

Il 18 luglio scorso Aaron (Tim) Beck ha celebrato il suo 100esimo compleanno e la comunità medico scientifica si è unita per ricordare l'impatto rivoluzionario delle sue scoperte e delle sue intuizioni. In questa occasione il padre della psicoterapia cognitiva ha gentilmente accettato l'invito di *Cognitivismo clinico* a pubblicare un suo recente articolo (esatto recente!) tradotto in italiano. Appagando la tipica curiosità epistemica cognitivista possiamo quindi ripercorrere le tappe della nascita e dello sviluppo della CBT sbirciando direttamente nella mente di Beck!

Alessandra Mancini

## 60 ANNI DI EVOLUZIONE DELLA TEORIA E DELLA TERAPIA COGNITIVA<sup>1</sup>

Aaron T. Beck

<sup>a</sup> Dipartimento di Psichiatria, Scuola di Medicina Perelman, Università della Pennsylvania

Guardando indietro agli ultimi 65 anni, la mia vita professionale è stata piena di ciò che posso descrivere come una serie continua di avventure. Per la maggior parte, le sfide che ho affrontato erano di mia creazione: come Teseo nel labirinto, ogni volta che mi sembrava di trovare una soluzione a un problema, me ne trovavo innanzi un altro. Fronteggiai il mio primo caso complesso quando lavoravo all'Austin Riggs Center di Stockbridge, Massachusetts. Mi fu assegnato il compito di lavorare con un giovane uomo con un delirio pervasivo, convinto di essere seguito da agenti governativi. Con mia sorpresa, anche se la terapia fu per la maggior parte di supporto, il delirio scomparve. Nel 1952, ho successivamente pubblicato la storia di questo caso come la prima psicoterapia di successo riportata di un individuo con schizofrenia (Beck, 1952). Questo caso è di particolare interesse poiché sono passati 50 anni prima che io tornassi alla psicoterapia della schizofrenia: una forma di malattia mentale che è considerata, allora come oggi, relativamente impermeabile alla psicoterapia.

Nel 1956, dopo aver ottenuto l'abilitazione per praticare la psichiatria, iniziai la mia prima grande impresa: convalidare le varie proposizioni della psicoanalisi. Avendo intrapreso un'analisi personale e avendo completato gli altri requisiti per l'ammissione all'Istituto Psicoanalitico di Filadelfia, ero totalmente devoto alla teoria e alla terapia della psicoanalisi, ma sentivo che, per essere accettata dalla più ampia comunità scientifica, la psicoanalisi avrebbe richiesto una solida base di prove. Sulla base di questa conclusione, decisi di testare la proposizione psicoanalitica centrale che la depressione fosse causata da una inversione dell'ostilità. Cioè, se il paziente sperimentava una rabbia inaccettabile nei confronti di una persona vicina, ma la reprimeva, questa sarebbe venuta fuori sotto forma di autocritica, aspettative negative, desideri suicidari e umore depresso.

Ho collaborato con Marvin Hurvich, uno studente laureato in psicologia all'Università

<sup>1</sup> Pubblicato in *Perspectives on Psychological Science*, 2019, Vol. 14(1) 16-20  
© The Author(s) 2019. Reprinted by Permission of SAGE Publications

della Pennsylvania. Ho preparato un manuale di valutazione dell'ostilità nei sogni, e Marvin ha valutato, senza conoscere le diagnosi dei pazienti, un campione di sogni di pazienti con depressione e di un gruppo di controllo di pazienti non depressi. Con nostra sorpresa, i pazienti con depressione mostravano meno ostilità nei loro sogni rispetto agli individui non depressi. Questo risultato negativo ci ha posto un dilemma: sembrerebbe che l'assenza di ostilità manifesta nei sogni, che erano stati definiti da Freud come la "strada reale per l'inconscio", invalidasse la teoria dell'ostilità inversa. Tuttavia, dopo aver esaminato il contenuto dei sogni per una seconda volta, abbiamo notato che i sogni dei pazienti con depressione rappresentavano sistematicamente il sognatore o l'azione effettuata nel sogno in modo negativo. Al contrario, questo risultato costante non era evidente nei sogni dei pazienti non depressi. Abbiamo quindi ragionato che l'ostilità non era in grado di penetrare attraverso i sogni, ma esisteva ancora a livello inconscio e assumeva la forma di un bisogno di soffrire. Per tale motivo, etichettammo questi sogni come "masochistici" e trovammo che l'uso di questa rappresentazione negativa del sognatore come simbolo del bisogno di sofferenza personale differenziava chiaramente i pazienti con depressione da quelli senza (Beck & Hurvich, 1959). Nei primi anni '60, ho collaborato con Jim Diggory e Sy Feshbach del Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Pennsylvania. Sebbene i nostri articoli di ricerca siano stati pubblicati solo anni più tardi, a quel tempo avevo condotto una serie di esperimenti basati sulla premessa che se i pazienti con depressione avessero avuto il bisogno di soffrire, avrebbero mostrato performance migliori dopo un'esperienza negativa piuttosto che dopo una positiva (Loeb, Beck, & Diggory, 1971; Loeb, Beck, Diggory, & Tuthill, 1967; Loeb, Feshbach, Beck, & Wolf, 1964). Per esempio, il fallimento in un compito o un continuo feedback negativo avrebbe dovuto portare a prestazioni migliori rispetto a un'esperienza positiva relativa a un determinato compito. I risultati di questi esperimenti si sono rivelati contrari alla nostra ipotesi. Rispetto agli individui non depressi, gli individui con depressione si sono comportati significativamente meglio dopo un'esperienza positiva che dopo un'esperienza negativa. Allora mi resi conto che il concetto di masochismo come spiegazione del contenuto negativo nei sogni era probabilmente un errore e che era necessario pensare a un'altra spiegazione per il risultato negativo. Sono quindi giunto a una spiegazione piuttosto semplicistica per il contenuto negativo dei sogni: i sogni rappresentavano semplicemente il modo in cui il sognatore percepiva se stesso. In altre parole, il contenuto del sogno era una replica dell'immagine di sé degli individui che veniva attualizzata nello stato di veglia. Ho poi iniziato uno studio molto più ampio sui sogni di pazienti con depressione e ho scoperto che questi ritraevano costantemente il sognatore in termini negativi, coerentemente con l'immagine negativa cosciente di sé (Beck & Ward, 1961).

