

## Izazovi u kognitivnoj psihoterapiji hronične depresije

Stefan Jerotić

Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Srbije

Medicinski Fakultet, Unverzitet u Beogradu

Korespondencija:

Stefan Jerotić

Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Srbije; Pasterova 2, 11000 Beograd.

Medicinski Fakultet, Unverziteta u Beogradu

Email: stefan.jerotic@gmail.com

DOI 10.5937/engrami45-47583

Primljeno / Received: 07. Nov. 2023.

Prihvaćeno / Accepted: 21. Dec. 2023.

Objavljeno na internetu / Online first: 21. Dec. 2023.

Sva prava zadržana (c) 2023 Engrami



Ovaj rad je pod Creative Commons Autorstvo-Deli pod istim uslovima 4.0 međunarodnom licencom.  
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

## Sažetak

Hronična depresija predstavlja psihoterapijski izazov koji zahteva poseban pristup u poređenju sa akutnom depresijom. Psihoterapijski proces koji se zasniva na kognitivno-bihejvioralnoj terapiji mora da uzme u obzir niz specifičnosti ovog stanja, uključujući: (1) izazove u izgradnji terapijskog saveza; (2) izbegavanje kao dominantni mehanizam održavanja; (3) sržna uverenja o samoj depresiji.

Izgradnja terapijskog saveza je često komplikovana dugogodišnjom demoralizacijom pacijenta, koja zahteva poseban senzibilitet i strpljenje terapeuta. Vodeći kognitivni model hronične depresije označava izbegavanje kao jedan od ključnih mehanizama održavanja poremećaja. Izbegavanje se može konceptualizovati u vidu bihejvioralnog, kognitivnog i emocionalnog. Bihejvioralno izbegavanje se manifestuje kao sklonost ka izbegavanju, ili uzdržavanje od suočavanja sa situacijama ili stimulusima iz sredine koji izazivaju nelagodnost. Kognitivno izbegavanje podrazumeva strategije za izbegavanje uznemirujućih misli ili sećanja i može se manifestovati kroz poricanje, preterano uopštavanje, minimiziranje i rumniacije. Emocionalno izbegavanje čini supresija neprijatnih emocionalnih stanja, što često dovodi do sveopšte emocionalne utrnulosti. Mehanizmi izbegavanja su usko isprepletani sa verovanjem osobe o sopstvenoj depresiji. Percepcija postojanja depresije kao znaka lične slabosti ili "biološkog" problema onemogućava povezivanje situacionog konteksta sa simptomima, pojačavajući doživljaj bespomoćnosti. Sveobuhvatni pristup terapiji hronične depresije podrazumeva neophodnost prepoznavanja i adresiranja ovih izazova.

**Ključne reči:** depresija; psihoterapija; izazovi; kognitivna terapija

## Summary

Chronic depression poses a distinct psychotherapeutic challenge compared to acute depression, demanding a specialized approach, particularly within the framework of cognitive-behavioral therapy. Successful therapeutic intervention must consider various specificities of this condition, including: (1) challenges in establishing a therapeutic alliance, (2) avoidance as the dominant mechanism of maintenance, and (3) core beliefs regarding depression itself.

The establishment of a therapeutic alliance is often complicated by the long-standing demoralization of the patient, requiring the therapist's unique sensitivity and patience. Cognitive model of chronic depression designates avoidance as a pivotal maintenance mechanism of the disorder. Avoidance can be conceptualized in behavioral, cognitive, and emotional dimensions. Behavioral avoidance manifests as an inclination to evade or abstain from confronting situations or environmental stimuli that induce discomfort. Cognitive avoidance encompasses strategies for evading distressing thoughts or memories and can manifest through denial, excessive generalization, minimization, and rumination. Emotional avoidance comprises the suppression of unpleasant emotional states, often leading to pervasive emotional numbness. These avoidance mechanisms are interwoven with the individual's beliefs about their depression. The perception of depression as a sign of personal weakness or a purely "biological" problem precludes linking the situational context to symptoms, thus intensifying the sense of helplessness. A comprehensive approach to psychotherapy of chronic depression necessitates the recognition and addressing of these challenges.

