

# КОГНІТИВНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЇ: ТЕОРЕТИЧНА РЕФЛЕКСІЯ ТА ОСОБИСТІ РОЗДУМИ

Аарон Т. БЕК

УДК 615.851

## Aaron T. Beck COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSION: THEORETICAL REFLECTION AND PERSONAL THINKINGS

Еволюцію когнітивної моделі і когнітивної терапії найкраще можна зрозуміти у термінах автобіографічної записки. Зазначена терапія не з'явилася повномасштабною, а пройшла безліч звивистих стежинок, перш ніж досягла своєї нинішньої форми. Цю еволюцію слушно обговорити у термінах з різних аспектів, що перериваються багатьма сюрпризами або аномаліями.

Як я зрозумів, переглядаючи свої щоденники (1956), мій перший екскурс у сферу пізнання насправді стався у результаті взаємодії з особливим пацієнтом. Саме тоді я практикував психоаналіз та психодинамічну психотерапію. Мій пацієнт М, який страждав від депресії, досить добре дотримувався основного правила психоаналізу. Як і більшість моїх інших пацієнтів в офіційно встановленому психоаналізі, наскільки я знав, він додержувався інструкцій, повідомляючи про все, що прийшло йому в голову. Він навчився не піддавати цензурі думок, які його турбували, нічого не залишати не висловленим.

Під час курсу вільної асоціації М гнівно мене критикував протягом більшої частини сеансу. Після паузи, я запитав його, згідно із вимогами протоколу, що він відчуває. Він сказав, що відчуває себе винним. На той час я інтерпретував це як причинно-наслідкову послідовність: він відчував і, відповідно, виразив гнів, а вже сам гнів викликав відчуття провини. Інакше кажучи, без будь-яких посередницьких змін вороже ставлення безпосе-

редньо призвело до провини – від однієї емоції до іншої. Не було потреби вносити будь-які інші зв'язки у цей причинно-наслідковий ланцюжок.

Але потім, пацієнт здивував мене спостереженням, про яке він насправді не повідомляв до того і про наявність якого я абсолютно не підозрював. Він сказав, що весь час, коли критикував мене, то знав і про інший потік думок, які не висловив. Цей потік складався з таких думок: *“Я сказав неправильно... Я не повинен був казати, що... Я помиляюся, що критикую його. Я поганий... У мене немає виправдання для того, щоб так упереджено ставитися.”*

Власне окреслений інцидент став моїм першим сюрпризом, а також презентував мені аномалію. Якби пацієнт фактично повідомляв про все, що спало йому на думку, то як він міг пережити свідомий потік асоціацій і не повідомити про це? А потім, як могли відбуватися одночасно два потоки перебігу думок?

Відповідь на це питання втілює важливий принцип. У потоці свідомості пацієнта може паралельно уреальнюватися більше, ніж один потік думок. Перший потік, який був легше виражений у вільній асоціації, унаявлював найбільш свідомий компонент. Натомість другий потік, більшою мірою перебував на периферії усвідомлення і здебільшого про нього клієнт не повідомляв, він, ймовірно, відповідав тому, що З. Фройд описував як “передсвідоме”.

Мое формулювання цього спостереження полягало у тому, що самокритичні думки М були проміжною змінною між його гнівними висловлюваннями і глибинно вкоріненим почуттям провини. Важливо, що почуття гніву не спричинило безпосередньо почуття провини, але призвело до саморушних думок. Саме ці думки, а не гнів, викликали почуття провини. Ця теза була протилежною моему колишньому розумінню психоаналітичного судження, що гнів веде безпосередньо до вказаного почуття. Пізніше я мав зрозуміти, що самокритичні думки можуть призвести до почуття провини чи суму, і при чому без попереднього гніву.

Коли я перевіряв указаний факт з іншими пацієнтами, то виявив, що вони теж неодноразово пережили цей подвійний потік мислення у формах повідомлених і непроголошених думок. Однак здебільшого, вони не були повністю обізнані про другий потік, який я назвав “самоплинними думками”. Для того щоб ініціювати своє розуміння цих самоплинних прихованих думок, я попросив пацієнтів зафіксувати, які думки сталися безпосередньо перед досвідом певного почуття (сум, радість, божевілля і т.п.). Коли вони таким чином фокусувалися, то майже завжди були здатні розпізнавати і повідомляти про свої самопричинні думки.

Мені вдалося перевірити це поняття на наступному пацієнтові, якого я побачив після сеансу з М. Це була депресивна 25-річна жінка, котра проводила більшу частину цього сеансу, забавляючи мене розповідями про її сексуальні пригоди. Вона повідомляла про ці пригоди досить вільно і не намагалася їх цензурувати. Проте вона повідомила, що відчуває тривогу протягом більшої частини сеансу. Я вдався до свого стандартного визначення, припустивши, що занепокоєння викликане її почуттям сорому через те, що вона піддається можливому осуду з мого боку. Однак, слідуючи тому, що я отримав від М, я тут же попросив її зосередитися на тих думках, які вона мала перед актуалізацією тривоги. Як тільки пацієнтка продовжила опис своїх сексуальних пригод, то одночасно зосередилася на власній тривозі і думках, які були найбільш тісно взаємопов'язані. Потім вона здивувала мене наступним резюме своїх думок, пов'язаних з тривогою: *“Я не висловлююся чітко. Він нудьгує зі мною. Він, напевно, не може слідувати тому, що я кажу. Це, напевно, для нього звучить нерозумно. Він, імовірно, намагатиметься позбутися мене.”*

Збираючись зібрати разом спостереження повідомлених самоплинних думок цих двох

та інших пацієнтів, і, зрештою, моїх власних інтроспективних досліджень та розвідок моїх друзів і родичів, я почав підходити до витоків когнітивної теорії. Насправді існують принаймні дві системи мислення. Одна спрямована на інших і, коли вільно висловлюються думки, складається із видів почуттів і розмірковувань, які зазвичай розповідаються іншим людям. Ця форма мислення і спілкування становить “розмовний режим” думання, або “режим діалогу”. Другою системою мислення є “режим самосигналізації”. Він утворюється із самоконтролю, самонавчання і самопідсилення, охоплює швидкість, миттєву інтерпретацію подій, самооцінку та очікування. Його функція – це спілкування із собою, а не з іншими людьми. Як я врешті-решт виявив, система внутрішньої комунікації була джерелом багатьох проблем пацієнтів і, нащупавши її, я міг краще зрозуміти труднощі пацієнтів і допомогти їм їх подолати. Мені вдалося розпізнати помилки у тому, як пацієнти інтерпретували свій досвід і робили прогнози та формулювали плани власних дій.

