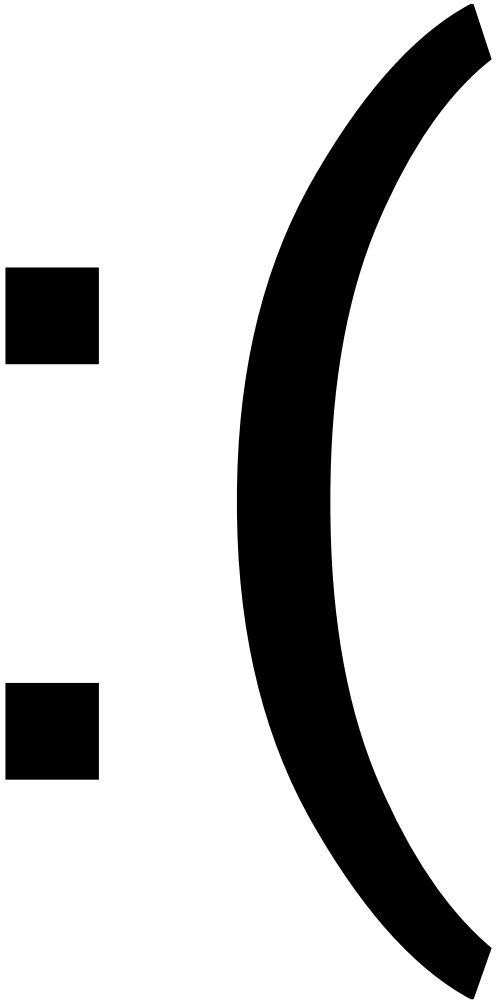
**IGOR KRNETIĆ**

# KRUŽNA RAZMIŠLJANJA I UOPŠTENA VJEROVANJA O SEBI KOJA VODE U DEPRESIJU



ckbt

Igor Krnetić

Kružna razmišljanja i uopštena uvjerenja koja vode u depresiju

Centar za kognitivno-bihejvioralnu terapiju
Banja Luka

Igor Krnetić
Kružna razmišljanja i uopštena uvjerenja koja vode u depresiju

Recenzenti:
Prof. dr Tatjana Vukosavljević-Gvozden
Prof. dr Nada Vaselić

Korice:
Saša Vasić

Štampa
AKADEMAC BL

Tiraž
300

COBISS.BN-ID 978-99976-684-0-6

Igor Krnetić

# KRUŽNA RAZMIŠLJANJA I UOPŠTENA VJEROVANJA O SEBI KOJA VODE U DEPRESIJU

Banja Luka, 2015.

# SADRŽAJ

**APSTRAKT** ..... **2**

**ABSTRACT** ..... **3**

**PREDGOVOR** ..... **4**

**TEORIJSKI DIO** ..... **9**

**DEPRESIJA** ..... 10
*Kognitivni modeli depresivnih poremećaja* ..... *11*
*Klasifikacija depresivnih poremećaja* ..... *19*
*Etiologija depresivnih poremećaja* ..... *22*
*Tretman depresivnih poremećaja* ..... *26*
**RUMINIRANJE** ..... 36
*Definicija ruminiranja* ..... *37*
*Poređenje ruminiranja sa drugim kognitivnim procesima i produktima* ..... *40*
*Ruminiranje vodi u depresiju* ..... *41*
*Distrakcija kao alternativna reakcija na negativno raspoloženje* ..... *42*
*Odnos mentalne kontrole i ruminiranja* ..... *43*
*Psihološki tretmani ruminiranja* ..... *45*
**POZITIVNA VJEROVANJA O RUMINIRANJU** ..... 49
*Model samo-regulatorne izvršne funkcije* ..... *50*
*Metakognitivna terapija ruminiranja* ..... *53*
**BEZUSLOVNO PRIHVATANJE SEBE** ..... 58
*Filozofija bezuslovnog prihvatanja sebe* ..... *59*
*Naučna i filozofska utemeljenost* ..... *61*
*Psihički zdravija alternativa* ..... *62*
*Psihoterapijska primjena* ..... *63*

**ISTRAŽIVANJE** ..... **69**

**CILJ ISTRAŽIVANJA** ..... 70
**NACRT ISTRAŽIVANJA** ..... 70
**HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA** ..... 70
**VARIJABLE ISTRAŽIVANJA** ..... 72
**INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA** ..... 74
**UZORAK** ..... 77
**POSTUPAK ISTRAŽIVANJA** ..... 79
**ANALIZA PODATAKA** ..... 80
**REZULTATI ISTRAŽIVANJA** ..... 81
*Depresivne reakcije* ..... *82*
*Ruminativne reakcije* ..... *86*
*Rezime rezultata istraživanja* ..... *90*

**DISKUSIJA** ..... **92**

**ZAKLJUČAK I IMPLIKACIJE** ..... **103**

**LITERATURA** ..... **106**

# APSTRAKT

Brojne empirijske studije utvrdile su povezanost depresije i ruminiranja. Oslanjajući se na savremena istraživanja u okviru kognitivne paradigme, kao i na lično iskustvo u primjeni psihoterapije, došao sam do uvida da je za depresivne pojedince sa izraženim ruminiranjem, karakteristično da imaju nisko bezuslovno prihvatanje sebe i visoko izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju. Pored toga što je potvrđena povezanost depresije i ruminiranja na nekliničkom uzorku ispitanika sa našeg područja, ovim istraživanjem je, koliko je nama poznato, prvi put empirijski utvrđeno da postoji pozitivna korelacija između niskog bezuslovnog prihvatanja sebe i visoko izraženih pozitivnih vjerovanja o ruminiranju.

Koristeći prospektivnu istraživačku paradigmu, utvrdio sam da je bezuslovno prihvatanje sebe suštinski važna predikatorska varijabla za depresiju i ruminiranje. Osobe sa niskim bezuslovnim prihvatanjem sebe imaju povećan nivo i/ili oscilacije u ispoljavanju depresivnih i ruminativnih reakcija. Negativni životni događaji i pozitivna vjerovanja o ruminiranju u interakciji sa niskim bezuslovnim prihvatanjem sebe doprinose većoj izraženosti promjena u ovim reakcijama. Suprotno tome, visoko bezuslovno prihvatanje sebe utiče na stabilno i/ili smanjeno ispoljavanje depresivnih i ruminativnih reakcija, uprkos različitom broju negativnih životnih događaja i/ili različitom stepenu pozitivnih vjerovanja o ruminiranju. Na kraju monografije nalaze se implikacije dobijenih rezultata za prevenciju i tretman depresije i ruminiranja, primjenom principa i tehnika kognitivnih i bihejvioralnih terapija.

# ABSTRACT

Numerous empirical studies have confirmed correlation between depression and rumination. Relying on the latest research in the field of cognitive paradigm, as well as on personal experience in practicing psychotherapy, I have concluded that for depressive individuals, with high level of ruminations, it is characteristic to have a low level of unconditional self-acceptance and a high level of positive beliefs about rumination. Besides confirmed correlation between depression and rumination on non-clinical sample from our region, this research has empirically confirmed for the first time, to our knowledge, the existence of positive correlation between low unconditional self-acceptance and high positive beliefs about rumination.

By using prospective research paradigm I have also confirmed that unconditional self-acceptance is the fundamentally important predictive variable for depression and ruminations. Individuals with low unconditional self-acceptance have higher level and/or oscillations in the expression of depressive and rumination reactions. Negative life events and positive beliefs, in the interaction with low self-acceptance, contribute to a bigger expression of change in these reactions. Contrary to that, high unconditional self-acceptance has influence on stable and/or reduced expressing of depressive and ruminative reactions, in spite of various number of negative life events and/or diverse levels of positive beliefs about rumination. At the end of this monograph are suggested implications of the obtained results for treatment and prevention of depression and ruminations by using principles and techniques of cognitive and behavioral therapies.

# PREDGOVOR

Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj u opštoj populaciji (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994). Za neke ljude depresivni simptomi su blagi i prolazni, dok za druge mogu postati ozbiljni i dugotrajni, tako da interferiraju sa svakodnevnim funkcionisanjem. Istraživanja sugerišu da je dio objašnjenja zašto neki ljudi doživljavaju ozbiljne i dugotrajne depresivne simptome, dok se drugi oporavljaju od depresivnih simptoma relativno brzo, u načinu reagovanja na simptome depresije (Papageorgiou & Wells, 2004). Ruminiranje, kognitivni proces koji se javlja kao maladaptivna rekacija na simptome depresije, privuklo je veliki teorijski i empirijski interes u proteklih 15 godina. Depresija i ruminiranje usko su povezane i uzročno-posljedično isprepletene.

Oslanjajući se na veliki broj savremenih istraživanja u okviru kognitivne paradigme, kao i na lično iskustvo u primjeni psihoterapije, došao sam do uvida da je za depresivne pojedince sa izraženim ruminiranjem, karakteristično da imaju visoko izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju i nisko bezuslovno prihvatanje sebe. Neke veze između navedenih faktora empirijski su utvrđene naučnim istraživanjima. Najbrojniji su empirijski nalazi koji potvrđuju povezanost depresije i ruminiranja (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997; Nolen-Hoeksema & Morow, 1993; Nolen-Hoeksema et al. 1994; Papageorgiou & Wells, 2004; Spasojević & Alloy, 2001; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Empirijski je, takođe, utvrđeno da su pozitivna vjerovanja o ruminiranju značajno izraženija kod pacijenata koji pate od velikog depresivnog poremećaja (Papageorgiou & Wells, 2001), kao i da su ova vjerovanja usko povezena sa tendencijom da se počne sa ruminiranjem kao reakcijom na depresivno raspoloženje (Papageorgiou & Wells, 2003). Hipoteza da je bezuslovno prihvatanje sebe povezano sa depresivnim poremećajem već dugo važi kao dio racionalno-emotivno-bihejviralne terapije (REBT). Međutim, tek nedavno je na nekliničkom uzorku odraslih osoba empirijski potvrđeno da pojednici koji su imali viši nivo bezuslovnog prihvatanja sebe ispoljavaju manji nivo depresivnih simptoma (Chamberlain & Haaga, 2001a).

S druge strane, neke veze koje sam uočio u svakodnevnom psihoterapijskom radu sa pojedincima koji pate od različitih formi depresivnog poremećaja, prema mojim saznanjima nisu empirijski provjeravane. Prva takva pretpostavljena veza je pozitivna povezanost između niskog nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i visokog nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju. Pored ličnog iskustva u psihoterapijskom radu, na kojem temeljimo ovu pretpostavku, oslanjam se i na teoriju racionalno-emotivno-bihejvioralne terapije (Ellis, 1972, 1976, 1994) koja ukazuje da su ljudi koji imaju nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe, aktivno usmjereni na procjenjivanje sebe. Pošto je prema ovoj teoriji procjenu sebe nemoguće objektivizirati (Ellis, 1994; Ellis & Dryden, 2002), pretpostavio sam da osobe koje sebe ne prihvataju bezuslovno, odnosno procjenjuju sebe u cjelini kada se dese negativni životni događaji, pozitivno vrijednuju ruminiranje jer ga doživljavaju kao instrument procjenjivanja sebe. Druga pretpostavljena veza koja prema mojim saznanjima nije empirijski provjeravana je tendencija ka ispoljavanju većeg nivoa ruminativnih reakcija kada se dese negativni životni događaji kod pojedinaca koji imaju nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe. Ellis (1972) pretpostavlja da uopšteno procjenjivanje sebe, što je kognitivni proces karakterističan za osobe koje imaju nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe, vodi ka ruminiranju kada se dese negativni životni događaji. Rješenje problema uopštenog procjenjivanja sebe on vidi u odbacivanju procjenjivanja sebe kao cjeline, a umjesto toga predlaže rad na bezuslovnom prihvatanju sebe, pretpostavljajući da ono ima negativan uticaj na ruminiranje kada se dese negativni životni događaji. Moja zapažanja u psihoterapijskoj praksi u skladu su sa ovom Elisovom pretpostavkom, a primjena navedenog principa terapijske promjene u prihvatanju sebe pomoću REBT tehnika u psihoterapijskom radu sa depresivnim pojedincima koji imaju izraženu tendenciju ka ruminiranju, dala je pozitivne psihoterapijske efekte.

Iako je jedan od važnih ciljeva kojim sam se rukovodio tokom dizajniranja ovog istraživanja bila empirijska provjera rezultata dobijenih u istraživanjima koja su provedena na uzorcima ispitanika drugih nacija i kultura, uglavnom iz zapadnh zemalja, smatramo da je najznačajniji doprinos ovog istraživanja empirijska provjera povezanosti između psiholoških faktora koje do sada nisu provjeravane. Empirijsko otkrivanje ovih povezanosti moglo bi biti od velikog značaja kako za teorijsko razumijevanje kognitivnih faktora koji su prediktori depresije i ruminiranja, tako i za kreiranje efikasnih strategija

tokom praktične primjene postojećih kognitivnih i bihejvioralnih procedura za tretman depresivnih poremećaja i ruminativnih reakcija.

Da bih napravio jasan teorijski uvod u problem ovog istraživanja, teorijski dio podijelio sam u četiri velike cjeline, prema varijablama istraživanja. Prvi dio odnosiće se na depresiju, drugi i treći na ruminiranje i pozitivna vjerovanja o ruminiranju, a četvrti na koncept bezuslovnog prihvatanja sebe. U prvom poglavlju teorijskog dijela, posvećenom depresiji, prikazaću savremene i opšteprihvaćene poglede na depresivni poremećaj (manifestacije, klasifikaciju, etiologiju i tretman) sa posebnim naglaskom na kognitivne modele ovih poremećaja i tretmane depresivnih poremećaja zasnovane na tim teorijskim modelima, objedinjene pod nazivom kognitivno-bihejvioralna terapija (u daljem tekstu: KBT). Zatim ću, na kraju poglavlja o depresiji, kratko objasniti opšte principe i metode u tretmanu ovih poremećaja, a detaljno se posvetiti razmatranju kognitivno-bihejvioralne terapije sa posebnim naglasakom na racionalno-emotivno-bihejvioralnoj terapiji. Razmatranje REBT posebno je značajno, pošto je iz ove forme psihoterapije proizašla filozofija bezuslovnog prihvatanja sebe (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994) čiju ulogu, kao jednog od kognitivnih prediktora depresije i ruminiranja, istražujem u ovoj monografiji.

Drugo poglavlje teorijskog dijela posvetio sam razmatranju ruminiranja (u doslovnom prevodu s engleskog jezika: preživanje, prežvakavanje) koje predstavlja istaknutu kognitivnu komponentu depresivnih poremećaja u vidu upornog i ponavljajućeg depresivnog razmišljanja (Papageorgiou & Wells, 2004). Ruminiranje je važno kao element kognitivne teorije negativnog afekta, kao prediktor depresije i emocionalnih poremećaja u empirijskim studijama i kao klinički simptom koji bi mogao zahtjevati tretman (Matthews & Wells, 2004). Iznijeću definicije ruminiranja, objasniti disfunkcionalnost ovog kognitivnog procesa i ulogu ruminiranja u okviru depresivnih poremećaja, te uporediti ruminiranje sa drugim kognitivnim procesima i produktima, što može igrati važnu ulogu kako za naučno-istraživački rad, tako i za implikacije tretmana psihičkih poremećaja, naročito onih tretmana koji su zasnovani na koginitivnim modelima. Iako ću u prvom poglavlju teorijskog dijela, poglavlju o depresiji, opisati tretman depresije terapijom kognitivne restrukturacije, psihoterapeuti moraju biti svjesni da su ti tretmani usmjereni na negativne automatske *misli* i iracionalna *vjerovanja*, ali ne i

na kognitivne *procese*. Drugim riječima, iako je navedena vrsta tretmana dobro je utvrđena i smatra se jednim od najefikasnijih tretmana za prevazilaženje depresije, ipak postojeći protokoli u kognitivno-bihejvioralnoj terapiji tipično nisu usmjereni na ruminiranje (Purdon, 2004). Zbog toga ću na kraju poglavlja o ruminiranju opisati psihološke tretmane kreirane specifično za ovaj disfunkcionalni kognitivni *proces*.

Model samo-regulatorne izvršne funkcije (Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004), koji objašnjava zašto neki ljudi biraju ruminiranje kao strategiju za prevazilaženje depresije, smatra se obećavajućim za razumijevanje kako depresije, tako i depresivnih relapsa (Purdon, 2004). Razmatranje ovog modela važano je pošto je iz njega proizašla empirijski dokazana hipoteza (Papageorgiou & Wells, 2003) da su pozitivna vjerovanja o ruminiranju usko povezena sa tendencijom da se počne sa ruminiranjem kao reakcijom na depresivno raspoloženje, dok negativna vjerovanja služe kao ključna funkcija u medijaciji između ruminiranja i depresivnih simptoma. Zbog toga u trećem poglavlju teorijskog dijela detaljnije objašnjavamo model samo-regulatorne izvršne funkcije, njegovu ulogu u pokretanju i održavanju ruminiranja kao disfunkcionalnog procesa za prevazilaženje depresije, te psihološki tretman baziran na tom modelu i tehnikama koje su razvijene za tretman hronične brige kod generalizovane anksioznosti (Wells, 1997, prema Wells & Papageorgiou, 2004). Ovaj metakognitivni pristup imlicira da bi bilo korisno tretirati ruminiranje direktno, ne usmjeravajući se na sadržaj ruminiranja i testiranje tih sadržaja u realnosti, već na mijenjanje metakognitivnitivnih vjerovanja koja dovode do ruminativnog stila prevazilaženja depresije (Wells & Papageorgiou, 2004).

Zadnje poglavlje teorijskog dijela posvetio sam konceptu bezuslovnog prihvatanja sebe (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994) koji se tiče filozofije uopštenog odnosa osobe prema samoj sebi. Za psihoterapijsku praksu ključno je da li sklonost ka pretjeranim generalizacijama, koja se ispoljava na planu uopštavanja samoopisa i stvaranja vrijednosnih sudova o sebi, uvijek vodi korisnim posljedicama. Kliničko iskustvo i empirijska istraživanja pokazuju da takva mentalna navika nije uvijek korisna. Elis (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994, 1996, 2004) kao alternativnu filozofiju uopštenom odnosu pojedinca prema sebi, preporučuje filozofiju koja predstavlja opciju konceptualizovanja

sebe koja počiva na ideji odustajanja od uopštenog ocjenjivanja svoje vrijednosti, a naziva je bezuslovno prihvatanje sebe. Ovaj koncept nije u dovoljnoj mjeri zastupljen u psihološkoj literaturi, iako je njegov značaj za mentalno zdravlje i terapijsku promjenu dobro poznat psihoterapeutima. O ovom konceptu mnogo je pisano u okviru REBT (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994, 1996, 2004; Mills, 1993), ali on nije privukao značajniju pažnju naučne javnosti jer nije dovoljno empirijski provjeravan, a poznato je da je u tradiciji kognitivne paradigme da se kao validni prihvataju koncepti koji su empirijski provjereni. Razlog za to leži u činjenici da do nedavno nije bio konstruisan upitnik za mjerenje nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe, tako da ovaj koncept nije bilo moguće naučno-istraživački provjeravati. Tek u skorije vrijeme konstruisan su upitnik za mjerenje nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i njime je provjereno nekoliko pretpostavki o povezanosti bezuslovnog prihvatanja sebe sa drugim psihološkim varijablama, od čega je najznačajnije da su ljudi koji su sebe bezuslovno prihvatali u većem stepenu, pokazivali manji nivo depresije i anksioznosti, a veći stepen sreće i opšte dobrobiti (Chamberlain & Haaga, 2001a, 2001b).

Cilj ove monografije je da prikaže provjeru hipoteze da, kada se dese negativni životni događaji, uslovno vrjednovanje sebe (Ellis, 1972, 1976, 1994, 2004) i pozitivna vjerovanja o ruminiranju (Papageorgiou & Wells, 2001, 2003, 2004) utiču na povećan nivo ruminiranja i depresije, kao i da objasni povezanost između ova dva pretpostavljena prediktorska faktora ruminiranja i depresije, te povezanost između same depresije i ruminiranja. Za istraživanje koje prikazujem korištena je prospektivna paradigma, a neki od rezultata provjerili su nalaze dobijene istraživanjima, dok su drugi po prvi put dali empirijske odgovore na neke moje pretpostavke. Dobijeni rezultati značajni su kako za empirijski razvoj teorije, tako i za kreiranje strategija upotrebe postojećih KBT procedura u psihoterapijskom radu sa ljudima koje pate od depresivnog poremećaja, te kreiranje različitih preventivnih strategija u radu sa klijentima koje kognitivni faktori čine vulnerabilnim za razvoj depresivne simptomatologije.

# TEORIJSKI DIO

# DEPRESIJA

Svako se povremeno osjeća tužno ili potišteno, a za većinu ljudi ova osjećanja slabe protokom vremena. Međutim, ako osjećanje tuge traje dvije sedmice ili duže, te ako negativno utiče na svakodnevne aktivnosti, vjerovatno se dešava nešto ozbiljnije od doživljaja "potištenosti." Depresivne osobe imaju tendenciju da se osjećaju bespomoćno i beznadežno, okrivljujući sebe zato što se osjećaju na navedeni način. Ljudi koji su depresivni postaju preopterećeni i iscrpljeni, te se lako prestaju angažovati oko svojih uobičajenih aktivnosti i počinju se izolovati od porodice i prijatelja. Manifestacije depresije takođe uključuju uporno tužno raspoloženje, gubitak zadovoljstva ili interesa za aktivnosti u kojima se prije uživalo, promjene u apetitu ili težini, teškoće u spavanju ili pretjerano spavanje, fizička usporenost, gubitak energije, doživljaj manje vrijednosti, osjećanje krivice, teškoće u razmišljanju i koncentraciji.

Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj u opštoj populaciji (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994). Iako je većina ljudi blago depresivna s vremena na vrijeme, samo 10% do 25% žena i 5% do 12% muškaraca doživi veliku depresivnu epizodu prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM IV; Američka psihijatrijska udruga, 1996). Većina ljudi doživlja blažu formu depresivnog poremećaja (distimija). Za neke su depresivni simptomi blagi i prolazni, a za neke mogu postati ozbiljni i dugotrajni, tako da interferiraju sa svakodnevnim funkcionisanjem. Istraživanja sugerišu da je dio objašnjenja zašto neki ljudi doživljavaju ozbiljne i dugotrajne depresivne simptome, dok se drugi oporavljaju od depresivnih simptoma relativno brzo, u načinu reagovanja na simptome depresije (Papageorgiou & Wells, 2004). Depresija je takođe rekurentan poremećaj, odnosno ima tendenciju da se vraća i ponavlja. Dvomjesečni relaps, odnosno povrat simptoma, za unipolarnu depresiju je od 20% do 24% (Belsher & Costello, 1988). Šest mjeseci nakon oporavka, relaps se kreće od 27% (Keller, Lavori, Lewis, & Klerman, 1983; Simons, Murphy, Levine, & Wetzel, 1986) do 34% (Keller, Shapiro, Lavori, & Wolfe, 1982). Dvije godine nakon oporavka, preko 50% ispitanika prijavljuje relaps, odnosno da se depresija ponovo vratila (Keller & Shapiro, 1981).

Cilj je da u ovom poglavlju predstavim savremene i opšteprihvaćene poglede na depresivni poremećaj (manifestacije, klasifikaciju, etiologiju i tretman) sa posebnim naglaskom na kognitivne modele ovih poremećaja i tretmane depresivnih poremećaja zasnovane na tim teorijskim modelima, objedinjene pod nazivom kognitivno-bihejvioralna terapija. Na početku poglavlja opširnije ću predstaviti najznačajnije kognitivne modele depresivnih poremećaja, koji spadaju u jedne od najpoznatijih i najplodnijih istraživačkih paradigmi za ovu vrstu poremećaja u savremenoj psihološkoj nauci. Predstavljanje će biti zasnivano na najznačajnijim savremenim kognitivnim teorijama depresivnosti: Bekovom (Beck, 1976) i Elisovom (Ellis, 1994) modelu depresivnih poremećaja. Zatim ću u osnovnim crtama navesti savremene poglede na klasifikaciju depresivnih poremećaja, opisati veliku depresivnu epizodu koja predstavlja osnovu za dijagnostikovanje depresivnih poremećaja prema DSM IV klasifikaciji duševnih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 1996), te predstaviti klasifikaciju ovih poremećaja prema kognitivnim modelima. Nakon toga slijede osnove savremenih pogleda na etiologiju, odnosno nastanak depresivnih poremećaja, kao i viđenje etiologije ovih poremećaja prema kognitivnim modelima. Na kraju, u zadnjem dijelu ovog poglavlja, kratko ću objasniti opšte principe i metode u tretmanu depresivnih poremećaja, a zatim ću se detaljnije posvetiti prikazu kognitivno-bihejvioralne terapije, kao širem krugu psihoterapija koje u svojoj osnovi imaju model teorije učenja, a kojem pripadaju i tretmani zasnovani na kognitivnom modelu. Poseban naglasak biće na racionalno-emotivno-bihejvioralnoj terapiji (REBT), čije razmatranje je u ovoj monografiji posebno značajno pošto je iz ove forme psihoterapije proizašla filozofija bezuslovnog prihvatanja sebe (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994). Filozofiju bezuslovnog prihvatanja sebe opširnije i detaljnije ću predstaviti u zadnjem, četvrtom poglavlju teorijskog dijela ovog rada.

## Kognitivni modeli depresivnih poremećaja

Kognitivni modeli zasnovani su na pretpostavci da je pogrešno procesuiranje informacija centralna karakteristika mišljenja kod osoba sa depresivnim poremećajem. U okviru kognitivne paradigme, najznačajnije izvore teorija depresivnosti predstavljaju dva pravca: Bekova kognitivna terapija (Beck, 1976) i Elisova racionalno-emotivno-bihejvioralna terapija (Ellis, 1994). Bekovom teorijom inspirisana su istraživanja uloge iskrivljenih *misli* i disfunkcionalnih *stavova* u depresivnom raspoloženju i depresivnom

sindromu. Kasnija istraživanja su donijela podatke značajne za shvatanje kognitivnog profila brojnih drugih emocionalnih poremećaja. Elisova teorija pokrenula je istraživanja uloge samoodmažućih *vjerovanja* i "vrelih" *evaluacija* u emocionalnim poremećajima i disfunkcionalnim ponašanjima (Marić, 2003b). Kognitivni model moguće je pojednostavljeno prikazati preko "ABC modela ljudskog ponašanja" koji je proizašao iz REBT (Ellis, 1994), a sastoji se iz tri osnovna elementa: A (eng. Activating event) - aktivirajući događaj, B (eng. Beliefs) - vjerovanja osobe i C (eng. Consequences) - posljedice za osobu. Važan implicitni element ovog modela predstavljaju ciljevi osobe, jer je vrjednovanje aktivirajućih događaja, kao i reagovanje u skladu sa tim procjenama, uslovljeno ciljevima osobe.

*Aktivirajući događaj (A)* može biti bilo koje iskustvo na koje osoba reaguje emotivnim ili ponašajnim posljedicama, kao na primjer tuđe ponašanje i mišljenje, međuljudski odnosi, uslovi života i slično, ali i sopstveno ponašanje, emocije, unutrašnje telesne senzacije i porivi. Međutim, ono što za osobu postaje aktivirajući događaj uvijek je njena lična interpretacija o nekom prošlom, sadašnjem ili fantaziranom budućem iskustvu. Drugim riječima, za osobu događaj postoji samo onako kako ga ona interpretira.

*Vjerovanja (B)* čine životnu filozofiju osobe kojom se ona rukovodi u dostizanju za nju značajnih i vrijednih životnih ciljeva. Bitna karakteristika vjerovanja je da sadrže evaluaciju ili vrjednovanje sebe, drugih ljudi, te svijeta u smislu vrjednovanja života uopšte, kao i specifičnih životnih uslova u datim okolnostima. Evaluacije različitih aspekata aktivirajućeg događaja predstavljaju najznačajniju misaonu komponentu emocionalne reakcije u odnosu na dati aktivirajući događaj. Vjerovanja mogu biti racionalna i iracionalna, osnosno samopomažuća ili samoodmažuća.

*Posljedice u vidu emocija i ponašanja (C)* koja se javljaju kao odgovor na aktivirajući događaj mogu biti samopomažuće ili samoodmažuće za osobu. One takođe mogu biti i prijatne i neprijatne, tako da kombinacijom ovih ishoda dobijamo 4 moguća tipa emocionalnih reakcija.

Primjenjen na emocionalne poremećaje, ABC model pretpostavlja da kada su ciljevi osobe onemogućeni ili blokirani nekim događajem (A), čovjek ima, osvešteni ili

neosvešteni, izbor da odgovori nezdravim ili zdravim reakcijama (C). *Tačka izbora je (B) ili sistem vjerovanja osobe.*

Dakle, osnovne pretpostavke modela, prema Marić (2000), su:

1. U trenutku aktivirajućeg događaja (A), koji je u nekoj vezi sa ciljevima osobe, ona doživljava emocije i ponaša se na određeni način (C), u zavisnosti od svog sistema vjerovanja (B), a ne kao direktnu posljedicu aktivirajućeg događaja, kako se uobičajeno misli.
2. Kada osoba zaključuje da aktivirajući događaj (A) sprečava ili na neki način onemogućava njene ciljeve, ona ima izbor da na aktivirajući događaj reaguje samopomažućim ili samoodmažućm emocijama i ponašanjem (C), u zavisnosti od toga da li se rukovodi racionalnim ili iracionalnim evaluativnim vjerovanjima (B).

Za depresivni poremećaj karakteristična je kognitivni sklop u kojem dominira depresivna tema. Kompletno tumačenje prethodnog iskustva, aktuelnih događaja i pogled na budućnost zasićeni su temama o sopstvenim nedostacima, samopotcjenjivanju i pesimizmu (Biro, 2001). Kognitivni aspekti depresivnih poremećaja karakteristični su za sve oblike depresivnih poremećaja, bez obzira na vrstu podjele. U više studija (Miranda, Persons, & Byers, 1990; Persons & Miranda, 1992; Roberts & Kassel, 1996; Solomon, Haaga, Brody, Kirk, & Friedman, 1998) dokumentovana je povezanost između rizika za depresiju i samoodmažućih kognitivnih sadržaja, koji mogu biti izraženi u obliku automatskih misli i kognitivnih šema (Beck, 1976), odnosno inferencijalnih misli i evaluativnih vjerovanja (Ellis, 1994). Specifični kognitivni sadržaj depresije tiče se gubitka i/ili deprivacije, a karakteristične negativne misli su globalni zaključci sa temom prošlih neuspjeha i gubitaka, izraženi unutrašnjim rečenicama (Beck, 1976). Upornost, rigidnost i intruzivnost, kao i sposobnost osobe da racionalno sagleda nerealističnost, nelogičnost i disfunkcionalnost svojih misli pokazatelj su težine depresije, prije nego sami sadržaji tih misli (Marić, 2003a; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Ekstremne apsolutističke forme razmišljanja, bilo da su pozitivne ili negativne po sadržaju, vode osjetljivosti na depresiju. Iako postoje važne teorijske razlike između modela, svi se slažu da promjene u formi disfunkcionalnog razmišljanja dovode do manje vulnerabilnosti za buduće epizode depresije (Teasdale et al., 2001).

Pored promjena u formi disfunkcionalnog razmišljanja, i promjene u sadržajima disfunkcionalnih razmišljanja smanjuju vulnerabilnost za buduće epizode depresije. Istraživanja su pokazala da su, među nekim osobama koje su se nedavno oporavile od depresije, promjene u sadržaju disfunkcionalnih razmišljanja u odnosu na period prije disforičnog raspoloženja prospektivno povezane sa smanjenim rizikom od relapsa jednu do četiri godine nakon inicijalnog testiranja (Segal, Gemar and Williams, 1999).

Koncept depresivne kognitivne trijade koji je izložio Bek (Beck, 1976) predstavlja deskriptivni nivo njegovog modela depresije, a odnosi se na negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti. U stanjima depresije postoji značajno povećanje interpretativnih negativnih misli koje se tiču sebe, sveta i budućnosti, a koje su manje ili više uporne, rigidne i intruzivne, tako da su ovakvi negativni sadržaji uglavnom opsesivni i ruminativni. Osnovna karakteristika *negativnog viđenja sebe* je pripisivanje uzroka određenog gubitka ili neuspjeha sebi. Takva atribucija se tokom vremena infiltrira u svaku misao o samom sebi i potpuno preuzima sliku o sebi. Opšta ljudska tendencija poređenja sebe sa drugim ljudima poprima specifičnu karakteristiku da je poređenje uvijek na svoju štetu, te je svaki susret sa drugim ljudima povod za negativnu samoevaluaciju i dolazi automatski, opsesivno i praćen ruminiranjem. Prema tome, depresivna osoba reaguje prema sebi na isti način kao što uobičajeno reaguju ljudi prema drugoj osobi koju smatraju odgovornom za njihovu nesreću i patnju: (1) pronalazi negativnu ličnu crtu koja je odgovorna za gubitak ili neuspjeh (npr. sebičnost), (2) generalizuje je na osobu (sebična osoba), (3) donosi moralni sud o osobi (loša osoba), (4) razmatra mogućnosti za kažnjavanje osobe (npr. povrijeđivanje) i (5) na kraju za potpuno odbacivanje osobe (npr. prekid odnosa). Kroz ovaj kognitivni proces, depresivna osoba optužuje sama sebe zbog "lošeg" postupka ili crte ličnosti, te čini samu sebe metom sopstvenog napada i osvete, a efekti su osjećanja povrijeđenosti, ozlojeđenosti, poniženosti i ražalošćenosti. Drugi aspekt negativne kognitivne trijade odnosi se na *negativno viđenje svijeta*, koje podrazumijeva uopšteno pesimističan pogled na spoljašnju realnost koji se manifestuje izjavama koje se odnose na deprivaciju, frustraciju, odbacivanje, omalovažavanje i gubitak. Ovakvo negativno viđenje svijeta depresivne osobe podrazumjeva viđenje sebe kao da na neki način zaslužuje takvu sudbinu odbačenosti, omalovaženosti i gubitka, što je različito od anksioznog viđenja (strah od

odbacivanja) i paranoidnog viđenja ("drugi su zli, a ja to ne zaslužujem"). Na kraju, *negtivno viđenje budućnosti* podrazumjeva pesimistična očekivanja u odnosu i na kratkoročni i na dugoročnu budućnost. Pošto posmatraju budućnost kao ekstenziju sadašnjosti, depresivne osobe očekuju da će se deprivacija i frustracije nastaviti trajno i zauvijek. Kada se ujutro probude, pred sobom vide dan prepun teškoća, nametnutih obaveza i patnje, kada planiraju započinjanje neke aktivnosti, očekuju neuspjeh, a u stvarima u kojima su ranije uživali očekuju da neće uživati, već da će se dosađivati. Značajan broj istraživanja je podržao koncept negativne kognitivne trijade (Clark & Steer, 1996; Haaga et al, 1991). Rezultati su pokazali da su negativne kognicije u vezi sa simptomima depresije, depresivnim raspoloženjem i depresivnim sindromom. Ipak, brojna istraživanja su sugerisala da je negativna kognitivna trijada karakteristična samo za određeni tip depresije i da čak 50 % depresivnih pacijenata nema izražene negativne misli (Miller & Norman, 1986).

Elis takođe navodi tri glavna kognitivna faktora depresije, s tim da je značajna razlika njegove u odnosu na Bekovu kognitivnu teoriju depresije, pretpostavka da najznačajnije elemente samoodmažućeg mišljenja čine vjerovanja, koja su izražena "vrelim" evaluativnim mislima (Marić, 2003b). Abelson i Rosenberg (prema David & McMahon, 2001) su koristili termine “hladne” i “vruće” kognicije da bi napravili razliku između “saznanja” i “vrijednovanja.” Lazarus i Smit (prema David & McMahon, 2001) pod *hladnim* kognicijama podrazumjevaju procese kojim ljudi razvijaju reprezentacije relevantnih događaja. One mogu biti površinske i duboke. Pod *vrućim* kognicijama se podrazumjeva dalje procesiranje ovih hladnih kognicija. One mogu biti više ili manje apstraktne. Termini evaluativne ili vruće kognicije se koriste da bi se definisalo procesiranje hladnih kognicija i njihov značaj za čovjekovo blagostanje (Ellis, 1994; Lazarus, 1991, prema David & McMahon, 2001). Prema Lazarusovoj teoriji emocija, iako hladne kognicije doprinose procjeni, evaluativne misli su te koje direktno rezultiraju emocijama.

