

## КОГНИТИВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ДЕПРЕССИИ, КОТОРЫМ НЕСПРАВЕДЛИВО ПРЕНЕБРЕГАЮТ

АЛЬБЕРТ ЭЛЛИС

*Альберт Эллис (Albert Ellis) – американский клинический психолог и психотерапевт, основоположник рационально-эмотивной терапии – одной из самых известных (в особенности в США) психотерапевтических школ когнитивной ориентации. Получил степень доктора наук по клинической психологии в Колумбийском университете (г. Нью-Йорк). В течение многих лет практиковал классический психоанализ и психоаналитически ориентированную психотерапию. Испытав разочарование в эффективности психоаналитического подхода, в 40-50-е годы разработал основные принципы своего собственного психотерапевтического метода, который отличался от психоанализа прежде всего ориентацией не на использование конфликтного инфантильного опыта пациентов, а на коррекцию их иррациональных установок, а также гораздо более активной и директивной позицией психотерапевта. В 1959г. основал Институт рационально-эмотивной терапии в Нью-Йорке, который возглавляет и по сей день. Альберт Эллис опубликовал в различных психотерапевтических изданиях более 600 статей по вопросам применения рационально-эмотивного подхода в индивидуальной, групповой и семейной психотерапии. Он является автором и редактором более 50 книг и монографий; некоторые из них стали бестселлерами. Наиболее известными его работами являются: *A New Guide to Rational Living* (1975); *Humanistic Psychotherapy* (1973); *A Guide to Successful Marriage* (1961); *The Art and Science of Love* (1969).*

*Перевод публикуемой статьи Эллиса сделан по тексту: Ellis A.A. Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. – Cognitive Therapy and Research, Vol. 11, № 1, 1987, p.121-146.*

Почти сразу же после того, как в пятидесятые-шестидесятые годы идеи «когнитивной революции» в психологии распространились в область исследования эмоциональных расстройств, а также в область психотерапии (Beck, 1963, 1967; Ellis, 1957, 1958, 1962; Low, 1952), мнение, согласно которому депрессия – это в основном результат иррационального и нереалистичного мышления, стало считаться почти бесспорным. В это же время были предложены несколько когнитивно-поведенческих моделей депрессии, которые впоследствии получили экспериментальное подтверждение и достаточно широкое признание. Речь идет в первую

очередь о моделях Бека (*Beck, 1967, 1976*), Льюинсона (*Lewinsohn, 1974; Lewinsohn & Hoberman, 1982; Lewinsohn, Youngren & Grosscup, 1979*), Рема (*Rehm, 1977; Wener & Rehm, 1975*) и Селигмена (*Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1975, 1981*).

Эти модели неоднократно проверялись экспериментально; при этом были получены определенные эмпирические данные, подтверждающие их состоятельность (*Ingram, 1984; Williams, 1984*). Однако сама гипотеза, что именно «когнитивное» вызывает депрессию, продолжает оспариваться до сих пор. Койн и Готлиб утверждают: строгая проверка гипотезы о том, что когнитивные факторы играют каузальную роль при депрессии, «еще не проведена» (*Coyne & Gotlib, 1983, p.500*). Макнайт, Нельсон, Хэйз и Джарретт полагают, что «исследователям и клиницистам следовало бы рассматривать депрессию не как единый феномен, но скорее как многогранный и многомерный конструкт, включающий разнообразные поведенческие проблемы» (*McKnight, Nelson, Hayes & Jarrett, 1984, p.334*). Кохрэн и Хэммен (*Cochran & Hammen, 1985*), а также Сильвермен, Сильвермен и Эрдли (*Silverman, Silverman & Eardly, 1984*) представили данные, которые показывают, что скорее депрессия вызывает когнитивные нарушения, а не наоборот. Кларк и Хэмсли (*Clark & Hemsley, 1984*) замечают, что на отрицательные когнитивные проявления, связанные с депрессией, оказывают влияние и особые личностные факторы. Некоторые исследователи подчеркивают значение таких факторов, как окружение, стресс, поддержка и жизненные события, для возникновения депрессивных состояний (*Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Henderson, 1981; Brown & Harris, 1978; Mitchell, Cronkite & Moos, 1983*).

Несмотря на критику когнитивных моделей депрессии, лишь немногие авторы полностью отрицают значимость влияния, которое когнитивные переменные оказывают на эмоциональные состояния человека. Критики скорее указывают на существующую несогласованность основных моделей депрессии и обращают внимание на противоречивые факты и наблюдения. Так, Койн и Готлиб в своей критической работе пишут: «Результаты нашего обзора литературы не противоречат положению о важной роли «когнитивного» в генезисе и этиологии депрессии. Мы только хотим сказать, что категоричные утверждения Бека и авторов моделей выученной беспомощности не получили достаточных подтверждений... И кроме того, похоже, что ни одна из этих моделей не отражает серьезных различий между депрессивным и недепрессивным состояниями» (*Coyne & Gotlib, 1983, p.500*).

Как указывают критики основных когнитивных теорий депрессии, ни одна из этих теорий не отвечает достаточно ясно на вопрос о том, почему одни люди становятся (или «делают себя») депрессивными, когда они сталкиваются с определенными неблагоприятными или стрессовыми ситуациями, а другие – нет; почему одни люди, попадая в соответствующую ситуацию, испытывают разочарование и

предпринимают все для них возможное, чтобы изменить характер неприятных воздействий или избежать их, в то время как другие испытывают депрессию и не делают практически ничего.

На мой взгляд, одной из причин того, что даже популярные когнитивно-поведенческие модели депрессии объясняют меньше, чем хотелось бы, а вытекающие из них методы терапии недостаточно эффективны, является то, что все эти модели пренебрегают одним существенным когнитивным компонентом. Он первоначально был изучен еще Карен Хорни (*Horney, 1945*), а в дальнейшем ее теория была развита и дополнена принципами и практикой рационально-эмотивной терапии (РЭТ) (*Ellis, 1957, 1958, 1962; Ellis & Harper, 1961; Hauck, 1973*). В своих последних работах по теории и практике РЭТ я неизменно подчеркивал, что и депрессия, и тревога возникают в значительной степени вследствие абсолютистского, своеобразно детерминированного мышления, которое возлагает на человека бессмысленные обязанности, не обоснованные рационально; своего рода «must-урбации»<sup>1</sup> (*Ellis, 1975, 1985a, 1985b; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Bernard, 1985; Ellis & Harper, 1975*). В данной работе я хотел бы представить эту теорию в ее приложениях к пониманию и лечению депрессии, а также выяснить, может ли этот подход добавить что-либо новое к уже известным когнитивно-поведенческим моделям Бека, Льюинсона, Рема и Селигмена.

Согласно РЭТ-теории, абсолютистское, догматическое мышление является основной причиной депрессивного восприятия мира. Возможно, это единственное явное различие между тем, что я называю «адекватными негативными эмоциями» (печалью, грустью, обидой, сожалением, досадой), и депрессивными переживаниями, которые имеют аномальный характер. В отличие от РЭТ-модели упомянутые здесь теории депрессии хотя и объясняют, почему люди, сталкиваясь с реальными или ожидаемыми потерями и фрустрациями, испытывают острые негативные переживания, но не объясняют, почему в этих обстоятельствах иногда они впадают и в депрессию.

РЭТ-теория полагает, что если люди *просто* желают чего-либо, что-то предпочитают или пытаются достичь каких-либо целей (например, добиться успехов в школе, на работе или в личных взаимоотношениях), а затем терпят неудачу и думают, что и в будущем их постигнет подобная неудача, то они могут испытывать определенную (и часто сильную) угнетенность, но *не* депрессию. Однако когда они обращают (сознательно или бессознательно) свои желания или цели в безусловные требования и приказы, начиная убеждать самих себя в том, что они *должны, просто обязаны* в любых условиях и при любых обстоятельствах добиваться успеха и удовлетворять все свои желания, то именно *тогда* они «погружают» себя в депрессию. Хотя РЭТ предполагает, что люди *могут* испытывать депрессию и в том случае, когда они просто слишком жестко

<sup>1</sup> В оригинале игра слов: «must» в переводе с английского – «должен», «обязан». – Прим. перев.

привязаны к определенным сильным желаниям или предпочтениям, но при этом не доводят свои желания до состояния «во что бы то ни стало», в целом, однако, такая ситуация рассматривается как не очень реальная. Гораздо более вероятно, что в таких случаях люди будут испытывать «только» печаль, разочарование или грусть. С точки зрения РЭТ, если воспользоваться условной шкалой интенсивности отрицательных эмоций, то печаль и грусть будут изменяться по интенсивности в диапазоне от 1 до 99 условных единиц, собственно же депрессия займет на такой шкале диапазон от 101 до бесконечности.

### **Недостатки основных моделей депрессии**

Для того чтобы показать, что РЭТ-подход является, по всей вероятности, более точным инструментом для работы с депрессиями, чем другие популярные когнитивно-поведенческие модели, мы проведем проверку гипотез этих моделей и покажем, как они пытаются объяснить возникновение депрессивных переживаний и подавленности в отличие от возникновения таких негативных эмоций, как грусть и печаль.

Теория 1. Теория депрессии А.Бека рассматривает три основных каузальных элемента (так называемую когнитивную триаду). *Люди впадают в депрессию, когда они негативно воспринимают (а) себя, (б) свое окружение и (в) свое будущее* (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Derry, Kuiper, 1981; Kuiper & MacDonald, 1983; MacDonald & Kuiper, 1983; Rehm, 1981). Рассмотрим подробнее элементы этой порождающей депрессию триады, по отдельности и в целом.

*Люди впадают в депрессию, потому что они негативно воспринимают себя.* Даже если человек постоянно оценивает себя негативным образом, он не обязательно погружает себя в депрессию, поскольку, например, он может защититься тем, что в рационально-эмотивной терапии называется рациональными убеждениями. Например, человек может думать: «Да, я действительно хочу иметь больше достоинств и вообще быть более любимым окружающими. Однако я *не обязан* достигать всего того одобрения и тех материальных благ, которые я хотел бы иметь. Очень жаль, что я лишен некоторых положительных черт и что я нелюбим. Но я все еще существую и пытаюсь чего-то добиться. Да, сейчас мне очень плохо, но я в состоянии справиться со своими неудачами!»

