

Depresija u adolescenciji: Koliko znamo i kakvi su nam stavovi?

Depresija predstavlja jedan od najučestalijih problema mentalnog zdravlja u adolescenciji i može dovesti do samoubistva, koje je jedan od najčešćih uzroka smrti mladih. Adolescenti sa simptomima depresije se svakodnevno suočavaju sa diskriminacijom, koja otežava njihov svakodnevni život. Cilj istraživanja bio je ispitati informisanost, lokus kontrole i vršnjačku afektivnu vezanost kao prediktore stava adolescenata prema vršnjacima sa depresivnim simptomima. Uzorak su činili adolescenti oba pola, uzrasta od 15 do 19 godina (N = 195). Regresioni model koji obuhvata vršnjačku afektivnu vezanost i informisanost o depresiji je statistički značajan ($F(2, 192) = 19.719$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.17$). Pokazalo se da su i informisanost o depresiji i njenim simptomima ($\beta = 0.308$, $t(190) = 4.657$, $p < 0.01$) i vršnjačka afektivna vezanost ($\beta = 0.245$, $t(190) = 3.715$, $p < 0.01$) značajni prediktori stava. S druge strane, lokus kontrole je jedina varijabla koja ne korelira sa stavom prema vršnjacima sa simptomima depresije ($r = 0.075$, $p = 0.299$). Rezultati ukazuju na to da osobe koje su bolje informisane o simptomima depresije i izveštavaju o intenzivnijoj vršnjačkoj afektivnoj vezanosti imaju pozitivniji stav prema vršnjacima sa simptomima depresije. U skladu sa nalazima istaknut je značaj vršnjačke edukacije u cilju redukcije diskriminacije adolescenata koji pokazuju simptome depresije.

Uvod

Depresija je jedan od najčešćih problema mentalnog zdravlja kako u svetu, tako i u Srbiji. Naime, prema podacima prikupljenim u istraživanju zdravlja stanovnika Republike Srbije sprovedenom 2013. godine (Centar za edukaciju, istraživanje i razvoj 2013) procenjeno je da 6.3% stanovništva ima kliničku dijagnozu depresije, što ovaj problem mentalnog zdravlja postavlja na četvrtu poziciju najčešćih zdravstvenih problema u našoj zemlji. Rezultati tog istraživanja takođe ukazuju na to da je samo 0.3% anketiranih adolescenata prijavilo da oseća simptome depresije. Ovako nizak procenat mladih sa simptomima depresije može se protumačiti

*Una Lazić (1999),
Beograd, Milovana
Milovanovića 3, učenica
4. razreda Treće
beogradske gimnazije*

MENTORI:

*Milica Ninković,
Filozofski fakultet
Univerziteta u Beogradu*

*Ana Stojković, Filozofski
fakultet Univerziteta u
Beogradu*

činjenicom da je anketa bila zasnovana na samoproceni, a kako postoji visok stepen stigme koji okružuje probleme mentalnog zdravlja (o stigmati će reč biti kasnije), mali broj adolescenata otvoreno pokazuje da ima problem. Poređenja radi, u Americi je 2015. godine bilo oko 3 miliona adolescenata sa simptomima depresije, što iznosi 12.5% njihovog ukupnog broja u SAD (Center for Behavioral Health Statistics and Quality 2016). Na listi vodećih zdravstvenih problema našeg stanovništva, prema podacima Instituta za javno zdravlje Republike Srbije, problemi mentalnog zdravlja se nalaze na drugom mestu, odmah iza kardiovaskularnih bolesti (Milošević 2011). Broj osoba sa dijagnozom problema mentalnog zdravlja ili ponašanja je od 1999. do 2002. godine porastao za 13%. Među problemima mentalnog zdravlja koji su u porastu se nalazi i depresija (Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja 2007, prema Milošević 2011). Rezultati brojnih istraživanja pokazuju da je depresija jedan od najčešćih problema mentalnog zdravlja u adolescenciji (Williamson *et al.* 2005, prema Lee i Hankin 2009) i njena prevalenca se značajno povećava u toku adolescencije (Costello *et al.* 2005, Hankin i Abramson 2001; prema Lee i Hankin 2009). Rezultati istraživanja o mentalnom zdravlju adolescenata u Srbiji sprovedenom 2013. od strane Centra za edukaciju, istraživanje i razvoj u saradnji sa Ministarstvom omladine i sporta ukazuju na to da osećanje potpune bezvrednosti navodi 12% učenika, dok 7% učenika navodi da im se dešava da razmišljaju o prekidanju života (Centar za edukaciju, istraživanje i razvoj 2013).

Za dijagnozu kliničke depresije, koja je definisana kao stanje lošeg raspoloženja i averzije prema aktivnosti koje može uticati na misli, ponašanje, osećanja i osećaj blagostanja (American Psychiatric Association 2013), potrebno je da osoba ispolji najmanje pet simptoma depresije u periodu od dve nedelje i da se ti simptomi javljaju skoro svakodnevno. Neki od njih su, prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (*ibid.*): skoro svakodnevno osećanje tuge ili depresivnosti, manjak interesovanja i/ili zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima, značajan dobitak ili gubitak telesne težine i/ili drastično povećanje ili smanjenje apetita i drugi (*ibid.*). Depresija je povezana sa povećanim rizikom od samoubistva, koji predstavlja drugi najčešći uzrok smrti adolescenata starosti od 15 do 19 godina (Heron 2016). Nažalost, postoje podaci koji ukazuju na to da samo 21-34% adolescenata sa dijagnozom dobije adekvatnu medicinsku pažnju (Flament *et al.* 2001, prema Wisdom *et al.* 2006). Prethodni nalaz je dobijen u istraživanju sprovedenom u Americi, međutim, u Srbiji se može uočiti još lošije stanje. Naime, u najvećem broju regiona Srbije (ne računajući najveće gradove) ne postoje nikakve službe namenjene zaštiti mentalnog zdravlja mladih, a retko postoje i edukovani profesionalci koji se ciljano bave mentalnim problemima ove populacije (Ćurčić 2005). Jedan od razloga zbog kojih adolescenti oklevaju da traže pomoć jeste stigma koja okružuje sve probleme mentalnog zdravlja, a među njima i depresiju, i vodi do odbacivanja od strane okruženja (Link i Phelan 2001; Link *et al.* 1999).

