

Оглавление

Об авторе	18
Предисловие	19
Предисловие к русскому изданию	21
Благодарности	24
Глава 1. Выявление терапевтических проблем	25
Глава 2. Концептуализация сложных случаев	45
Глава 3. Когда лечение осложняется расстройством личности	73
Глава 4. Создание и использование терапевтического альянса	101
Глава 5. Сложности в терапевтических отношениях	137
Глава 6. Когда психотерапевт дисфункционально реагирует на клиентов	165
Глава 7. Сложности при установлении целей	187
Глава 8. Сложности при структурировании сессии	221
Глава 9. Сложности при решении проблем и выполнении домашних заданий	249
Глава 10. Сложности при выявлении когниций	291
Глава 11. Сложности при изменении мыслей и образов	321
Глава 12. Сложности при изменении предположений (промежуточных убеждений)	343
Глава 13 . Сложности при изменении глубинных убеждений	363
Приложение А. Ресурсы, тренинги и методы контроля в когнитивной терапии	403
Приложение Б. Опросник личностных убеждений	407
Список литературы	415
Предметный указатель	421

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
Шизофреническое 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 когниций	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 глубокие 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

Моей семье

Об авторе

Джудит С. Бек, д-р философии – президент Института когнитивной терапии Аарона Бека (<http://www.beckinstitute.org>), ассоциированный профессор клинической психологии и психиатрии в Школе медицины Университета Пенсильвании. Она написала около ста статей, издала несколько книг – самостоятельно и в соавторстве (как для профессиональной, так и для широкой читательской аудитории), провела сотни презентаций по когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) на национальном и международном уровнях, принимала участие в разработке “Опросника Бека для подростков” (*Beck Youth Inventory – BUI*) и “Опросника дисфункциональных убеждений” (*Personality Belief Questionnaire – PBQ*). Д-р Бек – одна из основателей и бывший президент Академии когнитивной терапии.

Предисловие

Эта книга д-ра Джудит С. Бек является важным вкладом в литературу, посвященную когнитивной терапии сложных случаев. Благодаря собственному опыту работы и проведению супервизии для других клиницистов, д-р Бек определила типичные проблемы, препятствующие терапии и создающие сложности как психотерапевту, так и клиенту. Еще совсем недавно многие психотерапевты рассматривали эти проблемы как проявление “сопротивления”, как результат “негативных реакций переноса” или “признаки пассивной агрессии”. Сталкиваясь с такими трудностями, многие специалисты испытывают разочарование и разводят руками, не зная, что предпринять.

Вместо того чтобы сдаться и отступить перед этими препятствиями при проведении психотерапии, д-р Бек тщательно разобрала их на составляющие и представила в виде легко определяемых и распознаваемых проблем, имеющих четко обозначенные рамки и характеристики. Распределив проблемы по точным категориям, она предоставила нам ключ к пониманию природы их сложности. Таким образом д-р Бек, опираясь на свой обширный опыт, разработала подход для преодоления трудностей, которые в целом можно разделить на два типа: 1) концептуализация проблемы в контексте истории развития клиента, его глубинных убеждений и предположений, а также дисфункциональных мыслей и моделей поведения; 2) разработка соответствующих стратегий и методов разрешения терапевтических проблем. Поскольку каждая проблема уникальна, психотерапевтам необходимо адаптировать предложенные терапевтические стратегии к каждому клиническому случаю и постараться сделать это так же искусно, как изложено в данной книге.

Время, которое легло на психотерапевта сегодня, не всегда было таким тяжелым. В начале эры развития когнитивной терапии мы могли просто сосредоточиться на проблемах клиента “здесь и сейчас” и применить соответствующие методы для их решения. При депрессии проводилась поведенческая активация клиента с помощью графика

активности, осуществлялась запись его дисфункциональных мыслей, клиент активно вовлекался в практическое решение проблем. Курс психотерапии при депрессии (или тревожном расстройстве) составлял в среднем десять сессий, и еще одну мы назначали исключительно для предотвращения рецидивов (*Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977*). Однако с течением времени количество сессий для клиентов с сопутствующими расстройствами или для тех, у кого имелись сложные или хронические проблемы (о них рассказывается в этой книге), возросло до 15, 20, 25, а иногда даже больше.

