

JUDITH BELMONT

Soluții-cheie pentru terapeuți

Strategii esențiale, idei
și instrumente

Traducere din limba engleză de
Radu Filip



Cuprins

9	<i>Introducere</i>
10	<i>Terapeutul ca profesor. Psihoeducația în tratamentul orientat pe soluție</i>
13	<i>Relația terapeutică. Baza pentru o schimbare sănătoasă</i>
13	<i>Tratamentul orientat pe soluție. Prinderea valului</i>
20	<i>Cum este organizată această carte</i>
24	<i>Resurse recomandate</i>
27	1. Soluția împotriva stresului. Tensiunea ca motivator
33	<i>Ponturi de tratament</i>
44	<i>Trusă cu metafore pentru tratarea stresului</i>
46	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
47	<i>Fișe</i>
62	<i>Resurse recomandate</i>
64	2. Soluția împotriva anxietății. Calmarea temerilor iraționale
68	<i>Ponturi de tratament</i>
92	<i>Trusă cu metafore pentru tratarea anxietății</i>
93	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
95	<i>Fișe</i>
106	<i>Resurse recomandate</i>

6	109	3. Soluția împotriva depresiei. Învingerea melancoliei
	111	<i>Ponturi de tratament</i>
	137	<i>Trusă cu metafore pentru tratarea depresiei</i>
	139	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
	140	<i>Fișe</i>
	153	<i>Resurse recomandate</i>
	156	4. Soluția împotriva furiei. Renunțarea la resentimente
	159	<i>Ponturi de tratament</i>
	181	<i>Trusă cu metafore pentru tratarea furiei</i>
	184	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
	185	<i>Fișe</i>
	198	<i>Resurse recomandate</i>
	200	5. Soluția împotriva procrastinării. Ajutarea clienților să implementeze obiceiuri bune
	203	<i>Ponturi de tratament</i>
	229	<i>Trusă cu metafore pentru învingerea procrastinării</i>
	230	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
	232	<i>Fișe</i>
	243	<i>Resurse recomandate</i>
	245	6. Soluția în cazul conflictului. Îmbunătățirea relațiilor problematice
	249	<i>Ponturi de tratament</i>
	267	<i>Trusă cu metafore pentru gestionarea conflictului</i>
	269	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
	270	<i>Fișe</i>
	284	<i>Resurse recomandate</i>
	286	7. Soluția iertării. Ajută-ți clienții să se elibereze
	290	<i>Ponturi de tratament</i>
	310	<i>Trusă cu metafore pentru iertare</i>
	312	<i>Idei terapeutice de reținut</i>
	313	<i>Fișe</i>
	323	<i>Resurse recomandate</i>

JUDITH BELMONT

325	8. Soluția împotriva stimei de sine scăzute. Descifrarea convingerilor iraționale centrale	7
329	<i>Ponturi de tratament</i>	
350	<i>Trusă cu metafore pentru tratarea stimei de sine scăzute</i>	
351	<i>Idei terapeutice de reținut</i>	
352	<i>Fișe</i>	
362	<i>Resurse recomandate</i>	
364	9. Soluția împotriva regretului. Depășirea remușcărilor	
369	<i>Ponturi de tratament</i>	
386	<i>Trusă cu metafore pentru depășirea regretului</i>	
388	<i>Idei terapeutice de reținut</i>	
389	<i>Fișe</i>	
399	<i>Resurse recomandate</i>	
400	10. Soluția împotriva rezistenței la schimbare. Flexibilitatea în transformarea personală	
405	<i>Ponturi de tratament</i>	
424	<i>Trusă cu metafore împotriva rezistenței la schimbare</i>	
425	<i>Idei terapeutice de reținut</i>	
426	<i>Fișe</i>	
436	<i>Resurse recomandate</i>	
438	11. Punerea în practică a soluțiilor. 10 soluții terapeutice esențiale	
438	1. Folosește psihoeducația pentru a-i educa pe clienți în aproape fiecare ședință	
439	2. Începe fiecare ședință cu o verificare a stării de spirit	
440	3. Începe fiecare ședință clarificând obiectivele	
441	4. Folosește vizualizări creative și activități experiențiale	
443	5. Folosește sarcini de autoajutorare între ședințe	
445	6. Obișnuiește-te să ceri feedback	
446	7. Folosește metafore pentru a debloca emoțiile și înțelegerea	
447	8. Folosește recuzita metaforică	
448	9. Folosește variante de joc de rol pentru construirea abilităților	