Naziv stigma potiče od grčke reči stigmata, koja predstavlja „znak sramote, određenog nedostatka, mrlju, identifikujući znak ili osobinu”

(Merriam-Webster Dictionary 1990: 506). U kontekstu problema mentalnog zdravlja, ona predstavlja konstrukt koji uključuje stavove, osećanja i ponašanje (Penn i Martin 1998). Ne postoji tačna definicija stigme, mada je razvijeno nekoliko modela kojima se ona može objasniti. Jedan od najpriznatijih je onaj do kog je došao Korigan – on se fokusirao na ključne kognitivne i bihevioralne karakteristike stigme ka ljudima sa problemima mentalnog zdravlja: na stereotipe, predrasude i diskriminaciju (Corrigan 2000). Najčešći stereotipi koji prate ljude sa problemima mentalnog zdravlja su verovanja da su oni opasni po okolinu i da vrlo često imaju homicidalne tendencije, da su infantilni i krivi za sopstveno stanje (Taylor i Dear 1981; Brockington *et al.* 1993). Stereotip koji se najčešće vezuje za ljude sa simptomima depresije je uverenje da su sami krivi za sopstveno stanje (Aromaa *et al.* 2011). Na osnovu pomenutih stereotipa dolazi se do negativnih emocionalnih reakcija kao što su strah i/ili bes (Devine 1989). Kada se stereotipi usvoje kao zasigurno istinite tvrdnje dolazi do formiranja predrasuda i kao bihevioralna reakcija do koje one dovode pojavljuje se diskriminacija (Crocker *et al.* 1998). Nalazi pokazuju da postoji diskriminacija osoba sa problemima mentalnog zdravlja u različitim okruženjima. Neki od primera diskriminacije ove marginalne grupe su smanjenje mesečne zarade zaposlenih koji imaju probleme mentalnog zdravlja, neodgovarajuća zdravstvena nega i nemogućnost ostvarivanja veza sa različitim grupama ljudi (Corrigan i Watson 2002).

Postoje dve vrste stigme, javna stigma i stigma prema sebi. Javna stigma predstavlja uverenje društva da je određena osoba socijalno nepoželjna, dok je stigma prema sebi uverenje pojedinca da je društveno nepoželjan (Corrigan 1998, 2004; prema Vogel *et al.* 2007). Stigma prema sebi nastaje kada stigmatizovana osoba prihvati društveno raprostranjenu stigmatu kao tačnu (Corrigan 1998). Fokus našeg rada bio je na javnoj stigmati. Razlog zbog kog je izabrana upravo javna stigma jeste zbog toga što ona izuzetno otežava život mladima sa simptomima depresije i vrlo često predstavlja prepreku ka njihovom izlečenju, kao što je već pomenuto.

Upravo zbog poteškoća koje osobe sa simptomima depresije imaju zbog javne stigme razvijeno je nekoliko načina borbe protiv nje, među kojima je i edukacija. Pokazano je da kratki kursevi o problemima mentalnog zdravlja imaju pozitivan uticaj na smanjenje stigme kod srednjoškolaca (Esters *et al.* 1998). Međutim, problem kod ovog vida borbe protiv stigme jeste u tome što on ima najjači uticaj na ljude koji su dosta informisani o mentalnom zdravlju i već se slažu sa porukom koja treba da se prenese (Devine 1995). Kako u svetu, tako i u Srbiji postoji veliki broj kampanja koje se bave borbom protiv stigme. Antistigma kampanja „Otvorimo vrata” je deo projekta „Promocija mentalnog zdravlja u Srbiji” koji se sprovodi od januara 2008. godine (Caritas i Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2008). Takođe, 2016. godine je organizovan projekat „Oktobar – mesec zaštite mentalnog zdravlja u UK Parobrod” čiji je cilj bio podizanje svesti o problemima mentalnog zdravlja i mogućim izvorima podrške u prevazilaženju istih (UK Parobrod 2016). Svetski dan zdravlja 2017. je bio posvećen depresiji i obeležen je pod sloganom „Depresija – hajde da razgovaramo”.

Vlada Republike Srbije usvojila je Strategiju razvoja zaštite mentalnog zdravlja januara 2007. (Vlada Republike Srbije 2007) godine, sa ciljem poboljšanja kvaliteta života i lečenja osoba sa problemima mentalnog zdravlja. Jedan od ključnih ciljeva ove strategije bila je edukacija javnosti o problemima mentalnog zdravlja. Ali uprkos svemu navedenom, problemi mentalnog zdravlja i dalje nisu tema koja je dovoljno zastupljena u našem društvu. Naime, za razliku od većine zemalja u regionu, u Srbiji još uvek nije usvojen poseban zakon koji uređuje oblast zaštite mentalnog zdravlja i pitanja zaštite prava osoba sa problemima mentalnog zdravlja (Milošević 2011). Takođe, problemi mentalnog zdravlja nisu tema koja je dovoljno zastupljena u našem obrazovnom sistemu, imajuću u vidu činjenicu da se psihologija u srednjim školama uči samo godinu dana, a problemima mentalnog zdravlja se posveti svega jedan čas. Postoji izvestan broj radionica i predavanja koji se bave ovom temom, od kojih su neki već pomenuti, ali one predstavljaju određen vid neformalne edukacije i u njih se uglavnom svojevremeno uključuju adolescenti koje već interesuju problemi mentalnog zdravlja. Nedostatak informisanosti ima negativne posledice na način na koji su adolescenti koji ispoljavaju simptome depresije tretirani od strane svojih vršnjaka. Naime takvi adolescenti, a pogotovo devojke, viđeni su kao manje popularni i manje dopadljivi od svojih vršnjaka koji ne ispoljavaju takve simptome (Connolly *et al.* 1992).

