

Содержание

Об авторе	18
Предисловие	19
Предисловие к русскому изданию	21
Благодарности	24
Глава 1. Выявление терапевтических проблем	25
Конкретизация проблем	27
Определение степени сложности проблемы	30
Учет внешних факторов, влияющих на терапевтическую сессию	32
Объем и вид медицинской помощи, формат лечения и дополнительное лечение	33
Биологические интервенции	34
Изменение окружающей среды	35
Терапевтическая ошибка или дисфункциональные убеждения клиента	36
Является ли проблема результатом терапевтической ошибки	36
Относится ли проблема к дисфункциональным убеждениям клиента	37
Различия между проблемами, связанными с терапевтической ошибкой, и дисфункциональными когнициями клиентов	38
Как избежать проблем в терапии	39
Диагностика и формулирование	40
Когнитивная концептуализация	41
Терапевтическое планирование на сессиях и между ними	42
Создание терапевтического альянса	42
Определение конкретных поведенческих целей	42
Применение основных стратегий	43
Применение передовых техник	43
Оценка эффективности интервенций и терапии в целом	44
Выводы	44

Глава 2. Концептуализация сложных случаев	45
Упрощенная когнитивная модель	46
Глубинные убеждения	48
Глубинные убеждения о себе	50
Глубинные убеждения о людях	54
Глубинные убеждения о мире	54
Поведенческие стратегии	55
Предположения, правила и установки	56
Центральные предположения и их подвиды	57
Схема когнитивной концептуализации	58
Разработка когнитивной модели	62
Триггерные ситуации	62
Выведение последовательности составляющих когнитивной модели	65
Выводы	71
Глава 3. Когда лечение осложняется расстройством личности	73
Как развиваются расстройства личности	74
Чрезмерно и недостаточно развитые стратегии	76
Когнитивные профили конкретных расстройств по оси II	78
Истерическое расстройство личности	78
Обсессивно-компульсивное расстройство личности	80
Пассивно-агрессивное расстройство личности	82
Пограничное расстройство личности	84
Зависимое расстройство личности	86
Избегающее расстройство личности	88
Параноидное расстройство личности	90
Антисоциальное расстройство личности	91
Шизотипическое расстройство личности	93
Шизоидное расстройство личности	95
Нарциссическое расстройство личности	96
Выводы	99
Глава 4. Создание и использование терапевтического альянса	101
Прогнозы клиентов в отношении психотерапии	102
Стратегии построения терапевтического альянса	103
Активное сотрудничество с клиентом	103

Демонстрация эмпатии, заботы, оптимизма, искренности, точного понимания и компетентности	104
Адаптация уникального терапевтического стиля к особенным характеристикам клиентов	106
Облегчение дистресса	107
Получение обратной связи	107
Выявление и решение проблем в терапевтическом альянсе	109
Выявление проблемы в терапевтическом альянсе	109
Концептуализация проблемы и планирование стратегии	112
Использование терапевтических отношений для достижения терапевтических целей	119
Обеспечение опыта положительных взаимоотношений	119
Работа над проблемами в терапевтическом альянсе и генерализация на другие взаимоотношения	125
Когда клиенты испытывают трудности с психотерапевтом	125
Когда клиенты нуждаются в обратной связи по поводу межличностного стиля	127
Сводный клинический случай	128
Выводы	135
Глава 5. Сложности в терапевтических отношениях	137
Клинический случай 1: клиентка, которая чувствовала, что была инвалидирована психотерапевтом	138
Клинический случай 2: клиентка, которая боялась быть отвергнутой психотерапевтом	140
Клинический случай 3: клиент, который чувствовал контроль со стороны психотерапевта	143
Клинический случай 4: клиентка, которая утверждала, что психотерапевт не понимала ее	147
Клинический случай 5: клиент, который был убежден в безразличии психотерапевта	149
Клинический случай 6: клиент, который скептически относился к психотерапии	155
Клинический случай 7: клиент, который чувствовал, что его принуждают к психотерапии	156
Клинический случай 8: клиентка, которая предоставляла отрицательную обратную связь	158

Клинический случай 9: клиентка, которая избегала предоставления психотерапевту честной обратной связи	159
Клинический случай 10: клиентка, которая избегала раскрытия важной информации	160
Выводы	163
Глава 6. Когда психотерапевт дисфункционально реагирует на клиентов	165
Выявление проблем в реакциях психотерапевта	166
Концептуализация отрицательных реакций	168
Стратегии улучшения реакций психотерапевтов на клиентов	170
Повышение компетентности психотерапевта	171
Реагирование на дисфункциональные когниции	171
Развитие реалистичных ожиданий в отношении себя и своих клиентов	172
Модерирование уровня и выражения эмпатии	173
Установление границ	174
Предоставление клиентам обратной связи	174
Усиление самопомощи	176
Передача клиента	176
Клинические случаи	177
Когда психотерапевты испытывают безнадежность в отношении клиентов	177
Когда психотерапевты испытывают выгорание из-за клиентов	178
Когда психотерапевты обеспокоены тем, что клиенты будут ими недовольны	179
Когда психотерапевты слишком тревожатся о клиентах	180
Когда психотерапевты чувствуют себя униженными клиентами	181
Когда психотерапевты занимают оборонительную позицию	182
Когда психотерапевты испытывают фрустрацию или сердиты на клиентов	182
Когда психотерапевты чувствуют угрозу со стороны клиентов	184
Когда клиенты сами поднимают проблему реакции психотерапевта	184
Выводы	185

Глава 7. Сложности при установлении целей	187
Использование и изменение стандартных стратегий для установления целей	188
Определение конкретных целей посредством опроса	188
Установление конкретных целей посредством воображения	189
Цели для себя вместо целей для других	193
Дисфункциональные убеждения клиентов относительно установления целей	194
Дисфункциональное поведение	195
Терапевтические стратегии	196
Клинический случай 1: клиент, который чувствовал себя слишком безнадежным для установления целей	197
Клинический случай 2: клиентка, которая отказывалась определять свои цели	199
Клинический случай 3: клиентка, которая отрицала то, что у нее есть проблема	201
Клинический случай 4: клиент, который был убежден в том, что его проблемы имеют исключительно физический характер	205
Клинический случай 5: клиентка, которая устанавливала нереалистичные цели	207
Клинический случай 6: клиент, который устанавливал экзистенциальные цели	211
Клинический случай 7: клиентка, которая избегала установления важных целей	215
Клинический случай 8: клиент, который не хотел быть в терапии	218
Выводы	220
Глава 8. Сложности при структурировании сессии	221
Стандартная структура	221
Применение и изменение стандартных стратегий структурирования сессии	223
Обсуждение структуры сессий	223
Задание темпа	224
Прерывание	224
Дисфункциональные предположения клиентов и психотерапевтов	225
Решение проблем в структурировании терапевтической сессии	227
Проверка настроения	227