Если человек просто говорит себе нечто подобное о своих особенностях, он будет чувствовать печаль, грусть, может быть, недовольство, но своими *действиями*, а не *самим собой*. К депрессии или даже ненависти к самому себе он может прийти лишь в том случае, если у него будут еще и такие мысли: «Поскольку у меня нет тех положительных качеств, которыми я *должен* обладать, и я не так любим, как *следовало бы*, я просто *дрянь, не заслуживающая* хотя бы капельки счастья, и так будет всегда. Это ужасно, но так мне и надо!» Без такого рода иррациональных

убеждений, как они называются в рационально-эмотивной терапии, человек, скорее всего, не может впасть в депрессию.

Одним из важнейших факторов депрессии, значение которого подчеркивали Бек (*Beck*, 1967, 1976; *Beck & Emery*, 1985), Эллис (*Ellis*, 1962, 1971, 1973) и другие авторы, являются чувства подавленности и отсутствия собственной ценности. Некоторые авторы (*Bandura*, 1977; *Frank*, 1985; *Seligman*, 1975 и многие другие теоретики) обращают внимание и на такие чувства, как деморализация, беспомощность и отсутствие ощущения собственной эффективности. Но происхождение этих чувств, когда они ведут к серьезной депрессии (а не просто к ощущению неудовлетворенности), будет иметь непостижимый характер до тех пор, пока мы не примем во внимание стоящих за ними «я должен» или «я обязан», которые чаще всего и провоцируют депрессию.

Человек может, например, рассуждать следующим образом: «Я не настолько эффективен, как мне хотелось бы, и я хуже контролирую себя, чем другие. Все это ужасно грустно, просто несчастье какое-то. Нет, однако, причин, по которым я *должен* контролировать себя лучше или быть более эффективным». Или он может думать: «Я совершенно беспомощен в управлении своей жизнью и никогда не смогу это делать достаточно хорошо. Но я и не *обязан* это делать и могу быть вполне счастливым и без этого».

При отсутствии у пациента безусловных *требований* к себе в отношении собственной эффективности и способности управлять своей жизнью, трудно понять, каким образом человек может прийти к заключению о малоценности своего существования и впасть в депрессию. Человек, конечно, может ухватиться за свое отдельное неудачное действие, случай потери контроля или неэффективности, преувеличить их и произвольно прийти к заключению, что он *неадекватен в целом* или *малозначим* как личность. Но большинство этих преувеличений, обобщений и произвольных выводов, по-видимому, возникает вследствие скрытых *устойчивых* представлений, *не разрешающих* человеку быть неэффективным, плохо выполнять что-либо или не контролировать себя. Подобные сильные *предпочтения* выполнять что-либо хорошо или управлять своей судьбой обычно полезны и ведут, в случае их невыполнения, к сильному стрессу и дальнейшему преодолению этого стресса. Но подобные категорические императивы, требующие *всегда* выполнять *все* великолепно, *всегда* быть эффективным, *всегда* контролировать себя, ведут человека, согласно теории РЭТ, не только к оговору собственных действий или особенностей, но и к жестокому самоосуждению. И тогда люди впадают в депрессию.

*Люди впадают в депрессию, потому что они негативно воспринимают свое окружение.* Конечно, человек почти наверняка будет чувствовать печаль или дискомфорт, если он постоянно негативно оценивает свое окружение. Однако он может (часто так и происходит) избежать депрессии, говоря себе: «Да, вокруг меня множество неприятных

и беспокоящих меня людей и вещей; моя ситуация хуже, намного хуже, чем у других людей. Но (а) что делать – таковы обстоятельства; (б) Бог или судьба определили мне этот путь – наверное, чтобы я мог лучше внимать Его воле; (в) я смогу справиться с этим и сам; мне даже интересно попробовать сделать это! (г) если *все* будет так же плохо, я все равно смогу испытывать радость, несмотря на то, что мое окружение по-прежнему намного хуже, чем мне хотелось бы».

Для того чтобы впасть в истинную депрессию, человеку необходимо добавить ко всем этим идеям, к подобному негативному восприятию своего окружения примерно следующее: «Безусловно, обстоятельства *не должны* быть такими скверными, какими они являются! А так как они *слишком* плохи – намного хуже, чем они *должны* быть – я *не могу это вынести!* Это ужасно! Я не могу так жить и быть счастливым *вообще!*»

*Люди, впадают в депрессию, когда они негативно воспринимают свое будущее.* Многие люди впадают в депрессивное состояние, если они начинают оценивать свое будущее как неудовлетворительное. Но не все! Некоторые могут договориться с собой и делают это, говоря примерно следующее: «Я никогда не мог сделать что-либо такое, что мне действительно нравится, и поэтому я всегда буду страдать и чувствовать себя подавленным. Но таков уж я, и таков порядок вещей. Что ж! Я рад, что все-таки жив, что могу чему-то радоваться, имею хоть что-то. И даже если все будет так же плохо и в дальнейшем, я все равно в состоянии сделать себя счастливым настолько, насколько могу». Рассуждая так, человек может ощущать грусть или разочарование, но совсем не обязательно – депрессию.

С другой стороны, те, кто представляет свое будущее даже умеренно негативным, предвидя, например, что придется выполнять неинтересную работу или испытывать некоторый недостаток в средствах, все же могут впасть при этом в депрессию, если будут рассуждать так: «Я ни в коем случае *не должен* продолжать работать на такой скучной работе и *должен* иметь гораздо больше денег. Как это ужасно, что мне приходится страдать от таких невыносимых условий! Если моя жизнь будет идти так же и дальше – а так оно, похоже, и будет – то что может быть хуже!» Я хотел бы подчеркнуть, что человек впадает в депрессию не из-за самих по себе негативных оценок, а оттого, что, по его мнению, такие «невыносимые условия» просто не должны существовать. И если такие неприятные вещи происходят, то это *больше*, чем просто плохо – это хуже, чем могло бы быть; и все так плохо и будет, *абсолютно* плохо, просто ужасно!

Наш анализ показывает, что если люди демонстрируют «когнитивную триаду», т.е. негативно воспринимают себя, свое окружение и свое будущее, то они почти обязательно будут испытывать достаточно сильное разочарование, грусть, фрустрацию и беспомощность. Но они не впадут в депрессию, если не добавят к своим негативным представлениям абсолютистские *требования* того, что их «плохие» личные качества,

окружение или неудовлетворительное будущее *не должны* существовать вообще, В терминах РЭТ, они совершают «магический» прыжок от *описания* настоящей или будущей реальности, пусть и негативной, к *отказу от принятия* вещей такими, какими они являются в действительности, к догматической *замене* их на такие, какими они, по мнению этих людей, «должны быть», к замене их на «более хорошие». Их иеговистская убежденность в том, что они *должны* быть, как сейчас, так и потом, компетентнее, лучше, или *должны* чувствовать себя спокойнее и защищеннее, дополняется тем, что в реальной жизни они всего этого не имеют. Именно это и приводит их к заключениям примерно следующего рода: (а) «Я так мало достиг, и я постоянно терплю ужасные условия! Но так *не должно* быть! Все это даже больше, чем плохо – это ужасно!»; (б) «Я не могу жить в таких ужасных условиях (которые *не должны* существовать) и быть хоть сколько-нибудь счастливым»; (в) «Я никчемный, ничего не заслуживающий человек, который не в состоянии обеспечить себе более приемлемые условия жизни, хотя и *должен* это сделать»; (г) «Я никогда не смогу быть хозяином ситуации (хотя и *обязан*), а значит, не смогу быть счастливым человеком»; (д) «Мне *нельзя* быть таким депрессивным и тревожным. Раз я таким стал, это доказывает, что я плохой человек и никогда не буду хоть сколько-нибудь доволен своей жизнью».

Результатами подобных раздумий являются именно депрессия и деморализация, а не только печаль или разочарование. Если, повторим, последние вытекают из «просто» негативных оценок себя, своего окружения или своего будущего (что верно заметил Бек), то депрессия и деморализация, как утверждается в рационально-эмотивной терапии, возникают вследствие преувеличенных, догматичных и абсолютизированных представлений, которые всегда включают, явно или неявно, коварное «должен».

Вслед за Карен Хорни, Камилла Андерсон (*Anderson*, 1966, p.31, 36) показала связь между депрессией и суицидами, с одной стороны, и людской гордыней – с другой:

«Как я понимаю, именно гордыня (а не сексуальность или враждебность) может быть признана центральным ядром или динамической силой нашей жизни; силой неприемлемой, конечно. Мы скрываем и от себя, и от других ее постоянное присутствие в нашем поведении и в наших чувствах. Эта скрытая гордыня и амбициозность являются, как я полагаю, основой как глобальных, так и более конкретных наших выборов и, следовательно, основой жизненного стиля. Я считаю гордыню первичным и самым мощным фактором в разрушении межличностных отношений, что приводит к психологическим стрессам и переживаниям. Следующая гипотеза, которую мне хотелось бы предложить, состоит в том, что и депрессия, и суицид имеют в своей основе именно скрытую гордыню...

Тем человеческим душам, которые жалеют самих себя и ссылаются на якобы универсальное «экзистенциальное отчаяние», оправдывающее, как им кажется, суицид, я могла бы сказать, что подобное отчаяние или жалость к самому себе возникают лишь тогда, когда человек не может отказаться от желания рассматривать себя в качестве божества – со всеми вытекающими следствиями – и когда он отказывается принять свою ограниченную человечность».

Модель депрессии, предлагаемая теорией рационально-эмотивной терапии, может показаться слишком прямолинейной. Могут, например, возразить, что если люди воспринимают свое поведение как очень плохое, содержащее множество промахов, а себя – как лишенных некоторых важных черт, то они могут, не прибегая к «должному» или «необходимому», делать произвольные выводы, вроде: «Я никуда не годен, так как плохи все мои поступки и качества», и далее: «Все в моей жизни дрянь», «Никогда и не будет лучше». Конечно, так тоже может быть. Вопрос состоит в следующем: насколько *вероятно* то, что действительно никогда не будет лучше? Могут ли люди постоянно делать столь угнетающие выводы о собственной малоценности и безнадежности их жизненной ситуации без того, чтобы явно или неявно допускать примерно следующие мысли: «Мои действия или особенности *не должны* быть такими плохими», «В моей жизни *не должно* быть ничего отвратительного» или «Моя жизнь *должна* уллучшиться в будущем»? Я в этом сомневаюсь.