Adolescencija je prelazni period između detinjstva i odraslog doba u kome se dešavaju brojne promene, kako telesne, tako i intelektualne. Kognitivne promene u adolescenciji imaju veliki uticaj na stavove mladih, jer u tom periodu oni imaju želju da učestvuju u ideologijama odraslih i menjaju društvo (Piaget i Chomsky 1980). Ispitanici u našem istraživanju su bili adolescenti iz više razloga. Jedan od njih je to što je, prema teoriji socijalnog identiteta, važan deo self-koncepta adolescenata pripadnost društvenim grupama (Hogg i Abrams 1988, prema Trepte 2006). U adolescenciji grupni identitet postaje dominantna tema, jer mladi žele da se osećaju prihvaćeno u važnoj društvenoj grupi (Kroger 2000). Oni postaju osetljivi na razlike između pripadnika svoje grupe i onih koji to nisu, tačnije imaju tendenciju da favorizuju članove svoje grupe (Tarrant 2002). Favorizovanje članova sopstvene grupe povlači sa sobom i diskriminaciju ljudi van nje (Hogg i Abrams 1988, prema Trepte 2006). Upravo ovaj mehanizam bi mogao imati uticaj na stavove koje adolescenti imaju prema svojim vršnjacima sa simptomima depresije. Adolescencija je kritično razdoblje u društvenom razvoju, koje je obeleženo ekspanzijom vršnjačkih mreža, većim značajem bliskih prijateljstava i pojavom romantičnih veza (La Greca i Harrison 2005). U toku ovog perioda je pored afektivne vezanosti za roditelje izuzetno važna i vršnjačka afektivna vezanost, jer u ovom periodu vršnjaci takođe postaju značajan izvor socijalne i emotivne podrške (Laible 2007). Vršnjačka afektivna vezanost ima tri dimenzije: poverenje, komunikaciju i otuđenost (Armsden i Greenberg 1987). Ona je u pozitivnoj korelaciji sa saosećanjem prema vršnjacima (Laible *et al.* 2000) i u negativnoj korelaciji sa nasilničkim ponašanjem prema vršnjacima, bilo to uživo ili preko interneta (Burton *et al.* 2013). Adolescenti koji ispoljavaju simptome depresije

ostvaruju niže skorove na skalama komunikacije i poverenja, a više na skali otuđenosti, stoga je njihov tip vršnjačke afektivne vezanosti značajno nesigurniji nego kod adolescenata koji pripadaju nekliničkoj populaciji (Armsden *et al.* 1990). Još jedan konstrukt koji je u korelaciji sa simptomima depresije je spoljašnji lokus kontrole (Zawawi i Hamaideh 2009).

Lokus kontrole je pojam koji je prvi uveo Džulijan B. Roter u svojoj teoriji socijalnog učenja. On predstavlja meru u kojoj osoba veruje da ona kontroliše sopstveni život i može biti spoljašnji i unutrašnji (Rotter 1954). Osobe sa spoljašnjim lokusom kontrole veruju da ishod određenih situacija u njihovom životu zavisi od spoljašnjih faktora kao što su sreća, sudbina ili uticaj drugih ljudi, dok osobe sa unutrašnjim lokusom kontrole veruju u suprotno – da na ishode situacija u svom životu mogu uticati sopstvenim postupcima. U adolescenciji je lokus kontrole relativno stabilan (Kulas 1996) i adolescenti muškog pola sa unutrašnjim lokusom kontrole obično su omiljeniji među svojim vršnjacima (Adams 1983). Pokazano je da osobe sa unutrašnjim lokusom kontrole imaju manju tendenciju ka diskriminaciji (Martin i Shepel 1974). Rezultati još jednog istraživanja ukazuju na to da osobe sa spoljašnjim lokusom kontrole imaju negativniji stav prema siromašnima (Majumder *et al.* 1977). Kako su siromašni stigmatizovana grupa, ovaj nalaz bi mogao da implicira na to da spoljašnji lokus kontrole sa sobom povlači negativniji stav i prema drugim stigmatizovanim grupama, među kojima su i adolescenti sa simptomima depresije. Međutim, to se ne može tvrditi sa sigurnošću, stoga je naše istraživanje ispitalo tu tvrdnju.

Detaljnije istraživanje lokusa kontrole je dovelo do nastanka brojnih sličnih psiholoških konstrukata. Neki od njih su lokus kontrole mentalnog zdravlja i lokus porekla problema mentalnog zdravlja koji ga prati (Hill i Bale 1980). Naime, prema autorima ovih konstrukata, postoje dve vrste uverenja o uzrocima problema mentalnog zdravlja – jedna su endogena uverenja, gde se smatra da su uzroci problema mentalnog zdravlja biološki i genetski, dok su druga psihosocijalna uverenja, koja govore o tome da je i društvo deo uzroka problema mentalnog zdravlja (*ibid.*). Pokazano je da je spoljašnji lokus kontrole mentalnog zdravlja pozitivno povezan sa endogenim uverenjima o poreklu problema mentalnog zdravlja (*ibid.*). Takođe je pokazano da osobe koje imaju endogena uverenja o poreklu problema mentalnog zdravlja imaju negativnije stavove prema osobama sa tim problemima (Read i Law 1999; Harré i Read 2001). Povezanost generalnog lokusa kontrole i stavova prema osobama sa simptomima depresije nije mnogo ispitivana. Šta više, postoji samo jedno istraživanje čija se autorka bavila ispitivanjem te povezanosti i njeni rezultati ukazuju na to da ne postoji statistički značajna povezanost između dva pomenuta konstrukta (Beckman 1972). Međutim, ovo istraživanje je imalo metodološki problem – mali uzorak (64 ispitanika) i njegovi nalazi nisu ni potvrđeni ni oboreni, jer povezanost lokusa kontrole i stava prema osobama sa simptomima depresije nije ispitivana u kasnijim istraživanjima. Jedan od zadataka našeg istraživanja je bio proveriti da li postoji povezanost između ova dva konstrukta ili je ta povezanost ograničena samo na lokus kontrole mentalnog zdravlja.

Cilj našeg istraživanja je bio ispitati povezanost lokusa kontrole, informisanosti o simptomima depresije i vršnjačke afektivne vezanosti sa stavovima prema vršnjacima koji ispoljavaju simptome depresije. Važno je naglasiti da fokus ovog istraživanja nije bio na stavu adolescenata prema vršnjacima koji poseduju dijagnozu kliničke depresije, već na vršnjacima koji ispoljavaju simptome depresivnosti, jer oni ne moraju nužno voditi u depresiju. Pored toga, veliki broj slučajeva depresije ne biva zapažen zbog stigme koja okružuje ovaj problem mentalnog zdravlja, što je izuzetno opasno jer simptomi depresije mogu dovesti do suicida, a adolescenti su grupa osoba sa simptomima depresije koja najčešće pokušava samoubistvo (American Psychiatric Association 2013).