Установление первоначальной повестки дня	230
Наведение мостов между сессиями	237
Определение приоритетов повестки дня	243
Обсуждение проблем повестки дня и домашних заданий	243
Подведение итогов	244
Обратная связь	246
Когда важно не структурировать сессию	247
Выводы	248
Глава 9. Сложности при решении проблем и выполнении домашних заданий	249
Реакции клиентов на работу над проблемой	250
Применение и видоизменение стандартных стратегий для облегчения решения проблем	252
Помощь клиентам в сосредоточении на проблеме	253
Мотивирование клиентов с помощью психообразования	253
Связывание решения индивидуальных проблем и достижения целей	254
Разделение проблемы на поддающиеся управлению части	255
Помощь клиентам в оценке степени их контроля над проблемой	255
Изменение курса, когда решение проблем не работает	256
Применение и видоизменение стандартных стратегий для облегчения выполнения домашних заданий	257
Тщательное планирование домашнего задания	258
Определение вероятности выполнения заданий клиентами	259
Выявление и заблаговременное реагирование на вмешивающиеся когниции	260
Развитие у клиентов реалистичных ожиданий в отношении действенности домашних заданий	262
Реагирование на отрицательные мысли после выполнения домашнего задания	263
Проверка выполнения домашнего задания на следующей сессии	264
Концептуализация трудностей, из-за которых клиенты не выполнили задание	264
Дисфункциональные убеждения, препятствующие решению проблем и выполнению домашних заданий	264
Выявление ключевых убеждений	265
Типичные убеждения	266

Клинический случай	282
Когда клиенты не прогрессируют	289
Когда важно не решать проблему	289
Выводы	290
Глава 10. Сложности при выявлении когний	291
Распознавание автоматических мыслей	292
Ситуации, порождающие автоматические мысли	292
Когда у клиента мало отрицательных мыслей	293
Применение и видоизменение стандартных стратегий для выявления автоматических мыслей	295
Проведение опроса	295
Сосредоточение на эмоциях и соматических ощущениях	298
Использование воображения	300
Использование ролевых игр	301
Проблемы в выявлении автоматических мыслей	302
Клиенты дают интеллектуализированные ответы	302
Клиенты проявляют чрезмерный перфекционизм	303
Клиенты предоставляют лишь поверхностные автоматические мысли	304
Клиенты боятся быть подавленными отрицательными эмоциями	306
Клиенты придают своим мыслям особое значение	308
Клиент опасается осуждения со стороны психотерапевта	308
Откладывание выявления автоматических мыслей	310
Выявление образов	310
Образы-предсказания	311
Образы-воспоминания	312
Образы-метафоры	312
Выявление предположений	312
Применение и видоизменение стандартных стратегий для выявления предположений	313
Незаконченные предположения	313
Работа с сутью высказывания	314
Преобразование установок и правил в предположения	315
Выявление глубинных убеждений	315
Применение и видоизменение стандартных стратегий для выявления глубинных убеждений	315

Опрос клиентов о значении их мыслей	315
Проверка предположений	316
Когда глубинные убеждения выражены в виде автоматических мыслей	318
Категоризация неоднозначных глубинных убеждений	318
Проблемы в выявлении глубинных убеждений	319
Выводы	319
Глава 11. Сложности при изменении мыслей и образов	321
Применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения автоматических мыслей	322
Подготовка к оцениванию	322
Использование стандартных вопросов	325
Использование других типов вопросов и техник	325
Проблемы в изменении автоматических мыслей	329
Клиенты не верят, что их мысли искажены	329
Клиенты не испытывают облегчения после оценки своих мыслей и реагирования на них	330
Дисфункциональные убеждения об изменении автоматических мыслей	331
Проблемы в изменении мыслей между сессиями	335
Практические проблемы	335
Дисфункциональные идеи по поводу когнитивной реструктуризации	336
Применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения спонтанных образов	338
Образы-предсказания	339
Образы-метафоры	341
Образы-воспоминания	341
Выводы	342
Глава 12. Сложности при изменении предположений (промежуточных убеждений)	343
Различия между предположениями на уровнях автоматических мыслей и промежуточных убеждений	344
Применение и видоизменение стандартных стратегий для изменения предположений	345

Расширенный клинический случай	346
Предположение 1: “Если я позволю себе плохое самочувствие, то «развалюсь на части» (но если буду избегать плохого самочувствия, со мной все будет хорошо)”	347
Предположение 2: “Если у меня возникнет проблема, я не смогу ее решить (но если я проигнорирую ее или смогу ее избежать, все будет в порядке)”	357
Предположение 3: “Если мне станет лучше, моя жизнь ухудшится (но если все останется как есть, то по крайней мере я смогу поддерживать статус-кво)”	359
Выводы	361
Глава 13 . Сложности при изменении глубинных убеждений	363
Применение и модификация стандартных стратегий для изменения глубинных убеждений	365
Психообразование клиентов в отношении глубинных убеждений и копинг-стратегий	365
Связь глубинных убеждений и копинг-стратегий	366
Выдвижение терапевтической гипотезы	367
Представление модели обработки информации	367
Использование аналогий	379
Конструирование более реалистичных глубинных убеждений	379
Мотивирование клиентов к изменению глубинных убеждений	379
Клинический случай с техниками изменения глубинных убеждений	381
Распознавание активации глубинных убеждений	381
Изменение обработки отрицательной информации	382
Изменение обработки положительной информации	384
Исследование обработки информации	385
Сократический диалог	385
Терапевтические заметки	387
Изменение сравнений	387
Когнитивный континуум	387
Поведение “как если бы”	391
Обращение к ролевым моделям	391
Рационально-эмоциональные ролевые игры	392
Интервенции в окружении	394
Вовлечение семьи	395