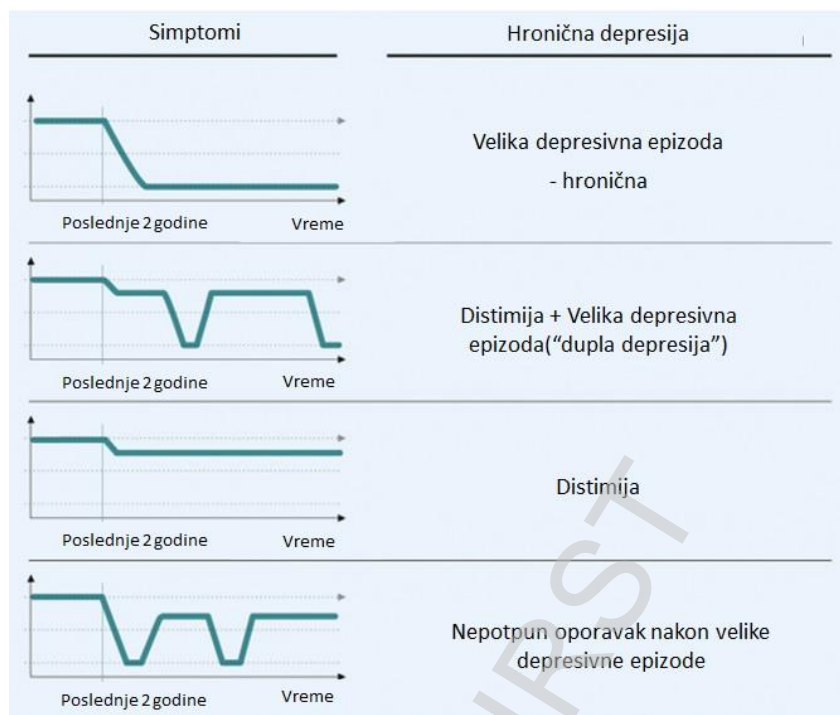
**Keywords:** depression; psychotherapy; challenges; cognitive therapy

## HRONIČNA DEPRESIJA: POJAM, ETIOLOGIJA, KOGNITIVNE OSNOVE

Depresija je jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja u kliničkoj i psihoterapijskoj praksi, a hronična depresija predstavlja njen posebno težak oblik. Dužina trajanja akutne depresije (velike depresivne epizode, eng. *major depressive episode*) je veoma varijabilna. Dosadašnji podaci ukazuju da prosečno trajanje velike depresivne epizode iznosi oko 10 meseci, a medijana 6 meseci<sup>[1]</sup>. Hronična depresija podrazumeva prisustvo simptoma depresivnog poremećaja u trajanju od 2 godine ili duže<sup>[2]</sup>. Depresija, uopšte, se decenijama smatrala primerom epizodičnog poremećaja, sa karakterističnim tokom: epizoda-remisija-epizoda<sup>[3]</sup>. Međutim, od sedamdesetih godina dvadesetog veka, pomalja se shvatanje da depresija u značajnom broju slučajeva ima hroničan tok<sup>[4]</sup>. Od tada, u dijagnostičke sisteme DSM-III i ICD-10 se uvodi distimični poremećaj koji predstavlja hronični oblik depresivnog poremećaja, sa nižim stepenom simptoma i boljom funkcionalnošću u odnosu na veliki depresivni poremećaj<sup>[4]</sup>.

Hronična depresija ima sledeće pojavne oblike (Slika 1):

- (1) Iz “punog zdravlja” dolazi do pojave velike depresivne epizode, koja se ne povlači, već sa manjim ili većim oscilacijama u simptomima traje dve godine, ili duže
- (2) Dolazi do pada funkcionisanja na distimičan nivo, prisutni su simptomi depresije, ali ne u punom obimu. Osoba je uglavnom uz poteškoće u stanju da obavlja određene delatnosti, poput odlaska na posao
- (3) Distimija koju prati povremena pojava velikih depresivnih epizoda u punom obimu, nakon kojih se simptomi vraćaju na distimičan nivo tzv. “dupla depresija”
- (4) Pojava jedne ili više depresivnih epizoda, nakon koje ne dolazi do potpunog oporavka, već postoje rezidualni simptomi koji istrajavaju 2 godine ili duže



Slika 1. Različiti pojavni oblici hronične depresije. Adaptirano prema Jobst et al, 2016.