И еще: когда человек преувеличивает свои недостатки и полагает, что «я совершенно ужасен, так как ужасны такие-то мои качества или поступки», он все-таки может сказать себе: «Ну, таков уж я – к несчастью, конечно. Слишком плох? Что ж, я смогу жить и радоваться и будучи плохим человеком». Когда человек думает, что «раз уж все в моей жизни дрянь, то и сама эта жизнь ничего не стоит», он может сказать себе: «Дрянь? Ну и пусть!» И даже если он продолжает настаивать: «Если уж моя жизнь так ужасна сейчас, то дальше будет еще хуже», то и тогда остается возможность возразить самому себе: «Если все будет именно так – так тому и быть! Что же я могу поделать, если все идет наперекосяк?»

Если при этом человек, преувеличивающий свою «плохость», считающий ужасным свое окружение и будущее, не считает все это абсолютно недопустимым для себя, то, как утверждается в РЭТ, он может испытывать огорчение или дисфорию, но не депрессию. Но он наверняка «соскользнет» в депрессию, если за всем этим скрыты «должно» или «следует», хотя в каких-то случаях это может и не произойти.

Это гипотеза РЭТ. И хотя она часто подтверждалась клинической эффективностью, но, по-видимому, может быть проверена и экспериментально.

Теория 2. *Люди впадают в состояние депрессии, когда они создают себе дефицит положительного самоподкрепления и избыток*



*отрицательного (самонаказания), или когда они воспринимают полученное подкрепление как меньшее, чем они заслуживают (DeMonbreun & Craighead, 1977; Nelson & Craighead, 1977; Rehm, 1981; Roth & Rehm, 1980; Wener & Rehm, 1975).*

Представляется правдоподобным, что люди, которые недостаточно часто создают себе положительные подкрепления и слишком часто наказывают себя, гораздо более склонны к депрессии, чем те, кто считает себя получающими (и действительно получает) больше похвалы, чем порицания. Но ведь иногда верно и обратное. Так, например, люди, стремящиеся к святости или вступающие в различные религиозные секты со строгой дисциплиной (дзен-буддистские, например), часто умышленно избегают любых одобрительных оценок и предаются необычным наказаниям и самонаказаниям. При этом они гораздо меньше подвержены депрессиям, чем многие из тех, кто всячески избегает самонаказаний и вообще отрицательных подкреплений. Более того, представляется, что религиозные люди в состоянии даже справляться с начальными депрессивными переживаниями, применяя подобную антигедонистическую практику.

Помимо этого люди, не являющиеся приверженцами каких-либо культов, также могут легко интерпретировать такое «ненаграждающее» или «самонаказующее» поведение как «волевое», «мужественное» или «формирующее характер», и тогда они скорее испытают удовлетворение, чем впадут в депрессию. Другие же просто могут рассматривать это как некое веление судьбы, проявление воли Божьей или, в крайнем случае, как фрустрирующее состояние, но не ужасное и не депрессивное.

Для того чтобы человек стал испытывать неадекватные чувства ужаса и депрессии при утрате одобрения и избытке самонаказания (приводящих к «естественным» чувствам досады или грусти), опять же необходимо то, что в рационально-эмотивной терапии называется «магическим прыжком» от простого *наблюдения* реальности, пусть и жестокой, к иеговистским *требованиям*: подобная степень «жестокости» просто не должна существовать. В состоянии депрессии люди превращают свои рациональные убеждения (такие как «Мне *не нравится* потеря одобрения и избыток наказаний», «Я *предпочел бы* получать побольше наград и поменьше наказаний») в иррациональные – «Я *должен* больше поощрять себя и меньше наказывать. Но я не знаю, как мне это сделать, хотя я *должен* это знать, поэтому я действительно *не заслуживаю* больше наград и меньше наказаний. Следовательно, я отвратителен и жизнь моя просто *ужасна* – хуже и быть не может!» Здесь мы снова видим абсолютизированное обязывающее мышление, неизбежно ведущее к депрессии.

Теория 3. *Люди впадают в депрессию, когда они испытывают недостаток в радостных событиях или когда в их жизни мало неожиданных, непредвиденных удач и одобрительных оценок (Lewinsohn,*

1974; Lewinsohn, Weinstien & Alper, 1970; Lewinsohn & Hoberman, 1982; Lewinsohn et al., 1979). В целом этот подход перекликается с теорией № 2, но в каких-то аспектах он является более специфичным. Льюинсон, Тери и Хоберман, (Lewinsohn, Teri & Hoberman, 1983) присоединили к этой модели некоторые другие факторы, вызывающие депрессию, но идея дефицита положительного подкрепления по-прежнему остается важнейшим элементом этого подхода.

Хотя многочисленные клинические и экспериментальные исследования указывают на то, что люди, столкнувшиеся с избытком неприятных и болезненных событий {особенно связанных с утратой близких и любимых людей}, действительно чаще обнаруживают депрессивные переживания, чем те, кто живет более «приятной» жизнью, это может происходить (как утверждается в рационально-эмотивной терапии) из-за склонности большинства людей думать, что они действительно нуждаются во всем, что они хотят, и требовать выполнения всех своих желаний. Если же их «страстное» желание приятной жизни не осуществляется, они легко впадают в депрессию.

Ясно, однако, что многие люди, жизнь которых не так уж приятна, а дела далеко не всегда вознаграждаются, все-таки не впадают в депрессию, рассуждая примерно так: «Как это все неприятно! Но я *в состоянии* перенести эти неприятности и *не нуждаюсь* в дополнительных наградах для моего дальнейшего существования». В то же время другие люди, сталкиваясь с подобным отсутствием одобрения, говорят себе: «Как это ужасно! Я *не могу* перенести столько неприятностей и *должен* получать большее признание для того, чтобы быть счастливее!» Первые – «предпочитатели» – будут испытывать неудовлетворенность и досаду, а вот «командиры» будут склонны уже к депрессии.

Теория 4. *В депрессию впадают те люди, которые ожидают наступления очень неприятных событий и полагают, что они мало что смогут сделать, чтобы их изменить к лучшему. Они приписывают негативным событиям внутренние, стабильные и глобальные причины. Позитивные же события рассматриваются ими как детерминированные внешними, нестабильными и очень специфичными факторами* (Abramson et al., 1978; Seligman, 1975, 1981; Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979).

Легко догадаться, что люди с подобными ожиданиями и атрибуциями будут испытывать депрессивные состояния значительно чаще, чем те, кто хотя и ожидает негативных событий, но предполагает, что сможет как-то повлиять на них, и те, кто приписывает подобным событиям скорее внешние, нестабильные и специфичные причины. Это предположение подтверждается указанными выше исследованиями Селигмена и его со-трудников, а также другими работами (Raps, Peterson, Reinhard, Abramson & Seligman, 1982; Raps, Reinhard & Seligman, 1980).

Но экспериментальные данные в поддержку этой теории на самом деле не слишком убедительны, поскольку очевидно, что некоторые из тех, кто часто ожидает неприятных событий, при этом считая себя не в состоянии хоть как-то улучшить ситуацию, и кто приписывает эту беспомощность себе, а не внешним причинам, могут и не испытывать никакой депрессии. Они чувствуют грусть, неудовлетворенность своей неэффективностью и потерей контроля, но не депрессию.

Так, женщина, влюбленная в человека, не отвечающего ей взаимностью, уверенная, что никогда не сможет быть вместе с мужчиной, который ей нравится, приписывающая все свои неудачи одной лишь себе и собственной бестолковости, тем не менее может поддержать эмоциональное равновесие, рассуждая примерно следующим образом: (а) «Ужасно плохо, да. Любовь – это не для меня. Ну что ж, я посвящу себя работе и постараюсь поддерживать те отношения, которые у меня есть»; (б) «Как жаль! Но, по крайней мере, у меня прекрасные отношения с подругой»; (в) «Ладно! Благодаря этим неприятностям я избежала хлопот с замужеством и всех проблем, связанных с появлением детей, которых никто не ждет!»

Когнитивный компонент, который мог бы повергнуть эту женщину в состояние депрессии, может быть представлен как все то же абсолютистское «*должно*». Например, если она убеждает себя: «Я никогда не буду счастлива в любви, как это *должно* быть, потому что я несостоятельна в этой области, чего быть *не должно*. Как это *ужасно*, что я так неадекватна и теряю величайшее из человеческих наслаждений!», то вероятность того, что она впадет в депрессию, резко увеличивается.

Из приведенного здесь краткого анализа основных когнитивно-поведенческих теорий депрессии становится ясно, что все эти теории довольно точно предсказывают, что человек будет испытывать разочарование, печаль, досаду или раздражение, если он: (а) воспринимает негативно самого себя; (б) имеет неясные и скорее негативные представления о своем окружении; (в) предполагает неизбежные плохие события в будущем; (г) редко хвалит себя, часто ругает и критикует; (д) испытывает дефицит радостных событий в жизни; (е) ожидая наступления неприятных событий, полагает, что будет не в состоянии каким-то образом на них повлиять, и видит причину этой неспособности в себе, а не во внешних обстоятельствах.

Однако ни каждая из этих причин сама по себе, ни любая их комбинация не приводят к депрессии автоматически. Моя гипотеза заключается в том, что к депрессии приводят такие рассуждения, в которых имеется один существенный компонент, не принимаемый во внимание всеми рассмотренными выше теориями, а именно безусловные, абсолютистские, догматические убеждения, всегда содержащие различного рода «долженствования», значение которых подчеркивается в теории и практике рационально-эмотивной терапии.

### Элемент, оставленный без внимания теориями депрессии

С точки зрения рационально-эмотивной терапии, любой из шести перечисленных выше факторов (или все они одновременно) может привести к тому, что люди будут испытывать печаль или разочарование. Но они вряд ли будут страдать от истинной депрессии, если их жизненная философия не отличается хотя бы одной из следующих особенностей:

1. Они оценивают себя отрицательно и убеждены при этом, что *не должны* иметь серьезных недостатков, в противном случае они считают себя *неадекватными*.