Групповая терапия	395
Сны и метафоры	396
Реструктуризация значения травматических детских переживаний	398
Библиотерапия	400
Изменение глубинных убеждений относительно окружающих	401
Выводы	402
Приложение А. Ресурсы, тренинги и методы контроля в когнитивной терапии	403
Институт когнитивной психотерапии и исследований (Beck Institute For Cognitive Therapy And Research)	403
Академия когнитивной терапии	405
Приложение Б. Опросник личностных убеждений	407
Список литературы	415
Предметный указатель	421

Выявление терапевтических проблем

Работая над книгой *Когнитивная психотерапия: полное руководство*, я понимала, что “стандартный” текст по когнитивной терапии не сможет охватить все разнообразие трудностей, которые представляют многие клиенты в процессе терапии. У одних клиентов, например, не наблюдается прогресса в улучшении их состояния при применении традиционных терапевтических стратегий. К другим клиентам, как иногда может показаться, неприменимы стандартные терапевтические техники. Третьи клиенты ведут себя так, будто не желают участвовать в лечении. Четвертые, похоже, крепко держатся за свои укоренившиеся искаженные убеждения о себе, людях и окружающем мире. Для всех этих клиентов лечение должно быть разным. Но как психотерапевту понять, когда и как следует изменить лечение?

Когда опытные когнитивные терапевты сталкиваются со сложными случаями (т.е. с клиентами, требующими от психотерапевта нестандартного подхода; на страницах книги мы будем для краткости называть их “трудными”), подчас создается впечатление, будто они интуитивно понимают, что нужно делать. После многочисленных просьб о написании книги, которая освещала бы стоящие за такими клиентами проблемы, я стала внимательнее наблюдать за решениями, которые принимаю во время терапевтической сессии. То, что может показаться интуитивным процессом принятия решений, на самом деле основано на непрерывно развивающейся концептуализации случаев клиентов, их диагнозов и

опыта прохождения психотерапии. Мне очень повезло: помимо результатов наблюдения за собственной работой, у меня была возможность наблюдать и тщательно анализировать терапевтическую работу моего отца, Аарона Т. Бека, д-ра медицины, а также следить за работой моих коллег и супервизоров.

В этой книге предлагается обзор того, что я освоила уже после публикации книги *Когнитивная психотерапия: полное руководство*. В предыдущей книге были представлены пошаговые методы применения когнитивной терапии для клиентов, представлявших простые случаи депрессии и тревоги, и это стало важной подготовкой к настоящему руководству, цель которого — помочь психотерапевтам выбрать стратегию, когда стандартные терапевтические стратегии неэффективны.

Большинство сложных причин объясняются трудностями, с которыми сталкиваются клиенты во время терапевтического процесса. Некоторые проблемы находятся вне контроля психотерапевта, например клиент не имеет финансовой возможности регулярно его посещать или его окружение настолько стрессогенно, что психотерапия не приносит сколько-нибудь значимой пользы. Но большинство проблем все-таки подлежат терапевтическому контролю — во всяком случае, частично. Сложности могут возникать из-за искаженных убеждений клиентов (например, “Если мое состояние улучшится, то моя жизнь ухудшится”) или по причине терапевтической ошибки (например, применяя стандартную методику лечения при депрессии, когда клиент на самом деле страдает от другого расстройства).

Во время сотен семинаров, проведенных мною за прошлое десятилетие, я обращалась к специалистам по психическому здоровью с просьбой описать конкретные проблемы, с которыми они сталкиваются в работе с клиентами. Я пришла к двум важным выводам. Во-первых, многие клиницисты склонны описывать трудности слишком общими терминами, которые не в состоянии четко определить проблему; к этой категории относится, в частности, утверждение о том, что клиент “резистентен”. Во-вторых, когда психотерапевты все-таки конкретизируют проблемы, они, как правило, снова и снова обозначают одни и те же виды трудностей: клиент не выполняет домашние задания, клиент враждебно настроен по отношению к терапевту, клиент между сессиями проявляет саморазрушающее поведение и т.д. Я обнаружила, что многим психотерапевтам нужно научиться описывать трудности с помощью поведенческих терминов в рамках когнитивной терапии, а также обучиться разработке стратегий, основанных на точной концеп-

туализации применительно к каждому отдельному клиенту. Эта книга учит психотерапевта:

- конкретизировать проблему (и определять степень ответственности психотерапевта за ее решение);
- концептуализировать индивидуальные особенности клиентов, в том числе расстройства по оси II²;
- справляться с проблемными реакциями клиентов на психотерапевтов и психотерапевтов на клиентов;
- устанавливать цели, структурировать сессии, находить способы решения проблем и добиваться успешного выполнения домашних заданий (включая изменения поведения) при работе с “трудными” клиентами;
- выявлять и изменять укоренившиеся дисфункциональные когниции (автоматические мысли, образы, предположения и глубинные убеждения).

В приложении А приводится список возможностей для продолжения профессионального роста и развития когнитивного терапевта. В любом случае практическое обучение и супервизия попросту незаменимы.

Конкретизация проблем

Даже самые опытные когнитивные терапевты сталкиваются со сложностями при работе с некоторыми клиентами. У них может даже возникнуть искушение обвинить клиентов в преднамеренном создании проблем и приписать их отношение и дисфункциональное поведение проявлению недостатков характера. Однако вам не удастся извлечь какую-либо пользу для психотерапии, если вы будете описывать проблему в общих чертах, называя клиента “сопротивляющимся”, “немотивированным”, “ленивым”, “фрустрирующим”, “манипулятивным” или “застревающим”. Такие общие характеристики, как “клиент не проявляет желания участвовать в терапии” или “клиент ожидает, что я сделаю всю работу вместо него”, тоже слишком расплывчаты, чтобы быть полезными для планирования терапевтической стратегии. Более продуктивным будет *конкретизировать поведение*, препятствующее терапии и принятию позиции, ориентированной на решение проблем.

² Ось II в классификации DSM-V включает отклонения в развитии личности и личностные нарушения. — *Примеч. ред.*

Психотерапевты смогут точно определить, в чем заключается сложность, задав себе такой вопрос:

- “Является ли проблемой то, что говорит или делает клиент (или не говорит или не делает) во время терапевтических сессий и между ними?”

