

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/350609540>

Рационально-эмотивно-поведенческая терапия

Chapter · December 2020

CITATIONS

0

READS

1,811

1 author:



Oleg Radyuk

Independent Researcher

72 PUBLICATIONS 17 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Big Five assessment instruments all over the world in one table [View project](#)



Большая пятёрка / Big Five [View project](#)

Рационально-эмотивно-поведенческая терапия

История возникновения и развития метода

Основоположителем рационально-эмотивно-поведенческой терапии (РЭПТ) является Альберт Эллис (1913–2007). Первоначальный её вариант, созданный в середине 1950-х, Эллис назвал рациональной терапией (РТ, англ. rational therapy, RT) (Ellis, 1957; Still, 1998), но уже в 1961 г. (Ellis, 1995) переименовал её в рационально-эмотивную терапию (РЭТ, англ. rational emotive therapy, RET), поскольку считал необходимым исправить ошибочное мнение современников о терапии как игнорирующей эмоции, в то время как РТ ставила своей целью изменение эмоционального состояния клиента и широко использовала эмоционально сфокусированные метафорические техники в процессе терапии (David, 2015).

Впоследствии Эллис сожалел о том, что использовал в названии своей терапии термин “рациональный”, поскольку абсолютного критерия рациональности нет, и то, что является рациональным для одного человека, может быть полностью иррациональным для другого. В РЭТ прилагательное “рациональный” обозначает мысль, которая является эффективной и помогающей, а не эмпирически и логически достоверной. По мнению Эллиса (Ellis, 1995), РЭТ правильнее было бы назвать когнитивно-эмотивной, а не рационально-эмотивной терапией, однако к моменту формирования такого осознания время было упущено: уже существовали когнитивная терапия Бека (Beck, 1979) и когнитивно-поведенческая психотерапия Мейхенбаума (Meichenbaum, 1977), и переименование РЭТ в когнитивно-эмотивную терапию создало бы ненужную терминологическую путаницу. Несмотря на отказ от такого переименования, Эллис сохранял убежденность в его правильности на протяжении долгих лет. Так, в 2005 году в беседе с Дэниелом Дэвидом он сказал, что во избежание вызываемых словом “рациональный” философских вопросов он предпочёл бы использовать название “когнитивно-аффективно-поведенческая терапия” (“cognitive affective behavior therapy”) (David, 2015).

Через тридцать с небольшим лет использования названия РЭТ (в 1993 г.), чтобы акцентировать внимание на широком использовании в практике РЭТ поведенческих техник, Эллис решил добавить в название своего метода слово “поведенческая”: рационально-эмотивно-поведенческая терапия – РЭПТ (англ. rational emotive behavior therapy, REBT) (Ellis, 1995). Второй вариант перевода на русский – рационально-эмотивно-бихевиоральная терапия (РЭБТ).

Следует отметить, что при переводе прилагательного “emotive” на русский язык ряд авторов использует термин “эмоциональный”, (“рационально-эмоционально-поведенческая терапия”, “рационально-эмоциональная поведенческая терапия”, “рационально-эмоциональная бихевиоральная терапия”), что, на наш взгляд, является некорректным по двум причинам. Во-первых в английском языке существует как слово “эмоциональный” (emotional), так и слово “эмотивный” (emotive), и Эллис использовал именно “эмотивный” в названии своего направления психотерапии. Во-вторых, хотя оба термина имеют много общего (каждый может переводиться как “эмоциональный, волнующий”), у них есть определённые различия: если для “emotional” в вариантах перевода указано “взволнованный”, то для “emotive” – “возбуждающий”, “вызывающий эмоции”. Поскольку в центре внимания РЭПТ находятся не столько сами по себе негативные эмоции, сколько *вызывающие* их когнитивные механизмы, использование термина “эмотивный” в названии данного направления психотерапии представляется нам более точным.

Несмотря на указанные выше терминологические нюансы, Альберт Эллис по праву считается создателем первой формы когнитивно-поведенческой психотерапии (David, 2015).

Теоретическая основа и сущность метода

Теория РЭПТ базируется на *четырёх постулатах*. Первый постулат выделяет три взаимосвязанные сферы функционирования человека: мышление, эмоции и поведение. Поскольку изменения в одной из них отражаются на двух других, РЭПТ предлагает воздействовать на мышление с целью изменения эмоций и поведения. Второй постулат РЭПТ утверждает, что в основе патологического нарушения эмоций лежат т.н. иррациональные суждения. Согласно третьему постулату, сформировавшиеся иррациональные суждения – это самоподдерживающиеся автономные структуры, и механизмы, которые поддерживают их в настоящем, как правило, отличаются от механизмов, вызвавших их развитие, поэтому РЭПТ фокусируется больше на анализе настоящего, чем на изучении прошлого. Четвертый постулат РЭПТ гласит, что иррациональные суждения могут быть идентифицированы и изменены (что, собственно, и является главной целью РЭПТ).

Для описания роли когниций в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств РЭПТ использует *модель ABC*:

$$A \rightarrow B \rightarrow C$$

В данной схеме: А обозначает активирующее событие (activating event); В – рациональные и/или иррациональные суждения, система убеждений (beliefs – мнение, убеждение); С – последствия (consequences). Последствия могут быть разделены на четыре подгруппы: 1) эмоциональные последствия (C_e) – тревога, депрессия, гнев и другие эмоции; 2) поведенческие последствия (C_b) – например, агрессия или избегающее поведение; 3) вегетативные (физиологические) последствия (C_v), такие как тахикардия, сухость во рту, чувство головокружения, экстрасистолы и другие вегетативные симптомы, характерные для испытываемой эмоции; 4) когнитивные последствия (C_c), как и вегетативные, сопровождают определённые эмоции и могут включать в себя ухудшение точности и качества мышления, принятие неоптимальных или ошибочных решений, затруднение концентрации внимания и связанное с ним ухудшение запоминания (в связи с чем клиент может предъявлять жалобы на “ухудшение памяти”); при работе с когнитивными последствиями важно проводить чёткую границу между ними и вызывающими их когнициями (В).

