

Содержание

Предисловие	17
Список литературы	20
В память об Артуре Фримене	21
Об авторах	22
От издательства	24
Благодарность от издательства	24
Глава 1. Совместная формулировка случая как основной терапевтический процесс в когнитивной терапии	25
Основная предпосылка книги	25
Совместная формулировка случая и терапевтический альянс	28
Формулировка случая в КПТ и других подходах	29
Содержание глав и структура книги	30
Список литературы	41
Глава 2. Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии	47
Стандартная модель когнитивной терапии	47
“Я”-убеждения, коллаборативный эмпиризм и совместная формулировка случая	49
От формулировки случая к совместной формулировке случая	51
Совместная формулировка случая и терапевтический альянс	53
Совместная формулировка случая: клинические примеры	54
Совместная формулировка случая: теоретическая переориентация в сторону функционализма	63
Список литературы	67
Глава 3. Процесс концептуализации в когнитивно-поведенческой терапии. Комментарий к главе “Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии”	73
Процесс концептуализации КПТ и жизненные цели клиента	73
Элементы подхода КПТ	75
Список литературы	78

Глава 4. Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии. <i>Комментарий к главе “Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии”</i>	79
Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии и общие процессы: трехногая табуретка	79
Диаграмма когнитивной концептуализации в сложных случаях	80
Тренинг Аарона Т. Бека	83
Два клинических случая	84
Список литературы	86
Глава 5. Комментарий к главе “Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии”. <i>Использование целей при формулировке случая в когнитивно-поведенческой терапии</i>	87
Роль целей в формулировке случая	87
Антицели и их влияние на методологию формулировки случая	91
Антицели и их влияние на стратегию терапии	94
Пять компонентов формулировки случая	97
Список литературы	103
Глава 6. Формулировка случая в поведенческой традиции: <i>Мейер, Туркат, Лейн, Брух и Стурми</i>	105
Совместная формулировка случая, функционализм и свободный выбор	107
Теория Мейера в действии: поведенческая формулировка случая	108
Вклад Турката, Лейна и Бруха	109
Поведенческая формулировка: этапы	111
Совместная формулировка случая и функционализм	115
Питер Стурми: значение функционализма	116
Формулировка случая, эмпатия и терапевтические отношения	118
Список литературы	120
Глава 7. Некоторые замечания к главе “Формулировка случая в поведенческой традиции: Мейер, Туркат, Лейн, Брух и Стурми” (<i>Джованни Мария Руджеро, Габриэле Казелли и Сандра Сассароли</i>)	125
Введение	125
Что такое совместная формулировка случая	126

Формулировка случая и терапевтические отношения	128
Когниция и метакогниция	129
Самоуправляемая жизнь	130
Список литературы	131
Глава 8. Как установление связи В-С и обсуждение F позволяет планировать и проводить совместное и эффективное оспаривание в рационально-эмотивно-поведенческой терапии	133
Два ключевых аспекта REBT: установление связи В-С и обсуждение F	133
Процедура REBT	135
Рационализация D	140
Рационализация концепции ABC DEF и философия REBT	141
Список литературы	144
Глава 9. Комментарий к главе “Как установление связи В-С и обсуждение F позволяет планировать и проводить совместное и эффективное оспаривание в рационально-эмотивно-поведенческой терапии”. Связь В-С и обсуждение F в REBT	145
Введение	145
Формулировка случая как формулировка проблемы	146
Формулировка случая и клиент	149
Список литературы	156
Глава 10. Комментарий к главе “Как установление связи В-С и обсуждение F позволяет планировать и проводить совместное и эффективное оспаривание в рационально-эмотивно-поведенческой терапии”: <i>REBT — прочное основание для формулировки случая с помощью постоянной, имплицитной и гипотетико-дедуктивной формы сбора данных в полностью открытых, коллаборативных и равных отношениях с клиентом</i>	159
Здоровые и нездоровые эмоции в REBT	160
Обсуждение F	161
Формулировка случая помимо оспаривания и обсуждения F	162
Формулировка нового эффективного убеждения (ЕВ)	163
REBT использует формулировку случая иначе, чем большинство других подходов	164

Гипотетико-дедуктивный метод оценивания	165
Информация в виде общей структуры или собрания фрагментов отдельных проблем	166
Гипотетико-дедуктивный метод против гипотетико-индуктивного	167
Список литературы	168
Глава 11. Формулировка случая в процессуально-ориентированной терапии	169
Третья волна: процессуальные модели	169
Формулировка случая в терапии принятия и ответственности	171
Процессуально-ориентированная когнитивно-поведенческая терапия как подход к концептуализации случая	176
Формулировка случая в схема-терапии	180
Формулировка случая в метакогнитивной терапии	184
Список литературы	186
Глава 12. Комментарий к главе “Формулировка случая в процессуально-ориентированной терапии”. <i>Процессуально-ориентированная КПТ как подход к концептуализации случая</i>	191
Иновации процессуально-ориентированной когнитивно-поведенческой терапии	191
Структура процессуально-ориентированной когнитивно-поведенческой терапии	192
Формулировка случая в процессуально-ориентированной когнитивно-поведенческой терапии	196
Формулировка случая как развивающийся и циклический процесс в процессуально-ориентированной когнитивно-поведенческой терапии	199
Список литературы	201
Глава 13. Клинический поведенческий анализ, АСТ и формулировка случая. Комментарий к главе “Формулировка случая в процессуально-ориентированной терапии”	203
Поведенческий анализ и психологическая гибкость	203
Поведенческий анализ и ментализация	205
Формулировка случая и функциональный анализ	206
Ценности	208