Вот типичные примеры проблемного поведения, которые проявляют некоторые клиенты *в ходе* терапевтической сессии. Они, например:

- настаивают на том, что они не могут измениться или что терапия не может им помочь;
- не устанавливают целей и не участвуют в повестке дня;
- жалуются, отрицают свои проблемы или обвиняют в них окружающих;
- представляют слишком много проблем или переключаются с одной проблемы на другую;
- отказываются отвечать на вопросы или ходят вокруг да около;
- опаздывают или пропускают сессии;
- требуют исключительных прав;
- злятся, расстраиваются, не реагируют или излишне критичны;
- не способны или не хотят менять свои когниции;
- невнимательны или постоянно прерывают психотерапевта;
- обманывают или избегают раскрытия важной информации.

Многие клиенты проявляют дисфункциональное поведение и *между* сессиями:

- не выполняют домашние задания;
- не принимают назначенные медикаменты;
- употребляют алкоголь или другие психоактивные вещества;
- в кризисные моменты постоянно звонят психотерапевту;
- демонстрируют саморазрушающее поведение;
- занимаются членовредительством в отношении окружающих.

Суицидальные попытки требуют немедленной кризисной интервенции и диагностики в отделении экстренной помощи (эта тема выходит за рамки книги).

Клинический случай

Андреа, клиентка с биполярным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством и пограничным расстройством личности, недавно была выписана из стационара после попытки суицида. Она начала проходить психотерапию в условиях дневного стационара. С самого начала Андреа не доверяет своему психотерапевту и проявляет повышенную настороженность. Она сдержанна, не хочет определять цели и все время твердит, что терапия ей все равно не поможет. Андреа часто обижается на своего психотерапевта, приписывая той негативные мотивы и обвиняя в своем дистрессе. Она отказывается выполнять домашние задания и принимать лекарства, назначенные психиатром.

Чтобы определить, как лучше всего лечить “трудных” клиентов, таких как Андреа, важно определить, связаны ли трудности в психотерапии со следующими факторами:

- патология клиента;
- терапевтическая ошибка;
- *внутренние* факторы лечения (вид медицинской помощи, формат терапии и частота сессий);
- *внешние* факторы лечения (наличие органического заболевания, токсичность среды клиента или необходимость дополнительного лечения).

Многие проблемы, описанные в этой книге, связаны с первым фактором: патология клиента. В сложных случаях у клиентов часто наблюдаются устойчивые проблемы во взаимоотношениях с людьми, сложности на работе и в управлении своей жизнью. Обычно такие клиенты имеют крайне негативные мысли о себе и о других и им в целом присуще негативное мировоззрение, сформировавшееся у них в детстве или подростковом возрасте и которого они придерживаются и сейчас. Когда эти убеждения управляют их восприятием, клиенты склонны к крайне дисфункциональному восприятию, ощущениям и поведению — независимо от времени и ситуации, в том числе во время терапевтической сессии. Для психотерапевтов важно заметить активизацию этих убеждений и определить, когда и как необходимо скорректировать терапию в ответ на них. Сложность в работе с клиентами также может возникать вследствие характера их расстройства, например по причине эго-синтонности анорексии или биполярного расстройства из-за биологического влияния на смену настроения. Таким клиентам также необходимо специализированное лечение.

Однако другие проблемы возникают из-за ошибок в самом лечении, когда психотерапевты не придерживаются соответствующим образом терапевтических стандартов. А некоторые проблемы являются результатом сочетания обоих видов проблем. Таким образом, прежде чем выяснить, с чем связаны возникшие сложности (с патологией клиента или с терапевтической ошибкой), необходимо конкретизировать проблему, оценить ее масштабность и частоту возникновения, а также учесть, какие другие факторы могут быть задействованы в терапевтическом процессе. В остальной части этой главы описывается, как:

- определять степень сложности проблемы или проблем;
- учитывать внешние факторы терапевтической сессии;
- распознавать терапевтические ошибки;
- выявлять дисфункциональные убеждения клиентов;
- различать терапевтические ошибки и дисфункциональные убеждения клиентов.

В заключительном разделе будет описано, какие меры предпринимать в первую очередь, чтобы избежать терапевтических проблем.

Определение степени сложности проблемы

Прежде чем принимать решение, что делать дальше, следует проанализировать проблемы, которые возникают в терапевтическом процессе, для определения степени их сложности и частоты возникновения. Психотерапевты должны задать себе следующие вопросы.

- “Это проблема, которая возникает ненадолго в ходе одной сессии?”
- “Это проблема, которая проявляется на протяжении всей сессии?”
- “Или проблема возникает на многих сессиях?”

Проблемы средней степени сложности необязательно требуют незамедлительного разрешения, по крайней мере изначально. Джордж, ученик средней школы, гримасничал и закатывал глаза в начале первых двух терапевтических сессий. Психотерапевт не придавала особого значения поведению Джорджа. Вместо этого она позаботилась о том, чтобы выразить достаточно эмпатическое отношение к нему и, таким образом, показать ему, что она не собирается, как другие взрослые, контролировать его жизнь. Она также помогла ему установить цели, кото-

рые именно *он* хотел достичь, а не которые кто-то наметил для него. К середине второй сессии Джордж осознал, что его психотерапевт может много в чем ему помочь, и его негативные реакции прекратились.

Некоторые проблемы довольно специфичны и изолированы, и тогда применяют элементарное решение проблемы. Джерри раздражался, когда психотерапевт просил его еженедельно заполнять контрольные перечни симптомов. Вместе с психотерапевтом они достигли компромисса, договорившись, что вместо этого Джерри будет оценивать свое настроение по 10-балльной шкале. Холли нужна была помощь в решении того, как обеспечить уход за ее маленькими детьми во время ее отсутствия, чтобы она могла регулярно посещать сессии и приходить вовремя.

Другие проблемы более комплексны и могут потребовать различных способов решения. Когда психотерапевт попытался помочь Тони оценить ригидные убеждения, клиентка не смогла посмотреть на ситуацию с другой стороны. Ее психотерапевт просто сказал: “Похоже, что это (обсуждение) не очень продуктивно в данный момент. Как насчет того, чтобы пойти дальше (к следующей проблеме повестки дня)?” Боб выглядел расстроенным, когда психотерапевт прервал его в третий раз. Убедившись, что его дистресс действительно связан с этим, психотерапевт извинился и предложил Бобу говорить непрерывно в течение следующих 5–10 минут. В обоих случаях изменение терапевтического плана помогло решить возникшую проблему.