8	449	<i>10. Folosește psihologia pozitivă și resursele online privind starea de bine</i>
	451	<i>Listă de verificare a celor 10 soluții terapeutice esențiale</i>
	453	<i>Resurse recomandate</i>
	455	<i>Mulțumiri</i>
	456	<i>Bibliografie</i>

JUDITH BELMONT

Introducere

În calitate de clinicieni, ne desfășurăm activitatea în tot felul de medii și avem de-a face cu o mare diversitate de clienți. Oricare-ar fi mediul în care lucrăm însă există anumiți factori comuni care li se aplică tuturor. În primul rând, clienții noștri caută ajutor pentru problemele lor și se așteaptă de la noi să le oferim competențele care să-i ajute să deblocheze soluțiile. În al doilea rând, avem responsabilitatea de a ne educa pe noi înșine, astfel încât să putem să-i învățăm pe clienții noștri abilități practice de viață. Așa cum un muncitor în construcții are nevoie de un set de scule diverse ca să construiască ceva, tot așa terapeuții echipați cu combinația potrivită de instrumente în trusa lor terapeutică vor putea să creeze un tratament care să abordeze aproape toate nevoile și provocările de viață pe care le au clienții lor. Clinicienii orientați pe soluții, care învață o gamă de strategii psihoeducaționale țintite, ușor de învățat și ușor de predat, vor fi mai flexibili și mai apti să trateze gama de simptome pe care le prezintă clienții lor.

În general, clienții vin la terapie *dorind* să se schimbe, dar adesea ei nu au nicio cunoștință în ceea ce privește *felul* în care să se schimbe. Oferindu-le instrumente sub forma unor deprinderi de viață, clinicienii pot să-i ajute să facă schimbări de viață

- 10 durabile. Aceste strategii nu sunt nicidecum universal valabile. Cartea de față le oferă terapeuților o selecție largă de instrumente, cum ar fi jurnale de comportament, tabele, fișe de lucru, activități, vizualizări, metafore și minilecții, care să se potrivească gamei de nevoi ale clientului.

Terapeutul ca profesor. Psihoeducația în tratamentul orientat pe soluție

Rolul terapeutului nu e doar să asculte, să susțină și să ofere feedback și sugestii, ci și să-i educe pe clienți!

Abordarea orientată pe soluție presupune adesea să li se ofere clienților o educație generală cu privire la un subiect înainte de a încerca să fie ajutați să se schimbe și să învețe noi abilități. Așa cum un profesor de pian nu se poate aștepta ca elevul să vină la prima lecție știind cum să citească notele muzicale, nici clinicienii nu se pot aștepta de la clienți ca aceștia să vină la terapie cu setul de bază de abilități de care au nevoie ca să facă schimbări de viață sănătoase. Clienții au nevoie de cunoștințe, educație și de strategii dovedite ca să exerseze orice abilități nou-dobândite. De exemplu, e posibil ca ei să nu fi învățat niciodată elementele de bază ale comunicării asertive și să nu poată distinge între afirmațiile agresive și cele asertive. Prin urmare, e posibil să se trezească intrând în relații problematice și să nu aibă nicio idee cum să iasă din ele. Sau e posibil să nu fi învățat niciodată cum să-și separe gândurile de sentimente și, ca urmare, le lipsesc cunoștințele despre felul în care să le deosebească, ducând la simptome de anxietate sau depresie care îi invalidează. Materialele resurse din această carte le oferă clienților multe șanse de a practica abilitățile prezentate în fiecare capitol. Mai

JUDITH BELMONT



mult, din moment ce învățarea de noi abilități necesită exersare, transformarea într-o obișnuință a efectuării temelor pentru acasă dintre ședințe este vitală pentru eficacitatea oricărui tratament psihoterapeutic modern. În definitiv, cât de eficient ar fi să deprinzi mersul pe bicicletă sau să repari mașini doar la modul teoretic, fără foarte multă practică? Nu înveți vorbind despre ceva, ci înveți *facând* acel lucru.