Процессуально-ориентированная терапия	208
Список литературы	210
Глава 14. Схема-терапия, контекстуальная схема-терапия и формулировка случая. Комментарий к главе “Формулировка случая в процессуально-ориентированной терапии”	211
Когнитивная формулировка	211
Экспириентальные интервенции	212
Подход контекстуальной схема-терапии	213
Список литературы	215
Глава 15. Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии	217
Конструктивизм и рационализм	217
Клинический конструктивизм и формулировка случая	219
Самопознание в конструктивизме и стандартной когнитивной терапии	221
Роль терапевтических отношений	223
Роль травмы	224
Модель Джанни Лиотти: использование терапевтических отношений	226
Модель метакогнитивной межличностной терапии	230
Реляционная модель в конструктивизме	232
Историческая справка: Виктор Мейер и итальянский конструктивизм	234
Список литературы	239
Глава 16. Конструктивистская модель — пионер в формулировке. Комментарий к главе “Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии”	245
Психотерапия личностных конструктов и когнитивно-поведенческая терапия	246
Подход терапии личностных конструктов к формулировке	246
Главные черты формулировки личностных конструктов	249
Выводы	252
Список литературы	252

Глава 17. Комментарий к презентации модели метакогнитивной межличностной терапии в главе “Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии”	256
Главные особенности модели метакогнитивной межличностной терапии	256
Формулировка случая, терапевтические отношения и корректирующий эмоциональный опыт в модели МПТ	259
Список литературы	261
Глава 18. Роль травмы в психотерапевтических трудностях и ценность когнитивно-эволюционного подхода (СЕР) Джованни Лиотти. Комментарий к главе “Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии”	264
Цели комментария	264
Почему именно когнитивно-эволюционный подход	265
Как появился и развивался когнитивно-эволюционный подход	267
Детская травма препятствует оптимальной работе стандартной КПТ	268
Патогенные механизмы жестокого обращения с детьми	270
Реляционный характер интервенций в когнитивно-эволюционной терапии и их специфика	273
Список литературы	277
Глава 19. Формулировка случая в пострационалистской конструктивистской модели. Комментарий к главе “Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии”	282
Рационалистский и конструктивистский когнитивизм	282
Формулировка случая в пострационалистском когнитивизме	284
Этапы пострационалистской формулировки случая	285
Привязанность, отношения и травма в пострационалистской формулировке случая	286
Модель пострационалистской формулировки клинического случая (версия 1/2017, Маурицио Доде)	288
Литература	291

Глава 20. <i>Формулировка случая и терапевтические отношения в эволюционной теории мотивации. Комментарий к главе “Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии”</i>	295
Темы комментария	295
Общие моменты	296
Уточнение общих принципов терапевтической теории с точки зрения эволюционной теории мотивации	297
Имплицитные цели клиента	302
Список литературы	304
Глава 21. <i>Эмоция, мотивация, терапевтические отношения и когниция в модели Джованни Лиотти. Комментарий к главе “Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии”</i>	307
Реляционный параметр и эмоциональное изменение	307
Джованни Лиотти и его эволюционный конструктивизм	310
Терапевтические стратегии в когнитивно-эволюционной модели	312
Список литературы	313
Глава 22. <i>Формулировка случая как результат, а не отправная точка в реляционной и психодинамической моделях</i>	315
Формулировка случая в психодинамических моделях	315
Классические психодинамические модели	317
Психоаналитическая реляционная модель	321
Модель терапии, основанная на ментализации	324
Модель разрыва и восстановления отношений	326
Модель теории мастерства управления	327
Выводы	329
Список литературы	333
Глава 23. <i>Комментарии к главе “Формулировка случая в реляционной и психодинамической моделях как результат, а не отправная точка терапевтического процесса”. Формулировка плана или формулировка случая: взгляд на теорию мастерства управления</i>	339
Формулировка плана в теории мастерства управления	339
Совместная формулировка: сознательная и бессознательная	340
Список литературы	343

Глава 24. Исторические и теоретические заметки о психодинамической оценке. Комментарий к главе <i>“Формулировка случая в реляционной и психодинамической моделях как результат, а не отправная точка терапевтического процесса”</i>	347
Терминология	347
Цели этого комментария	349
Формулировка случая в психоанализе	350
Взгляд на формулировку случая в когнитивно- поведенческой парадигме	352
Когда формулировка случая возможна в психодинамической парадигме	353
Эпистемологический пессимизм в психодинамической и когнитивно-поведенческой парадигмах	354
Список литературы	355
Глава 25. Формулировка случая в психоанализе и когнитивно-поведенческой терапии. Комментарий к главе <i>“Формулировка случая в реляционной и психодинамической моделях как результат, а не отправная точка терапевтического процесса”</i>	359
Формулировка случая в психоанализе	359
Формулировка случая: сравнение психоанализа и когнитивной терапии	360
Ранняя формулировка случая в когнитивно- поведенческой терапии: критические замечания	362
Список литературы	367
Глава 26. Эмпирический подход к формулировке случая: интеграция и валидация когнитивных, эволюционных и процедурных элементов формулировки случая в КПТ с помощью процедуры LIBET	371
Три принципа формулировки случая в КПТ	371
Валидация формулировки случая в КПТ: обзор	375
Шаг вперед в валидации формулировки случая в КПТ: процедура LIBET	377
Процедура LIBET	395
Список литературы	404

Глава 27. Комментарий к главе “Эмпирический подход к формулировке случая: интеграция и валидация когнитивных, эволюционных и процедурных элементов формулировки случая в КПТ с помощью процедуры LIBET”: конструктивистский взгляд на LIBET	417
Главные характеристики формулировки	417
Оси формулировки LIBET	419
Выполнение процедуры LIBET	421
Выводы	422
Список литературы	422
Глава 28. Новые аспекты планирования случая: использование электронного приложения <i>E-mental Health</i>	425
Цели этой главы	425
Обзор сценариев <i>E-Mental Health</i>	426
Формулировка случая в <i>E-mental Health</i>	428
Предпосылки интеграции цифровых медиа в терапию	430
Использование технологий: конкретные рекомендации	431
Эмпирические данные о включении <i>E-mental Health</i> в формулировку случая	433
Список литературы	435
Глава 29. Час настал: делиться формулировкой случая в КПТ стало просто (но не совсем)	439
Давайте познакомимся: <i>формулировка случая</i> как отправная точка или постепенный процесс	439
Насколько глубоок океан: делиться содержанием или процессом <i>формулировки случая</i> ?	441
День и ночь: разница между КПТ и другими подходами	442
Чай втроем: позиция <i>поведенческой терапии</i> и когнитивная терапия “третьей волны”	443
Остаться друзьями: <i>формулировка случая</i> и терапевтический альянс	444
Конец романа: заключительные примечания	444