Elisovo (Ellis, 1994) gledište o neodvojivosti emocija i kognicija takođe polazi od pretpostavke da je emocionalizovanje, kao složeno ljudsko ponašanje, posljedica procesa ocjenjivanja vrijednosti stimulusa, odnosno njihovog evaluiranja. Evaluiranje se sastoji

od komponenti (1) opažanja vrijednosti stimulusa i (2) odgovaranja na opaženu vrijednost, a ne samo od jednog ili drugog. Kada ocenjuju vrijednost stimulusa, ljudi ga *istovremeno* opažaju i reaguju na njega. Čovjek stvara emociju onda kada nešto snažno vrijednuje, odnosno kada primjećivanje vrijednosti stimulusa i odgovor na opaženo, uključuju neke tjelesne senzacije i promene. Mišljenje koje je uključeno u emocionalno reagovanje obuhvaćeno je pojmom *"vruća" kognicija*, jer je evaluativno, za razliku od neemocionalnog mišljenja, koje je obuhvaćeno pojmom *"hladna" kognicija*, jer je neevaluativno. "Vruće" mišljenje obuhvata verbalne i neverbalne oblike mišljenja i komunikacije sa sobom. Ovakve misli osoba ponavlja sama sebi u unutrašnjem govoru. Najznačajnije "vruće" kognicije prema Elisu (Ellis, 1994) su one koja imaju značenja apsolutističkog zahtjeva ("mora" / "ne smije"), užasavanja ("užasno", "katastrofalno"), niske tolerancije na frustracije ("ne mogu da podnesem", "neizdrživo je"), globalne negativne procjene ljudske vrijednosti ("bezvrijedan sam / si", "loš sam / si"). Ove ekstremne evaluacije mogu se svrstati u tri grupe: 1) evaluacije usmjerene na sopstvene postupke, posebno na polju moralnog ponašanja, dostizanja uspjeha i zadobijanja naklonosti i odobravanja drugih ljudi; 2) evaluacije usmjerene na tretman koji se dobija od strane drugih ljudi, posebno u domenu pravednosti i zasluga; 3) evaluacije usmjerene na životne uslove, posebno u domenu unutrašnjeg i spoljašnjeg komfora, životnih problema i teškoća. Rezultati novijih istraživanja (vidjeti David & Avellino, 2002) podržavaju ove pretpostavke o evaluativnim kognitivnim činiocima depresivnog raspoloženja.

U REBT (Ellis, 1994) ove evaluacije nazivaju se vjerovanjima i djele se na racionalna i iracionalna. Racionalnim se smatraju ona vjerovanja koja su samopomažuća, odnosno ona vjerovanja koja osobi pomažu da dođu do svojih dugoročnih ciljeva, a karakteristike takvih vjerovanja su: (1) logičnost, (2) usklađenost sa realnošću i (3) pragmatičnost, odnosno usklađenost sa ciljevima i vrijednostima osobe. Racionalna vjerovanja su vjerovanja o *poželjnosti*. Ona su zasnovana na pretpostavci da ljudi imaju biološku sklonost da žele dostizanje svojih ciljeva i da ne žele ometanje tih ciljeva. Ova vjerovanja se smatraju racionalnim zato što uglavnom ljudima pomažu da dobiju više onoga što žele, a manje onoga što ne žele. Izražavaju se u formi stavova ili ideja da je nešto poželjno ili nepoželjno, korisno ili štetno, dobro ili loše, povoljno ili nepovoljno.

Jezička formulacija racionalnog vjerovanja u vidu unutrašnje verbalizacije može glasiti: "Jako bih volio da nisam depresivan, ali pošto jesam, to je nepovoljno, ali nije užasno i ja zbog toga nisam loša ili manje vrijedna osoba."

Nasuprot tome, iracionalna vjerovanja su apsolutistički *zahtjevi*. Naime, ljudi su skloni da lako pretvore svoje želje ili preferencije u zahtjeve da se ono što je nepoželjno apsolutno ne smije desiti i/ili da se ono što je poželjno apsolutno mora desiti. Ovakva vjerovanja su iracionalna jer ne ispunjavaju kriterijume racionalnosti (logičnost, usklađenost sa realnošću i usklađenost sa ciljevima i vrijednostima osobe). Jezička formulacija iracionalnog vjerovanja u vidu unutrašnje verbalizacije može glasiti: "Ja apsolutno ne smijem biti depresivan jer je to nepodnošljivo stanje, a pošto jesam to je užasno i ja sam zbog toga loša ili manje vrijedna osoba".

Prema REBT teoriji, depresivnost proizilazi iz kombinacije iracionalnih vjerovanja, zahtjevanja i samoomalovažavanja. Drugim riječima, osoba vjeruje da mora biti kompetentna, uspješna, voljena i sl., sve vrijeme, inače je bezvrijedno ljudsko biće (Kendall et al., 1995). Da bi ljudi promijenili svoje disfunkcionalno depresivno stanje, potrebno je da se drže svojih preferencija za uspjehom, priznanjem, pravdom i komforom, a da izbjegavaju pretvaranje ovih preferencija u apsolutističke zahtjeve. Na taj način, i kada njihove želje nisu ispunjene, ljudi će osjećati funkcionalnu tugu i žaljenje, ali ne i disfunkcionalnu depresiju (Ellis, 1997). Istraživanja su potvrdila hipotezu da se klinički depresivne osobe i osobe sklone depresivnosti značajno više drže iracionalnih vjerovanja (McDermut, Haaga, & Bilek, 1997; Solomon, Arnow, Gotlib, & Wind, 2003; Macavei, 2005) i utvrdila kauzalnu ulogu iracionalnih vjerovanja u stvaranju depresivnih simptoma (Solomon et al., 1998; Solomon et al., 2003). Ako se neko drži racionalnih vjerovanja, teškoće i gubici će voditi "adekvatnim" negativnim emocijama kao što su nezadovoljstvo, žaljenje i tuga. Ukoliko se neko drži iracionalnih vjerovanja onda će ovi događaji voditi "neadekvatnim" negativnim emocijama kao što su depresija, anksioznost i bijes (Haaga & Davison, 1993).

Pošto su depresivni poremećaji veoma heterogena grupa i specifični sadržaji disfinkcionalnih kognicija se veoma razlikuju, Elis (prema Marić, 2003a) je šematizovao

tri veoma široke kategorije vjerovanja koje mogu obuhvatati različite sadržaje. On pretpostavlja da postoje tri takva kognitivna faktora depresivnih poremećaja:

1. čvrsto uvjerenje u svoju ličnu neadekvatnost
2. čvrsto uvjerenje da je strašno nemati u životu ono što je "neophodno" imati
3. čvrsto uvjerenje da su stvari onakve kave su užasne

Prvo uvjerenje može biti potkrepljivano i održavano "dokazima" iz prošlosti koji govore o nesposobnosti osobe da rješava životne probleme i učini svoj život boljim, koji govore o neuspjesima na obrazovnom ili poslovnom planu ili neuspjesima da započne ili održi veza, itd. Drugo uvjerenje se takođe potkrepljuje i održava različitim "dokazima" koji zavise od životnih preferencija, vrijednosti i ciljeva određene osobe. To može biti materijalno blagostanje, život bez problema, podrška roditelja, veze i odnosi sa drugim ljudima, uspjesi u različitim oblastima, itd. Na kraju, treće uvjerenje se takođe može odnositi na širok dijapazon stvari od sadašnjeg depresivnog stanja i različitih simptoma do različitih životnih prošlih, sadašnjih i/ili budućih okolnosti o kojima osoba ruminira.Kada je u pitanju odnos ovih kategorija vjerovanja, najvjerovatnije je da su depresivne osobe prvenstveno osjetljive na određene situacije koje interpretiraju kao nemanje nečega što bi "morale" imati i na koje reaguju užasavanjem, dok je samooptuživanje posljedica sklonosti depresivnih osoba da sebe optužuju za neostvarivanje svojih ciljeva i nemogućnost da izbjegnu neprijatna osjećanja. U ovoj fazi, depresivne osobe su okupirane pitanjima o svojoj adekvatnosti i sposobnosti da upravljaju svojim životom. U sledećoj fazi, dakle tek sekundarno, dolazi do ruminiranja o sopstvenoj vrijednosti i bezvrijednosti, odnosno do pretjeranih negativnih evaluacija o sebi u cjelini. Na kraju, osoba završava apsolutističkim zahtjevima i pretjeranim evaluacijama u odnosu na život.

Depresivne osobe izvještavaju da je najbolniji osjećaj očajanje i bespomoćnost u odnosu na nemanje onoga što se mora imati i u odnosu na nemogućnost da se nadoknadi neki prošli, sadašnji ili pretpostavljeni gubitak ili da se obezbijedi nešto što se mora imati. Osjećanje krivice i samooptuživanje zbog neuspjeha je manje bolno tokom depresije, a

najlakše se podnosi stanje inercije, tuposti i ravnodušnosti bez bilo kakvih želja i preferencija (Marić, 2003a).

**Klasifikacija depresivnih poremećaja**

Prema klasifikaciji DSM IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996), depresija spada u kategoriju "poremećaji raspoloženja" pošto podrazumjeva poremećaj koji uključuje smetnje u raspoloženju kao dominirajuću karakteristiku. "Poremećaji raspoloženja" je grupa psihijatrijskih poremećaja kod kojih su emocije kao psihičke funkcije dominantno oštećene. Iako emocije mogu biti oštećene na različite načine (bijes, gnjev, depresija, strah, itd.), uobičajeno je da se u ovoj grupi oboljenja misli isključivo na poremećaj emocija u smislu poremećaja raspoloženja, tačnije na depresiju ili euforiju. Marić (2000) navodi da postoje različite dihotomije. Tako postoje pojmovi sekundarne depresije (odnosi se na depresiju kao simptom kod nekog drugog psihijatrijskog oboljenja, npr. shizofrenije) i primarne depresije (odnosi se na depresiju kao samostalnu nozološku jedinicu). Zatim, postoje dihotomni pojmovi neurotične (nema otuđenja od realnosti) i psihotične depresije (postoji otuđenje od realnosti pod uticajem bolesnog raspoloženja), te endogene ("funkcionalna", biološki-genetski uslovljena) i reaktivne, egzogene depresije (uzrokovane faktorom okoline ili psihogenim faktorima). Postoji zatim i agitirana depresija (osoba je u pokretu, uznemirena) i inhibovana depresija (osoba je mirna, povučena), unipolarna (javljaju se samo depresivne faze) i bipolarna depresija (pored depresivne, javlja se i manična faza), te maskirane, "suve" (teško zaplače) i "vlažne" depresije, itd.

Prema klasifikaciji DSM IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996), poremećaji raspoloženja podijeljeni su na depresivne poremećaje ("unipolarna depresija"), bipolarne poremećaje i dva poremećaja koji se temelje na uzroku: poremećaj raspoloženja zbog opšteg zdravstvenog stanja i poremećaj raspoloženja prouzrokovan psihoaktivnim supstancama. Osnovu za dijagnostikovanje poremećaja raspoloženja predstavljaju *epizode* poremećaja raspoloženja (velika depresivna epizoda, manična epizoda, miješana epizoda i hipomanična epizoda), ali se epizode ne dijagnostikuju kao zasebni entiteti, već kao bitne karakteristike pojedinih poremećaja raspoloženja.

U kategoriju depresivnih poremećaji ubrajaju se:

1. *Veliki depresivni poremećaj* obilježen je jednom ili s više velikih depresivnih epizoda
2. *Distimični poremećaj* je obilježen s najmanje dvije godine depresivnog raspoloženja tokom više dana nego što nije prisutno, povezano s dodatnim depresivnim simptomima koji ne zadovoljavaju kriterijume za veliku depresivnu epizodu
3. *Depresivni poremećaj, neodređen* uključen je za šifriranje poremećaja s depresivnim karakteristikama koji ne zadovoljavaju kriterijume za veliki depresivni poremećaj, distimični poremećaj, poremećaj prilagođavanja s depresivnim raspoloženjem ili poremećaj prilagođavanja s miješanom anksioznošću i depresivnim raspoloženjem (ili depresivnim simptomima o kojima postoje nedovoljne ili protivriječne informacije).

Razlikuju se od bipolarnih poremećaja po činjenici što u anamnezi nemaju maničnu, miješanu ili hipomaničnu epizodu, dok bipolarni poremećaji uključuju prisustvo (ili postojanje u anamnezi) ovih epizoda, obično povezanih s prisustvom (ili postojanjem u anamnezi) velike depresivne epizode (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

**Velika depresivna epizoda.** Bitna karakteristika velike depresivne epizode je period od najmanje dvije sedmice tokom kojeg su prisutni (1) depresivno raspoloženje ili (2) gubitak zanimanja ili uživanja u gotovo svim aktivnostima. Osoba takođe doživljava najmanje četiri dodatna simptoma iz sledećeg spiska (Američka psihijatrijska udruga, 1996, str. 329):

- promjene apetita i tjelesne težine
- promjene spavanja (insomnija ili hipersomnija)
- promjene psihomotornih aktivnosti (agitacija ili retardacija)
- smanjenje životne energije
- osjećaj bezvrijednosti i krivice
- teškoće u mišljenju, koncentrisanju ili donošenju odluka

- ponavljajuće misli o smrti ili razmišljanje o samoubistvu, planiranje ili pokušaj samoubistva

Za konstatovanje velike depresivne epizode moraju biti zadovoljeni dodatni i jasno određeni kriterijumi. Bitna karakteristika velike depresivne epizode je period od najmanje dvije sedmice tokom kojeg su bili prisutni depresivno raspoloženje ili gubitak zanimanja ili uživanja u gotovo svim aktivnostima. Osoba takođe mora doživljavati najmanje četiri simptoma sa gornjeg spiska. Da bi govorili u prilog velike depresivne epizode, simptomi moraju ili biti prisutni tek odnedavno ili moraju biti značajno pogoršani u odnosu na stanje osobe prije epizode. Simptomi moraju trajati gotovo cijeli dan, gotovo svaki dan, najmanje dvije uzastopne sedmice. Epizoda mora biti praćena klinički značajnim smetnjama ili oštećenjima socijalnog, radnog ili drugih važnih oblasti djelovanja. Za neke osobe s blažim epizodama, djelovanje može izgledati normalno, ali zahtjeva značajno pojačane napore (ibid).

**Klasifikacija depresivnih poremećaja prema kognitivnim modelima.** Bek (Beck, 1976) razlikuje dva depresivna poremećaja: minor i major. Depresivni poremećaj minor dijagnostikuje se kada ne postoje psihotične epizode, a najistaknutiji poremećaj je depresivno raspoloženje u odsustvu kompletnog depresivnog sindroma, iako su neke osobine prisutne. On smatra da je ova distinkcija od krucijalnog značaja za indikovanje kognitivne terapije pošto depresivni poremećaji minor mnogo bolje reaguju na kognitivnu terapiju bez pratećih medikamenata nego na kombinovanu ili samo medikamentoznu terapiju. I sam depresivni poremećaj major smatra se heterogenom kategorijom. Iako su induktivni pokušaji klasifikasija simptoma uglavnom nekonzistentni, teoretičari i dalje pokušavaju da odrede podvrste depresivnog poremećaja major. Međutim, jasni dokazi za izdvajanje u određenu kategoriju postoje samo za endogenu podvrstu ovog poremećaja. Za ostale pretpostavljene podvrste (sociotropna, autonomna, samokritična podvrsta i podvrsta beznadežnosti) nedostaje internalna koherentnost ili su se rasprostirale duž dimenzije (Haslam & Beck, 1994).Major depresija je većinom rekurentna. Većina pacijenata (oko 80-100%) koja ima jednu epizodu depresije major, ima najmanje još jednu takvu epizodu. Trajanje svake epizode ima tendenciju da bude realtivno konzistentno, a uobičajena dužina ciklusa je otprilike godinu dana (Goodwin, 1988;

prema Marić, 2003a). Depresivni poremećaji major većinom bolje reaguju na farmakoterapiju (Beck, 1976). Međutim, sa stanovišta efikasnosti kognitivne terapije, Bek smatra da su intenzitet i kvalitet depresije nevažni, tako da brojne klasične dijagnostičke dileme vezane za depresivni poremećaj (neurotsko-psihotično, endogeno-reaktivno, primarno-sekundarno) postaju neinteresantne (Biro, 2001).

Elis (Ellis, 1994) depresivne poremećaje dijeli na lakše i teže oblike. Prve naziva "neurotskim", a druge endogenim depresijama. Smatra da je u slučajevima endogenih depresija REBT nedovoljan tretman i sugeriše medikamentoznu terapiju u kombinaciji sa REBT. U slučajevima endogenih depresija, REBT se preporučujue prvenstveno kao treman disfunkcionalnih kognicija koje mogu uticati na istrajnost i pridržavanje režima liječenja medikamentima. Tu prije svega spada ohrabrivanje klijenta dokazivanjem da se mogu izliječiti, a zatim i pokazivanje kako mogu bezuslovno prihvatiti sebe uprkos simptomima.

**Etiologija depresivnih poremećaja**

Obuhvatan pregled literature (prema Hart, Craighead, & Craighead, 2001) sugeriše sledeće značajne prediktore depresivnih poremećaja: broj prethodnih velikih depresivnih epizoda, negativni životni događaji (pojedinačno i u interakciji sa kognitivnim faktorima), eksplanatorni stil za pozitivne životne događaje, negativna porodična interakcija, patologija ličnosti na osi II prema DSM IV i perzistentni biološki disbalansi. Pregledi ukazuju na različite rezultate za prethodno postojanje distimičnog poremećaja, istoriju tretmana depresije, vrijeme odgovora na tretman i ozbiljnost epizoda depresije. Iznenađujuće malo studija je istraživalo prediktorske efekte drugih dijagnoza na osi I prema DSM IV. Međutim, navedeni prediktori ne objašnjavaju uzroke depresivnih poremećaja. Uzroci depresivnih poremećaja, kao i većine psiholoških poremećaja, veoma su kompleksni. Valen i Reder (Wallen & Rader, 1991) predložili su jedan obuhvatan i prihvatljiv etiološki model depresivnih poremećaja koji pretpostavlja interakciju tri faktora: biologije-genetike, ranog razvoja i aktuelnih sredinskih okolnosti. Uticaj bilo kojeg od nabrojanih faktora varira od osobe do osobe, ali varira i tokom vremena kod jedne iste osobe. Moguće je zamisliti osobu koja dolazi iz zdrave primarne porodice, ali ima genetsku predispoziciju, tako da zdrave poruke koje su dolazile iz njene

porodice mogu biti ugrađene u njenu životnu filozofiju i imati zaštitnu funkciju onda kada se aktivira depresivni poremećaj zbog bioloških faktora. S druge strane, djete može odrasti u porodici sa depresivnim roditeljima i primati vrlo nezdrave poruke, ali biti genetički preskočeno kada su u pitanju biološki faktori. Takođe, osoba može biti bez genetske predispozicije, odrasti sa zdravim roditeljima, a ipak u sadašnjosti imati preplavljujuće negativne životne događaje koji rezultiraju razvijanjem depresivnog kognitivnog stila. Kombinacije su različite, a situacija u realnosti je rijetko jednostavna jer se navedeni faktori preklapaju i u stalnoj su interakciji.

Navedeni etiološki model sugeriše da osoba može doživljavati različite vrste negativnih afektivnih reakcija, koje mogu biti manje ili više preplavljujuće. Na primjer, kada je *sadašnji stres* povećan, emotivna reakcija može biti tuga ili žaljenje, što je normalna reakcija pošto gotovo svaka osoba doživljava takvu emocionalnu reakciju na gubitak, uskraćenost ili životnu neprijatnost. Ukoliko je negativan životni događaj ozbiljna uskraćenost ili gubitak, reakcija je intenzivnija i produženog, ali ipak vremenski ograničenog trajanja. Iako je osoba u takvom stanju nesrećna i nezadovoljna, ovo emocionalno stanje nije patološko. Međutim, kada je reakcija u odnosu na negativan događaj nesrazmjerna po intenzitetu i trajanju, radi se o reaktivnoj depresiji. Osoba ima značajno iskrivljeno razmišljanje o gubitku (generalizacija, personalizacija, katastrofiziranje, itd.), utičući na taj način na intenziviranje depresivne reakcije. Prema ovom modelu, može se pretpostaviti da na ovakvu emocionalnu reakciju utiču *razvojna iskustva*, pošto je osoba vjerovatno tokom odrastanja naučila da se tako ponaša u odnosu na stresne situacije, čineći tako lošu situaciju još lošijom pojačavajući negativitet depresivne reakcije. Ukoliko se ovakva reakcija nastavi dovoljno dugo i ako u porodičnoj istoriji postoje depresivni poremećaji, može se pretpostaviti da se radi o *biološko-genetskom faktoru*.

**Etiologija depresivnih poremećaja prema kognitivnim modelima.** U okviru kognitivnih modela, najznačajnije izvore teorija depresivnosti predstavljaju dva psihoterapijska pravca: Bekova kognitivna terapija (Beck, 1976) i Elisova racionalno-emotivno-bihejvioralna terapija (Ellis, 1994). Bekovom teorijom inspirisana su istraživanja uloge iskrivljenih misli i disfunkcionalnih stavova u depresivnom

raspoloženju i depresivnom sindromu. Elisova teorija pokrenula je istraživanja uloge samoporažavajućih vjerovanja i "vrelih" evaluacija u emocionalnim poremećajima i disfunkcionalnim ponašanjima (Marić, 2003b). Bekova (Beck, 1976) konceptualizacija depresivnih poremećaja ne razmatra detaljno prvenstveni uzrok, niti nudi teoriju koja se odnosi na mogući krajnji uzrok depresivnog poremećaja. On smatra da uzroci leže u genetskoj predispoziciji, učenju, oštećenju mozga, biohemijskim abnormalnostima i drugim mogućim uzrocima, kao i u njihovoj kombinaciji, te da je zbog toga depresija heterogena grupa poremećaja s obzirom na etiologiju. U prvom redu se bavi razmatranjem specifičnosti kognitivnih organizacija koje doprinose osjetljivosti na depresivni poremećaj. Otkrio je da su disfunkcionalne kognitivne organizacije prisutne kod većine depresivnih poremećaja, ali ne vjeruje da se one stvaraju svaki put iz početka kada osoba doživi depresivnu epizodu.

Bek (Beck, 1976) smatra da se radi o relativno trajnoj anomaliji u obliku latentnih disfunkcionalnih kognitivnih struktura koje su vjerovatno formirane ranije u životu i osobu čine osjetljivom za depresivni poremećaj. One bivaju aktivirane pod uticajem stresora, biohemijskih disbalansa, hipotalamičkom stimulacijom ili nekim drugim agensom. Prema tome, kauzalni nivo Bekovog modela depresije polazi od pretpostavke da osobe koje imaju iskrivljena gledišta ili disfunkcionalne stavove, imaju veći rizik za depresiju onda kada se nađu suočene sa životnim stresom. Disfunkcionalni stavovi ili gledišta konceptualizovani su kao kognitivne šeme koje predstavljaju trajne reprezentacije znanja i iskustva, obično formirane u djetinjstvu. One usmjeravaju i određuju način procesovanja situacionih informacija u sadašnjosti (Marić, 2003b). Na taj način je Bek potpuno obrnuo osnovnu pretpostavku klasične psihijatrije da su depresivni kognitivni sadržaji samo simptom u čijoj osnovi stoji afektivni poremećaj, sa implicitnom pretpostavkom biološkog poremećaja. On je tvrdio da u osnovi depresije leže kognitivni poremećaji, a da je afekt posljedica, a ne uzrok. Ipak, istraživanja nisu dala pouzdan odgovor na ovo pitanje, a sve veća saglasnost postoji oko etiološkog pitanja na taj način što se prihvata multietiološka uzročnost depresivnog poremećaja (Biro, 2001).

Elis (Ellis, 1994) takođe nije izložio elaboriranu teoriju o etiologiji depresivnih poremećaja i smatra da su uzroci mnogostruki i da obuhvataju biološke, razvojne i

sredinske faktore. Disfunkcionalne kognicije mogu pratiti, ali ne moraju nužno prouzrokovati depresiju pošto su kompletni uzroci depresije toliko složeni da se o njima može samo spekulisati i vjerovatno ih ni godine terapije i istraživanja neće otkriti. Ipak, za razliku od Beka, Elis (Ellis, 1994) jasno ističe da su osobe sa ozbiljnim poremećajima više urođeno predisponirane da misle iskrivljeno i rigidno od onih sa slabijim poremećajim, čime više naglašava biološke uzročnike u odnosu na razvojne i sredinske. Za razliku od drugih teorija koje naglašavaju uticaj važnih životnih događaja na razvoj psihičkih poremećaja, on pretpostavlja da postoje dvije osnovne biološki zasnovane sklonosti. Jedna je samopomažuća i ima svoj izraz u sposobnosti ljudi da djeluju unapređujuće u odnosu na sebe i svoj život, a druga je samoosujećujuća i izražava se kroz razmišljanja, osjećanja i ponašanja putem kojih ljudi rade protiv svog najboljeg interesa.

Takođe pretpostavlja da je najopštiji cilj ljudskih bića u osnovi hedonistički, što znači da ljudi teže da prežive i da što zadovoljnije provedu svoj život, te polazi od pretpostavke da su ljudska bića najsrećnija kada sebi postave važne ciljeve i aktivno se trude da ih postignu. Zbog toga su ljudi prirodno motivisani i imaju sposobnost da mjenjaju sebe i sve oko sebe u pravcu koji će im omogućiti duži život sa više zadovoljstva, a manje patnje. Samoosujećujuće sklonosti su prirodna i uobičajena pojava za većinu ljudi, barem izvjestan dio vremena. Pretpostavlja se da ona većim dijelom proističu iz same ljudske prirode, a manjim dijelom iz uticaja sredine ili ranog razvoja, a osnova ovakvog stanovišta je u lakoći kojom ljudi pogrešno misle i u raširenosti iracionalnog razmišljanja. Neki od dokaza u prilog ovoj tvrdnji su to što većina ljudi ima tendenciju da se ponaša samoosujećujuće u odnosu na ciljeve koje želi da ostvari. Iracionalnosti koje nalazimo u osnovi poremećaja u jednoj kulturi, mogu se pronaći i u drugim kulturama. Mnoga autodestruktivna ponašanja protive se onome što nas uče roditelji, a mi im se lako vraćamo i lakše ih učimo od samopomažućih.

Na osnovu ovih činjenica Elis je zaključio da se radi o biološki uslovljenoj ljudskoj tendenciji, tako da osobe koje boluju od endogene depresije, zbog biohemijskih ograničenja, počinju da produkuju disfunkcionalne kognicije u odsustvu bilo kakvih aktivirajućih događaja. Međutim, iako polazi od stajališta da ljudi imaju izrazitu biološku sklonost da misle iracionalno, REBT takođe podrazumjeva da oni imaju konstruktivnu

sposobnost odabira da rade na promjeni iracionalnog mišljenja i njegovih autodestruktivnih posljedica. Obzirom na urođene biološke tendencije pojedinaca, kapaciteti za promjenu iracionalnih vjerovanja u racionalna su individualni (Ellis & Dryden, 2002).U prilog zadnjoj navedenoj pretpostavci o individualnim razlikama u kapacitetima za promjenu iracionalnih vjerovanja u racionalna govore i novija istraživanja (Sheppard & Teasdale, 2000) koja ukazuju da se kod osoba sa velikim depresivnim poremećajem radi o deficitu u metakognivnom monitoringu disfunkcionalnih kognitivnih produkata. Zbog toga osobe sa velikim depresivnim poremećajem imaju smanjenu sposobnost da sagledaju nerealističnost, nelogičnost i disfunkcionalnost svojih misli. Međutim, iako su disfunkcionalne kognicije gotovo uvijek sastavni dio depresivnog poremećaja koji je pokrenut biološkim procesima, one su također i faktor pojačavanja tih bioloških procesa. Naime, kada osobu iznenada preplave depresivni simptomi prouzrokovani biološkim procesima, odnosno bez aktivirajućeg događaja i uznemirujućih kognicija, sama depresija postaje za nju aktivirajuće iskustvo i ona počinje razmišljati disfunkcionalno o tim svojim simptomima kao o aktivirajućem događaju. Na taj način depresivna osoba može pojačati i/ili produžiti svoje depresivno stanje (Ellis, 1999, prema Marić, 2003a).

Prema tome, najopštije postavke Elisove teorije vrlo su slične Bekovom modelu, jer takođe ističu ulogu disfunkcionalnog mišljenja u nastajanju i održavanju depresije. Elisova teorija polazi od pretpostavke da je depresivno raspoloženje emocionalna posljedica interakcionog uticaja opaženih negativnih životnih događaja i čovjekovih disfunkcionalnih ili iracionalnih vjerovanja u vezi sa tim događajima. Što se tiče samih kognitivnih aspekata depresivnih poremećaja, značajnu razliku u odnosu na Bekovu kognitivnu teoriju depresije predstavlja pretpostavka da najznačajnije elemente disfunkcionalnih vjerovanja čine značenja ekstremnih *evaluacija*, koja su izražena u "vrelim" evaluativnim mislima. (Marić, 2003b).

**Tretman depresivnih poremećaja**

U ovom dijelu prvo ću kratko objasniti opšte principe i metode u tretmanu depresivnih poremećaja, a zatim ću se detaljno posvetiti razmatranju kognitivno-bihejvioralne terapije. Najviše pažnje posvetiću pravcu unutar KBT koji je u savremanim

podjelama sistematizovan pod nazivom terapije kognitivnom restrukturacijom (Mahoney & Arnkoff, 1978, prema Živčić, 2003; Scott & Dryden, 1998). Poseban naglasak biće na racionalno-emotivno-bihejvioralnoj terapiji koja predstavlja najstariju i najprimjenjivaniju formu KBT (Ellis & Dryden, 2002), a njene osnovne pretpostavke su prihvaćene od strane svih formi KBT (Macavei, 2005). Poslednje navedeno posebno se odnosi na ABC model ljudskog funkcionisanja koji je ključan za sve intervencije u okviru KBT. Pored razmatranja osnovnih teorijskih principa KBT, takođe ću objasniti viđenje (1) terapijske promjene, (2) uvida i (3) terapijskog odnosa iz ugla KBT, (4) upotrebu kognitivno-bihejvioralnih terapijskih tehnika, kao i (5) ograničenja u primjeni KBT kod depresivnih poremećaja.

**Opšti principi i metode u tretmanu depresivnih poremećaja.** Težina depresivnog poremećaja određuje kompleksnost tretmana, a prema Mariću (2000) kompleksan tretman depresivnih poremećaja podrazumjeva psihoterapiju, psihofarmakoterapiju, biološku terapiju, hospitalizaciju i okupaciono-radnu terapiju. Postoji veoma mnogo raznovrsnih psihoterapijskih tehnika koje se sve više usavršavaju. Stara podjela psihoterapijskih tehnika na površinske i dubinske uglavnom je odbačena, a neke od mogućih podjela su na suportivne, reedukativne i rekonstruktivne (ibid) ili dinamičke, kognitivno-bihejvioralne, humanističko-egzistencijalističko-fenomenološke, integrativne i socioterapijske (Erić, 2001). Prema istraživanjima (Elkin et al., 1989; Beckman, 1990; Shea et al., 1992), najefikasnije forme psihoterapije za depresivne poremećaje su kognitivno-bihejvioralna i interpersonalna terapija. Psihofarmakoterapija depresivnih poremećaja podrazumjeva liječenje antidepresivima i primjenjuje se kao udarna terapija kod psihotičnih formi depresija, dok je kod psihogeno uslovljenih depresija (distimija, pa donekle i psihotična depresivna reakcija) to samo potporna metoda liječenja osnovnom psihoterapijskom postupku (Marić, 2000). Većina studija koje su se bavile efeikasnočću tretamana depresivnih poremećaja sugerišu prednost kombinovanih tretmana (psihoterapija i psihofarmakoterapija), naročito za ozbljne, rekurentne, hronične i gerijatrijske forme. Međutim, profesionalna edukacija psihologa, psihijatara i socijalnih radnika zna biti pod uticajem konflikata između tradicionalnih medicinskih modela i različitih psihoterapijskih pristupa. Ovi konflikti često izlaze na površinu tokom profesionalnog treninga i poslije, tokom primjene tretmana. Prihvatanje

različitih validnih pristupa je od ključnog značaja (Winston, Been & Serby, 2005). U liječenju rezistentnih formi depresija se i dalje veoma široko i intenzivno primjenjuje biološka terapija koja podrazumjeva aplikaciju elektrokonvulzivne terapije. Hospitalizacija je neophodna kada postoji rizik od samoubistva, kada je ona obavezna i etički opravdana (prisilna hospitalizacija). Na kraju, okupaciono-radna terapija pomaže depresivnoj osobi da bude u kontaktu sa realnošću i poboljšava joj izgubljeno osjećanje samopoštovanja, tako da može da bude izvor pozitivnih životnih stimulacija, značajnih u tretmanu depresivnih poremećaja (Marić, 2000).

**Tretman zasnovan na kognitivnim modelima depresivnih poremećaja.** Osnovna pretpostavka kognitivnih modela emocionalnih poremećaja je da ljudi u priličnoj mjeri *sami* stvaraju i usvajaju samoosujećujuća ponašanja i emocije, iskrivljenim, nelogičnim i nerealističnim razmišljanjem. Specifičan kapacitet ljudi da misle o sopstvenom mišljenju i sposobnost da misle o svom mišljenju o svom mišljenju, omogućava im da shvate da oni u stvari ne saobraćaju sa realitetom kao takvim, već sa *svojim viđenjem* realiteta. Takođe su u stanju da shvate da su njihove životne filozofije u osnovi *hipoteze* o (1) njima samima, (2) drugim ljudima i (3) svijetu i uslovima života. Te hipoteze se mogu provjeriti, jer ljudi imaju sposobnost da misle racionalno o različitim aspektima svog razmišljanja. Elis je pretpostavio da je ta sposobnost osnova za efikasno korišćenje kognitivne psihoterapije (Marić, 2002). Za razliku od drugih psihoterapijskih škola koje psihopatološki proces posmatraju kao rezultat skrivenih sila koje osoba ne može da kontroliše, kognitivna terapija ukazuje na ulogu zdravog razuma u suočavanju čovjeka sa psihološkim problemima, koji se umeće između stimulusa i reakcije, između opažaja i emocionalnog odgovora. Oslanja se na logičke komponente ljudskog bića i razrađene tehnike rješavanja svakodnevnih problema, te ih koristi u borbi sa psihopatološkim fenomenima. Jednostavnost i razumljivost, kako teorije, tako i tehnike, velika je vrlina ovog pristupa. Nema nikakve mistifikacije, nerazumljivih i neprovjerljivih konstrukata, tako da tokom čitavog tretmana klijent ima potpun uvid u zbivanjima u kojima učestvuje (Biro, 2001). Tretmani zasnovani na kognitivnom modelu pripadaju širem krugu psihoterapija koje u svojoj osnovi imaju model teorije učenja, te su objedinjeni pod nazivom kognitivno-bihejvioralna terapija.

**Kognitivno-bihejvioralna terapija**. Iz ugla KBT, ljudsko iskustvo vidi se kao produkt četiri elementa koja su u interakciji: fiziologije, kognicije, ponašanja i emocije (Scott & Dryden, 1998), kao što je prikazano na Figuri 1 na sledećoj strani.

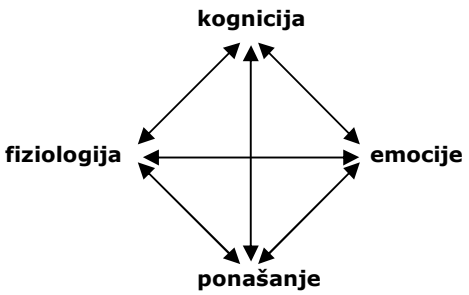



**Figura 1**: kognitivno-bihejvioralni model

Takođe, može se govoriti o dva različita nivoa (Figura 2. na sledećoj stranici), između kojih postoji recipročna interakcija (Person, 1989). Prvi nivo tiče se vidljivih teškoća osobe, sa prepoznatljivim kognicijama, emocijama i ponašanjem koji su u recipročnoj interakciji. Drugi nivo tiče se prikrivenijih teškoća osobe, tj. jezgrovnih, duboko ukorjenjenih vjerovanja koja ljudi imaju o sebi i svojim odnosima prema svijetu koja su rijetko kada verbalizovana, obično dejstvuju na rubu svjesnosti i oblikovana su tokom djetinjstva.