Модель ABC была расширена Эллисом и его учениками вначале до ABCDE (Dryden, 1999), затем до ABCDEF (Corey, 2012; Mahfar, 2019), а впоследствии и до ABCDEFG (Bernard, 2019).

“D” в данной модели обозначает диспут (англ. disputation, dispute), в процессе которого осуществляется реструктурирование иррациональных убеждений и их замена на более эффективные адаптивные и рациональные убеждения, которые положительно влияют на эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции (DiLorenzo, 2007).

“E” символизирует новые эффективные (англ. “efficient”) рациональные убеждения и суждения (DiLorenzo, 2007) которые некоторые авторы предпочитают лаконично называть термином “эффект” (англ. “effect”) (“эффект, включающий в себя рациональные убеждения и рациональные суждения о себе” (Ellis, Bernard, 2006), либо “эффективная философия” (в свою очередь, основанная на “новой эффективной системе рациональных убеждений” (Corey, 2012). Очевидно, что все перечисленные

варианты, по сути, говорят об одном и том же – о новых эффективных рациональных когнициях.

“F” в интерпретациях разных авторов имеет больше значений и может обозначать 1) новые эмоции (от англ. “feeling”), которые соответствуют эффективным рациональным когнициям (Corey, 2012), 2) в целом новые функциональные (“functional”) последствия (эмоциональные (C_e), поведенческие (C_b) или физиологические (C_v)) (Cândea, 2018; David, 2019), 3) фокусирование (англ. “focus”) на настоящих и будущих целях (Palmer, 2009), 4) фасилитацию изменений (от англ. “facilitate” - способствовать, содействовать, облегчать, продвигать) посредством различных интервенций на когнитивном и поведенческом уровнях, которые помогают клиенту усилить рациональные и ослабить иррациональные убеждения (Bernard, 2019). Поскольку и фокусирование на целях (п.3), и фасилитация изменений (п.4) осуществляются для достижения новых последствий (п.2), а новые эмоции (п.1) являются только одним из вариантов новых последствий (п.2), представляется, что наиболее корректным при расшифровке смысла буквы “F” будет использование второго варианта из перечисленных: “новые функциональные последствия”.

Что касается буквы “G”, то в модели ABCDEFG Уинди Драйдена (Bernard, 2019) она означает постановку целей (англ. “goal-setting”) на разных этапах процесса работы терапевта с клиентом, направленного на преобразование провоцируемых обстоятельствами “A” нежелательных последствий “C” в последствия функциональные посредством трансформации иррациональных убеждений в рациональные и эффективные. В исходной модели Эллиса понимание цели “G” было более простым и обозначало нечто желаемое, получение чего блокировалось событием “A” и вызывало последствия “C” (Эллис, 1999).

Как и любому профессионалу, РЭПТ-специалисту необходимо помнить об антипаттерне “золотой молоток” (англ. “golden hammer”), суть которого хорошо передается афоризмом: “дайте ребёнку молоток – и всё вокруг покажется ему гвоздями”. Важно понимать, что подходы когнитивно-поведенческой психотерапии, в целом, и рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии, в частности, высокоэффективны в решении проблем, механизм существования которых базируется на иррациональных (ошибочных) когнициях, и в то же время мало- или неэффективны в работе с состояниями, которые поддерживаются поведенческими (рефлекторными) или физиологическими (например, гормональными) механизмами. Да, высокий уровень тревоги, создаваемый когнитивными факторами при генерализованном тревожном расстройстве, будет эффективно купироваться методами РЭПТ. Однако эти же методы будут малорезультативными при точно таких же симптомах тревоги, но вызванных иными, рефлекторными (при фобии) или физиологическими (при феохромоцитоме), причинами. Прежде чем приступать к терапевтической работе, РЭПТ-специалисту необходимо ответить на вопрос: “Является ли РЭПТ наилучшим подходом для решения проблемы, заявленной клиентом?”, – и только после утвердительного ответа на данный вопрос следует переходить к практическим аспектам.

Практические аспекты применения метода

1 этап: сбор информации о клиенте и выбор проблемы

Работа с клиентом начинается с определения проблемы клиента, которая послужила мотивом для обращения за консультацией к специалисту.

Что такое “проблема”? Толковый словарь Ожегова и Шведовой даёт этому понятию такое определение: “сложный вопрос, задача, требующие разрешения, исследова-

ния”. Однако это не просто задача, требующая разрешения. Отличительной особенностью проблемы является наличие цели, которую нужно достичь с помощью каких-то действий, но как этого добиться, не сразу очевидно (Robertson, 2016). Иными словами, проблема -- это *задача, способ решения которой пока неизвестен* (в противном случае клиенту не понадобилось бы обращаться за помощью к специалисту).