Глава 6

Формулировка случая в поведенческой традиции: Мейер, Туркат, Лейн, Брух и Стурми

Джованни Мария Руджеро, Габриэле Казелли
и Сандра Сассароли

Содержание

- Формулировка случая в поведенческой терапии
- Совместная формулировка случая, функционализм и свободный выбор
- Теория Мейера в действии: поведенческая формулировка случая
- Вклад Турката, Лейна и Бруха
- Поведенческая формулировка случая: этапы
- Совместная формулировка случая и функционализм
- Питер Стурми: значение функционализма
- Формулировка случая, эмпатия и терапевтические отношения
- Список литературы. Формулировка случая в поведенческой терапии

Диаграмма когнитивной концептуализации (CCD, [8, С. 200]), появившаяся в когнитивной терапии (КТ) Бека, была не первой формой формулировки случая в истории когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Процедура формулировки, все чаще используемая разными психотерапевтическими подходами, изначально принадлежала клинической традиции поведенческой терапии, впоследствии воспринятой КПТ. Вопрос заключается не в том, чтобы признать хронологическое первенство клинической поведенческой традиции, а в том, чтобы осознать, что открытая и совместная рационализация формулировки

прежде всего отвечает теоретическим принципам поведенческой, и лишь затем — когнитивно-поведенческой терапии.

Согласно Бруху [10], Иллсу [13; 14] и Стурми [40; 41], поведенческая терапия была первой, использовавшей эту концепцию. Поведенческий психотерапевт Туркат [42] в 1980-х гг. ввел только сам термин, но оригинальную разработку самого метода приписал предыдущей группе поведенческих клиницистов и ученых во главе с Виктором Мейером, который, по словам Турката, был духовным отцом формулировки случая и использовал этот термин в своих работах 1960-х. Мейер использовал принципы теории обучения в клиническом контексте с психиатрическими клиентами. При этом он понимал, что поведенческая интервенция предполагает гипотезу о психическом функционировании клиента и лежащей в его основе дисфункции. Однако сама по себе формулировка не работала, и для того, чтобы она клинически влияла на функционирование клиента, необходимо было поделиться с ним этой моделью и рационализацией поведенческой интервенции.

Хотя на самом деле Мейер использовал термин *поведенческая формулировка*, согласно Туркату, он был первым, кто наделил ее всеми характеристиками совместной формулировки случая, превратив в клинический операционный инструмент, который можно использовать с клиентом для выработки гипотезы о его функционировании. Такая концепция позволяет применять формулировку случая в качестве рационализации терапии, т.е. для предложения с интервенцией, нацеленной на дисфункцию — реальное препятствие — и, следовательно, на обеспечение максимального клинического эффекта, имеющего важное стратегическое значение.

Как обсуждалось в посвященной КТ главе “Формулировка случая в стандартной когнитивной терапии”, риски, присутствующие в совместной формулировке случая, принимались за данность. Важность работы Мейера состояла в том, что в его процедуре формулировки эти риски отсутствовали; он всегда подчеркивал, что формулировкой случая нужно открыто делиться. Он описал разделение с клиентом формулировки с точки зрения и техники, и теоретических предпосылок. На этот вклад Мейера большое внимание обратил Майкл Брух [10] в своей основополагающей работе *Beyond Diagnosis*, где он говорит, что перед каждым поведенческим упражнением Мейер рекомендовал ознакомить клиента с описанием процедур терапии и их рационализацией.

В частности, он писал: “Клиенту в простых понятиях объясняют формулировку и обсуждают с ним цель лечения. Он должен выразить свое согласие относительно цели терапии” [10, С. 11]. Кроме того, психотерапевт должен подчеркнуть предварительный характер концепции, которая может быть переформулирована в соответствии с реакцией клиента [10, С. 12]. Следует еще раз подчеркнуть, что Мейер делился с клиентом гипотезой о его эмоциональной проблеме, связывая ее с рационализацией терапии, которую он ему предлагал. На этой основе он строил альянс с клиентом с помощью специальных когнитивных понятий.

Конечно, Мейер был не единственным, кто пошел в этом направлении. Термин “формулировка случая” присутствовал в работах других пионеров поведенческих подходов, а затем КПТ: Шапиро [35], Лазаруса [23; 34], Вольпе [47], Йетса [50], Канфера и Саслоу [20], а также Санавио [34]. Однако вклад Мейера считается выдающимся в связи с тем, что он ввел элемент альянса, тогда как у других авторов сама по себе формулировка случая не содержит какого-либо элемента соглашения или обсуждения с клиентом [31]. Например, Шапиро после сбора данных не переформулировал случай с клиентом, не искал консенсуса с ним и, наконец, не просил его использовать формулировку в дальнейшей совместной работе.

Совместная формулировка случая, функционализм и свободный выбор

Это техническое расхождение не только операциональное, но и теоретическое. Разделение с клиентом концепции формулировки случая содержит в себе предположение о том, что работа над функцией волевого исполнения играет важную роль в психотерапевтическом процессе. Другими словами, усиление исполнительской функции означает развитие способности клиента делать волевой выбор здесь и сейчас, отделяя себя от любых предшествующих факторов, в том числе от когнитивных рассуждений об убеждениях и целях, предваряющих выбор, но полностью его не обуславливающих. Исполнительная функция означает, что я могу сейчас сфокусироваться на выборе: пойти ли мне в кафе и выпить кофе, независимо от сознательных убеждений, о которых говорил Бек, или бессознательного влечения к оральному

удовольствию, о котором говорил Фрейд. Это более высокий метакогнитивный уровень, на котором волевое внимание и исполнительный контроль не связаны с выработкой когнитивного контента, а управляют им автономно. Эту исполнительную функцию можно применять в терапии, чтобы проактивно поощрять изменение [46].

