

Izvodi iz recenzija

Monografija „Depresija i delinkvencija“ predstavlja interesantan i originalan istraživački poduhvat, koji prikazuje i objašnjava fenomen komorbiditeta (istovremenog pojavljivanja) antisocijalnog ponašanja i depresije kod mladih, čime daje važan doprinos objašnjenju ovog složenog fenomena. Autorka je na sistematičan i kreativan način procenjivala istraživački materijal, kako u okviru teorijskih razmatranja koja obuhvataju izuzetno obiman pregled relevantne literature, tako i u okviru empirijskog rada. Rezultati njenog istraživanja po prvi put u našoj sredini pokazuju na analitičan, obuhvatan i sistematičan način karakteristike depresivnosti kod naše antisocijalne omladine. Oni takođe pokazuju opravdanost inovativnog modela depresije koji autorka predlaže.

dr Leposava Kron,
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja u Beogradu

Metodološki pristup fenomenu komorbiditeta primjenjen u ovom radu daje naučni doprinos ne samo izučavanju ovog, već i drugih komorbiditeta. Autorka je kroz razmatranje specifičnosti depresije kod delinkventne populacije došla i do inovativnog pogleda na depresiju. Prikazani nalazi i njihova integracija, kao i kreativne ideje autorke i njihova empirijska provera značajno unapređuju razumevanje etioloških mehanizama depresije, antisocijalnog ponašanja i njihovog komorbiditeta. Kako su oba poremećaja visoko prisutna u opštoj populaciji mladih, ova studija ima i veliki praktični značaj za planiranje i sprovođenje adekvatnih preventivnih programa.

prof. dr Tamara Džamonja-Ignjatović,
Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu

Monografija podstiče čitaoca na razmišljanje o prirodi depresije i antisocijalnog ponašanja, nudeći mu dublje razumevanje oba fenomena pojedinačno i u njihovom komorbiditetu. Predstavlja interesantno i moderno naučno štivo koje može biti inspirativno za teoretičare, istraživače i praktičare u oblasti psihologije, psihijatrije, kriminologije, socijalne patologije, socijalnog rada i psihoterapije.

prof. dr Miroslav Brkić,
Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu

Jasna Hrnčić

Depresija i delinkvencija

Jasna Hrnčić

DEPRESIJA I DELINKVENCIJA

Izdavač:

Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
Gračanička 18, Beograd
krinstitut@gmail.com

Za izdavača:

dr Leposava Kron

Recenzenti:

prof. dr Tamara Džamonja-Ignjatović
dr Leposava Kron
prof. dr Miroslav Brkić

Likovno rešenje korica i prelom:

Stefan Ignjatović

Kompjuterska obrada teksta:

Stefan Ignjatović

Štampa:

„Zuhra Simić“

Tiraž:

300 primeraka

Objavljivanje ove monografije je finansiralo
Ministarstvo za nauku i tehnološki razvoj Republike Srbije.

Jasna Hrnčić

Depresija i delinkvencija

Beograd, 2011.

SADRŽAJ

PREDGOVOR.....	9
Prvo poglavlje	
DEPRESIJA I ANTISOCIJALNO PONAŠANJE.....	13
Drugo poglavlje	
EMPIRIJSKA EVIDENCIJA	17
PRAVI KOMORBIDITET ILI POSEBAN SINDROM	21
<i>Klinička slika.....</i>	22
<i>Ishod.....</i>	26
<i>Rezime</i>	30
UČESTALOST KOMORBIDITETA.....	31
<i>Istraživanja u okviru opšte populacije.....</i>	31
<i>Istraživanja u okviru školske populacije.....</i>	35
<i>Istraživanja u okviru kliničke populacije</i>	37
<i>Istraživanja u okviru delinkventne populacije.....</i>	41
<i>Diskusija</i>	43
DA LI JE DOBIJENI KOMORBIDITET ARTEFAKT?	46
<i>Metodološki propusti.....</i>	46
<i>Težina patologije.....</i>	48
UČESTALOST U ODNOSU NA DRUGE KOMORBIDITETE	49
ZAKLJUČAK.....	52
Treće poglavlje	
DEPRESIJA KOD MLADIH SA ANTISOCIJALNIM PONAŠANJEM.....	55
DEPRESIVNOST	56
<i>Metod</i>	56
<i>Rezultati</i>	60
<i>Diskusija</i>	66

DEPRESIVNI POREMEĆAJI.....	68
<i>Metod</i>	69
<i>Rezultati</i>	72
<i>Diskusija</i>	73
ZAKLJUČAK.....	77
Četvrto poglavlje	
OBJAŠNJENJA KOMORBIDITETA.....	79
KORELATIVNI ODNOS ETIOLOŠKIH FAKTORA.....	79
<i>Antisocijalno ponašanje je nasledno, a depresija stečena.....</i>	80
<i>Depresija je nasledna, a antisocijalno ponašanje stečeno</i>	81
<i>Rezime</i>	84
ZAJEDNIČKI ETIOLOŠKI FAKTORI.....	84
<i>Genetski uticaji</i>	85
<i>Porodični uticaji.....</i>	86
<i>Vršnjački odnosi.....</i>	92
<i>Individualne karakteristike.....</i>	93
<i>Stresori</i>	94
<i>Zajednička varijansa i zajednički etiološki faktori.....</i>	94
<i>Diskusija</i>	96
JEDNO UZROKUJE DRUGO	98
<i>Antisocijalno ponašanje kao prediktor depresije</i>	99
<i>Depresija kao prediktor antisocijalnog ponašanja</i>	104
<i>Diskusija</i>	105
ZAKLJUČAK.....	106
Peto poglavlje	
MODEL UNIPOLARNE DEPRESIJE	109
TEORIJSKA RAZMATRANJA	109
RAZVOJNI TOK.....	118
<i>Rani odnosi u porodici</i>	118
<i>Dete: razvijanje unutrašnjih reprezentacija i ovladavanja</i>	120
<i>Diferencijacija</i>	125
<i>Dalji socijalni odnosi mlade osobe</i>	127
<i>Tekući socijalni odnosi u adolescenciji</i>	129
<i>Stresori</i>	129
<i>Stabilnost, globalnost i nemoć</i>	130
<i>Na kraju – depresija.....</i>	133
<i>Oporavak?</i>	136
<i>Komentar.....</i>	137

ODREĐENJE UNIPOLARNE DEPRESIJE	138
ZAKLJUČAK.....	139
Šesto poglavlje	
DEPRESIVNOST I RESTRIKTIVNOST USTANOVE	141
METOD	143
<i>Varijable i instrumenti istraživanja</i>	143
<i>Uzorak istraživanja.....</i>	146
<i>Statistička obrada.....</i>	146
REZULTATI.....	147
<i>Rezultati kanoničke diskriminativne analize</i>	147
<i>Značajne razlike na kontrolnim varijablama.....</i>	148
<i>Povezanost kontrolnih varijabli sa depresivnim simptomima</i>	151
DISKUSIJA.....	152
ZAKLJUČAK.....	155
Sedmo poglavlje	
DEPRESIVNOST I SOCIJALNE RELACIJE	157
METOD	160
<i>Varijable i instrumenti istraživanja</i>	160
<i>Uzorak istraživanja.....</i>	164
<i>Statistička obrada</i>	164
REZULTATI.....	164
<i>Povezanost depresivnih simptoma sa socijalnim relacijama.....</i>	164
<i>Negativni socijalni odnosi i nedovoljna individuacija.....</i>	171
<i>Porodični i vršnjački odnosi</i>	175
<i>Tekući i prošli vršnjački odnosi</i>	176
DISKUSIJA.....	177
ZAKLJUČAK.....	180
Osmo poglavlje	
ZAKLJUČNA RAZMATRANJA.....	183
KRATAK OSVRT.....	183
POGLED UNAPRED ILI POPUNJAVANJE PRAZNINA	187
I NA KRAJU	189
LITERATURA.....	193
O AUTORU	215

PREDGOVOR

Depresija i delinkvencija su pojmovi koji se često ne koriste jedan po-red drugog. Dugo se smatralo da ne pripadaju zajedno i da depresija opisuje jednu sasvim drugu vrstu osoba od onih koji se nazivaju delinkventima. Ipak, savremena istraživanja konzistentno pokazuju da postoji značajan broj mlađih sa antisocijalnim ponašanjem koji su i depresivni, kao i da se među depresivnim adolescentima nalazi znatan broj onih koji pokazuju antisocijalno ponašanje. Upravo ovim fenomenom se bavi monografija *Depresija i delinkvencija*, koja daje sistematičan, analitičan i obuhvatan prikaz istovremenog pojavljivanja depresije i antisocijalnog ponašanja i njegovih mogućih objašnjenja, kako na osnovu pregleda i analize naučne literature, tako i na osnovu istraživanja samih adolescenata sa antisocijalnim ponašanjem.

Sadržaj monografije obuhvata osam poglavlja. U prvom poglavlju *Depresija i antisocijalno ponašanje* se izlažu predrasude koje su dovele do previđanja visokog komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i depresivnih simptoma, prikazuje se značaj proučavanja ovog komorbiditeta i definiše cilj monografije.

U drugom poglavlju *Empirijska evidencija* prikazuju se karakteristike kliničke slike i ishoda istovremenog pojavljivanja depresije i antisocijalnog ponašanja, analizira se empirijska evidencija o učestalosti ovog fenomena, diskutuje mogućnost da se radi o metodološkom artefaktu i poređi učestalost ovog komorbiditeta u odnosu na druge komorbiditete ova dva poremećaja.

U trećem poglavlju *Depresija kod mlađih sa antisocijalnim ponašanjem* prikazuju se rezultati dva istraživanja prisustva depresije kod mlađih sa antisocijalnim ponašanjem, jedno u kome se ispituje prisustvo depresivnosti kao kontinuma na osnovu upitnika depresivnosti, i drugo u kome se procenjuje prisustvo depresije kao dijagnostičke kategorije na osnovu dijagnostičkog intervjuja.

U četvrtom poglavlju *Objašnjenja komorbiditeta* se analiziraju moguća objašnjenja visokog komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i depresije, koja obuhvataju korelativni odnos između njihovih etioloških faktora, postojanje zajedničkih etioloških faktora i direktni uzročno-posledični odnos između dva poremećaja, u kome je jedan poremećaj etiološki faktor onom drugom.

U petom poglavlju *Model unipolarne depresije* se razmatra fenomen depresije sa teorijskih pozicija, prikazuje se mogući razvoj depresije kod mladih i daje predlog modela unipolarne depresije, koji postulira centralnu važnost socijalnih odnosa kao njenih etioloških faktora.

U šestom poglavlju *Depresivnost i restriktivnost ustanove* prikazuje se istraživanje depresivnosti mladih, lišenih slobode zbog svog antisocijalnog ponašanja, realizovano u svrhu provere prepostavki predloženog modela depresije. Istraživanje ima za cilj analizu povezanosti između restriktivnosti institucije, u kojoj su mlađi lišeni slobode, i njihove depresivnosti.

U sedmom poglavlju *Depresivnost i socijalne relacije* prikazuju se i diskutuju rezultati istraživanja u kome se pokazalo da je depresivnost mladih, institucionalizovanih zbog svog antisocijalnog ponašanja (krivičnih dela) bila visoko povezana sa njihovim prošlim i sadašnjim socijalnim relacijama, u skladu sa prepostavkama predloženog modela depresije.

U osmom poglavlju *Zaključna razmatranja* se rezimiraju analize i nalazi prikazani u monografiji, daju se smernice za dalji naučni i stručni rad i prikazuje komentar autora o odnosu predmeta monografije i teorijskog doprinosu koji ona daje u razumevanju depresije.

Monografija je nastala zahvaljujući podršci profesora, istraživača, stručnjaka i prijatelja. Prof. dr Mirko Pejović je svojim strpljenjem, razumevanjem i podrškom inspirisao i usmeravao razvoj i realizaciju ideje o proučavanju komorbiditeta ova dva poremećaja. Mudrost i veliko istraživačko iskustvo prof. dr Konstantina Momirovića su značajno unapredile kvalitet prikazanih istraživanja. Prof. dr Goran Knežević je pružio nesebičnu pomoć u izboru i primeni instrumenata i statističkih tehnika obrade podataka. Dr Leposava Kron, prof. dr Tamara Džamonja Ignjatović i prof. dr Miroslav Brkić su svojim uvažavanjem naučnog doprinosa monografije podržali njenu pripremu i izdavanje. Brojni stručnjaci i saradnici su svojim entuzijazmom, profesionalnošću i posvećenošću dali značajan doprinos prikupljanju podataka, realizaciji i prikazu istraživanja. I

na kraju ali i pre svih, adolescenti iz vaspitnih i kaznenih ustanova Srbije, koji su ozbiljno i strpljivo učestvovali u istraživanjima, jesu bili velika inspiracija za pripremu ove monografije.

Autorka

Prvo poglavlje

DEPRESIJA I ANTISOCIJALNO PONAŠANJE

Istovremeno pojavljivanje depresije i antisocijalnog ponašanja je fenomen koji je dugo bio zanemarivan u stručnoj psihijatrijskoj i psihološkoj javnosti. Iako je studija Bolbija (Bowlby, 1946) još 1946. g. pokazala da je kod čak 25 od 44 posmatranih slučajeva dece lopova depresivnost bila manje ili više prisutna¹, sve do osamdesetih godina prevladavala je predrasuda da mladi sa antisocijalnim ponašanjem nisu, ili su vrlo retko, depresivni, kao i da depresivni psihijatrijski pacijenti ne ispoljavaju antisocijalno ponašanje. Smatralo se da antisocijalno ponašanje i depresija „ne idu zajedno“.

Ovom shvatanju je najpre doprinelo klasično psihanalitičko gledište, koje je obojilo psihopatološke studije prve polovine dvadesetog veka. Uprkos brojnim neslaganjima psihanalitičara o dinamici depresivnog poremećaja, najčešće je shvatanje depresije kao ambivalentne reakcije na gubitak libidinozno katektiranog objekta (Freud, 1957). Ambivalencija uključuje, osim ljubavi, i agresiju, prвobитно usmerenu prema objektu koji je izgubljen, a zatim introjekcijom objekta okrenutu unutra i usmerenu prema sebi. Depresija se smatrala rezultatom neurotičnog

1 Ova studija je inicirala razvoj teorije afektivne vezanosti, zbog koje je Bolbi postao jedan od centralnih teoretičara dečjeg razvoja dvadesetog veka (Bowlby, 1980).

konflikta između surovog, kažnjavajućeg Superega, u koji je introjektovan „dobar“ aspekt objekta, i Ega, u koji je introjektovan „loš objekat“ (Rado, Jacobson, po Becker, 1974; Mendelson, 1974). Ovo mišljenje je bilo toliko uticajno, da se šezdesetih godina smatralo da deca ne mogu imati depresivni poremećaj, jer nemaju dovoljno formiranu Superego strukturu koja bi usmerila agresiju protiv sebe. Sa druge strane, izraženije i strukturisanije antisocijalno ponašanje uglavnom je tumačeno kao agresija koja je „slobodno“ okrenuta spolja. Ovo je moguće, smatralo se, zahvaljujući defektnom razvoju Superega koji to dozvoljava (Feldman, 1969). U ovom kontekstu, odnos depresije i ozbiljnijeg antisocijalnog ponašanja je bio ili-ili: ili depresija, ili antisocijalni akt. Tek radovi o depresiji Bibringa pedesetih godina (po Mendelson, 1974; Becker, 1974) i Sandler-a i Joffe-a šezdesetih godina (Sandler, Joffe, 1965, 1969; Joffe, Sandler, 1965, 1968), otvaraju mogućnost razvoja depresije bez ključne uloge Superego formacije.

Predrasudi da su depresija i antisocijalno ponašanje nespojivi su pogodovale i klasične psihijatrijske klasifikacije. Sa jedne strane, ključni simptomi u okviru kliničke slike depresije su pad energije i povlačenje od sveta (American Psychiatric Association, 1994, Svetska zdravstvena organizacija, 1992). Sa druge strane, antisocijalno ponašanje nikako nije povlačenje od sveta, već akcija „protiv sveta“, koje podrazumeva čak i povećanu energiju jer uključuje rizik koji se povezuje sa povišenim uzbuđenjem. Ovakvo shvatanje je dalje potkrepljeno uobičajenom dihotomizacijom mladih sa psihosocijalnim problemima na dva generalna tipa: na preterano kontrolisani tip („overcontrolled“), koji obuhvata i depresivna stanja, i premalo kontrolisani tip („undercontrolled“), koji uključuje antisocijalna ponašanja (Achenbach, Edelbrock, 1978, Achenbach i sar., 1987). Interesantno je, međutim, da su se već u prvim istraživanjima dobila znatna preklapanja ova dva tipa, tako da je čak 21% dece sa psihosocijalnim poremećajima pokazivalo da ima i preterano kontrolisani i premalo kontrolisani tip problema (Rutter, Tizard, Whitmore, 1970, po Cole, Carpentieri, 1990).

Pokazuje se i nespremnost mladih sa antisocijalnim ponašanjem da priznaju i pokažu psihološku patnju (Lewis, 1985). Nekoliko okolnosti pogoduju ovakvom ponašanju. Ispitivanje antisocijalne populacije se uglavnom vrši po zahtevu suda ili škole zbog prestupa koji je mlada osoba počinila, zbog čega ispitivani uglavnom oseća osnovano nepoverenje prema ispitivaču i nije sklon samo-otkrivanju. Pokazuje se da mlada osoba sa antisocijalnim ponašanjem nije

sklona ispoljavanju psihičke patnje i u povoljnijim uslovima, zbog reakcije socijalne sredine na ovakvo ponašanje. Porodične odnose često karakteriše stil komunikacije koji ne dozvoljava „meko“ ponašanje, već stimuliše agresivni odgovor (Patterson i sar., 1992). Neretko se pokazuje i zanemarivanje u porodici, koje vodi do smanjenja ekspresije patnje zbog nedostatka reakcije na ovakvu komunikaciju. Ni norme kulture kojima mladi delinkventi pripadaju ne odravaju ispoljavanje patnje. One često za muškarca propisuju „čvrsto ponašanje“ – a krivična dela uglavnom čine muškarci. Antisocijalna vršnjačka grupa, kojoj mladi prestupnici tipično pripadaju i koja ima često krucijalan uticaj na ponašanje adolescenta, još je rigoroznija: „meko“ ponašanje se sankcionise niskim socijalnim statusom i viktimizacijom „mekušca“.

U ovim okolnostima je za očekivati da momci sa antisocijalnim ponašanjem ne odaju lako svoju psihičku patnju. Kako je depresija u svojim blažim formama subjektivno stanje, nespremnost samootkrivanja vodi do previđanja depresivnog raspoloženja ove omladine od strane stručnjaka. Ipak, oštro oko posmatrača može da primeti sivilo koje često obavlja omladinu sa težim oblicima antisocijalnog ponašanja, neki nedostatak svetla, radosti, mekoće mladosti. Ovaj fenomen bi mogli opisati i kao povučenost telesne energije od periferije ka sredini tela, koja je inače dijagnostički znak depresije u okviru bioenergetske, telesne teorije (Lowen, 1972). Duži klinički intervju veštog kliničara često dovodi do iznenadujućeg samo-otkrivanja ove omladine. Ispitivač može biti čak preplavljen količinom njihove psihičke patnje.

Na kraju, koren previđanja depresije kod antisocijalne omladine može se naći u našem, uglavnom nesvesnom, revanšizmu. U njegovoj osnovi je skoro nagonski „zdravorazumski“ stav da delinkventi, kriminalci i ostali „svet tame“ ne mogu biti nesrećni, ni bespomoćni, jer nemaju „pravo na to“. Onaj koji ugrožava tuđa prava, dakle ne vodi računa o drugima i povređuje ih, nema, po principu moralnog reciprociteta, ni osnovu da očekuje da drugi imaju osećaj i sažaljenje za njega. Pošto se depresivno raspoloženje često vidi kao tuga, nesreća, patnja, a depresivna osoba kao bespomoćna, žrtva, nismo baš naklonjeni ovakvom optanzanju mladih kriminalaca!

Budući da su ove predrasude često zamagljivale pogled stručnjaka (Carlson, Cantwell, 1980), tek su rezultati sistematskih istraživanja mentalnih poremećaja mladih, sprovedenih osamdesetih godina dvadesetog veka, počeli

da skreću pažnju na istovremeno prisustvo antisocijalnog ponašanja i depresije, koji se konzistentno potvrdio u kasnijim istraživanjima. Ono je otvorilo nova pitanja: Da li se radi o komorbiditetu² ili o posebnom sindromu, sa specifičnom kliničkom slikom, tokom i ishodom? Da li dovodi do povećanog rizika za psihosocijalne probleme u odnosu na efekte svakog poremećaja ponaosob? Ukoliko ovaj rizik postoji, potrebno je posvetiti posebnu pažnju njegovom blagovremenom dijagnostikovanju i prevenciji. Ako se radi o komorbiditetu, da li je njegova učestalost značajno viša od slučajne? Da li je njihov komorbiditet učestaliji u odnosu na druge komorbiditete ova dva poremećaja posmatrani nezavisno? Oba poremećaja čiji komorbiditet posmatramo su visoko prisutna u populaciji mladih (Patterson, 1992; Harrington, 1995; Costello i sar., 2006; Hrnčić, 2008, 2009b). Prisustvo visokog komorbiditeta traži pažnju stručnjaka, koja je utoliko više potrebna, ukoliko se radi o učestalijem fenomenu, koji obuhvata veći broj slučajeva. Koji su njegovi etiološki mehanizmi? Odgovori na ova pitanja ne samo da povećavaju naše znanje o fenomenu, već omogućavaju i efikasniju prevenciju i tretman koji bi bili prilagođeni njegovim karakteristikama.

Razmatranje komorbiditeta nosi i potencijalni teorijski doprinos koje ono može da ima u razumevanju pojedinačnih poremećaja posmatranih u interakciji. Uviđanje razlika i sličnosti „čistih“ (pojedinačnih) i „mešanih“ poremećaja (komorbiditeta) mogu pojasniti etiološke mehanizme pojedinačnih poremećaja koji se istovremeno pojavljuju.

Zato smo za cilj ovog rada odredili *opisivanje i objašnjenje istovremenog pojavljivanja depresije i antisocijalnog ponašanja kod adolescenata.*

² Komorbiditet je istovremeno prisustvo dva nezavisna poremećaja ili oboljenja kod iste osobe.

Drugo poglavlje

EMPIRIJSKA EVIDENCIJA

Era istraživačke orijentacije koja je započela sedamdesetih godina dvadesetog veka u psihologiji i psihijatriji dovela je do talasa novih podataka u okviru postojećih teorija i do razvijanja novih teorijskih okvira. Ona je takođe u okviru psihijatrijskih orijentacija podstakla razvijanje visoko operacionalizovanih dijagnostičkih kriterijuma, koji su imali jasne bihevioralne odrednice (DSM-III je prva ovako određena klasifikacija), što je značajno smanjilo subjektivnost psihijatrijske procene i samim tim i uticaj predrasuda na dijagnostičko zaključivanje. Novi uvidi su pokazali da i deca imaju depresivne poremećaje koji zadovoljavaju odrasle kriterijume (Harrington, 1995). Izraz „maskirana depresija“ počeo je da se primenjuje za decu kod koje se pažljivim dijagnostikovanjem mogao utvrditi, ispod „maske“, depresivni poremećaj (Carlson, Cantwell, 1980). „Maska“ je često obuhvatala simptome poremećaja ponašanja, što je bio deo drugog fenomena na koji su ova daleko egzaktnija istraživanja ukazala. Naime, pokazalo se da je komorbiditet vrlo izražen kod psihijatrijskih poremećaja dece i omladine (Angold i sar., 1999), a naročito kod depresivnih poremećaja (Harrington, 1995; Harrington i sar., 1998). Ipak, visok komorbiditet depresivnih simptoma i poremećaja ponašanja / antisocijalnog ponašanja skrenuo je na sebe pažnju naučne javnosti kao poseban istraživački problem tek devedesetih godina, kada je u žiju interesovanja došlo istraživanje komorbiditeta svih psihijatrijskih dijagnoza (Patterson i sar., 1991, 1992; Harrington, 1995; Angold i sar., 1999). Ova istraživanja su omogućila uvid u učestalost, karakteristike i etiološke činioce istovremenog pojavljivanja ova dva poremećaja.

Ali pre nego što nastavimo dalje, da pojasnimo termine koje najčešće upotrebljavamo u ovom radu.

Depresija se definiše kao prisustvo kod osobe barem jednog od dva osnovna simptoma: depresivnog raspoloženja i gubitka interesovanja. Njima su često pridruženi i drugi simptomi tipični za depresiju: sniženo samopoštovanje, suicidalna ideacija, gubitak koncentracije, psihomotorna agitacija ili retardacija, umor, poremećaj apetita, poremećaj sna. Ovi pridruženi simptomi ne ukazuju na postojanje depresije ukoliko nisu prisutni osnovni simptomi. Depresiju u ovom radu posmatramo u okviru dva stanovišta koja su aktuelna u savremenoj nauci – i kao kontinuiranu varijablu i kao dijagnostičku kategoriju. Oba pristupa imaju svoju teorijsku i praktičnu valjanost, svoje zastupnike i argumente (Harrington, 1995; Kaličanin, Lečić-Toševski, 1995; Tennen i sar, 1995a; Gotlib i sar., 1995).

Shvatanje depresije kao kontinuma naglašava dimenzionalnu prirodu čoveka, koja se teško može svesti na dihotomizaciju. Prisustvo depresivnih simptoma u populaciji se shvata kao kontinuum od normalnog stanja bez depresije, do teških kliničkih formi depresije. Meri se odgovorima na upitnicima. Ono omogućava bolje sagledavanje uzročno-posledičnih veza depresije i drugih socijalnih i psiholoških kategorija, dajući osnov za korelativne studije, koje omogućavaju bolje sagledavanje veza depresije i drugih socijalnih i psiholoških kategorija.

Depresija kao dijagnostička kategorija je definisana preko kriterijuma za određeni poremećaj iz depresivnog spektra, datih u nekoj od važećih klasifikacija mentalnih poremećaja³, koji treba da budu zadovoljeni da bi se stanje neke osobe dijagnostikovalo kao mentalni poremećaj, dakle kao morbidno stanje. Osim ispunjenja jednog od dva osnovna kriterijuma (depresivno raspoloženje i gubitak interesovanja), ovi uslovi zahtevaju prisustvo još nekih simptoma tipičnih za oblik depresivnog poremećaja na koju se odnose, a koji treba da zadovolje i neki minimum intenziteta i trajanja. Konačno postavljanje dijagnoze depresije zahteva da ovi simptomi izazivaju značajan poremećaj ili onesposobljavanje osobe u socijalnoj, radnoj ili nekoj drugoj važnoj oblasti života. Osnov procene je uglavnom klinički intervju.

³ Najčešće su u upotrebi klasifikacije DSM – „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ Američke psihijatrijske asocijacije (American Psychiatric Association, 1994) i ICD – „International Classification of Disorders“ Svetske zdravstvene organizacije (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Kategorijalni pristup ukazuje na različitosti koje postoje u jednom tako heterogenom fenomenu, kao što je depresija, iako su granice često nejasne. On ukazuje na razlike u perzistenciji i dubini depresivnog kvaliteta i na pridružene fenomene (bihevioralni simptomi depresije, psihotični kvalitet, bipolarni poremećaj itd.) koji određuju ne samo kliničku sliku, nego i etiologiju, tok i prognозу poremećaja. Određuju se dve vrste granice: granica između zdravlja i bolesti, i granica između različitih vrsta poremećaja. Potreba za postavljanjem ovakvih granica je nastala u okviru profesija koje se bave tretmanom mentalnih poremećaja, zbog potrebe za planiranjem tretmana. Jasno definisane razlike omogućavaju bolje sagledavanje prirode poremećaja u njegovoј heterogenosti. Govori se o poremećajima raspoloženja, depresivnim poremećajima, velikom depresivnom poremećaju, distimiji, unipolarnoj depresiji i sl. Ovaj pristup omogućava procenu incidence i prevalence poremećaja u komorbiditetu.

Antisocijalno ponašanje je pojam koji opisuje ponašanja protiv društva/društvenih normi koja uključuju namernu povredu ljudskih prava drugih ljudi. Ova povreda treba da zadovoljava jedan od dva kriterijuma da bi dobila ipak ozbiljniju karakteristiku „antisocijalna“ – treba da bude ili dovoljno teška da potпадa pod krivično zakonodavstvo (definisana je kao krivično delo), ili da pokazuje dovoljnu perzistentnost da ovakvo ponašanje ne bi bilo bolje objašnjeno kao prolazni fenomen reaktivne prirode (tj. da traje duže od 6 meseci). Dakle, ovakva definicija može da uključi i delinkvenciju, i poremećaje ponašanja, kao i probleme ponašanja koji ne zadovoljavaju puni kriterijum poremećaja ponašanja (traju kraće od 1 godine ili nemaju zadovoljene simptomatske kriterijume) ali pokazuju perzistenciju i prognostičku validnost (Hrnčić, 2007c, 2009b).

Antisocijalno ponašanje je termin kome se u savremenoj literaturi daje prednost u odnosu na uobičajene termine *delinkvencija* i *prestupnik* iz nekoliko razloga. On zaobilazi problem različitog definisanja krivičnog dela u različitim kulturama, kao i problem dokazivanja krivice na sudu, koji je tesno vezan za procese selekcije onih koji su osumnjičeni, optuženi i osuđeni za krivična dela. Takođe, ovaj termin stavlja naglasak na to da je antisocijalno samo ponašanje, a ne i cela osoba. Ponašanje je u poređenju sa osobom mnogo specifičniji termin, podložniji promeni i otvoreniji za učenje. Zatim, blaže forme antisocijalnog ponašanja koji se javljaju u detinjstvu (problemi ponašanja kao što je laganje bez ozbiljnih posledica, udarci bez ozbiljnih fizičkih povreda, sitne krađe

i sl., poremećaji ponašanja) u većini zemalja nisu definisane kao krivična dela. Međutim, one po pravilu prethode kasnijim težim oblicima antisocijalnog ponašanja i delinkvencije i često pokazuju iste pravilnosti kao i oni, samo slabije izražene. Istraživanja pokazuju da eksternalizovani problemi i problemi ponašanja, pokazuju veću perzistentnost poremećaja u svom kasnjem toku, nego internalizovane forme ponašanja (Achenbach i sar. 1978, 1987; Loeber, Dishion, 1983; Loeber, 1990, Newman i sar., 1996, Rutter i sar., 1998). Iz svih navedenih razloga, termin *antisocijalno ponašanje* je posebno koristan u razmatranju etioloških faktora koji dovode do krivičnog dela.

Adolescencija je definisana kao razvojni period između detinjstva i zrelosti, što podrazumeva određivanje granica detinjstva i zrelosti. Kraj detinjstva je relativno lako odrediti za svaku osobu jer ga označava početak puberteta, ali se teško može definisati uzrast koji važi za sve mlade zbog velikih individualnih i kulturnih razlika (Cole i sar., 1996). Istraživanja sprovedena u zapadnoj kulturi uglavnom smatraju da većina mlađih uđe u pubertet na uzrastu od 12 –14 godina, što je primenljivo i za našu kulturu. Naše zakonodavstvo određuje uzrast od 14 godina kao kraj detinjstva i početak krivične odgovornosti (Zakon o maloletnim učiniocima krivičnih dela i krivičnopravnoj zaštiti maloletnih lica, 2005). Određenje gornje granice adolescencije je nešto komplikovanije, jer ona zavisi od toga koji se kriterijum zrelosti uzima. To može biti socijalna nezavisnost (sposobnost za nezavisan život), radna nezavisnost (sposobnost za rad), sposobnost shvatanja sebe i sveta, kontrole ponašanja i sagledavanja njihovih posledica (sposobnost samostalnog odlučivanja – punoletstvo) ili neka druga odrednica definisana u okviru razvojnih teorija (npr. formiranje identiteta, Erikson, 1976). Mada je granica punoletstva po zakonodavstvima većine zemalja 18 godina, mnoge zemlje takođe primenjuju blaže kazne za krivična dela osoba do 21 godinu starosti (SAD, Srbija), implicitno podrazumevajući da oni još nisu sasvim zrele osobe. U istraživanjima mlađih sa antisocijalnim ponašanjem, granica adolescencije može biti određena i iznad 21 godine života (Haapasalo, Hamalainen, 1996). Rutter i saradnici (1998) u svojoj referentnoj preglednoj studiji određuju 25. god. kao gornju granicu populacije „antisocijalnih mlađih“. Erikson smatra da formiranje identiteta, kao razvojni zadatak adolescencije, može kod veoma obrazovanih i visoko inteligentnih ljudi da traje i do 30-tih godina (Erikson, 1976).

Mladi koji pokazuju antisocijalno ponašanje po pravilu nemaju više od srednjeg obrazovanja i prosečne su inteligencije⁴. U ovom okviru, smatramo da je uzrast od 22-23 godine gornja granica adolescencije, kada mlada osoba u našoj kulturi stiče relativnu nezavisnost u shvatanju sebe i sveta i sposobna je za nezavisni život, rad i brigu o drugima.

PRAVI KOMORBIDITET ILI POSEBAN SINDROM

Razmatranje fenomena istovremenog pojavljivanja depresije i antisocijalnog ponašanja počinjemo dilemom koja se ogleda u savremenim klasifikacionim sistemima mentalnih poremećaja: da li se zaista radi o komorbiditetu, dakle o istovremenom pojavljivanju dva relativno nezavisna dijagnostička entiteta, ili se radi o jednom, posebnom poremećaju. Shvatanje po kome se radi o posebnom „mešanom“ poremećaju bi podrazumevalo postojanje specifičnog sindroma koji obuhvata i depresivne i anksiozne simptome i koji bi po svojoj simptomatologiji i ishodu bio distinkтивan u odnosu na depresiju, sa jedne, i antisocijalni poremećaj, sa druge strane. U ICD-10 klasifikaciji (Svetska zdravstvena organizacija, 1992) postoji posebna dijagnostička kategorija – *depresivni poremećaj ponašanja* (dg. F92.0) koja pripada široj kategoriji poremećaja ponašanja i emocija sa početkom obično u detinjstvu i adolescenciji (F90-F98).

Shvatanje po kome se zaista radi o komorbiditetu zasniva se na pretpostavci da ova dva poremećaja imaju odvojenu karakterističnu simptomatologiju i ishod, a da povećana prevalenca jednog poremećaja u prisustvu drugog može da se objasni međusobnim odnosima između dva poremećaja ili između njihovih etioloških faktora. DSM-IV klasifikacija mentalnih poremećaja (American Psychiatric Association, 1994) nema mogućnost takve, posebne dijagnostičke kategorije, implicitno zastupajući stanovište da se radi o odvojenim poremećajima.

⁴ Mladi sa antisocijalnim ponašanjem retko pokazuju visoku inteligenciju, najverovatnije zbog toga što je ona protektivni faktor antisocijalnog ponašanja. Oni još redje dostižu visok nivo obrazovanja, za koje je potrebna razvijena samokontrola i sposobnost odlaganja nagrada (gratifikacija), karakteristike koje su upravo suprotne karakteristikama mlađih sa antisocijalnim ponašanjem (Hrnčić, 2009b).

Stanovište o posebnom sindromu traži empirijske dokaze o postojanju specifične kliničke slike i ishoda antisocijalno-depresivnog sindroma. I sami autori ICD-10 klasifikacije smatraju za dijagnostičku kategoriju depresivnog poremećaja ponašanja da „ne postoji dovoljan broj istraživanja koji bi utvrdio da li ova kategorija treba da bude odvojena od poremećaja ponašanja u detinjstvu“ (Svetska zdravstvena organizacija, 1992, str. 242). Oni je izdvajaju kao poseban poremećaj zbog njene pretpostavljene heurističke vrednosti u smislu njenog potencijalnog etiološkog i terapijskog značaja i doprinosa pouzdanosti klasifikacije.

Da bismo proverili pretpostavku o posebnom poremećaju, razmotrićemo istraživanja simptomatologije i ishoda „mešanih slučajeva“ sa simptomima oba poremećaja.

Klinička slika

Pregled istraživanja nije pokazao postojanje simptomatologije koja se javlja kod dece i mladih kada su antisocijalno ponašanje i depresija u komorbiditetu, a koja se ne pokazuje kod ovih poremećaja posmatranih zasebno (Hrnčić, 2003b).

Istraživanje *delinkventne* populacije Chiles-a i saradnika (1980) je pokazalo da nema značajne razlike između bihevioralnih problema koji karakterišu mlade sa komorbiditetom depresije i antisocijalnog ponašanja i one koje karakteriše samo *antisocijalno ponašanje*. Bonta i saradnici (1998) su prikazali meta-analizu *recidivizma* kod 64 nezavisnih uzoraka zatvorske populacije svih uzrasta, koji su dobili oficijelnu dijagnozu kada su bili podvrgnuti intervenciji osoblja mentalnog zdravlja. Depresija nije bila povezana sa povećanim recidivizmom kriminalnih i nasilnih dela. Ipak, pouzdanost ovog nalaza se može dovesti u pitanje, jer se depresija kod zatvorske populacije često previđa od strane oficijelne dijagnostike (Teplin, 1990).

Steinhausen i Reitzle (1996) su u Nemačkoj istraživali *psihijatrijsku* populaciju na uzorku od 1667 pacijenata adolescentnog uzrasta sa dijagnozama poremećaja ponašanja, emocionalnih poremećaja ili sa oba ova poremećaja. „Mešani“ slučajevi su se pozicionirali negde između grupe „čistih“ poremećaja ponašanja i „čistih“ emocionalnih poremećaja po vrednostima dobijenim na polnoj pripadnosti (većinom su bili muškog pola), opozicionom i prkosećem ponašanju,

agresivnom ponašanju, hiperaktivnosti, poremećajima u porodici i neposrednoj okolini. Imali su najviše vrednosti od ove tri grupe na proceni stresova, a najniže na proceni separacione anksioznosti. Na većini posmatranih parametara su bili sličniji poremećajima ponašanja, nego emocionalnim poremećajima.

Depresivna epizoda u detinjstvu i mladosti može biti prethodnik bipolarnog poremećaja u kasnjem uzrastu, tako da rani komorbiditet poremećaja ponašanja i depresije može da bude deo komorbiditeta poremećaja ponašanja i bipolarnog poremećaja sa prvom depresivnom epizodom. Istraživači zaista nalaze povećan *komorbiditet bipolarnih afektivnih poremećaja i poremećaja ponašanja* u psihijatrijskoj populaciji (Biederman i sar., 2003). Kovacs i Pollack (1995) su tokom 12 godina pratili 26-oro dece i mlađih sa bipolarnim poremećajem početnog uzrasta od 8 do 13 godina. Dobili su komorbiditet bipolarnog poremećaja i poremećaja ponašanja tokom ovog perioda kod 18 ispitanika (69%). Kod 11 mlađih poremećaj ponašanja je prethodio prvoj bipolarnoj epizodi. Pokazalo se da su imali manje izraženo primarno afektivno oboljenje i nešto manji broj bipolarnih epizoda, ali nešto lošiji klinički tok. I Kutcher i saradnici (1989) dobijaju visok komorbiditet ova dva poremećaja na uzorku od 96 adolescenata u psihijatrijskoj bolnici u Kanadi. Poremećaj ponašanja je nađen kod 21% depresivnih i kod čak 42% mlađih sa bipolarnim poremećajem. Međutim, praćenje mlađih sa komorbiditetom antisocijalnog ponašanja i depresije pokazuje da ona imaju povećan rizik za kasnije antisocijalne i depresivne ishode, ali ne i za bipolarne poremećaje (Harrington, 1995; Marmorstein, Iacono, 2003). Rezultati istraživanja mlađih sa antisocijalnim ponašanjem ne idu u prilog ideji da je depresivnost koja je u komorbiditetu sa poremećajima ponašanja u stvari deo šire kliničke slike bipolarnog poremećaja. Istraživanja sprovedena u zatvorima često ne nalaze ni jednog ispitanika koji ima bipolarni poremećaj (Eronon i sar., 1996, Haapasalo, Hamalainen, 1996). Zatvoreničku populaciju takođe ne karakteriše povećano prisustvo dubokih i psihotičnih formi depresije. Chiles i saradnici (1980) nisu našli psihotične simptome depresije kod mlađih delinkvenata. Ni u našem istraživanju, koje ćemo prikazati u sledećem poglavlju, nije nađen ni jedan slučaj psihotične depresije niti bipolarnog poremećaja. Moguće je da je visok komorbiditet poremećaja ponašanja i bipolarnog poremećaja među mlađima sa bipolarnim poremećajem posledica preklapanja sindroma ova dva poremećaja, zbog čega je olakšano dijagnostikovanje poremećaja ponašanja kod osoba koje već imaju bipolarni poremećaj.

Rezultati istraživanja *depresivnih mladih* Kovacs-ove i saradnika (1988) takođe ne idu u prilog ideji da je depresija u komorbiditetu sa poremećajima ponašanja samo deo kliničke slike bipolarnog poremećaja. Oni su na uzorku od 104 ispitanika školskog uzrasta dobili da ispitanici sa komorbiditetom poremećaja ponašanja i depresije nisu imali drugačiju depresivnu simptomatologiju niti depresivni oporavak od onih koji su imali samo depresivni poremećaj, dok su imali slične demografske karakteristike.

Nekoliko istraživanja se bavilo specifičnostima *socijalne kompetencije* mladih sa duplim problemima. Renouf i saradnici (1997) su sprovedli istraživanje na uzorku od 161 mladih, koji su na uzrastu od 8 do 13 godina upućeni u dečju psihijatrijsku bolnicu u Pittsburghu i zatim praćeni 4 do 5 godina. Socijalna kompetencija⁵ je obuhvatala procenu deteta od strane majke na nekoliko dimenzija – njegovih društvenih aktivnosti, broja prijatelja, kvaliteta socijalnih odnosa i školskog uspeha. Mladi sa komorbiditetom kliničke depresije i poremećaja ponašanja (n=28) su imali najnižu socijalnu kompetenciju u poređenju sa kliničkim grupama sa samo jednim od ovih poremećaja (n=84). Slični su nalazi Chen-s i Simons-Morton-a (2009). Oni sprovode istraživanje na školskom uzorku od 2453 učenika šestog razreda. Socijalna kompetencija je definisana kao komunikacija, razrešavanje konfliktata i rešavanje problema, na osnovu samoprocene. Mladi, koji su pokazali visoko prisustvo i depresivnih simptoma i problema ponašanja, jesu imali nižu socijalnu kompetenciju, više problematičnih drugova, izraženije konflikte u porodici, i gori akademski uspeh od onih koji su imali samo jedan od ova dva problema. McGee i saradnici (1990) dobijaju da mladi sa duplim problemima imaju značajno nižu socijalnu kompetenciju od opšteg uzorka, ali ne i od mladih samo sa poremećajima ponašanja. Oni su u okviru novozelandske epidemiološke Dunedin studije kompletnе populacije rođene tokom jedne godine, sprovedli istraživanje na uzorku od 943 mladih uzrasta od 15 godina. Socijalna kompetencija⁶ je definisana kao kompozit vezanosti adolescente za roditelje i vršnjake, uključenosti u školske aktivnosti, socijalnog rešavanja problema i liste snaga, određena na osnovu samoprocene

⁵ Socijalna kompetencija je procenjena na osnovu odgovora majke na upitniku Child Behaviour Check List (Achenbach, Edelbrock, 1978, Achenbach, 1991)

⁶ Socijalna kompetencija je procenjena na osnovu intervjua ispitanika i upitnika o socijalnoj kompetenciji.

adolescenta. Mladi sa komorbiditetom poremećaja ponašanja i anksiozno-depresivnih poremećaja su pokazali najnižu socijalnu kompetenciju, značajno nižu od kontrolne grupe, ali ne mnogo nižu od mladih koji imaju samo poremećaje ponašanja. Mladi sa anksiozno-depresivnim poremećajima se nisu razlikovali od kontrolne grupe po ovoj dimenziji. Istraživanje Olsson-a i saradnika (1999) pokazuje da mladi sa komorbiditetom depresije i poremećaja ponašanja nisu zadovoljni svojim socijalnim odnosima. Na uzorku od 2300 učenika uzrasta 16–17 godina se pokazuje da su oni imali značajno negativniju procenu raspoloživosti i adekvatnosti svojih socijalnih interakcija i emotivnih odnosa u socijalnoj mreži, nego kontrolna grupa, što nije karakterisalo grupu samo sa depresivnim poremećajima.

I druge mere socijalne adaptacije su pokazale da mladi sa komorbiditetom imaju veće probleme od onih sa samo jednim poremećajem. Marmorstein i Iacono (2004) su u okviru epidemiološkog uzorka 17-godišnjih blizanaca iz 626 porodica proučavali blizance koji su pokazali poremećaj ponašanja, veliku depresivnu epizodu ili oboje (iz iste porodice je uključen najviše jedan blizanac). Uzorak je činilo 258 ispitanika, 135 samo sa poremećajem ponašanja, 79 samo sa velikim depresivnim poremećajem i 44 sa oba poremećaja. Pokazalo se da mladi sa komorbiditetom depresije i antisocijalnog ponašanja u odnosu na druge grupe imaju *značajno više problema u školi* i veću *zavisnost od supstanci* – duvana i narkotika.

U okviru longitudinalnog istraživanja dečaka u riziku za probleme ponašanja Capaldi (1992) je podelila uzorak kada su ispitanici bili učenici 6. razreda osnovne škole, tako da su bile četiri grupe mladih: oni sa najvišim (iznad 70-tog percentila) rezultatima na proceni depresivnih simptoma, oni sa najizraženijim problemima ponašanja (iznad 70-tog percentila), oni sa najvišim i depresivnim simptomima i problemima ponašanja i kontrolnu grupu – dečake koji nemaju ni jedan ni drugi problem. Dečaci sa duplim problemima su imali najniže samopoštovanje, najgori akademski uspeh i najgore odnose sa vršnjacima (po svojoj proceni, po proceni nastavnika i roditelja), mada su razlike bile značajne samo u odnosu na grupu sa depresivnim problemima i kontrolnu grupu, dok razlike sa grupom „čistih“ poremećaja ponašanja nisu bile toliko izrazite.

Istraživanja *samopoštovanja* mladih sa komorbiditetom depresije i antisocijalnog ponašanja su u skladu sa nalazima o njihovoj socijalnoj kompetenciji. Rezultati pomenutog istraživanja Renouf-a i saradnika (1997), pokazuju da se grupe mladih sa dijagnozama poremećaja ponašanja (n=31), depresije (n=53) ili

njihovim komorbiditetom ($n=28$) nisu međusobno značajno razlikovale po samopoštovanju, ali da je samo grupa sa komorbiditetom oba poremećaja imala značajno niže rezultate od kontrolne grupe mladih sa drugim psihijatrijskim dijagnozama ($n=49$). Međutim, pomenuto istraživanje Capaldi-jeve (1992) pokazuje da je učenike sa duplim problemima (depresivnim simptomima i problemima ponašanja) karakterisalo značajno niže samopoštovanje od onih koji su imali samo depresivne simptome i od onih koji nemaju simptome, ali ne i od dečaka koji su pokazivali samo probleme ponašanja. Kako je samopoštovanje odraz socijalnih odnosa koje ima mlada osoba (Leary i sar., 1995), niski rezultati se mogu protumačiti kao posledica niskog socijalnog statusa i problema socijalne adaptacije koji imaju mlađi sa problemima ponašanja i, još izraženije, mlađi sa duplim problemima.

Međutim, Woolston i saradnici (1989) ne dobijaju lošije adaptivno ponašanje mlađih sa komorbiditetom na uzorku od 35 psihijatrijski hospitalizovane dece i mlađih uzrasta od 4 do 14 godina. Adaptivno funkcionisanje je procenjeno na osnovu odgovora staratelja o komunikaciji, svakodnevnim životnim veštinama i veštinama socijalizacije deteta. Ispitanici sa komorbiditetom depresivno/anksioznog poremećaja i poremećaja ponašanja ne samo da nisu pokazala smanjeno adaptivno funkcionisanje od ostale dece u uzorku⁷, već je smer delovanja bio suprotan – pokazala se njihova veća kompetencija. Autori ovo tumače mogućim inhibitornim delovanjem anksiozno/depresivnog sklopa na disruptivno ponašanje ove dece, kao i opštim niskim nivoom socijalnog funkcionisanja sve posmatrane hospitalizovane dece.

Ishod

Pokazuje se da deca i mlađi sa komorbiditetom depresije i antisocijalnog ponašanja imaju povećani rizik za neke životne ishode.

Antisocijalan i depresivan ishod

Dve studije dece sa komorbiditetom depresije i antisocijalnog ponašanja su pokazale da postoji povećan rizik za antisocijalan, ali ne i za depresivan ishod.

7 Po proceni staratelja.

Longitudinalno istraživanje Harrington-a i saradnika (1991, po Harrington, 1995), dobija da su antisocijalni ishodi depresivne dece sa poremećajem ponašanja bili veoma slični antisocijalnim ishodima dece samo sa poremećajem ponašanja. Sa druge strane, deca sa ovim komorbiditetom imaju četiri puta manji rizik za veliki depresivni poremećaj u odrasлом dobu od samo depresivne dece, dok se po ovom riziku ne razlikuju od dece samo sa poremećajem ponašanja. Nalazi Kovacs-ove i saradnika (1988) pokazuju da depresivna deca koja su ikada imala poremećaj ponašanja verovatnije pokazuju antisocijalne probleme u periodu praćenja, nego deca koja su bila samo depresivna. Komorbiditet depresije i poremećaja ponašanja nije bio povezan ni sa oporavkom ni sa ponovnim javljanjem depresivnog poremećaja. Međutim, istraživanje Marmorstein-a i Iacono-a (2003) dobija da je komorbiditet velikog depresivnog poremećaja i poremećaja ponašanja u adolescenciji bio prediktivan i za depresiju i za antisocijalno ponašanje u odrasлом dobu.

Loša socijalna adaptacija i psihosocijalni problemi

Pokazuje se da mladi sa komorbiditetom imaju više problema u kasnijem životu od onih koji imaju samo jedan problem. Capaldi (1992) je u okviru pomenute longitudinalne studije školske omladine pratila njihov život dve godine kasnije, u 8. razredu. Nalazi da su dečaci sa izraženim i depresivnim simptomima i problemima ponašanja u 6. razredu osnovne škole imali u 8. razredu najgori akademski uspeh, najniže samopoštovanje, najgore odnose sa vršnjacima, kao i najveći procenat hapšenja – čak 65%. I ovde, kao i dve godine ranije, razlike nisu bile značajne u odnosu na grupu dečaka sa „čistim“ problemima ponašanja, ali su bile značajne u odnosu na depresivne i one bez problema. Capaldi i Stoolmiller (1999) istražuju isti uzorak na uzrastu od 18 do 21 godinu. Pokazuje se da su mladići sa duplim problemima imali iste probleme kao i mladići samo sa problemima ponašanja – prekid školovanja, nezaposlenost, otkaz sa posla, oduzimanje vozačke dozvole, rano roditeljstvo, zloupotreba supstanci, ali su pokazivali i probleme koje imaju mladi samo sa depresivnim simptomima – nedostatak socijalne podrške i depresivno raspoloženje. Interakcija problema ponašanja i depresije u ranoj adolescenciji nije povećavala rizik u bilo kojoj oblasti života koji je veći nego kod navedenih problema uzetih pojedinačno.

Ipak, oni su imali najviše problema prilagođavanja uzetih zajedno, koji su bili perzistentniji nego problemi mladih samo sa problemima ponašanja. Ovi rezultati sugerisu aditivan efekat ova dva poremećaja na njegove ishode.

Chen i Simons-Morton (2009) su u pomenutoj longitudinalnoj studiji na uzorku od 2453 učenika takođe podelili mlade na četiri grupe, kao i Capaldi-jeva (1992). Pokazalo se da su u 9. razredu najgori školski uspeh imali mladići koji su u 6. razredu imali depresivne simptome i oni koji su imali i depresivne simptome i probleme ponašanja.

Istraživanje Knapp i saradnika (2002) pokazuje da su mladi, koji su imali komorbiditet depresivnog poremećaja i poremećaja ponašanja ($n=49$), u poređenju sa grupom samo depresivnih ($n=91$), u odraslomu dobu značajno više koristili usluge (opšta medicinska zaštita, psihijatrijska zaštita, policija, sud, zatvori isl.) i da su troškovi za pružanje ovih usluga bili značajno veći.

Suicid

Pokazuje se da i antisocijalno ponašanje i depresija kod mladih su poremećaji koji nose visok rizik za *suicid* i *suicidalno ponašanje* (Marttunen i sar., 1994; Shaffer i sar., 1996; Feldman, Wilson, 1997). *Suicidalno ponašanje* u čisto depresivnoj grupi češće se ispoljava kao *suicidalna ideacija* i pretnja *suidom*, dok su kod antisocijalne omladine češći oblici *suicidalnog ponašanja* impulsivnog tipa, kao što su visoko rizične aktivnosti uz zloupotrebu supstanci, praćeni karakterističnom nebrigom za vlastiti opstanak (Marttunen i sar., 1994; Shaffer i sar., 1996; Lewinsohn i sar., 1994b). Pokušaj *suicida* je karakterističniji za depresivne, nego za antisocijalne poremećaje (Shaffer i sar., 1996; Sanchez, Le, 2001). Studija Lewinsohn-a i saradnika (1994b) na uzorku od 1508 srednjoškolaca pokazuje da je depresija bolji prediktor pokušaja *suicida* nego što su to eksternalizovani problemi ponašanja, mada obe forme problema značajno određuju *suicidalne pokušaje*.

Pokazuje se da je kombinacija ova dva poremećaja najopasnija. Istraživanje Capaldi-jeve (1992) dobija da su dečaci koji su u šestom razredu pokazali komorbiditet problema ponašanja i depresivnih simptoma, imali viši nivo *suicidalne ideacije* dve godine kasnije, nego samo depresivni ili oni samo sa problemima ponašanja. Botsis i saradnici (1994), istražujući hospitalizovane

psihijatrijske pacijente, dobijaju da suicidalni pacijenti, imaju značajno više skorove od ostalih pacijenata i na samoprocenii suicidalnog rizika, i na samoprocenii rizika za nasilno ponašanje. Kovacs i saradnici (1993, po Sanchez, Le, 2001) dobijaju da je najviši rizik za suicid kod dece prosečnog uzrasta 10,6 godina, bio kod onih koji su imali komorbiditet depresivnih poremećaja i poremećaja ponašanja i/ili zloupotrebe supstanci. Do istog zaključka dolaze i Wagner i saradnici (1996), koji na uzorku od 1050 učenika srednje škole dobijaju da adolescenti, koji istovremeno pokazuju i visoke nivoje depresije i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci ili probleme ponašanja, imaju veći rizik od pokušaja suicida nego oni koji imaju ove poremećaje pojedinačno. Rohde i saradnici (1997) na uzorku od 60 delinkvenata u zatvoru ($M=14,9$ godina) dobijaju da su pokušaji suicida dva puta češći kod ispitanika koji imaju depresivni ili anksiozni poremećaj nego kod onih koji ove poremećaje nemaju.

Rezultati su još dramatičniji kada se istražuju *uspešni suicidi*. Shaffer (1974) je još 1974. sproveo istraživanje svih suicida dece i mlađih do 14 godina u Engleskoj i Velsu u periodu od 7 godine. Uzrast u kome su deca počinjala sa uspešnim suicidima je bio 12 godina. Većinu mlađih uzrasta od 12 do 14 godina koji su počinili uspešan suicid karakterisalo je antisocijalno ponašanje, a u njihovim porodicama je pre suicida registrovano povećano prisustvo depresije i suicidalnog ponašanja roditelja i braće/sestara.

Marttunen i saradnici (1994) su sprovedeli autopsijsku studiju svih uspešnih samoubistava adolescenata uzrasta od 13 do 19 godina tokom jedne godine u Finskoj ($n=47$, od toga muškog pola $n=44$ što je 93,6%). Zaključili su na osnovu izveštaja rođaka i medicinskog osoblja i zvaničnih dosjeva da je 45,5% mladića ($n=20$) pokazivalo antisocijalno ponašanje pre čina, dok je 65,9% ($n=29$) mladića pokazivalo znake depresivnog poremećaja. Ukupno 34,1% mladića ($n=15$) je imalo komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresivnog poremećaja. 75% mlađih sa antisocijalnim ponašanjem i 51,7% njih sa depresivnim poremećajem je pokazivalo ovaj komorbiditet. Sva tri ženska subjekta su pokazivala antisocijalno ponašanje pre čina, kao i simptome graničnog poremećaja ličnosti, a dve od njih su pokazivale istovremeno i depresivni poremećaj.

Slične rezultate dobija i autopsijska studija Shaffer-a i saradnika (1996), sprovedena tokom dvogodišnjeg perioda u državi Njujork na uzorku od 119 mlađih (muškog pola $n=94$, 79,0%) od ukupno 170 osoba do 20 godina starosti

koji su u tom periodu učinili samoubistvo. Studija je zasnovana na sličnim izvorma podataka kao i prethodno istraživanje. Od 94 mladića, njih 59,6% je imalo poremećaje raspoloženja, od toga 3,2% je bilo bipolarnog tipa a ostali su imali poremećaj iz depresivnog spektra. Njih 54% je pokazivalo disruptivni poremećaj, od toga 92,2% je imalo poremećaja ponašanja u užem smislu. Čak 32,9% uspešnih suicida su počinili mladići koji su pokazivali znake komorbiditeta disruptivnog poremećaja i poremećaja raspoloženja. Ovaj komorbiditet je pokazivalo 54,3% mlađih u uzorku koji su imali disruptivni poremećaje i 53,6% njih sa poremećajima raspoloženja. Od 25 devojaka, njih 17 je pokazivalo depresivni poremećaj, 9 disruptivni poremećaj, a 7 komorbiditet disruptivnih poremećaja i poremećaja raspoloženja.

Rezultati autopsijskih studija depresivnosti se obazrivo tumače, jer se zaključci izvode na osnovu posrednih podataka (Marttunen i sar., 1994). Roditelji, koju su bili u obe studije ključni izvestioci, po pravilu potcenjuju afektivne, a precenjuju bihevioralne probleme. Ipak, nalazi za muškarce su se praktično replicirali na dva različita uzorka i pokazali daleko više prisustvo komorbiditeta od onog koji se dobija u opštoj populaciji, i više od većine nalaza komorbiditeta u kliničkoj i zatvorskoj populaciji. Ovi nalazi sugerisu da je komorbiditet depresivnih i antisocijalnih poremećaja veoma prediktivan za uspešan suicid kod mladića.

Rezime

Istraživanja ne pokazuju specifičnosti kliničke slike komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i depresije u odnosu na ove poremećaje posebno posmatrane, ali pokazuju da mlađi sa duplim problemima imaju veće teškoće u socijalnoj adaptaciji.

Komorbiditet antisocijalnog poremećaja i depresije verovatnije vodi antisocijalnom ponašanju nego depresiji, ali verovatnoća za antisocijalni ishod nije veća kod mlađih sa oba poremećaja nego kod onih koji imaju samo antisocijalne probleme. U odnosu na ishode koje imaju ova dva poremećaja posmatrana pojedinačno, mlađi sa duplim problemima imaju povećan rizik od psihosocijalnih problema, snižene socijalne adaptacije, ali je on sličan riziku koji za te probleme imaju mlađi samo sa antisocijalnim ponašanjem. Ovakvo stanje

je najverovatnije posledica aditivnog efekta oba poremećaja, tako što svaki od njih doprinosi sveukupnom neuspehu svojim specifičnim ograničenjima i ko-relatima (Renouf i sar., 1997). Posebno je alarmantno što se pokazalo da mlađi sa duplim problemima imaju najviši rizik za uspešan suicid, u poređenju sa onima koji imaju samo jedan problem. Usled metodoloških teškoća, dinamika ovog ishoda je daleko nejasnija. Podaci se zbog retkosti fenomena mogu saku-piti samo retrospektivno, bez mogućnosti dobijanja informacija od subjekta. Ipak, postoje indicije da je ovaj ishod posledica aditivnog efekta i antisocijal-nog ponašanja, sa tipičnim rizičnim, impulsivnim ponašanjem, i depresije, ko-joj je suicidalna ideacija jedan od simptoma.