Иногда проблема связана с терапевтической сессией в целом. Люси чувствовала себя хуже к концу сессии, чем когда она только входила в кабинет. Психотерапевт верно объяснил причину дистресса продолжающейся активацией ее глубинных убеждений о своей никчемности. Они договорились выделять последние несколько минут каждой сессии для беседы об одном из интересов Люси (фильмы) для того, чтобы Люси могла заканчивать сессию в состоянии меньшего дистресса. Маргарет выглядела болезненно восприимчивой в первой части терапевтической сессии. В ответ на жалобу клиентки о недостатке сочувствия психотерапевт предложила ей выражать свои чувства более полно, в то время как она (терапевт) будет внимательно слушать и воздерживаться от решения проблемы почти до конца сессии. И опять же, эти трудности были быстро устранены.

Продолжающаяся проблема, которая переходит из сессии к сессии, обычно требует больше времени для обсуждений и поиска путей разрешения, чтобы клиент не прекращал терапию и его состояние улучшалось. Дин постоянно раздражался на своего психотерапевта, полагая, что она пытается его контролировать или оказывать на него давление.

Его психотерапевту понадобилось больше времени и сил для создания доверительной атмосферы, чтобы помочь ему выявить дисфункциональные мысли о ней и научить его более адаптивно на них реагировать; это привело Дина к пониманию проблем в их терапевтических отношениях, вследствие чего он лучше смог отслеживать свои ежедневные проблемы за пределами терапии.

Большинство терапевтических трудностей устраняются путем решения возникших проблем, а также в результате изменений когниций клиентов или смены стратегии поведения психотерапевта. Когда трудности все-таки остаются, важно оценить различные факторы, которые могут препятствовать терапии, о чем написано ниже.

Учет внешних факторов, влияющих на терапевтическую сессию

В то время как одни текущие проблемы относятся к процессу и содержанию терапевтической сессии, другие оказывают свое влияние извне. Ключевые моменты, которые будут рассмотрены ниже, можно представить в виде контрольного перечня.

- Правильно ли подобрана “доза” психотерапии?
 - Клиенту рекомендуется посещать больше сессий? Меньше?
 - Клиенту рекомендуется амбулаторное лечение, дневной стационар или полная госпитализация?
- Правильно ли подобрано медикаментозное лечение?
 - Если клиент не принимает лекарственные препараты, следует ли их назначить?
 - Если клиент принимает лекарственные препараты, совместимы ли они?
 - Выражены ли побочные эффекты?
- Имеет ли клиент недиагностированную органическую проблему?
 - Следует ли направить клиента на медицинский осмотр?
- Подходящий ли формат психотерапии?
 - Клиенту рекомендуется индивидуальная терапия?
 - Групповая терапия?
 - Терапия пар?
 - Семейная терапия?

- Нуждается ли клиент в дополнительном лечении?
 - Следует ли перенаправить клиента к психофармакологу?
 - Духовному наставнику?
 - Диетологу?
 - Консультанту по вопросам карьеры?
- Может ли текущее окружение или рабочая среда клиента влиять на терапевтический процесс?
 - Стоит ли клиенту временно изменить место проживания?
 - Рекомендуется ли клиенту что-то изменить в своей работе?
 - Найти другую работу?

Объем и вид медицинской помощи, формат лечения и дополнительное лечение

Иногда клиентам не удается достичь достаточного прогресса в улучшении их состояния из-за неподходящего *объема* терапии. Клаудиа, клиентка с обширной клинической картиной, ощутила значительное улучшение своего состояния после того, как психотерапевт побудил ее посещать терапию еженедельно, а не раз в две недели. Дженис, у которой в последнее время значительно ослабли симптомы тревожного расстройства, потребовалось посещать психотерапию менее часто, чтобы иметь возможность применять навыки, которые она освоила, и практиковать их самостоятельно, а не полагаться так часто на своего психотерапевта.

Клиентам может не подходить вид медицинской помощи. Ларри, безработный клиент с быстроциклическим биполярным расстройством и частыми суицидальными мыслями, проходил амбулаторное лечение, но его состояние периодически ухудшалось, и поэтому время от времени он нуждался в дневном стационаре. Кэрол было рекомендовано пребывание в стационарном реабилитационном центре для избавления от наркотической зависимости, прежде чем ее успешно перевели на лечение в условиях дневного стационара.

Для некоторых клиентов может быть подобран неправильный *формат* терапии. Рассел, клиент с депрессией и значительной патологией по оси II, “продвинулся” в терапии быстрее после того как согласился сменить индивидуальную психотерапию на групповую. Он увидел, что переживания людей из его группы похожи на его собственные, и

поэтому они заслуживали его доверия; таким образом, ему легче удавалось оценивать свои мысли и менять дисфункциональное поведение. Элейн, у которой были депрессия средней степени и тревога, наряду с пограничными чертами прошла несколько сессий индивидуальной психотерапии. Ее состояние стало улучшаться значительно быстрее, после того как к психотерапии присоединился ее парень. У Лизы, подростка с оппозиционным расстройством личности, не наблюдалось особых изменений, пока она посещала только индивидуальную психотерапию. При этом Лиза отличалась склонностью обвинять других и отказывалась брать ответственность за свои проблемы. Но когда ее психотерапевт стал чередовать индивидуальные сессии с семейной терапией, состояние Лизы начало улучшаться.

Иногда у психотерапевтов нет специальных навыков, которые необходимы для максимально эффективного лечения, в таком случае следует добавить *специализированное лечение*. Некоторым клиентам существенно помогает привлечение духовных наставников, диетологов и консультантов по вопросам карьеры. Многим клиентам помогает участие в таких группах, как “Анонимные алкоголики”, или других группах самопомощи.

Биологические интервенции

У многих клиентов, особенно у тех, кто принимает медикаменты в течение определенного периода времени, после *консультации фармакотерапевта* наблюдается улучшение состояния в связи с уменьшением дозировки или замены лекарственного препарата. Джо, глубоко депрессивный клиент, испытывал значительные проблемы со сном. Медикаментозное лечение облегчило его проблему и позволило ему достичь большего прогресса в психотерапии. Шеннон, клиентка с паническим расстройством, принимала высокую дозу бензодиазепенов для уменьшения симптомов тревоги. Она не могла полностью поверить в то, что эти симптомы не опасны, пока не снизила суточную дозу. У Нэнси были седативные побочные эффекты от антипсихотических препаратов, что мешало ей оставаться сосредоточенной на сессиях (и во время выполнения домашних заданий), пока ей не подобрали другое лекарство.