Акцент на исполнительной функции в поведенческой парадигме до Мейера был незначителен, если вообще присутствовал. Поэтому можно утверждать, что поведенческая терапия представила модель психического процесса, делавшую акцент на важности бессознательных состояний в форме, которая не так уж далеко отстояла от психоанализа. Когда Уотсон [44; 45] утверждал, что единственный способ добиться по-настоящему научного изучения человеческого поведения — уйти от теоретической концепции разума и сосредоточить экспериментальные исследования только на явном поведении, по сути, он упускал из виду значение исполнительной функции сознания. В экспериментальной науке, к которой относится поведенческая терапия Уотсона, сознание остается невыразимым объектом. Сознание нематериально, в то время как наука основывается на материалистическом и механистическом редукционизме. Разумом не управляют причинно-следственные связи. В разуме находится таинственный агент, который по своему определению полностью избегает всякого детерминизма, это свобода воли и, следовательно, выбора. Заслуга подходов КПТ (еще до поведенческого подхода Мейера) — повторное открытие ценности сознательной свободы воли.

Теория Мейера в действии: поведенческая формулировка случая

После сбора данных о проблемных ситуациях клиента Мейер обсуждал с ним формулировку случая в понятиях бэкграунда, поведенческих реакций и последствий. Обсуждение не было односторонней передачей информации от клинициста клиенту; скорее, это **был диалог между равными**. Таким образом, обмен информацией с клиентом был **частью модификации поведения**, которую клиницист проводил для достижения терапевтического изменения. Но эта модификация происходила не без ведома клиента: он и **его психические состояния были активно задействованы**. Таким образом, психотерапевт не просто

воздействовал на поведенческие реакции извне, а делал это совместно с клиентом в форме поддержки и сотрудничества.

По всей видимости, активная приверженность Мейера клинической практике помогла ему понять решающую роль обсуждения с клиентом как объединяющего опыта. Согласно Мейеру, психотерапевт должен выдвинуть гипотезу о природе эмоциональной проблемы и обсудить ее с клиентом [29, С. 22]. Многообещающим аспектом процедуры совместной формулировки случая Мейера было то, что она помогла описать альянс в специальных терминах КПТ. Выработка операциональной, специальной, не заимствованной из других психотерапевтических традиций терминологии КПТ для проблем альянса и терапевтических отношений позволила избежать теоретической путаницы и методологического эклектизма.

Вклад Турката, Лейна и Бруха

В подходе Турката [42] психотерапевт использует формулировку случая для выдвижения гипотезы о механизмах, вызывающих и поддерживающих проблемы клиента. Основываясь на этой гипотезе, он строит рационализацию, обосновывающую план терапии. По мере продвижения терапии клиент и психотерапевт отслеживают прогресс на основе переменных, используемых для формулировки случая. Данные, которые показывают, что клиент делает хорошие успехи, подтверждают валидность формулировки. Напротив, если данные показывают плохой прогресс, терапевт запускает коллаборативный процесс переформулировки случая, который приводит к другому плану терапии и в итоге к лучшему результату.

Примечательно, что Туркат был коллегой Мейера, соавтором ряда его важных трудов. Так, в 1979 г. Мейер и Туркат вместе определили формулировку случая как “гипотезу, которая а) связывает воедино все данные о клиенте; б) объясняет, почему у него развились эти проблемы; и в) делает прогнозы относительно его поведения с учетом триггеров” [31, С. 261-262]. Затем Туркат продолжил свои идеи, и в 1985 г. [42] вместе с Майсто определил формулировку случая как “научный подход к клиническому случаю” — определение, в котором термин “научный подход” означает экспериментальный метод, использующий выработку и верификацию гипотезы о происхождении и изменении

проблемного поведения, а термин “клинический случай” указывает на метод модификации проблемного поведения.

Лейн [22, С. 116] продолжил и структурировал работу Турката в этой области. Его вклад в формулировку можно кратко описать с помощью пяти пунктов.

Определить проблему или цель.

1. Изучить факторы влияния.
2. Сформулировать объяснение факторов влияния.
3. Использовать интервенцию с помощью плана действий, основанного на формулировке.
4. Оценить результаты плана, основанного на формулировке.

На этапе исследования собираются данные, чтобы определить факторы проблемы (оформленные с помощью принципов теории обучения). На этапе формулировки данные оцениваются и объединяются для получения объяснительной модели, а поведенческие эксперименты используются для проверки обоснованности объяснений. На этапе интервенции с помощью формулировки и уточнения процедур разрабатываются стратегия и план лечения. Наконец, на этапе оценивания используются стандартные или *специальные* процедуры для измерения параметров прогресса, регресса и определения новых целей.

Процедура формулировки случая была доведена до совершенства Майклом Брухом с помощью модели, разработанной в Университетском колледже Лондона (University College London — UCL). Формулировка случая UCL также представляет собой адаптированную к клиенту экспериментальную процедуру, основанную на объяснительной модели дисфункциональности. Модель UCL Бруха похожа на КТ Бека; тем не менее она намного свободнее и гибче. В КТ некоторые переменные предопределены, в частности те, которые касаются когнитивного медиатора: автоматические мысли, убеждения о себе и мире и промежуточные убеждения. Такая чрезмерная ригидность модели КТ не всегда является недостатком, поскольку дает язык, облегчающий коммуникацию между клиницистами. Но в то же самое время она жестко направляет процесс заданными путями.

По мнению Мейера, Турката, Лейна и Бруха, формулировка случая гибко концептуализирует человеческое поведение в соответствии

с целью удовлетворить потребность и/или избежать неблагоприятной ситуации. Рационализация формулировки в поведенческом подходе осуществляется совместно с клиентом, и поэтому неверно, что клиента считают лишь “подопытной морской свинкой”. Этот аспект терапевтического процесса вводит дополнительную переменную, в которой психическая функция, способная к репрезентации и выбору, сама управляет поведением, ставит цель, которую хочет достичь, контекст, в котором действует, и заранее выбирает и представляет себе функциональное поведение. Следовательно, вопрос состоит не в обучении системы с помощью отрицательных или положительных подкреплений поведения, которые работали бы без участия клиента. Наоборот, задача требует действий, согласованных с сознанием и волей клиента, критического пересмотра им дисфункциональных реакций на antecedенты и неэффективные следствия своего поведения.