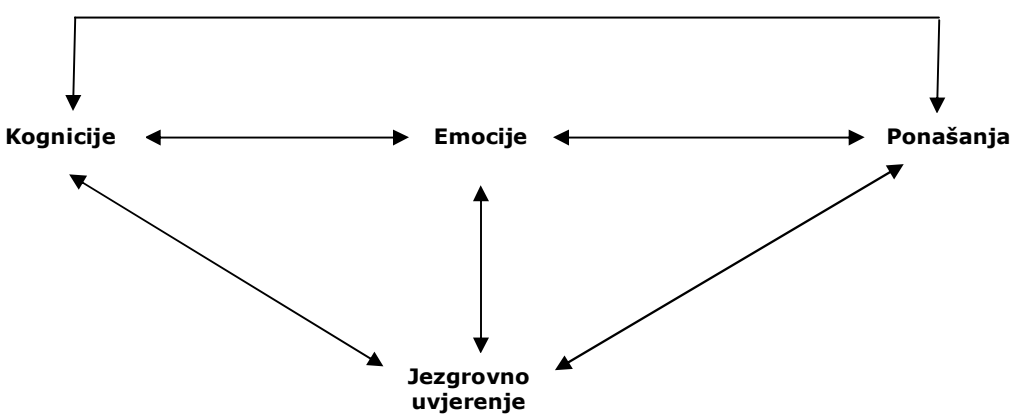



**Figura 2**: Personsov model klijentovih teškoća

Unutar kognitivno-bihejvioralne tradicije, primarni naglasak u terapiji stavljen je na prekidanje negativnih ciklusa disfunkcionalnih kognicija, emocija i ponašanja preko kognitivnih i bihejvioralnih "kanala." Terapeut se temeljno fokusira na različite

kognitivne sadržaje (prvog ili drugog nivoa) ili kognitivne distorzije, sa ciljem da pomogne klijentu da ih postane svjestan, razmotri njihovu opravdanost, logičnost, racionalnost i funkcionalnost, te da ih zatim zamjeni funkcionalnijim. On, takođe, obično koristi čitav niz bihejvioralnih postupaka kao što su, npr. različite tehnike izlaganja, asertivni trening i sl. Moguće je, međutim, prekinuti negativne cikluse i preko fiziološkog "kanala" (npr. vježbama relaksacije) ili emocionalnog "kanala" na koji se sve više obraća pažnja, posebno kada su u pitanju tretmani poremećaja ličnosti. U suštini, KBT predstavlja aktivan, direktivan, strukturisan i psihoedukativan pristup. Tri bazične pretpostavke u osnovi KBT su: (1) emocije i ponašanja su određena mišljenjem, (2) emocionalni poremećaji su rezultat negativnog i nerealističnog mišljenja i (3) mjenjajući negativno i nerealistično mišljenje moguće je smanjiti emocionalne poremećaje. Proces kognitivno-bihejvioralne terapije podrazumjeva učenje klijenta da: (1) *nadgleda* emocionalne poremećaje i aktivirajuće događaje, (2) *identifikuje* maladaptivne misli i vjerovanja, (3) *uvidi* vezu između mišljenja, emocija i ponašanja, (4) *testira* maladaptivne misli i vjerovanja ispitujući dokaze za i protiv njih i (5) *zamijeni* negativno sa realističnim mišljenjem (Trower and Casey, 1988, prema Nichols, 2001).

Budući da postoji više od 20 različitih kognitivno-bihejvioralna terapija, Mahoni i Arnkof (Mahoney & Arnkoff, 1978, prema Živčić, 2003) su ih sistematizovali u tri osnovna pravca: (1) terapije zasnovane na kognitivnoj restrukturaciji, (2) terapije suočavanja i (3) terapije rješavanjem problema. Skot i Drajden (Scott & Dryden, 1998) su ovoj podjeli dodali četvrti pravac vezan za strukturalnu kognitivnu terapiju i shema terapiju koje se usmjeravaju na jezgrovne strukture, vjerovanja ili sheme kojih se osoba drži kao neporecivih tvrdnji o nekom značajnom aspektu selfa i realnosti. Susreti se u pravilu organizuju na sedmičnoj osnovi, osim kod teže depresivne reakcije ili u prisutnosti jačeg suicidalnog rizika. Prosječno trajanje tretmana je 16 susreta, što ne važi za poslednje navedene terapije koje tipično traju oko 18 mjeseci, pošto se primjenjuju kod poremećaja ličnosti sa ciljem postizanja fundamentalnih promjena. Pri kraju tretmana, susreti se mogu prorijediti na razmak od 2-3 sedmice s ciljem što boljeg osamostaljivanja klijenta i podsticanja njegovog osjećaja samoefikasnosti u rješavanju psihičkih problema. Korisno je dogovoriti kontrolne susrete nakon šest mjeseci ili godinu dana, zavisno od problema, s ciljem praćenja postignutih efekata. Jedna od perspektiva

koja se takođe otvara poslednjih godina bazirana je na prepoznavanju da je, u nekim slučajevima, značajnije postaviti kao cilj mjenjanje disfunkcionalnih kognicija porodice ili para nego izolovane osobe.

REBT predstavlja najstariju i najuticajniju kognitivno-bihejvioralnu terapiju, a njene osnovne pretpostavke su prihvaćene od strane svih formi KBT (Macavei, 2005). Pored toga, prema njenom tvorcu Albertu Elisu, opšti principi REBT se preklapaju sa principima ostalih KBT, s tim da "elegantni" REBT ide korak dalje u oblast filozofske promjene (Weinrach, 1996). Studije psihoterapijskog ishoda podržavaju efikasnost ove vrste terapije sa različitim kliničkim poremećajima (DiGiuseppe, Miller, & Trexler, 1977; Haaga & Davison, 1989; Kendall, Haaga, Ellis, Bernard, DiGiuseppe, & Kassinove, 1995; Lyons & Woods, 1991). Primjena REBT-a je takođe detaljno opisana u obliku priručnika (Ellis & Dryden, 2002).

**Terapijska promjena.** Bekova KT je usmjerena na različita očekivanja, procjene, atribucije uzročnosti ili odgovornosti. Klijenta se podstiče da svoje stavove razmatra kao hipoteze (moguće, ali ne i nužno tačne), te se tretman često svodi na eksperimentisanje, odnosno na zajedničko provjeravanje klijentovog načina mišljenja (Živčić, 2003). Prema Elisu (Ellis, 1994, 1996), najtrajnije su promjene koje uključuju evaluacione misli, odnosno opštu filozofsku promjenu iracionalnih vjerovanja. Takve promjene podrazumjevaju usvajanje jednog neapsolutističkog stava o poželjnosti ili nepoželjnosti u odnosu na sebe, druge i događaje u životu uopšte, te prihvatanje života takvog kakav je. To, naravno, ne podrazumjeva pasivan stav i apatiju, već prihvatanje života i aktivnost u skladu sa svojim preferencijama o poželjnosti određenih aspekata života i ciljeva.

**Uvidi u REBT.** Pri rješavanju svojih problema, ljudi moraju imati sljedeća tri uvida (prema Marić, 2000, str. 190):

1. *Psihološki poremećaj je pretežno određen iracionalnim evaluacijama koje ljudi imaju o negativnim životnim događajima, a ne samim tim događajima*. Bez ovog uvida, ljudi su skloni da pokušavaju da izmjene situaciju, a ne svoja vjerovanja o njoj.

2. *Nije nužno saznati kako i kada je poremećaj nastao da bi se prevazišao*. Bez ovog uvida, ljudi tragaju za uzrocima i krivcima, umjesto da se usredsrede na promjenu svojih vjerovanja, takvih kakva su sada.
3. *Samo uporno i snažno dovođenje u pitanje svojih iracionalnih vjerovanja na kognitivni, emotivni i bihejvioralni način može prekinuti kružni tok psihološkog poremećaja*. Bez ovog uvida, ljudi očekuju da im kognitivno uviđanje bude dovoljno da proizvede pozitivnu promjenu na emotivnom i bihejvioralnom planu.

**Terapijski odnos.** U KBT se naglašava važnost dobrog i pouzdanog odnosa, ali i da on nije dovoljan za terapijsku promjenu. Pošto je KBT aktivan, direktivan, strukturisan i psihoedukativan pristup, terapeut pita, raspravlja, opovrgava, diskutuje, nekada izađe izvan svoje kancelarije i sprovodi eksperimente u prirodnim uslovima. Ovakav tretman podrazumjeva učenje klijenata / pacijenata kako da budu svoji sopstveni terapeuti, kada se formalne seanse završe. REBT terapeuti svojim klijentima pružaju specifičnu empatiju, koja pored emotivne, podrazumjeva i filozofsku empatiju. Na taj način, oni pokazuju da razumiju filozofiju koja je iza njihovih samoodmažućh i bolnih emocija. Još jedna važna karakteristika odnosa je bezuslovno prihvatanje klijenta od strane terapeuta. To znači da terapeut uočava kada se klijent ponaša na samoodmažući način, ali ga ne vrijednuje na osnovu tih postupaka i ne smatra ga suštinski ni dobrim ni lošim bićem (prema Marić, 2000). Kada je klijent ekstremno depresivan, izrazita terapeutova toplina i podrška je pozitivna u jednom ograničenom periodu, nakon kojeg slijede standardne aktivno-direktivne intervencije uz opisano pružanje empatije, koja pored emotivne, podrazumjeva i filozofsku empatiju (Ellis & Dryden 1987, prema Marić, 2000).

**Ograničenja.** Neki pokušaji kritike tretmana zasnovanih na kognitivnom modelu odnose se na nedostatak istraživanja nesvjesnih konflikata, zanemarivanje emocija, usmjerenost na eliminisanje simptoma, prejednostavnost, orijentisanost na tehniku uz zanemarivanje osobe i odnosa sa terapeutom (Živčić, 2003), kao i na intelektualiziranje i previše riječi u terapiji, pretjeranu sugestivnost, direktivnost i autoritarnost,

antiduhovnost, te neprimjenjivost na teže poremećaje (Ellis, 1994). Mi ćemo se zadržati na razmatranju ograničenja u radu sa težim depresivnim poremećajima.

Marić (2003a) navodi da iako u tretamanu velike depresivne epizode psihoterapija nije kontraindikovana, samokontrola misli i emocija često nije moguća. U biološki pokrenutim i održavanim depresijama postoji fiksirani, rigidni i deluzioni kvalitet mišljenja koji nije uzročnik poremećaja, već je *sam poremećaj*. Ipak, rezultati nekih istraživanja govore u prilog kognitivnom modelu za ozbiljne depresivne poremećaje. Velika i iznenadna smanjenja depresivne simptomatologije tokom tretmana povezana su sa prethodnim kognitivnim promjenama (Tang & DeRubeis, 1999). Takođe, promjena u ekstremnosti mišljenja i disfunkcionalnim stavovima predstavlja prediktor manjeg povratka depresivnih simptoma kod osoba koje su imale ozbiljne forme depresivnih poremećaja (Beevers, et al., 2003)

Postoje takođe studije koje nisu pronašle ove veze između disfunkcionalnih stavova i budućih depresija (Hart, Craighead, & Craighead, 2001; Teasdale et al., 2001). Marić (2003a) ističe da se kognitivni model depresivnih poremećaja tumači krajnje pojednostavljeno kada se krajnjim uzročnicima smatraju kognicije. Iako taj model može biti djelimično tačan i ne naročito štetan kod distimičnih poremećaja, odnosno depresivnih poremećaja minor ili lakših depresija, veoma je rizična ideja primjeniti taj model u slučajevima velikog depresivnog poremećaja, odnosno depresivnog poremećaja major ili endogenih depresija. Psihoterapija jeste značajno pomoćno paralelno sredstvo u tretmanu velike depresivne epizode pod uslovom da terapeut ili savjetnik vodi računa da je cilj psihoterapije u ovoj fazi da klijentu / pacijentu pomogne da stekne i održi nadu u mogućnost poboljšanja njegovog trenutnog depresivnog stanja i da dosljedno postupa u skladu sa nadom. U ovoj fazi cilj nije promjena disfunkcionalnih kognicija koje se odnose na različite aspekte klijentovog / pacijentovog života, njega samog ili druge ljude, bilo u prošlosti, sadašnjosti ili budućnosti, već ispravljanje distorzija koje se odnose na mogućnost liječenja depresije i eventualnih neprihvatanja tretmana.

U principu, što je biološki faktor depresije izraženiji u odnosu na faktore aktuelnih sredinskih uticaja i ranog učenja, to je depresija manje pristupačna za kognitivno-bihejvioralni tretman. Najznačajnija funkcija kognitivno-bihejvioralnog

tretmana u ovoj fazi je pomoći klijentu / pacijentu da ne bude prestrašen ili depresivan zbog svog stanja (anksioznost ili depresija povodom depresije), odnosno da depresivno stanje ne bude povod za dodatno disfunkcionalno razmišljanje o sebi i životu. Najbolja uloga koju terapeut ili savjetnik može imati u odnosu sa depresivnom osobom je ona koja je adekvatna u odnosu sa svakim klijentom: briga, toplina, zainteresovanost i edukacija. Do depresivne osobe terapeut ili savjetnik treba da dopre porukama koje on može protumačiti na sledeće načine:

- da ga terapeut ili savjetnik razumije i saosjeća sa njegovim trenutnim stanjem
- da ima dovoljno iskustva da prepozna i imenuje klijentovo / pacijentovo stanje kao poznato i blisko
- da je dovoljno stručan da objasni senzacije, iskustva i doživljaje koje klijent/pacijent ima
- da ima u svom profesionalnom iskustvu osnova za nadu da će se klijentovo / pacijentovo stanje promjeniti na bolje uz adekvatan tretman
- da je terapeutova ili savjetnikova prostorija mjesto u kojem može slobodno da se prepusti svojim osjećanjima i simptomima, te da otvoreno govori o njima
- da može imati njegovu podršku tokom medikamentoznog liječenja, sve dok ne bude zadovoljan dejstvom lijekova i svojim psihofizičkim stanjem

Ovaj koncept uloge psihoterapije u početnoj fazi tretmana velike depresivne epizode proističe iz uvažavanja mogućnosti djelovanja biološke komponente u razvoju i toku poremećaja. Slejter i Rut (Slater & Roth, 1969, prema Marić, 2003a) navode da je svaki pokušaj sistematske psihoterapije u ovoj fazi kontraindikovan jer vodi u produbljivanje klijentovog / pacijentovog osjećaja bezvrijednosti, ali da je od suštinske važnosti probijenje barijere koja je stvorena njegovim samotorturama i očajavanjem, te uspostavljanje toplog odnosa sa njim, što predstavlja težak zadatak koji zahtjeva dosta strpljenja i vještine. Uloga empatije i terapeutove topline u KBT je u određenoj mjeri kontraverzna. Ipak, istraživanja su pokazala da su pacijenti čiji su terapeuti bili najtopliji i najempatičniji imali veći napredak, čak i kada je kontrolisana težina inicijalne depresije, izvršavanje domaćih zadataka i drugi faktori, što ukazuje da i u visoko tehničkoj formi tretmana depresije kao što je KBT, empatija i terapeutova toplina imaju značajan uticaj

na oporavak (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Ukoliko je terapijska toplina i empatija u korelaciji sa uspjehom KBT, efekti bi mogli biti direktni ili indirektni. Empatija po sebi može dovesti do podizanja raspoloženja kod klijenata. S druge strane, empatija može mobilizirati pacijentovu motivaciju da pomogne sebi, što dalje vodi oporavku od depresije.

Marić (2003a) dalje navodi da depresivne osobe neminovno prave interpretativne hipoteze o svom stanju i da ih treba pažljivo saslušati i pomoći klijentu / pacijentu da ih stavi u referentni okvir koji će mu biti od pomoći. Stavljanje depresivnih iskustava u drugi referentni okvir u kojem se depresivni poremećaj smatra poremećajem raspoloženja koji je u velikoj mjeri biološki određen i izvan voljne kontrole može donijeti olakšanje, ali i dovesti osobu do daljeg obezvrijeđivanja sebe, npr. jer je njegova biološka podloga lošeg ili slabog kvaliteta ili zato što je njegovo tijelo tako slabo da proizvodi bolest. U tom smislu, koncept bezuslovnog prihvatanja sebe može biti ključan za uspješan tretman simptom stresa, odnosno depresije povodom depresije.

## RUMINIRANJE

Ruminiranje je privuklo veliki teorijski i empirijski interes u proteklih 15 godina. U doslovnom prevodu s engleskog jezika znači preživanje, odnosno prežvakavanje. Predstavlja istaknutu kognitivnu komponentu depresivnih poremećaja u vidu upornog i ponavljajućeg depresivnog razmišljanja (Papageorgiou & Wells, 2004). U savremenoj psihološkoj literaturi postoji generalno slaganje da je ruminiranje važno (1) kao element kognitivne teorije negativnog afekta, (2) kao prediktor depresije i emocionalnih poremećaja u empirijskim studijama i (3) kao klinički simptom koji bi mogao zahtjevati tretman (Matthews & Wells, 2004). Prvo ću iznijeti definicije ruminiranja kroz opis razvoja teorijskih i empirijskih saznanja o ovom fenomenu, te objasniti disfunkcionalnost ovog kognitivnog procesa, odnosno negativne efekte ruminiranja, uprkos tome što depresivne osobe vjeruju da ruminiranjem postižu uvid u sebe i svoje probleme. U drugom dijelu pažnju ću posvetiti poređenju ruminiranja sa drugim kognitivnim procesima i produktima. Utvrđivanje distinkcije između ruminiranja i ostalih sličnih disfunkcionalnih kognitivnih fenomena može igrati važnu ulogu kako za naučno-istraživački rad, tako i za izbor i kreiranje individualiziranih tretmana psihičkih poremećaja, naročito onih tretmana koji su zasnovani na koginitivnim modelima.

Iako je uloga ruminiranja u produžavanju i intenziviranju depresije empirijski podržana (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000, Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991, 1993), prema nekim gledištima (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999) uzročna struktura ove empirijski utvrđene povezanosti je i dalje nepoznata. Međutim, neka novija istraživanja (Spasojević, et al. 2004) ukazuju da ruminiranje vodi u klinički značajne depresivne epizode. Treći dio ovog poglavlja posvećen je razmatranju uloge ruminiranja u okviru depresivnih poremećaja, a u četvrtom dijelu objasniću na koji način distrakcija predstavlja adaptivnu i instrumentalnu alternativu ruminiranju. Za razliku od upornog "vrćenja" negativnih misli bez poduzimanja akcije, distrakcija predstavlja upotrebu prijatnih ili neutralnih misli s ciljem podizanja raspoloženja i doživljavanja olakšanja od prisutnih depresivnih simptoma, a tek onda, ukoliko je potrebno, poduzimanja akcija u pravcu rješavanja problema. U principu,

radi se o tome da se većna ljudi fokusira na negativne misli koje zaslužuju pažnju, a otklanjaju nevažne negativne misli. Međutim, neke osobe ne uspjevaju da postignu ovu vrstu mentalne kontrole, već se fokusiraju na sve negativne misli, a kad ih preplave pokušavaju daih potisnu, čime ulaze u depresivni krug potiskivanja misli i ruminiranja (Wenzlaff, 2004). U petom dijelu ću predstaviti odnos između mentalne kontrole i ruminiranja, te sa njim povezanu teoriju ironičnih procesa (ironic processes theory; Wegner, 1994), kao i razliku između adaptivnog izražavanja neželjenih misli i depresivnog ruminiranja (Pennebacker, 1997), što može imati važnu ulogu u kreiranju psiholoških tretmana ruminiranja. Naime, iako su u prethodnom poglavlju o depresiji opširno opisani tretmani depresije terapijom kognitivne restrukturacije, oni su usmjereni na negativne automatske misli i iracionalna vjerovanja. Navedena vrsta tretmana dobro je utvrđena i smatra se jednim od najefikasnijih tretmana za prevazilaženje depresije. Ipak, postojeći KBT protokoli tipično nisu usmjereni na ruminiranje (Purdon, 2004). Na kraju ovog poglavlja o ruminiranju, predstaviću u osnovnim crtama psihološke tretmane kreirane specifično za disfunkcionalni kognitivni proces ruminiranja.

**Definicija ruminiranja**

Ruminiranje se može definisati kao uporno, ponavljajuće depresivno razmišljanje. Predstavlja relativno uobičajenu reakciju na negativno raspoloženje i sastavni je kognitivni dio disforije i velikog depresivnog poremećaja (Papageorgiou & Wells, 2004). Primjeri ruminativnih razmišljanja su: "Zašto sam ja takav gubitnik?", "Moje raspoloženje je loše?", "Zašto se ponašam ovako negativno?", "Ne mogu ništa riješiti?", "Zašto mi se ništa ne radi?" Lanac ruminativnih misli može biti simptom disforije ili kliničke depresije, ali može imati i funkciju dolaska do željenog cilja. Martin & Tesser (1989, 1996, prema Papageorgiou & Wells, 2004) vide ruminaciju kao instrument postizanja ciljeva, ali ne podrazumjevaju da se njom to uvijek postiže. Prema teoriji stilova reakcija (response styles theory; Nolen-Hoeksema, 1991) ruminiranje pomaže osobama da se fokusiraju na unutra i evaluiraju svoja osjećanja i problematične situacije s ciljem postizanja uvida. Međutim, u eksperimentalnoj studiji (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993) otkriveno je da iako disforične osobe vjeruju da ruminiranjem postižu uvid u sebe i svoje probleme, one su u stvari dolazile do slabih rješenja problema. Ovakvo uvjerenje o ruminiranju kao instrumentu postizanja ciljeva kod osoba sa

depresivnim poremećajem bitno je za ovo istraživanje, pošto moja iskustva u psihoterapijskom radu sa depresivnim pojedincima koji se bave tretmanom depresivnih klijenata, kao i teorija REBT-a (Ellis, 1972, 1976, 1994), ukazuju da su ljudi koji imaju nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe aktivno usmjereni na procjenjivanje sebe. Pošto je prema ovoj teoriji procjenu sebe nemoguće objektivizirati (Ellis, 1994; Ellis & Dryden, 2002), ja sam u ovom istraživanju pretpostavio da osobe koje donose uopštenu procjenu o sebi kada im se dese negativni životni događaji, pozitivno vrijednuju ruminiranje jer ga doživljavaju kao instrument procjenjivanja sebe. Praktično, to bi prema ovoj pretpostavci značilo da postoji povezanost između niskog nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i visokog nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, kao i da će ova povezanost dovesti do većeg nivoa ispoljavanja ruminativnih reakcija.

Pored toga što je ruminiranje kao reakcija na depresivno raspoloženje povezano sa slabim rješavanja problema, povezano je i sa brojnim drugim negativnim posljedicama: produžen i mnogo izraženiji negativan afekt, greške u mišljenju, snižena motivacija, blokiranje instrumentalnog ponašanja, snižena koncentracija, povećanje stresa i problema, kao i usporen oporavak od velike depresije tretirane kognitivno-bihejvioralnom terapijom (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994; Papageorgiou & Wells, 2004; Spasojević & Alloy, 2001). Naime, pošto uporno i ponavljajuće usmjerava pažnju na negativne misli i emocije, ruminiranje zaokupira resurse pažnje i sprečava nove, pozitivne ili korektivne informacije da budu procesirane, pojačavajući i održavajući depresiju (Purdon, 2004). Brojne studije (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997; Nolen-Hoeksema & Morow, 1993; Nolen-Hoeksema et al. 1994) su takođe pokazale da namjerno ruminiranje pogoršava depresivno raspoloženje i podstiče maladaptivne obrasce razmišljanja. Definicije (Conway et al., 2000) ukazuju da su ruminativna razmišljanja (1) povezana sa onim što je prethodilo ili sa samom prirodom negativnog raspoloženja, (2) nisu usmjerene prema cilju i ne motivišu osobu da pravi planove u pravcu akcija koje bi dovele do rješenja problema i (3) nisu socijalno djeljive dok je osoba angažovana oko ruminiranja, odnosno osoba ih zadržava za sebe.

Nolen-Hoeksema (1991) ruminativne reakcije na depresivno raspoloženje definiše kao "ponašanja i razmišljanja koja fokusiraju pažnju osobe na njene depresivne simptome i na implikacije tih simptoma" (str. 569). Prema ovoj definiciji, ruminiranje uključuje ponavljajuće fokusiranje na činjenicu da je osoba depresivna, na njene simptome i na uzroke, značenje i posljedice depresivnih simptoma. Dalja istražvanja su dovela do nalaza da se ruminiranje javlja kao reakcija na dvije vrste aktivirajućih događaja: trenutna osjećanja tuge, odnosno "ruminiranje povodom tuge," s jedne strane, i ruminiranje o negativnim zaključcima povodom stresnih životnih događajima, odnosno "stres-reaktivno runimiranje," s druge strane (Papageorgiou & Wells, 2004). Zbog toga je predložena konceptualna ekstenzija teorije stilova reakcija (response styles theory; Nolen-Hoeksema, 1991) u kojoj je razvijen koncept "stres-reaktivnog ruminiranja" da bi se naglasila tendencija da se ruminira povodom negativnih zaključaka u vezi stresnih životnih događaja (Robinson & Alloy, 2003). Prema ovom konceptu, "stres-reaktivno ruminiranje" se pojavljuje prije javljanja depresivnog raspoloženja, dok se "ruminiranje fokusirano na emocije" javlja kao odgovor na depresivno raspoloženje. U tom smislu, "stres-reaktivno ruminiranje" igra ključnu ulogu u nastanku depresije.

U svakom slučaju, postoji generalno slaganje da je ruminiranje važno (1) kao element kognitivne teorije negativnog afekta, (2) kao prediktor depresije i emocionalnih poremećaja u empirijskim studijama i (3) kao klinički simptom koji bi mogao zahtjevati tretman (Matthews & Wells, 2004).

Ellis (1972) pretpostavlja da globalno procjenjivanje sebe, što je kognitivni proces karakterističan za osobe koje imaju nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe, vodi ka ruminiranju kada se dese negativni životni događaji. Pretpostavljajući da bezuslovno prihvatanje sebe ima negativan uticaj na ruminiranje kada se dese negativni životni događaji, on kao jedno od elegantnih rješenja problema ruminiranja vidi u odbacivanju procjenjivanja sebe, a umjesto toga predlaže rad na bezuslovnom prihvatanju sebe. Moja zapažanja u psihoterapijskoj praksi u skladu su sa ovom Elisovom pretpostavkom, a primjena navedenog principa terapijske promjene u prihvatanju sebe pomoću REBT tehnika u psihoterapijskom radu sa depresivnim pojedincima koji imaju izraženu tendenciju ka ruminiranju, dala je pozitivne psihoterapijske efekte. Ovo istraživanje

trebalo bi da dâ empirijski odgovor na pitanje da li bezuslovno prihvatanje sebe ima negativan uticaj na ruminativne reakcije.

**Poređenje ruminiranja sa drugim kognitivnim procesima i produktima**

Postoje sličnosti, ali i razlike između depresivnih ruminacija i drugih kognitivnih procesa i produkta kao što su negativne automatske misli ili briga (Papageorgiou & Wells, 2004). Iako su takođe tipične za depresiju, negativne automatske misli karakterišu teme prošlih ličnih gubitaka i neuspjeha, te predstavljaju relativno kratke procjene tih gubitaka i neuspjeha, dok ruminiranje sadrži duže lance ponavljajućih, negativnih samofokusiranih misli koje se mogu javiti i kao odgovor na inicijalne negativne automatske misli. Studije su takođe pokazale da ruminativna razmišljanja predviđaju depresiju iznad i preko varijanse koju djele sa različitim vrstama negativnih kognicija.

Briga je uobičajena karakteristika poremećaja anksioznosti. Definiše se kao lanac misli i slika nabijenih negativnim afektom i relativno neknotrolabilnih. Predstavljaju pokušaj mentalnog rješavanja problema čiji su ishodi neizvjesni, ali sadrže mogućnost jednog ili više negativnih ishoda (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983, prema Papageorgiou & Wells, 2004). Istraživanja (Starcevic, 1995) ukazuju da se povećavaju i kod osoba koje su depresivne. Ipak, depresivna i anksiozna razmišljanja se razlikuju po sadržaju. Za anksiozna razmišljanja su karakteristične teme anticipacije prijetnje ili opsanosti u budućnosti, dok su za depresivna razmišljanja karakteristične teme ličnih gubitaka i neuspjeha. Pored sadržaja, razlika je i u tome što je briga više verbalna, orijentisana na budućnost, podstiče ulaganje napora u rješavanje problema i rezultira povećanjem impulsa da se djeluje, tako da je u odnosu na ruminiranje u većoj mjeri povezana sa kompulzijom da se djeluje, dok je ruminiranje više orijentisano na prošlost, duže traje i smanjuje pouzdanje u svoje sposobnosti (Papageorgiou & Wells, 1999, prema Purdon, 2004).

Ruminiranje se, takođe, teorijski i empirijski razlikuje od depresivnog samo-fokusirajućeg stila (depressive self-focusing style; Pyszczynski et. al., 1987, prema Lyubomirsky & Tkach, 2004) koji se odnosi na usmjerenost na nesklad između idealne i realne slike o sebi nakon doživljaja neuspjeha. Ovaj fokus na nesklad slika o sebi, takođe,

može uticati na održavanje depresije, ali se razlikuje od ruminiranja jer ono predstavlja jednostavano misli i ponašanja koje održavaju pažnju osobe na postojeći poremećaj raspoloženja ili depresivne simptome, te ne moraju uključivati zaokupiranost ličnim neuspjehom (Lyubomirsky & Tkach, 2004).

Slično prethodnom, privatna samosvjesnot (private self-counsciousness; Fenigstein et al. 1975, prema Lyubomirsky & Tkach, 2004) predstavlja opštu tendenciju osobe da se hronično samoanalizira bez obzira na rasploženje, dok se ruminiranje definiše specifično kao odgovor na postojeće negativno raspoloženje. Na kraju, depresivno ruminiranje se razlikuje od traumatskog ruminiranja koje predstavlja intruzivne misli o specifičnoj traumi i strategija prevazilaženja koje su fokusirane na emocije, a obuhvataju kolekciju pomješanih reakcija na negative životne događaje kao što su distrakcija, maštanje i potiskivanje ili negiranje negativnih misli (Lyubomirsky & Tkach, 2004).

**Ruminiranje vodi u depresiju**

Povezanost između ruminiranja i depresije je utvrđena u brojnim istraživanjima, ali uzročna struktura te povezanosti je prema nekim autorima i dalje nepoznata (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Moguća su različita kauzalna objašnjenja značajne povezanosti između ruminiranja i depresije. Prvo, ruminiranje može biti uzrok depresije, odnosno ruminiranje bi moglo voditi ka povećanju depresije. Drugo, depresija bi mogla biti uzrok ruminiranja. Treće, ruminiranje i depresija mogu imati recipročan uzročni efekat, jedno pojačavajući drugo. Četvrto, ne postoji uzročna veza između ruminiranja i depresije, a povezanost između njih bi mogla biti rezultat neke druge varijable ili varijabli sa simultanim uzročnim efektom na oboje. Kombinacija navedenih uzročnih veza je takođe moguća (Arnow, Spangler, Klein & Burns, 2004). U svakom slučaju, uloga ruminiranja u produžavanju i intenziviranju depresije je empirijski podržana (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000, Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991, 1993). U suštini, empirijski dokazi ukazuju da je ruminiranje održavajući faktor depresivnog raspoloženja i faktor pogoršanja postojećeg tužnog raspoloženja. Međutim, prema Spasojević i kolegama (Spasojević, et al. 2004), novija istraživanja ukazuju da ruminiranje vodi i u klinički značajne depresivne epizode pošto inicijalni

intenzitet ruminiranja predstavlja prediktor pojave depresivnih epizoda tokom narednih 18 mjeseci, čak i kada su kontrolisani ostali kognitivni faktori rizika, te je povezano sa ozbiljnošću prospektivnih depresivnih epizoda (Just & Alloy, 1997). Inicijalni nivo ruminiranja predstavljao je prediktor i za pojavu velikih depresivnih epizoda (dijagnostikovanih dijagnostičkim intervjuom) u toku godinu dana, čak i kada je kontrolisana inicijalna depresivna simptomatologija (Nolen-Hoeksema, 2000). Prema tome, ruminiranje ne samo da održava i intenzivira depresivno raspoloženje, već predstavlja faktor vulnerabilnosti za razvijanje klinički značajne depresivne simptomatologije i epizoda.

**Distrakcija kao alternativna reakcija na negativno raspoloženje**

Kada su depresivni ili disforični, neki ljudi se izoluju da bi "mozgali" o problemima koji su u korijenu njihovog poremećaja (npr. "Moja djeca su previše za mene.") bez poduzimanja akcije da riješe probleme, ili razmišljaju o uzrocima i posljedicama svojih depresivnih simptoma (npr. "Zašto ne mogu jednostavno da se izvučem iz ovoga?") bez poduzimanja konstruktivnog rada da se oslobodi ovih simptoma (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell & Berg, 1999). Drugi primjeri podrazumjevaju razmišljanje osobe o tome kako je sama, nemotivisana, letargična i beznadežna (npr. "Ne mogu nastaviti."), kao i brigu o implikacijama ovakvog stanja (npr. "Šta ako ne nađem snagu da sutra odem na posao?"). Iako se ovakve misli prirodno javljuju kada ljudi dožive depresivno raspoloženje, neki ljudi *uporno misle ove misli*, odnosno ruminiraju (prevod glagola *ruminate* sa engleskog jezika doslovno znači *preživati* ili *prežvakavati*), dakle prežvakavaju o značenju, uzrocima i posljedicama njihovih osjećanja i simptoma, bez poduzimanja akcije da procjene sadašnju situaciju ili da se distraktuju, odnosno skrenu svoju pažnju sa tih osjećanja i simptoma (Lyubomirsky & Tkach, 2004).

Adaptivna i instrumentalna alternativa ruminiranju je upotreba prijatnih ili neutralnih distrakcija s ciljem podizanja raspoloženja i doživljavanja olakšanja od prisutnih depresivnih simptoma, a tek onda, ukoliko je potrebno, poduzimanje akcija u pravcu rješavanja problema. Distraktivne reakcije su misli i ponašanja koja pomažu osobi da odvrati pažnju od depresivnog raspoloženja i njegovih posljedica, te da je usmjeri u pravcu prijatnih ili neopterećujućih misli aktivnosti koje su za osobu apsorbujuće,

zaokupirajuće i dovode do pozitivnog osnaživanja osobe (Nolen-Hoeksema, 1991). Primjeri takvih aktivnosti su odlazak na trčanje ili vožnju biciklom, gledanje filmova sa prijateljima ili koncentrisanje na projekat na poslu ili na kućne obaveze. Efikasne distrakcije ne uključuju aktivnosti koje su u svojoj suštini opasne ili samodestruktivne, kao što su brza vožnja, opijanje, drogiranje ili agresivno ponašanje. Ovakve aktivnosti mogu biti kratkoročno distraktujuće, ali su dugoročno štetne. U stvari, angažovanje u takvim aktivnostima je značajno povezano sa ruminiranjem, a ne sa distrakcijom (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Empirijski nalazi na nekliničkim uzorcima sugerišu da je ruminiranje eksperimentalno indukovanom raspoloženju povezano sa održavanjem negativnog raspoloženja, negativnih grešaka u interpretacijama situacija i smanjenim sposobnostima rješavanja problema, dok je distrakcija povezana sa boljim raspoloženjem, manjim brojem negativnih grešaka u interpretacijama i boljim rješavanjem problema (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Trask & Sigmon, 1999). Istraživanja o uticaju ruminiranja i distrakcije na raspoloženje kod kliničkih uzoraka nisu dovela do potpuno konzistentnih nalaza. Prema nekim istraživanjima, ruminiranje je dovelo do pogoršanja depresivnog raspoloženja kod blago do umjereno depresivnih osoba, dok je distrakcija povezana sa poboljšanjem raspoloženja (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993), upotreba distrakcije povezana je sa boljim reagovanjem na kognitivno-bihejvioralnu terapiju (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991) i sa smanjivanjem depresije (Reynolds & Wells, 1999). Neka istraživanja ukazuju da ni ruminiranje ni distrakcija nisu povezani sa brojem prošlih depresivnih epizoda ili dužinom trenutnih epizoda, ali da veća upotreba distrakcije jeste prediktor pozitivne promjene u ozbiljnosti depresije tokom tretmana, kao i opšteg ishoda tretmana (Bagby et al. 1999). Na osnovu ovih nalaza, ipak, možemo zaključiti da istraživanja sugerišu da distrakcija jeste korisna strategija za prevazilaženje depresivnog raspoloženja (Purdon, 2004).

**Odnos mentalne kontrole i ruminiranja**

Kod ljudi postoje suprotna gledišta kada su u pitanju negativna razmišljanja. S jedne strane, uznemirujuće je misliti o ličnim neadekvatnostima, neostvarenim ciljevima,

interpersonalnim problemima ili drugim neprijatnim stvarima koje ugrožavaju emocionalno blagostanje. S druge strane, ukoliko uklonimo ova razmišljanja, rizikujemo gubljenje potencijalno važnih informacija koje nam mogu pomoći da identifikujemo problem koji treba riješiti. Većna ljudi razumno rješava ovu dilemu konstruktivno koristeći negativne misli koje zaslužuju pažnju, a otklanjaju nevažne negativne misli. Neke osobe, međutim, ne uspjevaju da postignu ovu vrstu mentalne kontrole i ulaze u depresivni krug potiskivanja misli i ruminiranja (Wenzlaff, 2004). Mentalni život depresivnih osoba je opterećen kognitivnim greškama koje podstiču intruzivne negativne misli. Pokušaji da se potisnu ove neželjene misli mogu imati povratni efekat čineći ih još intruzivnijim i emocionalno destruktivnijim. Jednom pokrenuto depresivno raspoloženje čini negativne misli prisutnijim i pristupačnijim, smanjujući resurse potrebne za mentalnu kontrolu. Frustrirani svojom nesposobnošću da potisnu neželjene misli, depresivne osobe počinju preispitivati negativne misli, što predstavlja pogrešno usmjeren napor da se postigne uvid. Na taj način ovakav mentalni manevar pojačava negativno razmišljanje i proizvodi još više depresivnog raspoloženja.