Также клиенты могут иметь *недиагностированные медицинские проблемы*, на которые следует обратить внимание. Если клиент не проходил в последнее время медицинский осмотр, то психотерапевт должен его порекомендовать. Марк проявлял тревогу и раздражительность, значи-

тельно потерял в весе, был эмоционально лабилен и имел проблемы с концентрацией внимания. К счастью, психотерапевт направил его к врачу первичной медицинской помощи, который по анализу крови определил, что вместо депрессии у Марка гипертиреоз. Александра также, казалось, страдала от депрессии. У нее отмечалась потеря интереса почти во всех сферах ее деятельности, понизилась физическая и умственная активность, она не могла спать и набрала вес. Как только врач диагностировал у нее гипотиреоз и назначил соответствующее лечение, ее симптомы уменьшились.

Другие клиенты могут проявлять симптомы, которые выглядят, как признаки определенных психических расстройств, но на самом деле являются следствием эндокринных расстройств, опухоли головного мозга, травмы головного мозга, эпилепсии, инфекций центральной нервной системы, нарушения обмена веществ или нехватки витаминов, а также результатом дегенеративных деменций, цереброваскулярных или других заболеваний (для более детальной информации по этой теме см. *Asaad, 1995*).

Изменение окружающей среды

Иногда окружение клиента настолько вредно, что терапевтическая интервенция должна сочетаться с изменением окружающей среды. Ребекка, тяжело депрессивный подросток с расстройством пищевого поведения, жила с матерью и тремя братьями и сестрами. В доме царил хаос; мать страдала от алкогольной зависимости и подвергала дочь эмоциональному насилию, а сожитель матери избивал девочку. Ребекке никак не удавалось значительно продвинуться в решении своих проблем, пока психотерапевт не настоял на ее переезде к тете. Кен, клиент с быстроциклическим биполярным расстройством, которые он мог контролировать лишь частично, ежедневно испытывал огромные трудности на работе, которая была ему не по силам в периоды обострения его симптоматики. Он становился все более и более тревожным, подавленным и суицидальным. Только когда он устроился на менее сложную работу, он смог прогрессировать в психотерапии.

Когда клиенты сопротивляются изменениям или просто неподатливы, важно определить, не воздействие ли это внешних факторов, которые мы обозначили выше. Решение таких трудностей, а также выявление терапевтических ошибок или дисфункциональных убеждений клиентов, могут быть предельно важными для улучшения состояния клиентов.

Терапевтическая ошибка или дисфункциональные убеждения клиента

Многие проблемы, которые возникли во время сессий или между ними, связаны с терапевтическими ошибками, дисфункциональными когнициями клиента или их сочетанием.

Является ли проблема результатом терапевтической ошибки

Даже опытные психотерапевты по неосторожности допускают ошибки. В этой книге описаны следующие типичные промахи.

- Ошибочный диагноз (например, неправильно диагностированное паническое расстройство вместо простой фобии).
- Неправильное формулирование или концептуализация случая (например, ошибочное определение того, что тревога, а не депрессия, является первичной для конкретного клиента, или неправильное выявление глубинных убеждений клиента).
- Неприменение формулирования случая и концептуализации клиента к определению вектора терапии (например, сосредоточение на проблемах или когнициях, которые не являются ведущими в процессе выздоровления клиента).
- Несоответствие терапевтического плана (например, применение терапевтических принципов, рекомендованных при генерализованном тревожном расстройстве, для клиента с обсессивно-компульсивным расстройством).
- Разлад в терапевтическом альянсе (например, психотерапевт не признает, что клиент слишком фрустрируется во время терапевтической сессии).
- Нереалистичный список установленных поведенческих целей (например, цели клиента слишком общие).
- неподходящая структура сессии или темп (например, психотерапевт редко прерывает клиента, чтобы сосредоточиться на более важной проблеме).
- Неверный выбор решений текущих проблем (например, психотерапевт изначально сосредоточивается на травме детства депрессивной клиентки вместо того, что помочь ей стать более эффективной в повседневной жизни).

- Неправильное применение терапевтических техник (например, разработка иерархии экспозиции, в которой первые несколько шагов слишком сложны для клиента).
- Неподходящее домашнее задание (например, психотерапевт предлагает домашнее задание, которое клиент вряд ли сможет выполнить).
- Результаты терапевтической сессии не сохраняются в памяти клиента (например, психотерапевт не записывает для клиента ключевые моменты сессии на бумаге или диктофоне).

Часто психотерапевтам сложно выявить свои ошибки. Прослушивание аудиозаписи терапевтической сессии самостоятельно или с коллегами порой помогает выявить вышеуказанные виды терапевтических ошибок, особенно если при этом слушатель использует “Шкалу оценки когнитивной терапии” (*Young & Beck, 1980*). Эта шкала доступна на сайте www.academyofct.org вместе с руководством, которое применяется для оценки компетентности когнитивного терапевта в 11 сферах. Однако самостоятельное прослушивание аудиозаписи часто бывает недостаточным; тогда необходим тщательный анализ случая с коллегой или супервизором.

Относится ли проблема к дисфункциональным убеждениям клиента

О том, как выявить убеждения, которые могут лежать в основе проблем клиента в процессе психотерапии, более подробно речь пойдет в следующих двух главах. Если коротко, вначале необходимо формулировать гипотезы, а затем проверять их вместе с клиентом. Для того чтобы это сделать, психотерапевт может представить себя на месте клиента и задать себе два вопроса.

- “Если я веду себя дисфункциональным образом, то что хорошего происходит?”
- “Если я не буду вести себя дисфункциональным образом, то что плохого может произойти?”

Андреа, клиентка, о которой я рассказывала в начале этой главы, часто обвиняла других в своих проблемах. У нее были такие убеждения.

- “Если я буду обвинять других, мне не придется меняться. Но если я признаю, что я причастна к своим проблемам, мне будет плохо, другие окажутся ни при чем, а мне придется взять ответственность за свои изменения, чего я не смогу сделать в любом случае”.

Андреа крайне осторожно высказывалась на сессиях из-за следующих убеждений.

- “Если я буду избегать ответов на прямые вопросы (моего психотерапевта) или менять тему разговора, со мной будет все в порядке. Но если я откроюсь (моему психотерапевту), я буду чувствовать себя незащищенной и уязвимой, а она осудит меня и отвергнет”.

