

UNIVERZITET U SARAJEVU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

PREVENCIJA DEPRESIJE KOD ADOLESCENATA U ŠKOLSKOM KONTEKSTU

Završni magistarski rad

Kandidat: Irvin Kenović

Mentor: Prof. dr. Sibela Zvizdić

Sarajevo, 2023

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. DEPRESIVNI POREMEĆAJ KOD ADOLESCENATA	3
2.1. Klasifikacija depresivnih poremećaja	5
2.2. Etiologija	6
2.3. Epidemiologija	8
2.4. Tretman	9
3. FAKTORI RIZIKA I ZAŠTITE	10
3.1. Biološki faktori.....	11
3.2. Okolinski faktori	13
3.3. Psihološki faktori.....	15
4. PREVENCIJA DEPRESIJE KOD ADOLESCENATA	17
4.1. Univerzalna prevencija.....	20
4.2. Selektivna prevencija	21
4.3. Indicirana prevencija	22
5. PREVENTIVNI PROGRAMI U ŠKOLI ZASNOVANI NA DOKAZIMA	23
5.1. Pennov Program Rezilijentnosti - PRP (eng. Penn Resillency Program)	25
5.2. Socijalno i Emocionalno učenje - SEL (eng. Social and Emotional Learning)	27
5.3. Program rješavanja problema za život - PSFL (eng. Problem Solving For Life)	28
6. ZAKLJUČAK	29
7. LITERATURA	31

SAŽETAK

Istraživanja pokazuju da depresija nije poremećaj koji se isključivo pojavljuje u odrasloj dobi već je prisutan i dosta ranije. Samim tim javlja se potreba da se ovaj poremećaj prevenira i smanji njena incidencija i ponovna pojava u kasnijim razvojnim periodima. Prevencijom depresije kod adolescenata smanjuju se troškovi zdravstvene skrbi i efikasno poboljšava kvalitet zdravlja u društvu. Škola je okruženje u kojem adolescenti provode većinski dio svog vremena i ovo okruženje pored njihovog vlastitog doma treba biti mjesto podrške i sigurnosti, što bi upućivalo na to da je škola veoma poželjno mjesto za implementaciju preventivnih programa. Cilj ovog rada će biti definisati depresiju i depresivne poremećaje sa naglaskom na adolescentsku dobnu skupinu, dok sistematiziranim pregledom literature i analizom prisutnih programa zasnovanih na dokazima (eng. evidence based programs) pružiti uvid u efikasne metode prevencije depresije kod adolescenata u školskom kontekstu.

Ključne riječi: adolescenti, depresija, preventivni programi, škola

1. UVOD

Adolescencija predstavlja specifičnu razvojnu fazu koja je kategorizirana sa naglim i brzim promjenama biološke, kognitivne i psihološke prirode na koje mogu značajno uticati društveno-ekološki faktori (Lu, 2019). Ovaj razvojni period pored iznad navedenih faktora uključuje promjene u toku puberteta kao što su to povećanje akademskih, profesionalnih i društvenih odgovornosti, te zatim promjene u međuljudskoj dinamici sa porodicom i vršnjacima (Shortt i Spence, 2006). Važno je adekvatno definisati period adolescencije uzimajući u obzir kulturološku pozadinu i društvo. Okvir godina koji se uzima u obzir za period adolescencije u empirijskim spoznajama se smatra u prosjeku između 10 i 20 godina života. Tako naprimjer Američka asocijacija psihologa (APA) period adolescencije smatra razdobljem od 10 do 20 godine života, koji počinje u pubertetu i završava psihološkim i neurobiološkim sazrijevanjem (VandenBos, 2015). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) ovaj period definiše u sličnom okviru 10-19 godina života dok neki istraživači ovaj period adolescencije dijele u tri kategorije: rana adolescencija (između 11-13 godina), srednja adolescencija (između 14-17 godina) te kasna adolescencija (između 17-19 godina), a period poslije 19 godine stručnjaci nazivaju fazom odrasle dobi u razvoju (Salmela-Aro, 2011).

Cjelokupne promjene koje adolescenti doživljavaju te novonastale situacije u ovom razvojnom periodu povećavaju vjerovatnoću pojave psiholoških posljedica i razvoja mentalnih bolesti, u ovom slučaju konkretno depresije. Budući da je adolescencija posebno važan razvojni period koji je naglašen akademskom tranzicijom i razvojem bliskih/romantičnih odnosa te kritičnih životnih vještina, depresija koja je doživljena tokom ovog perioda može adolescente učiniti posebno ranjivim prema doživljavanju niza loših psihosocijalnih ishoda u odnosu na adolescente za koje nije prisutna depresija (Clayborne, Varin i Colman, 2019). Kako adolescenti fiziološki, socijalno i kognitivno sazrijevaju, tako depresivni simptomi postaju konkretniji i specifični za razliku od onih koji su zabilježeni kod odraslih, međutim važno je napraviti razliku i diferencirati između normativnog adolescentnog nemira i psihopatologije. Zbog toga tokom dijagnosticiranja depresije u ovom razvojnom periodu stavlja se veći naglasak na trajanje, težinu i kombinaciju simptoma (Schachter i Romano, 2016). Depresija ima i veliki uticaj na druge mentalne i emocionalne poteškoće te poremećaje ponašanja (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera i Leykin, 2010).

Kada se spominje termin depresija on se može odnositi na prolazno raspoloženje ili emocionalno stanje koje je popraćeno elementima tuge i demoralizacije, a kako se trajanje produžava, depresivno raspoloženje može postati simptom emocionalnog poremećaja (Muñoz, Beardslee i Leykin, 2012). Ranije se smatralo da depresiju mogu doživjeti samo osobe u odrasloj dobi, međutim istraživanja ukazuju da je depresivni poremećaj prisutan čak i u dječjoj dobi, dok adolescentska dobna skupina označava razvojnu fazu brzog početka depresije gdje se najčešće početak velike depresije javlja tokom rane do srednje adolescencije (Flynn i Rudolph, 2011a). Iako su neki znaci depresije relativno lagano uočljivi, oni ostanu zanemareni kod adolescenata i djece od strane odraslih (nastavnika, učitelja, roditelja i sl.) zbog nekoliko razloga: djeca nisu uvijek sposobna objasniti kako se osjećaju, odrasli nisu sposobni uvijek prepoznati depresivnost ili depresivne znakove kod adolescenata na osnovu njihovog ponašanja, zatim simptomi mogu biti različiti u poređenju sa odraslima a komorbiditeti mogu često zamaskirati depresivne simptome (Vulić-Prtorić, 2004; Moreh i O'Lawrence, 2016).

Prevenција depresije se najčešće dijeli na: *univerzalne intervencije* koje su fokusirane na populaciju u cjelini (npr. svi učenici), *selektivne intervencije* koje su fokusirane na grupe ili pojedince sa povećanim rizikom (npr. učenici sa većim brojem faktora rizika poput: razvoda roditelja, fizičko i/ili emocionalno zlostavljanje, nizak socioekonomski status i sl.) i *indicirane intervencije* koje su fokusirane na pojedince s ranim simptomima ili ponašanjima koja su predznaci poremećaja (npr. učenici koji pokazuju znakove depresije), ali koje još uvijek nije moguće dijagnosticirati kao depresivnost (O'Connell, Boat i Warner, 2009). Preventivni programi pored usmjerenosti na sklop depresivnih poremećaja, smanjuju prevalenciju anksioznih simptoma koji su često komorbiditet kod depresivnih stanja (Corrieri i sur., 2013). Uzimajući u obzir važnost navedene teme te u skladu sa teorijskim razmatranjima i empirijskim spoznajama cilj ovog rada je operacionalizirati i odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kako se depresija razlikuje kod adolescenata od drugih dobnih skupina?
2. Koji su to zaštitni i rizični faktori koji utiču na razvoj depresije kod adolescenata?
3. Koje su to preventivne strategije za depresiju?
4. Kako i na koji način školski programi mogu biti od značaja za prevenciju depresije kod adolescenata?

2. DEPRESIVNI POREMEĆAJ KOD ADOLESCENATA

Depresivna stanja i periodi tuge se mogu smatrati uobičajenim životnim stanjima koja variraju od situacije do situacije a jedan od najčešćih uzroka za ovo stanje se može smatrati gubitak odnosa ili smrtni gubitak značajne osobe (Petersen i sur., 1993). Depresija je nažalost često zanemarena kada su u pitanju adolescenti i mlade osobe. Za razliku od odrasle dobi, u ovom periodu dijagnoza depresivnog poremećaja se pogrešno postavlja ili se generalno uopšte ne otkriva. Depresija povećava rizik za samoubistvo i povezana je sa značajnim sadašnjim i budućim morbiditetom (Thapar, Collishaw, Pine i Thapar, 2012). U sklopu istraživanja trendova poremećaja raspoloženja i ishodima vezanih za samoubistvo, u periodu 2017. god. veći broj adolescenata je iskusilo psihološke poteškoće koje su uključivale veliki depresivni poremećaj i suicidalne misli za razliku od perioda 2000-e godine. Procenat depresivnih epizoda se povećao generalno za 52% a kod mladih između dobi od 12 do 17 godina ovaj postotak je porastao sa 8.7% na 13.2% (Twenge, Cooper, Joiner, Duffy i Binau, 2019). Procjenjuje se da do 20% djece pati od mentalnih bolesti širom svijeta a prevencija pojave depresije kod djece i adolescenata trebalo bi biti osnovni cilj zdravstvenih ustanova zbog kojih će se poboljšati javno zdravlje i smanjiti troškovi zdravstvene zaštite (Bodicherla, Shah, Singh, Arinze i Chaudhari, 2021). Sve veći procenat depresije u cijeloj populaciji ukazuje na prisutnost ovog poremećaja i njen rani početak u adolescenciji (Lu, 2019).

Depresija je poremećaj koji je kategoriziran dugo vremena kao veliki problem javnog zdravstva te je visoko prevalentan u zajednici. Stanje na koje se nekada gledalo kao poremećaj prisutan kod srednjovječnih žena se sada smatra velikim i širim problemom koji pogađa osobe različite dobi i socioekonomskog statusa (Hammen, 2018). U centrima za mentalno zdravlje Federacije Bosne i Hercegovine prema Zavodu za javno zdravstvo FBiH (2022) statistička analiza pokazuje da u 2021. god. vodeće bolesti i stanja registrovana na stopi od 10.000 uključuju depresivne epizode, rekurentni depresivni poremećaj, shizofreniju, reakcije na stres, poremećaj prilagođavanja te posttraumatski stresni poremećaj. Depresija se procjenjuje kao mentalni poremećaj koji uzrokuje najveći teret bolesti i invaliditeta u svijetu a ujedno je i jedan od mentalnih poremećaja koje je moguće spriječiti (Muñoz i sur., 2010). Kroz sistematsku dijagnostičku procjenu i izravne intervjue sa djecom pokazano je da se depresija javlja kod djece prije puberteta, te da je isto tako ona vrlo česta pojava kod adolescenata (Rasing, Creemers, Janssens i Scholte, 2017; Schachter i Romano, 2016; Weissman, 1988).

Kod nekih osoba depresija može biti neprimjetna i opstati na niskim nivoima mjesecima pa čak i godinama, dok kod drugih simptomi budu toliko intenzivni i jaki da mogu dovesti do samoubistva (Moreh i O'Lawrence, 2016; Del Vecchio, 2018). Depresija kao stanje može varirati od blagog poremećaja raspoloženja do poremećaja psihotičnog intenziteta, iako je depresija često epizodična i prolazi sama od sebe, kod većine depresivnih osoba ovo stanje se ponovno javlja i dolazi do doživljavanja više epizoda ili rezidualnog stresa, a kod nekih osoba ovo može trajati godinama (Hollon, Thase i Markowitz, 2002). Adolescencija je tipično vrijeme gdje se javljaju fluktuacije raspoloženja i promjene u emocijama zbog većeg broja faktora kao što su očekivanja odraslih, fiziološke promjene ili pritisak vršnjaka. Od adolescenata se traži da upravljaju prijateljstvima i da se socijaliziraju dok u isto vrijeme nastoje da razviju svoj vlastiti identitet (Mackenzie i Williams, 2018; Schachter i Romano, 2016). Mnogi adolescenti i mlade osobe dožive i imaju nivoe depresije koji ne ispunjavaju dijagnostičke kriterije za mentalne poremećaje, ali bez obzira na to depresija ispod kliničkog praga značajno utiče na kvalitet njihovih života što uzrokuje znatne poteškoće i probleme (Rasing i sur., 2017; Burns i Hickie, 2002). Međutim, dijagnoza depresije kod adolescenata može biti teška za postaviti zbog toga što mlade osobe imaju drugačije simptome u poređenju sa odraslima (Bennett, Jones i Smith, 2014).