Uprkos različitim pojavnim oblicima, do sada nije utvrđeno da postoje značajne razlike kada je etiologija u pitanju. Stoga, hronična depresija se može posmatrati kao široka kategorija, u okviru koje opisani subtipovi imaju više međusobnih sličnosti, nego razlika<sup>[5,6]</sup>.

Podaci ukazuju da 47% pacijenata koji se javljaju za pomoć u specijalizovane ustanove za lečenje psihijatrijskih stanja, ima simptome hronične depresije<sup>[7]</sup>. Takođe, između 20 i 30% velikih depresivnih epizoda zadobija hroničan tok<sup>[8,9]</sup>. Procenjuje se da između 3 i 6% odraslog stanovništva u državama zapadnog sveta razvija hroničnu depresiju<sup>[10]</sup>. Usled svega navedenog, hronična depresija dovodi do grubog narušavanja kvaliteta života pojedinca, kao i značajan javno-zdravstveni problem usled pratećeg značajnog smanjenja sposobnosti za posao i drugih produktivnih društvenih aktivnosti<sup>[11]</sup>. Hronična depresija se teže tretira od akutne depresije i ima niže stope remisije<sup>[4]</sup>.

Izuzev simptoma karakterističnih za hroničnu depresiju i veliki depresivni poremećaj koji su deo dijagnostičkih kriterijuma, ova stanja se karakterišu i nizom promena u sržnim subjektivnim iskustvima<sup>[12,13]</sup>. Javljaju se izmene u doživljaju vremena, narativu o sopstvenom postojanju, promene egzistencijalne orijentacije i sl.<sup>[14-16]</sup>. Sveobuhvatna procena hronične depresije koja vodi potpunijem razumevanju doživljaja pacijenata podrazumeva istraživanje prema fenomenološkim principima, odnosno “poniranje u srž doživljaja”<sup>[17,18]</sup>.

Hronična depresija predstavlja multifaktorski poremećaj. Broj etioloških faktora, kao i način na koji međusobno ostvaruju dejstvo da bi proizveli ovo stanje nije u potpunosti poznat<sup>[4]</sup>. Međutim, jedan od faktora koji se izdvaja kada je hronična depresija u pitanju jeste traumatizacija u detinjstvu<sup>[7]</sup>. Naime, pokazano je da približno 80% pacijenata sa hroničnom depresijom je doživelo emocionalno zlostavljanje ili emocionalno zanemarivanje<sup>[19]</sup>. Štaviše, pokazano je da je težina trauma u detinjstvu direktno proporcionalna kasnijem intenzitetu simptoma hronične depresije<sup>[7,20]</sup>.

Odnos poremećaja ličnosti i hroničnih simptoma depresije je kontroverzan<sup>[4,7]</sup>. Ranijih decenija se smatralo da depresivni poremećaj ličnosti predstavlja validan klinički entitet, međutim, kasniji radovi su pokazali da se većina osoba sa ovim stanjem može podvesti pod distimiju<sup>[4,21,22]</sup>. Uprkos tome, neophodno je obratiti pažnju na češću pojavu komorbidnih poremećaja ličnosti kod pacijenata sa hroničnom depresijom, pre svega izbegavajućeg, zavisnog i graničnog poremećaja ličnosti<sup>[23,24]</sup>.

Kada je u pitanju psihoterapijski tretman, neki od široko upotrebljivanih modaliteta za koje je pokazana efikasnost su kognitivno-bihevioralna, interpersonalna i kratkotrajna psihodinamska psihoterapija<sup>[7]</sup>. Ipak, zbog složenosti ovog poremećaja i dalje postoje potreba za novim istraživanjima efikasnih farmakoloških i psihoterapijskih tretmana za hroničnu depresiju<sup>[25]</sup>. U

daljem toku ovog rada, izneti su specifični izazovi u kognitivnoj psihoterapiji pacijenata sa hroničnom depresijom, prema Mur i Garland<sup>[26]</sup>.