В дополнение к депрессии, тревожному или паническому расстройству у клиентов стали диагностировать расстройство личности. На сегодняшний день клиент, который обращается за помощью в Институт когнитивной терапии Бека, принимает минимум два психотропных препарата, и в его анамнезе указан ограниченный эффект от медикаментозного лечения или отсутствие изменений после прохождения курса психотерапии. В основе этой относительной “неподатливости” психотерапии лежит широкое разнообразие возможных проблем, которые столь мастерски проиллюстрированы д-ром Бек в этой книге.

“Но куда же исчезли все «легкие» клинические случаи?” — спросите вы. Мы тоже поломали голову над этим вопросом. Наша догадка заключается в том, что большинство клиентов довольно хорошо поддаются лечению еще на его начальном этапе, когда назначения делаются обычным психотерапевтом или психофармакологом. В конечном итоге клиентов, плохо откликающихся на традиционную психотерапию, можно направить к специалистам когнитивной терапии, что на сегодня представляет собой вторичный или даже третичный уровень медицинской помощи. Согласно новой концепции д-ра Бек, проблемы клиентов этой группы представляют для психотерапевта скорее новый вызов, чем тяжелое бремя. И д-р Бек блестяще показывает нам, как психотерапевт способен справиться с этим вызовом, одновременно облегчая это бремя.

Конечно, это предисловие нельзя завершить без признания моего особого отношения к д-ру Джудит Бек. Как всем известно, с самого рождения она живет в атмосфере когнитивной терапии. К тому времени, когда она достигла подросткового возраста, у меня уже имелись результаты моей теоретической и практической работы в когнитивной терапии, но еще не было почти никого, на ком бы я мог проверить свои идеи. Поэтому я проверял их на моей дочери-подростке, которая заверяла меня: “Они определенно имеют смысл, папа”. Я не прилагал никаких усилий, чтобы побудить ее следовать по моим стопам.

После колледжа она успешно трудилась в сфере специализированной педагогики. Однако, как я полагаю, когнитивная терапия действительно “имеет смысл”, поскольку дочь решила изменить свою карьеру и посвятить себя клинической психологии, специализируясь на когнитивной терапии. Я испытываю особое чувство гордости за вышедшую из-под ее пера *Когнитивную терапию: полное руководство*¹, которая в основном предназначалась для начинающих психотерапевтов, а также за данное издание, предназначенное для более опытных специалистов. Я уверен, что обе эти работы будут полезны и психотерапевтам, и клиентам.

Аарон Т. Бек

Литература

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17–37.

Предисловие к русскому изданию

Книга Джудит Бек *Когнитивная терапия трудных случаев* — важный этап развития когнитивно-поведенческой терапии в России.

Развитие КПТ в России началось с обучения А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян в Институте Бека в Филадельфии, что привело к основанию ими отечественной школы КПТ. В последние годы КПТ в России бурно развивается, созданы три ассоциации, одна из которых — Ассоциация когнитивно-бихевиоральных терапевтов — стала полноправным членом Европейской ассоциации КБТ. Сегодня существует множество учебных программ для пациентов с самыми разными психическими расстройствами и психологическими проблемами.

Но количество переведенных книг по КБТ по-прежнему невелико. В основном переведены базовые учебники и руководства для клиентов, но чувствуется нехватка более специализированной литературы. И данная книга заполняет очень важный пробел для специалистов, которые хотят развиваться в этом направлении.

Книга посвящена преодолению различных трудностей, которые возникают в процессе психотерапии. В главе 1 описаны сложности, возникающие в терапевтических отношениях, многие из которых связаны с наличием у клиентов различных расстройств личности.