Ovo istraživanje je jedno od prvih istraživanja koje ispituje stav adolescenata na našim prostorima prema njihovim vršnjacima koji ispoljavaju simptome depresije, dok se većina dosadašnjih istraživanja fokusirala na njihov stav prema generalnoj populaciji sa problemima mentalnog zdravlja. Takođe, ovo istraživanje je među prvim istraživanjima koja se bave lokusom kontrole i vršnjačkom afektivnom vezanošću kao prediktorima stava prema adolescentima sa simptomima depresije. Važno je ispitati upravo ove dve varijable, jer obe utiču na pogled na svet i okolinu u adolescenciji, i obe su povezane sa simptomima depresije.

Hipoteze. Na osnovu iznetih rezultata prethodnih istraživanja postavljene su sledeće hipoteze:

H1: Spoljašnji lokus kontrole će biti u negativnoj korelaciji sa stavom prema vršnjacima sa simptomima depresije.

Pokazano je da je spoljašnji lokus kontrole mentalnog zdravlja pozitivno povezan sa endogenim uverenjima o poreklu problema mentalnog zdravlja (Hill i Bale 1980), koja vode ka negativnijem stavu prema tim osobama (Read i Law 1999; Harré i Read 2001). Iz tih razloga se očekuje isti rezultat i za generalni lokus kontrole. Nalaz da osobe sa unutrašnjim lokusom kontrole imaju manju tendenciju ka diskriminaciji (Martin i Shepel 1974) takođe ide u prilog ovoj hipotezi.

H2: Vršnjačka afektivna vezanost će biti u negativnoj korelaciji sa stavom prema vršnjacima sa simptomima depresije.

Adolescenti sa nesigurnim tipom vršnjačke afektivne vezanosti imaju veću tendenciju ka ispoljavanju simptoma depresije (Armsden *et al.* 1990), pa stoga postoji mogućnost da će saosećati sa vršnjacima koji ispoljavaju slične simptome i samim tim imati pozitivniji stav prema njima. Takođe se pretpostavlja da se adolescenti sa sigurnim tipom vršnjačke afektivne vezanosti više identifikuju sa svojom grupom, što sa sobom povlači i diskriminaciju vršnjaka van te grupe.

H3: Nivo informisanosti o simptomima depresije će biti u pozitivnoj korelaciji sa stavom prema vršnjacima koji ispoljavaju te simptome.

Rezultati prethodnih istraživanja su pokazali da osobe koje su slabo informisane o problemima mentalnog zdravlja imaju negativan stav prema osobama sa tim problemima, dok veća informisanost vodi do boljeg stava (Wolff *et al.* 1996; Ilić *et al.* 2014).

H4: Informisanost o depresiji i njenim simptomima će biti najznačajniji prediktor stava.

Informisanost utiče na kognitivnu komponentu stava i informisanje predstavlja jedan od načina borbe protiv stigme prema osobama sa problemima mentalnog zdravlja (Esters *et al.* 1998). Ona je u pozitivnoj korelaciji sa stavom prema osobama sa problemima mentalnog zdravlja (Wolff *et al.* 1996; Ilić *et al.* 2014), pa se pretpostavlja da će biti najznačajniji prediktor.

Metod

Uzorak. Uzorak je bio prigodan i činilo ga je 195 srednjoškolaca oba pola, starosti od 15 do 19 godina, iz cele Srbije, koji su regrutovani preko društvenih mreža.

Varijable. Prediktorske varijable u ovom istraživanju su bile lokus kontrole, vršnjačka afektivna vezanost i informisanost o simptomima depresije. Sve navedene varijable su numeričke i registrovane. Kriterijumsku varijablu je predstavljao stav prema vršnjacima sa simptomima depresije. Ona je takođe bila registrovana i numerička, merena upitnikom.

Instrumenti. Podaci su prikupljeni korišćenjem četiri upitnika, od kojih je prvi bio Roterova skala lokusa kontrole (Rotter's Locus of Control Scale (Rotter 1966); u daljem tekstu – R I-E) koja je bila prevedena i prilagođena. Ona ima 29 stavki, od kojih su šest filer stavke koje ne mere lokus kontrole. Odgovori na te stavke se ne računaju pri sabiranju ukupnog skora na upitniku. Jednu stavku čine dve suprotstavljene tvrdnje povodom istog problema, od kojih jedna asocira na spoljašnji, a druga na unutrašnji lokus kontrole (npr. a) Mnoge loše stvari koje se dešavaju ljudima su izazvane lošom srećom; b) Teškoće u životima ljudi su rezultat njihovih grešaka). Pouzdanost skale se kreće u intervalu od 0.65 do 0.79. Označavanje tvrdnje koja se odnosi na spoljašnji lokus kontrole donosi 1 poen, tako da viši skor predstavlja spoljašnji lokus kontrole.

Vršnjačka afektivna vezanost je merena inventarom vršnjačke afektivne vezanosti (Inventory of parent and peer attachment (Armsden i Greenberg 1987); u daljem tekstu – IPPA) koji je takođe bio preveden i prilagođen. Sadrži 25 stavki koje su grupisane u tri dimenzije – poverenje (10 stavki; npr. Verujem svojim prijateljima), komunikaciju (8 stavki; npr. Mojim prijateljima je stalo do mojih osećanja) i otuđenost (7 stavki; npr. Osećam se ljuto na svoje prijatelje). Pouzdanost ovog upitnika iznosi $\alpha = 0.92$. Na petostepenoj Likertovoj skali ispitanik izražava koliko se ponuđena tvrdnja odnosi na njega i njegov odnos sa svojim vršnjacima (1 – nikada ili skoro nikada istinito, 5 – uvek ili skoro uvek istinito). Ukupan skor se računa sabiranjem odgovora ispitanika na svim stavkama, s tim da se pitanja sa negativnom konotacijom obrnuto boduju (što uključuje i stavke iz dimenzije otuđenosti).

