

## **Programa Parental para a Prevenção da Depressão em Adolescentes (3PDA): Fundamentos, implementação e estudos de eficácia**

*MARIA DO ROSÁRIO PINHEIRO (\*)*

*ANA PAULA MATOS (\*)*

*JOSÉ JOAQUIM COSTA (\*)*

*W. EDWARD CRAIGHEAD (\*\*)*

*EIRÍKUR ÖRN ARNARSON (\*\*\*)*

A última geração de programas de prevenção da depressão na adolescência tem vindo a incluir estratégias de prevenção direcionadas também à família (Beardslee et al., 2003; Beardslee et al., 2013; Gillham, Brumwasser, & Freres, 2013; Gillham, Shatté, & Freres 2000; Lee & Eden, 2009), uma vez que, como referido na literatura, as práticas parentais e a qualidade dos relacionamentos familiares constituem fatores de risco e/ou proteção para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Cole & McPherson, 1993; Ge, Conger, Lorenz, & Simons, 1994; Gjerde, Block, & Block, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1999; Lee & Eden, 2009). Num importante trabalho de revisão das investigações sobre fatores de risco para a saúde mental Lee e Eden (2009) identificam vários estudos que reportam características familiares, como seja a presença de psicopatologia nos membros da família (Beardslee et al., 1998, Rohde et al., 2005, Weissman & Jensen, 2003, citados por Lee & Eden, 2009), especialmente a depressão maternal assim como situações de abuso e negligência (Kaplan et al., 1999; Nicholas & Rasmussen, 2006, citados por Lee & Eden, 2009) ou, ainda, separação familiar (Lee & Bax, 2000; Kelly & Emery, 2005, citados por Lee & Eden, 2009), como fortemente associados a um risco elevado de depressão na adolescência. Entre os mecanismos familiares pelos quais o risco de depressão é transmitido foram identificados por Goodman e Gotlib (1999) os processos biológicos (como a genética e dificuldades de neuroregulação), a exposição aos afetos e comportamentos negativos maternos e, ainda, os contextos de stresse (Lee & Eden, 2009). O clima familiar, incluindo ausência de suporte e facilitação parental, e a presença de padrões de interação pais-filhos com elevados níveis de conflito, criticismo e fúria parental são apontados como significativos fatores de risco para a depressão adolescente (Sheeber et al., 2001), sendo que o maior problema é este ambiente tornar-se crónico, uma vez que a maioria das famílias não é intervencionadas (Lee & Eden, 2009). Os adolescentes percecionarem baixo suporte parental, baixo nível de qualidade relacional, e rejeição

(\*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra / Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Coimbra, Portugal.

(\*\*) Emory University, Atlanta, United States of America.

(\*\*\*) Landspítali-University Hospital, University of Iceland, Iceland.

parental tem sido consistentemente associado à depressão (Garber, 2006; Stice et al., 2004). As investigações têm identificado também várias características e mecanismos do funcionamento familiar, que funcionam como fatores de proteção ou de resiliência dos jovens, como sejam o suporte parental, o baixo controlo parental e a coesão familiar (Hjemdal et al., 2007; Locke, Newcomb, Duclos, & Goodyear, 2007, citados por Lee & Eden, 2009), assim como a parentalidade calorosa, a disponibilidade e atenção e o acompanhamento ou monitorização parental (Formoso et al., 2000; Kim & Gi, 2000; Liu, 2003, citados por Lee & Eden, 2009). Tendo por base estes resultados, será de esperar que trabalhar em torno das referidas competências parentais, possa aumentar os níveis de resiliência dos adolescentes, sobretudo dos que se encontrarem em risco.