Navedeni problemi mentalne kontrole mogu biti prevaziđeni strategijama koje zaobilaze potiskivanje misli, ističući u prvi plan pozitivne ciljeve i dozvoljavajući pri tome adaptivno izražavanje neželjenih misli (Wenzlaff, 2004). Naime, prema teoriji ironičnih procesa (ironic processes theory; Wegner, 1994), kada je u pitanju funkcionisanje mentalne kontrole, postoji važna razlika u između pokušavanja da se *misle* pozitivne misli i pokušavanja da se *ne misle* negativne misli. Kada je cilj mentalne kontrole da se misle pozitivne misli, automatski kognitivni monitoring proces je osjetljiv, bilo na neutralne, bilo na negativne misli. Nasuprot tome, kada je cilj mentalne kontrole da ne misli negativne misli, potiskivanje negativnih misli usmjerava monitoring proces da bude osjetljiv isključivo na negativne misli. Iako oba cilja (da se *misle* pozitivne misli i da se *ne misle* negativne misli) uključuju napor u pravcu preusmjeravanja pažnje na pozitivne misli, monitoring proces povezan sa potiskivanjem misli u većoj mjeri provocira negativne misli, proizvodeći ironičan efekat.

Pored toga, postoji bitna razlika između adaptivnog izražavanja neželjenih misli i depresivnog ruminiranja (Pennebacker, 1997). Ruminiranje uključuje besplodno

obnavljanje negativnih misli s ciljem da se postigne uvid vezan za problematične misli i osjećanja, te da se postigne rješenje problema. Pošto besplodno obnavljanje negativnih misli ne dovodi do uvida, kao ni do rješenja problema, osoba je kontinuirano fokusirana na negativne misli i osjećanja, a bez doživljavanja olakšanja kroz ventiliranje. Adaptivno izražavanje neželjenih misli, s druge strane, omogućava ventiliranje negativnih misli i osjećanja bez pritiska da se postigne uvid ili rješenje problema. Ovakvo izražavanje može biti u obliku verbalizovanja vlastitih negativnih misli i osjećanja ili u obliku jednostavnog zapisivanja ovih sadržaja bez pritiska da se osoba rješi problematičnih misli i osjećanja. Na taj način osoba postaje manje opterećena njima, a ovakav način izražavanja negativnih misli i osjećanja ima pozitivne efekte i na emocionalno i na fizičko blagostanje osobe. Adaptivno izražavanje neželjenih misli i osjećanja kao terapijski proces ima pozitivne efekte pošto (1) umanjuje neproduktivno ruminiranje i izbjegava ironični efekat potiskivanja negativnih misli, (2) ruminiranje i potiskivanje negativnih misli dovodi do povećanja opažene važnosti negativnih misli, dok adaptivno izražavanje dovodi do desenzitizacije osobe na njih, (3) za razliku od ruminiranja koje izaziva pritisak da se stekne uvid i pronađe rješenje, adaptivno izražavanje dozvoljava postepeno stvaranje uvida i veće integrisanje ispoljenih perspektiva o sebi.

**Psihološki tretmani ruminiranja**

Jedna od primarnih žalbi osoba koje pate od različitih psiholoških poremećaja su negativna, neželjena razmišljanja. Kod ljudi sa generalizovanim poremećajem anksioznosti, istaknuta kognitivna karakteristika je uporna briga i dugi periodi katastrofiziranja o događajima koji bi se mogli desiti u budućnosti. Katastrofiziranja, takođe, mogu biti sekundarna karakteristika svih drugih anksioznih poremećaja (npr. osobe sa paničnim napadima često brinu o seledećem napadu panike, osobe sa socijalnom anksioznošću mogu brinuti o sledećem društvenom događaju, osobe sa hipohondrijom brinu o zdravlju). Kod opsesivno kompulzivnog poremećaja, osobe doživljavaju ponavaljanje neželjenih i uznemirujućih misli koje obično zahtjevaju kompleksne, ponavljajuće strategije koje oduzimaju vrijeme i energiju. Osobe sa ovim poremećajem mogu ruminirati o tome zašto se osjećaju prisiljeno da izvode rituale i zašto doživljavaju opsesivne misli. Za posttraumatski stresni poremećaj je krakteristično nametanje slika ili misli o traumatskim događajima i često je praćeno ruminiranjem o tome zašto se

traumatski događaj desio i/ili o osveti. Kod depresivnih poremećaja, ruminiranje se odnosi na prošle negativne događaje i trenutno depresivno stanje osobe. Kognitivno-bihejvioralna terapija depresije je usmjerena na negativne automatske misli i iracionalna vjerovanja. Ova vrsta tretmana dobro je utvrđena i smatra se jednim od najefikasnijih tretmana za prevazilaženje depresije. Ipak, postojeći KBT protokoli tipično nisu usmjereni na ruminiranje (Purdon, 2004).

**Zaustavljanje misli ("stop-tehnika")**. "Stop-tehnika" je forma averzivnog treninga koji je baziran na pretpostavci da će uvođenje averzivnog stimulusa proizvesti odgovor koj je drugačiji od neželjenog emocionalnog odgovora (Wolpe, 1973, prema Purdon, 2004). U proceduri zaustavljanja misli, terapeut vikne: "Stop!" ili zada bolan šok kada individua signalizira da su se pojavile neželjene misli. U nekim adaptacijama, klijent / pacijent dobija instrukciju da naglas govori uobičajene neželjene misli dok ne indukuje kod sebe osjećanja do kojih takva razmišljnja uobičajeno dovode, a zatim iznenada vikne: "Stop!" Još jedna adaptacija je da klijent / pacijent dobije instrukciju da zamjeni neželjene misli sa pozitivnim mislima ili da primjeni distrakciju nakon zaustavljanja neželjenih misli. Prema nekim autorima (npr. Rachman & Hodgson, 1980, prema Prudon, 2004), smanjenje učestalosti intruzivnih misli koje je povezano sa ovom tehnikom je vjerovatno uzrokovano opaženom sposobnošću klijenta / pacijenta da kontroliše mišljenje i smanjenjem zabrinutosti u vezi pojavljivanja neželjenih misli, prije nego sa razvezivanjem intruzivnih misli i neželjenih osjećanja. Prema Prudon (2004), zaustavljanje misli je najviše primjenjivano za tretman anksioznih poremećaja, naročito za opsesivno kompulzivni i posttraumatski stresni poremećaj, ali je u stvari kontraindikovano prema vodećim modelima anksioznih poremećaja, te ima negativan uticaj na učestalost neželjenih misli. Jedno od objašnjenja predstavlja teorija ironičnih procesa (ironic processes theory; Wegner, 1994).

Ipak, Prudon (2004) navodi da ova tehnika ima kratkoročne pozitivne efekte na neželjene misli povezane sa depresijom, ali da je nedovoljno kao dugoročna strategija za upravljanje depresivnim ruminacijama. Pored toga, isti autor navodi tehnike izlaganja *in vivo* i u imaginaciji, kao i trening relaksacije i sistematsku desenzitizaciju kao tehnike za upravljanje intruzivnim mislima i slikama. Međutim, iako su se pokazale kao efikasne za

upravljanje neželjenim mislima kod anksioznih poremećaja, autor ne navodi rezultate istraživanja efekata ovih tehnika primjenjenih na depresivno ruminiranje.

**Kognitivna terapija bazirana na punoj svjesnosti**. Protokol koji je razvijen za prevenciju relapsa kod osoba sa rekurentnom depresijom nazvan je kognitivna terapija bazirana na punoj svjesnosti (mindfulness-based cognitive therapy, skraćeno: MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Teasdale et al. 2002). Zasnovana je na modelima koji smatraju da osobe koje su doživjele depresivne epizode stvaraju jake veze između depresivnog raspoloženja i obrazaca negativnog razmišljanja na brojnim nivoima. Ove veze ostavljaju osobu vulnerabilnom na ponovno razvijenje depresije jer nakon doživljavanja depresivne epizode i stvaranja navedene veze između raspoloženja i kognicija, čak i najmanji pad raspoloženja može aktivirati obrasce negativnog razmišljanja, koji povratnom spregom pojačavaju depresivno raspoloženje. Negativno raspoloženje čini negativne misli još priutnijim i pristupačnijim, što dalje snižava raspoloženje. Ovaj zatvoreni krug može pretvoriti blažu disforiju (koja bi inače bila prolaznog karaktera) u veliku depresivnu epizodu. Svrha MBCT je da prekine ovaj zatvoreni krug pomažući vulnerabilnoj osobi da nauči da identifikuje svoja negativna raspoloženja i razmišljanja, te da na njih reaguje tako što će se dezangažovati u vezi opisanog ruminativnog depresivnog procesa. MBCT osposobljava ljude da razviju "nesudeću svjesnost" ("non-judgemental awareness") o svojim tjelesnim senzacijama, mislim i osjećanjima, s ciljem da razviju "decentriranu" perspektivu u smislu da se navedene pojave posmatraju kao prolazni događaji u umu. Ovakav pristup dozvoljava osobi da identifikuje negativne misli i osjećanja u ranoj fazi i da se dezangažuje u vezi ruminativnih procesa. U odsustvu ovakve "nesudeće svjesnosti," negativne misli i osjećanja se procesirju na automatski negativan način, odnosno preko prethodno stvorenih veza između negativnog raspoloženja i razmišljanja (npr. negativne automatske misli bi bile automatski prihvaćene kao "istinite," koje bi dovele do negativnih osjećanja, koja bi dalje dovele do grešaka u procesuiranju informacija, itd.). Suština je u tome da se, za razliku od standardnih kognitivnih terapija, od klijenta ne očekuje da izaziva, provjerava ili osporava sadržaje negativnih misli, već da ih jednostavno postane svjestan i da se dezangažuje u vezi njih.

**Tretman treningom pažnje.** Vels (Wells, 2000, prema Purdon, 2004) kritikuje model na kojem je zasnovan MBCT i navodi da je povećana svjesnost (koja je cilj MBCT) nespecifični sastavni dio emocionalnih poremećaja koji održava poremećaj sprečavajući procesuiranje informacija koje bi mogle modifikovati maladaptivna vjerovanja. On se slaže da je razvijanje stanja "nesudeće svjesnosti" poželjno, ali ne i dovoljno, te naglašava važnost razvijanja vještina za smanjivanje ekscesivne i nekontrolabilne pažnje fokusirane na sebe. Zbog toga je razvio tehniku kojom bi se ovo postiglo i nazvao je tretman treningom pažnje (attention training treatment, skraćeno: ATT; Wells, 1990, prema Prudon, 2004; Wells & Papageorgiou, 2004) koji osposobljava osobu za selektivnu pažnju, pomjeranje pažnje i podjeljenu pažnju. Karakteristika emocionalnih poremećaja je nefleksibilnost, ekscesivnost i nekontrolabilnost pažnje fokusirane na sebe, kao i na brige i ruminiranja, te aktiviranja negativnih vjerovanja, naročito onih u metakognitivnom domenu. Ovaj "sindrom" pažnje je odgovoran za održavanje svih vrsta emocionalnih poremećaja, tako da je ATT primjenjiv na isti način za sve poremećaje. Klijentu se pruža trening u fokusiranju pažnje na različite stimuluse, pomjeranje pažnje i djeljenju pažnje na više od jednog stimulusa odjednom. Zatim se daje instrukcija da se naučeno vježba najmanje dva puta dnevno. Ukoliko se tokom vježbanja pojave negativne misli ili osjećanja, oni se ignorišu i posmatraju kao "buka." Rezultati istraživanja ukazuju na značajno smanjenje depresivnih simptoma, negativnih misli i ruminiranja, a slični rezultati dobijeni su kada je ATT korišten u tretmanu panike i hipohondije. Obzirom na njegovu relativnu jednostavnost, zanimljivo je i obećavajuće u vezi ovog tretmana to da su značajne promjene dobijene na različitim indikatorima ishoda ovog tretmana (Prudon, 2004).

## POZITIVNA VJEROVANJA O RUMINIRANJU

Ruminiranje nije uvijek voljno pokrenuto, odnosno može biti automatsko u smislu da je refleksno aktivirano ulaznim stimulusom, npr. prema teoriji stilova reakcija (response styles theory; Nolen-Hoeksema, 1991), stimulusom koji za osobu signalizira simptome depresije. Međutim, model samo-regulatorne izvršne funkcije (Self-Regulatory Executive Function, skraćeno: S-REF; Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004) objašnjava da je *izbor* ruminiranja, kao strategije za prevazilaženje depresije, rezultat metakognitivnih vjerovanja osobe koja specifikuju upotrebu ruminiranja kao strategiju za prevazilaženje depresije i strategiju za samoregulaciju. U ovom poglavlju prvo ću opisati ovaj kognitivni model koji se sastoji iz tri nivoa i objasniti njegovu ulogu u pokretanju i održavanju ruminiranja kao disfunkcionalnog procesa za prevazilaženje depresije. Model samo-regulatorne izvršne funkcije smatra se obećavajućim za razumijevanje kako depresije, tako i depresivnih relapsa (Purdon, 2004). Razmatranje ovog modela važano je za ovo istraživanje pošto je iz njega proizašla empirijski dokazana hipoteza (Papageorgiou & Wells, 2003) da su pozitivna vjerovanja o ruminiranju usko povezena sa tendencijom da se počne sa ruminiranjem kao reakcijom na depresivno raspoloženje, dok negativna vjerovanja služe kao ključna funkcija u medijaciji između ruminiranja i depresivnih simptoma.

U ovom istraživanju pretpostavio sam da pozitivna vjerovanja o ruminiranju, u interakciji sa filozofijom bezuslovnog prihvatanja sebe (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994), predstavljaju kognitivni prediktor u odnosu na ruminiranje i depresiju. Zasnovan na modelu samo-regulatorne izvršne funkcije i tehnikama koje su razvijene za tretman hronične brige kod generalizovane anksioznosti (Wells, 1997, prema Wells & Papageorgiou, 2004), kreiran je tretman pod nazivom metakognitivna terapija. Ovaj metakognitivni pristup imlicira da bi bilo korisno tretirati ruminiranje direktno, ne usmjeravajući se na sadržaj ruminiranja i testiranje tih sadržaja u realnosti, već umjesto toga na mijenjanje metakognitivnitivnih vjerovanja koja dovode do ruminativnog stila reagovanja na depresiju (Wells & Papageorgiou, 2004). U drugom dijelu ovog poglavlja posvetiću se objašnjenju ovog tremana.

**Model samo-regulatorne izvršne funkcije**

Kada postanu depresivni ili disforični, mnogi ljudi vjeruju bi trebali da se fokusiraju na unutra i procjenjuju svoja osjećanja i situaciju s ciljem da bi postigli uvid u sebe i pronašli rješenja koja bi ih mogla osloboditi problema i njihovih depresivnih simptoma (Lyubomirsky & Tkach, 2004). Pretpostavka modela samo-regulatorne izvršne funkcije (Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004) je da *vjerovanja* koja emocionalno vulnerabilne osobe imaju o ruminiranju predisponiraju osobe za ruminiranje. Ovaj model povezuje ruminiranje sa samoregulacijom unutar kognitivne arhitekture sa više nivoa, te ističe ulogu metakognitivnih vjerovanja i procesa prevazilaženja problema u iniciranju i održavanju ruminativnih misli. Model takođe podržava dinamičku perspektivu o negativnm posljedicama ruminiranja na postizanje znanja o sebi. Na kraju, ovaj model ističe da je ruminiranje uobičajena za različite emocionalne poremećaje i da bi ruminiranje trebalo razumijeti kao generički disfunkcionalni proces, a ne kao kvalitet isključivo depresije (Matthews & Wells, 2004).

Tri su nivoa modela samo-regulatorne izvršne funkcije (Matthews & Wells, 2004): (1) mreža procesuiranja nižeg nivoa, (2) supervizijski izvršni sistem i (3) nivo znanja o sebi koji predstavlja vjerovanja o sebi i generiše plan za prevazilaženje problema. Prvi i najniži nivo, koji predstavlja mrežu procesuiranja, je automatski u smislu da je refleksno aktiviran ulaznim stimulusom. Predstavlja različite vrste informacija, uključujući kodiranje stimulusa, opisivanje unutrašnjeg kognitivnog stanja i reprezentacije somatskih stanja. Većina rutinskih procesuiranja operiše na ovom nivou koji ima asocijativni, šematski kvalitet. Procesuiranje na ovom niovu može biti doživljeno kao "negativno automatsko razmišljanje" karakteristično za depresiju, a koje se nameće u svijest bez očiglednog razloga.

Motivirajuće značajan spoljašnji stimulus i namećuće misli sa najnižeg nivoa aktiviraju sledeći nivo. Ulazni stimulus prvo mora biti procjenjen u odnosu na lične ciljeve ili socijalna ograničenja. U slučaju neusaglašenosti između stimulusa i ličnih ciljeva ili socijalnih ograničenja, dolazi do kognitivne potrage za koping opcijama, odnosno za opcijama prevazilaženja navedenih neusaglašenosti, te se bira određena strategija prevazilaženja, a zatim se ta strategija primjenuje i nadgleda. Tokom primjene

odabrane strategije prevazilaženja postoji dinamičan odnos između mreža procesuiranja nižeg nivoa i supervizijskog izvršnog sistema, a koji traje dok se nesaglasnost ne riješi tako da epizoda može da se završi. Prevazilaženje fokusirano na *emocije* odnosi se na procesiranje i modifikaciju unutrašnjih reprezentacija, dok prevazilaženje fokusirano na *problem* inicira odgovore usmjerene na mijenjanje spoljašnje realnosti. Ove procesirajuće operacije zavise od interakcije između opisanog drugog nivoa ovog modela i trećeg nivoa, koji se sadrži znanja o sebi.

Naime, i procjena i prevazilaženje zahtjevaju pristup važnim znanjima o sebi. *Procjena* ulaznog stimulusa u odnosu na lične ciljeve ili socijalna ograničenja zahtjeva znanje o sebi kao referentni okvir za procjenu trenutnog i željenog stanja. *Prevazilaženje* neusaglašenosti između ulaznog stimulusa i ličnih ciljeva ili socijalnih ograničenja zahtjeva pristup mogućim strategijama za prevazilaženje, koje se modifikuju u pravcu primjene na trenutni problem.

Prema ovom modelu, ruminiranje je ishod metakognitivnih vjerovanja osobe koja specifikuju upotrebu ruminiranja kao strategiju za prevazilaženje i strategiju za samoregulaciju. Ova vjerovanja egzistiraju u obliku implicitnih planova koji vode samoregulatorno procesiranje, kao i u obliku eksplicitnih, deklarativnih vjerovanja koja su pristupačna verbalnom izvještavanju (npr. "Razmišljanje o prošlosti mi pomaže da spriječim buduće greške i neuspjehe."). Ruminiranje nije uvijek voljno pokrenuto. Kao što ovaj model ukazuje, ruminiranje može biti pokrenuto procesima na nižim nivoima, ali *izbor* ruminiranja kao strategije za prevazilaženje predstavlja posljedicu prisutnosti i pristupačnosti znanja o sebi. Naime, štetne posljedice ruminiranja su usko povezane sa metakognitivnim vjerovanjima koja usmjeravaju osobu da bira ruminiranje kao strategiju prevazilaženja, a ovakav izbor odvraća resurse osobe od drugih procesnih operacija, odnosno od drugih strategija rješavanja neusaglašenosti između ulaznog stimulusa i ličnih ciljeva ili socijalnih ograničenja. Jednom aktivirane, samo-regulatorne izvršne funkcije su vođene zatvorenim krugom pošto ruminatorne samoregulatorne aktivnosti imaju tendenciju da stvaraju maladaptivne obrasce interakcije sa spoljašnjim svijetom. Na primjer, jedan oblik prevazilaženja depresije je izbjegavanje problematičnih situacija, a ovakva strategija sprečava razvijanje sposobnosti koje su usmjerene na zadatak i na

upravljenje problematičnim situacijama, održavajući doživljaj bespomoćnosti. Druga strategija prevazilaženja tipična za depresivne osobe je samokritikovanje koje dovodi i do ponašajnog izbjegavanja i do ventiliranja negativnih emocija, te na taj način dovodi do toga da drugi ljudi izbjegavaju ovakvu depresivnu osobu. Ovakvi obrasci interakcije sa spoljašnjim svijetom održavaju svijest o ličnoj neusklađenosti. Dakle, ovakve strategije prevazilaženja (1) pojačavaju negativne povratne informacije iz spoljašnjeg svijeta, (2) održavaju negativne kognicije, uključujući i ruminiranje, te (3) blokiraju razvijanje uspješnijih strategija, kao što je sposobnost profitiranja iz interakcije sa drugim ljudima (Matthews & Wells, 2004).

Empirijski je utvrđeno (Papageorgiou & Wells, 2003) da su pozitivna vjerovanja o ruminiranju usko povezena sa tendencijom da se počne sa ruminiranjem kao reakcijom na depresivno raspoloženje, dok negativna vjerovanja služe kao ključna funkcija u medijaciji između ruminiranja i depresivnih simptoma. Drugim riječima, pozitivna vjerovanja o ruminiranju motivišu ljude da ruminiraju (npr. "razmišljanje o mojoj depresiji mi pomaže da razumijem greške i neuspjehe iz prošlosti"). Kada je ruminiranje pokrenuto, ljudi ga procjenjuju kao nekontrolabilno i štetno (negatina vjerovanja 1, npr. "nemoguće je ne razmišljati o lošim stvarima koje su se desile u prošlosti"), kao i štetnim za interpersonalne odnose (negativna vjerovanja 2, npr. "svi bi me napustili kada bi znali koliko razmišljam o sebi"). Prema ovom modelu, brojni zatvoreni krugovi ruminiranja, depresije i metakognicije odgovorni su za održavanje i ponavljanje depresivnih iskustava. Potrebna su dodatna istraživanja da bi se utvrdila uloga pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, ali se ovaj model smatra obećavajućim za razumijevanje kako depresije, tako i depresivnih relapsa (Purdon, 2004). Model samo-regulatorne izvršne funkcije ističe da je ruminiranje uobičajeno za različite emocionalne poremećaje i da bi trebalo biti shvaćeno kao generički disfunkcionalni proces, a ne kao kvalitet samo depresije (Matthews & Wells, 2004). Pošto je empirijski je utvrđeno da su pozitivna vjerovanja o ruminiranju usko povezena sa tendencijom da se počne sa ruminiranjem kao reakcijom na depresivno raspoloženje (Papageorgiou & Wells, 2003), odlučio sam da ovim istraživanjem utvrdim da li pozitivna vjerovanja o ruminiranju pored toga što utiču na povećanje nivoa ruminiranja kao reakcijom na depresivno raspoloženje, utiču na

povećanje nivoa ispoljavanja ruminativnih reakcija kao reakcijom na negativne životne događaje.

**Metakognitivna terapija ruminiranja**

Kognitivno-bihejvioralna terapija depresivnih poremećaja usmjerena je na automatske misli o sebi, drugima i budućnosti, kao i na iracionalna vjerovanja o sebi drugima i uslovima života. Ovaj tretman je dobro utvrđen i smatra se jednim od efikasnijih, ako ne i najefikasniji tretman za prevazilaženje depresije. Ipak, postojeći KBT protokoli se u pravilu ne odnose na ruminiranje ili na negativne samogenerišuće, elaborirajuće lance misli o neuspjehu ili o depresivnom stanju kao takvom (Purdon, 2004). Metakognitivni pristup imlicira da bi bilo korisno tretirati ruminaciju direktno, neusmjeravajući se na sadržaj ruminiranja i testiranje tih sadržaja u realnosti, već na mijenjanje metakognitivnitivnih vjerovanja koja dovode do ruminativnog stila prevazilaženja depresije (Wells & Papageorgiou, 2004). Pozitivna vjerovanja o ruminiranju igraju ulogu u razvoju i održavanju depresije, kao i u njenom relapsu. Kognitivna restrukturacija ovih vjerovanja može biti korisna za smanjivanje upotrebe ruminranja kao strategije prevazilaženja depresije, a time može smanjiti i depresivnu simptomatologiju.

Model samo-regulatorne izvršne funkcije vidi ruminaciju kao stil procesuiranja koji je povezan sa individualnim metakognitivnim šemama (planovima i vjerovanjima o samim kognicijama) koja su predstavljena odvojeno od disfunkcionalnih i iracionalnih vjerovanja o sebi. Vjerovanja o sebi koja nisu metakognitivna (npr. “Ja sam gubitnik.” ili “Ja sam bezvrijedan.”) nisu direktno odgovorna za stil procesuiranja i prevazilaženja. Međutim, prema modelu samo-regulatorne izvršne funkcije, prolazni poremećaji raspoloženja povezani sa negativnom procjenom životnih događaja i negativnim vrjednovanjem sebe, pojačani su do klinički depresivnih iskustava time što osoba poseže sa ruminativnim stilom prevazilaženja i ponašanjima, jer ruminativni stil zadržava osobu u njenom depresivnom stanju tako što je usmjerava na samo-ponavljajuće prežvakavanje negativnih misli. Tokom vremena i sa ponavljajućim aktiviranjem ovakvih reagovanja, povećava se vjerovatnoća da će osoba razviti stabilnije obrasce ovakvih negativnih reagovanja. Zbog toga bi tretman trebao da se sastoji od rada na dovođenju ruminiranja

pod kontrolu, osporavajući maladaptivna metakognitivna vjerovanja i omogućavajući veću fleksibilnost u korištenju strategija prevazilaženja. Pošto se metakognitivna vjerovanja u ovom modelu vide kao odvojena od opštih negativnih vjerovanja o sebi, fokus standardne kognitivno-bihejvioralne terapije ostaje na mijenjanju sadržaja vjerovanja koja nisu metakognitivna, a vulnerabilnost za relaps ostaje visoka pošto je osoba razvila stabilnije obrasce negativnih reagovanja na bilo kakve, pa čak i na svakodnevne prolazne poremećaje raspoloženje. Direktna modifikacija ruminativnog stila i metakognicija koje su u korijenu aktiviranja i održavanja ruminativnog procesa mogla bi doprinijeti većoj otpornosti na relaps u tretmanu depresije. Problem na koji se u početku tretmana depresivnih poremećaja može naići, jeste taj da klijenti vjeruju da je ruminiranje nekontrolabilno i u nekim slučajevima nisu motivisani da u potpunosti prekinu ovu aktivnost. Nakoliko faktora doprinosti teškoćama u kontroli ruminiranja (Wells & Papageorgiou, 2004):

(1) ljudi mogu biti nedovoljno svijesni pervazivnosti ove aktivnosti, tako da ih treba uvježbavati u prepoznavanju pojavljivanja ruminiranja
(2) ljudi pogrešno vjeruju u nekontrolabilnost ruminiranja i ovo uvjerenje treba promijeniti kroz verbalne i bihejvioralne reatribucione strategije
(3) postoji otpor da se u potpunosti odustane od ruminiranja pošto se ta aktivnost smatra korisnom; drugim riječima, pozitivna vjerovanja o ruminiranju kao o efikasnoj strategiji podržavaju njenu kontinuiranu upotrebu
(4) neki ljudima nedostaje fleksibilna metakognitivna kontrola potrebna da se prestane sa samo-fokusirajućim ruminiranjem, što može biti rezultat produbljivanja depresije i/ili razvoja jake povratne inicijacije ruminiranja zbog njegovog ponavljajućeg korištenja.

U svakom slučaju, postoje strategije za izlaženje na kraj sa ovim problemima, a koje su usmjerene na metakognitivne mehanizme uključene u ove probleme. Ciljevi metakognitivne terapije su:

(1) približavanje klijentima ideje da je ruminativni stil mišljenja izvor problema

(2) posredovanje u odbacivanju ruminativnog mišljenja i postizanje fleksibilne kontrole nad kognicijama
(3) osporavanje i mijenjanje metakognitivnih vjerovanja
(4) dekatastrofiziranje emocija

Pošto ruminativni stil razmišljanja dovodi do depresije, te se aktivira i pojačava sa depresijom, prvi cilj je približavanje klijentima ideje da su ruminativni stil mišljenja i pažnja usmjerena na monitoring unutrašnjih prijetnji (npr. pretjeran fokus na simptome) izvor problema. Ukoliko postoje multiple epizode depresije, terapeut se raspituje o svakoj epizodi da bi kod klijenta razvio svijest o konzistentnosti promjena stila mišljenja koje su se pojavljivale u ovim epizodama. Terapeut se takođe raspituje da li je bilo promjena u ponašanju tokom depresivnih epizoda. Ovaj proces služi za ukazivanje na to kako smanjivanje u ponašajnim aktivnostima i povećavanje ruminiranja ne vode efikasnom rješenju problema i doprinose još većem fokusiranju na unutra, negativnim i ponavljajućim stilom mišljenja. Takve epizode se korise kao ilustrativni primjeri iz ličnog iskustva klijenta s ciljem ukazivanja na način na koji ruminiranje vodi održavanju poremećaja raspoloženja. Bihejvioralni eksperimenti koji uključuju raspored aktivnosti mogu ukazati klijentu kako angažovanje u aktivnostima umjesto ruminiranju mogu dovesti do promjena u raspoloženju. Na taj način, raspored aktivnosti je upotrebljen da prekine ruminiranje u početnoj fazi uz tehniku približavanja koja ilustruje ulogu ruminiranja i ponašanja u održavanju problema. Drugi korak je posredovanje u odbacivanju ruminativnog mišljenja i postizanje fleksibilne kontrole nad kognicijama, pošto su osobe koje su sklone ruminiranju uvjerene da ruminiranje doprinosti rješevanju poremećaja raspoloženja. Nakon približavanja klijentima ideje da je ruminativni stil mišljenja u stvari izvor problema, može da se uradi pismena analiza prednosti i nedostataka ovakvog stila mišljenja. U cilju postizanja fleksibilne kontrole nad kognicijama koristi se tretman treningom pažnje uz upotrebu vježbi zaustavljanja angažovanja u ruminiranju kroz identifikovanje ranih znakova ruminiranja i vježbi nepristrasne pomnosti ("detached mindfulness").

Klijenti skloni ruminiranju imaju pogrešna vjerovanja o nekontrolabilnosti ruminiranja, što predstavlja negativna vjerovanja o ruminiranju. Zbog toga se, kao treći

korak u metakognitivnoj terapiji, testiraju ova vjerovanja upotrebom vježbi zaustavljanja angažovanja u ruminiranju kroz identifikovanje ranih znakova ruminiranja, kao i eksperimentima odgađanja ruminiranja do nekog unaprijed određenog perioda tokom dana. Upotrebom ovih vježbi klijenti uviđaju činjenicu da su uspješno prekinuli proces i to se koristi kao dokaz kontrolabilnosti ruminativnog procesa. Negativna vjerovanja tiču se tumačenja afektivnih simptoma i ruminiranja kao "nervnog sloma", lične inferiornosti i preosjetljivosti na psihičke poremećaje. Takva vjerovanja dovode do tendencije da se katastrofizira povodom minornih simptoma i da se oni interpretiraju kao znak relapsa. Terapeut u takvim slučajevima normalizuje pojavu simptoma objašnjavajući kako i drugi ljudi takođe doživljavaju promjene raspoloženja, nivoa energije, optimizma, itd. Pojava simptoma može biti stavljena u drugačiji okvir, odnosno preuokvirena (eng. reframed) u smislu da je to prilika da se vježbaju alternativne strategije mišljenja i prilika da se promjeni fokus pažnje na spoljašnje aktivnosti i zadatke, umjesto na samo-fokusirajuće ruminiranje. Pozivina vjerovanja o ruminiranju odnose se na korisnost ove kognitivne strategije u smislu razumijevanja problema, pronalaženja rješenja i prevazilaženja depresije. Za osporavanje ovih vjerovanja koriste se strategije verbalne reatribucije kroz preispitivanje koliko dugo je klijent ruminirao s ciljem da razumije problem i pronađe rješenje od kad je postao depresivan. Nakon ovoga slijedi istraživanje dokaza koji podražavaju vjerovanje da je ruminiranje uspješna strategija, a zatim istraživanje kontradokaza.

Zadnji korak odnosi se na dekatastrofiziranje emocija. Pošto je emocionalni poremećaj povezan sa negativnim vjerovanjima o ("negativnim") emocijama, kao ugrožavajućim znakom povratka depresije, osobe sklone depresivnom poremećaju su preosjetljive na rane znake i simptome depresije i sklone su da ih interpretiraju kao siguran znak relapsa. Takva sklonost može reaktivirati obrasce ruminiranja, fokusiranja na sebe i povlačenja kao maladaptivne strategije koje doprinose razvoju depresije i anksioznosti. Zbog toga ovaj korak podrazumjeva mijenjanje negativnih vjerovanja o emocijama koja doprinose pretjeranoj zaokupljenošću sobom i strahu od relapsa, odnosno tretman na simptom stresa ("depresije povodom depresije”). Prvi se radi na normaliziranju promjena raspoloženja (npr. "Promjene u raspoloženju, nivou energije i slično, uobičajeno su ljudsko iskustvo."), a zatim učenje prepoznavanja grešaka u

mišljenju tipa katastrofiziranja (npr. "Osjećam se umorno ili neraspoloženo što znači da postajem depresivan.") s ciljem distanciranja klijenta od ovakvih misli. Osnovni zadatak je osposobiti klijenta da doživi različite vrste emocija bez potrebe da djeluje u odnosu na njih ili da ih evaluira na neki određen način.

Ovaj tretman zasnovan je na primjeni modela samo-regulatorne izvršene funkcije i tehnika koje su razvijene za tretman hronične brige kod generalizovane anksioznosti (Wells, 1997, prema Wells & Papageorgiou, 2004). Metakognitivna terapija u suštini predstavlja psihološki tretman koji naglašava mijenjanje odnosa koji pojedinci imaju prema procesima mišljenja i uspostavljanje kontrole nad maladaptivnim kognitivnim stilovima kao što je ruminiranje. Zasnovan na modelu samo-regulatorne izvršene funkcije, ovaj tretman sastoji se iz treninga fleksibilne izvršne kontrole, vježbi nepristrasne pune svjesnosti, zaustavljanja ruminiranja, osporavanja pogrešnih pozitivnih i negativnih vjerovanja o ruminiranju i mijenjanja negativnih vjerovanja o emocijama.

## BEZUSLOVNO PRIHVATANJE SEBE

Koncept bezuslovnog prihvatanja sebe tiče se odnosa osobe prema samoj sebi. Odnos prema sebi podrazumjeva svjest o sebi i mišljenje o sebi (Ellis, 1994). Mišljenje o sebi, kao i svako drugo, može biti logično, realistično i pragmatično, kao i nelogično, iskrivljeno i samoodmažuće. Najrasprostranjenije greške u mišljenju o sebi spadaju u red pretjeranih uopštavanja. Pored toga što su većinom tokom djetinjstva naučeni da uopšteno misle o sebi kao stabilnim cjelinama sačinjenim od dijelova, ljudi su takođe najvjerovatnije biološki predisponirani za pretjerano generalizovano mišljenje koje rezultira uopštenim zaključcima o sebi i drugim ljudima. Socijalno stečena i biološki ukorijenjena sklonost ka pretjeranim uopštavanjima ispoljava se na planu generalizovanja samoopisa i donošenja zaključaka o sebi, kao i na planu stvaranja vrijednosnih sudova o sebi. Ova sklonost je ukorijenjena u jeziku, tako da unutrašnje verbalizacije otkrivaju u kojoj mjeri su pretjerane generalizacije prisutne u samoopisima i vrijednosnim samoprocjenama. Na primjer, samoopisi tipa "Ja sam smiren čovjek (djete)" ili " "Ja sam nervozan čovjek (djete)" sadrže pretjerano uopštavanje, jer se opis jedne *osobine* pretvara u opis ili sliku cijele *osobe*. Vrlo slično, sklonost uopštenim vrijednosnim samoprocjenama vidljiva je u unutrašnjim iskazima tipa "Ja sam *dobar* čovjek (djete), jer sam uradio to i to dobro djelo" ili "Ja sam *loš* čovjek (djete), jer sam uradio to i to loše djelo (ili nisam uradio to i to dobro djelo)". Ovi primjeri pokazuju da je sklonost ka uopštenom samodeskriptivnom i samoevaluativnom mišljenju ukorijenjena u jeziku kao verbalna navika (Marić, 2004).