Stav prema vršnjacima sa simptomima depresije je meren upitnikom stava zajednice prema ljudima sa problemima mentalnog zdravlja (Communi-

nity Attitudes Towards The Mentaly Ill (Taylor i Dear 1981); u daljem tekstu – CAMI), koji je prilagođen predmetu ovog istraživanja. Ovaj upitnik sadrži 40 stavki podeljenih u četiri grupe na osnovu sadržaja pitanja: autoritarnost ($\alpha = 0.68$; npr. Jedan od glavnih uzroka problema mentalnog zdravlja je nedostatak samodiscipline i snage volje), blagonaklonost ($\alpha = 0.76$; npr. Ljudi sa problemima mentalnog zdravlja ne zaslužuju saosećanje), društvena restrikcija ($\alpha = 0.80$; npr. Ljudima sa problemima mentalnog zdravlja ne treba davati nikakvu odgovornost) i ideologija zajednice o mentalnom zdravlju ($\alpha = 0.88$; npr. Ustanove za mentalno zdravlje treba držati van stambenih krajeva). Stavke koje se odnose na ideologiju zajednice o mentalnom zdravlju izbačene su iz prilagođene verzije upitnika zato što u Srbiji ne postoje institucije u kojima su zbrinute isključivo osobe sa simptomima depresije. Prilagođena verzija upitnika je imala 29 stavki. Ispitanici su iskazivali svoje (ne)slaganje sa ponuđenim tvrdnjama na petostepenoj Likertovoj skali (1 – nimalo se ne slažem, 5 – u potpunosti se slažem).

Informisanost o simptomima depresije je bila merena upitnikom koji je bio konstruisan za potrebe ovog istraživanja, koji se sastoji iz 12 pitanja sa po 4 ponuđena odgovora, od kojih je samo jedan tačan. Za svaki tačan odgovor su ispitanici dobijali po jedan poen. Početna verzija upitnika je imala 13 pitanja i ona je pilotirana preko onilne platforme Google forms na uzorku od 42 ispitanika. Pouzdanost pilot verzije iznosi $\alpha = 0.530$. Mere zakrivljenosti ukazuju na normalnu distribuciju skorova (standardizovani skjunis = -1.588; standardizovani kurtozis = -0.497). Jedno pitanje je bilo izbačeno iz konačne verzije upitnika zato što je ispitanicima bilo previše lako, dok su neka pitanja dodatno otežana kako bi se dobila što bolja struktura upitnika za potrebe ovog istraživanja.

Procedura. Upitnik koji objedinjuje sva četiri instrumenta postavljen je na online platformu Google Forms i podeljen je na društvenoj mreži Fejsbuk. Pitanja i ponuđeni odgovori su bili randomizovani, a redosled upitnika je bio sledeći – ispitanici su prvo radili upitnik informisanosti o simptomima depresije, nakon čega je usledio CAMI, za njim IPPA i na kraju R I-E.

Rezultati

U tabeli 1 prikazana je deskriptivna analiza prikupljenih podataka – u njoj se mogu videti teorijski (maksimalan skor koji ispitanik može imati na određenom upitniku) i empirijski maksimum i minimum (zabeleženi minimalni i maksimalni skor), prosek, standardna devijacija i Kronbahova alfa (tj. koeficijent pouzdanosti) za svaki upitnik.

Analizom vrednosti skjunisa i kurtozisa za svaki upitnik se može zaključiti da se normalna raspodela pre normalizacije može uočiti samo kod upitnika informisanosti i CAMI skale ($|\text{Std. sk.}| < 0.96$; $|\text{Std. kur.}| < 0.96$). Međutim, vrednosti Kolmogorov-Smirnov test statistika (KS) govore o tome da se normalna raspodela ne može uočiti ni kod jednog od upitnika.

Kada je izvršena normalizacija svih upitnika dobijena je normalna raspodela kod CAMI, IPPA i R I-E, ali ne i kod upitnika informisanosti (tabela 2). Vrednosti KS skjunisa i kurtozisa za upitnik informisanosti nisu se promenile nakon izvršene normalizacije, i stoga su pri daljim analizama uzimane nenormalizovane vrednosti. Nakon normalizacije svih upitnika ispitane su korelacije svakog od prediktora sa kriterijumom (tabela 3).

Tabela 1. Deskriptivna statistička analiza sumarnih skorova na svakom od upitnika

Naziv skale	Teorij. min.	Teorij. maks.	Empirij. min.	Empirij. maks.	M	SD	α
INFO ¹	0	12	1	11	6.426	1.958	0.307
IPPA ²	25	125	35	122	95.14	18.28	0.936
R I-E ³	0	23	3	21	12.63	3.682	0.669
CAMI ⁴	29	145	62	141	118.1	14.00	0.850

¹ upitnik informisanosti o depresiji i njenim simptomima
² skala vršnjačke afektivne vezanosti
³ skala lokusa kontrole
⁴ upitnik stavova prema adolescentima sa simptomima depresije

Tabela 2. Deskriptivna statistička analiza II

	Pre normalizacije				Nakon normalizacije			
	KS	p	Std. sk.	Std. kur.	KS	p	Std. sk.	Std. kur.
INFO	0.109	0.00	-0.167	-0.763	0.107	0.00	-0.103	-0.419
CAMI	0.106	0.00	-0.397	-1.358	0.029	0.20	-0.035	-0.387
IPPA	0.101	0.00	-6.574	5.367	0.022	0.20	-0.057	-0.434
R I-E	0.073	0.01	-4.626	-0.060	0.054	0.20	-0.052	-0.532

Tabela 3. Interkorelacije varijabli

	IPPA	R I-E	INFO
CAMI	0.277**	0.075	0.333**
IPPA		-0.057	0.102
R I-E			0.093

** – $p < 0.01$

Što se tiče korelacije svakog od prediktora sa kriterijumom, značajne korelacije su dobijene između vršnjačke afektivne vezanosti i stava o adole-

scentima sa simptomima depresije ($r = 0.277$, $p < 0.01$), kao i između informisanosti o depresiji i njenim simptomima i stava o adolescentima sa simptomima depresije ($r = 0.333$, $p < 0.01$), dok korelacija između lokusa kontrole i stava o adolescentima sa simptomima depresije nije statistički značajna ($r = 0.075$, $p = 0.299$). Iz tabele 3 se može zaključiti da prediktori ne koreliraju međusobno, to jest, ne uočava se multikolinearnost. Regresioni model je formiran bez lokusa kontrole, s obzirom na to da on nije u značajnoj korelaciji sa kriterijumom. Model je značajan i objašnjava 17% varijanse ($F(2, 192) = 19.719$; $p < 0.01$; $R^2 = 0.17$). Kada su uzeti zasebno, informisanost je bolji prediktor stava o adolescentima sa simptomima depresije ($\beta = 0.308$, $t(190) = 4.657$, $p < 0.01$), mada je i vršnjačka afektivna vezanost takođe značajan prediktor ($\beta = 0.245$, $t(190) = 3.715$, $p < 0.01$).

