја негативних животних догађаја и даље је нејасна зато што већина депресивних пацијената доживи стресогени животни догађај пре развоја депресије, док не развију депресију сви они који су изложени стресогеним догађајима (Kessler, 1997; Paykel, 2003; Van Praag et al., 2004). Показано је да стресогени животни догађаји појављују чешће пре депресивне епизоде, него код особа без депресије (Costello, 1982; Paykel, 1994), као и да значајно утичу на ток депресије, учесталост релапса и квалитет живота у ремисији (Paykel, 2003; Van Praag et al., 2004).

Настанак депресивног поремећаја помиње се и описује као поремећај повезан са стресом и постоје докази да се епизоде депресије често јављају након стресног догађаја (Arya and Kumar, 2011; Pittenger and Duman, 2008). Сматра се да је већина депресивних епизода реактивна и да је у преко 70% случајева појава депресије повезана са стресним догађајима у животу (Arya et Kumar, 2011), односно акутни стресни догађај је препознат као фактор ризика за настанак депресивног поремећаја (Paykel, 2003; Muscatell et al., 2009).

Осим акутног стресног догађаја у литератури се помиње и присуство хроничног стреса (Hammen et al., 2010), као фактор ризика за настанак депресивног поремећаја. Хронични стрес подразумева да је особа дуготрајно изложена стресним околностима, које су непријатне и онемогућавају је да оствари своје планове, циљеве и аспирације у будућности и који трају најмање две године (Muscatell et al., 2009).

Резултати истраживања рађеног на нашој популацији, показује да негативни животни догађаји представљају значајан фактор ризика за настанак депресије, посебно прве депресивне епизоде (Bokonjić i dr., 2009).

Природа повезаности стреса и депресије још увек је непозната. Могуће је да стрес директно доприноси повећаном ризику за настанак депресије или у томе посредују и неки други фактори као што је генетска предиспозиција за изложеност стресним животним догађајима и за развој депресије (Kendler et al., 1999). Претпоставља се да генетски фактори имају значајну улогу, у смислу да повећавају осетљивост особе да на негативне животне догађаје реагује појавом депресије (Kendler et al., 1999; Kessler, 1997; Van Praag et al., 2004).

Различите студије бавиле су се разликама у реакцијама на стресни догађај код мушкараца и жена (Harkness et al., 2010; Maciejewski et al., 2001; Dalgard et al., 2006). Студија Maciejewski и сарадника утврдила је да су мушкарци и жене једнако изложени стресу али да жене имају три пута већу шансу да развију депресивни поремећај као реакцију на стресан догађај (Maciejewski et al., 2001). Студија Харкнес и сарадника која је рађена код испитаника са дијагнозом депресивног поремећаја показала је да су жене биле чешће изложене стресу пре појаве депресије у односу на мушкарце и та разлика је била израженија међу млађим учесницима у студији (Harkness et al., 2010). У пет земаља у Европи рађено је истраживање које се бавило полним разлике у изложености негативним догађајима појави депресије и утицају социјалне подршке на ову повезаност. Резултати су показали да код оба пола постоји снажна повезаност између стреса и појаве депресије, нарочито у условима смањене социјалне подршке (Dalgard et al., 2006).

Биохемијски механизам који објашњава повезаност депресије и стреса заснива се на томе да стрес има утицај на имунолошки систем и да посредством проинфламаторних цитокина може изазвати велике промене у расположењу, које доводе до појаве депресивних симптома (Slavich and Irwing, 2014).

Бројни негативни животни догађаји доводе до активације стрес механизма уз повећано лучење кортизола који активира токсично дејство глутамата на хипокампадне неуроне што доводи до клиничког испољавања депресивног поремећаја (Teicher, 2002). Ген за кортикотропин-ослобађајућихормонски рецептор 1 (CRHR1), који има медијаторску улогу у одговору на стрес, под дејством негативних животних догађаја и повећава осетљивост за развој депресије у одраслој животној доби (Liu et al., 2013). Различите су претпоставке да ли негативни животни догађаји доводе до депресије или депресивно расположење „боји“ сећање на животне догађаје (Dohrenwend et al., 1984). Показано је да су негативни догађаја биле предиктори психолошког дистреса чак и када је контролисан ефекат претходних симптома (Aldwin et al., 1989; Lazarus et al., 1985).

Налази о повезаности негативних животних догађаја и депресије нису доследни у литератури, што може бити повезано са употребом хетерогених инструмената за процену депресије. Због тога је важно, осим анализе повезаности негативних животних догађаја са депресивним симптомима, испитати и ову везу са присуством клинички манифестоване депресије односно присуства неког од депресивних поремећаја према клиничким критеријумима, уз разматрање специфичности у односу на повезаност са другим психијатријским поремећајима.

4.1.2. Животни догађаји и депресија у адолесценцији

Адолесцентна популација, иако представља најздравији део популације, због специфичних карактеристика овог животног периода, веома је осетљива према негативним утицајима из животног и социјалног окружења (Jevtić, 2011; Novaković i dr., 2007).

Истраживања указују на значај стресогених догађаја на здравље младих особа у овом животном периоду (Vitaliano et al., 1988; Novaković i dr., 2007; Jevtić i dr., 2008; Jevtić, 2011; Maksimović et al., 2011), као и да коришћење здравих механизма за савладавање стреса смањује ризик од оболевања од менталних поремећаја (Park and Adler, 2003; Moffat et al., 2004).

Сматра се да негативни животни догађаји представљају значајан фактор ризика за менталне поремећаје, на развој анксиозних поремећаја као и за настанак депресије (Espejo et al., 2012).

Иако негативни животни догађаји утичу на настанак менталних поремећаја, студије показују да је утицај негативних животних догађаја израженији код депресије у односу на анксиозне поремећај (Spinhoven et al., 2011; Kosutic et al., 2015). Утицај негативних животних догађаја на развој депресивног поремећаја у адолесцентном периоду и транзицији ка одраслом добу могао би бити специфичан с обзиром на осетљивост условљену развојним задацима (Garnefski and Kraaij, 2001).

Према истраживањима настанак депресије у адолесценцији, као и у одраслом животном добу, доводи се у везу са негативним животним догађајима (Teicher, 2002). Студије показују да је већи број негативних животних догађаја повезан је са израженим суицидалним понашањем у адолесценцији (Teicher, 2002; Tanner 2015).

Подаци из литературе указују на везу раног стреса и настанка депресивног поремећаја (Teicher, 2002; Liu et al., 2013) односно на утицај негативних животних догађаја на настанак менталних поремећаја и проблема менталног здравља у адолесценцији (Kosutic et al., 2015; Asselmann et al., 2015) као и на њихову најзначајнију улогу у настанку депресије (Aldwin et al., 1989; Lazarus et al., 1985; Ying et al., 2007; Kosutic et al., 2015; Asselmann et al., 2015). Негативни животни догађаји који су се јавили шест месеци пре појаве депресивних симптома и развоја депресивног поремећаја повезани су, према неким истраживањима, са већом изражености депресивне симптоматологије (Mileviciute et al., 2013).

4.2. Афективно везивање

4.2.1. Теорија афективног везивања

Други специфичан фактор који се повезује са менталним здрављем адолесцената представља афективно везивање („attachment“) примарно према родитељима, а касније током живота, посебно у адолесценцији према вршњацима који постају значајне „attachment“ фигуре (Barrocas, 2006).

Оснивач теорије афективног везивања, енглески психоаналитичар Џон Болби (John Bowlby) увео је појам афективне везаности (attachment). Интензиван однос који се у најранијем узрасти ствара између детета и мајке, а протеже се кроз цео живот, као специфична емотивна веза између две особе представља афективно везивање (Bowlby, 1988; Holmes, 2004).

Присуство базе сигурности, сигурног уточишта, тражење близине и сепарациони протест, основ су да би се један однос могао назвати односом афективне везаности (Ainsworth and al., 1978; Bowlby, 1988).

База сигурности подразумева да особа за коју је дете афективно везано представља за њега сигурно место из којег дете креће у истраживање околине.

Сигурно уточиште подразумева да дете када се нађе у ситуацији која код њега изазива страх може да се врати у близину особе за коју је афективно везано а чије присуство осигурава сигурност и безбедност.

Тражење близине подразумева да имамо потребу да будемо близу особе за коју постоји афективна везаност.

Сепарациони протест подразумева анксиозност коју дете осећа када је особа за коју је афективно везана није присутна. Дете тражи да буде у близини особе за коју је афективно везано јер се ту осећа сигурно, а да када се осећа сигурно може да иде у истраживање околине, али да се и на најмањи наговештај опасности може вратити у сигурност, као и да се буни када је особа за коју је афективно везана присутна.

Након Болбија, многи аутори су наставили да се баве теоријом афективном везивања, али најзначајнији допринос даљем развоју теорије дала је канадска научница Мери Енсворт (Mary Ainsworth) .

На основу својих истраживања Мери Енсворт дефинише три типа афективне везаности:

- 1) сигурна афективна везаност – када је у питању овај тип афективног везивања, беба ће бити напета због мајчиног одласка, због чега ће реаговати плачем и тражењем мајке, а по њеном повратку прихватиће је као сигурно место у којем ће се смирити и вратити предходним активностима.
- 2) несигурна / избегавајућа афективна везаност – када мајка остави дете са непознатом особом код овог типа афективне везаности бебе не плачу и не траже мајчино присуство, не показују тугу за њом. На повратак мајке реагују игнорисањем као што су реаговали и на одлазак.
- 3) несигурна / амбивалентна афективна везаност – када говоримо о овим бебама оне ће бити напете због мајчином одласка и реаговаће тражењем мајке или плачем али је повратак мајке неће умирити.

У основи развоја теорије афективне везаности је однос детета са мајком, односно са родитељима, односно дете формира модел света око себе и модел себе кроз однос са родитељима, који је у ствари одговор на дететову потребу за афективним везивањем (Stefanović-Stanojević, 2011). Обрасци везивања формирану у детињству представљају унутрашњи радни модел за даље функционисање у интерперсоналним односима (Waters et al., 2000).

Модел себе формира се на основу веровања о самом себи и очекивања од себе до којих дете долази на основу односа родитеља према њему (Stefanović-Stanojević, 2011). Модел других формира се на основу веровања и очекивања детета од других људи, на основу понашања родитеља према детету (Stefanović-Stanojević, 2011). Индивидуалне разлике у афективном везивању потичу из разлика у афективном везивању за родитеље (Stefanović-Stanojević, 2011). Главна карактеристика овог модела афективног везивања јесте да дете претпоставља колико су му други значајни људи доступни, и да добије подршку када му је потребна, и од тога зависи осећање сигурности које је присутно када су други доступни или осећање веће или мање несигурности, када постоји страх да значајне особе нису доступне (Bowlby, 1973; Stefanović-Stanojević, 2011).

Многи фактори из спољне редине могу довести до утицаја на афективно везивање, али многобројна истраживања говоре о протективном деловању одрастања у стабилном окружењу са адекватним обрасцима и моделима афективног везивања (Bowlby, 1973; Klark and Klark, 1987; Mihić i dr., 2007; Stefanović-Stanojević, 2011) .

4.2.2. Афективно везивање за родитеље и депресија у адолесценцији

Несигурно афективно везивање („attachment“) у односу на родитеље представља значајан фактор који је према подацима из литературе повезан са развојем депресије и појавом суицида у адолесцентном развојном периоду.

Иако постоје различити модели афективне везаности за родитеље, ради се о основном унутрашњем радном моделу који има значајан утицај на функционисање током целог живота, посебно у сфери интерперсоналних односа са другим људима, а у значајној мери утиче на квалитет односа који се успостављају током живота (Waters et al., 2000). Утицај родитеља на развој детета је изузетно значајан у свим областима дететовог функционисања, док успостављање здравог и функционалног модела афективне везаности доприноси да се деца осећају вољено, заштићено и сигурно што представља основну менталног здравља и један од протективних фактора када је у питању настанак менталних поремећаја. У супротном случају неустављање адекватног модела афективне везаности представља значајан фактор ризика за настанак менталних поремећаја, посебно депресије (Agerup et al., 2015).

Сигурни тип афективног везивања увек говори у прилог добре адаптације и адекватног интерперсоналног функционисања, а несигурно афективно везивање повезује се са настанком депресогених модела адаптације и представља значајан фактор у настанку депресивног поремећаја током живота не само у адолесценцији него и у одраслом добу (Bartocas, 2006).

Несигурно афективно везивање повезано је са настанком депресивног поремећаја током живота (Raudino et al., 2013), а посебан значај се придаје утицају несигурног афективног везивања на развој депресије у вулнерабилном животном периоду током адолесценције (Agerup et al., 2015; Smith et al., 2009; Li et al., 2015; Kobak et al., 1991; Cook et al., 2016; Ying et al., 2008).

Осим што представља фактор ризика за настанак депресије, несигурно афективно везивање за родитеље израженије је код адолесцената који болују од неког менталног поремећаја, а посебно је изражено код адолесцената са дијагнозом депресивног поремећаја (Smith et al., 2009; Agerup et al., 2015).

Несигурно везивање за родитеље повезано је са суицидалним понашањем у адолесцентном периоду (Armsden and Greenberg, 1987). Однос детета са мајком је значајан за развој детета па се губитак мајке у раном узрасту, као и поремећени односи мајке са дететом представљају значајан фактор ризика за настанак депресивног поремећаја што нам указује на повезаност несигурног афективног везивања и настанка депресије (Berg et al., 2016).

Занимљиво је да се у новијим истраживањима све већи значај придаје односу детета са оцем, односно значају афективне везаности детета за оца као значајног фактора ризика за настанак депресивног поремећаја (Kane and Garber, 2004).

4.2.4. Афективно везивање за вршњаке и депресија у адолесценцији

Подаци из литературе који говоре о афективном везивању за вршњаке су оскудни и контрадикторни али оно што је познато је да вршњаци у адолесцентном периоду заузимају све значајнију улогу.

Нека истраживања потврђују тезу о постојању везе између несигурног везивања за вршњаке и депресије у адолесцентној популацији (Allen et al., 2007; Smith et al., 2009), док друга истраживања то не показују (Agerup et al., 2015).

Без обзира што су резултати досадашњих истраживања контрадикторни, сигурно је да односи са вршњацима имају значајну улогу у животу младе особе, и складни и блиски односи са вршњацима помажу развоју здраве личности и адолесценцији, а могу и да ублаже негативне последице несигурног афективног везивања за родитеље на ментално здравље младе особе (Berger et al., 2016).

Немогућност успостављања стабилних и сигурних односа са вршњацима утиче на самопоуздање, што додатно олакшава развој менталних поремећаја, посебно депресивног поремећаја у овом осетљивом животном периоду када је млада особа изложена многим изазовима и тешкоћама које треба да превлада (Lim et al., 2016).

Могућност успостављања сигурне афективне везаности за вршњаке уз задржавање аутономије доводи до стварања независне личности која има изграђен капацитет за успостављање блиских односа (Allen et al., 2007).

Са друге стране, несигурно афективно везивање прави проблеме у интерперсоналним релацијама са вршњацима, што има утицај на развој и настанак различитих менталних поремећаја, као што су анксиозни поремећаји (Mofrad, 2010;

Achtergarde et al., 2015), поремећаји личности (Rosenstein and Horowitz, 1996) и депресивни поремећаји (Cicchetti et al., 1990).

4.3. Емоционална регулација

4.3.1. Дефиниција и стратегије емоционалне регулације

Емоционална регулација дефинисана је као скуп процеса укључених у модификацију динамичких и актуелних карактеристика емоционалног искуства, односно укључује одговоре који могу да га одржавају и појачавају, или да га редукују и инхибирају (Thompson, 1994; Goldin et al., 2008)

На емоционалне реакције може се утицати регулацијом сопствених емоција (Mauss et al., 2007), чиме се утиче на њихов интензитет, колико се дуго одржавају и како се манифестују на физиолошком, понашајном и искуственом плану (Pоров, 2010).

Емоционална регулација омогућава особи да усклади изражавање својих емоција са захтевима спољне средине, заштити нас од непријатних емоција, омогућава контролу и усмеравање сопствених емоција да не утичу негативно на функционисање и преставаља битну компоненту за успешно функционисање у свакодневном животу.

Иако се појам емоционалне регулације употребљава у различитим контекстима, може се рећи да она обухвата способност одговарања на стресне захтеве из спољне средине и различита емоционална искуства на друштвено прихватљив, адаптиван и флексибилан начин што подразумева анализу узрока емоционалне реакције, начин реакције на емоцију као и способност да се одгоди задовољење неке жеље или потребе, као и понашање појединца и постизање унутрашњег доброг осећања (Cole et al., 2004; Morris et al, 2007). Циљ емоционалне регулације је утицај на емоционалну реакцију на одређени стимулус у виду појачавања или смањења емоционалне реакције било да утичемо да њено трајање или интензитет (Pоров, 2010). Када је у питању емоционална регулација, све више се истражује регулација негативних емоција, јер смањење јачине и трајања негативних емоција има позитивне ефекте на здравље људи (Pоров, 2010). Нека истраживања показују да индивидуалне варијације у емоционалној регулацији имају значајан утицај на различите сегменте живота, а посебно на здравље (Mauss et al., 2007).

Емоционалну регулацију се може дефинисати и као процес који утиче на то које емоције ће особа доживети, када ће их доживети и како ће их исказати (Gross, 1998a; Gross, 2007b). Гросов (Gross) модел емоционалне регулације представља основни

модел за разумевање емоционалног одговора и механизма емоционалне регулације (Gross, 1998 а). Према Гросу препознавање и разумевање властитих емоционалних искустава чини основу за регулацију емоционалног одговора (Gross, 1998 а; Gross, 2007 b). Поред тога, сматра се да на развој емоционалне регулације значајно утичу пол, развој детета и темперамент (Masuka, 2012). Сматра се да је ниво емоционалне регулације и социјализација детета под утицајем полне припадности. Девојчице су обично боље у регулисању емоција од дечака, што се може објаснити евентуалним урођеним разликама (Morris et al., 2002).

Неке студије су показале постојање разлика у емоционалној регулацији с обзиром на пол детета и навеле да родитељи више подржавају исказивање туге код девојчица а љутње код дечака, као и да више охрабрују дистракцију и стратегије решавања проблема код дечака него код девојчица (Eisenberg et al., 1998).

Значајан је и утицај родитеља на вештину емоционалне регулације који је интензивнији код млађе деце (Eisenberg et al., 1999). Док су деца млађа, родитељи обично потичу стратегије регулације емоција, а касније, порастом детета све већу улогу има саморегулација (Eisenberg and Morris, 2002). Односно, у раном детињству интервенције родитеља у регулисању емоција су чешће, родитељи настоје регулисати емоције свога детета миловањем детета, мењањем властитих фацијалних експресија, мењањем непосредне околине или задовољењем дететових потреба. Како деца развијају све боље когнитивне и емоционалне вештине, постепено постају независнија у регулисању и управљању властитим емоцијама (Morris et al., 2007). Међутим, током адолесценције деца се све мање ослањају на родитељску помоћ и вештине емоционалне регулације постају сложеније (Yap et al., 2007). Промене у начину регулисања емоција и коришћењу одређених стратегија су вероватно подстакнуте когнитивним развојем адолесцената, посебно променама у социјалној когницији, инхибицији реакције, способности апстрактног и хипотетског размишљања (Steinberg, 2005), али и друштвеним утицајем који укључују очекивања зрелог и друштвено прихватљивог понашања од стране одраслих и вршњака (Murphy et al., 1999).

Индивидуалне разлике у регулаторним вештинама адолесцента имају утицај на способност суочавања с развојним стресогеним догађајима и прилагођавање на услове живота (Gross, 1998; Gross and John, 2003). Емоционално реактивна деца и адолесценти доживљавају чешће и интензивније емоционално узбуђење, што захтева снажне емоционално регулаторне вештине да би се на адекватан и прихватљив начин

управљало таквим узбуђењем с обзиром на то да се сматра да емоционална регулација представља важну компоненту успешног развоја и емоционалног прилагођавања деце.

Подаци из литературе указују на две стратегије емоционалне регулације: стратегија поновног промишљања и стратегија супресије експресије (Thompson, 1994; Goldin et al., 2008). Стратегија поновног промишљања представља накнадну когнитивну процену и тумачење ситуације, уз утицај на емоционално искуство и понашање што је повезано са смањењем негативног афекта и бољим интерперсоналним функционисањем. Супресија експресије емоција подразумева смањен утицај на емоционално искуство што доводи до неизражавања, односно мањег изражавања емоционалног понашања које је повезано са израженијим негативним афектом и лошијим интерперсоналним функционисањем (Goldin et al., 2008).

Стратегије емоционалне регулације настају у детињству, стабилне су током живота и у процесима прилагођавања на животне догађаје и околности могу имати значајну улогу (Calkins and Dedmon, 2000).

4.3.2. Емоционална регулација и депресија у адолесценцији

Досадашња истраживања говоре у прилог повезаности емоционалне регулације са интензитетом депресивних симптома и најчешће се односе на испитивање у општој популацији (Marganska et al., 2013) или у популацији млађих испитаника са депресивним поремећајем.

Један од могућих механизма који се односи на улогу емоционалне регулације у настанку депресије, разматра маладаптивну емоционалну регулацију, као медијаторску карику у вези између негативних животних искустава, несигурног афективног везивања и вулнерабилног темперамента с једне стране, и развоја депресивности или суицидалности с друге стране.

Показано је да је маладаптивна емоционална регулација хабитуални и спонтани одговор код особа вулнерабилних на депресију (Marganska et al., 2013). Истраживања показују да коришћење вештине поновног когнитивног промишљања везано за бољу адаптацију и снажање у животним догађајима, а да је коришћење супресије експресије у дужем временоском периоду повезано са настанком депресије (Marganska et al., 2013).

Један од фактора ризика за настанак депресије, према неким истраживањима представља слабија емоционална регулација (Joormann and Gotlib, 2010), а коришћење

маладаптивних вестина емоционалне регулације након опоравка од депресије повећава ризик за поновну појаву депресивне епизоде (Ehring et al., 2008).

Коришћење маладаптивних механизма емоционалне регулације, односно чешће коришћење стратегије супресије експресије, уз ређе коришћење стратегије поновног когнитивног промишљања, израженије је код адолесцената са психијатријским поремећајима, а посебно код адолесцената са депресивним поремећајем у односу на здраву популацију (Joormann and Gotlib, 2010; Garnefski et al., 2006; Campbell-Sills et al., 2006; Campbell-Sills and Barlow, 2007). Оно што би се могло закључити из досадашњих истраживања је да би коришћење стратегија поновног когнитивног промишљања могло бити протективни фактор за настанак депресије о чему говоре и нека истраживања (Hsieh, 2010).

Неке студије указују да је слабија емоционална регулација изражена не само код депресије, него и код других менталних поремећаја (Berger et al., 2016). Јачи субјективни доживљај депресивних симптома, такође се повезује са коришћењем супресије експресије односно маладаптивних механизма емоционалне регулације.

Подаци из литературе указују и на повезаност маладаптивних механизма емоционалне регулације са суицидалношћу (Goldin et al., 2008).

4.4. Личност

4.4.1. Дефиниција и димензионални модели личности

Иако је личност од давнина била предмет интересовања научника из различитих области, до данас не постоји јединствен, свеобухватан и опште прихваћен приступ овом феномену већ постоје различите теорије и бројне дефиниције личности. Сматра се да постоје онолико дефиниција личности колико и аутора које се баве феноменом личности (Pervin, 1990).

Једна од теорија личности која је дуго примењивана је Олпортова дефиниција личности, која подразумева, да је личност „динамичка организација унутар индивидуе оних психофизичких система који детерминишу јединствено прилагођавање околине“, која није подразумевала утицај околине на формирање личности (Allport, 1937; Švrakić i Švrakić, 2009).

Позната савремена теорија личности настала је из психобиолошког Клонингеровог модела који описује седам димензија личности које су настале међусобним деловањем срединских чиниоца и биолошких фактора (Cloninger et al., 1994). Овом теоријом личности Роберта Клонингера (Robert Cloninger) (Cloninger et al., 1993; Cloninger et al., 1994; Cloninger et al., 1999; Džamonja Ignjatović i Knežević, 2005) представљен је модел личности који подразумева четири димензије темперамента и три димензије карактера.

Дефиниција димензија темперамента настала је на основама организације централног нервног система, односно оног дела централног нервног система који је значајан за класично условљавање и асоцијативно учење. Начин реаговања на нове ситуације, односно да ли их видимо као опасност (казну) или позитивно поткрепљење (награду) представља димензије темперамента.

Истраживања су показала да су димензије темперамента наследне у 50-60% случајева. Одређени обрасци понашања резултат су њихове међусобне интеракције, и они утичу на начин одговора на награду, казну или нову ситуацију који се разликује ако је су код различитих особа исто изражена одређена димензија, али постоји разлика у изражености других димензија (Džamonja Ignjatović i Knežević, 2005).

Четири димензије темперамента су (Cloninger et al., 1993):

Потрага за новинама (Novelty seeking - NS) повезана је са емоцијом која се односи на агресију. Мисли се на склоп навика да се иницира и активира понашање.

Зависност од награде (Reward dependence – RD) повезана је са емоцијом љубави. Представља основу за одржавање и континуитет актуелног понашања која је наслеђена.

Избегавање опасности/казне (Harm avoidance – HA) повезана је са емоцијом страха. Представља склоност за прекид понашања.

Истрајност (Persistence – P) представља истрајност без обзира на изражени умор и флустрацију. У почетку ова димензија сматрана је делом зависности од награде. Током времена се издвојила као посебна димензија.

Концепт карактера настао је синтезом различитим концепата из хуманистичке и трансперсоналне психологије, концепата о когнитивном и социјалном развоју и искуствених података (Džamonja Ignatović i Knežević, 2005). Димензије карактера односе се на три различита аспекта селф-концепта: као самосталне индивидуе, као саставног дела друштвене заједнице и као саставног дела универзума.

Три димензија карактера су (Cloninger et al., 1993):

Самоусмереност (Self-directedness – SD) подразумева могућност особе да у складу са ситуацијом, својим циљевима и личним вредностима контролише, регулише и прилагођава своје понашање. Високи скорови на овој димензији указују на организовану, ефикасну, интегрисану особу која има одговорност за оно што мисли и ради.

Сарадљивост (Cooperativeness – C) се односи на димензију по којој се особе разликују по степену идентификације са другима и прихватања других људи.

Селф-трансценденција (Self-transcendence – ST) подразумева димензију карактера која се повезује са духовношћу и спиритуалношћу. Ова димензија односи се на доживљај ширења индивидуалног селфа, тако да особа доживљава себе као неодвојиви, интегрални део света, способна је за самозабрав, повремено је потпуно обузета неком идејом, концентрисана на нешто тако да губи осећај за верме, може имати повремено осећај прожетости божанским. Смара се да ова димензија има два значајна тренутка развоја. Први тренутак односи се на адолесценцију, а други у периоду након 40. године, када се праве животни биланси у различитим областима живота (Džamonja Ignatović i Knežević, 2005).

На склоност за настанак различитих поремећаја личности указују скорови на одређеним димензијама темперамента, док на присуство односно одсуство поремећаја

личности указују скорови на димензијама темперамента (Cloninger et al., 1993; Cloninger et al., 1994; Cloninger et al., 1999; Džamonja Ignjatović i Knežević, 2005).

Тек са увођењем ДСМ–III класификације 1980. године од стране Америчког психијатријског удружења (АРА, 1980) скренута је пажња на поремећаје личности што је довело до истраживања у овој области. У оба класификациона система, Међународној класификацији болести (МКБ) и Дијагностичко статистички приручник менталних болести (ДСМ) поремећаји личности су представљени категоријалним моделом.

Категоријални модел је приказан кроз разлике између категорија поремећаја личности, односно између особа без и оних које имају поремећај личности (Tytger et al., 2011). Највећи недостатак категоријалног модела је непрепознавање атипичних, благих или мешовитих облика поремећаја личности што доводи до давања мултиплих дијагноза, и постојања значајних разлика унутар исте дијагностичке категорије (Verheul et al., 2007; Tytger et al., 2011). Због тих недостатака, све већи број истраживача подржава димензионални модел поремећаја личности.

Димензионални модел личности, претпоставља квантитативне разлике, када се код особе процењује израженост одређених димензија личности, што омогућава дијагнозу и благих поремећаја, као и процену тежине поремећаја личности, за разлику од категоријалног који претпоставља квалитативне разлике, односно да ли поремећај постоји или не (Krueger et al., 2009).

Радна група Светске здравствене организације донела је предлог за другачију класификацију поремећаја личности у МКБ-11 због непрепознавања великог процента поремећаја личности у актуелним класификацијама као и немогућност дијагностиковања поремећаја личности испод 18 година што онемогућава ране терапијске интервенције (Tytger et al., 2011).

За рану дијагнозу поремећаја личности постоје многобројни разлози, а посебно је значајно то што дијагноза поремећаја личности у адолесценцији често указује на појаву других психијатријских поремећаја касније током живота (Johnson et al., 2006; Israel et al., 2014). Поред тога, показана је на ефикасност раног третмана код поремећаја личности (Chanen, 2009; Chanen and Mc Cutcheon, 2013; Bradic et al., 2016). Прве манифестације поремећаја личности видљиве су већ у детиљству, а најизраженије су у периоду адолесценције (Tytger et al., 2015).

4.4.2. Личност и депресија у адолесценцији

Структура личности има утицај на развој менталних поремећаја односно на развој депресивног поремећаја. Међусобан однос и утицај личности на развој депресије и обрнуто је врло комплексан.

Осим што структура личности може довести и допринети развоју депресије, поремећај личности се може јавити у кооморбидитету са депресивним поремећајем, а црте личности могу да утичу на начин испољавања симптома као и на ток и исход депресивног поремећаја (Philips et al., 1990; Lecic Tosevski and Divac Jovanovic, 1996).

Велико истраживање које је спроведено на пацијентима који имају дијагнозу поремећаја личности показало је да постоји већи број депресивних епизода као и већи број покушаја самоубиства у односу на пацијенте који немају дијагнозу поремећаја личности (Newton-Howes i sar., 2006). Код пацијената са граничним поремећајем личности је учесталија појава депресије него у општој популацији а према подацима око 10-20 % пацијената са дијагнозом рекуретне депресије постоји и дијагноза граничног поремећаја личности (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2012). Према подацима из литературе, граничност се помиње и као један од начина испољавања депресије, а са друге стране, депресивни симптоми имају утицај на манифестовање карактеристика личности (Lecic Tosevski and Divac Jovanovic, 1996; Lečić Toševski, 2004). Истраживања која се баве повезаности поремећаја личности и депресије указује на везу граничног функционисања и интензитета депресије, као и на улогу депресије у настанку граничног функционисања личности (Lecic Tosevski and Divac Jovanovic, 1996; Lecic Tosevski and Draganic, 1997; Lečić Toševski and Divac Jovanović, 2011). Такођер, Кендлер (Kendler) сматра да особе које имају „предиспозицију“ за развој депресије често себе доводе у одређене ситуације својим ризичним понашањем што онда доводи до развоја депресије, док би одређене црте личности могле бити значајан чинилац у настанку депресије (Kendler et al., 1999). Постоје бројне недоумице у истраживању утицаја црта личности на развој депресије (Lecic-Tosevski i Divac Jovanović, 1996), али према неким ауторима “неуротицизам” представља фактор ризика за настанак депресије (Eccleston and Scott, 1991; Wilhelm et al., 1999; Van Praag et al., 2004).

Димензије личности представљају један од фактора који има утицаја на настанак депресивног поремећаја. Резултати истраживања код одраслих са депресивним поремећајем указују да је депресивни поремећај повезан са „избегавањем казне“ (Zaninotto et al., 2016). Суицидалност код адолесцената са депресивним поремећајем

повезана је, изгледа, са израженом димензијом „потраге за новим“ према Клонинџеровом моделу (Csorba et al., 2012).