Za psihoterapijsku praksu ključno pitanje je da li mentalna navika globalnog procjenjivanja sebe, na osnovu pojedinih dimenzija, uvijek vodi korisnim posljedicama. Kliničko iskustvo i empirijska istraživanja pokazuju da takva mentalna navika nije uvijek korisna. Alternativu samoodmažućoj filozofiji uopštenog opisivanja sebe, te procjenjivanja cijele svoje ličnosti na osnovu takvih uopštenih opisa samog sebe, Elis (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994) vidi u ljudskoj sposobnosti da samopomažuće razmišlja, a kao samopomažuću filozofiju preporučuje bezuslovno prihvatanje sebe. Ova filozofija predstavlja alternativnu opciju konceptualizovanja sebe, koja počiva na ideji odustajanja od uopštenog procjenjivanja vrijednosti svoje ličnosti, jer su ljudi kompleksna,

promjenljiva i pogriješiva bića - autentične jedinke koje ne mogu biti uopšteno opisana i vrjednosno procjenjena. Iz ovoga proizilazi da davanje opšte ocjene sebi i drugim nije ni logično ni praktično. U prvom dijelu ovog poglavlja predstaviću osnovnu ideju Elisovog koncepta bezuslovnog prihvatanja sebe, u drugom, naučnu i filozofsku utemeljenost ovog koncepta, a u trećem, zašto ovaj koncept predstavlja psihički zdraviju alternativu od uopštene samoprocene. REBT postupak pružanja pomoći klijentu da odustane od uopštene samoprocene koja ga vodi u depresiju (onda kada pogriješi ili ruminira o svojim greškama) ili u anksioznost (onda kada postoji mogućnost da pogriješi i brine o toj mogućnosti), usmjeren je na promjenu odnosa klijenta prema samom sebi. Bezuslovno prihvatanje sebe, koje se može internalizovati marljivim radom, podrazumjeva fleksibilnu filozofiju odnošenja prema sebi, prihvatanje pogriješivosti i izbjegavanje uopštavanja, što vodi konstruktivnijem djelovanju i smanjenju depresivnosti i anksioznosti. Zadnji dio ovog poglavlja posvetiću primjeni filozofije bezuslovnog prihvatanja sebe u psihoterapijskom tretmanu.

**Filozofija bezuslovnog prihvatanja sebe**

Mišljenje o sebi se u akademskoj psihologiji sreće pod raznim nazivima, kao što su self koncept, samopoštovanje, slika o sebi, itd. Obzirom da se u REBT mišljenje o sebi razmatra sa stanovišta deskriptivne i evaluativne konceptualizacije sebe, izgleda da je termin self koncept najsrodniji po stepenu terminološke obuhvatnosti. Akademska teoretisanja o ovom konceptu često se svode na pitanje odnosa deskriptivne i evaluativne komponente, te dilemu da li je poimanje sebe bolje definisati kao globalnu samoprocjenu ili kao skup ocjena specifičnih domena ponašanja (Važić, 2005). Sa stanovišta teorije psihoterapije, kakva je teorija REBT, nije sporno pitanje da li ljudi o sebi misle deskriptivno ili evaluativno, niti da li vrijednuju sebe globalno ili prema pojedinim dimenzijama, jer najverovatnije čine i jedno i drugo (Ellis, 1994). Kliničko iskustvo pokazuje da kada ljudi spontano iznose pojedine značajne deskriptivne podatke o sebi, njihova saopštenja obično sadrže implicitno vrjednovanje tih deskriptivnih aspekata sebe i izvedeno globalno vrjednovanje sebe kao osobe. Međutim, ljudi su takođe u stanju da misle o svom deskriptivnom ili evaluativnom mišljenju o sebi i svjesno odvoje deskripciju od evaluacije. Zbog toga je za psihoterapijsku praksu ključno pitanje da li mentalna navika globalnog procjenjivanja sebe, na osnovu pojedinih dimenzija, uvijek

vodi korisnim posljedicama. Kliničko iskustvo i empirijska istraživanja pokazuju da takva mentalna navika nije uvijek korisna. Nisko samovrjednovanje, koje je direktna posljedica filozofije globalnog obezvređivanja sebe na osnovu svojih loših postupaka i iskustava, u pozitivnoj je vezi sa depresijom (Beck, 1987, Ellis, 1994).

Alternativa samoodmažućoj filozofiji globalnog samovrijednovanja je u ljudskoj sposobnosti da samopomažuće razmišlja. Tradicionalni humanistički koncepti odnos prema sebi definišu kao proces koji nužno sadrži neku formu ocjenjivanja sopstvene globalne vrijednosti. Teorija REBT definiše odnos prema sebi kao *arbitrarni izbor* osobe, koji se može sagledati preko najmanje tri različite opcije:

1) odnos prema sebi koji sadrži uslovno pozitivnu procenu sebe
2) odnos prema sebi koje sadrži bezuslovno pozitivnu procenu sebe
3) odnos prema sebi bez procene svoje vrijednosti

Umjesto da *nagađa* o tome da li je suštinski vrijedan ili bezvrijedan kao ljudsko *biće*, čovjek može da *posmatra* svoje spoljašnje *ponašanje* kao korisno ili nekorisno za postizanje željenih ciljeva. Ljudska bića mogu *birati* između vrjednovanja i nevrjednovanja sebe, te u skladu s tim mogu izabrati da smatraju svoje spoljašnje akcije i osobine kao poželjne ili nepoželjne, ali se uzdržati od poštovanja ili osuđivanja sebe kao cjeline. Dakle, bezuslovno prihvatanje sebe, kao individualna opcija konceptualizovanja sebe, počiva na ideji odustajanja od globalnog ocjenjivanja svoje vrijednosti (Ellis, 1994). Odustajanje od globalnog vrijednovanja sebe možda nije biološki i socijalno ukorijenjena sklonost kao što je generalizovana evaluacija sebe, ali isto se može reći i za filozofiju bezuslovno pozitivnog vrijednovanja sebe. Postoji više takvih filozofija ukorijenjenih u humanističkim shvatanjima, poput Rodžersovog koncepta bezuslovno pozitivne procene sebe (Rodžers, 1985) i Harisovog koncepta "OK osobe" (Haris, 1999).

Rodžersov koncept bezuslovnog vrijednovanja sebe podrazumjeva da osoba sebe vrijednuje visoko ili pozitivno bez obzira na svoje ponašanje i osobine. Međutim, ljudima je teško da vrijednuju sebe pozitivno onda kada su svjesni svojih grešaka. Većini ljudima zvuči paradoksalno ideja da globalno negativno vrijednovanje sebe predstavlja kognitivnu distorziju, dok isti mentalni postupak nije kognitivna distorzija onda kada se

uopštavanje vrši u pozitivnom smjeru. Ljudi su svjesni da globalno pozitivno vrjednovanje sebe predstavlja samo drugi pol iste mentalne aktivnosti koja se odvija onda kada sebe globalno negativno vrijednuju na osnovu pozitivnih postupaka, te zbog toga teško usvajaju koncept bezuslovno pozitivnog vrijednovanja sebe. I Harisova poruka "Ja sam OK", odnosno "Vrijedim zato što sam ljudsko biće," takođe podrazumjeva pozitivno vrjednovanje sebe kao cjeline. Međutim, Elis (Ellis, 1991; Mills, 1993) navodi da bilo ko može reći: "Ali ja mislim da si bezvrijedan zato što si ljudsko biće," te smatra da je ovakav način vrijednovanja sebe u stvari arbitrarno definisanje ljudi kao vrijednih ili bezvrijednih, "dobrih" ili "loših." Zbog toga Elis (Ellis, 1972, 1976, 1991, 1994) smatra da su navedena rješenja za problem negativnog ljudskog samovrijednovanja vrlo praktična i mogu biti korisna, ali su naučno i filozofski neelegantna pošto takve definicije nije moguće niti dokazati niti opovrgnuti. Zbog toga on predlaže koncept odustajanja od globalne procjene sebe kao jednako legitiman, ali naučno i filozofski elegantniji izbor.

**Naučna i filozofska utemeljenost**

Koncept bezuslovnog prihvatanja sebe (Ellis, 1994) počiva na principima naučnog mišljenja. Bezuslovno prihvatanje sebe predstvlja realistično, logično i samopomažuće ili psihički zdravo razmišljanje o sebi. Realnost je takva da se unutrašnja vrijednost čovjeka ne može meriti jer se njegovo biće stalno razvija. On je proces koji se neprestano menja. Ideje i osjećanja o samovrijednosti su arbitrarna i ne mogu se empirijski potvrditi ili opovrgnuti. U stvari, mi sami biramo da prihvatimo ili da degradiramo sebe, kao i da pogrešno pretpostavimo da možemo da ocjenjujemo sebe u cjelini zato što smo u stanju da prilično tačno ocjenimo naše postupke kao "dobre" ili "loše" (onda kada odredimo ciljeve i svrhu u odnosu na koje ćemo ih procjenjivati).

Takođe, samovrijednost ne treba mješati sa konceptom samoefikasnosti, pošto prema ovom konceptu, kada ljudi znaju ili osjećaju da su efikasni (u školi, na poslu, u sportu ili gotovo u svemu), obično imaju više uspeha i drugi ih radije prihvataju. Međutim, ljudi mogu biti samoefikasni, a da ipak ne prihvataju sebe jer uprkos tome što postižu uspjehe i znaju da će tako nastaviti, ipak i dalje misle "Moram da budem uspješniji" i zato ne vjeruju i ne osjećaju da su dovoljno dobri. Ne treba miješati ni

samoprocjenu i sreću. Iako srećniji ljudi mogu voditi bolji život od manje srećnih, to ne znači da su oni bolje osobe.

Na kraju, ovome se može dodati argument koji se svodi na odnos osobe prema kritici. Osobe koje ne prihvataju sebe bezuslovno osjetljivije su na kritiku pošto ona podstiče osjećanje bezvrijednosti. Jedan od načina da se sačuva ugrožena samovrijednost je da se na neki način umanji vrijednost kritičara, posebno njegovo pravo da donosi sudove. S druge strane, čovjek koji sebe prihvata nema potrebu da se brani od kritika i u stanju je da prizna validnost kritike kada je ona na mjestu. Ljudi koji se u većoj mjeri samoprihvataju objektivniji su prema sopstvenom ponašanju i osobinama, te češće koriste negativne povratne informacije o sebi kao priliku da koriguju svoje ponašanje kako bi bili efikasniji, ali ne da bi bili vrijedniji ljudi. Prema tome, oni više uživaju u životu, a manje se dokazuju (Ellis, 1994).

**Psihički zdravija alternativa**

Na osnovu navedenog, može se zaključiti da ne postoji objektivan način definisanja lične ili unutrašnje vrijednosti. Ljudima se može pokazati da su sami sebe definisali kao bezvrijedne zato što tako misle o sebi. Sa stanovišta mentalnog zdravlja, težnja ka visokom i niskom globalnom vrijedovanju sebe i samopoštovanju je štetna sklonost jer kod ljudi potkrepljuje samoodmažuću tendenciju da od sebe samih zahtjevaju dokaze sopstvene vrijednosti. Ljudi od sebe apsoutistički zahtjevaju da se uvijek i u svakoj situaciji ponašaju pametno, ispravno i kompetentno ili imaju rigidan apsolutistički zahtjev prema sebi da svojim ponašanjem uvijek i u svakoj prilici zasluže poštovanje, odobravanje ili ljubav drugih ljudi. Pretvaranjem *preferencija* ka uspehu i prihvatanju od strane drugih u apsolutističke *zahtjeve* za uspjehom i prihvatanju od strane drugih, ljudi sami sebe uvode u osjećanje bezvrijednosti i depresiju jer pogrešno zaključuju: "Zato što moram da budem uspješan, a u stvari sam neuspešan, ja sam loš i manje vrijedan". Šta više, do neprihvatanja sebe dolazi ne samo zato što ljudi vjeruju: "Ne vrijedim ako sam neuspješan", već i zbog osuđivanja sebe zbog depresije koja prističe iz samooptuživanja, tako što sebi govore: "Ja sam loš i ne vrijedim ništa jer sam depresivan". Na taj način ljudi stvaraju dupli osjećaj samobezvrijednosti, odnosno samoobezvrijeđuju sebe

povodom samoobezvrijeđivanja i razvijaju depresiju povodom depresije uvodeći sebe u zatvoren krug samoobezvrijeđivanja i depresije.

Težnja ka bezuslovnom prihvatanju sebe predstavlja zdraviju alternativu u odnosu na težnju ka postizanju samopoštovanja. Bezuslovno prihvatanje sebe postiže se sagledavanjem sebe kao osobe kompetentne u jednoj oblasti i nekompetentne u nekoj drugoj, uz potpuno odustajanje od procjene svoje globalne kompetentnosti ili nekompetentosti. U interpersonalnoj oblasti, bezuslovno samoprihvatanje postiže se odustajanjem od globalne procjene sebe na osnovu količine poštovanja, divljenja, odobravanja ili ljubavi koju osoba dobija od drugih ljudi. Istraživanja na nekliničkom uzorku pokazala su da osobe koje sebe bezuslovno prihvataju u većem stepenu, ispoljavaju manji nivo depresije i anksioznosti, a veći stepen sreće i opšte dobrobiti (Chamberlain & Haaga, 2001a). Slični rezultati dobijeni su istraživanjem na nekliničkom uzorku studenata sa područja Srbije kojim je potvrđeno da osobe sa većim bezuslovnim prihvatanjem sebe imaju veće zadovoljstvo životom, osjećaj sreće i psihološkog blagostanja, a manji nivo anksioznosti (Važić, 2005). Naše istraživanje dizajnirano je sa ciljem provjere hipoteze da bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na depresiju i ruminiranje, te da je kao kognitivni prediktor ovih varijabli negativno povezano sa pozitivnim uvjerenjim o ruminiranju, polazeći od pretpostavke da osobe koje sebe ne prihvataju bezuslovno, odnosno procjenjuju sebe u cjelini kada se dese negativni životni događaji, pozitivno vrijednuju ruminiranje jer ga doživljavaju kao instrument procjenjivanja sebe.

**Psihoterapijska primjena**

REBT podrazumjeva pružanje pomoći klijentu da odustane od globalne samoprocjene koja ga vodi u depresiju onda kada pogriješi ili u anksioznost onda kada postoji mogućnost da pogriješi. Postupak je usmjeren na promjenu filozofije klijenta. Postoje dvije vrste filozofskih promjena samoprocjene: neelegantna i elegantna.

Neelegantna podrazumjeva pozitivno vrjednovanje sebe. Elis (Ellis, 1994) nudi dva rješenja za pozitivno vrjednovanje sebe:

1) pozitivno vrjednovanje sebe oslanjanjem na kriterijume postojanja, života i potencijala za sreću; vjerovanje u filozofiju "dobra sam osoba zato što postojim, zato što sam živ, zato što mogu da pronađem neko zadovoljstvo u životu i zato što biram da definišem sebe kao dobrog umjesto kao lošeg", omogućiće ljudima da ne brinu oko samoprocjene jer će biti loši ili bezvrijedni samo onda kada ne mogu da nađu nikakvo zadovoljstvo u životu ili kada budu mrtvi

2) pozitivno vrjednovanje sebe uz odluku da osoba sebe smatra dobrom bez obzira na okolnosti; osoba može sebi reći "prihvatam sebe u potpunosti kao dobro, vrijedno ljudsko biće, bilo da sam uspješan ili neuspješan, bilo da me prihvataju ili ne prihvataju značajne osobe u mom životu", i to je takođe praktična filozofija i imaće uspeha jer će osobu "učiniti dobrim" i kada joj ne ide sve od ruke.

Međutim, svi koncepti o tome koliko je dobra ili loša ukupna, globalna, trenutna vrijednost diskutabilni su, čak i ako se ljudi slažu oko vrijednosti određenog postignuća ili ponašanja osobe. Ta postignuća variraju od dana do dana, od nedelje do nedelje, a ponekad i od trenutka do trenutka. Ukoliko klijent zaista želi stabilan osjećaj prihvatanja sebe, Elis (Ellis, 1994) preporučuje elegantnu filozofiju bezuslovnog prihvatanja sebe kroz procjenjivanje sopstvenih postupaka, djela, misli, osjećanja i drugih ponašanja, ali odustajanje od procjenjivanja sebe u cjelini, svog bića, svoje suštine, svog totaliteta. On navodi da se negativna samoevaluacija klijenata može promijeniti na različite načine, kao što su davanje bezuslovno pozitivnog poštovanja (Karl Rodžers), direktno podržavanje (Sandor Ferenci) ili pružanje podrške na druge načine kao što je suportivna terapija (Luis Volberg), ali da on preferira aktivno direktivnu diskusiju klijentovih bazičnih filozofija. Tokom terapije on klijentima izlaže deset principa na kojima počiva koncept bezuslovnog prihvatanja sebe kako bi se na racionalan i logičan način potpomogla filozofska promjena (Ellis, 1965). Jedan od mogućih načina izlaganja ovih koncepata je sledeći:

1. Ljudskim bićima se ne može dati jedna opšta ocjena, odnosno ne mogu se procjeniti kao cjelina, kao ličnost. Nisko samopoštovanje uključuje davanje jedne negativne opšte ocjene osobi, dok visoko uključuje davanje sebi opšte pozitivne ocjene. Prema REBT teoriji, nemoguće je dati osobi jednu opštu ocjenu, bilo negativnu, bilo

pozitivnu, jer je čovjek suviše kompleksan i jer je trajan proces, dakle neprestano se mijenja. S druge strane, bezuslovno prihvatanje sebe ne uključuje bilo kakvu uopštenu ocjenu ili procjenu, ali dopušta ocjenu različitih aspekata sebe. Na taj način omogućava osobi da se fokusira na svoje negativne aspekte i učini nešto da ih poboljša bez samooptuživanja sebe kao cjeline.

2. Ljudska bića su, u suštini, pogriješiva. Elis je primjetio da se ljudi vrlo lako uznemire, a vrlo teško smire. Samoprihvatanje znači potvrdu da je naša suština pogriješivost i da nismo savršeni.

3. Svi ljudi su jednaki po ljudskoj prirodi, ali nejednaki po svojim različitim aspektima. Ovaj princip proizilazi iz prethodna dva. Ako je suština ljudske prirode pogriješivost, onda su svi ljudi jednaki po svojoj ljudskoj prirodi; a budući da se ljudska bića ne mogu ocjenjivati, iz tog proizilazi da ni jedan čovjek nije vrijedniji od drugog. Ovaj princip ne poriče postojanje razlike među ljudima s obzirom na njihove različite aspekte.

4. Osnovni problem u vezi s pojmom ljudske vrijednosti je što ljudi obično stvaraju svoju ukupnu vrijednost na varijablama koje su promjenjive. Čak i ako osoba ispuni uslove vrijednosti u bilo kom trenutku, ona je ipak podložna emocionalnim poremećajima ako se ti uslovi stalno ne zadovoljavaju. Jedini način na koji osoba može primjeniti pojam ljudske vrijednosti na racionalan način jeste da stvara svoju ukupnu vrijednost na jednoj od dvije konstante: ona može reći da je vrijedna zato što je ljudsko biće i/ili zato što je živa.

5. Bezuslovno samoprihvatanje izbjegava greške pretjeranog uopštavanja. Kada ljudi primenjuju pojam samopoštovanja, oni prave grešku pretjeranog uopštavanja. Drugim rečima, ocjenjuju sebe na osnovu ocjene jednog dijela sebe. Primjenjujući pojam bezuslovnog samoprihvatanja, osoba može zaključiti da nije uspjela da postigne neki cilj i ocjeniti taj uspjeh negativno, ali će zaključiti da je pogriješivo ljudsko biće i prihvatiti sebe sa svojim greškama, sa svojom pogriješivošću.

6. Bezuslovno samoprihvatanje zasniva se na fleksibilnoj preferencijalnoj filozofiji. Na primjer, ako osoba vjeruje da ne valja, jer je postupila na društveno neprihvatljiv način, tada ovo samoponižavajuće uverenje obično potiče od krutog vjerovanja: "Ne smijem se ponašati neprihvatljivo u društvenom kontekstu." Samoprihvatajuće alternativno uvjerenje uključivalo bi prihvatanje sebe kao pogriješivog ljudskog bića i poticalo bi od fleksibilnog vjerovanja: "Volio bih da ne postupam na društveno neprihvatljiv način, ali nema razloga zašto to apsolutno ne smijem uraditi."

7. Bezuslovno samoprihvatanje podstiče konstruktivno djelovanje, a ne rezignaciju, apatiju i prepuštanje. Ako možemo sebe da prihvatimo kao pogriješiva ljudska bića, imamo veće šanse da smanjimo svoje greške i psihološke probleme. Ovo ne podrazumjeva rezignaciju, već podstiče naša konstruktivna nastojanja da učimo iz grešaka i smanjimo našu sklonost ka uznemiravanju, pošto se samoprihvatanje zasniva na fleksibilnoj filozofiji preferencija, želje da se živi što je moguće srećnije.

8. Bezuslovno samprihvatanje je navika koja se može steći (ali nikada savršeno, niti zauvijek). Bihejvioralni terapeuti često tumače autodestruktivno ponašanje kao lošu naviku koja se može otkloniti. I na bezuslovno samoprihvatanje se može gledati kao na naviku koja se može steći, ali se mora uzeti u obzir i to da je u prirodi pogriješivih ljudskih bića da se vraćaju samoponižavanju kada su pod stresom.

9. Internalizacija filozofije bezuslovnog samoprihvatanja je teška i uključuje marljiv rad. Razumijeti pojam bezuslovnog samoprihvatanja nije teško, ali internalizovati filozofiju bezuslovnog samoprihvatanja tako da ona ima pozitivan uticaj na način na koji mislimo, osjećamo i djelujemo, jeste teško. Klijent će morati da podnese jedan period u kome će se “osjećati potpuno pogrešno” dok nastoji da usvoji filozofiju koja ima smisla, ali u koju još ne veruje.

10. Bezuslovno samoprihvatanje zahtjeva snagu i energiju. Internalizacija se može postići na dva načina: (a) na mlitav i bezvoljan način i (b) snagom i energijom, što je uspešan način jer se ljudi obično drže svojih samoponižavajućih vjerovanja prilično kruto.

Prvih pet principa se odnosi na Elisovo shvatanje ljudske prirode i vrijednosti u svjetlu kriterijuma logičnosti, realističnosti i pragmatizma. Ljudska bića su kompleksna, promjenljiva, pogriješiva, ali i autentične jedinke. Iz ovoga proizilazi da davanje opšte ocjene sebi i drugim nije logično niti praktično. Drugih pet principa odnosi se na pozitivne aspekte koncepta bezuslovnog prihvatanja sebe. Bezuslovno prihvatanje sebe, koje se može internalizovati marljivim radom, podrazumjeva fleksibilnu filozofiju, prihvatanje pogriješivosti i izbjegavanje generalizacije, što vodi konstruktivnijem djelovanju i smanjenju depresivnosti i anksioznosti.

# ISTRAŽIVANJE

## Cilj istraživanja

Istraživanje je dizajnirano da provjeri hipoteze da, kada se dese negativni životni događaji, uslovno vrjednovanje sebe (Ellis, 1972, 1976, 1994, 2004) i pozitivna vjerovanja o ruminiranju (Papageorgiou & Wells, 2001, 2003, 2004) utiču na povećan nivo ruminiranja i depresije, kao i da utvrdi povezanost između ova dva pretpostavljena prediktorska faktora ruminiranja i depresije, te povezanost između zavisnih varijabli (ruminativne i depresivne reakcije).

Zavisne varijabla *depresivne reakcije* nazvana je tako pošto upitnikom korištenim u istraživanju (Bekov inventar depresivnosti) ispitujemo nivo ispoljavanja navedenih reakcija, ali ne svrstavamo preko rezultata na upitniku ispitanike u dijagnostičku kategoriju depresivnih poremećaja. Naime, iako je Bekov inventar depresivnosti pouzdana i validna mjera depresivnih simptoma, sama za sebe nije dovoljna za dijagnozu depresije. Zbog toga se na normalnom uzorku koristi kao mjera depresivnih reakcija koji ukazuju na *emocionalno stanje* disforije, a ne *dijagnostičku kategoriju* depresivni poremećaj (Dykmn & Johll, 1998, prema Marić, 2002).

## Nacrt istraživanja

Za istraživanje je korištena prospektivna paradigma s ciljem otkrivanja interakcije nezavisnih (bezuslovnog prihvatanja sebe, pozitivnih vjerovanja o ruminiranju i negativnih životnih događaja) i zavisnih varijabli (ruminativne i depresivne reakcije).

## Hipoteze istraživanja

1. <u>Bezuslovno prihvatanje sebe i pozitivna vjerovanja o ruminiranju negativno koreliraju.</u>

   Ellis (1972, 1976, 1994) smatra da su ljudi koji uslovno prihvataju sebe aktivno usmjereni na procjenjivanje sebe. Pošto je procjenu sebe nemoguće objektivizirati (Ellis, 1994; Ellis & Dryden, 2002), naša pretpostavka je da osobe koje ne prihvataju sebe bezuslovno, odnosno procjenjuju sebe kada se dese negativni životni događaji,

pozitivno vrijednuju ruminiranje jer ga doživljavaju kao instrument procjenjivanja sebe. Nisu nam poznata empirijska istraživanja kojima je provjeravana ova hipoteza.

2. Ruminativne i depresivne reakcije pozitivno koreliraju.

Brojna empirijska istraživanja dokazala su da su ruminiranje i depresija pozitivno povezani (prema Papageorgiou & Wells, 2004). Prema većini autora, uzročna struktura ove veze nije empirijski utvrđena (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993, Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Međutim, prema Spasojević i kolegama (Spasojević, et al. 2004), novija istraživanja ukazuju da ruminiranje ne samo da je povezano sa depresivnim raspoloženjem, već predstavlja faktor vulnerabilnosti za razvijanje klinički značajne depresivne simptomatologije i epizoda, odnosno da ruminiranje vodi u klinički značajne depresivne epizode.

3. Bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

Ellis (1972, 1976, 1994) pretpostavlja da je procjena sebe disfunkcionalna jer predisponira ljude da se osjećaju depresivno ukoliko je procjena sebe niska. Postojanje procesa procjenjivanja sebe podrazumjeva evaluaciju globalne lične vrijednosti (koja se u REBT smatra iracionalnom pošto ne postoji objektivna osnova za određivanje vrijednosti ljudskih bića), te Ellis umjesto toga predlaže rad na bezuslovnom prihvatanju sebe (BPS), pretpostavljajući da BPS ima negativan uticaj na depresiju kada se dese negativni životni događaji. Empirijski je potvrđeno na nekliničkom uzorku (Chamberlain & Haaga, 2001a) da viši nivo bezuslovnog prihvatanja sebe negativno utiče na nivo depresivnih simptoma.

4. Pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

Model samo-regulatorne izvršne funkcije (Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004) ističe da bi ruminiranje trebalo razumijeti kao generički disfunkcionalni proces za različite emocionalne poremećaje, uključujući i depresiju,

pri čemu vjerovanja koja emocionalno vulnerabilne osobe imaju o ruminiranju predisponiraju osobe za ruminiranje (Matthews & Wells, 2004). Papageorgiou & Wells (2001) empirijski su utvrdili značajno izraženija pozitivna vjerovanja o ruminiranju kod pacijenata koji pate od velikog depresivnog poremećaja.

5. Bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

Ellis (1972) pretpostavlja da procjena sebe vodi ka ruminiranju kada se dese negativni životni događaji. Rješenje problema procjenjivanja sebe vidi u odbacivanju procjenjivanja sebe, a umjesto toga predlaže rad na bezuslovnom prihvatanju sebe (BPS), pretpostavljajući da BPS ima negativan uticaj na ruminiranje kada se dese negativni životni događaji. Nisu nam poznata empirijska istraživanja kojima je provjeravana ova hipoteza.

6. Pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

Pretpostavka na osnovu modela samo-regulatorne izvršne funkcije (Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004) je da vjerovanja koja emocionalno vulnerabilne osobe imaju o ruminiranju predisponiraju osobe za ruminiranje. Papageorgiou & Wells (2003) empirijski su utvrdili da su pozitivna vjerovanja o ruminiranju usko povezena sa tendencijom da se počne sa ruminiranjem, te pretpostavljaju da pozitivna vjerovanja o ruminiranju motivišu ljude da ruminiraju.

**Varijable istraživanja**

*Nezavisne varijable*

1. Bezuslovno prihvatanje sebe - numerička varijabla operacionalizovana preko skora na revidiranoj verziji Upitnika bezuslovnog prihvatanja sebe (Chamberlain & Haaga, 2001b), za potrebe ovog istraživanja podijeljena je u dvije kategorije na osnovu medijane dobijene u prvom mjerenju.

2. Pozitivna vjerovanja o ruminiranju - numerička varijabla operacionalizovana preko skora na Skale pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (Papageorgiou & Wells, 2001b), za potrebe ovog istraživanja podijeljena je u dvije kategorije na osnovu medijane dobijene u prvom mjerenju.
3. Negativni životni događaji - numerička varijabla operacionalizovana preko skora na Upitniku negativnih životnih događaja (Saxe & Abramson, 1987), za potrebe ovog istraživanja podijeljena je u dvije kategorije na osnovu medijane dobijene u drugom mjerenju

*Zavisne varijable*

1. Depresivne reakcije - numerička varijabla operacionalizovana preko skora na Bekovom inventaru depresivnosti (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).
2. Ruminativne reakcije - numerička varijabla operacionalizovana preko skora na Skali ruminativnih reakcija, subskali Upitnika stilova reakcija (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

*Eliminacione varijable*

1. Depresivne reakcije - prilikom prvog mjerenja iz istraživanja su isključeni ispitanici koji su na Bekovom inventaru depresivnosti (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) imali skor veći od 9. Skor 9 na Bekovom inventaru depresivnosti je kritički skor depresivne simptomatologije, odnosno skor na ovom upitniku veći od 9 indikator je disforije.
2. Ruminativne reakcije - prilikom prvog mjerenja iz istraživanja su isključeni ispitanici koji su na Skali ruminativnih reakcija (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) imali skor iznad medijane cjelokupnog uzorka. Koristili smo medijanu za podjelu pošto ne postoje standarde kategorije za Skalu ruminativnih reakcija.

**Instrumenti istraživanja**

1. Upitnik bezuslovnog prihvatanja sebe (u daljem tekstu: UBPS), revidirana verzija (Chamberlain & Haaga, 2001b).

   Originalna verzija UBPS (Chamberlain & Haaga, 2001a) se sastoji od 20 iskaza koji imaju za cilj da odraze različite aspekte filozofije i prakse bezuslovnog prihvatanja sebe izabrane iz REBT teorije. Ispitanici odgovaraju na pitanja koja su rangirana od 1 ("skoro uvijek netačno") do 7 ("skoro uvijek tačno") u zavisnosti od toga koliko je iskaz karakterističan za njih. Unutrašnja konzistentnost originalnog upitnika je umjerena (alfa = 0.72).

   Revidirana verzija (Chamberlain & Haaga, 2001b) je identična UBPS uz izmjene tri stavke koje su imale negativnu ajtem-total korelaciju. Unutrašnja konzistentnost revidirane verzije UBPS je ovim izmjenama povećana na visoku (alfa = 0.86). U našem istraživanju unutrašnja konzistenost ovog upitnika bila je visoka (alfa = 0.90).

2. Skala pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (u daljem tekstu: SPUR; Papageorgiou & Wells, 2001b).

   SPUR je skala sa 10 stavki koja procjenjuje pozitivna metakognitivna vjerovanja o dobitima i prednostima ruminiranja. Od ispitanika se zahtjeva da procjenje do koje mjere se slažu sa svakom stavkom na četvorostepenoj skali rangiranoj od 1 ("ne slažem se") do 4 ("potpuno se slažem").

   Autori (Papageorgiou & Wells, 2004) navode da SPUR ima visoku unutrašnju konzistentnost (alfa = 0.89) i test-retest pouzdanost (r = 0.85). U našem istraživanju unutrašnja konzistenost ovog upitnika iznosila je 0.75.

   Značajna korelacija (r = 0.43) sa subskalom 1 (pozitivna vjerovanja o brigi) Upitnika metakognicija sugeriše konkurentnu validnost SPUR, dok značajne korelacije sa Skalom ruminativnih reakcija (r = 0.53), Bekovim inventarom

depresivnosti (r = 0.45) i crtom depresivnosti (r = 0.43) podržavaju konvergentnu validnost skale.

Konačno, diskriminativna klinička validnost je istraživana na tri kliničke grupe (rekurentna velika depresija, panični poremećaj sa agorafobijom i socijalna fobija) i nekliničkoj kontrolnoj grupi. Kao što je i očekivano, pacijenti sa rekurentnom velikom depresijom imali su značajno veće skorove u odnosu na druge grupe pacijenata i kontrolnu grupu, a druge značajne razlike nisu nađene.

3. Skala ruminativnih reakcija (u daljem tekstu: SRR), subskala Upitnika stilova reakcija (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

SRR se sastoji od 22 stavke koje opisuju reakcije na depresivno raspoloženje koje su fokusirane na sebe, simptome ili moguće posljedice i uzroke takvog raspoloženja. Unutrašnja konzistentnost SRR je visoka (alfa = 0.89).

Papageorgiou & Wells (2004) navode da je u brojnim istraživanjima potvrđena visoka unutrašnja konzistentnost SRR (koeficijent alfa od 0.89 do 0.92), kao i da je utvrđena prediktivna validnost za nekliničku populaciju sa blagom do srednje depresije, dok su podaci za kliničku grupu kontradiktorni. U našem istraživanju unutrašnja konzistenost ovog upitnika bila je visoka (alfa = 0.93).

Takođe je provjeravana konvergentna validnost sa mjerama depresivnosti. Korelacija između skora na SRR i trenutnih depresivnih simptoma mjerenih Inventarom za dijagnostikovanje depresije (u daljem tekstu: IDD) iznosila je od 0.53 do 0.57, najgorih životnih depresivnih simptoma mjerenih Životnom verzijom IDD iznosila je 0.61 i neuroticizma mjerenog Ajzenkovim inventarom ličnosti iznosila je 0.57 (Nolan i sar., 1998, prema Papageorgiou & Wells, 2004).

Istraživanja su takođe ukazala na diskriminativnu validnost. SRR negativno korelira sa dispozicionalnim optimizmom (r = -0.30 do -0.36) i sa socijalnom podrškom (r = -0.38 do -0.40).

4. Bekov inventar depresivnosti (u daljem tekstu: BID; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

BID se sastoji od 21 kategorije tvrdnji koje se tiču simptoma depresije. Svaka kategorija sadrži tvrdnje koje se mogu rangirati na četvorostepenoj skali od 0 do 3 prema intenzitetu izraženosti simptoma. Ispitanik u svakoj kategoriji odabire tvrdnju koja najviše odgovara njegovom raspoloženju u poslednje dvije sedmice.

Unutrašnja konzistentnost BID je prilično visoka. Bek, Stir i Garbin (Beck, Steer & Garbin, 1988, prema Marić, 2002) su dali prikaz 25 studija u kojima se koeficijent alfa kreće od 0.73 do 0.95. U pomenutom pregledu Beka i saradnika (ibid) podaci sugerišu o validnosti skale. Korelacije sa drugim mjerama simptoma depresije su visoke, a kreću se od 0.57 do 0.90. Poređenje sa procjenama depresije od strane kliničara daje korelacije u rasponu 0.55 - 0.96 (ibid).

Alfa koeficijenti u pilot istraživanjima za provjeru BID na našoj populaciji iznosi 0.88 (N = 114) i 0.87 (N = 99). U našem istraživanju unutrašnja konzistenost ovog upitnika iznosila je 0.81.

Iako je BID pouzdana i validna mjera depresivnih simptoma, sama za sebe nije dovoljna za dijagnozu depresije. Zbog toga se na normalnom uzorku koristi kao mjera depresivnih reakcija koji ukazuju na *emocionalno stanje disforije*, a ne *dijagnostičku kategoriju depresivni poremećaj* (Dykmn & Johll, 1998, prema Marić, 2002).

5. Upitnik negativnih životnih događaja

Upitnik negativnih životnih događaja mjeri izloženost negativnim životnim događajima u određenom vremenskom periodu. Originalna verzija (Saxe & Abramson, 1987, prema Marić, 2002) je modifikovana više puta, tako da poslednja verzija obuhvata nekoliko kategorija događaja: rad, porodica, prijatelji, partner itd. Ispitanici popunjavaju upitnik za vremenski period koji čini poslednjih 14 dana, odnosno dobijaju uputstvo da računaju događaje koji su se desili "u poslednje dvije nedelje". Događaji koji se ispituju su epizodni negativni događaji, a ispitanik bilježi

broj javljanja u toku poslednje dvije nedelje, određujući koliko puta mu se desio navedeni događaj na četvorostepenoj skali rangiranoj od 0 ("nijednom") do 4 ("tri ili više puta"). Iako je nemoguće u potpunosti kontrolisati subjektivnost, odnosno uticaj stavova i vjerovanja ispitanika na opažanje učestalosti događaja, autori su pokušali ublažiti ovu tendenciju instrukcijom: "Uračunajte svaki događaj ovog tipa, bez obzira na to da li ga vi smatrate važnim ili nevažnim."