Prema Paterson i sur. (2018) adolescentna tranzicija u ovom periodu može uticati na promjene u obrascima ponašanja što može rezultirati različitim eksternalizirajućim i internalizirajućim ponašanjima. Eksternalizirajuća ponašanja pokazuju značajnu povezanost sa simptomima depresije kod mladih u dobi od 11 godina, dok internalizirajuća ponašanja su povezana sa simptomima depresije kod mladih osoba u dobi od 14 godina (Paterson i sur., 2018). Adolescenti često imaju pored velike depresije i druga stanja kao što su: anksiozni poremećaj, zloupotreba supstanci i disruptivni poremećaj a sam komorbiditet komplikuje liječenje i povezan je sa većim rizikom za pokušaj samoubistva i ponavljajućim epizodama depresije (Hauenstein, 2003). Adolescentska depresija često služi kao krovni pojam za opisivanje komorbidnih stanja poput anksioznosti ili zloupotrebe supstanci (Rikard-Bell i sur., 2022). Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja se javlja prije 18. godine i karakteriziran je čestom ljutnjom i agresijom koja je prisutna najmanje 3 puta sedmično a iz nje često evoluiraju velika depresija ili anksiozni poremećaj (Perrotta, 2019).

2.1. Klasifikacija depresivnih poremećaja

Za klasifikaciju depresije upotrebljavaju se APA Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5) i Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD-10) od strane svjetske zdravstvene organizacije. Depresivni poremećaji DSM-5 uključuje: veliki depresivni poremećaj, distimiju (perzistentni depresivni poremećaj), disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, premenstrualni disforični poremećaj, zatim depresivni poremećaj raspoloženja prouzrokovan uzimanjem psihoaktivnih tvari te specificirani i nespecificirani depresivni poremećaj (APA, 2014). Da bi osoba bila dijagnosticirana sa depresijom potrebno je da pokazuje najmanje pet simptoma koji se navode u DSM-5 te moraju trajati najmanje dvije sedmice. Ono što ICD i DSM u opis depresivne epizode obuhvataju kao središnje elemente su: depresivno raspoloženje odnosno stanje, depresivne kognicije i suicidalne ideje (Carr, 2015). DSM-5 i ICD-10 klasifikacije nude različite kategorizacije depresivnih poremećaja. Iako su prisutne određene sličnosti, oba sistema su bila kritikovana zbog toga što nisu jasno pravili razliku između depresije u dječijoj i odrasloj dobi (Bernaras, Jaureguizar i Garaigordobil, 2019). U poređenju sa DSM-IV, DSM-5 proširuje dijagnostičke kriterije tako da uključuje razdražljivo raspoloženje kao osnovni simptom depresije kod djece i adolescenata (Bennett i sur., 2014). Pored toga adolescenti sa velikim depresivnim poremećajem izvještavaju o simptomima poput depresivnog raspoloženja, anhedonije, gubitka energije, nesаницe i osjećaja bezvrijednosti (Rice i sur., 2019; Zalsman, Brent i Weersing, 2006). Roditelji zapažaju određena ponašanja koja se mogu uklopiti u simptomatologiju depresivnog poremećaja kao što su: somatske tegobe, socijalno povlačenje ili letargija (Schahter i Romano, 2016). S druge strane roditelji rijetko prepoznaju osjećaj tuge, obeshrabrenosti, utučenosti i potrebe za samoćom kao vrlo uočljive znakove depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004).

Na depresiju se u historiji gledalo kao na stanje koje pogađa samo starije odrasle osobe, međutim depresija je u zadnjem periodu prepoznata kao ozbiljan problem koji također zahvata adolescenciju i mlađu dob (Moreh i O'Lawrence, 2016). U adolescentskoj dobi tužno raspoloženje je povezano sa ljutnjom, poteškoćama u koncentraciji, niskim samopoštovanjem, razdražljivošću, društvenim povlačenjem i izraženim akademskim poteškoćama (Perrotta, 2019). Neki od ozbiljnih depresivnih simptoma u adolescenciji uključuju izbjegavanje bivših prijatelja, nedostatak interesa za sport ili hobije, nepromišljeno ponašanje, zloupotreba supstanci, odbijanje i izbjegavanje škole, a važno je isto tako da se ne zanemaruje suicidalna preokupiranost i izražavanje bezvrijednosti jer su ovo

važni znakovi upozorenja (Kestenbaum i Canino, 2016). Prema Lu (2019) nalazi istraživanja pokazuju da 72% adolescenata sa depresijom je iskusilo teška oštećenja u funkcionisanju u četiri glavne životne aktivnosti: kućni poslovi, škola, bliski odnosi sa porodicom i društveni život. Školski uspjeh ne mora uvijek biti znak depresije zbog toga što depresivni adolescenti mogu nastaviti sa dobrim akademskim rezultatima bez obzira na svoje simptome (Klass i Gallagher, 2016). Adolescenti koji su depresivni osjećaju se bezvrijedno i obeshrabreno i imaju problema u pronalaženju osjećaja radosti ili doživljavanja zadovoljstva tako da sebe često opisuju kao društveno nesposobne, bespomoćne i nemotivisane (Evans, Van Velsor i Schumacher, 2002). Rice i sur. (2019) smatraju da osnovni simptomi depresije kao što je to gubitak energije mogu biti posebno važni u početnim pojavama depresivnih poremećaja jer aktiviraju i druge simptome. Pored toga ovi simptomi se često javljaju u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Ključna razlika između normalnog osciliranja u ponašanju kod adolescenata i depresije jeste što je depresija povezana sa funkcionalnim oštećenjem, a opisuje se kao promjena ponašanja u odnosu na prethodne primjerene obrasce koji su zabilježeni kod djeteta ili adolescenta jer dolazi do izolacije, problema u školi i/ili delinkvencije (Perrolta, 2019; Zalsman i sur., 2006).

2.2. Etiologija

Općenito je prihvaćeno da ne postoji jedan jedini uzrok za razvoj depresije i depresivnih poremećaja kod adolescenata, a dokazi širokog spektra etioloških i uzročnih faktora uključuju lične i kontekstualne faktore (Flynn i Rudolph, 2011a). Adolescenti se generalno suočavaju sa visokom razinom stresa i imaju velike količine izazova tokom odrastanja tako da su oni i podložniji za razvoj depresije (Li i sur., 2021). Imajući to na umu jedan od korisnih modela za objašnjavanje razvoja depresije kod adolescenata jeste model dijateza-stres. Mjerenjem životnog stresa istraživači postaju precizniji u razmatranju određenih stresnih okolnosti za koje se smatra da su u interakciji sa dijatezom odnosno individualnom ranjivosti (Monroe i Simmons, 1991). Prema općem stajalištu modela, svaki pojedinac posjeduje određeni stepen nasljedne ranjivosti za razvoj određenog poremećaja a pojava tog poremećaja može biti potaknuta stresom iz okoline, a količina ili intenzitet stresa potreban za razvoj poremećaja ovisi o stepenu ranjivosti (Broerman, 2017). Prema Arnau-Soler i sur. (2019) genetska ranjivost odnosno faktori rizika se mogu smatrati genetskom dijatezom, tako da genetski uvjetovan efekat stvara interakciju dijateza-stres koji se može tumačiti kao interakcija gena i okoline (GxE).

Beck (1967) predstavlja jedan životopisan prikaz kontroverznih i promjenjivih koncepata depresije. Razvio je inventar depresije koji je i danas u upotrebi a sastoji se od 21 različitih iskaza i stavova o simptomima koji se ispunjavaju samostalno ili u prisustvu stručnjaka. Njegov pristup prema Hammen (2018) predlaže alternativno gledanje nasuprot tada prisutnim relevantnim modelima depresije poput biomedicinskog modela, psihodinamičke perspektive i perspektive ličnosti koja je depresiju smatrala jednostavnim simptomom utemeljenim na intrapsihičkim sukobima. Beckov model pretpostavlja da depresivne epizode počinju u trenutku kada značajan životni događaj poput smrti voljene osobe, stupi u interakciju s jednim ili više disfunkcionalnih uvjerenja a uticaj ovih faktora aktivira negativnu shemu sebe, kategoriziranu negativnom interpretacijom što uzrokuje kognitivnu trijadu i druge simptome depresije (Brown, 2014).

Faktori u kućanstvu, zajednici i školi su povezani sa poremećajem raspoloženja, anksioznošću i vitalnošću (Mori, Arimoto i Tadaka, 2022). Bronfenbrenner (1994) je smatrao da za razumijevanje ljudskog razvoja je potrebno uzet u obzir cijeli ekološki sistem u kojem se osoba razvija, on u svom modelu uključuje pet organiziranih subsistema odnosno nivoa koji se odnose na šire i uže okruženje jedne osobe poput njegove porodice ili školskog okruženja. Ovaj model pokriva pet sistema koji utiču na rast i razvoj a to su: *mikrosistem*, *mezosistem*, *egzosistem*, *makrosistem* i *kronosistem*. Mikrosistem se odnosi na razinu koja je najbliža pojedincu poput roditelja, braće i sestara, prijatelja i slično. Mezosistem uključuje različite mikrosisteme i njihov međudodnos, poput porodica i djeteta ili prijatelj i porodica. Egzosistem obuhvata specifične strukture i organizacije koje ne uključuju djeteta. Naprimjer zbog gubitka posla porodica djeteta ima manjak prihoda što može prouzrokovati ekonomski stres za porodicu i uticati na djetetovo iskustvo u kući. Makrosistem pokriva šire društvo i kulturu gdje pojedinac živi dok kronosistem se odnosi na sva iskustva, sve ono što osoba doživljava tokom života, poput životnih promjena, ekoloških događaja i slično. Ekološki model obuhvata različita okruženja jednog adolescenta, zbog čega korištenje ovog modela omogućava holistički pristup i bolje razumijevanje liječenje i prevencije depresije i depresivnih poremećaja (Lakhan, 2013). Bronfenbrennerov ekološki model pruža razumijevanje uloge i ponašanja pojedinca u odnosu na njegovu okolinu i kontekst koji ga okružuje na različitim razinama. Međutim, teorija dovodi u pitanje ulogu pojedinca u odnosu na kontekst tako da modelu nedostaje aspekt razumijevanje unutarnje razine (Christensen, 2016). Kombinacijom različitih pristupa i modela omogućava se adekvatniji pristup za razumijevanje depresije i njenog raznovrsnog djelovanja kako na pojedinca tako i na okolinu samog adolescenta.

2.3. Epidemiologija

Učestalost depresivnog poremećaja kada su u pitanju adolescenti, naročito kod ženskog spola, naglo raste nakon puberteta, a do kraja adolescencije jednogodišnji stepen prevalencije prelazi 4% (Thapar i sur., 2012). Depresija je prisutna češće među adolescentima nego predadolescentima dok u odrasloj dobi prevalencija depresije kod žena je dvostruko veća nego kod muškaraca (Carr, 2015). Veća prevalencija kod žena za depresivni poremećaj naglašava važnost rodno specifičnih i ranih intervencija (Lu, 2019). Povećan broj osoba ženskog spola je pronađen u epidemiološkim i kliničkim uzorcima, tako da je mala vjerovatnoća da je stepen depresije ovdje zabilježen zbog posljedice razlike u traženju pomoći ili prijavljivanju simptoma (Flynn i Rudolph, 2011a; Thapar i sur., 2012). Prema Thapar i sur. (2012) depresija kod adolescenata je više povezana sa hormonalnim promjenama nego sa hronološkom dobi, pogotovo kod osoba ženskog spola što sugerira da pubertetske promjene u odnosima između hormona i mozga mogu biti povezane sa depresijom. Smatra se da ove promjene kreiraju psihološku ranjivost kod žena jer se istovremeno javljaju povećane negativne percepcije o sebi i smanjen nivo samopoštovanja (Flynn i Rudolph, 2011a). Procenat depresije kod adolescenata je bio relativno stabilan i iznosio je oko 8% više od 10 godina, međutim postotak se počeo povećavati i krajem 2015. godine postotak je porastao na 12.5% (Del Vecchio, 2018). Iako se mnogi mladi oporave od depresivne epizode, neki adolescenti nastavljaju imati simptome ispod praga ili distimiju. U kliničkom uzorku epizode velike depresije traju 7 do 8 mjeseci dok u nekliničkom uzorku trajanje je znatno kraće gdje između 30% i 70% doživi daljnje epizode (Carr, 2015).

Prema DSM-5 (APA, 2014) disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja kod djece i adolescenata kada je u pitanju šestomjesečna do jednogodišnja prevalencija iznosi između 2 i 5%, a za veliki depresivni poremećaj adolescenti ženskog spola imaju 1.5 do 3 puta veću stopu razvoja depresije za razliku od muškaraca u adolescentskoj dobi. Na osnovu velikog međunarodnog istraživanja prema samoizvještajima 13.000 adolescenata iz Evrope identificirano je 29% adolescenata sa depresijom ispod praga i 10% sa značajnim simptomima depresije (Balázs i sur., 2013). Depresija ispod praga se odnosi na slučaj gdje su prisutni klinički relevantni simptomi ali nije postavljena potpuna dijagnoza depresije jer nisu ispunjeni kriteriji za postavljanje dijagnoze. Bez obzira na to, ovakvo stanje utiče na kvalitet života mladih i dovodi adolescente u opasnost od razvijanje velike depresije kasnije u životu (McLaughlin, 2008; Reicher i Matischek-Jauk, 2019).