Третий вид убеждений объясняет постоянную рационализацию Андреа, оправдывающую отсутствие каких-либо изменений в ее поведении. В основе ее регулярного невыполнения домашних заданий скрывались следующие убеждения.

- “Если я буду сохранять статус-кво, мне не будет еще хуже. Но если я попытаюсь улучшить свою жизнь, она станет только хуже”.

Понимание убеждений, которых придерживаются клиенты, часто помогает объяснить причины их дисфункционального поведения. Зачастую необходимы проверка этих убеждений и их изменение, прежде чем у клиентов возникнет желание измениться.

Различия между проблемами, связанными с терапевтической ошибкой, и дисфункциональными когнициями клиентов

Иногда источник проблемы не так очевиден. Ниже приведены некоторые типичные сложности, которые возникают при работе с “трудными” клиентами, а также примеры терапевтических ошибок и дисфункциональных мыслей и убеждений клиентов.

- Клиент не принимает участия в повестке дня.
 - Терапевтическая ошибка: психотерапевт не попросил клиентку (как часть домашнего задания) подумать о том, в решении каких проблем ей больше всего нужна помощь.
 - Когниция клиента: “Это бесполезно обсуждать, так как мои проблемы неразрешимы”.

- Клиент расстраивается, когда психотерапевт его прерывает.
 - Терапевтическая ошибка: психотерапевт слишком часто или неожиданно прерывает клиента, что, соответственно, создает для него дискомфорт.
 - Когниция клиента: “Мой психотерапевт прерывает меня, потому что он хочет меня контролировать”.
- Клиент упорно противостоит мнению психотерапевта.
 - Терапевтическая ошибка: психотерапевт слишком настойчиво выражает свое мнение или заявляет о нем слишком рано для данного этапа терапии, или его взгляды ошибочны.
 - Когниция клиента: “Если я соглашусь с точкой зрения моего психотерапевта, это будет означать, что он победил, а я проиграл”.
- Клиент жалуется на проблемы, вместо того чтобы сотрудничать с психотерапевтом в процессе их решения.
 - Терапевтическая ошибка: психотерапевт недостаточно вовлек клиента в терапию или не направляет его в продуктивное русло решения проблем.
 - Когниция клиента: “Мне не нужно меняться”.
- Клиент невнимателен.
 - Терапевтическая ошибка: в процессе работы психотерапевт не учел особенности клиентов с дефицитом внимания и тех, кто испытывает значительный дистресс.
 - Когниция клиента: “Если я буду слушать своего психотерапевта, я расстроюсь”.

Как избежать проблем в терапии

Психотерапевты могут свести к минимуму возникновение проблем при условии, что они будут придерживаться основных принципов когнитивной терапии (более подробное описание приведено в *J. Beck, 1995*).

1. Точная диагностика и формулирование случая.
2. Концептуализация случая клиента в когнитивных терминах.
3. Применение когнитивного формулирования и индивидуальной концептуализации для разработки терапевтического плана в ходе сессий и между ними.

4. Построение надежного терапевтического альянса.
5. Установление конкретных поведенческих целей.
6. Применение основных стратегий.
7. Использование передовых стратегий и методов.
8. Оценка эффективности интервенций и терапии в целом.

Эти составляющие кратко приведены ниже и описаны во всех главах книги.

Диагностика и формулирование

Так как направленность лечения в когнитивной терапии может существенно различаться в зависимости от расстройства, важно провести тщательную клиническую оценку состояния клиента, которая позволит иметь точный диагноз. Например, лечение посттравматического стрессового расстройства будет значительно отличаться от лечения генерализованного тревожного расстройства.

Также очень важно правильно сформулировать клинический случай. Например, в лечении панического расстройства наиболее важными когнициями клиента будут катастрофически неверные интерпретации его симптомов (*Clark & Ehlers, 1993*). В депрессии основной мишенью психотерапии будут отрицательные мысли о себе, о мире и о будущем (*Beck, 1976*). Работая с обсессивно-компульсивным расстройством, важно не столько сосредоточиваться на *содержании* навязчивых мыслей или образов клиентов, сколько изменить их *оценку* своих навязчивых когниций (*Frost & Steketee, 2002; Clark, 2004; McGinn & Sanderson, 1999*). Если психотерапевт применяет общий подход для всех клиентов, не варьируя его в соответствии с индивидуальными потребностями каждого, то его клиенты вряд ли достигнут значительного прогресса. Дополнительную информацию можно найти на сайте www.beckinstitute.org.

Психотерапевты также должны знать ключевые данные, влияющие на клиентов и их лечение, например их возраст, уровень физического и интеллектуального развития, культурное окружение, духовные убеждения, пол, сексуальную ориентацию, физическое здоровье, а также жизненный этап, на котором они сейчас пребывают. Например, Миа — азиатка. Ее психотерапевт непреднамеренно усугубил ее состояние, ставя под сомнение ее чрезвычайно глубинные культурные убеждения о необходимости послушания родителям. Психотерапевт Джанет не прочувствовала горя, которое клиентка испытывала, когда ее младший

ребенок ушел из дома, и вместо эмпатии и поддержки попыталась изменить ее мышление, что привело Джанет к мысли, что та не способна на нормальные человеческие реакции. Психотерапевт Кейт не принял во внимание возрастные трудности с памятью и мобильностью своей клиентки и предложил выполнить домашнее задание, которое явно было обречено на провал.

Иногда, еще на этапе диагностического интервьюирования или в начале первой терапевтической сессии, становится ясно, что лечение нужно будет видоизменить. Понимание того, что у Андреа, случай которой я описывала выше, имеется пограничное расстройство личности с выраженными паранойяльными чертами, помогло ее психотерапевту подумать о том, как должно отличаться лечение Андреа от лечения клиента, у которого случился первый эпизод депрессии и у которого нет выраженной патологии по оси II.

Диагностика и формулирование клинического случая должны непрерывно подвергаться пересмотру и дополнению. Например, в начале психотерапии сопутствующий диагноз клиента может быть неочевидным. У Элеоноры, которая страдала от депрессии и панического расстройства, вначале наступили заметные улучшения ее состояния, но затем она как будто “застряла”. Только после того как психотерапевт осознал, что у нее также имеются значительные признаки социальной фобии, и скорректировал ее лечение, у Элеоноры снова наступил прогресс. То же самое произошло и с Родни, который в самом начале снизил дозу принимаемых наркотиков.

