

**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

ЖЕЉКА КОШУТИЋ

**ДЕПРЕСИВНИ ПОРЕМЕЋАЈИ У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ – УТИЦАЈ
ЖИВОТНИХ ДОГАЂАЈА, ЕМОЦИОНАЛНЕ РЕГУЛАЦИЈЕ,
АФЕКТИВНОГ ВЕЗИВАЊА И ДИМЕНЗИЈА ЛИЧНОСТИ**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Београд, 2018. године

Садржај

I ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1. УВОД.....	5
2. Адолесценција.....	8
2.1. Дефиниција и подела.....	8
2.2. Адолесцентни процес.....	11
3. Депресивни поремећаји.....	14
3.1. Дефиниција и подела.....	14
3.2. Депресивни поремећаји у адолесценцији.....	18
3.3. Депресија и суицид.....	19
3.4. Суицидално понашање у адолесценцији.....	19
4. Етиолошки чиниоци депресије у адолесценцији.....	22
4.1. Животни догађаји.....	22
4.1.1. Значај животних догађаја у депресији (стрес и депресија).....	22
4.1.2. Животни догађаји и депресија у адолесценцији.....	24
4.2. Афективно везивање.....	26
4.2.1. Теорија афективног везивања.....	26
4.2.2. Афективно везивање за родитеље и депресија у адолесценцији.....	28
4.2.3. Афективно везивање за вршњаке и депресија у адолесценцији.....	29
4.3. Емоционална регулација.....	31
4.3.1. Дефиниција и стратегије емоционалне регулације.....	31
4.3.2. Емоционална регулација и депресија у адолесценцији.....	33
4.4. Личност.....	35
4.4.1. Дефиниција и димензионални модели личности.....	35
4.4.2. Личност и депресија у адолесценцији.....	38

II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

5. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА.....	40
----------------------------	----

6. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА.....	41
7. МЕТОД.....	42
7.1. Врста студије.....	42
7.2. Узорак.....	42
7.3. Инструменти процене.....	43
7.4. Варијабле.....	47
7.5. Опис статистичких процедура.....	50
8. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	51
8.1. Основна социодемографска обележја узорка.....	52
8.2. Разлике у зависним и независним варијаблама у односу на конфундирајуће варијабле.....	54
8.3. Повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством депресивног поремећаја.....	63
8.4. Повезаност негативних животних догађаја, емоционалне регулације, афективног везивања за родитеље и вршњаке, и димензија личности, са присуством суицидалне идеације и суицидалног понашања.....	67
8.5. Предиктивни модели	72
8.6. Медијациона анализа	77
9. ДИСКУСИЈА.....	80
9.1. Фактори ризика за настанак депресивног поремећаја у адолесценцији.....	80
9.2. Утицај негативних животних догађаја на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији	81
9.3. Утицај афективног везивања на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији.....	84
9.4. Утицај димензија личности на настанак депресивног поремећаја у адолесценцији.....	89
9.5. Медијациона улога емоционалне регулације у настанку депресивног поремећаја у адолесценцији.....	94
10. ОГРАНИЧЕЊА ИСТРАЖИВАЊА.....	100

11. ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА.....	101
12. ЗАКЉУЧАК.....	103
13. ЛИТЕРАТУРА.....	105

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 Клонингеровом 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 механизма 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 (Војанин i Поповић-Деушић, 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 (Војанин i Поповић-Деушић, 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 2012) а по неким ауторима и адолесценција траје до двадесет шесте године живота (Ерић, 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) (Војанин и Поповић-Деушић, 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 Поповић-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 (Stroufe 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 (Егић, 1989).

Касна адолесценција преставља 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 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; Војанин и Поповић-Деушић, 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 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 (Војанин и Поповић-Деушић, 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 (Ерић, 1989; Војанин и Поповић-Деушић, 2012). Адолесценти теже да буду независнији што подразумева самостално доношење одлука и њихово спровођење у дело (Ерић, 1989; Војанин и Поповић-Деушић, 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 крииминогено понашање (Војанин и Поповић-Деушић, 2012).

Адолесценција као посебна фаза развоја дуго није била препозната (Војанин и Поповић-Деушић, 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; Војанин и Поповић-Деушић, 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; Војанин и Поповић-Деушић, 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 непознавања 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 непрепознат и нелечен и сагледан као део „нормалне адолесценције“ или „адолесцентна криза“. Један од најчешћих узрока непрепознавања 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 (Brdic 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 (Brdic i Lečić Toševski, 2010).

Према подацима из литературе чак 15% адолесцената се самоповређивало бар једном у жвоту (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 самоповеђујуће понашање. Неки аутори указују да не постоји увек јасна граница између самоповређивања ипокушаја 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 приспитивања о смислу живота и смрти (Brdić, 2010). Више од половине средњошколаца понекад помисли на самоубиство, према подацима из истраживања (McKey et al., 1993; Brdic 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; Brdic 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). 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 (Brdić 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 (Brdić 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 самубиства. 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 (Brdić 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 (Воконјић и др., 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 Масијејевски 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 (Јевтић, 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; Јевтић i dr., 2008; Јевтић, 2011; Максимовић 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 (Barocas, 2006).