II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

5. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Циљеви истраживања су следећи:

1. Испитати разлике у негативним животним догађајима, емоционалној регулацији, афективном везивању за родитеље и вршњаке и димензијама личности између адолесцената са депресивним поремећајем, адолесцената са другим менталним поремећајима и оних без дијагнозе менталних поремећаја, уз контролу социо-демографских корелата.
2. Испитати повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке и димензија личности, са присуством суицидалне идеације и суицидалног понашања код адолесцената, уз контролу социо-демографских корелата.
3. Испитати медијаторску улогу емоционалне регулације у вези између негативних животних догађаја, афективног везивања за родитеље и вршњаке и димензија личности с једне стране, и интензитета депресивности и присуства суицидалности с друге стране, уз контролу социо-демографских корелата.

6. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Хипотезе истраживања су следеће:

1. Постоје значајне разлике у негативним животним догађајима, емоционалној регулацији, афективном везивању за родитеље и вршњаке и димензијама личности, између адолесцената са депресивним поремећајем, адолесцената са другим психичким поремећајима и оних без дијагнозе психичких поремећаја, уз контролу социо-демографских корелата.
2. Постоји значајна повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке и димензија личности са присуством суицидалне идеације и суицидалног понашања код адолесцената, уз контролу социо-демографских корелата.
3. Емоционална регулација има значајну медијаторску улогу у вези између негативних животних догађаја, афективног везивања за родитеље и вршњаке и димензија личности с једне стране, и интензитета депресивности и присуства суицидалности с друге стране, уз контролу социо-демографских корелата.

7. МЕТОД

7.1. Врста студије

Описано истраживање представља клиничку опсервациону студију (студија случај-контрола). После одобрења Стручног колегијума Института за ментално здравље и Етичког одбора истраживање је обављено у Дневној болници за адолесцените Института за ментално здравље у периоду од јануара 2013. године до јануара 2015. године.

7.2. Узорак

Након давања информација о студији, и детаљног објашњења сврхе и циља студије испитаници су потписали информисани пристанак за учешће у студији. Студија је спроведена у складу са Кодексом добре научне праксе, а подаци се чувају као поверљиви.

У студија је укључено 240 старијих адолесцената (узраста од 18 до 24 године), оба пола, који живе на територији Београда и околине, подељених у три групе.

Студијску групу чинило је 80 адолесцената који су се у Дневној болници за адолесцените Института за ментално здравље лечили диспанзерски или у условима парцијалне хоспитализације и испуњавали критеријуме за неки од депресивних поремећаја према DSM-IV (APA, 2000) класификацији менталних поремећаја (депресивни поремећаји).

Психијатријску контролну групу (други психијатријски поремећаји) чинило је 80 адолесцената који се у Дневној болници за адолесцените Института за ментално здравље лечили диспанзерски или у условима парцијалне хоспитализације, али нису испунили критеријуме за депресивне поремећаје према DSM-IV, али су задовољили дијагностичке критеријуме за други психијатријски поремећај.

Непсихијатријску контролну групу (здраве контроле) чинило је 80 студената и ученика средње школе који никада нису психијатријски лечени и ницу испуњавали

критеријуме за неки психијатријски поремећај према скрининг-питањима инструмента SCID-I.

Критеријуми за искључење из студије били су ранији или актуелно присутни психотични симптоми, биполарни афективни поремећај, ментална заосталост и зависност од психоактивних супстанци.

Испитаници студијске групе (пацијенти који се психијатријски лече и испуњавају критеријуме за депресивни поремећај према DSM-IV класификацији менталних обољења – велика депресија, дистимија и други депресивни поремећаји) и психијатријске контролне групе (пацијенти који су се психијатријски лечили али нису испуњавали критеријуме за депресивни поремећај према DSM-IV класификацији менталних поремећаја) били су одабрани као консекутивни пацијенти Дневне болнице за адолесценте, док су испитаници непсихијатријске контролне групе били изабрани по принципу пригодног узорка из студентске и средњошколске популације након скрининга од стране клиничара или за истраживање обученог психолога. Сви испитаници били су интервјуисани од стране клиничара или за истраживање обученог психолога и испунили су батерију инструмената за самопроцену.

7.3. Инструменти процене

1. Општи упитник, сачињен за сврхе овог истраживања, испитује социо-демографске карактеристике адолесцента, као и податке везане за претходне психичке тегобе и психијатријско лечење. Овај упитник садржи следећа питања: о полу, старости, месту живљења, броју браће и сестара, редоследу рођења, до сада завршеној школи, школи коју тренутно похађа, укупном броју година школовања, образовању родитеља, запослењу родитеља, са ким живи, брачном статусу родитеља, брачном статусу родитеља, сукобима у породици, актуелном емотивном статусу адолесцента, материјалном стању, податке о ранијим обраћањима за психолошку/психијатријску помоћ и податке о присуству психијатријских поремећаја у ужој и широј породици.

Добијени подаци из општег упитника коришћени су за детаљнији опис узорка.

2. Структурисани клинички интервју за DSM-IV поремећаје (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-I (First et al., 2002). Овај инструмент представља

семиструктурисани интервју дизајниран за процену присуства менталних поремећаја према критеријумима DSM-IV класификације. Интервју садржи прегледни део о социо-демографским информацијама, главним тегобама, ранијим психичким сметњама, историји лечења и актуелном функционисању. Наредни део интервјуа организован је кроз следеће одељке: поремећаји расположења, психотични симптоми, диференцијална дијагноза психотичних поремећаја, диференцијална дијагноза поремећаја расположења, болести зависности, анксиозни поремећаји, соматоформна обољења, поремећаји исхране и поремећаји прилагођавања. Депресивни поремећаји приказани су као депресија мајор (депресивна епизода, рекурентни депресивни поремећај), дистимија и други депресивни поремећаји. Суицидална идеација код испитаника са депресивним поремећајем процењује се у односу на период од две недеље када су симптоми били најозбиљнији током актуелне епизоде. Код испитаника са суицидалним идејама током протеклог месеца, ови симптоми били су додатно процењени, како би се осигурала њихова безбедност.

3. Упитник о темпераменту и карактеру, ревидирана верзија (Temperament and Character Inventory Revised, TCI-R) (Cloninger et al., 1994) садржи 240 ставки са петостепеном скалом одговора, на основу којих се процењују особине темперамента и карактера испитаника. На понуђене тврдње испитаници одговарају заокруживањем оценом од један (1) што подразумева да се испитаник не слаже са понуђеним одговором до пет (5) што значи потпуно тачно, односно да се испитаник потпуно слаже са понуђеним одговором на 5-степену скали Ликертовог типа, зависно од степена слагања са датом тврдњом.

Упитник је заснован на Клонингер-овом неуробиолошком моделу личности и региструје 4 особине темперамента (потрага за новим, избегавање казне, зависност од награде, истрајност) и 3 особине карактера (самоусмереност, сарадљивост, самотрансценден-тност). Свака димензија садржи по 4 елементарне подскеле. Специфични склопови димензија темперамента одређују тип личности, а израженост димензија присуство или одсуство поремећаја личности. Упитник је већ примењиван на популацији адолесцената са анксиозним поремећајима за испитивање димензија личности (Košutić i dr., 2012).

4. Беков упитник за процену депресивности (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, 1974) је упитник намењен мерењу тежине субјективног доживљаја односно

симптома депресивности. Упитник је тако конструисан да се може користити у општој популацији, као и код пацијената код којих је дијагностикован депресивни поремећај (Beck, 1996). Користи се и у свакодневном клиничком раду као и за бројна истраживања. Предности овог упитника су подударање питања са критеријумима за ДСМ-IV, добре карактеристике, осетљивост на промене током третмана и једноставна примена у раду што олакшава поређење резултата у различитим истраживањима (Dozois, 2010).

Упитник садржи 21 ставку са четворостепеном скалом одговора - од 0 до 3, а скор депресивности добија се као збир бодова за сваку ставку. Испитаници на понуђене одговоре одговарају бирањем одговора од 0 до 3. Нула (0) означава да понуђени симптоми нису присутни, а бирањем одговора три (3) да су симптоми веома изражени. Коначни скор може се изразити и као категоричка варијабла и то тако што мањи од 15 означава присуство благе депресивности, од 15 до 30 умерене депресивности а изнад 30 тешке депресивности. Упитник садржи и ставку о суицидалној идеацији, која се може користити као засебна подскала јер је показано да је значајан предиктор будућих покушаја суицида у адолесцентној популацији (Goldston, 2000).

5. Упитник о емоционалној регулацији (Emotional Regulation Questionnaire, ERQ)

(Gross, 2003) представља инструмент којим испитаници самопроценом извештавају о сопственим вештинама емоционалне регулације - поновног когнитивног процењивања и супресије експресије. Вештине емоционалне регулације приказане су кроз укупно 10 ставки: за поново когнитивно процењивање (6 ајтема) и за емоционалну супресију (4 ајтема) са седмостепеном градацијом одговарања. Кориштење поновног когнитивног процењивања као вештине емоционалне регулације добија се сабирањем одговора на ајтемима 1, 3, 5, 7, 8 и 10, док сабирање одговора на ајтемима 2, 4, 6 и 9 показује коришћење супресије експресије. Градација одговора иде од један (1) - уопште се не слажем до седам (7) - потпуно се слажем. Испитаник на скали означава онај одговор који на најбољи начин описује његово понашање.

6. Инвентар афективног везивања према родитељима и вршњацима (The Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA) (Armsden and Greenberg, 1987) је упитник који испитује степен афективног везивања („attachment“) адолесцената у односу на мајку, оца и вршњаке. Модалитети су изражени кроз засебне скале које садрже 25 ставки -

скала за оца, мајку и вршњаке, са петостепеном градацијом одговора. Градација одговора иде од један (1) - потпуно нетачно до пет (5) што означава потпуно тачно. Вредности скорова добијају се сумирањем бодова релевантних ставки, уз реверзно кодирање појединих ставки, а веће вредности скорова означавају сигурније афективно везивање.

7. Инвентар негативних животних догађаја (Negative Life Events Inventory) (Wills et al., 1996) је листа од 20 негативних животних догађаја прилагођених адолесцентном узрасту. У свакој ставки од адолесцента се очекује да дихотомном скалом одговора означи да ли се наведени догађај догодио. Испитаник је на свако питање одговорио са да или не, у односу да ли му се наведени догађај десио у предходних годину дана. Позитиван одговор на свако питање носи један бод. Бодови се сабирају и виши скор показује да је испитаник имао више негативних догађаја. Инвентар укључује 11 догађаја везаних за чланове породице и 9 догађаја који се могу догодити директно адолесценту.

7.4. Варијабле

ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ У СТУДИЈИ

За испитивање разлика између група (циљ 1 и 2):

Независне варијабле:

1. **Присуство депресивног поремећаја** (номинална варијабла са 3 категорије – 1) депресивни поремећај; 2) одсуство депресивног поремећаја уз присуство другог психијатријског поремећаја; 3) одсуство психијатријског поремећаја. Оперативна дијагностика врши се на основу полуструктурисаног интервјуа SCID-I који дијагнозу базира на DSM-IV критеријумима, обављеног од стране клиничара или за истраживање обученог психолога. У узорку из здраве популације, психијатријски поремећаји искључени су скрининг питањима дефинисаним у SCID-I.

2. **Присуство суицидалне идеације** - дихотомна номинална варијабла – присутна/није присутна суицидална идеација; оперативна дијагностика врши се на основу одговарајуће ставке инструмента Бековог инвентара депресивности, где 0 означава да суицидална идеација није присутна, док скор већи од 0 указује на присутност суицидалности.

3. **Присуство суицидалног понашања** - дихотомна номинална варијабла – присутно/није присутно суицидално понашање; оперативна дијагностика врши се на основу одговарајућих питања из SCID-I.

Зависне варијабле

1. **Број негативних животних догађаја** (континуална варијабла; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Инвентар негативних животних догађаја).

2. Подскеале емоционалне регулације – поновна когнитивна процена и супресија експресије - континуалне варијагле; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Упитник о емоционалној регулацији.

3. Подскеале афективног везивања - за мајку, за оца и за вршњаке - континуалне варијагле; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Инвентар афективног везивања према родитељима и вршњацима.

4. Димензије темперамента - потрага за новим, избегавање казне, зависност од награде, истрајност и карактера - самоусмереност, сарадљивост и самотрансцедентност - континуалне варијагле; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Упитник о темпераменту и карактеру, ревидирана верзија.

Конфундирајуће (збуњујуће) варијагле

1. Пол - дихотомна номинална варијагла – мушки/женски; утврђује се из Општег упитника.

2. Године старости - континуална варијагла; утврђује се из Општег упитника.

3. Године школовања - континуална варијагла; утврђује се из Општег упитника.

4. Породични статус - дихотомна номинална варијагла – комплетна/некомплетна породица; утврђује се из Општег упитника.

За испитивање предикције и медијације (циљ 3):

Независне варијагле

1. Број негативних животних догађаја.

2. Подскеале афективног везивања - за мајку, за оца и за вршњаке.

3. Димензије темперамента - потрага за новим, избегавање казне, зависност од награде и истрајност, **и карактера** - самоусмереност, сарадљивост и самотрансцедентност.

Зависне варијабле

1. Интензитет депресивности - континуална варијабла; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Беков инвентар депресивности.

2. Присуство суицидалне идеације.

3. Присуство суицидалног понашања.

Медијаторске варијабле

1. Подскеле емоционалне регулације – поновна когнитивна процена и супресија експресије.

Конфундирајуће (збуњујуће) варијабле

1. Пол

2. Старост

3. Године школовања

4. Породични статус

Збуњујуће варијабле контролисане су селекцијом испитаника (изједначавање међу групама) и додатним статистичким аналитичким методама контроле.

7.5. Опис статистичких процедура

Статистичка обрада података вршена је у програму SPSS 21. У оквиру дескриптивна статистика категоријални подаци представљени су фреквенцама и процентима, а варијабле мерене на интервалном нивоу аритметичком средином и стандардном девијацијом.

Разлике између група испитиване су анализом коваријансе, без обзира на евентуална одступања варијабли од нормалне расподеле, јер је ова метода у великој мери робусна на одступања од нормалности (Johnson and Wichern, 2007). За варијабле на интервалном нивоу мерења испитани су коефицијенти корелације.

За испитивање разлика између група за циљеве 1 и 2 примењена је анализа коваријансе, са социо-демографским карактеристикама као коваријатама.

Линеарна регресија коришћена је за испитивање предикторских модела интензитета депресивности, док је дискриминативна анализа примењена за испитивање предикторских модела суицидалне феноменологије. Медијациона анализа за ефекте емоционалне регулације (циљ 3) обављена је помоћу PROCESS макроа за SPSS (Hayes, 2012).

Добијени подаци приказани су табеларно.

8. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Приказ резултата истраживања подељен је у шест делова.

У првом делу текста, приказане су основне социодемографске карактеристике по групама испитаника у истраживању.

У другом делу, биће приказане евентуалне разлике у вредностима зависних и независних варијабли у односу на конфундирајуће варијабле.

Трећи део резултата односи се на испитивање разлика у негативним животним догађајима, емоционалној регулацији, афективном везивању за родитеље и вршњаке и димензијама личности између група испитаника, уз контролу ефеката конфундирајућих варијабли, док је у четвртом делу приказана повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством суицидалне идеације и суицидалног понашања.

У петом делу текста приказане су испитане могућности предикције интензитета депресивности и присуства суицидалне феноменологије на основу димензија личности, негативних животних догађаја и афективног везивања за родитеље и вршњаке, да би у последњем, шестом делу, била приказана медијаторска улога афективне регулације у везама између претходно наведених варијабли.

8.1. Основна социодемографска обележја узорка

У погледу расподеле испитаника по полу није било значајних разлика, односно, све три групе су биле уједначене по полу (Табела 1).

Табела 1. Полна расподела по групама у истраживању

пол	Група			цео узорак
	депресивни поремећаји	други поремећаји	здраве контроле	
мушки	44 (44,4%)	44 (44,9%)	38 (46,4%)	126 (45,2%)
женски	55 (55,6%)	54 (55,1%)	44 (53,7%)	153 (54,8%)

У односу на године старости, групе у истраживању међусобно су се разликовале, са осредњом величином ефекта. Post-hoc тестови (Bonferroni) показују да је здрава контролна група била, у просеку, донекле млађа у односу на студијску и психијатријску контролну групу (Табела 2).

Табела 2. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика по групама за узраст испитаника

група	дескриптивна статистика		поређење		
	М	Σ	F	p	η^2
депресивни поремећаји	19,23	1,81	31,241	,000	,18
други поремећаји	19,98	2,02			
здраве контроле	18,07	0,30			
цео узорак	19,15	1,79			

И у погледу укупних година образовања, постојале су значајне разлике између група. Post-hoc тестови (Bonferroni) показују да се све групе међусобно разликују, са умереном величином ефекта - испитаници из психијатријске контролне групе имали су, у просеку, највећи број година укупног образовања, потом следе испитаници из студијске групе, и на крају испитаници из непсихијатријске контролне групе (Табела 3).

Табела 3. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика по групама за укупан број година образовања испитаника

	дескриптивна статистика		поређење		
група	M	Σ	F	p	η^2_p
депресивни поремећаји	11,96	1,58	23,053	,000	,143
други поремећаји	12,84	2,07			
здраве контроле	11,25	0,54			
укупно	12,06	1,69			

Због ограничења χ^2 теста при раду са категоријама малих фреквенци, категорије су сажете у две: комплетна и некомплетна породица, при чему су као некомплетне породице категорисане оне где су родитељи раздвојени или разведени, или где су један или оба родитеља преминули (Табела 4).

Табела 4. Расподела учесталости за брачни статус родитеља по групама испитаника

	брачни статус родитеља			
група	живе заједно	раздвојени /разведени	један родитељ преминуо	оба родитеља преминула
депресивни поремећаји	58 (29,6%)	31 (50,8%)	10 (50%)	0 (%)
други поремећаји	66 (33,7%)	21 (34,3%)	9 (45%)	2 (100%)
здраве контроле	72 (36,7%)	9 (14,8%)	1 (5%)	0 (%)
цео узорак	196	61	20	2

Дистрибуција испитаника у погледу тако категорисаног породичног статуса приказана је у наредној табели. У погледу породичног статуса, утврђене су значајне разлике међу групама; прегледом доње табеле, може се уочити да је у непсихијатријској контролној групи била нижа фреквенца испитаника који долазе из некомплетних породица у односу на испитанике које имају депресивни поремећај, док су испитаници из непсихијатријске контролне групе најређе долазили из некомплетних породица у односу на друге две групе (Табела 5).

Табела 5. Расподела учесталости за породични статус по групама испитаника

	породични статус	
група	комплетна породица	некомплетна породица

депресивни поремећаји	58 (29,6%)	41 (49,4%)
други поремећаји	66 (33,7%)	32 (38,6%)
здраве контроле	72 (36,7%)	10 (12,0%)
цео узорак	196	83
поређење	$\chi^2(2, N=279) = 18,932, p=0,000$	

8.2. Разлике у зависним и независним варијаблама у односу на конфундирајуће варијабле

У следећем делу приказа резултата, биће прво приказане евентуалне разлике у вредностима независних варијабли (интензитет депресивности, присуство суицидалне идеације и суицидалног понашања) у односу на конфундирајуће варијабле (пол, старост, године школовања, породични статус). Потом ће бити приказане и евентуалне разлике у вредностима зависних варијабли (број негативних животних догађаја, афективно везивање, емоционална регулација, димензије темперамента и карактера) у односу на конфундирајуће.

Добијене су статистички значајне разлике у интензитету депресивности у односу на породични статус. Код испитаника из некомплетних породица интензитет депресивности био је, у просеку, виши, у односу на испитанике из комплетних породица, са малом величином ефекта. Није било значајних разлика у интензитету депресивности у односу на пол испитаника. Интензитет депресивности био је статистички значајно повезан са годинама старости, али је реч о корелацији врло ниског интензитета ($r=0,12$, $p=0,032$). Са друге стране, интензитет депресивности и укупан број година школовања нису били статистички значајно повезани (Табела 6).

Табела 6. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у интензитету депресивности у односу на пол и породични статус

	Група	дескриптивна статистика		Поређење		
варијабла	Пол	М	σ	F	p	η_p^2
интензитет депресивности	мушки	12,25	10,73	2,740	,099	,010
	женски	14,36	10,44			
	цео узорак	13,41	10,60			
варијабла	породични статус	М	σ	F	p	η_p^2
интензитет депресивности	комплетна породица	12,20	10,40	8,810	,003	,031
	некомплетна породица	16,27	10,58			
	цео узорак	13,41	10,60			

Применом χ^2 теста нису регистроване статистички значајне разлике у учесталости присуства било суицидалне идеације било суицидалног понашања међу испитаницима мушког и женског пола (Табела 7).

Табела 7. Расподела присуства суицидалне идеације и суицидалног понашања у односу на пол

	суицидална идеација	
пол	није присутна	Присутна
мушки	87 (46,0%)	39 (43,3%)
женски	102 (54,0%)	51 (56,7%)
	суицидално понашање	
пол	није присутно	Присутно
мушки	112 (47,3%)	14 (33,3%)
женски	125 (52,7%)	28 (66,7%)

Суицидална идеација и суицидално понашање били су статистички значајно чешће присутни код испитаника који потичу из некомплетних породица (Табела 8).

Табела 8. Расподела присуства суицидалне идеације и суицидалног понашања у односу на породични статус

	суицидална идеација		
породица	није присутна	Присутна	поређење
Комплетна	141 (74,6%)	55 (61,6%)	$\chi^2(1, N=279)=5,301, p=0,021$
Некомплетна	48 (25,4%)	35 (38,9%)	
	суицидално понашање		
породица	није присутно	Присутно	поређење
Комплетна	174 (74,4%)	22 (52,4%)	$\chi^2(1, N=279)=7,555, p=0,006$
Некомплетна	63 (26,6%)	20 (47,6%)	

Просечне године старости и број година школовања нису се значајно разликовале међу испитаницима код којих су присутни било суицидална идеација, било суицидално понашање, и оних код којих ове појаве нису регистроване (Табела 9).

Табела 9. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у годинама старости и школовања у односу на присуство суицидалне идеације и суицидалног понашања

		дескриптивна статистика	Поређење
--	--	--------------------------------	-----------------

варијабла	група (суицидална идеација)	M	σ	F	p	η^2
године старости	није присутна	19,17	1,83	,089	,765	,000
	присутна	19,11	1,71			
	цео узорак	19,15	1,79			
укупни број година школовања	није присутна	12,09	1,75	,150	,699	,001
	присутна	12,01	1,57			
	цео узорак	12,06	1,69			
варијабла	група (суицидално понашање)	M	σ	F	p	η^2
године старости	није присутно	12,02	1,69	2,650	,105	,009
	присутно	12,30	1,67			
	цео узорак	12,06	1,69			
укупни број година школовања	није присутно	19,08	1,79	1,002	,318	,004
	присутно	19,57	1,72			
	цео узорак	19,15	1,79			

Адолесценткиње су, у просеку, имале благо већи број негативних животних догађаја (мала величина ефекта). За подскеале афективног везивања, нису пронађене значајне разлике по полу. За подскалу емоционалне регулације која се односи на поновну когнитивну процену, такође нису пронађене значајне разлике, док су на подскали која се односи на супресију експресије испитаници мушког пола имали, у просеку, више скорове, са средњом величином ефекта (Табела 10).

Табела 10. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика по полу за број негативних животних догађаја, подскеале афективног везивања и емоционалне регулације

		дескриптивна статистика		Поређење		
варијабла	група	M	σ	F	p	η^2
број негативних животних догађаја	мушки	3,50	2,38	16,602	,000	,068
	женски	4,71	2,37			
	цео узорак	4,16	2,45			
афективно везивање за мајку	мушки	93,91	16,55	3,649	,057	,016
	женски	89,11	22,26			
	цео узорак	91,25	20,02			
афективно везивање за оца	мушки	83,65	21,15	3,649	,057	,016
	женски	80,80	24,10			
	цео узорак	82,12	22,79			
афективно везивање за вршњаке	мушки	90,80	17,94	1,557	,213	,007
	женски	93,80	19,57			

	цео узорак	92,45	18,87			
поновна когнитивна процена	мушки	25,72	7,43	0,325	,569	,001
	женски	25,72	8,74			
	цео узорак	25,72	8,16			
супресија експресије	мушки	15,60	5,50	5,043	,026	,022
	женски	14,11	5,45			
	цео узорак	14,78	5,51			

У погледу димензија темперамента и карактера, разлике по полу су регистроване једино на димензији сарадљивости, где се показало да адолесценткиње имају у просеку више скорове, са средњом величином ефекта. На осталим димензијама темперамента и карактера, нису уочене значајне полне разлике (Табела 11).

Табела 11. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика по полу за димензије темперамента и карактера

		дескриптивна статистика		поређење		
варијабла	група	М	σ	F	p	η ²
потрага за новим	мушки	105,38	16,04	,274	,601	,001
	женски	104,60	15,73			
	цео узорак	104,95	15,84			
избегавање казне	мушки	102,14	21,54	,643	,423	,003
	женски	104,14	17,95			
	цео узорак	103,25	19,61			
зависност од награде	мушки	159,69	14,14	,622	,431	,003
	женски	162,05	13,07			
	цео узорак	161,00	13,58			
истрајност	мушки	105,99	20,91	,974	,325	,004
	женски	108,73	23,45			
	цео узорак	107,51	22,35			
самоусмереност	мушки	122,04	20,10	,602	,439	,003
	женски	123,28	19,32			
	цео узорак	122,73	19,64			
сарадљивост	мушки	122,70	15,61	5,137	,024	,022
	женски	128,66	16,07			
	цео узорак	126,00	16,11			
самотрансцедентност	мушки	71,64	14,08	,663	,416	,003
	женски	70,73	15,66			
	цео узорак	71,14	14,95			

Испитаници из некомплетних породица имали су у просеку више негативних животних догађаја, и у просеку ниже скорове на подскали афективног везивања за оца у

односу на испитанике из комплетних породица, са јаком величином ефекта у оба случаја. У погледу осталих подскала афективног везивања, као и подскала емоционалне регулације, нису регистроване статистички значајне разлике (Табела 12).

Табела 12. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у броју негативних животних догађаја, подскалама афективног везивања и емоционалне регулације у односу на породични статус

варијабла	група	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η^2
број негативних животних догађаја	комплетна породица	3,70	2,20	13,834	,000	,058
	некомплетна породица	5,03	2,46			
	цео узорак	4,00	2,32			
афективно везивање за мајку	комплетна породица	93,05	19,74	1,829	,178	,008
	некомплетна породица	88,90	17,65			
	цео узорак	92,12	19,34			
афективно везивање за оца	комплетна породица	84,55	22,91	6,002	,015	,026
	некомплетна породица	75,74	21,56			
	цео узорак	82,58	22,87			
афективно везивање за вршњаке	комплетна породица	92,97	19,34	,025	,873	,000
	некомплетна породица	93,45	16,06			
	цео узорак	93,08	18,63			
поновна когнитивна процена	комплетна породица	26,00	7,28	,636	,426	,003
	некомплетна породица	25,01	9,15			
	цео узорак	25,78	7,73			
супресија експресије	комплетна породица	15,07	5,71	,772	,380	,003
	некомплетна породица	14,29	5,28			
	цео узорак	14,90	5,61			

Испитаници који потичу из комплетних и некомплетних породица нису се међусобно статистички значајно разликовали на димензијама темперамента и карактера, као што је приказано у наредној табели.

Није утврђена значајна корелација броја негативних животних догађаја са годинама узраста, нити са укупним годинама образовања (Табела 13).

Табела 13. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика за димензије темперамента и карактера у односу на породични статус

		дескриптивна статистика		Поређење		
Варијабла	група	М	σ	F	p	η^2_p
потрага за новим	комплетна породица	104,75	16,09	,024	,876	,000
	некомплетна	104,35	15,88			
	цео узорак	104,66	16,01			
избегавање казне	комплетна породица	103,25	19,52	,017	,898	,000
	некомплетна породица	102,84	21,86			
	цео узорак	103,16	20,02			
зависност од награде	комплетна породица	160,33	13,24	,268	,605	,001
	некомплетна породица	161,45	14,43			
	цео узорак	160,58	13,49			
истрајност	комплетна породица	107,85	22,69	,266	,607	,001
	некомплетна породица	106,00	22,35			
	цео узорак	107,43	22,58			
самоусмереност	комплетна породица	123,06	20,15	,000	,988	,000
	некомплетна породица	123,01	18,92			
	цео узорак	123,05	19,84			
сарадљивост	комплетна породица	125,97	15,15	,178	,674	,001
	некомплетна породица	124,90	18,86			
	цео узорак	125,73	16,02			
самотрансцедентност	комплетна породица	71,11	15,30	,109	,741	,000
	некомплетна породица	71,90	13,99			
	цео узорак	71,28	14,99			

Године старости и укупан број година школовања су, очекивано, биле високо повезане, с обзиром да су испитаници у касном адолесцентном периоду, који се повезује са завршетком средње школе и започетим периодом школовања на факултетима и високим школама. Подскала афективног везивања за оца показала је негативну повезаност, ниског интензитета, са годинама старости (и школовања). Додатно, у погледу међусобне повезаности подскала афективног везивања, види се да су афективно везивање за оца и за мајку у корелацији средњег интензитета, док је афективно везивање за вршњаке у корелацији ниског интензитета са афективним везивањем за оба родитеља (Табела 14).

Табела 14. Корелације подскала афективног везивања са годинама старости и укупним годинама образовања

	године старости	укупан број година школовања	афективно везивање за мајку	афективно везивање за оца	афективно везивање за вршњаке
године старости	—	0,80^{***}	-0,01	-,18^{***}	-0,09
укупан број година школовања		—	0,00	-,13^{***}	-0,01
афективно везивање за мајку			—	,36^{***}	0,22^{***}
афективно везивање за оца				—	0,21^{**}
афективно везивање за вршњаке					—

* - корелација значајна на нивоу 0,05

** - корелација значајна на нивоу 0,01

Подскале емоционалне регулације (поновна когнитивна процена и супресија експресије) нису биле статистички значајно повезане са годинама старости (и школовања), а међусобно су биле у негативној корелацији, ниског интензитета (Табела 15).

Табела 15. Корелације подскала емоционалне регулације са годинама старости и укупним годинама образовања

	године старости	укупан број година школовања	поновна когнитивна процена	супресија експресије
--	-----------------	------------------------------	----------------------------	----------------------

године старости	—	0,80**	0,02	-0,00
укупан број година школовања		—	0,07	-0,02
поновна когнитивна процена			—	-0,18**
супресија експресије				—

* - корелација значајна на нивоу 0,05

** - корелација значајна на нивоу 0,01

Скор на димензији избегавања казне био је у статистички значајној корелацији са годинама старости, али је реч о повезаности врло ниског интензитета. Додатно, утврђена је негативна повезаност, умереног интензитета, између две димензије темперамента – истрајности и избегавања казне (Табела 16).

Табела 16. Корелације димензија темперамента са годинама старости и укупним годинама образовања

	године старости	укупан број година школовања	потрага за новим	избегавање казне	зависност од награде	истрајност
године старости	—	0,80**	-0,03	0,18**	0,07	-0,07
укупан број година школовања		—	0,07	-0,02	0,10	-0,03
потрага за новим			—	-0,29**	0,10	-0,10
избегавање казне				—	-0,08	-0,45**
зависност од награде					—	0,10
истрајност						—

* - корелација значајна на нивоу 0,05

** - корелација значајна на нивоу 0,01

Године старости и школовања нису значајно корелирале са димензијама карактера. Додатно, две димензије карактера (сарадљивост и самотрансцендентност) биле су у статистички значајној позитивној корелацији, али веома ниског интензитета (Табела 17).