2. Они пессимистически смотрят на свое окружение и абсолютно убеждены в том, что оно *должно* быть значительно лучше, а если оно таковым не становится, это *ужасно*.

3. Они видят свое будущее в мрачном свете и полностью уверены в том, что они *обязаны* быть более счастливыми, и для них совершенно невыносимо, если это им не удастся.

4. Низкий уровень самоодобрения и высокий уровень самоосуждения сочетается у них с уверенностью, что они *обязаны* все делать гораздо лучше и *должны* получать одобрение от значимых других, в противном случае они *не заслуживают* больших наград и *обязаны* искупить свою неадекватность самонаказанием.

5. Они непрестанно переживают отсутствие радостных событий и искренне верят, что люди и жизнь *должны* обходиться с ними гораздо лучше, и *страшно*, когда это не происходит.

6. Они находятся в ожидании весьма неприятных событий, предполагают, что не смогут как-то улучшить ситуацию, приписывают эту невозможность самим себе и при этом настаивают на том, что они *обязаны* справляться с подобными вещами, а если им это не удастся, значит они проявляют *беспомощную некомпетентность*.

Таким образом, теория депрессий в рационально-эмотивной терапии дополняется важным когнитивным и, я предполагаю, более каузальным элементом, который другими теориями не рассматривается или по крайней мере не подчеркивается. По-видимому, это единственная теория, в которой делается попытка объяснить, почему в одних и тех же условиях некоторые люди испытывают адекватные этим условиям печаль или разочарование и это помогает им изменить неприятные обстоятельства или справиться с трудностями, тогда как другие испытывают неадекватную ситуации подавленность, что мешает им каким-либо образом совладать с ситуацией.

Рационально-эмотивная терапия не утверждает, что люди *никогда* не могут впасть в депрессию (или тревогу) без такого рода рассуждений в терминах абсолютистских требований и долженствований – конечно же, они могут это сделать. Вполне возможно, что они будут рассуждать и так: «Дела у меня гораздо хуже, чем у большинства других людей, и все это так и будет продолжаться», и могут впасть в состояние такой беспомощной

*потерянности*, что будут ощущать постоянную *грусть и меланхолию*. И тогда возникает трудный для нас, психотерапевтов, вопрос: как провести различие между длительной интенсивной грустью и депрессией.

Рационально-эмотивная терапия полагает, однако, что человек, который говорит сам себе: «Я, конечно, предпочел бы, чтобы все эти напасти исчезли, но они совсем *не обязаны* исчезать. И даже если они всегда будут меня преследовать, я сумею это вынести и даже испытать минуты счастья», будет испытывать менее длительную и не такую сильную депрессию, нежели тот, кто считает: «Все вокруг настолько ужасно, что этого просто *не должно* быть. Если так будет продолжаться, я не смогу радоваться жизни!»

Рационально-эмотивная терапия предполагает, что даже при тяжелых и длительных неудачах и фрустрациях, человек будет расстроен или опечален, пусть и жестоко, но не до глубины депрессии, если он придерживается примерно таких взглядов: «У меня все и *не должно* быть лучше, чем у остальных людей – так уж происходит в жизни! Чертовски плохо, да! Но даже если все это *так и будет* продолжаться и даже если я никогда не получу многого из того, что хотел бы иметь, то, возможно, так тому и *следует быть*. Это чертовское невезение, но это не конец света. Я могу не брать все это в голову и принять мир таким, каков он есть – пусть и неприятным!» Рационально-эмотивная терапия не утверждает, что большинство «нормальных» людей думает столь рационально и благоразумно, но многие делают нечто похожее.

Другими словами, гипотеза рационально-эмотивной терапии состоит в том, что достаточно «стойкие» люди, исповедующие философию *принятия* неприятных и тяжелых вещей, которые они не в силах изменить (подобную той, что исповедовали св. Франциск Ассизский и Рейнхольд Нибур), будут часто испытывать разочарование и грусть, но редко – депрессию (Kobasa, 1979). С другой стороны, те, кто придерживается философии «непринятия» фрустрирующей реальности, и особенно те, кто хнычет и требует, чтобы все неприятное просто перестало существовать, обрекает себя на депрессии гораздо более частые и глубокие.

### **Клиническое применение РЭТ-модели депрессии**

Если предположить, что наша модель депрессии верна, то имеет ли она какие-либо существенные преимущества в клиническом применении? Похоже, она действительно обладает несколькими весьма важными достоинствами.

1. Эта модель не расходится с другими когнитивно-поведенческими взглядами на депрессию, описанными в этой статье, поскольку в ней не отрицается их важный вклад в понимание депрессий и «просто» дисфоричных чувств. Но рационально-эмотивная терапия добавляет к другим моделям важный элемент, выделенный еще Хорни, а именно – тиранию должного.

2. Практики РЭТ используют, следовательно, все когнитивные техники, применяемые последователями Бека, Льюинсона, Рема и Селигмена, но они также уделяют большое внимание анти-must-урбаторному (в дополнение к эмпирически ориентированному) обсуждению абсолютистских иррациональных установок. Так, пациент, страдающий депрессией, может утверждать: «Раз я был отвергнут моим партнером, я сделал что-то неправильно» (атрибуция и персонализация), «я, следовательно, совершенно некомпетентен» (сверхгенерализация), «я не заслуживаю чьего бы то ни было участия» (самоосуждение и чувство неполноценности), «я ничего не могу делать хорошо» (принцип «все или ничего»), «я никогда не буду иметь хороших отношений» (безнадежность в отношении будущего). В этом случае рационально-эмотивный терапевт, как правило, продемонстрирует пациенту, что его рассуждения противоречат человеческому опыту и не соответствуют реальности. Он будет обсуждать все эти представления как возможные гипотезы и показывать, что достаточных доказательств в пользу их правомерности не существует (Ellis, 1962, 1971, 1973, 1977).

3. Кроме того, практик рационально-эмотивной терапии будет пытаться помочь такому депрессивному пациенту осуществить глубокие философские изменения и овладеть, если это возможно, философией *принятия* вместо философии *требования*. Терапевт может, например, сказать: «Давайте предположим худшее: вы действительно сделали что-то ужасное и потеряли таким образом вашего партнера. Но почему вы все и всегда *должны* делать хорошо? Почему вы *обязаны* получать одобрение каждого, в ком вы заинтересованы?», «Теперь вновь предположим худшее – что вы действительно такой человек, который часто демонстрирует некомпетентность и, следовательно, достаточно некомпетентен в целом. А где и кем написано, что вы *обязаны* всегда быть компетентным?», «Вы говорите, что вы ничего не стоите и не заслуживаете внимания ни одного приличного человека. Это маловероятно и совершенно бездоказательно. Но пусть даже это и вправду так, пусть вы действительно «никудышный» и «ничего не заслуживающий». Что мешает вам принять такую печальную судьбу и быть настолько счастливым, насколько это возможно для «никудышного» и «ничего не заслуживающего» человека?», «Вы заявляете, что никогда не сможете иметь нормальных отношений с людьми – ни сейчас, ни в будущем. Не очень-то верится! Ладно, давайте предположим, что вы действительно *никогда не достигнете* чего-то, хотя бы отдаленно напоминающего хорошие отношения. Но кто сказал, что вы *должны* их иметь? Хотя это будет весьма досадно и неприятно, но почему же для вас это так *ужасно и страшно* – терпеть подобного рода неприятности?», «И наконец, вы говорите, что, поскольку в отношениях с этим человеком (а возможно, и с другими) вы сделали что-то не так, значит вы не способны делать хорошо что бы то ни было. Весьма сомнительно! Однако предположим худшее – вы действительно ничего не способны сделать хорошо. А почему вы вообще *должны* делать что-то хорошо? Это

что, закон природы? И где доказательства, что вы не сможете быть в какой-то степени счастливым, даже если вы никогда не достигнете хороших отношений?»

Распознавая явные и неявные долженствования и приказания, стоящие за нелогичными и нереалистичными утверждениями, атрибуциями и заключениями пациента, рационально-эмотивные терапевты часто достигают философски более глубокого и, по-видимому, более устойчивого разрешения когнитивных проблем пациента, приводящих к депрессии.

4. Рационально-эмотивная терапия бросает вызов абсолютистской депрессивной философии пациентов и пытается искоренить ее таким образом, чтобы и в будущем они не впадали в депрессию, независимо от того, насколько плохи окружающие их условия и насколько неэффективны они сами, чтобы они испытывали адекватные чувства грусти и разочарования, но не ненависть к самим себе и депрессию. Но это лишь первый шаг.

Кроме того, рационально-эмотивная терапия пытается обучить клиентов быть более «научными» и использовать научные методы для предотвращения и устранения тех или иных догматических, абсолютистских рассуждений, которые рассматриваются как главный (хотя и не единственный) фактор эмоциональных расстройств. В нашем подходе предполагается, что сущностью науки являются не только эмпиризм и логика, но и – что, возможно, более важно – гибкость, открытость ума и антидогматичность. РЭТ также полагает, что пока пациенты не научатся бороться со своим абсолютистским мышлением с помощью скептицизма и рациональности, их выход из депрессии будет временным и позже они, скорее всего, вернуться к прежнему состоянию. Если же они начали сомневаться в своих безоговорочных догматических требованиях и будут делать это всю оставшуюся жизнь, то абсолютистские догматические требования все больше и больше станут вытесняться не вызывающими тревоги предпочтениями.

5. Рационально-эмотивная терапия предполагает, что в возникновении эмоциональных расстройств абсолютистское мышление играет большую роль, чем алогичное, нереалистичное или сверхгенерализованное. Хотя все эти типы мышления часто ведут их обладателей к невротическим трудностям в отношениях с самими собой, с другими людьми, с миром, но это происходит не всегда. Так, люди, уверенные в том, что существует сказочная «фея», которая защитит их, поможет в их трудах и выполнит все пожелания, будут счастливы, довольны собой, эффективны в работе и взаимоотношениях до тех пор, пока они сохраняют эту иллюзию. Вероятнее всего, они введены в заблуждение и не имеют никаких доказательств в поддержку своей системы взглядов; со временем они могут разрушить свои иллюзии и впасть в депрессию. Но этого может и не произойти.