É exatamente esta a direção tomada pela última geração de programas de prevenção da depressão na adolescência, ao incluir estratégias dirigidas à família e aos diversos contextos de vida (como a escola e os pares) e não só ao adolescente em risco (Gillham, Shatté, & Freres, 2000). A literatura sugere, atualmente, que as intervenções cognitivo-comportamentais precisamente baseadas na escola, e que incluem pais, podem prevenir os sintomas de depressão e ansiedade no início da adolescência e reduzir significativamente a sintomatologia depressiva e a ansiedade durante o período de acompanhamento (Gillham et al., 2013).

No entanto a investigação sobre componentes parentais em intervenções preventivas com jovens ainda é considerada como reduzida e inconclusiva (Gillham, Shatté, & Freres, 2000; Horowitz & Garber, 2006; Mueller, 2007) apesar da literatura da especialidade apontar a relevância das práticas parentais e da qualidade das relações familiares como fatores de risco/proteção em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Horowitz & Garber, 2006; Lee & Eden, 2009; Mueller, 2007). Dada a forte evidência da influência de fatores familiares no desenvolvimento e manutenção da depressão em adolescentes, várias tentativas se têm sucedido para incluir componentes parentais, primeiro nos programas de prevenção universal de depressão que foram aplicados em escolas, mais tarde em programas de prevenção seletiva e, mais recentemente, na prevenção indicada (Lee & Eden, 2009).

#### *Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes-3PDA*

O Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes-3PDA (Pinheiro, Matos, Costa, Armanson, & Craighead, 2015) constitui uma intervenção grupal estruturada para pais e encarregados de educação de jovens adolescentes. Foi desenvolvido em Portugal, entre 2011 e 2015, com a finalidade de aumentar a eficácia do programa islandês *Mind and Health* (Arnanson & Craighead, 2009). Este último foi adaptado para adolescentes portugueses e designado Programa da Prevenção da Depressão na Adolescência-PPDA (Matos, Marques, Oliveira, Pinheiro, Arnanson, & Craighead, 2015).

O programa parental 3PDA tem como objetivos aumentar a compreensão parental dos fatores de proteção e de risco que podem conduzir à depressão e promover os indicadores da qualidade dos relacionamentos entre pais e filhos, tais como, suporte social, compaixão,

aceitação, validação emocional, conflito, profundidade da relação parental e comunicação (Pinheiro, Matos & Costa, 2015; Pinheiro et al., 2015).

Partindo de uma abordagem cognitivo comportamental, o programa inclui 10 sessões temáticas (e uma adicional de celebração e encerramento do programa), realizadas semanalmente, duas a duas, e aplicadas em formato de grupo, destinadas aos pais dos adolescentes que se encontram em risco de depressão e que, por sua vez, integram o programa para adolescentes PPDA. O tema de cada sessão e a respetiva mensagem central são apresentados no Quadro 1.

## Quadro 1

### *Sessões do Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes 3PDA: Tema e mensagem-chave*

Sessão – Tema	Mensagem-chave
S1 / Adolescência e depressão – Fatores de risco e de proteção	<i>Toda a moeda tem duas faces</i>
S2 / Prática de bem-estar e atividades de lazer	<i>Podemos ter um humor mais positivo</i>
S3 / Pensamento, comportamento e emoção	<i>Todos temos recursos</i>
S4 / Pensamento, comportamento e emoção	<i>Podemos mudar os pensamentos e os comportamentos</i>
S5 / Comunicação e escuta ativa	<i>Escutar é ver, ouvir e perguntar</i>
S6 / Resolução de problemas e de conflitos	<i>Todos temos forças e oportunidades</i>
S7 / Validação emocional e treino de emoções	<i>Todos temos armas e bagagem emocional</i>
S8 / Aceitação e compaixão	<i>Mantenha a visão positiva de si e dos outros</i>
S9 / Adolescentes e família: Resiliência e suporte social	<i>Juntos nos bons e nos maus momentos</i>
S10 / Avaliação do investimento e ganhos com o programa	<i>Avaliar é preciso!</i>
S 11 / Finalização do programa parental com os pais e adolescentes. Entrega dos certificados.	<i>Celebração com lanche especial</i>