Ideja o posebnom dijagnostičkom entitetu koji objedinjuje karakteristike i antisocijalnog ponašanja i depresije nije dobila empirijsku podršku. Istovremeno pojavljivanje depresije i poremećaja ponašanja, tj. antisocijalnog ponašanja, ne pokazuje specifičnu simptomatologiju i ishod koji se ne može objasniti zbirnim uticajem oba poremećaja u komorbiditetu.

UČESTALOST KOMORBIDITETA

Sistematsko razmatranje komorbiditeta podrazumeva da se razmotre re-zultati istraživanja i u opštoj i u kliničkoj i u delinkventnoj populaciji, posmatra-jući kako grupe depresivnih, tako i grupe mladih sa antisocijalnim ponašanjem, dobijene na osnovu različitih istraživačkih postupaka i instrumenata procene (Stahl, Clarizio, 1999). U cilju dobijanja pouzdanijeg odgovora o njegovoj uče-stalosti, razmotrićemo nalaze istraživanja sprovedenih u opštoj, školskoj, klinič-koj i delinkventnoj populaciji.

Istraživanja u okviru opšte populacije

Prikazaćemo istraživanja opšte populacije zasnovane na reprezentativnim uzorcima ili kompletnoj populaciji, koja omogućuju postavljanje normi prisu-stva pojedinačnih poremećaja u opštoj populaciji. One daju najviše zasnovane podatke jer se u njima posebno vodi računa o karakteristikama uzorka – repre-zentativnosti i širokom zahvatanju populacije. Međutim, njihova reprezentativ-nost može biti narušena niskim procentom onih koji su se odazvali na poziv za

učešće i adekvatno ispunili uslove istraživanja. Antisocijalna populacija je više zastupljena među onim ispitanicima koji se nisu odazvali na poziv za učešće ili nisu ispunili zahteve istraživanja, nego među onima koji su ušli u konačni uzorak (Patterson i sar., 1992).

Istraživanja depresije kao kategorije

Nekoliko istraživanja depresije kao dijagnostičke kategorije su prikazala prisustvo komorbiditeta ovog poremećaja sa antisocijalnim ponašanjem.

Kashani i saradnici (1987) prikazuju istraživanje urađeno na epidemioškom uzorku (SAD) od 150 ispitanika uzrasta od 14 do 16 godina (od kojih je 50% mladića). Osnov zaključivanja je bio dijagnostički intervju DICA, a izveštavči su bili adolescent i roditelj. Dijagnostikovano je 8,7% mlađih sa poremećajem ponašanja u užem smislu i 8,0% njih sa depresivnim poremećajem. Međutim, kod jedne trećine slučajeva depresije, kao i kod jedne trećine slučajeva poremećaja ponašanja u užem smislu, dobija se komorbiditet depresije i poremećaja ponašanja u užem smislu. Čak pet šestina depresivnih adolescenata imaju dijagnozu neke kategorije poremećaja ponašanja – poremećaja ponašanja u užem smislu i/ili opozicionog poremećaja.

Moffit (1990) daje podatke dobijene na uzorku dece uzrasta 13 godina ($n=850$) iz čuvane novozelandske longitudinalne studije (Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study), koja je sprovedena na kompletnoj populaciji dece rođene tokom jedne, 1972/1973 godine. Među decom sa najizraženijim delinkventnim ponašanjem ($n=71$), 5,6% njih je procenjeno da ima i depresivni poremećaj⁸. To je više nego dva puta više od prisustva depresivnih poremećaja na skoro istom uzorku u okviru iste studije dobijenom dve godine kasnije (uzrast od 15 godina, $n=943$), kome je 2,3%, ispitanika pokazalo prisustvo depresivnih poremećaja⁹ (McGee i sar., 1990). Inače, stariji adolescentni uzrast bi, po nalazima o trendu depresije u adolescenciji (Harrington, 1995), trebalo da ima veće, a ne manje prisustvo depresije od mlađeg adolescentnog uzrasta.

8 Osnov procene je bio dijagnostički intervju DISC-C, procena roditelja i procena učitelja.

9 Osnov procene je bio dijagnostički intervju.

McGee i saradnici (1990) daju podatke i o prisustvu poremećaja ponašanja u širem smislu kod 9,0% slučajeva. Kod ispitanika sa poremećajem ponašanja u užem smislu ili opozicionim poremećajem ($n=85$) istraživači nalaze depresivni poremećaj u 15,3% slučajeva, što je preko šest puta više nego u opštem uzorku, u kome je nađen depresivni poremećaj 2,3% slučajeva. Kod ispitanika sa depresivnim poremećajima, prisustvo poremećaja ponašanja u širem smislu dijagnostikovano je još češće – u čak 32,5% slučajeva.

Newman i saradnici (1996) daju podatke o istom Dunedin uzorku na uzrastu od 21 godinu ($n=961$, 51,1% muškog pola) na osnovu policijskih dosjeva i dijagnoza psihijatrijskih poremećaja tokom poslednje godine pred istraživanje. Procenat osuđivanih na ovom uzrastu je bio 14% (Caspi, 2000). Među mlađima sa dijagnostikovanom velikom depresivnom epizodom ($n=161$, muškaraca $n=55$) osuđivano je njih 14,9%, a među onima sa distimijom ($n=28$, muškaraca $n=9$) osuđivano ih je 25%. Kada se posmatraju samo dijagnoze koje u sebi ne sadrže antisocijalne elemente, mladi sa dijagnostikovanom distimijom su bili drugi po procentu osuđivanja, odmah posle opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

Mausgħan i saradnici (2004) su dali rezultate istraživanja na epidemiološkom uzorku od 10438 dece i mlađih uzrasta 5–15 god (50% muškog pola). Na osnovu intervjua roditelja, intervjua dece (ukoliko su uzrasta 11 godina i više) i upitnika za učitelje/nastavnike je dobijeno da 13,6% dečaka sa poremećajem ponašanja u užem smislu ima i dijagnozu depresije i/ili distimije, dok je populacijska mera za muški pol 0,5%. Na istom uzorku, 11,9% devojčica sa poremećajem ponašanja ima i depresiju i/ili distimiju, dok je populacijska mera za ženski pol 0,8%. Oba rezultata su očigledno značajno iznad populacijskih mera ($p<0,001$).

Pregledne studije. Fleming i Offord (1990) u preglednom članku prikazuju rezultate 14 epidemioloških studija dečjih i adolescentnih depresivnih poremećaja. Kod adolescenata, tekući depresivni poremećaj je pokazivalo između 0,4% i 4,7% ispitanika (u 4 istraživanja), dok je životna prevalenca, procenjivana samo u jednom istraživanju, bila 8,3%. Prevalenca distimije, procenjivana u dva istraživanja, je bila 8,0% i 1,6%. U pet studija je procenjivan komorbiditet depresije sa poremećajem ponašanja u užem smislu/opozicionim poremećajem (dijagnostički intervju, izveštaci roditelj, dete ili oba). U ovim studijama, procenat komorbiditeta se kretao od 17% do 79% (većina istraživanja je dobila procenat komorbiditeta između 30% i 50%).

Studija Angold-a i Costello-a (1993) daju pregled epidemioloških studija dece i adolescenata koje su koristile standardizovani intervju i DSM-III ili DSM-III-R kriterijume. Stope prisustva poremećaja ponašanja u širem smislu kod mladih sa dijagnostikovanim depresivnim poremećajem su se kretale između 21,0% i 83,0%!

Istraživanja depresije kao dimenzije

Procena depresivnosti na upitnicima je bila osnov nekoliko epidemioloških studija.

Reiss i saradnici (1995) su prikazali studiju sa genetskim dizajnom. U ovoj studiji je prihvatio učešće u istraživanju 44 do 48% ispitanika iz reprezentativnog uzorka braće/sestara svih genetskih kombinacija. Depresija je procenjivana na osnovu samoizveštaja, dok je antisocijalno ponašanje mereno na osnovu samoizveštaja i procene obučenih procenjivača. Na ukupnom uzorku od 708 porodica i 1440 braće i sestara, dobijena je korelacija između depresije i antisocijalnog ponašanja od $r=0,43$.

Fergusson i saradnici (1996) su istraživali mlade uzrasta 15 i 16 godina ($n=934$) u okviru longitudinalne studije celokupne populacije od 1264 dece rođene sredinom 1977. u okrugu Christchurch, Novi Zeland. Na osnovu odgovora dece i roditelja na upitnicima, pokazalo se da je korelacija između poremećaja ponašanja u užem smislu i depresivnih poremećaja $r=0,35$ i $r=0,34$.

Kerr i saradnici (1997) su prikazali istraživanje mladih u okviru Montrealske longitudinalne studije (Montreal Longitudinal – Experimental Study). Među 197 petnaestogodišnjaka koji su na samo-proceni pokazali delinkventno ponašanje iznad kritičnog skora (70-ti percentil), 46,0% je imalo rezultat iznad kritičnog skora na testu depresivnosti CDS (70-ti percentil). Ovo je bilo značajno iznad očekivanog rezultata ($p<0,001$).

Paquette Boots i saradnici (2011) su dobili nešto niže, ali još uvek značajne korelacije između dva tipa problema. Istraživali su reprezentativni uzorak Čikaga (SAD) od 1018 ispitanika, koji su procenjivani u tri maha – kada su imali 8 do 13 godina ($M=10,13$), kada su imali od 9 do 17 godina ($M=12,13$), i kada su imali od 12 do 18 godina ($M=14,68$). Korelacija između depresivnosti, merene upitnicima (procena roditelja i samoprocena) i delinkvencije, merene

samoizveštajem o prestupima, bila je za dečake u prvoj proceni $r=0,19$, u drugoj proceni $r=0,28$, a u trećoj proceni $r=0,17$. Za devojčice korelacija je bila u prvoj proceni $r=0,17$, u drugoj proceni $r=0,20$, u trećoj proceni $r=0,20$. Sve korelacije su bile statistički značajne ($p<0,01$).

Istraživanja u okviru školske populacije

Istraživanja školske dece se po pravilu realizuju na prigodnim uzorcima koji nisu reprezentativni za celokupnu populaciju, što je posebno značajno kada se radi o istraživanju mlađih sa psihosocijalnim problemima. Školski uzorci po pravilu ne obuhvataju teže oblike antisocijalnog ponašanja i depresivnih poremećaja. Depresivni mlađi vrlo često izostaju iz škole (Harrington, 1995). Sa druge strane, upravo je izostajanje iz škole i napuštanje školovanja jedan od prvih simptoma antisocijalnog ponašanja (Petrović, Radovanović, 1977, Rutter i sar., 1998).

Studije rađene u okviru školske populacije uglavnom dimenzionalno određuju prisustvo i depresivnosti i antisocijalnosti.

Ross i saradnici (1965, po Achenbach, Edelbrock, 1978) su izveli jedno od prvih istraživanja koja su pokazala istovremeno prisustvo internalizovanih i eksternalizovanih problema. Ispitanici su bili dečaci, podeljeni u tri grupe na osnovu procene kliničkog psihologa: agresivne, povučene¹⁰ i dobro adaptirane. U grupi agresivnih dečaka¹¹, 22% njih je po proceni učitelja bilo iznad kritičnog skora (85-ti percentil) na skali koja je merila povučeno ponašanje.

Cole i Carpentieri (1990) daju podatke o uzorku od 1464 učenika četvrtog razreda državnih osnovnih škola SAD prosečnog uzrasta $M=9,84$ godina (50% dečaka), dobijenih na osnovu tri izvora podataka: deteta, vršnjaka i učitelja. Korelacija između faktora poremećaja ponašanja i faktora depresije, dobijena na konfirmativnoj analizi, je bila $r=0,73$, čak i posle kontrolisanja varijanse zajedničkog metoda. Verovatnoća duplih – i depresivnih i bihevioralnih – problema kod dece je bila dva i po puta veća nego slučajna ($p<0,001$). U grupi dece

¹⁰ Povučenost nije isto što i depresivnost, ali je kod dece često bihevioralni korelat depresivnih fenomena i njima prethodi, naročito u kombinaciji sa disruptivnošću (Kerr i sar., 1997).

¹¹ Agresivnost pripada eksternalizovanom tipu problema (Hrnčić, 2009b).

sa duplim problemima podjednako je bilo devojčica kao i dečaka, dok je u grupi dece samo sa poremećajima ponašanja bilo 2 do 3 puta više dečaka.

Istraživanje Barber-a (1996) izvedeno je na uzorku od 993 porodice sa adolescentnim detetom, koje pohađa peti ili osmi razred škole u SAD (50,0% dečaka). Rezultati regresione analize pokazali su da je, na osnovu samoizveštaja deteta, i delinkvencija bila konzistentni prediktor depresije, i depresija je bila konzistentni prediktor delinkvencije ($\beta=0,33$, $p<0,001$).

Bradford i saradnici (2008) su na slučajnom školskom uzorku od 641 mlađih uzrasta od 12 do 18 godina (prosečan uzrast $M=15,1$ godina, 48% muškog pola) dobili identičnu, statistički značajnu korelaciju između samoizveštaja depresivnih simptoma i antisocijalnog ponašanja od $r=0,33$ ($p<0,01$). Slične rezultate su dobili i Bender i saradnici (2007) istražujući adolescente u riziku za prekid školovanja. Na uzorku od 141 mlađih, uzrasta od 14 do 18 godina (prosečan uzrast $M=15,9$ godina) dobili su korelaciju $r=0,39$ ($p<0,001$) između samoizveštaja o depresivnim (upitnik BDI Beck-a i sar., 1961) i eksternalizovanim simptomima (upitnik YSR Achenbacha¹²).

Longitudinalna studija Chen-a i Simons-Morton-a (2009), sprovedena na uzorku od 2453 učenika je dala nešto složeniju sliku. Korelacija između depresivnih simptoma i problema u ponašanju, dobijena na osnovu samoprocene na upitnicima, je bila $r=0,30$ ($p<0,01$). Oni su ovaj uzorak pratili tri godine, od 6. do 9. razreda osnovne škole, podelivši ga u četiri grupe – one koji su imali visoke rezultate i na depresivnim simptomima i na problemima ponašanja, one koji su imali visoke skorove na samo jednom od ova dva problema, i one koji su imali niske skorove na oba problema. Pokazalo se da je 8,8% dečaka i 3,7% devojčica imalo stabilno visoke rezultate i problema ponašanja i depresivnih simptoma. Među onima koji su imali visoke rezultate ne problemima ponašanja, 6,3% dečaka i 6,0% devojčica je imalo visoke rezultate depresivnosti. Međutim, među mlađima koji su imali najviše rezultate na depresivnosti, čak 42,9% dečaka je pokazivalo visoke nivoe problema ponašanja, dok je devojčica iz ove grupe koje su imale „duple probleme“ bilo značajno manje – 10,2%.

Istraživanje preadolescentne dece Feshbach-a i saradnika (1997) je doшло izraženije korelacije. Na uzorku školske dece 8-9 god. ($n=67$) i 10-11 god.

12 Upitnikom YSR je obuhvaćen agresivni, delinkventni i hiperaktivni sindrom.

(n=160) dobijena je značajna korelacija između samoizveštaja agresije i depresije (upitnik CDI¹³), koja je kod dečaka na mlađem uzrastu bila $r=0,39$ ($p<0,01$); a na uzrastu od 10-11 god. čak $r=0,45$ ($p<0,001$). Korelacija kod devojčica u mlađem posmatranom uzrastu je bila veoma visoka – $r=0,77$ ($p<0,001$), dok je u starijem uzrastu bila tek marginalno značajna – $r=0,22$ ($p<0,10$).

U našoj sredini, Hrnjica (1992) je uradio istraživanje psihosocijalnih karakteristika adolescentne populacije na uzorku od 904 učenika beogradskih škola uzrasta od 14–21 god (50% muškog pola). Depresija i agresija su procenjivane na osnovu samoizveštaja ispitanika. Dobijena korelacija između ovih skala je iznosila $r=0,57$ za mladiće i $r=0,51$ za devojke.

Istraživanja u okviru kliničke populacije

Studije komorbiditeta u okviru kliničke populacije ne daju mogućnost poređenja sa opštom populacijom, ali imaju znatno veće uzorce pojedinih poremećaja od onih koji su prisutni u većini epidemioloških istraživanja. Međutim, klinički uzorak je visoko seleкционisan u pravcu većeg prisustva komorbiditeta poremećaja. Naime, kod slučajeva komorbiditeta potreba za intervencijom je veća i kod samog ispitanika i kod njegove porodice, jer su problemi ne samo raznorodniji, već često i izrazitiji nego kod onih samo sa jednim poremećajem (McGee i sar., 1990; Renouf i sar., 1997; Cole, Carpentier, 1990; Marttunen i sar., 1994; Shaffer i sar., 1996). Zatim, i samo dijagnostikovanje ovakvih slučajeva od strane manje specijalizovanog osoblja (lekari opšte prakse, socijalni radnici itd.), koje uglavnom upućuje na tretman, jeste zbog veće upadljivosti multiplih simptoma manje podložno grešci „promašaja“, tj. propusta da se dijagnostikuju „pravi“ slučajevi.

Istraživanja kliničke populacije su uglavnom zasnovana na kategorijalnoj proceni prisustva depresivnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

Istraživanja opšte kliničke populacije

Među prvim studijama kliničke populacije koje su pokazale visok komorbiditet depresije i problema ponašanja bila je studija Carlson-a i Cantwell-a

(1980) o tzv. „maskiranoj depresiji“. Urađena je na uzorku od 102 mlađih uzrasta od 7-17 godina (45% dečaka), upućenih zbog evaluacije na dečje ambulantno psihijatrijsko odeljenje. Afektivni poremećaji su utvrđeni na osnovu polustrukturisanog dijagnostičkog intervjuja po DSM-III kriterijumima i skali samoprocene CDI, a problemi ponašanja na osnovu procene roditelja u intervjuu. Ukupno 8 ispitanika je imalo veliki depresivni poremećaj i poremećaj ponašanja u širem smislu (koji je obuhvatao hiperaktivni poremećaj i poremećaj ponašanja u užem smislu), što je činilo 28,6% mlađih sa afektivnim poremećajem, a 24,4% onih sa poremećajem ponašanja u širem smislu.

Woolston i saradnici (1989) su prikazali relativno mali uzorak od 35 psihijatrijski hospitalizovane dece uzrasta od 4 do 14 godina. Našli su da su sva deca sa depresivno/anksioznim poremećajem ($n=18$, 14 muškog pola) imala i psihijatrijsku dijagnozu poremećaja ponašanja u širem smislu (DSM-III-R kriterijumi). Od 23 dece sa poremećajem ponašanja ili opozicionim poremećajem, 10 ih je bilo dijagnostikovano kao distimično.

Rosenstein i Horowitz (1996) su istraživali uzorak od 60 pacijenata privatne psihijatrijske klinike uzrasta od 13-19 god. (53,3% mladića). Prikazali su rezultate procene komorbiditeta afektivnih poremećaja (koji su obuhvatili veliki depresivni poremećaj, distimiju i shizoafektivni poremećaj) i poremećaja ponašanja u širem smislu (koji su obuhvatili poremećaje ponašanja u užem smislu i poremećaja protivljenja i prkošenja). Dijagnoze su postavljane po DSM-III-R kriterijumima na osnovu dijagnostičkog intervjuja roditelja (SCID-P) i testiranja adolescenata baterijom testova. Pokazalo se da je kod mladića ovaj komorbiditet bio znatno češći nego kod devojaka. Dok je samo jedna desetina devojaka ($n=3$) imala ovu duplu dijagnozu, skoro trećina mladića ($n=9$) je pokazala ovaj komorbiditet. Dakle, od 22 mladića sa afektivnim poremećajem, čak trećina njih je imala komorbiditet poremećaja ponašanja. Od 15 mladića sa poremećajem ponašanja, skoro dve trećine njih je imalo komorbiditet afektivnog poremećaja.

I korelativna studija Lengua i saradnika (1998) je urađena na pretežno kliničkoj populaciji, na uzorku dece iz razvedenih brakova uzrasta od 9-12 godina ($n=232$; 50% dečaka). Depresija i problemi ponašanja su procenjeni na osnovu odgovora na upitnicima deteta (CDI Kovacs-a, upitnik YSR Achenbach-a i Edelbrock-a) i roditelja (upitnik CBCL Achenbach-a Edelbrock-a). U okviru „path“-modela, dobijena je značajna veza između ova dva problema, koja je uglavnom bila veća od 0,30.

Istraživanja depresivne dece i omladine

Ryan i saradnici (1987) su sprovedli istraživanje u psihijatrijskoj klinici (država Njujork) na uzorku od 95 dece i 92 adolescenta (50% dečaka) sa dijagnozom tekućeg velikog depresivnog poremećaja (psihijatrijska procena K-SADS po DSM-III kriterijumima). Pokazalo se da je među njima bilo 16% dece i 11% adolescenta je sa izrazitim problemima ponašanja.

Harrington i saradnici (1990) su realizovali istraživanje u Maudsley bolnici u Engleskoj tokom 1968/69. g na uzorku od 80 ispitanika, od kojih je bilo 31% dece i 69% adolescenta. Svi su dijagnostikovani kao depresivni na osnovu psihijatrijska procene deteta i polustrukturisanog intervija roditelja. Kod 23% ispitanika su bila prisutna barem tri simptoma poremećaja ponašanja u užem smislu.

Ne dobijaju svi istraživači depresivnih mlađih tako visoko prisustvo komorbiditeta. Renouf i saradnici (1997) prikazuju rezultate pacijenata dečje psihijatrijske bolnice u Pittsburghu (n=161, uzrast 12-18 god.), dobijene na osnovu polustrukturisanog dijagnostičkog intervija po DSM-III kriterijumima. Komorbiditet kliničke depresije i poremećaja ponašanja u užem smislu je bio prisutan u „samo“ 17,4% slučajeva – što je i dalje daleko iznad prisustva pojedinačnih poremećaja u opštoj populaciji.

Herkov i Myers (1996) su istraživali uzorak od 60 adolescenta uzrasta 14 do 17 godina (prosečan uzrast 15,33 godina, 25% muškog pola), primljenih na psihijatrijsku kliniku u Floridi, SAD. Od 24 pacijenta koji su ispunili kriterijume za veliki depresivni poremećaj ili distimiju (po DICA-R kriterijumu), kod 9 je dijagnostikovan i poremećaj ponašanja.

Istraživanja mlađih sa poremećajem ponašanja

Feldman i Wilson (1997) prikazuju uzorak od 52 adolescenta uzrasta od 12-16 godina (50% mlađica) na bolničkom psihijatrijskom tretmanu u državi Njujork. Svi su imali prijemnu dijagnozu poremećaja ponašanja u užem smislu, a pola je pokazivalo i suicidalno ponašanje. Njih 42% je imalo rezultat na samo-proceni depresije na upitniku CDI iznad kritičkog skora od 13.

Depresije nije manje prisutna ni kod odraslih ispitanika sa antisocijalnim poremećajem ponašanja. Perry (1985) je istraživao poremećaje ličnosti kod

kliničko-zatvorske populacije (SAD) na osnovu psihijatrijskog intervjeta DIS. Od 26 ispitanika sa dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti uzrasta od 21-35 godina (50,0% muškog pola), čak njih 84,6% je imalo životnu prevalencu velikog depresivnog poremećaja. Isti autor ukazuje na rezultate istraživanja Clayton-a i Lewis-a (1981, po Perry, 1985), koji su u okviru ambulantnih ili hitnih poseta našli prisustvo depresije kod antisocijalnog poremećaja ličnosti u između 26% i 63% slučajeva.

Grilo i saradnici (1996) su istražili uzorak od 79 pacijenata privatne psihijatrijske klinike (SAD) uzrasta od 12-18 godina sa dijagnozom poremećaja ponašanja u užem smislu (51,9% mladića). Na osnovu dijagnostičkog intervjeta (K-SADS-E, DSM-III-R kriterijumi) su dobili komorbiditet tekućeg depresivnog poremećaja kod čak 65,8% adolescenata.

Schwartz i saradnici (2006) su sprovedli istraživanje u SAD na uzorku od 167 dece adolescenata španskog porekla uzrasta od 10-14 godina (61% muškog pola) koji su u riziku za probleme ponašanja zbog karakteristika ekosistema kome pripadaju (imigranti, iz siromašnih krajeva grada). Depresivnost je procenjivana na osnovu samoizveštaja, dok su eksternalizovani problemi procenjeni na osnovu samoizveštaja i procene roditelja. Korelaciju između depresivnosti i eksternalizovanih problema je iznosila $r=0,60$.

Longitudinalno istraživanje Lahey-a i saradnika (2002) je sprovedeno na uzorku od 168 psihijatrijskih pacijenta muškog pola koji su u inicijalnoj proceni imali 9 do 12 godina i praćeni jednom godišnje tokom sledećih šest godina. Korelacija između depresije i poremećaja ponašanja bila konzistentno značajna u svakoj godini, krećući se od $r=0,27$ do $r=0,42$. Prevalenca depresije kod mlađih koji su konstantno imali poremećaj ponašanja je tokom posmatranog perioda bila čak 63,2%.

Nisu svi istraživači dobili visok komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja. Storm-Marhisen i Vaglum (1994) su sprovedli istraživanje među psihijatrijskim ambulantnim pacijentima klinike u Oslu na uzorku od 75 mlađih uzrasta od 6-19 god. koji su na osnovu nestrukturisanog intervjeta ispunili DSM-III kriterijume za poremećaj ponašanja u užem smislu (48% muškog pola). Samo kod njih 9,3% je bio dijagnostikovan i distimični poremećaj, što je uporedivo sa podacima o pojedinačnom prisustvu ovog poremećaja u opštoj populaciji.

Na domaćoj populaciji, Pejović-Milovančević (2000) radi istraživanje u Beogradu na kliničko-domskom uzorku od 42 mladih uzrasta 11-15 godina sa poremećajima ponašanja u užem smislu (80,9% muškog pola). Autorka nalazi da oni, u poređenju sa kontrolnom grupom ($n=42$; 69,0% muškog pola), imaju dupro više prosečne skorove na skali anksiozno-depresivnog sindroma ($p=0,000$).

Istraživanja u okviru delinkventne populacije

Istraživanja delinkventne populacije su uglavnom sprovedena u zatvorskim uslovima. Osuđene osobe u ovim uslovima trpe teške stresore vezane za hapšenje, istragu, suđenje i sam boravak u zatvoru, koji podrazumeva restrikтивне i često surove okolnosti svakodnevnog života. Stresne situacije u kombinaciji sa nemogućnošću bekstva od neprijatne stimulacije lako mogu da doveđu individuu u poziciju bespomoćnosti, koja je jedan od najčešće navođenih etioloških faktora depresije („naučena bespomoćnost“, Seligman i sar., 1968; Abramson i sar., 1978). Ovakve okolnosti mogu da doprinesu pojavljivanju depresije u populaciji osuđenika.

Muški pol je daleko više od ženskog pola zastupljen u delinkventnoj populaciji, tako da su istraživanja u ovom kontekstu uglavnom obuhvatala mladiće.

Bolbijeva studija 44 mladih lopova (Bowlby, 1946), pacijenata psihijatrijske bolnice (5-16 god., 31 muškog pola) među prvima je ukazala na visoko prisustvo depresije među antisocijalnim mladima. On je našao da je jedna petina dece ($n=9$) pokazivalo znake „generalizovane depresije“ ili „depresivnog sloma“, da je još dvoje pripadalo ciklotimnom karakteru, a da je još oko trećine ($n=14$) pripadalo „karakterima bez afekta“, koje je Bolbi shvatao kao hronične depresije vrlo ranog korena. Tako je čak 56,8% ($n=23$) ove dece imalo izražite znake depresivnog poremećaja. Ovaj nalaz nije uticao toliko na dalja istraživanja depresije kod antisocijalne omladine, koliko je pokrenuo istraživanja fenomena afektivne vezanosti u ranom uzrastu i razvijanje teorije afektivnog vezivanja. Tek krajem sedamdesetih godina počinju sistematska istraživanja depresije u populaciji delinkvenata. Jedan od prvih radova u okviru modernih klasifikacionih sistema koji je skrenuo pažnju na prisustvo depresije kod antisocijalne omladine jeste bilo istraživanje Chiles-a i saradnika (1980). Urađeno je na uzorku od 120 delinkvenata iz korektivne ustanove u Vašingtonu uzrasta

od 13-15 godina (80% muških). Na osnovu dijagnostičkog intervjuva vođenog odmah po prijemu u ustanovu, 23% njih je ispunilo RDC¹⁴ kriterijume za veliki depresivni poremećaj (71% muškog pola).

Haapasalo i Hamalainen (1996) su sproveli istraživanje u zatvoru u Finskoj na reprezentativnom uzorku od 89 mladih delinkvenata uzrasta od 16-22 godine. Podaci su prikupljeni dijagnostičkim intervjuom DICA-R-A po DSM-IV kriterijumima. Svi ispitanici su ispunjavali uslov za dijagnozu poremećaja ponašanja u užem smislu. Pokazalo se da je njih 14,6% ispunjavalo uslov za tekuću depresivnu epizodu, a čak 66,3% – za prošlu depresivnu epizodu.

Međutim, Eronen i saradnici (1996) dobijaju nisku prevalencu depresije kod osuđenika ubica u Finskoj. Od ukupno 994 osuđenika starijih od 15 god. (91,5% muškog pola), registrovanih u Finskoj od 1984 do 1991 g., njih 693 je upućeno na forenzičko psihijatrijsko ispitivanje. Na osnovu psihijatrijskih veštačenja zaključeno je da je prevalenca velike depresivne epizode kod muškaraca bila 3,0%, što je neznatno više od procene prisustva u generalnoj populaciji SAD (1,84%, odds ratio=1,6, nije značajna razlika). Prevalenca velike depresivne epizode kod žena je bila 6,0%, takođe neznatno više u odnosu na populacijskih 3,43% u SAD (odds ratio=1,8, nije značajna razlika). Distimija je u uzorku ubica bila čak manje prisutna nego u opštoj populaciji SAD (1,4% kod osuđenika a 2,5% u opštoj populaciji muškaraca, i 1,2% kod osuđenica a 4,4% u opštoj populaciji žena). Ipak, ovaj podatak je dobijen na osnovu oficijelnih dijagnoza, koje nisu veoma pouzdan osnov zaključivanja, kako je pokazala Teplin (1990).

I istraživanje Steiner-a i saradnika (1997) na kalifornijskom uzorku od 85 zatvorenih maloletnih delinkvenata muškog pola, uzrasta 13-20 godina, zasnovano je na oficijelnim dijagnozama iz njihovih psihijatrijskih dosjea. Psihijatrijski je procenjeno 63 ispitanika, najčešće iz administrativnih razloga (oko polovine), kao i na zahtev osoblja (jedna četvrtina) i na lični zahtev (najčešće zbog tuge). Svi su ispunili kriterijume za poremećaj ponašanja u nekom trenutku tokom zatvorske mere. Poremećaja raspoloženja je dijagnostikovan kod 22,4% ispitanika.

U okviru domaće populacije, Kronova (2000) istražuje uzorak od 142 ubice muškog pola na kazni zatvora u Srbiji. Klaster analiza rezultata MMPI protokola je dala pet taksona, među kojima je bio i depresivni takson kome je pripadalo 23,94% uzorka.

Diskusija

Pregled empirijskih nalaza je pokazao da postoji veliki raspon između rezultata o prisustvu komorbiditeta, koji su se kretali od 15% i 100% u uzorku. To ipak ne čudi ako se uzme u obzir da navedena istraživanja imaju značajne metodološke i konceptualne razlike, koje se ispoljavaju u nekoliko aspekata.

Istraživanja se razlikuju po načinu na koje se definiše *depresija*. Ona može biti određena kao simptom ili sindrom, tj. dimenzionalna vs. kategorijalna definicija. Može da se odnosi na tekuće stanje, koje može da obuhvata zadnje 2 nedelje, zadnji mesec ili zadnju godinu, a može da se odnosi i na životnu prevalencu. Pri određivanju depresivnosti kao dimenzije, ključni kriterijumi za određivanje postojanja depresivnosti mogu da budu određeni induktivno, na osnovu statističke obrade širokog spektra indikatora poremećaja (Achenbach, Edelbrock, 1978) ili deduktivno, na osnovu unapred određenih kriterijuma depresije definisanih u važećim klasifikacijama (Bekovo određenje depresije, Beck, 1989; Beck i sar., 1961). Ako se depresija određuje kao dijagnostička kategorija, istraživanja se razlikuju po kriterijumima depresivnih poremećaja, koji su različito definisani u različitim klasifikacijama (DSM-III; DSM-III-R; DSM-IV; ICD-10; RDC¹⁵). Tako se na primer klasifikacije razlikuju po određenju nužnog minimalnog trajanja depresivne epizode, koje po RDC kriterijumu iznosi jednu nedelju, a po ostalim klasifikacijama dve nedelje. U okviru depresivnih mentalnih poremećaja, može da se procenjuje prisustvo velike depresivne epizode i /ili distimije. Depresija može da bude istraživana u okviru šireg kruga emotivnih poremećaja koji uključuju i depresivne i anksiozne poremećaje ili sindrome. I istraživački dizajn kod primene kategorijalnog pristupa utiče na rezultate, kada može biti primenjen jedno-etapni dizajn ili metod višestrukog ulaska. Jedno-etapni dizajn podrazumeva da svi ispitanici prolaze kroz istu dijagnostičku proceduru. Dizajn višestrukog ulaska podrazumeva

15 RDC -Research Diagnostic Criteria.

da se podrobnije dijagnostikuju samo oni ispitanici koji su na ulaznim testovima imali zadovoljen neki kriterijski skor, koji je često proizvoljno određen.

Pokazuju se razlike i u određenjima *antisocijalnosti*. Ona može da se razmatra kao dijagnostička kategorija poremećaja ponašanja u užem smislu, u kojoj je naglasak na antisocijalnom ponašanju ili u širem smislu, kada su u nju uključeni i poremećaj prkošenja i/ili hiperaktivni poremećaj, koji ne sadrže komponentne antisocijalnog ponašanja. Može biti uključena u okviru šire postavljenih problemi ponašanja u kući, u školi, ili oboje ili kao delinkvencija, koja opet može podrazumevati vršenje krivičnih dela ili uključivati i „statusne prestupe“¹⁶. Može se razmatrati u okviru eksternalizovanog sindroma, koji obuhvata agresivnost, delinkvenciju i hiperaktivnost, ili samo kao agresivnost, koja opet može biti procenjena u okviru normalne agresivnosti, ili određena kao patološka agresivnost – nasilje. Određenje simptoma antisocijalnog ponašanja je ipak unekoliko jasnije od određenja depresije, jer su kriterijumi procene bihevioralni, pa je i neslaganje oko procene između različitih izveštaka manje. Istraživanja konzistentno pokazuju veća slaganja izveštaka kod eksternalizovanih nego kod internalizovanih problema (Rey i sar., 1990).

Procena može biti vršena na različitim tipovima *populacije*. Za očekivati je da će se dobiti različiti rezultati na delinkventnoj, opštoj, školskoj, ili kliničkoj populaciji, koja opet može da podrazumeva procenu depresivnosti kod mlađih sa bihevioralnim poremećajima, ili procenu antisocijalnog ponašanja kod mlađih sa depresivnim poremećajima. Istraživanja se razlikuju i po zemlji i kulturi kojoj pripadaju ispitanici. Zatim, pokazuju se znatne razlike u veličini, reprezentativnosti i demografskim karakteristikama *uzorka* (polu, uzrastu, socio-ekonomskom statusu, nacionalnosti, rasi itd.).

Istraživanja se razlikuju i po metodologiji istraživanja. Primenjuju se različite tehnike prikupljanja podataka – samo-izveštaj, intervju, opservacija, analiza dokumentacije. Podaci mogu biti sakupljeni od različitih izvora: roditelja, mlađe osobe, stručnog osoblja; iz bolničkih, sudskeih i policijskih registara. Posebno je bitno da li je korišćen isti izvor informacija za procenu oba poremećaja, kada dolazi do fenomena deljenog metoda, o čemu će kasnije biti više reči. Podaci se prikupljaju

16 Statusni prestupi za maloletna lica postoje u zakonodavstvima nekih zemalja, i odnose se na ponašanja koja se u punoletstvu ne smatraju prestupima: npr. skitanje, bežanje od kuće, zloupotreba alkohola.

različitim *instrumentima*, koji se razlikuju po predmetu merenja, indikatorima pojave, proceduri njihove primene, psihometrijskim karakteristikama itd. Ispitanici su mogli biti ispitivani u različitim socijalnim *kontekstima*: kod kuće, u školi, u istraživačkoj ustanovi, u bolnici, u zatvoru, u istrazi, itd. Istraživanja variraju i po *metodološkoj čistoći* – da li uključuju kontrolne varijable, kontrolnu grupu, kako vode računa o objektivnosti, relijabilnosti i generalizibilnosti zaključivanja.

Na kraju, i *namera autora i izdavača* naučnog rada utiče na rezultate istraživanja. Zavisno od cilja rada i teorijske postavke autora, rezultati se mogu prikazati i tumačiti u povoljnijem ili nepovoljnijem svetlu. Sa druge strane, postoji tendencija naučnih časopisa da pre objavljuju radove u kojima se prikazuju značajne razlike između posmatranih varijabli, nego radove u kojima se ne dobijaju očekivani značajni rezultati.

Treba još napomenuti da se skoro sva istraživanja odnose na populaciju koja je *sposobna i voljna da učestvuje u istraživanjima*. „Sposobna“ znači intelektualno adekvatna (obično se zahteva IQ iznad 70) i pismena populacija, sa dobrim znanjem jezika zemlje u kojoj se ispituje. Tako se često izostavljaju mentalno zaoštali, imigranti koji ne znaju dovoljno jezik i izrazito edukativno zapušteni. „Voljna“ znači spremna na saradnju i samootkrivanje. Obe kategorije isključenih – dakle i nesposobni, i nevoljni – u povećanom su riziku za psihosocijalne poremećaje, a naročito za antisocijalne forme ponašanja. Tako istraživanja, sa izuzetkom zatvorske populacije, imaju karakteristično manju zastupljenost mladih sa antisocijalnim karakteristikama. Najveći odziv ispitivanju se pokazuje u zatvorskim uslovima, verovatno usled snižene mogućnosti izbora drugih aktivnosti koje imaju ovi ispitanici i prinudne atmosfere institucije u kojoj borave.

Uprkos ovako izrazitim metodološkim razlikama i problemima, pregled istraživanja pokazuje da je visok komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja pre pravilo nego izuzetak. Značajna pozitivna veza između depresije i antisocijalnog ponašanja se dobija i kod mladih sa poremećajima ponašanja, i kod delinkventne omladine, i kod depresivne omladine; i u istraživanjima opšte, i kliničke, i zatvorske populacije; i posmatrano kategorijalno i dimenzionalno. Veza je nešto izraženija u populaciji psihijatrijskih pacijenata sa poremećajima ponašanja, nego u drugim uzorcima, što je u skladu sa očekivanjima.

Robusnost dobijenih podataka govori u prilog tome da između depresije i antisocijalnog ponašanja mladih postoji izrazita pozitivna veza. Ovo potvrđuju

i najpoznatiji autori u ovoj oblasti. Rutter i saradnici (1998) u svom pregledu istraživanja antisocijalnog ponašanja mlađih ukazuju na to da je ono često povezano sa emotivnim poremećajima, a najčešće sa depresivnim, razmatrajući depresiju kao jedan od najznačajnijih psihijatrijskih komorbiditeta antisocijalnog ponašanja. Harrington (1995) u pregledu dečje i adolescentne depresije zaključuje da su najčešće komorbidne dijagnoze kod depresivnih mlađih – anksiozni poremećaji i poremećaji ponašanja.

DA LI JE DOBIJENI KOMORBIDITET ARTEFAKT?

Visoka povezanost između depresivnosti i antisocijalnosti može biti artefakt nekog sistematskog uticaja koji povećava dobijene stope komorbiditeta, kao što su metodološki propusti ili težina patologije (Harrington, 1995).

Metodološki propusti

Bazična metodološka „olakšica“ dijagnostikovanja komorbiditeta krije se u osnovnom kriterijumu mentalnih poremećaja – postojanju *socijalne i radne disfunkcije, i/ili psihičke patnje*. Dijagnostika drugog poremećaja kod osobe koja ima već jedan poremećaj je verovatnija, nego kod one koja taj prvi poremećaj nema, jer je ovaj bazični kriterijum već zadovoljen.

Dijagnostički kriterijumi dva poremećaja mogu i da se preklapaju, pa kad se ispune uslovi za jedan, nije potrebno još mnogo da se ispune kriterijumi i za drugi poremećaj (Stahl, Clarizio, 1999). Ovaj problem nije toliko karakterističan za komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja, koliko je prisutan kod drugih komorbiditeta (Hrnčić, 2003b). Studije koje su kontrolisale preklapanje pitanja na testovima za procenu ova dva poremećaja dobijaju da većih preklapanja nema i da se, i kada se ova preklapanja kontrolišu, opet dobija statistički značajna povezanost depresije i antisocijalnog ponašanja (Harrington, 1995; Lengua i sar., 1998).

Sledeći osnov metodološke greške je efekat koji komorbiditet ostvaruje na selekciju „slučajeva“. Osobe sa komorbiditetom imaju veći broj simptoma, pa se lakše uočavaju u dijagnostičkom postupku – imaju više rezultate na testovima, upadljiviji su prilikom dijagnostičkog intervjeta, zbog čega među utvrđenim slučajevima

ima više onih sa komorbiditetom. Međutim, za mlade sa antisocijalnim ponašanjem karakteristično je da svoja depresivna ispoljavanja pre kriju, nego što ih ističu (Lewis, 1985; Herkov, Myers, 1996). Istraživanje Herkov-a i Myers-a (1996) je pokazalo da ispitanici sa duplom dijagnozom depresije i poremećaja ponašanja manje izveštavaju o depresivnim simptomima, tako da se na upitniku MMPI ne pokazuje povećanje na skali depresivnosti, na kojoj „čisti“ depresivni pacijenti pokazuju visoke rezultate. Teplin (1990) je poredila oficijelne dijagnoze sa nalazima svog istraživanja mentalnih poremećaja na uzorku od 542 zatvorenika uzrasta od 16 do 68 godina. Pokazalo se da su oficijalne dijagnoze detektovale samo 32,5% ispitanika sa ozbiljnim psihijatrijskim poremećajem, a samo 7,1% od onih koji su imali samo veliku depresiju! Ovaj rezultat može da se tumači kao posledica tendencije zatvorenika da kriju depresivne sadržaje, ali i kao rezultat sklonosti dijagnostičara da previđaju njihove depresivne simptome jer imaju negativne predrasude oko njihovog postojanja u ovoj populaciji, o čemu je već bilo reči.

Ukoliko se radi o istraživanjima u kojima je izvor informacija za oba poremećaja isti, deo zajedničke varijanse dobijenih rezultata je posledica *varijanse deljenog metoda*. To je zajednička varijansa između posmatranih fenomena koja je posledica efekta istog izveštača, te je korelacija rezultata posledica nekih drugih karakteristika izveštača, a ne onih koje se ispituju. Iako su neka od prikazanih istraživanja imala istog izveštača (najčešće adolescenta) kao izvor procene oba problema, druga koja su koristila različite izvore (roditelje, decu, učitelje, vršnjake) za procenu depresije i antisocijalnog ponašanja su takođe dobila značajnu vezu između ova dva poremećaja (Cole, Carpentieri, 1990; Reiss i sar., 1995; Lengua i sar., 1998).

Kod rezultata dobijenih intervjuuom krije se još jedna zamka. Moguće je da intervjuer ima veću spremnost da dijagnostikuje komorbiditet kod osoba koje već imaju neki poremećaj. Ovaj „halo efekat“ je verovatniji kod komorbiditeta koji imaju veću međusobnu sličnost. Međutim, predrasude vezane za komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresije, o kojima je bilo reči, deluju u suprotnom smeru. Stoga je ovaj efekat daleko manje izražen kod procenjivanja istovremenog prisustva ove dve kategorije.

Možemo da zaključimo da je preklapanje dijagnostičkih kriterijuma kod komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja neznatno, da je efekat ovog komorbiditeta na lakšu selekciju „slučajeva“ relativno mali i da je uticaj „halo-efekta“ zanemarljiv. Uticaj efekta varijanse deljenog metoda ostaje značajan, ali se može

kontrolisati upotrebom različitih izveštača za različite poremećaja. Najveća metodološka slabost je činjenica da je dijagnostikovanje drugog mentalnog poremećaja olakšano kod osobe koja ima već jedan mentalni poremećaj, jer je bazični kriterijum socijalne i radne disfunkcije i/ili psihičke patnje već zadovoljen. Ovaj efekat je veoma teško kontrolisati. Ipak, on ne može u potpunosti da objasni visoku povezanost depresivnosti i antisocijalnosti dobijenu u prikazanim istraživanjima.

Težina patologije

Zbog navedenih metodoloških nejasnoća, kao i zbog teorijskih orientacija koje naglašavaju dimenzionalni, a ne kategorijalni pristup poremećajima, postoje mišljenja da je komorbiditet često samo pokazatelj *veće ozbiljnosti i težine patologije u okviru iste dimenzije poremećaja*. Drugim rečima, može se tumačiti da to i nije „u stvari“ komorbiditet, već visoka pozicija ispitanika na kontinuumu patologije i normalnosti u kojoj se proširuju simptomi tako da zahvataju i simptome drugih poremećaja. Tako bi razmatrani poremećaji bili samo različite faze istog poremećaja. Ova pretpostavka se može testirati proverom da li se težina pojedinačnog poremećaja povećava sa komorbiditetom sa nekim drugim poremećajem. Ako se ovo potvrđuje, moguće je da je dobijeni komorbiditet barem delom artefakt težine patologije.

Istraživanja komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja uglavnom ne pokazuju ni povećan rizik od depresije, niti povećan rizik od antisocijalnog ponašanja (Hrnčić, 2003b). Istraživanje delinkventne populacije Chiles i saradnika (1980) nije dobilo značajnu razliku u problemima ponašanja između mladih koji su imali depresiju i ostalih delinkvenata. Bonta i saradnici (1998) su prikazali meta-analizu recidivizma kod 64 nezavisnih uzoraka zatvorske populacije svih uzrasta. Oficijelna dijagnoza depresije nije bila povezana sa povećanim recidivizmom kriminalnih i nasilnih dela. Ipak, pouzdanost ovog nalaza se može dovesti u pitanje, jer, kako je Teplin (1990) pokazala u svom istraživanju, depresija kod zatvorske populacije se često previđa od strane oficijelne dijagnostike.

Steinhausen i Reitzle (1996) su u Nemačkoj istraživali uzorak od 1667 psihijatrijskih pacijenata adolescentnog uzrasta sa dijagozama poremećaja ponašanja, emocionalnih poremećaja ili mešana ova dva poremećaja. Mešani slučajevi su bili sličniji poremećajima ponašanja nego emocionalnim poremećajima po

polnoj pripadnosti (većinom dečaci), prethodnoj istoriji problema – separacionoj anksioznosti, opozicionom i prkosećem ponašanju, agresivnom ponašanju, hiperaktivnosti, poremećajima u porodici i neposrednoj okolini, i stresnim događajima. „Mešana grupa“ je pokazivala manju ili istu izraženost poremećaja kao i grupa samo sa poremećajima ponašanja. Ove tri grupe se nisu razlikovale po ukupnom broju realizovanih tretmana niti po ishodu tretmana.

Istraživanja takođe nisu pokazala da su mladi sa duplim problemima depresivnosti i antisocijalnog ponašanja u većem riziku za depresiju od onog očekivanog za samo depresivne mlade. Tako Kovacs i saradnici (1988) nalaze da komorbiditet depresije i poremećaja ponašanja nema uticaja ni na oporavak ni na ponovno javljanje depresivnog poremećaja.

Dakle, rezultati istraživanja ne idu u prilog ideji da je komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresije samo izraz veće patologije u okviru istih poremećaja.

UČESTALOST U ODNOSU NA DRUGE KOMORBIDITETE

Prethodna razmatranja su pokazala i da se između depresije i antisocijalnog ponašanja po pravilu dobija visok komorbiditet. Ipak, istraživanja pokazuju da je komorbiditet između poremećaja kod mlađih pre pravilo, nego izuzetak (Kashani i sar., 1987, 1989; Woolston i sar., 1989; McGee i sar., 1990; Newman i sar., 1996; Angold i sar., 1999). On je naročito prisutan kod depresije (Fleming, Offord, 1990; Harrington, 1995). Fleming i Offord (1990) u preglednom prikazu 14 epidemioloških studija dečjih i adolescentnih depresivnih poremećaja pokazuju se da je komorbiditet depresije i poremećaja ponašanja drugi po učestalosti istraživanih komorbiditeta depresivnih poremećaja, odmah iza komorbiditeta depresije sa anksioznim krugom poremećaja. Najčešći komorbiditeti antisocijalnog ponašanja su, osim sa depresijom, i sa hiperaktivnim poremećajem, zloupotrebljebom supstanci i anksioznim poremećajima¹⁷.

17 Ovde nećemo razmatrati komorbiditet između opozicionog poremećaja, poremećaja ponašanja u užem smislu i antisocijalnog poremećaja ličnosti. Ove kategorije su od početka ovog rada shvaćene kao različite faze istog antisocijalnog procesa, što i definicije ovih poremećaja u važećim klasifikacijama (DSM-IV, ICD X) dozvoljavaju i omogućavaju, a drugi autori potvrđuju (Achenbach, 1993).

Pokazali smo da je za utvrđivanje valjanosti komorbiditeta ključno provjeriti da li je on artefakt metodoloških propusta i težine patologije. Komorbiditet između anksioznosti i depresije ima metodološke propuste: preklapanja u dijagnostičkim kriterijumima (iste ili slične pojedinačne kriterijume) i sledstveni problem diferencijalne dijagnoze. Posebno je nejasna granica između distimije i generalizovanog anksioznog poremećaja kod dece i adolescenata. Tako po DSM-IV klasifikaciji osnovni simptom distimije kod dece i mladih (do 18 god. starosti) može biti i razdražljivost umesto depresivnog raspoloženja (American Psychiatric Association, 1994, dg. 300.4), što je simptom i generalizovanog anksioznog poremećaja (idem, dg. 300.02). Ova dva poremećaja dele još dva simptoma: osećanje umora i probleme koncentracije, tako da je praktično dovoljno da adolescent bude još i često zabrinut u poslednjih 6 meseci, pa da dobije obe dijagnoze. Oni pokažu vrlo sličnu etiologiju, simptomatologiju i međusobno povezan tok (Ryan i sar., 1987; Goodyer i sar. 1991; Dykman, 1998) u tolikoj meri da neki istraživači postavljaju pitanje da li se radi o odvojenim poremećajima ili o jednoj dimenziji. Mada i dalje ima više zastupnika shvatanja ova dva sindroma kao odvojenih poremećaja (Goldberg, 2008), empirijski nalazi Achenbach-a i Edelbrock-a (1978) ukazuju na anksiozno-depresivni sindrom kao jedinstvenu dimenziju.

Komorbiditet hiperaktivnog poremećaja i poremećaja ponašanja u užem smislu je takođe visoko prisutan. Hiperaktivni poremećaj ima visok rizik od kasnijeg komorbiditeta sa poremećajima ponašanja u užem smislu (Biederman i sar., 1996), pre svega u razvojnem sledu. Hiperaktivni poremećaj obično počinje između 3 i 5 godina života, dok se poremećaji ponašanja u užem smislu dijagnostikuju tek oko 8–9 godina. Oko polovine hiperaktivne dece ima značajan rizik od kasnije delinkvencije i zloupotrebe supstanci (Moffit, 1990). Ovaj komorbiditet takođe pokazuje visoku povezanost sa težinom antisocijalnog ponašanja, kako u broju i težini krivičnih dela, tako i sa postojanjem poremećaja tokom života (Moffit, 1996; Lynam, 1996). Lynam (1996) prikazuje nalaze istraživanja koji sugeriraju da deca, koja pokazuju i hiperaktivnost i druge probleme ponašanja, imaju najveći rizik da postanu hronični prestupnici, kao i da su u visokom riziku da postanu odrasle psihopate. Iako hiperaktivni poremećaj ima jasniju etiologiju i raniji početak od poremećaja ponašanja, nije jasno da li on prethodi težim oblicima antisocijalnog ponašanja, koji u povoljnoj sredini ne dovodi do razvoja antisocijalnosti, dok u nepovoljnim uslovima vodi ozbiljnim

socijalnim devijacijama (Rutter i sar., 1998). Nalazi longitudinalnog istraživanja Lahey-a i saradnika (2002) sugerisu da poremećaji ponašanja prethode hiperaktivnom poremećaju sa poremećajem pažnje, dok obrnuto nije slučaj!

Komorbiditet antisocijalnog ponašanja sa zloupotrebatom i zavisnošću od supstanci je takođe visoko prisutan, naročito u adolescenciji (Grilo i sar., 1996; Weinberg i sar., 1998). I ovde antisocijalno ponašanje, tj. poremećaji ponašanja u detinjstvu i mladosti prethode zloupotrebi supstanci u adolescenciji, a ova veza je izraženija u adolescenciji nego u odraslotu (Milin i sar., 1991; Storm-Mathisen, Vaglum, 1994; Weinberg i sar., 1998). Antisocijalni stil života podrazumeva, kao svoj sastavni deo, zloupotrebu supstanci, počev od vršnjačkih „bandi“ koji promovišu podjednako uzimanje psihoaktivnih supstanci kao i antisocijalno ponašanje, pa do kasnijih kriminalnih družina koje među osnovnim aktivnostima imaju „rad“ sa drogom. Procene su da je zloupotreba supstanci utoliko izraženija ukoliko su forme antisocijalnog ponašanja teže (Rutter i sar., 1998).

Sama zloupotreba supstanci, ukoliko je izraženija, predisponira za antisocijalno ponašanje. Cohen i Brook (1987, po Rutter i sar., 1998), ukazuju na neke mehanizme ove negativne veze. Povećana potreba za novcem zbog dalje nabavke supstance, razvijanje antisocijalnog stila života u vršnjačkim grupama koje se drogiraju, smanjena inhibicija nepoželjnog ponašanja, stvaranje porodičnih problema, kao i zastoj u razvoju socijalnih veština koji se dešava u ovim okolnostima, podstiču pojavljivanje antisocijalnih aktivnosti mlađih koji se drogiraju/opijaju. Zloupotreba supstanci posebno pogoduje krivičnom delu rasturanja droga, kao i delima protiv života i tela su vrlo često i počinjena pod dejstvom psihoaktivnih supstanci (Rutter i sar., 1998, Hrnčić, 2007a).

Iako ovi poremećaji pokazuju svoju nezavisnost u odnosu na kliničku sliku, etiologiju, tok i ishodu bolesti, odgovor na pitanje da li je fenomen komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i zloupotrebe supstanci, kao i komorbiditeta depresivnog i anksioznog poremećaja posledica težine poremećaja, koji u svojim ekstremima obuhvata i druge simptome i tako se „proširuje“ na još jedan poremećaj, ostaje nejasan i traži dalja istraživanja.

Međutim, u istraživanjima se pokazuje visok komorbiditet između antisocijalnog ponašanja i anksioznog kruga poremećaja (Kashani i sar., 1987; Woolston i sar., 1989; McGee i sar., 1990; Newman i sar., 1996) koji se ne može objasniti metodološkim propustima niti težinom patologije. Ipak, istraživanja sugerisu da je

komorbiditet antisocijalnog ponašanja sa depresijom izrazitiji nego sa anksioznim poremećajima (Rutter i sar., 1998). Grilo i saradnici (1996) na uzorku od 106 psihijatrijskih pacijenata uzrasta od 12 do 18 godina (56,4% muškog pola) dobija da 65,8% mladih sa poremećajem ponašanja ($n=79$) ima i poremećaj raspoloženja, dok značajno manje – 21,5% njih ima anksiozne poremećaje. Istraživanja pokazuju uglavnom značajno veće prisustvo depresije, nego anksioznih poremećaja i kod počinilaca krivičnih dela (Eronen i sar., 1996, Stainer i sar., 1997). Pomenuto istraživanje McGee-a i saradnika (1990) nalazi depresivni poremećaj ispitanika sa poremećajem ponašanja u 15,3% slučajeva, dok komorbiditet sa anksioznim poremećajem nalazi u 7,1% slučajeva poremećaja ponašanja. Kod ispitanika sa depresivnim poremećajima, prisustvo poremećaja ponašanja u širem smislu dijagnostikovano je u 32,5% slučajeva, dok je komorbiditet sa anksioznim poremećajima dobijen u 30,0% slučajeva. Ipak, ove razlike nisu uvek izrazite. Kashani i saradnici (1987, opšta populacija) i Woolston i saradnici (1989, klinička populacija) dobijaju tek nešto veće prisustvo depresivnih poremećaja, nego anksioznih poremećaja kod mladih sa poremećajem ponašanja. Neki istraživači dobijaju veće prisustvo anksioznosti od depresivnosti u antisocijalnoj populaciji. Newman i saradnici (1996) dobijaju nešto više prisustvo anksioznih (20,5%) nego depresivnih (16,8%) poremećaja kod mladih koji imaju neko krivično osuđivanje u istoriji. Najveću razliku između prisustva anksioznih i depresivnih poremećaja kod mladih sa poremećajem ponašanja dobijaju Storm-Mathisen i Vaglum (1994). Prisustvo anksioznih poremećaja je registrovano kod 60% mladih sa poremećajem ponašanja, a distimije kod tek 9,3% njih. Ovi rezultati ne čude, kada se uzme u obzir problem diferencijalne dijagnoze između depresivnih i anksioznih poremećaja. Ipak, nalazi o često višem komorbiditetu depresije sa antisocijalnim poremećajima, u odnosu na veoma široku kategoriju anksioznih poremećaja sumnjive koherentnosti (Rutter, 1995), govori u prilog značajnog prisustva ovog komorbiditeta kod mladih.

ZAKLJUČAK

Ovaj pregled je pokazao da istovremeno pojavljivanje depresije i poremećaja ponašanja, tj. antisocijalnog ponašanja, ne pokazuje specifičnu simptomatologiju ishod koji se ne može objasniti zbirnim uticajem oba poremećaja u komorbiditetu, te da se radi zaista o komorbiditetu, a ne o posebnom sindromu.

Pokazuje se i da mladi sa duplim problemima imaju povećan rizik ne samo za nastanak psihosocijalnih problema i sniženu socijalnu adaptaciju, već i za uspešan suicid, što posebno zabrinjava.

Između depresije i antisocijalnog ponašanja mladih postoji izrazita povezanost, koja je daleko veća nego što bi se to očekivalo na osnovu prevalence pojedinačnih poremećaja u opštoj populaciji. On je takođe ukazao na oprez koji je potreban prilikom zaključivanja o komorbiditetu dva mentalna poremećaja, budući da i vrlo konzistentni rezultati istraživanja mogu biti artefakt drugih fenomena, a ne odraz same ispitivane pojave. Najosetljiva tačka zaključivanja o komorbiditetu antisocijalnog ponašanja i depresije je vezana za činjenicu da je dijagnostikovanje drugog mentalnog poremećaja olakšano kod osoba koje već imaju jedan mentalni poremećaj, jer je bazični kriterijum socijalne i radne disfunkcije i/ili psihičke patnje već ispunjen. Ovo može donekle da utiče na sistematsko povećanje procenjenog komorbiditeta kod ispitanika, ali ne može da sasvim objasni visoku povezanost antisocijalnog ponašanja i depresivnosti, dobijenu u heterogenim istraživanjima.