С другой стороны, люди, твердо убежденные в том, что они *должны* в любых условиях быть защищены от напастей, *обязаны* всегда все делать хорошо, *должны* непременно получать все, что они пожелают, приходят к выводу, что не могут быть счастливы и эффективны, если попадут в угрожающую ситуацию, с чем-то не справятся или будут чего-то лишены. Тогда как люди с нереалистичными представлениями, *вероятно*, время от времени будут испытывать затруднения и довольно часто – огорчение и разочарование (когда добрая фея забудет их навестить), люди must-урбаторного типа почти *наверняка* будут подвержены тревоге и (или) депрессии – Франк (*Frank*, 1985) называл это деморализацией (когда они сами, все люди и весь мир вокруг оказываются не такими, какими они – абсолютно обязательно! – *должны быть*).

6. Согласно рационально-эмотивной терапии, если нереалистичные и алогичные представления ведут к эмоциональным расстройствам, то в их основе, как правило, лежит must-урбаторное мышление. Ниже приводятся несколько характерных признаков долженствований, порождающих антиэмпирические представления.

а) Если пациент делает ложные атрибуции или персонализированные утверждения («Так как я был отвергнут этим человеком, я сделал что-то плохое»), то, вероятно, за этим стоит долженствование: «Я *не должен* терять хороших людей, а раз я сделал то, чего *не должен* был делать – потерял хорошего человека, – значит я сделал что-то плохое (чего я *не должен* был делать!)».

б) Если проводятся невротические обобщения {«Раз я отвергнут этим человеком – значит я никуда не годен»), то за этим, скорее всего, стоит: «Я *не должен* никогда поступать некомпетентно и быть отвергаемым, а поскольку я был отвергнут, я действовал некомпетентно. Так как я всегда *должен* действовать только компетентно, чего не было в этот раз, следовательно, я *вообще некомпетентный человек*».

в) Если пациент осуждает себя («Раз я поступил плохо с моим партнером и был им отвергнут – значит я не заслуживаю иного отношения и в будущем»), то за этим скрывается: «Я *всегда* должен действовать компетентно и никогда никем не отвергаться. Но коль скоро произошло то, что *не должно* происходить, – значит есть во мне что-то дурное и такой дурной человек, как я, не заслуживает никакого уважения ни от кого ни сейчас, ни потом».

г) Если пациент испытывает безнадежность и беспомощность в отношении своего будущего («Раз уж я был отвергнут этим человеком, значит я *никогда* не смогу наладить отношения с хорошими людьми»), то, возможно, это происходит потому, что существует явное или скрытое убеждение: «Поскольку я всегда *должен* быть абсолютно компетентен в человеческих отношениях, а я нарушил этот закон природы, проявил некомпетентность и был за это отвергнут, то и в будущем меня ничего хорошего не ждет, меня будут постоянно отвергать (чего быть никогда *не*



*должно!*) и я *никогда* не смогу поддерживать хороших отношений *ни с кем*».

Если верно, что нереалистичные, генерализованные и алогичные убеждения приводят к депрессии – как предполагает Бек, как предполагаю я (Beck, 1967, 1976; Ellis, 1962, 1973, 1977), – и если верно также, как предполагается в рационально-эмотивной терапии, что в основе всех этих убеждений лежат абсолютистские долженствования, то модель, используемая в РЭТ, более точно отражает явные и скрытые депрессивные убеждения и может приблизить нас к пониманию тех когнитивных факторов, являющихся причиной депрессии (и других расстройств), которые другие теории игнорируют или умалчивают.

7. Если мы рассмотрим логическую структуру речевого предложения, то обнаружим, что практически все предложения, содержащие *предпочтения*, отличаются от предложений, содержащих *must-урбаторные требования*, по тому результату, который в них подразумевается. Предложения-предпочтения обычно начинаются словами: «Мне очень бы хотелось...» и заканчиваются: «... но я *не обязан* этого достигать и смогу быть счастливым и без этого (может быть, и с трудом)». Предложения-требования (приказы) начинаются со слов: «Поскольку мне очень бы хотелось... я *должен* во что бы то ни стало, в любых условиях этого достигнуть», а заканчиваются примерно так: «... а если я этого не достигну, то это будет просто *ужасно!* Я этого *не перенесу!* *Грош мне цена*, если я этого не добьюсь! Все люди и весь мир просто отвратительны, раз они не могут мне это предоставить!» Ввиду того, что все люди подвержены ошибкам и условия их жизни неизбежно в той или иной степени неудобны и расстраивают их планы, трудно представить, каким образом человек с подобными схемами мышления может *добиваться* успеха, как он может настаивать на том, что другие люди и весь мир *обязаны* относиться к ним хорошо, и как при этом он может не испытывать депрессии и подавленности. Похоже также, что если люди имеют желания или предпочтения, но *не настаивают* на том, что они обязаны исполняться, то в депрессии они будут впадать довольно редко или вообще не будут.

8. Если гипотеза рационально-эмотивной терапии о роли долженствования в порождении депрессии верна, то это придаст психотерапии необычайную клиническую эффективность и изящество по следующим причинам.

а) И терапевт, и пациент могут достаточно быстро и легко обучиться основному правилу РЭТ: *Cherchez le должен!* *Cherchez le обязан!* (Ищи «*Я должен!*»! Ищи «*Я обязан!*»!). Вместо поиска множества иррациональностей и нереалистичных рассуждений они могут заняться поиском небольшого числа базисных долженствований, достаточно быстро их отыскать и прийти к пониманию *основных* предположений и умозаключений пациента.

б) Терапевты могут затем показать пациентам, как практически все их нереалистичные и алогичные идеи выводятся из этой кардинальной must-урбаторной философии и как можно «научно» оспорить их необоснованные претензии к себе, к другим людям и к миру в целом, и тогда пациент может довольно легко освободиться от производных иррациональностей. Предположим, Джон говорит: «Сюзанна не хочет спать со мной, а это значит, что я ей не нравлюсь, и это невыносимо! Это доказывает, что я никчемный человек, а она – паршивая сука!» Когнитивному терапевту, не применяющему РЭТ, будет довольно трудно объяснить такому клиенту, что нет сколько-нибудь убедительных данных в пользу его предположений о том, (а) что он не нравится Сюзанне как человек; (б) что если он ей не нравится, то это ужасно и непереносимо; (в) что ее нелюбовь к нему делает его никчемным человеком; и (г) что ее нерасположение к нему делает ее «паршивой сукой». Но рационально-эмотивный терапевт быстро поможет Джону увидеть, что не существует причины, по которой он *должен* нравиться Сюзанне, или он должен получить какую-то пользу от того, что он ей понравится, или она должна оказывать ему знаки внимания, то Джон сможет относительно легко (и самостоятельно) осознать свои нереалистичные, нелогичные взгляды на то, что происходит между ним и Сюзанной.

в) Если верна основная гипотеза рационально-эмотивной терапии о том, что иеговистские долженствования, требования и догмы являются более существенными в возникновении эмоциональных расстройств, чем алогичные или антиэмпирические представления, то можно ожидать, что многие пациенты (особенно люди с гибким умом) смогут достичь глубоких философских изменений в собственных системах представлений и сделать это за достаточно короткий срок. Так, некоторые пациенты и читатели литературы по рационально-эмотивной терапии (особенно «Как жить с невротиком» Эллиса, «Руководство по личному счастью» Эллиса и Харпера, «Новое руководство по рациональной жизни» Эллиса и Харпера), сообщают, что в течение нескольких недель обучения технике РЭТ, включающей распознавание must-урбаторных догм и работу с ними, они смогли достичь более значительного улучшения, чем за несколько лет применения других поведенческих или когнитивно-поведенческих техник (не говоря уже о гештальттерапии или психоанализе).

г) Хотя многие виды когнитивно-поведенческих терапий дают хорошие результаты (*Bandura, 1977; A.Lazarus, 1981; R.Lazarus & Folkman, 1984; Maultsby, 1984; Meichenbaum, 1977*), именно рационально-эмотивная терапия исходит из того, что большинство невротических расстройств и сопровождающих их дисфункций поведения проистекают из абсолютистского, догматического, must-урбаторного мышления и что, если бы люди были *хорошими* и *бескомпромиссными* учеными (но не заурядными научными работниками, как это прекрасно продемонстрировал Келли (*Kelly, 1955*)), они крайне редко теряли бы душевное равновесие по поводу *чего бы то ни было*. Для эффективного ученого, как утверждает

РЭТ, не существует никаких абсолютов, никаких догм, есть только пробные гипотезы, в которых он всегда готов усомниться и подвергнуть их новой проверке.

Гибкость и открытость, как отмечалось выше, являются сущностью науки, и РЭТ старается не только доказывать ошибочность догматических убеждений пациента и опровергать их при помощи логики и эмпирических доказательств, но и пытается обучить пациентов научному методу, чтобы в дальнейшем они могли использовать его при решении своих личных, социальных или профессиональных проблем. Другими словами, рационально-эмотивная терапия подчеркивает значение анти-must-урбаторного анализа и синтеза для того, чтобы человек выработал *общий* научный подход к жизни. Антидогматический, вероятностный подход РЭТ способствует также достижению гуманистических, демократических и ориентированных на выбор и свободную любовь установок. В этом отношении акцент на помощи пациентам в исследовании их базисных долженствований и в замене их предпочтениями и желаниями делает РЭТ более глубокой, с философской точки зрения, формой терапии по сравнению с другими ведущими когнитивно-поведенческими терапиями.

д) Мак-Гвайр (*McGuire*, 1964) и Уикер (*Wicker*, 1985) высказали мысль, что предъявление слабых аргументов до предъявления сильных может увеличить сопротивляемость убеждению. Если это так, то антидогматические аргументы РЭТ, так же как и решительность в обсуждении иррациональных убеждений (*Ellis*, 1979b, 1985a), могут только усилить терапевтическую эффективность, особенно в случае сопротивления пациента. Однако это только гипотеза, требующая дальнейшей проверки.