Нередко проблема формулируется в формате вопроса о способе перехода из одного состояния в другое, из текущего состояния “как есть” (“as is”) в будущее состояние “как должно быть” (“to be”). Возможны два варианта таких формулировок, которые условно можно назвать терапевтическим (избавление от авersiveвных стимулов, т.е. переход из негативного настоящего состояния в будущее состояние без таких стимулов) и *коучинговым* (получение в будущем отсутствующего в настоящем желаемого позитивного состояния, т.е. стимулов-подкрепителей).

Наиболее лаконичное из известных нам определение проблемы дал Андре Конт-Спонвиль в своём “Философском словаре”: проблема -- это *“трудность, требующая решения”* (Конт-Спонвиль, 2012). “Трудность” в данной формулировке относится в первую очередь к непониманию способа достижения цели, а “требование” - к мотивирующим механизмам негативного (в терапевтическом) или позитивного (в коучинговом варианте) подкрепления.

Как правило, в первоначальной формулировке проблемы клиента содержится краткое описание “А” (ситуации, в которой возникает проблема) и “С” (присутствие авersiveвных или отсутствие подкрепляющих стимулов). Их детализация осуществляется на следующих этапах работы по РЭПТ-алгоритму.

Однако прежде чем двигаться дальше, специалисту следует ответить на три вопроса. Первый вопрос: действительно ли клиенту нужна помощь специалиста в решении данной проблемы? Если клиент эффективнее сможет справиться с данной проблемой собственными силами, то помощь специалиста здесь, очевидно, будет неуместна. Второй вопрос: если помощь нужна, то какая именно? Психологическая/психотерапевтическая или медицинская? Проблемы соматического генеза (например, феохромоцитома или тиреотоксикоз) требуют обращения к врачу соматического профиля. Если клиент не был хорошо обследован соматически, здесь может потребоваться дополнительное обследование для исключения (или подтверждения) соматических причин жалоб клиента. Третий вопрос: если помощь требуется психологическая/психотерапевтическая, то какая именно? Будет ли РЭПТ/КПТ наилучшим выбором, или же в решении данной проблемы более эффективными будут иные методы психотерапии? В сборе информации, необходимой для выбора оптимальных методов психотерапии, будут уместными поведенческий анализ проблемы, психодиагностические методики и т. д.

Проблема-мишень (англ. “target problem”) является одновременно и ориентиром для психотерапии, и критерием её эффективности. Поскольку выбор проблемы будет коренным образом влиять на весь курс терапии, этот важный шаг должен закрепляться устным или письменным соглашением между психотерапевтом и клиентом.

При работе в парадигме РЭПТ с моделью ABC её звенья могут оцениваться как в последовательности САВ, так и в порядке АСВ, однако первый вариант (САВ) является более предпочтительным, так как эмоциональная составляющая последствий существенно упрощает последующую идентификацию “А” (Bernard, 2019).

2 этап: оценка последствий “С”

Если это не было сделано раньше при определении проблемы, для оценки последствий терапевт просит клиента привести конкретный пример проявления проблемы – повторяющийся, недавний или эмоционально яркий.

Терапевт оценивает четыре компонента последствий (C_e , C_b , C_v , C_c), из которых эмоциональные и поведенческие являются самыми частыми, а когнитивные последствия – наиболее редкими в клинической практике.

Последствия “С” способны трансформироваться в “А”, когда они запускают новые цепочки “АВС” и приводят к формированию вторичной проблемы (мета-проблемы). Например, клиент может испытывать гнев по поводу своей тревожной реакции: ситуация А1 активизирует когниции В1, которые “включают” тревожные эмоции С1. Если клиент реагирует на С1 вызывающими гнев мыслями В2, то последствия С1 становятся новым активизирующим событием А2, которое посредством мыслей В2 приводит к своим эмоциональным последствиям С2. При обнаружении мета-проблемы рекомендуется предложить клиенту выбрать, с какой проблемы следует начать работу. Переключение на вторичную проблему целесообразно, если она вызывает более тяжёлые последствия либо препятствует работе над первичной проблемой в рамках сеанса или при выполнении «домашнего задания» (Bernard, 2019).

Ряд клиентов может испытывать затруднения при описании эмоциональных последствий (C_e) вследствие неумения дифференцировать мысли и эмоции. В таком случае психотерапевт может использовать уточняющие вопросы («Это положительная или отрицательная эмоция?», словарь эмоций (перечень эмоциональных состояний, из которого пациенту предлагается выбрать наиболее подходящие определения, например “тревога, депрессия, вина, стыд, обида, гнев, ревность, зависть”), ведение дневника самонаблюдения за эмоциями, отдельные техники иных школ психотерапии (техника пустого стула, обмен ролями) и др.

К поведенческим последствиям (“ C_b ”) относятся как действие, так и бездействие в ответ на испытываемые эмоции. Оба, как правило, неконструктивны, поддерживают существование проблемы и являются либо выражением эмоций, либо избеганием эмоций (“ C_e ”) и/или ситуации (“А”).

Вегетативные (физиологические) последствия (C_v), такие как сердцебиение, потливость, тремор, озноб, приливы жара, чувство головокружения, онемение, ощущение покалывания и т.д., клиент обычно перечисляет вместе с C_e . В случаях, когда C_v из-за непонимания механизма их возникновения вызывают у клиента вторичный страх, объяснение закономерности их появления при определённых эмоциональных состояниях само по себе способно оказывать терапевтический эффект, устраняя таким образом возникшую из-за неправильного понимания мета-проблему.