Antisocijalno ponašanje najčešće pokazuje visok komorbiditet sa zloupotrebom supstanci, hiperaktivnim poremećajem, depresivnim poremećajima i anksionznim krugom poremećaja. Sa druge strane, depresivni poremećaji najčešće pokazuju komorbiditet sa anksionnim poremećajima, a zatim sa poremećajima ponašanja. Detaljnija analiza je pokazala da je komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja mladih metodološki zasnovaniji od drugih visoko prisutnih komorbiditeta ova dva poremećaja uzeta pojedinačno. Naime, iako je visoko prisustvo zloupotrebe supstanci i hiperaktivnog poremećaja kod antisocijalnog ponašanja, kao i anksioznosti kod depresivnih poremećaja nedvosmisleno potvrđeno u istraživanjima, ostaje nejasno da li se radi o komorbiditetu ili o ekstremima pojedinačnih poremećaja. Kada se uzme u obzir metodološka čistoća zaključivanja, komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja je najizraženiji komorbiditet koji imaju ova dva poremećaja.

Sledeći korak u razmatranju ovog fenomena je razumevanje mehanizama nastanka ovog komorbiditeta i njegovih karakteristika.

Treće poglavlje

DEPRESIJA KOD MLADIH SA ANTISOCIJALNIM PONAŠANJEM

Prikazani pregled istraživanja komorbiditet između antisocijalnog ponašanja i depresije kod mladih je pokazao visoko istovremeno prisustvo ova dva poremećaja dobijeno uglavnom u istraživanjima sprovedenim u drugim zemljama. U našoj sredini su realizovana neka istraživanja koja ukazuju na ovu povezanost (Pejović-Milovančević, 2001; Hrnjica, 1992; Kron, 1998, 2000), ali se nisu sistematski bavili prisustvom depresivnosti kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem i delinkvencijom.

Odgovor o prisustvu i karakteristikama depresije može se dati na dva načina. Prvi je – sa stanovišta dimenzionalnog pristupa, a drugi – sa stanovišta kategorijalnog shvatanja depresije, o čemu je već bilo reči (Kaličanin, Lečić-Toševski, 1995; Tennen i sar., 1995a; Gotlib i sar., 1995). Mi smo u ovom radu tražili odgovore na pitanje o prisustvu depresije u populaciji mladih delinkvencata sa stanovišta oba pristupa.

DEPRESIVNOST

Da bi utvrdili da li je i u kojoj meri kod mladih u Srbiji sa ozbilnjijim antisocijalnim ponašanjem prisutna depresivnost procenjena dimenzionalno, kao

i koje su njene karakteristike, sproveli smo istraživanje među mladima koji su lišeni slobode¹⁸ zbog svog antisocijalnog ponašanja, dakle koji su namerno povredili prava drugih ljudi dovoljno ozbiljno i/ili često da dobiju sudsku odluku upućivanja u ustanovu.

Cilj istraživanja je utvrđivanje stepena prisustva i karakteristika fenomena depresivnosti kod mladića, koji zbog svojih krivičnih dela borave u vaspitnoj ili kaznenoj ustanovi.

Postavljene su dve hipoteze. Prva hipoteza je da će se pokazati visoko prisustvo depresivnosti kod mladih delinkvenata. Druga hipoteza je da će se delinkventi grupisati na sistematski način na osnovu rezultata na testovima depresije, i tako pokazati neke karakteristike svoje depresivnosti.

Metod

Uzorak istraživanja

Istraživanje je realizovano u populaciji mladića uzrasta od 15 i 22 godine koji su u momentu ispitivanja boravili u vaspitnoj i/ili popravnoj ustanovi u Srbiji zbog učinjenih krivičnih dela. Uslovi za ulazak u uzorak su bili dobro poznавanje srpskog jezika, funkcionalna pismenost, kao i to da su ispitanici imali živi majku i poznavali je¹⁹. Osipanje uzorka je bilo vrlo malo. Inicijalno su zamenjena 207 mladića da učestvuju u istraživanju, njih 191 (92.3%) je adekvatno popunilo upitnike i ušlo u konačan uzorak. Ispitanici su u trenutku ispitivanja boravili u nekoliko institucija: 44,5% ih je bilo u Vaspitno-popravnom domu u Kruševcu, 41,9% u Kazneno-popravnom zavodu u Valjevu, 5,25% u kazneno-popravnom zavodu „Padinska skela“ u Beogradu, 3,1% u Zavodu za vaspitanje

18 Pod lišavanjem slobode podrazumevamo „ma koju vrstu pritvaranja, zatvaranja odnosno smeštanja lica u javnu ili privatnu ustanovu koju zatvoreno lice ne može slobodno da napusti, po nalogu sudske, upravne ili druge javne vlasti.“ (Ujednjinjene nacije, 1990, Anex, član 11, tačka b)

19 Istraživanje je deo šireg istraživačkog projekta, koji je obuhvatao i primenu drugih skala samoprocene, između ostalog i samoprocenu odnosa sa majkom, zbog čega je bilo značajno da ispitanik ima živu majku koju poznaje (vidi poglavlje „Depresija i socijalne relacije“).

dece i omladine u Beogradu, i 2,1% u Okružnom zatvoru u Beogradu. Od ukupne populacije mladih koji su u trenutku istraživanja ispunjavali uslove uzorka, obuhvaćena je većina, jer u ostalim ustanovama zatvorskog tipa u Srbiji boravi po pravilu tek njih nekolicina koja odgovara našem uzorku.

Prosečan uzrast ispitanika je bio 19 godina i 10 meseci ($SD=1;11$), a prosečan broj razreda koji su završili je bio 8,46 ($SD=1,84$). Oni su se u 92,7% slučajeva izjašnjivali kao Srbi. Iako je u institucijama koje su obuhvaćene testiranjem bio značajan broj Roma, oni nisu uključeni u uzorak jer nisu ispunjavali uslove pismenosti i poznavanja srpskog jezika. Podatke o zanimanju oca smo dobili za 85,9% ispitanika. On je najčešće bio radnik (55,5%), zatim službenik (15,8%), stručnjak ili rukovodilac (9,1%) i privatni poduzetnik (9,1%). Podatke o zanimanju majke je dalo 97,9% ispitanika: najčešće je bila službenica (31,0%), zatim domaćica (29,9%), radnica (28,9%) i stručnjak (1,6%). Ispitanici su u 47,1% slučajeva živeli u nepotpunim porodicama, od čega je njih 86,9% je živilo sa majkom do smeštaja u ustanovu, a 1,0% – sa ocem. Njih 12,0% je pre punoletstva i pre smeštaja u vaspitnu/kaznenu ustanovu živilo bez nadzora odraslih članova porodice. Krivična dela ispitanika su obuhvatala dela protiv imovine, života i tela, opšte sigurnosti, javnog reda i pravnog saobraćaja, dostojanstva ličnosti i morala, nelegalnog posedovanja vatrenog oružja i prometa nedozvoljenim psihoaktivnim supstancama.

Instrumenti procene

Izbor instrumenata za procenu depresivnosti nameće pitanje izbora izvora procene, što je predmet diskusije među istraživačima (Saylor i sar., 1984; Kashani i sar., 1987; Patterson, Stoolmiller, 1991; Harrington, 1995; Birmaher i sar., 1996b). Najčešće je shvatanje da je za procenu depresivnog stanja adolescenata najadekvatniji samoizveštaj, jer je moguće da depresivnost, naročito u blažim formama, prođe neprimećeno od strane nestručnih posmatrača, kao što su roditelji ili vaspitači. Konzistentno se dobijaju veće stope depresije kod samoizveštaja adolescenata nego kod procene posmatrača (Fleming, Offord, 1990; McGee i sar., 1990). U delinkventnoj populaciji, koja je pod izrazitim socijalnim pritiskom da prikriva svoje neraspoloženje, ovakva neslaganja su posebno izrazita. Zato smo se odlučili da adolescent bude izvor procene sopstvenih depresivnih simptoma.

Depresivnost je u ovom istraživanju određena preko rezultata na tri instrumenta samoprocene depresivnih simptoma, skala D6R; BDI i CES-D. Oni se donekle razlikuju po predmetu merenja.

Skala D6R je skraćena i modifikovana Skala D6 Momirovića (Prišlin i sar., 1988; Momirović, 1971) se odnosi na osnovne simptome depresije: depresivno raspoloženje, pad energije i depresivnu kogniciju. Sastavljena je od 30 ajtema na koje se odgovara na petostepenoj skali Likertovog tipa (graduiru se tačnost tvrdnje kroz ocenjivanje stepena njenog prisustva). Viši skorovi ukazuju na veće prisustvo depresivnosti. Skala ne specifičuje vreme na koje se odnosi. Nije često primenjivana u drugim istraživanjima. Pokazuje visoku pouzdanost i nešto nižu homogenost, kako u ranijim (Prišlin i sar., 1988), tako i u našem istraživanju (Tabela 1).

Skala BDI (Beck Depression Inventory, Beck i sar., 1961) je jedna od najčešće korišćenih skala za procenu depresivnosti. Odnosi se na kognitivne i somatske simptome depresije. Kognitivni simptomi obuhvataju sniženo samopoštovanje, gubitak koncentracije i ideje o krivici i suicidu, dok se somatski odnose na probleme apetita i spavanja, pad energije, gubitak seksualne želje, psihomotornu agitaciju ili retardaciju, plačljivost i sl. Test dobro diferencira depresivne od adolescenata koji nisu depresivni (Harris, 1995) i ima zadovoljavajuću korelaciju sa kliničkim procenama depresivnog poremećaja (od $r=0,62$ do $r=0,77$, Bech, 1981). Ima 21 ajtem Terstonovog tipa (svaki ajtem ima četiri moguća i različita odgovora, od kojih može da se izabere i više od jednog). Viši skorovi ukazuju na veće prisustvo depresivnosti. Tvrđnje se odnose na poslednjih nedelju dana. Pouzdanost testa dobijena u našem istraživanju je visoka, dok je homogenost nešto niža, što je očekivano sa obzirom na spektar simptoma koje obuhvata (Tabela 1).

Skala CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff, 1977) je široko primenjivana u istraživanjima anglosaksonske adolescentne populacije. Po predmetu merenja je negde između dve prethodne skale. Pretežno meri depresivno raspoloženje, pad energije i depresivnu kogniciju, ali ima i nekoliko ajtema koji se odnose na bihevioralne i somatske simptome. Ima 20 ajtema na koje se odgovara na četvorostepenoj skali Likertovog tipa (graduiranjem učestalosti prisustva fenomena). Viši skorovi ukazuju na veće prisustvo depresivnosti. Da bi se dobila veća raznovrsnost odgovora, u našem istraživanju se test odnosio na „poslednje vreme“. Pokazao je zadovoljavajuću pouzdanost, ali nižu homogenost od očekivane (Tabela 1).

Tabela 1: Metrijske karakteristike testova dobijene u ovom istraživanju

TEST	Ψ_1^*	Crombach α	H_1	H_2
D6R	0,993	0,966	0,490	0,739
BDI	0,978	0,920	0,353	0,783
CES-D	0,955	0,884	0,277	0,687

* Ψ_1 – mera reprezentativnosti Kaiser-Mayer-Olkin, Crombach α – mera pouzdanosti, H_1 – mera homogenosti (prosečna korelacija varijabli), H_2 – mera homogenosti Momirovića.

Razlike u predmetu istraživanja između ovih skala omogućavaju analizu grupisanja ispitanika na osnovu njihovih depresivnih simptoma, dakle analizu karakteristika njihove depresivnosti. Široku primenu BDI i CES-D skala u istraživanjima, omogućava uporedivost naših podataka sa onim, dobijenim na drugim uzorcima.

Rezultati na skalama samoprocene depresivnosti su računati na dva načina: kao zbir sirovih skorova ispitanika na svakom pojedinačnom testu, u cilju omogućavanja poređenja rezultata sa onim na drugim uzorcima; i kao prva glavna komponenta izolovana na sve tri skale depresivnosti, u svrhu nalaženja nekih karakteristika ispoljavanja depresivnosti kod ispitanika.

Postupak istraživanja

Na osnovu podataka dobijenih od vaspitača ispitanika u ustanovama u kojima realizovano istraživanje, određeni su ispitanici koji su ispunjavali uslove za ulazak u uzorak, koji su zamoljeni da učestvuju u istraživanju. Ispitanici koji su pristali na saradnju popunjavali su upitnike u uslovima grupnog rada. Obezbeđena je zaštita privatnosti dobijenih podataka. Vaspitači i ispitanici su zatim popunjavali upitnike o opštim podacima ispitanika.

Statistička obrada

Rezultati istraživanja su analizirani nizom tehnika statističke obrade: normalizacija i standardizacija podataka (program SPSS 10.0); centralne vrednosti, standardne devijacije, procenti, analiza značajnosti razlika između centralnih vrednosti (t-test) je urađena u svrhu prikaza rezultata prisustva depresivnosti u

uzorku (program SPSS 10.0); analiza metrijskih karakteristika upotrebljenih mernih instrumenata (program RTT10G, Knežević, Momirović, 1996a); analiza glavnih komponenata je urađena u svrhu dobijanja projekcije prve glavne komponente depresivnosti (program SPSS 10.0); taksonomska analiza je urađena u svrhu analize grupisanja ispitanika na osnovu rezultata na testovima depresivnosti (programi STATISTICA, i SPSS 10.0).

Rezultati

Dobijene rezultate smo procenjivali na osnovu sirovih skorova na testovima, kao i na osnovu analize njihovog grupisanja na osnovu rezultata upitnika depresivnosti.

Depresivnost procenjena na osnovu sirovih skorova na testovima

Rezultate dobijene zbirom sirovih skorova smo procenjivali i na osnovu dobijenih centralnih vrednosti i na osnovu procenata ispitanika koji su iznad nekog kritičnog skora, koji sugerišu postojanje izraženije depresivne simptomatologije.

Rezultati *deskriptivne statistike* na sirovim skorovima upotrebljenih testova, prikazani su u Tabeli 2. Dobijene aritmetičke sredine su: na skali D6R $M=64,26$ ($SD=29,41$), na skali BDI $M=15,15$ ($SD=12,28$), i na skali CES-D $M=15,6$ ($SD=9,94$).

Tabela 2: Aritmetičke sredine i standardne devijacije testova depresije

TEST	M	SD	Skewness	Kurtosis
D6R	64,26	29,41	0,782	-0,171
BDI	15,15 (13,36*)	12,28	1,049	0,351
CES-D	15,62	9,94	0,965	0,635

* Srednja vrednost koja bi se dobila kada bi svi ispitanici, koji su dali odgovor na ajtem br. 6 koji se bodoje sa „tri“, zaokružili odgovor koji se bodoje sa „nula“.

Kako je istraživanje realizovano u adolescentnoj populaciji i u specifičnim uslovima lišavanja slobode, proverili smo da li se u odgovorima na pojedine ajteme

upitnika pokazuje neka specifičnost uzorka, vezana za ove posebne uslove. Pregled distribucije odgovora na pojedinačnim ajtemima je pokazao da su ajtemi na testovima D6R i CES-D su imali očekivane distribucije (Tabela 3). Međutim, tri ajtema testa BDI su imala bimodalnu distribuciju odgovora. Na ajtemima 10 i 11 najveći broj ispitanika je odgovorio tvrdnjom koja se skoruje sa 0 bodova (52,9% i 41,4%) ili tvrdnjom koja se skoruje sa 3 boda (42,4% i 27,7%). Na ajtemu 10, tvrdnja koje se skoruju sa 3 je: „Ranije sam mogao da plačem, a sada više ne mogu iako bih htio“, a na ajtemu 11 to je tvrdnja: „Više me ne pogađa ništa što je moglo ranije da me iznervira“. Treći ajtem sa bimodalnom distribucijom je ajtem br. 6, koji se odnosi na osećaj kažnjenosti, na koji 25,1% ispitanika odgovara negativno a čak 59,7% njih odgovara na ovaj ajtem tvrdnjom koja se maksimalno boduje „Osećam se kažnjeno“. Dok rezultati na ajtemima 10 i 11 mogu biti posledica neprijatnih iskustava vezanih za lišavanje slobode, ali i razvojnog postignuća adolescencije, odgovori na ajtemu 6 su jasno povezani sa lišavanjem slobode, koje je kaznena mera. Ove okolnosti povećavaju verovatnoću visokih skorova kod ispitanika koji u stvari nisu depresivni. Da bi rezultati na testu BDI bili uporedivi sa rezultatima dobijenim na drugim uzorcima koji su na slobodi, ponovo smo izračunali aritmetičku sredinu našeg uzorka, unoseći maksimalnu korekciju za ajtem br. 6, tako da su svi ispitanici, koji su dali odgovor na ajtem br. 6 koji se boduje sa 3 prebodovani sa 0. Aritmetička sredina ovako izračunata je umanjena za 1,79 i iznosi M=13,36.

Tabela 3: Distribucija frekvencija odgovora na ajtemima BDI skale

Br. ajtema	Odgovori po skorovima (%)				Br. ajtema	Odgovori po skorovima (%)			
	0	1	2	3		0	1	2	3
1	69,1	17,8	3,1	9,9	12	62,3	20,4	9,4	7,9
2	70,7	11,0	10,5	7,9	13	69,6	15,2	8,4	6,8
3	63,0	17,8	13,1	5,2	14	75,9	6,8	12,0	5,2
4	39,3	44,5	8,9	7,3	15	71,2	18,3	6,3	4,2
5	53,9	27,7	6,3	12,0	16	51,3	28,8	12,6	7,3
6	25,1	9,9	5,2	59,7	17	60,7	23,0	8,4	7,9
7	69,1	17,8	6,8	6,3	18	66,0	25,7	5,8	2,6
8	58,1	14,1	16,2	11,5	19	63,4	15,7	10,5	10,5
9	78,0	14,7	4,7	2,6	20	57,6	22,0	13,6	6,8
10	52,9	4,2	0,5	42,4	21	73,3	15,7	7,3	3,7
11	41,4	24,1	6,8	27,7					

Izračunavanje procента ispitanika iznad kritičnog skora je izvedeno za upitnike BDI i CES-D. Skala *BDI* se široko primenjivala u istraživanjima opšte anglosaksonske (uglavnom iz SAD) populacije. Najčešća odrednica prisustva blagih formi depresije na ovom testu je skor iznad 9, dok je granica izrazitijeg prisustva depresije – skor iznad 14 (Dumas, Gibson, 1990; Joiner, Metalsky, 1995; Tennen i sar., 1995a, 1995b). Kritični skor 19 je najčešće upotrebljavan kao znak umerene (klinički značajne) depresije, dok rezultat preko skora 30 ukazuje na teške forme depresivnog spektra (Kendall, Flannery-Schroeder, 1995).

Pokazuje se da se na ovom upitniku mogu dobiti visoki skorovi, iako nije ispunjen osnovni dijagnostički kriterijum za depresiju (Tennen i sar., 1995a, Weary i sar., 1995). Zato se preporučuje da se pre procene prisustva depresije na osnovu kritičkog skora, eliminišu ispitanici koji nemaju barem jedan pozitivan odgovor na tvrdnje o depresivnom raspoloženju, gubitku interesovanja (Weary i sar., 1995) i, u adolescentnoj populaciji, o izraženoj razdražljivosti. Da bismo maksimalno isključili mogućnost da neki ispitanici zadovolje kritični skor, iako nemaju zadovoljene osnovne simptome depresije, izdvojili smo one koji su imali skor na BDI 10 i više, ali su na ajtemima 1 (osećanje tuge), 4 (gubitak zadovoljstva) ili 12 (interesovanje za ljude) imali skor iznad 0, ili na ajtemu 11 (razdražljivost) imali skor 1 ili 2. Dalje smo ih proveravali na skali D6R, koja se odnosi samo na osnovne simptome i depresivnu kogniciju i ima vrlo visoku pouzdanost. Uslov je bio da imaju skorove pola standardne devijacije iznad srednje vrednosti D6R na našem uzorku (što je bio skor 79). Smatrali smo da visok skor i na D6R i na BDI, uprkos negativnim odgovorima na pitanja BDI-a o osnovnim simptomima, pokazuje da je ipak ispunjen uslov za depresiju. Ovaj uslov nije zadovoljilo 3,1% ispitanika, koji nisu ušli u dalju obradu u odnosu na kritični skor.

Ovako obrađeni rezultati su pokazali da je 58,1% ispitanika imalo skor iznad 9, koji ukazuje na postojanje barem blage forme depresivnosti, 26,7% (sa korekcijom²⁰ 23,0%) njih je imalo skor iznad 19 koji govori o klinički značajnoj depresiji, a čak 13,6% njih je dobilo skor iznad 30, koji sugerira postojanje simptoma teške depresije. Ukoliko se izvrši maksimalna korekcija za ajtem 6, dobija se da 23,0% ispitanika našeg uzorka ima skor iznad 19.

20 Procenat koja bi se dobio kada bi svi ispitanici, koji su dali odgovor na ajtem br. 6 koji se boduje sa „tri“, zaokružili odgovor koji se boduje sa „nula“.

Najčešće korišćeni kritični skorovi na *upitniku CES-D* su 14 (Aseltine i sar., 1994), 16 (Garrison i sar., 1992) i 27. U našem uzorku je skor iznad 14 imalo 47,6% ispitanika; skor iznad 16 – njih 32,9%; a skor iznad 27–14,1% slučajeva.

Depresivnost procenjena na osnovu analize grupisanja

Taksonomska analiza omogućuje da se ispitanici grupišu na osnovu rezultata na nekoliko dimenzija, čime se omogućava analiza kvalitativnih razlika između ispitanika. U svrhe njenog izvođenja, rezultati naših testova su prikazani kao njihova projekcija na prvu glavnu komponentu merenja. U korelativnim multivarijantnim analizama kao što je taksonomska analiza, ovakva obrada rezultata omogućava daleko pouzdanije zaključke, jer se ajtemi različito vrednuju shodno njihovom učešću u određenju predmeta merenja (Momirović i sar., 1999). Ipak, ovako dobijene standardizovane vrednosti zavisne su od uzorka te nisu pogodne za poređenje sa drugim uzorcima.

Pirsonovi koeficijenti korelacije dobijeni između tri skale depresije su visoki i značajni ($p < 0,001$): između D6R i BDI je $r=0,762$, između D6R i CES-D je $r=0,755$, a između BDI i CES-D iznosi $r=0,725$. Ovi nalazi sugerisu da skale imaju isti generalni predmet merenja. Međutim, korelacija reda 0,74 pokazuje da postoji oko 50% neobjašnjene varijanse, te da je taksonomska analiza na osnovu njih opravdana.

Hijerarhijska taksonomska analiza Ward-ovom metodom na osnovu Euklidskih distanci između entiteta je razvrstala ispitanike u četiri klastera (Tabela 4). Zatim je primenjena diskriminativna analiza između klastera koja daje uvid u prirodu razlika između dobijenih grupa, u kojoj su se izdvojile dve značajne funkcije (Tabela 5). Prva funkcija je imala pouzdanost od 0,855, a druga pouzdanost od -0,472 (mere Momirovića)

Tabela 4: Efektivi klastera i centroidi varijabli po klasterima

KLASTERI	EFEKTIVI KLASTERA		CENTROIDI VARIJABLJI		
	N	%	D6R	CES-D	BDI
1	38	19,9	1,419	1,486	1,662
2	44	23,0	-0,237	-0,238	-0,432
3	37	19,4	0,614	0,313	0,008
4	72	37,7	-0,920	0-800	-0,656

Tabela 5: Kanoničke diskriminativne funkcije

Fnk.	Svojs-tvena vred-nost	% varij.	Kanon. korel.	Koeficij. determ.	Wilk-sova lambda	χ^2	df	Sig.
1*	8,765	97,0	0,947	0,898	0,080	470,324	9	0,000
2*	0,268	3,0	0,460	0,212	0,784	45,333	4	0,000
3	0,005	0,1	0,073	0,005	0,995	0,984	1	0,321

* U daljim analizama su korišćene prve dve kanoničke funkcije.

Prva funkcija objašnjava čak 89,8% varijanse kanoničkih varijabli (koeficijent determinacije) i ima zadovoljavajući koeficijent pouzdanosti od 0,855 (mera Momirovića). Definisana je na svom pozitivnom polu visokim skorovima na svim testovima depresije, ali najpre na testu D6R (Tabela 6). Ona meri depresivnu simptomatologiju. Druga funkcija objašnjava 21,2% varijanse, dakle znatno manje nego prva funkcija. Ona ima negativan koeficijent relijabilnosti od -0,472 (mera Momirovića), pa se njeni rezultati trebaju tumačiti sa oprezom. Definisana je na svom pozitivnom polu visokim skorovima na skali BDI a niskim na D6R, a na negativnom polu niskim skorovima na skali BDI, a visokim na D6R, dok je skala CES-D u sredini (Tabela 6). Dok sve tri skale imaju ajteme koji se odnose na depresivno raspoloženje i kogniciju, one se razlikuju po tome koliko se odnose na somatske aspekte depresije. Skala BDI ima najviše ajtema koji se odnose na njih, skala D6R ih ima najmanje, dok je skala CES-D negde između. U ovom svetlu, druga funkcija verovatno ukazuje pre svega na somatske aspekte depresivnosti.

Tabela 6: Standardizovani koeficijenti i matrica strukture* kanoničkih diskriminativnih funkcija

Skala	Standard. koeficijenti		Matrica strukture	
	Funkcija 1	Funkcija 2	Funkcija 1	Funkcija 2
D6R	0,616	-0,704	0,689 [#]	-0,601
BDI	0,503	0,806	0,589	0,715 [#]
CESD	0,520	0,021	0,536	0,020

Najveća apsolutna korelacija između svake varijable i bilo koje diskriminativne funkcije

Centroidi klastera na izolovanim diskriminativnim funkcijama pokazuju da prvu i treću grupu karakterišu izraženije depresivne simptome, dok druga i četvrta grupa imaju negativnu korelaciju sa depresivnošću (Tabela 7). Dve grupe sa depresivnim simptomima obuhvataju 39,3% ispitanika. Prvu grupu sa 19,9% ispitanika karakterišu visoki kako kognitivni, tako i somatski simptomi depresije, što odgovara opisu strukturisanih depresivnih poremećaja kao što su veliki depresivni poremećaj i distimija (Svetska zdravstvena organizacija, 1992, American Psychiatric Association, 1994). Treću grupu, koju čine 19,4% ispitanika, karakterišu nešto niži, ali i dalje visoki kognitivni simptomi depresije, i niski somatski simptomi, što sugerise da se radi o distimičnom raspoloženju, pre nego i postojanju depresivnog poremećaja. Grupe koje nemaju izražene depresivne simptome se međusobno razlikuju po prisustvu somatskih simptoma. Druga grupa ne pokazuje somatske simptome, dok ih četvrta ima, ali slabije izražene u odnosu na prvu grupu.

**Tabela 7: Centroidi klastera
na izolovanim diskriminativnim funkcijama**

Klaster	Funkcija 1	Funkcija 2
1	5,126	0,498
2	-1,003	-0,336
3	1,250	-0,836
4	-2,735	0,372

Nestandardizovane kanoničke diskriminativne funkcije evaluirane na grupnim centroidima

Dve diskriminativne funkcije svrstavaju ispitanike u odgovarajuće grupe u takson sa visokom tačnošću od 93,7% (Tabela 8). Greške se pokazuju pri svrstavanju prve i treće grupe, kao pri svrstavanju druge i četvrte grupe. Prva i treća grupa se jasno razlikuju od druge i četvrte. Funkcije veoma dobro razdvajaju ispitanike sa depresivnim simptomima od onih bez njih.

Tabela 8: Rezultati klasifikacije na osnovu diskriminativnih funkcija

Klasteri	Predviđena grupna pripadnost				Total
	1	2	3	4	
1	32 84,2%	0 0,0%	6 15,8%	0 0,0%	38 100,0%
2	0 0,0%	39 88,6%	0 0,0%	5 11,4%	44 100,0%
3	0 0,0%	1 2,7%	36 97,3%	0 0,0%	37 100,0%
4	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	72 100,0%	72 100,0%
93,7% originalno grupisanih slučajeva je korektno klasifikovano					

Diskusija

Dobijeni rezultati daju neke mere prisustva depresivnosti u istraživanom uzorku, i raspored ispitanika po taksonima, definisanim preko skala depresivnosti. Da bi procenili značaj prisustva depresivnosti u našem uzorku u odnosu na opštu populaciju tako da rezultate tumačimo u svetlu drugih istraživanja, uporedili smo naše rezultate sa onim dobijenim na sličnim uzorcima u drugim istraživanjima. Dok nema raspoloživih rezultata na drugim uzorcima za skalu D6R, upitnici BDI i CES-D su primenjivani na uzorcima adolescenata.

BDI je veoma često korišćen u svetskim istraživanjima, te mnoge nacije imaju norme i standarde za njegovu upotrebu. On relativno dobro izdvaja one ispitanike koji imaju depresivni poremećaj, od onih koji ga nemaju. Izveštaji pokazuju da su na velikim grupama ispitanika anglosaksonske populacije dobijene aritmetičke sredine sirovih skorova na ovom upitniku bila između 6 i 7, što su bile i vrednosti standardne devijacije (Kendall, Flannery-Schroeder, 1995; Robinson i sar., 1990). Ove vrednosti su duplo niže nego korigovane srednje vrednosti našeg uzorka. Ovaj upitnik je korišćen i u domaćim istraživanjima, ali uglavnom na kliničkim uzorcima ili na manjim i prigodnim uzorcima opšte populacije (Ilanković, 1983, Džamonja-Ignatović, 1993) i na izbegličkoj populaciji (Čavić, 2001). Ipak, Ignatović-Ristić (1994) je sprovedla istraživanje na većem prigodnom uzorku od 257 učenika četvrtog razreda srednjih škola Gornjeg

Milanovca (40% muškog pola). Aritmetička sredina koju su ispitanici dobili na upitniku BDI je bila $M=10,23$ ($SD=8,75$), što su nešto više vrednosti nego kod anglosaksonske populacije. Ona je dobila da je 32,4% mladića i z uzorka ($n=102$) imalo skor iznad 9, njih 11,8% je pokazalo skor iznad 15, a njih 4,6% njih je imalo rezultat iznad 19. U istraživanju nije kontrolisano da li postoje pozitivni odgovori na osnovne simptome. Na našem uzorku dobijena korigovana srednja vrednost upitniku BDI je $M=13,36$ ($SD=29,41$) i ona značajno viša nego na uzorku Ignjatović-Ristić ($t\text{-test}=3,00$, $p<0,01$). U odnosu na kriterijumske skorove, naši rezultati pokazuju daleko veće procente, a razlike su sve veće što je kriterijumski skor viši. Tako u našem uzorku 23,0% ispitanika ima korigovani skor iznad 19, što je pet puta više od rezultata Ignjatović-Ristić.

Upitnik CES-D nije korišćen u domaćim istraživanjima, ali je jedan od najviše korišćenih testova u istraživanjima opšte populacije drugih zemalja. Rezultati primene upitnika CES-D na dovoljno velikim anglosaksonskim uzorcima veoma su varijabilni. Tako Block i saradnici (1991), primenjuju verziju testa bez vremenskog ograničenja na muškom uzorku adolescenata ($n=88$). Dobijaju vrednosti aritmetičke sredine od $M=19,77$ ($SD=10,75$). Garrison i saradnici (1990) dobijaju na adolescentnoj školskoj populaciji Južne Karoline ($n=550$) aritmetičke sredine $M=15,60$ i $M=17,55$. Garrison i saradnici (1992) sprovode epidemiološku studiju na 3283 adolescente uzrasta od 12-14 g., i dobijaju aritmetičku sredinu od $M=25,60$ za devojčice i $M=19,50$ za dečake. Aseltine i saradnici (1994) sprovode istraživanje sa nepotpunom BDI skalom (sa jednim ajtemom manje) na bosnokosovoj populaciji srednjoškolaca ($n=1576$), gde dobijaju aritmetičke sredine $M=12,9$, $M=11,6$ i $M=9,9$. Davies i Windle (1997) na muškom uzorku srednjoškolaca Njujorka ($n=540$) dobijaju aritmetičku sredinu $M=12,94$. Dakle, centroidi se za muški pol kreću između 12,94 i 19,77 za istu skalu, primenjenu na sličnim uzorcima školske omladine tokom devedesetih. Aritmetička sredina od $M=15,62$ ($SD=9,94$), dobijena u našem istraživanju, može biti kako značajno iznad, tako i značajno ispod centralnih vrednosti dobijenih na navedenim uzorcima.

Što se tiče procenta mladih koji su iznad nekog kritičnog skora, Harrington (1995, str. 71) prikazuje dve studije opšte populacije u kojima je 33% adolescenata imalo skor na CES-D-u iznad 16. U našem uzorku je 32,9% ispitanika imalo rezultat iznad ovog skora, što je praktično identično rezultatu dobijenom u ovim studijama.

Istraživanja pokazuju da CES-D nije diskriminativan za dijagnostiku depresivnih poremećaja. Gotlib i saradnici (1995) dobijaju da između 10% i 20% ispitanika koji prelaze kriterijumski skor zaista biva dijagnostikovano kao depresivni poremećaj. I rezultati naše taksonomske analize sugerišu nisku diskriminativnost ovog testa. Zbog navedenih razloga, nismo smatrali rezultate na ovom testu presudnim za procenu prisustva depresivnih simptoma.

Rezultat taksonomske analize u našem istraživanju, po kome 39,3% našeg uzorka pripada grupama sa depresivnim karakteristikama, nešto je viši od nalaza klaster analize rezultata MMPI protokola 142 ubica na kazni zatvora u Srbiji (Kron, 1998, 2000). U ovom istraživanju, depresivnom taksonu pripadalo je 32,94% uzorka.

Da bi se pouzdano procenilo da li je prisustvo depresivnosti značajno različito u našem uzorku u odnosu na opštu populaciju, potrebna je obuhvatna studija na reprezentativnom uzorku opšte populacije. U nedostatku ovakvih nalaza, možemo sa oprezom zaključiti da rezultati sugerišu da je depresivnost merena skalom BDI daleko prisutnija u našem uzorku nego u opštoj populaciji. Prva hipoteza istraživanja da će se pokazati visoko prisustvo depresivnosti kod mladih delinkvenata je potvrđena za rezultate na ovoj skali.

Naš uzorak je obuhvatao samo ispitanike koji su imali živu majku i poznavali je. Gubitak majke, ukoliko se desi u mlađim godinama, dosledno predviđa kasniju depresiju (Harrington, 1995), pa je isključivanje ispitanika sa ovakvim iskustvom verovatno dovelo do smanjenja rezultata depresivnosti u našem uzorku.

Rezultati taksonomske analize su pokazali da su se ispitanici na osnovu rezultata na testovima depresije grupisali na sistematski način. Time je potvrđena druga hipoteza istraživanja. Taksonomska analiza sugeriše da depresivnost kod institucionalizovanih delinkvenata nije homogena kategorija, te da kategorijalni pristup depresiji, koji naglašava razlike između različitih tipova depresije, ima smisla.

DEPRESIVNI POREMEĆAJI

Da bismo proučili karakteristike komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i depresivnih poremećaja, sproveli smo istraživanje među mlađim štićenicima Vaspitno-popravnog doma u Kruševcu. Upućivanje u ovaj dom je sudska mera

koja se izriče maloletnicima zbog krivičnih dela, koja spada u teže krivične sankcije za ovu populaciju. Cilj istraživanja je bio analiza prisustva i karakteristika depresivnih poremećaja kod mladića institucionalizovanih zbog ozbiljnog antisocijalnog ponašanja. Pošli smo od pretpostavke da će se pokazati visoko prisustvo depresivnih poremećaja kod mladića institucionalizovanih zbog svojih krivičnih dela (prva hipoteza).

Metod

Varijable istraživanja

Četiri depresivna poremećaja su bila glavni predmet istraživanja: veliki depresivni poremećaj, distimični poremećaj, mali depresivni poremećaj i kratka depresivna epizoda, kako su definisani u DSM-IV klasifikaciji (American Psychiatric Association, 1994).

Uslovi za dijagnostikovanje *velikog depresivnog poremećaja* (u daljem tekstu: VDP) kako su definisani u DSM-IV klasifikaciji (American Psychiatric Association, 1994, dg. 296) su: postojanje u istoriji ispitanika barem jedne veledepresivne epizode (u daljem tekstu: VDE) i odsustvo hipomanične ili manične epizode. Uslovi za VDE su: prisustvo barem jednog osnovnog simptoma depresije (depresivno raspoloženje, i gubitak interesovanja ili zadovoljstva) i najmanje još četiri ostala depresivna simptoma, i to većinom vremena tokom dana, skoro svakog dana, u trajanju od najmanje dve nedelje. Potrebno je i da se simptomi ne mogu bolje objasniti mešovitom epizodom, hroničnim psihotičnim poremećajem, zloupotrebotom supstanci, opštim medicinskim stanjem, ili tugovanjem.

Osnovni uslovi za dijagnostiku *distimičnog poremećaja* (u daljem tekstu DP) kako su definisani u DSM-IV klasifikaciji (American Psychiatric Association, 1994, dg. 300.4) su: prisustvo depresivnog raspoloženja i barem još dva ostala simptoma depresije, većinom dana, više od polovinu dana u godini, u trajanju od dve godine, i bez prekida dužeg od dva meseca. Kod dece i mladih do 18 god. starosti prisustvo osnovnog simptoma depresije može biti i razdražljivost, umesto depresivnog raspoloženja, a minimalno trajanje poremećaja je jedna godina. Potrebno je i da osoba nije nikada imala VDE,

hipomaničnu ili maničnu epizodu, niti ciklotimni poremećaj, kao i da se simptomi ne mogu bolje objasniti hroničnim psihotičnim poremećajem, zloupotrebo supstanci ili opštim medicinskim stanjem.

Istraživački kriterijumi za dijagnostiku *malog depresivnog poremećaja* kako su predloženi u DSM-IV klasifikaciji (American Psychiatric Association, 1994) su isti kao i oni za VDP, osim što je broj ostalih simptoma manji (1-3 simptoma), i što osoba ne sme da zadovoljava kriterijume za DP niti, u istoriji, VDE. Kriterijumi za dijagnostiku *kratke depresivne epizode* koje smo primenili u ovom istraživanju su isti kao i oni za VDE, s tim da traju 7-13 dana, i da osoba nema DP niti, u istoriji, VDE. Ova kategorija je uključena u istraživanje u cilju evidentiranja tekućih depresivnih simptoma koji, u trenutku ispitivanja, zadovoljavaju sve uslove za VDE osim trajanja, te postoji visoka verovatnoća da uskoro ispunе kriterijume za VDE. Minimum od 7 dana je postavljen jer smo smatrali da trajanje simptoma kraće od ovog perioda ima manju šansu da preraste u veliki depresivni poremećaj.

Naša procena je, u cilju kontrole depresivnog statusa ispitanika, obuhvataла i procenu *bipolarnih i psihotičnih formi afektivnih poremećaja*, kako su definisani u klasifikaciji DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

Instrumenti procene

Prisustvo depresivnih simptoma je određeno na osnovu rezultata (zbira sirovih skorova) na dva instrumenta samoprocene depresivnih simptoma, skala D6R i BDI, koje su prikazane u prethodnom poglavljju. Skala BDI ima zadovoljavajuću korelaciju sa kliničkim procenama depresivnog poremećaja između $r=0,62$ i $r=0,77$ (Bech, 1981). Dobro diferencira depresivne od nedepresivnih odraslih ispitanika (Rutter i sar., 1998). Skala je manje senzitivna u adolescen-tnoj populaciji (Roberts i sar., 1991; Kashani i sar., 1990), što je posledica veće fluktuacije kliničke slike u ovom uzrastu (Rey i sar., 1990).

Skraćena verzija polustandardizovanog dijagnostičkog intervjua *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID-I*, verzija 2.0 (Spitzer i sar., 1992; First i sar., 1996) je primenjena u cilju dijagnostičke procene afektivnih poremećaja, moguće psihotične simptomatologije i zloupotrebe supstanci u vreme pojavljivanja depresivne simptomatologije.

Uzorak istraživanja

Istraživanje je sprovedeno u Vaspitno-popravnom domu u Kruševcu (VPD). Štićenici Doma su mladići kojima je izrečena sudska mera upućivanja u ovu ustanovu zbog težine i/ili učestalosti krivičnih dela koja su počinili između 14. i 18. godine života. Uzorak je obuhvatao mladiće između 15 i 22 godine koji su u momentu ispitivanja boravili u VPD, koji su dobro znali srpski jezik, bili funkcionalno pismeni, imali živu majku i poznavali je²¹. Od 108 ispitanika koji su ispunjavali uslove uzorka, njih 98 (90,7%) je adekvatno popunilo upitnike. Od toga, 52 (53,1%) je ispunilo kriterijski skor za ulazak u drugu etapu istraživanja.

Prosečna vrednost uzrasta ispitanika je bila 18 godina i 7 meseci ($SD=1$ godina i 7 meseci) a prosečan broj razreda koje su ispitanici završili je bio 7,57 ($SD=1,91$). Zanimanje oca smo dobili za 81,6% ispitanika: kod 43,9% ispitanika su bili radnici, kod 22,4% – službenici, kod 4,1% – stručnjaci ili rukovodioci i kod 3,1% -privatni preduzetnici. Zanimanje majke smo dobili za 98,0% ispitanika: 35,7% majki su bile domaćice, 27,6% njih – radnice, 26,5% su bile službenice i 6,1% njih su bili stručnjaci ili rukovodioci. Ispitanici su u 62,2% slučajeva živeli do smeštaja u VPD u nepotpunim porodicama, a 8,2% njih je pre punoletstva živilo bez nadzora odraslih.

Postupak istraživanja

U istraživanju je primenjen dvostepeni istraživački dizajn. U prvoj fazi su ispitanici testirani skalama depresije, a u drugoj su oni, koji su prešli kritičan skor na njima, dijagnostikovani intervj uom u cilju konačnog određivanja postojanja poremećaja. Ovaj pristup se preporučuje u literaturi kao pogodan za prevazilaženje neekonomičnosti sprovođenja dijagnostičkog intervjuja sa svim ispitanicima u uzorku (Tennen i sar., 1995a, 1995b; Kendall, Flannery-Schroeder, 1995; Harrington, 1995; Rutter i sar., 1998). Isključiva primena upitnika depresivnosti, iako je najekonomičnija, nije primerena za procenu dijagnostičkih kategorija, jer je procena kliničara na osnovu intervjuja najpouzdaniji pokazatelj prisustva mentalnih poremećaja (Zung i sar., 1990; Roberts i sar., 1991). Sa druge strane, intervjuji su vremenski

21 Istraživanje je bilo deo šireg istraživačkog projekta, koji je zahtevao i ovaj kriterijum

zahtevni i tako neekonomični. Dvo-etapni dizajn je „srednje rešenje“, skraćujući postupak procene uz omogućavanje kvalitativne procene selekcionisanog uzorka. Ovakav dizajn ipak nije precizan u proceni životne prevalence poremećaja raspoloženja, jer testovi depresije procenjuju prvenstveno aktuelnu depresivnost.

Određivanje kriterijumskog skora za ulazak ispitanika u drugu etapu istraživanja je zahtevalo posebnu pažnju zbog odsustva domaćih standarda, kao i zbog nepravilnosti distribucije odgovora na nekim stavkama BDI skale koju smo dobili u populaciji institucionalizovanih delinkvenata. U svrhu određivanja graničnog skora, koristili smo prethodno prikazano istraživanje, realizovano na sličnom uzorku adolescenata lišenih slobode zbog krivičnih dela (Hrnčić, 2007b). Na osnovu prikazaane taksonomske analize rezultata 191 adolescenta na testovima depresije, odredili smo granične skorove na skalama BDI i D6R koji najbolje diferenciraju ispitanike koji pripadaju dvoma taksonima koje karakteriše prisustvo od ispitanika koji pripadaju dvoma taksonima koje karakteriše njeno odsustvo. Pokazalo se da određenje kriterijumskog skora 19 za BDI i 75 za D6R dovodi do samo 2,1% pogrešnih svrstavanja u „depresivne“ grupe i samo 0,5% pogrešnih svrstavanja u „nedepresivne“ grupe, te su ovi skorovi određeni kao granični za naše istraživanje.

Postupak izbora ispitanika koji ispunjavaju uslove ulaska u uzorak, i skupljanja opštih podataka o ispitanicima je bio isti kao i u prethodno prikazanom istraživanju. Postupak popunjavanja upitnika depresivnosti je bio takođe isti kao u prethodnom istraživanju, sa tim što su svi ispitanici popunili upitnik u roku od tri dana. Ispitanici koji su imali na BDI ili D6R rezultat iznad kriterijumskog skora, intervjuisani su po protokolu SCID-I u toku tri nedelje posle testiranja. Sve intervjuje je izvršila autorka rada.

Rezultati

Rezultati dijagnostičkog intervjeta 52 ispitanika pokazali su postojanje depresivnih poremećaja kod njih 28, što čini 28,6% celog uzorka (Tabela 9).

Veliki depresivni poremećaj (VDP) je dijagnostikovan kod 17 mladića (17,3%). Osmorica je imalo tekuću veliku depresivnu epizodu (VDE), sedmorica je imalo VDE u delimičnom povlačenju, dvojica u potpunom povlačenju, a ni jedan nije imao VDE sa psihotičnim karakteristikama, nije se pokazalo oštećenje testa realnost. Ni jedan ispitanik nije pokazao tekuću tešku veliku depresivnu

epizodu sa izrazitom psihomotornom retardacijom ili agitacijom.

Distimični poremećaj (DP) je nađen kod sedam ispitanika (7,1%). Svi su imali tekući DP. Uslove za *mali depresivni poremećaj* je ispunjavalo pet ispitanika (5,1%), od kojih su četiri bila tekuća i jedan prošli poremećaj.

Kratka depresivna epizoda je nađena kod tri ispitanika (3,1%) – dve su epi-zode bile tekuće, a jedna prošla.

Poremećaji iz shizofrenog kruga su nađeni kod dva ispitanika (2,0%). Jedan je prethodno dijagnostikovan i tretiran kao shizofrenija, u vreme ispitivanja u povlačenju, a jedan ispitanik je pokazivao shizofrenu simptomatologiju i nije imao oficijelnu dijagnozu.

Manična ili hipomanična epizoda, afektivni poremećaj bipolarnog tipa i tugovanje nisu nađeni ni kod jednog ispitanika.

Nije postavljena ni jedna „dupla dijagnoza“. DP je dijagnostikovan samo ako nije utvrđena ni jedna VDE. Kod četiri ispitanika smo i ovde imali dileme oko diferencijalne dijagnoze jer su imala jednu VDE dve do tri godine pre intervjuja, a od tada su zadovljavali uslove za DP bez ponovljenih VDE. Na kraju smo zaključili da se njihova problematika bolje može opisati kao VDP u delimičnom povlačenju.

Tabela 9. Prisustvo mentalnih poremećaja iz depresivnog kruga

	DP	VDP	Mali depresivni poremećaj	Kratka depres. epizoda	Ukupno
Tekući	7 (7,1%)	15 (15,3%)	4 (4,1%)	2 (2,0%)	28 (28,6%)
Prošli	0 (0,0%)	2 (2,0%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	4 (4,1%)
Ukupno	7 (7,1%)	17 (17,3%)	5 (5,1%)	3 (3,1%)	32 (32,7%)

Diskusija

Tumačenje dobijenih rezultata ograničeno je nedostatkom odgovarajućih epidemioloških studija depresivnih poremećaja u našoj populaciji. U inostranim istraživanjima depresivnih poremećaja mladih, najviše ima podataka o prisustvu VDP i DP, a na osnovu DSM-III i DSM-III-R klasifikacije (American Psychiatric Association, 1994).

Tabela 10: Pregled rezultata istraživanja depresivnih poremećaja u opštoj adolescentnoj populaciji

AUTORI	DIZAJN	UZORAK	INSTRUMENTI I DIJAGNOSTIČKI SISTEM	PREVALENCA DEPRESIVNIH POREMEĆAJA
Whitaker i sar. (1990)	Dvoetapno epidemiološko istraživanje	2564 mladića, 13–18 g.	I faza – BDI test II faza – nestandardizovani dijagn. intervju za DSM-III	VDP – životna prevalenca: 2,9% DP – životna prevalenca: 2,3%
Fleming i Offord (1990)	Pregled 6 studija	Opšta adolescentna populacija, 11–19 g.	Dijagn. intervju (K-SADS, DIS, DISC, DICA), za DSM – III i DSM-III-R	VDP tekuci – 3 studije: 0,4–5,7% VDP zadnjih 6 mes – 2 studije: 1,0–6,4% VDP životna prevalenca – 1 studija: 8,3% DP tekuci – 2 studije: 1,6% i 8,0%
McGee i sar. (1990)	Dunedin istraživanje	483 dečaka od 15 g.	Skrácení DISC za DSM III CBCL – P	VDP tekuci: 0,8%; VDP prošli: 0,8% DP prevalenca: 0,8%
Roberts i sar. (1991)	Poprečni presek	Veliki uzorak adolescenta u zajednici	K-SADS za DSM-III-R	VDE tekuci: 2,5%; VDE prošla: 18,5% DP tekuci: 0,5%; DP prošla: 3,3%
Garrison i sar. (1992)	Dvoetapno epidemiološko istraživanje	488 dečaka, 12–14 g.	I faza – CES-D test II faza – K-SADS za DSM- III	VDP – prevalenca: 9,04% DP – prevalenca: 7,98%
Lewinsohn i sar. (1994)	Poprečni presek	1508 srednjoškolaca, 14–18 g.	Nestandardizovani dijagn. intervju	VDP – životna prevalenca: 24,05%
Gotlib i sar. (1995)	Poprečni presek	1709 srednjoškolaca, prosečni uzrast 16,6 g.	K-SADS za DSM-III-R	VDP tekuci: 2,6% VPD životna prevalenca: 18,4%
Newman i sar. (1996)	Dunedin istraživanje	492 mladića od 21 g,	Modifikovani DIS za DSM III- R	VDE – jednogodišnja prevalenca: 11,2% DP – jednogodišnja prevalenca: 1,9%

K-SADS – Schedule for Schizophrenia and Affective Disorders in School Age Children; **DISC** – Diagnostic Interview Schedule for Children; **DICA** – Diagnostic Interview for Children and Adolescents; **CAS** – Child Assessment Schedule; **CBCL-P** – Child Behaviour Checklist – Parents Form; **Dunedin istraživanje** – novozelandsko longitudinalno istraživanje kompletne populacije rođenih tokom jedne, 1972./1973. godine.

U Tabeli 10 su prikazani rezultati četrnaest istraživanja opšte adolescen-tne populacije. Izveštaji se međusobno značajno razlikuju. Procene prisustva tekućeg ili skorašnjeg VDP u opštoj adolescentnoj populaciji se kreću između 0,4 i 6,4%, osim na uzorku 21-godišnjaka u kome je 11,2% ispitanika imalo ovaj poremećaj (Newman i sar., 1996). Životna prevalenca VDP se kreće između 8,0% i 24,05%.

Procene DP su između 0,8% i 8,0%. Ovako izrazita neslaganja su rezul-tat značajnih metodoloških i konceptualnih razlika između istraživanja (Hrnčić, 2003b; Fleming, Offord, 1990).

Naši rezultati pokazuju da je procenat prisustva tekućeg velikog depre-sivnog poremećaja od dva i po do trideset puta veći od onog dobijenog u pri-kazanim studijama, sa izuzetkom rezultata dvadeset-jednogodišnjih ispitanika Dunedin studije (Newman i sar., 1996), u odnosu na koje je nalaz tek nešto viši. Podaci drugih istraživanja o životnoj prevalenci pokazuju da je i ona uglavnom niža od prevalence tekućih poremećaja, dobijene u našem uzorku.

Prisustvo DP na našem uzorku je slično dobijenim stopama u dve od se-dam prikazanih studija na opštem uzorku (Garrison i sar., 1992; Kashani i sar., 1987), dok je kod ostalih pet nekoliko puta viši. Sličnost našeg nalaza sa onim dobijenim u dva opšta uzorka može se tumačiti prisustvom čestih i velikih stre-sova kod populacije institucionalizovanih delinkvenata (Hrnčić, 2001, 2004), koji mogu kod distimičnih adolescenata da ubrzaju pojavljivanje VDP, što može rezultovati relativno nižom stopom DP, a povećanom stopom VDP, kako smo i dobili u našem uzorku. Istraživanja pokazuju da distimija u mlađom uzrastu jeste vrlo često uvod u kasniji veliki depresivni poremećaj (WPA Dysthymia Working Group, 1995), što ide u prilog tumačenju da DP prelazi u VDP u uslo-vima visokog stresa. Jedan od najviše zasnovanih nalaza vezanih za činioce na-stanka depresije je postojanje stresnih životnih događaja kao najave depresije (Lewinsohn i sar., 1994a; Fleming, Offord, 1990; Harrington, 1995; Birmaher i sar., 1996a). I sami naši ispitanici su početak depresivnih simptoma najčešće povezivali sa stresovima vezanim za sukob sa zakonom, kao što su teško krivično delo, pritvor, dolazak u dom isl.

Rezultati istraživanja komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja kod adolescenata u opštoj populaciji, prikazani u prethodnom poglavju, daleko su sličniji našim nalazima. Epidemiološke studije pokazuju prisustvo depresivnih

poremećaja među mladima sa antisocijalnim ponašanjem koje se kreće između 5,6% (Moffit, 1990) i jedne trećine (Kashani i sar., 1987). Epidemiološka studija McGee-a i saradnika (1990) je imala uzorak najsličniji našem. Petnaestogodišnji ispitanici sa poremećajem ponašanja u užem smislu ili opozicionim poremećajem (n=85) su dijagnostikovani da imaju i depresivni poremećaj u 15,3% slučajeva. Naša stopa od 22,4% je nešto viša od ovih rezultata.

Istraživanja prisustva depresivnih poremećaja kod mlađih sa poremećajima ponašanja na kliničkim uzorcima su uglavnom pokazala više stope komorbiditeta. Istraživači izveštavaju o prisustvu depresivnih poremećaja u ovim uzorcima kod između 9,3% (Storm- Mathisen, Vaglum, 1994) i 84,6% (Perry, 1985) ispitana, pri čemu su češći nalazi o višim stopama. Veoma visoke stope ovog komorbiditeta koje mogu da se dobiju u kliničkoj populaciji su verovatno posledica selekcije za upućivanja mlađih u psihijatrijske klinike, koja favorizuje one sa multiplim problemima jer su u većoj disfunkciji nego oni sa jednim poremećajem. Pošto je princip selekcije za VPD druge prirode, naši rezultati se kreću ka donjoj trećini navedenih nalaza – 22,4% tj. 24,5%.

Naši rezultati se najviše slažu sa nalazima istraživanja depresivnih poremećaja među zatvorenim adolescentima, koji se uglavnom kreću od 14,6% (Haapasalo, Hamalainen 1996) do 23% (Chiles i sar., 1980). Ipak, i ovde se može dobiti nizak komorbiditet kod oficijelnih dijagnoza (Eronen i sar., 1996). Prisustvo tekuće VDE kod 15,3% ispitanika sa i tekućeg poremećaja raspoloženja depresivnog spektra kod 22,4% njih je skoro identičan sa ovim nalazima.

Možemo zaključiti da su obe naše prepostavke vezane za prisustvo i karakteristike depresivnih poremećaja kod zatvorenih mlađića sa antisocijalnim ponašanjem, potvrđene. Prva prepostavka o visokom prisustvu depresivnih poremećaja kod mlađih delinkvenata u potpunosti se potvrdila za veliki depresivni poremećaj, a delimično za distimični poremećaj. I druga prepostavka, da će depresivni poremećaji mlađih delinkvenata većinom pokazati unipolarne i blaže forme, u potpunosti je potvrđena.

Ograničenja ovog istraživanja su ne baš visoka pouzdanost dijagnostičkog intervjua (Kendall, Flannery-Schroeder, 1995; Rey i sar., 1990), olakšano dijagnostikovanje poremećaja u slučaju komorbiditeta, o čemu je bilo reči, dvo-etapni dizajn istraživanja koji nosi rizik od potcenjivanja prisustva depresivnih poremećaja u celom uzorku, kao i prigodnost uzorka istraživanja, koja ograničava uopštavanje

zaključaka. Isključivanje iz uzorka ispitanika koji nemaju majku, tj. ne poznaju je dalje povećava rizik do potcenjivanja prisustva depresivnih poremećaja u celom uzorku, o čemu je već bilo reči. Na kraju, nedostatak obuhvatne studije na reprezentativnom uzorku opšte populacije sprovedene na našim prostorima onemogućava zaključivanje o značajnosti razlika između naših podataka i onih dobijenih u opštoj populaciji. Ipak, naši rezultati su pokazali visoko slaganje sa onim, dobijenim na sličnim uzorcima u drugim zemljama, što govori u prilog njihovoj valjanosti.

Visoko prisustvo depresivnog poremećaja u populaciji mladih lišenih slobode može se objasniti dejstvom gubitka slobode, te sa njom vezanih čestih i teških stresova (hapšenja, istrage, boravka u zatvorenoj ustanovi; nemogućnosti bekstva iz neprijatne situacije (Seligman i sar., 1968; Abramson i sar., 1978). U narednim poglavljima ćemo razmatrati zasnovanost ovog objašnjenja.

ZAKLJUČAK

Naše istraživanje mladih sa ozbiljnijim antisocijalnim ponašanjem se bavilo utvrđivanjem prisustva i karakteristika depresije sa stanovišta dimenzionalnog i kategorijalnog pristupa depresiji.

Kako smo i očekivali, visok komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresivnosti merene upitnicima se potvrdio. Rezultati na skali samoprocene depresije BDI (Beck i sar., 1961) su bili značajno viši ($M=15.15$, sa korekcijom $M=13.36$, $SD=12,28$), nego oni dobijeni na uporedivim uzorcima iz opšte populacije. Na ovom testu je 26.7%, ispitanika (sa korekcijom 23.0%) inalo skor iznad kriterijskog skora 19 koji ukazuje na klnički značajnu depresiju, što je daleko viši rezultat od onog dobijenog na drugim uzorcima iz opšte populacije. U poređenju sa raspoloživim podacima, ovi rezultati su viši nego kod opšte populacije. Nedostatak kontrolne grupe i nepostojanje standarda za primenjene upitnike u našoj populaciji onemogućava pouzdano zaključivanje o značajnosti ovih razlika.

Rezultati taksonomske analize pokazuju da su se izdvojile dve grupe depresivnih ispitanika. Prvu grupu (19.9%) karakterišu visoki i kognitivni, i somatski simptomi depresije, kao što odgovara opisu strukturisanih depresivnih poremećaja kao što su veliki depresivni poremećaj i distimija. Drugu grupu (19.4%) karakterišu visoki kognitivni, a niski somatski simptomi, što sugeriše da se radi o distimičnom raspoloženju, pre nego i o postojanju depresivnog poremećaja. Ovi

nalazi sugerišu da je kategorijalni pristup primereniji od kategorijalnog za opis specifičnosti raznolike depresivne simptomatologije.

Istraživanje depresije kao dijagnostičke kategorije na osnovu dijagnostičkog intervjeta sa mladima koji su pokazali visoke rezultate na samoproceni depresivnosti, pokazalo je visoko prisustvo tekućih depresivnih poremećaja kod ispitanika. Tekuće klinički značajne simptome depresije je imalo 28.6% ispitanika, od toga veliki depresivni poremećaj njih 15.3%; distimiju – 7.1%; mali depresivni poremećaj njih 4.1%, i kratku depresivnu epizodu – 2.0%. Nije se pokazalo prisustvo psihotičnih i bipolarnih formi poremećaja raspoloženja.