Когнитивная концептуализация

Психотерапевты должны непрерывно развивать и совершенствовать когнитивную концептуализацию каждого клиента. Концептуализация, описанная в главе 2, помогает психотерапевтам (и клиентам) понять, почему в данный момент клиент реагирует на ситуации и проблемы именно таким образом, и обозначить основные когниции и паттерны поведения, которые мы нацелены изменить. У клиентов может быть разное количество проблем и проблемного поведения, тысячи автоматических мыслей, десятки дисфункциональных убеждений. Психотерапевты должны уметь быстро определять конкретные когниции и паттерны поведения, которые более других нуждаются в изменениях и которые легче всего поддаются изменениям.

Терапевтическое планирование на сессиях и между ними

Точное диагностическое формулирование позволяет психотерапевту разработать основной подход к лечению клиента в ходе терапевтических сессий. На индивидуальной сессии четкая, постоянно развивающаяся когнитивная концептуализация случая позволяет психотерапевту сосредоточиться на наиболее важных проблемах клиента, его дисфункциональных когнициях и паттернах поведения. Процесс терапевтического планирования во время сессий описывается на протяжении всей этой книги.

Создание терапевтического альянса

Для того чтобы эффективно принимать участие в терапевтическом процессе, большинство клиентов должны чувствовать, что у них понимающий, заботливый и компетентный психотерапевт. Но даже когда психотерапевты обладают всеми этими качествами, это может вызвать у некоторых из них негативные реакции, вследствие чего они с подозрением будут относиться к мотивам своего психотерапевта. Иногда психотерапевтам нужно изменять свой стиль, проявляя большую или меньшую степень эмпатии, структурированности, дидактичности, конфронтации, самораскрытия или чувства юмора. Например, независимый клиент может предпочесть более деловые отношения, тогда как социоотропный будет лучше взаимодействовать с теплым и дружелюбным психотерапевтом (*Leahy, 2001*). Способность точно определять, концептуализировать и преодолевать трудности в терапевтических отношениях является весьма важным условием для достижения прогресса у клиентов, что также может помочь им улучшить другие виды отношений, о которых речь идет в главах 4 и 5.

Определение конкретных поведенческих целей

Одной из важных терапевтических задач является побуждение клиента определять конкретные цели, которых он хочет достичь в результате психотерапии. Многие клиенты вначале заявляют, что хотели бы чувствовать себя более счастливыми или менее несчастными. Но эти цели слишком долгосрочные и общие, чтобы их можно было достичь легко и быстро. В таком случае нужно спросить, что бы клиенты *делали по-другому*, если бы уже были счастливыми, и тогда на достижение этого желаемого поведения и будет нацелена их работа на следующих сессиях.

Применение основных стратегий

Для психотерапевта также очень важно вовлечь клиента в выполнение основных задач когнитивной терапии, а именно: выявлять автоматические мысли и адаптивно на них реагировать, выполнять домашние задания, заниматься планированием активности (эта задача особенно важна для депрессивных клиентов), а также не избегать ситуаций, в которых клиент испытывает страх (эта задача особенно важна для клиентов с тревожными расстройствами). Психотерапевты, чьи клиенты особенно сопротивляются выполнению таких заданий, могут временно сместить фокус с этих ключевых задач и вместо этого обсудить, что можно сделать для достижения улучшений, или помочь клиентам справиться с дисфункциональными мыслями, которые возникают при постановке этих задач.

Применение передовых техник

Психотерапевтам часто приходится использовать широкий спектр техник для работы с клиентами. Как правило, это когнитивные и поведенческие техники, техники решения проблем, а также техники, направленные на поддержку клиента и установление межличностных отношений. По своей сути они могут быть разного характера: эмоциональные (например, обучение навыкам управления эмоциями клиентов с высокой реактивностью или усиление аффекта у избегающих клиентов), биологические (например, исключение органической причины симптомов расстройства или помощь клиентам в устранении побочных эффектов медикаментов либо последствий хронических заболеваний), средовые (например, помощь клиенту, который подвергается насилию, в поиске другого места проживания), опытные (например, реструктуризация значения ранней травмы посредством воображения), психодинамические (например, изменение искаженных убеждений клиента в отношении психотерапевта).

Психотерапевтам часто приходится изобретать новые методы по ходу активации эмоционально окрашенных убеждений клиентов или, наоборот, когда клиенты избегают выразить свои эмоции (*Newman, 1991; Wells, 2000*). Иногда могут потребоваться нестандартные подходы, например для того, чтобы выстроить прочный терапевтический альянс или помочь клиенту принять необходимые изменения.

Оценка эффективности интервенций и терапии в целом

Для того чтобы отслеживать терапевтический прогресс и разрабатывать терапевтический план во время сессий и между ними, необходимо проводить оценку настроения в начале каждой сессии (*J. Beck, 1995*), предпочтительно используя при этом самооценочные методики, такие как “Шкала депрессии Бека” (*Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961*) или “Опросник Бека для подростков” (*J. Beck, Beck, & Jolly, 2000*). Кроме того, важно оценить прогресс самой терапевтической сессии. Для этого применяются стандартные техники, например периодическое подведение итогов во время сессии или измерение интенсивности отрицательных эмоций, которые испытывает клиент, *до* и *после* обсуждения проблемы во время психотерапии (а также определение степени, насколько клиент верит в свои дисфункциональные убеждения). Однако изменения, проявляемые во время сессии, на самом деле не столь важны, если клиент возвращается к тому же негативному мышлению и настроению после сессии или если его привычное поведение не меняется за пределами терапевтических сессий. Важной составляющей оценки того, насколько эффективно продвигается терапия, является определение сути разумного прогресса для каждого отдельного клиента. У многих клиентов, описанных в этой книге, прогресс протекал довольно медленно, но достаточно устойчиво, с периодическими эпизодами регрессии.

Выводы

Выявление терапевтических проблем, оценка степени их сложности, а также обозначение источника проблем — составляющие искусства когнитивной терапии. Трудности могут быть связаны с внешними (например, токсичное окружение клиента) или внутренними (например, неподходящий вид медицинской помощи) факторами, терапевтической ошибкой (например, неправильное применение методов) или патологией клиента (например, его глубинные убеждения). Иногда необходима внешняя консультация для правильной диагностики проблемы. В этом руководстве предлагаются творческие способы преодоления типичных трудностей. Следующая глава, которая посвящена когнитивной концептуализации, закладывает основу для понимания того, почему возникают проблемы, связанные с патологией клиентов.