2.4. Tretman

Opcije prisutne za tretman depresije mogu uključivati psihoterapiju najčešće *kognitivno bihevioralnu terapiju (KBT)* ili *interpersonalnu psihoterapiju (IPT)* i farmakoterapiju, a najznačajniji rezultati su zabilježeni kada je korištena kombinacija psihoterapije i farmakoterapije, posebno ukoliko su prisutne suicidalne ideje (Beirão i sur., 2020; Perrotta, 2019). Kognitivne i ponašajne terapije omogućavaju niz intervencija koje pretpostavljaju da su poremećaji raspoloženja uzrokovani ili pogoršani naučenim uvjerenjima i ponašanjima što omogućava tretmanima i intervencijama zasnovanim na principima učenja da spriječe ili liječe te poremećaje (Hollon i sur., 2002; Kestenbaum i Canino, 2016). Dva najbolje proučena psihološka tretmana su KBT i IPT, ali nažalost kada je u pitanju interpersonalna psihoterapija, u većini zemalja nema odgovarajući skup obučanih terapeuta koji bi pružali ovaj tretman (Thapar i sur., 2012). KBT počinje psihoedukacijom o depresivnim simptomima i ciljevima psihoterapije kroz zajedničku saradnju. Ključna komponenta je kognitivno restrukturiranje gdje se adolescenti suočavaju i suprotstavljaju disfunkcionalnim stavovima i obrascima ponašanja, zatim podučavaju osnovnim vještinama rješavanja problema kroz prepoznavanje i generiranje prilagodljivih rješenja te dodatne komponente obrazovanja i upravljanja emocijama (Flynn i Rudolph, 2011a).

U sklopu farmakoterapije najčešće se koriste antidepresivi. Serotonergički antidepresivi (SSRI) su lijekovi koji su najopsežnije proučavani, a najučinkovitiji se smatra fluoksetin odnosno Prozac uz čiju se primjenu također preporučuje kombinacija kognitivne psihoterapije ukoliko se radi o slučaju umjerene ili teške depresije kod mlade osobe (Bernaras i sur., 2019). Upotreba antidepresiva samostalno je povezana sa rizikom brzog prelaska iz depresivne u maničnu epizodu tako da se često zajedno propisuje litij u kombinaciji sa antidepresivom, međutim adolescenti i mlade osobe imaju problema s pridržavanjem upotrebe litija zbog mogućih neugodnih nuspojava koje uključuju promjenu tjelesne težine, kožni osip i kognitivne poteškoće (Carr, 2015). Tretman depresije se generalno prilagođava individualno kako bi se zadovoljile sve potrebe adolescenta i njegove porodice, te isto tako idealno održala uključenost između adolescenta, njihove porodice, nastavničkog i školskog osoblja, porodičnog doktora i psihoterapeuta (Flynn i Rudolph, 2011a). Pri odabiru psihoterapijskog tretmana uzimaju se u obzir elementi koje kliničare mogu usmjeriti za izbor adekvatne psihoterapije samostalno ili u kombinaciji sa farmakoterapijom a to su: stresni psihosocijalni faktori, intrapsihički konflikti, interpersonalne poteškoće, komorbiditeti sa poremećajima ličnosti i sami zahtjevi pacijenta (Perrotta, 2019).

3. FAKTORI RIZIKA I ZAŠTITE

U literaturi je sveobuhvatno identificiran niz sociodemografskih, psihosocijalnih i okolinskih rizičnih faktora, koji različito utiču na početak, težinu i perzistenciju depresije i anksioznih poremećaja (Costello, Swendsen, Rose i Dierker, 2008). Prema Bronfenbrennerovom ekološkom modelu faktori koji pripadaju tom nizu su: individualni faktori (genetika, afekt, biologija, kognicija, ponašanje), društveni kontekstualni faktori na proksimalnom (kao što su to vršnjaci, porodica, škola) i distalnom (naprimjer vlada, kultura ili lokalna zajednica/komšiluk) nivou koji su u interakciji a odnos između faktora je dinamičan i recipročan (Shortt i Spence, 2006). Kao i kod drugih zdravstvenih poremećaja, nekoliko rizičnih faktora su međusobno povezani i djeluju na način da povećavaju rizik za razvoj depresije i depresivnog poremećaja. Zbog velike brojnosti rizičnih faktora teško je procijeniti doprinos svakog faktora pojedinačno te sa sigurnošću identificirati koji su to ključni (Thapar i sur., 2012). Zaštitni faktori smanjuju uticaj ranjivosti i njihov razvoj može da smanji negativne ishode (Breton i sur., 2015).

Značaj faktora rizika i zaštite te razlike između specifičnih i nespecifičnih faktora su od ključne važnosti u sklopu ranije faze uvođenja preventivnih programa i istraživanja zbog toga što je i sam fokus prevencije na smanjivanju faktora rizika uz istovremeno jačanje zaštitnih faktora. (Gladstone, Beardslee i O'Connor, 2011). Neke osobe ili podgrupe mogu pokazati izuzetnu otpornost na razvoj patologije bez obzira na to što se nalaze u visokorizičnom okruženju, a u literaturi je to inače prepoznato kao snaga u suočavanju sa krizama i stresom koja se naziva *rezilijencija* (Muñoz i sur., 2012; Huberty, 2012). Odrasli iz adolescentskog okruženja poput njihove porodice, škole i njihove zajednice mogu pomoći da se adolescenti usmjere prema pozitivnom rastu i razvoju (Del Vecchio, 2018). Rezilijencija se može definisati kao dinamičan proces koji dovodi do pozitivne adaptacije uprkos lošem i nepovoljnom iskustvu (Breton i sur., 2015).

Mlade osobe i adolescenti procesiraju i upijaju stvari i dešavanja iz njihove okoline isto kao i odrasli ali razlika je u tome što mladi nisu u mogućnosti da jasno i direktno izraze svoje emocije (Moreh i O'Lawrence, 2016). Neki faktori rizika mogu se ublažiti psihološkom prevencijom dok se drugi faktori rizika ne mogu promijeniti, međutim njihovi štetni efekti se mogu držati pod kontrolom kroz poboljšanje različitih stilova suočavanja (Muñoz i sur., 2010).

3.1. Biološki faktori

Biološki faktori rizika poput nasljednih rizika, razvojnih faktora, spolnih hormona i psihosocijalne poteškoće međusobno djeluju tako što povećavaju rizik za razvoj mentalnih poteškoća putem hormona i povezanih poremećenih neuralnih veza (Agarwal, 2021; Thapar i sur., 2012). Dijagnoza i historija teške depresije kod roditelja povećava rizik za razvoj psiholoških stanja i poteškoća kod djece i adolescenata. Pored teške depresije i anksioznih poremećaja povećan je rizik i za pojavom štetnog ponašanja poput zloupotrebe supstanci i suicidalnog ponašanja (Thapar i sur., 2012; Anderson i Weissman, 2016).

Prema Carr (2015) genetska ranjivost se može objasniti kroz nervni sistem koji radi sporo kada je pod stresom i pritiskom zbog čega remeti apetit, energiju i san kod adolescenata što dovodi do depresivnog raspoloženja. Zanimljivo je da psihološka opterećenja majke tokom trudnoće se često prijavljuje kao faktor rizika kada su u pitanju depresivni poremećaji (Piechaczek i sur., 2020). Djeca roditelja koji imaju psihološke poteškoće uključujući zloupotrebu supstanci, anksioznost i/ili depresiju imaju povećan rizik za razvoj depresije zbog toga što roditelji sa psihopatologijom češće upotrebljavaju nefunkcionalne stilove i ponašanja kao što su smanjena pažnja, podrška i praćenje te pretjerana kritika (Shortt i Spence, 2006). Pored toga, historija članova obitelji sa velikim depresivnim poremećajem djeluje kao faktor rizika za razvoj depresije, konkretno rođaci u prvom koljenu osoba sa dijagnozom velike depresije posjeduju rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja (APA, 2014). Roditeljska depresija je jedan od značajnijih faktora rizika za razvoj depresije kod djece i adolescenata (Li i sur., 2021).

Često u različitim istraživanjima osobe ženskog spola pokazuju veću vjerovatnoću doživljavanja depresije u svom životu, pogotovo u mlađoj razvojnoj dobi kao što je adolescencija (Dooley, Fitzgerald i Giollabhui, 2015; Hauenstein, 2003; Paterson i sur., 2018). Prije puberteta vjerovatnoća za razvoj depresije je veća kod dječaka a ona postepeno raste kod djevojčica tokom razvoja (Li i sur., 2021). Djevojčice počinju prolaziti kroz pubertet prije, a i ranije se emocionalno razvijaju za razliku od dječaka (Yeager, 2017). Zbog toga djevojčice se moraju suočavati sa dodatnim stresom i reakcijama drugih na njihov razvoj, dok kod dječaka promjene koje su popraćene u pubertetu, kao što su to mutiranje glasa, razvoj mišića i rast brade, su visoko prihvaćeni i poželjni u društvu (Moreh i O'Lawrence, 2016). Kod nekih dječaka ovaj razvoj teče sporije u poređenju sa svojim vršnjacima što ih stavlja pod rizik da budu meta za ismijavanje te

sami mogu razviti lošu sliku o sebi što isto tako povećava rizik za razvoj depresije. Kod djevojčica pubertetski razvoj u adolescenciji uključuje fizičke promjene poput povećanja tjelesne masti koji se u nekim kulturama smatra nepoželjnim (Flynn i Rudolph, 2011a). Prema Agarwal (2021) estrogen povećava transport i pohranu serotonina, međutim u ovom periodu homeostaza hormona je neuravnotežena tako da dolazi do disfunkcionalne sinteze serotonina. Posljedični poremećaj nivoa estrogena stavlja adolescente, a specifično osobe ženskog spola, pod rizik za razvoj depresije.

Zatim visoka inteligencija je jedan od faktora koji može djelovati kao zaštitni faktor jer smanjuje negativan uticaj različitih rizičnih faktora poput perinatalnog stresa, disfunkcionalno porodično okruženje i hronično siromaštvo (Shortt i Spence, 2006). Prema longitudinalnom istraživanju Horowitz i Garber (2003) visoka inteligencija kod adolescenta smanjuje vjerovatnoću razvoja depresije ukoliko majka adolescenta nema depresiju, dok u suprotnom visoka inteligencija u kombinaciji sa majkom koja ima historiju depresije povećava tu vjerovatnoću. Autori smatraju da su adolescenti sa visokom inteligencijom svjesniji patnje svojih majki što povećava nivo stresa kod adolescenta, javlja se osjećaj bespomoćnosti i beznada jer ne mogu pomoći svojim majkama a pored toga visoko kompetentni adolescenti mogu biti pozvani da više pomognu porodici što povećava količinu zahtjeva i obaveza koje izlažu adolescente većem riziku za razvoj depresije.

Fizička spremnost i spremnost na redovno bavljenje fizičkim vježbama može djelovati kao zaštitni faktor (Carr, 2015). Fizička rekreacija je značajan faktor među adolescentima muškog spola ali ne i među adolescentima ženskog spola u zajednici (Breton i sur., 2015). Prema Cairns i sur. (2014) postoji korist povezana sa fizičkom aktivnošću tokom adolescencije za smanjene depresije, zbog čega bi se preventivni naponi mogli usmjeriti na veću fizičku aktivnosti. Međutim ove prednosti mogu biti skromne po količini efikasnosti, pošto ne mora nužno značiti da bi fizička aktivnost pomogla svakom adolescentu. Zdravlje adolescenata je jedan od mogućih rizičnih faktora, konkretno ukoliko osoba boluje od hronične bolesti onda u nekim situacijama može doći do zanemarivanja potencijalne depresije i depresivnih simptoma jer pretpostavljaju da je normalno se osjećati tužno zbog svog zdravstvenog stanja, a nuspojave lijekova ili hirurške intervencije dovode do ograničene aktivnosti zbog kojih mnogi adolescenti mogu početi osjećati ljutnju popraćenu depresijom (Moreh i O'Lawrence, 2016). Depresivne osobe mogu voditi manje zdrav način života te zbog toga mogu patiti od disregulacije i poremećenog rada sistema koji odgovaraju na stres (Cairns i sur., 2014).