### *Abordagens e Estratégias*

Numa primeira fase o 3PDA procura apresentar aos pais, de uma forma realista e positiva, a problemática do risco de depressão na adolescência e o funcionamento da mente e de fatores de promoção da saúde e bem-estar físico, psicológico e social. Para tal, utiliza uma abordagem descritiva e compreensiva acerca dos fatores de risco e proteção familiares, pessoais e sociais (sessão 1), dos estilos de vida saudável e das práticas de bem-estar e atividades de lazer que lhes estão associadas (sessão 2) e ainda utiliza uma abordagem explicativa do modelo cognitivo comportamental acerca do funcionamento dos pensamentos, comportamentos e emoções (sessões 3 e 4). Nestas primeiras sessões do 3PDA são estabelecidas as devidas pontes conceptuais e práticas com o programa dos adolescentes PPDA, de modo a permitir um conhecimento e compreensão dos encarregados de educação acerca dos objetivos, conteúdos e atividades dos seus educandos.

Nas sessões seguintes este programa inclui temáticas mais vocacionadas para a promoção do auto-conhecimento das competências parentais, para a promoção da qualidade da interação familiar e de climas familiares resilientes, de suporte e supervisão parental. Em consonância são utilizados métodos de formação e técnicas de aprendizagem ativas, participativas e interativas, procurando gerar sinergias individuais e grupais.

Assim são utilizadas ferramentas de *coaching* parental para promoção de competências de comunicação, escuta ativa e resolução de problemas (sessões 5 e 6), exercícios de treino de validação emocional (sessão 7), aceitação e compaixão (sessão 8), exercícios de *mindfulness* para promoção da resiliência (sessões 9 e 2); dinâmicas de grupo para promoção da qualidade dos relacionamentos pais-filhos e do ambiente familiar mais resiliente (sessões 9).

Os materiais do programa estão organizados no formato de Manual para Pais e Manual para Formadores.

Cada sessão é planificada de acordo com uma matriz orientada por objetivos e é desenvolvida de acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Whetten e Cameron (2005) sucedendo-se as fases de (i) avaliação inicial grupal das competências da sessão, (ii) aprendizagem conceptual apoiada por materiais pedagógicos, (iii) análise de situações e problemas e realização de exercícios de aplicação (iv) indicações de aplicação e transferência das aprendizagens da sessão, (v) avaliação da sessão (satisfação e envolvimento nas aprendizagens).

Entre os materiais pedagógicos oferecidos aos participantes ao longo do programa encontram-se folhetos temáticos, fichas de trabalho da sessão, fichas de registo de trabalho semanal, pequenos conjuntos de apontamentos e sugestões de leitura.

### *Destinatários*

O 3PDA é destinado aos pais e encarregados de educação dos adolescentes que se encontram em risco de desenvolverem o primeiro episódio depressivo, ou seja adolescentes que apresentam pontuações entre os percentis 75 e 90 no Children Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo, 1994) e que integrem o Programa da Prevenção da Depressão na Adolescência-PPDA (Matos et al., 2015), programa que é aplicado em contexto escolar a jovens entre os 13 e os 15 anos de idade, que frequentam o 8º e 9º ano de escolaridade.

### *Avaliação*

A eficácia desta intervenção com pais e encarregados de educação é avaliada através dos resultados dos respetivos filhos adolescentes no CDI, para além dos resultados obtidos pelos adultos em questionários de auto-resposta, aplicados previamente e após a realização do programa e em sucessivos momentos de follow-up, efetuados de 6 em 6 meses e durante 3 anos. A bateria de testes (Pinheiro, et al., 2015) permite avaliar características