Prisustvo tekućeg velikog depresivnog poremećaja je bilo daleko više, od onog dobijenog u skoro svim (nama raspoloživim) istraživanjima opšte populacije. Za prisustvo distimije, zaključak nije tako jednoznačan: ono je daleko više od rezultata dobijenih u pet prikazanih istraživanja opšte populacije, dok je slično rezultatima kod ostala dva prikazana istraživanja. Ipak, generalizacija dobijenih rezultata ograničena je nedostatkom kontrolne grupe, nedovoljnom pouzdanosti dijagnostičke procene, olakšanim dijagnostikovanjem jednog poremećaja u slučaju prisustva drugih mentalnih poremećaja i prigodnošću uzorka. Naši rezultati su nešto viši od stopa komorbiditeta poremećaja ponašanja i depresije dobijenih u opštoj populaciji i nešto niži od uobičajenih komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja dobijenih u istraživanjima kliničke populacije mlađih. Oni su gotovo identični onim, dobijenim u istraživanjima depresije kod antisocijalnih mlađih u korektivnim institucijama, što govori u prilog tome da su dobijeni rezultati valjani i relevantni za populaciju antisocijalnih mlađih u korektivnim institucijama, na koju se odnose.

Rezultati dobijeni na osnovu samoprocene ispitanika i dijagnostičkog intervjeta ukazuju na visoko prisustvo depresije u našem uzorku. Da bi se pouzdano rasvetlio stepen prisustva komorbiditeta između depresije i antisocijalnog ponašanja u našoj sredini, potrebna su dalja istraživanja prisustva depresije i njene povezanosti sa antisocijalnim ponašanjem u opštoj populaciji, prisustva depresije kod mlađih u sukobu sa zakonom koji žive u svojoj prirodnoj sredini, kao i prisustva antisocijalnog ponašanja kod osoba sa depresivnim poremećajima.

Četvrto poglavlje

OBJAŠNJENJA KOMORBIDITETA

Ukoliko prihvatimo stanovište da postoji pravi komorbiditet, onda se on može objasniti na nekoliko načina. Moguće je da je on posledica korelativnog odnosa između njihovih etioloških faktora. On se može objasniti i postojanjem zajedničkih etioloških faktora. Povezanost između ova dva poremećaja može i da ukazuje i na direktni uzročno-posledični odnos između njih, tako da ili antisocijalno ponašanje uzrokuje depresiju, ili da depresija vodi u antisocijalno ponašanje (Patterson i sar., 1992; Harrington, 1995; Fergusson i sar., 1996).

KORELATIVNI ODNOS ETIOLOŠKIH FAKTORA

Objašnjenje komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja *korelativnim odnosom između* njihovih uzroka podrazumeva da ne postoji pretpostavka o zajedničkom korenju tih uzroka koji su u korelaciji. Teško je reći da ne postoje međusobne kauzalne veze između uzroka različitih sredinskih uslova, npr. između kursivnog mehanizma²² koji predisponira za antisocijalno ponašanje (Patterson i sar., 1992) i depresivnog atribucionog stila koji predisponira za depresiju (Blumberg, Izard, 1985; Anderson i sar., 1994; Bodner, Mikulincer, 1998), koji mogu imati zajedničku osnovu u nedovoljnim afektivnim vezama sa staraocima i njihovoj nesenzitivnosti (Hrnčić, 2008, 2009b). Korelativno shvatanje odnosa etioloških faktora antisocijalnog ponašanja i

depresije se najčešće primenjuje u slučaju kada je etiološka linija jedne kategorije nasledna, a druge sredinska, dok su sredinska i nasledna komponenta u međusobnoj korelaciji.

Antisocijalno ponašanje je nasledno, a depresija stecena

Tumačenje po kome se antisocijalno ponašanje nasleđuje, a da je depresija sredinski određena nalazi osnovu u istraživanjima koja pokazuju da su deca antisocijalnih osoba često depresivna. Winokur (1979) je davno skrenuo pažnju na podvrstu depresije koju je nazvao „bolest depresivnog spektra“, a koju karakterišu problemi ličnosti i interpersonalni problemi, rani početak pre 40 godine života, izrazitije prisustvo depresije kod ženskih nego kod muških rođaka i visoko prisustvo alkoholizma i sociopatije kod muških prvostepenih rođaka. Ovaj poremećaj Winokur smatra tipičnim za ženski pol. Istraživanja Akiskal-a (Akiskal i sar., 1980; Akiskal, 1983) pokazuju slične nalaze za osobe sa „depresivnim poremećajem karakternog spektra“, čije rođake karakteriše alkoholizam i zloupotreba droga, ali ne i depresija. U njegovim istraživanjima žene su češće od muškaraca dobijale ovu dijagnozu, mada sam autor ne ističe polnu pripadnost kao njen bitno određenje. Kasnija istraživanja pokazuju da se „bolest depresivnog spektra“ nalazi i kod muških naslednika. Marmorstein i Iakono (2004) dobijaju da je antisocijalno ponašanje očeva značajno povezano i sa depresijom i za antisocijalnim ponašanjem njihove adolescentne dece. U istraživanju Patterson-a i saradnika (1992) je ko-variranje antisocijalnosti roditelja i depresije njihovih adolescentnih antisocijalnih sinova čak izrazitije nego ko-variranje antisocijalnosti roditelja sa antisocijalnošću sinova!

22 **Koursivni mehanizam** se odnosi na set dijadnih interakcija koji obuhvata sledeće sekvence ponašanja: jedna strana se *ponaša neprijatno* (započinjanje); druga strana odmah odgovara neprijatno (negativni sinhronicitet); prva strana se povlači (reakcija bežanja), čime druga strana dobija negativno potkrepljenje (prestanak negativne stimulacije). Karakteristično za model je da se prethodna sekvenca često ponavlja. Posle nekoliko hiljada ponavljanja, averzivna razmena *escalira*, tj. povećava dužinu i amplitudu. Dete uči da pobedi u situacijama pokušaja disciplinovanja tako što escalacijom averzivne razmene i agresije natera roditelja da se povuče. Koursivni proces je jedan od osnovnih mehanizama razvoja otvorenog antisocijalnog ponašanja (Patterson i sar., 1992).

Rezultati sugeriraju da postoji mogućnost da se povećan komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresije može objasniti nasleđivanjem i sredinskim određenjem antisocijalnosti i samo sredinskim određenjem depresivnosti, koji su u međusobnom korelativnom, ali ne i uzročnom odnosu. Sredinski uticaji potiču od ponašanja i životnog stila antisocijalnih roditelja, koje karakteriše neefikasno disciplinovanje i agresivnost, što povećava rizik za antisocijalno ponašanje deteta (Akiskal, 1983; Patterson i sar. 1992; Hrnčić, 2003a, 2009b). Oni takođe imaju visok rizik za odbacujuće, nezainteresovano, nesenzitivno i neresponsivno roditeljstvo, nasilje u braku, razvod braka, zloupotrebu supstanci i brojne stresove tipične za antisocijalni stil, što ugrožava afektivnu vezanost i osećanje sigurnosti deteta i povećavajući rizik i za depresiju i antisocijalno ponašanje (Hrnčić, 2008, 2009b). Dakle, sredinski uticaji verovatno povećavaju rizik i za depresiju i za antisocijalno ponašanje.

Uticaj genetskog faktora u nasleđivanju antisocijalnosti je, međutim, daleko manje potvrđen u literaturi. On je daleko izrazitiji kod odraslog, nego kod adolescentnog antisocijalnog ponašanja (Lyons i sar., 1995; Patterson i sar., 1992), te se ovim pristupom ne može objasniti komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresivnosti kod mladih. I mehanizmi nasleđivanja antisocijalnog ponašanja ne pogoduju razvoju depresivne simptomatologije. Niža autonoma reaktivnost i povećani nivo serotonina u krvi, tipični za antisocijalne osobe (Hrnčić, 2003a, 2009b) dovode do manje osetljivosti na neprijatnu sredinu, dakle i na afektivno odbacivanje i stresove, koji su osnovni sredinski etiološki faktori depresije (Hrnčić, 2008) što pre smanjuje, nego što povećava sklonost mlade osobe ka depresivnom ponašanju.

Genetski uticaji se ne pokazuju kao zadovoljavajuće objašnjenje razvoja depresivnosti kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem i antisocijalnim roditeljima.

Depresija je nasledna, a antisocijalno ponašanje stečeno

Prepostavka da se depresija nasleđuje, a da je antisocijalno ponašanje sredinski određeno ima polazište u nalazu istraživanja da antisocijalni mladići često imaju depresivne roditelje. Istraživanje Dumas-a i Gibson-a (1990) dobija da je čak 53% majki dece sa poremećajima ponašanja na upitniku depresije BDI pokazalo postojanje barem blagih formi depresije. Pokazuje se značajan uticaj

i depresivnih očeva na antisocijalno ponašanje dece. Istraživanje Patterson-a i saradnika (1992) dobija da je u potpunim porodicama zajedničko variranje antisocijalnog ponašanja deteta sa depresijom očeva značajno, dok nije značajno sa depresijom majke. Ipak, istraživanje epidemiološkog uzorka od 5877 ispitanika pokazuje da je majčina depresije bila prisutna kod čak 22,7% ispitanika! Istraživanja koja obuhvataju i mlade sa poremećajima ponašanja i mlade sa depresijom pokazuju da je depresivnost majke bila značajno povezana sa oba poremećaja deteta (Marmorstein, Iacono, 2004; Singh i sar., 2010).

Mnogi autori dobijaju da je depresivnost roditelja u korelaciji sa biološkom predispozicijom za depresiju njihove dece (Winokur, 1979; Akiskal, 1983; Puig-Antich-a i sar., 1989; Harrington, 1995; Birmaher i sar., 1996a). Ipak, ona ne znači automatski da će se naslediti biološkim mehanizmima. Istraživanje Harold-a i saradnika (2010) primenjuje genetski dizajn da bi odgovorilo na pitanje o transgeneracijskom prenošenju depresivnosti na decu uzrasta 4 do 10 godina. Istraživali su uzorak genetskih majki i očeva kao i majki i očeva koji nisu genetski povezani sa svojom decom, ali su postali roditelji primenivši in vitro oplodnju (genetske majke, n=434; ne-genetske majke, n=127; genetski očevi, n=403; ne-genetski očevi, n=156). Dobili su da postoji direktna povezanost između depresije ne-genetske majke i depresije deteta, dok je kod genetskih majki uticaj njihove depresije na depresiju deteta bio posredovan majčinom toplinom i neprijateljstvom. Za dijадu otac – dete, kod genetski povezanih parova je nađen i direktan i posredovan uticaj, a kod genetski nepovezanih očeva nađen je samo indirekstan uticaj na dečju depresiju, preko njihove topline i hostilnosti.

I druga istraživanja mlađih adolescenata pokazuju nedostatak značajne povezanosti između depresije majki i adolescenata (Forehand i sar., 1988), a naročito sinova (Davies, Windle, 1997). Interesantne nalaze je dobilo istraživanje Singh-a i saradnika (2010) na uzorku od 1296 blizanaca, njihovih roditelja (n=1046) i biološke dece (n=2555). Iako je roditeljska depresija bila značajno povezana i sa depresijom i sa poremećajima ponašanja njihove dece, genetska povezanost se pokazala između depresije roditelja i poremećaja ponašanja dece, ali ne i između depresije roditelja i depresije dece, gde je bila značajna samo deljena sredina! Ovi nalazi traže dalja istraživanja i objašnjenja.

Nalazi o prediktivnosti roditeljske depresije za depresiju i antisocijalno ponašanje njihove dece se mogu objasniti time što su depresivni roditelji često

neadekvatni staraoci. Istraživanja pokazuju da su depresivne majke kao prvi objekti afektivnog vezivanja deteta manje efikasne kao roditelji, hladnije, ambivalentnije, kritičnije i više neprijateljske prema deci, manje angažovane oko njih, slabije ih nadgledaju, slabije komuniciraju i imaju konfliktne odnose sa njima (Burbach, Borduin, 1986; Patterson i sar., 1992; Harrington, 1995; Cicchetti i sar., 1998; Marmorstein, Iakono, 2004). Depresija majke je u značajnoj korelaciji sa lošim bračnim odnosima (Forehand i sar., 1988; Harrington, 1995; Cicchetti i sar., 1998), porodičnim konfliktom i opaženim stresom (Cicchetti i sar., 1998), što dalje povećava rizik za agresiju u porodici, neusklađeno disciplinovanje roditelja i neadekvatno nadgledanje deteta. Navedene karakteristike ipak nisu prisutne kod svih roditelja koji imaju depresivne poremećaje (Cicchetti i sar., 1998) i mogu biti ne samo njihova posledica, već i uzrok ili korelat. Neefikasno disciplinovanje i slabije nadgledanje deteta su faktori rizika antisocijalnog ponašanja. Nedovoljni i negativni odnosi roditelja sa detetom i povećani stres su faktori rizika i depresije i antisocijalnog ponašanja (Hrnčić, 2008, 2009b), ali i mnogih drugih poremećaja, što je u skladu sa nalazima da depresivnost majke povećava verovatnoću za većinu mentalnih poremećaja kod njihove dece (Kessler i sar., 1997; Shannon i sar., 2007).

Istraživanje uticaja genetskih faktora na komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja kod mladih ne ukazuje na njihov značaj. Puig-Antich i saradnici (1989) istražuju poremećaje prvostepenih ($n=195$) i drugostepenih ($n=785$) rođaka kod 48 dece sa velikim depresivnim poremećajem, upoređujući ih sa 20 dece sa psihijatrijskim poremećajima koji nisu iz afektivnog spektra i sa 27 normalne dece. Nalaze da deca koja imaju „duplu dijagnozu“ poremećaja ponašanja i velikog depresivnog poremećaja imaju značajno nižu stopu prisustva depresije i alkoholizma među rođacima, nego samo depresivna deca.

Gjone i Stevenson (1997) dobijaju interesantne rezultate o genetskim uticajima na komorbiditet eksternalizovanih i internalizovanih problema. Sprovode istraživanje sa genetskim dizajnom na epidemiološkom uzorku od 526 dizigotnih i 389 monozigotnih blizanaca uzrasta od 5 do 15 godina, koji su činili 59,8% svih blizanaca rođenih u Norveškoj tokom četiri izabrane godine. Nalaze da je rizik za čisto internalizovano ili samo eksternalizovano ponašanje bio veći za monozigotne nego za bizigotne blizance, dok nije bilo značajne razlike između bizigotnih i monozigotnih blizanaca u riziku za komorbiditet

eksternalizovanih i internalizovanih problema. Autori zaključuju da i internalizovano i eksternalizovano ponašanje ima jaču genetsku komponentu kada je u čistoj formi, nego kada je u komorbiditetu.

Nasledni uticaji depresivnosti roditelja na depresivnost dece se nisu pokazali kao značajni kod mlađih koji imaju komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja. Izgleda da korelativni odnos između biološke predispozicije za depresiju i sredinskog uticaja neadekvatnog roditeljstva depresivnih roditelja ne daje dovoljno objašnjenje visokoj povezanosti antisocijalnog ponašanja i depresije.

Rezime

Istraživanja ne pokazuju postojanje genetskog uticaja kod komorbiditeta depresivnosti / internalizovanih problema i antisocijalnog ponašanja / internalizovanim problemima nego kod „čistih“ slučajeva jednog poremećaja. Ona ne daju osnovne prepostavci da je osnovni mehanizam visokog komorbiditeta ova dva poremećaja korelativna veza između etioloških faktora depresije i antisocijalnog ponašanja, u smislu genetskog određenja jednog, a sredinskog određenja drugog poremećaja. Ova mogućnost je ipak nedovoljno istražena i traži dalja proučavanja.

ZAJEDNIČKI ETIOLOŠKI FAKTORI

Istraživanja faktora rizika depresivnosti i antisocijalnog ponašanja pojedinačno razmatranih pokazuju da ova dva poremećaja dele mnoge sredinske uticaje (Hrnčić, 2008, 2009b). Zajednički uticaji sredine su nedovoljne afektivne veze u porodici, nedovoljna senzitivnost i responsivnost roditelja, onemogućavanje autonomije i individuacije u porodici, konflikti u porodici, narušeni i negativni neposredni vršnjački odnosi i visoko prisustvo stresa. Zajedničke individualne karakteristike osoba sa depresijom i antisocijalnim ponašanjem su niske socijalne veštine, nisko samopoštovanje i uzrast – dostizanje vrhunca poremećaja u adolescenciji.

Istraživanja zajedničkih faktora oba poremećaja mogu se sprovoditi tako što će se oba poremećaja procenjivati pojedinačno i istovremeno i simultano povezivati za etiološkim faktorima, ukazujući na faktore rizika zajedničke za oba poremećaja. Drugi način je upoređivanje etioloških faktora kod osoba sa

komorbiditetom oba poremećaja sa onima nađenim kod osoba koje imaju samo jedan poremećaj, kao i sa onima bez poremećaja. Time se omogućava procena osobenosti onih koji imaju komorbiditet dva poremećaja u odnosu na one samo sa jednim poremećajem ili bez poremećaja. Direktnije zaključivanje o etiološkim faktorima je kada se komorbidna grupa poredi sa obe grupe koje imaju samo jedan poremećaj, kao i s kontrolnom grupom. Najviše zasnovano je zaključivanje o kauzalnim odnosima u istraživanjima longitudinalnog dizajna, kada procesa etioloških faktora varijabli prethodi proceni ishoda, mada i transferzalni dizajn može dati indikacije za moguća tumačenja rezultata.

Odgovor na pitanje o etiološkim faktorima depresije i antisocijalnog poнаšanja često daju istraživanja koja su ih posmatrala u okviru širih kategorija internalizovanih (preterano kontrolisanih, inhibitornih) i eksternalizovanih (nedovoljno kontrolisanih, dezinhibitornih) poremećaja. Studije ranog razvoja najčešće razmatraju probleme predškolske dece kroz ove dve velike kategorije, usled nedovoljno strukturisanog ponašanja i nemogućnosti samoprocene u ranom detinjstvu, da bi mogle da ih zatim prate u kasnijem uzrastu. Pokazuje se da je kontinuitet od ranih eksternalizovanih problema do kasnijih antisocijalnih ponašanja visok (Achenbach, Edelbrock, 1978; Loeber, Dishion, 1983; Loeber, 1990; Caspi, 2000), dok je kontinuitet od ranih internalizovanih problema do kasnijih depresivnih simptoma nešto niži, ali i dalje značajan (Windle, Windle, 1993; Caspi, 2000).

Genetski uticaji

Uticaj zajedničkog genetskog nasleđa kod dece i mlađih koji imaju depresivne simptome i antisocijalno ponašanje su istraživali O'Connor i saradnici (1998) u transferzalnoj studiji genetskog dizajna koja je obuhvatala 720 porodica iz 47 država SAD sa barem dvoje dece istog pola (prosečan uzrast starijeg deteta je bio $M=14,8$ godina, a mlađeg $M=12,6$). Obuhvatalo je šest grupa ispitanika: monozigotne blizance, dizigotne blizance i drugu braću i sestre iz bioloških porodica, kao i braću i sestre, polubraću/polusestre i biološki nepovezanu decu iz porodica iz drugog braka. Depresivni simptomi i antisocijalno ponašanje su procenjivani na osnovu upitnika samoprocene i sistematske opservacije porodičnih transakcija. Pokazalo se da su i antisocijalno

ponašanje i depresivni simptomi bili manje prisutni kod dece iz bioloških porodica, i utoliko manje prisutni što je srodstvo bilo bliže, pri čemu su rezultati blizanaca bili značajno niži od rezultata ostalih grupa, a rezultati monozigotnih bili značajno niži od rezultata dizigotnih blizanaca. Pokazalo se da je korelacija između antisocijalnog ponašanja braće i sestara bila utoliko veća ukoliko su genetski bili više povezani. Korelacija između depresivnih simptoma monozigotnih blizanaca je bila značajno veća u odnosu na druge grupe, koje su imale sličnu korelaciju na ovoj dimenziji. Korelacija između dva poremećaja kod iste osobe je bila prosečno $r=0,47$, dok je ukrštena korelacija između poremećaja braće/sestara bila najveća kod monozigotnih blizanaca ($r=0,35$), najmanja kod dizigotnih blizanaca ($r=0,11$), a ostale grupe su imale korelaciju između $r=0,22$ i $r=0,28$. Korelacija stepena srodstva je sa depresivnim simptomima bila $r=0,48$, a sa antisocijalnim problemima $-r=0,42$. Deljena sredina (boravak u istoj porodici) je imala korelaciju od $r=0,40$ sa depresivnim i $r=0,35$ sa antisocijalnim simptomima. Autori tumače ove nalaze kao pokazatelj izrazitijeg uticaja zajedničkog genetskog faktora. Rezultati mogu da se tumače i u svetu niskih skorova koje imaju blizanci na proceni oba poremećaja i koji su značajno niži od rezultata ostalih grupa, što sugerije da oni u stvari nisu ni imali ove poremećaje. Moguće je da su blizanački odnosi povezani sa nekim protektivnim faktorima za razvoj psihosocijalnih problema, kao što su intimnost i harmoničnost njihovih međusobnih odnosa, koji mogu biti posledica istovremenog razvoja u istoj porodici, stepena genetske povezanosti koja ih čini sličnima u temepramentu i kognitivnim sposobnostima i zbog toga uskladišnjima u razvoju, kao i značajne količine vremena koju provode zajedno (npr., idu u isti razred, druže se sa istim vršnjacima...). Kvalitet afektivnih odnosa je prediktivan za nastanak oba poremećaja (Hrnčić, 2008, 2009b), a posebno za depresiju (Hrnčić, 2009a). Jasniji odgovor na pitanje o međuodnosu genetskih predispozicija i sredinskih uticaja bi dala istraživanja koje bi uključila i blizance koji žive razdvojeno.

Porodični uticaji

Porodični uticaji su se pokazali kao značajan zajednički etiološki faktor oba poremećaja.

Porodična istorija psihopatologije i osuđivanja

O *psihopatologiji roditelja* kao zajedničkom faktoru rizika i za depresiju i za delinkvenciju je već bilo reči. Pokazalo se da je antisocijalno ponašanje očeva bilo značajno povezano i sa depresivnim poremećajima i sa poremećajima ponašanja kod njihove dece (Patterson i sar. 1992; Marmorstein, Iacono, 2004), kao i da je depresivni poremećaj majki bio značajno povezan sa oba poremećaja dece (Marmorstein, Iacono, 2004; Singh i sar., 2010). U sladu sa ovim zaključcima su i nalazi istraživanja Fergusson-a i saradnika (1996) u okviru novozelandske longitudinalne studije ($n=934$), koje je pokazalo da je *porodična istorija osuđivanja* bila prediktivna i za poremećaje ponašanja i za depresiju na uzrastu ispitanika od 14 do 15 godina, kao i godinu dana kasnije.

Nedovoljne afektivne veze u porodici

Nekoliko istraživanja je pokazalo da antisocijalnom ponašanju i depresivnom ishodu prethode odbacujući i konfliktni odnosi i nedostatak ljubavi u porodici.

Istraživanja afektivnog vezivanja u detinjstvu polaze od prepostavke da obrazac vezivanja deteta govori o karakteristikama njihovih roditelja. Lyons-Ruth (1996) daje pregled istraživanja iz ove oblasti, zaključujući da u niskorizičnim kontekstima rani izbegavajući obrazac vezivanja nije prediktivan za kasniju adaptaciju deteta, ali da u visokorizičnim kontekstima (nepovoljne socijalne okolnosti) *rano izbegavajuće ponašanje* postaje prediktivno i za internalizovane probleme i za kasniju agresivnost dece. Izbegavajući tip afektivnog vezivanja podrazumeva konzistentno odbacujuće roditelje, dakle nedostatak afektivnih veza.

Nekoliko istraživanja se bavilo povezanošću tekuće porodične situacije sa problemima dece i adolescenata. Transferalno istraživanje Vuchinich-ove i saradnika (1994) dobija, na osnovu sistematske opservacije porodičnih transakcija 188 porodica iz kliničke i opšte populacije, da je *porodična toplina* značajno negativno povezana sa internalizovanim ($r=-0,19$) i eksternalizovanim ($r=-0,20$) problemima preadolescenata. Istraživanje Reiss-a i saradnika (1995), sprovedeno na reprezentativnom uzorku porodica dece i adolescenata uzrasta

od 10 do 18 godina (708 porodica i 1440 braće i sestara), dobilo je značajnu negativnu povezanost između *bliskosti i prisnosti* sa ocem i sa majkom, dobijene na osnovu snimka komunikacije sa detetom i samoizveštaja, i antisocijalnih ($r=0,34$ i $r=-0,27$) i depresivnih ($r=-0,26$ i $r=-0,33$) simptoma potomaka. Prange i saradnici (1992) na uzorku od 353 adolescenata sa teškim emotivnim poremećajima i njihovih roditelja (najčešće majki) dobijaju da je *porodična kohezivnost* značajno povezana i sa poremećajima ponašanja ($p<0,01$) i sa depresijom ($p<0,05$) adolescenata.

Istraživanje Fergusson-a i saradnika (1996) u okviru novozelandske longitudinalne studije ($n=934$), ukazuje i na smer uticaja između *emotivne vezanosti za roditelje i problema dece*. Dobija se negativna korelacija između emotivne vezanosti za roditelje na uzrastu od 14-15 godina sa depresivnim poremećajima i poremećajima ponašanja na istom uzrastu ($r=-0,33$ i $r=-0,24$) i godinu dana kasnije ($r=-0,28$ i $r=-0,24$). Emotivna vezanost sa roditeljima se pokazala značajno prediktivnom za oba poremećaja godinu dana kasnije.

Nedovoljna senzitivnost i responsivnost roditelja

Prospektivna studija osiromašenih porodica Egeland, Pianta i O'Brien (1993, po Lyons-Ruth, 1996) u okviru Minnesota High Risk Study, poredi 45 majki ocenjenih kao visoko nametljive na uzrastu deteta od 6 meseci, sa normalnim majkama. Deca nametljivih majki su na uzrastu od 12 meseci imala veću verovatnoću za izbegavajući obrazac vezivanja. Ova deca u prvom razredu osnovne škole, po proceni učitelja, imaju više i internalizovanih i eksternalizovanih problema.

Transferzalno istraživanje Allen-a i saradnika (1998) je sprovedeno na srednjoškolskom uzorku od 131 šesnaestogodišnjaka. *Preokupirani obrazac vezivanja* u detinjstvu, koji karakterišu nesenzitivni roditelji, je pokazao značajnu korelaciju i sa internalizovanim ponašanjima adolescenata ($r=0,38$) i sa njihovim delinkventnim ponašanjem ($r=0,24$).

Greenberg i sar. (1990, 1991, po Lyons-Ruth, 1996) izvode dve studije na uzorku dece predškolskog uzrasta, upućene na klinički tretman sa dijagnozom poremećaja protivljenja i prkošenja. Većina ove dece pokazuje *kontrolišuće-dezorganizovani obrazac vezivanja*. Ona po proceni učitelja imaju više i eksternalizovanih i internalizovanih problema. Dezorganizovano vezivanje je povezano

sa smanjenom responsivnošću i senzitivnošću majki za potrebe deteta, koje pokazuju manje pozitivnih emocija i manje prihvatanje dečje inicijative. Deca sa ovim tipom vezivanja u kasnijim uzrastima, u pokušaju da se organizuju, pokazuju kontrolišuće ponašanje prema roditeljima (Lyons-Ruth, 1996).

Chen i Simons-Morton (2009) dobijaju na uzorku od 2453 učenika šestog razreda osnovne škole da mladi koji imaju i probleme ponašanja i depresivne simptome imaju roditelje koji značajno manje znaju o njihovom životu, nego roditelji mlađih koji pokazuju samo jedan od ove dve vrste problema.

Onemogućavanje autonomije i individuacije

Barber (1996) istražuje uticaj psihološke kontrole roditelja, definisane kao obrazac porodične interakcije koji narušava procese individuacije deteta, na depresiju i delinkvenciju. U dve studije adolescenata ($n=875$, učenici 5., 8. i 10 razreda; i $n=933$, učenici 5. i 8. razreda) autor nalazi da psihološka kontrola majke objašnjava značajan deo varijanse i depresije i, nešto manje, delinkvencije sinova, kako u transferzalnom dizajnu, tako i jednu godinu kasnije. Međutim, psihološka kontrola je u jednoj od ove dve studije bila generalniji prediktor depresije (za oba pola i roditelja i ispitanika), nego delinkvencije. U trećoj studiji sprovedenoj na manjem uzorku ($n=158$, uzраст ispitanika 12 godina) veza psihološke kontrole sa antisocijalnim ponašanjem se nije pokazala, dok se sa depresijom održala. Psihološka kontrola se pokazala značajnom i za depresiju, i za delinkvenciju, ali su rezultati konzistentniji i generalniji za depresiju.

Smanjene porodične veštine rešavanja problema. Porodične veštine rešavanja problema se pokazuju značajno vezanim za probleme deteta. Istraživanje rizičnih porodica Vuchinich i saradnika (1994) je dobito da porodično rešavanje problema ima značajnu negativnu korelaciju sa eksternalizovanim ($r=-0,31$) i internalizovanim ($r=-0,42$) problemima deteta. Četvorogodišnje longitudinalno istraživanje Kim-a i Bordi-ja (2005), je sprovedeno na uzorku od 139 mlađih iz afriko-američkih porodica samohranih majki. Nedostatak uključenosti i podrške roditelja u odnosima sa detetom i nedostatak razrešavanja sporova sa njim je bio prediktivan za nižu samokontrolu kod mlađih godinu dana kasnije, čime se povećavao rizik za antisocijalno ponašanje, anksiozno-depresivne simptome i nepažljivo ponašanje adolescenata nakon dve godine.

Strogo kažnjavanje od strane roditelja

Transferzalno istraživanje Bender-a i saradnika (2007), sprovedeno na uzorku šesnaestogodišnjih adolescenata ($n=141$) i njihovih porodica pokazalo je da je istorija strogog kažnjavanja, dobijena na osnovu izveštaja adolescenata i njihovih roditelja, bila povezana sa depresijom, anksioznošću i eksternalizovanim problemima adolescenata.

Konflikti u porodici

Veza između porodičnih konflikata i antisocijalnog i depresivnog ponašanja je jedna od bolje utvrđenih činjenica u savremenoj literaturi. Reiss i saradnici (1995) su u pomenutoj studiji mladih uzrasta od 10 do 18 godina (708 porodica, 440 braće i sestara) dobili da su *konflikti mladih sa roditeljima* u visokoj korelaciji sa antisocijalnim ponašanjem (r između 0,60 i 0,80) i u nešto nižoj korelaciji sa njihovom depresivnošću (r između 0,46 i 0,62). Pomenuto istraživanje Chen-a i Simons-Morton-a (2009) dobija nešto niže korelacije između konflikta roditelj-dete i depresivnih simptoma ($r=0,36$) i problema ponašanja ($r=0,30$). Mladi sa visoko izraženim i depresivnim simptomima i problemima ponašanja su imali značajno više prisutne konflikte sa roditeljima nego mladi koji imaju samo jednu vrstu problema. Marmorstein i Iacono (2004) istražuju u okviru epidemiološkog uzorka 626 porodica sa 17-godišnjim blizancima one ispitanike koji imaju poremećaje ponašanja ($n=135$), depresivni poremećaj ($n=79$) ili oba poremećaja ($n=44$), a koje porede sa kontrolnom grupom iz ostatka uzorka. Nalaze da su i veliki depresivni poremećaj i poremećaji ponašanja značajno povezani sa konfliktom između deteta i roditelja. Mladi sa komorbiditetom velikog depresivnog poremećaja i antisocijalnog ponašanja su imali najizraženije konflikte sa majkom i ocem. Dalja analiza je pokazala da su se značajno razlikovali od kontrolne grupe po izraženijim konfliktima sa majkom samo ukoliko im je majka imala veliki depresivni poremećaj, i po tome su bili specifični u odnosu na druge grupe.

Longitudinalno istraživanje Compton-a i saradnika (2003) se bavilo procenom neprijatne interakcije i konflikata sa roditeljima i starijom braćom koje karakteriše *koursivna, prinudna razmena*, u kome se na neprijatnu komunikaciju

odgovora neprijatnom komunikacijom i u kojoj neprijatan odgovor okončava konflikt (Patterson i sar., 1992). Na uzorku od 73 dece (46,6% muškog pola) i njihovih porodica pokazuje da je kursivna razmena, procenjena sistematskom opservacijom na uzrastu od prosečno 6 godina, bila prediktivna deset godina kasnije za antisocijalno ponašanje i devojaka i mladića (procena roditelja i samo-procena) i za depresivnost samo devojaka (samoprocena). Depresivnost i antisocijalno ponašanje su bili u značajnoj korelacijskoj vezi ($r=0,42$).

Istraživanje Crittenden-ove i saradnika (1994) pokazuje da je težina emocionalnog zlostavljanja u srednjem detinjstvu i adolescenciji povezana sa depresijom i problemima ponašanja mlađih.

Emery (1982) daje pregled studija koje su procenjivale i eksternalizovane i internalizovane poremećaje. Pokazuje se da su *konflikti između roditelja* povezani i sa eksternalizovanim i sa internalizovanim poremećajima dece i da su nalazi stabilniji za eksternalizovane poremećaje.

Istraživanje Bradford-a i saradnika (2008) je posvećeno analizi veze između antisocijalnih i depresivnih problema i porodičnih konflikata, kako među roditeljima, tako i između roditelja i adolescenata. Realizovano je na transferzalnom uzorku srednjoškolske omladine uzrasta 12 do 18 godina ($n=641$). Konflikti i između roditelja i između deteta i roditelja su imali značajnu korelaciju i sa depresijom i sa antisocijalnim ponašanjem ($r=0,25 - r=0,32$). Multivarijantna analiza je pokazala da su skriveni konflikti između roditelja su bili prediktivni i za depresiju i za antisocijalno ponašanje, dok su otvoreni konflikti roditelja bili prediktivni samo za antisocijalno ponašanje. Uticaj otvorenog konflikta na antisocijalno ponašanje je bio posredovan postojanjem konflikta između deteta i roditelja. Ovi nalazi su u skladu sa istraživanjima koja pokazuju da se ne dobija značajna veza između nasilja u porodici i depresije dece (McCloskey i sar., 1995), dok je značajna veza između nasilja u porodici i antisocijalnog ponašanja dece dobro utvrđena (McCloskey i sar., 1995; Hrnčić, 2009b).

Iako ne govore o smeru uticaja, zaključci Bradford-a i saradnika (2008) se mogu tumačiti u svetu nalaza da antisocijalno ponašanje povećava rizik za porodične stresove (Hrnčić, 2001, 2004), koji zatim povećavaju rizik za porodični konflikt, dok internalizovni poremećaji nemaju takav uticaj (Timmermans i sar., 2010). Skriveni bračni konflikti tako mogu da prethode oboma poremećajima,

dok otvoreni konflikti među roditeljima mogu da budu kako posledica antisocijalnog ponašanja deteta, tako i njihov uzrok, modelujući svojom agresivnošću antisocijalno ponašanje deteta.

Ova istraživanja transferzalnog dizajna ne govore o smeru uticaja. Pokazuje se da longitudinalna studija Fergusson-a i saradnika (1996) ne potvrđuje značaj porodičnih konflikata za kasnije probleme mlade osobe. Konflikti u porodici, mereni od rođenja do 10 godina života, su bili prediktivni za poremećaje ponašanja ali ne i za depresivne poremećaje na uzrastu ispitanika od 14-15 godina, dok nisu bili prediktivni ni za depresivne poremećaje ni za poremećaje ponašanja godinu dana kasnije.

Vršnjački odnosi

Negativni vršnjački odnosi dece i adolescenata su faktori rizika i depresije i antisocijalnog ponašanja (Hrnčić, 2008, 2009b).

Nekoliko istraživanja se bavilo preadolescentnom decom. Cole i Carpeniteri (1990) dobijaju na uzorku učenika 4. razreda osnovne škole da deca, koja su na osnovu sociometrije procenjena kao odbačena od strane vršnjaka, pokazuju značajno veće probleme ponašanja i depresivne simptome od dece sa ostalim sociometrijskim statusima. Odbačenost je više povezana sa disruptivnošću nego sa depresivnošću. Deca koja su bila i depresivna i disruptivna, kao i deca samo sa problemima ponašanja su imala najveću verovatnoću da budu odbačena ili kontraverzna (i odbačena i prihvaćena) – ona skoro nikad nisu popularna, zanemarena, ili prosečna u socijalnom statusu. Deca koja su samo depresivna mogu podjednako verovatno da budu i prosečna i odbačena. Istraživanje Cantrell-a i Prinz-a (1985) na uzorku učenika od 3. do 6. razreda osnovne škole ne potvrđuje povezanost depresije sa odbačenošću. Deca koja su na sociometriji procenjena kao odbačena od vršnjaka, karakterisala su se agresivnošću, disruptivnošću i nepažnjom. Međutim, ni odbačena niti zanemarena deca se nisu razlikovala od prosečne po samoproceni osećanja nesreće, stidljivosti ili odbačenosti. Nepriznavanje odbačenog statusa može se pripisati distorziranoj percepцији, ali i sklonosti dece da daju socijalno poželjne odgovore. Ovi nalazi sugeriraju da odbačenost može biti i uzrok i posledica disruptivnog ponašanja, ali ne obavezno i uzrok ili posledica depresivnosti disruptivne dece.

U pomenutom istraživanju Chen-a i Simons-Morton-a (2009) pokazuje se da mladi koji imaju i probleme ponašanja i depresivne simptome imaju značajno više drugova sa problemima ponašanja nego mladi koji pokazuju samo jedan od ova dva problema.

Istraživanje Windle-a (1994) na uzorku od 1098 srednjoškolaca uzrasta od 15 do 17 godina pokazuje značaj odnosa sa bliskim prijateljem. Skriveno neprijateljstvo u odnosima sa bliskim prijateljem je bilo u značajnoj korelaciji i sa antisocijalnim ponašanjem i sa depresijom. Ono je bio dobar prediktor kako delinkvencije, tako depresije 6 meseci kasnije, ali i obrnuto –delinkvencija i depresija su bili dobri prediktori skrivenog neprijateljstva 6 meseci kasnije.

Fergusson i saradnici (1996) dobijaju u navedenom longitudinalnom istraživanju interesantan podatak – da su delinkventni vršnjaci prediktori ne samo kasnije delinkvencije, kako bi se očekivalo, već i depresije. Vezivanje za delinkventne vršnjake u 14-toj godini života je bilo u značajnoj korelaciji i sa poremećajima ponašanja ($r=0,37$) i sa depresivnim poremećajima ($r=0,21$). Ono je bilo prediktor ovih poremećaja godinu dana kasnije ($r=0,29$ i $r=0,22$), mada je snaga uticaja bila očekivano veća za poremećaje ponašanja.

Individualne karakteristike

Neke individualne karakteristike su se pokazale kao zajednički prediktori antisocijalnog ponašanja i depresije.

Snižena socijalna kompetencija

Već je bilo reči o tome da je snižena socijalna kompetencija deo kliničke slike mladih koji imaju komorbiditet antisocijalnog ponašanja i depresije i da je sličnija kompetenciji mladih koji imaju samo probleme ponašanja od mladih koji imaju samo depresivne probleme. Pokazuje se i da je ona prediktivna za kasnije probleme dece. Longitudinalno istraživanje Bornstein-a i saradnika (2010) na uzorku normalne dece ($n=117$) pokazuje da su deca koja su imali sniženu kompetenciju na uzrastu od 4 godine, imali više internalizovanih i eksternalizovanih problema na uzrastu od 10 godina i više eksternalizovanih problema na uzrastu od 14 godina. Socijalna kompetencija je bila konstantniji prediktor eksternalizovanih nego internalizovanih simptoma.

Nedostatak samokontrole

Pomenuto četvorogodišnje longitudinalno istraživanje Kim-a i Bordi-ja (2005), sprovedeno na uzorku od 139 mladih iz afričko-američkih porodica samo-hranih majki, pokazalo je značaj samokontrole za razvoj problema kod adolescenata. Samokontrola je definisana kao sposobnost da se postave ciljevi, planiraju akcije i razmotre njihove konsekvene i u tome istraže. Niska samokontrola ispitanika na uzrastu od 14 godina je bila značajno prediktivna za antisocijalno ponašanje, anksiozno-depresivne simptome i nepažljivo ponašanje adolescenata godinu dana kasnije.

Stresori

Stresori su prediktori većine mentalnih poremećaja, kako eksternalizovanih, tako i internalizovanih (Kessler i sar., 1997; Ermery, 1982; Goodyer i sar.; 1985). Timmermans i saradnici (2010) su detaljnije istražili tok povezanosti stresova i eksternalizovanih i internalizovanih problema u longitudinalnoj studiji koja je pratila 396 dece iz opšteg uzorka tokom 15 godina, od njihove 3. do 18. godine života. Pokazuje se da su eksternalizovani simptomi dece na uzrastu od 3 godine bili prediktivni za kasnije stresne događaje, koji su dalje bili prediktivni za kasnije eksternalizovane probleme. Stresni događaji su bili prediktivni i za internalizovane probleme, ali tek od 10 godina nadalje. Na adolescentnom uzrastu, stresni događaji su bili prediktivni i za eksternalizovane i za internalizovane simptome. Fergusson i saradnici (1996) dobijaju da su stresori dosledni prediktori kasnije depresije, ali da nisu toliko konzistentni u predikciji poremećaja ponašanja. Oni su istraživali uticaj 49 negativnih porodičnih životnih događaja koji su se desili između 11. i 14. godine života na funkcionalisanje adolescenata. Pokazalo se da je izloženost negativnim životnim događajima bila prediktivna za depresiju i poremećaje ponašanja na uzrastu od 14-15 godina, dok je godinu dana kasnije bila prediktivna samo za depresiju, ali ne i za poremećaje ponašanja.

Zajednička varijansa i zajednički etiološki faktori

Analiza zajedničke varijanse između depresije i antisocijalnog ponašanja koju objašnjavaju zajednički etiološki faktori pokazuje stepen uticaja koji

imaju zajednički faktori rizika na istovremeno pojavljivanje depresije i antisocijalnog ponašanja.

Istraživanje Fergusson-a i saradnika (1996) je dobilo niz faktora rizika, koji su u značajno povezani sa barem jednim od ova dva poremećaja: druženje sa delinkventnim vršnjacima sa 14 godina, slaba emotivna vezanost za roditelje sa 14 godina, nepovoljni porodični životni događaji od 11 do 14 godina, problemi ponašanja sa 8 godina, kognitivne sposobnosti sa 8 godina, porodični konflikt od rođenja do 10 godina, porodična istorija osuđivanja uzeta kada su ispitanici imali 14 godina, i pol. Pokazala se visoka korelacija $r=0,65$ između faktora rizika koji su visoko određivali poremećaje ponašanja i faktora rizika koji su visoko određivali depresivne poremećaje. Značajnu korelaciju sa oba poremećaja su pokazali sledeći faktori: slaba emotivna vezanost za roditelje, porodični konflikt, druženje sa delinkventnim vršnjacima, nepovoljni životni događaji i porodična istorija osuđivanja, kako je prikazano u prethodnom pregledu.

Međutim, zajednički uzroci su na uzrastu od 14-15 godina objašnjavali $r= 0,15$ od ukupno $r=0,35$ korelacije između poremećaja raspoloženja i poremećaja ponašanja, a na uzrastu od 15-16 godina iznosi $r=0,13$ od ukupno $r=0,34$ korelacije. Neobjašnjeni deo korelacije od $r=0,20$ je i dalje ostao statistički značajan. Dakle, postoji značajna veza između ova dva poremećaja i kada se odstrani uticaj navedenih zajedničkih faktora rizika. Moguće je da je neobjašnjena varijansa nastala usled nedovoljno iscrpnog broja faktora rizika koji su razmatrali ovi autori. Moguće je i da se ostatak varijanse može objasniti i direktnim uzročnim odnosom između depresije i antisocijalnog ponašanja. U prilog ovom tumačenju su nalazi da su depresivni poremećaji na uzrastu ispitanika od 14-15 godina pokazali umerenu korelaciju sa njihovim poremećajima ponašanja na uzrastu od 15-16 godina ($r=0,22$). Takođe, poremećaji ponašanja na uzrastu od 14-15 godina su pokazali umerenu korelaciju sa njihovim depresivnim poremećajima na uzrastu od 15-16 godina ($r=0,27$). Ipak, dalje analize su pokazale da je korelacija između poremećaja bila bolje objašnjena zajedničkim faktorima rizika, nego direktnim uzročnim odnosom dva poremećaja. Kada se kontrolisao uticaj zajedničkih faktora rizika, međusobni uticaji poremećaja ponašanja i depresivnih poremećaja bili su mali i neznačajni.

Diskusija

Budući da je komorbiditet atisocijalnog ponašanja i depresije postao predmet ekstenzivnijih proučavanja tek posledenjih decenija, malo je istraživanja koja su se direktno bavila ispitivanjem njegovih etioloških odrednica. Najčešći dizajn istraživanja bio je da se istovremeno ispita uticaj nekoliko antecedentnih varijabli na eksternalizovana/antisocijalna ponašanja ili na internalizovane/ depresivne poremećaje. Na ovakva pitanja se često dobijao odgovor da određeni uzroci utiču na – oba. Mnogo je manje istraživanja koja određuju diskriminativnu prediktivnost antecedentnih varijabli u odnosu na mlade sa samo depresivnim problemima, sa samo antisocijalnim ponašanjem ili sa komorbiditetom oba poremećaja.

Pregled istraživanja je potvrdio očekivanja o prisustvu zajedničkih etioloških faktora depresivnosti i antisocijalnog ponašanja, tj. internalizovanih i eksternalizovanih poremećaja. Pokazao se prediktivni značaj koji za oba poremećaja imaju psihopatologija i istorija osuđivanja roditelja, nedovoljne afektivne veze u porodici, nedovoljna senzitivnost i responsivnost roditelja, onemogućavanja autonomije i individuacije od strane majke, smanjene porodične veštine rešavanja problema i istorija strogog kažnjavanja ispitanika od strane roditelja. Konflikti u porodici su u visokoj korelaciji sa antisocijalnim ponašanjem i depresivnošću i prediktivni za antisocijalne probleme.

Analiza ovih zaključaka ukazuje da se oni mogu svesti na nekoliko karakteristika porodičnih odnosa mlade osobe. Povezanost psihopatologije roditelja sa neadekvatnim roditeljstvom je dobro utvrđena činjenica (Hengeller, 1995, Rutter i sar., 1998). Konfliktni odnosi u porodici narušavaju afektivne odnose u porodici, povećavaju nivo stresa i modeluju i podstiču razvoj neadekvatnih mehanizama rešavanja problema i prevazilaženja konflikata (Hrnčić, 2009b). Strogo kažnjavanje od strane roditelja je često, ali ne i uvek, pokazatelj nesenzitivnosti i neresponsivnosti roditelja i njihovih smanjenih sposobnosti rešavanja problema, onemogućavanja autonomije i individuacije deteta, a može biti i znak nezainteresovanosti roditelja za vaspitanje dece. Nesenzitivnost i neresponsivnost roditelja i ograničavanje autonomije i individuacije deteta dovodi do smanjenja njegovih adaptivnih sposobnosti (Hrnčić, 2009a). Navedeni prediktivni faktori bi mogli da se svedu na nedovoljne, neadekvatne, odbacujuće afektivne veze i nestimulisanje, pa čak sprečavanje mlade osobe da razvije efikasne mehanizme adaptacije.

Istraživanja uticaja vršnjaka kod dece i adolescenata nisu pokazala značajnu vezu između odbacivanja vršnjaka i depresivnosti, ali su potvrdila značajnu povezanost odbacivanja sa problemima ponašanja i komorbiditetom problema i depresije. Istraživanja adolescenata pokazala su značaj neprijateljstva u bliskim vršnjačkim odnosima i druženja sa delinkventnim vršnjacima, kao prediktora i depresivne simptomatologije i antisocijalnog ponašanja. Druženje sa delinkventnim vršnjacima je povezano i sa prethodnim odbacivanjem od strane prosocijalnih vršnjaka (Patterson i sar., 1992) i sa povećanim odbacivanjem i neprijateljstvom koje karakteriše delinkventne družine (Hrnčić, 2009b). Delinkventne družine takođe podstiču dalji razvoj neadekvatnih i neefikasnih adaptivnih mehanizama. Nalazi sugeriraju da vršnjačke odnose mladih sa depresivnim i antisocijalnim problemima karakterišu negativni afektivni odnosi sa vršnjacima u adolescenciji, kada imaju i razvojno najveći značaj (Knjiga iz razvojne).

Individualne karakteristike, koje su se u studijama longitudinalnog dizajna pokazale prediktivnim i za depresiju i za antisocijalno ponašanje, su niža socijalna kompetencija i nedostatak samokontrole. Obe karakteristike ukazuju na nedostatak adaptivnih mehanizama osobe za zadovoljenje svojih socijalnih i ličnih potreba.

Istraživanja stresora su pokazala da su oni generalno više prisutni kod oba poremećaja mladih i u transferzalnom i longitudinalnom dizajnu, pri čemu se pokazala njihova izrazitija prediktivnost za antisocijalno ponašanje nego za depresiju. Stresori ipak ne pokazuju specifičan uticaj na komorbiditet dva poremećaja koja razmatramo, jer su prisutni i kod većine drugih mentalnih poremećaja. Specifično za eksternalizovane simptome dece je to što su se pokazali prediktivnim za kasnije stresne događaje, koji zatim povećavaju verovatnoću daljih eksternalizovanih poremećaja, čineći zločudan krug nastavljanja i eskalacije problema mladih. Mladi sa komorbiditetom antisocijalnog ponašanja i depresivnih simptoma mogu da imaju povećanu izloženost stresu zbog svog antisocijalnog ponašanja, i da budu vulnerabilni na njegova dejstva zbog smanjenih adaptivnih mogućnosti.

Pregled istraživanja pokazuje da je objašnjenje komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja preko zajedničkih etioloških faktora dobro empirijski zasnovano. Zajedničko za oba poremećaja su narušene afektivne veze u neposrednoj sadašnjoj i prošloj porodičnoj i vršnjačkoj socijalnoj sredini, nedostatak

podsticanja razvoja njihovih adaptivnih mehanizama u neposrednoj socijalnoj sredini, povećano prisustvo stresora i individualne karakteristike koje govore o sniženoj socijalnoj adaptaciji.

Ostaje otvoreno pitanje koliko zajedničke varijanse objašnjavaju zajednički faktori rizika. Istraživanje Fergusson-a i saradnika (1996) sugerije da zajednički etiološki faktori daju značajno, ali ne i iscrpno objašnjenje korelacije između dva poremećaja. Ipak, korelacija između poremećaja je bolje objašnjena zajedničkim faktorima rizika, nego direktnim uzročnim odnosom poremećaja, koji ne doprinosi ovom objašnjenju.

Moguće je da depresija i antisocijalno ponašanje imaju direktni međusobni uticaj – da uzrokuju jedno drugo.

JEDNO UZROKUJE DRUGO

Ostalo nam je da razmotrimo još jedno moguće objašnjenje komorbidi-teta, da jedan od razmatranih poremećaja uzrokuje drugi, ili da se obostrano uzrokuju u uzajamnoj vezi. Podrazumeva se da postoji direktna veza između jednog i drugog poremećaja, koja se ne može bolje objasniti zajedničkim uzrokom. Istraživanjima longitudinalnog dizajna sa različitim stepenom pouzdanosti i validnosti zaključivanja mogu nam dati uvid u primenljivost ovog pristupa na razumevanje komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja.

Longitudinalna istraživanja u kojima se proverava da li je inicijalna depresivnost prediktivna za kasnije antisocijalno ponašanje, tj. da li je inicijalno antisocijalno ponašanje prediktivno za kasniju depresiju, mogu biti polazna osnova za razmatranje direktnog uticaja ova dva poremećaja jedan na drugog. Međutim, ako se ne kontroliše komorbiditet između ova dva poremećaja u inicijalnoj fazi, svaki će poremećaj uzet ponaosob biti prediktivan za onaj drugi koji je kasnije procenjen zbog inicijalnog komorbiditeta dva poremećaja. Da bi podaci bili valjni, nužno je da se u početnoj fazi istraživanja proceni postojanje oba poremećaja i prati njegov uticaj na kasniji ishod.

Prediktivnost jednog poremećaja za javljanje drugog poremećaja i kada se kontroliše njihov komorbiditet, može biti posledica zajedničkih etioloških faktora. Da bi se pokazalo da postoji jedinstveni doprinos jednog poremećaja na povjavljinje drugog, treba da se se kontroliše uticaj koji zajednički etiološki faktori

depresije i antisocijalnog ponašanja imaju na njihovog komorbiditet procenom faktora rizika oba poremećaja barem u inicijalnoj fazi i i kontrolom njihovog uticaja na komorbiditet u fazi praćenja.

U pregled istraživanja koje uključuju barem neke od ovih postupaka, i ovde smo, kao i u prethodnom pregledu zajedničkih etioloških faktora oba poremećaja i iz istih razloga, uvrstili i studije koje su razmatrale internalizovane i eksternalizovane forme poremećaja.

Antisocijalno ponašanje kao prediktor depresije

Tumačenje komorbiditeta između depresije i antisocijalnog ponašanja uticajem koji antisocijalno ponašanje mladih ima na kasniju depresivnost ima svoje snažne zastupnike u Patterson-u i njegovim saradnicima (Patterson i sar., 1992; Capaldi, 1992). Osnov njihove ideje o direktnoj uzročno-posledičnoj vezi antisocijalnosti i depresivnosti je da „antisocijalno ponašanje vodi do socijalnog neuspeha, koji proizvodi depresivno raspoloženje“ (Patterson i sar., 1992, str. 134). Antisocijalno ponašanje ometa razvoj socijalnih i školskih veština, što po-većava rizik za socijalni neuspeh, koji Patterson i saradnici (1992) definišu kao odbacivanje roditelja, odbacivanje vršnjaka i školski neuspeh. Istraživanja ovog tima iz Centra za mlade u Oregonu (Oregon Youth Centre), koja su među naj-citiranijim u savremenim međunarodnim radovima o antisocijalnom ponašanju, izazvalo je veliko zanimanje naučne javnosti za proveru ovog modela.

Povezanost akademskog neuspeha sa depresivnošću mladih nije se potvr-dila već u inicijalnim istraživanjima (Patterson, Stoolmiller, 1991). Utvrđivanje povezanosti antisocijalnog ponašanja i odbacivanja roditelja, koja jasno govori da odbacivanje uzrokuje antisocijalno ponašanje, ima značajne metodološke teš-koće vezane za razmršavanje smera uticaja, jer je takođe dobro utvrđena činjenica da odbacivanje roditelja uzrokuje antisocijalno ponašanje. Međutim, mogući uticaj antisocijalnog ponašanja na depresivnost kroz odbacivanje vršnjaka, po-kazao je svoju zasnovanost u brojnim istraživanjima. Konzistentno se potvrđuje da antisocijalno ponašanje dovodi do odbacivanja vršnjaka (Cantrell, Printz, 1985; Dodge i sar., 1990; Dishion, 1990; Cole, Carpeniteri, 1990; Patterson i sar., 1992; Crick, 1996; Carpara i sar., 1997). Istraživanja opšte populacije su-gerišu da, dok kod preadolescentne dece nema jasne povezanosti depresivnosti

i vršnjačkih odnosa (Cantrell, Prinz; 1985), kod adolescentne populacije odbacivanje vršnjaka može dovesti do disforije (Windle; 1994; Joiner, Metalsky., 1995; Aseltine i sar., 1994). Istraživanja kliničke populacije dece (Puig-Antich i sar., 1985; Goodyer i sar., 1991) i populacije u riziku za antisocijalno ponašanje (Patterson, Stoolmiller, 1991) pokazuju veću prediktivnost narušenih vršnjačkih odnosa za depresivnost preadolescenata. Objašnjenje ovih nalaza može se naći u rezultatima studije Booth-ove i saradnika (1998). Oni sugerišu da značaj vršnjaka u detinjstvu zavisi od odnosa sa roditeljskim figurama, i da se on povećava ukoliko su odnosi sa roditeljima lošiji.

Istraživanje French-a i saradnika (1995), sprovedeno na uzorku od 501 učenika 8. razreda osnovne škole uzrasta od 13 do 15 godina, sugeriše da je kombinacija odbačenosti i antisocijalnosti posebno povezana sa depresijom. Mladi koji su bili i odbačeni i antisocijalni su pokazali povećanu depresiju, zloupotrebu supstanci, druženje sa devijantnim vršnjacima i probleme u školi. Mladi koji su bili samo odbačeni ali ne i antisocijalni nisu bili depresivni, niti su imali druge navedene probleme.

Ovi nalazi pokazuju zasnovanost predloženog modela, ali da bi se potvrdilo da antisocijalno ponašanje dovodi do depresije, potrebno je utvrditi da li se pokazuje vremenski sled poremećaja, u kome antisocijalno ponašanje prethodi depresiji.

Istraživanje Mazza i saradnika (2009) je pokazalo prediktivnost antisocijalnog ponašanja u detinjstvu za depresiju u adolescenciji. Uzorak od 842 učenika (53,6% muškog pola) prvog i drugog razreda osnovne škole u Pacifik Nortfestu, SAD, je praćen 7 godina kasnije. Inicijalna procena je obuhvatala depresiju, antisocijalno ponašanje, anksioznost i socijalnu kompetenciju deteta, depresiju roditelja, porodični konflikt i stres, i školski uspeh. Završna procena je uključivala samo depresiju adolescenata. Sve inicijalne varijable osim porodičnog stresa i školskog uspeha, bile su prediktivne za kasniju depresiju. Pokazalo se da je korelacija između depresije i antisocijalnog ponašanja u inicijalnoj proceni bila umerena i značajna ($r=0,32$; $p<0,01$), dok je korelacija između inicijalnog antisocijalnog ponašanja i kasnije depresije bila znatno niža, mada još uvek značajna ($r=0,14$; $p<0,01$). Kada su se prediktori pojedinačno ispitivali primenom regresione analize, pokazalo se da su najznačajniji uticaj pokazali depresivnost ($R^2=0,038$) i anksioznost ($R^2=0,034$). Kada se procenjivao uticaj pojedinačnih

prediktora dok se kontrolisao uticaj svih ostalih prediktora, samo su anksioznost i antisocijalno ponašanje pokazali jedinstveni doprinos predviđanju kasnije depresije. Pokazalo se i da je povećano inicijalno antisocijalno ponašanje bilo praćeno povećanjem kasnije depresivnosti kod devojčica, ali ne i kod dečaka. Ovi nalazi sugerisu da antisocijalno ponašanje daje jedinstveni doprinos depresiji kada se kontrolisu drugi uticaji, a naročito kod ženskog pola.

Longitudinalno istraživanje Seeley i saradnika (2009) takođe dobija značajnu prediktivnost delinkvencije na kasniju depresiju kod ženskog pola, ali ne potvrđuje njen jedinstveni doprinos. Inicijalni uzorak od 479 učenica 10 i 11 razreda (M uzrast = 15,5 godina), koje nisu imale inicijalnu dijagnozu velikog depresivnog poremećaja, praćen je tokom sledeće 4 godine, do kada je njih 13% pokazalo postojanje velikog depresivnog poremećaja. Od 19 inicijalnih varijabli, šest je pokazalo najveći i značajan efekat na kasniju depresiju: depresivni simptomi ($R^2=0,092$), loše školsko postignuće ($R^2=0,046$), niska roditeljska podrška ($R^2=0,041$), loše porodično funkcionisanje ($R^2=0,038$), simptomi bulimije ($R^2=0,036$) i delinkvencija ($R^2=0,032$). Delinkvencija je objašnjavala mali deo varijanse i nije pokazala značajan jedinstveni doprinos kasnijoj depresiji, što ne ide u prilog objašnjenju da antisocijalno ponašanje uzrokuje depresiju.