Як з'ясувалося, ця пацієнтка вірила, що вона нудна і небагатослівна. Тому природно намагалася компенсувати це, розважаючи мене. Однак її негативні ознаки самооцінки не змінилися. Вона продовжувала вважати себе нудною, хоча насправді була надзвичайно красномовною. Як я зрозумів пізніше, її *віра* у те, що вона нудна, спричинила інтерпретацію її поведінки та очікування відповідної реакції від інших. Воднораз я ще не повністю досягнув, як обробка інформації диктувалася базовими переконаннями.

Спочатку такі види самоплинних думок, здавалося б, мали відношення тільки до “перенесення”, тобто вони були зосереджені на ставленні пацієнта до мене. Однак незабаром я з'ясував, що ці реакції узагальнено виявляються у більшості випадків. Ця жінка, скажімо, вважала, що вона нудна і небагатослівна у *всіх ситуаціях*. Таким чином її самопричинні думки, які актуалізувалися, хоча спонтанно не повідомлялися на терапевтичному сеансі раніше, могли б стати продуктивною зоною дослідження, тоді як легко оприятнені думки, а саме обговорення гострих сексуальних питань, які хоч і мають певне клінічне значення, насправді не потрапили до осереддя її проблемної свідомості.

Відтоді я вишколював пацієнтів спостерігати і повідомляти про потік невіголошених думок й, у такий спосіб домагався забезпечення першої бази даних для нового підходу в психо-

патології та психотерапії. Цей матеріал надав мені вихідні відомості для побудови теорії у названій царині психологічного знання.

Я припускаю, що, перефразовуючи Луї Пастера: “У сфері спостереження, нагороди надходять до людини, яка готова почути”, я повинен був бути готовим звернути увагу в цьому конкретному пункті мого розвитку на те, що говорили пацієнти, і на те, що вони не говорили. Можливо, я не зі своєї волі був під враженням початку “когнітивної революції” у психології.

Негативність депресії як психологічного стану наскрізь просякала внутрішні комунікативні шляхи пацієнтів, зокрема такі як самоаналіз, атрибуції, очікування, висновки і пригадування, що виявлялося в низькій самооцінці, самозвинувачуваності та самокритиці, у негативних прогнозах, невтішних інтерпретаціях переживань і неприємних спогадах. Я зауважив, що в неоднозначних випадках пацієнти з депресією особливо схильні до негативної інтерпретації, коли позитивна ситуація насправді є більш доречною. Більше того, вони б загалом не тільки збільшували свої власні неприємні хвилювання, а й знищували чи маркували саме як негативні ті свої переживання, які інші люди вважали б цілком позитивними.

Я також зафіксував різноманітні помилки в депресивному мисленні пацієнтів, котрі назвав “вибірковою абстракцією, надзагальненням, дихотомічним мисленням і перебільшенням негативних аспектів їхнього досвіду”. З’ясувалося, що пацієнти з депресією мали тенденцію передбачати конкретні негативні наслідки з конкретних завдань, які вони могли здійснити, й наперед очікували погані результати свого життя в цілому. Високий рівень таких негативних очікувань характеризує безнадійність особи – стан актуалізації домінантного передбачення на тенденцію до самогубства. Ці явища виявилися універсальними для всіх різновидів депресії: реактивні (неендогенні), ендогенні, біполярні або органічні. Вони також з’являлися, коли була присутня депресивна симптоматика, причому незалежно від того, чи був первинний діагноз депресією, шизофренією або іншим розладом.

Різні негативні теми в клінічному матеріалі моїх депресивних пацієнтів були втіленням того, що я пізніше назвав “негативною когнітивною тріадою” в депресії. Пацієнти опинилися у захваті від негативного погляду на себе, на власні особисті світи і своє майбутнє.

Незалежно від того, чи подумки звертали свій погляд у минуле або майбутнє, все, що вони могли бачити – це невдачі, розчарування та особисту неадекватність [2].

З метою врахування особливостей деструктивного мислення у стані депресії я постулював присутність “негативного когнітивного зрушення”, тобто спостерігав, що стійкий негатив стався тільки під час депресії. Згідно з цією тезою, як тільки пацієнт входить в обійми депресії, відбувається зміна у його когнітивній організації: багато позитивної інформації, що стосується його особистого відфільтровується (когнітивна блокада), тоді як негативна інформація самовираження легко допускається і посилюється.

З плином часу з’явився ще один набір сюрпризів. Я перетворив указані моменти на практику, щоб опитувати пацієнтів, які поверталися на відвідування через місяці чи роки після завершення терапії (профілактичний огляд), чого вони навчилися з їхнього психоаналітичного досвіду. Я очікував, що вони висловлюватимуть зауваження на кшталт: “Я дізнався, що зробив свою дружину мамою”, “Я працював через своє суперництво”, або “Я подолав свою оральну фіксацію”. Натомість вони вдавалися до таких тверджень: “Я навчився думати, перш ніж діяти”, “Я зрозумів, що занадто багато перебільшую”, або “Я дізнався, що завжди бачив похмуру сторону речей”. Майже суголосно вони сказали, що я навчив їх “думати прямо”.

Перш ніж приступити до впровадження результатів цих спостережень у систему психотерапії, я подаю деякі результати більш раннього дослідження, що збагатили розвиток когнітивної терапії.