Haideți să folosim din nou analogia cu elevul la pian. După ce acesta vine la primele lecții și îi sunt prezentate elementele de bază ale citirii notelor și portativelor, el trebuie să exerseze *între* lecții. La fel cum elevul la pian exersează portativele, tot așa clientul în terapie trebuie să exerseze abilitățile învățate în ședință. Atât în cazul elevului la pian, cât și al clientului, faptul că vin la ședințele săptămânale fără să exerseze între ele va duce la un progres foarte limitat. Nu ne-am aștepta ca elevul la pian să înțeleagă conceptele nou-învățate doar dacă vine la întâlnirile programate, deci n-ar trebui să ne așteptăm la asta nici de la clienții noștri. Numai după ce sunt stăpânite abilitățile fundamentale, cu foarte multă practică, elevul la pian și clientul în terapie vor învăța să facă muzică, atât la propriu, cât și la figurat. Această concentrare pe teme este piatra de temelie a multor abordări de consiliere din prezent. Terapia cognitiv-comportamentală, terapia comportamental dialectică și alte abordări moderne folosesc materiale de autoajutorare pentru consolidarea abilităților între ședințe. Doctorii Aaron și Judith Beck, de exemplu, subliniază importanța exersării și a temelor în terapia cognitiv-comportamentală pentru a-i ajuta pe clienți să-și crească eficacitatea autoajutorării.

O percepție greșită des întâlnită cu privire la abordarea psihoeducațională este aceea că ideea de a-i învăța ceva pe clienți este prea dogmatică și se reduce la a le spune ce să facă



12 sau cum să fie. Din contră însă: dacă le oferim clienților fișe, tabele, activități și exerciții structurate, asta nu le răpește controlul. Mai curând îi ajută să-și dezvolte abilități ca să preia controlul asupra vieții lor și să înceteze de a-l mai ceda într-o atât de mare măsură altora! Îi învață noi soluții la probleme vechi, precum și strategii prin care să genereze noi modalități de gestionare a acestora. În definitiv, instrumentele sunt lipsite de sens dacă nu știi cum să le folosești. Prin urmare, învățarea nu înseamnă anularea autonomiei clienților, ci oferă alegeri atunci când ei nu cunosc alternative. Această abordare proactivă le oferă clienților putere cu ajutorul unor instrumente de viață și îi ajută să gestioneze în mod constructiv schimbarea.

Așa cum spunea atât de bine Confucius: „Învăță-mă și o să uit, arată-mi și o să îmi amintesc, angrenează-mă și pe mine și o să înțeleg”. Psihoeducația are însă limitele ei. Deși instrumentele prezentate pot servi cu siguranță ca strategii utile de gestionare a problemelor, există momente în care comportamentul este atât de înrădăcinat, încât sentimentele și gândurile sunt extrem de rezistente la tratament. În aceste cazuri, tratamentul are loc în mod ideal în timp ce clientul este abordat și medical, cu o îngrijire psihiatrică mai aprofundată. Ca să folosească instrumentele care le-au fost date, clienții trebuie să fie pregătiți atât biologic, cât și psihologic. Aprecierea nevoii de a lucra cu specialiști psihiatri și medici pentru a-l ajuta pe client să devină pregătit să învețe și să se vindece este importantă în orice tratament eficient.

JUDITH BELMONT

Relația terapeutică. Baza pentru o schimbare sănătoasă

13

Soluțiile orientate pe acțiune la problemele cotidiene nu vor funcționa dacă nu acorzi suficientă atenție stabilirii unei baze de siguranță și respect reciproc cu clienții tăi. Pentru a înflori, tehnicile și strategiile pentru abilitățile de viață au nevoie de un sol bogat de încredere terapeutică și de siguranță. Pionierul psihologiei, Carl Rogers, subliniază importanța relațiilor care nu judecă, caracterizate printr-o „atitudine pozitivă necondiționată” față de client, care trebuie să stea la baza oricărui tratament pentru schimbare. Oamenii nu se vor schimba pentru a-și atinge potențialul maxim dacă nu simt că terapeutul e de partea lor sau că îi place. Nu există niciun substitut pentru preocuparea cu adevărat empatică și o atmosferă de acceptare pentru formarea unei alianțe puternice în care clienții pot fi liberi să crească și să învețe. Această bază este vitală dacă te aștepti ca ei să-și asume riscuri și să-și extindă zonele de confort în timp ce își efectuează temele pentru acasă. Clienții se pot simți în siguranță să învețe să se ajute pe ei înșiși numai dacă au o bază de încredere și empatie. Chiar și fondatorul terapiei rațional emotive, Albert Ellis, cu abordarea lui foarte directivă și directă, accentua importanța relației terapeutice empatică care stă la baza oricărei încercări de a-i ajuta pe clienți să se schimbe.