sociodemográficas e de história pessoal, conhecimentos sobre depressão na adolescência (Questionário de conhecimentos sobre depressão), sintomatologia depressiva (BSI; Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo, 1994), ansiedade e stresse (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), resiliência (RS; Pinheiro, Matos, Pestana, Oliveira, & Costa, 2015; Wagnild & Young, 1993), autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003; versão portuguesa: Pinto-Gouveia & Castilho, 2006), qualidade dos relacionamentos interpessoais (IQRI-PP; Pinheiro, Matos, Mota, Marques, & Costa, 2015) e suporte social (SSQ6; Sarason, Shearin, & Pierce, 1987, versão portuguesa: Pinheiro & Ferreira, 2002) validação emocional (PSST; Gottman, 1997; versão portuguesa: Dinis & Pinto-Gouveia, 2008) e stresse parental (PSS; Berry & Jones, 1995; versão portuguesa: Mixão, Leal, Maroco, 2010). Os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes são igualmente avaliados pelos pais (CBCL; Achenbach, 1991; versão portuguesa: Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994).

Como prevista, a avaliação da eficácia do 3PDA ocorre em função dos seus objetivos: aumentar a eficácia do Programa de Prevenção da Depressão na Adolescência (PPDA de Arnarson e Craighead, 2009); aumentar a compreensão dos pais sobre fatores de risco e proteção para a depressão; aumentar a qualidade da relação entre pais e adolescentes. Assim, e respetivamente, serão obtidos indicadores de: (i) ausência, nos adolescentes, de sintomatologia depressiva com relevância clínica (mediante a pontuação inferior ao percentil 75 no Children Depression Inventory) ou de episódio depressivo após a intervenção (mediante avaliação por entrevista), (ii) mudança nos conhecimentos dos adultos em relação à depressão na adolescência, (iii) mudança de atitudes e comportamentos dos adultos na interação com os adolescentes.

O modelo multinível por Kirkpatrick e Kirkpatrick (2005) foi utilizado para estruturar a avaliação do programa, que inclui a articulação dos quatro níveis: reação (em cada sessão), aprendizagem, comportamento e resultados dos participantes (antes, durante e depois do programa). A avaliação pré-programa ocorre antes da primeira sessão e avaliação pós-programa ocorre após a décima sessão.

## MÉTODO

Neste trabalho os estudos da eficácia da intervenção 3PDA são efetuados em função dos scores do Children Depression Inventory – CDI, em três momentos de avaliação dos adolescentes: na linha de base (pré-teste), após a intervenção (pós-teste) e aos seis meses de seguimento (follow-up). Os resultados apresentados foram obtidos no âmbito do Projeto I&D Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: Estudo da Eficácia duma Intervenção com Adolescentes e Pais (PTDC/MHC-PCL/4824/2012), a decorrer no CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-

Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. O projeto é atualmente financiado pela Fuqua Family Foundation- EUA.

### *Amostra*

Participaram do estudo de eficácia do 3PDA um grupo experimental de 16 pais e encarregados de educação (Grupo Experimental/GE) que realizaram o 3PDA e um grupo controle de 33 pais (Grupo de Controlo/GC) que não realizaram o 3PDA mas cujos filhos igualmente participaram no programa para adolescentes PPDA. A distribuição por sexo nos dois grupos não apresenta diferença estatisticamente significativa [ $\chi^2(1)=0,387, p=0,534$ ], havendo 15 participantes do sexo masculino (30,61%) e 34 do sexo feminino (69,39%). A seleção desta amostra foi realizada a partir de uma amostra de pais de adolescentes com idades entre 13 e 15 anos, considerados como estando *em risco*, uma vez que os seus resultados no Inventário Depressivo Infantil (CDI; Kovacs, 1983, versão Português de Marujo, 1994) se situavam entre o percentil 75 a 90.

### *Instrumentos*

Children Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo, 1994). O CDI é usado para avaliar sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes, com idades entre 7-17. É composto por 27 itens e cinco fatores: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa. A versão em Português do CDI apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,80 para uma estrutura unidimensional (Marujo, 1994).