Під час проходження практики (1959–1962) я також брав участь у клінічних дослідженнях. Закінчивши Філадельфійський психіатричний інститут у 1956 році, вирішив перевірити деякі психоаналітичні гіпотези відносно депресії. Тоді це мені здавалося родючим полем для оновлених пошуків, адже вказані гіпотези були добре розроблені, загальноприйняті та підтвержені. Крім того, оскільки я бачив у психоаналітичній терапії велику кількість депресивних пацієнтів, то здавалося, що це буде природна невідповідність як предмет вивчення. Найвидатнішою гіпотезою психоаналітики тоді було те, що обстоював Фройд у “Траурі та Меланхолії” [21], визначивши депресію як прояв зворотної ворожнечі.

Основні завдання дослідження полягали в тому, по-перше, де шукати зворотну ворож-

нечу і, по-друге, як її виміряти. Фройд свого часу сказав, що мрії є “королівським шляхом до несвідомого”. Отож здавалося, що цей тип ідеаційного матеріалу піддається клінічному дослідженню. Окрім того, Леон Дж. Сол та Едіт Шеппард [33] розробили шкали для вимірювання ворожості у снах. Тому логічно виправданим уявлявся такий хід: якщо пацієнти з депресією були сповнені прихованої ворожості, то сни могли б бути місцем, де ворожість можна було б чітко визначити.

Теорія ретрофлексивної ворожості мала вірогідне кільце. По-перше, клінічно можна було б спостерігати, що депресивні пацієнти, принаймні пацієнти із сильною депресією, здавалося, мали менш усвідомлену ворожість і реагували меншою мірою, ніж недепресивні особи, до ситуацій, які можуть викликати ненависть. По-друге, різноманітність симптомів депресії може постати у формі ретрофлексивної ворожечі – самокритичності, втрати розкоші в задоволенні, неможливості насолоджуватися звичними джерелами задоволення, зображуванням себе розпущеним і, зрештою, бажанням убити себе. Використовуючи шкали ворожості, розроблені Солом і Шеппардом, я намагався виміряти цю змінну в снах, які мені повідомляли депресивні та недепресивні особи. У цьому орієнтовному пілотному дослідженні, на моє здивування, я виявив, що депресивні пацієнти продемонстрували *меншу* ворожість у своїх снах, ніж пацієнти, які не були депресивними. Однак я здійснив для себе ще одне несподіване спостереження. Його суть така: хоча депресивні пацієнти мали менше снів, у яких вони грали агресивну чи ворожу роль, вони мали певну перевагу снів, де були жертвами якоїсь неприємної події – їм заважали, вони були чогось позбавлені, або розчаровані, знецінені і т. ін.

Депресивна жінка, наприклад, повідомила про ось який сон: *“Я надзвичайно сильно хотіла пити. Я поклала свою останню монетку в апарат для кока-коли, і все, що я отримала, було шипіння – не було ні кока-коли, ні рідини”*. Чоловіку снилося, що він запізнався на офіційний обід і виявив, що пара тувель, які він збирався взути, обидва були для лівої ноги. Іншій пацієнтці снилося, що вона телефонує терапевту і в той момент ситуація доводить її до відчаю: все, що вона чує, – це запис його голосу, а прямого контакту з ним немає.

Примітною особливістю в усіх цих випадках було те, що депресивні пацієнти демонстрували однакові теми (хоча й менш драматичні)

у своїх пробудженнях, що виявилось явним змістом їхніх мрій. Відтак пацієнтам з депресією, на відміну від недепресивних осіб, була притаманна тенденція бачити себе предметом або мішенню неприємної події. Загалом вони всіляко схилилися до того переконання, що переможені у найширшому сенсі слова: вони втратили щось цінне, зазнали поразки, були неповноцінними, якимось чином відійшли від суспільства.

Для того щоб перевірити ці мої знахідки більш систематичним шляхом, я зайнявся двома проектами. У першому переглянув двадцять сновидінь, про які повідомлялося у ході психодинамічної терапії шістьма депресивними пацієнтами і шістьма пацієнтами, які не страждали від депресії. До цього конкретного моменту пошукування я все ще дотримувався психодинамічної моделі інвертованої ворожості, хоча й змістив концептуалізацію. Оскільки депресивні пацієнти повернули свою ворожість на себе, що можна було відчутти лише опосередковано, то ця перевернута ненависть мала б виявитися у самопокаранні, або в іншій формі їхньої потреби страждати. Страждаючи, вони самі покарали б себе, себто впливали б у такий спосіб на ворожість проти себе. Цей “мазохізм” проявився б у їх самокритиці, у заграванні перед неприйнятністю ситуації та в суїцидальних бажаннях.

Отже, самостраждальні сни – “сни-невдахи” – були поіменовані мною як “мазохістські”. Я підготував інформаційний посібник з прикладами того, як ці сни були б позначені. Оскільки вже були відомі діагнози у зазначених випадках, потрібно було, щоб хтось ще фіксував такі сни задля розвіяння подальшого упередження з мого боку. Використовуючи даний посібник, мій колега, Марвін Хервіч, клінічний психолог, наосліп відібрав рандомізоване зібрання із двадцяти снів у терапії шести депресивних і недепресивних пацієнтів і виявив значну відмінність між цими двома групами. У всіх депресивних пацієнтів було більше мазохістських снів, ніж у будь-яких недепресивних осіб. Причому відмінність була істотною і чітко вираженою [8].

Однак для того щоб обґрунтувати цю знахідку, потрібно було повторити дослідження на набагато більшій вибірці, використовуючи значно досконаліші інструменти. Ми розробили систему для досягнення надійних діагнозів, а також для вимірювання депресії, використовуючи клінічні рейтинги депресії та виміри звіту самооцінки (які перетворилися на Шкалу

Оцінки Депресії Бека [11]). Потім ми провели низку досліджень, які дали змогу перевірити достовірність діагностики наших клінічних лікарів, а також намагалися визначити критерії, доки не досягнули достатньо високого рівня згоди, щоб перейти до наступного етапу наукового пошуку.