Diskusija

Cilj ovog istraživanja je bio da se ispita povezanost lokusa kontrole, informisanosti o simptomima depresije i vršnjačke afektivne vezanosti sa stavovima prema vršnjacima koji ispoljavaju simptome depresije.

Deskriptivna analiza pokazuje da adolescenti imaju prilično pozitivan stav prema svojim vršnjacima sa simptomima depresije ($M = 4.07$). Postoji mogućnost da su ispitanici pribegavali davanju socijalno poželjnih odgovora, međutim, postoje i drugi faktori koji su potencijalno mogli uticati na ovakve stavove. Već je pomenuto da je u Srbiji u poslednjoj deceniji sproveden veliki broj kapmanja usmerenih ka borbi protiv stigme prema osobama sa problemima mentalnog zdravlja. Društvene mreže su postale čest vid komunikacije među adolescentima i u poslednjih par godina se sve više ljudi ohrabrilo da podeli svoje iskustvo sa raznim zdravstvenim problemima, uključujući i probleme mentalnog zdravlja sa drugim ljudima (Vance *et al.* 2009). Oni obično nailaze na podršku i razumevanje svojih vršnjaka (Naslund *et al.* 2014). Samim tim, problemi mentalnog zdravlja, uključujući i depresiju, postaju razumljiviji mladima i potencijalno se poboljšava njihov stav prema vršnjacima koji ih imaju. Takođe, veliki broj istraživanja koji se bavio stereotipima koje mladi imaju prema svojim vršnjacima sa problemima mentalnog zdravlja je sproveden pre deset i više godina (npr. Connolly *et al.* 1992), pa je moguće da su se stavovi u međuvremenu poboljšali. Sve navedeno je moglo imati pozitivan uticaj na stavove adolescenata o vršnjacima sa simptomima depresije, ali se u ovom slučaju ne može govoriti o uzročnosti.

Takođe se može primetiti da upitnik informisanosti o simptomima depresije ima prilično nizak koeficijent pouzdanosti ($\alpha = 0.307$). Ovaj podatak može se delimično pripisati i dužini testa, s obzirom na činjenicu da na ovaj koeficijent utiče i dužina testova, to jest, što je upitnik duži to je veći koeficijent pouzdanosti, a samim tim se mogu dobiti veće korelacije upitnika sa drugim varijablama (Nunnally i Bernstein 1994, Streiner 2003; prema Tavakol i Dennick 2011). Za potrebe narednih istraživanja je potrebno sastaviti pouzdaniji upitnik. Ukoliko bi se poboljšala pouzdanost upitnika, maksimalan koeficijent korelacije koje bi ovaj upitnik mogao

imati sa drugim upitnicima bi porastao, što znači da je moguće da je ova korelacija zapravo veća nego što naši rezultati pokazuju.

Rezultati istraživanja ukazuju na to da lokus kontrole nije u statistički značajnoj korelaciji sa stavom adolescenata o vršnjacima sa simptomima depresije, nasuprot postavljenoj hipotezi. Ovaj nalaz je u skladu sa prethodnim istraživanjima (Beckman 1972). Naša hipoteza je postavljena suprotno ovom nalazu iz razloga što je pomenuto istraživanje sprovedeno na malom uzorku i nije replicirano, kao i zato što su postojali nalazi drugih istraživanja koji su indirektno ukazivali na to da postoji povezanost između lokusa kontrole i stava (npr. Read i Law 1999; Harré i Read 2001). Dobijeni nalaz takođe ukazuje na mogućnost da su opšti lokus kontrole i lokus kontrole mentalnog zdravlja ipak dva različita konstrukta, bez obzira na njihove slične karakteristike. Međutim, ovo ostaje na nivou spekulacije, s obzirom na to da nema jasne empirijske građe na osnovu koje bi se ovakvi zaključci izneli.

Vršnjačka afektivna vezanost je u pozitivnoj korelaciji sa stavom prema adolescentima sa simptomima depresije, što znači da adolescenti sa sigurnijim tipom vršnjačke afektivne vezanosti imaju bolji stav prema svojim vršnjacima sa simptomima depresije. Korelacija je u suprotnom smeru od pretpostavljenog. Treba napomenuti da hipoteza nije bila zasnovana na direktnim nalazima, već na osnovu pretpostavke o grupnoj identifikaciji. Dobijeni smer povezanosti može se objasniti nalazom koji govori o tome da adolescenti koji ostvaruju visoke skorove na skali vršnjačke afektivne vezanosti osećaju veće saosećanje prema svojim vršnjacima uopšteno (Laible *et al.* 2000), što se može primeniti i na saosećanje prema vršnjacima sa simptomima depresije. Vršnjačka afektivna vezanost je takođe u negativnoj korelaciji sa nasilničkim ponašanjem prema vršnjacima, bilo to uživo ili preko interneta (Burton *et al.* 2013).