Табела 17. Корелација димензија карактера са годинама старости и укупним годинама образовања

	године старости	укупан број година школовања	самоусмереност	сарадљивост	самотрансцендентност
године старости	—	0,80	-0,09	0,00	-0,10
укупан број година школовања		—	-0,03	0,03	-0,09
самоусмереност			—	,237	-0,09
сарадљивост				—	0,19
самотрансцендентност					—

* - корелација значајна на нивоу 0,05

** - корелација значајна на нивоу 0,01

8.3. Повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством депресивног поремећаја

У следећем одељку, приказане су разлике у негативним животним догађајима, емоционалној регулацији, афективном везивању за родитеље и вршњаке, и димензијама личности између адолесцената са дијагнозом депресивног поремећаја, адолесцената са дијагнозом другог менталног поремећаја и оних без дијагнозе менталних поремећаја, уз контролу социодемографских корелата, односно конфундирајућих варијабли.

Пронађене су статистички значајне разлике између адолесцената са депресивним поремећајем, адолесцената са другим менталним поремећајима и оних без дијагнозе менталних поремећаја у броју негативних животних догађаја и вредностима на све три подскеле афективног везивања и обе подскеле емоционалне регулације. Значајност међусобних разлика између група је даље испитана *post-hoc* тестовима (Bonferroni).

У погледу броја негативних животних догађаја, све три групе се међусобно значајно разликују – испитаници са депресивним поремећајем су имали, у просеку, највећи број негативних животних догађаја, потом следе испитаници са другим поремећајима, док су испитаници из здраве контролне групе имали најмањи број негативних животних догађаја.

Адолесценти са депресивним поремећајем имали су, с једне стране, просечно ниже скорове на скали афективног везивања за мајку у односу на адолесценате са другим поремећајима и контролну групу са друге стране. У односу на афективно везивање за оца, адолесценти са депресивним поремећајем имали су најниже скорове на тој скали, потом следе адолесценти са другим поремећајима, док су адолесценти без психијатријске дијагнозе имали у просеку највише скорове на овој подскали. Адолесценти са менталним поремећајима (депресивним и другим) имали су ниже вредности на подскали афективног везивања за вршњаке, у односу на адолесценате из здраве контролне групе. Величина ефекта за све наведене разлике у подскалама афективног везивања је на нивоу умерене.

Што се тиче емоционалне регулације, адолесценти са депресивним поремећајем имали су најниже просечне скорове на подскали поновне когнитивне процене, затим следе адолесценти са другим поремећајима, а адолесценти из здраве контролне групе

имају просечно највише скорове на овој подскали, са умереном величином ефекта. Са друге стране, депресивни адолесценти имали су маргинално значајно више скорове на подскали супресије експресије од адолесцената са другим психијатријским поремећајима, и значајно више од адолесцената из здраве контролне групе (мала величина ефекта), док се ове две последње наведене групе нису међусобно значајно разликовале у скоровима супресије експресије (Табела 18).

Табела 18. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у броју негативних животних догађаја, подскалама афективног везивања и емоционалне регулације у односу на припадност групи у истраживању

варијабла	група	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η^2
број негативних животних догађаја	депресивни поремећаји	4,95	2,50	13,248	,000	,107
	други поремећаји	4,03	2,21			
	здраве контроле	3,11	1,90			
	цео узорак	4,00	2,32			
афективно везивање за мајку	депресивни поремећаји	81,84	18,78	16,937	,000	,133
	други премећаји	96,80	17,08			
	здраве контроле	96,73	18,53			
	цео узорак	92,12	19,34			
афективно везивање за оца	депресивни поремећаји	71,80	19,97	18,056	,000	,140
	други поремећаји	78,64	23,14			
	здраве контроле	95,93	18,27			
	цео узорак	82,58	22,87			
афективно везивање за вршњаке	депресивни поремећаји	85,29	18,79	13,784	,000	,111
	други поремећаји	91,06	17,60			
	здраве контроле	101,93	15,76			
	цео узорак	93,08	18,63			
поновна когнитивна процена	депресивни поремећаји	21,23	7,57	25,831	,000	,189
	други поремећаји	26,38	7,72			
	здраве контроле	29,22	5,71			
	цео узорак	25,78	7,73			
супресија експресије	депресивни поремећаји	16,63	5,94	5,301	,006	,046
	други поремећаји	14,32	5,70			
	здраве контроле	13,92	4,89			
	цео узорак	14,90	5,61			

На три од четири димензије темперамента и све три димензије карактера, нађене су значајне разлике између група адолесцената у односу на присуство депресивног поремећаја, које су, поново, даље испитане post-hoc тестовима (Bonferroni).

На димензији избегавања казне, све три групе међусобно су се значајно разликовале, са малом величином ефекта; испитаници са депресивним поремећајем имали су просечно највише скорове, затим следе испитаници са другим менталним поремећајима, а најниже скорове имали су испитаници из здраве контролне групе.

Адолесценти са депресивним поремећајем имали су ниже скорове на димензији зависности од награде од адолесцената из здраве контролне групе (са малом величином ефекта), док се адолесценти са другим менталним поремећајима на овој димензији не разлику значајно од остале две групе.

На димензији истрајности, све три групе међусобно су се значајно разликовале, са умереном величином ефекта. Адолесценти из здраве контролне групе имали су, у просеку, највише скорове, у средини су адолесценти са другим менталним поремећајима, а најниже скорове на димензији истрајности имали су адолесценти са депресивним поремећајем.

У погледу димензије самоусмерености, адолесценти са депресивним поремећајем имали су значајно ниже скорове, са умереном величином ефекта, у односу на остале две групе, које се нису међусобно значајно разликовале.

На димензији сарадљивости, адолесценти са дијагнозом менталног поремећаја (депресивног или другог) имали су ниже скорове од адолесцената из здраве контролне групе, са малом величином ефекта. Групе у односу на врсту менталног поремећаја нису се међусобно значајно разликовале на димензији сарадљивости.

Сличан резултат је регистрован и за димензију самотрансцендентности – обе групе испитаника са дијагнозом менталног поремећаја имају ниже скорове од испитаника из здраве контролне групе, са малом величином ефекта, а међусобно се не разликују значајно (Табела 19).

Табела 19. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у димензијама темперамента и карактера у односу на припадност групи у истраживању

		дескриптивна статистика	Поређење
--	--	----------------------------	----------

варијабла	група	M	σ	F	p	η^2
потрага за новим	депресивни поремећаји	105,57	16,86	,233	,792	,002
	други поремећаји	103,23	15,06			
	здраве контроле	105,22	16,24			
	цео узорак	104,66	16,01			
избегавање казне	депресивни поремећаји	113,38	19,97	16,355	,000	,129
	други поремећаји	103,42	17,69			
	здраве контроле	93,83	17,77			
	цео узорак	103,16	20,02			
зависност од награде	депресивни поремећаји	155,56	14,03	8,295	,000	,070
	други поремећаји	162,97	13,44			
	здраве контроле	162,75	11,92			
	цео узорак	160,58	13,49			
истрајност	депресивни поремећаји	94,74	23,36	27,791	,000	,201
	други поремећаји	107,15	19,71			
	здраве контроле	118,97	18,12			
	цео узорак	107,43	22,58			
самоусмереност	депресивни поремећаји	112,52	17,76	18,509	,000	,143
	други поремећаји	124,58	20,17			
	здраве контроле	130,93	17,20			
	цео узорак	123,05	19,84			
сарадљивост	депресивни поремећаји	121,32	17,07	3,307	,038	,029
	други поремећаји	127,70	15,92			
	здраве контроле	127,76	14,48			
	цео узорак	125,73	16,02			
самотрансцедентност	депресивни поремећаји	67,49	13,23	6,378	,002	,055
	други поремећаји	69,81	15,32			
	здраве контроле	76,07	15,06			
	цео узорак	71,28	14,99			

8.4. Повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством суицидалне идеације и суицидалног понашања

Прегледом Табеле 20, може се видети да су испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне идеације имали, у просеку, већи број негативних животних догађаја, ниже скорове на подскалама афективног везивања за мајку, оца и вршњаке, као и више скорове на подскали супресије експресије, у односу на испитанике код којих није регистровано присуство суицидалне идеације. Све наведене разлике биле су на нивоу мале величине ефекта. Најизраженија разлика, на нивоу умерене величине ефекта, добијена је на подскали поновне когнитивне процене, у смислу да су испитаници код којих је присутна суицидна идеација имају значајно ниже скорове.

Табела 20. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у броју негативних животних догађаја, подскалама афективног везивања и емоционалне регулације у односу на присуство суицидалне идеације

		дескриптивна статистика		Поређење		
варијабла	група (суицидна идеација)	М	σ	F	p	η ²
број негативних животних догађаја	није присутна	3,57	2,00	17,074	,000	,071
	Присутна	4,98	2,70			
	цео узорак	4,00	2,32			
афективно везивање за мајку	није присутна	95,54	17,70	16,719	,000	,070
	Присутна	84,24	20,73			
	цео узорак	92,12	19,34			
афективно везивање за оца	није присутна	86,26	22,84	11,125	,001	,048
	Присутна	74,10	20,72			
	цео узорак	82,58	22,87			
афективно везивање за вршњаке	није присутна	96,35	18,20	16,273	,000	,068
	Присутна	85,55	17,49			
	цео узорак	93,08	18,63			
поновна когнитивна процена	није присутна	27,43	6,88	24,937	,000	,101
	Присутна	21,97	8,26			
	цео узорак	25,78	7,73			
супресија експресије	није присутна	14,35	5,40	5,258	,023	,023
	Присутна	16,15	5,93			
	цео узорак	14,90	5,61			

Значајне разлике у односу на присуство суицидалне идеације пронађене су на три од четири димензије темперамента и две од три димензије карактера.

У погледу димензија темперамента, испитаници код којих је била присутна суицидна идеација имали су више скорове на димензијама избегавања казне (умерена величина ефекта) и ниже скорове на димензијама истрајности (умерена величина ефекта) и зависности од награде (мала величина ефекта) од испитаника код којих суицидна идеација није била присутна. На димензији потраге за новим, разлике нису биле статистички значајне.

У односу на димензије карактера, показало се да су испитаници са присуством суицидалне идеације имали ниже скорове на димензији самоусмерености, са умереном величином ефекта, као и на димензији сарадљивости, са малом величином ефекта. На димензији самотрансцендентности, нису утврђене значајне разлике (Табела 21).

Табела 21. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у димензијама темперамента и карактера у односу на присуство суицидалне идеације

		дескриптивна статистика		Поређење		
варијабла	група (суицидна идеација)	М	σ	F	p	η^2
потрага за новим	није присутна	105,19	16,48	,526	,469	,002
	присутна	103,43	14,92			
	цео узорак	104,66	16,01			
избегавање казне	није присутна	97,92	18,30	43,191	,000	,163
	присутна	115,23	18,66			
	цео узорак	103,16	20,02			
зависност од награде	није присутна	162,70	12,66	14,421	,000	,061
	присутна	155,71	14,18			
	цео узорак	160,58	13,49			
истрајност	није присутна	112,55	20,43	28,680	,000	,114
	присутна	95,65	23,02			
	цео узорак	107,43	22,58			
самоусмереност	није присутна	127,84	19,51	34,316	,000	,134
	присутна	112,01	15,88			
	цео узорак	123,05	19,84			

сарадљивост	није присутна	127,65	16,44	6,948	,009	,030
	присутна	121,31	14,13			
	цео узорак	125,73	16,02			
самотрансцедентност	није присутна	72,46	15,03	3,322	,070	,015
	присутна	68,57	14,65			
	цео узорак	71,28	14,99			

Испитаници са и без присуства суицидалног понашања на сличан начин су се међусобно разликовали као и они са без присуства суицидалне идеације. Наиме, адолесценти код који је било присутно суицидално понашање су имали значајно ниже скорове на подскали поновне когнитивне процене, са умереном величином ефекта, од оних код којих није регистровано присуство суицидалног понашања. Поред овога, имали су, у просеку, и већи број негативних животних догађаја, ниже скорове на подскалама афективног везивања за мајку, оца и вршњаке, као и више скорове на подскали супресије експресије, у односу на испитанике код којих није регистровано присуство суицидалне идеације, све са малом величином ефекта (Табела 22).

Табела 22. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у броју негативних животних догађаја, подскалама афективног везивања и емоционалне регулације у односу на присуство суицидалног понашања

		дескриптивна статистика		Поређење		
варијабла	група (суицидално понашање)	М	σ	F	p	η ²
број негативних животних догађаја	није присутно	3,73	2,15	16,487	,000	,069
	присутна	5,73	2,70			
	цео узорак	4,00	2,32			
афективно везивање за мајку	није присутно	93,63	18,99	7,951	,005	,035
	присутно	82,13	18,91			
	цео узорак	92,12	19,34			
афективно везивање за оца	није присутно	85,00	22,41	13,658	,000	,058
	присутно	66,63	19,41			
	цео узорак	82,58	22,87			
афективно везивање за вршњаке	није присутно	94,35	17,93	6,623	,011	,029
	присутно	84,66	21,14			
	цео узорак	93,08	18,63			
поновна	није присутно	26,76	7,22	27,023	,000	,109

когнитивна процена	присутно	19,26	7,95			
	цео узорак	25,78	7,73			
супресија експресије	није присутно	14,68	5,59	2,946	,087	,013
	присутно	16,33	5,63			
	цео узорак	14,90	5,61			

Адолесценти код којих је било присутно суицидално понашање имали су значајно више скорове на димензији избегавања казне, као и значајно ниже скорове на димензијама истрајности и сарадљивости, у сва три случаја са малом величином ефекта. На осталим димензијама темперамента (потрага за новим, зависност од награде) и карактера (самоусмереност, самотрансцедентност), нису добијене значајне разлике у односу на присуство суицидалног понашања (Табела 23).

Табела 23. Дескриптивна статистика и поређење значајности разлика у димензијама темперамента и карактера у односу на присуство суицидалног понашања

		дескриптив на статистика		Поређење		
варијабла	група (суицидално понашање)	М	σ	F	p	η^2_p
потрага за новим	није присутно	104,29	16,03	1,069	,302	,005
	присутно	107,10	15,96			
	цео узорак	104,66	16,01			
избегавање казне	није присутно	101,29	19,48	12,152	,001	,052
	присутно	115,50	19,46			
	цео узорак	103,16	20,02			
зависност од награде	није присутно	161,01	13,32	1,955	,163	,009
	присутно	157,80	14,53			
	цео узорак	160,58	13,49			
истрајност	није присутно	109,04	22,06	7,204	,008	,031
	присутно	96,86	23,51			
	цео узорак	107,43	22,58			
самоусмереност	није присутно	125,03	19,54	15,424	,000	,065
	присутно	110,03	16,95			
	цео узорак	123,05	19,84			
сарадљивост	није присутно	126,16	15,95	1,256	,264	,006
	присутно	122,90	16,40			
	цео узорак	125,73	16,02			
самотрансцедентност	није присутно	71,41	15,61	,031	,861	,000
	присутно	70,43	10,15			
	цео узорак	71,28	14,99			

8.5. Предиктивни модели

У овом делу текста, приказана је могућност предикције интензитета депресивности и присуства суицидалне феноменологије на основу димензија темперамента и карактера, подскеала афективног везивања и негативних животних догађаја.

Формиран је модел хијарархијске линеарне регресије, са интензитетом депресивности као критеријумском варијаблом и предикторским варијаблама подељеним у четири блока, на следећи начин. Први блок чиниле су димензије темперамента, други блок подскеале афективног везивања, трећи се односи на број негативних животних догађаја, док су у четвртном укључене димензије карактера. Укупни модел био је статистички значајан и објашњавао је 45,4% варијансе, што је приказано у Табели 24.

Прва три блока предикторских варијабли су се показала значајним. Највећи допринос објашњењу варијансе интензитета депресивности имале су димензије темперамента, са 32,2%. Подскеале афективног везивања објашњавале су релативно мали део варијансе (6,9%), али је њихов допринос био значајан. Број негативних животних догађаја се, такође, показао као значајан предиктор интензитета депресивности, са 5,8% варијансе коју је објашњавао. Димензије карактера, са друге стране, нису значајно доприносиле предикцији интензитета депресивности (Табела 24).

Табела 24. Параметри хијерархијског регресионог модела интензитета депресивности

модел по блоковима	R ²	SE	F	p	R ² промена	F за промену	p за промену F
1	,322	8,732	26,509	,000	,322	26,509	,000
2	,391	8,330	20,217	,000	,069	8,339	,000
3	,450	7,939	22,381	,000	,058	23,229	,000
4	,454	7,964	16,319	,000	,004	,534	,659

У наредној табели 25 приказани су предикторски ефекти појединачних варијабли укључених у модел. Према приказаним резултатима, види се да су две

варијабле са највећим предикторским ефектом за интензитет депресивности димензија темперамента – избегавање казне, и број негативних животних догађаја; у оба случаја, реч је о директној повезаности. Интензитет депресивности био је директно повезан и са димензијом потраге за новим, и инверзно повезан са димензијом зависност од награде. Од подскала афективног везивања, једино је подскала везивања за вршњаке била значајан предиктор интензитета депресивности, у смислу инверзне повезаности.

Могућност предикције присуства суицидалне феноменологије (односно суицидалне идеације и суицидалног понашања) испитана је каноничком дискриминационом анализом, са димензијама темперамента и карактера, подскалама афективног везивања и бројем негативних животних догађаја као предикторским варијаблама.

За присуство суицидалне идеације, каноничком дискриминационом анализом утврђена је једна значајна дискриминативна функција ($r=0,52$, $\chi^2(4)=70,498$, $p=0,000$).

Табела 25. Коначни предикторски модел хијерархијске линеарне регресије интензитета депресивности

	В	Т	Р
потрага за новим	,128	1,972	,050
избегавање казне	,252	3,175	,002
зависност од награде	-,157	-2,501	,013
истрајност	-,168	-2,462	,015
афективно везивање за мајку	-,057	-,975	,331
афективно везивање за оца	-,095	-1,507	,133
афективно везивање за вршњаке	-,119	-1,976	,049
број негативних животних догађаја	,275	4,833	,000
самоусмереност	-,039	-,459	,646
сарадљивост	,085	1,258	,210
самотрансцендентност	-,009	-,159	,874

Прегледом Табеле 26, може се видети да само четири предикторске варијабле доприносе значајно изградњи ове функције – број негативних животних догађаја и три димензије темперамента (избегавање казне, зависност од награде, истрајност).

Табела 26. Стандардизовани коефицијенти каноничке дискриминационе функције за присуство суицидалне идеације

варијабле	функција 1
број негативних животних догађаја	,454
избегавање казне	,558
зависност од награде	-,394
истрајност	-,374

Варијабле које имају највеће корелације са добијеном дискриминационом функцијом су избегавање казне (директна повезаност), као и истрајност и самоусмереност (инверзна повезаност). На умереном – ка јаком – нивоу, и број негативних животних догађаја је повезан са дискриминационом функцијом. Подскеле афективног везивања имале су умерену инверзну повезаност са дискриминационом функцијом (Табела 27).

Табела 27. Коефицијенти структуре каноничке дискриминационе функције за присуство суицидалне идеације

	функција 1
избегавање казне	,713
истрајност	-,603
самоусмереност	-,548
број негативних животних догађаја	,479
афективно везивање за оца	-,404
афективно везивање за вршњаке	-,388
афективно везивање за мајку	-,352
сарадљивост	-,324
самотрансцедентност	-,187
потрага за новим	-,186

Из Табеле 28 види се да се положији група испитаника са и без присуства суицидалне идеације на добијеној каноничкој дискриминационој функцији разликују за 1,3 стандардне девијације.

Табела 28. Центроиди група на каноничкој дискриминационе функцији за присуство суицидалне идеације

група	функција 1
нема суицидну идеацију	-,399
има суицидну идеацију	,919

На основу добијене функције, укупно 81,3% испитаника је коректно класификовано у групе, што је приказано у Табели 29.

При предикцији присуства суицидалног понашања, каноничком дискриминационом анализом утврђена је једна значајна дискриминативна функција ($r=0,37$, $\chi^2(3)=34,815$, $p=0,000$).

Табела 29. Класификација испитаника у групу на основу каноничке дискриминационе функције за присуство суицидалне идеације

стварни статус		класификовани као	
		нема суицидалне идеације	има суицидалне идеације
нема идеације	суицидалне	91,6%	8,4%
има идеације	суицидалне	42,5%	57,5%

Из Табеле 30, види се да само три предикторске варијабле доприносе значајно изградњи дискриминационе функције – број негативних животних догађаја и избегавање казне (директна повезаност) и афективно везивање за оца (инверзна повезаност).

Табела 30. Стандардизовани коефицијенти каноничке дискриминационе функције за присуство суицидалног понашања.

варијабле	функција 1
број негативних животних догађаја	,546
афективно везивање за оца	-,412
избегавање казне	,514

Варијабле које имају највише корелације са добијеном дискриминационом функцијом (Табела 31) су број негативних животних догађаја и избегавање казне (директна повезаност), као и афективно везивање за оца и самоусмереност (инверзна повезаност).

Афективно везивање за мајку и вршњаке, као и истрајност, показали су умерене инверзне повезаности са функцијом.

Табела 31. Коефицијенти структуре каноничке дискриминационе функције за присуство суицидалног понашања.

	функција 1
број негативних животних догађаја	,741
афективно везивање за оца	-,690
избегавање казне	,605
самоусмереност	-,529
афективно везивање за мајку	-,397
истрајност	-,366
афективно везивање за вршњаке	-,290
зависност од награде	-,158
сарадљивост	-,142
самотрансцедентност	-,075
потрага за новим	-,029

Положаји двеју група на добијеној каноничкој дискриминативној функцији разликују за тек нешто више од једне стандардне девијације (Табела 32).

Табела 32. Центроиди група на каноничкој дискриминационој функцији за присуство суицидалног понашања.

група	функција 1
нема суицидалног понашања	-,159
има суицидалног понашања	1,048

На основу добијене функције, укупно 87,4% испитаника је коректно класификовано у групе у односу на присуство суицидалног понашања (Табела 33).

Табела 33. Класификација испитаника у групу на основу каноничке дискриминационе функције за присуство суицидалног понашања.

стварни статус	класификовани као	
	нема суицидалног понашања	има суицидалног понашања
нема суицидалног понашања	97,5%	2,5%
има суицидалног понашања	80%	20%

8.6. Медијациона анализа

У последњем делу приказа резултата, приказани су медијаторски ефекти варијабли емоционалне регулације на везу интензитета депресивности и присуства суицидалне феноменологије, с једне стране, и релевантних предикторских варијабли, са друге стране, уз контролу социодемографских, односно конфундирајућих варијабли.

Обављеном анализом, утврђени су значајни медијациони ефекти афективне регулације. Највећи медијациони ефекат подскала поновне когнитивне процене имала је у вези између броја негативних животних догађаја и интензитета депресивности. Што се тиче димензија темперамента, подскала поновне когнитивне процене показала се као значајан медијатор између димензија избегавања казне и истрајности, с једне стране, и интензитета депресивности, са друге стране. У случају везе димензије зависности од награде, обе подске афективне регулације – и поновна когнитивна процена и супресија експресије – показале су значајан медијаторски ефекат, с тим што је ефекат значајно израженији за подскалу поновне когнитивне процене. Подске емоционалне регулације нису имале значајну медијаторску улогу у вези између димензије потраге за новим и интензитета депресивности (Табела 34).

Табела 34. Медијаторске улоге афективне регулације у вези између релевантних предиктора и интензитета депресивности

предикторске варијабле	медијаторске варијабле	директни ефекат	индиректни ефекат
број негативних животних догађаја	поновна когнитивна процена	1,360	,4099
избегавање казне	поновна когнитивна процена	,1398	,0673
зависност од награде	поновна когнитивна процена	-,0644	-,0901
	супресија експресије		-,0225
истрајност	поновна когнитивна процена	-,1317	-,0459

Подскала поновне когнитивне процене показала је значајну медијаторску улогу и у вези између броја негативних животних догађаја и димензије избегавања казне, с једне стране, и присуства суицидалне идеације са друге стране (Табела 35).

Статистички значајни, али врло мали медијациони ефекти поновне когнитивне процене добијени су и у вези између димензија зависности од награде, с једне, и присуства суицидалне идеације са друге стране.

Подскала супресије експресије није показала значајну медијаторску улогу у вези између наведених предиктора и присуства суицидалне идеације.

Табела 35. Медијаторске улоге афективне регулације у вези између релевантних предиктора и присуства суицидалне идеације

предикторске варијабле	медијаторске варијабле	директни ефекат	индиректни ефекат
број негативних животних догађаја	поновна когнитивна процена	,2201	,0731
избегавање казне	поновна когнитивна процена	,0441	,0121
зависност од награде	поновна когнитивна процена	-,0294	-,0157
истрајност	поновна когнитивна процена	-,0282	-,0086

Прегледом Табеле 36, види се да је подскала поновне когнитивне процене показала значајан медијациони ефекат у вези између броја негативних животних догађаја и присуства суицидалног понашања.

Статистики значајан, али врло мали ефекат добијен је и за повезаност између афективног везивања за оца и присуства суицидалног понашања.

Подскале емоционалне регулације нису имале значајну медијаторску улогу у вези између димензије избегавања казне и присуства суицидалног понашања (Табела 36).

Табела 36. Медијаторске улоге афективне регулације у вези између релевантних предиктора и присуства суицидалног понашања

предикторске варијабле	медијаторске варијабле	директни ефекат	индиректни ефекат
број негативних животних догађаја	поновна когнитивна процена	,2765	,0984

афективно везивање за оца	поновна когнитивна процена	-,0269	-,0115
------------------------------	-------------------------------	--------	--------

9. ДИСКУСИЈА

9.1. Фактори ризика за настанак депресивног поремећаја у адолесценцији

Наше истраживање довело је у везу негативне животне догађаје, емоционалну регулацију, афективно везивање за родитеље и вршњаке и димензије личности, с једне стране, са депресивним поремећајем, суицидалном идеацијом и понашањем код адолесцената, са друге стране. Пол, узраст, године школовања и породични статус су у нацрту нашег истраживања третирани као потенцијалне конфундирајуће варијабле, тако да добијене разлике у зависним и независним варијаблама у односу на њих неће бити посебно дискутоване.

У дискусији, прво ће бити размотрена веза депресивног поремећаја и суицидалне феноменологије у адолесценцији са негативним животним догађајима, а потом са афективним везивањем и димензијама темперамента.

На крају ће бити размотрена веза депресивног поремећаја и суицидалне феноменологијом у адолесценцији са емоционалном регулацијом, као и медијациона улога емоционалне регулације у претходно наведеним везама.

9.2. Утицај негативних животних догађаја на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији

Резултати нашег истраживања показали су да адолесценти са депресивним поремећајима имају већи број негативних животних догађаја током живота у односу на адолесцените са другим психијатријским поремећајима и на здраве контроле.

Адолесценти са дијгнозом депресивног поремећаја имали су у просеку око пет негативних животних догађаја до тренутка учествовања у истраживању, док су адолесценти са другим психијатријским поремећајима имали мањи број негативних животних догађаја, око четири животна догађаја, што је више у односу на здраве контроле које су у просеку имале око три негативна животна догађаја током живота.

Добијени резултати су у складу са многобројним досадашњим истраживањима који говоре о значајној улози негативних животних догађаја у настанку менталних поремећаја, а посебно о улози стресогених догађаја на настанак и развој депресивног поремећаја

(Costello, 1982; Lazarus et al., 1985; Aldwin et al., 1989; Paykel, 1994; Kessler, 1997 ; Paykel, 2003; Van Praag et al., 2004; Ying et al., 2007; Espejo et al., 2012; Kosutic et al., 2015; Asselmann et al., 2016).

Просечан број негативних животних догађаја који су доживели испитаници у нашем истраживању је приближан броју негативних животних догађаја који наводе аутори истраживања која су се бавила повезаношћу негативних животних догађаја и депресије у клиничкој популацији адолесцената (Romero et al., 2009).

Налаз који се односи на број негативних животних догађаја који смо добили у нашем истраживању приближно је сличан и са налазима добијеним у студији праћења у општој популацији, на великим узорцима (Mann et al., 2014) или донекле нижи (у просеку за око један) (Asselmann et al., 2016), што говори у прилог генерализабилности наших налаза и упоредивости са подацима из других друштава и култура.

Наши резултати показују да се све три групе испитаника у међусобно разликују у погледу просечног броја негативних животних догађаја, као и да је тај број највећи у групи адолесцената са депресивним поремећајем, што је у складу са налазима других истраживања која су поредила релативну улогу негативних животних догађаја у настанку депресивних у односу на анксиозне поремећаје током детињства и адолесценције (Williamson et al., 1995a; Williamson et al., 2005b; Mayer et al., 2008).

Наши налази у складу су и са налазима истраживања на одраслој популацији, у којима је показан значајан ефекат негативних животних догађаја на симптоме и ток депресивног поремећаја у поређењу са анксиозним поремећајима, чак и након контролисања социодемографских и клиничких карактеристика и црта личности (Paykel, 2003; Van Praag et al., 2004; Spinhoven et al., 2011).

Када је реч о утицају негативних животних догађаја на интензитет депресивности, према нашим резултатима број негативних животних догађаја се, такође, показао као значајан предиктор интензитета депресивности, са 5,8% варијансе коју је објашњавао.

Када се упореди са другим предикторским варијаблама коришћеним у нашем истраживању, овај ефекат се може чинити мањим у односу на ефекат димензија темперамента. Међутим, у предикторском блоку су се налазиле четири скале темперамента, тако да је релативни појединачни допринос сваке димензије темперамента, када се посматрају регресиони коефицијенти, на сличном нивоу као у случају димензије избегавања казне, а виши у случају преостале три димензије. Укупан ефекат негативних животних догађаја је на сличном нивоу као и ефекат афективног везивања (који су објашњавали 6,9% варијансе), али су у односу на појединачно посматране три скале афективног везивања регресиони коефицијенти за број негативних догађаја виши, тако да имају значајнији допринос предикцији.

Наши резултати у складу су са налазима о предикторском ефекту негативних животних догађаја, и када се контролишу други коваријати, између осталог разне и различите друге когнитивне медијаторске варијабле, као што је ниска копинг ефикасност (Asselmann et al., 2016).

Оно што показују претходна истраживања је да учесталост негативних животних догађаја пре развоја депресивне симптоматологије доводи до настанка депресивних поремећаја, односно да постоји повезаности са интензитетом депресивних симптома што говори у прилог добијеним резултатима у нашем истраживању (Mileviciute and Trujillo, 2013).

Када је реч о повезаности независних варијабли које се односе на суицидалност (суицидална идеација и суицидално понашање), испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне идеације и код којих је регистровано присуство суицидалног понашања имали су, у просеку, већи број негативних животних догађаја у односу на испитанике код којих није регистрована суицидалност.

Негативни животни догађаји су се, последично, показали као значајни предиктори оба суицидална феномена, с тим што је предикторска улога у односу на друге варијабле била донекле истакнутија него у случају предикције интензитета депресивности.

Наши резултати у складу су са ранијим налазима да негативни животни догађаји имају значајно место међу многобројним истраживаним факторима ризика за суицидалност у адолесценцији (Teicher, 2002; Bridge et al., 2006; Tanner et al., 2015) као и да су значајан предиктор суицидалног понашања у адолесценцији и када се контролишу различити други коваријати.

Према једном од ранијих истраживања, негативни животни догађаји су независно предвиђали суицидалност код адолесцената, када се контролише присуство психопатолошких симптома, чак и на нивоу предикције разлике између адолесцената који су покушали суицид и преживели и оних који су га комплетирали (Brent et al., 1993).