Одного разу, коли ми були оснащені більш надійним методом для проведення клінічних діагнозів і водночас для вимірювання глибини депресії з використанням клінічних і психометричних методів, я був готовий перевірити наші гіпотези на широкій вибірці пацієнтів. Для цього дослідження ми використовували вибірку з 210 госпіталізованих та амбулаторних пацієнтів. Приблизно одна третина були сильно депресивними, одна третина – помірно пригніченою групою й ще одна третина – недепресивною. Нам вдалося повторити попередні висновки: про велику кількість мазохістських снів нам повідомила група осіб із сильною депресією, тоді як недепресивні таких снів фактично не мали. Таким чином наші дослідження виявилися успішними. Здавалося, що ми маємо, щонайменше, попереднє підтвердження психоаналітичної теорії депресії. Однак, щоб завершити дослідження, важливо було спробувати підійти до основної гіпотези з різних точок зору, використовуючи різні методики.

Наступне дослідження було контрольованим експериментом із застосуванням підкріпленої вербальної міжособистісної винагороди – взірця покарання. Так, експериментатор приховано хитро висловлював схвалення чи несхвалення суб'єкта у використанні певних слів під час вибору відповідей анкети з множинним шляхом перебору можливих варіантів. Моя гіпотеза полягала в тому, що оскільки пацієнти з депресією “хотіли страждати”, то й вони швидко вивчали відповіді, які “каралися”, й одночасно ставали повільнішими в опануванні винагородних виборів. Однак, усупереч нашим очікуванням, пацієнти з депресією були чутливі до зворотного зв'язку. Вони дізналися про *винагороджувани* відповіді хутчі, ніж пацієнти без депресії, але не виявляли види відповідей, які “каралися” швидше, перш ніж вони називали благодатні для них відповіді.

Вочевидь на цьому етапі пошуків я зіштовхнувся з іще одним сюрпризом – тотальним розворотом того, що я очікував. У той же самий спосіб ми провели кілька інших досліджень, які також не змогли підтвердити

гіпотезу “мазохізму”. Вони включали вивчення ранніх спогадів і відповідей на проективні тести [1]. Тому далі, прагнучи об'єднати всі ці висновки, я поставив питання: “Чи можна взяти за базову просту думку, що явний зміст снів, а не вираження глибокої потреби у покаранні чи перевернутій ворожій діяльності, відтворював шлях, де пацієнти розглядали себе і свій досвід?”

Тепер повернемося до своїх спостережень за самоплинними думками. Розглядаючи описи пацієнтів відносно їхнього мислення під час неспання, я зрозумів, що існує певна наступність у змісті цих двох різноманітних явищ: сні і саморушні думки. Таким чином перший і другий набір моїх спостережень поєдналися. Не тільки негативні самопричинні думки пацієнтів являли собою негативне спотворення дійсності, а й їхні сні становили зазначене негативне спотворення. Також у цих двох типах гіпотетичних ідей існувала безперервність змісту і тем. У своєму житті, скажімо, після пробудження, людина може реагувати на конкретну подію з думкою: “*Я самотній (і погано відчуваю себе)*”. У його сні ця концепна теза була б гранично драматизована і, можливо, ще сильніше перебільшена живописною репрезентацією себе як самотнього, до прикладу, у зоні лиха після бомбового удару, або в платяній шафі, або в лікарні, вмираючи від декількох тяжких захворювань. У своїх самоплинних думках у людей були б такі судження: “*Ніхто не любить мене*”, “*Я нічого не вартий*”, “*Я втратив усе*”, “*Ніщо не працює для мене*”. Саме ці думки пацієнтів збігалися зі змістом їхніх снів.

Тепер уперше я повірив, що втручаюся в *особистий світ пацієнтів*, бачачи речі своїми очима, як це було насправді. Вони не повністю усвідомлювали цей негативний погляд, поки не були занадто пригнічені. Тим не менше, їм було відомо про більш тихі явища: почуття нудьги, невблаганно сумні роздуми, нездатність насолоджуватися тими переживаннями, які звикли їх хвилювати. Розуміючи зв'язок між їхніми негативними поняттями та симптомами, все ж їхні депресії стали менш таємничими і більш керованими.

Примітно, що ця фаза відкриття багато в чому була найзахоплюючим періодом моєї професійної кар'єри. Зіставивши мрії, самоплинні думки та візуальні образи, я зміг точно визначити значущість конкретних життєвих подій для окремого пацієнта. Водночас моє формування депресії спровокувало наступне запи-

тання: “Якщо депресивний стан має стійкий негативний вигляд, то що тоді може з цим зробити терапевт? Чи може він чи вона, для прикладу, полегшити страждання клієнта, модифікуючи його негативні конструкції реальності?”

Щоб описати наступний крок, давайте повернемося до третього джерела інформації, про який я вже згадував: ретроспективні повідомлення пацієнтів про їхню впевненість, що вони винесли із психоаналітичної терапії. Те, що було сказано мені, можна підсумувати так, що вони навчилися: а) не приймати свої думки за їх номінальну цінність, б) “думати”, тобто не перестрибувати до висновків; рефлексивно розмірковувати до того, як починали діяти, і враховувати наслідки своїх дій, в) визнати факт перебільшення значущості подій; речі не були настільки поганими, як їм здавалося, і г) що вони часто помилково тлумачили мотиви інших людей, найчастіше свого чоловіка або дружини.

Під час їхнього психоаналітичного лікування я пройшов через марний процес *інтерпретації*, коли у пацієнтів були думки такого характеру: з очікуванням того, що, розуміючи динаміку своїх труднощів, вони відчули б ремісію власних депресій. Мені здалося, що реконструкція досвіду дитинства та інтерпретація несвідомих конфліктів може виявитися в даному разі непотрібною. Було б набагато ефективніше, якби я напряму зіткнувся з розладами пацієнтів й аргументовано показав їм, як до реальності перевірити ці спотворення.