Počeci kognitivne psihoterapije su povezani sa terapijom depresije, o čemu svedoči i kapitalno delo Arona Beka, “Kognitivna terapija depresije” iz 1979. godine<sup>[27]</sup>. Jedan od osnovnih Bekovih uvida jeste da održavanju simptoma depresije doprinosi negativni kognitivni trijas (tzv. Bekov kognitivni trijas) koji čini negativno viđenje sebe, sveta oko sebe i budućnosti<sup>[28]</sup>. Naspram toga, jedan od najuticajnijih modela hronične depresije su formirali Ričard Mur i En Garland<sup>[26]</sup>. U ovom kognitivnom modelu, posebno se naglašavaju strategije izbegavanja i uverenja o samoj depresiji, imajući u vidu da ova dva aspekta zauzimaju centralno mesto u održavanju hronične depresije. Takođe, u hroničnoj depresiji dolazi do hronifikacije negativnog kognitivnog trijasa. Usled toga, negativno viđenje sebe prelazi u hronično negativno samovrednovanje - “jednostavno sam takav...”. Negativno viđenje sveta se manifestuje kao bespomoćnost, u okviru koje se pozitivan ishod procenjuje kao nemoguć, ili osoba panično pokušava da izbegne negativan ishod “po svaku cenu”. Negativno viđenje budućnosti se prikazuje kao beznadežnost i ono se može uočiti i kao strategija potiskivanja emocija (“ako verujem da nikada neće biti bolje, ne mogu se ni razočarati”<sup>[26]</sup>).

Ključno je naglasiti da intenzitet simptoma koji se javlja u akutnoj depresiji nije održiv tokom dužeg vremenskog perioda. Pojave kao što su – gubitak aktivnosti sa neustajanjem iz kreveta, neuzimanje hrane i gotovo potpuni prekid društvenog kontakta su pojave koje ne mogu istrajavati godinama. Osoba koja ima hronične, višegodišnje simptome depresije se u jednom trenutku adaptira prisustvu simptoma depresije, kako bi se život nastavio, uprkos tome što je kvalitet života značajno snižen. Adaptacija na simptome se dešava kroz različite forme izbegavanja, o kojima će u daljem tekstu biti reči<sup>[26]</sup>.

## IZAZOVI U KOGNITIVNOJ TERAPIJI HRONIČNE DEPRESIJE

Akutnu depresiju je moguće tretirati na nivou automatskih misli, uz akcenat na ponašanje. Smatra se da je kod kraćeg vremenskog trajanja depresije očuvan kapacitet osobe da relativno brzo utiče na svoje ponašanje. Međutim, u hroničnoj depresiji strategije izbegavanja postaju habitualne, stoga hroničnu depresiju nije moguće lečiti bez ciljanja mehanizma izbegavanja i pratećih sržnih uverenja<sup>[26]</sup>. Takođe, otežavajuće okolnosti za psihoterapiju predstavlja i povremeno oklevanje pacijenta da govori o problemima. Sa druge strane, može se susresti i pojava da pacijent navodi dugačak niz problema koji su prisutni u svim segmentima života. Ova pojava predstavlja poseban izazov za terapeuta koji nije obazriv i pripremljen za rad sa pacijentom sa hroničnom depresijom usled čega će naizgled neprekidan niz problema delovati “preplavljujuće”.

Negativne misli koje se identifikuju mogu biti steroipne, habitualne, bez emocionalne šarže, što onemogućava efikasan psihoterapijski rad<sup>[29]</sup>. Takođe, globalne procene situacije mogu biti razvezane od situacionog konteksta, usled čega je ih je teško preispitati (“ja sam gubitnik, to je jednostavno tako...”; “ne znam šta ću”; “ništa ne vredi”; “nikada neću biti srećna” i sl.).