Tratamentul orientat pe soluție. Prinderea valului

Multe dintre instrumentele de tratament din această carte ar putea fi considerate exemple din cel de-al doilea și al treilea val de psihoterapie. Se consideră că terapia cognitiv comportamentală reprezintă cel de-al doilea val al intervențiilor psihologice.

- 14 Pionierii ei îl includ pe Albert Ellis, a cărui terapie comportamentală rațional emotivă (TCRE) a fost prima teorie expusă formal cu o bază cognitiv-comportamentală din anii '50, pregătind scena pentru Aaron Beck, care, un deceniu mai târziu, a inventat termenul *terapie cognitiv-comportamentală* (TCC).

Al treilea val de tratament încorporează abordarea cognitivă tradițională, în timp ce se deplasează dincolo de ea pentru a include instrumente terapeutice inovative, cum ar fi, de exemplu, tratamentele tradiționale nonclinice, precum practicile de mindfulness și de acceptare. Aceste practici orientale au ajuns să fie integrate în tratamentele cognitiv-comportamentale din noile discipline ale peisajului psihologic de astăzi. Cele mai bine cunoscute sunt terapia dialectic-comportamentală (TDC), inițiată de Marsha Linehan, terapia prin acceptare și angajament (TAA), fondată de Steven Hayes, și terapia cognitivă bazată pe mindfulness (TCBM), un program de opt săptămâni condus de Jon Kabat-Zinn care face educație în ceea ce privește gestionarea depresiei și a stresului, de obicei în mediul spitalicesc. Toate aceste teorii au o natură psihoeducațională și se bazează foarte mult pe exerciții experiențiale și pe materiale de autoajutorare care servesc atât pentru a educa, precum și pentru a vindeca.

Terapiile cognitive din valul al treilea sunt terapii orientate pe soluție, iar eu, pe parcursul cărții, mă refer adesea la acestea, precum și la diferite strategii TCC bine cunoscute. Scopul pentru care am scris această carte este să ofer strategii „prietenoase cu utilizatorul”, orientate pe soluții, pe care clienții să le poată folosi cu ușurință pentru a-și îmbunătăți abilitățile de a se descurca în viața cotidiană. Temele pentru acasă, practicile de restructurare cognitivă și acceptare și tehnicile bazate pe mindfulness sunt,

JUDITH BELMONT

toate, caracteristice acestui al treilea val de tratament psihologic inovativ și experiențial.

Acest al treilea val a apărut din conștientizarea faptului că tipurile tradiționale de terapie comportamentală și cognitivă nu puteau ajunge la multe populații rezistente la tratament, cum ar fi oamenii cu personalități adictive, cei cu tulburări de personalitate borderline și de alte tipuri și la tulburările de dispoziție cronice. Pentru a înțelege un pic mai bine despre al treilea val de tratament, e util să înțelegem mai întâi primele două valuri ale terapiei moderne. La sfârșitul acestei secțiuni este o diagramă care să te ajute să distingi cele trei valuri ale abordărilor tratamentului psihologic.

Primul val

Primul val de psihoterapie se referă la modalitatea terapiei comportamentale (behavioriste), în care erau aplicate principiile condiționării clasice și operaționale pentru tratarea problemelor clinice. B.F. Skinner, Ivan Pavlov și Joseph Wolpe — ale căror lucrări s-au întins de la sfârșitul anilor 1800 până la mijlocul anilor 1900, au fost cu toții pionieri în primul val. Behaviorismul observabil era o reacție la conceptele mentaliste ale lui Freud, care nu erau măsurabile. În terapia comportamentală, acțiunile dezadaptative sunt înlocuite, prin întărire și alte tehnici de condiționare, cu comportamente mai adaptative pe care terapeutul le facilitează în cadrul tratamentului. Pentru a rezolva problemele cotidiene, de exemplu, ar putea fi folosit un sistem de întăriri, cum ar fi utilizarea de diagrame comportamentale și diferite recompense pentru comportamentele pozitive, pentru a-l „condiționa” pe client să aibă răspunsuri și comportamente mai adaptative.