## RESULTADOS

O estudo da eficácia da intervenção 3PDA em função dos scores do CDI iniciou-se com a verificação dos pressupostos estatísticos que revelou não existirem, no pré-teste, diferenças significativas nem entre os grupos 3PDA (grupo de adolescentes *em risco* cujos pais fizeram programa parental 3PDA) e PPDA (grupo de adolescentes considerados *em risco* que fizeram PPDA), nem entre os sexos [ $F(1,46)=2,197, p=0,145$ ]. Também não se verificaram diferenças na distribuição do género nos grupos [ $\chi^2(1)=0,387, p=0,534$ ]. A média de idades dos adolescentes foi de 14,20 ( $DP=0,92$ ) e não se registaram diferenças de idade entre os adolescentes do grupo 3PDA e PPDA [ $F(1,44)=0,371, p=0,545$ ].

As variáveis obtidas pré-pós, pré-follow up e pós-follow up, obtiveram assimetrias padronizadas inferiores a 2 (respetivamente, 0,54; 0,9; 0,14). As estatísticas descritivas relativas aos três momentos em avaliação são apresentadas no Quadro 2.

## Quadro 2

### Número de sujeitos e valores no CDI nos três momentos de avaliação do PPDA e 3PDA

Grupo	n	Pré-teste				Post-teste				Follow up de 6 meses			
		M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max
PPDA	33	14,12	4,65	4	26	10,30	5,82	0	24	11,15	6,24	2	25
3PDA	16	16,06	7,79	5	30	11,69	5,91	4	22	09,50	6,06	1	26

Avaliando se a mudança ocorrida entre os três momentos diferiu significativamente entre os grupos, verificou-se que nos dois programas existem ganhos estatisticamente significativos entre o pré-teste e pós-teste, que permanecem no *follow up*. Embora a diferença entre as médias dos grupos não tenha sido estatisticamente significativa, verificou-se que no 3PDA os resultados do CDI continuam a descer consistentemente no *follow up* (Gráfico 1).

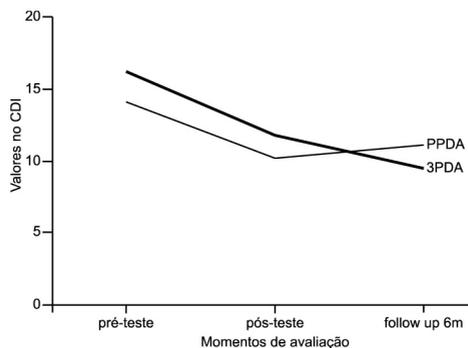


Gráfico 1. Médias dos CDI nos três momentos de avaliação do PPDA e 3PDA

Quando analisadas as estatísticas de mudança – diminuição na pontuação do CDI – entre cada dois momentos verificou-se que os grupos não diferiram entre o pré-teste e pós-teste [ $F(1,48)=0,075$ ,  $p=0,785$ ], entre o pré-teste e o *follow-up* [ $F(1,48)=3,743$ ,  $p=0,059$ ], mas diferiam significativamente entre o pós-teste e o *follow-up* [ $F(1,48)=4,218$ ,  $p=0,046$ ]. A mudança é maior no grupo cujos pais realizaram o programa parental 3PDA. Os resultados sugerem que ambos os programas contribuem para a diminuição das pontuações do CDI, mas o 3PDA parece ser mais eficaz em manter o efeito a médio prazo.

Foi ainda calculado o Índice de Mudança Fiável (RCI; Jacobson & Truax, 1991) entre o pré-teste e o pós-teste e entre o pré-teste e o *follow-up*, o que permitiu classificar e esclarecer a direção das mudanças. Entre o pré-teste e pós-teste ( $Qui\text{-}quadrado=0,330$ ,  $p=0,848$ ) foram classificados em melhoria global 69,7% dos indivíduos do PPDA e 62,5% de 3PDA, havendo cerca de 12,5% em ambos os grupos classificados na deterioração (Quadro 3).