Поведенческая формулировка: этапы

Теперь давайте рассмотрим этапы этого метода. Формулировка случая включает функциональный анализ — оценку того, как клиент управляет своей проблемой по отношению к своим целям [19]. В функциональном анализе о дисфункциональности сигнализирует открытое заявление о несоответствии между текущим и желаемым состояниями клиента. Заявление: *“Я болен, мне нужна ваша помощь”* раскрывает множество внутренних или внешних препятствий, которые не позволяют или затрудняют достижение поставленной цели клиентом без помощи психотерапевта. Поэтому основанная на функциональном анализе формулировка случая включает следующие пункты:

- 1) определение проблемы (т.е. изложение причин, по которым данная ситуация является проблемой и, как правило, препятствует удовлетворению потребности) и ряда задач, помогающих удовлетворить потребность;
- 2) выработка поведенческих альтернатив путем исследования широкого спектра возможных решений;
- 3) анализ затрат и преимуществ различных альтернатив путем оценки возможных положительных и отрицательных последствий;
- 4) мониторинг эффективности плана решения проблемы после его реализации.

С точки зрения совместной формулировки проблемы и цели должны определяться клиентом. Психотерапевт предлагает клиенту своими словами описать проблемы и эмоциональный дистресс, которые первоначально будут общими.

В присутствии других людей я всегда беспокоюсь и хочу чувствовать себя лучше. У меня большие проблемы с установлением и поддержанием социальных отношений”.

На язык формального диагноза это можно перевести как признаки социальной тревожности и связать с конкретными целями.

1. Развивать социальные отношения.
2. Чувствовать себя менее глупым в присутствии других.

Как только клиент и психотерапевт совместно определяют цель и формулировку проблемы, психотерапевт переходит к анализу контекста, поведения и его последствий, на основании которых можно действовать. Примечательно, что, исходя из совместной точки зрения, этот процесс должен выполняться путем постоянного информирования клиента о рационализации терапевтических действий.

Теперь мы сформулируем вашу проблему, разделив ее на три основные группы элементов. Это:

- 1) ситуации, в которых присутствует ваш дистресс;
- 2) то, что вы делаете в ходе дистресса — ваше поведение;
- 3) следствия вашего поведения.

Идея состоит в том, что ваша проблема состоит из этих элементов и, сформулировав ее таким образом, нам будет легче определить точки, на которые вы можете эффективно воздействовать.

Данную диаграмму можно нарисовать на доске или листе бумаге во время сеанса; такой визуальный метод также является сильным инструментом совместной работы.

Давайте разделим эту доску/лист бумаги на три столбца: ситуации, поведение и следствия, и будем вписывать сюда элементы, которые будем находить и исследовать.

Затем клиницист устанавливает отношение между текущим состоянием и целями.

Кроме того, мы должны сопоставить эти элементы с целями, т.е. с внешними условиями или вашим поведением, которое вы хотели бы изменить, или которого хотели бы достичь. Мы могли бы записать их здесь, внизу доски/листа бумаги.

А потом он продолжает

Мы можем воздействовать на ваше поведение, сперва на то, которое легче всего поддается изменению. Есть ли что-то, что вы могли бы сделать, но еще не сделали? Мы также можем проанализировать внешние элементы, например места, которые вы посещаете и где могли бы завести знакомства или подружиться, и так далее. Также представляют интерес следствия того, что вы делали до сих пор или делаете, так как они помогают нам понять, как можно было бы изменить ситуацию, и как это изменение могло бы повлиять на вас.

В конечном итоге всю работу проделывают для того, чтобы представить совместную формулировку.

Прежде всего я хотел бы, чтобы вы рассматривали эту формулировку как ключ к пониманию своего дистресса. Я хотел бы, чтобы эту схему вы использовали для структуризации всех своих проблем, а не только той, с которой пришли сегодня. Разбор проблемы на составляющие элементы и поиск в ней точки, на которую вы можете воздействовать, является сутью этой терапии и объяснением того, как она работает.

Эту операцию нужно проводить постоянно. Любая переформулировка случая должна стать возможностью для тщательного и внимательного переосмысления проблемы. Кроме того, не следует считать само собой разумеющимся, что клиент понимает необходимость активного участия. К сожалению, он может придерживаться *наивного* представления о психотерапии как о месте, где люди разговаривают, чувствуют себя комфортно и выходят измененными, не беря на себя никаких обязательств.

Чтобы прийти к совместному соглашению, психотерапевт часто возвращается к функциональному анализу, определяя инструментальные цели, которые могут быть связаны с финальными целями. Этот процесс включает изучение поведенческих, аффективных, когнитивных, социальных, культурных и даже биологических переменных. Установление отношений между клиентом и психотерапевтом происходит в ходе этой процедуры, а не предваряет ее и не выносится за ее пределы. Опять же, активный поиск альтернатив должен стать задачей клиента.

Теперь, когда у вас есть представление о ситуации, видите ли вы альтернативы? Может быть, они пришли вам в голову, когда мы рисовали эту схему. Сравните собранные данные с целями, которые мы записали. Как мы можем заполнить этот пробел?

Естественно, психотерапевт вносит свой вклад, используя научный и клинический опыт. Например, при социальной тревоге было бы неплохо изучить склонность клиента нервно отслеживать оценки других о его исполнении в любых микросоциальных событиях и вместо этого побудить просто думать о том, что он должен или будет говорить и делать в этом контексте без оценивания.

Рассмотрим случай поведенческой экспозиции. Как хорошо известно, некоторым видам фобии очень помогают такого рода упражнения. Сюда входят случаи, связанные со страхом находиться в транспорте или употреблять пищу в общественных местах. Классическая поведенческая интервенция будет включать простое предложение.