Когнитивные последствия (C_c) – общий вывод из единичных фактов, дисквалификация положительного, преувеличение и преуменьшение, максимализм и др. – были первоначально идентифицированы Бернсом (Burns, 1980; Бернс, 1995; Bernard, 2019). Когнитивные последствия, как правило, плохо осознаются и поэтому редко присутствуют в жалобах клиента, но в то же время они могут быть серьёзным препятствием в борьбе с иррациональными убеждениями, поэтому C_c также нуждаются в тщательной оценке.

Последствия (эмоциональные нарушения, поведенческие реакции, другие симптомы), как правило, являются главным мотивирующим фактором при обращении к психотерапевту, и последствия же определяют цель психотерапии. Именно поэтому работа над последствиями проводится перед идентификацией иррацио-

нальных когниций.

После описания последствий С клиент должен ответить на вопрос, готов ли он потратить время и силы на борьбу с ними. Продолжение работы возможно только при положительном ответе на данный вопрос.

3 этап: прояснение активирующего события “А”

Цель данного этапа – распознавание критических, ключевых аспектов ситуации (А), которые, собственно, и активизируют иррациональные когниции (В), приводящие к развитию последствий (С).

При описании проблемной ситуации клиент часто смешивает несколько различных явлений: реальное событие, своё субъективное восприятие события и оценку события. Терапевт должен объяснить клиенту различия между дескриптивным и оценочным познанием и помочь сформулировать, насколько это возможно, безоценочное описание события.

При описании “А” могут возникнуть две противоположные трудности: избыточная детализация либо, наоборот, неопределенность. В первом случае психотерапевт должен пресекать углубление в малозначительные детали и возвращать клиента к сути проблемы; могут быть полезными уточняющие вопросы («Что из рассказанного сильнее всего расстраивает Вас?») или переформулирование рассказанного с выделением наиболее важного. При неопределенности в описании А эффективными являются повторные вопросы, просьба привести пример из недавнего прошлого, заполнение дневника самонаблюдения, поведенческий анализ ситуации и др.

При конкретизации “А” полезными могут быть техники “цепочка выводов” (Neenan, 1996) (серия вопросов, последовательно уточняющих, что именно в ситуации (“А”) вызвало конкретную эмоцию (“С_е”)) и “волшебный вопрос” (Bernard, 2019) (вопрос: “Какой аспект ситуации (“А”) нужно было бы изменить (не устраняя саму ситуацию), чтобы существенно ослабить эмоции (“С_е”)?” и затем уточнение: “Верно ли, что наиболее сильные эмоции вызываются тем, что в этой ситуации ...?”).

4 этап: формулирование цели “G”

Прояснение “С” и “А” даёт возможность сформулировать конкретную цель (“G” - от англ. “goal” (Эллис, 1999), “goal-setting”), психотерапевтической работы. Формулировка цели, как минимум, должна содержать в себе определение ситуации “А” и желаемых последствий “Е”.

Первая часть формулировки цели “G” относится к проблемной ситуации “А”. Важно, чтобы терапевт не пытался подвергать сомнению обоснованность убеждённости клиента в негативности ситуации (“А”). Даже если идентифицированное “А” далеко от реальности, в процессе постановки цели терапевту следует побуждать клиента временно предположить, что это правда. Такое предположение в последующем будет способствовать более эффективному обнаружению иррациональных убеждений (“В”), которые вызывают беспокоящие клиента последствия (“С”). Кроме того, формулировка цели не должна допускать избегающего поведения ситуации “А” или какого-либо из её аспектов. Задачей клиента должно быть изменение последствий (“С”) в условиях конфронтации со всеми негативными аспектами ситуации “А”, а не уход или даже частичная нейтрализация “А”.

Вторая часть формулировки цели (“G”) описывает желаемое эффективное состояние (новое “С”). Здесь возможны две крайности, создающие препятствия для

дальнейшей работы. Одна из них - сформулировать исключительно позитивные желаемые последствия "С" для негативной ситуации "А" (например, клиент со страхом перед собеседованием при поиске работы может попытаться сформулировать цель так: "Во время собеседования хочу быть уверенным в себе, радостным и оптимистичным"). Подобная цель может быть принята в качестве ориентира, указывающего будущий отдалённый результат, однако она будет крайне труднодостижимой и малореалистичной в ближайшей перспективе. Для коррекции цели полезно объяснить клиенту, что в негативной (с точки зрения клиента) ситуации "А" вполне естественно испытывать отрицательные эмоции, однако по своей силе и эффекту они могут быть очень разными: как чрезвычайно сильными и дезадаптирующими ("нездоровые отрицательные эмоции", англ. "unhealthy negative emotion") так и умеренными, адаптивными и конструктивными ("здоровые отрицательные эмоции", англ. "healthy negative emotion") (Bernard, 2019). Для вышеуказанного примера уточнённая цель могла бы быть сформулирована так: "во время собеседования вместо сильной паники испытывать лишь умеренно выраженное беспокойство, которое не мешает отвечать на вопросы". Другая возможная крайность при описании желательного состояния - негативная формулировка последствий, т.е. указание нежелательных последствий ("С"), от которых клиенту хотелось бы избавиться (например, "не испытывать панику во время собеседования"), без определения состояния которое хотелось бы получить (как в примере выше: "умеренно выраженное беспокойство, которое не мешает отвечать на вопросы"). Как и при коррекции экстремально позитивных желательных последствий, здесь целесообразно указать на то, слабые или умеренные негативные эмоции также могут быть конструктивными, и попросить клиента оценить, какой силы и какие именно отрицательные эмоции в ситуации "А" могли бы расцениваться как функциональные и конструктивные.