¹ В переводе на русский язык книга вышла в 2004 году в издательстве “Вильямс”. — *Примеч. ред.*

Дальше в книге последовательно рассматриваются сложности, возникающие на разных этапах терапии — установление целей, формирование повестки сессии, выявление автоматических мыслей и убеждений и их когнитивная реструктуризация, домашнее задание. Очень важно, что преодоление разного рода сложностей описывается не просто как набор отдельных рекомендаций, а возникающие трудности рассматриваются, в первую очередь, с точки зрения когнитивной концептуализации клиента. Не менее важное значение в книге придается автоматическим мыслям и убеждениям терапевта, влияющим на процесс.

Разнообразие современных подходов так называемой “третьей волны” КПТ привело к интересной ситуации. Начинающие специалисты в области КПТ стали часто сталкиваться с проблемой, которую можно назвать бездумной или пустой эклектикой, по определению Стивена Хайса, основателя терапии принятия и ответственности. Нередко при возникновении сложностей в ходе терапии возникает соблазн перепробовать различные методы — например, если не получается когнитивная реструктуризация автоматических мыслей, немедленно использовать методы осознанности или начать работать с воображением, чтобы найти причину в детских травматических переживаниях. Такой подход может привести к дезориентации как клиентов, так и терапевтов. И те, и другие начинают воспринимать терапию как набор отдельных методик и перестают понимать когнитивную концептуализацию. Книга Джудит Бек помогает исправить ситуацию и вернуть терапию на путь использования концептуализации, что, конечно, не исключает использования дополнительных методов там, где это необходимо.

Я уверен, что книга Джудит Бек станет настольной для всех практикующих специалистов.

Яков Анатольевич Кочетков,
*директор Центра когнитивной терапии,
председатель Ассоциации
когнитивно-бихевиоральных терапевтов*

Несколько слов от редактора русского перевода

В данной книге мы решили не отказываться от термина “*трудный клиент*” — в целях краткости и экономичности изложения. Под “трудным” мы подразумеваем клиента, требующего от психотерапевта поиска нестандартного решения, выхода за рамки привычных стратегий, дополнительных исследований, преодоления собственных стереотипов — одним словом, всего того, что требуется от профессионала в *сложном случае*.

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или оставляя сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также свой электронный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info@dialektika.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Благодарности

Мне посчастливилось, что Аарон Бек является моим отцом, наставником и учителем. Несомненно, я не написала бы эту книгу, если бы не его революционная когнитивная терапия. Чтение его работ, совместное обсуждение исследований, изучение теории и практики, наблюдение за процессом его терапевтической и преподавательской деятельности, участие в анализе клинических случаев — все это способствовало моему становлению в качестве практикующего психотерапевта и преподавателя. Я глубоко признательна отцу — как и бесчисленное множество специалистов в области психического здоровья и их клиентов.

Многие другие люди также сыграли важную роль в создании этой книги. Прежде всего, это мои первые наставники, болельщики и те, кто предоставлял мне обратную связь: моя мать, Филлис Бек; моя подруга, коллега и моя правая рука, Наоми Данк, и мой муж, Ричард Бусис. Я также признательна моим детям, Саре, Дебби и Сэму, которые успели вырасти за те годы, пока я писала эту книгу; они не представляют, как многому я научилась у них. Я благодарна моим коллегам из Института Бека — Эндрю Батлеру, Норману Коттереллу, Лесли Соколу и Крису Рейли. Совместное обсуждение клинических случаев в течение последних 10 лет отточило мое мышление и расширило мой кругозор. Моя коллега, Кори Ньюман, как и моя чрезвычайно терпеливая, добрая и отзывчивая редактор и друг, Китти Мур из *Guilford Press*, внесли много ценных предложений, существенно обогативших этот труд. Я также благодарна моим клиентам, супервизорам, студентам и бесчисленным участникам семинаров, которые предоставили мне примеры сложных случаев.