3.2. Okolinski faktori

Faktori rizika prvenstveno održavaju određene demografske kategorije poput nižeg socioekonomskog statusa ili pripadnost etničkoj manjini (Costello i sur., 2008). Potrebno je posvetiti pažnju na nespecifične faktore rizike za depresiju kao što su to siromaštvo i/ili maltretiranje djece jer njihovo prisustvo u djetinjstvu i adolescenciji značajno povećava rizik za razvoj depresije (Gladstone i Beardslee, 2009). Maltretiranje je široko rasprostranjeno i opšte prisutno među adolescentima, a mlade osobe uključene u nasilje kao počinioci i/ili kao žrtve prijavljuju o većem nivou simptoma depresije u dobi od 11 do 14 godina (Paterson i sur., 2018). Siromaštvo s druge strane može da ograniči mogućnosti adolescenata i mladih osoba za rekreativni, društveni i obrazovni razvoj, a učestala izloženost siromašnim okolnostima utiče na biološke puteve vezane za stresne reakcije zbog čega se povećava fiziološka reaktivnost na buduće stresore (Shortt i Spence, 2006). Društveno povlačenje i socijalne fobije su posljedice maltretiranja koje se mogu smanjiti ukoliko adolescenti provode više vremena sa svojom porodicom. Nasuprot tome kada adolescent koji je bio maltretiran ne provodi puno vremena sa porodicom značajno povećava rizik za razvoj depresije (Tianrui, 2023). Tianrui (2023) također navodi da je vrijeme provedeno sa prijateljima zaštitni faktor isto kao i vrijeme provedeno sa porodicom, ali je manje značajno. Međutim, adolescenti koji ne provode vrijeme sa porodicom, ali provode vrijeme sa svojim prijateljima, mogu smanjiti rizik za razvoj depresije. Kombinacija provođenja vremena sa prijateljima i porodicom se može smatrati zaštitnim faktorom.

Prema Aro (1994) iskustva iz djetinjstva i stres koje mladi doživljavaju i situacije u kojem se nalaze utiču na daljnji razvoj i život jer oni modificiraju faktore i različite procese kod samog djeteta i njegovog okruženja. U ovoj razvojnoj fazi stres je značajan faktor koji dovodi do depresije, životni pritisak raste a najčešće taj pritisak dolazi od učenja (Li i sur., 2021). Jedan od najčešćih primjera kada je u pitanju mlađa dob jeste razvod roditelja. Djeca i adolescenti čiji su roditelji razvedeni su izloženi životu koji uključuje veću količinu stresnih puteva i situacija tako da je i sama pojava depresije češće zabilježena kod djece iz razvedenih porodica (Aro, 1994). Razvod roditelja može uticati na različite životne okolnosti adolescenta i nagle promjene. Zbog toga rizik se razvija kroz uticaj različitih sekundarnih stresore povezanim s razvodom kao što su to promjene socioekonomskog statusa, svađe, nesuglasice i sukobi između porodičnih članova kao i gubitak kontakta sa jednim roditeljem (Piechaczek i sur., 2020; Shortt i Spence, 2006).

Nalazi istraživanja koje je proveo Lu (2019) ukazuju na važnost porodice i škole, a ono što je zapaženo jeste da adolescenti u domaćinstvima sa samohranim majkama su skloniji razvijanju depresije. Uzrok ovoga može biti zbog brojnih faktora, generalno gledajući samohrane majke se suočavaju sa više finansijskih problema za razliku od samohranih očeva (Mori i sur., 2022). Ono što je obećavajuće je da uprkos negativnom uticaju, porodice sa samohranim majkama više njeguju i pokazuju naklonost prema potrebama svoje djece za razliku od porodica sa samohranim očevima što bi značilo da će majke ranije primijetiti emocionalne potrebe adolescenata i potražiti stručnu pomoć. Roditeljski stil je jedan od faktora iz okoline koji može uticati na razvoj depresivnog poremećaja. Adolescenti čiji roditelji su manje autoritativni podložniji su depresiji te je manja vjerovatnoća da će se uključiti u tretmanski proces ili potražiti stručnu pomoć, dok roditelji koji koriste više autoritativni stil daju adolescentima autonomiju koja je prilagođena za ovu razvojnu skupinu što pomaže u preveniranju depresije (Lu, 2019).

Školsko okruženje je važno okruženje za adolescente i mlade osobe. Što se tiče faktora rizika, porast depresije je često povezan sa maltretiranjem, vršnjačkim nasiljem i slabom povezanošću sa vršnjacima i samom školom (Dooley i sur., 2015). Psihološko, seksualno, emocionalno i svaki drugi vid zlostavljanja, gubitak voljene osobe, nasilje i traumatična iskustva povećavaju rizik za razvoj depresije (Moreh i O'Lawrence, 2016; Piechaczek i sur., 2020). Prema Piechaczeku i sur. (2020) pretpostavlja se da izloženost nasilju i slična prethodna iskustva posebno ranije u životu mogu dovesti do posljedica i neurobioloških promjena kao što je to disregulacija *Hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežne osovine (HPA/HTPA)* koja ima značajnu ulogu u kontroli stresa i smatra se da je disfunkcionalna kod različitih poremećaja. Stres iz okoline direktno aktivira oslobađanje određenih hormona i neurotransmitera kao što su to, norepinefrin, monoamin serotonin i dopamin iz hipokampusa, amigdele i drugih regija mozga (Menke, 2019). Povećana aktivnost HTPA javlja se kod velikog depresivnog poremećaja i dovodi do smanjenog raspoloženja i kognitivne disfunkcije (Mikulska, Juszczak, Gawrońska-Grzywacz i Herbet, 2021). Negativni efekti stresa na depresiju i različiti faktori rizika povezani sa stresom mogu biti ublaženi ključnim zaštitnim faktorima kao što je to socijalna podrška, fizička aktivnost i obrazovanje (Colman i sur., 2014). Prema Colman i sur. (2014) obrazovanje ne štiti od buduće depresije ali nivo obrazovanja modificira efekte vlastitog stresa i nedavnih stresnih životnih događaja na depresiju, jer kako se nivo obrazovanja povećava šanse za depresije mogu biti smanjene.

3.3. Psihološki faktori

Prijelaz iz srednjeg djetinjstva u ranu adolescenciju je identificiran kao razvojni period u kojem se pojavljuje kognitivna ranjivost gdje osobe sklone depresiji imaju negativne sheme kada je u pitanju samorefleksija i pogled na sebe (nisko samopoštovanje), svijet i budućnost (beznađe) (Shortt i Spence, 2006). Za adolescente, jedan od ključnih psiholoških faktora jeste samopoštovanje, a u procesu odrastanja adolescenti imaju često krhko samopoštovanje (Li i sur., 2021). Iako je nisko samopoštovanje jedan od unutrašnjih faktora rizika za depresiju, isto tako visoko samopoštovanje može imati negativne efekte budući da je perfekcionizam jedan od glavnih faktora vezanih za razvoj i održavanje depresije (Tianrui, 2023). Problemi kod depresivnih adolescenata uključuje povlačenje iz društvenih situacija te izbjegavanje započinjanja razgovora i upuštanje u samokritični, depresivni ili pesimistični razgovor koji vršnjaci smatraju odbojnim i nepoželjnim zbog čega ove poteškoće mogu dovesti do isključenja iz vršnjačkih aktivnosti (Carr, 2015). Prošlost depresivnih epizoda i historija depresivnog stanja je jedan od markera visokog rizika za depresiju (Muñoz i sur., 2010), tako da preventivni programi mogu spriječiti recidiv i novu pojavu depresije. Jedan od prediktora za kasniju depresiju u dobi od šesnaest godina je nisko samopoštovanje koje se može pojaviti zbog nedostatka intimne veze u ovom uzrastu, s obzirom da je partnerski odnos jedan od razvojnih zadataka u ovoj dobi (Aro, 1994). Komorbidna stanja vezana za depresiju poput delinkventnog i devijantnog ponašanja se smatraju faktorima rizika (Costello i sur., 2008).

Nezadovoljstvo svojim tijelom i emocionalna disregulacija utiče na porast anksioznosti i depresije kod adolescenata (Dooley i sur., 2015). Depresivni adolescenti imaju tendenciju da nova iskustva filtriraju kroz negativna uvjerenja, bez obzira koliko je dan vedar ili koliko se pozitivnih stvari i situacija desilo, adolescent sa depresijom vidi često razlog za samokritiku ili pronalazak mana (Evans i sur., 2002). Stilovi suočavanja koji su kategorizirani kao samodestruktivni, impulzivni ili izbjegavajući povećavaju rizik za depresiju i depresivne poremećaje, s druge strane aktivno suočavanje i traženje podrške može pomoći adolescentima da odgovore na stresne događaje i iskustva konstruktivno i da se efikasnije snalaze u društvenim, emocionalnim, fizičkim i mentalnim tranzicijama specifičnim za ovu razvojnu dob (Cairns i sur., 2014). Psihosocijalni faktori utvrđeni da imaju povezanost sa depresijom uključuju ličnu kompetentnost, zadovoljstvo životom, samopoštovanje, optimizam, porodična kompetentnost (Dooley i sur., 2015).

Osjećaj beznađa je snažan prediktor depresije a njena pojava je više zabilježena kod djevojčica. (Breton i sur., 2015). Prema Breton i sur. (2015) djevojčice fokusirane na pozitivne i optimistične stilove suočavanja su bile više zaštićene od lakše i teške depresije za razliku od dječaka, naporan rad za uspjehom i usmjerenost na postignuće se pokazao kao mogući zaštitni faktor kod djevojčica. Neki adolescenti mogu aktivno doprinjeti količini stresa u vlastitom životu na osnovu postojećeg okvira razmišljanja koje posjeduju uključivši percepciju, očekivanja i interpretaciju, jer negativni kognitivni stil adolescenta u interakciji sa stresom dovodi do kognitivne ranjivosti za depresiju. (Agarwal, 2021). Kognitivni faktori su ključni za razvoj depresije jer način na koji se okruženje i svijet oko pojedinca tumači može biti najbliži pokretač ovog poremećaja. Adolescent može doživljavati neka negativna iskustva sa više ličnog značaja od drugih događaja (Hammen, 2018).

Efikasno suočavanje sa uobičajenim društvenim poteškoćama za adolescentsku dob kao što su zadirkivanje, vrijeđanje, svađa ili pritisak sa vršnjacima može uticati pozitivno na promociju zdravih odnosa i pomoći u održavanju jakih veza s vršnjacima dok neučinkovite reakcije mogu dovesti do izolacije od strane vršnjaka popraćeno drugim faktorima rizika (Flynn i Rudolph, 2011b). Važno je da adolescenti reguliraju svoje emocije iako je efikasna emocionalna regulacija teška za njih, a zbog psiholoških i fizioloških razlika ženama je teže regulisati svoje emocije nego muškarcima tako da su žene podložnije negativnim emocijama i stresu čime se povećava vjerovatnoća pojave depresivnog poremećaja (Tianrui, 2023). Sve navedene psihološke karakteristike adolescenata mogu ugroziti sposobnost regulisanja vlastitog raspoloženja što indirektno utiče i može ometati razvoj podrške u interpersonalnim odnosima (Carr, 2015).

Ponekad zloupotreba supstanci se smatra kao posljedica depresije, međutim u nekim slučajevima može biti obrnuto, depresija se može razviti kao reakcija na zloupotrebu različitih supstanci i/ili alkohola pošto se euforija krene vremenom mijenjati u razdražljivost i disforiju (Piacentini i Pataki, 2016). U sistematskom pregledu i meta analizi koju su sproveli Cairns i sur. (2014) učestalost i količina upotrebe alkohola se pojavljuje kao prediktor i faktor rizika za razvoj depresije, pored toga zloupotreba kanabisa u adolescenciji utiče na serotonin i druge neurotransmitere što uzrokuje povećavanje simptoma depresije i zajedno može uticati na akademske poteškoće ili porodične sukobe koji dodatno povećavaju vjerovatnoću negativnog ishoda. Rezultati istraživanja Dooley i sur. (2015) naglašavaju značajan rizik od povišenog nivoa depresije i anksioznosti u situacijama gdje je prisutno konzumiranje kanabisa, droga i alkohola.

4. PREVENCIJA DEPRESIJE KOD ADOLESCENATA

Depresija se zanemaruje i izostavlja kod adolescenata dosta učestalije nego što je to slučaj kod odraslih, djelomično zato što se simptomi manifestiraju drugačije kod odraslih i zato što mnogi adolescenti ne traže pomoć. Rano otkrivanje ili odgađanje početka bolesti kroz preventivne programe može imati značajan uticaj na razvoj i društveno funkcioniranje mlade osobe (Bennett i sur., 2014; Gladstone i Beardslee, 2009). Što se ranije započnu preventivni napori i/ili liječenje depresija postaje manje štetna za adolescente i kasniju dob (Li, Zhou i Zhu, 2021). Jedna meta analiza je pokazala da preventivni programi smanjuju incidencu depresije za konkretno 21% u odnosu na kontrolnu grupu (Van Zoonen i sur., 2014). Preventivni pristupi često zanemaruju okolinske faktore za razvoj depresivnog stanja a fokusiraju se na individualne. Naravno individualni faktori koji doprinose razvoju depresije poput promjene kognitivnih i bihevioralnih vještina suočavanja su od ključne važnosti, međutim razumijevanjem i faktora socijalne prirode (kultura, društvo, politika i okruženje) dobiva se cjelokupna slika svih faktora koji doprinose depresivnom stanju i ne zanemaruju se efekti okolinskih faktora (Herman, Merrell, Reinke i Tucker, 2004). Pored socijalnih faktora, važan je stepen do kojeg je varijabla otvorena za modifikacije i može biti modificirana odnosno korigovana kao što je to kognitivni stil za razliku od onih faktora koji su fiksni, ali se mogu koristiti za identifikaciju osoba s povećanim rizikom za razvoj depresije poput ženskog spola ili gubitak/smrt roditelja (Shortt i Spence, 2006).