### **Критические замечания в адрес РЭТ-модели депрессии**

Является ли рационально-эмотивная терапия наилучшей из известных когнитивно-поведенческих техник для терапевтической работы с тревогой и депрессией? Нет, не обязательно. Как я уже говорил (*Ellis*, 1962), все психотерапевтические техники, включая РЭТ, имеют определенные недостатки. Хотя результаты контрольных исследований говорят о ее эффективности (*DiGiuseppe, Miller & Trexler*, 1979; *Ellis*, 1979a; *McGovern & Silverman*, 1984; *Miller & Berman*, 1983), а данные почти 200 опытов с тестами на иррациональность демонстрируют значимые различия между людьми с эмоциональными нарушениями и без них (*Baisden*, 1980, *DiGiuseppe et al.*, 1979; *Ellis*, 1979a), теория и практика РЭТ все же может быть подвергнута обоснованной критике.

Так, Саттон-Саймон (*Sutton-Simon*, 1981) указывает на то, что не существует общепризнанных определений иррациональных убеждений и что люди, высказывающие рациональные убеждения, могут на самом деле им не верить. Смит (*Smith*, 1982; *Smith, Houston & Zurawski*, 1984) считает, что недостаточно собрано убедительных доказательств в пользу того, что эффективность РЭТ-процедур обусловлена именно воздействием на

иррациональные представления. Рахман и Уилсон (*Rachman & Wilson*, 1980) также сомневаются в строгости некоторых исследований, на которые опирается практика РЭТ. А Уэсслер (*Wessler*, 1983) заявляет, что исследованиям эффективности любых когнитивно-поведенческих терапий, включая РЭТ, вообще нельзя доверять.

Вся эта критика правомерна. Мое первоначальное определение иррациональных убеждений (*Ellis*, 1958, 1962) включало неточные, как я увидел позже, формулировки. В моих более поздних дефинициях подчеркивались более важные, как я считал, аспекты иррациональности, особенно оценочные и must-урбаторные представления (*Ellis*, 1985a, 1985b; *Ellis & Harper*, 1975; *Ellis & Grieger*, 1977; *Ellis & Whiteley*, 1979). Эти более специфичные аспекты «иррациональности» еще нуждаются в контрольных исследованиях, что, конечно же, необходимо проделать. То, что исследования эффективности рационально-эмотивной терапии отличаются скорее многочисленностью, чем строгостью, – это правда. Но то же самое можно сказать и о подавляющем большинстве любых исследований результативности психотерапии. Безусловно, необходима вторая волна исследований эффективности РЭТ, когнитивной терапии Бека, самообучающего тренинга Мейхенбаума, социального научения Бандуры.

Эшенродер (*Eschenroeder*, 1982) высказывает сомнения в целесообразности рационально-эмотивной терапии и критически оценивает ее теоретические положения и терапевтические методы. Он считает, что это скорее набор предположений, чем целостная теория, и что она не принимает в расчет те условия окружающей социальной среды, которые вносят свой вклад в развитие и поддержку иррациональных убеждений. Я уже писал (*Ellis*, 1980), что по большому счету он прав, но, с другой стороны, ни одно значительное современное направление психотерапии не имеет упорядоченной, внутренне согласованной структуры, которой требует Эшенродер от научной теории. Теория *долженствований*, которую я представляю вашему вниманию в этой статье, – лишь один аспект многомерной теории эмоциональных расстройств и психотерапии, и ей трудно отвечать всем требованиям, предъявляемым Эшенродером. Конечно, рационально-эмотивная терапия признает огромное значение социального окружения в формировании иррациональных убеждений и эмоциональных расстройств, но пока мы стоим в самом начале эмпирических исследований, способных показать, в чем именно состоит взаимосвязь.

В настоящее время высказываются возражения против философских, в частности гуманистических, положений рационально-эмотивной терапии (*Bergin*, 1980; *Floyd*, 1981; *Meehl*, 1981; *Sharkey*, 1981; *Wessler*, 1983, 1984). Конечно, критики имеют право на собственные представления о РЭТ, которые нередко кажутся мне антигуманистическими и антитерапевтическими (*Ellis*, 1980, 1984a). По мнению Шарки, РЭТ философски нейтральна и эффективна, хотя он и считает, что рационально-

эмотивная психология сталкивается с логическими, концептуальными и философскими трудностями. Я склонен согласиться с ним в том, что РЭТ – особенно ее отказ от абсолютистских требований и долженствований – может использоваться и гуманистами, и верующими, и психотерапевтами различных школ. Вопрос о том, будет ли этот центральный аспект РЭТ наиболее успешно работать с эмоциональными расстройствами, если его применять (а) сам по себе, (б) в сочетании с гуманистической философией РЭТ или (в) в сочетании с какой-то другой, негуманистической, философией, может быть темой дальнейших эмпирических исследований.

Многие авторы (*Dryden*, 1984; *Harris*, 1982; *Huber*, 1985; *Johnson*, 1980; *Weinrach*, 1980; *Wessler*, 1983) упрекают меня в жестком, чрезмерно активном и директивном подходе (*Ellis*, 1962, 1985a), отстаивая более мягкие формы когнитивных обсуждений. Бек (*Beck*, 1976), Мейхенбаум (*Meichenbaum*, 1977) и многие другие когнитивно-поведенческие терапевты также считают мою технику РЭТ слишком мощной и жесткой. Хотя они нередко преувеличивают жесткость моей работы при проведении РЭТ (я, конечно, варьирую ее при работе с каждым конкретным клиентом и уже в течение многих лет указываю на то, что техника может эффективно применяться в ненавязчивой, обучающей форме, как, например, это делает Янг (*Young*, 1963), но в чем-то они правы. Я убежден, что напористый, полемический стиль РЭТ особенно эффективен при работе с сопротивляющимися пациентами (*Ellis*, 1985a). Конечно, я могу ошибаться. Вопрос, какой стиль применить – мягкий или напористо-провокационный – достоин не одного экспериментального исследования.

Некоторые критики или желающие дополнить рационально-эмотивную терапию полагают, что она излишне когнитивна и пренебрегает некоторыми прекрасными элементами аффективных и поведенческих техник. Так, Григер (*Grieger*, 1985) подчеркивает контекстуальный подход, А.Лазарус (*A. Lazarus*, 1981) – мультимодальный, а Шварц (*Schwartz*, 1982) – интегративный подход к терапии. Я вполне согласен с ними, и, отвечая Шварцу, показал, что рационально-эмотивная терапия всегда рассматривала когниции, эмоции и поведение как взаимодействующие друг с другом и фактически не существующие в чистом виде (*Ellis*, 1984c). Как следствие этого, с момента своего появления в 1955 году рационально-эмотивная терапия использовала разнообразные когнитивные, эмоциональные и поведенческие методы, и использовала их с опорой на теорию, а не только потому, что эти методы казались работающими (*Ellis*, 1958, 1962, 1984b; *Ellis & Dryden*, in press; *Ellis & Whiteley*, 1974). Я говорил также, что, хотя и Зайонк (*Zajonc*, 1984), и Р.Лазарус (*R.Lazarus*, 1984) отчасти правы в своих взглядах на роль когнитивного и эмоционального в жизни человека, но когда мы вступаем в сферу психологических расстройств, абсолютно невозможно разделить эти два процесса, и поэтому лучше использовать в терапии и когнитивные, и эмоциональные методы (*Ellis*, 1985c).

Можно выдвинуть различные возражения в отношении РЭТ-модели депрессии. Например, было указано на то, что многие люди с долженствованиями и другими иррациональностями умудряются справляться с трудностями, порождаемыми их нереалистичными взглядами (*Arnkoff & Glass, 1982; Lazarus & Folkman, 1984*). Это может быть до некоторой – и весьма ограниченной – степени верно по следующим причинам.

1. Люди, которые говорят: «Я должен сделать это хорошо», на самом деле часто имеют в виду: «Я бы предпочел сделать это хорошо», что вполне правильно и реалистично. Они используют слово «должен» свободно и не придают ему буквального или безусловного значения. «Если я хочу преуспеть в школе, я должен хорошо заниматься» – вполне разумное мнение. «Буду я заниматься или нет, но я *обязан* преуспеть!» – ничем не обусловленное требование, которое лишено смысла и часто ведет к депрессии.

2. Люди, которые считают: «Я должен делать это хорошо», часто действительно талантливы и действительно делают «это» хорошо, по крайней мере в какой-то период. Если они по каким-то причинам – например, с возрастом – начинают испытывать трудности, то зачастую впадают в депрессию.

3. Люди, полагающие, что они *должны* делать что-то хорошо (всегда и независимо от условий), часто испытывают беспокойство даже в том случае, если в данный момент все идет прекрасно, так как они боятся что-то плохо сделать в будущем. Они, следовательно, страдают не депрессией, а скорее базисной тревогой и склонны к психосоматическим заболеваниям, которые часто сопутствуют пролонгированной тревоге.

4. Еще один способ для людей с долженствованиями справиться с трудностями – не замечать свои неудачи или считать свои действия более успешными, чем они есть на самом деле. Это способ, однако, лишь временный. Такие люди идут ненадежной дорогой и легко могут оступиться. Тот, кто строго придерживается философии РЭТ, где нет причин, по которым плохие события и результаты *не должны* существовать и где считается, что, когда они происходят, это не *ужасно*, а всего лишь очень скверно, – тот не только справляется с проблемами в настоящем, но, весьма вероятно, будет справляться с неблагоприятными условиями в будущем и меньше о них тревожиться. Их анти-must-урбаторные стратегии оказываются, таким образом, более изящными и более надежными.

### **Исследования РЭТ-модели депрессии**

Эмпирические проверки РЭТ-модели депрессии пока еще довольно скромны. Мур (*Moore, 1977*) обнаружил, что иррациональные идеи студентов колледжей значимо коррелируют с чувствами отчуждения и депрессии. Другие авторы (*La Pointe & Crandell, 1980*), используя Тест

иррациональных убеждений (*Jones, 1968*), нашли, что люди, страдающие депрессией, более иррациональны, чем люди с психологическими трудностями и контрольная группа. Пид (*Pead, 1980*) обнаружил, что депрессивные пациенты, прошедшие рационально-эмотивную терапию, показывают значимо меньшие баллы по Тесту иррациональных убеждений по сравнению с двумя контрольными группами. Торпе и соавторы (*Thorpe, Barnes, Hunter & Hines, 1983*) обнаружили значимые корреляции между «депрессивными» и «иррациональными» мыслями в двух клинических и двух неклинических выборках. Уоткинс и Раш (*Watkins & Rush, 1983*) сообщают о том, что пациенты, страдающие депрессией, набирают значимо больше баллов по шкале «Иррациональность-Депрессия» и меньше по шкале «Рациональные ответы», чем испытуемые в трех контрольных группах.