Problemi sa koncentracijom se često javljaju u okviru depresivne epizode i predstavljaju jedan od dijagnostičkih kriterijuma<sup>[30]</sup>. Dodatno, poteškoće sa koncentracijom predstavljaju učestao rezidualan simptom, čineći značajan deo kliničke slike hronične depresije<sup>[31]</sup>. Usled toga, osobama na psihoterapijskom tretmanu može biti veoma teško da se usredsrede dovoljno dugo, kako bi se razotkrile kognicije i uopšte značenje koje se pridaje unutrašnjim i spoljašnjim zbivanjima.



Neophodno je imati u vidu da su pacijenti sa hroničnom depresijom veoma često učestvovali u nizu neuspelih psihoterapijskih i/ili farmakoterapijskih tretmana. Stoga, ukoliko početni entuzijazam psihoterapeuta opadne, pacijent to može protumačiti kao još jedan dokaz da je njegova depresija neizlečiva<sup>[26]</sup>. Održavanje motivacije kod terapeuta uprkos odsustvu početnih pozitivnih efekata zahteva veliku upornost u psihoterapijskom procesu.

Sa druge strane, kod pacijenata kod kojih dominira apatija kao posledica supresije bolnih emocionalnih stanja, reflektovanje emocija koje se uobičajeno koristi, često dovodi do zastoja u seansi. Usled sporije dinamike psihoterapijskog procesa neophodno je naročito obraćati pažnju na blage promene u afektu, ton glasa, smer pogleda ili položaj tela.

Takođe, iako pacijent može pozivati terapeuta da bude direktivan i da pacijentu “daje uputstva”, ovakve intervencije mogu podsticati pasivizaciju pacijenta. Stoga, preporučena je upotreba pitanja i Sokratovskog metoda uz podsticanje pacijenta da sam pronalazi odgovore<sup>[32]</sup>.

## **IZBEGAVANJE: OSNOVNI MEHANIZAM ODRŽAVANJA HRONIČNE DEPRESIJE**

U akutnoj depresiji, izbegavanje je često očigledno i jasno uočljivo i za same pacijente.

Adaptacija na dugotrajne simptome koji se viđaju u hroničnoj depresiji čini da izbegavanje postaje prikriveno i suptilno. Međutim, kao što je prethodno pomenuto, definisanje i razumevanje izbegavanja je preduslov za jasno identifikovanje negativnih misli<sup>[33]</sup>. Izbegavanje može biti bihevioralno, kognitivno i emocionalno<sup>[26]</sup>.

### ***Bihevioralno izbegavanje***

Bihevioralno izbegavanje, u kontekstu hronične depresije, odnosi se na tendenciju pojedinca da izbegava ili se uzdržava od suočavanja sa situacijama ili stimulusima koji izazivaju nelagodu.

Kroz ovakav oblik ponašanja, osoba nastoji da se zaštiti od situacija koje doživljava kao preteće

ili izazovne. Dok se osoba može snalaziti u svakodnevnim rutinama, izazov je susretanje sa nečim novim ili neočekivanim. Situacije koje nisu unapred definisane i isplanirane, ili koje zahtevaju posebno prilagođavanje mogu izazvati snažan osećaj anksioznosti. Neki pacijenti mogu izgledati iznenađujuće dobro funkcionalni u okvirima društvene sredine, uprkos postojanju simptoma hronične depresije. Sposobnost ljudi da održavaju visok nivo, na primer, poslovnog funkcionisanja, može maskirati unutrašnja previranja. Drugim rečima, iako se čini da su na radnom mestu ili u društvu sasvim kompetentni, pacijenti se mogu osećati preplavljeno i imati snažne afektivne reakcije očajavanja u nestrukturisanim ili nepredvidim situacijama<sup>[34]</sup>. Rutina može služiti kao "sidro" za osobe koje se osećaju preplavljeno svetom oko sebe. Prateći rigidne rutine, osoba oseća da ima više kontrole nad svojim okruženjem i očekivanjima. Međutim, štiteći se od stresa "po svaku cenu", štitimo se i od života<sup>[35]</sup>.