Як тільки я поступово переключився на когнітивну терапію, я поєднав стратегії, які використовував у дослідженні, а також методи, які пропагувалися у лоні дисципліни поведінкової терапії. Щонайперше я застосував такі *принципи*:

1) всіляко зацікавити пацієнтів до перегляду їхніх негативних інтерпретацій не як до реальності, а як до думок чи гіпотез, які могли б бути: а) оцінені як позитивні та негативні свідчення, логічні висновки з доказів та альтернативних пояснень, або б) піддані емпіричному тестуванню; до прикладу, пацієнтка, яка дійшла висновку, що ніхто не піклувався про неї, поставити під сумнів власну підставу цього висновку; тому згодом (якщо виявиться, що вона неправильно витлумачила певні події), їй буде запропоновано перевірити свої висновки у подальших взаємодіях (шукати докази “за” і “проти” гіпотези, встановлювати критерії, застосовувати логічний аналіз даних);

2) переконуючи пацієнтів вивчити і перевірити свої самоплинні думки (негативні інтерпретації), я зміг перевести їхнє мислення з абсолютистського режиму (“*мої висновки абсолютно правильні*”) до режиму опитування (“*чи насправді правильні вони?*”);

3) загальним підходом до роботи з пацієнтами був “спільний емпіризм”, що принципово зменшувало мою роль як авторитету і сприяло задіяння пацієнтів до співпраці зі мною для вивчення обґрунтованості їхніх переконань; із часом стало очевидно, що міжособистісні стосунки були вкрай важливими, особливо у тих пацієнтів, які мали розлад особи; тому я звертав усе більше уваги на розвиток саме таких стосунків, які демонстрували почуття взаємної довіри і чутливості [10];

4) у середині 60-х років [XX ст.] я ознайомився з поведінковою терапією і включив чимало принципів із описаного дослідження. Зокрема зосередився на впровадженні кожної з технічних процедур когнітивної терапії приблизно так само, як поведінкові терапевти здійснили врахування поведінкових методів у своїй роботі. Я застосував концепцію розв’язання проблем до всеможливих труднощів пацієнтів незалежно від того, чи була це проблема у їхньому мисленні (наприклад, когнітивні порушення), інші депресивні симптоми (недостача енергії, смуток, суїцидальні бажання), або ж “зовнішні проблеми” на роботі і вдома. Приміром, специфічна поведінкова стратегія, позначена як “призначення граду-йованого завдання”, була застосована для того, щоб допомогти пацієнтам освоїти свої почуття енергії й ангедонії і наснажити бажання залишитися неактивним. Як тільки вони успішно виконували один крок до досягнення мети, їм пропонувалося зробити наступний, важчий, крок. Цілі кожного завдання, конкретні кроки для їх досягнення і забезпечення зворотного зв’язку, а також критерії досягнення мети, були визначені заздалегідь.

Інші особливості нового підходу охоплювали: а) встановлення порядку денного на початку сеансу, б) забезпечення зворотнього зв’язку від пацієнта на певних проміжках протягом сеансу та наприкінці його, і в) визначення “домашнього завдання”: читання роздаткового матеріалу із когнітивної терапії, завершення щоденних графіків активності та заповнення записів дисфункційних думок.

Як тільки я розробив і застосував цей підхід, мені було приємно побачити, що пацієнти почали вдосконалюватися практично

відразу, а саме багато хто не мав симптомів уже на сьомому чи восьмому сеансі. До дванадцятого мені здалося, що ми охопили психотерапією достатньо, щоб припинити її, за умови, що пацієнти повертаються на “мотиваційні сеанси” щомісяця, потім щопівроку. Оскільки більшість із них показали ремісію після цього режиму, мені було відродно визнати, що я справді розробив ефективну короткотермінову терапію для депресії!

Протягом багатьох років я більше акцентував увагу на концептуалізації кожного випадку, ніж на конкретних когнітивних чи поведінкових методах. Моя раціональність полягала у тому, що якщо терапевт може правильно описати випадок, то він також спроможний індивідуалізувати методи, які будуть використовуватися в даному випадку відповідно до власної суми навичок і потреб пацієнта. Формулювання випадку ґрунтувалося на подальшій розробці початкової теорії [2] і підкреслювало роль ключових переконань (для прикладу, “Я дурний”), умовних переконань (візьмімо, “Якби люди знали мене справжнього, вони б відвернулись від мене”) і компенсаторні стратегії (“Якби я був смішний і цікавий, вони б прийняли мене”). Я намагався показати, як ключові переконання формували реакції пацієнтів на ситуації і робили їх уразливими до окремих видів стресу.

Важливо було визначити, чи мої особисті достовірні результати у застосуванні когнітивної терапії до моїх пацієнтів були ідіосинкратичними явищами, чи ж вони можуть бути скопійовані іншими терапевтами. У зв’язку з цим ми провели інтенсивне дослідження у Пенсильванському університеті, щоб оцінити відносну ефективність когнітивної терапії та антидепресивного препарату (іміпрамін гідрохлорид) у лікуванні 41 депресивного амбулаторного пацієнта [32]. В кінці лікування було виявлено, що когнітивна терапія є більш ефективною, ніж застосування іміпраміну.

Методика когнітивної терапії була описана на ста сторінках у посібнику з лікування, опублікованому пізніше як збірник наукових праць [10]. Щотижня терапевтів систематично контролювали три досвідчені клініцисти. До кінця активного лікування обидві лікувальні групи статистично показали значне зниження (при  $p < 0,001$ ) у депресивній симптоматиці відповідно до самооцінок, оцінок спостерігачів і рейтингів терапевта. Частота відповіді як на фармакотерапію, так і на когнітивну терапію перевищувала показники, що стосуються від-

повіді на плацебо в амбулаторних пацієнтів з депресією [31]. Так, 78,9% пацієнтів, котрі пройшли когнітивну терапію, показали помітне поліпшення або й повну ремісію до кінця терапії, тоді як лише 20,0% тих, хто завершив фармакотерапію, виявили подібну ступінь відповідності. Обидва методи лікування призвели до значного зменшення у суб’єктивних звітах та оцінок пацієнтами власної тривоги.