Test-retest pouzdanost upitnika je 0.82, izračunata za događaje koji su ispitivani sa razmakom od 2 nedelje, a nalazi koji ukazuju na validnost dobijeni su u nekoliko longitudinalnih studija koje su ispitivale vulnerabilnost na depresiju.

Instrument je preveden i prilagođen (uz izostavljanje tvrdnji koje se odnose na školovanje) za istraživanje na našoj populaciji (Marić, 2002) i utvrđena je zadovoljavajuća pouzdanost (alfa = 0.83). Pirsonovi koeficijenti korelacije sa Skalom stanja bijesa, Skalom stanja anksioznosti i Bekovim inventarom depreivnosti kreću se od 0.37 do 0.41.

Za potrebe ovog istraživanja upitnik je sadržavao i tvrdnje koje se odnose na školovanje.

**Uzorak**

Uzorak spada u tip prigodnog uzorka, a u vremenu prvog mjerenja sačinjavalo ga je 411 studenata Univerziteta u Banjoj Luci. Nakon prvog mjerenja eliminacionim postupkom iz istraživanja su isključeni ispitanici koji su na Bekovom inventaru depresivnosti (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) imali skor veći od 9, kao i ispitanici koji su na Skali ruminativnih reakcija (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) imali skor iznad medijane cjelokupnog uzorka, a koja je iznosila 41.

Za eliminisanje ispitanika na osnovu rezultata dobijenih na Bekovom inventaru depresivnosti koristili smo skor 9 koji je kritički skor depresivne simptomatologije, odnosno skor na ovom upitniku veći od 9 predstavlja indikator blagog depresivnog poremećaja. Za eliminisanje ispitanika na osnovu rezultata dobijenih na Skali

ruminativnih reakcija koristili smo medijanu dobijenu na prvom mjerenju, pošto ne postoje standardni kritički skorovi za razvrstavanje ispitanika u kategorije po nivou ispoljavanja ruminativnih reakcija. Ovakav postupak određivanja kritičkog eliminacionog skora na osnovu medijane, kada ne postoje standardni kritički skorovi za razvrstavanje ispitanika, korišten je i u drugim prospektivnim istraživanjima (Wenzlaff & Luxton, 2003) u kojima su ovakvim postupkom eliminisani uticaji varijabli sa prvog mjerenja na nivo tih varijabli u vremenu drugog mjerenja.

Cilj ovakvog eliminacionog postupka bio je da proizvedemo grupe koje imaju različit nivo bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, ali jednako nizak nivo depresivnih i ruminativnih reakcija, čime smo eliminisali uticaj depresivnih i ruminativnih reakcija sa prvog mjerenja na nivo tih reakcija u vremenu drugog mjerenja.

Na ovaj način, nakon prvog mjerenja iz daljeg ispitivanja je eliminisano 203 ispitanika, odnosno ciljani uzorak nakon ovog eliminacionog postupka iznosio je 208 ispitanika. Kao što smo i željeli, ovakav eliminacioni postupak proizveo je grupe ispitanika koje su bile jednake po nivou ispoljavanja depresivnih i ruminativnih reakcija, ali su se razlikovale po nivou bezuslovnog prihvatanja sebe i po nivou pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (Tabele 5.-10. u Prilozima na kraju rada).

Naime, rezultati na Upitniku bezuslovnog prihvatanja sebe (UBPS) za ispitanike sa niskim (AS=57.96) i visokim (AS=94.54) nivoom bezuslovnog prihvatanja sebe, bili su statistički značajno različiti [$t(121)= -18,319$; $p<0.01$]. Takođe, rezultati na Skali pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (SPUR) za ispitanike sa niskim (AS=21.21) i visokim (AS=28.46) nivoom pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, bili su statistički značajno različiti [$t(121)= -13,827$; $p<0.01$].

U isto vrijeme (Tabele 11.-14. u Prilozima na kraju rada), nije bilo statistički značajnih razlika na Bekovom inventaru depresivnosti između ispitanika sa niskim (AS=3.53) i visokim (AS=3.85) nivoom bezuslovnog prihvatanja sebe [$t(97,95)= -0.,627$; *nz*], kao ni na Skali ruminativnih reakcija između ispitanika sa niskim (AS=34.71) i visokim (AS=34.62) nivoom bezuslovnog prihvatanja sebe [$t(104,21)=0,110$; *nz*].

Takođe, nije bilo statistički značajnih razlika na Bekovom inventaru depresivnosti između ispitanika sa niskim (AS=3.97) i visokim (AS=3.36) nivoom pozitivnih vjerovanja o ruminiranju [t(112,85)= 1,251; *nz*], kao ni na Skali ruminativnih reakcija između ispitanika sa niskim (AS=34.27) i visokim (AS=35.22) nivoom pozitivnih vjerovanja o ruminiranju [t(107,34)= -1,133; *nz*].

Osipanje ovog ciljanog uzorka tokom drugog mjerenja iznosilo je 85 (79 ispitanika nije se pojavilo na drugom ispitivanju, a 6 ispitanika nije u potpunosti ispunilo testovni materijal), tako da je konačni uzorak istraživanja iznosio 123 ispitanika (36 muškaraca i 87 žena).

**Postupak istraživanja**

Na sve upitnike učesnici su odgovarali za vrijeme redovnih predavanja i vježbi na matičnom fakultetu. Vrijeme popunjavanja upitnika nije bilo ograničeno. Ispitanici su bili zamoljeni da navedu ime i prezime ili šifru koju će zapamtiti, kako bismo mogli uporediti rezultate prvog i drugog testiranja. Rečeno im je da istraživanje ima za cilj da provjeri vezu između razmišljanja i depresije.

Prvo ispitivanje (u daljem tekstu "T1") obuhvatalo je uputstvo za popunjavanje i popunjavanje testovnog materijala: 1. Upitnik bezuslovnog prihvatanja sebe; 2. Upitnik pozitivnih vjerovanja o ruminiranju; 3. Bekov inventar depresije; 4. Skalu ruminativnih reakcija; 5. listu demografskih podataka (pol, starost, fakultet); a bilo je izvedeno u oktobru 2005. godine, odnosno početkom prvog semestra školske 2005/2006. godine.

Drugo ispitivanje (u daljem tekstu "T2") obuhvatalo je ponovljeno uputstvo za popunjavanje i popunjavanje testovnog materijala: 1. Bekov inventar depresije; 2. Skalu ruminativnih reakcija; 3. Upitnik negativnih životnih događaja; a bilo je izvedeno u decembru 2005. godine, odnosno 10 sedmica nakon prvog kruga testiranja.

**Analiza podataka**

Analiza podataka vršena je pomoću programa "SPSS 11.0 for Windows," a rezultati su prikazani u obliku grafikona i tabela. Za analizu podataka korišteni su statistički postupci u skladu sa hipotezama istraživanja

Prva i druga hipoteza odnosile su se na povezanost varijabli, i to s jedne strane na povezanost kognitivnih prediktora u našem istraživanju, odnosno nezavisnih varijabli *bezuslovnog prihvatanja sebe* i *pozitivnih vjerovanja o ruminiranju* (H1), a s druge strane na povezanost zavisnih varijabli *depresivne i ruminativne reakcije* (H2). U skladu sa tim, korištena statistička metoda za utvrđivanje izraženosti povezanosti navedenih varijabli bila je korelaciona analiza.

Za provjeru ostalih hipoteza (H3, H4, H5 i H6) o predikciji izraženosti zavisnih varijabli na osnovu nivoa nezavisnih varijabli, kao i radi detaljne analize prirode interakcija nezavisnih varijabli, korištena je univarijatna analiza varijanse (ANOVA). Ovaj statistički postupak omogućava dobijanje detaljne slike interakcija varijabli istraživanja. Pošto u našem istraživanju postoje tri nezavisne varijable, ova statistička metoda omogućila nam dobijanje detaljnih odgovora o uticaju nezavisnih varijabli na zavisne, pružajući nam uvid u analize jednostrukih, dvostrukih i trostrukih interakcija. Zbog prirode ove statističke metode, nezavisne varijable istraživanja tretirane su kao klasifikacione kategoričke varijable sa po dva nivoa.

Takođe, vršena su i računanja iz oblasti deskriptivne statistike, a izračunavanje pouzdanosti instrumenata korištenih u ovom istraživanju vršeno je pomoću statističkog postupka analiza pouzdanosti. Dobijeni rezultati o pouzdanosti instrumenata u našem istraživanju prikazani su u poglavlju u kojem su opisani instrumenti istraživanja sa psihometrijskim karakteristikama dobijenim u prethodnim istraživanjma.

## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Korelaciona analiza potvrdila je naše hipoteze (H1 i H2) o međusobnoj povezanosti kognitivnih prediktora *bezuslovno prihvatanje sebe* (u daljem tekstu: BPS) i *pozitivna vjerovanja o ruminiranju* (u daljem tekstu: PUR) izmjerenih deset sedmica prije mjerenja zavisnih varijabli (u daljem tekstu: T1), kao i o međusobnoj povezanosti *depresivnih i ruminativnih reakcija* (u daljem tekstu: DR i RR) u vrijeme mjerenja zavisnih varijabli (u daljem tekstu: T2). Rezultati su pokazali da između kognitivnih prediktora BPS i PUR u vremenu T1 postoji niska negativna statistički značajna korelacija [r=-0,280; p<0,01]. Takođe, utvrdili smo da postoji visoka pozitivna statistički značajna korelacija [r=0,678; p<0,01] između DR i RR u vremenu T2.

**Tabela 1.** Korelacije kognitivnih prediktora u vremenu T1 i depresivnih i ruminativnih reakcija u vremenu T2

| | (BPS) | (PUR) | (DR) | (RR) |
|---|---|---|---|---|
| Bezuslovno prihvatanje sebe (BPS) | — | | | |
| Pozitivna vjerovanja o ruminiranju (PUR) | **-0,280** | — | | |
| Depresivne reakcije (DR) | -0,710 | 0,311 | — | |
| Ruminativne reakcije (RR) | -0,590 | 0,464 | **0,678** | — |

*Napomena:* sve vrijednosti korelacija statistički su značajne na nivou 0.001

Pored toga, u Tabeli 1. može se vidjeti da postoji visoka negativna korelacija između BPS u vremenu T1 i DR u vremenu T2, kao i srednja negativna korelacija između BPS u vremenu T1 i RR u vremenu T2. Takođe, postoji umjerena pozitivna korelacija između PUR u vremenu T1 i DR u vremenu T2, kao i srednja pozitivna korelacija između PUR u vremenu T1 i RR u vremenu T2. Sve navedene korelacije su statistički značajne na nivou 0,001.

Prikazani rezultati odnosili su se na međusobnu povezanost varijabli istraživanja, a dobijeni su korištenjem statističke metode korelaciona analiza. Ovim statističkim postupkom, provjeravane su i potvrđene prve dvije hipoteze našeg istraživanja (H1 i H2).

Rezultati koji slijede odnose se na provjeravanje preostalih hipoteza istraživanja korištenjem statističke metode ANOVA. Zbog prirode ove statističke metode, nezavisne varijable istraživanja tretirane su kao klasifikacione kategoričke varijable sa po dva

nivoa. ANOVA je pokazala da je trostruka interakcija nezavisnih varijabli BPS, PUR i *negativni životni događaji* (u daljem tekstu: NŽD), statistički značajno uticala na obe zavisne varijable (Tabela 17. u Prilozima na kraju rada): na zavisnu varijablu depresivne reakcije (u daljem tekstu: DR) [F(1)=7,184; p<0,01] i na zavisnu varijablu ruminativne reakcije (u daljem tekstu: RR) [F(1)=7,662; p<0,01]. Procenat ukupno objašnjene varijanse u modelu je oko 63% (kvadrat R = 0,645; korigovani kvadrat R = 0,616).

Radi preglednosti izlaganja dobijenih rezultata o predikciji izraženosti zavisnih varijabli na osnovu nivoa nezavisnih varijabli, kao i detaljne analize prirode interakcija nezavisnih varijabli, prvo ćemo izložiti rezultate istraživanja koji se odnose na predikciju depresivnih reakcija, a zatim rezultate koji se odnose na predikciju ruminativnih reakcija. Na kraju ćemo sve rezultate dobijene ovim istraživanjem rezimirati u vidu zaključaka.

## Depresivne reakcije

Sve kategorije ispitanika koji su imali **visok nivo BPS** u vremenu T1, ispoljili su nizak nivo DR u vremenu T2, bez obzira na broj NŽD koji im se desio tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli i bez obzira na nivo izraženosti PUR u vremenu T1 (Tabela 2.).

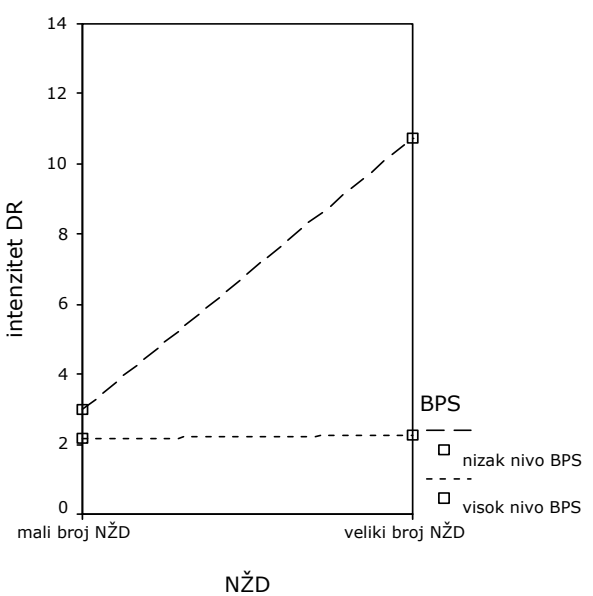
**Tabela 2.** Skorovi na BID u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice i nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na mjerenju T1

| Nivoi negativnih životnih događaja i bezuslovnog prihvatanja sebe | Nivo pozitivnih vjerovanja o ruminiranju | |
|---|---|---|
| | Nizak | Visok |
| Nizak nivo NŽD | | |
| Nizak nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 4.87 | 1.09 |
| Standardna devijacija | 0.95 | 1.76 |
| Visok nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 2.30 | 2.01 |
| Standardna devijacija | 0.57 | 0.85 |
| Visok nivo NŽD | | |
| Nizak nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 8.58 | 12.92 |
| Standardna devijacija | 1.22 | 0.69 |
| Visok nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 2.56 | 1.96 |
| Standardna devijacija | 0.88 | 1.54 |

Ovaj podatak ukazuje da je interakcija PUR, NŽD i visokog nivo BPS, prediktor *niskog nivoa* ispoljavanja depresivnih reakcija i *stabilnosti* ispoljavanja depresivnih reakcija.

U prilog ovog zaključka govori i statistički značajan [F(1)=34.936, p<0,01] osnovni efekat nezavisne varijable BPS na zavisnu varijablu DR (Grafik 2. u Prilozima na kraju rada), kao i statistički značajan [F(1)=23,842; p<0,01] **uticaj interakcije BPS i NŽD na zavisnu varijablu DR** (Grafik 1. na sledećoj stranici).

Podatak o uticaju interakcije BPS i NŽD na zavisnu varijablu DR, predstavlja potvrdu naše hipoteze (H3) da bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na depresivne reakcije kada se dese negativni događaji. Naime, iako postoji statistički značajan osnovni efekat NŽD na DR (Grafik 1. u Prilozima na kraju rada) u pravcu povećanja intenziteta DR kada se desi veći broj NŽD, ispitanici koji su u vremenu T1 imali visok nivo BPS nisu doživjeli promjene u ispoljavanju DR u vremenu T2 bez obzira na broj NŽD koji im se desio tokom prethodne dvije sedmice. Prema tome, možemo zaključiti da je visok nivo BPS negativno uticao na intenzitet ispoljavanja DR kada se desio veći broj NŽD.




**Grafik 1.** Intenzitet depresivnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice i nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe na mjerenju T1

S druge strane, ispitanici koji su imali **nizak nivo BPS** u vremenu T1, razlikovali su se u nivou ispoljavanja DR u vremenu T2 s obzirom na broj NŽD koji im se desio tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli i s obzirom na nivo izraženosti PUR u vremenu T1 (Tabela 2.).

Kao prvo, ispitanici koji su u vremenu T1 ispoljili **nizak nivo BPS i nizak nivo PUR**, razlikovali su se u ispoljavanju DR u vremenu T2, s obzirom na broj NŽD koji im se desio tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli: ispitanici kojima se desio **veći broj NŽD** ispoljili su viši nivo DR u vremenu T2 u odnosu na ispitanike koji su doživjeli **manji broj NŽD** tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli.

Ovaj rezultat govori da je interakcija niskog nivoa PUR, niskog nivoa BPS i broja NŽD prediktor *povećanja* nivoa izraženosti depresivnih reakcija, s tim da veći nivo NŽD dovodi do većeg nivoa izraženosti DR (Tabela 2.).

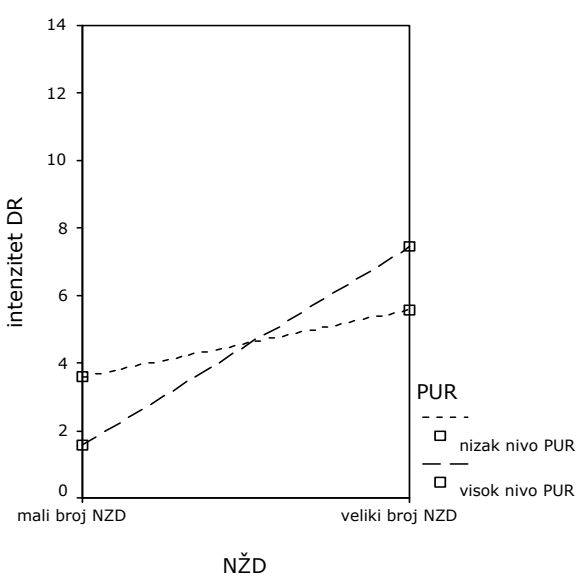
Drugo, ispitanici koji su u vremenu T1 takođe ispoljili **nizak nivo BPS, ali visok nivo PUR**, razlikovali su se u još većoj mjeri u ispoljavanju DR u vremenu T2, s obzirom na broj NŽD koji im se desio tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli. Naime, ispitanici iz ove kategorije (nizak nivo BPS i visok nivo PUR u vremenu T1) koji su doživjeli **manji broj NŽD** tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli ispoljili su izrazito nizak nivo DR u vremenu T2 (AS=1.09), dok su ispitanici iz ove kategorije (nizak nivo BPS i visok nivo PUR u vremenu T1) koji su doživjeli **veći broj NŽD** tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli, ispoljili najviši nivo DR u vremenu T2 u odnosu na sve ostale kategorije ispitanika (AS=12.92). Prosječan nivo ispoljavanja DR kod ovih ispitanika, mjeren Bekovim inventarom depresivnosti, bio je na nivou koji implicira blagi depresivni poremećaj, odnosno disforiju (skor na BID preko 9; Tabela 2.).

Prema tome, na osnovu ovog rezultata možemo zaključiti da su visok nivo PUR, nizak nivo BPS i broj NŽD u interakciji, prediktori *visoko izraženog osciliranja* u ispoljavanju depresivnih reakcija, i to od ekstremno niskog ispoljavanja DR kada se desi mali broj NŽD (AS=1.09), do ispoljavanja DR koji implicira blagi depresivni poremećaj, kada se desi veliki broj NŽD (AS=12.92).

Pored toga, na osnovu analize uticaja dvostruke interakcije (Grafik 1.), ispitanici koji su u vremenu T1 imali nizak nivo BPS i doživeli veći broj NŽD tokom dvije semice prije mjerenja zavisnih varijabli, ispoljili su u vremenu T2 nivo DR (skor na BID preko 9) koji implicira blagi depresivni poremećaj, odnosno disforiju (AS=10,75).

Ovaj podatak ukazuje da je interakcija niskog nivoa BPS i velikog broja NŽD prediktor ispoljavanja intenziteta DR do nivoa koji implicira blagi depresivni poremećaj.

Na kraju, da bismo provjerili hipotezu našeg istraživanja da pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije (H4), analizirali smo **uticaj interakcije PUR i NŽD na DR**, te utvrdili da je ovaj uticaj statistički značajan [F(1)=5,903; p<0,05]. Ispitanici koji su imali viši nivo PUR u vremenu T1, (1) ispoljavali su *veće oscilacije* u ispoljavanju DR u vremenu T2 u zavisnosti od broja NŽD koji im se desio tokom prethodne dvije sedmice (što je u skladu sa rezultatima dobijenim iz prethodne analize uticaja trostruke interakcije nezavisnih varijabli na DR) i (2) ispoljavali su *viši nivo DR* u vremenu T2, ukoliko im se tokom prethodne dvije sedmice desio veći broj NŽD (Grafik 2.), čime je potvrđena hipoteza (H4) da pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.




**Grafik 2.** Intenzitet depresivnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice i nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na mjerenju T1

*  *  *

Dakle, kada rezimiramo uticaj interakcije nezavisnih varijabli na depresivne reakcije, možemo zaključiti da su osobe koje u manjoj mjeri bezuslovno prihvataju sebe, sklone oscilacijama u ispoljavanju depresivnih reakcija u zavisnosti od broja negativnih životnih događaja koji im se desi, bez uzimanja u obzir izraženost izraženosti pozitivnih vjerovanja.

Osobe koje u manjoj mjeri bezuslovno prihvataju sebe, u još većoj mjeri su sklone oscilacijama u izražavanju depresivnih reakcija u zavisnosti od broja negativnih životnih događaja koji im se desi, ukoliko pri tome imaju i visoko izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju. Ove oscilacije kod njih će se kretati od ekstremno niskog ispoljavanja depresivnih reakcija kada se desi mali broj negativnih životnih događaja, do ispoljavanja depresivnih reakcija koji implicira blagi depresivni poremećaj kada se desi veliki broj negativnih životnih događaja.

Za razliku od njih, osobe koje bezuslovno prihvataju sebe, stabilne su po pitanju niskog nivoa ispoljavanja depresivnih reakcija bez obzira na broj negativnih životnih događaja i izraženost pozitivnih vjerovanja o ruminiranju.

Potvrđene su hipoteze da bezuslovno prihvatanje sebe negativno (H3), a pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno (H4) utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

**Ruminativne reakcije**

Kada je u pitanju interakcija nezavisnih varijabli (NŽD, BPS i PUR) na ruminativne reakcije (RR), ispitanici koji su u vremenu T1 imali **nizak nivo PUR** ispoljili su približno jednak nivo RR na T2, bez obzira na nivo BPS u vremenu T1 i na nivo NŽD tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli (Tabela 3.). Ovaj rezultat govori da je interakcija niskog nivoa PUR, BPS i NŽD, prediktor niskog nivoa ispoljavanja ruminativnih reakcija i stabilnosti ispoljavanja ruminativnih reakcija.

**Tabela 3.** Skorovi na SRR u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice i nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na mjerenju T1

| Nivoi negativnih životnih događaja i bezuslovnog prihvatanja sebe | Nivo pozitivnih vjerovanja o ruminiranju | |
|---|---|---|
| | Nizak | Visok |
| Nizak nivo NŽD | | |
| Nizak nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 38.55 | 41.36 |
| Standardna devijacija | 2.12 | 3.87 |
| Visok nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 35.91 | 37.61 |
| Standardna devijacija | 1.26 | 1.91 |
| Visok nivo NŽD | | |
| Nizak nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 39.79 | 56.54 |
| Standardna devijacija | 2.72 | 1.55 |
| Visok nivo BPS | | |
| Aritmetička sredina | 36.78 | 32.57 |
| Standardna devijacija | 1.96 | 3.43 |

U prilog ovog zaključka govori i statistički značajan [F(1)= 6,094; p<0,05] osnovni efekat nezavisne varijable PUR na zavisnu varijabli RR (Grafik 6. u Prilozima na kraju rada): ispitanici sa visokim nivoom PUR u vremenu T1 ispoljili su viši nivo RR u vremenu T2 u odnosu na ispitanike koji su u vremenu T1 ispoljili nizak nivo PUR.

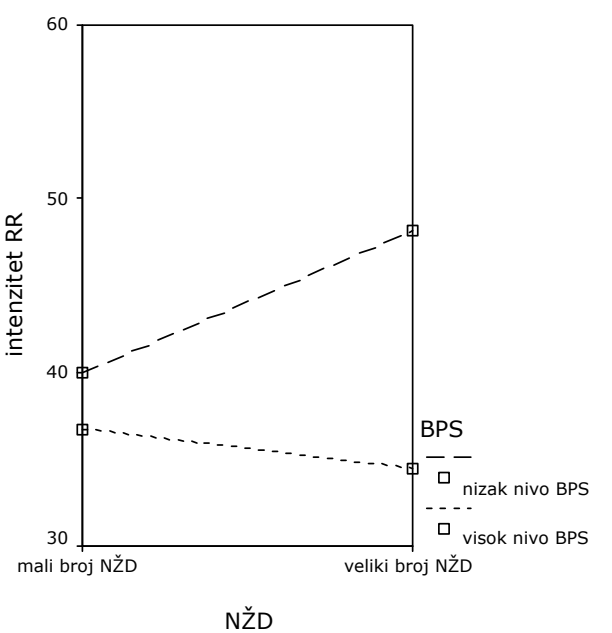
Ispitanici koji su u vremenu T1 imali **visok nivo PUR**, ispoljili su različite nivoe RR u vremenu T2. Prvo, ispitanici koji su imali **visok nivo PUR i visok nivo BPS** u vremenu T1, a kojima se desio **mali broj NŽD** tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli, ispoljili su približno jednak nivo RR (AS=37.61) kao i ispitanici iz kategorija sa niskim PUR u vremenu T1. Prema tome, interakcija malog broja NŽD, visokog nivoa BPS i visokog nivoa PUR predstavlja prediktor *prosječnog* nivoa ispoljavanja RR.

Drugo, ispitanici koji su imali **visok nivo PUR i visok nivo BPS** u vremenu T1, a kojima se desio **veliki broj NŽD** tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli, vremenu T2 ispoljili su najmanji nivo RR u odnosu na sve ostale kategorije ispitanika u cjelokupnom istraživanju (AS=32.57). Ovaj rezultat govori da interakcija većeg broja NŽD, visokog nivoa BPS i visokog nivoa PUR predstavlja prediktor *smanjenog* nivoa ispoljavanja RR.

Treće, ispitanici koji su imali **visok nivo PUR i nizak nivo BPS** u vrijeme T1, ispoljili su viši nivo RR u vremenu T2 u odnosu na sve ostale kategorije ispitanika, s tim da su ispitanici kojima se tokom dvije sedmice prije mjerenja zavisnih varijabli desio **veći broj NŽD** ispoljili najviši nivo RR (AS=56.54) u vremenu T2 (preko trećeg kvartila koji iznosi 47). Prema tome, interakcija većeg broja NŽD, visokog nivoa PUR i niskog nivoa BPS predstavlja prediktor *povećanja* nivoa ispoljavanja RR.

Pošto iz analize uticaja trostruke interakcije nezavisnih varijabli nismo mogli provjeriti hipoteze našeg istraživanja da bezuslovno prihvatanje negativno, a pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminativne reakcije, direktno smo analizirali uticaj dvostrukih interakcija na intenzitet ispoljavanja ruminativnih reakcija. Utvrdili smo da interakcija BPS i NŽD statistički značajno [F(1)= 22,983; p<0,01] utiče na RR, ali da ne postoji statistički značajan uticaj interakcije PUR i NŽD na RR.

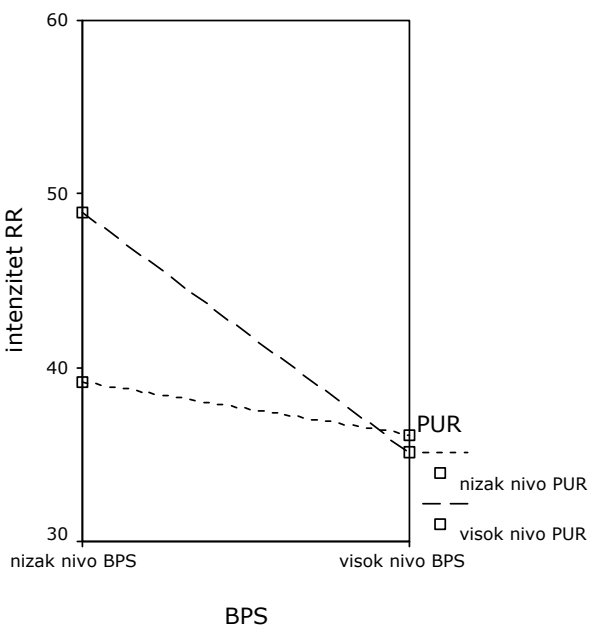
Iz Grafika 3. vidi se da bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji, što je u skladu sa hipotezom (H5) našeg istraživanja.




**Grafik 3.** Intenzitet ruminativnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice i nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe na mjerenju T1

Pošto ne postoji statistički značajan uticaj interakcije NŽD i PUR na RR, hipoteza (H6) da pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji nije potvrđena našim istraživanjem.

Na kraju, utvrdili smo da postoji statistički značajan [F(1)=9,556; p<0,01] uticaj **interakcije nezavisnih varijabli BPS i PUR** na zavisnu varijablu RR. Kao što se vidi iz Grafika 4. na sledećoj stranici, ispitanici koji su u vremenu T1 ispoljili nizak nivo BPS, razlikovali su se u ispoljavanju RR u vremenu T2, s obzirom na nivo PUR u vremenu T1: ispitanici koji su u vremenu T1 imali *viši* nivo PUR, ispoljili su viši nivo RR u vremenu T2 u odnosu na ispitanike koji su u vremenu T1 imali *niži* nivo PUR.




**Grafik 4.** Intenzitet ruminativnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na mjerenju T1

Ovaj podatak ukazuje da su nizak nivo BPS i PUR kognitivni prediktori većeg nivoa ispoljavanja RR, s tim da će intenzitet RR biti veći ukoliko je veći nivo PUR.

* * *

Analizirajući uticaj dvostrukih i trostrukih interakcija nezavisnih varijabli na ruminativne reakcije, možemo rezimirati da će osobe koje u manjoj mjeri pozitivno

vrijednuju ruminiranje, manje ruminirati u odnosu na osobe koje u većoj mjeri pozitivno vrijednuju ruminiranje.

Dalje, pozitivno vrjednovanje ruminiranja u većoj mjeri uz nizak nivo bezuslovnog prihvatanje sebe, činiće osobe vulnerabilnim na ruminiranje, čak i bez uticaja spoljašnjih negativnih događaja. Ukoliko se osobama sa navedenom kognitivnom predispozicijom, desi i veći broj negativnih životnih događaja, ispoljiće značajno izražene ruminativne reakcije i blagi depresivni poremećaj.

Najmanje će ruminirati osobe kojima se desi veći broj negativnih životnih događaja, a koje uz bezuslovno prihvatanje sebe imaju i izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju.

Potvrđena je hipoteza da bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji (H5). Hipoteza da pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji nije potvrđena (H6).

**Rezime rezultata istraživanja**

Sve iznešene rezultate istraživanja možemo rezimirati u obliku zaključaka na sledeći način:

**Analize korelacija**

1. Između bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja postoji niska negativna korelacija. Ovim je **prvi put, koliko je nama poznato, provjeravana i empirijski potvrđena hipoteza (H1)** da bezuslovno prihvatanje sebe i pozitivna vjerovanja o ruminiranju negativno koreliraju.
2. Između depresivnih i ruminativnih reakcija postoji visoka pozitivna korelacija. Ovim rezultatom je **potvrđena hipoteza (H2)** da ruminativne i depresivne reakcije pozitivno koreliraju.

**Prediktori depresivnih reakcija**

3. Trostruka interakcija PUR, broja NŽD i visokog nivo BPS, prediktor je *niskog nivoa* ispoljavanja depresivnih reakcija i *stabilnosti* ispoljavanja depresivnih reakcija.
4. Dvostruka interakcija niskog nivoa BPS i velikog broja NŽD je prediktor ispoljavanja *većeg intenziteta* depresivnih reakcija (Grafik 1.), što predstavlja **potvrdu naše hipoteze (H3)** da bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na depresivne reakcije kada se dese negativni događaji.
5. Trostruka interakcija niskog nivoa PUR, niskog nivoa BPS i broja NŽD je prediktor *povećanja* nivoa izraženosti DR, s tim da veći nivo NŽD dovodi do većeg nivoa izraženosti DR.
6. Trostruka interakcija visokog nivoa PUR, niskog nivoa BPS i broja NŽD predstavlja prediktor *visoko izraženog osciliranja* u ispoljavanju depresivnih reakcija, i to od ekstremno niskog ispoljavanja DR kada se desi mali broj NŽD (AS=1.09 na BID), do ispoljavanja DR koji implicira blagi depresivni poremećaj kada se desi veliki broj NŽD (AS=12.92 na BID).
7. Dvostruka interakcija višeg nivoa PUR i broja NŽD predstavlja prediktor *oscilacija* u ispoljavanju DR, a pri tome je interakcija višeg nivoa PUR i većeg broja NŽD prediktor *višeg nivoa* DR (Grafik 2.). Ovaj rezultat predstavlja **potvrdu hipoteze (H4)** da pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

**Prediktori ruminativnih reakcija**

8. PUR je kognitivni prediktor većeg nivoa RR (kada se kontrolišu broj NŽD i BPS): ispitanici sa visokim nivoom PUR ispoljiće *viši nivo* RR u odnosu na ispitanike sa niskim nivoom PUR (bez obzira na broj NŽD i BPS).
9. Ne postoji statistički značajan uticaj interakcije NŽD i PUR na ruminativne reakcije. Ovaj rezultat **opovrgava hipotezu (H6)** da pozitivna vjerovanja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

10. Dvostruka interakcija broja NŽD i nivoa BPS je prediktor izraženosti RR (Grafik 3.): pri većem broju NŽD, visoko BPS je prediktor *manjeg intenziteta* RR u odnosu na nisko BPS. Ovim rezultatom je **potvrđena hipoteza (H5)** da bezuslovno prihvatanje sebe negativno utiče na ruminativne reakcije kada se dese negativni životni događaji.
11. Trostruka interakcija većeg broja NŽD, niskog nivoa BPS i visokog nivoa PUR predstavlja prediktor *povećanja* nivoa ispoljavanja RR.
12. Trostruka interakcija broja NŽD, visokog nivoa BPS i visokog nivoa PUR predstavlja prediktor *prosječnog* nivoa ispoljavanja RR.
13. Dvostruka interakcija PUR i niskog nivoa BPS predstavlja kognitivni prediktor većeg ispoljavanja ruminativnih reakcija (bez obzira na broj NŽD), s tim da će intenzitet ruminativnih reakcija biti veći ukoliko je veći nivo PUR (Grafik 4.). Dakle, bez obzira na broj negativnih životnih događaja, osobe sa niskim BPS će više ruminirati, naročito ukoliko imaju viši nivo PUR.

# DISKUSIJA

## I

Koliko je nama poznato, ovim istraživanjem je prvi put provjeravana hipoteza da između bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju postoji negativna korelacija. Ova hipoteza je potvrđena i utvrđeno je da *postoji niska negativna korelacija* između bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (Zaključak 1).

Objašnjenje ovih rezultata zasnivamo na Elisovoj (Ellis, 1972, 1976, 1994) pretpostavci da su ljudi koji sebe ne prihvataju bezuslovno, aktivno usmjereni na procjenjivanje sebe. Međutim, pošto je prema REBT teoriji (Ellis, 1994; Ellis & Dryden, 2002) procjenu sebe nemoguće objektivizirati, naše objašnjenje ove povezanosti je da *osobe koje sebe ne prihvataju bezuslovno* (odnosno procjenjuju sebe u cjelini na osnovu

svojih konkretnih osobina i postupaka), *takođe imaju tendenciju i da pozitivno vrjednuju ruminiranje* jer ga doživljavaju kao instrument procjenjivanja sebe.

II

Pored ovog, našim istraživanjem su takođe potvrđeni rezultati dobijeni u brojim prethodnim studijama o povezanosti ruminiranja i depresije (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997; Nolen-Hoeksema & Morow, 1993; Nolen-Hoeksema et al. 1994; Papageorgiou & Wells, 2004; Spasojević & Alloy, 2001; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Utvrdili smo da *postoji visoka pozitivna korelacija* između depresivnih i ruminativnih reakcija (Zaključak 2).