U okviru prevencije i preventivnih programa navedena su tri različita nivoa, *univerzalni preventivni programi* koji su usmjereni na čitavu populaciju; *selektivni preventivni programi* usmjereni na podgrupe osoba koje se smatraju da su pod visokim rizikom zbog prisutnog velikog broja rizičnih faktora (siromaštvo, trauma, gubitak bliske osobe, historija depresivnih stanja u porodici i sl.); a *indicirane prevencije* su usmjerene na pojedince koji pokazuju rane znakove ili simptome depresivnog poremećaja ali nisu dijagnosticirani (Muñoz i sur., 2010). Fokus preventivnih programa je smanjenje incidencije odnosno broja novih slučajeva dok nasuprot tome, cilj intervencija i liječenja je smanjenje prevalencije odnosno broja ukupnih depresivnih slučajeva. Simptomi depresije u prevenciji se moraju držati ispod kliničkog praga a to podrazumijeva smanjenje trajanja, učestalosti i intenziteta depresivnih simptoma. Učinkoviti preventivni programi bili bi provedeni jednom, što je ranije moguće u životu a njihov efekat bi bio dugoročan (Muñoz i sur., 2012).

Kako bi se optimizirao i povećao efekat preventivnih programa, dizajn i ciljevi programa trebaju se bazirati na teoretskom okviru, fokus treba biti na faktorima rizika i faktorima zaštite za koje se općenito zna da su povezani sa poremećajem i koji su prisutni u znanstvenoj literaturi. Pored toga ovi programi trebaju zadovoljavati potrebe ciljane populacije tako da je važno provesti dobra istraživanja procjene rizika prije samog provođenja preventivnog programa ili evaluacije istoga (Muñoz i sur., 2010). Faktori rizika su od velike važnosti ovdje jer preventivni programi su u suštini usmjereni na smanjivanju intenziteta, broja i same pojave rizičnih faktora te u isto vrijeme povećanju prisutnosti i broja zaštitnih faktora. Ključno je da se adolescenti rano identificiraju i prepoznaju da su pod rizikom kako bi se postupilo na odgovarajući način i omogućilo da ostvare svoj potencijal (Bennett i sur., 2014; Petersen i sur., 1993).

Kada je u pitanju prevencija i programi koji su osmišljeni specifično za depresiju, oni se sastoje od kombinacije različitih edukacija o depresiji i najčešće KBT strategijama koje se primjenjuju sa djecom i roditeljima (Garber, Webb i Horowitz, 2008; Thapar i sur., 2012). Pored KBT pristupa koji je najistraženiji u domenu prevencije, pristupi bazirani na interpersonalnoj psihoterapiji mogu imati veći preventivni učinak zbog toga što se ovi pristupi direktnije fokusiraju na trenutne probleme i situacije visokog rizika, a to može biti od značaja za adolescente s obzirom na to da su oni pod visokim rizikom u svom rastu i razvoju (Van Zoonen i sur., 2014). Pružanje psihoedukacije i upotreba preventivnih programa osim direktnog smanjenja uticaja depresije ukazuje da ukoliko se depresija pojavi, oni koji su učestvovali će biti snalažljiviji u pristupu i potrazi stručne pomoći i zdravstvene njege. Naravno ovi programi ne sprječavaju depresiju za većinu učesnika tako da je potrebna i rana intervencija poslije indicirane prevencije, kao i dodatni naponi prilagođeni ranim epizodama depresije (Davey i McGorry, 2018). Prevencija depresije koja je izazvana uobičajenim životnim tranzicijama kao što je napuštanje kuće nakon završetka srednje škole može zahtijevati skroz različit pristup od prevencije depresije kod osoba koje su podložni razvoju depresije zbog doživljavanja stresnog životnog događaja kao gubitka bliske osobe. Koristan način razmišljanja o prevenciji depresije može biti odgađanje početka kliničke depresije tokom ključnih razvojnih perioda (Muñoz i sur., 2012). Pored nekih osnovnih programa zasnovanih na psihoterapijskim pristupima (PRP, SEL, IPT-AST, PSFL, Mindfulness...) razvijene su i druge strategije poput programa roditeljstva, što bi moglo biti od posebne važnosti s obzirom na velik stepen depresivnih majki širom svijeta i probleme roditeljstva koji se javljaju u ovim okolnostima (Thapar i sur., 2012).

Problem se može javiti ukoliko se preventivni programi fokusiraju isključivo na adolescente bez holističkog pristupa gdje dolazi do zanemarivanja faktora rizika i zaštite, konkretno ne smanjuju se faktori rizika u okruženju adolescenta poput njihove kuće, škole i/ili šire okoline, te se ne povećavaju zaštitni faktora zbog čega pozitivni ishodi prevencije ne budu dugoročni ili značajni (Sheffield i sur., 2006). Kod nekih se adolescenata simptomi depresije mogu javiti nakon nekog vremena uprkos preventivnom programu u kojem su učestvovali, pogotovo u situaciji kada nema promjene u faktorima rizika zbog čega rizik za razvoj depresije ostaje visok (Rasing i sur., 2017). Preventivni programi su sposobni da ojačaju zaštitne faktore kao što su to socijalne vještine, vještine rješavanja problema, upravljanje stresom, socijalna podrška i prosocijalno ponašanje, tako da prevencija može smanjiti posljedice faktora rizika i pojavu psiholoških simptoma te imati pozitivan ekonomski efekat (Huberty, 2012; Muñoz i sur., 2010).

Selektivni i indicirani preventivni pristupi, za razliku od univerzalnih preventivnih programa, smanjuju simptome odmah nakon provođenja preventivnog programa (Rasing i sur., 2017). Djelotvornost se postepeno gubi tokom praćenja efikasnosti pokazujući regresiju (Beirão i sur., 2020), što usmjerava na razvoj dugoročnih strategija koje održavaju ili jačaju efekte preventivnih programa upotrebom škole i školske infrastrukture (Bodicherla i sur., 2021). Individualizirani pristupi u prevenciji mogu imati veći efekat na smanjenje depresivnih simptoma za razliku od grupnog pristupa zbog toga što depresivni adolescenti mogu imati veću korist kada se posvećuje veća pažnja njihovim individualnim potrebama i kada je pristup prilagođen njima (Gee i sur., 2020). Postoje promjenjive prakse vezane za način života koje se mogu promovirati mladim osobama i njihovim porodicama sa ciljem smanjenja rizika za razvoj depresivnih poremećaja (Cairns i sur., 2014). Prema nalazima istraživanja Mori i sur., (2022) okruženje adolescenta igra važnu ulogu u razvoju mentalnih poremećaja, ali isto tako razumijevanjem prirode kućnog okruženja može pomoći adolescentima da traže pomoć. Na svim nivoima prevencije kombinirana saradnja sa roditeljima, nastavnicima i službama za mentalno zdravlje u zajednici je od ključne važnosti. (Evans i sur., 2002). Svaki vid preventivnih programa može koristiti multikomponentne programe u kojima je škola samo jedan element, s druge strane se mogu nalaziti porodica od adolescenta ili njegova zajednica (Greenberg, 2010). Za razliku od klasičnih preventivnih programa, multikomponentni programi su ekonomski i finansijski zahtjevniji jer su potrebni dodatni troškovi tako da se rijetko upotrebljavaju na ovakav način.

4.1. Univerzalna prevencija

Univerzalni preventivni programi su poželjni jer doprinose prilagođenom suočavanju odnosno rezilijenciji kroz niz iskustava i postavki, s obzirom da su univerzalni programi proaktivni i pozitivni njihov potencijal za stigmatizaciju učesnika je znatno smanjen te može biti lakše prihvaćen i usvojen (Greenberg, 2010). Obično u poređenju sa direktnim nivoma prevencije kao što su to selektivni i indicirani programi, univerzalni programi su relativno jeftini i imaju mnoge prednosti zbog toga što mogu doprinijeti adaptivnom suočavanju i razvoju rezilijencije u nizu različitih konteksta kao što je to u školi, porodici i/ili zajednici (Greenberg, Domitrovich, Weissberg i Durlak, 2017). Mnogi adolescenti koji imaju blago izražene simptome depresije a ne bi bili uključeni u indicirane preventivne programe će biti uključeni u sklopu univerzalnih programa gdje će im biti pružena adekvatna prevencija, a u isto vrijeme adolescenti koji imaju najveći rizik za razvoj depresije i depresivnog poremećaja a ne postoji selektivna prevencija u njihovom okruženju će također biti uključeni (Huberty, 2012; McLaughlin, 2008).

Dugoročno gledano univerzalne prevencije mogu se najviše isplatiti u smislu smanjenja incidencije u cijeloj populaciji (Van Zoonen i sur., 2014). Problem je međutim to što pokazivanje smanjenja stope incidencije zahtijeva vrlo velik uzorak koji je teško dobiti, što je nepraktično i pretjerano skupo s tradicionalnim istraživačkim metodama (Muñoz i sur., 2010). To ne znači da univerzalne prevencije nisu efikasne. U literaturi školski programi na univerzalnom nivou su pokazali efekte u prevenciji depresije (Bastounis, Callaghan, Banerjee i Michail, 2016). Univerzalni preventivni programi u školskom kontekstu se obično sprovode u sklopu cijele učionice koji uključuju univerzalni/generički sadržaj primijenjen na cijeli spektar učenika unutar te populacije bez obzira na to da li pokazuju znakove depresije ili prisutnost faktora rizika (Sheffield i sur., 2006). Naravno i pored toga niži nivoi simptoma depresije kod adolescenata u univerzalnim preventivnim programima umanjuje efekat prevencije kada se mjeri njena efikasnost (Stice, Shaw, Bohon, Marti i Rohde, 2009). Potencijalni nedostaci univerzalnih programa jeste to što na osnovu niske prevalencije depresije veliki dio napora će biti usmjeren na djecu koja možda neće razviti depresiju, zatim moguće je da većina univerzalnih programa neće osigurati dovoljno dužinu trajanja ili intenziteta da bi se moglo uticati na promjenu razvojnog puta kod adolescenata koji su izloženi značajnom riziku od depresije i drugih psihopatologija (Greenberg, 2010). U ovom slučaju selektivna prevencija ima veći značaj za adolescente od univerzalne prevencije.

4.2. Selektivna prevencija

Selektivna prevencija se odnosi na programe koji su usmjereni na pojedinca ili podskupinu populacije koja ima značajan rizik za razvoj depresivnog poremećaja koji može biti neposredan ili doživotan (O'Connel i sur., 2009). Mnogi rizični faktori za depresiju su poznati već neko vrijeme. Oni uključuju brojne faktore poput spola, porodične historije oboljenja, žaljenje i gubitak u ranim godinama, traume i socioekonomske poteškoće. Većina ovih životnih faktora rizika mogu biti korisni u identifikaciji učesnika za selektivne prevencije (Muñoz i sur., 2010). Konkretno, adolescenti mogu živjeti u lošem odnosno nepovoljnom komšiluku, doživljavati traumu te imati roditelji koji zloupotrebljavaju supstance ili sami pate od depresije, tako da glavna prednost selektivne prevencije jeste što se sredstva i napor usmjeravaju na adolescente koji su u većem riziku (Greenberg i sur., 2017). Općenito gledano, studenti koji se smatraju pod rizikom za razvoj depresivnog poremećaja pokazuju značajno smanjenje simptoma depresije, negativnog razmišljanja, osjećaja beznađa, anksioznosti, eksternalizirajućih problema i negativne usmjerenosti na rješavanje problema i generalnog poboljšanja u društvenom funkcioniranju bez obzira na preventivni program (Sheffield i sur., 2006).

Selektivni programi koji se nude adolescentima pod visokim rizikom proizvode statistički značajne preventivne efekte u poređenju sa univerzalnim programima nakon testiranja i nakon praćenja. a teoretski gledano nelagodnost i velik nivo stresa kod visokorizičnih adolescenata motiviše da se oni efikasnije i češće uključuju u preventivne programe (Stice i sur., 2009). Selektivni programi koji se nude visokorizičnim mladima proizveli su veće efekte od univerzalnih programa i nakon testiranja i nakon praćenja. Prema meta analizi Van Zoonen i sur. (2013) to su istraživanja i pokazala, univerzalni programi su u poređenju sa indiciranim i selektivnim programima manje efikasni, što ne znači da nisu efikasni već imaju različit pristup i rezultati se drugačije pokazuju. Pored toga ne postoji značajna razlika između selektivnih i indiciranih programa u smislu efikasnosti. Preventivni programi mogu obezbjediti resurse i ojačati pojedince na više nivoa, individualnom nivou, nivou porodice, nivou skrbi i brige, širem nivou zajednice i nivou kulture i politike (Muñoz i sur., 2012). Prema Muñoz i sur. (2012) primjenom postojećih programa i metoda prevencije depresije kao rutinskog dijela zdravstvene zaštite može rezultirati prevencijom 2 do 9 novih slučajeva teške depresije svake godine.