Можете ли вы попытаться попробовать сделать то, чего вы боитесь? Когда вы сможете это сделать? Давайте посмотрим на ваше расписание на этой неделе и найдем самое подходящее время.

Предполагается, что интервенция будет работать благодаря экспозиции и габитуации. В совместной формулировке случае мы, напротив, работаем с клиентом, делясь с ним всеми переменными, которые препятствуют достижению цели, т.е. усиливают его поведенческий репертуар. Эти переменные включают, как мы уже ранее говорили, мысли о внешних и внутренних аспектах поведения и их следствиях. Значит, дело не только в том, чтобы прямо рекомендовать экспозицию, но и проанализировать с клиентом по пунктам, как будет меняться каждый аспект формулировки по мере того, как он будет ее проводить. Как ситуация управления автомобилем во время езды по автомагистрали связана с мыслями о возможных опасностях? И далее: как вытекающее из этого следствие — прекращение езды по автомагистрали — в результате усиливает беспокойство и избегание? Затем процесс продолжается.

Давайте вместе рассмотрим все элементы, которые мы обнаружили и написали на этой доске/листе бумаги. Как они изменятся, если вы выедете на автомагистраль в эти выходные? Что произойдет с мыслью об опасности?

Несмотря на то что Мейер использовал термин “поведенческая формулировка”, его акцент на совместной работе включал то, что мы могли бы считать функциональным принципом как эмоционального страдания, так и терапевтического процесса. В частности, эмоциональные расстройства возникают из-за когнитивных дисфункций, которые относительно осознанно активируются через волевую функцию исполнения на метакогнитивном уровне. По этим причинам Мейер считал, что психотерапевт может устанавливать и устранять их на уровне сознания в ходе сотрудничества с клиентом — т.е. путем активации тех же волевых функций, которые уже использовались клиентом, чтобы вызвать у себя дисфункциональные состояния, но на этот раз с помощью переструктурирования психического состояния в функциональное. Однако в КПТ мы не всегда осознавали этот функциональный принцип ни в клинических исследованиях, ни в клинической практике. Поворотным моментом в его осознании стало процессуально-ориентированное переформатирование КПТ Хейсом и Хофманом [18].

Совместная формулировка случая и функционализм

Подходя к проблеме с теоретической точки зрения, Брух считает, что существует тесная связь между совместной формулировкой случая и так называемой *абдуктивной логикой*. Абдуктивное умозаключение — это выбор лучшей из возможных гипотез, объясняющей все исследуемые факты. Эверс и Ву [15] называют это *предоставлением наилучшего объяснения*. Абдукция — это предварительное обобщение, которое объясняет эмпирически наблюдаемые факты лучше, чем любая другая альтернативная гипотеза. Такой тип умозаключений характерен для формулировки случая, когда информация часто неполная и контекстная по своей природе. Последний пункт важен, потому что очень маловероятно, что это единственная гипотеза, которая может объяснить все факты о жизни человека [10].

Таким образом, клиническая традиция формулировки случая (от Мейера, Турката, Лейна и до Бруха) имеет прочный поведенческий базис, основанный на функциональном анализе. Она предлагает клиенту объяснение того, что поддерживает его дисфункциональное поведение, находит подкрепляющие факторы и рационализирует выбор

альтернативного поведения. Основным преимуществом формулировки случая в этой клинической традиции является то, что ее совместный характер принимается не как данность, а является фактором качественных терапевтических отношений, сформированных в результате работы над формулировкой. Как мы уже неоднократно писали, совместная формулировка не является чем-то само собой разумеющимся. Неправильно было бы думать, что формулировкой, которая объясняет эмоциональные расстройства и рационализирует терапию, клиницист просто делится с клиентом, или клиент должен сам ее понять, если психотерапевт нечетко ее объяснил. Понятие формулировки включает и терапевтические отношения: постоянный и непрерывающийся обмен мнениями, в которых элемент доверия клиента к сотрудничеству является доминирующим, а терапевтический процесс понимается не просто как преодоление ряда сопротивлений. Такая точка зрения предполагает, что дисфункции — это не сопротивления или защиты, а дисфункции.

Питер Стурми: значение функционализма

Питер Стурми в 1996 [39] и 2008 гг. написал две основополагающие работы, в которых представил базовые понятия и методы, перешедшие в поведенческую формулировку случая и интервенции из функционального анализа. Он восстановил поведенческую традицию, начавшуюся с работ Скиннера. Однако, чтобы концептуализировать обновленную версию поведенческого подхода, Стурми сделал акцент на мысли и языке как важных аспектах человеческого поведения. Мысль и язык — не что иное, как вербальное поведение: приватное и внутреннее (мысль) или публичное и внешнее (вербализированный язык). Однако это не означает, что вербальное поведение стоит ступенью выше других форм поведения. Неслучайно Стурми дает определение главного различия между структуралистскими и функционалистскими подходами. В функционалистских подходах язык не обладает таким основополагающим и структурным значением, как в структуралистских, а только может влиять, как и любое другое поведение. Следовательно, язык нужно оценивать не по его инвариантной сущности, т.е. значению, а на основе его влияния на поведение, или на основе эффектов. Концепцию структуралистского подхода Стурми прослеживает до Хомского [12], считавшего вербальное поведение лишь символом скрытых в нем грамматических структур,

и концепции вербального поведения Скиннера [36; 37], давшего подробный анализ мыслей и чувств как внутреннего и частного вербального поведения. Публичный и частный языки могут стать ключевым аспектом психопатологии и неотъемлемой частью формулировки случая и поведенческой терапии.