Informisanost o depresiji i njenim simptomima je u pozitivnoj korelaciji sa stavom prema vršnjacima sa simptomima depresije, kako je i pretpostavljeno. Slični nalazi su dobijeni i u prethodnim istraživanjima (Wolff *et al.* 1996; Ilić *et al.* 2014). Analiza regresionog modela je pokazala da su i vršnjačka afektivna vezanost i informisanost o depresiji značajni prediktori stava adolescenata o njihovim vršnjacima sa simptomima depresije. Nalaz da je informisanost najbolji prediktor stava ukazuje na to da se treba baviti edukacijom adolescenata o depresiji i njenim simptomima u cilju poboljšanja njihovih stavova i smanjenja javne stigme koja prati ovaj problem mentalnog zdravlja. Ukoliko bi se predavanja o problemima mentalnog zdravlja, a samim tim i o depresiji, uključila u školski program, moglo bi doći do boljeg razumevanja osoba, a samim tim i adolescenata, sa tim problemima, što bi moglo doprineti smanjenju diskriminacije prema njima. Međutim, trebalo bi pažljivo pripremiti sadržaj tih predavanja kako bi ona što bolje ispunila svoju svrhu – naime, ona bi trebalo da govore o psihosocijalnim uzrocima depresije i da ukažu adolescentima na uticaj koji oni mogu imati na mentalno zdravlje njihovih vršnjaka. Takođe, treba predstaviti depresiju kao problem mentalnog zdravlja koji je izlečiv, jer na taj način dolazi do smanjenja diskriminacije (McGinty *et al.* 2015). Još

jedan način poboljšanja stava adolescenata prema svojim vršnjacima sa simptomima depresije bi bio u vidu vršnjačke edukacije, pogotovo kada se u obzir uzme i značaj vršnjačke afektivne vezanosti kao prediktora stava. Sistemi vršnjačke pomoći bi takođe bili dobar način za jačanje prijateljskih veza između adolescenata sa simptomima depresije i njihovih vršnjaka jer se služe kontaktom kao strategijom prevazilaženja stigme.

Buduća istraživanja koja bi se bavila ovom temom bi svakako trebalo da uključe i kontakt sa vršnjacima sa simptomima depresije kao jedan od prediktora stava. Pokazano je da se kontaktom sa stigmatizovanom grupom smanjuju predrasude prema toj istoj grupi (Allport 1954). To važi i za stigmatu prema ljudima sa problemima mentalnog zdravlja, koja se može umanjiti interpersonalnim kontaktom gde i osoba sa problemom mentalnog zdravlja i njen sagovornik imaju jednak status, nalaze se u kooperativnom okruženju i kada je njihova interakcija odvija u četiri oka (Islam i Hewstone 1993, Kolodziej i Johnson 1996; prema Couture i Penn 2003). Potencijalnu konfundirajuću varijablu u ovom istraživanju moglo bi predstavljati postojanje depresivnih simptoma i kod samih ispitanika. Ova varijabla se nije mogla ispitati iz etičkih razloga. Međutim, ukoliko bi se obezbedili odgovarajući uslovi pri kojima bi se ovaj podatak mogao prikupiti, postojanje depresivnih simptoma kod samih ispitanika bi bio mogući prediktor stava. Među predlozima za naredna istraživanja bi bili usavršavanje upitnika informisanosti i revizija prediktora. Među prediktorima bi se mogao naći lokus kontrole mentalnog zdravlja umesto generalnog lokusa kontrole. Novi pravac u kome bi slična istraživanja mogla otići jeste ispitivanje prediktora stavova adolescenata prema vršnjacima sa drugim problemima mentalnog zdravlja, kao što su shizofrenija ili anksiozni poremećaj.

Zaključak

Na osnovu rezultata ovog istraživanja možemo zaključiti da je informisanost najbolji prediktor stava adolescenata prema vršnjacima sa simptomima depresije, kao što je i očekivano. Što je informisanost bolja i tip vršnjačke afektivne vezanosti sigurniji kod nekog adolescenta, to je njegov stav prema osobama sa simptomima depresije pozitivniji. Na osnovu lokusa kontrole taj stav se ne može predvideti.

Rezultati ovog istraživanja se mogu primeniti u cilju smanjenja stigme prema adolescentima sa simptomima depresije u Srbiji. Oni pokazuju da najbolji način za to jeste edukacija o depresiji i njenim simptomima, sa posebnim akcentom na vršnjačku edukaciju. Takođe se predlažu i sistemi vršnjačke pomoći kao vid borbe protiv stigme. Potrebno je približiti ovaj problem mentalnog zdravlja adolescentima i pomoći im da razumeju svoje vršnjake koji ispoljavaju simptome depresije. Na ovaj način se može ublažiti nepravedna diskriminacija kojoj su adolescenti koji ispoljavaju te simptome svakodnevno izloženi.

Literatura

- Adams G. 1983. Social competence during adolescence: Social sensitivity, locus of control, empathy, and peer popularity. *Journal of Youth and Adolescence*, **12** (3): 203.
- Allport G. W. 1954. *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Armsden G. C., Greenberg M. T. 1987. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, **16** (5): 427.
- Armsden G. C., McCauley E., Greenberg M. T., Burke P. M., Mitchell J. R. 1990. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of abnormal child psychology*, **18** (6): 683.
- Aromaa E., Tolvanen A., Tuulari J., Wahlbeck K. 2011. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic journal of psychiatry*, **65** (2): 125.
- Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. 2005. *Social psychology*, 5th edition. Pearson
- Beckman L. 1972. Locus of control and attitudes toward mental illness among mental health volunteers. *Journal of consulting and clinical psychology*, **38** (1): 84.
- Brockington I. F., Hall P., Levings J., Murphy C. 1993. The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, **162** (1): 93.
- Burton K. A., Florell D., Wygant D. B. 2013. The role of peer attachment and normative beliefs about aggression on traditional bullying and cyberbullying. *Psychology in the Schools*, **50** (2): 103.
- Caritas, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. 2008. Antistigma kampanja „Otvorimo vrata”.
Preuzeto sa <http://www.zdravlje.gov.rs/>
- Centar za edukaciju, istraživanje i razvoj. 2013. Mentalno zdravlje mladih u Srbiji. Preuzeto sa <http://www.mc.rs/>
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2016. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51).
Preuzeto sa <http://www.samhsa.gov/data/>

- Connolly J., Geller S., Marton P., Kutcher S. 1992. Peer responses to social interaction with depressed adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, **21** (4): 365.
- Corrigan P. 2004. How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, **59** (7): 614.
- Corrigan P. W. 1998. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, **5** (2): 201.
- Corrigan P. W. 2000. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **7** (1): 48.
- Corrigan P. W., Penn D. L. 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, **54** (9): 765.
- Corrigan P. W., Watson A. C. 2002. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **9** (1): 35.
- Couture S., Penn D. 2003. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of mental health*, **12** (3): 291.
- Crocker J., Major B., Steele C. 1998. Social stigma. *The handbook of social psychology*, **2** (4). McGraw-Hill, str. 504–553.
- Ćurčić V. 2005. Mentalno zdravlje mladih-rizik i šansa. *Psihijatrija danas*, **37**: 87.
- Devine P. G. 1989. Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of personality and social psychology*, **56** (1): 5.
- Devine, P. G. 1995. Prejudice and out-group perception. *Advanced social psychology*, **467**: 524.
- Eagly, A. H., Chaiken, S. 1993. *The psychology of attitudes*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers
- Esters I. G., Cooker P. G., Ittenbach R. F. 1998. Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*, **33**: 469.
- Harré N., Read J. 2001. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *Journal of mental health*, **10** (2): 223.
- Heron M. 2016. Deaths: Leading causes for 2014. *National vital statistics reports*, **65** (5): 17.
- Hill D. J., Bale R. M. 1980. Development of the mental health locus of control and mental health locus of origin scales. *Journal of Personality Assessment*, **44** (2): 148.