### ***Kognitivno izbegavanje***

Kognitivno izbegavanje predstavlja strategiju kojom se izbegava suočavanje s neprijatnim mislima ili sećanjima. Ova vrsta izbegavanja u hroničnoj depresiji se može manifestovati na različite načine, između ostalog kroz odbijanje introspekcije, uopštavanje, minimiziranje i ruminiranje<sup>[26,36]</sup>. Kao što je prethodno napomenuto, pacijenti mogu izbegavati razmišljanje o značajnim faktorima koji se tiču depresije, odnoseći se prema problemima kao da su trivijalni. Ponekad se može uočiti otpor prema fokusiranju na konkretne događaje ili osećanja, sa krajnjim uopštavanjem problema, što otežava prepoznavanje i rešavanje značajnih pitanja u psihoterapiji. Izjave poput "U svemu sam neuspešna" ilustruju ovaj oblik izbegavanja. Problemi se mogu minimizirati, ili čak prikazivati u pozitivnom svetlu, neproporcionalno njihovom stvarnom značaju u životu pacijenta. Još jedan od mehanizama kognitivnog izbegavanja jeste naglo prebacivanje razgovora na neutralne teme, putem kojeg se izbegava nelagodnost. Uporno

izjavljivanje “ne znam” ili “ne mislim ništa” vrlo često odražavaju kognitivno izbegavanje. Ruminiranje, odnosno kontinuirano, neproduktivno razmišljanje o različitim aspektima svoje depresije takođe predstavlja vid izbegavanja. Iako na prvi pogled ruminiranje može izgledati kao suočavanje sa simptomima depresije, radi se o razmišljanjima u okviru kojih ne dolazi do postizanja novih saznanja ili rešenja, a koja pospešuju doživljaj bespomoćnosti. Stalno razmišljanje o problemu može služiti kao izgovor da se ne preduzmu konkretni koraci ka rešenju<sup>[26,37]</sup>.

### ***Emocionalno izbegavanje***

Emocionalno izbegavanje u okviru hronične depresije podrazumeva dugotrajnu supresiju emocionalnih stanja uopšte koja može izgledati i kao odsustvo osećanja, često se označava kao “apatija”, iako postoje neslaganja oko upotrebe ovog pojma<sup>[38]</sup>. Dok se akutna depresija često karakteriše intenzivnim emocionalnim reakcijama očajavanja, pacijenti sa hroničnom depresijom kod kojih je prisutno emocionalno izbegavanje mogu imati stabilno nizak emocionalni ton<sup>[34]</sup>. To se ne manifestuje samo pojavom gubitka interesovanja za aktivnosti koje su ranije dovodile do zadovoljstva (anhedonija), već i na odnos prema svakodnevnim zadacima i društvenim interakcijama<sup>[26]</sup>. Kako bi se izbegli bolni emocionalni sadržaji, neki pacijenti mogu koristiti disocijaciju kao vid odvajanja od neprijatnih osećanja. To može biti naročito izraženo kod osoba koje su doživele traumatične događaje i postoje autori koji smatraju da ovakvo stanje predstavlja poseban klinički entitet, tzv. “disocijativnu hroničnu depresiju”<sup>[39]</sup>. Takođe, ova pojava se može uočiti kod osoba koje su naučene da visoko vrednuju emocionalnu kontrolu i smatraju da je prikazivanje osećanja znak iracionalnosti ili slabosti<sup>[40]</sup>. Važno je napomenuti, da za razliku od negativnog sindroma u shizofreniji gde dolazi do umanjenja emocionalne ekspresije koja je u vezi sa procesom poremećaja koji ima i određenu biološku kauzalnost<sup>[41]</sup>, smatra se da u hroničnoj

depresiji dolazi do strateške supresije emocija u cilju umanjivanja burnih i neprijatnih osećanja<sup>[42]</sup>.

Na temelju opisanih tipova izbegavanja, izdvajaju se dva klinička tipa u okviru hronične depresije: aktivni i pasivni<sup>[26]</sup>. Aktivni podrazumeva dominantnu upotrebu bihevioralnog i kognitivnog izbegavanja. Osoba se može svesrdno truditi da izbegne problem, međutim, kada to nije moguće, dolazi do izražene afektivne reakcije, odnosno pada u raspoloženju, koji izgleda neproporcionalno u odnosu na situacioni povod. S druge strane, pasivni klinički tip dominantno podrazumeva upotrebu emocionalnog izbegavanja. Umesto pokušaja kontrole dešavanja u sredini, osoba se trudi da kontroliše emocionalna stanja. Usled toga, ne uočavaju se snažne afektivne reakcije, već naprotiv, nema značajne emocionalne pobuđenosti i pacijenti ne prikazuju veliki nivo inicijative<sup>[26]</sup>.