16 În timp ce tratamentul psihodinamic se baza pe subiectivitate, tratamentul behaviorist, folosind principiile condiționării, se baza doar pe rezultatele observabile care puteau fi măsurate obiectiv. Tehnicile tratamentului psihanalitic ale lui Freud — cum ar fi fluxul de conștiință, asociația liberă, interpretarea viselor și transferul — au fost înlocuite cu atenția la *cauză și efect* și principiile întăririi. Ceea ce stă la baza acestei modificări drastice față de psihanaliză era ideea că insight-ul nu era același lucru cu vindecarea, că doar insight-ul nu făcea în realitate mare lucru pentru vindecarea celor mai multe probleme cum ar fi depresia, anxietatea și panica.

Exemplele de tehnici ale primului val includ antrenamentul de relaxare, desensibilizarea sistematică, economia jetoanelor, modificările comportamentale și biofeedbackul. Deși behaviorismul tradițional a fost înlocuit în cea mai mare parte de behaviorismul cognitiv și de abordările celui de-al treilea val, unele tehnici de tratament din această disciplină au rămas, acestea fiind menite să modeleze schimbările din comportamentul oamenilor din cadrul educațional, instituțional și de tratament. Ceea ce e destul de interesant este faptul că a existat o revenire a interesului față de tehnicile de relaxare și desensibilizare în abordările celui de-al treilea val, conectând abordările behavioriste cu abordările orientale ale mindfulnessului și acceptării. S-ar putea spune că Orientul și Occidentul s-au întâlnit, integrând abordările înțelepciunii antice cu cele mai noi, care au o orientare comportamentală, pentru a trata multe dintre simptomele psihologice obișnuite.

JUDITH BELMONT

Primul val a pregătit scena pentru cel de-al doilea val al tratamentului behaviorist, care este tratamentul cel mai larg adoptat și mai empiric studiat din lume — terapia cognitiv comportamentală, elaborată formal în anii 1960 de către Aaron Beck. Este, de departe, orientarea psihologică cu cea mai rapidă extindere din întreaga lume.

Au fost efectuate mii de studii de cercetare pentru a susține eficiența terapiei cognitiv-comportamentale (TCC). TCC s-a dovedit a fi eficientă în tratarea depresiei, anxietății și a altor simptome care rezultă din tiparele de gândire dezadaptative ruminatoare, obsesive și persistente. TCC are la originile sale baza abordărilor behavioriste de tratament și se îndepărtează de teoriile tradiționale ale condiționării prin concentrarea sa asupra gândurilor și sentimentelor, noțiuni pe care behavioriștii tradiționali le respingeau ca fiind prea mentaliste și subiective. Ceea ce este interesant e că Ellis și Beck, pionierii terapiei cognitiv-comportamentale, aveau, amândoi, formare de psihanalisti și au constatat că practica psihanalitică nu-i ajuta pe pacienții lor să interpreteze evenimentele mai exact și nu oferea soluții la multe dintre simptomele pe care le prezentau clienții lor. Principiul care stă la baza abordării cognitiv-comportamentale este că gândurile iraționale și nesănătoase duc la sentimente perturbatoare, cum ar fi stima de sine scăzută, depresia și anxietatea. La rândul lor, aceste sentimente deranjante și dezadaptative duc la comportamente nesănătoase, cum ar fi: retragere socială, relații conflictuale, abuz de substanțe și alte comportamente de autosabotare.

După ce Ellis și Beck au pus bazele, alți terapeuți TCC au popularizat abordarea prin intermediul diferitelor manuale și

18 cărți de autoajutorare care foloseau practicile TCC. Probabil că expertul TCC cel mai citit în lume este David Burns, care a făcut acest curent accesibil pentru milioane de cititori, prin cărțile sale foarte bine vândute, cum ar fi, printre altele, *Feeling Good: The New Mood Therapy* (1980), *Ten Days to Self Esteem* (1993a) și *The Feeling Good Handbook* (1999). De fapt, în introducerea la cartea sa *Feeling Good Handbook*, Burns citează cercetarea lui cu privire la biblioterapia de autoajutorare. A constatat că faptul de a le fi dat un exemplar din cartea lui, *Feeling Good Handbook* potențialilor pacienți de pe lista de așteptare de la clinica lui din Philadelphia a fost mult mai eficace decât efectul placebo. Ba chiar, atunci când li s-au oferit programări pacienților care foloseau biblioterapia, mulți au spus că nu mai voiau tratament, deoarece le scăzuseră simptomele. Atunci când au completat din nou inventarele de dispoziție ale lui Burns, au relatat o depresie și o anxietate semnificativ mai mici decât grupul celor care nu a primit cartea lui cât au așteptat. Mai mult, unele dintre cercetările lui au arătat că grupurile cu biblioterapie au raportat o îmbunătățire a dispoziției și o atenuare a simptomelor la fel de mare ca grupul celor care au făcut doar terapie și nu au avut parte de biblioterapie.