Формулировка цели может уточняться так часто, как это необходимо, по мере углубления понимания (концептуализации) терапевтом и клиентом механизмов, поддерживающих существование проблемы-мишени. По мере прогресса в терапии в формулировку цели могут включаться не только "А" и "С", но и элементы "В".

5 этап: принятие философии РЭПТ: осознание связи "В→С"

Осознание связи "В→С" неслучайно называется громким термином "принятие философии РЭПТ", второй постулат которой базируется на глубокой идее древнегреческого философа-стоика Эпиктета (ок. 50 -- ок. 138 г. н.э.), утверждавшего, что "людей в смятение приводят не сами вещи, но их собственные представления об этих вещах" (Эпиктет, 2012).

Как правило, при первом обращении за помощью клиент считает, что "А" непосредственно вызывает "С": («Они меня расстроили», «Он меня раздражает», «Это событие повергло меня в депрессию»). Собственные когниции "В", которые вызвали последствия "С" в ситуации "А", остаются в тени предсознания. Цель данного этапа – помочь клиенту понять, что его эмоциональные и/или поведенческие проблемы являются следствием не столько ситуации, сколько результатом собственных мыслей о ситуации. Для достижения этой цели психотерапевт должен опровергнуть убеждения клиента касательно того, что другие люди или внешние события являются источником его эмоций, и убедить клиента в возможности управлять своими эмоциями путём изменения мыслей.

Здесь уместным будет предложить клиенту обсудить, почему различные люди неодинаковым образом реагируют на одну и ту же ситуацию: если ситуация одинаково-

ва, значит, причина различных реакций в чём-то другом? В чём? В процессе сократического диалога терапевт подводит клиента к выводу о том, что эмоциональная реакция зависит больше от оценки ситуации человеком, чем от самой ситуации.

Психотерапевт может познакомить клиента со схемой ABC и рассказать о влиянии мыслей на эмоции, привести примеры из реальной жизни, рассмотреть с клиентом какую-либо актуальную для него ситуацию с учетом этой информации и показать, каким образом изменение отношения к ситуации позволяет изменить эмоциональные и поведенческие реакции на неё.

Задача данного этапа работы -- привести клиента к пониманию, что для одной и той же ситуации "А" возможны как минимум два разных варианта "В→С", а именно: 1) иррациональные "В" → негативные (дезадаптивные, дисфункциональные) "С"; 2) рациональные "В" → здоровые (адаптивные, функциональные) "С".

Осознание связи "В→С", в зависимости от степени подготовленности клиента к РЭПТ, может потребовать разного времени: от нескольких минут или даже секунд при глубоком знании принципов РЭПТ до нескольких сессий для новых клиентов.

6 этап: идентификация иррациональных установок "В"

На данном этапе выявляются связанные с психотравмирующей ситуацией А иррациональные суждения В. Для решения данной задачи клиент должен научиться различать описательные, рациональные и иррациональные суждения. РЭПТ разделяет все суждения на *дескриптивные* (описательные, безоценочные) и *оценочные*. Последние, в свою очередь, подразделяются на *рациональные* и *иррациональные*. Дескриптивные суждения констатируют факт, являются описанием реальности и не содержат в себе оценки. Рациональные и иррациональные суждения выражают оценочное отношение человека к происходящему (хорошо-плохо, удачно-неудачно, это катастрофа, это полный провал, это гениальный успех и т. п.).

Для обозначения трех указанных категорий когний Эллис предложил использовать термины *холодные*, *теплые* и *горячие когниции* (Эллис, 1999). Дескриптивные суждения являются холодными когнициями, поскольку они не предполагают сколько-нибудь выраженных эмоций. Рациональные суждения – когниции теплые, им соответствуют эмоции умеренной силы. Иррациональные установки, не соответствуя реальности, приводят к развитию высокого и длительного эмоционального напряжения, поэтому они получили название горячих когниций.

Если дифференциация дескриптивных и оценочных суждений обычно не представляет для клиента затруднений, то *различение рациональных и иррациональных когниций* является более сложной задачей. РЭПТ предлагает использовать для этого *четыре критерия*: истинность суждения; степень обязательности реализации суждения; уровень испытываемых эмоций; свобода выбора в достижении цели.

Рациональное суждение: 1) реалистично, истинно, оно верно отражает действительность; 2) выражает больше пожелание, чем не терпящее возражений и альтернатив предписание определенного развития событий; 3) как правило, сопровождается умеренными эмоциями; 4) сохраняет для клиента свободу выбора в избрании других способов достижения цели или даже изменения цели.

В противоположность сказанному выше, иррациональное суждение: 1) не является реалистичным, так как оно искажает реальность, его истинность невозможно доказать; 2) выражает требование (к себе, другим, миру), приказ, императив, не допускающий исключений или альтернатив; 3) приводит к сильным и длительным нега-

тивным переживаниям; 4) фиксирует человека только на одной-единственной цели и этим ограничивает свободу выбора.

Первоначально Эллис выделял 11 категорий иррациональных когниций (Ellis, 1962): 1) взрослому человеку крайне необходимо быть любимым или одобряемым практически всеми значимыми людьми в его окружении; 2) только абсолютно компетентный, адекватный и успешный во всех сферах человек может считать себя достойным уважения; 3) существуют плохие, злые, порочные люди, которые заслуживают сурового наказания и обвинения; 4) ужасно и катастрофично, когда дела идут не так, как хотелось бы; 5) несчастья, беспокойство, скорбь вызываются внешними причинами, и человек практически не может повлиять на этот процесс; 6) если что-то является или может быть опасным или пугающим, то надо постоянно думать о возможности его возникновения и экстремально сильно беспокоиться об этом; 7) проще избегать жизненных трудностей и обязанностей, чем справляться с ними; 8) человек зависим от других и нуждается ком-то более сильным, на кого можно было бы полагаться; 9) прошлая история человека является важнейшим детерминантом нынешнего поведения, поэтому если что-либо сильно повлияло на жизнь человека, то должно бесконечно оказывать подобный эффект; 10) необходимо сильно расстраиваться, сталкиваясь с неправильным или ошибочным поведением других людей; 11) для любой проблемы существует правильное, точное и идеальное решение, а ненахождение такого идеального решения эквивалентно катастрофе.