Форстерлинг обнаружил, что ригидные послышки (долженствования, необходимости) в отношении достижения целей увеличивают вероятность самооценочных и катастрофических когнийций после неудачи, и, «кроме того, было обнаружено, что некоторые когниции, которые Бек определил как депрессогенные, после неудачи возникают с большей вероятностью, если послышки были «иррациональными», и с меньшей вероятностью – если они были «рациональными» (*Forsterling, 1983, p.15*). В другом исследовании Форстерлинг (*Forsterling, 1985, p.12*) отмечает, что «негативные эмоциональные состояния, возникающие при неудачах, проявляются гораздо сильнее, если люди больше придерживаются иррациональных убеждений (долженствований), чем рациональных рассуждений (предпочтений)».

Келлер (*Keller, 1983*) сообщает, что люди с депрессивными состояниями и более высоким начальным уровнем дисфункциональных установок, проявляют меньший отклик на когнитивную терапию и демонстрируют более общую психопатологию, чем те, чьи установки более функциональны. Льюинсон и соавторы (*Lewinsohn, Larson & Munoz, 1982*) обнаружили, что депрессивные пациенты готовы подписаться под некоторыми специфическими иррациональными убеждениями, которые я постулировал, и не соглашались с другими. Розенау и Смит (*Rohsenow & Smith, 1982*) показали, что наличие двух из указанных мною иррациональных убеждений – что плохое не должно происходить и ужасно, если это все-таки случается, и что полноценному человеку всегда следует быть совершенно компетентным, адекватным и успешным во всех аспектах – значимо коррелирует с депрессивным состоянием. Сильвермен и соавторы (*Silverman et al., 1984*) сообщают, что дисфункциональное мышление, включающее абсолютистские требования в отношении как собственного поведения, так и поведения других, более выражено в период острой глубокой депрессии, и менее – во время выздоровления.

Миллер и Берман (*Miller & Berman, 1983*), рассматривая результативность когнитивно-поведенческих терапий, обнаружили, что когнитивное переструктурирование, используемое в рационально-

эмотивной терапии, при депрессии было особенно эффективно, тогда как другие формы модификации самоутверждений давали значительно меньший эффект.

В целом эти исследования, по-видимому, поддерживают основные гипотезы рационально-эмотивной терапии относительно мышления депрессивных пациентов в терминах категорических долженствований. Однако для полной проверки этих гипотез можно провести значительно больше исследований, в том числе учитывающих в качестве переменной наличие у испытуемых гибких предпочтений или догматических долженствований. Такие исследования позволят определить, действительно ли теория РЭТ, считающая решающим фактором возникновения депрессии наличие must-урбаторного мышления, добавляет новый когнитивный элемент, который остался незамеченным основными когнитивно-поведенческими теориями.

Кроме того, могут быть исследованы некоторые специфические вопросы, касающиеся эффективности РЭТ-модели депрессии, в частности следующие.

1. Что эффективнее: более философский подход к когнитивной теории, в частности обучение пациента безусловному, при всех обстоятельствах, принятию себя – или простое обучение рациональным совладающим способам мышления?

2. Что лучше: учить пациента принимать реальность во всех ее (даже самых мрачных) проявлениях – или учить принимать только те угнетающие аспекты жизни, которые его непосредственно касаются?

3. Только ли людям, склонным к депрессиям, помогает антидогматический тренинг и акцентуация гибкого, научного мышления?

4. Усиливаются ли в своем проявлении общие формы перцептивных и понятийных нарушений, такие как персонализация и сверхгенерализация, когда люди с депрессией усваивают абсолютистские долженствования?

5. Будут ли депрессивные пациенты, обученные строго придерживаться желаний и предпочтений вместо долженствований и требований, выздоравливать более быстро и стабильно, чем в тех случаях, когда терапия не содержит такого рода обучения?

### **Заключение**

Критика РЭТ (и даже придирки), часто исходящая от ее ведущих практиков, показывает, что рационально-эмотивная терапия обладает определенными недостатками и нужно провести еще много исследований, прежде чем ее теории и техники смогут получить полное одобрение. Далее в тех случаях, когда обнаруживается, что люди, страдающие глубокими депрессиями, отказываются от своих догматических долженствований и требований и тем самым значительно улучшают свое состояние, необ-



ходимы контрольные исследования для сравнения с улучшениями состояния тех депрессивных пациентов, которые:

а) изменяют свои нереалистичные, алогичные и прочие иррациональные представления,

б) получают лучшее положительное подкрепление,

в) переживают улучшение их жизненной обстановки,

г) устанавливают хорошие отношения с терапевтом.

Все эти исследования были бы хорошей проверкой реального значения «тирании должного», которой уделяется так много внимания в рационально-эмотивной терапии.

*Перевод В.Козлова*

## ЛИТЕРАТУРА

- Abramson L.* Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. // *Journal of Abnormal Psychology.* – 1978. – № 87. – 40-47.
- Anderson C.M.* Depression and suicide reassessed. // *Rational Living.* – 1966. – № 1(2). – 31-36.
- Arnkoff D.B. & Glass C.R.* Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation and elaboration. In P.C.Kendall (Ed.) // *Advances in cognitive behavioral research and therapy.* – New-Academic Press, 1986. – (Vol. 1).
- Baisden H.E.* Irrational beliefs: A construct validation study // *Doctoral dissertation.* – University of Minnesota, – 1980.
- Bandura A.* Social learning theory // Englewood Cliffs, New-Jersey: Prentice-Hall, 1977.
- Beck A.T.* Thinking and depression // *Archives of General Psychiatry.* – 1963. – № 9, 324-333.
- Beck A.T.* Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. – New-York: International Universities Press, 1976.
- Beck A.T. & Emery D.* Anxiety-disorder and phobias. – New-York: Basic Books, 1985.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery G.* Cognitive therapy of depression. – New-
- Bergin A.* Religious and humanistic values: A reply to Ellis and Walls // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1980. – № 48. – 642-645.
- Brown G. & Harris I.* Social origins of depression. – New-Free Press, 1978.
- Clark D.A. & Hemsley D.R.* Individual differences in the experience of depressive and anxious, intrusive thoughts // *Behaviour Research and Therapy.* – 1974. – № 23. – 625-633.
- Cochran S.D. & Hammen C.L.* Perceptions of stressful life events and depressions: A test of attributional models // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1985. – № 4. – 1562-1577.
- Coyne J.C. & Gotlib I.H.* The role of cognition in depression: An appraisal // *Psychological Bulletin.* – 1983. – № 94. – 472-505.

- DeMonbreun G.G. & Craighead W.E.* Distortion of perception and recall of positive and neutral feedback in depression // *Cognitive Therapy and Research*. – 1977. – № 1. – 311-329.
- Derry P.A. & Kuiper N.A.* Schematic processing and self-reference in clinical depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1981. – № 90. – 286-297.
- DiGiuseppe R.A., Miller N.J. & Trexler L.D.* A review of rational-emotive therapy outcome studies. In A.Ellis & J.M.Whiteley (Eds.) // *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. – Monterey, California: Brooks/Cole, 1979. – 218-235).
- Dohrenwend B.S. & Dohrenwend B.P.* Stressful life events and their context. – New-
- Dryden W.* Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations. – London: Croom Helm, 1984.
- Ellis A.* How to live with a neurotic. – New-
- Ellis A.* Rational psychotherapy // *Journal of General Psychology*. – 1958. – № 59. – 35-49.
- Ellis A.* Reason and emotion in psychotherapy. – Secaucus, New-Jersey: Citadel Press, 1962.
- Ellis A.* Growth through reason. – North Hollywood, California: Wilshire Books, 1971.
- Ellis A.* Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. – New-
- Ellis A.* How to live with a «neurotic» (Rev. ed.). – North Hollywood, California: Wilshire Books, 1975.
- Ellis A.* The biological basis of human irrationality // *Journal of Individual Psychology*. – 1976. – № 32. – 145-168.
- Ellis A.* Anger: How to live with and without it. – Secaucus, New-Jersey: Citadel Press, 1977.
- Ellis A.* Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. In A.Ellis & J.M.Whiteley (Eds.) // *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. – Monterey, California: Brooks/Cole, 1979a. – 101-173.
- Ellis A.* The issue of force and energy in behavioral change // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 1979b. – № 10. – 83-97.
- Ellis A.* Psychotherapy and atheistic values: A response to A.E.Bergin's «Psychotherapy and religious values» // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1980. – № 48. – 635-639.
- Ellis A.* Rational-emotive therapy (RET) and pastoral counseling: A reply to Richard Wessler // *Personnel and Guidance Journal*. – 1984a. – № 12. – 266-267.
- Ellis A.* The essence of RET – 1984 // *Journal of Rational-Emotive Therapy*. – № 2(1). – 19-25. Also, Foreword to W.Dryden // *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations*. – P.VII-XVI. – London: Croom-Helm, 1984b.