4.3. Indicirana prevencija

Cilj indicirane prevencije jeste smanjenje pojave novog slučaja depresije, što uključuje smanjenje simptoma i usmjerenost na depresivne adolescente kako bi se smanjio rizik za pojavu depresivnog poremećaja (Werner-Seidler, 2021). Važno je napraviti diskrepancu između indicirane prevencije i indicirane intervencije/liječenja, intervencija se odnosi na programe i usluge koje su pružaju osobama sa već dobivenom dijagnozom depresije, dok je indicirana prevencija usmjerena na osobe bez kliničke dijagnoze ali pokazuju znakove depresije (Greenberg i sur., 2017). Pored toga, primjetno je da depresivni poremećaj kod adolescenata ima visok komorbiditet sa poremećajem zloupotrebe supstanci i eksternalizirajućih problema kod muškaraca dok se kod žena komorbiditet manifestira često s poremećajima u ishrani (Flynn i Rudolph, 2011a). Fokus na depresiju ispod praga i komorbiditete kod adolescenata je važno za efikasnu indiciranu prevenciju.

Iako su mnogi preventivni napori usmjereni na osobe sa povećanim rizikom za razvoj depresije koji ne pokazuju simptome, indicirana prevencija je usmjerena na osobe koje pokazuju depresivne simptome ali nisu dijagnosticirani sa depresivnim poremećajem (Davey i McGorry, 2018). Indicirana prevencija je orijentirana na osobe koje imaju visok stepen incidencije depresije jer je veći broj osoba u početnoj fazi depresivnog poremećaja (Muñoz i sur., 2010). Dostupni dokazi sugeriraju da indicirani preventivni pristupi mogu ponuditi više prednosti od univerzalnih pristupa za prevenciju depresije kod adolescenata u riziku. Kad je u pitanju školsko okruženje one se najčešće sprovode u malim grupama od kojih svi imaju neke zajedničke faktore rizika, tako da sadržaj ovih programa može biti konkretno prilagođen potrebama specifične podgrupe (Sheffield i sur., 2006). Adolescenti koji nastave da pokazuju znakove izvan ovih strategija se usmjeravaju na primanje individualno dizajnirane intervencije (Herman, i sur., 2004). Prema Werner-Seidler i sur. (2021) veća prisutnost pozitivnih rezultata u direktnim nivoima prevencije može biti zbog toga što je statistički vjerovatnije vidjeti efekte kod grupe adolescenata koji pokazuju povišene simptome depresije pa zatim smanjene nego kada simptomi nisu prisutni ili kada ne postoji značajan pretest kako bi se uporedili efekti prevencije. Kod indiciranih prevencija postepeno dolazi do smanjenja učinka programa između posttestiranja i 6 mjeseci nakon čega se povećava efikasnost prije nego što opet krene opadati (Ssegonja i sur., 2019). Prema Ssegonja i sur. (2019) to se može objasniti prirodom prevencije, jer učenje i održavanje promjene ponašanja zahtijeva vremena zbog čega se učinak preventivnog programa odlaže na određeni period.

5. PREVENTIVNI PROGRAMI U ŠKOLI ZASNOVANI NA DOKAZIMA

Škola ima važnu ulogu u životima kod adolescenata (Gee i sur., 2020). Porastom prevalentnih internalizirajućih problema kod adolescenata poput depresije i anksioznosti te visok nivo problema i poteškoća koje ovo stanje nosi sa sobom predstavlja savršenu priliku da škola učestvuje u naporima za prevenciju i liječenje ovih stanja i problema (Herman i sur., 2004; Werner-Seidler, 2021). Naravno iako školsko osoblje pruža podršku adolescentima i smanjuju psihosocijalne poteškoće s kojima se mogu adolescenti suočiti, škola isto tako može imati negativan uticaj na emocionalno stanje adolescenata kroz bullying i vršnjačko nasilje (Bodicherla i sur., 2021). Mnogi programi prevencije u školi fokusiraju se na generičke životne vještine, kao što su vještine suočavanja, socijalne vještine i kognitivne vještine. Ove životne vještine mogu uticati na pojavu depresije, anksioznog poremećaja i poremećaja upotrebe supstanci u isto vrijeme (Muñoz i sur., 2010). Univerzalni preventivni programi u školama se fokusiraju najčešće na tri stvari a to su: poboljšanje školske strukture kroz politiku ili organizacijska pravila, podržavanje pedagogije i kvalitete nastave koju pruža nastavničko osoblje te upotreba nastavnih planova i programa poput SEL (socijalno - emocionalno učenje) koji promoviraju znanje i podučavanje specifičnih vještina za djecu i adolescente (Greenberg i sur., 2017).

Školski programi koji prema dostupnoj literaturi najviše obećavaju su pružanje povratnih informacija, angažovanje direktora kao lokalnih lidera javnog stajališta, povećanje učešća nastavnčkog osoblja i organizacija redovnih sastanaka školskog tima kada se koriste drugim strategijama kao što je to učenje uz pomoć vršnjaka i razvoj školskih politika za podršku implementaciji (Baffsky i sur., 2023; Hudson, Lawton i Hugh-Jones, 2020). Dužina preventivnog programa je ograničena i dopunske (booster) sesije može biti teško implementirati ukoliko se prevencija provodi nakon škole ili na posebnim mjestima izvan školskog okruženja, nasuprot tome preventivni programi koji se provode u školskom okruženju u učionici ili putem interneta mogu se primjenjivati duži vremenski period i na taj način osigurati dopunske sesije (McLaughlin, 2008). KBT strategije su idealne za prilagođavanju na školske programe za prevenciju s obzirom da je glavna postavka KBT pristupa da su emocije i ponašanja osobe određeni načinom na koji oni tumače svijet, tako da se ovi preventivni programi usmjeravaju na pomaganju adolescentima da pravovremeno identificiraju i isprave iracionalna ili iskrivljena uvjerenja sa ciljem razvijanja niza djelotvornih i korisnih ponašanja (Evans i sur., 2002).

Koristi preventivnih programa u školama su: bolje atmosfere u učionici, manje prekida u trajanju časa i podržavanje nastave što konkretno utiče na akademsko postignuće i školski uspjeh. Potencijalne dobrobiti su direktne i dugoročne (Greenberg, 2010). Prema Burns i Hickie (2002) postoji nekoliko razloga zašto se škole smatraju najoptimalnijem okruženjem za prevenciju depresije kod mladih:

- Najčešći rani znakovi depresije kod adolescenata uključuju pogoršanje akademskog uspjeha i socijalno povlačenje što je inače vidljivo u školskom okruženju.
- Školsko okruženje ima veliki uticaj na ponašanje i emocionalno blagostanje.
- Loša povezanost učenika sa školom i loše vještine suočavanja su usko povezane s depresijom i drugim emocionalnim problemima, školskim neuspjehom i nizom rizičnih ponašanja po zdravlje.

Neke preventivne intervencije koje se upotrebljavaju za smanjenje depresije uključuju edukacije adolescenata, a ponekad i njihove porodice o znakovima, uzrocima, simptomima depresivnih poremećaja i dostupnim uslugama za liječenje depresivnih poremećaje (Flynn i Rudolph, 2011a). Preventivni programi koji se sprovode u školama su u meta-analizama pokazale da su efekti na smanjenje simptoma depresije i anksioznosti ograničenog trajanja (Gee i sur., 2020; Rasing i sur., 2017). S obzirom na to da je depresija multifaktorska i da se različiti faktora rizika i zaštite mogu naći u većem broju okruženja adolescenta ne isključivo samo u školi već i u porodičnom i društvenom kontekstu važno je razviti i multifaktorski pristup kod preventivnih programa (Bernaras i sur., 2019). Yeager (2017) smatra da mladi adolescenti mogu imati veću korist kada su programi više slični onima koje se nude odraslim. Nije moguće uvijek se osloniti na programe s ciljem osposobljavanja određenih vještina kod adolescenata, ali naprimjer u ranoj adolescenciji ovaj vid programiranja i reprogramiranja određenih vještina je poželjnije (Yeager, 2017). Moguće je da stariji adolescenti reagiraju povoljnije u razumijevanju kompleksnijih koncepata koje se uče u preventivnim programima zbog poboljšanog apstraktnog zaključivanja (Stice i sur., 2009). Prisutni su brojni faktori koji mogu spriječiti adolescente, pogotovo one iz manjinskih zajednica da potraže stručnu pomoć a to su: jezičke barijere između roditelja i djeteta, stigma adolescentske dobne skupine, negativni stavovi prema antidepresivima i liječenju depresivnog poremećaja te slaba pristupačnost uslugama za mentalno zdravlje u određenim mjestima (Lu, 2019).

5.1. Pennov Program Rezilijentnosti - PRP (eng. Penn Resillency Program)

Ovaj program je utemeljen na tehnikama KBT-a koje su vezane za podučavanje različitih strategija suočavanja, poboljšanja osjećaja kompetencije te borbe protiv različitih nedostataka poput nižeg akademskog postignuća, niskog samopoštovanja, problemima u ponašanju i lošim vršnjačkim odnosima. (Garber i sur., 2008; Gladstone i Beardslee, 2009). Koristi se na univerzalnom i selektivnom nivou zbog čega je visoko primjenjiv na velike grupe adolescenata a program mogu implementirati nastavničko osoblje ili školski psiholozi (Huberty, 2012). PRP nastavni plan i program vodi generalno obučeno školsko osoblje i sastoji se od 12 grupnih sesija koje traju od 90 do 120 minuta, a istraživanja pokazuju da PRP utemeljeni programi imaju pozitivne efekte na smanjenju simptoma depresije (Gladstone i Beardslee, 2009).

Dvije komponente su uključene u ovom programu a to je kognitivna komponenta i komponenta rješavanja socijalnih problema, prva komponenta uči adolescente o konekciji između osjećaja i misli te kako povećati realistično a smanjiti pesimistično razmišljanje i interpretaciju, dok druga komponenta je usmjerena na podučavanje konkretnih vještina kao što su to prikupljanje informacija, donošenja odluka, asertivnost, pregovaranje, alternativne akcije, predviđanje posljedica, postavljanje ciljeva i slično (Huberty, 2012; Garber i sur., 2008). Adolescenti se podučavaju različitim vještinama kroz obje komponente koje uključuju identifikaciju veze između vlastitih misli i depresivnih osjećanja (Bennett i sur., 2014). Naravno pored toga se podučavaju i različite strategije suočavanja kao što su to opuštanje i distanciranje od stresa. Sve vještine koje podučava PRP pomaže adolescentima da prolaze kroz ovaj razvojni period sa što manje poteškoća i disfunkcija koje mogu proizaći iz mentalnih poremećaja ili u ovom slučaju konkretno depresije (Vahedi, Gargari i Gholami, 2016). Učesnici PRP programa primjenjuju naučene kognitivne tehnike i tehnike rješavanja problema kroz grupne diskusije i domaće zadatke na sedmičnom nivou (Gillham i sur., 2007). Prema istraživanju Vahedi, Gargari i Gholami (2016) PRP programi pokazuju efikasnost u vidu smanjenja emocionalnih problema u koje spadaju anksioznost, depresija i stres. Kao najjednostavnije objašnjenje velikog djelovanja PRP-a autori smatraju da je to zbog prisutnog uticaja na različite rizične faktore u sklopu programa kao što su poteškoće i sukobi u porodici, odnos sa prijateljima te kognitivni stilovi. Uspješno korištenje PRP-a ovisi od boljeg razumijevanja konteksta i uvjeta u kojem se implementiraju programi (Brunwasser i Gillham, 2018).

Rezultati istraživanja Gillham i sur. (2012) pokazuju da je PRP značajno smanjio blage simptome depresije, anksioznosti i osjećaja beznađa kod učenika u poređenju sa kontrolnom skupinom. Istraživanje je provedeno na uzorku od 408 učenika prosječne dobi od 13 godina gdje su nasumičnom raspodjelom raspoređeni u jednu od tri grupe, PRP-A (sudjeluju samo adolescenti), PRP-AP (roditelji su pozvani da prisustvuju u komponenti roditeljske intervencije) i škola (kontrolna skupina). Adolescenti su popunjavali skale povezane za simptomima depresije, anksioznosti, kognitivnog stila i suočavanja na početku prevencije, nakon preventivnog programa i nakon šestomjesečnog praćenja. Programi su trajali 90 minuta i provodili su se jednom sedmično, sa ukupno 10 do 12 sesija (ovisno o školskom kalendaru). Roditelji su educirani o osnovnim PRP vještinama uključujući asertivnost i kognitivne vještine sa ciljem pomaganja roditeljima da upotrebe vještine kako za sebe tako i da razumiju i podrže upotrebu ovih vještina kod svoje djece.