Стурми также подчеркивает вклад в развитие формулировки случая Вольпе [47]. Как и вышеупомянутый Виктор Мейер, Вольпе не только советовал клиницистам подробно расспрашивать клиента с целью выявления потенциально болезненных переживаний и стимулов, но и, что более важно, делать это, основываясь на гипотезе, другими словами, с помощью формулировки случая. Однако неясно, был ли для Вольпе позитивный поведенческий результат интервенции единственным подтверждением гипотезы, или требовалось еще и вербальный обмен мнениями с клиентом (как и в случае Виктора Мейера). Подход Вольпе включал открытую проверку формулировки случая с целью исследования ее валидности — экспозицию клиента к разным стимулам для определения того, какие antecedенты были у функциональных следствий (например, тревога), оценивание функциональных следствий в ответ на разные стимулы и анализ психофизиологических параметров функциональных следствий. Однако тогда, когда появились работы Турката и Бруха, поведенческая модель больше не требовала тестирования формулировки. Его заменили устные подтверждения пациента. Это изменение подразумевало, что в связи с растущим влиянием моделей КПТ, большую важность приобретало вербальное соглашение с клиентом относительно формулировки.

Что касается вклада Скиннера в использование психотерапевтами совместной формулировки случая, то, по утверждению Стурми, он не советовал полностью делиться формулировкой с клиентом. Надо признать, что этот совет не совсем отвечает отстаиваемому в данной книге пониманию совместной формулировки случая. Скиннер дает функциональное объяснение своего недоверия к совместной формулировке случая: он справедливо считает, что обсуждение с клиентом формулировки может исказить чистоту поведенческого действия antecedента, не позволяя проверить гипотезу о функционировании интервенции. Замечание Скиннера нужно принять, обратив его в свою пользу, т.е. признать, что совместную формулировку случая нужно рассматривать как antecedент, сознательно встроенный в гипотезу функционирования интервенции.

С другой стороны, мы должны отметить, что только Мейер предложил окончательный вариант формулировки случая, характерный для зрелой традиции КПТ, которая состояла в вербальном соглашении с клиентом, в то время как Скиннер был все еще связан с ограничениями, унаследованными из чисто поведенческого подхода.

Тем не менее интересно наблюдать за тем, как Скиннер дает подлинно метакогнитивное объяснение своей рекомендации не предоставлять формулировку клиенту. Фактически Скиннер признает, что совместная формулировка случая сама меняет поведение клиента, что делает ее компонентом функционального анализа. По этой причине Скиннер предпочитает, чтобы клиенты сами приходили к открытию об отношениях между собственным поведением и окружающими. Это подтверждает, что Скиннер не рассматривал формулировку случая как общую для клиента и психотерапевта задачу. Тем не менее его метакогнитивная концепция влияния вербального осознания клиента на общее поведение является прообразом концепции совместной формулировки случая как внутреннего элемента терапевтического процесса [40, С. 193]. Кроме того, скиннеровская концепция самоуправления была своего рода функциональной версией метакогниции: вербальное поведение способно управлять другими видами поведения не только с помощью репрезентации об антецедентах и следствиях, но и эффектов самих этих репрезентаций.

Формулировка случая, эмпатия и терапевтические отношения

Эту модель терапии можно критиковать за внутренний, чрезмерно управленческий клинический стиль, который может привести к уменьшению эмпатии у психотерапевта и возникновению уязвимости у клиента. Можно найти много примеров такой критики в главах «Схема-терапия, контекстная схема-терапия и формулировка случая. Комментарий к главе «Формулировка случая в процессуально-ориентированной терапии», «Комментарий к презентации метакогнитивной модели межличностной терапии в главе «Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивной поведенческой терапии», «Формулировка случая в пострационалистской конструктивистской модели. Комментарий к главе «Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии»,

“Формулировка случая и терапевтические отношения в эволюционной теории мотивации. Комментарий к главе «Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии», “Эмоция, мотивация, терапевтические отношения и когниция в модели Джованни Лиотти. Комментарий к главе «Сильные и слабые стороны формулировки случая в конструктивистской когнитивно-поведенческой терапии» и “Формулировка случая как результат, а не отправная точка в реляционной и психодинамической моделях” данной книги. Брух [10] активно возражает Скиннеру; он пишет, что невозможно проявлять эмпатию, не понимая специфики проблемы. Брух считает, что идея о том, что клиент “слишком уязвим”, чтобы руководить направлением исследования, имеет мало эмпирических подтверждений. Напротив, по его мнению, большинством клиентов высоко ценятся дружелюбие и открытость.

Ясно, что Брух не отказывается от преимуществ позитивных терапевтических отношений. Он концептуализирует терапевтические отношения как неотъемлемую часть всего терапевтического процесса и не рассматривает этот аспект изолированно. Конечно, надо уметь сопереживать клиенту, чтобы формулировать случай. В осторожной формулировке интервьюер имеет возможность проявить более высокий уровень эмпатии клиенту, вместе с ним исследуя объяснительные гипотезы. Для Бруха показателем хороших отношений является то, что клиницист смог создать для клиента атмосферу, которая помогла ему получить необходимую информацию.

Подводя итог, надо сказать: неверно, что в КПТ не уделялось внимание терапевтическим отношениям — просто нужно понять, как они назывались, концептуализировались и управлялись. Важность терапевтических отношений отмечали выдающиеся клиницисты-основатели подхода КПТ [7; 9; 17; 21; 25; 27; 30; 49]. Даже первые работы поведенческих терапевтов говорят о том, что они были людьми, поддерживающими, сочувствующими, искренними и заботливыми [9; 11; 16; 38]. Кроме того, Обюшон и другие ученые КПТ видели в психотерапевте поддерживающего человека, помогающего моделировать позитивные отношения с миром [4; 6; 25; 28; 32; 33; 48].

Питер Обюшон [3] — ученый, который, пожалуй, лучше остальных понимал, что совместную формулировку случая в КПТ можно использовать как специфический способ управления терапевтическими

отношениями [5]. Он шел не в том направлении, что Брух, т.е. от терапевтических отношений к формулировке случая, а не наоборот. Одним словом, терапевтические отношения в модели Обюшона и Малатесты [5] управляются формулировкой случая. Исходя из этой позиции, Обюшон сделал обзор эмпирических данных о клиническом эффекте совместной формулировки случая и пришел к выводу, что она доказала свою эмпирическую эффективность при ряде расстройств, включая шизофрению [1], хроническую боль [3], комплексную фобию [2], комплексное обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства личности [5; 43] и тики [26].