Впоследствии в процессе развития РЭПТ были выделены четыре категории центральных (базовых, сердцевинных, ядерных) иррациональных убеждений (англ. "core irrational beliefs"): долженствования, катастрофические установки, низкая толерантность к фрустрации и дискомфорту, глобальная оценка (DiLorenzo, 2007; Радюк и соавт., 2018).

Долженствования (абсолютистские требования, англ. "absolutistic musts and shoulds") могут быть обращены к себе («я должен/должна»), к другим людям («они должны»), к ситуациям и миру в целом («мир должен»). Вербальными маркерами долженствований являются слова «должен», «надо», «нужно», «следует», «необходимо», «вынужден», «придётся» и т. д.

Катастрофические установки ("awfulizing", от "awful" – «ужасный, внушающий страх»). Они приводят к чрезмерному преувеличению негативных последствий событий, т. е. к катастрофизации. Вербальными маркерами катастрофических установок являются оценки, выраженные в крайней степени: «ужасно», «кошмарно», «невыносимо», «катастрофично», «смертельно», «невозможно», «жутко» и т. п.

Низкая толерантность к фрустрации и/или дискомфорту ("low frustration tolerance", "discomfort disturbance"), т.е. неспособность переносить жизненные трудности и дискомфорт, возникающие при столкновении с неудачами, препятствиями и проблемами. Вербальными маркерами низкой толерантности к фрустрации и дискомфорту являются такие выражения, как «это невыносимо», «я это не вынесу», «я это не переживу», «я не должен чувствовать себя плохо», «я всегда должен быть счастливым», «я всегда должен чувствовать себя хорошо» и т.д.

Глобальная оценка (обесценивание) характеризуется чрезмерными обобщениями в отношении себя, других людей и мира в целом и проявляется в оценивании, осуждении, критике, порицании себя и других ("damning oneself and others", англ. "damn" – проклинать, осуждать, ругаться, критиковать, порицать, провалить). При глобальной оценке суждение об отдельном поступке нередко распространяется на человека в целом («он плохой, потому что поступил плохо»), что гарантирует оши-

бочность (иррациональность) данного суждения.

В качестве примеров **методов выявления иррациональных суждений** приводим описание трех из наиболее часто используемых методик.

Опрос. Психотерапевт помогает клиенту сконцентрировать внимание на собственных суждениях при помощи вопросов: «О чем Вы тогда думали?», «Какие мысли проносились в тот момент в Вашей голове?», «Что Вы себе говорили?», «Что тогда вызвало у Вас наиболее сильные эмоции?», «Какие образы были у Вас перед глазами?» и т.п. При сильном эмоциональном реагировании клиента на вспоминаемую ситуацию ценную информацию может предоставить вопрос «О чем Вы думаете в данный момент?».

Заполнение дневника самонаблюдения. Стандартная форма используемого в РЭПТ дневника самонаблюдения содержит четыре колонки: 1) дата и время; 2) описание проблемной ситуации (А); 3) описание мыслей (В), вызвавших в проблемной ситуации А последствия С; 4) описание эмоциональных и поведенческих последствий С. Клиент должен вносить в дневник новую запись при каждом проявлении последствий, третья колонка (В) заполняется в последнюю очередь (после С).

Сосредоточение на образах. Психотерапевт просит клиента вспомнить проблемную ситуацию, сконцентрироваться на ней и как можно детальнее описать ее. Далее он расспрашивает клиента о мыслях, которые возникают в сознании при представлении психотравмирующей ситуации.

7 этап: диспут “D”: оспаривание и коррекция “B”

Диспут — это дискуссия, во время которой происходит окончательное разделение рациональных и иррациональных когний и осуществляется оспаривание и коррекция иррациональных установок. Клиент, который изначально является носителем иррациональных установок, в процессе дискуссии под воздействием различных аргументов постепенно отказывается от них и заменяет их на рациональные. Направленность диспута зависит от главенствующей категории иррациональных убеждений (Ромек, 2010; DiLorenzo, 2007).

При доминировании *долженствований* терапевт помогает клиенту трансформировать долженствования в пожелания, предпочтения ("было бы неплохо, чтобы...", "было бы хорошо, если...", "хотелось бы, чтобы...", "я бы хотел(а), чтобы...").

Если на первый план выходит *катастрофизация* - важно продемонстрировать различия между "это ужасно, это полная катастрофа" и "да, это плохо, но это не катастрофа и не конец света", научив клиента не преувеличивать негативные аспекты ситуации.

При *низкой толерантности* к фрустрации или дискомфорту терапевт стремится привести клиента к рациональному убеждению о возможности справиться с трудностями и перенести дискомфорт ("да, это неприятно, но я мог бы выдержать", "я справлюсь", "я смогу это сделать", "неприятность эту я переживу").