Kako bi identificirali koje varijable utiču na efikasnost KBT preventivnih programa za depresiju kod adolescenata, Brunwasser i Gillham (2018) su kombinovali podatke od tri randomizirana kontrolirana ispitivanja PRP programa. Jedan od autora je također bio autor svih udruženih programa, tako da su sva istraživanja djelila sličan postupak od šest različitih mjerenja: bazično mjerenje, mjerenje poslije prevencije, mjerenje nakon 6, 12, 18 i 24 mjeseca. Rezultati istraživanja su pokazali da PRP ima tendenciju boljeg učinka kod adolescenata sa niskim do prosječnim nivoima simptoma ovisno od mjesta gdje se preventivni program odvija. PRP također smanjuje stepen simptoma depresije kod adolescenata čiji roditelji nisu u braku te nije ovisno od razreda u kojem se adolescent nalazi. Kod adolescenata petog razreda (dobi 10 do 11 godina) učinak PRP-a je bio značajno slab u kratkom periodu ali je efekat rastao i bolje se zadržavao nego kod učenika šestog razreda. Iako je iznenađujuće da je program bio efikasan kod adolescenata čiji roditelji nisu u braku autori smatraju da je možda vjerovatnije da će mladi čiji roditelji nisu u braku doživjeti stres kao što je to porodični sukob ili roditeljski stres.

Kod adolescenata s najvećim rizikom za razvoj depresije i depresivnog poremećaja, ovaj program može imati značajni preventivni efekat. (Gladstone i Beardslee, 2009). Efekti PRP-a su se u istraživanjima pokazali najznačajnijim kada programe vode članovi istraživačkog tima i diplomirani studenti koji prolaze obuku i koji su pod nadzorom (Gillham i sur., 2012). Generalno, PRP preventivni program ima efekte na mnoge faktore koji poboljšavaju rezilijenciju i smanjuju rizik za razvoj depresije i poremećaja raspoloženja (Huberty, 2012).

5.2. Socijalno i Emocionalno učenje - SEL (eng. Social and Emotional Learning)

Ovaj program se sastoji od pet ključnih kompetencija definisane od strane Saradnje za akademsko, socijalno i emocionalno učenje (CASEL, 2015) a to su: samosvijest, samoupravljanje, socijalna svijest, vještine odnosa i odgovorno donošenje odluka. SEL dimenzije su povezane sa rezilijencijom isto kao i adekvatno prilagođavanje s negativnim kontekstima (Colomeischi i sur., 2022). Preventivni programi promovišu zdravlje i nastoje smanjiti specifična rizična ponašanja poput zloupotrebe supstanci ili anksioznosti (Greenberg i sur., 2017). SEL olakšava uvid u emocionalni svijet adolescenata upotrebom razgovora, kreativnih aktivnosti i slično gdje adolescenti imaju mogućnost izražavanja, generalno ovaj program pomaže u destigmatizaciji problema mentalnog zdravlja i poboljšavanja društvenih i emocionalnih kompetencija usko povezanih sa depresijom (Reicher i Matischek-Jauk, 2017). Glavna postavka SEL programa je da se adolescentima mogu podučavati vještine koje se odnose na emocionalno i socijalno funkcioniranje na sličan način kao što su vještine čitanja ili pisanja. Smatra se da učenjem ovih vještina adolescenti mogu biti više sposobni da se nose sa problemima i stresorima s kojima se susreću (Huberty, 2012). Programi za adolescente ponekad su često samo stare verzije programa baziranih za dječju razvojnu dob, iako prenose istu poruku takvi programi često ne uspijevaju privući pažnju adolescenata (Yeager, 2017). Prema Yeager (2017) učinkoviti programi za adolescente su usmjereni na način razmišljanja i klimu koja okružuje ovu dobnu skupinu. Bez obzira na to, SEL programi mogu biti privlačni za određenu grupu adolescenata koji imaju probleme sa društvenim i emocionalnim faktorima zbog toga što ovi programi mogu spriječiti pojavu i dalji razvoj ovih problema.

Rezultati istraživanja Green i sur. (2021) na uzorku od 357 učenika prosječne dobi od 12 godina iz dvije škole pokazuju da su učenici koji su učestvovali u varijaciji SEL programa pod nazivom SPARK (Razgovor s potencijalom, sposobnošću i rezilijentnošću svakog djeteta) pokazali značajna poboljšanja u vještinama komunikacije, donošenju odluka, sposobnosti rješavanja problema, rezilijentnosti i emocionalnoj regulaciji. Ciljevi ovog programa su bili: naučiti učesnike o razumijevanju uma kako bi se smanjila rizična ponašanja i povećala rezilijentnost, povezivanje naučenih vještina sa iskustvima iz života i životnih okolnosti, izgraditi odnose i povezanost koji pomažu učenicima te osnaživanje učenika da iskoriste vještine kreativnosti i vodstva u svojoj zajednici. SPARK kurikulum je uključivao 12 lekcija održanih u grupnom formatu koje izvodi SPARK voditelj u uzastopnim sesijama tokom 12-13 sedmica.

5.3. Program rješavanja problema za život - PSFL (eng. *Problem Solving For Life*)

Baziran na kognitivno-bihevioralnoj teoriji i psihoterapiji, Spence, Sheffield i Donovan (2003) su razvili univerzalni preventivni program koji nosi naziv *PSFL: program rješavanja problema za život*. Ovaj preventivni program se fokusira na edukaciji učenika kako da pravovremeno identificiraju i da se suoče sa negativnim ili iracionalnim mislima. Naravno pored toga usmjerava učenike da razviju pozitivnu orijentaciju prema rješavanju problema i optimističnim stilovima razmišljanja (Bennett i sur., 2014). PSFL preventivni program obuhvata dvije komponente. Prva komponenta ovog programa se fokusira na kognitivni stil dok je druga više usmjerena na podučavanja konkretnih vještina za rješavanje životnih problema (Spence i sur., 2003). Program se sastoji od osam sedmičnih sesija koji se uklapa u plan i program škole, te program sprovodi nastavničko osoblje, a sedmične sesije traju od 45 do 50 minuta i fokusiraju se na podučavanje o kognitivnom restrukturiranju i rješavanju problema (Gladstone i Beardslee, 2009). Nastavnici prije rada sa učenicima prisustvuju treningu i obučeni su o teoriji sadržaja i tehnikama koje se implementiraju.

Učesnici PSFL programa pokazuju smanjenje simptoma depresije a veći broj adolescenata koji su se smatrali pod visokim rizikom za razvoj depresije nisu više bili označeni kao visoko rizični (Gladstone i sur., 2011). Jedna od prvih evaluacija PSFL programa koja je urađena u Australiji na uzorku od 1.500 učenika prosječne dobi između 12 i 14 godina, pokazala je da PSFL preventivni program može dovesti do značajnog smanjenja simptoma depresije neposredno nakon prevencije kod visokorizičnih adolescenata i većeg smanjenja depresivnih simptoma kod niskorizičnih adolescenata u poređenju sa kontrolnom grupom (Spence i sur., 2003). Rezultati su zasnovani upotrebom Beckove skale depresije (BDI), kratke skale vezane za distimiju koju su sami autori kreirali upotrebom DSM IV materijala za specifične depresivne simptome; strukturirani intervjui za različita stanja kao što su anksioznost i velika depresija; longitudinalne evaluacije (LIFE) u intervalima od 6 i 12 mjeseci za visokorizične učesnike; inventar za rješavanje socijalnih problema te upitnik o atribucijskom stilu. Rezultati koji su dobiveni pokazuju da kratka KBT prevencija koju su provodili nastavnici mogu dovesti do promjena koje su kratkoročne u simptomima depresije i poboljšati rješavanje problema, dugoročno ovi rezultati nisu održani tako da učesnici koji su u visokom riziku za razvoj depresije trebaju dugotrajnije, intenzivnije prevencije u manjim grupama za trajnije efekte.

6. ZAKLJUČAK

Depresija je jedan od najpoznatijih mentalnih poremećaja u svijetu te ima velike posljedice po zdravlje i životno funkcionisanje. Poremećaj koji se prije smatrao prisutan samo kod odraslih, sada je prepoznat kao problem javnog zdravstva čiji je početak zabilježen u ranim razvojnim periodima. Adolescencija se označava kao razvojna faza brzog početka depresije zbog toga što su prisutne nagle promjene u biološkim, kognitivnim i socijalnim aspektima. Za razliku od depresije kod odraslih, adolescentska depresija je više karakterizirana nesanicom, gubitkom apetita i težine pa čak i agresivnošću. Pošto u ovom razvojnom periodu dolazi do promjena u obrascu ponašanja, djeca i mlađe osobe pokazuju više eksternalizirajuća ponašanja poput: agresije, devijantnosti, impulzivnosti i hiperaktivnosti. A adolescenti ipak češće pokazuju internalizirajuća ponašanja poput anksioznosti, povučeniosti i emocionalnih problema. Ozbiljni simptomi kod adolescenata mogu biti nedostatak interesa za sport ili hobije, zloupotreba supstanci, poteškoće u školi, izbjegavanje škole, suicidalna preokupiranost i slično. Školski uspjeh ne mora uvijek biti značajan jer depresivni adolescenti mogu nastaviti sa dobrim akademskim rezultatima.

Faktori rizika i zaštite su od ključne važnosti kada se pokušava shvatiti razvoj različitih psihopatologija. S jedne strane se nalazi ranjivost koja povećava razvoj poremećaja a raste kad je osoba izložena većem broju faktora rizika, a s druge strane rezilijencija kao vid dinamičnog procesa koji dovodi do pozitivnog ishoda i adaptacije na situaciju bez obzira na negativna iskustva. Drugim riječima faktori rizika utiču na razvoj, težinu i održavanje depresije, a zaštitni faktori smanjuju uticaj ranjivosti i reduciraju negativne ishode. U ovom radu faktori rizika i zaštite su podijeljeni u tri grupe radi lakšeg sistematiziranja i pregleda, a to su: biološki, okolinski i psihološki faktori. Biološki faktori koji su u literaturi prepoznati kao najznačajniji za depresiju su: genetska ranjivost, djeca roditelja sa psihološkim poteškoćama, spol, koeficijent inteligencije, tjelesna težina i zdravlje osobe. Okolinski faktori od značaja za depresiju su: izlaganje stresu, rana iskustva, traumatična iskustva, socioekonomski status, maltretiranje, vršnjačko nasilje, razvod roditelja, samohrano roditeljstvo, roditeljski stil, fizičko/psihičko/emocionalno i svaki drugi vid zlostavljanja, vrijeme provedeno sa drugima i nivo obrazovanja. A kada su u pitanju psihološki faktori to su najčešće: nivo samopoštovanja, prošlost depresivnih epizoda, zloupotreba supstanci, nivo samopouzdanja, emocionalna disregulacija i nezadovoljstvo tijelom, atribucijski stil, stil suočavanja (beznađe), lična kompetentnost, zadovoljstvo životom i nivo optimizma.

Iako su tretmani i terapije prisutne za liječenje depresije, važno je pokušati spriječiti daljnji razvoj pa čak i samu pojavu depresivnog poremećaja. Preventivne strategije na sva tri nivoa se pokazuju efikasnim, dok selektivni i indicirani preventivni programi za razliku od univerzalnih posjeduju značajnije efekte zbog direktne usmjerenosti na depresivne adolescente. Na ovaj način preventivni programi mogu uložiti sav napor i trud u već definisane okvire odnosno faktore rizika i zaštite koje su od najvišeg značaja za ranjive skupine adolescenata. Rezultati prevencije ne ostaju dugoročno tako da je potrebno detaljnije ispitati moguća unapređenja kao što su to potencijalni individualizirani preventivni programi na osnovu specifičnih faktora rizika ili dopunske preventivne sesije sa monitoringom psihološkog stanja nakon određenog vremenskog perioda. Potrebno je da u prevenciju depresije bude uključeno i šire okruženje samog adolescenata a ne isključivo samo oni i njihova škola. Porodica i porodično okruženje je bitno uključiti jer se tu često i javljaju značajni faktori rizika. Programi bazirani na KBT-u se pokazuju kao najefikasniji za prevenciju depresije ali su od koristi i drugi programi utemeljeni na IPT i drugim terapijama.

Škola se u istraživanjima prepoznaje kao jedan od najboljih okruženja za implementiranje preventivnih programa jer je to mjesto gdje adolescenti provode veći dio svoga dana. Korist prevencije u ovom okruženju je višestruka, a pored toga što školski programi smanjuju depresivne simptome kod adolescenata, oni mogu imati velike benefite za akademska postignuća i generalno društveno funkcionisanje kako u školi tako i izvan nje. Preventivne programe može provoditi školsko osoblje kao što su to nastavnici i učitelji, međutim istraživanja pokazuju da je najbolje da taj posao na kraju obavljaju stručni vanjski saradnici. Razlozi za to mogu biti adekvatna teorijska pozadina za implementaciju preventivnih programa koju posjeduju psiholozi, psihijatri i/ili pedagozi te veća posvećenost i uključenost od strane adolescenata jer lideri programa nisu njihovi nastavnici na koje su navikli da obavljaju tu ulogu.