Подальше спостереження за результатами дослідження показало, що, хоча багато пацієнтів мали переривчастий симптоматичний клінічний перебіг, обидві групи все ще демонстрували підтримувальне лікування через 12 місяців після завершення протоколу. Однак депресивна симптоматика із самооцінкою була значно нижчою для тих пацієнтів, які отримували когнітивну терапію, ніж для тих, хто лікується фармакотерапією. Крім того, особи, котрі отримували іміпрамін, мали вдвічі більшу частоту сукупних рецидивів, ніж ті, хто отримували когнітивну терапію [29].

Це фактично було перше контрольоване дослідження результатів, щоб показати перевагу будь-якого психологічного або поведінкового втручання над фармакотерапією у помірних і сильно депресивних амбулаторних пацієнтів. Згодом наша група порівнювала вплив когнітивної терапії у її поєднанні з уживанням амітриптиліну. Обидві групи показали значне клінічне поліпшення. Під час шестимісячного спостереження покращення даних тривало у процесі і при завершенні терапії, при цьому значних відмінностей між цими групами не було отримано. Додавання амітриптиліну до когнітивної терапії не збільшило ефективності останньої такому лікуванні.

З тих пір багато контрольованих досліджень застосовували когнітивну терапію до депресії, що було підсумовано в метааналізі Кейта Добсона [16]. Він розглянув 28 контрольованих результатів вивчення однополярної депресії. Було проведено 34 порівняння. Результати лікування з когнітивною терапією були значно вищими, ніж список очікувань контрольованої поведінкової терапії, медикаментозної терапії та інших психотерапевтичних методів.

Інакші практики застосування когнітивної терапії показали, що вона ефективна не тільки для депресії, а й для ліквідування загального тривожного розладу [13; 17; 30] та панічного [14; 35], булімії нервової [20] і героїнової залежності [36]. Попередні дослідження також продемонстрували ефективність цього підходу

в лікуванні марення хворих на хронічну шизофренію [25; 28].

Щоб кваліфікуватися як система психотерапії, остання повинна продемонструвати: а) концептуальну або теоретичну основу та емпіричні дані, що підтверджують це, б) набір терапевтичних стратегій, які чітко згармонізовані з теорією, і в) докази ефективності терапії [4]. До 1980 року ми вже мали показники ефективності когнітивної терапії. Воднораз постало питання: “Які докази підтримували когнітивну модель, що лягла в основу терапії?”

Простір не уможлиблює повний опис багатьох дослідницьких проєктів, придатних для тестування когнітивної моделі депресії. Одним з найбільш цікавих і потенційно найцінніших зусиль було обґрунтування гіпотези щодо “безвиході” самогубства. Наприкінці 1960-х років ми проаналізували цю гіпотезу в низці попередніх досліджень і виявили, що швидше самодостатньо безнадійність, а не депресія, є головною детермінантою спроб самогубства і його самого як учинкового явища [9].

Одним з вирішальних випробувань валідності когнітивної моделі стала її прогностична валідність. Запитання було сформульоване так: “Чи може когнітивна модель спрогнозувати майбутню поведінку пацієнта з депресією на результативному фундаменті наших когнітивних оцінок?” Починаючи із 1970 року, ми почали вивчати госпіталізованих суїцидальних пацієнтів, щоб перевірити, чи ті, хто були у надзвичайній безнадії, скоріше скоїли самогубство, ніж ті, хто не перебував у такій безнадії. В дослідженні, що тривало десять років, 165 хворих, котрі були госпіталізовані у загальну лікарню Філадельфії через самогубство, ми виявили, що безнадійність спричиняла самогубство. З 1970 по 1975 рік ми обстежили пацієнтів і провели різноманітні тести, включаючи шкалу Бека з безнадійності, а також побудували клінічні рейтинги депресії, а потім спостерігали їх у кожного пацієнта від одного до п'яти років. З одинадцяти пацієнтів, які в кінцевому підсумку покінчили життя самогубством, десять (90,9%) мали дев'ять показників шкали безнадійності. Це з'ясувалося після того, коли був використаний рейтинг безнадійності клініцистів.

Оскільки це дослідження зосереджувалося на клінічних пацієнтах, ми вважали обов'язковим побачити, чи будуть такі ж самі результати дослідів для психіатричних амбулаторних пацієнтів. Воднораз нам було актуально визначити, чи будуть справжні результати те-

рапевтичних зусиль на етапі реплікації. В період з 1978 до 1985 року в Центрі когнітивної терапії було проведено перспективне дослідження амбулаторних пацієнтів (1960 осіб). Середній бал Шкали безнадійності потенційних суїцидальних суб'єктів був значно вищим, ніж у несуйцидальних. Окрім того, звичайний зріз балів Шкали безнадійності, який використовувався з госпіталізованим зразком, показав 16–17 можливих самогубств [5]. З позиції відносного ризику в пацієнтів з більш високим рейтингом безнадійності було одинадцять разів більше шансів на самогубство. Таким чином і відносний ризик виникнення безнадійних амбулаторних пацієнтів, які зрештою вмирали у результаті самогубства, був дещо вищим, ніж ризик того, що затяті курці помирають від раку легенів.

На цій стадії добування нами нового психологічного знання здається, що найбільша пояснювальна сила забезпечується моделлю, яка передбачає, врахування чотирьох моментів: а) недепресивна когнітивна організація має позитивне упередження, б) коли вона зміщується у бік депресії, позитивна когнітивна упередженість нейтралізується, в) коли депресія розвивається, відбувається негативне упередження, і г) у біполярних випадках відбувається виражена претензія на перебільшене позитивне упередження як тільки розвивається маніакальна фаза.

Великий обсяг досліджень був проведений для тестування різних гіпотез, породжених когнітивною моделлю депресії. У переліку 180 статей, що включають 220 досліджень цієї моделі. До прикладу, Ернст [19] підтвердив, що 91% підтримують і 9% не підтримують цю модель. Зокрема він проаналізував дослідження трьох аспектів когнітивної моделі: когнітивна тріада (150 тих, хто підтримує, 14 тих, хто не підтримує), схеми (31 особа тих, хто схвалює, 6 – хто не схвалює) і когнітивна обробка (19 – “за”, 0 – “проти”). Загалом цей дослідник виявив, що чим ближче терапевтичне вивчення наближувало до клінічних спостережень, тим більше з присутніх висловлювалися на підтримку отриманих гіпотез. Скажімо, студіювання академічних дисциплін молоддю є менш підтримуваним, аніж дослідження пацієнтів із клінічною депресією. Найостанніший критичний аналіз [22] вказав на шерех методологічних недоліків у багатьох із цих досліджень, але дійшов висновку, що в цілому існує явна підтримка когнітивної моделі депресії.