Оснивач теорије афективног везивања, енглески психоаналитичар Џон Болби (John Bowlby) увео је појам афективне везаности (attachment). Интензиван однос који се у најранијем узрасту 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 неуспостављање 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 (Barrocas, 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 (Porov, 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 (Porov, 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 (Porov, 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 a). Према Гросу препознавање и разумевање властитих емоционалних искустава чини основу за регулацију емоционалног одговора (Gross, 1998 a; Gross, 2007 b). Поред тога, сматра се да на развој емоционалне регулације значајно утичу пол, развој детета и темперамент (Масука, 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 сналажење у животним догађајима, а да је коришћење супресије експресије у дужем временском 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 малаптивних механизма емоционалне регулације са суцидалношћу (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 Клонинџеровог модела који описује седам димензија личности које су настале међусобним деловањем срединских чиниоца и биолошких фактора (Cloninger et al., 1994). Овом теоријом личности Роберта Клонинџера (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 разичитих особа исто изражена одређена димензија, али постоји разлика у изражености других димензија (Džamonja Ignatović 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 време, 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 (Tyger 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; Tyger 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 (Tyger 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 (Tyrer 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 рекурентне 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 Клонинцеровом 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 адолесценте 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 адолесценте 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 адолесценте 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 широкој 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 оцене 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-степенуј скали Ликертовог типа, зависно од степена слагања са датом тврдњом.

Упитник је заснован на Клонинџер-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 подскеале. 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 (Кошutić 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 категоријска варијаблa 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 значи 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 варијабле; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Упитник о емоционалној регулацији.

3. **Подскеале афективног везивања - за мајку, за оца и за вршњаке** - континуалне варијабле; 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 варијабле; оперативна дијагностика врши се на основу инструмента Упитник о темпераменту и карактеру, ревидирана верзија.

Конфундирајуће (збуњујуће) варијабле

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

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

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

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

За испитивање предикције и медијације (циљ 3):

Независне варијабле

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 везивању 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_p^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

група	дескриптивна статистика		поређење		
	М	Σ	F	p	η ²
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

група	брачни статус родитеља			
	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 неопсихијатријској контролној групи била нижа фреквенца испитаника који долазе из некомплетних породица у односу на испитанике које имају депресивни поремећај, док су испитаници из неопсихијатријске 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 варијаблима 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

варијабла	Група	дескриптивна статистика		Поређење			
		М	σ	F	p	η ² _p	
интензитет депресивности	Пол						
	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 ² _p	
	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

пол	суицидална идеација	
	није присутна	Присутна
мушки	87 (46,0%)	39 (43,3%)
женски	102 (54,0%)	51 (56,7%)
пол	суицидално понашање	
	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	$\chi^2(1, N=279)=$ 7,555, $p=0,006$
Комплетна	174 (74,4%)	22 (52,4%)	
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

варијабла	група (суицидална идеација)	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η_p^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			
	група (суицидално понашање)	М	σ	F	p	η_p^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, подскале афективног везивања и емоционалне регулације

варијабла	група	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η_p^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	поређење
--	--	--------------	----------

варијабла	група	статистика		F	p	η_p^2
		M	σ			
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		
		M	σ	F	p	η_p^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

Варијабла	група	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η ² _p
потрага за новим	комплетна	104,75	16,09	,024	,876	,000

	породица					
	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

Подскеле 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 подскале емоционале 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 самотрансцедентност) 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	самоуслереност	сарадљивост	самотрансцедентност

		ШКОЛОВАЊА			
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^{**}
самотрансцедентност					–

* - 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 адолесценте 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 адолесценте 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_p^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 самоуслерености, 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 самотрансценденности – 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

варијабла	група	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η_p^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	107,15	19,71			

	поремећаји					
	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 суицидална 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_p^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

варијабла	група (суицидна идеација)	дескриптивна статистика		Поређење		
		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

варијабла	група (суицидално понашање)	дескриптивна статистика		Поређење		
		М	σ	F	p	η_p^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 когнитивна процена	није присутно	26,76	7,22	27,023	,000	,109
	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

варијабла	група (суицидално понашање)	дескриптив на статистика М	σ	Поређење F	p	η_p^2
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, подскала 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 подскала афективног везивања, трећи се односи на број негативних животних догађаја, док су у четвртом 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%. Подскала 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
самотрансцедентност	-,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 јаким – нивоу, и број негативних животних догађаја је повезан са дискриминационом функцијом. Подскале 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 положаји 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
самоуслереност	-,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	поновна когнитивна	,1398	,0673

казне	процена		
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.

Подскеле 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 адолесценте 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 подскеале 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 роматничног партнера (што није био предмет нашег истраживања) него за оца и вршњаке у предикцији адолесценте депресивности (Margoless 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 адолесценце 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 излагање 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 емотионалним 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 несуицидалну 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 адолесценцији

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 самотрансцедентности 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 избегавања 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 Клонинџеровог 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 Клонинџеровог модела личности код пацијената са афективним поремећајима, истражујући разлике између пацијената са униполарном депресијом и биполарним афективним поремећајем, у поређењу са њиховим здравим сибинзима 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 самотрансцендентности, 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 екстровеизије 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 екстровеизијом 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 (Repaud 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. Подскале 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 адолесценте. 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 ка 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 фокусирала 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.

Подскеале 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 напем 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 дуже 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 узнемирана. 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, адолесценте са депресивним поремећајем одликовалису више избегавање казне и нижа зависност од награде и истрајност.
- У погледу димензија карактера, регистрована је нижа самоусмереност.
- Клинички лечене адолесценте у нашем истраживању одликовало је несигурније везивање за вршњаке, као и карактер који подразумева нижу сарадљивост и самотрансцедентост.
- 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, адолесценте 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 избегавање 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 избегавање 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 избегавање 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. Ćurčić (ur.). *Destruktivnost i autodestruktivnost mladih*, Beograd: Žarko Albulj, pp.29-37.

Ђурчић, В. and Брадић, З. (1997). Преображаји у адолесценцији. У: Ђурчић 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., Dobrosravić-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 mladih 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.