Iako je povezanost između ruminiranja i depresije je utvrđena u brojnim istraživanjima, neki autori navode da je uzročna struktura te povezanosti i dalje nepoznata (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Moguća su različita kauzalna objašnjenja značajne povezanosti između ruminiranja i depresije (vidjeti Arnow, Spangler, Klein & Burns, 2004). Prema teoriji stilova reakcija (response styles theory; Nolen-Hoeksema, 1991) ruminiranje pomaže osobama da se fokusiraju na unutra i evaluiraju svoja osjećanja i problematične situacije s ciljem postizanja uvida. Ipak, istraživanja su jasno ukazala da je ruminiranje povezano sa slabim rješavanjem problema i brojnim drugim negativnim posljedicama: produžen i mnogo izraženiji negativan afekt, greške u mišljenju, snižena motivacija, blokiranje instrumentalnog ponašanja, snižena koncentracija, povećanje stresa i problema, kao i usporen oporavak od velike depresije tretirane kognitivno-bihejvioralnom terapijom (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994; Papageorgiou & Wells, 2004; Spasojević & Alloy, 2001).

Ono što je iz ugla psihoterapije suštinski važno jeste da je uloga ruminiranja u produžavanju i intenziviranju depresije empirijski podržana (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000, Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991, 1993). Pošto uporno i ponavljajuće usmjerava pažnju na negativne misli i emocije, ruminiranje zaokupira resurse pažnje i sprečava nove, pozitivne ili korektivne informacije da budu procesirane, pojačavajući i održavajući

depresiju (Purdon, 2004). Prema Spasojević i kolegama (Spasojević, et al. 2004), novija istraživanja ukazuju da ruminiranje vodi i u klinički značajne depresivne epizode. Zbog svega navedenog, u savremenoj psihološkoj literaturi postoji generalno slaganje da je ruminiranje važno (1) kao element kognitivne teorije negativnog afekta, (2) kao prediktor depresije i emocionalnih poremećaja u empirijskim studijama i (3) kao klinički simptom koji bi mogao zahtjevati tretman (Matthews & Wells, 2004).

III

Interesantan *generalni rezultat* istraživanja je da u svim interakcijama bezuslovno prihvatanje sebe predstavlja prediktor stabilnog i/ili niskog nivoa depresivnosti i ruminiranja, a da uslovno prihvatanje sebe predstavlja prediktor visokog i/ili oscilirajućeg nivoa depresivnosti i ruminiranja.

Naime, kada su u pitanju depresivne reakcije, na osnovu rezultata dobijenih ovim istraživanjem možemo predvidjeti da će osobe koje u manjoj mjeri bezuslovno prihvataju sebe (u odnosu na osobe koje u većoj mjeri bezuslovno prihvataju sebe), imati veće oscilacije u ispoljavanju depresivnih reakcija *u zavisnosti* od broja negativnih životnih događaja koji im se desi, *bez obzira* na nivo pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (Zaključak 4).

Slična predviđanja možemo imati i kada je u pitanju uticaj bezuslovnog prihvatanja sebe u odnosu na ruminativne reakcije pošto rezultati istraživanja ukazuju da kada se desi veći broj negativnih životnih događaja, kognitivni prediktor povećanja ruminiranja je niži nivo bezuslovnog prihvatanja sebe (Zaključak 10). Uz to, osobe koje u manjoj mjeri pozitivno vrjednuju ruminiranje, manje će ruminirati u odnosu na osobe koje u većoj mjeri pozitivno vrjednuju ruminiranje (Zaključak 8), ali to *nije povezano sa* brojem negativnih događaja koji im se dešava (Zaključak 9).

Drugim riječima, kada je riječ o ruminativnim reakcijama, pozitivna vjerovanja o ruminiranju *sama po sebi* dovode do povećanja ruminiranja (bez obzira na spoljašnje negativne događaje), dok nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe dovodi do povećanja ruminiranja *kada se desi* veći broj negativnih životnih događaja. Uz to, viši nivo

bezuslovnog prihvatanja sebe *i* manji broj negativnih životnih događaja *neutrališu* negativan uticaj višeg nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na izraženost ruminiranja, odnosno ruminiranje ostaje na prosječnom nivou uprkos postojanju višeg nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (Zaključak 12).

IV

Sljedeći interesantan nalaz istraživanja je da ispitanici sa niskim bezuslovnim prihvatanjem sebe i izraženim pozitivnim vjerovanjima o ruminiranju, a koji su doživjeli *mali broj* negativnih životnih događaja, imaju uz *prosječno* izraženo ruminiranje i *najmanje* izražene depresivne reakcije (prosječan skor na BID iznosio je 1.09), dok ispitanici sa istim kognitivnim stilom (nisko bezuslovno prihvatanje sebe i izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju), a koji su doživjeli *veliki broj* negativnih životnih događaja, imaju *najviše* izražene depresivne reakcije (do nivoa koji implicira blagi depresivni poremećaj, odnosno disforiju; prosječan skor na BID iznosio je = 12.92) i *najviši* nivo ruminativnih reakcija u odnosu na sve ostale kategorije ispitanika u istraživanju.

Drugim riječima, rezultati dobijeni ovim istraživanjem sugerišu da će, u zavisnosti od broja negativnih životnih događaja koji im se desi, osobe koje imaju nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe i visok nivo pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, doživljavati *značajne oscilacije* u ispoljavanju depresivnih reakcija (od ekstremno niskog nivoa, do blagog depresivnog poremećaja), a da će nivo ruminiranja da se kreće od prosječnog do visoko izraženog. Moguće objašnjenje za ove podatke je da osobe koje uslovno prihvataju sebe ("Pod uslovom da sam uspješan, da me vole i/ili da mi se ne događaju negativni životni događaji, ja sam dobro i/ili vrijedno ljudsko biće."), a pri tome pozitivno vrjednuju ruminiranje ("Da bih razumio svoja osjećanja, potrebno je da razmišljam o svojim problemima."), u većoj mjeri razmišljaju o svom stanju i simptomima, kao i o uzrocima, značenju i posljedicama tih simptoma ("Zašto se osjećam ovako loše?" "Neću biti u stanju da radim.").

Pošto im se *ne dešava* veliki broj negativnih životnih događaja, moguće je da razmišljajući o svom stanju i simptomima uvide da je njihovo stanje pozitivno i da

nemaju simptome, te razmišljajući o uzrocima, značenju i posljedicama nepostojanja simptoma, procjenjuju sebe *u cjelini* kao *vrijedno ljudsko biće*, što na kraju rezultira *uobičajenim* nivoom ruminiranja i *ekstremno nisko* izraženim manifestacijama depresivnosti. Međutim, kada im se *desi* veći broj negativnih životnih događaja, osobe koje pozitivno vrjednuju ruminiranje i ne prihvataju sebe bezuslovno, intenzivno će ruminirati o svom stanju i simptomima povodom negativnih životnih događaja koji im se dešavaju, te će ruminirajući o uzrocima, značenju i posljedicama tih simptoma, procjenjivati i sebe *globalno* kao *manje vrijedno ljudsko biće*, što će doprinijeti ispoljavanju depresivnih reakcija do nivoa *blagog depresivnog poremećaja*, a koji *pokreće i održava* disfunkcionalni mehanizam ruminiranja[1].

Navedeno objašnjenje proizilazi iz REBT teorije o medijatorskom uticaju uslovnog prihvatanja sebe na izražene emocionalne oscilacije i aktiviranje disfunkcionalnih kognitivnih procesa u zavisnosti od spoljašnjih događaja. Rezultati našeg istraživnja potvrdili su ovu pretpostavku (Grafik 3): iako postoji razlika u broju negativnih životnih događaja koji im se desio, kod osoba koje bezuslovno prihvataju sebe nije došlo do značajne promjene u nivou ruminiranja. Prema Elisu (Ellis, 1994), osoba može opažati da je dobro uradila određene zadatke ili da posjeduje neke poželjne osobine ličnosti. Ova opažanja određenih ponašanja ili osobina mogu biti prilično realistična i tačna, ali ako osoba uslovno prihvata sebe, ona će globalno vrjednovati sebe kao superiornu ličnost, umjesto da jednostavno vrjednuje sebe kao osobu čije su akcije ili osobine uspješne ili poželjne. Takva osoba ne vidi razliku između sebe i svog ponašanja, te su za nju ona i ispoljena ponašanja jedno te isto. Takva osoba zaključuje da *ona* postaje dobra onda kada su njena ponašanja dobra, tako da se zbog toga, neko vrijeme, osjeća mnogo sretnije nego da je jednostavno zaključila da su njena ponašanja dobra.

[1] Slijedeći model samo-regulatorne izvršne funkcije, negativna vjerovanja o ruminiranju vjerovatno dalje doprinose povećanju depresivnosti. Naše istraživanje, međutim, nije ispitivalo uticaj ove varijable, ali bi buduća istraživanja trebala biti dizajnirana u pravcu provjere hipoteze koja proizilazi iz modela samo-regulatorne izvršne funkcije i rezultata dobijenih našim istraživanjem - da negativna vjerovanja o ruminiranju posreduju u održavanju ili povećanju ruminiranja i depresije kod osoba kojima se desio veći broj negativnih životnih događaja, a koje sebe ne prihvataju bezuslovno.

Na žalost, samopoštovanje osoba koje globalno procjenjuju ličnu vrijednost na osnovu ponašanja ili osobina, ne traje dugo jer osobe koje sebe doživljavaju važnim i superiornim zbog uspjeha, takođe sebe doživljavaju manje vrjednim i preziru sebe zbog neuspjeha. Cjelokupna samoopažena "vrijednost" osobe kao ljudskog bića određena je postizanjem određenih spoljašnjih ciljava i kriterijuma. Zbog toga, kada takve osobe ne uspiju da dosegnu te spoljašnje kriterijume, kao što će im se s vremena na vrijeme dešavati bez obzira na to koliko sposobne i talentovane bile, one same sebe doživljavaju bezvrjednim. Umjesto da dožive umjereno *razočarenje* povodom neuspjeha kada se dese negativni životni događaji, takve osobe se osjećaju potpuno uništeno zbog toga što su "inferiorne" *ličnosti*.

Naša interpretacija dobijenih rezultata predstavlja integraciju REBT teorije (Ellis, 1994) o ulozi *iracionalnih vjerovanja* u stvaranju emocionalnih poremećaja, s jedne, i modela samo-regulatorne izvršne funkcije (S-REF; Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004) koji se odnosi na ulogu *metakognitivnih vjerovanja* u intenziviranju postojećeg negativnog emocionalnog stanja, s druge strane. Integraciju ovih modela izvršili smo preko opšteprihvaćenog ABC modela ljudskog ponašanja, koji je proizašao iz REBT (Ellis, 1994). Iracionalna vjerovanja se u REBT vide kao *apsolutistički zahtjevi o sebi, drugima i uslovima života*. Ljudi su skloni da lako pretvore svoje želje ili preferencije u zahtjeve da se ono što je nepoželjno apsolutno ne smije desiti i/ili da se ono što je poželjno apsolutno mora desiti. Ovakva vjerovanja su iracionalna jer ne ispunjavaju kriterijume racionalnosti (logičnost, usklađenost sa realnošću i usklađenost sa ciljevima i vrijednostima osobe). Ako se neko drži iracionalnih vjerovanja, teškoće i gubici će voditi “neadekvatnim” negativnim emocijama kao što su depresija, anksioznost i bijes. Jezička formulacija iracionalnog vjerovanja u vidu unutrašnje verbalizacije može glasiti: “Ja apsolutno ne smijem biti depresivan jer je to nepodnošljivo stanje, a pošto jesam to je užasno i ja sam zbog toga loša ili manje vrjedna osoba.” Model samo-regulatorne izvršne funkcije vidi metakognitivna vjerovanja kao *planove reagovanja na negativne emocije*, koji su predstavljeni odvojeno od iracionalnih vjerovanja koja su opisana u REBT teoriji. Prema modelu samo-regulatorne izvršne funkcije, prolazni poremećaji raspoloženja povezani sa negativnom procjenom životnih događaja, pojačani su do klinički depresivnih iskustava jer osoba poseže sa ruminativnim

stilom prevazilaženja i ponašanjima koja ju zadržavaju u njenom na emocije fokusiranom i samo-ponavljajućem stanju (vidjeti Wells & Papageorgiou, 2004; Spasojević, et al. 2004). Jezička formulacija metakognitivnih vjerovanja u vidu unutrašnje verbalizacije može glasiti: "Razmišljanje o lošim osjećanjima mi pomaže da bolje shvatim uzroke svojih neuspjeha" ili "Lakše ću razumijeti svoje greške ako se fokusiram na svoja loša osjećanja."

Integrišući ova dva kognitivna modela koja se odnose na vrstu disfunkcionalnih vjerovanja, preko ABC modela REBT koji govori o primarnom i sekundarnom poremećaju, rezultate dobijene našim istraživanjem možemo predstaviti na sledeći način:

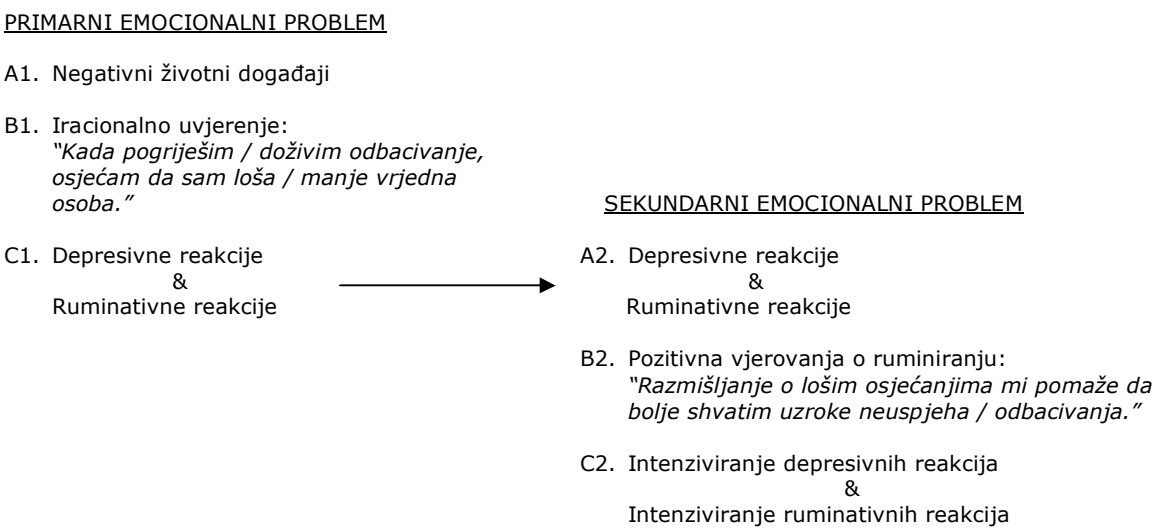



**Figura 3.** Integracija REBT i S-REF teorija o disfunkcionalnim vjerovanjima preko ABC modela REBT-a

Kao što vidimo u Figuri 3., na osnovu rezultata dobijenih u našem istraživanju možemo pretpostaviti da, kada se desi veći broj negativnih događaja ($A_1$), osobe sa niskim bezuslovnim prihvatanjem ($B_1$), doživjeće *povećanje* nivoa depresivnih i ruminativnih reakcija ($C_1$). Na ovaj način, zahvaljujući medijatorskoj ulozi filozofije uslovnog prihvatanja sebe koju postulira REBT, nastaje *primarni emocionalni poremećaj* u kojem ispitanici iz korištenog nekliničkog uzorka tokom deset sedmica razvijaju povišen nivo depresivnih i ruminativnih reakcija (Zaključci 4 i 10). Taj nivo depresivnih reakcija, međutim, u periodu od deset sedmica tokom kojih se dešavao veći broj negativnih životnih događaja nije dostigao nivo koji bi implicirao depresivni poremećaj,

ukoliko kod ispitanika u ovom nekliničkom uzorku ne postoje (pored iracionalnih vjerovanja o kojim govori REBT teorija) i metakognitivna vjerovanja koja postulira S-REF model.

Ukoliko takva vjerovanja postoje, povišen nivo depresivnih i ruminativnih reakcija sa primarnog emocionalnog poremećaja ($C_1$) postaje novi aktivirajući događaj ($A_2$) koji aktivira pozitivna vjerovanja o ruminiranju ($B_2$) i preko njih dovodi do *intenziviranja* depresivnih i ruminativnih reakcija ($C_2$). Na ovaj način, zahvaljujući medijatorskoj ulozi pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, kod ispitanika iz korištenog nekliničkog uzorka tokom deset sedmica u kojim se dešava veći broj negativnih životnih događaja, razvija se *sekundarni emocionalni poremećaj* koji dostiže nivo depresivnih reakcija koji implicira blagi depresivni poremećaj i visok nivo ruiminativnih reakcija (Zaključci 6 i 11).

V

U prilog ovom objašnjenju govore i rezultati da uz visok nivo bezuslovnog prihvatanja sebe *ne dolazi do promjene* u nivou ruminiranja kada se desi veći broj negativnih životnih događaja uprkos tome što osobe imaju visok nivo pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (Zaključak 12). U terminima REBT: nema sekundarnog emocionalnog poremećaja bez primarnog, a primarni emocionalni poremećaj (C) izostaje, uprkos postojanju većeg broja negativnih životnih događaja (A), iz razloga što osoba bezuslovno prihvata sebe (B). Ovaj rezultat je u skladu sa REBT teorijom (Ellis, 1994, 1996).

Prema tome, ovaj podatak podržava našu integraciju REBT teorije (Ellis, 1994) o ulozi *iracionalnih vjerovanja* u stvaranju emocionalnih poremećaja i modela samo-regulatorne izvršne funkcije (S-REF; Wells & Matthews, 1994, prema Papageorgiou & Wells, 2004) koji se odnosi na ulogu *metakognitivnih vjerovanja* u intenziviranju postojećeg negativnog emocionalnog stanja, a koju smo mi izvršili preko ABC modela REBT (Ellis, 1994). Naime, na osnovu ovog rezultata možemo pretpostaviti da uprkos postojanju metakognitivnih vjerovanja koja postulira S-REF model, *neće* doći do razvoja emocionalnog poremećaja kada se osobama koje bezuslovno prihvataju sebe desi veći

broj negativnih životnih događaja, jer ključnu ulogu u razvoju emocionalnog poremećaja (bar u našem istraživanju koje je sprovedeno na nekliničkom uzorku) imaju iracionalna vjerovanja o prihvatanju sebe koja postulira REBT teorija. Drugim riječima, naša interpretacija sugeriše da je filozofija uslovnog prihvatanja sebe odgovorna za *stvaranje* depresivnog emocionalnog poremećaja kada se osobi dešava veći broj negativnih životnih događaja, dok su pozitivna vjerovanja o ruminiranju odgovorna za *intenziviranje* depresivnog emocionalnog poremećaja koji je nastao zahvaljujući navedenoj medijatorskoj ulozi filozofije uslovnog prihvatanja sebe kada se osobi dešava veći broj negativnih životnih događaja.

VI

Još jedan rezultat koji objašnjavamo koristeći REBT teoriju jeste da nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe u interakciji sa visokim nivoom pozitivnih vjerovanja o ruminiranju može da bude aktivirajući događaj (odnosno A u terminima REBT) za pokretanje većeg nivoa ruminiranja, a ne da ima samo medijatorsku ulogu (odnosno B u terminima REBT). Na ovo upućuje rezultat našeg istraživanja da dolazi do promjene u nivou ruminiranja kod osoba sa visokim nivoom pozitivnih vjerovanja o ruminiranju (*bez obzira* na broj negativnih životnih događaja koji im se desio) ako *imaju* nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe (Zaključak 13).

Dakle, čak i kada ne postoje aktuelni negativni životni događaji, osoba sa niskim samoprihvatanjem sklona je da opsesivno ruminira, vjerovatno tražeći negativne događaje u svom sjećanju (koje je najčešće iskrivljeno; vidjeti Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998) koji bi potvrdili njen doživljaj lične neadekvatnosti. Uz pozitivna vjerovanja o ruminiranju, kao mehanizmu za prevazilaženje tog doživljaja, upotreba ruminiranja se povećava. Ovaj rezultat je u skladu sa revidiranim ABC modelom REBT (Ellis, 1994), prema kojem aktivirajući događaj (A) može postati ne samo neki spoljašnji događaj, već u stvari bilo šta o čemu čovjek može kontemplirati. Naime, pošto REBT prihvata konstruktivistički pogled, čak je i "spoljašnja realnost" značajno reprezentovana i interpretirana od strane samo-organizujućih ljudskih bića, i moguće je da i ne postoji "sama po sebi."

Na kraju, naizgled paradoksalan rezultat da osobe koje bezuslovno prihvataju sebe i imaju izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju, kada im se desi veći broj negativnih životnih događaja imaju prosječno izražen nivo ruminiranja u odnosu na ostale kategorije ispitanika u našem istraživanju (Zaključak 12). Pošto ova kategorija ispitanika takođe ima nizak nivo izraženosti depresivnih reakcija (Zaključak 3), izgleda da kada se dešava veći broj negativnih životnih događaja, kod osoba sa navedenim kognitivnim stilom (viši nivo bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju), ruminiranje zaista služi kao sredstvo dolaženja do rješenja kao što pretpostavljaju Martin i Teser (1989, 1996, prema Papageorgiou & Wells, 2004).

Naša pretpostavka o mehanizmu interaktivnog djelovanja bezuslovnog prihvatanja sebe, pozitivnih vjerovanja o ruminiranju i većeg broja negativnih životnih događaja jeste da ovi ispitanici, pošto pozitivno vrjednuju ruminiranje ("Da bih razumio svoja osjećanja, potrebno je da razmišljam o svojim problemima."), koriste ruminiranje ("Zašto se osjećam ovako loše?" "Neću biti u stanju da radim.") za *inicijalno* otkrivanje uzroka i značenja svog stanja i simptoma kada se dešavaju negativni životni događaji, *ali* pri tome ne procjenjuju globalnu vrijednost svoje ličnosti ("Bez obzira da li sam uspješan, da li me vole i/ili da li mi se događaju negativni životni događaji, ja nisam ni dobar ni loš, niti sam više ili manje vrijedno ljudsko biće."), već samo svoje stanje i simptome, te njihovo značenje i uzroke. Nakon toga, umjesto da besplodno, uporno i ponavljajuće razmišljaju o svom stanju i njegovom značenju i uzrocima, oni zaključke dobijene razmišljanjem o svom stanju i simptomima, te njihovom značenju i uzrocima, *upotrebljavaju* za rješavanje problema proizašlih iz negativnih događaja (korištenjem alternativnih strategija prevazilaženja, ali ne ruminiranjem) ili za prihvatanje posljedica negativnih događaja (takođe korištenjem alternativnih strategija prevazilaženja, ali ne ruminiranjem). Na taj način, dolazi do smanjivanja ruminiranja (za koje pretpostavljamo da je bilo započeto tokom dešavanja negativnih životnih događaja, pošto ove osobe pozitivno vrjednuju ruminiranje) usljed premještanja fokusa na rješavanje problema alternativnim strategijama prevazilaženja, što na kraju dovodi da nepromjenjenog depresivnog stanja uproks tome što se desio veći broj negativnih životnih događaja.

Ovu našu pretpostavku o mehanizmu interaktivnog djelovanja bezuslovnog prihvatanja sebe, pozitivnih vjerovanja o ruminiranju i većeg broja negativnih životnih događaja potrebno je provjeriti budućim istraživanjima. Razmatrajući ograničenja našeg istraživanja, važno je naglasiti da uzorak nije uključivao klinički depresivne osobe. Namjerno smo odabrali ispitanike koji nisu depresivni da bismo kontrolisali uticaj depresivnih i ruminativnih reakcija sa prvog mjerenja na nivo tih reakcija u vremenu drugog mjerenja. Iako su ispitanici sa niskim bezuslovnim prihvatanjem sebe i visokim pozitivnim vjerovanjima o ruminiranju, a kojima se desio veći broj negativnih životnih događaja, doživjeli povećanje depresivnih reakcija do nivoa blagog depresivnog poremećaja (disforije), intenzitet tih reakcija nije dostigao nivo koji je povezan sa klinički značajnom depresijom. Uzimajući pri tome u obzir relativno kratak razmak između prvog i drugog mjerenja, možemo ipak reći da rezultati istraživanja sugerišu postojanje procesâ o kojim smo prethodno diskutovali, a koji bi mogli biti važni za razumijevanje razvoja ozbiljnijih formi depresivnog poremećaja i depresivnih ruminacija.

Rezultati istraživanja u skladu su sa kognitivnim teorijama depresivnih poremećaja od kojih smo pošli u dizajniranju ovog istraživanja, ali moramo biti oprezni u interpretaciji i izvođenju konačnih zaključaka o tačnoj prirodi odnosa između varijabli. Naime, iako prospektivna istraživačka paradigma pruža mogućnost utvrđivanja kauzalne veze, smatramo da bi dobijene relacije između ključnih varijabli istraživanja trebalo posmatrati kao prediktorske, a ne kauzalne. Oslanjajući se na fundamentalna znanja o kompleksnosti psihičkih pojava, kao i na kognitivne teorije depresivnosti (Beck, 1976; Ellis, 1994; Wallen & Rader, 1991), moramo uzeti u obzir mogućnost da su nizak nivo bezuslovnog prihvatanja sebe i visok nivo pozitivnih vjerovanja jednostavno znak nekog suštinskog problema koji bi mogao voditi u pravcu povećanja depresivnih i ruminativnih reakcija.

# ZAKLJUČAK I IMPLIKACIJE

Kao generalni zaključak možemo reći da svi rezultati našeg istraživanja govore da je bezuslovno prihvatanje sebe suštinski važna predikatorska varijabla za depresivne i ruminativne reakcije, pošto osobe koje se drže filozofije uslovnog prihvatanja sebe imaju povećan nivo i/ili oscilacije u ispoljavanju depresivnih i ruminativnih reakcija, bez obzira na broj spoljašnjih negativnih događaja koji im se dešava (iako su ove promjene i oscilacije izraženije kada se desi veći broj negativnih životnih događaja). Prema tome, možemo zaključiti da filozofija uslovnog prihvatanja sebe predstavlja "aktivirajući događaj" sam po sebi (unutar osobe) za promjene u ispoljavanju depresivnih i ruminativnih reakcija. Negativni životni događaji i pozitivna vjerovanja u interakciji sa filozofijom uslovnog prihvatanja sebe doprinose većoj izraženosti promjena u ovim reakcijama. Suprotno tome, bezuslovno prihvatanje sebe utiče na stabilno i/ili smanjeno ispoljavanje depresivnih i ruminativnih reakcija uprkos različitom broju negativnih životnih događaja i/ili različitom stepenu pozitivnih vjerovanja o ruminiranju.

Pošto je povezanost depresivnih i ruminativnih reakcija dokazana brojnim istraživanjima na kliničkim i nekliničkim uzorcima, a i ovim istraživanjem potvrđena na nekliničkom uzorku naše populacije, te je ovim istraživanjem utvrđena povezanost bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju, kao i njihova prediktorska uloga u odnosu na depresivne i ruminativne reakcije, na osnovu postojećih kognitivnih teorija i empirijski dobijenih rezultata možemo na kraju ovog rada sugerisati smjernice u strategiji primjene principa i tehnika kognitivno-bihejvioralne terapije.

Prije svega, tokom tretmana osoba sa niskim bezuslovnim prihvatanjem sebe potrebno je procijeniti i sklonost ka ruminiranju, kao i metakognitivna vjerovanja o ovom načinu mišljenja. Isto važi i u obrnutom slučaju: ukoliko tokom tretmana utvrdimo kod osobe izraženu sklonost ka ruminiranju i disfunkcionalna metakognitivna vjerovanja o ruminiranju, rezultati našeg istraživanja sugerišu da bi bilo korisno procijeniti da li osoba procjenjuje sebe globalno. Naime, pošto je naše istraživanje pokazalo da su osobe koje u većoj mjeri bezuslovno prihvataju sebe, manje sklone disfunkcionalnom kognitivnom stilu ruminiranja, čak i kada se desi veći broj negativnih životnih događaja i imaju

izražena pozitivna vjerovanja o ruminiranju (Zaključci 11 i 12), jedna od najvažnijih terapijskih intervencija u skladu sa elegantnom formom REBT-a (Ellis, 1994), bila bi promjena filozofije uslovnog prihvatanja sebe u filozofiju bezuslovnog prihvatanja sebe korištenjem REBT principa i tehnika. Nakon toga bi bilo korisno raditi i direktno na tretmanu ruminativnih reakcija korištenjem preporučenih tehnika (zaustavljanje misli, odnosno "stop-tehnika," kognitivna terapija bazirana na pažnji, odnosno pomnosti i/ili tretman treningom pažnje; prema Purdon, 2004), kao i korištenjem metakognitivne terapije ruminiranja, pošto se metakognitivna vjerovanja prema modelu samo-regulatorne izvršne funkcije vide kao odvojena od generalnih negativnih vjerovanja o sebi, a fokus standardne kognitivno-bihejvioralne terapije ostaje na mijenjanju sadržaja vjerovanja koja nisu metakognitivna, što dovodi do toga da vulnerabilnost za relaps ostaje visoka (Wells & Papageorgiou, 2004).

Međutim, Elis (Ellis, 1994, 1996) jasno ističe da primjena elegantne forme REBT nije uvijek moguća i ne insistira dogmatski na njenoj primjeni. Uzimajući u obzir ovu postavku REBT-a, a u svjetlu nalaza našeg istraživanja, potrebno je naglasiti da u slučajevima sniženih kapaciteta klijenata, u skladu sa neelegantnom formom REBT-a, preporučujemo obrnut proces: od direktnog rada na tretmanu ruminativnih reakcija i promjeni metakognitivnih vjerovanja o ruminiranju, prema opštoj filozofskoj promjeni koja uključuje i promjenu filozofije uslovnog prihvatanja sebe u filozofiju bezuslovnog prihvatanja sebe. Treba, dakle, voditi računa o činjenici da u nekim slučajevima klijent ne može na početku tretmana da radi na promjeni vjerovanja zbog akutno sniženih kapaciteta (npr. usljed akutne i intenzivne depresivne reakcije), ali i da je primjena elegantne forme REBT-a veoma ograničena u slučajevima hronično sniženih kapaciteta klijenata (npr. usljed ozbiljnog psihičkog poremećaja koji je u psihijatrijskim klasifikacijama svrstan u kategoriju psihotičnih poremećaja ili poremećaja ličnosti). Ipak, u slučajevima kada je to moguće, rezultati našeg istraživanja sugerišu upravo primjenu elegantne forme REBT, pošto je glavni prediktorski faktor povećanja depresivnih i ruminativnih reakcija u našem istraživanju bezuslovno prihvatanje sebe, koje prema REBT predstavlja filozofski odnos osobe prema samoj sebi, a upravo opšta filozofska promjena iracionalnih vjerovanja u racionalna predstavlja elegantnu formu REBT. Razumna pretpostavka na osnovu ovih rezultata je da će se mjenjanjem filozofije

uslovnog prihvatanja sebe u bezuslovno prihvatanje sebe postići željeni terapijski efekat smanjenja intenziteta depresivnih i ruminativnih reakcija.

Implikacije dobijenih rezultata ovog istraživanja odnose se i na preventivni rad. Budući da je REBT forma humanističkog pristupa koji pomaže ljudima da žive sretnije, produktivnije, samoaktualizovanije i kreativnije, iz ove vrste psihoterapije proizašao je sistem racionalno-emotivne edukacije (skraćeno REE; Knaus, 1977a, 1977b). Pošto se pokazao kao uspješan za redukciju nepoželjnog ponašanja učenika, kao i za smanjivanje stresa kod nastavnika, dodatne inovativne primjene principa i tehnika REBT-a u školskim uslovima se sve više istražuju (Nucci, 2002). Integrišući navedene podatke sa rezultatima našeg istraživanjima, možemo zaključiti da učenje principa bezuslovnog prihvatanja sebe u strukturisanom okviru grupe (koje je detaljno prikazano u obliku priručnika u REBT literaturi; Ellis & Dryden, 2002) ima značajan potencijal kao program zaštite mentalnog zdravlja unutar školskih sistema, koji bi se prema rezulatima našeg istraživanja odnosio prije svega na prevenciju razvoja depresivnih i ruminativnih reakcija.

Buduće studije efekata i efikasnosti psihoterapije, kao i primjena predloženog vida REE kao programa zaštite mentalnog zdravlja unutar školskih sistema, trebali bi provjeriti navedene pretpostavke proizašle iz rezultata našeg istraživanja.

# LITERATURA


Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje.* Četvrto izdanje (DSM IV). Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap

Arnow, B. A., Spangler, D., Klein, D.N. & Burns, D. D. (2004). Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: A structural equation analysis. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 67-83.

Bagby, R. M., Rector, N. A., Segal, Z. V., Joffe, R. T., Levitt, A. J., Kennedy, S. H. & Levitan, R. D. (1999). Rumination and distraction in major depression: Assessing response to pharmacological treatment. *Journal of Affective Disorders, 55*, 225-29

Baumeister, R. F., Smart, L. & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review, 103*, 5-33

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. London. Penguin Books

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N. & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment, 2*, 191-197

Beckman, E. E. (1990). Psychotherapy of depression: Research at a crossroads. Directions for the 1990′s. *Clinical Psychology Review, 52,* 207-228

Beevers, C. G., Keitner, G. I. , Ryan, C. E. & Miller, I. W. (2003). Cognitive Predictors of Symptom Return Following Depression Treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 488-496

Belsher, G., & Costello, C. G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin, 104*, 84-96.

Biro, M. (2001). Kognitivna terapija. U: Erić, LJ. (Ur.). *Psihoterapija*. Medicinski fakultet u Beogradu

Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 151*, 979-986

Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic Empathy and Recovery From Depression in Cognitive–Behavioral Therapy: A Structural Equation Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 441-449

Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001a). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 19*, 163-176.

Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001b). Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 19*, 177-189.

Clark, D. A. & Steer, (1996). Empirical status of the Cognitive Model of Anxiety and Depression. U P.M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York London. Guilford Press

Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L. & Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment, 75*, 404-425

David, D. & Avellino, M. (2002). *A Synopsis of Rational Emotive Behavior Therapy: Basic/fundamental and applied research*. Research Section of the Albert Ellis Institute

David, D., Montgomery, G. H., Macavei, B & Bovbjerg, D. H. (2005). An Empirical Investigation of Albert Ellis's Binary Model of Distress. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 499–516

David, D. & McMahon, J. (2001): Clinical Strategies in Cognitive Behavioural Therapy: A Case Analysis. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 1*, 71-86.

DiGiuseppe, R. (1991). A Rational – Emotive Model of Assesment, U knjizi: Bernard, M.E. (Ed) *Using RET Effectively*, Plenum Press, New York, London

DiGiuseppe, R.A., Miller, N.J., & Trexler, L.D. (1977). A review of rational–emotive psychotherapy outcome studies. *Counseling Psychologist, 7*, 64-72

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Doherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46,* 971-982

Ellis, A. (1965). Showing People They Are Not Worthless Individuals. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy, 1*, 74-77

Ellis, A. (1972). *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Albert Ellis Institute.

Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 13*, 343-348

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (revised and updated). New York: Birch Lane Press.

Ellis, A. (1996). *Vodič u razuman život*. RET Centar, Beograd.

Ellis, A. (1997). Must musturbation and demandingness lead to emotional disorders? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34*, 95-98.

Ellis, A. (2004). Post-september 11th perspectives on religion, spirituality, and philosophy in the personal and professional lives of slected rebt cognoscenti: A response to my colleagues. *Jurnal of Counseling & Development, 82*, 439-442

Ellis, A. & Dryden, W. (2002). *Primjena racionalne-emocionalne bihevioralne terapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap

Enns, M. W., Cox, B. J. & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorder, 66*, 175-183

Erić, Lj. (2001). *Psihoterapija*. Medicinski fakultet u Beogradu

Gotilb, I. H. (1984). Depression and general psychopatology in univerity students. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 19-30

Haaga, D.A. & Davison, G.C. (1989). Outcome studies of rational–emotive therapy. In M. E. Bernard & R. DiGiuseppe (Eds.). *Inside rational–emotive therapy*. New York: Academic Press.

Haaga, D. A. F. & Davison, G. C. (1993). An Appraisal of Rational–Emotive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 215-220

Haaga, D.A., Dyck, M. J. & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110*, 215-236

Hammen, C. L. (1980). Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 126-128

Hart, A. B., Craighead, W. E., & Craighead, L. W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 633-643.

Just, N. & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 221-229

Keller, M. B., Lavori, P. W., Lewis, C. E. & Klerman, G. L. (1983). Predictors of relapse in major depressive disorder. *Journal of the American Medical Association, 250*, 3299-3304.