- Ellis A.* Is the unified-interaction approach to cognitive-behavior modification a reinvention of the wheel? // *Clinical Psychology Review*. – 1984c. – № 4. – 215-218.
- Ellis A.* Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients. – New-
- Ettis A.* Expanding the ABCs of RET. In M.J.Mahoney & A.Freeman (Eds.) // *Cognition and psychotherapy*. – New-Plenum, 1985b. – 313-323.
- Ellis A.* Cognition and affect in emotional disturbance // *American Psychologist*. – 1985c. – № 40. – 471-472.
- Ellis A. & Becker I.* A guide to personal happiness. – North Hollywood, California: Wilshire Books, 1982.
- Ellis A. & Dryden W.* (in press). The practice of rational-emotive therapy. – New-
- Ellis A. & Bernard M.E.* What is rational-emotive therapy (RET)? In A.Ellis & M.E.Bernard (Eds.) // *Clinical applications' of rational-emotive therapy*. – New-
- Ellis A. & Grieger R.* (Eds.). Handbook of rational-emotive therapy. – New-
- Ellis A. & Harper R.A.* A guide to rational living. – Englewood Cliffs, New-Jersey: Prentice-Hall, 1961.
- Ellis A. & Harper R.A.* A new guide to rational living. – North Hollywood, California: Wilshire Books, 1975.
- Ellis A. & Whiteley V.M.* (Eds.). Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. – Monterey. CA: Brooks/Cole, 1974.
- Eschenroeder C.* How rational is rational emotive therapy? A critical appraisal of its theoretical foundations and therapeutic methods // *Cognitive Therapy and Research*. – 1982. – № 6. – 381-392.
- Floyd W.A.* Another psychotherapist looks at religion: A reply to Albert Ellis // *Psychology*. – 1981. – № 18 (2, 3). – 26-29.
- Forsterling F.* Interdependencies among different depressogenic cognitions // *Rational Living*. – 1983. – № 18 (1). – 12-15, 22.
- Forsterling F.* Rational therapy and attribution theory: An investigation of the cognitive determinants of emotions // *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. – 1985. – № 3 (1). – 12-25.
- Frank J.* Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M.J.Mahoney & A.Freedman (Eds.). // *Cognition and psychotherapy*. – New-
- Grieger R.* From a linear to a contextual model of the ABCs of RET // *Journal of Rational-Emotive Therapy*. – 1985. – № 3 (2). – 75-99.
- Harris C.* Review of J.Bard. Rational-emotive therapy in practice // *Personnel and Guidance Journal*. – 1982. – № 60. – 574.
- Hauck P.A.* Overcoming depression. – Philadelphia: Westminster, 1973.
- Henderson S.* Social relationships, adversity and neurosis: An analysis of prospective observations // *British Journal of Psychiatry*. – 1981. – № 138, 391-398.
- Horney K.* Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis. – New-

- Huber C.H.* Pure versus pragmatic RET // *Journal of Counseling and Development*. – 1985. – № 63. – 321-322.
- Ingram R.E.* Toward an information-processing analysis of depression // *Cognitive Therapy and Research*. – 1984. – № 8. – 443-478.
- Johnson N.* Must the rational-emotive therapist be like Albert Ellis? // *Personnel and Guidance Journal*. – 1980. – № 59. – 49-51.
- Jones R.* A factored measure of Ellis irrational belief systems with personality and maladjustment correlates // Unpublished doctoral dissertation. – Texas Tech College. – 1968.
- Keller K.E.* Dysfunctional attitudes and the cognitive therapy for depression // *Cognitive Therapy and Research*. – 1983. – № 7. – 437-444.
- Kelly G.* *Psychology of personal constructs*. – Newton, 1955.
- Kobasa S.C.* Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1979. – № 37. – 1-11.
- Kuiper N.A. & MacDonald M.R.* Schematic processing in depression: The self-based consensus bias // *Cognitive Therapy and Research*. – 1983. – № 7. – 469-484.
- LaPointe K. & Crandell C.* Relationship of irrational beliefs to reported depression // *Cognitive Therapy and Research*. – 1980. – № 4. – 247-250.
- Lazarus A.A.* *The practice of multimodal therapy*. – New-McGraw-Hill, 1981.
- Lazarus R.S.* On the primacy of cognition // *American Psychologist*. – 1984. – № 39. – 124-129.
- Lazarus R.S. & Folkman S.* *Stress, appraisal and coping*. – New-York: Springer, 1984.
- Lewinsohn P.M.* A behavioral approach to depression. In R.M.Friedman & M.M.Katz (Eds.) // *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. – New-
- Lewinsohn P.M. & Hoberman H.M.* Depression. In A.S.Bellack, M.Hersen, & A.E.Kazdin (Eds.) // *International handbook of behavior modification and therapy*. – New-
- Lewinsohn P.M., Larson D.W, & Munoz R.F.* The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals // *Cognitive Theory and Research*. – 1982. – № 6. – 437-446.
- Lewinsohn P.M., Teri L. & Hoberman H.M.* Depression: A perspective on etiology, treatment and life span issues. In M.Rosenbaum, C.M.Franks, & therapies in the eighties. – New- 183.
- Lewinsohn P.M., Weinstein M.S. & Alper T.A.* A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution // *Journal of Clinical Psychology*. – 1970. – № 26. – 525-532.
- Lewinsohn P. M.,* Reinforcement and depression. In R.A.Depuc (Ed.) // *The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress*. – New-York: Academic Press, 1979.
- Low A.A.* *Mental health through will training*. – Boston: Christopher, 1952.

- MacDonald M.R. & Kuiper N.A.* Decision inconsistency and automaticity in clinical depression // Unpublished manuscript. – University of Western Ontario, 1983.
- Maultsby M.C., Jr.* Rational behavior therapy. – Englewood Cliffs, New-Jersey: Prentice-Hall, 1984.
- McGovern T.E. & Silverman M.S.* A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977 to 1982 // Journal of Rational-Emotive Therapy. – 1984. – № 2(1). – 7-18.
- McGuire W.J.* Inducing resistance to persuasion. In L. Berkowitz (Ed) // Advances in experimental psychology. – New- demic Press, 1964. – Vol. 1. – 192-229.
- McKnight D.L., Nelson R.O., Hayes S.C. & Jarrett R.B.* Importance of treating individually assessed response classes in the amelioration of depression // Behavior Therapy. – 1984. – № 15. – 315-335.
- Meehl P.* Ethical criticism in value clarification // Rational Living. – 1981. – № 16(1). – 2-9.
- Meichenbaum D.* Cognitive behavior modification. – New-Plenum, 1977.
- Miller R.C. & Berman J.S.* The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence // Psychological Bulletin. – 1983. – № 94. – 39-53.
- Mitchell R.E., Cronkite R.C. & Moos R.H.* Stress, coping and depression among married couples // Journal of Abnormal Psychology. – 1983. – № 92. – 433-448.
- Moore R.H.* Alienation in college students: A rational and semantic analysis // Unpublished doctoral dissertation. – Walden University, 1977, April.
- Nelson R.E. & Craighead W.E.* Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression // Journal of Abnormal Psychology. – 1977. – № 86. – 379-388.
- Pead J.* A controlled outcome study of rational-emotive therapy for neurotic depression // Unpublished master's thesis. – University of Melbourne, 1977.
- Rachman S.J. & Wilson G.T.* The effects of psychological therapy (2-nd ed.). – Oxford: Pergamon, 1980.
- Raps C.S., Peterson C., Reinhard K.E., Abramson L., Seligman M.E.P.* Attributional style among depressed patients // Journal of Abnormal Psychology. – 1982. – № 91. – 102-108.
- Raps C.S., Reinhard K.E. & Seligman M.E.P.* Reversal of e and affective helplessness by mood elevation in patients // Journal of Abnormal Psychology. – 1980. – № 89. – 342-349.
- Rehm L.P.* A self-control model of depression // Behavior Therapy. – 1977. – № 8. – 787-804.
- Rehm L.P.* (Ed.). Behavior Therapy for depression. – New-York: Academic Press, 1981.
- Rohsenow D.J. & Smith R.E.* Irrational predictors of negative affective states // Motivation and Emotion. – 1982. – № 2. – 299-314.

- Roth D. & Rehm L.P.* Relationships among self-monitoring processes, memory, and depression // *Cognitive Therapy and Research*. – 1980. – № 4. – 149-157.
- Schwartz R.M.* Cognitive-behavior modification: A conceptual review // *Clinical Psychology Review*. – 1982. – № 2. – 267-293.
- Seligman M.E.P.* Helplessness: On depression, development and death. – San Francisco: Freeman, 1975.
- Seligman M.E.P.* A learned helplessness point of view. In L.P.Rehm (Ed.) // *Behavior therapy for depression*. – New- York: Academic Press, 1981.
- Seligman M.E.P., Abramson L.* Depressive attribution style // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1979. – № 88. – 242-248.
- Sharkey P.W.* Something irrational about rational emotive psychology // *Psychotherapy*. – 1981. – № 18. – 150-155.
- Silverman J.S., Silverman J.A. & Eardley D.A.* Do maladaptive attitudes cause depression? // *Archives of General Psychiatry*. – 1984. – № 41. – 28-30.
- Smith T.W.* Irrational beliefs in the cause and treatment (emotional distress: A critical review of the rational-emotive model // *Clinical Psychology Review*. – 1982. – № 2. – 505-522.
- Smith T.W., Houston B.K. & Zurawski R.M.* Irrational beliefs and the arousal of emotional distress // *Journal of Counseling Psychology*. – 1984. – № 31. – 190-201.
- Sutton-Simon K.* Assessing belief systems: Conceptions and strategies. In P.C.Kendall & S.D.Hollon (Eds.) // *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions*. – New- York: Academic Press, 1981.
- Thorpe G.L., Barnes G.S., Hunter J.E. & Hines D.* Thought and feelings: Correlations in two clinical and two nonclinical samples // *Cognitive Therapy and Research*. – 1983. – № 7. – 565-574.
- Watkins J.T & Rush A.J.* Cognitive response test // *Cognitive Therapy and Research*. – 1983. – № 7. – 425-436/
- Weinrach S.G.* Unconventional therapist: Albert Ellis // *Personnel and Guidance Journal*. – 1980. – № 59. – 152-160.
- Wener A.E. & Rehm L.P.* Depressive affect: A test of behavioral hypothesis // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1975. – № 84. – 221-227.
- Wessler R.L.* Alternative conceptions of rational-emotive therapy and their integration with the cognitive-behavior therapies // Paper presented at the 13th Annual Conference of the Psychological Society of Ireland, Sligo. – 1982, November.
- Wessler R.L.* A critical appraisal of therapeutic efficacy studies // *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. – 1983. – № 1(1). – 39-56.
- Wessler R.L.* A bridge too far: Incompatibilities of rational-emotive therapy and pastoral counseling // *Personnel and Guidance Journal*. – 1984. – № 62. – 264-266.
- Wicker A.W.* Getting out of our conceptual ruts: Strategies for expanding conceptual frameworks // *American Psychologist*. – 1985. – № 40. – 1094-1103.

- Williams J.M.G.* The psychological treatment of depression. – New-York: Free Press, 1984,
- Young M.* (Speaker), Workshop on rational-emotive therapy. – Philadelphia, 1963, October.
- Zajonc R.B.* On the primacy of affect // *American Psychologist*. – 1984. – № 39. – 117-123.