Для коррекции *глобальной оценки* терапевт обсуждает с клиентом ошибочность переноса оценки действия или его результата на оценивание человека в целом: ошибочный поступок не означает тотальной глупости или никчемности ("ошибка — не признак глупости: я — человек, людям свойственно ошибаться, и любой человек делает ошибки, когда учится чему-то новому"). Кроме того, один и тот же поступок может быть "хорошим", "плохим" и "нейтральным" одновременно для разных людей - и даже для одного и того же человека на разных этапах его жизни.

В зависимости от используемых психотерапевтических техник выделяют три вида диспута: когнитивный, образный и поведенческий.

Когнитивный диспут – это дискуссия, которая происходит на рациональном уровне и использует в основном приемы т. н. разговорной терапии: сократический диалог, поучительные истории из жизни других людей, аналогии, метафоры, притчи и прочие.

В рамках когнитивного диспута психотерапевт может использовать три типа аргументов: 1) эмпирические (убеждение истинно или ложно? верно или ошибочно?); 2) логические (логично или нелогично? есть ли причинно-следственная связь? следует ли одно из другого?); 3) прагматические (полезно или бесполезно? помогает или вредит?) (Beal, 1996; Bernard, 2019).

Главный инструмент когнитивного диспута – использование вопросов. Например, для выявления *алогичности, нереалистичности суждений* могут использоваться такие вопросы, как: «Что означает для Вас данное утверждение?», «Где доказательства истинности данного утверждения?», «Как Вы можете обосновать данное суждение?», «Какие еще факты его подтверждают?», «Как Вы убедите других в истинности данного утверждения?», «Объясните, почему Вы настаиваете на данном суждении?», «Какие факты опровергают его?», «Какие еще факты за или против Вы можете привести?». Для *декатастрофизации мышления* могут применяться вопросы: «Если предположить, что произойдет самое худшее, что это будет?», «Что случится, если это произойдет?», «Что будет, если события будут продолжаться так развиваться?», «Что самое плохое в этом худшем сценарии? Что еще?», «Объясните, почему это столь ужасно?», «Почему это так сильно подействовало на Вас?», «Какова вероятность возникновения самого худшего варианта?», «Можно ли испытать другие эмоции, если это произойдет?», «Можно ли быть радостным или даже счастливым, если это произойдет?» и т.д.

Оспорить иррациональные убеждения клиента – только половина работы на этапе диспутирования. Вторые 50% – помочь клиенту понять, почему рациональные убеждения рациональны. Терапевт помогает сделать это, подвергая сомнению новые, рациональные убеждения клиента так же, как ранее диспутировал иррациональные убеждения. Существуют различные стили ведения когнитивного диспута: сократический, дидактический, метафорический, юмористический стиль, а также сочетание двух и более стилей (Bernard, 2019; Beal, 1996; DiGiuseppe, 1991; Muran, 1990).

Сократический стиль для оспаривания иррациональных убеждений использует вопросы касательно истинности, логичности и прагматичности иррациональных и рациональных убеждений. Задавая вопросы, терапевт направляет клиента к пониманию иррациональности иррациональных и рациональности альтернативных рациональных убеждений. Сократический стиль наиболее эффективен с клиентами, которые любят думать самостоятельно и без фрустрации переносят некоторую неопределенность.

Дидактический стиль используется с клиентами, которые не могут или не хотят участвовать в сократическом диалоге. При использовании дидактического стиля терапевт предоставляет клиенту информацию небольшими порциями, терпеливо объясняя, почему иррациональные убеждения иррациональны, а рациональные – рациональны. Терапевт продолжает объяснения до тех пор, пока не убедится, что клиент понял высказанные идеи и согласился с ними.

При использовании *метафорического* стиля ведения диспута терапевт сначала

ла определяет идею, которую он хочет донести, а затем находит подходящую метафору из области знаний, которая хорошо знакома клиенту. После представления метафоры терапевт, используя дидактические или сократические методы, убеждается в понимании её клиентом. Метафорический стиль даёт хорошие результаты у клиентов, которые могут легко увидеть аналогии между явлениями из разных областей. Ценное преимущество метафоры состоит в её способности делать более доступной для клиента информацию о том, почему иррациональное убеждение ошибочно, а рациональное - правильно: вся информация, собранная вокруг метафоры, становится более доступной для сознания клиента при её воспоминании. Клиенты нередко перегружены информацией не в состоянии запомнить все особенности иррациональных и рациональных убеждений. Метафора же имеет мнемоническую функцию и позволяет синхронно организовывать информацию в большие интегрированные блоки, что повышает скорость и гибкость доступа к информации из долговременной памяти.

Юмористический стиль, как следует из названия, использует юмор, применяемый с целью высмеивания нелепости иррациональных убеждений и их разрушения. Крайне важно, чтобы юмористические высказывания терапевта были направлены именно на иррациональные убеждения как на причину проблемы и ни в коей мере не задевали бы личность клиента. Противопоказанием для использования юмористических интервенций является неспособность клиента провести границу между собой и своими мыслями и/или поступками, а также убежденность клиента в недопустимости использования юмора в рамках терапевтического процесса.

Образный диспут предполагает использование воображения и может использоваться самостоятельно либо как следующий после когнитивного диспута этап. Образный диспут может проводиться как под руководством психотерапевта, так и самостоятельно клиентом в рамках домашних заданий (что особенно важно для закрепления достигнутых результатов). Наиболее часто используются следующие техники образного диспута:

1) *Воображение психотравмирующей ситуации*. Психотерапевт предлагает клиенту представить себя в психотравмирующей ситуации и затем обратить внимание на свои эмоции, оценить, изменились ли они, адекватны они или нет; после этого клиент должен обратить внимание на свои мысли. При адекватных эмоциях следует сформулировать рациональные когниции, при неадекватных – иррациональные, последние могут потребовать проведения когнитивного диспута.