Aceste cărți „practice” — oferind activități și exerciții pas cu pas atât pentru terapeuți, cât și pentru clienți — au adus TCC în curentul principal de autoajutorare. În timpul ultimei jumătăți de secol, titlurile TCC au început să populeze rafturile de autoajutorare ale librăriilor, făcând ca TCC să fie larg acceptată ca model pentru practicile de autoajutorare pe care milioane de oameni le pot aplica în propriile vieți, chiar și fără să se angajeze în terapie.

JUDITH BELMONT

În ciuda popularității TCC și a eficacității bine documentate a metodelor sale la o mare diversitate de populații, unii clienți tot au nevoie de mai multe instrumente pentru a depăși rezistența la tratament. Al treilea val a apărut din dificultatea de a ajunge la anumiți clienți cărora le lipseau abilitățile de viață suficiente și abilitățile de a gestiona aspectele cotidiene ale vieții. Populațiile rezistente la tratament, cu ideatie suicidară, dependențe, tulburări alimentare, istoric de abuz sau tulburări de personalitate aveau nevoie de ceva mai mult decât putea oferi TCC. Pentru aceste populații greu de atins, practicile TCC au fost combinate cu concepte avându-și originea în gândirea și practicile spirituale orientale, cum ar fi mindfulnessul, acceptarea, reglarea emoțională, spiritualitatea, dialectica și formarea de abilități practice.

Una dintre modalitățile de tratament cu cea mai rapidă creștere din prezent pentru clienții la care e greu de ajuns, terapia dialectic-comportamentală (TDC), a fost elaborată de Marsha Linehan. TDC își are originea în activitatea ei cu pacienți suicidari extrem de impulsivi. Dându-și seama că mulți dintre clienții suicidari aveau caracteristicile tulburării de personalitate borderline, ea a elaborat o modalitate de tratament care combină abilitățile bazate pe schimbare din TCC cu abilitățile bazate pe acceptare din mindfulness. Cuvântul *dialectică* înseamnă opuse, ceea ce stă la baza abordării TDC, care sintetizează și echilibrează emoțiile opuse și conflictuale ce acompaniază nevoia de schimbare versus acceptarea felului în care sunt lucrurile. TDC oferă un program de tratament în mare măsură psihoeducațional, cu multe jurnale zilnice, cartonașe-jurnal și exersarea zilnică a unor abilități și strategii de gestionare care

20 sunt facilitate adesea de ajutorul diferitor acronime și procedee mnemotehnice.

Alte modalități de tratament din ce în ce mai populare și mai bine documentate ale celui de-al treilea val sunt terapia prin acceptare și angajament (TAA), elaborată de Steven Hayes, și terapia cognitivă bazată pe mindfulness (TCBM), tratamentul de grup de opt săptămâni elaborat de Jon Kabat-Zinn, Philip Barnard, Zindel Segal, Mark Williams și John Teasdale. Toate aceste abordări relativ noi din ultimul sfert de secol sunt unificate prin faptul că subliniază integrarea practicilor TCC cu strategiile de mindfulness și acceptare care se concentrează pe conștientizarea centrată pe prezent. Tabelul de mai jos redă un rezumat al reprezentanților majori și exemple de concepte-cheie din diferite abordări.

Cum este organizată această carte

Această carte este concepută să fie la fel de prietenoasă cu tine ca terapeut, exact așa cum soluțiile din această carte sunt concepute să fie prietenoase cu clienții tăi. Fiecare capitol are același format, ca să fie mai ușor de căutat o anumită problemă și de găsit soluții practice de tratament. Structura este după cum urmează:

Introducere. Introducerea fiecărui capitol prezintă una dintre cele mai obișnuite zece probleme ale clienților, care constituie punctele pe care se concentrează această carte.

Ponturi de tratament. Această secțiune oferă un set de ponturi și tehnici de utilizat cu clienții tăi, bazate pe tendințele

JUDITH BELMONT