## Quadro 3

*Índice de mudança fiável (RCI) para o CDI por grupo e momento de avaliação*

	RCI	PPDA		3PDA	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Pre-test/pos-test	Melhoria global	23	69.7	10	62.5
	Sem mudança	06	18.2	04	25.0
	Deterioração global	04	12.1	02	12.5
Pre-test/follow up	Melhoria global	19	57.5	16	100
	Sem mudança	06	18.2	00	000
	Deterioração global	08	24.2	00	000

Se considerarmos o efeito dos programas do pré-teste para o follow-up de seis meses, 57,5% dos indivíduos PPDA foram classificados em melhoria global, 18,2% sem mudança e 24,2% na deterioração. No grupo 3PDA todos os sujeitos (100%) foram classificados em melhoria global.

## DISCUSSÃO

Tal como esperado, os primeiros estudos de eficácia (Pinheiro et al., 2015), apontam para uma significativa diminuição da sintomatologia depressiva nos adolescentes cujos pais frequentaram o 3PDA, quando comparados com os adolescentes cujos pais não realizaram formação parental, situando-se esta diminuição nos momentos de avaliação pós intervenção e follow-up de 6 meses.

Mais estudos são necessários para esclarecer o poder preditivo de variáveis familiares e encontrar evidências de que intervenções baseadas na família sejam eficazes na redução da depressão adolescente. Até agora, os resultados enfatizam a importância de fazer avaliações de acompanhamento e sessões de reforço para consolidar mudanças positivas pois “os caminhos para a resiliência são complexas e algumas mudanças familiares não são evidentes até meses ou anos após o programa” (Lee & Eden, 2009, p. 200).

Até ao momento, os resultados sugerem que ambos os programas, parental (3PDA) e adolescentes (PPDA), contribuem para a diminuição da sintomatologia depressiva nos adolescentes (resultados do CDI), contudo o 3PDA parece ser mais eficaz na manutenção desse efeito e no seu aumento, a médio prazo.

Os atuais resultados vão ao encontro dos de outros estudos (Gillham et al., 2000, 2007; Horowitz & Garber, 2006; Lee & Eden, 2009), apontando que as estratégias de prevenção orientadas para a família são um encorajador contributo para prevenir a depressão nos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 577-585.
- Beardslee, W. R. et al. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents. Longer term effects, *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1161-70. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.29
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131. doi: 10.1542/peds.112.2.e119
- Cole, D. A., & McPherson, A. E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology*, 7, 119-133.
- Ge, X., Conger, R., Lorenz, F., & Simons, R. (1994). Parents' stressful life events and adolescent depressed mood. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 28-44.
- Gillham, J., Shatté, A., & Freres, D. (2000). Preventing depression: A review of cognitive behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 63-88.
- Gillham, J. E., Brumwasser, S. M., & Freres, D. R. (2013). Preventing depression in early adolescence. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankins (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. X-Y) New York, NY: Guilford.
- Gjerde, P., Block, J., & Block, J. H. (1991). The preschool family context of 18 year olds with depressive symptoms: A prospective study. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 37-62.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 45-62.
- Lee, C., & Eden, V. (2009) Family-based approaches to the prevention of depression in at-risk children and youth. In C. A. Essau (Ed.), *Treatments for adolescent depression: Theory and practice* (pp. 177-214). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Matos, A. P., & Pinheiro, M. R. (2013, Junho). *Programa parental para a prevenção da depressão nos adolescentes: um contributo para aumentar os fatores de proteção familiar*. Proceedings of the VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Aveiro.
- Matos, A. P., Marques, C., Oliveira, S., Pinheiro, M. R., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). *A prevention program of depression in at-risk adolescents: Preliminary results from baseline to follow-up*. 9<sup>th</sup> International Technology, Education and Development Conference, INTED2015, Proceedings, 7770-7779.

Pinheiro, M. R., Matos, A. P., Costa, J. J., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). A Parental Program for the Prevention of Depression in Adolescents. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 6, 95-108.