Keller, M. B. & Shapiro, R. W. (1981). Major depressive disorder: Initial results from a one-year prospective naturalistic follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 169*, 761-768.

Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W. & Wolfe, N.(1982). Recovery in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 39*, 905-910

Kendall, P. C., Haaga, D. A., Ellis, A., Bernard, M., DiGiuseppe, R., & Kassinove, H. (1995). Rational–emotive therapy in the 1990s and beyond: Current status, recent revisions, and research questions. *Clinical Psychology Review, 15*, 169-185.

Kendall, P. C., Hollton, S. D., Beck, A. T., Hammen C. L. & Ingram, R. E. (1987). Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology,11*, 289-299

Knaus, W. J. (1977a). Rational emotive education. In: Ellis, A. & Greiger, R. (eds.). *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer

Knaus, W. J. (1977b). Rational emotive education. *Theory into Practice, 14*, 251-255

Krnetić, I. (2004). Psihoterapija klijenata sa slabim introspektivno-verbalnim sposobnostima. *Tradicija i savremenost: zbornik radova sa naučnog skupa, 5*, tom 2, str. 919-927

Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational–emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review, 11*, 357-369.

Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 166-177

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality & Social Psychology, 65*, 339-349.

Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 176-190

Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D. & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1041-1060

Lyubomirsky, S. & Tkach, C. (2004). The Consequences of Dysphoric Ruminination. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

Macavei, B. (2005). The Role of Irrational Beliefs in The Rational Emotive Behavior Theory of Depression. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 5*, 73-81

Marić, J. (2000). *Klinička psihijatrija*. Barex, Beograd

Marić, Z. (2000): Racionalno-emotivno-bihejvioralna terapija. U: Stojnov, D. (Ur.): *Psihoterapije*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd

Marić, Z. (2002). *Kognitivni činioci emocije i emocionalnog poremećaja iz ugla REBT*. Magistarski rad. Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet - Beograd

Marić, Z. (2003a): *Priručnik za napredni kurs iz racionalno-emotivno-bihevioralne terapije: anksioznost i depresija*. REBT Centar, Beograd. Neobjavljen rukopis

Marić, Z. (2003b). Uloga disfunkcionalnih stavova u depresivnom raspoloženju i provera medijacionog efekta "vrelih" evaluativnih kognicija. *Psihologija, 36*, 101-115

Matthews & Wells (2004). Rumination, Depression, and Metacognition: the S-REF Model. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

McDermut, J.F., Haaga, D.A.F., & Bilek, L.A. (1997). Cognitive bias and irrational beliefs in major depression and dysphoria. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 459-476.

Miller, I. W. & Norman, W.H. (1986). Persistence of depressive cognitions within a subgroup of depressed inpatients. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 211-224.

Mills, D. (1993). *Overcoming self-esteem*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology,109*, 504-511

Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C. G. (1999). “Thanks for Sharing That” Ruminators and Their Social Support Networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 801-814

Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 115-121.

Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion, 7*, 561-570.

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 855-862

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. & Larson, J. (1994). Ruminative Coping With Depressed Mood Following Loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 92-104

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1061-1072.

Nucci, C. (2002). The rational teacher: Rational emotive behavior therapy in teacher education. *Journal of rational-emotive & cognitive-behavior therapy, 20*, 15-32

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32,* 13-26.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261–273

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). Nature, Functions, and Belifs about Depressive Rumination. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

Pennebacker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic proecss. *Psychological Science, 8*, 162-166

Purdon, C. (2004). Psychological Treatment of Rumination. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

Raskin, R., Novacek, J. & Hogan, R. (1991). Narcissistic Self-Esteem Management. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 911-918

Robinson, S. M. & Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 275-291

Saxe, L. L. & Abramson, L. Y. (1987). *The Negative Life Events Questionnaire: Relability and validity*. Unpublished Manuscript.

Scott, M. J. & Dryden, W. (1998). The cognitive-behavioural paradigm. In: Woolfe, R. & Dryden, W. (Ed.). *Handbook of counselling psychology*. Sage Publications: London, Thousand Oaks, New Delhi.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Journal of Psychiatry and Law, 30*, 271-274

Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T. & Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry, 49,* 782-787

Sheppard, L. C. & Teasdale, J. D. (2000). Dysfunctional Thinking in Major Depressive Disorder: A Deficit in Metacognitive Monitoring? *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 768-776

Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L. & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry, 43*, 43-48.

Solomon A., Haaga, D. A. F., Brody C., Kirk, L. & Friedman, D. G. (1998). Priming Irrational Beliefs in Recovered - Depressed People. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 440-449.

Solomon, A., Arnow, B. A., Gotlib, I. H. & Wind, B. (2003). Individualized measurement of irrational beliefs in remitted depressives. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 439-455.

Spasojević, J. & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a Common Mechanism Relating Depressive Risk Factors to Depression. *Emotion, 1*, 25-37

Spasojević, J., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., MacCoon, D. & Robinson, M. S. (2004). In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

Starcevic, V. (1995) Pathological worry in major depression. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 55-56

Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894-904.

Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 347-357.

Teasdale, J. D., Moore, R. M., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 275-287

Trask, P. C. & Sigmon, S. T. (1999). Ruminating and distracting: The effects of sequential tasks on depressed mood. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 231-246

Važić, A. (2005). *Bezuslovno prihvatanje sebe i neki aspekti mentalnog zdravlja studenata*. Diplomski rad. Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet - Beograd.

Vredenburg, K., Flett, G. L. & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reapraisal. *Psychological Bulletin, 113*, 327-344

Wallen, S. R. & Rader, M. W. (1991). Depression and RET: Perspectives from wounded healers. In: Bernard, M. E. (ed.). *Using RET Effectively: A Practitioner's Guide*. Plenum Press

Weary, G., Edwards, J. A. & Jacobson, J. A. (1995). Depression research methodologies. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 885-891

Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*, 34-52

Weinrach, S. G. (1996). Nine Experts Describe the Essence of Rational-Emotive Therapy while Standing on One Foot. *Journal of Counseling and Development, 74*, 626-632

Wells, A. & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive Therapy for Depressive Rumination. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

Wenzlaff, R. M. (2004). Mental Control and Depressive Rumination. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England

Wenzlaff, R. M. & Luxton, D. D. (2003). The Role of Thought Suppression in Depressive Rumination. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 293-308

Winston, A., Been, H. & Serby, M. (2005). Psychotherapy and Psychopharmacology: Different Universes or an Integrated Future? *Journal of Psychotherapy Integration, 15*, 213-223

Živčić, I. (2003). Kognitivna terapija. U: Biro, M. & Butollo, W. (Ur.). *Klinička psihologija*. Katedra za kliničku psihologiju LMU, Munchen & Futura publikacije.

# Prilog 1
## Opis uzorka

U prilozima su u većini slučajeva nazivi varijabli napisni u obliku skraćenica: NŽD – negativni životni događaji; BPS – bezuslovno prihvatanje sebe; PUR – pozitivna vjerovanja o ruminiranju; DR – depresivne reakcije; RR – ruminativne reakcije

**Tabela 1.** Prikaz uzorka po polu

| | f | % |
|---|---|---|
| Muški | 36 | 29,3 |
| Ženski | 87 | 70,7 |
| Total | 123 | 100,0 |

**Tabela 2.** Prikaz uzorka po godini rođenja

| | f | % |
|---|---|---|
| 77,00 | 1 | ,8 |
| 79,00 | 2 | 1,6 |
| 81,00 | 3 | 2,4 |
| 82,00 | 6 | 4,9 |
| 83,00 | 21 | 17,1 |
| 84,00 | 21 | 17,1 |
| 85,00 | 44 | 35,8 |
| 86,00 | 24 | 19,5 |
| 87,00 | 1 | ,8 |
| Total | 123 | 100,0 |

**Tabela 3.** Prikaz uzorka po fakultetima

| | f | % |
|---|---|---|
| Psihologija | 48 | 39,0 |
| Pedagogija | 21 | 17,1 |
| Učiteljski | 31 | 25,2 |
| FFVS | 23 | 18,7 |
| Total | 123 | 100,0 |

**Tabela 4.** Broj ispitanika po kategorijama nezavisnih varijabli

| Nezavisna varijabla | Kategorija nezavisne varijeble | N |
|---|---|---|
| Negativni životni dogadjaji | Mali broj NŽD | 71 |
| | Veliki broj NŽD | 52 |
| Bezuslovno prihvatanje sebe | Nizak nivo BPS | 49 |
| | Visok nivo BPS | 74 |
| Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | Nizak nivo PUR | 73 |
| | Visok nivo PUR | 50 |

**Tabela 5.** Prosječne vrijednosti bezuslovnog prihvatanja sebe dobijene na UBPS po klasifikacionim kategorijama ove varijable

| | Kategorije BPS | N | AS | SD |
|---|---|---|---|---|
| Bezuslovno prihvatanje sebe | Nizak nivo BPS | 49 | 57,96 | 13,04 |
| | Visok nivo BPS | 74 | 94,54 | 9,11 |

**Tabela 6.** Značajnost razlika između prosječnih vrijednosti bezuslovnog prihvatanja sebe po klasifikacionim kategorijama ove varijable

| | t | df | p |
|---|---|---|---|
| Bezuslovno prihvatanje sebe | -18,319 | 121 | ,000 |

**Tabela 7.** Prosječne vrijednosti pozitivnih vjerovanja o ruminiranju dobijene na SPUR po klasifikacionim kategorijama ove varijable

| | Kategorije PUR | N | AS | SD |
|---|---|---|---|---|
| Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | Nizak nivo PUR | 73 | 21,21 | 3,34 |
| | Visok nivo PUR | 50 | 28,46 | 1,94 |

**Tabela 8.** Značajnost razlika između prosječnih vrijednosti pozitivnih vjerovanja o ruminiranju po klasifikacionim kategorijama ove varijable

| | t | df | p |
|---|---|---|---|
| Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | -13,827 | 121 | ,000 |

**Tabela 9.** Prosječne vrijednosti broja negativnih životnih događaja dobijene na UNŽD po klasifikacionim kategorijama ove varijable

| | Kategorije NŽD | N | AS | SD |
|---|---|---|---|---|
| Negativni životni dogadjaji | Mali broj NŽD | 71 | 3,25 | 1,75 |
| | Veliki broj NŽD | 52 | 12,77 | 9,46 |

**Tabela 10.** Značajnost razlika između prosječnih vrijednosti broja negativnih životnih događaja po klasifikacionim kategorijama ove varijable

| | t | df | p |
|---|---|---|---|
| Negativni zivotni dogadjaji | -8,299 | 121 | ,000 |

**Tabela 11.** Prosječne vrijednosti depresivnih i ruminativnih reakcija dobijene na u vrijeme prvog mjerenja, po klasifikacionim kategorijama varijable BPS

| | Kategorije BPS | N | AS | SD |
|---|---|---|---|---|
| Depresivne reakcije (T1) | Nizak nivo BPS | 49 | 3,53 | 2,85 |
| | Visok nivo BPS | 74 | 3,85 | 2,66 |
| Ruminativne reakcije (T1) | Nizak nivo BPS | 49 | 34,71 | 4,55 |
| | Visok nivo BPS | 74 | 34,62 | 4,63 |

**Tabela 12.** Značajnost razlika između prosječnih vrijednosti depresivnih i ruminativnih reakcija u vrijeme prvog mjerenja, po klasifikacionim kategorijama varijable BPS

| | t | df | p |
|---|---|---|---|
| Depresivne reakcije (T1) | -,627 | 97,95 | ,532 |
| Ruminativne reakcije (T1) | ,110 | 104,21 | ,913 |

**Tabela 13.** Prosječne vrijednosti depresivnih i ruminativnih reakcija dobijene u vrijeme prvog mjerenja, po klasifikacionim kategorijama varijable PUR

| | Kategorije PUR | N | AS | SD |
|---|---|---|---|---|
| Depresivne reakcije (T1) | Nizak nivo PUR | 73 | 3,97 | 2,85 |
| | Visok nivo PUR | 50 | 3,36 | 2,53 |
| Ruminativne reakcije (T1) | Nizak nivo PUR | 73 | 34,27 | 4,62 |
| | Visok nivo PUR | 50 | 35,22 | 4,50 |

**Tabela 14.** Značajnost razlika između prosječnih vrijednosti depresivnih i ruminativnih reakcija u vrijeme prvog mjerenja, po klasifikacionim kategorijama varijable PUR

| | t | df | p |
|---|---|---|---|
| Depresivne reakcije (T1) | 1,251 | 112,85 | ,214 |
| Ruminativne reakcije (T1) | -1,133 | 107,34 | ,260 |

# Prilog 2
## Uticaj nezavisnih varijabli na depresivne i ruminativne reakcije

**Tabela 15.** Prosječne vrijednosti intenziteta ispoljavanja depresivnih reakcija po kategorijama nezavisnih varijabli

| Negativni životni događaji | Bezuslovno prihvatanje sebe | Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | AS | SD | N |
|---|---|---|---|---|---|
| Mali broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 4,54 | 5,72 | 13 |
| | | Visok nivo PUR | ,75 | 1,50 | 4 |
| | | Total | 3,65 | 5,27 | 17 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 2,30 | 2,36 | 37 |
| | | Visok nivo PUR | 2,00 | 2,00 | 17 |
| | | Total | 2,20 | 2,24 | 54 |
| | Total | Nizak nivo PUR | 2,88 | 3,62 | 50 |
| | | Visok nivo PUR | 1,76 | 1,95 | 21 |
| | | Total | 2,55 | 3,24 | 71 |
| Veliki broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 9,12 | 4,39 | 8 |
| | | Visok nivo PUR | 12,88 | 4,69 | 24 |
| | | Total | 11,94 | 4,84 | 32 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 2,73 | 2,34 | 15 |
| | | Visok nivo PUR | 2,00 | 3,08 | 5 |
| | | Total | 2,55 | 2,48 | 20 |
| | Total | Nizak nivo PUR | 4,96 | 4,40 | 23 |
| | | Visok nivo PUR | 11,00 | 6,08 | 29 |
| | | Total | 8,33 | 6,15 | 52 |
| Total | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 6,29 | 5,62 | 21 |
| | | Visok nivo PUR | 11,14 | 6,14 | 28 |
| | | Total | 9,06 | 6,35 | 49 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 2,42 | 2,34 | 52 |
| | | Visok nivo PUR | 2,00 | 2,20 | 22 |
| | | Total | 2,30 | 2,29 | 74 |
| | Total | Nizak nivo PUR | 3,53 | 3,97 | 73 |
| | | Visok nivo PUR | 7,12 | 6,62 | 50 |
| | | Total | 4,99 | 5,48 | 123 |

**Tabela 16.** Prosječne vrijednosti intenziteta ispoljavanja ruminativnih reakcija po kategorijama nezavisnih varijabli

| Negativni životni događaji | Bezuslovno prihvatanje sebe | Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | AS | SD | N |
|---|---|---|---|---|---|
| Mali broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 38,00 | 11,15 | 13 |
| | | Visok nivo PUR | 42,00 | 12,19 | 4 |
| | | Total | 38,94 | 11,14 | 17 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 35,49 | 7,52 | 37 |
| | | Visok nivo PUR | 38,59 | 6,76 | 17 |
| | | Total | 36,46 | 7,37 | 54 |
| | Total | Nizak nivo PUR | 36,14 | 8,55 | 50 |
| | | Visok nivo PUR | 39,24 | 7,80 | 21 |
| | | Total | 37,06 | 8,40 | 71 |
| Veliki broj NZD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 40,75 | 12,35 | 8 |
| | | Visok nivo PUR | 56,33 | 7,21 | 24 |
| | | Total | 52,44 | 10,95 | 32 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 36,73 | 6,04 | 15 |
| | | Visok nivo PUR | 31,60 | 4,22 | 5 |
| | | Total | 35,45 | 5,99 | 20 |
| | Total | Nizak nivo PUR | 38,13 | 8,69 | 23 |
| | | Visok nivo PUR | 52,07 | 11,65 | 29 |
| | | Total | 45,90 | 12,49 | 52 |
| Total | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 39,05 | 11,40 | 21 |
| | | Visok nivo PUR | 54,29 | 9,32 | 28 |
| | | Total | 47,76 | 12,69 | 49 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 35,85 | 7,09 | 52 |
| | | Visok nivo PUR | 37,00 | 6,87 | 22 |
| | | Total | 36,19 | 7,00 | 74 |
| | Total | Nizak nivo PUR | 36,79 | 8,59 | 73 |
| | | Visok nivo PUR | 46,68 | 11,97 | 50 |
| | | Total | 40,80 | 11,18 | 123 |

**Tabela 17.** Značajnost efekata nezavisnih varijabli i njihovih interakcija na intenzitet ispoljavanja depresivnih i ruminativnih reakcija

| | Zavisna varijabla | df | F | p |
|---|---|---|---|---|
| NŽD | *Depresivne reakcije* | 1 | 23,142 | ,000 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 2,618 | ,108 |
| BPS | *Depresivne reakcije* | 1 | 34,936 | ,000 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 22,983 | ,000 |
| PUR | *Depresivne reakcije* | 1 | 0,010 | ,919 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 6,094 | ,015 |
| NŽD*BPS | *Depresivne reakcije* | 1 | 23,842 | ,000 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 8,935 | ,003 |
| NŽD*PUR | *Depresivne reakcije* | 1 | 5,903 | ,017 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 1,380 | ,243 |
| BPS*PUR | *Depresivne reakcije* | 1 | 0,214 | ,645 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 9,556 | ,003 |
| NŽD*BPS*PUR | *Depresivne reakcije* | 1 | 7,184 | ,008 |
| | *Ruminativne reakcije* | 1 | 7,662 | ,007 |

**Tabela 18.** Vrijednosti predviđenih intenziteta ispoljavanja depresivnih i ruminativnih reakcija pri interaktivnom djelovanju negativnih životnih događaja i bezuslovnog prihvatanja sebe

| Zavisna varijabla | Negativni životni dogadjaji | Bezuslovno prihvatanje sebe | AS | SD | 95% interval pouzdanosti | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Donja granica | Gornja granica |
| *Depresivne reakcije* | Mali broj NŽD | Nizak nivo BPS | 2,980 | ,997 | 1,005 | 4,954 |
| | | Visok nivo BPS | 2,156 | ,502 | 1,162 | 3,149 |
| | Veliki broj NŽD | Nizak nivo BPS | 10,753 | ,700 | 9,367 | 12,139 |
| | | Visok nivo BPS | 2,264 | ,886 | ,509 | 4,020 |
| *Ruminativne reakcije* | Mali broj NŽD | Nizak nivo BPS | 39,953 | 2,227 | 35,540 | 44,366 |
| | | Visok nivo BPS | 36,755 | 1,121 | 34,534 | 38,977 |
| | Veliki broj NŽD | Nizak nivo BPS | 48,160 | 1,564 | 45,062 | 51,258 |
| | | Visok nivo BPS | 34,474 | 1,980 | 30,551 | 38,398 |

**Tabela 19.** Vrijednosti predviđenih intenziteta ispoljavanja depresivnih i ruminativnih reakcija pri interaktivnom djelovanju negativnih životnih događaja i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju

| Zavisna varijabla | Negativni životni dogadjaji | Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | AS | SD | 95% interval pouzdanosti | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Donja granica | Gornja granica |
| *Depresivne reakcije* | Mali broj NŽD | Nizak nivo PUR | 3,583 | ,550 | 2,494 | 4,672 |
| | | Visok nivo PUR | 1,552 | ,985 | -,399 | 3,503 |
| | Veliki broj NŽD | Nizak nivo PUR | 5,574 | ,754 | 4,081 | 7,067 |
| | | Visok nivo PUR | 7,443 | ,844 | 5,772 | 9,115 |
| *Ruminativne reakcije* | Mali broj NŽD | Nizak nivo PUR | 37,226 | 1,229 | 34,792 | 39,661 |
| | | Visok nivo PUR | 39,482 | 2,201 | 35,121 | 43,843 |
| | Veliki broj NŽD | Nizak nivo PUR | 38,082 | 1,684 | 34,745 | 41,419 |
| | | Visok nivo PUR | 44,552 | 1,886 | 40,817 | 48,288 |

**Tabela 20.** Vrijednosti predviđenih intenziteta ispoljavanja depresivnih i ruminativnih reakcija pri interaktivnom djelovanju bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju

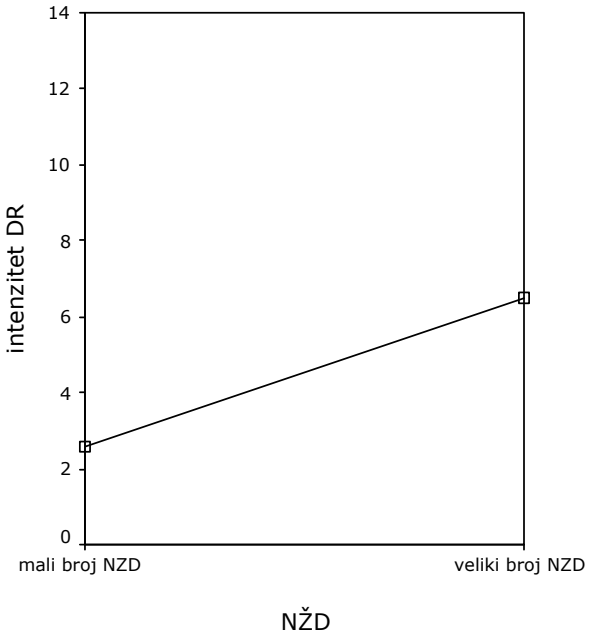
| Zavisna varijabla | Bezuslovno prihvatanje sebe | Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | AS | SD | 95% interval pouzdanosti | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Donja granica | Gornja granica |
| *Depresivne reakcije* | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 6,726 | ,764 | 5,213 | 8,238 |
| | | Visok nivo PUR | 7,007 | ,932 | 5,160 | 8,854 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 2,432 | ,523 | 1,395 | 3,468 |
| | | Visok nivo PUR | 1,988 | ,864 | ,277 | 3,699 |
| *Ruminativne reakcije* | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 39,167 | 1,707 | 35,785 | 42,548 |
| | | Visok nivo PUR | 48,946 | 2,084 | 44,818 | 53,075 |
| | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 36,142 | 1,169 | 33,826 | 38,458 |
| | | Visok nivo PUR | 35,088 | 1,930 | 31,264 | 38,912 |

**Tabela 21.** Vrijednosti predviđenih intenziteta ispoljavanja depresivnih i ruminativnih reakcija pri interaktivnom djelovanju negativnih životnih događaja, bezuslovnog prihvatanja sebe i pozitivnih vjerovanja o ruminiranju

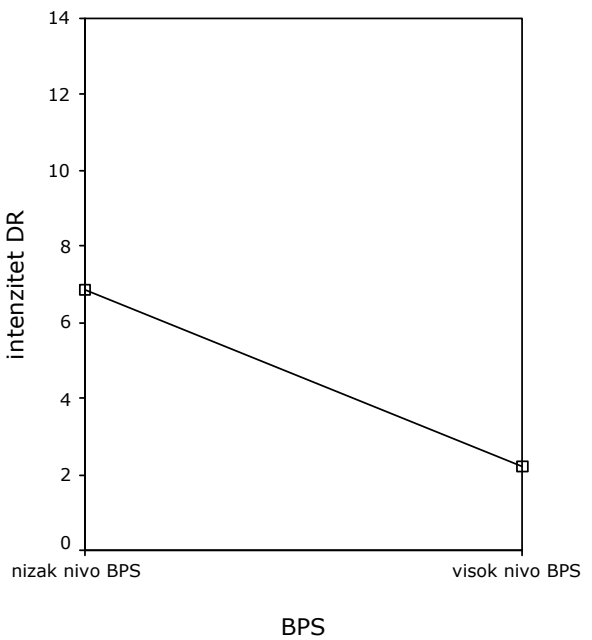
| Zavisna varijabla | Negativni životni dogadjaji | Bezuslovno prihvatanje sebe | Pozitivna vjerovanja o ruminiranju | AS | SD | 95% interval pouzdanosti | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Donja granica | Gornja granica |
| *Depresivne reakcije* | Mali broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 4,867 | ,950 | 2,986 | 6,748 |
| | | | Visok nivo PUR | 1,092 | 1,733 | -2,342 | 4,526 |
| | | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 2,299 | ,565 | 1,179 | 3,419 |
| | | | Visok nivo PUR | 2,012 | ,852 | ,323 | 3,701 |
| | Veliki broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 8,584 | 1,216 | 6,175 | 10,993 |
| | | | Visok nivo PUR | 12,922 | ,693 | 11,549 | 14,296 |
| | | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 2,564 | ,878 | ,824 | 4,305 |
| | | | Visok nivo PUR | 1,964 | 1,536 | -1,079 | 5,007 |
| *Ruminativne reakcije* | Mali broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 38,548 | 2,122 | 34,344 | 42,753 |
| | | | Visok nivo PUR | 41,358 | 3,874 | 33,682 | 49,033 |
| | | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 35,905 | 1,264 | 33,401 | 38,408 |
| | | | Visok nivo PUR | 37,606 | 1,905 | 33,831 | 41,381 |
| | Veliki broj NŽD | Nizak nivo BPS | Nizak nivo PUR | 39,785 | 2,718 | 34,401 | 45,170 |
| | | | Visok nivo PUR | 56,535 | 1,550 | 53,465 | 59,606 |
| | | Visok nivo BPS | Nizak nivo PUR | 36,379 | 1,963 | 32,490 | 40,269 |
| | | | Visok nivo PUR | 32,570 | 3,433 | 25,769 | 39,371 |

# Prilog 3

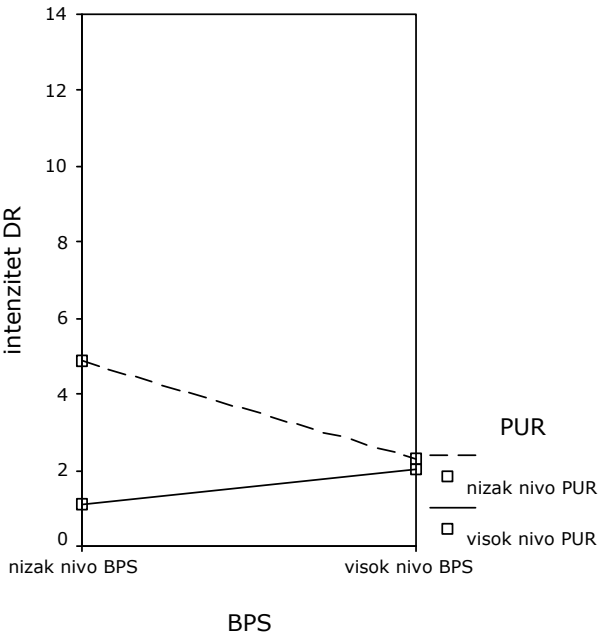
## Grafički prikazi statistički značajnih uticaja nezavisnih varijabli i njihovih interakcija na intenzitet ispoljavanja depresivnih reakcija



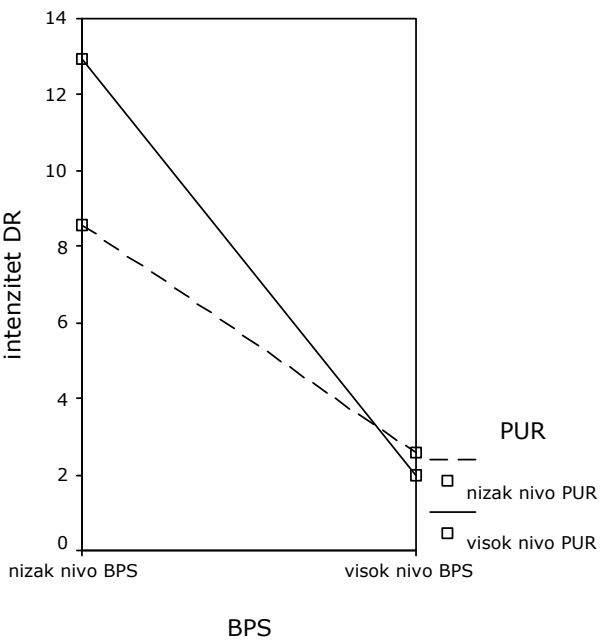

**Grafik 1.** Intenzitet depresivnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice




**Grafik 2.** Intenzitet depresivnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe na mjerenju T1



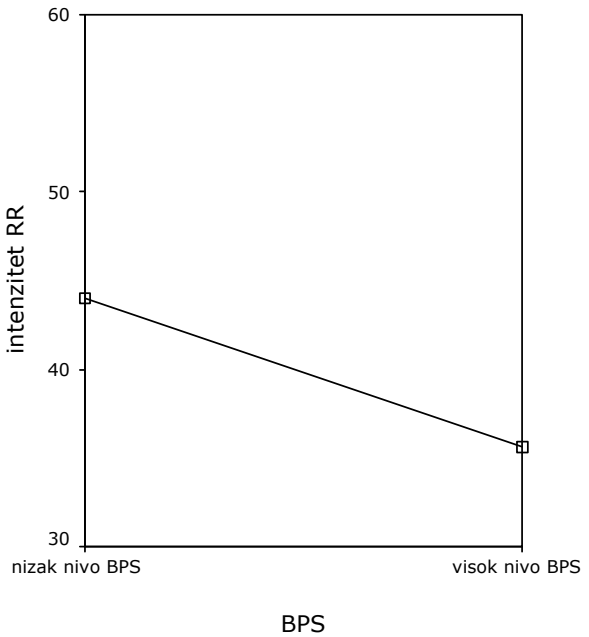

**Grafik 3.** Intenzitet depresivnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na mjerenju T1, za kategoriju ispitanika kojima se desio *manji broj* negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice



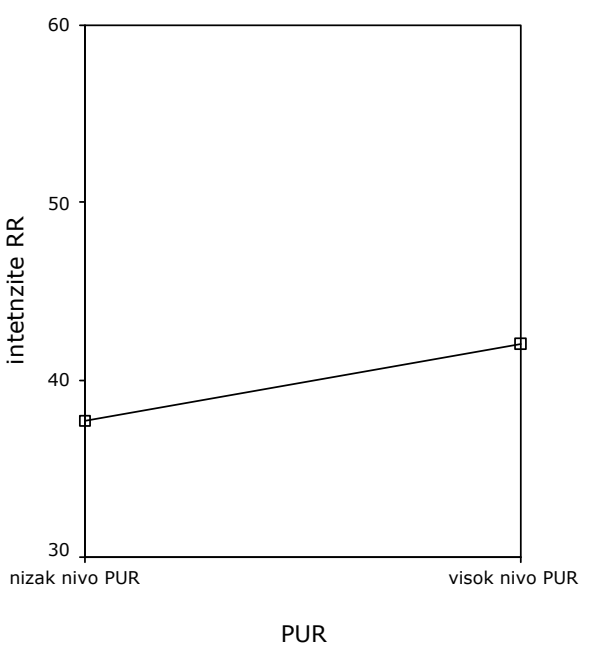

**Grafik 4.** Intenzitet depresivnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na mjerenju T1, za kategoriju ispitanika kojima se desio *veći broj* negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice

# Prilog 4

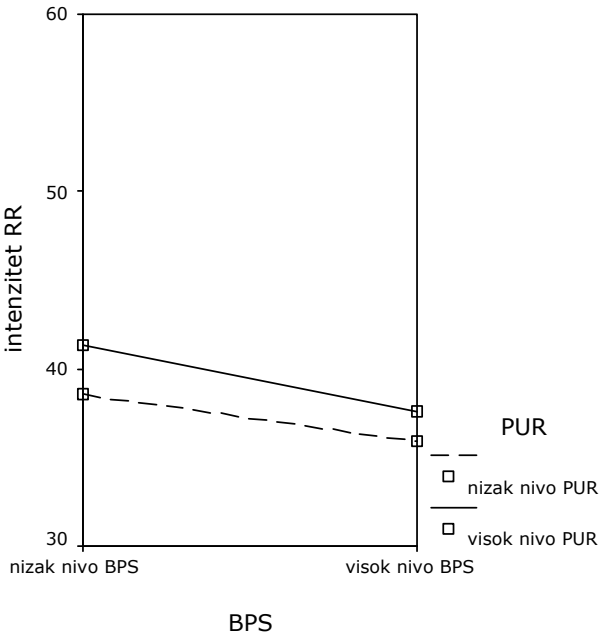
## Grafički prikazi statistički značajnih uticaja nezavisnih varijabli i njihovih interakcija na intenzitet ispoljavanja ruminativnih reakcija



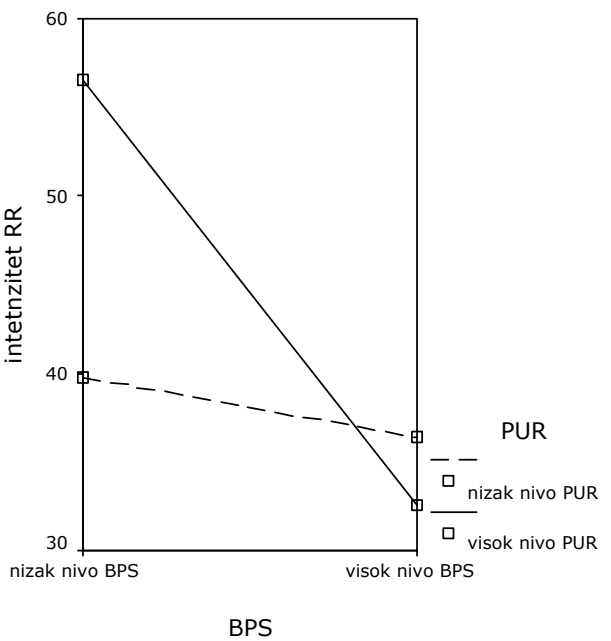

**Grafik 5.** Intenzitet ruminativnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice




**Grafik 6.** Intenzitet ruminativnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa pozitivnih vjerovanja o ruminiranju na vremenu mjerenja T1




**Grafik 7.** Intenzitet ruminativnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i nivoa pozitivnih vjerovanja o rumineiranju na mjerenju T1, za kategoriju ispitanika kojima se desio *manji broj* negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice




**Grafik 8.** Intenzitet ruminativnih reakcija u vremenu mjerenja T2, kao uticaj nivoa bezuslovnog prihvatanja sebe i nivoa pozitivnih vjerovanja o rumineiranju na mjerenju T1, za kategoriju ispitanika kojima se desio *veći broj* negativnih životnih događaja tokom prethodne dvije sedmice

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

159.95:616.89-008.454

КРНЕТИЋ, Игор, 1977-
Kružna razmišljanja i uopštena uvjerenja koja vode u depresiju / Igor Krnetić. - Banja Luka : Centar za kognitivno-bihejvioralnu terapiju, 2015 (Banja Luka : Akademac BL). - 129 str. : graf. prikazi, tabele ; 26 cm

Prilozi: str. 117-129. - Bibliografija: str. 106-116. - Abstract.

ISBN 978-99976-664-0-6

COBISS.RS-ID 5503000

**IGOR KRNETIĆ**, doktor psiholoških nauka, RE&KBT, ACT i CFT terapeut, sertifikovani internacionalni supervizor Albert Elis instituta iz Nju Jorka, registrovao je prvu privatnu psihološku praksu u Bosni i Hercegovini pod nazivom „Savjetovanje Krnetić" i osnovao prvi Centar za kognitivno-bihejvioralnu terapiju u Bosni i Hercegovini u okviru kojeg se izvodi četvorogodišnja edukacija stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja za primjenu kognitivno-bihejvioralne terapije.

Zaposlen je na Univerzitetu u Banjoj Luci, na studijskom programu psihologije, na predmetima iz oblasti psihoterapije i psihopatologije. Predsjednik je Bosansko-hercegovačkog udruženja za kognitivno-bihejvioralnu terapiju. Takođe je zvanični predstavnik Zapadnog Balkana u Udruženju za kontekstualnu bihejvioralnu nauku (Association for Contextual Behavioral Science) i zvanični predstavnik Bosne i Hercegovine u Evropskom udruženju za bihejvioralne i kognitivne terapije (European Association for Behaviour and Cognitive Therapies).

Pored toga što je zadovoljio najviše naučne (doktor nauka) i praktične standarde struke (akreditovani terapeut, supervizor i koučing psiholog) i dalje je aktivno posvećen kontinuiranom stručnom usavršavanju. Trenutno je fokusiran na usavršavanje iz terapija trećeg talasa bihejvioralne terapije i vodi trening seminare iz RE&KBT, ACT i CFT u saradnji sa brojnim profesionalnim organizacijama u okruženju. Više puta je bio član programskih komiteta za KBT kongrese na evropskom i svjetskom nivou (kongresi EABCT-a, ACBS- i ICCP-a).

ISBN 978-99976-664-0-6

9 789997 666406