Istraživanje Kendler-a i saradnika (2002) ukazuje na prediktivnost koju poremećaji ponašanja kod devojčica imaju za veliki depresivni poremećaj u odrasлом dobu. Studija longitudinalnog dizajna je izvedena je na opštem uzorku od 1942 blizanca ženskog pola, rođena između 1933. i 1972. godine u Virdžiniji, SAD, koji je praćen 9 godina. Da bi se odredili faktori rizika za depresiju, uključeno je 18 prediktorskih varijabli. Procena poremećaja ponašanja do 18 godina je data retrospektivno u poslednjoj proceni (prosečan uzrast ispitnika $M=35,8$ godina), kada je procenjeno i postojanje velikog depresivnog poremećaja tokom prethodne godine. Pokazalo se da su simptomi poremećaja ponašanja povećali rizik za traume tokom života, nisku socijalnu podršku i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, koji su zatim povećavali rizik za depresiju. Kada se kontrolisao uticaj istorije velike depresije, kao i uticaj poremećene porodične sredine, seksualne zloupotrebe i gubitka roditelja u detinjstvu kao zajedničkih etioloških faktora i depresije i antisocijalnog ponašanja, pokazalo se da istorija poremećaja ponašanja i dalje ima direktni i nezavisani uticaj na pojavljivanje velike depresije u poslednjoj godini.

Longitudinalna studija Block-a i saradnika (1991) pokazuje obrnute rezultate po polnoj pripadnosti – nedovoljno kontrolisano ponašanje je bilo prediktivno za kasniju depresiju mladića, ali ne i devojaka. Deca iz uzorka iz opšte populacije ($n=88$, 50% muškog pola) su bila procenjivana na antecedentim varijablama na uzrastima od 3-4 god., 7. god., 11 god., 14. godina, da bi na uzrastu od 18 godina procenjivana njihova depresivnost (samoprocena). Inicijalne varijable su bile sistematska procena posmatrača na 100 pitanja o ličnosti, procena inteligencije na uzrastu od 4 godine, samoprocena samopoštovanja i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci na uzrastu od 14 godina, i depresije na uzrastu od 18 godina. Ponašanja procenjivana u trećoj godini su bila slabo prediktivna i u nejasnoj logičkoj vezi sa kasnjom depresivnošću. Međutim, već na uzrastu od 7 godina, obrasci postaju jasniji. Pokazuju se praktično suprotni bihevioralni prediktori disforičnog raspoloženja 18-godišnjaka za različite polove. Kod mladića su za kasniju depresiju bili prediktivniji nedovoljno kontrolisani problemi (nesocijalizovano, agresivno ponašanje) od preterano kontrolisanih formi. Kod devojaka je za kasniju depresivnost bilo prediktivno samo preterano kontrolisano, preterano socijalizovano, samokažnjavajuće ponašanje.

Longitudinalno istraživanje uzorka samo muškog pola Capaldi-jeve (1992) je pokazalo prediktivnost antisocijalnog ponašanja na kasniju depresivnosti i antisocijalno ponašanje. Autorka prati uzorak muškog pola u riziku od problema ponašanja ($n=203$) kada su bili učenici 6. razreda osnovne škole i 2 godine kasnije. Pokazuje se da su problemi ponašanja u 6. razredu bili značajno prediktivni i za probleme ponašanja i za depresivne simptome dve godine kasnije, dok je depresivno raspoloženje u 6. razredu bilo prediktivno za depresivnost ali ne i za probleme ponašanja u 8. razredu.

Interesantna je studija Caspi-ja (2000), koja pokazuje vremensku povezanost između depresivnosti i antisocijalnog ponašanja. U okviru pomenute novozelandske longitudinalne studije, Caspi je istraživao vezu između kvaliteta temperamenta dece na uzrastu od 3 godine i njihovih karakteristika na kasnijim uzrastima (od 5 pa do 21 god.). Na osnovu sistematske opservacije njihovih razlika u temperamentu, trogodišnjaci su svrstavani u tri kategorije: nedovoljno kontrolisanu grupu ($n=106$), previše kontrolisanu grupu ($n=80$) i dobro prilagođenu grupu ($n=405$). Na uzrastu od 5-11 godina, ni nedovoljno kontrolisana, ni preterano kontrolisana grupa nije pokazivala više internalizovanih problema

(po proceni roditelja), dok je nedovoljno kontrolisana grupa je pokazivala više eksternalizovanih problema. Na uzrastu od 13 i od 15 godina, nedovoljno kontrolisana grupa (po proceni roditelja) je pokazivala značajno više eksternalizovanih ($p<0,01$), ali i internalizovanih problema ($p<0,05$). Grupa preterano kontrolisanih pokazivala je samo više internalizovanih problema ($p<0,01$). Na uzrastu od 21 godine, rana kategorizacija problema je bila prediktivna samo za istu vrstu problema: preterano kontrolisani su imali značajno višu prevalencu depresivnih poremećaja (procenjenog na osnovu dijagnostičkog intervjua) u odnosu na kontrolnu grupu, a ne i antisocijalnog ponašanja (procenjenog na osnovu zvaničnih izveštaja i samoprocene), dok su nedovoljno kontrolisani imali značajno veću prevalencu antisocijalnog ponašanja od kontrolne grupe, ali ne i depresivnih poremećaja. Ova studija sugeriše da je uticaj problema ponašanja na internalizovane probleme najizrazitiji u adolescenciji.

Istraživanje Lahey-a i saradnika (2002) je posvećeno razumevanju temporalne povezanosti između poremećaja ponašanja i drugih poremećaja koji su sa njima najčešće u komorbiditetu: poremećaja protivljenja i prkošenja, hiperaktivnog poremećaja sa poremećajem pažnje, depresivnih poremećaja i anksioznih poremećaja. Na uzorku od 168 psihijatrijskih pacijenta koji su inicijalno procenjeni za postojanje navedenih poremećaja na uzrastu 9 do 12 godina i praćeni jednom godišnje tokom sledećih 6 godina, pokazalo se da je poremećaj ponašanja u inicijalnom uzrastu bio prediktivan za sve druge navedene poremećaje, kada se kontrolisao uticaj prisustva poremećaja o kome se radi u inicijalnoj proceni. Sa druge strane, jedino je poremećaj protivljenja i prkošenja na inicijalnom nivou bio prediktivan za kasniji, kada se kontrolisao njegov uticaj na poremećaje ponašanja na inicijalnom nivou. Korelacija između poremećaja ponašanja i depresije na inicijalnom nivou je bila $r=0,27$. Prediktivnost poremećaja ponašanja je bila najveća za depresiju procenjenu godinu dana kasnije, i smanjivala se protokom vremena. Povezanost između problema ponašanja i depresije se povećavala sa brojem simptoma poremećaja ponašanja, tako da je bilo skoro duplo više depresivnih poremećaja kod onih koji su imali prosečno najmanje tri simptoma poremećaja ponašanja od onih koji su imali prosečno manje od tri simptoma poremećaja ponašanja. Rezultati sugerišu da poremećaji ponašanja prethode depresiji, dok obrnuto nije slučaj. Ipak, oni prethode i svim drugim poremećajima koji su u komorbiditetu, što sugeriše da oni mogu biti prvi i najočigledniji znaci problema sa kojima se

deca i mladi suočavaju, a koji mogu biti posledica zajedničkog etiološkog faktora svih posmatranih poremećaja, kao što bi bio generalni neuroticizam.

Depresija kao prediktor antisocijalnog ponašanja

Studije koje pokazuju da je depresija prediktivna za delinkvenciju nisu brojne. Kao što je pokazao prethodni pregled, većina studija koje su se bavile odnosom depresije i antisocijalnog ponašanja pokazuju značajan uticaj antisocijalnog ponašanja na depresiju, dok obrnuto nije slučaj.

Longitudinalno istraživanje Harrington-a i saradnika (1990) prikazuje rezultate praćenja psihijatrijskog uzorka 52 depresivne dece (31 je bilo u predpubertetu) koji su bili pacijenti dečje psihijatrijske klinike u Engleskoj. Posle prosečno 18 godina praćenja, 21% njih je zadovoljavalo dijagnostičke kriterijume za antisocijalni poremećaj ponašanja, a 31% njih za veliki depresivni poremećaj. Međutim, u inicijalnom uzorku je bilo čak 23% dece koji su imala barem tri simptoma problema ponašanja. Nije kontrolisan uticaj ovog inicijalnog komorbiditeta antisocijalnih i depresivnih simptoma na nalaze dobijene u praćenju, pa se rezultati mogu objasniti i kontinuitetom antisocijalnog ponašanja (Hrnčić, 2009b; Herrenkohl i sar., 2010), koji se kozistentno pokazuje kao izrazitiji od kontinuiteta internalizovanih simptoma (Visser i sar., 2000; Timmermans i sar., 2010).

Druga studija koja je pokazala značajnu prediktivnost internalizovanih simptoma na kasnije eksternalizovane simptome je bila longitudinalna studija Visser-a i saradnika (2000). Urađena je u na holandskom uzorku od 789 psihijatrijskih pacijenata inicijalnog uzrasta od 11 do 18 godina, praćenih u prosečnom periodu od 10,5 godina. Svi ispitanici su kategorisani na početku i na kraju istraživanja po Achenbach-Edelbrock-ovojoj klasifikaciji na osnovu procene staraoca i samoprocene. Pokazala se prediktivnost samoprocene anksiozno-depresivnog sindroma za samoprocenu agresivnog, ali ne i delinkventnog sindroma. Ni agresivni ni delinkventni sindrom nisu bili prediktivni za kasniji anksiozno-depresivni poremećaj. Ova studija sugerije da anksiozno-depresivni simptomi prethode agresivnom, ali ne i antisocijalnom ponašanju. U studiji nije kontrolisan uticaj komorbiditeta između sindroma na početnom nivou, tako da se ne može zaključiti da li se povezanost sa kasnjom depresivnošću može bolje objasniti prethodnim komorbiditetom.

Nalaze o mogućem uzročnom određenju agresivnosti na osnovu depresivnosti dobija i istraživanje Feshbach-a i saradnika (1997). Ono je u longitudinalnom dizajnu na uzorku od 44 školske dece inicijalnog uzrasta od 8 i 9 godina ($n=44$, 50% muškog pola) proučavalo prediktivnost agresivnosti i depresivnosti dece (samoprocena i procena učitelja) za njihovu depresivnost i agresivnost dve godine kasnije. Kod devojčica se pokazala značajna prediktivnost depresije (samoprocena) za kasniju agresivnost (samoprocena i procena učitelja). Depresija nije bila prediktivna za kasniju depresiju, niti agresija za kasniju agresiju. Korelacija između depresije (samoprocena) i agresije (samoprocena i procena učitelja) na inicijalnom nivou je bila visoka ($r=0,77$ i $r=0,68$). Kod dečaka se nije pokazala značajna povezanost ranije depresije ni sa kasnjom agresijom, ni sa kasnjom depresijom. Iako postoji visoka korelacija između depresije i agresije u inicijalnoj proceni, kasniji ishod se nije pokazao povezan sa ranijom agresijom, što sugerije da postoji nezavisan uticaj depresije na kasniju agresiju kod devojčica. Uzorak istraživanja je bio mali, značajni uticaj je dobijen samo kod jednog pola, metodološki postupak nije uključivao kontrolu uticaja prethodne agresivnosti na vezu između depresije i kasnije antisocijalnosti, tako da zaključci imaju ograničenu generalizibilnost.

Diskusija

Prikazane studije sugerisu da su antisocijalni problemi prediktori depresivnosti i kada se kontroliše uticaj prethodne depresivnosti, kao i kada se kontroliše uticaj zajedničkih etioloških faktora. Ovaj trend se pokazuje i kod muškog i kod ženskog pola, i u generalnoj, i u školskoj i u psihiatrijskoj populaciji. Nekoliko studija je pratilo i uticaj depresije na kasniju antisocijalnost, i uticaj antisocijalnosti na kasniju depresiju (Block i sar., 1991; Capaldi, 1992; Caspi, 2000; Lahey i sar., 2002), i sve su pokazale da se potvrđuje samo smer uticaja od antisocijalnog ponašanja (eksternalizovanih simptoma) ka depresiji (internalizovnim simptomima, dok obrnuto nije slučaj. Ipak, ovi nalazi ne govore o toma da antisocijalno ponašanje dovodi do depresije, već samo ukazuju na temporalnu vezu koja daje osnova prepostavci da ovakav uticaj postoji. Tri studije su se bavile pitanjem da li se pokazuje jedinstveni doprinos koje antisocijalno ponašanje daje objašnjenju kasnije depresije nakon što se kontroliše uticaj brojnih etioloških

faktora (Mazza i sar., 2009; Seeley i sar., 2009; Kendler-a i sar., 2002). Sve su se bavile samo procenom depresivnog ishoda. Dve su potvrđile ovaj nezavisan doprinos kod ženskog pola, a treća studija, realizovana takođe na ženskom uzorku, nije. Navedeno istraživanje Fergusson-a i saradnika (1996) je pokazalo da se međuodnos depresivnih poremećaja i poremećaja ponašanja bolje objašnjava modelom zajedničkih etioloških faktora nego modelom direktnog uzročnog odnosa između ova dva poremećaja. Potrebna su dalja istraživanja da bi se utvrdilo postojanje nezavisnog uticaja antisocijalnog ponašanja na kasniju depresiju, a naročito kod muškog pola.

Neke studije su pokazale da depresivnost prethodi kasnijoj antisocijalnosti, ali nisu kontrolisale u početnoj proceni komorbiditet depresivnosti sa antisocijalnim ponašanjem, niti su se bavile kontrolom uticaja zajedničkih etioloških faktora. U svetu daleko većeg broja metodološki čistijih istraživanja koji su pokazala da antisocijalno ponašanje prethodi a možda i uzrokuje depresiju, dok obrnuto nije slučaj, mogućnost da depresija uzrokuje antisocijalno ponašanje ne izgleda veoma zasnovana.

ZAKLJUČAK

Analiza mogućih objašnjenja visokog komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i depresivnosti kod mladih je obuhvatila razmatranje mogućnosti korelativnog odnosa između njihovih etioloških faktora, postojanja zajedničkih etioloških faktora, i postojanja direktnog uzročno-posledičnog odnosa između dva poremećaja, u kome je jedan poremećaj etiološki faktor onom drugom.

Pokazalo se da ne postoji osnova za tumačenje ovog fenomena korelativnim odnosima između njihovih etioloških faktora koji nemaju koren u zajedničkom uzroku, a koji polazi od prepostavke da je etiološka linija jedne kategorije nasledna, a druge sredinska, te da su sredinska i nasledna komponenta u međusobnoj korelaciji. Razmatranje istraživanja zajedničkih etioloških faktora depresivnosti i antisocijalnog ponašanja pokazalo je najveću empirijsku zasnovanost ovog objašnjenja. Zajedničko za oba poremećaja su narušene afektivne veze u neposrednoj sadašnjoj i prošloj, porodičnoj i vršnjačkoj socijalnoj sredini, nedostatak podsticanja razvoja njihovih adaptivnih mehanizama u neposrednoj socijalnoj sredini, povećano prisustvo stresora i

individualne karakteristike koje govore o sniženoj socijalnoj adaptaciji. Ipak, ostaje otvoreno pitanje koliki je deo varijanse komorbiditeta objašnjen zajedničkim etiološkim faktorima.

Razmatranje objašnjenja komorbiditeta kao posledice direktnog uzročno-posledičnog odnosa između ova dva poremećaja, pokazalo je nedovoljna dokumentovanost postojanja direktnog uzročnog uticaja depresije na antisocijalno ponašanje i nešto bolju zasnovanost uzročnog uticaja antisocijalnog ponašanja na kasniju depresivnost, koji ipak nije izrazit. Studija koja je direktno poredila objašnjenje komorbiditeta postojanjem zajedničkih etioloških faktora i njegovo objašnjenje direktnom uzročno-posledičnom vezom između ova dva poremećaja govori u prilog objašnjenju preko zajedničkih etioloških faktora.

Istraživanja koja bi sistematski proučavala međuodnose dva objašnjenja komorbiditeta depresivnih poremećaja i poremećaja ponašanja, koja su do sada pokazala svoju zasnovanost – jednog koji odgovor vidi u uticaju zajedničkih etioloških faktora, i drugog koji polazi od stanovišta da postoji uzročno-posledični odnos između dva poremećaja, jasnije bi osvetlila mehanizme nastanka njihovog komorbiditeta.

Peto poglavlje

MODEL UNIPOLARNE DEPRESIJE

Fenomen depresije, kao jedan od najmasovnijih mentalnih poremećaja savremenog doba, izazvao je veliku produkciju teorija i istraživanja. Ipak, neki od najpopularnijih teorijskih pristupa razumevanju nastanka i održanja depresije nisu se pokazali primenljivim za objašnjenje depresije kod antisocijalne populacije. Klasično psihanalitičko tumačenje da je depresija rezultat konflikta između Superega i Ega (Rado i Jacobson, po Becker, 1974; Mendelson, 1974) nije sasvim primenjivo za antisocijalnu populaciju. Nju po psihanalitičkim parametrima karakteriše nedovoljno izgrađena Superego formacija, tako da konflikt Superega sa Egom ne može biti izrazit. Frojd određuje depresiju kao ambivalentnu reakciju na gubitak libidino-zno katektiranog objekta, kada se agresija, prvo bitno usmerena prema objektu koji je izgubljen, zbog zabrane Superega na ispoljavanje agresije introjekcijom usmerava prema sebi (Freud, 1957). Ovo tumačenje nije relevantno za populaciju u kojoj je agresija prema drugima prihvatljiv i čak favorizovan oblik ponašanja.

TEORIJSKA RAZMATRANJA

Osnov za naše razumevanje visokog komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja su dali autori koji smatraju da postoje *dva prevalentna principa* koja određuju ljudsku poziciju u skladu sa zakonima prirode: *princip integracije* i *princip diferencijacije*.

Bolbi (Bowlby, 1960, 1961, 1980, 1982, 1988) je formulisao teoriju afektivne vezanosti. On ističe važnost koju pripadanje socijalnoj grupi ima za primate, a posebno za homo sapiensa, a koja je određena evolutivnim razlozima. Grupa pruža zaštitu od predatora i povećava efikasnosti snabdevanja hranom. I druge analize evolutivnih procesa (McCrone, 1990) sugerisu da je čovek ovlađao planetom na osnovu svoje društvenosti. Podela rada, razvoj jezika koji dovodi do razvoja apstraktnog mišljenja kao osnovnog čovekovog oružja, omogućili su opstanak i razmnožavanje ljudske vrste. Socijalna povezanost sa drugim pripadnicima daje poziciju sigurnosti u svetu. Bolbi (Bowlby, 1982, 1988) i Sandler i Joffe (Sandler, Joffe, 1965, 1969, Joffe, Sandler, 1965, 1968) smatraju da je održanje (osećanja) *sigurnosti* osnovni regulator ponašanja. I sama socijalna razmena je nezavisana i jak izvor potkrepljenja. Istraživanja ranog razvoja pokazuju da je već od prvih meseci ona sama po sebi nagrada i snažan izvor potkrepljenja, važniji od zadovoljenja nekih osnovnih potreba (Bowlby, 1964, 1982). Potreba za *socijalnom povezanošću* je osnovna ljudska potreba, koja je regulisana afektima. Bolbi navodi da: „...ni jedna forma ljudskog ponašanja nije vezana za snažnija osećanja od ponašanja (afektivnog) vezivanja“ (Bowlby, 1982, str. 209). To su osećanja ljubavi, sigurnosti i uživanja u prisustvu i razmeni sa osobom za koju se vezujemo. Bolbi definiše *potrebu za afektivnom vezanošću* kao jednu od dve, međusobno komplementarne, „bazične komponente ljudske prirode“. Ona ima funkciju uspostavljanja sigurnosti kroz pripadanje socijalnoj grupi. Druga je *potreba za eksploracijom sveta*, koja daje osnov za razvoj adaptivnih mehanizama osobe i sposobnosti kontrole okoline. Da bi se osoba upustila u eksploraciju okoline i sebe, potrebna je sigurna osnova, tako da je potreba za afektivnom vezanošću primarna u odnosu na potrebu za eksploracijom.

Loven (Lowen, 1972) opisuje dve vrste vrednosti kod ljudi, koje u zdravom međuodnosu stimulišu jedna drugu, obogaćujući time osobu. *Spiritualne vrednosti* su inherentne procesima života. Obuhvataju jedinstvo sa svojim bližnjima, zadovoljstvo spontane responsivnosti i veru u sebe i u svet. *Ego vrednosti* su zasnovane na ekspanziji moći nad sobom i okolinom, i obuhvataju individualnost, kontrolu i znanje. Spiritualne vrednosti korespondiraju sa potrebom za afektivnom vezanošću, a ego vrednosti – sa potrebom za eksploracijom koje opisuje Bolbi.

Alarmantno za zadovoljenje socijalne potrebe nije izrazitost prisustva već zadovoljavajućih socijalnih (tj., na fenomenološkom nivou, afektivnih) veza, već njihov *nedostatak*. Pokazuje se da je za čoveka osnovnije pitanje da li je odbačen,

nego u kom je stepenu prihvaćen – kada je već prihvaćen (Leary i sar., 1995). Kada je potreba za socijalnom povezanošću, tj. za afektivnim vezama sa ljudima, nezadovoljena, ovo stanje rezultuje osećanjem neprijatnosti, koje traži akciju u cilju ponovnog uspostavljanja emotivnih veza. Ukoliko je ona neuspešna, a potreba za socijalnom povezanošću izrazito i prolongirano nezadovoljena, dolazi do osećanja *bola* (Sandler, 1960; Sandler, Rosenblat, 1962; Sandler i sar., 1963).

Čovekova sposobnost formiranja *unutrašnje reprezentacije sveta* mu daje novu mogućnost – da uspostavi i održi *afektivne odnose sa osobama koje nisu prisutne*, kao i sa idejama i sa samim sobom (Sandler, 1960; Sandler, Rosenblat, 1962; Sandler i sar., 1963). Tako osoba može pripadati socijalnoj grupi i u realnosti i u unutrašnjem svetu. Kroz ponavljanje socijalnih situacija, formiraju se *unutrašnje reprezentacije* onih koji su nosioci naših afektivnih odnosa, kako u konkretnim situacijama, tako i generalno, a što je osnova funkcije koji su psihanalitičari zvali Superego (Sandler, Rosenblat, 1962; Sandler, Joffe, 1965, 1969; Joffe, Sandler, 1968). Razvoj self-koncepta omogućava da čovek razvije afektivni odnos prema sebi – samopoštovanje, koje je u svojoj osnovi interiorizovan odnos „važnih drugih“ prema osobi. Kroz ponavljanje sličnih situacija, formira se stabilna unutrašnja reprezentacija afektivnog odnosa važnih drugih prema osobi – samopoštovanje kao crta ličnosti. Leary i saradnici (1995) smatraju da je samopoštovanje indikator prihvaćenosti tj. odbačenosti u socijalnoj grupi kojoj osoba pripada. Zahvaljujući unutrašnjim reprezentacijama, osoba može dugo živeti u socijalnoj izolaciji, a ipak ostati u emotivnim odnosima sa drugim ljudima i sa samom sobom.

Kvalitet *unutrašnjih reprezentacija* sebe, sveta i afektivnih odnosa sa socijalnom sredinom zavisi od interakcije sa okolinom, pre svega u detinjstvu. Dete koje je od rođenja u zdravoj socijalnoj sredini, koja pruža dovoljno ljubavi, zaštite, sigurnosti i usmeravanja, ima stabilne i globalne pozitivne unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa. Što je dete manje negovano i voljeno, što je kontinuitet pozitivnih odnosa sa detetom manji a negativna socijalna iskustva izraženija, to će njegove negativne reprezentacije sebe i sveta biti stabilnije i globalnije, a pozitivne reprezentacije biti manje stabilne i globalne.

U svrhu izbegavanja bola nastalog zbog prekida emotivnih veza, čovek razvija i mnoge druge *mehanizme ovlađavanja* koji ga povezuju sa svetom, prilagođavajući sebe svetu i prilagođavajući svet sebi. On formira unutrašnje modele sveta koji mu omogućavaju maksimalnu adaptaciju na uslove sredine. Ove modele je

Bolbi nazvao „radnim modelima“ („working model“, Bowlby, 1982). Što su oni adekvatniji i tačniji, veća je njihova adaptivna vrednost. Istraživanja afektivnog vezivanja pokazuju koliko je očuvanje afektivnih veza snažan motivator adaptacije (Bowlby, 1982, 1988). Neke od ovih adaptacija su uspešne, dovodeći do uspostavljanja i održavanja pozitivnih emotivnih veza sa svetom. Druge tek delimično uspevaju da održe afektivne veze, koje su nestabilne, površne i/ili negativne, pa se osoba ne oseća dovoljno sigurno, prihvaćeno i voljeno. Potreban je dodatni napor da se nesigurne socijalne veze održe. U nepovoljnim okolnostima, manje uspešne adaptacije ne uspevaju da zadovolje socijalnu potrebu.

Karakteristike *adaptivnih mehanizama* koje osoba razvija da bi ovladala svetom i sobom zavise kako od ličnih sposobnosti, tako i od iskustava osobe. Dva su načina na koji sredina može omesti ovaj razvoj. Prvi je da zahtevi sredine nisu u skladu sa detetovim mogućnostima ovladavanja svetom i sobom. Drugi način je da socijalna sredina ne stimuliše, pa i ometa dete da ovlađuje sredinom i samim sobom.

Unutrašnje reprezentacije sveta i sebe su u *međusobnoj interakciji* sa mehanizmima prilagođavanja. Reprezentacije afektivnih odnosa utiču na adaptivne sposobnosti. Istraživanje Rudolph-ove i saradnika (1995) pokazuje da negativne unutrašnje reprezentacije majke i/ili porodice kod 12-godišnje dece nepovoljno utiču na njihovu socijalnu kompetenciju. Deca sa negativnijim reprezentacijama majke/porodice imala su manju sposobnost regulisanja afekata i pregovaranja u konfliktima od dece sa pozitivnijim reprezentacijama. I sama efikasnost adaptacionih mehanizama utiče na socijalna iskustva osobe, koja se zatim interiorizuju kao unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa.

Okvir za bolje razumevanje odnosa između unutrašnjih reprezentacija i adaptivnih mehanizama osobe dali su pristupi koji su istakli značaj koji ima *diferencijacije selfa* za razvojne procese. Blatt (1998) smatra da su dve osnovne tendencije u razvoju jedinke *diferencijacija* od drugih naspram *odnošenja* sa drugima, tj. *separacija* naspram *povezivanja*. One se razvijaju u dijalektičkom interaktivnom procesu, u kome je od centralnog značaja formiranje i razvoj unutrašnjih reprezentacija koje su osnov za adaptaciju na uslove sredine (Blatt, 1995; Blatt, Auerbach, 2001).

Mira Boven (Murray Bowen, po Okun, Rappaport, 1981) postavlja *diferencijaciju selfa* na centralno mesto u objašnjenju razvojnih procesa. On smatra

da zrelost individue i sistema zavisi od stepena diferencijacije ili fuzije koji je postignut ne samo između sebe i drugih, već i između unutrašnjih funkcija emocionalnosti i intelekta. Diferencijacija je razvojni zadatak svake osobe. Dete se tokom svog sazrevanja slabije diferencira kada je u nepovoljnim okolnostima. Osoba čiji je nivo diferencijacije nizak nije u stanju da se odvoji od emocionalnih odnosa u neposrednom socijalnom sistemu u kome se nalazi, niti da izbegne da postane njihova žrtva.

Joffe i Sandler (1968) smatraju da je za prevazilaženje izazova spoljašnje sredine od centralnog razvojnog značaja koncept srođan diferencijaciji – *ego autonomy*. Oni je definišu kao „...slobodu individue da istražuje i da pronađe nova rešenja, a da pri tome ne pati od nepodnošljivog poremećaja unutrašnjeg osećanja dobrobiti i sigurnosti“ (Joffe, Sandler, 1968, str. 453).

U ovom radu se pod diferencijacijom podrazumeva relativna nezavisnost od neposredne okoline u zadovoljenju svojih potreba, naročito potrebe za pozitivnim afektivnim vezama. Određena je unutrašnjim reprezentacijama afektivnih odnosa sebe i sveta, i adaptacionim mehanizmima koji su osobi na raspolaganju. Da bi osoba postigla visok nivo diferencijacije, potrebno je da razvije unutrašnje reprezentacije socijalnih afektivnih odnosa koje su stabilno i globalno pozitivne, tako da omogućavaju relativnu nezavisnost samopoštovanja i osećanja sigurnosti, od trenutne socijalne situacije. Takođe, potrebni su i efikasni adaptivni mehanizmi koji omogućavaju uspostavljanje i održavanje odnosa koji zadovoljavaju potrebe, posebno socijalne potrebe osobe. Za neadekvatnu diferencijaciju je, u razvojnom smislu, krucijalno postojanje negativnih i odbacujućih relacija, koje dovode do negativnih unutrašnjih reprezentacija afektivnih odnosa, kao i postojanje preteranih zahteva ili ometanja autonomije i individualizacije, koji dovode do siromašnih i neadekvatnih adaptivnih mehanizama individue (Bowlby, 1982, 1988; Lyons-Ruth, 1996).

Neadekvatna diferencijacija nije specifična samo za depresiju. Ona je prediktivna za svekolike mentalne poremećaje, mada ne treba zaboraviti da je depresija poremećaj koji ima najveći komorbiditet sa drugim poremećajima (Harrington, 1995), što se može tumačiti upravo nedovoljnom diferencijacijom koja osobu čini vulnerabilnom kako za depresiju, tako i za druge poremećaje. Ipak, pokazuje se da su neki *precipitirajući stresni životni događaji* specifičniji za depresiju nego za druge poremećaje (Harrington, 1995; Birmaher i

sar., 1996a; Fleming, Offord, 1990; Lewinsohn i sar., 1994a). Početak depresije je uglavnom vezan za događaje koji nepovoljno utiču na *tekuće socijalne odnose, samopoštovanje* (interiorizovane socijalne odnose) ili na *mehanizme ovladavanja svetom i sobom*, koji realne ili interiorizovane socijalne odnose održavaju prihvatljivim. Holahan i saradnici (1999) nalaze da stresori utiču na depresivne simptome indirektno, preko promena u psihosocijalnim resursima, definisanim kao tekuća porodična podrška (tekući socijalni odnosi), samopouzdanje (interiorizovani socijalni odnosi) i lakoća u suočavanju sa životnim okolnostima (mehanizmi ovladavanja svetom). Blatt (1998) smatra da postoje dva tipa depresije sa obzirom na osjetljivost na nepovoljne događaje. Prvi tip karakteriše osjetljivost na *narušavanje interpersonalnih odnosa*, koja se iskazuje prvenstveno kroz osećanje gubitka, napuštanja, i usamljenosti. Ovaj tip odgovara povlačenju investicija iz objekta, ne šta ukazuju Bolbi (Bowlby, 1960, 1961, 1982) i Joffe i Sandler (Sandler, 1960, Sandler, Rosenblatt, 1962, Joffe, Sandler, 1965, 1968; Sandler, Joffe, 1965, 1969), o čemu će kasnije biti više reči. Drugi tip karakteriše osjetljivost na *narušavanje pozitivne definicije sebe i samopoštovanja*, koja se pre svega iskazuje kroz osećanje gubitka autonomije i kontrole. Ovaj tip odgovora Radoovom razumevanju depresije kao posledice unutrašnjeg konflikta između Ega, koji ima funkciju kontrole i autonomije, i Superega, koji predstavlja mentalne reprezentacije afektivnih odnosa važnih drugih prema osobi (Leary i sar., 1995; Blatt, Auerbach, 2001).

Ipak, navedene socijalne okolnosti su neretko precipitirajući faktori i drugih mentalnih poremećaja, poput alkoholizma, posttraumatskog stresnog poremećaja isl. Za depresiju je specifičan *način reagovanja* na nepovoljnosti socijalnog okruženja.

Bek (Beck, 1989) smatra da depresivne pacijente karakteriše tipičan *kognitivni trijas*: negativno mišljenje o sebi, o svetu i o budućnosti. Njegove po stavke se potvrđuju u istraživanjima (Haaga i sar., 1991). Objasnjenje mehanizma uticaja ovog kognitivnog trijasa na eventualni depresivni ishod daje *teoriju bespomoćnosti*. Bespomoćnost kod depresivnih osoba je jedna od retkih oblasti oko koje su se autori psihoanalitičke i bihevioralne orientacije složili tokom pedesetih i šezdesetih godina dvadesetog veka. Psihoanalitičar Bibring (1953, po Mendelson, 1974) je ukazao na bespomoćnost kao važan faktor u etiologiji depresije. Radovi Sandler-a i Joffe-a (Sandler, Joffe, 1965, Joffe, Sandler, 1965)

dalje su elaborirali značaj pozicije bespomoćnosti u razvoju depresivne reakcije. Sa druge strane, istraživanja biheviorista Selidžmana i saradnika (Seligman i sar., 1968; Dweck, Repucci, 1973, Abramson i sar., 1978) su pokazala značaj koji zaključak o nemogućnosti kontrole situacije (bespomoćnosti) ima za depresivno ponašanje individue. Oni postuliraju da bespomoćnoj poziciji, a i time depresivnom ishodu, pogoduje shvatanje uzroka negativnih događaja kao stabilnih, globalnih i unutrašnjih, a uzroka pozitivnih događaja kao manje stabilnih, manje unutrašnjih i manje globalnih. Unutrašnje atribucije događaja podrazumevaju da osoba veruje da je verovatnije da će se ti događaji desiti njoj, nego drugim ljudima, a spoljašnje atribucije događaja podrazumevaju da osoba veruje da je podjednako verovatno se događaj desi njoj, kao i drugim ljudima. (Abramson i sar., 1978, str. 52). Ne smatramo da je *unutrašnja atribucija* neophodna karakteristika atribucionog stila koji pogoduje depresiji. Verovanje u unutrašnju atribuciju negativnih događaja može biti posledica i realnog viđenja smanjenih (adaptacionih) mogućnosti individue, i sniženog samopoštovanja koje zatim utiče na negativno shvatanje situacije, kada nema nezavisan uticaj na depresivni ishod. I sami autori ukazuju da osoba može biti depresivna i ako su atribucije unutrašnje i ako su spoljašnje. Smatramo da je krucijalno da li je osoba u mogućnosti da prevlada nepovoljnu situaciju bez obzira na unutrašnje ili spoljašnje atribucije.

Istraživanja generalno potvrđuju uticaj *stalnih i globalnih* negativnih reprezentacija i nestabilnih i specifičnih pozitivnih reprezentacija *sebe* na negativne emocije i depresiju (Dweck i sar., 1978; Blumberg, Izard, 1985, Curry, Craighead, 1990, Anderson i sar., 1994; Bodner, Mikulincer, 1998). Ovaj atribucijski stil je specifičan za depresivni ishod u poređenju sa drugim tipovima reagovanja i poremećaja (Curry, Craighead, 1990, Bodner, Mikulincer, 1998). Istraživanje Kernis-a i saradnika (1991) dobija da su za depresivni ishod pogodne i stabilne negativne i nestabilne pozitivne afektivne reprezentacije sebe. Nisko samopoštovanje je bilo prediktivnije za kasniju depresiju ukoliko je bilo stabilno, tj. nezavisno od uslova (nepodložno povećanju u dobrim uslovima). Visoko samopoštovanje je bilo prediktivnije za depresiju ukoliko je bilo nestabilnije, zavisnije od uslova i podložno padu u negativnim okolnostima. Istraživanje eksperimentalnog tipa Dutton-a i Brown-a (1997) sugerše da su globalnije afektivne reprezentacije sebe snažniji prediktor ponašanja od specifičnih reprezentacija

koje nisu afektivne. Globalno samopoštovanje ispitanika je bilo prediktivno za emotivnu reakciju na rezultate izvođenja, dok je specifični pogled na sebe u odnosu na zahteve eksperimentalne situacije bio prediktivan samo za kognitivnu reakciju. Kada je globalno samopoštovanje bilo negativno, a specifično samopoštovanje pozitivno, ono je u situaciji neuspeha opet vodilo negativnoj afektivnoj reakciji – osećanju poniženja ili stida.

Smatramo da je za depresivni ishod potrebno da osoba sadašnje stanje nedovoljnih, nekvalitetnih i odbacujućih spoljašnjih ili interiorizovanih afektivnih veza smatra *stalnim i globalnim*, kao i da smatra sebe *nemoćnom da uspostavi potrebne afektivne veze*. Da li će se nepovoljno stanje afektivnih odnosa tumačiti kao stabilno, globalno i van moći ličnog uticaja, zavisi koliko od *situacije* – koliko je ona zaista stalna, globalna i nepovoljna za adaptaciju, toliko i od ličnih karakteristika osobe – koliko je ona uspešno *diferencirana* od svoje okoline.

Pozicija bespomoćnosti ipak ne vodi direktno do depresivnog ishoda. Ukoliko u nepovoljnim okolnostima osoba ne uspe da zadovolji potrebu za pozitivnim interiorizovanim ili eksteriorizovanim socijalnim vezama, i ako nezadovoljavajuće stanje smatra stabilnim i globalnim, dolazi do osećanja *bola* zbog nezadovoljene potrebe. Sandler i Joffe (Sandler, 1960, Sandler, Rosenblatt, 1962, Joffe, Sandler, 1965, 1968; Sandler, Joffe, 1965, 1969) ukazuju na bol koji nastaje kada je akcija u cilju reaktiviranja emotivnih veza neuspešna. Bol može da aktivira različite *mehanizme odbrane od samog bola*. Jedna od odbrana je i *povlačenje* sopstvenih emotivnih veza od sveta. Joffe i Sandler (1965) smatraju da je faza povlačenja emotivne veze od majke („*detachment*“), koja je po Bolbijevim istraživanjima poslednja faza reakcije malog deteta na rano i pro-longirano odvajanje od majke (Bowlby, 1960, 1961, 1982), u stvari odbrambena faza. Emotivni gubitak ugrožava (osećanje) sigurnosti i dobrobiti, koje je osnovni regulator ponašanja. Cilj faze povlačenja je da se minimalni nivo dobrobiti i sigurnosti osobe održi restrikcijom pažnje i zaravnjavanjem afekata, drugim rečima, povlačenjem emotivnih investicija iz objekta. Oni tumače povlačenje investicija iz objekta koje se dešava tokom depresije, kao odbrambenu fazu žalovanja. Smatraju da je depresija odgovor povlačenja na ugrožavanje (osećanja) sigurnosti i dobrobiti, i da se može razviti i bez upliva Superego formacije (Sandler, 1960, Sandler, Rosenblatt, 1962, Joffe, Sandler, 1965, 1968; Sandler, Joffe, 1965, 1969).

Koji će mehanizam odbrane od bola osoba *odabrat* zavisi od njenih prethodnih iskustava i trenutne raspoloživosti mehanizama. Sandler i Joffe (1969) smatraju da su procesi odlučivanja (tj. izbora pravca akcije) uvek u pravcu traženja najboljeg rešenja. Osoba koja nema na raspolaganju ponašanja druge vrste i koja je u prethodnim iskustvima gubitaka osoba ili samopoštovanja „uvežbala“ povlačenje emotivnih investicija (kao najranijeg mehanizma odbrane, koji koriste i bebe), ima veću verovatnoću da doživi depresivni ishod od osobe koja ima druge bolje uvežbane mehanizme. Povlačenje investicija postaje patološko tek kada je toliko obuhvatno da se odnosi na većinu ili sve značajne emotivne odnose, tj. kada nema drugih značajnih socijalnih odnosa koji čoveka određuju osim onih od kojih se investicije povlače, i kada nema reorganizacije u pravcu razvijanja novih afektivnih odnosa ili pozitivnijih načina odbrane od bola. Ono obuhvata povlačenje i od realnih osoba i od unutrašnjih reprezentacija osoba, a time i od dela *reprezentacije sebe koji je bio u odnosu sa tim osobama*. Povlačenje investicija ima negativan efekat na reakcije drugih, koji se povlače kao odgovor na povlačenje osobe. Ukoliko je masovno, može dovesti do velikog osiromašenja unutrašnjeg i spoljašnjeg sveta. Povlačenje investicija u svet i u sebe su dve strane istog procesa, gledanog i spolja i iznutra. Simptomi depresije pokazuju ovu povezanost: osoba nije izgubila interes samo za svet, nego i za sebe, i obrnuto.

Naše viđenje depresije polazi od pretpostavke da su osnovni uslovi njenog nastanka nedovoljne spoljašnje ili interiorizovane socijalne afektivne veze koje ugrožavaju zadovoljenje socijalne potrebe osobe. Ipak, sama depresivna reakcija ne nastaje zbog nedovoljnosti socijalnih veza, već zbog disfunkcionalnih mehanizama prevazilaženja stanja nezadovoljene potrebe.

Tri aspekta razvoja su odlučujuća za depresivni ishod:

1. *karakteristike unutrašnjih reprezentacija afektivnih odnosa sebe i sveta*, koji pogoduje shvatanju nepovoljnog stanja kao stabilnog i globalnog,
2. *karakteristike i raspoloživost mehanizama adaptacije* koji su aktivirani u cilju uspostavljanja i održanja adekvatnih socijalnih relacija, a koji ne omogućava prevazilaženje nepovoljnog stanja,
3. *karakteristike i raspoloživost mehanizama odbrane od samog bola* nastalog zbog nezadovoljene socijalne potrebe, a posebno raspoloživost mehanizma povlačenja emotivnih investicija u objekat.

Karakteristike unutrašnjih reprezentacija su određene dosadašnjim iskustvom u socijalnim relacijama, na osnovu koga su ove reprezentacije stvorene. Najveći uticaj imaju odnosi u detinjstvu, u vreme kada se formira slika sebe i sveta. Od količine i bezuslovnosti ljubavi dobijene naročito u ranom periodu, zavisiće i količina i bezuslovnost afektivnog odnosa osobe prema sebi.

Karakteristike adaptivnih mehanizma su određene kako predispozicijama same osobe, tako i socijalnim odnosima koji su tokom razvoja jedinke pozitivno ili negativno uticali na formiranje i razvoj ovih adaptacija, tj. podsticali ili sprečavali razvoj kapaciteta osobe da ovlađa sobom i okolinom, i da razvija sopstvenu autonomiju.

Karakteristike mehanizama odbrane od bola zasnivaju se na učenju, predispozicijama i kulturnoškom kodu. Na njihov izbor, tj. preferenciju određenih mehanizama utiču procesi učenja koji se dešavaju u neposrednoj socijalnoj okolini a koji su pod uticajem kulture, kao i lični izumi i navike osobe.

Dva tipa nepovoljnih spoljnih okolnosti dovode do ugrožavanja socijalne potrebe: *narušavanje spoljašnjih socijalnih emotivnih odnosa*, koje se iskazuje kroz osećanje gubitka, napuštanja i usamljenosti, i/ili *narušavanje interiorizovanih socijalnih emotivnih odnosa* (pozitivna definicija sebe, samopoštovanje), koje se iskazuje kroz osećanje gubitka kontrole i autonomije.

Dakle, da bi depresivni ishod bio verovatan, treba obe karakteristike koje su omogućile čoveku razvoj i opstanak da budu ugrožene: karakteristike sadašnjih i prošlih socijalnih odnosa i sposobnost ovladavanja svetom i sobom.

RAZVOJNI TOK

Rani odnosi u porodici

Dakle, u razvojnom smislu, dete bi trebalo da bude osujećeno u najmanje jednoj od dve razvojne potrebe: ili da dobija nedovoljno ljubavi, ili da mu nije omogućena eksploracija okoline i sebe i razvoj moći kontrole situacije, ili, naravno, oboje. Ovakva razvojna osnovica dovodi do toga da u kasnijem životu ne može da uspostavi i održi zadovoljavajuće emotivne veze, da su mu unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa depresogene (stabilne i globalne negativne reprezentacije i nestabilne, situaciono uslovljene pozitivne reprezentacije) i da je bespomoćno u situaciji gubitka onoga što je imalo.

Nedovoljno ljubavi

Faktor rizika depresije je parcijalno ili potpuno odbacivanja deteta od strane primarnih staraoca (Hrnčić, 2008). Dete nije voljeno bezuslovno, samo zato što postoji, niti prihvaćeno kao celovito biće. Ono nema bazu sigurnosti u odnosima sa staraocima.

Stepen neprihvaćenosti može biti različit, od potpunog odbacivanja, koji ima teške posledice za razvoj deteta, do manje ili više uslovnog prihvatanja, kada dete dobija potrebnu afektivnu podršku povremeno, ali ne uvek kada mu je potrebna. Kako su detetu afektivne veze potrebne za opstanak, ono mora da se bori za njihovo održanje.

Odbacivano dete je u situaciji da ima mnogo više negativnih nego pozitivnih događaja vezanih za njega. U njegovom životu pozitivni događaji su izuzetak, a negativni pravilo.

Nedovoljna osetljivost i responsivnost roditelja

Adekvatna *osetljivost roditelja* podrazumeva praćenje detetovog ponašanja i prepoznavanja detetovih potreba (Lyons-Ruth i sar., 1987). *Responsivnost* podrazumeva komplementarno reagovanje roditelja u pravcu zadovoljenja dečijih potreba (Lyons-Ruth i sar., 1987).

Roditelj može da ne prati svoje dete i njegove potrebe (*osetljivost*) i da ne učestvuje u njima (*responsivnost*) zbog mnogih razloga (Main, Cassidy, 1988). Mogu da nemaju vremena i energije da se bave decom zbog siromaštva, bolesti, mnogočlane porodice, prezaposlenosti, postojanja drugih prioriteta itd. Roditeljima mogu da nedostaju adekvatne kognitivne veštine zbog edukativne zapuštenosti ili mentalne zaostalosti i sl. Roditelji mogu da nemaju otvorenosti za razmenu sa decom zbog unutrašnjih blokada nastalih zbog strahova ili predrasuda. Fina interakcija između deteta i roditelja se narušava.

Nedovoljna *osetljivost* ima za posledicu da *roditelj ne razume svoje dete*, pa je njegovo intervenisanje u dečjem razvoju često neadekvatno, a roditelj je neefikasan. Nedovoljna *responsivnost* roditelja ima za posledicu da *dete ne ovlađava adekvatno* ni sobom ni svojom okolinom.

Dete nema potrebno usmerenje i ohrabrenje za eksploraciju sebe i sveta.

Njegov razvoj nije podstaknut socijalnom sredinom. Ono može biti ostavljeno bez nadzora, npr. kod nezainteresovanih/ odsutnih/ nesposobnih roditelja. Eksploracija sveta može biti zabranjena, usled ličnih problema, ograničenja i/ili strahova staraoca; ovakva deca su uslovno prihvaćena – pod uslovom da se drže zabrana. Eksploracija može biti selektivno potkrepljena kada su samo za neka ponašanja podržana, pa tako npr. dečaci mogu da se slobodno igraju u dvorištu, ali ne i se lutkama, dok devojčice mogu da se igraju sa lutkama, ali ne i da se penju na drveće. Ovladavanje svetom može biti i negativno potkrepljeno, npr. poslušno ili agresivno ponašanje dovođi do smanjenja negativne stimulacije okoline, pa dete postaje preterano poslušno ili agresivno, dok ne razvija veštine eksploracije sveta i razvoja suptilnijih odnosa sa drugima. Većina dece nauči da mogu da donekle zadovolje svoje potrebe i osvoje neki stepen slobode kada se ponašaju na određeni način, ali se razlikuju po tome koliko je usko definisano to „polje slobode“ i koliko imaju vođstva i podrške odraslih u razvijanju adaptacionih mehanizama i ovladavanju svetom. Pri tome treba imati na umu da je nedovoljna osetljivost roditelja, mada odvojena karakteristika od odbacivanja, u značajnoj korelaciji sa lošim afektivnim odnosima.

Nedostatak osetljivosti i responsivnosti roditelja dovodi do smanjivanja moći deteta da ovladava sobom i svetom u cilju zadovoljavanja svojih potreba (uključujući i potrebu za afektivnom vezanošću). Ovo dete češće doživljava sukob između svojih akcija i okoline, što smanjuje njegovo osećanje prihvaćenosti u svetu i sigurnosti i efikasnosti u samostalnim akcijama. Ono takođe ne razvija osetljivost prema svojim potrebama, i zato ih dobro ne raspoznaje.

Dete: razvijanje unutrašnjih reprezentacija i ovladavanja

Čovek je biće koje ima potrebu da kontroliše svoju okolinu. Osnovno oruđe kontrole za čoveka je kognicija: on pokušava da razume svet da bi preživeo. Dete na osnovu iskustva i svojih kognitivnih kapaciteta zaključuje o nekim pravilnostima sveta koji ga okružuje. Gradi neke mehanizme preživljavanja, neke svoje kognitivne svetove koji su adaptibilni na sredinske uslove, ponaša se po nekim pravilima do kojih je došlo na osnovu iskustva. Dete uči kako da, u cilju zadovoljenja svojih potreba, ovlada tim svetom i samim sobom. Ono interiorizuje svet oko sebe, formirajući unutrašnje reprezentacije sveta i sebe. Urođene predispozicije deteta, njegove kognitivne sposobnosti, temperament, pol, kao i

uzrast na kome se dete adaptira određivaće koliko ove reprezentacije i adaptacije odgovaraju realnosti i dovode do uspeha u datim okolnostima. Ipak, sredina igra veliku ulogu u tome što je detetova realnost i koje su mu okolnosti.

Dete dakle formira unutrašnje reprezentacije samog sveta, sebe u svetu, i, naročito bitno, unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa sebe sa svojom socijalnom sredinom. U zdravoj socijalnoj sredini, unutrašnje reprezentacije afektivnog odnosa su pozitivnije. Međutim, nedovoljno negovano i voljeno dete ima negativnije reprezentacije i sebe i sveta.

Dete na osnovu iskustva svoje interakcije sa svetom, i svojih sposobnosti, razvija načine ovladavanja svetom i sobom. Pominjali smo da su dve bitne odrednice sredine vezane za ovaj razvoj. Prva je *da li su zahtevi sredine u skladu sa detetovim mogućnostima ovladavanja svetom i sobom*, tj. da li sredina zadovoljava detetove osnovne potrebe dovoljno, ili ono mora prerano da se bori za njih. Posebno je bitna potrebu za sigurnošću – dakle, koliko je sredina sigurna i predvidljiva; i za pozitivnim afektivnom odnosima – dakle, koliko ima afektivne razmene i podrške, i pod kojim okolnostima. Kod stabilno voljenog i negovanog deteta zahtevi ovladavanja nisu suviše iznad njegovih mogućnosti. Međutim, dete koje nije adekvatno negovano nema osnovnu sigurnost, zaštitu i usmerenje. Pravila koja prerano i pod pritiskom osmišljava utoliko su rigidnija i restriktivnija u odnosu na njegove ostale potrebe, ukoliko je nega i responsivnost roditelja manja, a odbacivanje veće. Ona su i utoliko generalnija, ukoliko su pravila prihvatanja i odbacivanja manje jasna. Naime, dete može biti delimično odbačeno, tj. delimično prihvaćeno sa manje ili više jasnim pravilima prihvatanja. Jasna uputstva omogućavaju socijalizaciju deteta ali često ograničavaju njegovu individuaciju, tj. ovladavanje okolinom i sobom. Nejasna pravila dovode do smanjene socijalizacije deteta, do te mere da se pokazuje da kod dece sa dezorganizovanim obrascima afektivnog vezivanja u detinjstvu (koje karakteriše nedostatak konzistentnosti ponašanja roditelja) dolazi do usporenja mentalnog razvoja (Lyons-Ruth, 1996), verovatno zbog nemoći kognitivnog aparata da pomogne u adaptaciji u konfuznim uslovima.

Druga odrednica sredine je – *koliko okolina stimuliše i usmerava samo ovladavanje* sredinom i samim sobom kod deteta. Osetljivi i responsivni roditelji su velika prednost u razvoju adaptivnih sposobnosti deteta. Sa druge strane, neresponsivni roditelji ne podstiču detetov razvoj i ne olakšavaju ga – naprotiv, čak mogu i da ga otežaju.

Nedovoljno voljeno dete

Unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa. U ovakvima uslovima dete će imati negativan odnos prema sebi, svom uticaju na svet i položaju u svetu. Odbačeno ili uslovno prihvaćeno dete neće sebe ni poštovati, tj. poštovaće sebe u meri u kojoj je uslov prihvatanja ispunjen. Što su uslovi prihvatanja restrikтивniji i nekonzistentniji, to je njegovo samopoštovanje fragilnije i više uslovno. Ovakvo dete će imati stabilnije i generalnije negativne, a nestabilnije i specifičnije pozitivne unutrašnje reprezentacije afektivnog odnosa sebe i sveta.

Pri tome malo dete ima egocentrični način razmišljanja – ono je centar svog sveta i uzrok je svega što se oko njega dešava. Ono će smatrati da je loše jer je uzrok ovog odbacivanja, i to utoliko više ukoliko je odbacivanje intenzivnije.

Ukoliko su roditelji manje specifični u razlogu svog odbacivanja (nije jasna veza između odbacivanja i događaja, tj. ponašanja, te dete ne zna zbog kog ponašanja ili događaja se odbacivanje desilo) i u tome šta se odbacuje (neko specifično ponašanje, ili dete kao celovitu osobu), utoliko će dete sebe smatrati generalnije lošim (kroz situacije), a svet generalnije odbacujućim. Ukoliko je odbacivanje stabilnije (kroz vreme), utoliko će dete sebe smatrati stabilnije lošim, a svet stabilnije neprijateljskim. Nedostatak nege usporava razvoj individuacije osobe, pa će ovakvo dete zadržati egocentrično objašnjenje sveta i u kasnijim godinama: smatraće da je samo uzrokovalo sve loše što mu se dešava.

Formira se osnova za depresogene atribucije – interno, globalno, stabilno shvatanje uzroka negativnih događaja. Recipročno, prijatni događaji će se smatrati uzrokovani eksternim, specifičnim i promenljivim uzrocima.

Negativni afektivni odnos prema sebi prediktibilniji za ponašanje od pozitivnog pogleda na sebe (Leary i sar., 1995; Malle, Horowitz, 1995). Istraživanje Malle-a i Horowitz-a (1995) ukazuje i da je negativan pogled na sebe i čvršće međupovezan, dok je u istraživanju Woolfolk-a i saradnika (1995) negativna self-kompleksnost bila stabilnija od pozitivne. Događaji koji ukazuju na mogućnost isključenja imaju daleko veću važnost nego događaji koji ukazuju na uključenost (Leary i sar., 1995). Zato je i negativni afektivni odnos prema sebi prediktibilniji – on zahteva akciju, te je lakše predvideti da će ona i uslediti. A malo dete koje nije dovoljno voljeno stalno je na granici isključenja: zato za njega negativni odnos ima mnogo veću važnost nego pozitivni.

Ovladavanje svetom. Nevoljeno dete nema dovoljno pozitivne afektivne razmene i zaštite, te osnovna potreba za sigurnošću i osećanjem dobrobiti nije zadovoljena (Joffe, Sandler, 1965, 1968; Sandler, Joffe, 1965, 1969). U naporu da dobije dovoljno nege i da se odbrani od negativnog uticaja sredine, ono pokušava da maksimalno ovlada sredinom. Razvija kompenzatorne mehanizme održanja u socijalnoj sredini, mehanizme kojima je cilj da održe osnovno osećanje sigurnosti i dobrobiti u situaciji kada to sredina detetu ne pruža. Kompenzatornim mehanizmima dete uspeva da donekle održi socijalne i afektivne veze uprkos pretnje odbacivanjem. Ipak, adaptivni mehanizmi prerano dobijaju funkciju samoodržanja, razvijajući se na osnovu suženih adaptivnih mogućnosti i ograničenog razumevanja sveta deteta, što pogoduje sticanju neefikasnih, pa čak i samo-destruktivnih navika. Zbog svoje funkcije održanja osnovne sigurnosti i dobrobiti, ovi mehanizmi su često predimenzionirani kao sredstvo kontrole ne-sigurnog, odbacujućeg sveta. Wood i sar. (1994) dobijaju u svom istraživanju, da osobe sa niskim samopoštovanjem imaju fokus ponašanja na samozaštiti. Oni teže samo-promovisanju („self-enhancement“) samo u situacijama kada se osećaju sigurni, tj. koje nose nizak rizik poniženja. Adaptacija mobiliše sve snage deteta, što usporava njegov psihosocijalni razvoj.

Kompenzatori mehanizmi ne moraju realno da održavaju uključenost osobe u društvenu sredinu. Dovoljno je da oni daju iluziju kontrole pripadanja društvenoj grupi, da bi za nju bili funkcionalni. Drugim rečima, dovoljno je da osoba ulaze u kontrolu emotivnih odnosa sa drugim ljudima misleći da joj to obezbeđuje uključenost u odnose sa njima, pri čemu nije potrebno da ta kontrola odnosa realno i postoji. Zato deca često u situaciji preranog i prevvelikog pritiska ka adaptaciji, donose pogrešne zaključke, koji im objašnjavaju i čak olakšavaju život, ali nisu istiniti.

Ovi mehanizmi su manje ili više uspešni, zavisno i od okoline (koliko je odbačenost generalna i stabilna), i od deteta (kognitivnih sposobnosti, temperamenta, uzrasta, pola itd.). Ukoliko su neuspešniji, dete će više osećati svoju odbačenost. Afektivne veze koje su zasnovane na ovim kompenzacijama su daleko nestabilnije nego one koje nastaju na osnovu stabilnog afektivnog prihvatanja i nege. Osim toga, one nikada u potpunosti ne mogu zadovoljiti afektivne potrebe deteta, jer su zasnovane na manipulativnom, a ne direktnom zadovoljenju potrebe, te im nedostaje radost i ljubav slobodne pozitivne afektivne razmene.

Nedovoljno voljeno dete nema ni osnovni uslov adekvatne autonomije, jer mu je ugroženo osećanje dobrobiti i sigurnosti. Ono nema dovoljno povezanosti u okviru porodice, što je bitna komponenta individuacije. Dakle, ono ima malo mogućnosti da se adekvatno diferencira od porodice.

Dete ograničavano/neusmeravano u razvoju autonomije i individuacije

Dete može biti i dovoljno voljeno, ali sputavano, tj. neusmeravano u svojoj potrebi za eksploracijom okoline i sebe, tj. za ovladavanjem svetom i sobom, i razvoju njegove autonomije. Za razvijanje autonomije je vezana i adekvatna individuacija u porodici. Grotevant i Cooper (1985) smatraju da je individuacija u porodičnim odnosima sastavljena od dve komponente: povezanosti i individualnosti. Povezanost se odražava u uzajamnosti (osetljivosti i poštovanju stanovišta drugih) i propustljivosti (otvorenosti i responsivnosti za stanovišta drugih). Individualnost se odražava u odvojenosti (izražavanje različitosti od drugih) i samoafirmaciji (iskazivanje svog pogleda na svet i preuzimanju odgovornosti za njegovo jasno komuniciranje).

Neusmeravanje i ograničavanje u razvoju autonomije i individuacije je verovatnije kada su roditelji generalno neosetljivi i neresponsivni za potrebe deteta, a posebno za potrebu za eksploracijom. Kada dete ima posebnu funkciju u porodičnom sistemu, ono može biti aktivno onemogućavano u naprima za razvoj autonomije i individualnosti. Jedan od ključnih procesa kojim se to postiže u porodici je *triangulacija*, u kojoj dvoje reaguju na anksioznost između sebe prebacivanjem fokusa na treću osobu (Haley, 1980; Minuchin, Fishman, 1981). Anksioznost između bračnog para sa nižim nivoom diferencijacije, koja nastaje zbog intenzivne fuzije, može se, u okviru tog odnosa, razrešiti bračnim konfliktom ili disfunkcijom jednog supružnika. Međutim, kada anksioznost prevaziđe tenziju koju sistem od dve osobe može da toleriše, često dolazi do procesa triangulacije. Uvodi se treća osoba da bi se tenzija redukovala. Uglavnom su dvoje unutar trougla, dok je jedan napolju, isključen, što stvara tenziju. Kada tenzija u ovom trouglu postane suviše visoka, utrougljavaju se nove osobe ili sistemi. Osobe sa najmanje diferenciranim selfom, koje su najpovoljnije za pritiscima emocionalnog sistema, najosetljivije su za utrogljavljavanje. U porodičnom sistemu to su najčešće deca. Ovaj mehanizam obično

počinje na najranijem uzrastu, u odnosu majke i deteta. Intenzivna fuzija između njih može biti doživljena kao pozitivna sve do pokušaja deteta da funkcioniše odvojeno, što se najčešće dešava u adolescenciji.

Unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa ovakvog deteta mogu biti pozitivne. Međutim, ono ne razvija svoje kapacitete za ovladavanjem svetom i sobom. Odriče se svoje potrebe za eksploracijom i kontrolom da bi očuvalo relativnu prihvaćenost od strane porodice. Ono neće imati nisko samopoštovanje, ali će biti nedovoljno diferencirano da bi samostalno uspostavljalo i održavalo afektivne odnose. Drugim rečima, biće nedovoljno osposobljeno da kontroliše svoju socijalnu sredinu u cilju uspostavljanja i održanja afektivnih odnosa i u nepovoljnim uslovima. Ono je često bespomoćno da se nosi sa promenama u afektivnim odnosima sa okolinom i da obezbedi socijalne veze koje su mu potrebne i u nepovoljnim okolnostima. U situacijama gubitaka i stresova će biti posebno vulnerabilno za depresivne reakcije.

U adolescenciji detetu nedostaje stepen diferencijacije selfa koji je potreban da bi se stvarno razdvojilo od porodice. Zavisnost od porodice dovodi do neadekvatnosti u uspostavljanju i održavanju razvojno značajnih novih odnosa u vršnjačkoj grupi, što može biti okidač depresivne reakcije.

Diferencijacija

I nedovoljno voljeno dete, i dete sputano u ekploraciji u ovladavanju okolinom i sobom, se kroz svoje sazrevanje slabije diferenciraju od svoje okoline. Već smo pomenuli da pod diferencijacijom podrazumevamo relativnu nezavisnost od neposredne okoline u zadovoljenju svojih potreba, naročito potrebe za pozitivnim afektivnim vezama, kao i da su za adekvatnu diferencijaciju potrebne stabilne i generalne pozitivne unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa i razvoj adaptivnih mehanizama koji omogućavaju zadovoljenje njenih potreba. Da bi se adekvatno diferenciralo, detetu je potrebno da bude voljeno i prihvaćeno u njegovim raznovrsnim potrebama, i da bude u njima artikulisano. Topli roditelji daju detetu osnovno poverenje u stabilnu pripadnost neposrednoj socijalnoj grupi i u afektivnu povezanost sa drugim ljudima, omogućujući detetu da razvije pozitivne unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa sebe i sveta. Senzitivni i responsivni roditelji usmeravaju dete u pravcu sve većeg ovladavanja sobom i

okolinom i razvoja emotivnih veza sa drugim osobama koje dozvoljavaju finu ravnotežu povezanosti i nezavisnosti. Dete razvija adekvatne mehanizme uspostavljanja i održanja afektivnih veza. Roditelji koje ne vole dovoljno svoje dete sigurno nisu senzitivni i responsivni za njegove ostale potrebe.

Odbacivanje

Ukoliko je dete uslovno prihvaćeno, tj. delimično odbačeno, ono nema poverenja u svoju pripadnost i afektivnu vezanost. Njegove unutrašnje reprezentacije roditelja i sebe nisu dovoljno stabilno pozitivne da bi se osećalo sigurno. Njegove unutrašnje pozitivne reprezentacije sebe su takođe nestabilne i uslovne, zavisne od toga koliko ono uspeva da kontroliše uslove prihvatanja u socijalnoj sredini. Sa druge strane, unutrašnje negativne reprezentacije sveta i sebe su daleko prisutnije. Ovakvo dete stalno mora da ulazi u održanje svojih emotivnih veza i daleko je zavisnije od reakcije okoline, od deteta koja je stabilno voljeno. Njegov razvoj ide u pravcu povećane kontrole stalno pretećeg odbacivanja – to je razvoj kompenzacije, ali ne i autonomije i individuacije. Ono ne razvija poverenje u pripadnost socijalnoj grupi koja dozvoljava relativnu nezavisnost i sebe i drugih, već, u senci mogućeg isključenja iz grupe, stalno pokušava da kontroliše sredinu i sebe. Ono se daleko više bavi sobom i svojim samopotvrđivanjem u socijalnoj okolini, nego eksploracijom i drugim ljudima. Tendencija fokusiranja na sebe karakteriše ne samo depresivne i anksiozne osobe, već i psihopate i shizofreničare (vidi preglednu studiju Ingram-a, 1990). Jedan od uzroka povećanog samo-fokusiranja može biti i adaptivni napor individue da kroz self-monitoring nađe načina da u nepovoljnim okolnostima poboljša svoju adaptaciju i osećanje dobrobiti i sigurnosti. Kod osoba koje nisu interiorizovale pozitivne afektivne odnose sa drugima zbog nepovoljnog ranog razvoja, osećanje sigurnosti i dobrobiti je nesigurno i zato samo-fokusiranje teži da bude povišeno. Ovo potvrđuju istraživanja Gibbons-a i saradnika (1985, Gibbons, 1983, po Ingram, 1990) u kojima se pokazuje pozitivna veza između samo-fokusiranja i neuspeha i između samo-fokusiranja i tačnosti samoopisa, kao i istraživanje Musson-a i Alloy-a (1988, po Ingram, 1990), u kome povećano samo-fokusiranja ne posreduje u vezi između niskog samopoštovanja i depresivnosti ispitanika, dakle ne uzrokuje nezavisno nepovoljnu adaptaciju osobe.

Neosetljivost i neresponsivnost roditelja

Dete koje roditelji ne usmeravaju u njegovoj eksploraciji sveta, već samo u afektivnoj privrženosti porodici, ne ovladava dovoljno ni sobom ni svojom okolinom i ne diferencira se od svoje porodice shodno uzrastu. Ono često ima pozitivne afektivne reprezentacije, ali, usled nedostatka iskustva i usmerenja u razvijanju svojih potencijala i zadovoljenju svojih potreba, njihova slika sveta je nepotpuna. Tako ono ostaje zavisno od svoje okoline u zadovoljenju svojih potreba.

* * *

U prikazanom razvoju, dete je u zadovoljenju mnogih svojih potreba ograničeno. Ono sa nekim svojim potrebama uopšte ne komunicira, niti izlazi sa njima u svet, te one ostaju neprepoznate i nezadovoljene. Ne artikuliše ni sebe, ni svoje odnose sa drugima u pravcu povećane autonomije u socijalnim odnosima sa drugima. Nema slobodu eksploracije sveta niti zadovoljstvo u razvojnem povećavanju sposobnosti ovladavanja. Ne uči kako da uspostavlja i održava veze sa ljudima uz poštovanje i njihovih i svojih potreba i individualnosti, već su mu ljudi sredstva za zadovoljenje ličnih potreba i samopotvrđivanje sopstvene vrednosti. Dykman (1998) pokazuje da je motivacija vođena samopotvrđivanjem pogodnije tlo za depresiju od one vođene razvojem ličnosti.

Dalji socijalni odnosi mlade osobe

Mehanizmi ovladavanja koje dete u nepovoljnoj porodičnoj sredini razvija adaptivni su za tu sredinu, ali ne i za sledeće socijalne situacije. Nedovoljna diferenciranost osobe dovodi do daljih nekvalitetnih socijalnih i afektivnih odnosa, od kojih su od najvećeg značaja odnosi sa vršnjacima. Neadekvatno diferencirani adolescenti i sami mogu postati izvor problema u porodici, zbog svoje neprilagođenosti široj socijalnoj sredini, što može pogoršati odnose i u ovako nefunkcionalnim porodicama.

Uspešnost u daljim socijalnim odnosima određena je i nekim urođenim karakteristikama: polom, inteligencijom, temperamentom, fizičkim izgledom, fizičkom snagom, posebnim predispozicijama (za sport, muziku, matematiku

isl.), kao i uzrastom,. Međutim, stepen diferencijacije mlade osobe, tj. unutrašnje reprezentacije njenih afektivnih odnosa i mehanizmi adaptacije koje je razvila pod uticajem iskustva u porodici, značajno utiču na njene dalje vršnjačke odnose. Istraživanje Eisenberg-ove i saradnika (1996) ukazuje na značaj uticaja roditelja na razvoj socijalne kompetencije kod dece. Ponašanje roditelja, naročito majke, koje je stimulisalo autonomiju i individuaciju deteta, pozitivno je bilo povezano sa socijalnim funkcionisanjem deteta (socijalnom kompetencijom), i njegovim mehanizmima prevladavanja. I istraživanje Allen-a i saradnika (1998) pokazuje da su adolescenti, koji sebe procenjuju kao sigurno afektivno vezane u detinjstvu, imali bolji status u vršnjačkoj grupi, te da je sigurni tip afektivnog vezivanja bio značajan prediktor socijalne prihvaćenosti adolescenata. U istraživanju Brown-a i saradnika (1993) uticaj roditelja je oblikovao ponašanje adolescenta koje je opet određivalo njihovu grupnu pripadnost u srednjoj školi.

Nedovoljno diferencirana osoba tipično će imati nekvalitetne vršnjačke odnose još u detinjstvu. Ona je preterano zavisna od reakcije okoline, nedovoljno artikulisana, nesaradljiva, sporija u ovladavanju novim situacijama, manje zabavna i kreativna. Teže se uklapa u novu socijalnu sredinu, naročito u vršnjačke odnose. Ima manje socijalnih odnosa, koji su slabijeg kvaliteta od odnosa druge dece i adolescenata. Vršnjaci mogu i da je odbace. Ukoliko uz to i nije prihvaćeno od svojih roditelja, nedovoljno diferencirano dete ima negativna očekivanja od drugih i od sebe, rigidnije je, hladnije i egocentričnije od svojih drugova i drugarica. I tako odnosi u ostalim grupama u koje ulazi u detinjstvu i naročito adolescenciji, takođe nisu zadovoljavajući.

Problemi postaju sve uočljiviji u adolescenciji, kada je značaj vršnjačke grupe sve veći. Nedovoljno diferencirane mlade osobe nisu dobro pripremljene za individuaciju koja je razvojni zadatak adolescencije, pa se jaz između njih i njihovih vršnjaka povećava. Odnosi koje uspevaju da održe su slabi po intenzitetu i uslovno pozitivni, pošto se druži sa sebi sličnima koji su takođe egocentrični, nedovoljno diferencirani i često negativni. Oni nisu pogodno društvo za učenje boljih adaptivnih mehanizama. Zbog svog neprilagođenog ponašanja, neretko izazivaju agresiju drugih vršnjaka, a zbog frustracije svojih potreba često su i same agresivne. Odnosi sa suprotnim polom nisu ništa više zadovoljavajući nego sa ostalim vršnjacima.

Odbacivanja koja takva osoba doživljava u vršnjačkim odnosima u detinjstvu i adolescenciji, dovode do daljih razočaranja. Ova iskustva se interiorizuju, razvijaju se dalje nepovoljne unutrašnje reprezentacije socijalnih odnosa. Problematični vršnjaci, sa kojima uspevaju da se druže, ne pogoduju boljem razvoju njihovih prosocijalnih adaptacija, kao što se to uobičajeno dešava u grupama bolje adaptiranih vršnjaka. Ova situacija još više produbljuje razlike i socijalnu distancu između dobro i loše adaptiranih adolescenata.

Tekući socijalni odnosi u adolescenciji

Budući da je fokus našeg interesovanja adolescentna psihopatologija, u razmatranju tekućih socijalnih odnosa ograničićemo se na procese koji se dešavaju u adolescenciji.

Neposredna socijalna okolina adolescenata je najčešće primarna porodica i vršnjačka grupa. Nedovoljno diferencirani adolescent ima povećan rizik za negativne i odbacujuće odnose sa dobro adaptiranom decom, za udruživanje sa mladima sličnim sebi, sa kojima se njegove adaptacije po pravilu značajno ne unapređuju, kao i za povlačenje u usamljenost.

Adolescent obično ostaje u istoj porodici kao i u detinjstvu, koja ima tendenciju da bude isto onoliko (ne)povoljna za razvoj kao i u detinjstvu. Zato neadekvatne porodice ostaju nepovoljna sredina za adolescente. U nekim porodicama u adolescenciji se mogu pogoršati razvojni uslovi. Naime, ako su mлади utrogljeni u porodične odnose, njihova porodica se aktivno opire njihovom osamostaljivanju. Može doći do onesposobljavajućeg ponašanja mlade osobe, koja tako i dalje ostaje fokus porodičnih interakcija, roditelji su i dalje organizovani oko nje, a ona i dalje utrogljena (Haley, 1980). Odnosi sa ostalim socijalnim grupama podređeni su zahtevima porodice. Utrogljenost adolescente smanjuje njegovu uspešnost u svim vanporodičnim aktivnostima, a naročito u odnosima sa vršnjacima.

Stresori

Najčešće, mada ne i obavezno, početak kliničke depresije je vezan za neki „krucijalni“ spoljni događaj. Međutim, on ne mora biti čak ni primetan neposrednoj okolini. Njegova osnovna karakteristika je značenje koje sa sobom nosi.

To je događaj koje nosi sa sobom ili narušavanje spoljašnjih ili interiorizovanih socijalnih emotivnih odnosa, ili smanjenje mogućnosti adaptacije na ovakvu socijalnu nepovoljnost.

Ovaj događaj može da bude *narušavanje interpersonalnih odnosa* Blatt (1998), kao što su: gubitak svakodnevne socijalne podrške, gubitak jedinog značajnog afektivnog odnosa na koji se osoba svela (ljubavnog ili prijateljskog odnosa, pa čak i objekta mržnje), gubitak socijalnog položaja, nedostatak socijalne podrške u uslovima izrazitog stresa, kada je ona najpotrebnija, ili masivan gubitak socijalne mreže kao u elementarnim katastrofama, ratu i sl. Narušavanje interpersonalnih odnosa utiče kako na smanjenje socijalnih afektivnih veza, tako i na smanjenje mogućnosti adaptacije na nepovoljne situacije. Događaj može biti delimičan ili potpuni gubitak ličnog kvaliteta, koji je narušio pozitivnu definiciju sebe i doveo do gubitka samopoštovanja (Blatt, 19889) i/ili koji je bio uslov za funkcionisanje mehanizama ovladavanja, koje je osoba razvila.

Stresori koji mogu biti „okidači“ depresije su dakle oni događaji koji utiču nepovoljno ili na tekuće spoljašnje ili interiorizovane socijalne odnose – njihov kvalitet ili kvantitet, ili na mehanizme ovladavanja svetom i sobom koji su održavali nedovoljne i/ili negativne socijalne emotivne odnose relativno podnošljivim. Ovakvo viđenje je u skladu sa nalazima Holahan-a i saradnika (1999) o indirektnom uticaju stresora na depresivne simptome preko promena u psihosocijalnim resursima, definisanim kao tekuća porodična podrška (tekuća socijalna situacija), samopouzdanje (interiorizovani tekući i prošli socijalni odnosi) i lakoća u suočavanju sa životnim okolnostima (mekanizmi ovladavanja svetom).

Stabilnost, globalnost i nemoć

Do sada navedene karakteristike nisu specifične samo za depresiju. Nesigurnost ranih afektivnih veza, neosetljivi i neresponsivni roditelji, razvoj kompenzatornih mehanizama, nedovoljna diferencijacija od okoline, loši tekući socijalni odnosi i stresni događaji, etiološki su faktori i većine drugih psihopatoloških poremećaja. Međutim, ne zaboravimo da je depresija poremećaj koji ima najveći komorbiditet sa drugim poremećajima, što je naročito izraženo u dečinstvu i adolescenciji. Većina mladih sa depresivnim poremećajem ima i drugu,

komorbidnu dijagnozu (Harrington, 1995). Ovakvo brojni zajednički predisponirajući faktori su upravo i objašnjenje ovog komorbiditeta.

Već smo pominjali da za depresiju nije dovoljan razlog da su tekuće afektivne veze nedovoljne, nekvalitetne i odbacujuće (slabe, uslovne, negativne). Potrebno je i da osoba smatra ovo sadašnje stanje stalnim i globalnim, i da smatra sebe nemoćnom da uspostavi potrebne afektivne veze, što zavisi, koliko od karakteristika situacije, toliko i od stepena diferenciranosti osobe (Seligman i sar., 1968; Dweck, Reppucci, 1973, Abramson i sar., 1978). Slabije diferencirane osobe su podložnije nepovoljnim uticajima sredine zbog nestabilnosti svojih pozitivnih unutrašnjih reprezentacija sebe i nedovoljne efikasnosti svojih mehanizam prevladavanje izazova i nepovoljnosti. Deca su podložnija od adolescenata, a oni od odraslih. Ipak, najveći skok depresije se dešava u adolescenciji. Moguće je da procena stabilnosti i generalnosti neke situacije u protoku vremena zahteva kognitivne sposobnosti koje omogućavaju zauzimanje perspektive. Iako deca sve događaje doživljavaju intenzivnije, ona ne uključuju vremensku perspektivnu pa ne razmišljaju da li će problem trajati tokom dužeg vremena. Adolescent, koji ima sposobnost apstraktnog mišljenja, biće skloniji od deteta donošenju globalnih i stabilnih zaključaka, pa time i spremniji da svoju situaciju smatraju stabilnije i globalnije lošom. U istraživanju depresivne dece i adolescenata Ryan-a i saradnika (1987) depresivni adolescenti su izražavali svoju bespomoćnost značajno češće i sa većom težinom simptoma od depresivne dece. Moguće je da se tu nalazi i jedan od razloga povećanja depresivnih poremećaja u adolescenciji.

Samo tumačenje negativnog događaja i njegovog uticaja na sopstvenu situaciju zavisi od *unutrašnjih reprezentacija* osobe. Unutrašnje reprezentacije afektivnog odnosa sebe i sveta koje imaju nestabilne i specifične uslove pozitivnog (dakle koje su visoko zavisne od određenih uslova), a globalne i stabilne uslove negativnog afektivnog odnosa (dakle, koje su slabo zavisne od određenih uslova), logično pogoduju tumačenju negativnih socijalnih događaja kao stalnih i globalnih, a pozitivnih kao nestabilnih i specifičnih.

Nepovoljne afektivne reprezentacije su tipične, kao što smo videli, za nedovoljno voljenu decu. Ona su prihvaćena od staraoca pod uslovom, i ako se uslov ne ispuni, onda su odbačena – život je dakle borba za očuvanje uslova pod kojima su prihvaćeni. Njihove pozitivne reprezentacije sebe su u visokoj zavisnosti od događaja, tj. lako se gube u nepovoljnim uslovima. Tada stabilnije

i dublje utedeljene negativne reprezentacije sebe, isplivavaju. Ovakve osobe će tragičnije shvatati isti događaj, nego osobe koje su stabilnije i bezuslovni voljene. Ne samo da će ovo stanje smatrati trajnijim i globalnijim, već će i sebe smatrati generalnije i stabilnije negativnom.

Sposobnosti ovladavanja svetom i sobom koje je osoba razvila, određuju kako će se uspešno ovladati situacijom u cilju zadovoljenja svojih socijalnih potreba. Osobe koje imaju funkcionalne adaptacione mehanizme prilagodice se okolnostima. Dakle, bitno je da li nepovoljne trenutne socijalne uslove osoba može da promeni, tj. da li može da im se adaptira da bi barem donekle zadovoljila svoje potrebe. Adaptacione sposobnosti su određene i naslednim predispozicijama, ali i sredinskim uslovima u kojoj je mlada osoba odrastala. Na ove sposobnosti utiču i reprezentacije afektivnog odnosa sebe i sveta (Rudolph i sar., 1995).

Nedovoljno voljenu, odbačenu decu, budući sa nepovoljnim reprezentacijama sveta i sebe, od depresije deli samo efikasnost kompenzatornih mehanizama, koji omogućavaju neku kontrolu odbacivanja. Kod ove dece, kao što smo videli, razvoj ovih mehanizama je otežan.

Neka odbačena deca *ne uspevaju* da razviju mehanizme kontrole odbacivanja. Ona mogu od detinjstva da pate od depresije. Pokazuje se visok kontinuitet dečjih depresija u odrasлом dobu (Harrington, 1995).

Međutim, mnoga deca razvijaju načine delimične kontrole odbacivanja, boreći se protiv ove depresivne pozicije. Ona razvijaju *kompenzatorne mehanizme* u cilju održanja kontrole nad nekvalitetnim socijalnim afektivnim vezama sa drugima i sa sobom. Ako se zbog nekog događaja ovi kompenzatori mehanizmi slome, tj. izgube mogućnost ostvarenja ili efikasnost, dolazi do suočenja sa sadašnjim nekvalitetnim i odbacujućim afektivnim vezama. Pri tome sam negativni događaj može spolja gledano da bude minoran. Lowen (1972) smatra da je za depresivnu reakciju nužan slom iluzija koje su održavale stanje nedovoljne ljubavi podnošljivim, i da on može biti provociran događajem neprimetnim za okolinu. Događaj može da provocira pad kompenzacija direktnim uticajem na njih (npr. gubitak sposobnosti koja je bila krucijalna za adaptaciju), ili indirektno – promenom socijalnih uslova, u kojoj adaptivni mehanizmi koje je osoba razvila više nisu funkcionalni. Ako osoba smatra da je bespomoćna da stanje promeni, npr. ako smatra da je ona sama njegov nepromenljivi, stabilni i generalni uzrok,

onda se smisao svake dalje akcije u pravcu uspostavljanja boljih afektivnih odnosa – dakle, svakog daljeg kompenzatornog npora – gubi.

Mlade osobe koje su voljene u svojim porodicama, ali koje nisu uspele da razviju mehanizme ovladavanja svetom i sobom, u situaciji promenjenih okolnosti nisu u stanju, ili misle da nisu u stanju da uspostavljaju i održavaju afektivne veze. Dakle, u ovim okolnostima potrebna je nepovoljna promena u socijalnoj okolini (nesreće, bolesti itd.), ili promena u potrebama mlade osobe (npr. seksualne potrebe), kojoj osoba ne može da se adaptira jer nema načina. Stanje sadašnjeg nedostatka afektivnih veza se mora smatrati stabilnim i globalnim zbog objektivnih okolnosti koje pokazuju da je jedini način izmene nezadovoljavajućeg stanja lična inicijativa. Ona ne mora da smatra sebe uzrokom gubitka socijalnih veza ili nastanka novih potreba, ali mora da se smatra ili da jeste nesposobna da uspostavi i održi nove afektivne odnose u novim okolnostima.

Na kraju, postoje situacije u kojim osoba realno ne samo da je izložena trajnom i stabilnom gubitku u socijalnim odnosima, već su i njene *adaptivne sposobnosti grubo limitirane spoljnim okolnostima*, koje su izvan mogućnosti adaptacije većini ljudi.

U svim slučajevima mehanizmi kontrole nisu dovoljno uspešni da bi se osoba smatrala uključenom u referentnu društvenu grupu uprkos nepovoljnoj situaciji (pretnji isključenjem ili isključenjem). Osoba smatra da je situacija nedovoljnih afektivnih veza stabilna i globalna, i smatra da je uzrok nedovoljnih afektivnih veza van njene kontrole. Ukoliko su sredinski uslovi nepovoljniji, utoliko je manje učešće ličnosti u odgovoru na njih. Ukoliko su spoljne okolnosti manje restriktivne, utoliko je veći uticaj negativnih unutrašnjih reprezentacija afektivnih odnosa sebe i sveta, i nedovoljno razvijenih adaptivnih mehanizama. Dakle, utoliko je veći uticaj nedovoljne diferenciranosti osobe. Rezultati istraživanja Dykman-a (1998) sugerisu da su osobe koje su orijentisane na stalno traženje samopotvrđivanja, dakle zavisne od okoline, sklonije depresivnom reagovanju na negativne događaje, nego osobe koje su orijentisane na razvoj svoje ličnosti.

Na kraju – depresija

Situacija odbačenosti od referentne socijalne grupe dovodi do psihičkog bola. Podsetimo se da je pripadnost socijalnoj grupi uslov opstanka čoveka, i da

isključenje iz grupe uzrokuje psihički bol koji ima istu funkciju kao i fizički – upozoravanja na opasnost po opstanak osobe. Da ne bi patnja zbog stabilnog nedostatka afektivnih veza, tj. zbog odbacivanja bila prevelika, osoba mora da se na neki način odbrani. Polazimo od stanovišta da je intenzitet patnje koja se doživljava zbog nezadovoljenja socijalne potrebe suviše visok da bi mogao da se toleriše i da zahteva angažovanje mehanizama odbrane od ove patnje. Studije afektivnog lišavanja male dece pokazuju koliko ovo stanje ne može da se toleriše u najranijem uzrastu, i koliko rano deca upotrebljavaju mehanizme odbrane od ovakve patnje.

Situacija psihičkog bola ne dovodi automatski do depresije. Osoba koja se suočava sa bolom primenjuje mehanizme prevazilaženja koji su joj na raspolaganju, tj. koje je do sada primenila ili može da primeni u skladu sa srednjom i kulturom kojoj pripada. Model socijalnog informacionog procesiranja Krika i Dodža (Crick, Dodge, 1994) polazi od pretpostavke da se ponašanje prema drugima u detinjstvu i adolescenciji razvija kao funkcija ishoda kompleksnog seta tekućih socijalno-kognitivnih operacija individue – socijalnog informacionog procesiranja, u kome je definisano nekoliko sekvensijalnih koraka. Smatraju da osoba koja ima jasan cilj, što bi u ovo slučaju bilo smanjenje psihičkog bola, traži u svom repertoaru jedno ili više mogućih adaptivnih odgovora ili konstruiše nove odgovore. Neke sredine podstiču razvoj brojnih mehanizama i adaptacije i prevazilaženja bola. Oni mogu biti prosocijalni, kao što su rad, kreativno ispoljavanje bola, ili manje kreativni, kao što su zloupotreba supstanci, ekstenzivan i ekscesivan seks, agresivni ispadni, bekstvo u fantaziju, hipnotisanost televizijom, igranje igrica na kompjuteru, depresivno povlačeње, pa i samopovređivanje isl. Raznovrsnost i kvalitet generalnih mehanizama adaptacije su tesno povezani sa mehanizmima odbrane od bola, pa će osoba koja ima bogatiji izbor reagovanja manje verovatno biti depresivna.

Koji će odgovor osoba odabratи zavisi od evaluacije mogućih rešenja u odnosu na ishod, smatraju Krik i Dodž (Crick, Dodge, 1994). Mogući odgovori se vrednuju kroz različite domene, kao što je njegova raspoloživost, verovatnoća da će odgovor uspešno da se izvede, procena njegovog verovanog ishoda u odnosu na cilj isl. Prednost imaju dobro naučeni obrasci ponašanja, koji odgovaraju temperamentu i osobinama ličnosti osobe, kao i normama kulture kojoj pripada, i za koje osoba veruje da može da ih izvede i da mogu da dovedu do želenog cilja. Rana iskustva odbacivanja nose visok rizik od povlačenja emotivnih investicija iz objekata, budući

da je to mehanizam odbrane koji se razvojno vrlo rano javlja, što kasnije predisponira osobu za povlačenje investicija u objekat u sličnim situacijama. Roditelji i druge odrasle osobe u porodici koje su depresivne, koje imaju poziciju bespomoćnosti ili beznađa, posebno ako su istog pola, daju loš primer mladoj osobi.

I kultura određuje šta je primereno ponašanje i u ovakvim situacijama. Muškarci u našoj kulturi preferiraju zloupotrebu alkohola ili agresivne ispade, dok žene mnogo lakše biraju depresivno povlačenje. Interesantno je da su reakcije besa i agresije u psihoterapiji smatraju povoljnijim reakcijama na bol od povlačenja većine ili svih „emotivnih investicija u objekte“. Bes i agresija su prirodne reakcije na svaku vrstu fizičkog i psihičkog bola. One podrazumevaju emotivnu razmenu i komunikaciju, mada negativnu. Bolbi (Bowlby 1961, 1982) je pokazao da su bes i agresija prve i adaptivne reakcije deteta na gubitak ili odbacivanje. Komunikacija besa i pravo na agresiju su često znaci napretka u psihoterapijskom procesu sa depresivnim osobama. Označavaju početak uspostavljanja afektivnih odnosa na mestu na kome su često i bili prekinuti: na mestu besa i agresije zbog odbacivanja koje se, realno ili imaginativno, desilo (Lowen, 1972). Ipak, ove reakcije su korisne samo na putu ka razrešenju situacije koja dovodi do agresivne reakcije. Ukoliko se nekontrolisano i/ili često ispoljavaju bes i agresija i pri tome se prelaze granice društveno prihvatljivog, mogu dovesti do aktivnog stvaranja problema u socijalnim odnosima i daljih odbacivanja od strane bližnjih i društva. Time se povećava rizik i za depresiju i za antisocijalna ponašanja, što vodi do najnepovoljnijih ishoda, kao što smo videli u prethodnim poglavljima. Videli smo i da se agresija i depresivnost mogu istovremeno pojavljivati i da ne isključuju jedno drugo, oni mogu biti čak različite faze istog procesa reagovanja na gubitak.

Na kraju osoba izabire svoj odgovor na situaciju, koji može biti povlačenje emotivnih investicija koji osoba ima u drugoga, što i dalje može biti deo normalnog repertoara odgovora. Njega čini patološkim tek obim povlačenja investicija, kada on obuhvata većinu ili sve značajne emotivne odnose osobe. Negativne posledice ovakvog povlačenja se odražavaju i na socijalne odnose osobe i na njen unutrašnji život, dodatno pogoršavajući njen kvalitet života.

U realnoj socijalnoj interakciji, osoba koja povlači svoja ulaganja u druge najčešće dobija recipročno i njihovo povlačenje ulaganja u nju. Međutim, kod izuzetno dubokih, kao i vrlo površnih odnosa ne mora okolina odgovarati recipročno. Ako postoji trajne afektivne veze, bliska osoba može dugo održavati

pozitivan odnos prema depresivnoj osobi uprkos njenom povlačenju i neprijateljstvu. Kod vrlo površnih odnosa, socijalna okolina može i da ne primeti emotivne aspekte odnosa, jer oni nisu bitni u komunikaciji.

Povlačenje investicija u druge osobe ima posledice na investicije koje osoba ima u sebe, tj. u self-koncept. Osoba koja povlači svoja ulaganja u druge najčešće recipročno povlači i ulaganja u *reprezentaciju sebe*. Joffe i Sandler (1965) smatraju da „za svaku reprezentaciju objekta ljubavi postoji deo u self-reprezentaciji koji je komplementaran tome, tj. deo koji odražava relaciju prema objektu, i koji formira vezu između selfa i objekta“ (str. 399). Kada se povuku ulaganja koja osoba ima u odnos sa objektom, ovaj objekt se gubi iz psihološkog polja osobe, te se i reprezentacije afektivne razmene koju je objekat imao sa osobom koja je investicije povukla, a koje su deo reprezentacije sebe, takođe gube. Kako je „ja“ definisano kao „ja u socijalnom svetu“, dok su afektivne investicije u sebe velikim delom unutrašnje reprezentacije afektivnih investicija drugih u sebe, masivni prekid socijalnih odnosa sa drugima dovodi do velikog osiromašenja unutrašnjeg sveta.

Što je veće povlačenje investicija u druge, veće je i oštećenje unutrašnjih reprezentacija afektivnih odnosa sa njima, što stvara začarani krug odbacivanja i gubitaka investicija u sebe i druge. Ukoliko je povlačenje masivno, može doći i do ugrožavanja osnovnih funkcija samoočuvanja. Kako je čovek u svom pogledu na svet i na sebe rukovođen socijalnim odnosima regulisanim emocijama, povlačenje emotivnih veza od sveta i sebe dovodi do dezorientacije i gubitka smisla. Istraživanja kliničkih slučajeva kod kojih je, zbog neuroloških lezija centralnog nervnog sistema, kognicija postala nepovezana sa afektima, pokazuju da oni imaju izrazito iracionalno, nedosledno i besmisленo ponašanje (Damasio, 1994, po Knežević, 2003). Tako dolazimo do ostalih simptoma depresije: pada raspoloženja, bezvoljnosti, umora, niskog samopoštovanja, problema koncentracije, suicidalnih ideja, poremećaja osnovnih funkcija – jela, sna i seksa.

Oporavak?

Depresija se okončava ukoliko osoba uspe da nađe smisao daljih afektivnih ulaganja. Budući da svaki živi organizam teži samoobnavljanju, neretko dolazi do spontanih izlečenja, u kojima osoba dobija neku veru u ljude i u sebe, tj. uspostavlja

neku kontrolu nad afektivnim odnosima. Međutim, afektivne veze ove osobe su često ponovo nekvalitetne i nestabilne, njene sposobnosti ovladavanja svetom i sobom su i dalje smanjene, zbog čega je u riziku za sledeće depresivne epizode. Jedan od najkonzistentnijih nalaza istraživanja depresije je da je njen najprediktivniji faktor – prethodna depresija (Harrington, 1995; Rutter, 1995; Holahan i sar., 1999). Kod sledećeg velikog potresa depresivni raspad je opet moguć.

Komentar

Prikazana skica sleda događaja koji vode u depresiju je daleko od bogatstva individualnih istorija, koje pokazuju brojne detalje i specifičnosti. Ovaj sled događaja nije jednoznačan niti strogo kauzalan. Ni jedan aspekt nije stabilan i nepromenljiv. Porodični odnosi se mogu promeniti na bolje; osoba može imati uspeha u školi i u vršnjačkoj grupi zbog ličnih osobina (inteligencija, fizička privlačnost, talenti itd.) ili socijalnog miljea (pripadnost privilegovanoj klasi), te se početno nepovoljan razvoj može pokazati kasnije uspešnim i zadovoljavajućim. Može se desiti i obrnuto: umereno loši porodični odnosi mogu dovesti do ozbiljnijih depresivnih poremećaja kod deteta zbog uticaja drugih nepovoljnih okolnosti: vršnjačkog odbacivanja (npr. zato što je pripadnik etničke manjine), izrazitih stresora (npr. izbeglištvo), polne određenosti (ženski pol), kao i njihovog međudejstva. Čak i kad dođe do pada kompenzatornih mehanizama, on ne dovodi do depresije ukoliko se uzrok smatra spoljašnjim i promenljivim – ovakva postavka pre vodi u agresiju, paranoidne obrade i generalno poziciju protiv sveta, ali ne i protiv sebe.

Takođe, ni intenzitet pada kompenzacija i povlačenja afektivnih veza ne mora biti isti. Svesnost o nedovoljnosti afektivnih odnosa može biti umerena i povezana sa tugom i nemoći, emotivne investicije tek delimično povučene, adaptivni mehanizmi delimično funkcionalni, a vitalne funkcije organizma očuvane (npr. depresivni simptomi, distimija). Sa druge strane, povlačenje afektivnih veza sa svetom može biti toliko drastično da dovede do katatonog stupora.

Postoji i varijanta depresije koja je potpomognuta disfunkcionalnim porodičnim sistemom. U njoj depresivna osoba „igra ulogu“ osobe sa simptomom, da bi organizovala porodicu oko sopstvene bolesti, i time pomaže porodični sistem da se održi u disfunkcionalnom stanju (Haley, 1980). Ova vrsta depresije ima svoje sekundarne dobiti – pažnju i negu od strane članova porodice,

zaštićenost od spoljašnjih izazova isl. Ipak, kao u svakoj manipulaciji, i ovde osoba koja je „identifikovani pacijent“ dobija uslovnu pažnju članova porodice po cenu velikog samoodricanja, umesto da dobije direktno i bez samožrtvovanja ono što joj treba – pažnju i ljubav. I ovde su emotivne veze uslovne i potencijalno neprijateljske, sa tom razlikom što nije došlo do sloma mehanizama kompenzacije: sama depresija je istovremeno i kompenzatorni mehanizam i njegov slom. Depresivno ponašanje, koje mora biti dovoljno izrazito da bi skrenulo pažnju drugih, podrazumeva veliko odricanje od sebe, što ga čini prilično neefikasnim. On može biti posledica sloma prethodnih, uspešnijih kompenzacija sa istim ciljem – održanjem porodičnog sistema.

U adolescenciji dolazi do konstelacije faktora koji omogućavaju veću incidencu depresije. Sa jedne strane, adolescencija znači javljanje novih potreba, koje diktiraju izlazak osobe iz porodice i povećavaju važnost vršnjačke grupe. Postavljaju se novi zahtevi nove sredine, kojom treba ovladati u cilju zadovoljenja potreba, nekih starih (za afektivnim odnosima) i nekih novih (seksualnih, kognitivnih, potreba za individuacijom). Povećavaju se zahtevi za adaptacijom. Disfunkcionalna porodica ne priprema mladu osobu za dobru adaptaciju vršnjacima jer ne omogućava dobru diferencijaciju adolescenata od drugih osoba, niti njegovo adekvatno emotivno povezivanje sa drugima. Visok je rizik za odbacivanje vršnjaka i česta razočaranja. Sa druge strane, nove mogućnosti apstrakcije omogućavaju adolescentu da sagleda sebe i svoju poziciju, kao i da donosi generalnije predikcije. Mogući zaključak o nepopravljivosti loših okolnosti je globalniji i stabilniji kod depresivnih adolescenata, nego što je kod depresivne dece.

ODREĐENJE UNIPOLARNE DEPRESIJE

Model depresije koji predlažemo definiše depresiju kao značajno smanjenje ili potpuno povlačenje emotivnih ulaganja osobe u socijalnu okolinu i u sebe, u cilju odbrane od psihičkog bola nastalog zbog nedovoljnih spoljnih ili interiorizovanih socijalnih afektivnih veza. Da bi došlo do ovakvog mehanizma odbrane, potrebno je da osoba nepovoljno stanje afektivnih odnosa shvata kao stabilno i globalno, i da nema na raspolaganju adaptivnije mehanizme da ovakvo stanje promeni ili da se na drugi efikasniji način odbrani od psihičkog bola.

Da li su se navedeni uslovi ispunili zavisi kako od realnih okolnosti, tako i od mogućnosti osobe. Realne okolnosti su postojanje, kvalitet i globalnost nepovoljnih spoljnih socijalnih afektivnih veza, kao i verovatnoća stalnosti sadašnjeg stanja. Snaga uticaja nepovoljnih socijalnih afektivnih veza na osobu posredovana je stepenom diferencijacije od socijalne okoline koji je ona postigla tokom razvoja. Diferencijacija je određena unutrašnjim reprezentacijama afektivnih odnosa sa sebe i sveta i adaptivnim mehanizmima koje osoba ima na raspolaganju.

U predloženom modelu depresije socijalne relacije su dominantne – one predisponiraju i precipitiraju depresiju. Prošle socijalne relacije su predisponirajući faktor depresije jer utiču na razvoj kako unutrašnjih reprezentacija, tako i adaptivnih mehanizama, i time na stepen diferencijacije koji je osoba postigla. Sadašnje socijalne relacije su precipitirajući faktor depresije, jer uglavnom određuju da li je socijalna potreba zadovoljena.

Model je u skladu sa nalazima o zajedničkim etiološkim faktorima depresije i antisocijalnog ponašanja, koji se mogu svesti na nedovoljne, neadekvatne, odbacujuće afektivne veze i nestimulisanje, pa čak sprečavanje mlade osobe da razvije efikasne mehanizme adaptacije. On je u skladu i sa evolutivnim gledištem. Faktor opstanka i održanja čoveka nije samo socijalna organizacija, već i sposobnost ovladavanja sobom i svetom. Da bi depresivni ishod bio verovatan, treba obe karakteristike koje su nam omogućile razvoj i opstanak da budu ugrožene: i kvalitet socijalnog vezivanja, i sposobnost ovladavanja svetom i sobom.

ZAKLJUČAK

Istraživanja komorbiditeta depresivnosti i antisocijalnog ponašanja daju novi pogled na depresivnost iz ne baš često razmatranog ugla antisocijalne omladine. Ovaj pristup nam je omogućio da jasnije uvidimo kako suštinu depresivnosti, tako i njene specifičnosti u ovoj populaciji, što je dovelo do formulisanja modela unipolarne depresije.

Depresija se shvata kao značajno smanjenje ili potpuno povlačenje emotivnih ulaganja osobe u socijalnu okolinu i u sebe, u cilju odbrane od psihičkog bola nastalog zbog nedovoljnih spoljnih ili interiorizovanih socijalnih afektivnih veza. Da bi došlo do ovakvog mehanizma odbrane, potrebno je da osoba nepovoljno stanje afektivnih odnosa shvata kao stabilno i globalno, i da nema

na raspolaganju adaptivnije mehanizme da ovakvo stanje promeni ili da se na drugi efikasniji način odbrani od psihičkog bola. Bazični uslovi nastanka depresije su: nepovoljnost i nedovoljnost sadašnjih i prošlih, realnih i/ili internalizovanih afektivnih veza sa socijalnom sredinom, i neefikasnost adaptivnih mehanizama da ovo stanje prevaziđe.

Socijalne relacije se shvataju kao dominantan faktor rizika depresije. Prošli socijalni odnosi uglavnom utiču na stepen diferencijacije osobe, preko unutrašnjih reprezentacija socijalnih odnosa i adaptivnih mehanizama osobe, koji se uče, podstiču ili sprečavaju u bliskim socijalnim grupama. Sadašnje socijalne relacije uglavnom određuju da li je potreba za socijalnim afektivnim vezama zadovoljena. Model je u skladu i sa evolutivnim gledištem, kao i sa našim nalazima o zajedničkim etiološkim faktorima depresije i antisocijalnog ponašanja.

U cilju provere nekih pretpostavki ovog modela, sproveli smo istraživanja koja će biti prikazana u sledećim poglavljima.

Šesto poglavlje

DEPRESIVNOST I RESTRIKTIVNOST USTANOVE

Kada se depresivnost istražuje u populaciji mlađih koji su institucionalizovani zbog svojih krivičnih dela, nameće se „zdravorazumska“ prepostavka, da bi bilo koja grupa ljudi koja bi se našla u tako restriktivnim spoljnim uslovima, pokazala podjednako visoko prisustvo depresivnosti. Drugim rečima, može se prepostaviti da bi se depresivnost u ovoj populaciji mogla do kraja objasniti stresnom situacijom u kojoj se ona nalazi. Iz ovog proizilazi da bi se slična stopa prisustva depresivnog poremećaja dobila kod bilo koje grupe ljudi koji se postave u toliko stresne okolnosti.

Situacija smeštaja i boravka u korektivnoj ustanovi zaista je provokativna za depresivni ishod. Jedan od najviše zasnovanih nalaza vezanih za etiološke faktore depresije je postojanje stresnih životnih događaja kao prethodnika depresije (Lewinsohn i sar., 1994a; Fleming, Offord, 1990; Harrington, 1995; Birmaher, 1996a). Tako Birmaher (1996a) navodi da je ispitivanje depresivnih osoba pokazalo da je 60% do 70% posto njih doživelo jedan ili više teških stresnih događaja u godini pre početka velike depresivne epizode. Stresori su faktor održavanja depresije, kao i oporavka (u negativnoj korelaciji). Ukoliko se stresor dešava u situaciji nemogućnosti bekstva, što je često slučaj u situaciji lišavanja slobode, pozicija bespomoćnosti je mogući ishod. Ovakve okolnosti, u kojima

uzrok ne može da se kontroliše, Seligman-ova „teorija naučene bespomoćnosti“ upravo opisuje kao dobru podlogu razvijanju depresivnog atribucionog stila (Seligman i sar., 1968; Abramson i sar., 1978).

Po našem modelu depresije, osnova uticaja koji stresori imaju na razvoj depresivnosti je značenje koje oni nose za socijalne odnose i adaptivne mehanizme osobe. Da bi bio „okidač“ depresije, događaj (stresor) treba da nepovoljno utiče ili na tekuće socijalne odnose – njihov kvalitet ili kvantitet, ili na mehanizme ovlađavanja svetom i sobom koji održavaju socijalne odnose relativno prihvatljivim. To je događaj koji nosi sa sobom ili pretnju isključenja tj. isključenje iz socijalne grupe, i/ili smanjenje mogućnosti adaptacije na ovakvu socijalnu nepovoljnost. On će utoliko pre biti okidač depresije, ukoliko je nepovoljno stanje afektivnih odnosa globalnije i ukoliko je veća verovatnoća da bude stalno. Snaga uticaja nepovoljnog događaja na osobu posredovana je kvalitetom unutrašnjim reprezentacijama afektivnih odnosa sebe i sveta i adaptivnim mehanizmima osobe. Iz ovog viđenja proizilazi da sami stresori, kao što je to restriktivnost institucije u kojoj je osoba lišena slobode, istrgnuti iz svog socijalnog konteksta, neće biti prediktivni za depresivnu simptomatologiju.

Da bismo to proverili, sproveli smo istraživanje među mladima koji su lišeni slobode²³ u Srbiji. Smatrali smo da je lišavanje slobode značajan stresor, ali da način na koji će osoba reagovati na ovaj stresor, tj. da li će on biti „okidač“ depresivnosti ili ne, biti određen značenjem koji on nosi za tu osobu. Sproveli smo istraživanje koje je imalo za *cilj* analizu povezanosti između restriktivnosti institucije u kojoj su mlađi lišeni slobode i depresivnosti. Kako nemamo na raspolaganju podatke sličnih istraživanja, pošli smo od *nulte hipoteze*: da restriktivnost ustanove u kojoj borave mlađi lišeni slobode neće biti značajno povezana sa njihovom depresivnošću.

23 Pod lišavanjem slobode podrazumevamo „ma koju vrstu pritvaranja, zatvaranja odnosno smeštanja lica u javnu ili privatnu ustanovu koju zatvoreno lice ne može slobodno da napusti, po nalogu sudske, upravne ili druge javne vlasti.“ (Ujednjinjene nacije, 1990, Anex, član 11, tačka b)

METOD

Varijable i instrumenti istraživanja

Prediktorska varijabla istraživanja je bila pripadnost grupi mlađih lišenih slobode na osnovu restriktivnosti ustanove u kojoj se nalaze. Kriterijumska varijabla je bila depresivnost.

Pripadnosti grupi na osnovu restriktivnosti ustanove

Ustanove u kojima borave mlađi koji su lišeni slobode u Srbiji obuhvataju dva tipa institucija: vaspitne ustanove, koje obuhvataju vaspitne zavode i vaspitno popravni dom, i kaznene ustanove, koje obuhvataju okružne zatvore i kazneno-popravne zavode. Postoje razlike u uslovima boravka mlađih u kaznenim ustanovama (zatvorima) i uslova boravka u vaspitnim i vaspitno-popravnim ustanovama.

Uslovi boravka u vaspitnim ustanovama su blaži. U najrestriktivnijoj od vaspitnih ustanova u kojima smo sproveli istraživanje i iz koje potiče većina našeg uzorka, Vaspitno-popravnom domu „Kruševac“, postoji ograničenje kretanja unutar ustanove. Služba obezbeđenja reguliše red i mir, primenjuju se lakše i teže disciplinske mere, a u slučaju bekstva dolazi do gonjenja od strane policije. Ipak, u ovoj ustanovi nema visoke ograde i žice, stražari ne nose oružje u ustanovi, kazne za neposlušnost su manje, a sloboda kretanja i druženja je veća, kako unutar ustanove, tako i u izlascima van ustanove, u poređenju sa kaznenim ustanovama.

Uslovi boravka u kaznenim ustanovama su daleko restriktivniji. Kretanje osuđenika je veoma ograničeno i pod stalnim nadzorom. Izlasci iz ustanove su vrlo retki i kratki. Daleko su teže disciplinske mere za neposlušnost, a okolina je više preteća: okruženi su visokim bedemima sa bodljikavom žicom, stražari nose oružje i sl.

Analiza zakonodavstva i sudske prakse u Srbiji u vreme istraživanja sugerije da se štićenici vaspitnih i kaznenih ustanova razlikuju po svojim porodičnim karakteristikama i krivičnim delima. Sudska odluka o izricanju vaspitne ili kaznene mere zavisi od težine krivičnog dela, ali i od uzrasta ispitanika u

vreme izvršenja krivičnog dela. Za dela počinjena do 14 godina nema krivične sankcije jer osoba nije krivično odgovorna. Za lakša dela počinjena od 14 do 18 godina života, najčešće se dobija vaspitna mera koja podrazumeva ostanak u svojoj porodici, dok se boravak u vaspitnoj ustanovi izriče za teža i/ili češća dela. Učinioći krivičnih dela do 16 godina imaju kao najtežu zaprečenu krivičnu sankciju smeštaj u vaspitno-popravnu ustanovu, dok za najteža dela učinjena u uzrastu od 16 do 18 godina mogu biti osuđena na zatvor. Za teža dela izvršena posle 18 godina uobičajeno se dobija zatvorska kazna. Tako osoba koja je izvršila ubistvo pre napunjenih 14 godina ne dobija vaspitnu meru, između 14 i 16 godina života dobija meru smeštaja u vaspitno-popravni zavod, dok za isto to delo izvršeno između 16 i 18 godine života dobija kaznu maloletničkog zatvora. Sudska odluka, ukoliko se radi o maloletnom učiniocu, zavisi i od karakteristika porodice i ličnosti. Što je porodica disfunkcionalnija, verovatnije je da će maloletni učinilac dobiti institucionalni smeštaj.

Ovakve zakonske regulative dovode do toga da su mlađi u vaspitnim ustanovama samo mlađi u trenutku gubitka slobode. Pošto već u maloletstvu imaju toliko teška i/ili česta krivična dela da im se izrekne mera upućivanja u ustanovu, i njihova antisocijalna karijera po pravilu ranije počinje nego kod onih u kaznenim ustanovama. Istraživanja konzistentno pokazuju da je raniji početak krivične aktivnosti visoko povezan sa porodičnom i ličnom disfunkcijom mlađe osobe (Patterson i sar., 1992; Moffit, 1996). Sklonost suda da meru smeštaja u vaspitnu ustanovu izriče pre mlađima koji imaju očigledno disfunkcionalne porodice, nego onima u naizgled sređenim prodicama, povećava verovatnoću da mlađi koji su u ovim ustanovama imaju izrazito nepovoljnju porodičnu situaciju. Disfunkcionalnost porodice je faktor rizika depresije (Hrnčić, 2008).

Upućivanje u vaspitne ustanove se u odnosu na izricanje kazne maloletničkog zatvora razlikuje po još jednoj karakteristici koja značajno određuje kontekst lišenja slobode. Po našoj zakonskoj regulativi, upućivanje u vaspitne ustanove ne podrazumeva tačno određenje dužine boravka u ustanovi od strane sudske vlasti, već je određen samo vremenski raspon u kome štićenik može da ostane u ustanovi (u vreme istraživanja, to je bilo od 1 do 3 godine u vaspitnim zavodima i od 1 do 5 godina u vaspitno-popravnom domu). Dužina ostanka maloletnika u ustanovi zavisi od odluke sudije o obustavi mere, koja se donosi na osnovu procene sudije. Procena sudije se, u vreme istraživanja,

zasnivala na kratkim periodičnim posetama ustanovi, koja uključuju konsultacije sa zaposlenima u ustanovi, pregled dokumentacije koju zaposleni vode, i vrlo kratak razgovor sa štićenikom, i na izveštaju i preporuci zaposlenih u ustanovi. Preporuka zaposlenih u ustanovi se zasniva na rezultatima postignutim u rehabilitaciji maloletnika, po propisima koji su u vreme istraživanja bili uopšteni, zastareli, bez jasnih bihevioralnih kriterijuma, koji se u praksi nisu podjednako primjenjivali za sve štićenike. Maloletnik nije imao pravo komentara na preporuku ustanove. Sa druge strane, izricanje kazne zatvora uključuje jasno određenje dužine kazne od strane suda, zasnovano na krivičnom postupku u kome optuženi ima pravo izvođenja dokaza i pravo odbrane. Osuđenik zna tačnu dužinu sankcije, ima pravo uslovnog otpusta u slučaju dobrog vlađanja, koja mu daje mogućnost da skrati trajanje sankcije preko kontrole sopstvenog ponašanja. Mladi u vaspitnim ustanovama su u vreme ispitivanja imali veću neizvesnost vezanu za dužinu lišenja slobode i izrazitiju poziciju bespomoćnosti u odnosu na okončanje lišavanja slobode, nego mladi u kaznenim ustanovama. Ovakvo stanje više pogoduje razvoju depresivnosti u vaspitnim nego u kaznenim ustanovama.

Depresivnost

Određena je dimenzionalno kao prva glavna komponenta izolovana na tri skale samoprocene depresivnosti, D6R Momirovića, BDI Beck-a i saradnika, i CES-D Radloff-a, koje su detaljnije prikazane u poglavlju „Depresija kod mlađih sa antisocijalnim ponašanjem“.

Kontrolne varijable

Istraživanje je imalo tri grupe kontrolnih varijabli. Prvu grupu su predstavljale varijable koje su opisivale uzrast, socio-ekonomski i porodični status ispitanika. Druga grupa su bile varijable koje su opisivale psihijatrijski status ispitanika, i njihovih porodica. Treću grupu su činile one varijable koje su opisivale istoriju krivičnih dela i osuđivanja ispitanika i njihovih porodica. Za njihovu procenu, korišćen je upitnik opštih podataka koji je imao dve forme – formu za vaspitače i formu za ispitanike. Obe forme su imale tri celine. Prva se odnosila

na prikupljanje demografskih podataka: uzrast, obrazovanje i nacionalnost ispitanika, obrazovanje i zanimanje roditelja, struktura i materijalno stanje porodice i sl.. Druga celina se odnosila na krivična dela ispitanika, i obuhvatala je sledeća pitanja: zbog kojih dela je osuđen, kada je učinio delo zbog kog je osuđen, da li je registrovan kao počinitelj krivičnih dela pre 14 godina života, koje je krivične sankcije zbog krivičnih dela imao, u kojoj ustanovi sada boravi. Jedno pitanje se odnosilo i na to da li je neko osuđivan u porodici i zašto. Treći deo upitnika se odnosio na mentalne poremećaje kod ispitanika i u porodici, i obuhvatao je pitanja koja su se odnosila na lečenje kod neuropsihijatra, uzimanje lekova i psihoaktivnih supstanci, pokušaji suicida i samopovređivanje.

Uzorak istraživanja

Uzorak je obuhvatao mladiće između 15 i 22 godine koji su u momentu ispitivanja, realizovanog 2000. godine, boravili u vaspitnoj i/ili popravnoj ustanovi u Srbiji zbog učinjenih krivičnih dela; koji su dobro znali srpski jezik, bili funkcionalno pismeni, i imali živu majku i poznavali je. Konačan uzorak istraživanja je činio 191 ispitanik. Njih 91 je bilo na realizaciji krivične sankcije boravka u vaspitnim ustanovama, od kojih je njih 85 bilo u Vaspitno-popravnom domu u Kruševcu i šestorica u Zavodu za vaspitanje dece i omladine Beograd. Sto ispitanika su bili na izdržavanju krivične sankcije boravka u kaznenoj ustanovi: 80 njih u Kazneno-popravnom zavodu (KPZ) Valjevo, 10 njih u KPZ „Padinska skela“ u Beogradu i četvorica u Okružnom zatvoru u Beogradu. Uzorak je detaljnije prikazan u istraživanju prisustva dimenzionalno određene depresivnosti u poglavljju „Depresija kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem“, gde je prikazan i postupak istraživanja.

Statistička obrada

Tehnike statističke obrade rezultata istraživanja su bile: normalizacija i standardizacija podataka; analiza glavnih komponenata; centralne vrednosti, standardne devijacije, procenti, analiza značajnosti razlika između centralnih vrednosti i između procenata su urađene u svrhu prikaza rezultata prisustva depresivnosti u uzorku; te-test, hi-kvadrat test su urađeni u svrhu analize značajnosti razlika na kontrolnim varijablama između dve grupe ispitanika (iz vaspitnih i iz kaznenih ustanova);

kanonička diskriminativna analiza je urađena u svrhu analize razlika u prisustvu depresivnosti između dve grupe ispitanika; linerana regresija je urađena u svrhu analize povezanosti uzrasta ispitanika i depresivnosti; i jednosmerna analiza varijanse je urađena u svrhu analize značajnosti razlika između kategorijalnih kontrolnih varijabli u prisustvu depresivnosti. Sve analize su rađene u programu SPSS 10.0.

REZULTATI

Rezultati kanoničke diskriminativne analize

U svrhu analize razlika u stepenu prisustva depresivnih simptoma između štićenika vaspitnih i štićenika kaznenih ustanova, urađena je diskriminativna analiza. Dobijena je jedna diskriminativna funkcija koja značajno razdvaja posmatrane grupe. Ona objašnjava 11,3% varijanse kanoničkih varijabli (Tabela 11) i ima zadovoljavajući koeficijent relijabilnosti od 0,755. Definisana je na svom pozitivnom polu visokim skorovima na svim skalama depresije, a najviše na skali CES-D (Tabela 12). Centroidi posmatranih grupa ispitanika u odnosu na ovu funkciju su +0,373 za grupu štićenika vaspitnih ustanova i -0,339 za grupu štićenika kaznenih zavoda. Štićenike vaspitnih ustanova karakterišu viši rezultati na testovima depresije od štićenika kaznenih ustanova.

**Tabela 11: Kanonička diskriminativna funkcija:
koeficijent korelacije, Wilksova lambda, Hi-kvadrat test i značajnost**

Fnkc	Svojstv. vrednost	% varijanse	Kanonička korelacija	Koeficijent determinacije	Wilks λ	X ²	df	Sig.
1	0,128	100,0	0,337	0,113	0,887	22,576	3	0,000

Tabela 12: Standardizovani koeficijenti i matrica strukture[#] kanoničke diskriminativne funkcije

SKALA PROCENE	STANDARDIZOVANI KOEFICIJENTI	MATRICA STRUKTURE
CES-D	0,678	0,956*
D6R	0,466	0,894
BDI	-0,088	0,734

[#] Matrica strukture: Unutar-grupne korelacije između diskriminativnih varijabli i standardizovanih kanoničkih diskriminativnih funkcija.

* Najveća apsolutna korelacija između svake varijable i bilo koje diskriminativne funkcije.

Na osnovu dobijene diskriminativne funkcije ispitanici se mogu svrstati u odgovarajući tip institucije sa tačnošću od 61,8% (Tabela 13). Funkcija slabo razdvaja ispitanike u odgovarajuće grupe.

Tabela 13: Rezultati klasifikacije na osnovu diskriminativne funkcije

KLASTERI	PREDVIĐENA GRUPNA PRIPADNOST		TOTAL
	vaspitni zavod	kazneni zavod	
Vaspitne ustanove	44 48,4%	47 51,6%	91 100,0%
Kaznene ustanove	26 26,0%	74 74,0%	100 100,0%
61,8% originalno grupisanih slučajeva je korektno klasifikovano			

Značajne razlike na kontrolnim varijablama

Dve grupe ispitanika se značajno razlikuju po mnogim kontrolnim varijablama istraživanja. Analiza prve grupe kontrolnih varijabli je pokazala da su ispitanici iz vaspitnih ustanova značajno mlađi od štićenika kaznenih

ustanova (t -test=11,154, $p<0,000$; $F=124.50$, $p<0,000$). Oni na nizu socijalno-ekonomskih pokazatelja imaju lošije rezultate od mladih u kaznenim ustanovama (Tabela 14). Materijalni status porodice je značajno niži (po proceni vaspitača na trostepenoj skali, 0=dobro; 1=loše, 2=jako loše/socijalna pomoć). Zanimanje majki je značajno nižeg statusa, dok se ne pokazuju značajne razlike među grupama za zanimanje oca. Zanimanje majke je verovatno od većeg značaja za ispitanike jer je u 47,1% njih do smeštaja u ustanovu živelo u nepotpunoj porodici, od čega ih je 86,9% živelo sa majkom, a samo 1,0% sa ocem. Mladi iz vaspitnih ustanova imaju i gori porodični status. Oni značajno češće žive u nepotpunim porodicama i skoro četiri puta češće žive bez nadzora odraslih članova porodice pre punoletstva.