- Ilić N., Henderson H., Henderson C., Evans-Lacko S., Thornicroft G. 2014. Attitudes towards mental illness. *Health survey for England*, Vol 1: 1-15.
- Kroger, J. 2000. Identity Development: Adolescence Through Adulthood. *Adolescence*, **35** (137): 228.
- Kulas, H. 1996. Locus of control in adolescence: A longitudinal study. *Adolescence*, **31** (123): 721.
- La Greca, A. M., Harrison, H. M. 2005. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **34** (1): 49.
- Laible, D. 2007. Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personality and Individual Differences*, **43** (5): 1185.
- Laible, D. J., Carlo, G., Raffaelli, M. 2000. The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, **29** (1): 45.
- Lee, A., Hankin, B. L. 2009. Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent*, **38** (2): 219.
- Link B. G., Phelan J. C. 2001. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, **27** (1): 363.
- Link B. G., Phelan J. C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B. A. 1999. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, **89** (9): 1328.
- Majumder R. K., MacDonald A. P., Greever K. B. 1977. A study of rehabilitation counselors: Locus of control and attitudes toward the poor. *Journal of Counseling Psychology*, **24** (2): 137.
- Martin R. D., Shepel, L. F. 1974. Locus of control and discrimination ability with lay counselors. *Journal of consulting and clinical psychology*, **42** (5): 741.
- McGinty E. E., Goldman H. H., Pescosolido B., Barry C. L. 2015. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science & Medicine*, **126**: 73.
- Merriam-Webster Dictionary. 1990. Springfield: Merriam-Webster
- Milošević L. 2011. Televizija i promocija mentalnog zdravlja. *Sociologija*, **53** (2): 213.
- Naslund J. A., Grande S. W., Aschbrenner K. A., Elwyn G. 2014. Naturally occurring peer support through social media: the expe-

- riences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PLOS one*, **9** (10).
- Penn D. L., Martin J. 1998. The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, **69** (3): 235.
- Piaget J., Chomsky N. 1980. Opening the debate. U *Language and Learning: The Debate Between Jean Piaget and Noam Chomsky*. (ur. M. Piattelli-Palmarini). Harvard University Press, str. 23-34.
- Read J., Law A. 1999. The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the 'mentally ill'. *International Journal of Social Psychiatry*, **45** (3): 216.
- Rotter J. B. 1954. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Rotter J. B. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, **80** (1): 1.
- Rüsch N., Angermeyer M. C., Corrigan P. W. 2005. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, **20** (8): 529.
- Tarrant M. 2002. Adolescent peer groups and social identity. *Social Development*, **11** (1): 110.
- Tavakol M., Dennick R. 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, **2**: 53.
- Taylor S. M., Dear M. J. 1981. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, **7** (2): 225.
- Trepte S. 2006. Social identity theory. *Psychology of entertainment*, **255**: 271.
- UK Parobrod 2016. Oktobar – mesec zaštite mentalnog zdravlja u UK Parobrod. Preuzeto sa <http://ukparobrod.rs/>
- Vance K., Howe W., Dellavalle R. P. 2009. Social internet sites as a source of public health information. *Dermatologic clinics*, **27** (2): 133.
- Vaughan G., Hogg M. A. 2005. *Introduction to social psychology*. Pearson Education Australia
- Vlada Republike Srbije 2007. Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja. Preuzeto sa <http://www.zdravlje.gov.rs/>
- Vogel D. L., Wade N. G., Hackler A. H. 2007. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, **54** (1): 40.
- Wallston K. A. 1989. Assessment of control in health-care settings. *Stress, personal control and health*, **85**: 105.

- Wisdom J. P., Clarke G. N., Green C. A. 2006. What teens want: barriers to seeking care for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, **33** (2): 133.
- Wolff G., Pathare S., Craig T., Leff J. 1996. Community attitudes to mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, **168** (2): 183.
- Zawawi J. A., Hamaideh S. H. 2009. Depressive symptoms and their correlates with locus of control and satisfaction with life among Jordanian college students. *Europe's Journal of Psychology*, **5** (4): 71.

Una Lazić

Depression in Adolescence: How Much Do We Know and What Are Our Attitudes?

Depression is placed among the most frequent mental health issues in adolescence. It can lead to suicide, which is one of the most common causes of death in youth. Adolescents who suffer from depression symptoms face the everyday struggle of discrimination, which represents another burden they have to carry. The aim of this research was to explore awareness about depression and its symptoms, locus of control, and peer attachment as predictors of an adolescents' attitudes towards their peers with depression symptoms. The subjects were adolescents aged 15-19 (N = 195, male and female). A regression model consisting of peer attachment and awareness about depression and its symptoms was found to be significant ($F(2, 192) = 19.719$; $p = 0.000$; $R^2 = 0.17$). Both awareness about depression ($\beta = 0.308$, $t = 4.657$, $p < 0.01$) and peer attachment ($\beta = 0.245$, $t = 3.715$, $p < 0.01$) emerged as significant predictors of that attitude. On the other hand, locus of control was the only variable that did not show a significant correlation with the attitude towards adolescents with symptoms of depression. The results indicate that well informed adolescents with a more secure peer attachment pattern express more positive attitudes towards their peers who manifest symptoms of depression. In accordance with the results, we want to highlight the importance of peer education in order to reduce discrimination against adolescents with symptoms of depression.