У другом истраживању, показало се да негативни животни догађаји предвиђају суицидалност адолесцената и након контроле коваријата као што су узраст, пол, психијатријски симптоми адолесцената и постојање психијатријског поремећаја код родитеља, као и да је њихов допринос чак истакнутији у касној у односу на рану адолесценцију (Johnson et al., 2002), што је такође у складу са нашим резултатима, с обзиром на просечан узраст испитаника у нашем истраживању.

Свеукупно, наши резултати говоре у прилог налаза да су негативни животни догађаји један од најробуснијих предиктора депресивности у адолесценцији, и да имају и директан и индиректан утицај, преко различитих медијаторских варијабли (Nishikawa et al., 2018), као и у прилог тезе да имају каузални однос са настанком депресивности у адолесценцији (Kendler et al., 1999).

9.3. Утицај афективног везивања на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији

Адолесценти са депресивним поремећајем у нашем истраживању показали су, свеукупно, нижу сигурност афективног везивања од адолесцената који немају дијагнозу депресивног поремећаја.

Када говоримо о афективном везивању за родитеље, наши резултати показују да су адолесценти са депресивним поремећајем имали несигурније афективно везивање за мајку у односу на друге две групе у истраживању, као и несигурније афективно везивање за оца од адолесцената са другим менталним поремећајима, који су, опет, имали несигурније везивање за оца у односу на адолесценате из здраве контролне групе.

Резултати нашег истраживања који се односе на афективно везивања за вршњаке, показују да добијене разлике нису биле специфичне за депресивни поремећај – обе групе адолесцената са психијатријским поремећајима имале су мање сигурно везивање за вршњаке у поређењу са здравом контролном групом. Све поменуте разлике добијене су на нивоу умерене величине ефекта.

Наши резултати указују на везу између сигурности афективног везивања и интензитета депресивности, односно сигурност афективног везивања била је и предиктор интензитета депресивности.

Све три скале заједно су у предикторском блоку објашњавале релативно мали део варијансе (6,9%), али је једини значајан предиктор била сигурност афективног везивања за вршњаке – сигурније везивање било је повезано са нижим интензитетом депресивности.

Добијени резултати су у складу да резултатима ранијих истраживања која су показача да је несигурно афективно везивање за родитеље предиктор каснијег развоја анксиозних и депресивних симптома (Sund and Wichstrom, 2002; Overbeek et al., 2003; Lee and Hankin, 2009), што значајно утиче на касније психосоцијално функционисање у одраслом животном добу (Raudino et al., 2013). Поред тога, несигурно афективно везивање за родитеље утиче и на квалитет афективног везивања за вршњаке (Ying et al., 2007).

Резултати ранијих истраживања нису конзистентни када је у питању утицај на ток и интензитет депресивних симптома. Нека истраживања показала су да је сигурност

афективног везивања предвиђала општи ниво симптома, односно интензитет депресије код адолесцената, али да није имала утицај на ток депресивног поремећаја (Allen et al., 2007), док је према другима директно предвиђала и интензитет и ток, када се контролише иницијални ниво симптома (Lee et al., 2009).

Све три подскеле афективног везивања, које су примењене у нашем истраживању су, такође, у претходним истраживањима у којима показале значајну повезаност са симптомима депресије у адолесценцији и без утицаја медијаторских ефеката когнитивних варијабли као што су атрибуциони стил или негативни закључци о себи (Smith et al., 2009).

У општем смислу, сигурност афективног везивања одражава базичну оријентацију индивидуе у односу на когнитивно и афективно процесирање емоционално високо шаржираних ситуација и у односу на капацитете за емоционалну регулацију уопште (Cummings and Davies, 1996).

Један од предложених специфичнијих механизма повезаности између афективног везивања и депресивности је да при суочавању са стресом, особе са сигурним афективним везивањем у односу на околину користе „хиперактивирајуће“ стратегије, које се ослањају на покушаје да се добије близина и подршка од блиских особа, док особе са несигурним везивањем више користе „деактивирајуће“ стратегије, при чему понашање усмеравају на повлачење и изолацију од средине. Коришћење хиперактивирајућих стратегија повезано је са симптомима анкисозности, док је коришћење деактивирајућих стратегија повезано са симптомима депресије (Shaver and Mikulincer, 2002; Mikulincer et al., 2003).

Подаци из литературе су неконзистентни и када је реч о односу важности афективног везивања за родитеље и вршњаке за функционисање у адолесцентом узрасту уопште, као и за развој психијатријских симптома, укључујући и депресивност.

Нека истраживања говоре да афективно везивање за родитеље има значајнију повезаност (Noom et al., 1999; Wilkinson and Walford, 2001; Agerup et al., 2015), или сугеришу већу улогу афективног везивања за мајку и романтичног партнера (што није био предмет нашег истраживања) него за оца и вршњаке у предикцији адолесценте депресивности (Margolese et al., 2005).

Други налази говоре о значајнијој улози везивања за вршњаке (Armsden et al., 1990; Laible et al., 2000).

Према истраживањима адолесценти који имају сигурно везивање и за вршњаке и за родитеље показују најмање проблема у прилагођавању, укључујући и најнижи ниво

депресивних симптома, у односу на адолесценте који имају сигурно везивање само за родитеље или за вршњаке, док адолесценти са несигурним везивањем и за родитеље и за вршњаке имају највише проблема у прилагођавању (Laible et al., 2000).

У сваком случају, родитељи остају важне фигуре афективног везивања у адолесценцији, иако је највероватније да ће адолесценти понашање асоцирано са везаношћу према родитељима испољити примарно у стресним или ургентним ситуацијама (Steinberg, 1990).

Веза између сигурности афективног везивања и успешног успостављања аутономије у интеракцијама са родитељима преноси се и на интеракције са вршњацима, у којима је један од кључних развојних задатака излажење на крај са притиском вршњачке групе (Allen et al., 2007).

Нека истраживања показала су разлике у хијерархији афективне везаности за родитеље и вршњаке између периода ране, средње и касне адолесценције. Према неким од њих очеви се налазе на последњем месту у хијерархији фигура афективне везаности у адолесценцији без обзира на узраст, пол или укљученост у романтичну везу (Freeman and Brown, 2001), док по другима позиција очева варира у зависности од узраста, а релативна позиција мајки и вршњака у хијерархији фигура афективне везаности мало се мења (Rosenthal and Kobak, 2010).

Показано је, међутим, да адолесценти код којих очеви не испуњавају функције фигуре афективног везивања, имају већи ризик за испољавање различитих интернализијућих и екстернализујућих маладаптивних образаца понашања и консеквентни развој одговарајућих поремећаја (Rosenthal and Kobak, 2010).

Што се тиче вршњака, током адолесценције одвија се транзиција од ране адолесцентне фазе, када значајан део потреба афективне везаности почињу да испуњавају вршњаци у односу на родитеље, тако да са активацијом сексуалног система, поред афективног везивања, адолесценти улазе у нове односе који подразумевају већи интензитет, интимност и дељење интереса, при чему се претходна искуства из односа са фигурама афективног везивања (родитељима) не губе, већ обликују даља искуства у емотиционалним разменама са блиским особама (Allen and Land, 1999).

Наши резултати говоре у прилог значајније улоге сигурне афективне везаности за вршњаке у предикцији интензитета депресивности. Једно од предложених објашњења механизма у основи ове везе је да односи депресивне деце и адолесцената са вршњацима постају поремећени након промена у њиховом афективном стању, које условљавају опажање вршњачких интеракција као негратификујућих или одбацујућих,

што даље доводи до повлачења из њих, више на основу промењене перцепције него стварно доживљених негативних искустава (Armsden et al., 1990)

И у односу на присуство суицидалне феноменологије, добијене су разлике међу групама у нашем истраживању. И испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне идеације и они код којих је регистровано присуство суицидалног понашања имали су мање сигурно афективно везивање за мајку, оца и вршњаке, на нивоу мале величине ефекта.

При предвиђању присуства суицидалне идеације, три мерена типа афективног везивања нису доприносила изградњи дискриминативне функције, али су са њом биле повезане на умереном нивоу, у смислу да је сигурније афективно везивање значило мању вероватноћу присуства суицидалне идеације. Са друге стране, у односу на суицидално понашање, сигурност афективног везивања за оца показала се као значајан предиктор у изградњи дискриминативне функције, и била је високо корелисано са њом.

У нашем истраживању афективно везивање за мајку и вршњаке нису значајно доприносили изградњи дискриминативне функције, али су са дискриминативном функцијом били у повезаности умереног интензитета у смислу да је сигурније афективно везивање значило мању вероватноћу присуства суицидалног понашања.

Наведени предиктивни ефекти били су и директни и индиректни, делом посредовани другим варијаблама у нашем истраживању.

Ранија истраживања повезивала су суицидалност код адолесцената са афективним везивањем. Једна студија која је поредила афективно везивање у три групе адолесцената (клинички депресивни суицидални, депресивни несуйцидални и контролна), уз коришћење истог инструмента као у нашем истраживању (IPPA) показала је да је група суицидалних адолесцената имала мање сигурно афективно везивање на све три скале, у односу на друге две групе, с тим што је ефекат био најизраженији за женски пол и у односу на везаност за мајку (De Jong, 1992).

Друга ранија студија, на популацији клинички лечених адолесцената показала је већу заступљеност несигурних образаца афективног везивања за родитеље у групи адолесцената који су имали покушаје суицида у прошлости у односу на несуйцидалну контролну групу (Adam et al., 1996), што је у складу са нашим налазима. Аутори су додатно закључили, на основу посматрања бихејвиоралних варијабли, током процене афективне везаности путем интервјуа, да је однос између несигурног афективног везивања и суицидалности вероватно посредован когнитивним варијаблама, као што је

когнитивна дезорганизација (Adam et al., 1996). Присуство суицидалне идеације било је повезано са несигурним афективним везивањем уопште у узорку адолесцената са озбиљним проблемима у понашању (Lessard and Moretti, 1998).

У истраживању које се бавило везом између физичког злостављања, афективне везаности и суицидалности, добијено је да је сигурно афективно везивање за родитеље доприносило смањењу ризика од суицида, и у групи адолесцената код којих није било присутно физичко злостављање и у групи у којој јесте, то јест, да је сигурно афективно везивање протективан фактор у односу на суицидални ризик (Salzinger et al., 2007), што је у складу са нашим резултатима.

И у студијама на већим узорцима из опште популације је репликован налаз да сигурно афективно везивање за родитеље смањује вероватноћу за покушаје суицида (Maimon et al., 2010), док несигурније афективно везивање за родитеље, односно оца у нашем истраживању је израженије код адолесцената са суицидалним понашањем.

Наши резултати у складу са налазима студије на узорку клиничко лечених адолесцената, у којој је добијено је да група са претходном историјом покушаја суицида има мање сигурну афективну везаност (мерену преко IPPA) за оба родитеља, али не и за вршњаке. Међутим, од све три скале афективног везивања, једино је скала везивања за оца била значајан предиктор покушаја суицида (Sheftall et al., 2013), што је у складу са резултатима добијеним у нашем истраживању.

9.4. Утицај димензија личности на настанак депресивног поремећаја у адолесцен-цији

Када је реч о димензијама темперамента, у нашем истраживању адолесценти са депресивним поремећајем имали су најизраженију димензију Избегавање казне и најмање изражену димензију Истрајност у односу на непсихијатријску контролну групу као и здраве контроле.

Осим тога, имали су мање изражену димензију Зависност од награде у односу на здраву контролну групу.

Наведене разлике биле су на нивоу мале величине ефекта за избегавање казне и зависност од награде, а на нивоу умерене величине ефекта за димензију истрајности.

Поред тога, у нашем истраживању када је у питању димензија потраге за новим нису установљене значајне разлике међу испитиваним групама.

Наши резултати који се односе на димензије карактера, показали су да су адолесценти са дијагнозом депресивног поремећаја показали нижу самоусмереност у односу на друге две контролне групе, са умереном величином ефекта.

Обе групе адолесцената из клиничке популације, којима је постављена дијагноза депресивног поремећаја или другог психијатријског поремећаја показале су ниже нивое сарадљивости и самотрансцендентности у односу на контролну групу из опште популације, односно здраве контроле.

При предикцији интензитета депресивности, највећи допринос имале су димензије темперамента, које су објашњавале око 32% варијансе.

Интензитет депресивности био је високо позитивно повезан са избегавањем казне, и негативно повезан са зависношћу од награде и истрајношћу. Веза интензитета депресивности и потраге за новим била је на граници статистичке значајности. Наведени предиктивни ефекти били су и директни и индиректни. Димензије карактера нису значајно доприносиле предикцији интензитета депресивности.

Добијене разлике са најјачом величином ефекта, за димензије избегавања казне, истрајности и самоусмерености, у складу су са подацима из литературе (Zaninotto et al., 2016).

Аутор модела личности коришћеног у нашем истраживању, дајући преглед односа између димензија личности и психијатријских поремећаја, наводи да се код особа са депресијом могу очекивати виша димензија избегавање казне и ниже

димензије потраге за новим, зависности од награде и самоусмерености (Cloninger et al., 2010). Наши налази су делом у складу са налазима добијеним на одраслој популацији, који ће овде бити наведени кроз закључке две метаанализе.

Метаанализа објављена 2012. године (Miettunen and Raevuori, 2012) бавила се димензијама темперамента Клонингеровог модела код пацијената са психијатријским поремећајима. Метаанализа је обухватила анамнестичка истраживања, то јест она која су поредила димензије темперамента код пацијената из девет категорија психијатријских поремећаја (схизофренија, биполарни афективни поремећај, мајор депресија, опсесивно – компулсивни поремећај, панични поремећај, социјална фобија, анорексија, булимија, алкохолизам) са здравом контролном групом. Анализирано је 75 истраживања, која су укључивала укупно 6164 испитаника у студијским групама и 11170 испитаника у контролним. Од тога, 23 истраживања бавила су се испитаницима са депресивним поремећајем, са укупно 1493 испитаника у студијским и 1421 у контролним групама. Главни налаз био је да је димензија избегавања казне била виша у свим групама са психијатријским поремећајима (осим код алкохолизма) у односу на контролну групу. Величина ефекта за ове разлике у случају депресивних поремећаја била је на нивоу јаке (сличног нивоа као и код опсесивно компулсивног и паничног поремећаја, као и социјалне фобије).

Наши резултати у складу су са студијом код особа са депресивним поремећајем у којој је регистрована је нижа зависност од награде, са малом величином ефекта (Miettunen and Raevuori, 2012). Са друге стране, наши резултати разликују се од налаза студије код испитаника са депресивним поремећајем у којој је добијена је ниже изражена потрага за новим, а на димензији истрајности нису утврђене стабилне значајне разлике између група испитаника са депресивним поремећајем и испитаника из контролних група (Miettunen and Raevuori, 2012).

Налази релеватни за наше истраживање говоре о томе да испитаници са депресивним поремећајем имају израженију димензију избегавања казне, и мање изражене димензије потраге за новим, зависности од награде, истрајности, самоусмерености и сарадљивости са најјачим величинама ефекта за избегавање казне, а потом за самоусмереност (Zaninotto et al., 2016). Наиме, метаанализа из 2016. године (Zaninotto et al., 2016) бавила се димензијама темперамента и карактера Клонингеровог модела личности код пацијената са афективним поремећајима, истражујући разлике између пацијената са униполарном депресијом и биполарним афективним поремећајем, у поређењу са њиховим здравим симбиозима и/или здравом контролном групом. У

анализу је укључено укупно 57 лонгитудиналних и студија пресека, од чега су 44 студије садржале узорак пацијената са мајор депресијом, са укупно 3169 испитаника.

Мали број студија бавио се овом темом у адолесцентној популацији. У студији која је поредила димензије темперамента и карактера клинички лечених депресивних адолесцената и деце са здравом контролном групом (Zappitelli et al., 2013), добијено је да депресивни испитаници имају више скорове на димензијама избегавања казне и потраге за новим, и ниже скорове на димензијама зависности од награде, истрајности, самоусмерености и сарадљивости. Наши резултати у складу са том студијом.

Што се тиче самотрансцедентности, разлике су зависиле примарно од узраста. Код старијих испитаника, чији би се узраст дао поредити са узрастом испитаника у нашем истраживању, добијене су сличне разлике, док код млађих испитаника и деце ове разлике нису могле бити регистроване (Zappitelli et al., 2013).

Шире посматрано у односу на друге моделе личности, димензија избегавања казне има јаку позитивну повезаност са димензијом неуротицизма и негативну повезаност са димензијом екстроверзије из петофакторског модела личности (De Fruyt et al., 2000). Димензија избегавања казне се у петофакторском моделу може представити као композитна димензија, са неуротичном интроверзијом на једном крају и стабилном екстроверзијом на другом. Повишена димензија неуротицизма је установљена као општи фактор ризика за психијатријске поремећаје (Khan et al., 2005), а посебно за настанак депресивног поремећаја (Eccleston and Scott, 1991; Van Praag et al., 2004).

Наши резултати показали су да су испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне идеације имали израженију димензију избегавања казне и мање изражене димензије зависности од награде, истрајности, самоусмерености и сарадљивости, при чему је величина ефекта била најјача, на умереном нивоу, за димензије избегавања казне, истрајности и самоусмерености.

При предикцији суицидалне идеације, висока димензија избегавања казне, и ниске димензије зависности од награде и истрајности показале су се као најзначајнији предиктори, а значајну повезаност са дискриминативном функцијом имала је димензија самоусмерености.

Са друге стране, испитаници код којих је регистровано присуство суицидалног понашања имали су израженију димензију избегавања казне и мање изражене димензије истрајности и сарадљивости. Добијене разлике су са малом величином ефекта.

Од свих димензија темперамента и карактера, избегавање казне показало се као једини значајан предиктор суицидалног понашања, а истрајност и самоусмереност били су значајно негативно повезани са дискриминативном функцијом.

Ово је делимично у складу са постојећим налазима. Наши резултати не говоре у прилог значајности димензије потраге за новим као специфичне за адолесценту суицидалност, о чему говоре неки аутори (Csorba et al., 2010), али су у складу са ранијим налазима који указују на повезаност депресивног поремећаја са избегавањем казне у одраслој популацији (Zaninotto et al., 2016).

У истраживању које је поредило суицидалне и несуицидалне пацијенте у узроку старијих клинички лечених депресивни адолесцената, једина значајна разлике између двеју група на димензијама темперамента и карактера била је више изражена потрага за новим у групи суицидалних пацијената, уз тренд разлике у смислу ниже истрајности, који највероватније није достигао ниво значајности због малог узорка. Аутори су закључили да су суицидални адолесценти склонији да се чешће се упуштају у ризична понашања, не размишљајући о исходима или последицама (Csorba et al., 2010).

Са друге стране, у узорку из опште популације, адолесценти које је карактерисао аутодеструктивни профил афективног функционисања (низак позитивни и висок негативни афективитет) и тенденције ка аутодеструктивом понашању, имали су израженије избегавање казне, нижу зависност од награде и мање зрео карактер, који су аутори дефинисали преко ниже самоусмерености и сарадљивости и екстерног локуса контроле (García, 2012), што је у складу са нашим налазима.

У истраживању које је поредило профиле темперамента и карактера између групе клинички лечених адолесцената који су накнадно извршили суицид и здраве контролне групе, добијено је да су адолесценти који су извршили суицид имали значајно више скорове на димензији избегавања казне и маргинално значајан тренд ка вишим нивоима потраге за новим (Renaud et al., 2008). Новије истраживање (Tschan et al., 2017) поредило је димензије темперамента и карактера група адолесцената код којих је било присутно самоповређивање, са и без коморбидног граничног поремећаја личности, о односу на психијатријску и здраву контролну групу. Налази релевантни за наше истраживање су да су адолесценти код којих је било присутно самоповређивање имали значајно израженије димензије избегавања казне и потраге за новим, као и мање изражене истрајност, самоусмереност и сарадљивост (Tschan et al., 2017). Наши налази, осим у случају потраге за новим, могу се упоредити са величином ефекта које наводе ти аутори.

9.5. Медијациона улога емоционалне регулације у настанку депресивног поремећаја у адолесценцији

Када је реч о емоционалној регулацији, у нашем истраживању адолесценти са депресивним поремећајем имали су најниже просечне скорове на подскали поновне когнитивне процене, затим следе адолесценти са другим психијатријским поремећајима, а адолесценти из здраве контролне групе имали су просечно највише скорове на овој подскали, са умереном величином ефекта.

Са друге стране, депресивни адолесценти имали су више скорове на подскали супресије експресије од адолесцената са другим психијатријским поремећајима, и значајно више од адолесцената из здраве контролне групе (мала величина ефекта), док се ове две последње наведене групе нису међусобно значајно разликовале у скоровима супресије експресије. Подскеле емоционалне регулације биле су и предиктивне за интензитет депресивности.

Наши налази подржавају концепт поновне когнитивне процене као више адаптивне стратегије емоционалне регулације, и супресије експресије као мање адаптивне стратегије.

Ово показују и налази метаанализе која се бавила односом стратегија емоционалне регулације и четири типа психопатологије – анксиозности, депресије, поремећаја исхране и зависности од супстанци (Aldao et al., 2010). Ова метаанализа обухватила је 114 истраживања (71 студију пресека, 18 експерименталних и 25 лонгитудиналних студија), различитих узрасних група, укључујући и децу и адолесценате. Супресија експресије била је позитивно повезана са психопатолошким испољавањима, при чему је повезаност била јача са интернализујућим поремећајима, са малим ка умереним величинама ефекта за анксиозност и умереним величинама ефекта за депресију. Поновна когнитивна процена била је маргинално значајно негативно повезана са анксиозношћу и негативно повезана са депресијом, са малом величином ефекта. Додатно, у клиничкој популацији, јачина ових повезаности била је већа него у општој популацији, а повезаност супресије и депресивности израженија у одраслом добу него у детињству и адолесценцији (Aldao et al., 2010).

Налази друге метаанализе, која је разматрала однос стратегија емоционалне регулације и симптома депресије и анксиозности специфично код адолесцената и обухватила је 35 студија (Schafer et al., 2016) су, такође, релевантни за поређење са

нашим налазима. Супресија експресије била је повезана са анксиозношћу и депресијом, на нивоу мале величине ефекта. Поновна когнитивна процена била је негативно повезана са анксиозношћу на благом до умереном нивоу, док је негативна веза са депресијом била на нивоу умерене величине ефекта (Schafer et al., 2016).

Супротно резултатима претходно наведене метаанализе, која се ипак фокусира на одраслу популацију (Aldao et al., 2010), адаптивне стратегије емоционалне регулације (као што је поновна когнитивна процена) имале су јачу (негативну) асоцијацију са психопатолошким симптомима код адолесцената него маладаптивне стратегије (као што је супресија експресије), при чему су наведене величине ефеката (Schafer et al., 2016) на нивоу добијених и у нашој студији.

У нашем истраживању, испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне феноменологије више су користили супресију експресије и мање користили поновну когнитивну процену као стратегију емоционалне регулације, с тим што је најизраженија разлика била у погледу инверзног односа суицидалне идеације и поновне когнитивне процене.

Подскеле емоционалне регулације биле су и предиктивне за присуство суицидалне феноменологије.

Афективна дисрегулација је, у ранијем истраживању, у узорку клинички лечених суицидалних адолесцената, била различита између групе пацијената код којих је била присутна само суицидна идеација и групе пацијената са покушајем суицида, у смислу да су адолесценти који су покушали суицид имали више нивое афективне дисрегулације (Zlotnick et al., 1997)

Више употребе маладаптивних, и мање употребе адаптивних стратегија емоционалне регулације код суицидалних адолесцената регистровано је и у истраживању на великом узорку од скоро 8000 испитаника, од чега 680 са покушајем суицида, у којем су се контролисали демографски коваријати и интензитет депресивности (Pisani et al., 2013).

Ово је потврђено и у истраживању на клиничкој популацији деце и адолесцената на релативно великом узорку ($N=407$), где је добијено да више коришћења адаптивних стратегија емоционалне регулације, као што је поновна когнитивна процена, смањује ризик и за присуство суицидалне идеације и за покушаје суицида, док више коришћења маладаптивних стратегија повећава ризик за суицидалну идеацију и покушаје и после контроле коваријата као што су узраст, пол и социоекономски статус (Tamas et al., 2007). Велика студија праћења на узорку од скоро 2000 адолесцената из опште

популације показала је да су мање употребе поновне когнитивне процене и више употребе супресије експресије предиктори самоповређивања и после периода од годину дана (Andrews et al., 2013).

У оквиру нашег истраживања извршена је и анализа медијаторских ефеката емоционалне регулације.

Да би нека варијабла била сматрана медијатором потребно је да се испуне следећи услови (Baron and Kenny, 1986) - прво, да је независна варијабла повезана са зависном; друго, да је независна варијабла повезана са потенцијалним медијатором, и треће, да је медијатор повезан са зависном варијаблом.

При предикцији интензитета депресивности и присуства суицидалне идеације и понашања, емоционална регулација у нашем истраживању показала је медијаторску улогу између наведених зависних варијабли и негативних животних догађаја, афективног везивања и димензија темперамента као независних варијабли. Само у једном случају добијен је укупни медијациони ефекат, док су сви остали ефекти били на нивоу парцијалне медијације. Ефекти су добијени примарно за поновну когнитивну процену, док је за супресију експресије добијен само један значајан ефекат.

У нашем истраживању поновна когнитивна процена била је парцијални медијатор везе између броја негативних животних догађаја с једне стране и интензитета депресивности, и присуства суицидалне идеације и суицидалног понашања са друге стране.

Више негативних животних догађаја било је повезано са мањом употребом поновне когнитивне процене што је, даље, било повезано са више психопатолошких испољавања. Сличан налаз, да адаптивне когнитивне стратегије регулације емоција, међу којима је била и поновна когнитивна процена, значајно посредују у вези између негативних животних догађаја и симптома депресије и анксиозности, добијен је у истраживањима на општој популацији млађих (Garnefski et al., 2001) и старијих адолесцената (Kraaij et al., 2002; Moriya and Takahashi, 2012).

Што се тиче механизма дејства у позадини оваквог налаза, познато је да изложеност хроничним стресогеним догађајима условљава јављање тешкоћа емоционалне регулације код деце и адолесцената, као и да стресогени догађаји, а нарочито у интерперсоналном контексту који постаје истакнуто важан током адолесценције, снижавају капацитете за емоционалну регулацију (Maughan and Cicchetti, 2002, Baumeister et al., 2005, Inzlicht et al., 2006).

Комбиновано дејство напора потребног за одржавање емоционалне регулације и негативног афекта повезаног са неповољним догађајима смањују, дакле, доступне ресурсе за превладавање код адолесцената, отежавају даљу регулацију афекта, што их чини вулнерабилнијим за стрес у овом осетљивом животном периоду.

Емоционална регулација је у нашем истраживању посредовала, примарно парцијално, и у вези између димензија темперамента и психопатолошких испољавања.

Специфично, виша димензија избегавања казне била је повезана са нижом употребом поновне когнитивне процене, што је даље било повезано са већим интензитетом депресивности и већом вероватноћом за присуство суицидалне идеације. Деца и адолесценти који по темпераменту имају повишену предиспозицију да доживе негативан афекат (што је у нашем истраживању представљено преко димензије избегавања казне) суочавају се са више изазова током регулације таквог афекта, то јест, повишена предиспозиција ка негативном афекту више оптерећује њихове капацитете за емоционалну регулацију и вероватније је да ће довести до њиховог слома и консеквентних психопатолошких испољавања, у односу на њихове вршњаке са сличним капацитетима за регулацију али без повишене предиспозиције (Yap et al., 2007).

Адолесценти са високом димензијом неуротицизма, за коју је претходно наведено да је високо повезана са димензијом избегавања казне (De Fruyt et al., 2000), не само да имају чешћа негативна афективна доживљавања, него су и мање склони да користе стратегију поновне когнитивне процене (Gross and John, 2003).

У нашем истраживању већа истрајност била је повезана са више употребе поновне когнитивне процене, што је даље било повезано са мањим интензитетом депресивности и мањим ризиком за присуство суицидалне идеације.

Коришћење стратегија поновне когнитивне процене је уопште сложеније (Yap et al., 2007) и когнитивно захтевније (Richards and Gross, 2000), нарочито у контексту когнитивних промена код адолесцената (Steinberg, 1990), док супресија експресије може дати краткорочно, привремено олакшање иако је неефикаснија на дуге стазе (Larsen et al., 2013). Могуће је да су адолесценти код којих је израженија димензија истрајности упорнији у увежбавању и коришћењу сложенијих, захтевнијих али и адаптивнијих стратегија емоционалне регулације, упркос ограниченим доступним ресурсима за њихово коришћење.

Наши резултати показали су да је веза између зависности од награде и интензитета депресивности у потпуности посредована емоционалном регулацијом, у

смислу да је већа зависност од награде била повезана са више употребе поновне когнитивне процене и мање употребе супресије експресије, што је даље било повезано са нижим нивоом депресивних симптома. У вези између зависности од награде и присуства суицидалне идеације, поновна когнитивна процена је парцијално посредовала, у смислу да је виша зависност од награде била повезана са више употребе поновне когнитивне процене, што је даље било повезано са нижим ризиком за суицидалну идеацију.

На крају, сигурније афективно везивање за оца било је повезано са више коришћења поновне когнитивне процене, што је даље било у вези са нижим ризиком за присуство суицидалног понашања. Индивидуалне разлике у емоционалној регулацији довођене су у везу са афективним везивањем за родитеље. Породични контекст уопште утиче на развој емоционалне регулације на три начина – прво, деца уче емоционалну регулацију кроз посматрање родитеља; друго, специфичне родитељске и васпитне праксе повезане са социјализацијом емоција утичу на емоционалну регулацију; и треће, емоционална клима породице, која се одражава, између осталог, и у квалитету афективног везивања, такође утиче на емоционалну регулацију (Morris et al., 2007).

Главни циљ понашања које произилази из афективне везаности је поновно успостављање психолошке сигурности, до које се може доћи кроз сигнализирање негативних емоција и тражење близине са другим. Тако у најранијем узрасту, ово понашање постаје инструментално у регулацији негативних емоција, јер престаје када се беба смири и када је поновно спремна да истражује околину (Grossmann, 1999). Током детињства родитељи имају улогу екстерног организатора, у смислу да помажу детету да регулише сопствене емоције – кроз интеракције са фигурама за које је везано деца уче специфичне обрасце експресије и супресије емоција, као и да ли да траже или не подршку важних фигура када су узнемирена. Специфичније, наши налази о значајнијој улози афективног везивања за оца као предиктора суицидалног понашања могу се уклопити у резултате једног истраживања према којем су аверзивни одговори оца на емоционално реаговање адолесцената повезани са тешкоћама у емоционалној регулацији и депресивном симптоматологијом (Sheeber et al., 2007).

10. ОГРАНИЧЕЊА ИСТРАЖИВАЊА

Главна методолошка ограничења нашег истраживања леже у томе што је оно по нацрту студија пресека, тако да није могуће доносити закључке о каузалном смеру утицаја добијених ефеката.

Поред тога, већина зависних и независних варијабли заснована је на самоописним мерама, чија валидност је ограничена субјективношћу и могућим пристрасностима у присећању.

Генерализабилност налаза ограничена је услед тога што су клинички део узорка чинили старији адолесценти, који су се лечили диспанзерски или у условима парцијалне хоспитализације, тако да је ограничено доношење закључака за адолесценте млађег узраста или за оне чији интензитет психопатолошких испољавања би захтевао пуну психијатријску хоспитализацију.

Такође, примена већег узорка омогућила би укључење већег броја контролних варијабли у мултиваријатне моделе.

11. ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА

Осим ограничења, наведено истраживање има извесних предности које говоре у прилог његовом значају.

Најпре, описано истраживање укључило је клинички узорак адолесцената са депресивним поремећајем уз поређење са контролном групом здравих адолесцената, што представља један од ретких истраживачких концепата адолесцентне депресије у литератури, с обзиром на то да је већина истраживања испитивала депресивне манифестације у општој популацији. Ово се посебно односи на испитивање емоционалне регулације и њене медијационе улоге, која представља значајан фактор адолесцентног функционисања, а до сада није истраживана у оквиру клинички манифестованог депресивног поремећаја.

Поред тога, наше истраживање укључило је и контролну групу адолесцената са другим психијатријским поремећајима што, према нашим досадашњим сазнањима, нема паралелу у истраживачкој литератури која се бави овом темом. На тај начин могли смо да испитамо корелате који су специфични за адолесцентну депресију у односу на друге облике психопатологије, а не само у односу на здраву популацију.

Још једна од предности нашег истраживања односи се на употребу објективних мера за клиничку процену психопатологије односно за сврставање испитаника у истраживачке групе, што омогућава доношење клинички релевантних закључака. Поред тога, процена депресије вршена је и мерама самопроцене, што пружа могућност сагледавања и субјективне компоненте депресије.

На крају, наша студија је међу првим студијама у нашој средини која се бави истраживањем клинички манифестоване адолесцентне депресије и симултано процењује велики број релевантних психосоцијалних предиктора, које литература препознаје као значајне, како у одраслој популацији, тако и у општој популацији адолесцената.

Добијени резултати и донети закључци имају извесне истраживачке и практичне импликације. Када су у питању усмерења за даља истраживања, од значаја би било, на већем узорку, испитати специфичности адолесцентне депресије, не само у односу на збирну групу других психичких поремећаја, већ и у односу на појединачне клиничке ентитете као што су специфични анксиозни поремећаји, и други. Од значаја би било и увести у мултиваријатне моделе и друге важне варијабле као што су искуство злостављања и занемаривања у детињству и адолесценцији, актуелне партнерске везе и

партнерски атачмент, утицај појединачних негативних животних догађаја, као и биолошке факторе (генотип, показатељи инфламације и други имунолошки параметри).

Када су у питању практичне импликације, наши резултати указују на изузетну важност раног препознавања депресије и суицидалности у адолесцентној популацији, због значаја примене раних интервенција. Посебну пажњу ваљало би посветити скринингу на проблеме емоционалне регулације у овом узрасту, с обзиром на њену медијаторску улогу у развоју депресије и суицидалности. Од важности је и скрининг на негативне животне догађаје, као и на димензије темперамента (посебно ниске зависности од награде, високог избегавања казне и изражене истрајности). Од посебног је значаја проценити сигурност афективног везивања код адолесцената. Наведени фактори важни су за планирање интервенција у смислу јачања здравих стратегија емоционалне регулације когнитивно-бихејвиоралном терапијом, рад на стратегијама решавања проблема у циљу адекватног ношења са негативним животним догађајима, као и психотерапију усмерену на интерперсоналне релације и образац афективног везивања. Специфични фактори ризика које је потребно узети у обзир јесу димензије темперамента које су повезане са депресијом и суицидалношћу, а могу представљати препреку за промену.

12. ЗАКЉУЧАК

У односу на постављене циљеве истраживања, а на основу добијених резултата можемо донети следеће закључке:

- Адолесценти са депресивним поремећајем имали су значајно више негативних животних догађаја и значајно несигурније афективно везивање за родитеље, нарочито за оца.
- У погледу емоционалне регулације били су склони да значајно чешће користе супресију експресије и, нарочито, да ређе користе поновну когнитивну процену као стратегију емоционалне регулације.
- У односу на димензије темперамента, адолесцените са депресивним поремећајем одликовалису више избегавање казне и нижа зависност од награде и истрајност.
- У погледу димензија карактера, регистрована је нижа самоусмереност.
- Клинички лечене адолесцените у нашем истраживању одликовало је несигурније везивање за вршњаке, као и карактер који подразумева нижу сарадљивост и самотрансцендентост.
- Адолесценти код којих је била присутна суицидална идеација имали су више негативних животних догађаја и несигурније афективно везивање за родитеље и вршњаке.
- Што се тиче стратегија емоционалне регулације, адолесценти су више користили супресију експресије а мање поновну когнитивну процену.
- На димензијама темперамента, адолесцените са суицидалном идеацијом одликовао је сличан профил као за депресивне поремећаје – више избегавање казне, нижа истрајност и зависност од награде, а на димензијама карактера, нижа самоусмереност и сарадљивост.
- Код адолесцената код којих је било присутно суицидално понашање, такође је регистрован већи број негативних животних догађаја, несигурније афективно везивање за родитеље и вршњаке, више употребе супресије експресије а мање поновне когнитивне процене као стратегија емоционалне регулације.

- У односу на димензије темперамента, адолесценти са суицидалним понашањем имали су више избегавања казне и нижу истрајност, а карактер им се одликовао нижом сарадљивошћу.
- Интензитет депресивности био је директно повезан са бројем негативних животних догађаја, димензијама избегавања казне и, маргинално значајно, потраге за новим а инверзно повезан са зависношћу од награде, истрајношћу и сигурним афективним везивањем за вршњаке. Наведене предикторске варијабле објашњавале су 45,4% варијансе интензитета депресивности.
- Поновна когнитивна процена као стратегија емоционалне регулације била је парцијални медијатор у вези између броја негативних животних догађаја, избегавања казне и истрајности с једне стране, и интензитета депресивности, са друге стране.
- Веза зависности од награде и интензитета депресивности била је у потпуности посредована стратегијама емоционалне регулације – супресијом експресије и поновном когнитивном проценом.
- Главни предиктори присуства суицидалне идеације код адолесцената били су већи број негативних животних догађаја, више избегавања казне и нижа зависност од награде и истрајност.
- Поновна когнитивна процена била је парцијални медијатор веза између наведених предиктора и присуства суицидалне идеације.
- Главни предиктори присуства суицидалног понашања код адолесцената били су већи број негативних животних догађаја, више избегавања казне и несигурна афективна везаност за оца.
- Поновна когнитивна процена била је парцијални медијатор у вези између броја негативних животних догађаја и несигурног афективног везивања за оца, с једне стране, и присуства суицидалног понашања са друге стране.

13. ЛІТЕРАТУРА

Achtergarde, S., Müller, J.M., Postert, C., Wessing, I., Mayer, A. and Romer, G. (2015). Attachment Patterns and their Relation to the Development of Anxiety Symptoms in Childhood and Adolescence. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(7), pp.496-526.

Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E. and West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), p.264.

Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J. and Sund, A.M. (2015). Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), pp.632-642.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. and Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. and Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), pp.217-237.

Aldwin, C.M., Levenson, M.R., Spiro, A. and Bossé, R. (1989). Does emotionality predict stress? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), p. 618.

Allen, J. P., and Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY, US: Guilford Press, pp. 319-335.

Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B. and Marsh, P. (2007). The Relation of Attachment Security to Adolescents' Paternal and Peer

Relationships, Depression, and Externalizing Behavior. *Child Development*, 78(4), pp.1222–1239.

Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition. (DSM-III)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision. (DSM-IVTR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition.(DSM-5)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Andrews, T., Martin, G., Hasking, P. and Page, A. (2013). Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), pp. 40-46.

Armsden, G. C., and Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), pp.427-454.

Armsden, G.C., McCauley, E., Greenberg, M.T., Burke, P.M. and Mitchell, J.R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of abnormal child psychology*, 18(6), pp.683-697.

Arya, A. and Kumar, T. (2011). Depression: a review. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 3(2), pp. 444-53.

Asselmann, E., Wittchen, H.U., Lieb, R., Höfler, M. and Beesdo-Baum, K. (2016). Does low coping efficacy mediate the association between negative life events and incident psychopathology? A prospective-longitudinal community study among adolescents and young adults. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(2), pp.171-180.

Baron, R.M. and Kenny, D.A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), p.1173.

Barrocas, A.L. (2006). Adolescent attachment to parents and peers: working paper No. 50. Atlanta. The Emory Center for Myth and Ritual in American Life.

Baumeister, R.F., DeWall, C.N., Ciarocco, N.J. and Twenge, J.M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of personality and social psychology*, 88(4), p. 589.

Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), pp.490-8.

Beck, A.T. and Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: the depression inventory. In *Psychological measurements in psychopharmacology* (Vol. 7, pp. 151-169). Karger Publishers.

Berg, L., Rostila, M. and Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults—a national cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(9), pp.1092-1098.

Berger, C., Lisboa, C., Cuadros, O. and de Tezanos-Pinto, P. (2016). Adolescent peer relations and socioemotional development in Latin America: Translating international theory into local research. *New directions for child and adolescent development*, 2016(152), pp.45-58.

Black, D. W., and Andreasen, N. C (2014). Introductory textbook of psychiatry. American Psychiatric Pub.

Blos, P. (1962). On adolescence: A psychoanalytic interpretation (Vol. 90433). Simon and Schuster.

Bradic, Z., Kosutic, Z., Mitkovic Voncina, M., Jahovic, S., Todorovic, D., Mandic Maravic, V., Peulic, A., Rakovic Dobroslavic, I., Milosavljevic, M., Aleksic, M. and Lecic Tosevski, D. (2016). Multicomponent treatment in a day hospital for adolescents: A case of good practice. *Psychiatric Services*, 67(9), pp.943-945.

Bradić, Z., Toševski Lečić D. (2010). *Prevenција samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih-Priručnik*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.

Brent, D. A. (1997). Practitioner Review: Practitioner Review: The Aftercare of Adolescents with Deliberate Self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), pp. 277-286.

Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A.M.Y., Roth, C., Schweers, J.O.Y., Balach, L. and Baugher, M., 1993. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), pp.521-529.

Bridge, J.A., Goldstein, T.R. and Brent, D.A., 2006. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), pp.372-394.

Bojanin, S., Popović Deušić, S. (2012). *Psihijatrija razvojnog doba*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.

Bokonjić, S., Lečić-Toševski, D., Peruničić, I., Pavlov-Sofronijević, J., Bokonjić, J. and Jovanović, N. (2009). Stresogeni životni događaji i unipolarna depresija. *Psihijatrija danas*, vol. 41, no. 1-2, pp. 5-16.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York. Basic Books.

Calkins, S. D. and Dedmon, S. E. (2000). Physiological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/destructive behavior problems. *Journal of abnormal child psychology*, 28(2), pp. 103-118.

Campbell-Sills, L., and Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York, NY, US: Guilford Press.

Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. and Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), p.587.

Carter, G., Reith, D.M., Whyte, I.M. and McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), pp.253-257.

Castelao, C.F. and Kröner-Herwig, B. (2013). Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys. *Journal of youth and adolescence*, 42(8), pp.1169-1182.

Cash, S.J. and Bridge, J.A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current opinion in pediatrics*, 21(5), p.613.

Chanen, A.M. and McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), pp.s24-s29.

Chanen, A.M., Mccutcheon, L.K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H.J. and McGorry, P.D. (2009). The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice®*, 15(3), pp.163-172.

Cicchetti, D., Cummings, E.M., Greenberg, M.T. and Marvin, R.S. (1990). An organizational perspective on attachment beyond infancy. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, pp.3-49.

Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. and Wetzel, R.D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis. Missouri Center for Psychobiology of Personality, Washington University.

Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. and Wetzel, R.D. (1999). *The Temperament and Character Inventory – revisited (for evaluation purpose only)*. St. Louis, MO:Washington University.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. and Przybeck, T. A. (1993). Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50, pp. 975-990.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. and Przybeck, T.R. (1998). A psychobiological model of temperament and character. *The development of psychiatry and its complexity*, pp.1-16.

Cloninger, C.R., Svrakic, N.M. and Svrakic, D.M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9(4), pp.881-906.

Cloninger, C.R., Zohar, A.H. and Cloninger, K.M. (2010). Promotion of well-being in person-centered mental health care. *Focus*, 8(2), pp.165-179.

Cole, P.M., Martin, S.E. i Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), pp. 317-333.

Cook, S.H., Heinze, J.E., Miller, A.L. and Zimmerman, M.A. (2016). Transitions in friendship attachment during adolescence are associated with developmental trajectories of depression through adulthood. *Journal of adolescent health*, 58(3), pp.260-266.

Costello, C.G. (1982). Social factors associated with depression: A retrospective community study. *Psychological Medicine*, 12(2), pp.329-339.

Csorba, J., Dinya, E., Ferencz, E., Steiner, P., Bertalan, G. and Zsardon, A. (2010). Novelty seeking: difference between suicidal and non-suicidal Hungarian adolescent outpatients suffering from depression. *Journal of Affective Disorders*, 120(1), pp.217-220.

Cummings, E.M. and Davies, P. (1996). Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and psychopathology*, 8(1), pp.123-139.

Ćurčić, V. (2010). Nepodnošljiva lakoća (samo) uništavanja u adolescenciji. U V. Čurčić (ur.). *Destruktivnost i autodestruktivnost mladih*, Beograd: Žarko Albulj, pp.29-37.

Ћурчић, В. and Брадић, З. (1997). Преображаји у адолесценцији. У: Ћурчић В. *Адолесценција револуција и еволуција у развоју*. Београд: ИП Жарко Албуљ, pp.21-31.

Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J.L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J.L., Page, H., Dunn, G. and ODIN Group. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), pp.444-451.

De Fruyt, F., Van De Wiele, L. and Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and individual differences*, 29(3), pp.441-452.

De Jong, M.L. (1992). Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *Journal of Youth and adolescence*, 21(3), pp.357-373.

Deutsch, H. (1987). Selected problems of adolescence: with special emphasis on group formation. In *Selected Problems of Adolescence: With Special Emphasis on Group Formation*(pp. 1-135). International Universities Press.

Dohrenwend, B.S. and Dohrenwend, B.P. (1974). Overview and prospects for research on stressful life events. *Stressful life events: Their nature and effects*, pp.313-331.

Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., Dodson, M. and Shrout, P.E. (1984). Symptoms, hassles, social supports, and life events: Problem of confounded measures. *Journal of abnormal psychology*, 93(2), p.222.

Dozois, D.J.A., Dobson. And K.S. (2010). Depression. In: Antony MM, Barlow DH, editors. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2010.

Džamonja-Ignjatović, T. and Knežević, G. (2005). Psihobiološki model temperamenta i karaktera - validacija i kros-kulturalna komparacija. *Psihologija*, vol. 38, no. 3, pp. 295-311.

Eccleston, D., and Scott, J. (1991). Treatment, prediction of relapse and prognosis of chronic primary major depression. *International clinical psychopharmacology*.

Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A. and Tuschen-Caffier, B., (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), pp.1574-1584.

Eisenberg, N., Cumberland, A. and Spinrad, T.L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological inquiry*, 9(4), pp.241-273.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I.K., Murphy, B.C. and Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child development*, 70(2), pp.513-534.

Eisenberg, N. and Morris, A. S. (2002). Children's emotion-related regulation. In R. V. Kail (Ed.), *Advances in child development and behavior*, Vol. 30, pp. 189-229. San Diego, CA, US: Academic Press.

Erić, L.D. (1989). *Adolescentna psihijatrija*. u: Kecmanović Dušan [ur.]. *Psihijatrija*, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company.

Espejo, E.P., Hammen, C. and Brennan, P.A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: A risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 40(2), pp.303-315.

European Commission (EC). (2004) *Action against depression. Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression*. European Communities. (cited 2016 April 20). Available from:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_en.pdf

European Brain Council (EBC). (2011). *Depression Fact Sheet*. (cited 2014 February 14). Available from:

<http://ebc-brussels.org/wp-content/uploads/2015/07/Depression-fact-sheet-July-2011.pdf>

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. and Williams, J.B.W., (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; New York: 2002. Patient Edition. SCID-I/P.

Flynn, D. Adolescence. (2000). U:Wise I, ur. Adolescence. London: Institute of PsychoAnalysis, pp. 56-71.

Fox, C. and Hawton, K.(2004). Deliberate self-harm in adolescence. Jessica Kingsley Publishers.

Freda, L. (2010). Suicide risk assessment and prevention in children and adolescents. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 26(9), p.1.

Freeman, H. and Brown, B.B., 2001. Primary attachment to parents and peers during adolescence: Differences by attachment style. Journal of Youth and Adolescence, 30(6), pp.653-674.

Freud, S. (1905). The transformations of puberty. In Adolescence and Psychoanalysis (pp. 17-42). Routledge.

Frojd, A. (2000). Normalnost i patologija u detinjstvu. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Garnefski, N. and Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual differences, 40(8), pp.1659-1669.

Garnefski, N., Kraaij, V. and Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences, 30(8), pp.1311-1327.

Garcia, D. (2012). The affective temperaments: differences between adolescents in the big five model and Cloninger's psychobiological model of personality. *Journal of Happiness Studies*, 13(6), pp.999-1017.

Gibb, S.J., Beautrais, A.L. and Fergusson, D.M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), pp.95-100

Gill, D. (2007). Hughes' outline of modern psychiatry. 5th ed. Chichester: John Wiley & Sons.

Goldin, P.R., McRae, K., Ramel, W. and Gross, J.J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), pp.577-586.

Goldston, D.B. (2000). Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.

Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), p.271.

Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press

Gross, J.J. and John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), p.348.

Grossmann, K.E. (1999). Old and new internal working models of attachment: The organization of feelings and language. *Attachment & Human Development*, 1(3), pp.253-269.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, Vol. 1. New York, NY, US: D Appleton & Company.

Hammen, C., Brennan, P.A., Keenan-Miller, D., Hazel, N.A. and Najman, J.M. (2010). Chronic and acute stress, gender, and serotonin transporter gene–environment interactions predicting depression symptoms in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), pp.180-187.

Haw, C., Hawton, K., Houston, K. and Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), pp.48-54.

Harkness, K.L., Alavi, N., Monroe, S.M., Slavich, G.M., Gotlib, I.H. and Bagby, R.M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of abnormal psychology*, 119(4), p.791.

Hawton, K., Zahl, D. and Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), pp.537-542.

Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.

Hsieh, M. (2010). The relations among emotion regulation strategies, self-concept, and adolescents' problem behaviors.(Doctoral dissertation, Indiana University).

Inzlicht, M., McKay, L. and Aronson, J., 2006. Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, 17(3), pp.262-269.

Israel, S., Moffitt, T.E., Belsky, D.W., Hancox, R.J., Poulton, R., Roberts, B., Thomson, W.M. and Caspi, A. (2014). Translating personality psychology to help personalize preventive medicine for young adult patients. *Journal of personality and social psychology*, 106(3), p.484.

Jevtić, M. (2011). Sustainable development, urban environment and population health. *Medicinski pregled*, 64(5-6), pp.251-255.

Jevtić, M., Popović, M. and Bibić, Ž. (2008). Ulaganje u mentalno zdravlje. *Eskulap*, 3(1-2), pp.114-21.

Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J. and Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), pp.741-749.

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. and Brook, J.S.(2006). Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), pp.184-192.

Joormann, J. and Gotlib, I.H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), pp.281-298.

Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R. and Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*, 11(1), p.597.

Kane, P. and Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 24(3), pp.339-360.

Kendler, K.S., Karkowski, L.M. and Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), pp.837-841.

Kendler, K.S., Kessler, R.C., Walters, E.E., MacLean, C., Neale, M.C., Heath, A.C. and Eaves, L.J. (2010). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Focus*, 8(3), pp.459-470.

Kennedy, N., Abbott, R. and Paykel, E.S. (2004). Longitudinal syndromal and sub-syndromal symptoms after severe depression: 10-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), pp.330-336.

Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*, 48(1), pp.191-214.

Khan, A.A., Jacobson, K.C., Gardner, C.O., Prescott, C.A. and Kendler, K.S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), pp.190-196.

Klark, A.M. i Klark, A.D.B. (1987). *Rano iskustvo. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva*. Beograd.

Kobak, R.R., Sudler, N. and Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and psychopathology*, 3(4), pp.461-474.

Košutić, Ž., Dukanac, V., Bradić, Z., Mitković, M., Mandić-Maravić, V., Pejić, M., Mitić, M., Peulić, A., Raković, I. and Lečić-Toševski, D. (2012). Asertivnost kod adolescenata sa anksioznim poremećajima–povezanost sa dimenzijama ličnosti, socijalnom zrelošću i socio-demografskim karakteristikama. *Psihijatrija danas*, 44(1), pp.47-59.

Košutić, Ž., Vončina-Mitković, M., Lazarević, M., Bradić, Z., Aleksić, M., Dobroslavić-Raković, I., Peulić, A., Jahović, S., Todorović, D., Pešić, D. and Milosavljević, M. (2015). Depression in adolescence, negative life events and sense of coherence. *Psihijatrija danas*, 47(2), pp.165-175.

Krueger, R.F. and Bezdjian, S., 2009. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), pp.3-6.

Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E.J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S. and Ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: bonding and cognitive coping as vulnerability factors?. *Journal of youth and adolescence*, 32(3), pp.185-193.

Laible, D.J., Carlo, G. and Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), pp.45-59.

Larsen, J.K., Vermulst, A.A., Geenen, R., Van Middendorp, H., English, T., Gross, J.J., Ha, T., Evers, C. and Engels, R.C. (2013). Emotion regulation in adolescence: A prospective study of expressive suppression and depressive symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33(2), pp.184-200.

Laye-Gindhu, A. and Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of youth and Adolescence*, 34(5), pp.447-457.

Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), pp. 770-779.

Lečić-Toševski, D. (2004). Savremeno određenje poremećaja ličnosti - ponovo otkrivena prošlost. *Psihijatrija danas*, 36(2), pp. 243-260.

Lecic-Tosevski, D. and Divac-Jovanovic, M. (1996). The effect of dysthymia on personality assessment. *European Psychiatry*, 11(5), pp. 244-248.

Lečić-Toševski, D. i Divac-Jovanović, M. (2011). Modifikovana psihodinamska psihoterapija poremećaja ličnosti - dileme i izazovi", *Psihijatrija danas*, 43(1), pp. 65-82.

Lecic-Tosevski, D. and Draganic, S. (1997). The relationship between personality disorders and dysthymia. *Psychiatriki*, 8(3), pp. 187-95.

Lee, A. and Hankin, B.L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of clinical child & Adolescent Psychology*, 38(2), pp.219-231.

Lessard, J.C. and Moretti, M.M.(1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence*, 21(4), pp.383-395.

Levy-Warren, M. *The Adolescent Journey*. (1996). Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.

Li, J.B., Delvecchio, E., Lis, A., Nie, Y.G. and Di Riso, D. (2015). Parental attachment, self-control, and depressive symptoms in Chinese and Italian adolescents: Test of a mediation model. *Journal of adolescence*, 43, pp.159-170.

Lim. H.J., Chung, S.S. and Joung, K.H. (2016). Factors of Depressive Symptoms Among Elementary, Middle, and High School Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (3), pp. 302-308.

Lisulov, R. and Nedić, A. (2006). Problemi dijagnostike i lečenja depresivnih poremećaja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u AP Vojvodini: projekat Pokrajinskog sekretarijata za zdravstvo i socijalnu politiku AP Vojvodine. Medicinski fakultet.

Liu, Z., Liu, W., Yao, L., Yang, C., Xiao, L., Wan, Q., Gao, K., Wang, H., Zhu, F., Wang, G. and Xiao, Z. (2013). Negative life events and corticotropin-releasing-hormone receptor1 gene in recurrent major depressive disorder. *Scientific reports*, 3, p.1548.

Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G. and Mazure, C.M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological medicine*, 31(4), pp.593-604.

Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme*, 21(1), pp.61-82.

Maksimovic, M., Backovic, D., Maksimovic, J. and Kocijancic, R.(2011). Socio-economic status and psychosocial functioning of internally displaced adolescents and adolescents from Belgrade. *International journal of public health*, 56(3), pp.305-310.

Maimon, D., Browning, C.R. and Brooks-Gunn, J. (2010). Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *Journal of health and social behavior*, 51(3), pp.307-324.

Mann, M.J., Kristjansson, A.L., Sigfusdottir, I.D. and Smith, M.L., 2014. The impact of negative life events on young adolescents: Comparing the relative vulnerability of middle level, high school, and college-age students. *RMLE Online*, 38(2), pp.1-13.

Marganska, A., Gallagher, M. and Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), pp.131-141.

Margolese, S.K., Markiewicz, D. and Doyle, A.B. (2005). Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), p.637.

Maughan, A. and Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child development*, 73(5), pp.1525-1542.

Mauss, I.B., Bunge, S.A. and Gross, J.J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), pp.146-167.

Mayer, J.D., Roberts, R.D. and Barsade, S.G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, pp.507-536.

McKey, P.W., Jones, R.W. and Barbe, R.H. (1993) *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications.

Mihić, I., Zotović, M. and Petrović, J.. (2007). Stresna iskustva u odrastanju i afektivna vezanost adolescenata. *Psihologija*, 40(4), pp.527-542.

Miettunen, J. and Raevuori, A. (2012). A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), pp.152-166.

Mikulincer, M., Shaver, P.R. and Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), pp.77-102.

Mileviciute, I. and Trujillo, J. (2013). The role of explanatory style and negative life events in depression: a cross-sectional study with youth from a north American plains reservation. *American Indian and Alaska native mental health research (Online)*, 20(3), p.42.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. (2012). *Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje depresije*. Beograd: Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije.

Mofrad, S., Abdullah, R, and Uba, I. (2010). Attachment patterns and separation anxiety symptom. *Asian Social Science*, 6(11), p. 148.

Moffat, K.J., McConnachie, A., Ross, S. and Morrison, J.M. (2004). First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Medical education*, 38(5), pp. 482-491.

Moriya, J. and Takahashi, Y. (2013). Depression and interpersonal stress: The mediating role of emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 37(3), pp.600-608.

Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Myers, S.S. and Robinson, L.R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), pp.361-388.

Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Sessa, F.M., Avenevoli, S. and Essex, M.J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), pp. 461-471.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. and Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), pp.851-858.

Murphy, B.C., Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S. and Guthrie, I.K. (1999). Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45(3), pp. 413-444.

Muscatell, K.A., Slavich, G.M., Monroe, S.M. and Gotlib, I.H. (2009). Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(3), p.154.

Newton-Howes, G., Tyrer, P. and Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), pp.13-20.

Nishikawa, S., Fujisawa, T.X., Kojima, M. and Tomoda, A. (2018). Type and Timing of negative life events are associated with adolescent Depression. *Frontiers in psychiatry*, 9, p.41.

Noom, M.J., Deković, M. and Meeus, W.H. (1999). Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: A double-edged sword?. *Journal of adolescence*, 22(6), pp.771-783.

Novaković, B., Kristoforović-Ilić, M., Trajković-Pavlović, L., Torović, L., Jevtić, M., Bijelović, S., Balać, D., Bjelanović, J. I Popović, M. (2007). Zdravlje i životna sredina. *Medicinski pregled*, vol. 60, no. 11-12, pp. 569-574.

Nurmi, J.E. (2001). Navigating through adolescence: introduction. In Nurmi JE (Ed) *Navigating through adolescence. European perspective*. New York: Routledge Falmer.

Overbeek, G., Vollebergh, W., Engels, R.C. and Meeus, W. (2003). Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), p.28.

Park, C.L. and Adler, N.E. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health psychology*, 22(6), p.627.

Paykel, E.S.(1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89(s377), pp. 50-58.

Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.108(s 418): pp. 61-66.

Pervin, L. A. (1990). *Handbook of Personality - Theory and Research*. Guilford press, New York.

Phillips, K.A., Gunderson, J.G., Hirschfeld, R.M. and Smith, L.E. (1990). A review of the depressive personality. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), p.830.

Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15, pp. 1-12.

Pisani, A.R., Wyman, P.A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D.B., Xia, Y. and Gould, M.S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of youth and adolescence*, 42(6), pp.807-820.

Pittenger, C. and Duman, R.S. (2008). Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, 33(1), p.88.

Popov, S. (2010). Relacije kognitivne emocionalne regulacije, osobina ličnosti i afektiviteta. *Primenjena psihologija*, 3(1), pp.59-76.

Raudino, A., Fergusson, D.M. and Horwood, L.J. (2013). The quality of parent/child relationships in adolescence is associated with poor adult psychosocial adjustment. *Journal of Adolescence*, 36(2), pp.331-340.

Reinke, W.M., Eddy, J.M., Dishion, T.J. and Reid, J.B., 2012. Joint trajectories of symptoms of disruptive behavior problems and depressive symptoms during early adolescence and adjustment problems during emerging adulthood. *Journal of abnormal child psychology*, 40(7), pp.1123-1136.

Renaud, J., Berlim, M.T., McGirr, A., Tousignant, M. and Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study. *Journal of affective disorders*, 105(1), pp.221-228.

Richards, J.M. and Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), p.410.

Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D.A., Iosif, A.M., Williamson, D.E., Gill, M.K., Goldstein, B.I., Strober, M.A., Hunt, J., Goldstein, T.R. and Esposito-Smythers,

C. (2009). Negative life events in children and adolescents with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(10), p.1452

Rosenstein, D.S. and Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), p.244.

Rosenthal, N.L. and Kobak, R. (2010). Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of research on adolescence*, 20(3), pp.678-706.

Rudan, V., 2004. Normalni adolescentni razvoj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(52), pp.36-39.

Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R.S. and Ng-Mak, D.S. (2007). Adolescent suicidal behavior: Associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), pp.859-866.

Schäfer, J.Ö., Naumann, E., Holmes, E.A., Tuschen-Caffier, B. and Samson, A.C., 2017. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), pp.261-276.

Schmidt, N.R. (1996). *Emotional Milestones from Birth to Adulthood: a Psychodynamic Approach*. London and Bristol, Pennsylvania, Jessica Kingsley Publishers.

.

Shaver, P.R. and Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, 4(2), pp.133-161.

Sheeber, L.B., Davis, B., Leve, C., Hops, H. and Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), p.144.

Sheftall, A.H., Mathias, C.W., Furr, R.M. and Dougherty, D.M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development*, 15(4), pp.368-383.

Simić, M. (2010). Sampovređivanje kao emocionalna regulacija. U V. Čurčić (ur.). *Destruktivnost i autodestruktivnost mladih*, Beograd: Žarko Albulj, pp.81-88.

Slavich, G.M. and Irwin, M.R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*, 140(3), p.774.

Smith, M., Calam, R. and Bolton, C. (2009). Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1), pp.73-85.

Sroufe, L.A., Cooper, R.G. and DeHart, G.B. (1996). *Child development: its nature and course*. Third Edition. New York, MacGraw Hill.

Smith, M., Calam, R. and Bolton, C. (2009). Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1), pp.73-85.

Spinhoven, P., Elzinga, B.M., Hovens, J.G., Roelofs, K., Van Oppen, P., Zitman, F.G. and Penninx, B.W. (2011). Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), pp.462-73

Stanly, H.G. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to psychology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*.

Stanojević Stefanovic, T. (2011). *Afektivna vezanost: razvoj, modaliteti i procena*. Filozofski fakultet.

Steinberg, L. (1990). *Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship*.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 9(2), pp.69-74.

Sund, A.M. and Wichstrøm, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), pp.1478-1485.

Švrakić, D. M., i Švrakić, N. M. (2009). Savremeni koncept i dijagnostika poremećaja ličnosti. *Engrami*, 31(3-4), pp. 5-18.

The Oxford English Dictionary. (2008). 11th ed. New York: Oxford University Press.

Tamás, Z., Kovacs, M., Gentzler, A.L., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K. and Vetró, Á. (2007). The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), pp.640-652.

Tanner, A.K., Hasking, P. and Martin, G. (2015). Suicidality among adolescents engaging in nonsuicidal self-injury (NSSI) and firesetting: the role of psychosocial characteristics and reasons for living. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), p.33.

Teicher, M.H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), pp.68-75.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S. and Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), pp.1056-1067.

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), pp.25-52.