2) *Негативное воображение*. Клиент в воображении погружается в один из худших вариантов проблемной ситуации и затем пытается вызвать у себя прежние негативные эмоции. Если таковые появились, терапевт просит клиента сформулировать в словах свой внутренний диалог. После этого клиенту предлагается снизить, насколько это возможно, уровень испытываемых отрицательных переживаний. После достижения минимально возможного уровня эмоционального напряжения клиент формулирует новый внутренний диалог, содержащий рациональные убеждения, которые помогли уменьшить интенсивность эмоций.

3) *Позитивное воображение*. Клиент в воображении погружается в проблемную ситуацию, но с первого же момента представляет себя в позитивном состоянии, а затем формулирует рациональные когниции, которые помогли успешно выполнить задание.

4) *Образ преодоления*. Клиент воображает психотравмирующую ситуацию и восстанавливает свои обычные иррациональные мысли. Затем он проводит актив-

ную внутреннюю дискуссию, заменяя иррациональные когниции рациональными, четко формулируя и развивая их.

5) *Образный диспут в состоянии релаксации*. Использование состояния релаксации облегчает преодоление негативных эмоций и связанных с ними иррациональных когниций. Для самостоятельного использования данной техники клиенту следует предварительно пройти курс обучения релаксации.

Поведенческий диспут помогает клиенту, меняя поведение, опровергнуть свои иррациональные установки. Одной из наиболее популярных поведенческих техник в РЭПТ является изменение поведения на противоположное: клиент поощряется многократно совершать действия, вызывающие эмоциональный дискомфорт. Например, при социальной тревожности со страхом публичного выступления клиенту может быть рекомендовано выступать много раз в день и использовать для этого любую подходящую ситуацию: в очереди, на остановке, в вестибюле, в транспорте и т. п. При выполнении задания клиент постепенно приходит к убеждению, что проблемная ситуация не обязательно должна вызывать сильные неприятные эмоции и что изменение когниций приводит к устранению неблагоприятных эмоциональных и поведенческих последствий. В рамках поведенческого диспута с успехом используются и такие типично бихевиоральные техники, как методика наводнения и тренинг уверенного поведения.

8 этап: закрепление изменений

Последний этап – закрепление изменений, достигнутых на предыдущих этапах РЭПТ. Новые рациональные убеждения должны стать привычными для клиента, должны воплотиться в его повседневных поступках. Для закрепления изменений, как правило, используются **домашние задания**, такие как поведенческий тренинг, заполнение дневника самонаблюдения за мыслями в реальных ситуациях, прослушивание записей прежних занятий, упражнения с использованием воображения и др. Приветствуется также самостоятельное чтение специальной литературы, участие в работе групп самопомощи, посещение лекций, ведение записей и т. д.

Домашние задания помогают не только укрепить сформированные на этапе диспута рациональные убеждения и окончательно освободиться от иррациональных убеждений, но и обнаружить новые полезные рациональные убеждения, а также сформировать более адаптивное поведение.

Показания к использованию метода и его эффективность

Показаниями к применению РЭПТ являются различные психические и поведенческие расстройства и психосоматические заболевания, в этиопатогенезе которых ведущая роль принадлежит психологическим факторам, в том числе расстройства невротического уровня и невротические реакции при психических и соматических заболеваниях.

В период с 1972 по 1988 г. эффективность РЭПТ при лечении различных расстройств и групп населения была изучена более чем в 70 исследованиях, обобщённых путём метаанализа в 1991 г. Лайонзом и Вудсом (Lyons, Woods, 1991). Было установлено, что применение РЭПТ обеспечивало значительное клиническое улучшение у 73 % пролеченных пациентов по сравнению с теми, кто не получал РЭПТ. Эффект увеличивался при повышении продолжительности лечения и в случаях, когда РЭПТ проводили опытные психотерапевты. Было доказано, что эффективность РЭПТ превосходит результативность клиент-центрированной психотерапии и

терапии отношений (Prout, DeMartino, 1986). Emmelkamp и Beens (1991) установили, что РЭПТ так же эффективна в терапии обсессивно-компульсивного расстройства, как и самостоятельно применяемые пациентом экспозиционные методы. Установлено, что эффективность РЭПТ не изменяется при сравнении вариантов РЭПТ с акцентом на когнитивных или на поведенческих техниках и сопоставима с эффективностью систематической десенсибилизации (Engels, 1993). Доказана эффективность РЭПТ в терапии психологического дистресса (тревоги, гнева, депрессии, чувства вины) (Vîslă, 2016; Oltean, 2018), социальной фобии (Mersch, 1989) и других психических и поведенческих расстройств (David, 2017). Gonzalez и его коллеги (2004) в своём метаанализе продемонстрировали эффективность РЭПТ при оказании помощи детям и подросткам в клинических и неклинических (школьных) условиях.

В последние годы применение РЭПТ не ограничивается только клинической сферой и распространяется на такие области, как образование, пастырское консультирование, организационное консультирование, коучинг, тренинг эффективности и управление организационными изменениями (David, 2017; Desjardins, 2017). Метаанализ, проведенный Дэниелом Дэвидом в 2017 году, подтверждает эффективность РЭПТ интервенций в психотерапии, обучении и консультировании для различных состояний вне зависимости от возраста клиента и формата применения РЭПТ (David, 2017).