Найодноріднішою підтримкою всіх гіпотез є поширеність негативного мислення в усіх формах депресії – симптоматичних чи синдроматичних [22]. У ранніх дослідженнях [3] тематика мрій, ранніх спогадів, самооцінювання і відповідей на проєктовані тести виявили важке навантаження ідіосинкратичного змісту, типового для депресивних осіб порівняно з недепресивними психіатричними пацієнтами. Специфічні тести, призначені для оцінки компонентів когнітивної тріади [6; 12; 15], були добре задокументовані. Ліндон Івс [18] показав, що Опитувальник мимовільно самоплинних думок [26] правильно розділив 97% депресивних від нормальних і жодного разу не ідентифікував нормальних як депресивних. У будь-якому разі універсальність когнітивних явищ виявлена у всіх типах і підтипах депресії, однополярних і біполярних, реактивних й ендогенних [27].

Продовжуючи свої власні клінічні спостереження за пацієнтами, які ставили понад усе близькість, інтимність, залежність і мали відповідні переконання (наприклад, “Якщо я не люблю, то ніколи не можу бути щасливим”), були гіперчутливі до будь-яких подій, які відволікають від любові чи підтримки, я припустив, що конгруентність між зовнішніми подіями і конкретними типами особистості може призвести до депресії.

Для того щоб перевірити цю гіпотезу, наша група розробила шкалу (Шкала соціотропії-автономії) для оцінки пацієнтів за міркуваннями автономії та соціотропії. “Чисті” групи, відібрані для високих балів на одному вимірі і низькі – на іншому, для експериментальних цілей були розроблені як соціотропні – автономні. У підсумку було проведено серію досліджень, під час яких ми намагалися перевірити зв'язки між “типом особистості” і відповідним стресором, що забезпечував змішану підтримку зазначеної гіпотези. Однак в одному досліді Хаммен та її група повідомили про збіг життєвих подій за типом особистості [24]. Навпаки, Сегал, Шоу і Велла [34] виявили конгруентність життєвих подій лише серед соціотропних пацієнтів, які постраждали від своєї психічної хвороби.

## ВИСНОВКИ

1. У 1976 році я поставив питання: “Чи може нова психотерапія кинути виклик гігантам у сфері психоаналізу та поведінкової терапії?” Виявляється, робота останніх трьох

десятиліть підтримує когнітивну модель депресії і більшою мірою, пізнавальну модель панічних розладів, генералізованого тривожного відхилення, розладів харчової поведінки та адиктивних неузгоджень. Клінічні лікування вказують на корисність когнітивної терапії при широкому діапазоні розладів, зокрема депресії, тривожних аномалій і порушень харчування.

2. Потрібно проводити подальші систематичні дослідження ефективності когнітивної терапії в лікуванні широкого спектру психопатології. Видання посібників із лікування, що охоплюють специфічні когнітивні концептуалізації та конгруентні стратегії для таких різних умов, як маніакальні та адиктивні розлади, вже заклали надійне підґрунтя цих досліджень. Когнітивна терапія, очевидно, вже продемонструвала свою здатність літати під власною владою. Як далеко і як довго вона буде літати, ще треба побачити.

## REFERENCES

1. Beck AT (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 163-170.
2. Beck AT (1964). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 295-302.
3. Beck AT (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
4. Beck AT (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
5. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Steward B and Steer RA (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
6. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI and Riskind JH (1987). Differentiating depression and anxiety: a test of the cognitive content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179-183.
7. Beck AT, Freeman A and Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
8. Beck AT and Hurvich MS (1959). Psychological correlates of depression: 1. Frequency of “masochistic” dream content in a private practice sample. *Psychomatic Medicine*, 21(1), 50-55. Reprinted in, T Sarbin (ed), *Studies in behavior pathology*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1961.
9. Beck AT, Kovacs M and Weissman A (1975). Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF and Emery G (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. Also published in Sussex, England: John Wiley & Sons, let, 1980.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J and Erbaugh J (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
12. Beckham EE, Leber WR, Watkins JT, Boyer JL and

Cook JB (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**, 566-567.

13. Butler G, Fennell M, Robson P and Gelder H (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 167-175.

14. Clark DM, Gelder MG, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H and Anastasiades P (May, 15, 1990). *Cognitive therapy for panic: comparative efficacy*. Paper presented at Annual Conference of the American Psychiatric Association.

15. Crandall CJ and Chambless DL (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: the Crandall Cognitions Inventory. *Behavior Research and Therapy*, **24**, 403-411.

16. Dobson K (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **57**, 414-419.

17. Durham RC and Turvey AA (1987). Cognitive therapy vs behavior therapy in the treatment of chronic anxiety. *Behavior Research and Therapy*, **25**, 229-234.

18. Eaves G (1982). *Cognitive patterns in endogenous and nonendogenous unipolar major depressions*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Health Science Center, Dallas, TX.

19. Earnst D (1985). *Beck's cognitive theory of depression: a status report*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.

20. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J and Hope RA (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archives of General Psychology*, **48**, 463-469.

21. Freud S (1946). Mourning and melancholia. In, *Collected Papers*. London: Hogarth.

22. Haaga DAF, Dyck MJ and Ernst D (in press). Empirical status of cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*.

23. Hammen C, Ellicott A and Gitlin M (1989). Vulnerability to specific life events and prediction of course of disorder in unipolar depressed patients. *Canadian Journal of Behavioural Science*, **21**, 377-388.

24. Hammen C, Ellicott A, Gitlin M and Jamison KR (1989). Sociology / autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, **98**, 1147-1159.