Psihijatrijski status porodica mladih u vaspitnim ustanovama je takođe značajno lošiji od mladih u kaznenim ustanovama²⁴. Oni značajno češće imaju članove porodice koji su psihijatrijski lečeni. Nije se pokazala značajna razlika u prisustvu bolesti zavisnosti između članova porodice ove dve grupe. Članovi porodica mladih iz vaspitnih ustanova su i značajno češće osuđivani nego članovi porodica mladih iz kaznenih ustanova.

24 O vrsti mentalnih poremećaja roditelja nemamo iscrpne podatke. Dosijeji ispitanika su u tom smislu nepotpuni. Registar psihijatrijskih bolesnika u Srbiji ne postoji, te ni tako nismo mogli da nađemo pouzdanije podatke. Tako smo podatke o psihijatrijskom lečenju uglavnom dobijali od samih ispitanika, a oni neretko nisu znali dijagnozu zbog koje je član porodice lečen (najčešće su znali dijagnozu kod bolesti zavisnosti).

Tabela 14: Rezultati testa značajnosti razlika na kontrolnim varijablama za dve grupe delinkvenata – one u vaspitnim ustanovama (VU) i one u kaznenim ustanovama (KU)²⁵

VARIJABLE	χ^2	Značajnost razlika	Smer razlika
Materijalno stanje porodice	15,035	0,001	VU < KU
Zanimanje majke	17,404	0,008	VU < KU
Zanimanje oca	5,195	0,636	/
Nepotpuna porodica	12,357	0,000	VU > KU
Ispitanik živeo bez nadzora odra-slih čl. porodice	9,827	0,002	VU > KU
Članovi porodice lečeni kod psihijatra	5,917	0,015	VU > KU
Ispitanici lečeni kod psihijatra	7,234	0,007	VU > KU
Osuđivani čla-novi porodice	13,821	0,000	VU > KU
Ispitanici evidentirani zbog krivičnih dela pre 14 godina	27,721	0,000	VU > KU

Izraženiji problemi mladih u vaspitnim ustanovama su se pokazali i na varijablama koje se odnose na samog ispitanika. Oni su skoro četiri puta češće lečeni kod psihijatra (15,4%), nego mladi u kaznenim ustanovama (4,0%). Najčešće se radilo o zloupotrebi supstanci. Pokušaj suicida je bio tri puta češći u vaspitnim (3,3%) nego u kaznenim ustanovama (1,0%). Imali su i ranije registrovana krivična dela. Dva i po puta češće su ispitanici iz popravnih domova (65,2%), nego

²⁵ U tabelama sa kategorijalnim varijablama socio-ekonomskog i psihijatrijskog statusa nisu date centralne vrednosti i mere varijabilnosti zbog uštede prostora. Detaljni podaci mogu se dobiti od autora.

oni iz kaznenih ustanova (27,0%), bili na evidenciji centara za socijalni rad kao prijavljeni za vršenje krivičnih dela pre napunjenih 14 godina života, kada su bili krivično neodgovorni. Samopovređivanje je bilo prisutno kod 25,2% ispitanika u vaspitnim ustanovama i kod 15% njih iz kaznenih ustanova, što se pokazuje kao marginalno značajna razlika ($p=0,07$).

Povezanost kontrolnih varijabli sa depresivnim simptomima

Prethodne analize su pokazale da se mladi iz vaspitnih ustanova značajno razlikuju od mlađih iz kaznenih ustanova na skoro svim kontrolnim varijablama. Izvršili smo dodatne analize da li su ove varijable značajno povezane sa depresivnošću.

Linearna regresija je pokazala da uzrast ispitanika ima značajnu negativnu povezanost sa ovako izraženom depresivnošću ($\beta=-0,257$, $R=0,257$, $R^2=0,066$, $F=13,337$, $p=0,000$).

Jednosmerna analiza varijanse je urađena u cilju određivanja značajnosti razlika na kontrolnim varijablama. Ispitanici se značajno razlikuju po stepenu depresivnosti na skoro svim kontrolnim vrijablama koje razlikuju i štićenike vaspitnih ustanova od štićenika kaznenih ustanova (Tabela 15), u smislu viših rezultata na testovima depresije onih ispitanika koji imaju nepovoljnije psihosocijalne odrednice, kao i viših rezultata mlađih ispitanika i sa dužim boravkom u ustanovi. Nije se pokazala značajna razlika samo između mlađih koji imaju osuđivane članove i onih koji ih nemaju, ali se i ovde dobio trend povezanosti u očekivanom smeru ($p=0,07$).

Tabela 15: Rezultati jednosmerne analize varijanse kontrolnih varijabli za depresivnost

Kontrolna varijabla	F-test	Značajnost razlika	Smer razlika
Materijalno stanje porodice (procena vaspitača)	21,366	0,000	Viši skorovi kod mladih sa lošijim mat. stanjem
Zanimanje majke	4,863	0,000	Viši skorovi kod mladih sa majkama domaćicama, najmanja međugrupna razlika kod službenica
Zanimanje oca	0,939	0,468	/
Struktura porodice	7,405	0,007	Viši skorovi kod mladih iz nepotpunih porodica
Ispitanik živi bez nadzora odraslih čl. porodice	16,330	0,000	Viši skorovi kod mladih bez nadzora
Članovi porodice lečeni kod psihijatra	5,177	0,024	Viši skorovi kod mladih sa lečenim članom porodice
Ispitanici lečeni kod psihijatra	6,886	0,009	Viši skorovi kod mladih lečenih kod psihijatra
Osuđivani članovi porodice	3,306	0,071	Viši skorovi kod mladih sa osuđivanim članom porodice
Ispitanici evidentirani zbog krivičnih dela pre 14 godina	21,725	0,000	Viši skorovi kod učinioца pre 14 godina

DISKUSIJA

Dobijeni rezultati sugerisu da je depresija značajno više prisutna u uzorku mladih u vaspitnim zavodima nego kod mladih u kaznenim zavodima, da-kle da je više prisutna baš u onoj grupi koja trpi manju restriktivnost same

ustanove. Restriktivnost ustanove u kojoj se mladi nalaze se pokazala povezana sa njihovom depresivnošću, ali u obrnutom smeru od očekivanog, tako da nulta hipoteza istraživanja nije potvrđena. Činjenica da osoba boravi u vaspitnom ili kaznenom zavodu objašnjava relativno mali deo varijanse depresivnosti, što sugerije da nije presudna za depresivni ishod. Ovaj nalaz se može tumačiti u kontekstu neodređenosti sudske odluke o dužini boravka u vaspitnoj ustanovi, koja pogoduje shvatanju stanja lišavanja slobode kao stabilnijeg i globalnijeg. Donošenja odluke o obustavi ove mere nije zasnovano na jasnim pravilima ponašanja za štićenike ovih ustanova, što pogoduje njihovom shvatanju da su bespomoćni da ovo stanje promene. Sa druge strane, u kaznenim ustanovama je jasno određena dužina lišenja slobode, a dobro vladanje dovodi do ranijeg otpusta iz ustanove. Okolnosti boravka u vaspitnim ustanovama pre mogu da dovedu individuu u poziciju bespomoćnosti nego boravak u kaznenim ustanovama. Pozicija bespomoćnosti je jedan od najčešće navođenih etiološkoh faktora depresije (Seligman i sar., 1968; Abramson i sar., 1978), i u našem modelu depresije zauzima značajno mesto.

Rezultati su pokazali da mlade iz vaspitnih ustanova karakterišu i porodice sa nepovoljnijim socio-ekonomskim statusom, nepotpunom strukturu, većim prisustvom psihijatrijski lečenih i osuđivanih članova. Oni sami češće žive bez nadzora odraslih članova svoje porodice pre punoletstva. Oni su mlađi, češće psihijatrijski lečeni, i češće evidentirani zbog krivičnih dela pre 14 god. Sve ove nepovoljnosti, sa izuzetkom osuđivanih članova porodice, u našem istraživanju pokazuju značajnu pozitivnu povezanost sa depresivnošću. Naš rezultat je u skladu sa drugim istraživanjima koja pokazuju da socijalne i porodične nepovoljnosti imaju značajan efekat na psihosocijalne probleme mlađih (Lempers i sar., 1989; Conger i sar., 1994; Harrington, 1995). Prisustvo psihijatrijskih poremećaja u porodici otvara mogućnost da se radi o genetskoj transmisiji depresije. Ipak, kod unipolarnih depresija umerene težine, kakve su depresije naših ispitanika (vidi poglavlje „Depresija kod mlađih sa antisocijalnim ponašanjem“) genetski etiološki faktor nije jasno dokazan (Hrnčić, 2008), i ukoliko postoji, ima posredan uticaj preko njihove roditeljske funkcije. Istraživanja pokazuju da su psihijatrijski poremećaji roditelja povezani sa neadekvatnim ispunjenjem vaspitne funkcije (Patterson i sar., 1992; Rutter i sar., 1998; Cicchetti i sar., 1998; Marmorstein, Iacono, 2004). I kontekstualne nepovoljnosti – nepotpuna porodica, siromaštvo

i socijalne teškoće, život bez nadzora odraslih članova porodice – utiču na razvoj psihopatologije, pre svega preko njihovog dejstva na kvalitet i nege i vaspitanja dece, dok uglavnom nemaju nezavisani uticaj (Emery; 1982; Lempers i sar., 1989; Conger i sar., 1994; Harrington, 1995; Marmorstein, Iacono, 2004). Posledice psihosocijalnih nepovoljnosti su bračni konflikti ili konflikti sa neposrednom okolinom, smanjene mogućnosti rešavanja tekućih problema zbog smanjenih izvora podrške i pomoći i smanjenih socijalnih veština, i time i smanjenje slobode i zadovoljstva roditelja. Ovo vodi smanjenom samopoštovanju i samo-efikasnosti roditelja i neravnoteži između pozitivnih i negativnih događaja u korist negativnih. Povećava se rizik za moralnu dezintegraciju i roditeljsku depresiju, što povećava razdražljivost, neprijateljstvo, nemoć i nezainteresovanost roditelja (Hrnčić, 2009b). Roditelji u nepovolnjem položaju ne samo da ne mogu da zaštite svoje dete od negativnih životnih događaja, već su često i sami generatori ovakvih stresova u užem i širem neposrednom okruženju. Svi ovi fenomeni smanjuju efikasnost i kvalitet vaspitanja i nege mlade osobe i povećavaju njenu izloženost stresorima. Povezanost depresije sa psihiatrijskim tretmanom i sa ranijim početkom delinkventnog ponašanja kod mlađih, dobijena na našem uzorku, u skladu je sa prikazanim nalazima o povećanom komorbiditetu depresije i antisocijalnog ponašanja u populaciji psihiatrijskih pacijenata i sa nalazima o povećanoj psihopatologiji kod mlađih sa ranim početkom antisocijalnog ponašanja (Patterson i sar., 1992; Moffit, 1996; Rutter i sar., 1998). Nepovoljna porodična sredina osobe povećava rizik da osoba ima negativne i odbacujuće afektivne odnose u porodici i ograničene mogućnosti razvoja efikasnih adaptacionih mehanizama u takvoj sredini. Mlađi uzrast ispitanika, disfunkcionalnost porodice, psihiatrijski tretman i rani početak antisocijalnog ponašanja takođe sugerisu smanjene mogućnosti razvoja adaptacionih mehanizama.

Dobijena značajna povezanost *uzrasta* sa depresijom, u smeru veće prevalence kod mlađih ispitanika, nije u skladu sa nalazima dosadašnjih istraživanja. Prevalenca depresije je kod muškog pola najviša između 14-15. i 25 godine života, dakle u srednjoj i kasnoj adolescenciji i ranoj mладости (Harrington, 1995; McGee i sar., 1990, Newman i sar., 1996). Dobijene nalaze tumačimo u svetu specifične povezanosti između uzrasta i vulnerabilnosti za depresiju koja se pokazuje u našem uzorku. Mlađi uzrast je povezan sa ranijim početkom krivičnih dela, što je opet povezano sa izraženijom porodičnom i ličnom disfunkcijom, što

su faktori rizika depresije (Hrnčić, 2008). Mlađe osobe takođe imaju manji stepen diferenciranosti, pokazuju veću zavisnost od socijalne sredine i imaju manje adaptivne sposobnosti. Mlađi uzrast je povezan i sa boravkom u vaspitnoj ustanovi koju karakteriše neizvesnost dužine lišenja slobode. Mlađi ispitanici su više pod utiskom sadašnjosti dok manje uzimaju u obzir dalju budućnost, pa ova situacija na njih može da ostavi patogeniji uticaj. Sve navedene karakteristike pogoduju depresivnoj simptomatologiji. Mlađi uzrast ispitanika, disfunkcionalnost porodice psihijatrijski tretman i rani početak antisocijalnog ponašanja sugeriju smanjenje mogućnosti razvoja adaptacionih mehanizama.

Nalazi ne sugeriju da veoma stresna iskustva hapšenja, istrage, lišavanja slobode, kao i separacije od bliskih osoba nisu faktori koji provociraju depresivni odgovor. Uticaj ovakvih događaja na razvoj depresije je jasan i konzistentno se pokazuje u istraživanjima (Goodyer i sar., 1985, 1991; Harrington, 1995; Timmermans i sar., 2010). Verovatno bi svaka grupa ljudi u situaciji tako visokog stresa imala povećan prosečan nivo depresivnosti. Naši nalazi sugeriju da sama stresna iskustva ne objašnjavaju dovoljno depresivnost osobe.

ZAKLJUČAK

Prikazano istraživanje se bavilo analizom povezanosti između restriktivnosti institucije u kojoj borave mlađi lišeni slobode i depresivnosti. Sprovedeno je u svrhu provere našeg modela depresije po kome je uticaj koji stresori imaju na razvoj depresivnosti određen značenjem koje oni nose za socijalne odnose i adaptivne mehanizme osobe. Smatramo da stresori utiču na depresivni ishod samo preko njihovog uticaja na bazične uslove nastanka depresije – nepovoljnost i nedovoljnost sadašnjih i prošlih, realnih i/ili internalizovanih afektivnih veza sa socijalnom sredinom, i neefikasnost adaptivnih mehanizama da ovo stanje prevaziđe. Po ovom modelu, sama restriktivnost ustanove, van njenog socijalnog i ličnog konteksta, nije prediktivna za depresiju.

Pokazalo se da mlađe iz vaspitnih i vaspitno-popravnih ustanova karakterišu značajno viši rezultati na testovima depresije, u odnosu na mlađe u daleko restriktivnijim kaznenim ustanovama, što je u suprotan rezultat od očekivanog – da je depresivnost više prisutna u ustanovma kaznenog tipa. Ova razlika ipak nema veliku snagu objašnjenja. Diskriminativna funkcija koja maksimalizuje

razlike u depresivnosti između mladih iz vaspitnih ustanova i onih iz zatvora, objašnjava samo 11.3% varijanse kanoničih varijabli.

Dalja analiza je pokazala da uslovi u vaspitnim ustanovama, više nego uslovi u kaznenim ustanovama, pogoduju da se tekuće stanje restrikcije slobode shvati kao stalno i globalno i da osoba zaključi da nema mogućnosti da utiče na promenu tog stanja. Po našem modelu, jedan od uslova za nastanak depresije je da osoba nepovoljno stanje afektivnih odnosa shvata kao stabilno i globalno.

Analiza kontrolnih varijabli je pokazala da mlade iz vaspitnih ustanova karakterišeniz porodičnih nepovoljnosti – niži socio-ekonomski status, nepotpuna porodica, život bez nadzora odraslih, psihijatrijski lečeni i osuđivani članovi porodice. Oni su mlađi, češće su psihijatrijski lečeni i češće evidentirani zbog krivičnih dela pre 14 godina. Skoro sve ove karakteristike su pokazale značajnu povezanost sa depresivnošću ispitanika. Nepovoljnosti porodične sredine, mlađi uzrast ispitanika, njihov psihijatrijski tretman i rani početak antisocijalnog poнаšanja sugerisu postojanje negativnih i odbacujućih porodičnih odnosa i smanjene adaptacione sposobnosti osobe. Po našem modelu depresije, ugroženost socijalnih odnosa i neefikasnost mehanizama adaptacije na nepovoljnosti su centralne odrednice depresivnog ishoda.

Nalazi idu u prilog našem modelu depresije, po kome je uticaj koji restrikтивnost ustanove ima na depresivnost određen značenjem koje on nosi za socijalne odnose i adaptivne mehanizme osobe. Sledeće istraživanje smo posvetili daljoj proveri pretpostavki našeg modela depresije o povezanosti između depresivnih simptoma i karakteristika socijalnih odnosa osobe.

Sedmo poglavlje

DEPRESIVNOST I SOCIJALNE RELACIJE

U prethodnom istraživanju smo pokazali da nepovoljni sredinski uslovi koji ne utiču nepovoljno na interpersonalne odnose osobe, nisu povezani sa depresivnošću. U modelu depresije koji predlažemo, ugrožavanje potrebe za afektivnom vezanošću zbog nedovoljnih socijalnih afektivnih veza, unutrašnjih ili spoljašnjih, vidimo kao osnovni uslov za nastanak unipolarne depresije. Socijalne relacije vidimo kao dominantne i u predisponiranju i u precipitiranju depresije. Tekuće socijalne relacije su precipitirajući faktor depresije, jer određuju da li je socijalna potreba zadovoljena. Ipak, sama depresivna reakcija ne nastaje zbog nedovoljnosti ovih veza, već zbog neadekvatnih mehanizama prevazilaženja bolnog stanja ne-zadovoljene socijalne potrebe. Prošle socijalne relacije su predisponirajući faktor depresije jer utiču na razvoj kako unutrašnjih reprezentacija, tako i adaptivnih mehanizama, i time na stepen diferencijacije koji je osoba postigla.

Prethodni pregled je pokazao da se komorbiditet depresije i antisocijalnog ponašanja kod mlađih može objasniti na dva načina. Prvi je preko zajedničkih etioloških faktora kod oba poremećaja: negativnih i odbacujućih socijalnih odnosa i nedovoljne autonomije i individuacije u porodici. Istraživanja pokazuju da oba poremećaja mlađih karakterišu nepovoljna afektivna situacija u porodici, nepodsticanje i/ili sprečavanje autonomije i individuacije u porodici i negativni, odbacujući vršnjački odnosi. Oba poremećaja karakterišu ne samo nepovoljnosti sadašnje socijalne situacije, već i nepovoljni uslovi za

diferencijaciju. Uticaj porodice je krucijalan za razvoj diferencijacije kod mlađih, jer određuje ne samo stepen diferencijacije postignut u porodici, već i status osobe u vršnjačkoj grupi, što zatim utiče na dalji razvoj osobe (Patterson i sar., 1992). Odnosi sa vršnjacima imaju i svoj nezavisan uticaj na diferencijaciju, ali ne tako izrazit kao uticaj porodice.

Drugi način objašnjenja ovog komorbiditeta je da antisocijalno ponašanje dovodi do razvoja faktora rizika depresivnosti, te time i do povećane incidence depresivnosti u populaciji koju karakteriše takvo ponašanje. Disruptivno, agresivno i antisocijalno ponašanje dovodi do konfliktnih, neprijateljskih i odbacujućih odnosa sa vršnjacima, koji su faktori rizika depresije (Hrnčić, 2008). Odbačeni od prosocijalnih vršnjaka, mlađi sa antisocijalnim ponašanjem se po pravilu udružuju sa sličnim vršnjacima u antisocijalne vršnjačke grupe, koje karakterišu negativni afektivni odnosi i razvoj nepovoljnih adaptivnih mehanizma (Patterson i sar., 1992; Hrnčić, 2009b), što dalje pogoduje depresiji. Pokazuje se da je uticaj vršnjačke grupe na mlade sa problemima veći nego na dobro adaptirane mlade. Deca i mlađi se utoliko više oslanjaju na vršnjačku grupu a manje na porodicu, ukoliko imaju izrazitije probleme ponašanja (Donovan, Jessor, 1985, Booth i sar., 1998) i emotivne probleme (Aseltine i sar., 1994). Antisocijalno ponašanje dovodi i do povećanja drugih stresora koji pogoršavaju socijalne odnose, kao što su odvajanje i odbacivanje od strane porodice, izolacija u instituciji, interpersonalni konflikti, grubost krivičnog postupka, zlostavljanje, nasilje (Hrnčić, 2001, 2004). Oni mogu biti precipitirajući faktor depresije. Po predloženom modelu depresije, antisocijalno ponašanje može da uzrokuje depresiju preko njegovog nepovoljnog uticaja na sadašnje afektivne veze i na prethodne nepovoljne socijalne odnose zbog kojih se razvijaju nepovoljne unutrašnje socijalne reprezentacije i uče neefikasni i razvojno nepovoljni adaptivni mehanizmi.

U svrhu rasvetljavanja mehanizama nastanka komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja i provere predloženog modela, sproveli smo istraživanje među mlađima koji pokazuju izrazito antisocijalno ponašanje, i koji su zbog toga prinudno smešteni u vaspitne i kaznene ustanove. Izabrali smo ovu populaciju jer se nalazi u uslovima lišavanja slobode i zajedničkog boravaka sa antisocijalnim vršnjacima. Ovu situaciju karakterišu nepovoljne afektivne relacije, uz osiromašenje ili prekid prethodnih socijalnih i porodičnih veza, što pogoduje razvoju depresivnosti. U ovim okolnostima uticaj vršnjaka, koji predstavljaju

dominantnu sadašnju socijalnu sredinu, mogao bi biti izrazitiji od uticaja porodice. Ukoliko bi se u ovoj populaciji pokazalo da sadašnji i prošli vršnjački odnosi nemaju veći uticaj na depresivnost ispitanika nego sadašnji i prošli porodični odnosi, to bi išlo u prilog predloženom modelu depresije. Naime, kako model prepostavlja da je diferencijacija osobe krucijalna za njenu eventualnu depresivnost i da porodica vrši najveći uticaj na proces diferencijacije ispitanika u detinjstvu i ranoj mladosti, značaj njenog uticaja u okolnostima u kojima je porodica mnogo manje prisutna u svakodnevnom životu ispitanika bi se mogao tumačiti najpre preko njenog uticaja na prethodnu diferencijaciju. Takođe, ovakav nalaz bi išao u prilog objašnjenju komorbiditeta preko zajedničkih etioloških faktora – nepovoljnih porodičnih afektivnih odnosa.

Sa druge strane, nezavisan uticaj nepovoljnih prethodnih vršnjačkih odnosa na depresivnost išao bi u prilog objašnjenju ovog komorbiditeta kao posledice antisocijalnog ponašanja. Pripadnost devijantnoj grupi pre smeštaja u ustanovu je indikator odbacivanja od strane prosocijalnih vršnjaka zbog kojeg je verovatno mlada osoba ušla u devijantnu grupu, a koje je opet verovatno bilo posledica prethodnog disruptivnog ponašanja mlade osobe (Patterson i sar., 1992). Ova pripadnost sugeriše i postojanje negativnih afektivnih odnosa koje karakterišu samu devijantnu grupu (Hrnčić, 2009b), dok nije pokazatelj smanjenih adaptivnih sposobnosti u situaciji boravka u vaspitnim i kaznenim ustanovama, pošto se u devijantnoj grupi uče upravo one socijalne veštine koje su korisne za vršnjačke odnose u ovim okolnostima.

Cilj istraživanja je da se pokaže da je depresivnost mlađih, institucionalizovanih zbog svog antisocijalnog ponašanja (krivičnih dela), visoko povezana sa njihovim prošlim i sadašnjim socijalnim relacijama, i to na način koji je u skladu sa predloženim modelom depresije.

Pretpostavljamo:

1. da će se pokazati visoka povezanost depresivnosti sa prošlim i sadašnjim socijalnim relacijama mlađe osobe;
2. da će visoka povezanost između depresivnosti i socijalnih odnosa biti najvećim delom objašnjena samooopisom negativnih i odbacujućih prošlih i sadašnjih socijalnih odnosa u okviru porodice i vršnjačke grupe i nedovoljne individuacije u okviru porodice, dok ostale dimenzije socijalnih odnosa neće značajno doprinositi objašnjenju;

3. da će porodični i vršnjački odnosi dati značajan nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti;
4. da vršnjački odnosi neće biti značajniji za objašnjenje depresivnosti od porodičnih odnosa; i
5. da će i sadašnji i prethodni negativni vršnjački odnosi imati svoj nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti.

METOD

Varijable i instrumenti istraživanja

Kriterijumska varijabla istraživanja je bila depresivnost, merena sa tri skale samoprocene depresivnosti, D6R Momirovića, BDI Beck-a i saradnika, i CES-D Radloff-a, koje su detaljnije prikazane u poglavljju „Depresija kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem“.

Prediktivne varijable su obuhvatale 18 varijabli socijalnog polja, koje su obuhvatale odnose u porodici kao celini, odnose između majke i ispitanika, i vršnjačke odnose. Sve varijable su procenjene od strane adolescenta. Kako se pokazuje da su korelacije između procene adolescenata i procene roditelja na istim instrumentima procene po pravilu niske, a da je adolescent najoštrijii kritičar svoje porodice (Olson i sar., 1989), smatrali smo da je procena adolescente dovoljno dobar izvor informacija.

Sve varijable su određene preko 18 skala koje su ih merile. Odnosi u porodici kao celini su mereni sa 6 skala, odnosi majke i ispitanika – sa 9 skala, dok su vršnjački odnosi su procenjivani na tri skale. U Tabeli 16 su prikazani predmeti merenja upotrebljenih skala. Sve skale su pokazale dobre metrijske karakteristike u našem istraživanju (Tabela 17).

Instrument koji je korišćen za procenu *porodice kao celine* je GRADIR Kneževića (1994a). Konstruisan je na osnovu socijalno-psihološkog modela stanja i odnosa u porodici RRRG Bergera (1992). Instrument sadrži skale *Glad*, *Razmena*, *Aktivnost*, *Demokratičnost*, *Individuacija* i *Red*. Dimenzije koje one mere imaju negativan i pozitivan pol. Pokazuje se visoka korelacija između skala Glad, Razmena, Demokratičnost i Individuacija, kao i između skala Red i Aktivnost, što je modelom i očekivano (Knežević, 1994a). Primenili

smo njenu skraćenu verziju (Knežević, neobjavljeni rad) u kojoj svaka skala sadrži po 20 ajtema, na koje se odgovara na petostepenoj skali Likertovog tipa (1 – potpuno netačno; 5 – potpuno tačno).

Za procenu *odnosa majka – sin* korišćena je modifikovana SRDI skala Opačića i Kosa (1987), skala *Psihološka kontrola* Barber-a (1996) i skala Monitoring-a Brown-a i sar. (Brown, Mounts, Lamborn & Steinberg, 1993, po Barber, 1996). U našem istraživanju primenjena je u formi odnosa sa majkom. Odgovaralo se na petostepenoj skali likertovog tipa (1 – potpuno netačno, 5 – potpuno tačno), da bi se izbegla velika variranja u načinu odgovaranja između primenjenih upitnika. Instrument SRDI obuhvata sedam skala koje se odnose na interakciju deteta sa roditeljem: *Intimnost, Odbacivanje, Žrtvovanje, Kažnjavanje, Zahtevi, Kontrola i Unutrašnja kontrola*. Skale imaju između 6 i 9 ajtema, na koje se odgovara na petostepenoj skali likertovog tipa. Skala *Psihološka kontrola* (PCS – YSR – Psychological Control Scale – Youth Self-Report) ima osam ajtema, na koje se originalno odgovaralo na trostepenoj skali likertovog tipa. Skala *Monitoring* Brown-a i saradnika (Brown, Mounts, Lamborn & Steinberg, 1993, po Barber, 1996) ima pet ajtema na koje se originalno odgovaralo na trostepenoj skali likertovog tipa.

Instrumenti koji su upotrebljeni za procenu *vršnjačke grupe* su skale *Kohezivnost* i *PKO* Kneževića (neobjavljen rad) i skala *Agresivnost* (Hrnčić, neobjavljen rad). Na sve instrumente se odgovara na petostepenoj skali likertovog tipa. Skala *Kohezivnost* ima 25 ajtema, ali je u ovom istraživanju korišćena skala sa 24 ajtema, pošto je jedan ajtem sadržinski i po rezultatima statističkih analiza više odgovarao skali Agresivnosti, pa nije uključen. Skala *Agresivnost* obuhvata otvorenu agresiju, definisanu kao ponašanja „koja imaju za namenu da povrede drugog kroz fizičku štetu ili pretnju takvom štetom“ (GrotPeter, Crick 1996, str. 2329), kao i relacionu agresiju, definisanu kao „ponašanja koja nanose štetu drugima manipulisanjem njihovim vršnjačkim odnosima“ (GrotPeter, Crick, 1996, str. 2329). Skala ima 20 ajtema, od kojih se devet odnosi na otvorenu, a 11 na relacionu agresivnost. Skala *PKO* (Prokriminalno ponašanje neformalne grupe) procenjuje pripadnost prokriminalno orijentisanim grupama, definisanu kao „druženje ispitanika sa dve ili više osoba kod kojih se opaža visok stepen orijentacije ka kriminalnom ponašanju“ (Radovanović i sar., 1991, str. 433). Skala ima 38 ajtema.

**Tabela 16: Primjenjene skale samoprocene
i njihov predmet merenja**

SKALA	PREDMET MERENJA
PORODICA	
Glad	Zadovoljenje potreba, želja i očekivanja u porodici. Dimenzije: zadovoljenje potreba – frustriranost potreba.
Razmena	Kvalitet emocionalne razmene u porodici. Dimenzije: emocionalna bliskost – emocionalna udaljenost.
Aktivnost	Način strukturiranja vremena u porodici. Dimenzije: aktivnost – pasivnost.
Demokratičnost	Uloge u porodičnom sistemu. Dimenzije: demokratična fleksibilnost – autoritarna rigidnost.
Individuacija	Mogućnosti za individuaciju članova porodice. Dimenzije: individuacija – simbioza.
Red	Planiranje, organizacija i kontrola zbivanja u porodici. Dimenzije: planiranje i kontrola – stihijnost i odsustvo kontrole.
ODNOS MAJKE I ISPITANIKA	
Intimnost	Intimnost i otvorenost u komunikaciji.
Odbacivanje	Odbacivanje, zanemarivanje ispitanika.
Žrtvovanje	Kontrola žrtvovanjem majke.
Kažnjavanje	Nesistematsko kažnjavanje majke.
Zahtevi	Previsoki zahtevi majke.
Kontrola	Preterano ograničavanje ponašanja ispitanika..
Unutrašnja Kontrola	Strahovanje ispitanika da svojim postupcima ne izneveri roditelja.
Psihološka kontrola	Skriveni, psihološki metodi kontrole aktivnosti i ponašanja ispitanika, koji ne dozvoljavaju njegovu individuaciju.
Monitoring	Roditeljsko poznавање kretanja i druženja adolescenta.
VRŠNJAČKA GRUPA	
Kohezivnost	Sile koje utiču na ispitanika da ostane u vršnjačkoj grupi.
Agresivnost	Agresivno ponašanje prema ispitaniku u neformalnoj grupi kojoj pripada.
PKO	Prokriminalno ponašanje članova neformalne grupe kojoj je ispitanik pripadao pre dolaska u instituciju.

**Tabela 17: Metrijske karakteristike testova
dobijene u našem istraživanju**

SKALA	Ψ_1^*	Crombach α	H_1	H_2
Glad	0,984	0,936	0,421	0,780
Razmena	0,982	0,925	0,381	0,803
Aktivnost	0,915	0,851	0,223	0,649
Demokrat.	0,976	0,920	0,364	0,764
Individuacija	0,969	0,906	0,325	0,779
Red	0,926	0,863	0,239	0,614
Intimnost	0,968	0,867	0,483	0,873
Odbacivanje	0,982	0,914	0,541	0,917
Žrtvovanje	0,988	0,915	0,574	0,966
Kažnjavanje	0,944	0,856	0,426	0,838
Zahtevi	0,917	0,803	0,337	0,865
Kontrola	0,940	0,823	0,437	0,945
Unutr. kontrola	0,921	0,811	0,380	0,856
Psihol. kontrola	0,913	0,775	0,301	0,849
Monitoring	0,950	0,839	0,510	0,926
Kohezivnost	0,968	0,908	0,293	0,666
Agresivnost	0,976	0,913	0,344	0,740
PKO	0,988	0,955	0,360	0,662

* Ψ_1 – mera reprezentativnosti Kaiser-Mayer-Olkin; Crombach α – mera pouzdanosti, H_1 – mera homogenosti (prosečna korelacija varijabli), H_2 – mera homogenosti Momirovića.

Skale koje opisuju negativne i odbacujuće sadašnje i prošle socijalne odnose su: u porodici – Razmena (u porodici) i Odbacivanje majke; a u vršnjačkoj grupi – Agresivnost (sadašnji odnosi), i Prokriminalno ponašanje (prošli odnosi, pre dolaska u instituciju). Skale koje opisuju nedovoljnu individuaciju u porodici su: Individuacija (u negativnom polu), Psihološka kontrola majke i Kontrola majke.

Uzorak istraživanja

Istraživanje je obuhvatalo mladiće između 15 i 22 godine, koji su u momentu ispitivanja boravili u vaspitnim i popravnim ustanovama Srbije zbog počinjenih krivičnih dela, dobro znali srpski jezik, bili funkcionalno pismeni, i imali živi majku i poznavali je. Konačan uzorak od 191 ispitanika je detaljnije opisan u prikazu istraživanja dimenzionalno podređene depresivnosti u poglavlju „Depresija kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem“.

Statistička obrada

Rezultati istraživanja su analizirani nizom tehniku statističke obrade: normalizacija i standardizacija podataka (program SPSS 10.0); analiza glavnih komponenta je urađena u svrhu dobijanja projekcije prve glavne komponente depresivnosti (SPSS 10.0); analiza metrijskih karakteristika upotrebljenih mernih instrumenata (program RTT10G, Knežević, Momirović, 1996a), izračunavanje produkt-moment koeficijenta korelacije između varijabli istraživanja (SPSS 10.0); kanonička korelaciona analiza i kanonička analiza kovarijansi su urađene u svrhu analize povezanosti skupa varijabli socijalnog polja i varijabli depresivnosti (program QCCR, Knežević, Momirović, 1996b) i hijerarhijska multipla regresija je urađena u cilju određenja značajnosti nezavisonog uticaja varijabli (SPSS 10.0).

REZULTATI

Povezanost depresivnih simptoma sa socijalnim relacijama

Mnoge varijable socijalnog polja su visoko međupovezane (Tabela 18). Naročito su visoke korelacije između nekih varijabli procene porodice, i to najviše između Individuacije, Razmene, i Demokratičnosti ($r=0,865$); nešto niža je između Gladi i Razmene ($r=0,804$) i između Aktivnosti i Reda ($r=0,811$). U okviru procene odnosa majka-sin, najviše korelacije se pokazuju između skala Intimnosti i Žrtve ($r=0,818$); i Psihološke kontrole i Kazne ($r=0,815$), dok su i mnoge druge skale visoko međusobno povezane. Korelacije varijabli vršnjačke grupe sudaleko niže, kako međusobno, tako i sa ostalim skalamama socijalnog polja. Visoka

međupovezanost skala porodice je očekivana, s obzirom na isprepletanost uticaja i ponašanje u njenom okviru. Ona sugeriše postojanje faktorske strukture skala, što se i pokazuje u analizama autora instrumenata GRADIR (Knežević, 1994a, 1994b) i SRDI (Opačić, 1995). Mere reprezentativnosti uzorka varijabli socijalnih odnosa su visoke: Kaiser-Meyer-Oklin-ova mera je 0,990, a Kaiser-Rice-ova mera je 0,962. Uzorak varijabli je visoko reprezentativan za polje na koje se odnosi.

Koeficijenti korelacija dobijeni između tri skale depresije su dati u prikazu istraživanja dimenzionalno podređene depresivnosti u poglavljju „Depresija kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem“.

Tabela 18: Interkorelacija varijabli socijalnog polja

S*	Gl	Ra	Ak	De	Ind	Re	Int	Od	Zr	Ka	Za	Ko	UK	PK	Mo	Kh	Ag	Pk
Gl	/	.804	.647	.731	.734	.611	.458	-.583	.526	-.527	-.511	-.519	.279	-.532	.323	.218	-.315	-.162
Ra	/	.535	.893	.865	.518	.328	-.529	.384	-.565	-.589	-.546	.178	-.577	.263	.125	.366	-.224	-.304
Ak	/	.383	.415	.811	.369	.430	-.296	-.238	-.232	-.233	-.230	.263	-.230	.345	.293	.293	-.224	-.093
De	/			.880	.344	.164	-.465	.227	-.542	-.560	-.538	.047	-.565	.175	.102	-.416	-.312	
ln				/	.351	.267	-.560	.342	-.650	-.629	-.653	.091	-.688	.214	.160	-.487		
Re					/	.298	-.179	.353	-.119	-.114	-.072	.242	-.095	.343	.204	-.126		
Int						/	-.636	.818	-.406	-.408	-.359	.613	-.422	.441	.352	-.219		
Od							/	-.760	.693	.642	.656	-.506	.736	-.346	-.295	.427		
Zr								/	-.470	-.452	-.421	.668	-.481	.393	.338	-.275		
Ka									/	.781	.778	-.205	.815	-.211	-.252	.538		
Za										/	.791	-.222	.763	-.204	-.251	.452		
Ko											/	-.176	.788	-.212	-.209	.482		
UK												/	-.201	.356	.181	-.059		
PK													/	-.268	-.234	.517		
Mo														/	.263	-.171	-.206	
Kh															/	-.525	-.010	
Ag																/	.336	
Pk																		/

* S - Skale procene. Skale procene potrošice: Gl - Glad; Ra - Razmena; Ak - Aktivnost; De - Demokratičnost; In - Individuacija; Re - Red. Skale procene odnosa majka - sin: Int - Intimnost; Od - Odbacivanje; Zr - Žrtvovanje; Za - Zahtevi; Ka - Kazna; Za - Zahtevi; Ko - Kontrola; UK - Unutrašnja kontrola; PK - Psihološka kontrola; Mo - Monitoring. Skale procene vršnjačke grupe: Kh - Kohezivnost; Ag - Agresivnost; Pk - PKO.

Kanonička korelaciona analiza

U svrhe provere prve prepostavke, urađena je kanonička korelaciona analiza na punom skupu varijabli (Tabele 19,20, 21 i 22). Levi skup varijabli definisan je varijablama socijalnog polja, a desni skup varijablama depresivnosti (Tabela 19). Dobijeni koeficijenti kanoničkih korelacija pokazuju da samo prvi par kanoničkih varijabli ima značajnu kanoničku korelaciju od 0,745, što objašnjava čak 55,50% varijanse (Tabela 20). Potvrđuje se prva hipoteza.

Tabela 19: Kroskorelacije levog i desnog skupa varijabli

VARIJABLA	D6R	CES-D	BDI
Glad	-0,511	-0,413	-0,326
Razmena	-0,592	-0,454	-0,365
Aktivnost	-0,336	-0,247	-0,196
Demokratičnost	-0,558	-0,446	-0,377
Individuacija	-0,624	-0,493	-0,439
Red	-0,245	-0,125	-0,084
Intimnost	-0,374	-0,325	-0,232
Odbacivanje	0,574	0,471	0,441
Žrtva	-0,442	-0,352	-0,326
Kazna	0,534	0,470	0,429
Zahtevi	0,523	0,463	0,379
Kontrola	0,577	0,456	0,469
Unutrašnja kontrola	-0,200	-0,149	-0,091
Psihološka kontrola	0,586	0,502	0,455
Monitoring	-0,217	-0,233	-0,149
Kohezivnost	-0,218	-0,264	-0,151
Agresivnost	0,478	0,460	0,364
PKO	0,402	0,318	0,280

Tabela 20: Koeficijenti kanoničkih korelacija i njihova značajnost:

Par kanon. varijabli	rho	lambda	hi ²	df	Sig.
1	0,745	0,366	180,125	54	0,000
2	0,340	0,821	35,248	34	0,409
3	0,267	0,929	13,260	16	0,654

Tabela 21: Kanonički koeficijenti, faktori i kros-faktori varijabli socijalnog polja

VARIJABLA	Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori	Kanonički kros-faktori
Glad	-0,095	0,702	0,523
Razmena	0,277	0,809	0,602
Aktivnost	0,075	0,460	0,342
Demokratičnost	0,072	0,760	0,566
Individuacija	0,149	0,844	0,629
Red	-0,012	0,335	0,250
Intimnost	0,158	0,520	0,387
Odbacivanje	-0,194	-0,772	-0,575
Žrtva	0,129	0,595	0,443
Kazna	0,122	-0,722	-0,538
Zahtevi	0,060	-0,717	-0,534
Kontrola	-0,231	-0,767	-0,571
Unutrašnja kontrola	-0,100	0,279	0,208
Psihološka kontrola	-0,074	-0,793	-0,591
Monitoring	-0,072	0,308	0,230
Kohezivnost	0,013	0,317	0,236
Agresivnost	-0,184	-0,660	-0,491
PKO	-0,258	-0,544	-0,405

Tabela 22: Kanonički koeficijenti, faktori i kros-faktori varijabli depresivnosti

VARIJABLA	Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori	Kanonički kros-faktori
D6R	-0,989	-0,992	-0,739
CESD	-0,172	-0,798	-0,594
BDI	0,166	-0,712	-0,530

Kanonička analiza kovarijansi

Radi utvrđivanja stabilnosti dobijenih rezultata urađena je i kanonička analiza kovarijansi između istih skupova, (Knežević, Momirović, 1996b). Ona je slabo osetljiva na visoku povezanost pojedinih parova varijabli i na ekstremne vrednosti ispitanika, te realnije predstavlja odnose između varijabli koje su predmet analiza. Po pravilu daje niže vrednosti korelativnih odnosa levog i desnog skupa nego kanonička korelaciona analiza. Veliko neslaganje između rezultata kanoničke i kvazikanoničke korelaceione analize ukazuje na mogućnost pogrešnog interpretiranja rezultata.

Značajna kvazikanonička korelacija je i ovde dobijena samo između jednog para kvazikanoničkih varijabli (Tabela 23). Ona je takođe visoka, ($r=0,661$), i objašnjava 43,69% varijanse, što je za 11,81% niže od dobijene kanoničke korelacije dobijene na istom skupu, što je i očekivano. Kvazikanonički faktori i kros-faktori izvornih varijabli socijalnog polja (Tabela 24) i varijabli depresije (Tabela 25) za ovaj par kvazikanoničkih varijabli su slični onima dobijenim za kanoničke varijable na istim skupovima. Visoke korelacije i kongruencije između kanoničkih i kvazikanoničkih faktora (Tabela 26) sugerisu stabilnost dobijenih rezultata.

Tabela 23: Kvazikanonička korelacija i test značajnosti

Funkc.	r_o	r_o^2	f-test	df_1	df_2	Sig.
1	0,661	0,437	146,943	1	189	0,000

Tabela 24: Kvazikanonički koeficijenti, faktori i kros-faktori varijabli socijalnog polja

VARIJABLA	Koeficijenti	Faktori	Kros-faktori
Glad	-0,250	-0,796	-0,468
Razmena	-0,283	-0,818	-0,529
Aktivnost	-0,157	-0,524	-0,293
Demokratičnost	-0,276	-0,758	-0,516
Individuacija	-0,310	-0,841	-0,580
Red	-0,094	-0,410	-0,176
Intimnost	-0,187	-0,587	-0,349
Odbacivanje	0,295	0,819	0,551
Žrtva	-0,223	-0,665	-0,416
Kazna	0,283	0,820	0,530
Zahtevi	0,271	0,802	0,507
Kontrola	0,297	0,796	0,556
Unutrašnja kontrola	-0,089	-0,378	-0,167
Psihološka kontrola	0,306	0,838	0,572
Monitoring	-0,119	-0,410	-0,222
Kohezivnost	-0,125	-0,370	-0,234
Agresivnost	0,258	0,607	0,482
PKO	0,199	0,383	0,373

Tabela 25: Kvazikanonički koeficijenti, faktori i kros-struktura varijabli depresivnosti

VARIJABLA	Koeficijenti	Faktori	Kros-faktori
D6R	0,675	0,934	0,699
CESD	0,560	0,905	0,581
BDI	0,481	0,894	0,498

Tabela 26: Korelacije i kongruencije kanoničkih i kvazikanoničkih faktora

SKUP	Korelacije	Kongruencije
Socijalno polje	-0,9510	-0,9949
Depresivnost	-0,9308	-0,9927

Negativni socijalni odnosi i nedovoljna individuacija

Kanonička korelaciona analiza

U svrhu provere druge hipoteze, urađena je kanonička korelaciona analiza u kojoj je desni skup varijabli definisan sa tri varijable depresivnosti, a levi skup sa sedam varijabli socijalnog polja koje se odnose na negativne i odbacujuće socijalne odnose i nedovoljnu individuaciju u porodici (Tabele 27, 28 i 29). Varijable koje se odnose na negativne i odbacujuće socijalne odnose su Razmena (u negativnom polu), Odbacivanje, Agresivnost, i PKO; a varijable koje se odnose na nedovoljnu individuaciju u porodici su: Individuacija (u negativnom polu), Psihološka kontrola i Kontrola. Dobijeni koeficijenti korelacija pokazuju da samo prvi par kanoničkih varijabli ima značajnu kanoničku korelaciju od čak 0,733 (Tabela 27). Time je objašnjeno 53,73% varijanse kanoničkih varijabli, što je samo 1,77% manje od vrednosti dobijene na prethodnom punom skupu varijabli. Dakle, ovih sedam varijabli socijalnog polja objašnjava najveći deo zajedničke varijanse kanoničkih varijabli dobijene u prethodnoj analizi.

Tabela 27: Koeficijenti kanoničkih korelacija i njihova značajnost

Par kanoničkih varijabli	rho	Lambda	hi ²	df	Sig.
1	0,733	0,429	156,287	21	0,000
2	0,214	0,927	13,941	12	0,304
3	0,168	0,972	5,278	5	0,383

Tabela 28: Kanonički koeficijenti, faktori i kros-faktori varijabli socijalnog polja

VARIJABLA	Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori	Kanonički kros-faktori
Razmena	0,312	0,821	0,602
Individuacija	0,131	0,857	0,629
Odbacivanje	-0,283	-0,784	-0,575
Kontrola	-0,159	-0,772	-0,571
Psihološka kontrola	-0,022	-0,806	-0,591
Agresivnost	-0,208	-0,673	-0,493
PKO	-0,230	-0,553	-0,405

Tabela 29: Kanonički koeficijenti, faktori i kros-faktori varijabli depresivnosti

VARIJABLA	Kanonički koeficijenti	Kanonički faktori	Kanonički kros-faktori
D6R	-0,972	-0,990	-0,726
CESD	-0,202	-0,808	-0,592
BDI	0,175	-0,990	-0,521

Kanonička analiza kovarijansi

Kanonička analiza kovarijansi, urađena između ista dva skupa, pokazuje značajnu kvazikanoničku korelaciju između samo jednog para kvazikanoničkih varijabli, koja je 0,681, što objašnjava 46,38% varijanse (Tabela 30). Ovaj rezultat je za 2,69% viši od rezultata prethodne kvazikanoničke analize na punom skupu varijabli, što ukazuje na visoku stabilnost rezultata. I ovde su kvazikanonički faktori i kros-faktori izvornih varijabli socijalnog polja (Tabela 31) i varijabli depresije (Tabela 32) za ovaj par kvazikanoničkih varijabli su slični onima dobijenim za kanoničke Variable na istim skupovima. Dobijene korelacije i kongruencije između kanoničkih i kvazikanoničkih faktora su i ovde visoke (Tabela 33) i sugeriraju stabilnost dobijenih rezultata.

Tabela 30: Kvazikanonička korelacija i test značajnosti

Funkc.	ro	ro ²	f-test	df1	df2	Sig.
1	0,681	0,463	163,260	1	189	0,000

Tabela 31: Kvazikanonički koeficijenti, faktori i kros-faktori varijabli socijalnog polja

VARIJABLA	Koeficijenti	Struktura	Kros-struktura
Razmena	-0,381	-0,794	-0,528
Individuacija	-0,418	-0,871	-0,579
Odbacivanje	0,397	0,790	0,550
Kontrola	0,401	0,837	0,555
Psihološka kontrola	0,412	0,880	0,571
Agresivnost	0,347	0,666	0,481
PKO	0,268	0,474	0,372

Tabela 32: Kvazikanonički koeficijenti, faktori i kros-struktura varijabli depresivnosti

VARIJABLA	Koeficijenti	Faktori	Kros-faktori
D6R	0,672	0,934	0,717
CESD	0,552	0,903	0,589
BDI	0,494	0,896	0,528

Tabela 33: Korelacijske i kongruencije kanoničkih i kvazikanoničkih faktora

SKUP	Korelacijske	Kongruencije
Socijalno polje	-0,9863	-0,9981
Depresivnost	-0,9320	-0,9928

Hijerarhijska multipla regresija

Da bi proverili da li je doprinos ostalih dimenzija značajan kada se kontroliše uticaj ovih sedam varijabli socijalnog polja, kao i da li doprinos ovih sedam varijabli ostaje značajan kada se kontroliše uticaj ostalih varijabli socijalnog polja, urađena je hijerarhijska multipla regresija (Tabela 34). Prediktorske varijable su bile varijable socijalnog polja. Kriterijumska varijabla je bila depresivnost, definisana kao prva glavna komponenta izolovana na tri skale depresivnosti. Pokazalo se da je uticaj sedam varijabli negativnih afektivnih odnosa i nedostatka individualizacije ostao značajan i nakon kontrole uticaja ostalih varijabli ($p<0,01$). Ostali socijalni odnosi nisu značajno doprinosili objašnjenju varijanse depresivnosti pošto se kontrolisao uticaj sedam varijabli. Potvrđuje se druga hipoteza.

Tabela 34: Rezultati hijerarhijske multiple regresije: poređenje prediktivnosti sedam osnovnih varijabli i ostalih varijabli socijalnog polja

PREDIKTORSKA VARIJABLA	delta R ²	ZAVRŠNA STATISTIKA		
		ZV	Stand. β	sr ²
Prvi korak	0,458 ^d			
Razmena		-0,516	-0,095	0,002
Individualizacija		-0,569	-0,138	0,003
Odbacivanje		0,543	0,202 ^a	0,017
Kontrola		0,550	0,137	0,007
Psihol. kontrola		0,565	0,031	0,000
Agresivnost		0,476	0,156 ^a	0,016
PKO		0,366	0,146 ^a	0,018
Drugi korak	0,018			
Prvi korak	0,404 ^d			
Glad		-0,458	0,058	0,001
Aktivnost		-0,285	-0,136	0,005
Demokratičnost		-0,506	-0,356 ^d	0,043
Red		-0,166	0,159	0,008
Intimnost		-0,341	-0,017	0,000

Žrtva		-0,410	-0,271 ^a	0,017
Kazna		0,524	0,170	0,001
Zahtevi		0,499	0,055	0,001
Unutr. kontrola		-0,161	0,100	0,005
Monitoring		-0,219	-0,044	0,001
Kohezivnost		-0,231	-0,053	0,002
Drugi korak	0,072 ^b			
Razmena		-0,516	-0,083	0,001
Individuacija		-0,569	-0,106	0,002
Odbacivanje		0,543	0,135	0,004
Kontrola		0,550	0,165	0,007
Psihol. kontrola		0,565	0,041	0,000
Agresivnost		0,476	0,131	0,008
PKO		0,366	0,169 ^b	0,021

ZV – korelacija prediktora sa zavisnom varijablom; sr² – kvadrat semiparcijalne korelacije, jedinstveni doprinos svakog prediktora totalnoj varijansi koju objašnjava zavisna varijabla

^a – p < 0,05; ^b – p < 0,01; ^c – p < 0,001; ^d – p < 0,0001

Porodični i vršnjački odnosi

Relativno visoki kvadратi semiparcijalne korelacije varijabli vršnjačke grupe na skupu sedam osnovnih varijabli (za Agresivnost sr²=0,016, za PKO sr²=0,018, Tabela 34), uz visoke rezultate varijabli porodice (za Odbacivanje sr²=0,017), sugeriju da porodica i vršnjačka grupa imaju značajan međusobno nezavisan uticaj na depresivnost. U svrhu dalje provere urađen je par hijerarhijskih multiplih regresija (Tabela 35). Prediktorske varijable su bile sedam osnovnih varijabli socijalnog polja. Kriterijumska varijabla je bila depresivnost, definisana kao i u prethodnim regresijama. Rezultati pokazuju značajan, međusobno nezavisan uticaj koji na depresivnost imaju i varijable porodice (p<0,0001) i varijable vršnjačke grupe (p<0,001). Pokazuje se da uticaj vršnjačke grupe nije veći od uticaja porodice. Time se potvrđuju treća i četvrta hipoteza.

Tabela 35: Rezultati hijerarhijske multiple regresije: poređenje prediktivnosti osnovnih varijabli porodice i vršnjačke grupe

PREDIKTORSKA VARIJABLA	delta R ²	ZAVRŠNA STATISTIKA		
		ZV	Stand. β	sr ²
Prvi korak	0,416 ^d			
Razmena		-0,516	-0,073	0,001
Individuacija		-0,569	-0,225	0,010
Odbacivanje		0,543	0,211 ^a	0,019
Kontrola		0,550	0,151	0,008
Psihol. kontrola		0,565	0,093	0,002
Drugi korak	0,458 ^c			
Agresivnost		0,476	0,156 ^a	0,016
PKO		0,366	0,146 ^a	0,018
Prvi korak	0,274 ^d			
Agresivnost		0,476	0,398 ^d	0,141
PKO		0,366	0,232 ^c	0,048
Drugi korak	0,458 ^d			
Razmena		-0,516	-0,095	0,002
Individuacija		-0,569	-0,138	0,003
Odbacivanje		0,543	0,202 ^a	0,017
Kontrola		0,550	0,137	0,007
Psihol. kontrola		0,565	0,031	0,000

ZV – korelacija prediktora sa zavisnom varijablom; sr² – kvadrat semiparcijalne korelacije, jedinstveni doprinos svakog prediktora totalnoj varijansi koju objašnjava zavisna varijabla

^a – p < 0,05; ^b – p < 0,01; ^c – p < 0,001; ^d – p < 0,0001

Tekući i prošli vršnjački odnosi

Prikazani rezultati varijabli Agresivnost i PKO vršnjačke grupe u okviru kanoničkih analiza (kanonički koeficijent za Agresivnost je -0,184 i -0,208, za PKO -0,258 i -0,230, Tabele 21 i 28) i hijerarhijske multiple regresije (kvadrat

semiparcijalnih korelacija za Agresivnost na skupu sedam osnovnih varijabli je 0,016 a za PKO je 0,018, Tabela 35) sugeriju da pretpostavka o međusobno nezavisnom uticaju tekućih (Agresivnost) i prošlih (PKO) vršnjačkih odnosa ima osnova. Primjenjene su hijerarhijske multiple regresije u kojima se kontrolisao uticaj svih ostalih osnovnih varijabli socijalnog polja (Tabela 36). Pokazalo se da ove dve varijable daju značajan i jedinstven doprinos objašnjenu varijanse depresivnosti. Potvrđuje se peta hipoteza.

Tabela 36: Rezultati hijerarhijske multiple regresije za prediktorske varijable Agresivnost i PKO

Korak	Varijable unešene u koraku	Kumul R ²	delta R ²	Sig.
1.	5 osnovnih varijabli porodice	0,416	0,416	0,000
2.	Agresivnost	0,440	0,024	0,005
3.	PKO	0,458	0,018	0,015
1.	5 osnovnih varijabli porodice	0,416	0,416	0,000
2.	PKO	0,442	0,026	0,004
3.	Agresivnost	0,458	0,016	0,021

DISKUSIJA

Naši rezultati pokazuju da postoji vrlo visoka kanonička korelacija između seta varijabli socijalnog polja i seta varijabli depresivnosti, koja objašnjava čak 55,5% varijanse. Oni sugeriju visoku povezanost između socijalnih odnosa mlade osobe i njene depresivnosti, u skladu sa modelom depresije koji predlažemo. Ipak, činjenica da je sve procene davala ista osoba kroz samoopis poziva na oprez pri donošenju zaključaka. Povezanost može biti posledica drugih faktora, kao što je delovanje kognitivnih procesa karakterističnih za depresivne osobe i varijansa deljenog metoda.

Mnogi autori ukazuju da su depresivne kognicije sastavni deo depresivne simptomatologije. One podrazumevaju negativnu obojenost pogleda na sebe, svoju budućnost, svoju prošlost i svet u odnosu na sebe (Asarnow i sar., 1987; Beck, 1989; Haley i sar., 1985, Haaga i sar., 1991, Harrington, 1995; Birmaher i sar., 1996a). Usled ovih kognitivnih distorzija, depresivne osobe mogu da procenjuju svoje socijalne odnose gorim od realnih, pa bi dobijene korelacije između socijalnih odnosa i depresivnosti bile artefakt samog poremećaja. Međutim, pokaže se da depresivni mladi imaju realniju procenu tekućih socijalnih odnosa, od mlađih koji nisu depresivni, a koji su skloniji „ulepšavanju realnosti“ (Asarnow i sar. 1987, Goodyer i sar., 1991; Shepperd i sar., 1994). Negativna kognicija depresivnih osoba se pre svega odnosi na procenu sebe i na autobiografska sećanja, a načito na emotivne odnose odbacivanja (Haaga i sar., 1991). Depresivne kognicije bi trebalo da utiču: a) podjednako i na pozitivne i na negativne afektivne odnose; b) podjednako na opis i porodice i vršnjačke grupe, koji bi tako bili međusobno zavisni; c) više na opis prošlih nego na opis tekućih vršnjačkih odnosa. Međutim, naše istraživanje je pokazalo da: a) negativni afektivni odnosi bolje objašnjavaju depresivnost od nedovoljnih pozitivnih odnosa; b) porodični i vršnjački odnosi daju značajan nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti; c) prošli vršnjački odnosi nemaju veći značaj za objašnjenje depresivnosti od tekućih vršnjačkih odnosa. Smatramo da depresivne kognicije ne mogu da objasne visoku povezanost socijalnih relacija i depresivnosti dobijenu u ovom radu.

Kada ista osoba procenjuje i svoju depresivnost i svoje socijalne relacije, dobija se „varijansa deljenog metoda“, deo zajedničke varijanse koji nastaje samo usled zajedničkog izvora podataka. Osobenosti ličnosti procenjivača određuju njegove odgovore i u jednom i u drugom setu varijabli, dovodeći do korelacije među rezultatima kojoj je izvor treći faktor – karakteristike procenjivača. Ipak, dobijene očekivane razlike u prediktivnosti pojedinih varijabli socijalnog polja u suprotnosti su sa delovanjem varijanse deljenog metoda, koja podjednako utiče na sve posmatrane varijable. Visina dobijene korelacije između skupa varijabli socijalnih relacija i skupa varijabli depresivnosti sugerise da, čak i ako deo ove korelacije dugujemo varijansi deljenog metoda, ostaje značajna povezanost između depresivnosti i socijalnih relacija.

Dobijena zajednička varijansa između depresivnih simptoma i socijalnog polja skoro je u potpunosti objašnjena samoprocenom negativnih i odbacujućih

socijalnih odnosa osobe u okviru porodice i vršnjačke grupe, kao i samoprocesom nedovoljne autonomije i individuacije u okviru porodice, opisanih kao „sedam osnovnih varijabli socijalnog polja“. Kanonička korelacija između ovih varijabli i depresivnosti objašnjava čak 53,73% varijanse kanoničkih varijabli, što je samo 1,77% manje od one dobijene na punom skupu varijabli. Ove nalaze je potvrdila i hijerarhijska multipla regresija, koja je pokazala da je uticaj ovih sedam varijabli ostao značajan i nakon kontrolisanja uticaja ostalih 11 varijabli socijalnog polja, dok obrnuto nije bio slučaj. Istraživanje Reiss-a i saradnika (1995) je imalo slične zaključke: konfliktni i negativni odnosi roditelja prema detetu su objašnjavali skoro 60% varijanse antisocijalnog ponašanja i 37% varijanse depresivnosti. Pozitivni odnosi su objašnjavali tek 10% varijanse oba poremećaja.