Tschan, T., Peter-Ruf, C., Schmid, M. and In-Albon, T., 2017. Temperament and character traits in female adolescents with nonsuicidal self-injury disorder with and without comorbid borderline personality disorder. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), p.4.

Tsiantis, J. and Trowell, J. eds. (2010). *Assessing change in Psychoanalytic Psychotherapy of children and adolescents: Today's Challenge*. Karnac Books.

Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y.R., Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, D., Ndeti, D. and Swales, M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5(4), pp.246-259.

Tyrer, P., Reed, G.M. and Crawford, M.J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), pp.717-726.

Van Praag, H.M., de Kloet, E.R. and van Os, J., 2004. *Stress, the brain and depression*. Cambridge University Press.

Verheul, R., Bartak, A. and Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of personality disorders*, 21(4), pp.359-370.

Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., Mitchell, E.S., Carr, J.E. and Van Citters, R.L. (1988). A biopsychosocial model of medical student distress. *Journal of behavioral medicine*, 11(4), pp.311-331.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. and Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, 71(3), pp.684-689.

World Health Organization (WHO). (1992). *International classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnosis guidelines (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2009). *Suicide risk high for young people*. http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2009/suicide_prevention_20090915/en/index.html.

World Health Organization (WHO). (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems-10th Revision, edition 2010, Volume 1*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization(WHO). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.Executive summary.

Wilhelm, K., Parker, G., Dewhurst-Savellis, J. and Asghari, A. (1999). Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *Journal of affective disorders*, 54(1), pp.139-147.

Williamson, D.E., Birmaher, B., Anderson, B.P., Al-Shabbout, M. and Ryan, N.D.(1995). Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), pp.591-598.

Williamson, D.E., Birmaher, B., Dahl, R.E. and Ryan, N.D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), pp.571-580.

Wilkinson, R.B. and Walford, W.A. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(4), pp.473-484.

Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D. and Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 105(2), p.166.

Yap, M.B., Allen, N.B. and Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical child and family psychology review*, 10(2), pp.180-196.

Ying, Y.W., Lee, P.A. and Tsai, J.L. (2007). Predictors of depressive symptoms in Chinese American college students: parent and peer attachment, college challenges and sense of coherence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), p.316.

Ying, Y.W., Lee, P.A. and Tsai, J.L. (2007). Attachment, sense of coherence, and mental health among Chinese American college students: Variation by migration status. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(5), pp.531-544.

Zaninotto, L., Solmi, M., Toffanin, T., Veronese, N., Cloninger, C.R. and Correll, C.U. (2016). A meta-analysis of temperament and character dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. *Journal of affective disorders*, 194, pp.84-97.

Zappitelli, M.C., Bordin, I.A., Hatch, J.P., Caetano, S.C., Zunta-Soares, G., Olvera, R.L. and Soares, J.C., 2013. Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: a case-control study. *Comprehensive psychiatry*, 54(4), pp.346-353.

Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A. and Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), pp.793-798.

14.БИОГРАФСКИ ПОДАЦИ АУТОРА

Др Жељка Кошутић (девојачко Миличевић) рођена је 31.10.1971. године у Карловцу, Р Хрватска. Основну и средњу школу завршила је у Карловцу са одличним успехом. Медицински факултет у Београду завршила је 2001. године са просечном оценом 8,11 (осам, једанаест) . По дипломирању, обавила је обавезан лекарски стаж у Клиничком центру Србије и положила стручни испит јула 2002. године чиме је стекла звање доктора медицине. Специјализацију из психијатрије уписала је 2002. године и специјалистички испит из психијатрије положила у фебруару 2007. године са оценом 10 (десет) чиме је стекла звање специјалисте психијатрије. Докторске академске студије, изборно подручје Неуронауке, уписала је новембра 2008. године на Факултету медицинских наука у Крагујевцу. Усмени докторски испит је положила је у јуну 2010. године са оценом 10 (десет). Едукацију из когнитивно бихевиоралне терапије завршила је у јуну 2012. године и стекла звање когнитивно бихејвиоралног психотерапеута. Радилa на основу Уговора о делу у Одсеку за здравствену превенцију МУП-а Р Србије као доктор медицине од марта 2004. до септембра 2004. године. Клинички рад као специјалиста психијатрије започела је у Специјалној психијатријској болници “Др Лаза Лазаревић” у Београду, од фебруара 2007. године до фебруара 2010. године, где је у периоду од октобра 2007. године до фебруара 2010. вршила функцију координатора Центра за едукацију. Клинички рад као специјалиста психијатрије од фебруара 2010. наставила је у Дневној болница за адолесценте на Клиници за децу и омладину у Институту за ментално здравље у Београду где и даље ради. Функцију Шефа Кабинета за заштиту деце од злостављања и занемаривања у Институту за ментално здравље у Београду обавља од септембра 2015. Године до septembra 2017.године. Од јануара 2018. Године налази се на позицији шефа Дневне болнице за алолесценте у институту за ментално здравље. У јуну 2018. Године положила је усмени субспецијалистички испит из уже специјализације из судске психијатрије са оценом одличан. Учествовала је на бројним домаћим и међународним научним и стручним скуповима и објавила је више научних радова. Учествовала је и у клиничким испитивањима лекова и као стручни стручни консултант у пројекту УНИЦЕФА „Унапређење права детета кроз јачање система правосуђа и социјалне заштите“у партнерству са Министарством правде и Министарством за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, у оквиру ИПА 2013. програма. Говори енглески језик, познаје рад на рачунару. Удата је, мајка једног детета.

15. ПРИЛОЗИ

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ**

Редни број - РБ:

Идентификациони број - ИБР:

Тип документације - ТД: Монографска публикација

Тип записа - ТЗ: Текстуални штампани материјал

Врста рада - ВР: Докторска дисертација

Аутор - АУ: Жељка Кошутећ

Ментор/коментор - МН: др сци. мед. Душица Лечић Тошевски, академик

Наслов рада - НР: Депресивни поремећаји у адолесценцији-утицај животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања и димензија личности

Језик публикације - ЈП: Српски (ћирилица)

Језик извода - ЈИ: Српски/енглески

Земља публикавања - ЗП: Србија

Уже географско подручје - УГП: Србија

Година - ГО: 2019.

Издавач - ИЗ: Ауторски репринт

Место и адреса - МС: 34000 Крагујевац, Србије
Светозара Марковића 69

Физичи опис рада - ФО: Дисертација има 129 страна, 13 поглавља, 37 табела и 237 референци

Научна област - УДК: Медицина

Научна дисциплина - ДИ: Психијатрија

Предметна одредница/ кључне речи - ПО: Адолесценција, депресија, животни догађаји, афективно везивање, емоционална регулација, димензије личности

Чува се - ЧУ: У Библиотеци Факултета медицинских наука у Крагујевцу, 34000 Крагујевац, Србија, Светозара Марковића 69

Важна напомена- МН:

Извод - ИД: На настанак депресије утичу бројни фактори међу којима су животни догађаји, афективно везивање („attachment“) у односу на родитеље и вршњаке, као и димензије личности адолесцената. Један од могућих механизма којима наведени фактори делују на настанак депресије и суицидалности односи се на маладаптивну емоционалну регулацију. Већина истраживања у овом домену односи се на општу популацију, док су подаци везани за клинички изражену депресију адолесцената још увек непотпуни.

Циљ нашег истраживања био је да се испитају разлике у негативним животним догађајима, афективном везивању за родитеље и вршњаке, емоционалне регулације и димензија личности између три групе адолесцената - са депресивним поремећајем, са другим менталним поремећајима, и без дијагнозе менталних поремећаја, као и повезаност наведених фактора са суицидалним феноменима. Додатни циљ био је да се испита медијаторска улога емоционалне регулације између наведених фактора с једне стране, и интензитета депресивности и присуства суицидалности с друге стране, уз контролу социо-демографских корелата.

Ово опсервационо истраживање (студија пресека) обављено је у Дневној болници за адолесценте Института за ментално здравље, и укључило је 240 старијих адолесцената (узраста од 18 до 24 године) оба пола, и то: *студијску групу* од 80 адолесцената са дијагнозом депресивног поремећаја; *психијатријску контролну групу* од 80 адолесцената са другим психијатријским поремећајима; и 3) *непсихијатријску контролну групу* (здраве контроле) од 80 студената и ученика средње школе без психијатријског поремећаја. Као инструменти истраживања коришћени су: Општи упитник, Упитник о темпераменту и карактеру, ревидирана верзија, Беков упитник за

процену депресивности, Упитник о емоционалној регулацији, Инвентар афективног везивања према родитељима и вршњацима и Инвентар негативних животних догађаја.

Резултати нашег истраживања показали су да адолесценти са депресивним поремећајима имају већи број негативних животних догађаја током живота, несигурније афективно везивање, као и неповољније обрасце емоционалне регулације (мање коришћење когнитивне процене и чешће коришћење супресије експресије) у односу на адолесцените са другим психијатријским поремећајима и на здраве контроле. Када је реч о димензијама темперамента, у нашем истраживању адолесценти са депресивним поремећајем имали су најизраженију димензију Избегавање казне и најмање изражену димензију Истрајност. Испитаници код којих је регистровано присуство суицидалне идеације имали су већи број негативних животних догађаја, мање сигурно афективно везивање за мајку, оца и вршњаке, као израженије коришћење негативне стратегије емоционалне регулације (супресије експресије). Емоционална регулација показала је медијаторску улогу између животних догађаја, афективног везивања и димензија темперамента с једне стране, и интензитета депресивности и присуства суицидалне идеације с друге стране.

Резултати спроведног истраживања указују на специфичну повезаност клиничке депресије у адолесценцији са факторима као што су негативни животни догађаји, афективно везивање, структура личности и емоционална регулација, како у односу на адолесцените са другим психијатријским поремећајима, тако и на оне без психијатријских поремећаја. Наведени фактори повезани су и са суицидним феноменима. Емоционална регулација иа медијаторску улогу у настанку депресије и суицидалности. Добијени резултати могу имати важне превентивне и терапијске импликације.

Датум прихватања теме од стране ННВ - ДП: 26.10.2016. године

Датум одбране - ДО:

Чланови комисије - КО:

1. Проф. др Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област *Психијатрија*, председник
2. Проф. др Горан Михајловић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област *Психијатрија*, члан;
3. Доц. др Милица Пејовић Милованчевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област *Психијатрија*, члан;

KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC FACULTY OF MEDICAL SCIENCES KRAGUJEVAC

Accession number - ANO:

Identification number - INO:

Documentation type - DT: Monographic publication

Type of record - TR: Textual printed material

Contents code - CC: PhD thesis

Author - AU: Željka Košutić

Menthor/co-mentor - MN: Prof. Dusica Lecic-Tosevski, MD, PhD
Full Member, Serbian Academy of Sciences and Arts

Title - TI: Depressive disorders in adolescence - the influence of life events, emotional regulation, affective attachment, and personality dimensions

Language of text - LT: Serbian(Cyrillic)

Language of abstract: Serbian/English

Country of publication - CP: Serbia

Locality of publication - LP: Serbia

Publication year - PY: 2019.

Publisher - PU: Author reprint

Publication place - PP: 34000 Kragujevac, Serbia, Svetozara Markovića 69

Physical description - PD: Thesis contains 129 pages, 13 chapters, 37 tables and 237 citations

Scientific field - SF: Medicine

Scientific discipline - SD: Psychiatry

Subject/key words - SKW: Adolescence, depression, negative life events, attachment, emotional regulation, personality dimension

UDC

Holding data: Library of the Faculty of Medical Sciences in Kragujevac, 34000 Kragujevac, Serbia, Svetozara Markovica 69

Note - N: Studies have shown the impact of numerous factors on the occurrence and development of depressive disorders, including life events, attachment to parents and peers, and dimensions of personality in adolescents. One of the possible mechanisms by which these factors affect the onset of depression and suicidality refers to maladaptive emotional regulation. The majority of research in this domain refers to general population, while data related to clinical depression of adolescents is still incomplete. The aim of our research was to examine the differences in negative life events, attachment to parents and peers, emotional regulation and dimensions of personality among three groups of adolescents - with depressive disorder, with other mental disorders, and without the diagnosis of mental disorders, as well as associations of the mentioned factors with suicidal phenomena. An additional goal was to examine the mediator role of emotional regulation between the above factors and the severity of depression and the presence of suicidality, with the control of socio-demographic correlates.

This observational study (cross-sectional study) was conducted at the Day Hospital for Adolescents at the Institute of Mental Health. It included 240 adolescents of both sexes, (ages 18 to 24), as follows: a study group of 80 adolescents with a diagnosis of depressive disorder; a psychiatric control group of 80 adolescents with other psychiatric disorders; and 3) non-psychiatric control group (healthy controls) of 80 students and secondary school students without psychiatric disorders. The following research instruments were used: General questionnaire, Temperament and character questionnaire (revised), Beck's questionnaire for assessing depression, Questionnaire on emotional regulation, Attachment inventory to parents and peers, and Negative life events inventory.

The results of our study have shown that adolescents with depressive disorder had more negative life events over the course of their lives, more insecure attachment, and more unfavorable patterns of emotional regulation (less use of cognitive assessment and more

frequent use of suppression of expression) compared to adolescents with other psychiatric disorders, and to healthy controls. Regarding the dimensions of temperament in our study, adolescents with depressive disorder had the most pronounced dimension of Avoiding Punishment and the least expressed dimension of Persistence. Participants, in whom the suicidal ideation was registered, had greater number of negative life events, less secure attachment to mother, father and peers, as well as more prominent use of negative emotional regulation strategies (suppression of expression). Emotional regulation has shown a mediating role between life events, attachment and dimensions of temperament and severity of depression and the presence of suicidal ideation.

The results of the conducted research indicate a specific correlation of clinical depression in adolescence with factors such as: negative life events, attachment, personality structure and emotional regulation, both in relation to adolescents with other psychiatric disorders, and those without psychiatric disorders. The above mentioned factors are also related to suicidal phenomena. Emotional regulation has the mediating role in the onset of depression and suicidality. The obtained results can have important preventive and therapeutic implications.

Accepted by the Scientific Board on - ASB: 26.10.2016.

Defended on - DE:

Thesis defended board (Degree/name/surname/title/faculty) - DB:

1. Prof. Dr. Dragana Ignjatović Ristić, MD PhD, Professor of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac president
2. Prof. Goran Mihajlović, MD PhD, Professor of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac member;
3. Doc. Milica Pejović Milovančević, MD PhD, Assistant Professor of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac member

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Жељка Кошутић, изјављујем да докторска дисертација под насловом:

Депресивни поремећаји у адолесценцији-утицај животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања и димензија личности

која је одбрањена на Медицинском факултету Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 11.12.2018. године,


потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Жељка Кошутић,

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Депресивни поремећаји у адолесценцији-утицај животних догађаја,
емоционалне регулације, афективног везивања и димензија личности

која је одбрањена на Медицинском факултету

Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу _____, 11.12.2018. године,



потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>

16.Радови који су били услов за пријаву завршене докторске дисертације

1. Mitkovic Voncina M, **Kosutic Z**, Pesic D, Todorovic D, Peulic A, Lazarevic M, Rakovic Dobroslavic I, Djuric M, Bradic Z, Pejovic Milovancevic M, Gotlib D, Lecic Tosevski D. Family and Personality Predictors of Clinical Depression and Anxiety in Emerging Adults: Common, Distinctive, or a Vulnerability Continuum?.*The Journal of Nervous and Mental*. 2018 Jun 15. doi: 10.1097/NMD.0000000000000839. [Epub ahead of print]. **M 52**
2. **Kosutic Z**, Mitkovic Voncina M, Dukanac V, Lazarevic M, Rakovic Dobroslavic I, Soljaga M, Peulic A, Đuric M, Pesic D, Bradic Z, Lecic Tosevski D. Attachment and emotional regulation in adolescents with depression. *Vojnosanit Pregl* 2017, OnLine-First (00):60-60. <https://doi.org/10.2298/VSP160928060K> **M23**
3. Bradic Z, **Kosutic Z**, Mitkovic Voncina M, Jahovic S, Todorovic D, Mandic Maravic V, Peulic A, Rakovic Dobroslavic I, Milosavljevic M, Aleksic M, Lecic Tosevski D. Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice. *Psychiatr Serv* 2016; 67(9): 943-5. **M22**



VOJNOSANITETSKI PREGLED
VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA
Crnotravska 17, 11 000 **Beograd, Srbija**
Tel/faks: +381 11 2669689
vsp@vma.mod.gov.rs

ACCEPTED MANUSCRIPT

Accepted manuscripts are the articles in press that have been peer reviewed and accepted for publication by the Editorial Board of the *Vojnosanitetski Pregled*. They have not yet been copy edited and/or formatted in the publication house style, and the text could still be changed before final publication.

Although accepted manuscripts do not yet have all bibliographic details available, they can already be cited using the year of online publication and the DOI, as follows: article title, the author(s), publication (year), the DOI.

Please cite this article: **ATTACHMENT AND EMOTIONAL REGULATION IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSION**

**AFEKTIVNO VEZIVANJE I EMOCIONALNA REGULACIJA
KOD ADOLESCENATA SA DEPRESIJOM**

Authors: **Ĺeljka Kořutić*, Marija Mitković Vončina, Vesna Dukanac, Milica Lazarević, Ivana Raković Dobrosłavić, Mina řoljaga, Aleksandar Peulić, Mina Djurić, Danilo Peřić, Zagorka Bradić, Duřica Lećić Tořevski**; Vojnosanitetski pregled (2017); Online First April, 2017.

UDC:

DOI: <https://doi.org/10.2298/VSP160928060K>

When the final article is assigned to volumes/issues of the Journal, the Article in Press version will be removed and the final version appear in the associated published

volumes/issues of the Journal. The date the article was made available online first will be carried over.

ATTACHMENT AND EMOTIONAL REGULATION IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSION

AFEKTIVNO VEZIVANJE I EMOCIONALNA REGULACIJA KOD ADOLESCENATA SA DEPRESIJOM

Zeljka Kosutic*, Marija Mitkovic Voncina, Vesna Dukanac, Milica Lazarevic, Ivana Rakovic Dobroslavic, Mina Soljaga, Aleksandar Peulic, Mina Duric, Danilo Pesic, Zagorka Bradic, Dusica Lecic Tosevski.

*Institute of mental health

Abstract

Introduction/aim: Attachment and emotion regulation skills are recognized as important factors in the development of depression, but their specifics have rarely been discussed in clinical adolescent population. The aim of our study was to investigate attachment and emotion regulation strategies in adolescents with depression.

Method: The sample consisted of 101 adolescents, age 16 to 24, divided into three groups: 1) 41 adolescents with the diagnosis of depressive disorder; 2) 30 adolescents with the diagnosis of anxiety disorder; 3) 30 health adolescents (without psychiatric diagnosis). The assessment has been done by the following instruments: Socio-demographic questionnaire; Semistructured clinical interview for DSM-IV disorders (SCID-I); Beck Depression Inventory (BDI); The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) and Emotional Regulation Questionnaire (ERQ). Data were analyzed using MANCOVA and partial correlation, with gender, age and birth order as covariates.

Results: Adolescents with depressive disorder had the attachment to mother and peers less secure compared to the health adolescents and the attachment to father was less secure compared to other two groups (MANCOVA $F=4.571$, $p=0.000$). Adolescents with anxiety disorder had less secure attachment to father and peers compared to the healthy adolescents group ($p<0.05$). Depressed adolescents used the strategy of cognitive reappraisal less often, comparing to both control groups (MANCOVA $F=5.200$, $p=0.001$). Subjective experience of depressive symptoms was related to insecure attachment to both parents and peers ($r=-0.457$; -0.436 ; -0.349 ; $p=0.000$), as well as to lower use of cognitive reappraisal ($r=-0.446$, $p=0.000$).

Conclusion: Our findings relate adolescent depression to insecure attachment in all domains, with the specific weakness in emotion regulation (weak cognitive reappraisal). The findings could have practical implications for preventive and therapeutic interventions.

Key words: attachment, emotion regulation, depression, adolescence

Apstrakt

Uvod/cilj: Afektivno vezivanje i veštine emocionalne regulacije prepoznati su kao značajni faktori u nastanku depresije, ali su retko razmatrane njihove specifičnosti u adolescentnoj kliničkoj populaciji. Naše istraživanje imalo je za cilj da ispita razlike u afektivnom vezivanju i strategijama emocionalne regulacije kod adolescenata sa depresijom.

Metod: Uzorak je činio 101 adolescent, starosti 16 do 24 godine, od toga 41 adolescent sa dijagnozom depresivnog poremećaja; 30 adolescenata sa dijagnozom anksioznog poremećaja i 30 zdravih adolescenata (bez psihijatrijske dijagnoze). U istraživanju su primenjeni sledeći instrumenti: opšti socio-demografski upitnik; strukturisani klinički intervju za DSM-IV poremećaje; Bekov upitnik za procenu depresivnosti; inventar afektivnog vezivanja prema roditeljima i vršnjacima i upitnik o emocionalnoj regulaciji. Međugrupne razlike analizirane su MANOVA metodom, a povezanost parcijalnom korelacijom, uz pol, starost i red rođenja kao kovarijante.

Rezultati: U grupi depresivnih adolescenata, afektivno vezivanje za majku i za vršnjake bilo je nesigurnije nego kod zdravih adolescenata, a vezivanje za oca nesigurnije u odnosu na ostale dve grupe (MANCOVA $F=4.571$, $p=0.000$). Adolescenti sa dijagnozom anksioznog poremećaja imali su nesigurnije afektivno vezivanje za oca i za vršnjake u

odnosu na adolescente bez psihijatrijske dijagnoze ($p < 0.05$). Depresivni adolescenti ređe su koristili veštinu kognitivnog promišljanja u odnosu na obe kontrolne grupe (MANCOVA $F = 5.200$, $p = 0.001$). Subjektivni doživljaj depresivnih simptoma bio je povezan sa nesigurnim afektivnim vezivanjem za oba roditelja i vršnjake ($r = -0.457$; -0.436 ; -0.349 ; $p = 0.000$) kao i sa slabijom upotrebom kognitivnog promišljanja ($r = -0.446$, $p = 0.000$).

Zaključak: Naši rezultati upućuju na povezanost nesigurnog afektivnog vezivanja u svih domena nesigurnog afektivnog vezivanja i depresije u adolescentnom periodu, uz specifičnu slabost emocionalne regulacije (slabo kognitivno promišljanje). Dobijeni nalazi mogu imati praktične implikacije za kreiranje preventivnih i terapijskih intervencija.

Ključne reči: afektivno vezivanje, emocionalna regulacija, depresija, adolescencija

Introduction

Depression among adolescents represents an important and controversial phenomenon in psychiatry, having in mind its high prevalence, serious consequences and difficulties in diagnostic process (1). Studies show that as much as 20% of adolescents at the end of this developmental period have a high life prevalence of depression (2). Depression of early age may have a more severe form than the one which occurs later (3), as it may lead to serious long-term dysfunction (4) and suicide (3,4,5,6). Still, there is a lack of knowledge about it, due to the impact of developmental variations in its manifestations, which can be an obstacle in adequate recognition and treatment (1).

One of the factors associated with the development of depression is emotion regulation, a set of processes involved in the modification of dynamics and intensity of emotional experience (7). Emotion regulation skills are created in childhood, show individual stability and can play an important role in the adjustment processes (8). Emotion regulation skills can be divided into two basic strategies: cognitive reappraisal strategy, which reframes the meaning of situation and effectively regulates further genesis of emotional experience and behavior; and expression suppression strategy, which is adopted after the genesis of emotions and leads to reduced expression of emotional behavior, with minimal impact on the actual emotional experience (9). It has been shown that more frequent use of cognitive reappraisal strategy is related to good adaptive outcomes, while more frequent use of expression suppression in a longer period of time may be related to depressive symptoms (10). It was also shown that maladaptive emotion regulation is

associated with suicidality in children and adolescents, even with the control of depressive disorder (9). Another factor, important for the mental health of adolescents, refers to the attachment to parents, as well as to peers - important attachment figures in this developmental period (11). Patterns of attachment to parents represent internal working model for further interpersonal functioning (12). Secure attachment style represents the characteristic of good adaptability, while insecure attachment style plays an important role in the development of depressogenic models of adaptation and is a risk factor for the emergence of depressive disorders (11). It was shown that insecure attachment to parents and peers is a risk factor for depression (13), and that insecure attachment to parents could be significantly associated with the suicidality in adolescent population (14).

In addition to depression, attachment patterns and emotion regulation strategies may be closely related to other internalizing psychiatric disorders in adolescence, such as anxiety disorders. Anxiety disorders represent the most frequent mental disorder of adolescence (15), and may contribute to 2-3 fold increase in risk of having both anxiety and depressive disorders in adulthood (16). Similarly to those with depression, it was shown that adolescents with anxiety disorders have difficulties in emotion regulation as well (17). On the other hand, numerous studies that explored the effect of attachment on mental health, in the last ten years, point out to the importance of this link not only in depression, but also in relation to anxiety symptoms within anxiety and depressive disorders (18).

Although previous studies suggest a correlation between the above stated factors with the intensity of depressive symptoms among adolescents, the data on these relationships among adolescents with clinically manifested depressive disorder are scarce. Also, there is insufficient data on the specifics of these phenomena in depression comparing not only to healthy subjects, but to anxiety disorders in adolescence as well.

This study was aimed to explore attachment and emotion regulation skills among adolescents with depressive disorders.

Method

This cross-sectional study involved 101 participants from the area of Belgrade and surroundings; 52 were female (50.5 %) and 49 male participants (49.5%), age 16 to 24 years (mean age 18.95 ± 2.23). The whole sample consisted of three groups. Two patient

groups were recruited consecutively, whereas healthy controls were engaged as a convenience sample, during the period January to October 2014.

The first group involved 41 patients of the Day Hospital for Adolescents at the Institute of Mental Health that fulfilled criteria for a depressive disorder according to DSM-IV classification of mental disorders (19). The second group involved 30 patients from the same institution, who had fulfilled DSM-IV criteria for anxiety disorders. Both groups of patients were tested in the initial phase of treatment in Day Hospital for Adolescents. The third group involved 30 high-school students from urban part of Belgrade, who were never psychiatrically treated (healthy controls).

The exclusion criteria from the study were persons with previous or current psychotic symptoms, bipolar disorder, intellectual disability and substance abuse.

Between three groups there were no statistical differences in gender (Chi-square=0.469, $p=0.791$) and place of living (all were from Belgrade and surroundings. Healthy adolescents were younger than participants with anxiety disorder (ANOVA $F=5.319$, $p=0.006$; Turkey HSD test: mean difference 1.8 years, $p=0.004$), and had the later birth order comparing to both clinical groups (ANOVA $F=6.231$, $p=0.003$; study group - Turkey HSD test: mean difference 0.519, $p=0.004$; psychiatric control group - Turkey HSD test: mean difference 0.467, $p=0.018$). These differences in age and birth order between groups were controlled for statistically (as covariates in multivariate analyses). All participants signed informed consent (with parental permission for minors) at the beginning of the study. The study was approved by the Ethics Committee of the Institute of Mental Health, and was conducted according to the good research practice guidance provided of the School of Medicine, University of Belgrade.

Instruments

The participants were assessed by self-report and interview instruments.

The socio-demographic questionnaire, developed for the purpose of this research. It explored the socio-demographic characteristics of adolescents, as well as the data about previous psychological difficulties and psychiatric treatment.

Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders, SCID-I (19). Depressive disorders included are presented as major depression (depressive episode, recurrent depressive disorder), dysthymic and other depressive disorders. Anxiety disorders involved

generalized anxiety disorder, panic disorder, panic disorder with agoraphobia, agoraphobia without history of panic disorder, specific phobia, social phobia, obsessive compulsive disorder, posttraumatic stress disorder and acute stress disorder.

Beck Depression Inventory, BDI (20) is a questionnaire measuring severity of depressive symptoms, through 21 items with 4-point scale answers. The final depression score is a sum of scores on each item.

Emotional Regulation Questionnaire, ERQ (21) is a questionnaire in which participants report personal skills in emotion regulation: cognitive reappraisal and expressive suppression. These two scales are presented as continuous variables, through 10 items on a 7-point Likert-type scale.

The Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA (22) measures the level of attachment of adolescents to mother, father and peers. Modalities are expressed through separate scales, which consist of 25 items each, with 5-point scale answers. The scores are sums of relevant items, with reverse coding of some items, and with a higher value scores indicating more secure attachment.

Statistical analysis

Data analysis was carried out using IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software version 20.0. The data were processed using t-test, MANCOVA, and partial correlation. In multivariate analyses, gender, age and birth order were used as covariates, due to their significant relationship with main variables. Differences were considered statistically significant when the p-value was <0.05 .

Results

Gender, age, and birth order were associated with main variables in different ways. Female participants had more secure attachment to peers comparing to males ($t=-2.628$, $p=0.01$; mean difference 9.44), while males used expression suppression more, with marginal significance ($t=1.937$, $p=0.05$; mean difference 1.99). Older adolescents had less secure attachment to father ($r=-0.263$, $p=0.009$). Those with later birth order had more secure attachment to father ($r=0.286$, $p=0.004$) and peers ($r=0.274$, $p=0.006$), whereas the association between birth order and attachment to mother was marginally significant ($r=0.194$, $p=0.053$).

Attachment differences between groups were statistically significant, controlling for gender, age and birth order (MANCOVA: Wilk's lambda= 0.753, $F=4.571$, $p=0.000$) in all three domains (Table 1).

Table 1 about here

Posthoc contrast results (Table 2) showed less secure attachment to mother and peers in depressed patients comparing to health controls, while their attachment to father was less secure comparing to both control groups. Adolescents with anxiety disorders had less secure attachment to father and peers in comparison with health controls.

Table 2 about here

Emotion regulation differences between groups, controlling for gender, age and birth order were statistically significant as well (MANCOVA: Wilk's lambda=0.811, $F=5.200$, $p=0.001$), but only in the domain of cognitive reappraisal, whereas no significant differences were found in expression suppression (Table 3).

Table 3 about here

Posthoc contrast results (Table 2) showed that the adolescents with depressive disorders used cognitive reappraisal less, comparing to both control groups.

Controlling for gender, age and birth order, scores on BDI in total sample were inversely partially correlated with attachment to mother ($r=-0.457$, $p=0.000$), father ($r=-0.436$, $p=0.000$) and peers ($r=-0.349$, $p=0.000$), as well as with cognitive reappraisal ($r=-0.446$, $p=0.000$), whereas there was no significant association with expression suppression ($r=0.124$, $p=0.224$).

Discussion

Our findings have shown the insecure attachment patterns for adolescents with clinical manifestation of depressive disorders, comparing to healthy controls. These results, as expected, confirm the findings of correlation between insecure attachment and depression in previous studies of adolescents (23, 24, 25, 26, 27), as well as in studies of adults (10). Small number of studies dealt with depressive disorder among adolescents (23). Apart from major depression disorder, previous research rarely included other depressive disorders, which is the case in our study. Furthermore, small number of studies separately explored attachment to mother, father and peers in this context (24). In our study, depressed participants, comparing to adolescents from healthy population, had less secure attachment to both parents, as well as to peers, and the subjective experience of depressive symptoms in our sample was significantly correlated with all three domains of attachment. When the attachment to both parents is considered, our findings are in accordance with the data from literature (23,25). Parents have the strongest social impact on children, and the attachment to them is one of the aspects of this crucial relationship, that as a goal has the sense of security, safety, protection, and represents the foundation for mental health (23). Agerup et al (23), however, noticed that previous studies most frequently explored the attachment to both parents together, or only to mothers, and stress the importance of analyzing the attachment to mother and father separately.