## **UVERENJA O DEPRESIJI I SOPSTVENOM IDENTITETU**

Imajući u vidu da depresija traje dugo, počinje da se doživljava kao deo sebe ili sopstvenog identiteta<sup>[43,44]</sup>. Kao što je pomenuto, u akutnoj depresiji se može efikasno sprovoditi tretman i na nivou spontanih negativnih misli (“površinske” pojave). Sa druge strane, kod pacijenata sa hroničnom depresijom u kognitivnoj psihoterapiji je neophodno aderesirati uverenja koja osoba ima o svojoj depresiji. Jedno često, duboko uverenje, jeste da depresija predstavlja znak slabosti, odnosno potvrdu neadekvatnosti identiteta. Dalje se razvija razmišljanje da depresija nije samo nešto što se ne sme prikazivati, već i nešto što se mora iznutra potpuno potisnuti i sakriti. U ovom kontekstu, često se javlja i verovanje o nepogrešivosti ili “normalnosti” drugih ljudi. Stvaranje slike o drugima kao nepogrešivim može pojačati doživljaj izolacije osobe sa depresijom. Drugo često uverenje jeste da je depresija “biološki problem”, podrazumevajući da se depresivni simptomi imaju svoj tok na koji osoba ne može da utiče, “moja sudbina”. Ovakav

stav dovodi do razvezivanja simptoma od situacionog konteksta, čime se onemogućuju razvoj emocionalne odgovornosti i veština za upravljanje sopstvenim osećanjima i disfunkcionalnim reakcijama poput izbegavanja. Dakle, gledajući na depresiju kao na pojavu koja je van kontrole, ili je predodređena, povećava se doživljaj bespomoćnosti i utvrđuje se hronična kognitivna trijada, čime se dalje ciklus depresije samoodržava<sup>[26]</sup>.

## ZAKLJUČAK

Hronična depresija predstavlja psihijatrijski poremećaj koji se može razumeti kao bitno različit od akutne depresije. Kao takav, zahteva specifičan pristup i modifikaciju uobičajenih postupaka koji se primenjuju u kognitivno-bihevioralnoj terapiji akutne depresije. Psihoterapija hronične depresije zahteva značajno duže trajanje psihoterapijskog procesa. Centralni izazovi u hroničnoj depresiji čine: (1) dugogodišnja demoralizacija pacijenta koja može biti prepreka u uobičajenoj izgradnji terapijskog saveza i (2) izbegavanje koje prema kognitivnom modelu čini osnovni vid održavanja depresije. Uz strpljenje, upornost, kontinuiran rad i poznavanje empirijski zasnovanih modela, kognitivni terapeuti mogu pomoći pacijentima da prevaziđu ove prepreke. Kroz kognitivni model, depresija se demistifikuje, omogućavajući pacijentima da bolje razumeju procese putem kojih se hronična depresija održava.

**Konflikt interesa:** Nema konflikta interesa.

## Literatura

1. Ten Have M, Penninx BWJH, Tuithof M, Van Dorsselaer S, Kleinjan M, Spijker J, et al. Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in a psychiatric epidemiological cohort study of the general population. *Acta Psychiatr Scand.*

- 2017;136(3):300–12.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
  3. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. Vol. 2. Oxford university press; 2007.
  4. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):801–12.
  5. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):646–53.
  6. Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression—a systematic review. *J Affect Disord*. 2011;129(1–3):1–13.
  7. Jobst A, Brakemeier E-L, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry*. 2016;33(1):18–36.
  8. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord*. 2009;115(1–2):112–21.
  9. Arnow BA, Constantino MJ. Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *J Clin Psychol*. 2003;59(8):893–905.

10. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry*. 2009;54(6):389–98.
11. Smit HFE, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan NM, de Graaf R, Beekman AJ. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(4):193–200.
12. Ratcliffe M. The phenomenology of depression and the nature of empathy. *Med Heal Care Philos*. 2014;17(2):269–80.
13. Ratcliffe M. *Experiences of depression: A study in phenomenology*. OUP Oxford; 2014.
14. Fuchs T. Temporality and psychopathology. *Phenomenol Cogn Sci*. 2013;12(1):75–104.
15. Fuchs T. Psychopathology of depression and mania: symptoms, phenomena and syndromes. *J Psychopathol*. 2014;20:404–13.
16. Fernandez AV. Depression as existential feeling or de-situatedness? Distinguishing structure from mode in psychopathology. *Phenomenol Cogn Sci*. 2014;13:595–612.
17. Jerotić S, Pantovic-Stefanovic M. Fenomenologija, psihopatologija i fenomenološka psihopatologija. *Engrami*. 2021;43(1):6–19.
18. Jerotić S, Nešić J. Phenomenology and psychiatry: Shaping the diagnosis. *Theor Beogr*. 2023;66(1):89–107.
19. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1114–33.

20. Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *J Clin Psychol.* 2003;59(8):807–16.
21. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR. Depressive personality disorder: a critical overview. *Curr Psychiatry Rep.* 2003;5(1):16–22.
22. Klein DN, Riso LP, Anderson RL. DSM-III-R dysthymia: antecedents and underlying assumptions. *Prog Exp Pers Psychopathol Res.* 1993;16:222–53.
23. Rothschild L, Zimmerman M. Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study. *J Pers Disord.* 2002;16(4):293–303.
24. Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, Liu S-M, Grant BF, Hasin DS. The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(12):6501.
25. Cuijpers P, Huibers MJH, Furukawa TA. The need for research on treatments of chronic depression. *JAMA psychiatry.* 2017;74(3):242–3.
26. Moore RG, Garland A. *Cognitive therapy for chronic and persistent depression.* John Wiley & Sons; 2004.
27. Beck AT. *Cognitive therapy of depression.* Guilford press; 1979.
28. Beckham EE, Leber WR, Watkins JT, Boyer JL, Cook JB. Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(4):566.
29. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG.



- Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther.* 2009;47(5):366–73.
30. World Health Organization. The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders. 2019; Available from: <https://icd.who.int/>
  31. McClintock SM, Husain MM, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Trivedi MH, et al. Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *J Clin Psychopharmacol.* 2011;31(2):180.
  32. Overholser JC. Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. *Psychother Theory, Res Pract Train.* 1993;30(1):75.
  33. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale. *Behav Res Ther.* 2004;42(3):293–313.
  34. Brockmeyer T, Kulesa D, Hautzinger M, Bents H, Backenstrass M. Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *J Affect Disord.* 2015;175:418–23.
  35. Yalom ID. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *Humanist Psychol.* 2008;36(3–4):283–97.
  36. Quigley L, Wen A, Dobson KS. Avoidance and depression vulnerability: An examination of avoidance in remitted and currently depressed individuals. *Behav Res Ther.* 2017;97:183–8.
  37. Kingston REF, Watkins ER, Nolen–Hoeksema S. Investigating functional properties of depressive rumination: Insight and avoidance. *J Exp Psychopathol.* 2014;5(3):244–58.

38. Ishizaki J, Mimura M. Dysthymia and apathy: diagnosis and treatment. *Depress Res Treat.* 2011;2011.
39. Şar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2014;12(3):171.
40. Garland A, Scot J. Chronic depression. *Adapt Cogn Ther Depress Manag Complex comorbidity.* 2008;88–109.
41. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry.* 2017;
42. Pelizza L, Ferrari A. Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait? *Ann Gen Psychiatry.* 2009;8(1):1–9.
43. Bortolan A. Selves hijacked: affects and personhood in ‘self-illness ambiguity.’ *Philos Explor.* 2022;25(3):343–62.
44. Karp DA. Living with depression: Illness and identity turning points. *Qual Health Res.* 1994;4(1):6–30.