Pokazuje se da vršnjačka grupa i porodica imaju međusobno nezavisan uticaj na depresivnost mlađih i da vršnjačka grupa nema veći uticaj na depresivnost od porodice. Nalaz je dobijen kod institucionalizovanih antisocijalnih adolescenta, koji su u svakodnevnoj komunikaciji sa vršnjacima, ali ne i sa porodicom, i koje i inače karakteriše veći uticaj vršnjačke grupe od uticaja porodice (Donovan, Jessor, 1985; Booth i sar., 1998). Rezultati ukazuju na značaj procesa diferencijacije osobe u okviru porodice. Ukoliko su oni nepovoljni zbog negativnih i odbacujućih odnosa i onemogućavanja individualizacije i autonomije, smanjuju se mogućnosti osobe da zadovoljni svoje socijalne potrebe i da se adaptira na nepovoljne okolnosti.

Značajan uticaj koji imaju na depresivnost negativni i odbacujući socijalni odnosi u okviru porodice i vršnjačke grupe i nedovoljna autonomija i individuacija u porodici, ide u prilog tumačenju visokog komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja preko zajedničkih etioloških faktora oba poremećaja, jer se radi o varijablama koji su etiološki faktori i depresije i antisocijalnog ponašanja (Hrnčić, 2008, 2009b; vidi poglavlje „Objašnjenja komorbiditeta“).

Nezavisan uticaj koji su pokazali sadašnji vršnjački odnosi sugerise značaj koji za depresivnost ima zadovoljenje potrebe za afektivnom vezanošću u neposrednoj socijalnoj sredini, koju u uslovima institucionalizacije mlađih čine pre svega vršnjaci. Nezavisan uticaj prošlih afektivnih odnosa ukazuje na značaj unutrašnjih reprezentacija prethodnih afektivnih odnosa, koje potom utiču na manju „otpornost“ osobe na tekuće socijalne nepovoljnosti. Ovaj nalaz ide u prilog objašnjenju komorbiditeta depresivnosti i antisocijalnog

ponašanja kroz uticaj koji antisocijalno ponašanje ima na razvoj depresivnosti. Antisocijalno i disruptivno ponašanje dovodi do odbacivanja prosocijalnih vršnjaka i uključivanja mlade osobe u devijantnu vršnjačku grupu, koju po pravilu karakterišu negativni i odbacujući afektivni odnosi, čime se nastavlja zločudni krug loših socijalnih odnosa koji su opet faktor rizika depresije.

Dobijeni rezultati potvrđuju sve hipoteze istraživanja, koje su izvedene iz predloženog modela depresije. Po ovom modelu, centralni prediktori eventualne depresivnosti su socijalni faktori: nepovoljnost i nedovoljnost sadašnjih i/ili prošlih, realnih i/ili internalizovanih afektivnih veza sa socijalnom sredinom, kao i nepodsticanje i/ili sprečavanje autonomije i individualizacije u bliskim socijalnim grupama, koje dovodi do siromašnih i neadekvatnih adaptivnih mehanizama individue.

ZAKLJUČAK

Istraživanje je pokazalo da je samoprocena socijalnih varijabli u visokoj korelaciji sa samoopisom depresivnosti mlađih sa antisocijalnim ponašanjem. Kanonička korelacija između skupa od 18 varijabli socijalnih relacija i skupa od tri varijable depresivnosti je bila 0.745, što pokriva 55.50% zajedničke varijanse ove dve kanoničke varijable. Dalje analize su pokazale da su sedam varijabli socijalnog polja koje se odnose na negativne odbacujuće odnose u porodici i vršnjačkoj grupi i na nedovoljnu individualizaciju u porodici objašnjavale čak 53.73% zajedničke varijanse kanoničkih varijabli depresivnosti i socijalnog polja. Ostale varijable socijalnog polja nisu doprinosile daljem objašnjenju varijanse depresivnosti. Varijable porodice i varijable vršnjačke grupe su dale značajan međusobno nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti. Doprinos vršnjačke grupe nije bio izrazitiji od uticaja porodice, iako je istraživanje realizovano u uzorku institucionalizovane antisocijalne omladine, kojoj je neposredna socijalna sredina vršnjačka grupa, a ne porodica, i kojoj su i inače vršnjaci neretko važniji od porodice. Nalazi idu u prilog objašnjenju komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja preko zajedničkih etioloških faktora u okviru porodice. Pokazalo se i da i sadašnji i prošli negativni vršnjački odnosi daju značajan nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti. Nezavisan uticaj prošlih vršnjačkih odnosa sugerise da i samo antisocijalno ponašanje može biti etiološki faktor kasnije depresivnosti.

Rezultati idu u prilog modelu unipolarne depresije koji predlažemo, po kome se socijalne relacije shvataju kao dominantan faktor rizika depresije. Negativne i neprijatne tekuće socijalne relacije uglavnom znače da potreba za socijalnim afektivnim vezama nije zadovoljena. Osobu u nepovoljnim socijalnim okolnostima predisponira za depresiju nizak stepen diferencijacije. Negativni i nestimulišući prošli socijalni odnosi vode do negativnih unutrašnjih reprezentacija socijalnih odnosa i do siromašnih adaptivnih mehanizama, što smanjuje stepen diferencijacije osobe.

Dobijeni nalazi daju novi pogled na depresivnost iz ne baš često razmatranog ugla antisocijalne omladine, koji omogućava da se jasnije uvidi suština depresivnosti, kao i njene specifičnosti u ovoj populaciji. Potrebna su dalja istraživanja longitudinalnog dizajna da bi se proverile prepostavke predloženog modela depresije, kao i da bi se stekli uvidi u mehanizam nastanka depresije kod mladih koji uzimaju u obzir i antisocijalnu omladinu.

Osmo poglavlje

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

KRATAK OSVRT

Ova publikacija se bavi opisivanjem i objašnjenjem fenomena istovremenog pojavljivanja depresije i antisocijalnog ponašanja kod adolescenata. Pregled istraživanja je pokazao da mlade sa duplom problemima karakteriše klinička slika koja odgovara aditivnom dejstvu dva poremećaja, bez specifičnosti koje bi indikovale da se radi o jednom posebnom sindromu umesto o komorbiditetu ova dva poremećaja. Ishodi mladih sa ovim komorbiditetom se mogu svesti na aditivno dejstvo ishoda depresije i antisocijalnog ponašanja. Oni imaju povećan rizik za psihosocijalne probleme, smanjenu socijalnu kompetenciju i, posebno alarmantno, povećan rizik od suicida, ali se ne pokazuje povećan rizik za delinkvenciju ili depresiju u odnosu na ove poremećaje posmatrane pojedinačno. Analiza empirijske evidencije na uzorcima opšte, školske, kliničke i delinkventne populacije pokazuje da je, uprkos predrasudama, ovaj komorbiditet daleko više prisutan nego što bi se to moglo objasniti slučajem. Pokazuje se i da posmatrani komorbiditet nije metodološkom artefakt. Kada se uzme u obzir metodološka i nozološka čistoća zaključivanja, on je najizraženiji u odnosu na druge komorbidite deprivativnog i antisocijalnog poremećaja. Kako su oba poremećaja i sama izrazito učestali u populaciji, pokazuje se da je njihov komorbiditet jedan od najviše prisutnih komorbiditeta dva jasno različita psihosocijalna poremećaja u populaciji mladih.

Naše istraživanje se bavilo utvrđivanjem prisustva i karakteristika depresije kod mladih institucionalizovanih zbog svojih krivičnih dela sa stanovišta

dimenzionalnog i kategorijalnog pristupa depresiji. Na osnovu rezultata samo-procene depresivnosti na upitnicima od strane mlađih koji su institucionalizovani zbog svojih krivičnih dela, možemo smatrati da je, u poređenju sa raspoloživim podacima, prisustvo depresivnosti po većini pokazatelja daleko više nego kod opšte populacije. Nedostatak kontrolne grupe i nepostojanje standarda za primenjene upitnike u našoj kulturi, onemogućava pouzdano zaključivanje o značajnosti ovih razlika. Rezultati taksonomske analize pokazuju da su se izdvojile dve grupe depresivnih ispitanika, jedna sa visokim i kognitivnim i somatskim simptomima depresije, što odgovara opisu velikog depresivnog poremećaja i distimije, i druga sa visokim (ali nižim od prve grupe) kognitivnim simptomima depresije i niskim somatskim simptomima, što opisuje distimično raspoloženje. Ovi nalazi sugerisu da pristup depresivnim problemima sa kategorijalnog stanovišta može potpunije opisati specifičnosti raznolike depresivne simptomatologije, od dimenzionalnog pristupa.

Istraživanje depresije kao dijagnostičke kategorije na osnovu dijagnostičkog intervjeta pokazalo je visoko prisustvo tekućih depresivnih poremećaja kod ispitanika. Prisustvo tekućeg velikog depresivnog poremećaja u našem uzorku je značajno više, od onog dobijenog u skoro svim (nama raspoloživim) istraživanjima opšte populacije. Za prisustvo distimije, zaključak nije tako jednoznačan: ono je značajno više od rezultata dobijenih u pet prikazanih istraživanja opšte populacije, dok je slično rezultatima kod ostala dva prikazana istraživanja. Ni kod jednog ispitanika nisu nađeni bipolarni niti psihotični simptomi poremećaja raspoloženja. Naši rezultati su gotovo identični rezultatima drugih istraživanja depresije kod antisocijalnih mlađih u korektivnim institucijama, što sugerise da su valjani i relevantni za populaciju antisocijalnih mlađih u korektivnim institucijama, na koju se odnose. Ipak, generalizacija dobijenih rezultata ograničena je nedostatkom kontrolne grupe, nedovoljnom pouzdanošću dijagnostičke procese, olakšanim dijagnostikovanjem jednog poremećaja u slučaju prisustva drugih mentalnih poremećaja i prigodnošću uzorka.

U potrazi za objašnjenjem visokog komorbiditeta antisocijalnog ponašanja i depresije, razmatrana je mogućnost korelativnog odnosa između njihovih etioloških faktora, postojanja zajedničkih etioloških faktora, i postojanja direktnog uzročno-posledičnog odnosa između dva poremećaja, u kome je jedan poremećaj etiološki faktor onom drugom. Pokazalo se da ne postoji

osnova za tumačenje ovog fenomena korelativnim odnosima između njihovih etioloških faktora koji nemaju koren u zajedničkom uzroku. Razmatranje istraživanja zajedničkih etioloških faktora depresivnosti i antisocijalnog ponašanja pokazalo je najveću empirijsku zasnovanost ovog objašnjenja. Zajedničko za oba poremećaja su narušene afektivne veze u neposrednoj sadašnjoj i prošloj, porodičnoj i vršnjačkoj socijalnoj sredini, nedostatak podsticanja razvoja njihovih adaptivnih mehanizama u neposrednoj socijalnoj sredini, povećano prisustvo stresora i individualne karakteristike koje govore o sniženoj socijalnoj adaptaciji. Nalazi nekolicine istraživanja sugerisu postojanje uzročnog uticaja antisocijalnog ponašanja na kasniju depresivnost, koji ipak nije izrazit, dok je postojanje direktnog uzročnog uticaja depresije na antisocijalno ponašanje nedovoljno dokumentovano.

Istraživanja komorbiditeta depresivnosti i antisocijalnog ponašanja nam je omogućilo da jasnije uvidimo suštinu depresivnosti, što je dovelo do formulisana modela unipolarne depresije. Ovaj model definiše depresiju kao značajno smanjenje ili potpuno povlačenje emotivnih ulaganja osobe u socijalnu okolinu, a time i u sebe, u cilju odbrane od psihičkog bola nastalog zbog nedovoljnih socijalnih afektivnih veza. Da bi došlo do ovakvog mehanizma odbrane, potrebno je da osoba nepovoljno stanje afektivnih odnosa shvata kao stabilno i globalno, i da nema na raspolaganju adaptivnije mehanizme da ovakvo stanje promeni, ili da se na drugi efikasniji način odbrani od psihičkog bola. Da li su se ovi uslovi ispunili zavisi kako od realnih okolnosti, tako i od mogućnosti osobe. Ove mogućnosti su visoko određene stepenom diferencijacije od socijalne okoline, koji je osoba postigla tokom razvoja. Ova diferencijacija je određena unutrašnjim reprezentacijama afektivnih odnosa sebe i sveta, i adaptivnim mehanizmima koje ima na raspolaganju.

Model postulira centralnu važnost socijalnih odnosa kao etioloških faktora depresije. Prošli socijalni odnosi uglavnom utiču na stepen diferencijacije osobe, preko unutrašnjih reprezentacija socijalnih odnosa i adaptivnih mehanizama osobe, koji se uče, podstiču ili sprečavaju u bliskim socijalnim grupama. Sadašnje socijalne relacije uglavnom određuju da li je potreba za socijalnim afektivnim vezama zadovoljena. Krucijalan doprinos prošlih socijalnih odnosa vidi se pre svega u okviru porodice, koja ostvaruje svoj uticaj preko dve dimenzije: kvaliteta afektivnih veza koje ima sa detetom, tj. kvaliteta prihvatanja deteta, i

omogućavanja i stimulisanja autonomije i individuacije mlade osobe. Ove dve dimenzije utiču na stvaranje unutrašnjih reprezentacija afektivnih odnosa sebe i sveta, i razvijanje adaptacionih mehanizama mlade osobe. Oni su medijatori između tekućih socijalnih nepovoljnosti (negativnih afektivnih odnosa, stresora itd.) i depresivnog ishoda. I prošli vršnjački odnosi imaju svoj doprinos stvaranju predispozicije za depresiju, ali on je zbog kratkoročnijeg, specifičnijeg i manje sistematičnog dejstva, daleko manje izražen.

Da bismo proverili pretpostavku koja proizilazi iz ovog modela da sami stresori, istrgnuti iz svog socijalnog konteksta, neće biti prediktivni za depresivnu simptomatologiju, sproveli smo istraživanje u kome smo poredili depresivnost mladih, lišenih slobode zbog svog antisocijalnog ponašanja, koji borave u vaspitnim ustanova sa onima koji borave u kaznenim ustanovama. Pokazalo se da je restriktivnost ustanove bila u negativnoj vezi sa depresivnošću! Mladi u vaspitnim ustanovama imaju značajno više rezultate na testovima depresije, nego oni u daleko restriktivnijim kaznenim ustanovama, mada dobijena razlika objašnjava mali deo varijanse depresije. Rezultati su tumačeni u svetlu nalaza da su u vreme istraživanja uslovi u vaspitnim ustanovama, više nego uslovi u kaznenim ustanovama, pogodovali da se stanje restrikcije slobode shvati kao stabilno i globalno i da se zaključi da se ne može uticati na promenu tog stanja. Pokazalo se i da štićenici vaspitnih ustanova imaju značajno nepovoljnije neke porodične i lične karakteristike, koje sugerisu negativne unutrašnje reprezentacije afektivnih odnosa koje osoba ima i nedovoljan razvoj njenih adaptivnih mehanizama. Ove karakteristike su u skladu sa predloženim modelom depresije.

Sledeće istraživanje smo posvetili proveri pretpostavki našeg modela depresije o povezanosti između depresivnih simptoma i karakteristika socijalnih odnosa osobe. Sproveli smo ga na uzorku institucionalizovane antisocijalne omladine lišene slobode, kojoj je neposredna socijalna sredina vršnjačka grupa, a ne porodica, i kojoj su i inače vršnjaci neretko važniji od porodice. Pokazala se vrlo visoka povezanost između skupa varijabli socijalnih relacija i skupa varijabli depresivnosti, pri čemu su negativni afektivni odnosi u porodici i vršnjačkoj grupi i onemogućavanje individuacije u porodici objašnjavali veliku većinu zajedničke varijanse kanoničkih varijabli depresivnosti i socijalnog polja. Nalazi sugerisu da, u skladu sa našim modelom depresije, negativni afektivni odnosi i onemogućavanje individuacije igraju ključnu ulogu u nastanku depresije.

Varijable porodice, koje su se odnosile na prošlost, i varijable vršnjačke grupe, koje su se odnosile i na prošlost i na sadašnjost, jesu dale značajan međusobno nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti. Doprinos vršnjačke grupe nije bio izrazitiji od uticaja porodice, iako su vršnjaci predstavljali neposrednu socijalnu sredinu. Značaj porodice u takvim uslovima ide u prilog objašnjenju komorbiditeta depresije i antisocijalnog ponašanja preko zajedničkih (porodičnih) etioloških faktora. Ovi nalazi sugerisu i da je predloženi mehanizam uticaja prošlih porodičnih relacija na depresiju preko negativnih unutrašnjih reprezentacija afektivnog odnosa između sebe i sveta, i preko one-mogućavanja razvoja adekvatni adaptacionih mehanizama kod osobe, mogućan i empirijski podržan. Pokazalo se i da i sadašnji i prošli negativni vršnjački odnosi daju značajan nezavisan doprinos objašnjenju depresivnosti. Nezavisan uticaj prošlih vršnjačkih odnosa sugeriše da i samo antisocijalno ponašanje može biti etiološki faktor kasnije depresivnosti.

Dalja analiza je pokazala da se visoka povezanost depresivnosti i socijalnih relacija ne može objasniti depresivnim distorzijama i depresivnim bijasom naših ispitanika. Međutim, ona može delom biti posledica toga što su sve varijable depresivnosti i socijalnih relacija imale isti izvor – procenu adolescenta. Ipak, dobijena korelacija je toliko visoka, da bi vrlo verovatno ostala značajna i kada bi se kontrolisao uticaj istog izvora informisanja.

POGLED UNAPRED ILI POPUNJAVANJE PRAZNINA

Rezultati o visokom prisustvu depresije kod antisocijalnih mlađih dobijeni u našem istraživanju daju indicije za dalja istraživanja prisustva depresije i njene povezanosti sa antisocijalnim ponašanjem u opštoj populaciji, prisustva depresije kod mlađih u sukobu sa zakonom koji žive u svojoj prirodnoj sredini, prisustva antisocijalnog ponašanja kod osoba sa depresivnim poremećajima, koja bi mogla dalje da rasvetle fenomen komorbiditeta između depresije i antisocijalnog ponašanja u našoj sredini.

Prikazana povezanost između depresivnosti i socijalnih relacija dobijena je u jednoj vrlo specifičnoj populaciji – populaciji mlađih čije je ponašanje toliko izrazito, ili toliko dugo, ili toliko rano, ili sve zajedno, antisocijalno, da su zbog njega dospeli u korektivnu ustanovu. Takođe, ono je sprovedeno u

specifičnim uslovima u kojima su se ispitanici nalazili: tokom njihovog boravka u ustanovi. Pitanje je da li bi se ove veze potvratile i u nekoj drugoj populaciji, normalnoj, ili antisocijalnoj, ali ne i institucionalizovanoj. Otvara se i pitanje kakvi bi se odnosi između depresivnosti i socijalnih relacija dobili, kada bi neko drugi procenjivao socijalne relacije osobe. Posebno bi bilo interesantno i tehnički izvodivo, uporediti samoprocenu negativnih odnosa u vršnjačkoj grupi, sa sociometrijskom procenom.

Naše istraživanje zbog svog transferzalnog dizajna ne omogućava uvid u vremenske odnose između osobenosti socijalnih relacija i depresivnosti – šta čemu prethodi, šta koga sledi. Longitudinalni dizajn bi mogao da odgovori na pitanje o uzročno-posledičnim vezama između depresivnosti i socijalnih relacija. Longitudinalna istraživanja koja bi sistematski proučavala međuodnose dva objašnjenja komorbiditeta depresivnih poremećaja i poremećaja ponašanja, koja su do sada pokazala svoju zasnovanost – jednog koji odgovor vidi u uticaju zajedničkih etioloških faktora, i drugog koji polazi od stanovišta da postoji uzročno-posledični odnos između dva poremećaja, jasnije bi osvetlila mehanizme nastanka njihovog komorbiditeta.

Posebno interesantno bi bilo istraživanje self-koncepta i samopoštovanja, kao unutrašnjih reprezentacija afektivnog odnosa i adaptivnih sposobnosti osobe, kao pretpostavljenih medijatora socijalnih odnosa i depresivnog ishoda. Takođe, bilo bi interesantno istražiti odnos agresije i depresije u ovoj populaciji. To su dva ishoda koja su ovde najčešća. Da li se oni isključuju, ili preklapaju, ili čak amplifikuju u međusobnom dejstvu? Koje karakteristike self-koncepta pogoduju kome ishodu?

Situacija da je visok komorbiditet dva, inače visoko prisutna poremećaja u populaciji mladih – depresije i antisocijalnog ponašanja kod mladih, pre pravilo nego izuzetak, ima implikacije za tretman i depresije mladih sa antisocijalnim ponašanjem i antisocijalnog ponašanja depresivnih. Depresija je jedan od mogućih motivatora prihvatanja terapijskih intervencija kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem (Rutter, Giller, 1983), što je posebno važno u populaciji mladih sa težim oblicima delinkvencije. Naime, ovde je veliki problem pri implementaciji terapijskih intervencija motivacija mladih da u njima učestvuju. Oni uglavnom pokazuju površno i kratkotrajno interesovanje, posle koga se pojavljuje veliki otpor prema intervencijama. Antisocijalnu populaciju, međutim, karakteriše i

visoko prisustvo depresivne simptomatologije koja, budući da je pokazatelj psihičke patnje, može biti razlog prihvatanja preventivnih (psihoterapijskih) aktivnosti koje će dovesti do redukcije ove patnje.

Sa druge strane, previđanje antisocijalnih simptoma kod mladih sa depresijom može u terapijskom radu da dovede do neprimerenih intervencija. Antisocijalna komponenta zahteva posebnu pažnju i tretman, koji se odnosi na bihevioralne psihoterapijske pristupe koji posebnu pažnju poklanjaju nekim individualnim (razvijanje socijalnih i akademskih veština, moralno rezonovanje), porodičnim (koursivni mehanizam, agresivnost devijantne moralne norme u porodici) i širim socijalnim osobenostima (porodični stresori, škola, susedstvo, devijantni vršnjaci) (Huey i sar., 2000; Patterson i sar., 1992; Chamberlain, Rosticky, 1995; Henggeler i sar., 1998, 2002; Eddy, Chamberlain, 2000).

Izuzetno značajan za planiranje prevencije i tretmana je nalaz o visokom riziku za uspešne suicide kod mladih sa komorbiditetom antisocijalnog ponašanja i depresije. Ovaj nalaz ukazuje na važnost tačne detekcije „duplih problema“ mladih i njihovog adekvatnog tretmana u cilju povećavanja socijalne kompetencije mladih, smanjenja psihosocijalnih problema koje imaju, unapređenja njihovog vaspitanja i nege u neposrednoj životnoj sredini i olakšavanja njihove integraciju u zajednicu.

Ako se ima u vidu da su antisocijalna ispoljavanja kod naše muške omladine daleko češća ili barem vidljivija nego depresivni simptomi, koje problematična ponašanja često „maskiraju“, da dečaci i mladići značajno češće od devojaka imaju probleme ponašanja, kao i da depresija mladića često uključuje razdražljivost i agresivna ispoljavanja, vođenje računa o komorbiditetu antisocijalnosti i depresije može da pruži posebno dragocenu pomoć u prevenciji psihosocijalnih problema kod muškog pola.

I NA KRAJU

I na kraju ovog rada da spomenemo da nam je za razumevanje kako depresivnosti, tako i antisocijalnog ponašanja, bilo od velike pomoći to, što smo ih razmatrali u njihovom međusobnom odnosu. To je doprinelo dubljem shvatanju antisocijalnog ponašanja i skrenulo pažnju na fenomene psihičke

patnje i depresije koji su itekako prisutni u životima mlađih delinkvenata. Ono je unapredilo i naše razumevanju depresivnosti i njene povezanosti sa sredinskim uticajima. Model depresije koji predlažemo je nastao u pokušaju razumevanja ne samo depresije, već depresije koja se javlja u komorbiditetu sa antisocijalnim ponašanjem.

Mnoge karakteristike koje smo tradicionalno smatrali suštinski vezanim za samu depresiju, kao što su povučenost i usamljenost, moralni skrupuli i poslušnost usled bezvoljnosti, vezanost za dom i „uvezanost“ u porodične odnose, nisu nikako mogle da se uklope u sliku jednog perzistentnog delinkventa. Naše iskustvo u radu sa depresivnim delinkventima je pokazalo koliko malo oni izgledaju depresivno u svom ponašanju, koliko su – iako suštinski depresivni – oni naizgled uključeni u neposrednu socijalnu okolinu. Ono je pokazalo i koliko agresija nikako ne isključuje depresiju, niti nedostatak „moralnog obzira“ ne isključuje bezvoljnost. U antisocijalnoj družini, pokazivanje depresije nije preterano poželjno. Ono ukazuje na slabost, koja može biti teško zloupotrebljena od prilično nemoralnih i često očajnih drugova. U borbi za opstanak, ovi depresivni se vešto kriju; oni od ove borbe ne odustaju, jer uslovi su surovi, i odustajanje bi dovelo u pitanje i samo preživljavanje. Ipak, opšti utisak posmatrača mlađih koji su dublje zagazili u antisocijalnu priču, uglavnom neodređen i nevezan za bilo koje ponašanje, često je utisak tuge i usamljenosti koja prati ove mladiće. Suštinska odlika depresije, nametao se zaključak, nije pojavno povlačenje, niti preziranje sebe zbog moralne nepodobnosti, niti adaptacija disfunkcionalnoj porodici, niti odustajanje od opstanka. Suština je u povlačenju emotivnih ulaganja u svoju socijalnu sredinu, kao mehanizmu odbrane od emotivnih povredživanja, koja se u toj sredini dešavaju.

Sa druge strane, iznenađivalo je koliko ovi mlađi prestupnici nisu depresivni. Proučavajući njihove životne uslove, i uslove njihovog razvoja, često sam se pitala kako to da su tako malo depresivni, sa obzirom na okolnosti koje su često mnogo gore nego okolnosti depresivnih klijenata, koje obično srećemo u institucijama mentalnog zdravlja. U ovim razmišljanjima postajao je sve jasniji presudan značaj adaptivnih mehanizama u održavanju kakvih-takvih emotivnih veza sa socijalnom sredinom, uprkos izrazitim nepovoljnostima. Ovo je dovelo u centar pažnje adaptacije mlađe osobe i osposobljavanje za njih, koje im daje njihova socijalna sredina.

Tako nam je posmatranje i proučavanje antisocijalne omladine sa komorbiditetom depresivnosti, omogućilo razlučivanje bitnog od nebitnog u karakteristikama i etiologiji unipolarne umerene depresije.

Time se još jednom potvrdio značaj proučavanja komorbiditeta poremećaja, kao puta ka boljem razumevanju etiologije, toka i ishoda pojedinačnih poremećaja, koji su u komorbiditetu.

LITERATURA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1978), Learned helplessness in humans: critique and reformation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 1:49-74.
- Achenbach, T. M. (1993). Taxonomy and comorbidity of conduct problems: Evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology*, 5, 51-64.
- Achenbach, T. M., Edelbrock, C. S. (1978), The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 6:1275-1301.
- Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Baron, G. D., Althaus, M. (1987), A comparison of syndromes derived from the child behavior checklist for american and dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 3:437-453.
- Akiskal, H. S. (1983), Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 11-20.
- Akiskal, H. S., Rosenthal, T. L., Haykal, R. F., Lemmi, H., Rosenthal, R., Scott-Struss, A. (1980), Characterological depressions. *Archives of General Psychiatry*, 37, 777-783.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., Bell, K. (1998), Attachment and adolescent psychological functioning. *Child Development*, 69, 5:1406-1419.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington D. C., American Psychiatric Association.
- Anderson C. A., Miller R. S., Riger A. L., Dill J. C., Sedikides C. (1994), Behavioral characterological attributional style as predictors of depression and loneliness: review, refinement and test. *Journal of Personality and Social Psychology*; 66 (3):549-558.

- Angold, A., Costello, E. J. (1993), Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues (review). *The American Journal of Psychiatry*, 150, 12:1779-1791.
- Angold, A. E., Costello, J., Erkanli, A. (1999), Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., Guthrie, D. (1987), Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3:361-366.
- Aseltine, R. H., Gore, S., Colten, M. E. (1994), Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 2:252-263.
- Barber, B. K. (1996), Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Bech, P. (1981), Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 295.
- Beck, A. T. (1989), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. London, Penguin Books.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961), An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, J. (1974), *Depression: Theory and Research*. New York, V. H. Winston & Sons.
- Bender, H. L., Allen, J. P., Boykin McElhaney K., Antonishak, J., Moore, C. M., O'Beirne Kelly H., Davis, S. M. (2007), Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Development and Psychopathology*, 19, 227-242.
- Berger, J. (1992), Psihologija porodice – model stanja i odnosa RRRG. *Psihološka istraživanja*, 5:11-47.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberg, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L., Mennin, D., Marrs, A., Oullette, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilens, T., Kraus, I., Perrin, J. (1996), A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 437-446.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T. E., Wozniak, J. (2003). Current concepts in the validity, diagnosis and treatment of paediatric bipolar disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 293-300.

- Birmaher, B., Ryanm, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., Nelson, B. (1996a), Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 11:1427-1439.
- Birmaher, B., Ryanm, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., Nelson, B. (1996b), Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 12:1575-1583.
- Blatt, S. J. (1995), Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Ur.). *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Volume VI: Emotion, Cognition, and Representation. Rochester, NY: University of Rochester Press, (str. 1-33).
- Blatt, S. J. (1998), Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 3:723-752.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S. (2001), Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 1:113-159.
- Block, J. H., Gjerde, . F., Block, J. H. (1991), Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 5:726-736.
- Blumberg, S. H., Izard, C. E. (1985), Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11- year-old children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1:194-202.
- Bodner, E., Mikulincer, M. (1998), Learned helplessness and the occurrence of depressive-like and paranoid-like responses: the role of attentional focus. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 4:1010-1023.
- Booth, C. L., Rubin, K. H., Rose-Krasnor, L. (1998), Perception of emotional support from mother and friend in middle childhood: links with social-emotional adaptation and preschool attachment security. *Child Development*, 69, 427-442.
- Bonta, J., Law, M., Hanson, K. (1998), The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 2:123-142.

- Bornstein, M. H., Hahn, C., Haynes, O. M. (2010), Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades, *Development and Psychopathology*, 22, 717–735.
- Botsis, A. J., Soldatos, C. R., Liossi, A., Kokkevi, A., Stefanis, C. N. (1994), Suicide and violent risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 2:92-96.
- Bowlby, J. (1946), *Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-life*. London, Balliere, Tindall & Cox.
- Bowlby, J. (1960), Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1961), Process of mourning. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 4-5:317-340.
- Bowlby, J. (1964), Note on dr Lois Murphy's paper. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 44-46.
- Bowlby, J. (Bolbi, Džon) (1980), Kratak osvrt na istorijski razvoj teorije afektivne veznosti. U: Zazo, Rene (ur.), *Poreklo čovekove osećajnosti*. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 45-46.
- Bowlby, J. (1982), *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*, 2nd ed. New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1988), Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bradford, K., Burns Vaughn L., Barber, B. K. (2008), When there is conflict: interparental conflict, parent-child conflict, and youth problem behaviors. *Journal of Family Issues*, 29, 6:780-805.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D., Steinberg, L. (1993), Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.
- Burbach, D. J., Borduin, C. M. (1986), Parent-child relations and the etiology of depression. A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 133-153.
- Cantrell, V. L., Prinz, R. J. (1985), Multiple perspectives of rejected, neglected, and accepted children: relation between sociometric status and behavioral characteristics.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 6:884-889.
- Capaldi, D. M. (1992), Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at Grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144
- Capaldi, D. M., Stoolmiller, M. (1999), Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology*, 11, 59-84
- Carlson, G., Cantwell, D., P. (1980), Unmasking masked depression in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 137, 4:445-449.
- Carpara, G. V., Barbaranelli, C., Incatasciato, M., Pastorelli, C., Rabasca, A. (1997), Emotional instability, physical and verbal aggression, and prosocial behavior as precursors of scholastic adjustment. U: Feshbach, S., Zagrodzka, J. (Ur.), *Aggression: Biological, Developmental, and Social Perspectives*. New York, London, Plenum Press, 111- 120.
- Caspi, A. (2000), The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1:158-172.
- Chamberlain, P., Rosticky, G. (1995), The effectiveness of family therapy in treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 4.
- Chen, R., Simons-Morton, B. (2009), Concurrent changes in conduct problems and depressive symptoms in early adolescents: A developmental person-centered approach. *Development and Psychopathology*, 21, 285-307
- Chiles, J. A., Miller, M. L., Cox, G. (1980), Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Toth, S. L. (1998), Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 2:283-300.
- Cole, D. A., Carpentieri, S. (1990), Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 6:748-757.

- Cole, M., Cole, S. R., Lightfoot, C. (1996), *The Development of Children*. W. H. Free-man & Co.
- Compton, K., Snyder, J., Schrepferman, L., Bank, L., Shortt, J. W. (2003), The contribution of parents and siblings to antisocial and depressive behavior in adolescents: A double jeopardy coercion model. *Development and Psychopathology*, 15, 1:163–182.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L. (1994), Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescence. *Child Development*, 65, 541-561.
- Costello, J. E., Erkanli, A., Angold, A. (2006), Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 1263–1271.
- Crick, N. R. (1996), The role of overt aggression, relational aggression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustment. *Child Development*, 67, 2317-2327.
- Crick, N. R., Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crittenden, P. M., Claussen, A. H., Sugarman, D. B. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 6, 145-164
- Curry, J. F., Craighead, E. W. (1990), Attributional style in clinically depressed and conduct disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 1:109-115.
- Čavić, T. (2001), *O izbeglištvu: psihosocijalni aspekt*. Beograd, Zadužbina Andrejević.
- Davies, P. T., Windle, M. (1997), Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology*, 33, 4:657-668.
- Dishion, T. J. (1990), The family ecology of boys' peer relations in middle childhood. *Child Development*, 61, 874-892.
- Dodge, K. A., Coie, J. D., Pettit, G. S., Price, J. M. (1990), Peer status and aggression in boys' groups: developmental and contextual analyses. *Child Development*, 61,

1289-1309.

- Donovan, J. E., Jessor, R. (1985), Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 6:890-904.
- Dumas, J. E., Gibson, J. A. (1990), Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct-disorder children: II. Systemic effects involving fathers and siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 6:877-881.
- Dutton, K. A., Brown, J. D. (1997), Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 139-148.
- Dweck, C. S., Davidson, W., Nelson, S., Enna, B. (1978), Sex differences in learned helplessness: II. The contingencies of evaluative feedback in the classroom and III. An experimental analysis. *Developmental Psychology*, 14, 3:268-276.
- Dweck, C. S., Reppucci, D. N. (1973), Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 1:109-116.
- Dykman, B. (1998), Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial test of a goal-orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1:139-158.
- Džamonja-Ignjatović, T. (1993), Karakteristike sistema ličnih konstrukata sucidalnih osoba. Magistarski rad, Beograd, Univerzitet u Beogradu.
- Eddy, J. M., Chamberlain, P. (2000), Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5:857-863
- Eisenberg, N., Fabes, R., Murphy, B. C. (1996), Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67, 2227-2247.
- Emery, R. E. (1982), Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 2:310-330.
- Erikson, E. (1976), *Omladina, kriza, identifikacija*. Titograd, Pobjeda.
- Eronen, M., Hakola, P., Tiilonen, J. (1996), Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.

- Feldman, D. (1969), Psychoanalysis and crime. U: Cressey, D. R., Ward, D. A. (ur.), *Delinquency, Crime and Social Process*. New York, Harper & Row, 433-442.
- Feldman, M., Wilson, A. (1997), Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression, and separation anxiety. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1:75-84.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., Horwood, J. L. (1996), Origins of comorbidity between conduct and affective disorders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 4:451-460.
- Feshbach, S., Feshbach, N., Jaffe, Y. (1997), A longitudinal study of the relationship between aggressive and depressive tendencies in elementary school-age boys and girls. U: Feshbach, S., Zagrodzka, J. (ur.), *Aggression: Biological, Developmental, and Social Perspectives*. New York, London, Plenum Press, 121-135.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (1996), *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Research Version 2.0*. New York.
- Fleming, J. E., Offord, D. R. (1990), Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 4:571-580.
- Forehand, R., Brody, G., Slotkin, J., Fauber, R., McCombs, A., Long, N. (1988), Young adolescent and maternal depression: assessment, interrelations, and family predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 3:422-426.
- French, D. C., Conrad, J., Turner, T. M. (1995), Adjustment of antisocial and nonantisocial rejected adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, 857-874.
- Freud, S. (1957), Mourning and melancholia. Standard Edition vol 14. London, The Hogarth Press, 243-258.
- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Marsteller, F., McKeown, R., Addy, C. (1990), A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 4:581-585.
- Garrison, C. Z.; Addy, C. L.; Jackson K. L.; McKeown, R. E.; Waller, J. L. (1992), Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 135, 7:792-802.

- Gjone, H., Stevenson, J. (1997), The association between internalizing and externalizing behavior in childhood and early adolescence: genetic or environmental common influences? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 4:277-286.
- Goldberg, D. (2008), Towards DSM-V: the relationship between generalized anxiety disorder and major depressive episode. *Psychological Medicine*, 38, 1671-1675.
- Goodyer, I.; Kolvin I.; Gatzanis, S. (1985), Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 147, 517-523.
- Goodyer, I., Germany, E., Gowrusankur, J., Altham, P. (1991), Social influences on the course of anxious and depressive disorders in school-age children. *British Journal of Psychiatry*, 158, 676-684.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. (1995), Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1:90-100.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Fehon, D. C., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (1996), Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 914-920.
- Grotevant, H. D., Cooper, C. R. (1985), Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56, 415-428.
- Grotjeter, J. K., Crick, N. R. (1996), Relational aggression, overt aggression, and friendship. *Child Development*, 67, 2328-2338.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., Ernst, D. (1991), Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 2:215-236.
- Haapasalo, J., Hamalainen, T. (1996), Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 10:1394-1401.
- Haley, J. (1980), *Leaving Home: Therapy of Disturbed Young People*. New York, McGraw Hill.
- Haley, G. M. T., Fine, S., Marriage, K., Moretti, M. M., Freeman, R. J. (1985); Cognitive

bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 4:535-537.

Harold, G. T., Rice, F., Hay, D. F., Boivin, J., van den Bree, M., Thapar, A. (2010), Familial transmission of depression and antisocial behavior symptoms: disentangling the contribution of inherited and environmental factors and testing the mediating role of parenting. *Psychological Medicine*, Available on CJO 22 Sep 2010.

Harrington, R. (1995), *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*. Chichester, John Wiley & Sons.

Harrington, R., Fudge, H., Pickles, A., Hill, J. (1990), Adult outcomes of childhood and adolescent depression. A review of treatment research. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.

Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P. (1998), Psychological treatment of depression in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.

Harris, J. R. (1995), Where is the child environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 3:458-489.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (1998), *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. New York, The Guilford Press.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (2002), *Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescent. Multisystemic Therapy*. New York, The Guilford Press.

Herkov, M. J., Myers, W. C. (1996), MMPI profiles of depressed adolescents with and without conduct disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 52, 6:705-710.

Herrenkohl, T. I., Kosterman, R., Mason, W. A., Hawkins, J. D., McCarty, C. A., McCauley, E. (2010), Effects of childhood conduct problems and family adversity on health, health behaviors, and service use in early adulthood: Tests of developmental pathways involving adolescent risk taking and depression. *Development and Psychopathology*, 22, 655–665.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C. (1999), Resource loss, resource gain, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 3:620-629.

- Hrnčić, J. (2001), Delinkventno ponašanje mladih, stres i porodica. Jugoslovenska revija za krimnologiju i krivično pravo, 39, 1:167-176.
- Hrnčić, J. (2003a), Pregled faktora rizika antisocijalnog ponašanja mladih (uticaji u okviru porodice). *Revija za krimnologiju i krivično pravo*, 41, 2-3:43-72.
- Hrnčić, J. (2003b), Komorbiditet depresivnih simptoma i antisocijalnog ponašanja kod mladih. *Psihijatrija danas*, 35, 1-2:5-28.
- Hrnčić, J. (2004), Pregled faktora rizika antisocijalnog ponašanja mladih (individualni faktori, stresori i vršnjačka grupa). *Revija za krimnologiju i krivično pravo*, 42, 3:133-163.
- Hrnčić, J. (2007a), Faktori rizika homicida. *Socijalna misao*, 14, 1: 117-126.
- Hrnčić, J. (2007b), Depresivnost kod institucionalizovanih mladih delinkvenata. *Revija za krimnologiju i krivično pravo*, 45, 3:169-188.
- Hrnčić, J. (2007c), Neka terminološka razjašnjenja u oblasti maloletničke delinkvencije. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 26, 1-2:183-202.
- Hrnčić, J. (2008), Faktori rizika depresije kod dece i mladih. *Psihijatrija danas*, 40, 1:S1-74.
- Hrnčić, J. (2009a), Depresija kod mladih sa antisocijalnim ponašanjem – pokušaj razumevanja. U: Blagojević, M., Stevanović, Z. (ur.), *Prevencija kriminala i socijalnih devijacija: od razumevanja ka delovanju*. Beograd, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, str. 89–107.
- Hrnčić, J. (2009b), *Prestupništvo mladih: rizici, tokovi i ishodi*. Beograd, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Hrnjica, S. (1992), *Zrelost ličnosti*. Drugo izdanje. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. I. J., Pickrel, S. (2000), Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 3: 451-467.
- Ignjatović-Ristić, D. (1994), Depresivni poremećaj u adolescenciji. Magistarski rad, Beograd, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet.

- Ilanković, N. N. (1983), Elektrofiziološki profil spavanja u depresivnih bolesnika. Doktorska disertacija, Beograd, Univerzitet u Beogradu.
- Ingram, R. E. (1990), Self-focused attention in clinical disorders. *Psychological Bulletin*, 107, 2:156-176.
- Joffe, W. G.; Sandler, J. (1965), Notes on pain, depression, and individuation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 20, 394-424.
- Joffe, W. G.; Sandler, J. (1968), Comments on the psychoanalytic psychology of adaptation, with special reference to the role of affects and the representational world. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 445-454.
- Joiner, T. E., Metalsky, G. I. (1995), A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: a naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 4:778-788.
- Kaličanin, P, Lečić-Toševski, D. (1995), *Depresije*. Beograd, Medicinska knjiga.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K., Reid, J. C. (1987), Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., Reid, J. C. (1989), Psychopathology in a community sample of children and adolescents: a developmental perspective. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 5:701-706.
- Kashani, J. H., Sherman, D. I. D., Parker, D. R., Reid, J. C. (1990), Utility of the Beck Depression Inventory with clinic-referred adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 2:278-282.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C. (1995), Rigor, but not rigor mortis, in depression research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 5:892-894.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Prescott, C. A. (2002), Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *American Journal of Psychiatry*; 159, 1133–1145.
- Kernis, M. I. H., Grannemann, B. D., Mathis, L. C. (1991), Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1:80-84.

- Kerr, M., Tremblay, R. E., Pagani, L., Vitaro, F. (1997), Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. *Archives of General Psychiatry*, 54, 809-816.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., Kendler, K. S. (1997), Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kim, S., Brody, G. H. (2005), Longitudinal pathways to psychological adjustment among black youth living in single-parent households. *Journal of Family Psychology*, 2005, 19, 2:305–313.
- Knapp, M., Mccrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., Wostear, G. (2002), The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent use and costs in adulthood depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service, *The British Journal of Psychiatry*, 180, 19-23.
- Knežević, G. (1994a), Merenje i porodično funkcionisanje – predlog novog instrumenata. *Časopis za kliničku psihologiju i socijalnu patologiju*, 1, 1-2:251-175.
- Knežević, G. (1994b), Tipologija porodica i ličnost maloletnog delinkventa. Magistarski rad, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- Knežević, G. (2003), *Korenji amoralnosti*. Beograd, Centar za primenjenu psihologiju.,
- Knežević, G., Momirović, K. (1996a), RTT9G i RTT10G: programi za analizu metrijskih karakteristika kompozitnih mernih instrumenata. U: Kostić, P. (ur.), Problemi merenja u psihologiji (primena računara), vol. 2. Beograd, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, 37-56.
- Knežević, G., Momirović, K. (1996b), Algoritam i program za analizu relacija kanoničke korelacijske analize i kanoničke analize kovarijansi. U: Kostić, P. (ur.), Problemi merenja u psihologiji (primena računara), vol. 2. Beograd, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, 57-73.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205–217.
- Kovacs, M., Pollock, M. (1995), Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 715–723.

- Kron, L. (1998b), Depresivne ubice. *Psihologija kriminala*, 4, 60-75.
- Kron, L. (2000), *Kajinov greh, psihološka tipologija ubica*. Beograd, Prometej.
- Kutcher, S. P., Marton, P., Korenblum, M. (1989). Relationship between psychiatric illness and conduct disorder in adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 526-529.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J., Rathouz, P. J., & McBurnett, K. (2002), Waxing and waning in concert: Dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over seven years among clinic-referred boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 556-567.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., Downs, D. L. (1995), Self-esteem as an interpersonal monitor: the sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 3:518-530.
- Lempers, J. D., Clark-Lempers, D., Simons, R. L. (1989), Economic hardship, parenting, and distress in adolescence. *Child Development*, 60, 25-39.
- Lengua, L. J., West, S. G., Sandler, I. N. (1998), Temperament as a predictor of symptomatology in children: addressing contamination of measures. *Child Development*, 69, (1) 164-181.
- Lewinsohn, P. M., Clarke G. N., Seeley, J. R., Rohde, P. (1994a), Major depression in community adolescents. Age of onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 6:809-818.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (1994b), Psychosocial risk for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2:297-305.
- Lewis, D. O. (1985), Conduct disorder and juvenile delinquency. U: Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (ur.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1754-1760.
- Loeber, R. (1990), Development and risk factor of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loeber, R., Dishion, T. (1983), Early predictors of male delinquency: a review. *Psychological Bulletin*, 94, 1:68-99.
- Lowen, A. (1972), *Depression and the Body*. Baltimore, Penguin Books.

- Lynam, D. R. (1996), Early identification of chronic offenders: Who is the flingering psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 2:209-234.
- Lyons, M., True, W. R., Eisen, S. A., Goldberg, J., Meyer, J. M., Faraone, S. V.; Eaves, L. J.. Tsuang, M. T. (1995), Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry*, 52, 906-915.
- Lyons-Ruth, K. (1996), Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1:64-73.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., Stahl, L. (1987), Infants at social risk: relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23, 2:223-232.
- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., Koss, M. (1995), The effects of systemic family violence on children mental health. *Child Development*, 66, 1239-1261.
- McCrone, J. (1990), *The Ape That Spoke*. London, Macmillan.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., Kelly, J. (1990), DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 4:611-619.
- Main, M., Cassidy, J. (1988), Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classification and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 3:415-426.
- Malle, B. F., Horowitz, L. M. (1995), The puzzle of negative self-views: an explanation using schema concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 3:470-484.
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G. (2003), Major depression and conduct disorder in a twin sample: Gender, functioning, and risk for future psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 225-233.
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G. (2004), Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2:377-386.
- Marttunen, M. J., Aro H. M., Henriksson M. M., Lonnqvist J. K. (1994), Antisocial behavior in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 167-173.

- Mausghan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., Meltzer, H. (2004), Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 3:609–621.
- Mazza, J. J., Abbott, R. D., Fleming, C. B., Harachi, T. W., Cortes, R. C., Park, J., Haggerty, K. P., Catalano R. F. (2009), Early predictors of adolescent depression: a 7-year longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 29, 5:664-692
- Mendelson, M. (1974), *Psychoanalytic Concepts of Depression*. New York, Spectrum Publications.
- Milin, R., Halikas, J., Meller, J. E., Morse, C. (1991), Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 4:569-574.
- Minuchin, S., Fishman, C. H. (1981), *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Harvard University Press.
- Moffit, T. E. (1990), Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, 61, 893-910.
- Moffitt, T. E. (1996), The neuropsychology of conduct disorder. U: Cordella, P., Siegel, L. (ur.), *Readings in Contemporary Criminological Theory*. Boston, Northeastern University Press, 85-106.
- Momirović, K. (1971), *Struktura i merenje patoloških konativnih faktora*. Zagreb, Zavod za zapošljavanje SR Hrvatske.
- Momirović, K., Wolf, B., Popović, D. A. (1999), *Uvod u teoriju merenja I. Interne karakteristike kompozitnih mernih instrumenata*. Drugo izdanje. Priština, Univerzitet u Prištini.
- Newman, D. L., Silva, P. A., Stanton, W. R. (1996), Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3:552-562.
- O'Connor, T. G., McGuire, S., Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R. (1998). Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: A common genetic liability. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 27–37.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., Wilson, M.

- A. (1989), *Families: What Makes Them Work*. Newbury Park, Sage Publication.
- Olsson, G. I., Nordström, M., Arinell, H., von Knorring, A. (1999), Adolescent Depression: Social Network and Family Climate—A Case-control Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 227-237.
- Okun, B. F., Rappaport, L. J. (1981), *Working with Families: An Introduction to Family therapy*. North Scituate, Massachusetts, Dixbury Press.
- Opačić, G. (1995), *Ličnost u socijalnom ogledalu*. Beograd, Institut za pedagoška istraživanja.
- Opačić, G., Kos, G. (1987), Pokušaj identifikacije faktorske strukture porodične interakcije. *Zbornik VI Dani psihologije u Zadru*, Vol. 4, 61-71.
- Paquette Boots, D., Wareham, J., Weir, H. (2011), Gendered perspectives on depression and antisocial behaviors: an extension of the failure model in adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 1:63-84
- Patterson, G. R., Stoolmiller, M. (1991), Replication of a dual failure model for depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 5:491-498.
- Patterson, G. R., Reid, J. R., Dishion, T. J. (1992), *A Social Interactional Approach. Vol. 4. Antisocial Boys*. Eugene, Castalia Publishing Company.
- Pejović-Molovančević, M. (2001), *Poremećaji ponašanja dece i omladine*. Beograd, Zadužbina Andrejević.
- Perry, C. J. (1985), Depression in borderline personality disorder: lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 2:15-21.
- Petrović, M., Radovanović, D. (1977), *Prestupništvo maloletnika, bežanje iz kuće, bežanje iz škole*. Beograd, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Prange, M. E., Greenbaum, P. E., Silver, S. E., Friedman, R. M., Kutash, K., Duchnowski, A. J. (1992), Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 1:83-102.
- Prišlin, R., Momirović, K., Wolf, B. (1988), Metrijske karakteristike skale depresivnosti D6R. *Primijenjena psihologija*, 9, 1-2:31-38.

- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattro, J., Todak, G. (1985), Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders I. Interpersonal relationships during depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-507.
- Puig-Antich, J., Goetz, D., Davies, M., Kaplan; T., Davies, S., Ostrow, L. RN, Asnis, L., Twomey, J., Iyengar, S., Ryan, Neal, D. (1989), A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 5:406-418.
- Radloff, L. S. (1977), The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radovanović, D., Momirović, K., Hošek-Momirović, A., Hrnjica, S., Nikolić-Ristanović, V., Simović-Hiber, I., Savin, K., Korać, V., Mrvić, N., Radović, B., Knežević, G., Kuzeljević, B. (1991), Uticaj razvoja, socijalnih i personalnih medijatora na kriminalno ponašanje. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 19, 1-2:365-460.
- Reiss, D., Hetherington, M. E., Plomin, R., Howe, G. W.; Simmens, S. J., Henderson, S. H., O'Connor, T. J., Bussell, D. A., Anderson, E. R., Law, T. (1995), Genetic question for environmental studies. Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 52, 925-936.
- Renouf, A., Kovacs, M., Mukerji, P. (1997), Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 7:998-1004.
- Rey, J. M., Plapp, J. M., Steward, G. W. (1990), Reliability of psychiatric diagnosis in referred adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 6:879-888.
- Roberts R. E., Lewinsohn P. M., Seeley J. R. (1991), Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 58-66.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., Neimeyer, R. A. (1990), Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 1:30-49.
- Rohde, P., Mace, D. E. and Seeley, J. R. (1997), The association of psychiatric disorders with suicide attempts in a juvenile delinquent sample. *Criminal Behaviour and*

- Mental Health*, 7: 187–200.
- Rosenstein, D. S., Horowitz, H. A. (1996), Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (2), 244-253.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D. (1995), Cognitive representations of self, family, and peers in school-age children: links with social competence and socio-metric status. *Child Development*, 66, 1385-1402.
- Rutter, M. (1995), Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 73-85.
- Rutter, M., Giller, H. (1983), *Juvenile Delinquency: Trends and Perspectives*. Harmondsworth, Penguin Books.
- Rutter, M., Giller, H., Hagell, A. (1998), *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D. (1987), The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
- Sanchez, L. E., Le, L. T. (2001), Suicide in mood disorders. *Depression and Anxiety* 14, 177–182.
- Sandler, J. (1960), On the concept of superego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 128-162.
- Sandler, J., Rosenblatt, B. (1962), The concept of the representational world. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 128-145.
- Sandler, J., Holder, A., Meers, D. (1963), The ego-ideal and the ideal self. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 139-158.
- Sandler, J., Joffe, W. G. (1965), Notes on childhood depression. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 88-96.
- Sandler, J.; Joffe, W. G. (1969), Towards a basic psychoanalytic model. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 79-90.
- Saylor, C. F., Flinch, A. J.; Baskin, C. H., Furey, W., Kelley, M. M. (1984), Construct validity for measures of childhood depression: application of multitrait – multi-method methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 977-985.

- Schwartz, S. J., Coatsworth, J. D., Pantin, H., Prado G., Hiley Sharp, E., Szapocznik, J. (2006), The role of ecod developmental context and self-concept in depressive and externalizing symptoms in Hispanic adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 4:359–370
- Seeley, J. R., Stice, E., Rohde, P. (2009), Screening for Depression Prevention: Identifying Adolescent Girls at High Risk for Future Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 1:161–170.
- Seligman, M. E., Maier, S. F., Geer, J. H. (1968), Alleviation of learned helplessness in the dog. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 3:256-262.
- Shaffer, D. (1974), Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15: 275–291.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., Flory, M. (1996), Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shannon, K. E., Beauchaine, T. P., Brenner, S. L., Neuhaus, E., Gatzke-Kopp, L. (2007), Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. *Development and Psychopathology*, 19, 701-727.
- Shepperd, J. A., Arkin, R. M., Strathman, A., Baker, S. M. (1994), Dysphoria as a Moderator of the relationship between perceived effort and perceived ability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 3:559-569.
- Singh, A. L., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Turkheimer, E., Emery, R. E., Harden, K. P., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Statham, D. J., Martin, N. G. (2010), Parental depression and offspring psychopathology: a Children of Twins study. *Psychological Medicine*, Available on CJO 08 Nov 2010.
- Spitzer, R. I., Williams, J. B. W.; Gibbon, M., First, M. B. (1992), The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Stahl, N. D., Clarizio, H. F. (1999), Conduct disorder and comorbidity. *Psychology in the Schools*, 36: 41–50.
- Steiner H., Garcia I. G., Matthews Z. (1997), Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 3:357-365.

- Steinhausenm H.-C., Reitzle, M. (1996), The validity of mixed disorders of conduct and emotions in children and adolescents: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 3:339-343.
- Storm-Mathisen A, Vaglum P. (1994), Conduct disorder patients 20 years later: a personal fallow up study. *Acta Psychiatr Scand*; 89: 416-420.
- Svetska zdravstvena organizacija (1992), ICD-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Tennen, H., Hall, J. A., Affleck, G. (1995a), Depression research methodologies in the *Journal of Personality and Social Psychology*: a review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 5:870-884.
- Tennen, H., Hall, J. A., Affleck, G. (1995b), Rigor, rigor mortis, and conspiratorial views of depression research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 5:895-900.
- Teplin, L. A. (1990), Detecting disorder: the treatment of mental illness among jail detainees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 2:233-236.
- Timmermans, M., van Lier, P. A. C., Koot, H. M. (2010). The role of stressful events in the development of behavioural and emotional problems from early childhood to late adolescence. *Psychological Medicine*, 40, 1659-1668.
- Ujedinjene nacije (1990), *Pravila Ujedinjenih nacija o zaštiti maloletnika lišenih slobode*. Rezolucija 45/113, 14. decembar 1990.
- Visser, J. H., Van Der Ende, J., Koot, H. M., Verhulst, F. C. (2000), Predictors of psychopathology in young adults referred to mental health services in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 177, 59-65.
- Vuchinich, S., Wood, B., Vuchinich, R. (1994), Coalitions and family problem solving with preadolescents in referred, at-risk, and comparison families. *Family Process*, 33, 409-424.
- Wagner, B. M., Cole, R. E., Schwartzman, P. (1996), Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26: 300–307.
- Weary, G., Edwards, J. A.; Jacobson, J. A. (1995), Depression research methodologies in the *Journal of Personality and Social Psychology*: a reply. *Journal of Personality*

and Social Psychology, 68, 5:885-891.

Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D., Glantz, M. D. (1998), Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 3:252-261.

Windle, M. (1994), A study of friendship characteristics and problem behaviors among middle adolescents. *Child Development*, 65, 1764-1777.

Windle, M., Windle, R. C. (1993), The continuity of behavioral expression among disinhibited and inhibited childhood subtypes. *Clinical Psychology Review*, 13, 741-61.

Winokur, G. (1979), Unipolar depression. Is it visible into autonomous subtypes? *Archives of General Psychiatry*, 36, 47-52.

Wood, J., Giordano-Beech, M., Taylor, K. L., Michela, J. L., Gaus, V. (1994), Strategies of social comparison among people with low self-esteem: self-protection and self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 4:713-731.

Woolfolk, R. L., Novalany, J., Gara, M. A., Allen, L. A., Polino, M. (1995), Self-complexity, self-evaluation and depression: an examination of form and content within the self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 6:1108-1120.

Woolston, J. L., Rosenthal, S. L., Riddle, M. A., Sparrow, S. S., Cicchetti, D., Zimmerman, L. (1989), Childhood comorbidity of anxiety/affective disorders and behavior disorders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 5:707-713.

WPA Dysthymia Working Group (1995), Dysthymia in clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, 166, 174-183.

Zakon o maloletnim učiniocima krivičnih dela i krivičnopravnoj zaštiti maloletnih lica (2005). Službeni glasnik Republike Srbije, 61, 85:99-123

Zung, W. W. K., Magruder-Habib, K., Velez, R., Alling, W. (1990), The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990; 51(6 Suppl):77-80.

O AUTORU

Jasna Hrnčić je klinički psiholog, doktor nauka, docent na Odeljenju za socijalnu politiku i socijalni rad Fakulteta političkih nauka Univerziteta u Beogradu. Značajan deo svoga rada je posvetila unapređenju razumevanja i prevencije maloletničkog prestupništva. Učestvovala je u nizu naučnih i stručnih projekata, pripremila i organizovala primenu nekolicine programa prevencije i rehabilitacije mlađih sa antisocijalnim ponašanjem, bavila se edukativnim, psihoterapijskim i savetodavnim radom u ovoj oblasti. Autor je preko trideset naučnih i stručnih radova posvećenih 30 radova iz oblasti kriminologije, kliničke psihologije, socijalnog rada i medijacije, kao i četiri akreditovana programa prevencije maloletničke delinkvencije. Objavila je monografije *Delinkvent ili pacijent – studija porodičnog neuspela*, *Prestupništvo mlađih: rizici, tokovi i ishodi* i *Deca i mladi sa problemima ponašanja – usluge i tretmani u zajednici*.

СИР - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

159.97:316.624-053.6

ХРНЧИЋ, Јасна, 1961-

Depresija i delinkvencija / Jasna Hrnčić.
- Beograd : Institut za kriminološka i
sociološka istraživanja, 2011 (Beograd : Z.
Simić). - 214 str. ; 24 cm

Tiraž 300. - O autoru: str. [215]. -
Bibliografija: str. 193-214.

ISBN 978-86-83287-49-9

а) Поремећаји понашања - Депресија -
Адолесценти б) Делинквенти - Депресија
COBISS.SR-ID 181598732