In our study, depressed participants had insecure attachment to both mother and father comparing to healthy controls, whereas in comparison with adolescents with anxiety disorders, the attachment insecurity of depressed patients was detected only in father domain. These findings speak in favor of the previous findings of inverse correlation between mother's/father's support and depressive symptoms among adolescents (28). In the study done by Van Roekel et al (28), however, the insufficient support by mother was related to depressive symptoms only for girls, while the weak support of father was related with depression only for boys. In our study, insecure attachment to both mother and father among depressed participants was independent of gender, age and birth.

The relationship of depression and insecure attachment to mother is in accordance with a well known fact that the early loss of mother is a risk factor for depression, as well as that the problems in early relationship with mother represent the risk factor for depression in adulthood (29). The need to study attachment to father figure in the context

of maladaptive outcomes for children, is increasingly recognized in literature (30). The attachment to father in our sample was the least secure in adolescents with depression, more secure in those with anxiety disorders, and the most secure in the group of healthy controls. Such results may point out to the possibly specific role of attachment to father in adolescent depression comparing to anxiety disorders. As the other side of the mirror, conflictual father-child relationship in previous research, has been shown as close association to depression in fathers, that, on the other hand, is found to be significantly related to child's internalized and externalized psychopathology (30).

When it comes to attachment to peers, the data in literature is scarce and inconsistent. Some studies have shown relationship of insecure attachment to peers and depression among adolescents (24, 31), while others did not show this association (23). Adolescents with secure attachment to peers are characterized by capacity to form close relationships with peers, while maintaining autonomy (31). The formation of adequate relationships to peers is important for self-confidence; when it is violated, the road to adolescent depression is open (32). The good relationships with peers are necessary for the development of healthy personality in adolescence, and can also decrease the negative influence of inadequate attachment to parents on personality development (33).

It is known that insecure attachment could be of importance not only for the development of depression, but for the wider spectrum of psychopathological manifestations (34), such as anxiety disorders (35, 36), tendencies towards substance abuse, conduct disorders, and personality disorders (37). Whereas studies have shown contributions of attachment to parents to both depression and anxiety, with different pathways hypothesized (38), data on relative roles of attachment to mother and father in depression vs. anxiety are still insufficient. The participants with anxiety disorder in our study had less secure attachment to father and peers compared to healthy controls, and more secure attachment to father compared to depressive participants. Their mean scores of attachment to mother was somewhere between the scores of depressed and healthy controls, but the differences were not statistically significant. These findings may imply that parent, more specifically father attachment security among anxious patients in our study falls somewhere between depression and healthy group, and consequently, that attachment security may not only show qualitatively different trajectories to depression vs. anxiety, but that these differences may be quantitative as well. In line with that, if internalizing disorders were represented on

a gradual continuum, depression could be perceived as a more severe form of attachment disturbance, than anxiety disorders.

When emotion regulation was considered in our study, subjects with depressive disorder had less adaptive emotion regulation comparing to both subjects with anxiety disorder and healthy controls. The stronger subjective experience of depressive symptoms among our participants was also correlated with weaker emotion regulation. This finding is in accordance with previous studies which have shown that dysfunctional emotion regulation is a significant factor that not only increases the risk for the development of depression (39), but is also manifested after the recovery from depression, and increases the risk for depression relapse (40). Emotion dysregulation of our depressed adolescents manifested through less frequent use of cognitive reappraisal, comparing to both subjects with anxiety disorders and healthy controls.

The aforementioned findings could point out to the specific problems of emotion regulation in depression, that could precisely be related to insufficient cognitive reevaluation of emotional stimuli. This is in accordance with previous findings of depressed persons using cognitive reappraisal less than healthy subjects (39,41,42,43). Our results are in accordance with the hypothesis on cognitive reappraisal being the protective factor, therefore the one which could prevent the development of depression (39). However, when expression suppression is considered, our results are not in accordance with the previous studies that recognize it as a maladaptive emotion regulation strategy, since has been more used by persons with depression (39,41,42,43). Our study did not show significant differences in expression suppression among groups, nor was there a significant correlation of this strategy with subjective experience of depressive symptoms in our sample. One of the reasons for this finding could refer to the fact that adolescents who are currently in psychiatric treatment are motivated, compliant and with better insight, thus less prone to suppressing emotional expressions. Even though the literature has shown that weaker emotional regulation is also present among other mental disorders, not only in depression (33), subjects with anxiety disorders in our study did not show significant differences in this domain, comparing to healthy adolescents. These results give contrast to previous studies that found more dysfunctional emotion regulation in adolescents with anxiety disorders, comparing to healthy ones (44). It was shown that anxious adolescents use adaptive emotional regulation strategies less than non-clinical subjects (45), i.e. the cognitive reappraisal, while they use more the expression suppression as the maladaptive

model of emotional regulation (46). In our study, however, the emotional regulation of anxious adolescents was closer to the one of healthy subjects than it was to depressive ones, which may, as well as when it comes to attachment, point out to possible specific patterns in adolescent depression.

Our study had several limitations. The first one refers to the cross-sectional study design, which makes it impossible to make conclusions about causal relationships. Secondly, the number of subjects in groups was not high, which could impact the statistical significance and lead to underestimation of significant relationships. Finally, the participants with depression and anxiety disorders in the study were currently involved in psychiatric treatment that could influence the obtained data. However, our study has certain advantages. To our knowledge, it is one of the rare studies that examined clinically manifested adolescent depressive disorders in the context of attachment and emotion regulation, while making a differentiation in attachment to mother, father and peers. It was, as well, one of the rare studies to compare depressed adolescents not only to healthy controls, but also to adolescents with anxiety disorders, with the control of gender, age and birth order.

Conclusion

The results of our study have shown the relationship of insecure attachment in all domains with adolescent depression. This relationship refers to both depression and to subjective experience of depressive symptoms. Adolescent depression in our study was specifically associated with emotional dysregulation through less frequent use of cognitive reappraisal, thus weaker reevaluation of emotional stimuli independently of gender, age and birth order in family. Such findings may be of importance for planning therapeutic interventions focused on the attachment, and empowerment of cognitive reappraisal as an emotional regulation skill in interpersonal relationships, for adolescents with depressive disorder.

References

1. Zuckerbrot RA, Jensen PS. Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 694-704.
2. Bansal V, Goyal S, Srivastava K. Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school. *Ind Psychiatry J* 2009; 18(1): 43-6.
3. Tsiantis J, Trowell J, editors. Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents: today's challenge. London: Karnac Books; 2010.
4. Bansal V, Goyal S, Srivastava K. Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school. *Ind Psychiatry J* 2009; 18(1): 43-6.
5. Kaess M, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health* 2011; 28 (11): 597.
6. Bradić Z, Toševski Lečić D, editors. Prevention of suicide and suicidal behavior among young people: manual. Belgrade: Institut za mentalno zdravlje; 2010 (Serbian).
7. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994; 2–3 (240): 25–52.
8. Calkins SD, Dedmon SE. Physiological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/destructive behavior problems. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 103–118.
9. Goldin PR, McRae K, Ramel W, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol Psychiatry* 2008; 63(6): 577-86.
10. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *Am J Orthopsychiatry* 2013; 83(1): 131-41.
11. Barrocas AL. Adolescent attachment to parents and peers: working paper No. 50. Atlanta: The Emory Center for Myth and Ritual in American Life; 2006.
12. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albershein L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development* 2000; 71: 684-9.

13. Ying Y, Lee PA, Tsai JL. Predictors of depressive symptoms in Chinese American college students: parent and peer attachment, college challenges and sense of coherence. *Amer J Orthopsych* 2007; 77(2): 316-23.
14. Armsden G, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchel JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1990; 18(6): 683-97.
15. Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2015; 56: 345–365.
16. Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998; 55: 56–64.
17. Dalgleish, T., Moradi, A.R., Taghavi, M.R., Neshat-Doost, H.T., Yule, W. An experimental investigation of hypervigilance for threat in children and adolescents with post-traumatic stress disorder 2001; *Psychol. Med.* 31: 541–547.
18. Achtergarde S, Müller JM, Postert C, Wessing I, Mayer A, Romer G. Attachment Patterns and their Relation to the Development of Anxiety Symptoms in Childhood and Adolescence. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2015;64(7):496-526.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
20. Beck AT, Bearnederfer A. Assessment of depression: The depression inventory. *Psychological Measurements in Psychopharmacology* 1974; 7: 151-69.
21. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 348-362.
22. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: relationships to well-being in adolescence. *J Youth Adol* 1987; 16(5): 427-54.
23. Tea Agerup, Stian Lydersen, Jan Wallander, Anne Mari Sund. Associations Between Parental Attachment and Course of Depression Between Adolescence and Young Adulthood. *Child Psychiatry & Human Development* August 2015, Volume 46, Issue 4, pp 632–642.

24. Smith M, Calam R, Bolton C. Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37(1): 73-85.
25. Li JB, Delvecchio E, Lis A, Nie YG, Di Riso D. Parental attachment, self-control, and depressive symptoms in Chinese and Italian adolescents: Test of a mediation model. *J Adolesc* 2015; 43: 159-70.
26. Kobak RR, Sudler N, Gamble W. Attachment and depressive symptoms during adolescence: a developmental pathways analysis. *Dev Psychopathol* 1991; 3: 461-474.
27. Cook SH, Heinze JE, Miller AL, Zimmerman MA. Transitions in Friendship Attachment During Adolescence are Associated With Developmental Trajectories of Depression Through Adulthood. *J Adolesc Health* 2016; 58(3): 260-6.
28. Van Roekel E, Engels RC, Verhagen M, Goossens L, Scholte RH. Parental depressive feelings, parental support, and the serotonin transporter gene as predictors of adolescent depressive feelings: a latent growth curve analysis. *J Youth Adolesc* 2011; 40(4): 453-62.
29. Berg L, Rostila M, Hjern A. Parental death during childhood and depression in young adults - a national cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Apr 5.
30. Kane P, Garber J. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2004 Jul;24(3):339-60. J.P. Allen, M. Porter, C. McFarland, et al. The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behaviour. *Child Dev*, 78 (2007), pp. 1222-1239
31. Lim HJ, Chung SS, Joung KH. Factors of Depressive Symptoms Among Elementary, Middle, and High School Students. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Jun;30(3):302-8.
32. Berger C, Lisboa C, Cuadros O, de Tezanos-Pinto P. Adolescent Peer Relations and Socioemotional Development in Latin America: Translating International Theory into Local Research. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2016 Jun;2016(152):45-58. doi: 10.1002/cad.20161

33. *Cicchetti D, Cummings M., Greenberg MT, Marvin RS.* An organizational perspective on attachment beyond infancy: implications for theory, measurement and research. In: *Greenberg M, Cicchetti D, Cummings M*, editors. Attachment in the Pre-school Years: theory, research and intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 3–49.
34. *Achtergarde S, Müller JM, Postert C, Wessing I, Mayer A, Romer G.* Attachment Patterns and their Relation to the Development of Anxiety Symptoms in Childhood and Adolescence. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2015; 64(7): 496-526.
35. *Mofrad S, Abdullah R, Uba I.* Attachment patterns and separation anxiety symptom. *Asian Social Science* 2010; 6(11): 148.
36. *Rosenstein DS, Horowitz HA.* Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Apr; 64(2):244-53.
37. *Joormann J, Gotlib IH.* Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot* 2010; 24(2): 281-98.
38. *Brumariu LE, Kerns KA.* Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol.* 2010;22(1):177-203.
39. *Ehring T, Fischer S, Schnülle J, Bösterling A, Tuschen-Caffier B.* Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Pers Individ Dif* 2008; 44: 1574–1584.
40. *Campbell-Sills L, Barlow DH.* Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In: Gross JJ, editor. *Handbook of Emotion Regulation*. New York, NY US: Guilford Press; 2007. p. 542–59.
41. *Garnefski N, Kraaij V.* Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659–1669.
42. *Campbell-Sills L, Barlow D, Brown T, Hofmann S.* Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion* 2006; 6: 587–595.

43. Hsieh M. The Relations among Emotion Regulation Strategies, Self-Concept, and Adolescents' Problem Behaviors [dissertation]. United States – Indiana: Indiana University, 2010.
44. Pine, D.S. Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2007; 48: 631–648.
45. Suveg, C., Zeman, J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2004; 33: 750–759.
46. Legerstee, J.S., Garnefski, N., Jellesma, F.C., Verhulst, F.C., Utens, E.M. Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2010; 19: 143–150.

Table 1.

Attachment differences between groups, controlling for gender, age and birth order

Attachment type	Depressed Adolescents $\bar{X} \pm SD$	Anxiety Controls $\bar{X} \pm SD$	Healthy controls $\bar{X} \pm SD$	Between-subjects effects (MANCOVA) F, p
Attachment to mother	83.4±20.99	92.60±19.20	98.60±17.22	F=3.167, p=0.047
Attachment to father	70.12±20.48	80.90±27.68	99.77±16.01	F=10.518, p=0.000
Attachment to peers	90.24±16.84	88.37±20.25	104.03±15.25	F=4.415, p=0.015

Table 2

Posthoc group-by-group comparisons for attachment and emotion regulation

Posthoc	Attachment to Mother	Attachment to Father	Attachment to peers	Cognitive reappraisal
MANCOVA contrast	DA/AC	DA /AC*	DA /AC	DA /AC**
significance	DA /HC*	DA /HC***	DA /HC*	DA /HC***
	AC/HC	AC/HC*	AC/HC**	AC/HC

DA - Depressed adolescents

AC - Anxiety controls

HC -Healthy controls

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Table 3

Emotion regulation differences between groups, controlling for gender, age and birth order

Emotion regulation strategy	Depressed adolescents $\bar{X} \pm SD$	Anxiety Controls $\bar{X} \pm SD$	Healthy controls $\bar{X} \pm SD$	Between-subjects effects (MANCOVA) F,p
Cognitive reappraisal	22.00±9.07	28.97±8.74	30.07±6.44	F=9.579, p=0.000
Expression suppression	15.09±5.62	14.90±4.85	13.17±4.97	F=1.338, p=0.267

Received on September 28, 2016.

Revised on March 25, 2017.

Accepted on April 25, 2017.

Online First April, 2017.

Family and Personality Predictors of Clinical Depression and Anxiety in Emerging Adults

Common, Distinctive, or a Vulnerability Continuum?

Marija Mitkovic Voncina, MD, PhD,*† Zeljka Kosutic, MD,* Danilo Pesic, MD,* Dejan Todorovic, MD,* Aleksandar Peulic, MA,* Milica Lazarevic, MA,* Ivana Rakovic Dobroslavic, LCSW,* Mina Djuric, MA,* Zagorka Bradic, MD,* Milica Pejovic Milovancevic, MD, PhD,*† Dorothy Gotlib, MD,‡ and Dusica Lecic Tosevski, MD, PhD†§||

Abstract: There is an ongoing debate on the relationship between depression and anxiety, but data on similarities and differences in their predictor profiles are scarce. The aim of our study was to compare family and personality predictors of these disorders among 220 “emerging adults.” As such, two clinical groups with noncomorbid depressive and anxiety disorders, and one healthy control group were assessed by sociodemographic questionnaires, Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders and NEO Personality Inventory, Revised. We found significant overlap in family and personality risk profiles, with increasing effect size for predictors common to anxiety and depression when the categories “no disorder–anxiety disorder–depressive disorder” were considered as existing along a continuum. Among the contributing factors we assessed, family psychiatric history, family structure and conflicts with parents were more significant than personality traits. Our study indicates that emerging adults may be more vulnerable to depression than anxiety in the presence of family and personality risk factors.

Key Words: Depression, anxiety, family, personality, predictors

(J Nerv Ment Dis 2018;00: 00–00)

Emerging adulthood (ages 18 to 25 years) is a developmental period that encompasses the transition from adolescence to adulthood (Riggs and Han, 2009). It is commonly understood that, during this time, one's personality is undergoing dynamic change, especially as it relates to autonomy, identity, and social roles (Arnett, 2000; Riggs and Han, 2009; Roberts and Davis, 2016). As such, this period can be both a window of opportunity to make meaningful changes and a time of increased risk for developing mental health disorders, such as depression and anxiety, both of which commonly emerge during this developmental period (Kessler and Walters, 1998; Mondin et al., 2013; Riggs and Han, 2009).

There is significant morbidity (including risk of substance use disorders, impaired social functioning, insufficient educational achievement, and suicidality) and even mortality associated with these disorders (Kuwabara et al., 2007; Lopez et al., 2005; Rudd et al., 2004).

When undiagnosed and left untreated, these conditions are more likely to become chronic (Birmaher et al., 2004; Naicker et al., 2013).

Although depressive and anxiety disorders have been recognized as separate diagnostic entities with specific features, there is considerable overlap between the two in terms of phenomenology, comorbidity,

genetic and environmental contributions, biological markers, and their response to therapeutic intervention (Kasper, 2001; Kessler et al., 2005; Warnick et al., 2009; Watson, 2005). As such, these disorders have been hypothesized as two manifestations on a temporal continuum where depression develops after anxiety in the prolonged presence of unresolved stressors, or where the onset and characteristics of one disorder contribute to the risk of developing the other (Kasper, 2001; Moscati et al., 2016; Warnick et al., 2009).

Notably, less is known about the predictive effects of mutual risk factors of depression and anxiety, especially in emerging adulthood. Several factors important in emerging adulthood have been linked with depression and anxiety by studies of different age groups, including the following: family history of psychiatric illness (Raucher-Chéné et al., 2012; Stein and Fazel, 2015), parental separation or death (Lansford et al., 2006; Otowa et al., 2014), dysfunctional relationship with parents (Hamilton et al., 2013; Kins et al., 2011), and personality traits such as neuroticism (Bienvenu et al., 2004; Hakulinen et al., 2015).

Nevertheless, these predictors have rarely been investigated simultaneously in young adults with depressive and anxiety disorders as isolated clinical entities to determine the relationship, if any, between the predictors and their effect sizes. By comparing three clinical groups of young people (one with noncomorbid depressive disorders, one with noncomorbid anxiety disorders, and one control group of their community counterparts who screened negative for psychiatric disorders), this study seeks to answer the question: How similar or different are family and personality predictors of anxiety and depression and is there a risk-vulnerability continuum between the two disorders?

METHODS

Participants

This study involved 220 emerging adults (aged 18–25; 96 [43.6%] men and 124 [56.4%] women; mean age, 19.97 ± 1.88; 18 to 24 years of age). All of the participants were in their final year of high school or actively enrolled in a college or university. Two of the three groups were composed of individuals treated at the Day Hospital for Adolescents of the Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia, recruited consecutively at the initial phase of treatment. The first group, “depression,” included 70 patients who fulfilled criteria for a depressive disorder according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV), as measured by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID-I) (First et al., 2002) (recurrent major depressive disorder, $n = 19$ [27.1%]; major depressive episode, $n = 51$ [72.9%]), with no comorbid anxiety or other psychiatric disorders according to the Axis I DSM-IV criteria. Patients with previous or current psychotic symptoms were excluded from this group. The second group, “anxiety,” included 64 patients fulfilling DSM-IV criteria for anxiety

*Clinic for Children and Adolescents, Institute of Mental Health; †Department of Psychiatry, Belgrade University Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia; ‡Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan; §Institute of Mental Health; and ||Serbian Academy of Sciences and Arts, Belgrade, Serbia.

Send reprint requests to Marija Mitkovic Voncina, Institute of Mental Health,

Palmoiceva 37, 11000 Belgrade, Serbia. E-mail: mitkovic_marija@yahoo.com.

Copyright © 2018 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

ISSN: 0022-3018/18/0000-0000

DOI: 10.1097/NMD.0000000000000839

disorders, as measured by SCID-I (panic disorder, $n = 35$ [54.7%]; agoraphobia without panic disorder, $n = 4$ [6.3%]; social phobia, $n = 8$ [12.5%]; specific phobia, $n = 3$ [4.7%]; obsessive-compulsive disorder, $n = 7$ [10.9%]; and generalized anxiety disorder, $n = 7$ [10.9%]), with no comorbid depressive or other psychiatric disorders. The third group, “control,” included 86 convenience-sample participants attending high school ($n = 44$ [51.2%, final-year students) or university ($n = 49$ [48.8%, medical students) in Belgrade. These participants were screened negative for psychiatric disorders by mental health professionals and reported no history of psychiatric treatment. All three groups were matched for age, sex, and economic status (Table 1). All the participants signed the informed consent at the beginning of the study. The study was conducted according to the good research practice guidance of the Belgrade University Faculty of Medicine and was approved by the Ethics Committee of the Institute of Mental Health.

Instruments

The sociodemographic questionnaire, developed for the purpose of this study, assessed the data according to the following factors: age, sex, economic status below or above the national average salary, intact or nonintact family (parental divorce, separation, or death), personal psychiatric history, and family history of psychiatric disorders (presence of mental disorders among immediate family members or first-degree relatives). The SCID-I (First et al., 2002) was used to diagnose patients (by trained psychiatrists) and to screen the control subjects (by trained mental health professionals). Despite the recent release of the Structured Clinical Interview for DSM-V Disorders

(SCID-5) (First et al., 2015), SCID-I is still considered a relevant diagnostic and research tool (Chasson et al., 2017). The NEO Personality Inventory, Revised (NEO-PI-R) (Costa and McCrae, 1992) was used to assess the dimensions of the Five-Factor Model of Personality that largely contribute to the normal personality variation—neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness. The NEO-PI-R is a 240-item Likert-type measure, with all personality dimensions measured on a continuous scale and normed using t-scores.

Statistical Analyses

Group differences were assessed by one-way analysis of variance (ANOVA) (followed by least significant difference [LSD] post hoc tests) for continuous variables and by chi-square tests (followed by chi-square bivariate post hoc tests with Bonferroni correction) for categorical variables. Predictive models of depressive group versus control, anxiety group versus control, and depressive group versus anxiety group, were explored by multivariate logistic regressions. To examine whether having no disorder, an anxiety disorder, or a depressive disorder may be seen as a continuum in terms of predictive factor effect sizes, we created an ordinal variable with gradation from control, to anxiety group, to depression group and conducted ordinal regression with this variable as an outcome. Moderating effects on the link between sex and depressive disorder were analyzed by the means of the PROCESS macro (for SPSS), based on ordinary least square regression within the path analysis framework, using the bootstrapping confidence intervals (CIs) (Hayes, 2013).

TABLE 1. Participants' Characteristics and Group Differences

Variables	Depression Group (D) n (%) / Mean ± SD	Anxiety Group (A) n (%) / Mean ± SD	Control Group (C) n (%) / Mean ± SD	Test Statistics p	Post Hoc Tests p
Sex (male)	33 (47.1)	28 (43.8)	35 (40.7)	$\chi^2 = 0.652$ p = 0.722	—
Age	19.77 ± 1.56	19.86 ± 1.63	20.22 ± 2.26	F = 1.264 p = 0.285	—
Family income above average	35 (50.0)	21 (32.8)	39 (45.3)	$\chi^2 = 4.296$ p = 0.117	—
Family structure (originating from intact family)	43 (61.4)	44 (68.8)	82 (95.3)	$\chi^2 = 28.233$ p = 0.000	D vs. C: p = 0.000 A vs. C: p = 0.000 ^a D vs. A: p = 0.480 D vs. C: p = 0.000 A vs. C: p = 0.000 ^a D vs. A: p = 0.096 ^a
Positive family history of psychiatric illness	24 (34.3)	32 (50.0)	6 (7.0)	$\chi^2 = 35.447$ p = 0.000	D vs. C: p = 0.000 ^a A vs. C: p = 0.020 D vs. A: p = 0.023 ^u
Frequent conflicts with parents	24 (34.3)	10 (15.6)	3 (3.5)	$\chi^2 = 26.255$ p = 0.000	D vs. C: p = 0.000 ^a A vs. C: p = 0.020 D vs. A: p = 0.322
Neuroticism	111.28 ± 28.88	106.02 ± 28.76	98.61 ± 30.89	F = 3.218 p = 0.042	D vs. C: p = 0.013 ^u A vs. C: p = 0.149 D vs. A: p = 0.322
Extraversion	101.72 ± 20.12	100.29 ± 25.64	105.68 ± 21.89	F = 1.059 p = 0.349	—
Openness to experience	114.53 ± 18.14	113.10 ± 16.87	121.64 ± 21.54	F = 3.989 p = 0.020	D vs. C: p = 0.030 ^u A vs. C: p = 0.010 ^u D vs. A: p = 0.676
Agreeableness	111.73 ± 23.33	112.66 ± 20.58	111.93 ± 17.95	F = 0.035 p = 0.966	—
Conscientiousness	99.42 ± 24.06	107.36 ± 23.94	112.12 ± 26.75	F = 4.469 p = 0.013	D vs. C: p = 0.003 ^b A vs. C: p = 0.272 D vs. A: p = 0.078

^a Chi-square post hoc bivariate tests are significant if $p < 0.017$ (Bonferroni correction).
^b One-way ANOVA LSD post hoc tests are significant if $p < 0.05$ (correction already included).

RESULTS

Descriptive parameters and group differences of investigated variables are presented in Table 1. When assessing family characteristics, significant group differences were found in family structure, family history of psychiatric illness, and conflictual relationships with parents. As compared with the control group, both the depression and anxiety groups included significantly more patients with positive family history of psychiatric illness and fewer patients who originated from intact families. In the depression group, there were significantly more patients experiencing frequent conflicts with parents, as compared with the control. The number of patients having frequent conflicts with parents was higher in the depression than in the anxiety group, as well as higher in the anxiety than in the control group, but these differences just marginally approached significance with Bonferroni correction (Table 1).

With respect to personality traits, differences were found in neuroticism, openness to experience, and conscientiousness. Patients in the depression group had significantly higher levels of neuroticism and lower levels of conscientiousness as compared with the control group participants. Patients in both the depression and anxiety groups had significantly lower levels of openness to experience than those in the control group (Table 1).

To explore relative effects of each variable on the diagnostic status in multivariate analysis, we conducted three logistic regressions for each pair of groups. Outcome variables were depression versus control group, anxiety versus control group, and depression versus anxiety group. Sociodemographics, family-related characteristics and personality traits were used as predictors. All three regression models were significant. In the depression versus the control group regression model, 45.4% to 60.7% of the variance was explained. The following predictors were significant: male sex, positive family history of psychiatric illness, frequent conflicts with parents, originating from nonintact family, and low openness to experience (Table 2). In the anxiety versus control group regression model, 33.9% to 45.4% of the variance was clarified. Positive family history of psychiatric illness, originating from nonintact family, and low openness to experience were all significant predictors (having frequent conflicts with parents marginally approached significance). For both the depression and anxiety versus control regression

models, effect sizes were relatively high for family predictors and rather low for personality predictors (Table 2). In the depression versus anxiety group regression model, which explained 15.5% to 20.6% of the variance of having depression instead of an anxiety disorder, originating from nonintact family and frequent conflicts with parents were significant predictors of depressive disorder (Table 2).

As seen in Table 2, depressive and anxiety disorder groups shared significant predictors when compared with the control group, with the depression group indicating more predictors and larger effect sizes. Furthermore, having a depressive versus anxiety disorder was predicted by some of the family variables that also differentiated both groups from the control group. As such, we hypothesized that “control group–anxiety group–depression group” may be considered a continuum in terms of predictor effect sizes. To test that hypothesis, we conducted ordinal regression, using the ordinal variable “no disorder (0) → anxiety disorder 1 → depressive disorder (2)” as an outcome, and the sociodemographic, family, and personality variables as predictors. The model was significant, explaining 34.2% to 38.5% variance of being close to the depression pole. The continuum factors that were predictors of being closer to the depression pole were male sex, positive family history of psychiatric illness, frequent conflicts with parents, originating from nonintact family, and low openness to experience (Table 3).

Sex distribution in all three groups was matched and therefore not significantly different between the groups in bivariate analyses. However, in multivariate analyses, after controlling for other factors, sex (male) became a significant predictor in logistic regression of depressive disorder, as well as in the ordinal regression of the “no disorder–anxiety disorder–depressive disorder” continuum. Because this could indicate possible moderating effects of other variables in the model on the effects of sex, we conducted a series of moderation analyses, with sex as an independent variable, depressive disorder versus control group as an outcome variable, and every other variable in the model as a moderator, controlling for the remaining variables as covariates. The significant moderation effect emerged only for family structure (interaction parameters: $B = 2.9845$, $Z = 3.2049$, $p = 0.0014$, $CI = 1.1593\text{--}4.8097$), with female sex being a significant predictor of depressive disorder when originating from nonintact family (effect: -1.5894 , $Z = -2.0140$, $p = 0.0440$, $CI = -3.1362$ to -0.0426), and male

TABLE 2. Logistic Regression Predictors for Each Pair of Groups

Predictors	Depression Group Versus Control		Anxiety Group Versus Control		Depression Group Versus Anxiety Group	
	p	Exp(B)	p	Exp(B)	p	Exp(B)
Sex (male)	0.004	5.148	0.201	1.825	0.426	1.405
Age	0.824	1.033	0.402	0.899	0.713	1.050
Family income (above average)	0.501	1.420	0.546	1.322	0.162	1.840
Family history of psychiatric illness	0.000	13.376	0.000	11.920	0.155	0.554
Family structure (originating from intact family)	0.000	0.047	0.002	0.112	0.045	0.387
Frequent conflicts with parents	0.000	21.700	0.064	4.828	0.003	4.440
Neuroticism	0.222	1.016	0.715	0.996	0.471	1.007
Extraversion	0.069	1.029	0.831	0.998	0.511	1.007
Openness to experience	0.008	0.956	0.034	0.972	0.820	0.997
Agreeableness	1.000	1.000	0.698	1.005	0.872	0.998
Conscientiousness	0.137	0.980	0.461	0.990	0.224	0.988
Model parameters						
Cox and Snell R ²		0.454		0.339		0.155
Nagelkerke R ²		0.607		0.454		0.206
χ^2		84.226		56.407		21.004
p		0.000		0.000		0.033

TABLE 3. Ordinal Regression of “No Disorder – Anxiety Disorder – Depressive Disorder” as a Continuum

Predictors ^a	Estimate	Wald	p	95% CI	
				Lower Bound	Upper Bound
Age	0.006	0.005	0.944	−0.159	0.170
Neuroticism	0.007	1.083	0.298	−0.007	0.021
Extraversion	0.003	0.166	0.683	−0.012	0.018
Openness to experience	−0.022	6.345	0.012	−0.038	−0.005
Agreeableness	0.000	0.002	0.961	−0.015	0.014
Conscientiousness	−0.013	2.929	0.087	−0.029	0.002
Frequent conflicts with parents	1.963	21.211	0.000	1.128	2.798
Sex	0.668	4.843	0.028	0.073	1.264
Family structure (both-parents household)	−1.873	23.839	0.000	−2.624	−1.121
Family income (above average)	0.602	3.791	0.052	−0.004	1.208
Family history of psychiatric illness	0.868	6.789	0.009	0.215	1.520

^aRegression model parameters: Cox and Snell R² = 0.342, Nagelkerke R² = 0.385; χ^2 = 83.567, p = 0.000; goodness of fit: Pearson χ^2 = 384.764, p = 0.523; deviance, χ^2 = 354.273, p = 0.882.

sex being a significant predictor when originating from intact family (effect: 1.3951, Z = 3.0202, p = 0.0025, CI = 0.4898–2.3004).

DISCUSSION

To our knowledge, this study was the first to assess similarities and differences in clinical depression and anxiety multivariate predictor profiles regarding family structure, conflicts with parents, family history of psychiatric disorders, and personality traits in emerging adults. Our findings demonstrate considerable overlap in predictors of both disorders, with more variance explained and more significant predictors for depressive disorders, and with increasing effect size for certain predictors when “no disorder–anxiety disorder–depressive disorder” is considered as a continuum.