25. Hole RW, Rush AJ and Beck AT (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, **42**, 312-319.

26. Hollon SD and Kendall PC (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, **4**, 383-395.

27. Hollon SD, Kendall PC and Lumry A (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **95**, 52-59.

28. Kingdon DG and Turkington D (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **179**(4), 207-211.

29. Kovacs M, Rush AJ, Beck AT and Hollon SD (1981). A one-year follow-up of depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Archives of*

*General Psychiatry*, **38**, 33-39.

30. Lindsay WR, Gamsu TV, McLaughlin E, Hood EM and Elspie CA (1984). A controlled trial of treatments of generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, **26**, 3-16.

31. Morris JB and Beck AT (1974). The efficacy of antidepressant drugs: a review of research (1958 to 1972). *Archives of General Psychiatry*, **30**, 667-674.

32. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M and Hollon SD (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, **1**(1), 7-37.

33. Saul L and Sheppard E (1956). An attempt to quantify emotional forces using manifest dreams: a preliminary study. *Journal of American Psychoanalytic Association*, **14**, 486.

34. Segal ZV, Shaw BF and Vella DD (1989). Life stress and depression: a test of the congruency hypothesis for life event content and depressive subtype. *Canadian Journal of Behavioural Science*, **21**, 389-400.

35. Sokol L, Beck AT, Greenberg RL, Wright FD and Berchick RJ (1989). Cognitive therapy of panic disorder: a nonpharmacological alternative. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **177**(12), 711-716.

36. Woody GE, Luborsky L, McClellan TA, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I and Hole A (1983). Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Archives of General Psychiatry*, **40**(6), 639-645.

## АНОТАЦІЯ

**Бек Аарон Т.**

**Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми.**

Когнітивна терапія не з'явилася повномасштабною, а пройшла безліч досліджень, перш ніж досягла своєї нинішньої форми. Перший екскурс Аарона Бека у сферу пізнання стався під час практикування психоаналізу та психодинамічної терапії з пацієнтами, які страждають від депресії. Зібравши спостереження повідомлених самоплинних думок пацієнтів та власних досліджень учений підійшов до витоків когнітивної теорії щодо існування принаймні двох систем мислення. Одна система спрямована на вільне висловлювання думок і містить різновиди почуттів і розмірковувань, які зазвичай розповідаються іншим людям. Ця форма мислення і спілкування становить "розмовний режим" думання, або "режим діалогу". Другою системою мислення є "режим самосигналізації". Він утворюється із самоконтролю, самонавчання і самопередження, охоплює швидкість, миттєву інтерпретацію подій, самооцінку та очікування. Його функція – спілкування із собою, а не з іншими людьми. Встановлено, що система внутрішньої комунікації – джерело багатьох проблем пацієнтів і, нащупавши її, можна краще зрозуміти труднощі пацієнтів і допомогти їм їх подолати.

Негативність депресії як психологічного стану пронизує внутрішні комунікативні шляхи пацієнтів, зокрема такі як самоаналіз, атрибуції, очікування, висновки і пригадування, що виявлялося в низькій самооцінці, самозвинувачуваності та самокритиці, в негативних прогнозах, невтішних інтерпретаціях переживань і неприємних спогадах. А. Бек зауважує, що особи з депресією особливо схильні до негативної інтерпретації, в той час коли позитивна ситуація насправді є доречнішою. Більше того, вони не тільки нарощують

свої власні неприємні хвилювання, а й знищують ті переживання, які інші люди вважали б цілком позитивними. Зокрема, в ході досліджень з'ясувалося, що пацієнти з депресією мають тенденцію передбачати негативні наслідки із завдань, які вони здійснюють, наперед очікуючи погані результати свого життя. Високий рівень таких негативних очікувань характеризує безнадійність особи, що часто веде до самогубства. Ці явища виявилися універсальними для всіх різновидів депресії, незалежно від того, чи був первинний діагноз депресією, шизофренією або іншим розладом. Оскільки пацієнти з депресією були сповнені прихованої ворожості, то сні є місцем, де в. ворожість можна чітко визначити. Доведено, що депресивні особи виявляють меншу ворожість у своїх снах, ніж пацієнти, які не були депресивними. Однак, хоча депресивні пацієнти мали менше снів, де вони відігравали агресивну чи ворожу роль, проте вони були жертвами якоїсь неприємної події – їм заважали, вони були чогось позбавлені, або розчаровані, знецінені й т. ін. Страждаючи, вони самі карали себе, себто впливали у такий спосіб на ворожість проти себе. Цей “мазохізм” проявляється й у їх самокритиці, у заграванні перед неприйнятністю та в суїцидальних бажаннях. В усіх депресивних пацієнтів було більше мазохістських снів, ніж у будь-яких недепресивних осіб. Таким чином попереднє підтвердження психоаналітичної теорії депресії усе ж має бути збагачене як гіпотетично різними концептуальними поглядами, так і використанням різних методик та процедур психотерапевтичної діяльності.

**Ключові слова:** психодинамічна традиція, когнітивна модель, депресія, психоаналіз, когнітивна терапія, почуття провини, самоплинні думки, мазохістські сні, процес інтерпретації, принцип поведінкової терапії, ефективність когнітивно-поведінкової терапії.

## ANNOTATION

*Aaron T. Beck.*

**Cognitive therapy for depression: theoretical reflection and personal thoughts.**

X

**Друкується з дозволу автора за виданням:  
Beck A.T. (1988). Cognitive therapy of depression:  
A personal reflection. The Malcolm Millar  
Lecture in Psychotherapy. Aberdeen:  
Scottish Cultural Press.**

**Переклад з англійської із дозволу автора  
(20.11.2018) проф. Анатолія В. ФУРМАНА  
і доц. Ірини ЛЕВАНДОВСЬКОЇ.**

**Надійшла до редакції 20.11.2018.  
Підписана до друку 27.05.2019.**

Бібліографічний опис для цитування:

**Бек А.Т. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. Психологія і суспільство. 2019. №1. С. 90–100.**