Обюшон и Малатеста [5] также представили и определили операции своей модели реляционной интервенции, “терапевтического стиля”, который также является процедурой управления случаем. На самом деле Обюшон и Малатеста определяют этот стиль не как демонстрацию терапевтом проактивного межличностного поведения, что было бы излишним. Скорее, они описывают его в более оперативных терминах — как терапевтическую формулировку проблем пациента, которая является еще одним компонентом совместной формулировки случая (С. 144). И в качестве заключения: терапевтический альянс, подкрепленный формулировкой случая, дает множество дополнительных преимуществ для КПТ-терапевтов. При совместной формулировке случая клиенты больше доверяют своему врачу и говорят, что чувствуют себя хорошо понятыми психотерапевтами.

Список литературы

1. Adams, H.E., Malatesta, V.J., Brantley, P.J., & Turkat, I.D. (1981). Modification of cognitive processes: A case study of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 460–464.
2. AuBuchon, P.G. (1993). Formulation-based treatment of a complex phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24*, 63–71.
3. AuBuchon, P.G. (2015). Case formulation and the therapeutic relationship. In M. Bruch (Ed.), *Beyond diagnosis: Case formulation in cognitive behavioural therapy* (2nd ed., pp. 74–95). Chichester: John Wiley & Sons.

4. AuBuchon, P.G., & Calhoun, K.S. (1990). The effects of therapist presence and relaxation training on the efficacy and generalizability of in vivo exposure. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 169–185.
5. AuBuchon, P.G., & Malatesta, V.J. (1998). Managing the therapeutic relationship in behavior therapy: The need for a case formulation. In M. Bruch & F.W. Bond (Eds.), *Beyond diagnosis: Case formulation approaches in CBT* (1st ed., pp. 141–165). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
6. Bandura, A., & Menlove, F.L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 99–108.
7. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: The Guilford Press.
8. Beck, J.S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.) London, UK; New York, NY: Guilford Press.
9. Brady, J.P, et al. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 271–306.
10. Bruch, M. (2015). *Beyond diagnosis: Case formulation in cognitive behavioural therapy* (2nd ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
11. Brunink, S.A., & Schroeder, H.E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 567–574.
12. Chomsky, N. (1959). A review of BF Skinner's verbal behavior. *Language*, 35, 25–68.
13. Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York, NY: Guilford.
14. Eells, T.D. (2009). Contemporary themes in case formulation. In P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation. Varieties of approaches* (pp. 293–316). Chichester: John Wiley & Sons.
15. Evers, C.W., & Wu, E.H. (2006). On generalising from single case studies: Epistemological reflections. *Journal of Philosophy of Education*, 40, 511–526.
16. Fischer, J., Paveza, G.J., Kickertz, N.S., Hubbard, L.J., & Grayson, S.B. (1975). The relationship between theoretical orientation and therapists'

empathy, warmth, and genuineness. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 399–403.

17. Goldfried, M.R., & Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York, NY: Holt, Rinehart, & Winston.
18. Hayes, S.C., & Hofman, S.G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
19. Haynes, S.N., & O'Brien, W.H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York, NY: Kluwer.
20. Kanfer, F.H., & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 417–444). New York, NY: McGraw-Hill.
21. Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum Press.
22. Lane, D. (1990). *The impossible child*. Stoke on Trent. London: Trentham.
23. Lazarus, A.A. (1959). The elimination of children's phobias by deconditioning. *Medical Proceedings*, 6, 261–265.
24. Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York, NY: Springer.
25. Linehan, M.M. (1988). Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 278–290.
26. Malatesta, V.J. (1990). Behavioral case formulation: An experimental assessment study of transient tic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 219–232.
27. Meichenbaum, D. (2006). Trauma and Suicide: A Constructive Narrative Perspective. In T.E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (p. 333–353). Washington, DC, USA: American Psychological Association Books.
28. Meyer, V. (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 261–266.

29. Meyer, V. (1975). The impact of research on the clinical application of behaviour therapy. In R.I. Thompson & W. S. Dockens (Eds.), *Applications of behaviour modification*. New York: Academic Press.
30. Meyer, V., & Gelder, M.G. (1963). Behaviour therapy and phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, *109*, 19–28.
31. Meyer, V., & Turkat, I.D. (1979). Behavioural analysis of clinical cases. *Journal of Behavioural Assessment*, *1*, 259–269.
32. Rachman, S. (1983). The modification of agoraphobic avoidance behavior: Some fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 567–574.
33. Rosenfarb, I.S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, *42*, 341–354.
34. Sanavio, E. (1991). *Psicoterapia cognitiva e comportamentale [Cognitive and behavioral psychotherapy]*. Roma: Carocci.
35. Shapiro, M.B. (1957). Experimental methods in the psychological description of the individual psychiatric patient. *International Journal of Social Psychiatry*, *111*, 89–102.
36. Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.
37. Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
38. Sloan, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.H., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
39. Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chicester: John Wiley & Sons.
40. Sturmey, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention: A functional analytic approach*. Chicester: John Wiley & Sons.
41. Sturmey, P. (Ed.). (2009). *Clinical case formulation: Varieties of approaches*. Chicester: John Wiley & Sons.
42. Turkat, I.D. (1985). *Behavioural case formulation*. New York, NY: Plenum.
43. Turkat, I.D., & Carlson, C.R. (1984). Data-based versus symptomatic formulation of treatment: The case of a dependent personality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *15*, 153–160.

44. Watson, J.B. (1924). *Behaviorism*. New York, NY: W.W. Norton & Company, Inc.
45. Watson, J. B. (1958). *Behaviorism (revised ed.)*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
46. Wells, A., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
47. Wolpe, J. (1964). The systematic desensitization treatment of neuroses. In H.J. Eysenck (Ed.), *Behavior therapy and the neuroses* (pp. 21–40). New York, NY: The Macmillan Co.
48. Wolpe, J. (1980). Behavior therapy for psychosomatic disorders. *Psychosomatics*, 21, 379–385.
49. Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
50. Yates, A.J. (1958). The application of learning theory to the treatment of tics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 175–182.