Family History of Psychiatric Illness

Having a family member or a first-degree relative with psychiatric disorders was largely predictive of both depression and anxiety in our study, independently of other investigated sociodemographic, family, and personality factors. This finding is in accord with the results of a number of previous studies in children and adolescents, showing greater risk for depression and anxiety disorders when parents or grandparents are affected by mental disorders (Cents et al., 2011; Raucher-Chéné et al., 2012; Stein and Fazel, 2015). In emerging adulthood, even before a depressive disorder has clinically manifested, having a family history of depression has been associated with certain endophenotypes, such as low affinity to risk taking and reward-seeking impairment (Mannie et al., 2015). Having psychiatric illness in the family, especially in either parent, may influence the offspring in both genetic and environmental ways. Both depression and anxiety show moderate heritability, with a considerable common polygenic background (Burton et al., 2015; Smoller, 2016). On the other hand, both disorders have etiological foundation in the stress-diathesis model (Smoller, 2016). One of the important early environmental stressors may be related to distorted parent-child relationship associated with parental mental disorders (Walsh et al., 2002). In our study, predictive effect of family history of psychiatric illness in both disorders was independent of the aforementioned environmental stressor, confirming the possibility of genetic influence beyond the relationship with parents.

Frequent Conflict With Parents

Emerging adults who had frequent conflicts with parents were at significant risk of having a depressive disorder in our study, compared

with both the control and anxiety groups. This effect was independent of sociodemographic, personality, and other familial factors such as family history of psychiatric illness and family structure. The risk for anxiety disorders could not be established through the regression model, but it marginally approached significance. Furthermore, having frequent conflicts with parents was a significant predictor of the ordinal variable “no disorder–anxiety disorder–depression disorder.”

These findings speak in favor of our hypothesis, implying that there may be a risk-vulnerability continuum between anxiety and depression in the presence of conflictual relationships with parents in emerging adulthood, with a higher risk for depressive than anxiety disorders. To our knowledge, such finding has not been reported in the previous studies. It is known that dysfunctional parenting (which may include verbal aggression) is a risk factor for the development of psychopathology (Cicchetti and Toth, 1995; McCrory et al., 2012). High maternal psychological control has been associated with an increase in depressive equivalents throughout adolescence (Kouros and Garber, 2014). Similarly, emotional abuse in childhood and adolescence has been shown to play a role in both depression and anxiety (Hamilton et al., 2013). Although the parent-child relationship follows a dynamic course, with a decline in feelings of warmth in middle childhood through mid-adolescence, and with the rise of warmth as an adolescent approaches the transition to adulthood (Fingerman et al., 2012), parent-child conflicts of adolescence do not completely cease in emerging adulthood and are often characterized by ambivalence in both parent and offspring. Reasons for this ambivalence may depend on parental feelings of ongoing responsibility for the offspring, and satisfaction with offspring independence and achievements in adult normative roles (Fingerman et al., 2012). Hence, parental dissatisfaction and criticism, and emerging adult fragile self-esteem may form a vicious cycle, contributing to greater sensitivity to depression in our study, because this disorder is mostly characterized by focusing on self-depreciation, unlike anxiety cognitions that focus more on specific threats from the outside world (Beck, 1976).

Family Structure

The young participants in our study who originated from nonintact families were at higher risk for both depressive and anxiety disorders, and at significantly higher risk for depressive disorders compared with anxiety disorders, clearly showing a stronger link to this risk factor on a proposed continuum. This effect was independent of sociodemographics, personality traits, family history of psychiatric illness, and conflictual relationship with parents. To our knowledge, the

nonintact family risk-vulnerability continuum for anxiety and depression among emerging adults has not been previously reported. Family structure as a risk factor for mental health dysfunction in children has been recognized in a number of previous studies. Children from single-parent families, as well as children living in families with step-parents or shared custody between separated parents, experience more stress than those in intact families, and this stress may persist for many years after separation (Dissing et al., 2017). Both depression and anxiety in children and adolescents have been associated with single-parenting, divorce, and arrival of a step-parent (Daryanani et al., 2016; Grover et al., 2005; Lansford et al., 2006). Parental death during childhood and adolescence has also been linked with both depression and anxiety in emerging and later adulthood (David et al., 1995; Otowa et al., 2014). In one study of males aged 20 to 58, parental loss (due to separation or death) was predictive of depression and anxiety disorders, with the highest odds ratios for panic disorder, followed by major depressive disorder and generalized anxiety disorder, respectively (Otowa et al., 2014). Our finding of higher risk-vulnerability for depression than for anxiety in this is in contrast with the previous study. One reason for this discordance could originate from methodological disparity—the study of Otowa et al. (2014) assessed anxiety disorders as separate diagnoses, controlling for age only, in a sample of males who were older than our sample. Our study, on the other hand, investigated the merged category of anxiety disorders, controlling for various sociodemographic, family, and personality covariates in the multivariate analysis. The other possible explanation for our finding of a higher risk-vulnerability for depression than anxiety may be related to the cognitive differences in these two disorders. Depression is associated with the subjective experience of goal loss, leading to continued focus on the past, inability to experience positive emotion, lack of motivation, and avoidance of future losses and unachievable goals. Anxiety, on the other hand, relates to facing a threat to self-preservation, resulting in selective attention to future threats and dangers (Eysenck and Fajkowska, 2017). In line with that, a recent study has shown a specific predictive effect of interpersonal loss on depression, whereas life events related to danger were predictive of both anxiety and depression (Asselmann et al., 2015). Therefore, the loss of a parent early in life may have closer link to depression in emerging adulthood.

We also found that family structure moderated the effect of sex on the risk of developing a depressive disorder. Studies have found that after puberty, young women became more prone to depression than young men (Salk et al., 2017). However, the young women in our study had more risk for depressive disorder if originating from nonintact families, whereas the men had more risk if they came from intact families. This finding suggests that more research is needed to explore whether young women could be more sensitive to the effects of family structure when it comes to depression.

Personality Traits

After controlling for sociodemographics and family-related factors, the predictive effect of the Five-Factor Personality traits on both depressive and anxiety disorders in our study was weak, with low openness to experience as the only significant predictor for having these disorders. Predictive effects of this trait for depression and anxiety disorders did not show significant differences in the depression versus anxiety regression model. Nevertheless, there was an inverse dose-response effect when the ordinal regression of the “no disorder–anxiety disorder–depressive disorder” continuum was conducted in the entire sample, with participants with lower scores of openness to experience falling closer to the depression pole of the continuum. Other personality traits showed no significantly predictive effects, which was contrary to our expectations, considering that studies have repeatedly shown high neuroticism, and low extraversion and conscientiousness, to be indicative of internalizing disorders such as depression and anxiety (Bienvenu

et al., 2004; Hakulinen et al., 2015). Indeed, in our study, neuroticism was significantly higher and conscientiousness significantly lower in depressed patients than in controls in bivariate analyses, but these effects disappeared after controlling for sociodemographic, family-related, and other personality factors in multivariate analysis. One of the reasons for this may be related to some personality traits, such as neuroticism, showing considerable level of heritability (Docherty et al., 2016), which might have been accounted for through the family history of psychiatric disorders in the regression model. Another reason for the generally weak effect of personality traits on depression and anxiety in our study may be related to the extensive fluidity of personality during emerging adulthood, whereby individuals become more emotionally stable (decrease in neuroticism), conscientious, and agreeable, and by some studies, more socially dominant (a facet of extraversion) (Roberts and Davis, 2016). It may be that these dynamic changes in emerging adulthood masked the link between personality factors and depressive or anxiety disorders in our study. Further reasons for the low contribution of personality traits may be associated with the dominance of familial and environmental factors (such as conflicts with parents) that could have a powerful and formative influence in this period of life (Kins et al., 2011).

When it comes to openness to experience, the data from the meta-analysis show weak negative or equivocal associations with depression and anxiety (Kotov et al., 2010). The predictive effect of openness to experience in our study may result from the relationship of this trait with dopamine-related emotional, stress, and reward processing, specifically shown by Peciña et al. (2013). Low openness could lead to low motivation, low interest in finding new goals, and failure to embrace the challenging and novel tasks of transitioning to adulthood, which may result in depressive symptoms like low self-esteem, helplessness, and detachment from the future, or anxiety symptoms such as excessive fear of the future and avoidance of new experiences. On the other hand, there are theories that suppose that the link between psychiatric disorders such as depression may also have a reverse causation, with the possibility of depression leaving a permanent scar on personality, or resulting in at least temporary personality change, with weak decreasing effects shown for openness to experience (Hakulinen et al., 2015).

The Issue of Continuum

There have been several models describing the relationship between depression and anxiety in the past two decades. One model uses a temporal continuum, whereby depression develops after anxiety in the presence of persistent and unresolved stressors (Kasper, 2001; Warnick et al., 2009). A second model describes the development of comorbid anxiety as a more severe form of depression (Moscati et al., 2016). The existing evidence is not fully conclusive, leaving the question of continuum for these disorders unresolved. The results of our study, however, point to another type of relationship between the noncomorbid forms of these disorders—the risk-vulnerability continuum—which shows that emerging adults may be more prone to depression than to anxiety in the presence of family- and personality-related risk factors common among both disorders. Because we are aware of no similar finding in the literature, there is a challenging question on the underlying reasons for this type of relationship. Although adverse formative experiences clearly may trigger both depression and anxiety disorders in this developmental period, having a dysfunctional model of adults in the family (psychiatric illness, conflicts with parents, disconnection between the parents), along with low openness to acknowledging new models, may result in focusing more on the past than the future, inclining more to the acquired sense of certainty that the upcoming adult future must be negative (cognitions of depression) than to the uncertainty cognition typical for anxiety (Eysenck and Fajkowska, 2017). Additional risk factors and triggers from the outside (specific of the particular anxiety type) may be needed to elucidate proneness to anxiety disorders.

in this age group, which is in line with our finding of less variance explained by the regression model comparing to depression.

Limitations

The inferences of the study should be made with caution due to certain limitations. First, the study design is cross sectional and uses self-reports on family variables, which does not enable conclusions on the direction of causal effects and may be limited by possible recall bias or subjectivity. Certain information that could covariate with the examined factors was not available in the study, such as the time of parental separation or death, the relationship between subjects and family members with psychiatric illness, relationships with peers, the length of parent-child conflict duration, or history of maltreatment by parents. Moreover, family factors and diagnostic statuses were analyzed as dichotomous variables, whereas interval data would have given more precise information on dose-response relationships. Another limitation refers to the problem of nongeneralizability, considering that our clinical participants were derived from population of emerging adults treated in day hospital. In addition, a larger sample would have provided more information on potentially small effect sizes of certain variables and the possibility of differentiating between specific depressive and anxiety disorders, as well as specific diagnoses in family history. Finally, whereas this study speaks in favor of the “no disorder–anxiety–depression continuum” in terms of risk factor effect sizes, it does not provide evidence on the pathology severity continuum.

Nevertheless, in contrast with various studies of nonclinical populations of emerging adults with symptom scales of depression and anxiety, our study had the methodological advantage of a clear distinction between noncomorbid depressive disorders, noncomorbid anxiety disorders, and healthy individuals (who screened negative for psychiatric disorders). In addition, all three groups were matched for potential confounders such as sex, age, and economic status and were controlled for combined or masked effects through multivariate statistical analysis. Future studies may be directed to explore this concept in a larger independent sample, with prospective design and continuous measures that account for additional risk domains such as child maltreatment and problems with peers and romantic partners. Further studies should also address the question why emerging adults may be more prone to depression than to anxiety in the presence of mutual risk factors.

CONCLUSIONS

The results of our study showed that clinical depression and anxiety in emerging adults, investigated as distinct diagnostic entities, may have a specific relationship when it comes to certain family-related and personality predictors (positive family history of psychiatric illness, originating from nonintact families, frequent conflicts with parents, and low openness to experience), with family predictors presenting greater risk than personality traits. We found an increasing effect size for some predictors when “no disorder–anxiety disorder–depressive disorder” was considered a continuum. This finding implies that these disorders may be observed through a risk-vulnerability continuum, with emerging adults at higher risk for depression in the presence of certain risk factors. This gradation is especially seen in the domains of conflictual relationship with parents and family structure, with the latter having moderating effects on the link between sex and depression.

Practical implications of the findings may involve tailoring assessment and intervention to family and personality risk factors, including regular screening of students for these factors, improving the quality of communication and relationship with parents, and encouraging openness to experience. Depression and anxiety prevention in emerging adulthood should require both young adults and their parents to make active change. Psychoeducation on sensitive developmental tasks of emerging adulthood, as well as on still ongoing and particularly dynamic personality modeling in this period, could help both emerging

adults and their parents to acknowledge this window of opportunity and support positive change. As depression falls on the higher end of the risk-sensitivity continuum, as compared with anxiety disorders, depression screening may be especially useful for emerging adults with the following risk factors: conflicts with parents, nonintact families (especially in females), mental disorders in the family, and low openness to new experiences. Screening for these factors at the end of high school and throughout undergraduate studies may help identify at-risk individuals for selective prevention of internalizing disorders. Prospective studies are needed to explore the effects of the interventions mentioned above.

DISCLOSURE

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Arnett JJ (2000) Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 55:469–480.
- Asselmann E, Wittchen HU, Lieb R, Hofler M, Beesdo-Baum K (2015) Danger and loss events and the incidence of anxiety and depressive disorders: A prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Psychol Med*. 45:153–163.
- Beck AT (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Inter-national Universities Press.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestadt G (2004) Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety*. 20:92–97.
- Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, Ryan ND (2004) Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 43:63–70.
- Burton KL, Williams LM, Richard Clark C, Harris A, Schofield PR, Gatt JM (2015) Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported depression and anxiety. *J Affect Disord*. 188:35–42.
- Cents RA, Tiemeier H, Luijk MP, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, Lambregtse-van den Berg MP (2011) Grandparental anxiety and depression predict young children's internalizing and externalizing problems: The generation R study. *J Affect Disord*. 128:95–105.
- Chasson GS, Williams MT, Davis DM, Combs JY (2017) Missed diagnoses in African Americans with obsessive-compulsive disorder: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I). *BMC Psychiatry*. 17:258.
- Cicchetti D, Toth SL (1995) A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34:541–565.
- Costa PT, McCrae RR (1992) Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Daryanani I, Hamilton JL, Abramson LY, Alloy LB (2016) Single mother parenting and adolescent psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 44:1411–1423.
- David D, Giron A, Mellman TA (1995) Panic-phobic patients and developmental trauma. *J Clin Psychiatry*. 56:113–117.
- Dissing AS, Dich N, Andersen AN, Lund R, Rod NH (2017) Parental break-ups and stress: Roles of age & family structure in 44 509 pre-adolescent children. *Eur J Public Health*. 25:829–834.
- Docherty AR, Moscato A, Peterson R, Edwards AC, Adkins DE, Bacanu SA, Bigdeli TB, Webb BT, Flint J, Kendler KS (2016) SNP-based heritability estimates of the personality dimensions and polygenic prediction of both neuroticism and major depression: Findings from CONVERGE. *Transl Psychiatry*. 6:e926.
- Eysenck MW, Fajkowska M (2017) Anxiety and depression: Toward overlapping and distinctive features. *Cogn Emot*. 13:1–10.
- Fingerman KL, Cheng YP, Tighe L, Birditt KS, Zarit S (2012) Relationships between young adults and their parents. In Boot A, Brown SL, Landale NS, Manning WD, McHale SM (Eds), *Early adulthood in a family context* (1st ed, Vol 2, pp 59–85). New York, NY: Springer-Verlag New York.

- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (2002) Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders Research Version, Patient Edition with Psychotic Screen (SCID-I/P W/PSY SCREEBN). New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL (2015) Structured Clinical Interview for the DSM-5—Research Version (SCID-5-RV). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Grover RL, Ginsburg GS, Ialongo N (2005) Childhood predictors of anxiety symptoms: A longitudinal study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 36:133–153.
- Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M (2015) Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety*. 32:461–470.
- Hamilton JL, Shapero BG, Stange JP, Hamlat EJ, Abramson LY, Alloy LB (2013) Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 42:332–347.
- Hayes AF (2013) Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York: Guilford Publications.
- Kasper S (2001) Depression and anxiety—separate or continuum? *World J Biol Psychiatry*. 2:162–163.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62:593–602.
- Kessler RC, Walters EE (1998) Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*. 7:3–14.
- Kins E, Soenens B, Beyers W (2011) “Why do they have to grow up so fast?” Parental separation anxiety and emerging adults’ pathology of separation-individuation. *J Clin Psychol*. 67:647–664.
- Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D (2010) Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 136:768–821.
- Kouros CD, Garber J (2014) Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors. *Dev Psychol*. 50:2633–2643.
- Kuwabara SA, Van Voorhees BW, Gollan JK, Alexander GC (2007) A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: Disorder, development, and social context. *Gen Hosp Psychiatry*. 29:317–324.
- Lansford JE, Malone PS, Castellino DR, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE (2006) Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents’ divorce or separation. *J Fam Psychol*. 20:292–301.
- Lopez B, Turner RJ, Saavedra LM (2005) Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *J Anxiety Disord*. 19:275–294.
- Mannie ZN, Williams C, Browning M, Cowen PJ (2015) Decision making in young people at familial risk of depression. *Psychol Med*. 45:375–380.
- McCrorry E, De Brito SA, Viding E (2012) The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. *J R Soc Med*. 105:151–156.
- Mondin TC, Konradt CE, Cardoso Tde A, Quevedo Lde A, Jansen K, Mattos LD, Pinheiro RT, Silva RA (2013) Anxiety disorders in young people: A population-based study. *Rev Bras Psiquiatr*. 35:347–352.
- Moscato A, Flint J, Kendler KS (2016) Classification of anxiety disorders comorbid with major depression: Common or distinct influences on risk? *Depress Anxiety*. 33:120–127.
- Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I (2013) Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *J Adolesc Health*. 52:533–538.
- Otowa T, York TP, Gardner CO, Kendler KS, Hettema JM (2014) The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Res*. 220:404–409.
- Peciña M, Mickey BJ, Love T, Wang H, Langenecker SA, Hodgkinson C, Shen PH, Villafuerte S, Hsu D, Weisenbach SL, Stohler CS, Goldman D, Zubieta JK (2013) DRD2 polymorphisms modulate reward and emotion processing, dopa-mine neurotransmission and openness to experience. *Cortex*. 49:877–890.
- Raucher-Chéné D, Gierski F, Hiibsch B, Cuervo-Lombard CV, Bera-Potelle C, Cohen R, Kahn JP, Kaladjian A, Limosin F (2012) Depression, anxiety and personality dimensions in female first-degree relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Womens Ment Health*. 15:229–232.
- Riggs SA, Han G (2009) Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *J Adult Dev*. 16:39–52.
- Roberts BW, Davis JP (2016) Young adulthood is the crucible of personality development. *Emerg Adulthood* June. 2:1–9.
- Rudd MD, Joiner TE, Rumzek H, Joiner TE Jr (2004) Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 34:113–125.
- Salk RH, Hyde JS, Abramson LY (2017) Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 143:783–822.
- Smoller JW (2016) The genetics of stress-related disorders: PTSD, depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 41:297–319.
- Stein K, Fazel M (2015) Depression in young people often goes undetected. *Practitioner*. 259:17–22.
- Walsh C, MacMillan H, Jamieson E (2002) The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario health supplement. *Child Abuse Negl*. 26:11–22.
- Warnick JE, Huang CJ, Acevedo EO, Sufka KJ (2009) Modelling the anxiety-depression continuum in chicks. *J Psychopharmacol*. 23:143–156.
- Watson D (2005) Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 114:522–536.

Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice

Zagorka Bradic, M.D., Zeljka Kosutic, M.D., Marija Mitkovic Voncina, M.D., Ph.D., Sabina Jahovic, M.D., Dejan Todorovic, M.D., Vanja Mandic Maravic, M.D., Aleksandar Peulic, M.A., Ivana Rakovic Dobroslavic, L.C.S.W., Mina Milosavljevic, M.A., Mina Aleksic, M.A., Dusica Lecic Tosevski, M.D., Ph.D.

The dynamics of adolescence require adjustments in psychiatric treatment because of the challenges of this developmental stage in life. This column describes the Day Hospital for Adolescents (DHA) of the Institute of Mental Health in Belgrade, Serbia, which was established in December 2007. The DHA is a holistic program for the treatment of youths ages 15–25 with emotional disorders. The multicomponent therapeutic program includes individual treatment, several group therapeutic activities, and work with patients' families and the school system. An evaluation of data obtained for 102 patients indicated that DHA treatment was associated with significant reductions in depression symptom severity and improved functioning. The adolescents reported a high level of treatment satisfaction. The results suggest that a multicomponent day hospital is an effective treatment modality for adolescents with emotional disorders.

Psychiatric Services in Advance (doi: 10.1176/appi.ps.201600089)

The lifetime prevalence of depression may be as high as 20% among adolescents (1). Specific psychopathology begins to develop at this stage of life and is partly influenced by the psychodynamics of the process of adolescence itself. Therefore, when psychiatric treatment is required, the fragile self-image of adolescents and their generally unstable self-esteem become even more relevant, especially if intensive treatment in a hospital setting is required. Consequently, intensive treatment should be adjusted to the needs of adolescents' emotional development. Although several studies have examined the role of intensive "milieu therapy" as a part of day hospital treatment for various psychiatric populations (2,3), data regarding the efficacy of such treatment among adolescents with emotional or depressive disorders are rather scarce (4–8), especially in terms of recent findings. This column describes a day hospital in Belgrade, Serbia, and presents findings of a recent evaluation.

The Day Hospital for Adolescents

The Day Hospital for Adolescents (DHA) of the Institute of Mental Health in Belgrade, Serbia, was established in December 2007. It serves youths ages 15–25—in the middle, late, and postadolescent phases—whose internalizing and externalizing problems lead to dysfunction in several domains, such as social and educational. The core of the DHA concept is the case-management team (CM team), introduced at admission to suit each patient. The CM team includes a psychiatrist, a psychologist or a social worker, and two nurses, who gather once a week. The objective of the team is to observe the patient from different professional perspectives and to exchange thoughts and experiences at general team sessions (the synthesis team), which are held four days each week. This kind of approach takes into account the daily contacts and interactions that take place at DHA between the adolescents and mental health care providers, among the adolescents themselves, and among the team members.

The treatment program includes twice-per-week individual psychotherapy and daily structured milieu therapy, in which the main component is psychodynamic group therapy adapted from Yalom and Leszcz's acute-phase inpatient group therapy (9). Other components of milieu therapy are psychodrama workshops, cognitive-behavioral therapy groups (life skills learning and assertiveness training), family therapy, psychoeducational groups, art and occupational therapy, bibliotherapy, music and film therapy, adolescent assembly (patient-led meetings during which current issues are discussed), and therapeutic community (staff-led meetings during which adolescents are given their weekly responsibilities in the DHA group setting and group issues are discussed with the staff). Group continuity after hospitalization in the DHA is maintained through a staff-led Club for Adolescents, with one session per month, involving artistic activities and peer self-help groups.

Special attention in the therapeutic process is given to working with parents through the Parents Counseling Service, which offers psychoeducation groups, individual counseling,

PS in Advance

BEST PRACTICES

ps.psychiatryonline.org 1

and family therapy. Also, the DHA collaborates with schools, social welfare, and legislative institutions.

We evaluated the effectiveness of the DHA treatment modality. Because of the salience of depression in the patient population and the impaired functioning of DHA patients, we focused on measures of depression and functioning. We also measured satisfaction to explore the subjective experience of treatment.

DHA Evaluation

The study included 102 DHA patients hospitalized between October 2014 and January 2015; 43 were males (42%), and the mean $\pm$ SD age of the patients was 18.96 $\pm$ 2.5. The study was carried out according to principles of good scientific practice and

approved by the Ethics Committee of the Institute of Mental Health. The average length of stay was two months. Two patients were discharged from DHA and readmitted at

later date. Participants' primary ICD-10 diagnoses were depressive disorders (single episode and recurrent) (N588, 86%), mixed disorder of conduct and emotions (N58, 8%), and anxiety disorders (N56, 6%). Ninety patients (88%) received pharmacotherapy, and the most commonly used medications were antidepressants (predominantly fluoxetine), often combined with another type of medication (predominantly anxiolytics).

Demographic data were obtained from patients' medical records. Depressive symptom severity was assessed with the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (10) and its modified version for adolescents (PHQ-A) (11). Cutoff scores are the same for both instruments (5, mild; 10, moderate; 15, moderately severe; and 20, severe depression); both instruments define improvement as a score reduction to below 10 and an increase of at least 50% compared with baseline. The questionnaire was applied in the form of an interview in order to increase its reliability.

Functioning was assessed with the Global Assessment of Functioning (GAF) (12) and the Children's Global Assessment Scale (CGAS) (13), the equivalent version for persons under age 18. The two scales are divided into hierarchical intervals of 10 points each for every level of functioning. Satisfaction with DHA treatment was assessed with a version of the Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire—22 (SATISPSY-22) (14), modified to comprise 18 questions. Cronbach's alpha for the modified scale was .844.

Assessments of depression severity and global functioning were completed at admission and discharge for 94 patients. Assessments of treatment satisfaction were completed by 34 patients near the end of the program or after discharge. Data were analyzed by descriptive statistics (means, standard deviations, and percentiles), paired t tests, and Pearson's correlations.

Results of the evaluation indicated considerable improvement in both depressive symptoms and global functioning. [A table presenting the results of the analysis is included in an online supplement to this column.] PHQ-9/PHQ-A scores significantly decreased from the baseline average score, which

indicated moderate and moderately severe depression, to an average score at treatment termination within the range for mild depression. Moreover, average scores changed by over 50%. GAF/CGAS average scores significantly improved from the lower limit of moderate functioning problems at baseline to only slight functioning problems at treatment termination (improvement of about 50%). Significant improvements in PHQ-9/PHQ-A scores and in GAF and CGAS scores were also noted for both sexes and for those under age 18 and those age 18 and older (p , .001 for all stratified paired t tests).

Treatment satisfaction scores on the modified SATISPSY were in the 65–90 range (or in the 72–100 percentile), with a mean value on the 89.5 percentile. Satisfaction was not associated with sex or age; among clinical variables, satisfaction was inversely associated with PHQ-9 scores at discharge (r = -.398, p = .044).

Discussion

To our knowledge, the DHA is unique in Serbia and in the region. Because the design and implementation of the program were informed by a sound conceptual paradigm of adolescent developmental needs and these preliminary results are suggestive of effectiveness, the program may be considered an emerging best clinical practice. The milieu concept described here, specifically designed for adolescent and postadolescent populations with emotional disorders, takes into account various facets of adolescent process and uses them as therapeutic cornerstones. It incorporates several therapeutic principles—from psychodynamic, cognitive-behavioral, systemic, and expressive therapies—within a peer, family, and school framework, forming a strong and specific support system that may represent the essential element of DHA's effectiveness.

Previous studies of multicomponent day hospital treatment of children and adolescents with various psychiatric disorders provided valuable evidence of the efficacy of such programs (4–8). However, to our knowledge, only two studies—conducted in the United States and Canada (5,7) and published 18 and three years ago, respectively—involved evaluation of adolescent-only (ages 14–19) day hospital milieu treatment for patients with heterogeneous diagnoses, including emotional disorders. As in our study, both of these studies used a pre-post design with no control group, and the results indicated treatment efficacy in terms of symptoms and functionality. However, our study involved a shorter duration of treatment, a larger and diagnostically more homogeneous overall sample, and a subgroup of postadolescents whose improvement patterns were similar to those of adolescents. Furthermore, our study evaluated patients' self-reported satisfaction with treatment, with encouraging findings. A few studies of children and adolescents have emphasized parent-reported treatment satisfaction (6,8). However, to our knowledge, no studies of adolescents have used SATISPSY-22 self-report adapted for youths and for the psychiatric day hospital treatment setting. In a study that used the original

2 ps.psychiatryonline.org

PS in Advance

SATISPSY-22 among adult inpatients, the mean score was equivalent to the 62nd percentile (15). In our study, satisfaction with treatment was higher. In the study of adults, satisfaction was associated with symptom improvement but not functional improvement. We found that satisfaction was associated only with the severity of depressive symptoms at the end of treatment, highlighting the importance of residual depressive symptoms for our patient population.

After being discharged from the DHA, patients are typically treated in the outpatient department, usually by the same psychiatrist who treated them in the DHA. Because the essential bond between the adolescent and his or her family, school, and social setting is not interrupted during the stay, the DHA allows for continuity—the patient's gradual adjustment to a daily routine. Therefore, the DHA represents a bridge between intensive inpatient treatment and a community intervention model.

Our naturalistic study had some limitations. First, the study lacked a control group. Second, only a small number of patients were assessed for satisfaction with treatment, which might have limited the conclusiveness of the results. Third, we do not have follow-up information for the period after DHA discharge. Finally, we were unable to control for the effects of additional and potentially important factors on treatment outcomes (such as personality traits, the intensity of comorbid symptoms, or additional sociodemographic variables).

Future directions include establishing the effectiveness of the intervention with a randomized controlled study that also examines postdischarge outcomes. Clinical advancements might involve postdischarge follow-up by an external case manager attached to the patient's primary care or pediatric provider, school, or student counseling service. To optimize outcomes through the transitional phase, the DHA team might train and supervise the external case managers. This would provide continuation of the main therapeutic principles initiated in the DHA, but in a community setting, and would contribute to shortening the duration of DHA treatment, leading to reductions in treatment costs.

AUTHOR AND ARTICLE INFORMATION

The authors are with the Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia. Dr. Mitkovic Voncina and Prof. Lecic Tosevski are also with the School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade. Ms. Aleksic is also with the Department of Psychology, Faculty of Media and Communications, Singidunum University, Belgrade. Send correspondence to Dr. Mitkovic Voncina (e-mail: mitkovic_marija@yahoo.com). Marcela Horvitz-Lennon, M.D., M.P.H., is editor of this column.

BEST PRACTICES

The authors thank Michel Botbol, M.D., Ph.D., for his significant assistance in establishing the Day Hospital for Adolescents and continuous supervision of clinical work in the hospital.

The authors report no financial relationships with commercial interests.

REFERENCES

1. Zuckerbrot RA, Jensen PS: Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 160:694–704, 2006
2. Mazza M, Barbarino E, Capitani S, et al: Day hospital treatment for mood disorders. *Psychiatric Services* 55:436–438, 2004
3. Müller JM, Averbach-Holocher M, Romer G, et al: Psychiatric treatment outcomes of preschool children in a family day hospital. *Child Psychiatry and Human Development* 46:257–269, 2015
4. Granello DH, Granello PF, Lee F: Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial hospitalization program. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 27:409–422, 2000
5. Matzner FJ, Silvan M, Silva RR, et al: Intensive day program for psychiatrically disturbed truant adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 68:135–141, 1998
6. Kiser LJ, Millsap PA, Hickerson S, et al: Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35:81–90, 1996
7. Thatte S, Makinen JA, Nguyen HN, et al: Partial hospitalization for youth with psychiatric disorders: treatment outcomes and 3-month follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease* 201:429–434, 2013
8. Remschmidt H, Schmidt MH, Mattejat F, et al: Therapy evaluation in child and adolescent psychiatry: inpatient treatment, day care treatment and home treatment in comparison [in German]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 16:124–134, 1988
9. Yalom I, Leszcz M: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books, 2005
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 16:606–613, 2001
11. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, et al: The Patient Health Questionnaire for Adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health* 30:196–204, 2002
12. Aas IH: Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry* 10:2, 2011
13. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al: A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry* 40:1228–1231, 1983
14. Zendjidian X, Auquier P, Lançon C, et al: The SATISPSY-22: development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry. *European Psychiatry*, 30:172–178, 2015
15. Zendjidian XY, Auquier P, Lançon C, et al: Determinants of patient satisfaction with hospital health care in psychiatry: results based on the SATISPSY-22 questionnaire. *Patient Preference and Adherence* 8:1457–1464, 2014

PS in Advance

ps.psychiatryonline.org 3