Ovaj rad je ukazao na ozbiljno shvatanje depresije kod adolescenata i upotrebe preventivnih programa u školi s ciljem povećavanja pozitivnih ishoda za ovu dobnu skupinu. S obzirom na to da se u ovom razvojnem periodu javljaju različiti problemi u mentalnom zdravlju, važno je na vrijeme reagovati kako bi se spriječili različiti relapsi i incidencije u odrasloj dobi. Postoji mnogo toga što se još treba učiniti u sklopu preventivnih programa kako bi se unaprijedio njihov efekat, dosadašnja istraživanja su imala i pozitivne i negativne rezultate što znači da je potrebno detaljno istražiti koji faktori unapređuju ovaj efekat i šta tačno determinira njihovu dugoročnost.

7. LITERATURA

- Agarwal, S. (2021). The Risk Factors of Adolescent Depression. *International Journal of High School Research*, 3, 57-64.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko : Naklada Slap.
- Anderson, C. E., & Weissman, M. M. (2016). Family studies of affective disorders. U: H. S. Koplewicz & E. Klass (Ur.), *Depression in children and adolescents*. (str.33-43). London: Routledge.
- Arnau-Soler, A., Adams, M. R., Clarke, T., MacIntyre, D. J., Milburn, K., Navrady, L., Scotland, G., Hayward, C., McIntosh, A. M., & Thomson, P. A. (2019). A validation of the diathesis-stress model for depression in Generation Scotland. *Translational Psychiatry*, 9(1).
- Aro H. (1994). Risk and protective factors in depression: a developmental perspective. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 377, 59–64.
- Baffsky, R., Ivers, R., Cullen, P., Wang, J., McGillivray, L., & Torok, M. (2023). Strategies for Enhancing the Implementation of Universal Mental Health Prevention Programs in Schools: A Systematic Review. *Prevention science* 24(2), 337–352.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P. A., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(6), 670–677.
- Bastounis, A., Callaghan, P., Banerjee, A., & Michail, M. (2016). The effectiveness of the Penn Resiliency Programme (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: A systematic review and meta-analysis. *Journal of adolescence*, 52, 37–48.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

- Beirão, D., Monte, H., Amaral, M. G., Longras, A., Matos, C., & Villas-Boas, F. (2020). Depression in adolescence: a review. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1).
- Bennett, C., Jones, R., & Smith, D. (2014). Prevention strategies for adolescent depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(2), 116-124.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in psychology*, 10, 543.
- Bodicherla, K. P., Shah, K., Singh, R., Arinze, N. C., & Chaudhari, G. (2021). School-Based Approaches to Prevent Depression in Adolescents. *Cureus*, 13(2), e13443.
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., Abadie, P., Gérardin, P., Cohen, D., & Guilé, J. (2015). Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60, S5-S15
- Broerman, R. (2017). Diathesis-Stress Model. U: V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ur.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (str. 1–3). Springer International Publishing.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *Readings on the Development of Children*, 2(1), 37–43.
- Brown, J. (2014). *The Self*. New York: Psychology Press.
- Brunwasser, S. M., & Gillham, J. E. (2018). Identifying Moderators of Response to the Penn Resiliency Program: A Synthesis Study. *Prevention science*, 19(1), 38-48
- Burns, J., & Hickie, I. (2002). Depression in Young People: A National School-Based Initiative for Prevention, Early Intervention and Pathways for Care. *Australasian Psychiatry*, 10(2), 134–138.
- Cairns, K. E., Yap, M. B., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*, 169, 61–75.

- Carr, A. (2015). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. London: Routledge.
- Christensen, J. (2016). A critical reflection of Bronfenbrenner's development ecology model. *Problems of Education in the 21st Century*, 69(1), 22–28.
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72-79.
- Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (2015). *The 2015 CASEL Guide: Effective social and emotional learning programs-middle and high school edition*. Chicago: Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning.
- Colman, I., Zeng, Y., McMartin, S. E., Naicker, K., Atallahjan, A., Weeks, M., Senthilselvan, A. & Galambos, N. L. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: Findings from a national Canadian cohort. *Preventive medicine*. 65, 28-32.
- Colomeischi, A. A., Ursu, A., Bogdan, I., Ionescu-Corbu, A., Bondor, R., & Conte, E. (2022). Social and Emotional Learning and Internalizing Problems among Adolescents: The Mediating Role of Resilience. *Children* , 9(9), 1326.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health promotion international*, 29(3), 427–441.
- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 173–183.
- Davey, C. G. i McGorry, P. D. (2018). Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 267–272.
- Del Vecchio P. (2018). The Good News About Preventing Adolescent Depression. *Prevention science*, 19(1), 112–114.

- Dooley, B., Fitzgerald, A., & Giollabhui, N. M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 93–105.
- Evans, J. R., Van Velsor, P., & Schumacher, J. E. (2002). Addressing Adolescent Depression: A Role for School Counselors. *Professional School Counseling*, 5(3), 211–219.
- Flynn, M. & Rudolph, K. D. (2011a). Depression and Depressive Disorders. U: B. B. Brown & M. J. Prinstein (Ur.), *Encyclopedia of Adolescence*. (str. 127-135). San diego: Academic Press.
- Flynn, M. & Rudolph, K. D. (2011b). Stress generation and adolescent depression: Contribution of interpersonal stress responses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1187–1198.
- Garber, J., Webb, A. C. & Horowitz, L. J. (2008). Prevention of Depression in Adolescents: A Review of Selective and Indicated Programs. U: S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Ur.), *Handbook of Depression in Adolescents* (str. 620-649). London: Routledge.
- Gee, B., Reynolds, S., Carroll, B., Orchard, F., Clarke, T., Martin, D., Wilson, J., & Pass, L. (2020). Practitioner Review: Effectiveness of indicated school-based interventions for adolescent depression and anxiety - a meta-analytic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(7), 739–756.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G. L.; Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., Seligman, M. E. P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the penn resiliency program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 9–19.
- Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: a review. *The Canadian journal of psychiatry*, 54(4), 212–221.
- Gladstone, T. R., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The prevention of adolescent depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(1), 35–52.

- Green, A. L., Ferrante, S. L., Boaz, T. L., Kutash, K., & Wheeldon-Reece, B. (2021). Social and emotional learning during early adolescence: Effectiveness of a classroom-based SEL program for middle school students. *Psychology in the Schools*, 58(6), 1056–1069.
- Greenberg, M. T. (2010). School-based prevention: current status and future challenges. *Effective Education*, 2(1), 27–52.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and Emotional Learning as a Public Health Approach to Education. *The Future of Children*, 27(1), 13–32.
- Hammen, C. (2018). Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 1–28.
- Hauenstein E. J. (2003). Depression in adolescence. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing JOGNN*, 32(2), 239–248.
- Herman C. K., Merrell W. K., Reinke M. W. & Tucker M. C. (2004). The role of school psychology in preventing depression. *Psychology in the Schools*. 41. 763 - 775.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 3(2), 39–77.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2003). Relation of intelligence and religiosity to depressive disorders in offspring of depressed and nondepressed mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 578–586.
- Huberty, T. J. (2012). Building resilience through prevention. U: T. J. Huberty (Ur.), *Anxiety and depression in children and adolescents: assessment, intervention, and prevention* (str. 345–368). New York: Springer.
- Hudson, G. K., Lawton, R. & Hugh-Jones, S. (2020). Factors affecting the implementation of a whole school mindfulness program: a qualitative study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, 20(1), 133.

- Kestenbaum, C. J., & Canino, I. A. (2016). Psychotherapy of depression in childhood and adolescence. U: H. S. Koplewicz & E. Klass (Ur.), *Depression in children and adolescent*. (str.175-197). London: Routledge.
- Klass, E., & Gallagher, R. (2016). Pragmatic Approaches to the Treatment of Prepubescent Depression. U: H. S. Koplewicz & E. Klass (Ur.), *Depression in children and adolescents*. (str.199-218). London: Routledge.
- Lakhan, R. (2013). Application of the ecological framework in depression: an approach whose time has come. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 14(2). 103-109.
- Li, J., Zhou, S., & Zhu, M. (2021). The Causes, Prevention and Treatment of Adolescent Depression: A Review. *Proceedings of the 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021)*, 48–54.
- Lu W. (2019). Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors, and Healthcare Disparities. *American journal of health behavior*, 43(1), 181–194.
- Mackenzie, K., & Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ open*, 8(9), 1-14.
- McLaughlin, K. A. (2008). Universal prevention of adolescent depression. U: S. Nolen-Hoeksema i L. Hilt (Ur.), *Handbook of Depression in Adolescents* (str. 661-683). London: Routledge.
- Menke A. (2019). Is the HPA Axis as Target for Depression Outdated, or Is There a New Hope?. *Frontiers in psychiatry*, 10, 101.
- Mikulska, J., Juszczak, G., Gawrońska-Grzywacz, M., & Herbet, M. (2021). HPA Axis in the Pathomechanism of Depression and Schizophrenia: New Therapeutic Strategies Based on Its Participation. *Brain sciences*, 11(10), 1298.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin*, 110(3), 406–425.

- Moreh, S., & O'Lawrence, H. (2016). Common risk factors associated with adolescent and young adult depression. *Journal of Health and Human Services Administration*, 39(2), 283–310.
- Mori, N., Arimoto, A., & Tadaka, E. (2022). Exploring an Applied Ecological Model of the Effects of Household, School, and Community Environments on Adolescent Mental Health in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16820.
- Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *The American psychologist*, 67(4), 285–295.
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual review of clinical psychology*, 6, 181–212.
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Paterson, J., Tautolo E., Iustini, L., & Sisk, R. (2018) Cultural, individual, and familial risk and protective factors associated with depressive symptoms in Pacific youth living in New Zealand, *Social Work in Mental Health*, 16(6), 728-745.
- Perrotta, G. (2019) Depressive disorders: Definitions, contexts, differential diagnosis, neural correlates and clinical strategies. *Archives of Depression and Anxiety* 5(2): 9-33.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155–168.
- Piacentini, J., & Pataki, C. (2016). Substance abuse in depressed adolescents. U: H. S. Koplewicz & E. Klass (Ur.), *Depression in children and adolescents*. (str.133-148). London: Routledge.
- Piechaczek, C. E., Pehl, V., Feldmann, L., Haberstroh, S., Allgaier, A. K., Freisleder, F. J., Schulte-Körne, G., & Greimel, E. (2020). Psychosocial stressors and protective factors for major depression in youth: evidence from a case–control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(6), 1-11.

- Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Janssens, J. M. A. M., & Scholte, R. H. J. (2017). Depression and Anxiety Prevention Based on Cognitive Behavioral Therapy for At-Risk Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in psychology*, 8, 1066.
- Reicher, H. & Maticsek-Jauk, M. (2017). Preventing depression in adolescence through social and emotional learning. *International Journal of Emotional Education*. 9. 110-115.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. K., & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of affective disorders*, 243, 175–181.
- Rikard-Bell, C., Hunt, C., McAulay, C., Hay, P., Morad, A., Cunich, M., & Touyz, S. (2022). Adolescent Depression from a Developmental Perspective: The Importance of Recognizing Developmental Distress in Depressed Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16029.
- Salmela-Aro, K. (2011). Stages of Adolescence. U: B. B. Brown & M. J. Prinstein (Ur.), *Encyclopedia of Adolescence*. (str. 360-368). San Diego: Academia Press.
- Schachter, J. E., & Romano, B. A. (2016). Developmental issues in childhood and adolescent depression. U: H. S. Koplewicz & E. Klass (Ur.), *Depression in children and adolescents*. (str. 1-13). London: Routledge.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., & McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 66–79.
- Shortt, A., & Spence, S. (2006). Risk and Protective Factors for Depression in Youth. *Behaviour Change*, 23(1), 1-30.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 3–13.

- Ssegonja, R., Nystrand, C., Feldman, I., Sarkadi, A., Langenskiöld, S., & Jonsson, U. (2019). Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Preventive medicine*, 118, 7–15.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 486–503.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- Tianrui, C. (2023). Risk and Protective Factors for Depression during Adolescence. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*. 8. 193-197.
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185–199.
- Vahedi S., Gargari R. B. & Gholami S. (2016). Effect of the penn resiliency program on student with emotional problems. *International Journal of Educational and Psychological Researches* , 2, 145-149.
- Van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D. D., Smit, F., Reynolds, C. F., Beekman, A. T., & Cuijpers, P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International journal of epidemiology*, 43(2), 318–329.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology. Second edition*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*, Zadar: Naklada Slap.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., & Prusoff, B. A. (1988). Early-onset major depression in parents and their children. *Journal of affective disorders*, 15(3), 269–277.

- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Callear, A. L., Perry, Y., Torok, M., O'Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 89, 102079.
- Yeager, D. (2017). Social-Emotional Learning Programs for Adolescents. *The Future of Children*, 27(1), 73-94.
- Zalsman, G., Brent, D. A., & Weersing, V. R. (2006). Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 15(4), 827–841.
- Zavod za javno zdravstvo FBiH. (2022) *Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine 2021*. Sarajevo: Zavod za javno zdravstvo FBiH.