I risultati degli studi sui sogni e della ricerca sperimentale mi hanno ispirato a esplorare le prove a sostegno dei vari principi della psicoanalisi. Per prima cosa ho rivisto le basi del concetto di inconscio e rimozione e gli altri meccanismi di difesa. L'inconscio, come descritto da Freud, consiste in un'accozzaglia di impulsi e fantasie inaccettabili che sono tenuti sotto controllo dalla rimozione e da altri meccanismi di difesa. Sebbene fosse chiaro che l'elaborazione cognitiva può avvenire senza consapevolezza (come indicato da vari esperimenti sui bias subliminali ecc.), non riuscii a trovare alcuna prova sostanziale per il tipo di pulsioni e fantasie a cui alludevano gli psicoanalisti né prove a favore dell'esistenza del supposto materiale inconscio. Cominciando a dubitare di questa chiave di volta della teoria psicoanalitica, decisi di esaminarne le basi, come i ricordi infantili e l'esistenza del transfert delle immagini dei genitori sui terapeuti. Anche qui, i dati erano deboli e soggetti ad altre interpretazioni. Man mano che proseguivo le mie

indagini, i vari concetti psicoanalitici cominciarono a crollare come tasselli del domino.

In un discorso davanti alla più liberale Accademia di Psicoanalisi, tentai di mantenere alcune delle ipotesi psicoanalitiche. In questo discorso, intitolato “There Is More on the Surface Than Meets the Eye” (Beck, 1963a), ho cercato di dimostrare che molte delle idee dei pazienti che erano considerate inconscie erano in realtà coscienti. Ho anche descritto come scoprii l’esistenza di quelli che ho chiamato *pensieri automatici*. Ho parlato di come una delle mie pazienti sottoposte a psicoanalisi formale mi raccontava di seduta in seduta storie delle sue scappatelle sessuali. Alla fine, le chiesi se avesse altri pensieri oltre a questi. Quando si concentrò sul suo flusso di coscienza, riferì di avere una serie separata di pensieri: aveva paura di annoiarmi e quindi doveva intrattenermi con storie delle sue scappatelle. Ho poi verificato con altri pazienti e analogamente ho determinato che, quando si concentravano su ciò che passava nella loro mente, avevano pensieri simili di cui non erano stati molto consapevoli in precedenza. Nel corso del tempo, ho osservato abbastanza di questi pensieri precedentemente non dichiarati per riconoscere che giocavano un ruolo importante nello stato affettivo e negli atteggiamenti rivolti a se stessi, agli altri e al futuro. Nel 1960, infine persi fiducia nell’approccio psicoanalitico formale dei pazienti sdraiati sul lettino e in libera associazione, e decisi quindi di chiedere ai pazienti di sedersi. In tal modo, saremmo riusciti a condurre una conversazione più collaborativa. Dopo questa piccola modifica nell’approccio terapeutico e nella conversazione, divenne ovvio per me che questi pensieri spesso costituivano un ponte importante tra la situazione di stimolo esterno e l’esperienza emotiva dell’individuo e il suo comportamento.

## Una nuova teoria e terapia della psicopatologia

La definizione di questi pensieri automatici ha posto le basi per una teoria della psicopatologia umana. Parallelamente alla constatazione che i miei pazienti sperimentavano pensieri automatici, ho anche notato che quando mi concentravo sulle mie reazioni a un particolare stimolo, mi rendevo conto di questi pensieri. Sembravano emergere automaticamente (da qui l’etichetta di “pensieri automatici”). Quando provavo ansia o rabbia, interveniva un pensiero automatico il cui contenuto spiegava la particolare emozione. Così, i temi della minaccia o dell’ansia portavano alla rabbia, la perdita portava alla tristezza e il guadagno portava all’euforia. Quando riuscii a mettere insieme tutto questo, mi sentii come se avessi scoperto qualcosa di nuovo. Ho anche osservato che i pensieri automatici erano in realtà esagerazioni o addirittura interpretazioni errate di una situazione. Così, per esempio, avrei potuto interpretare male la risposta concisa di qualcuno come un’offesa e arrabbiarmi. Ho scoperto che quando cercavo le prove a sostegno di simili pensieri, queste erano molto deboli o inesistenti. Ho poi notato che i pensieri automatici dei miei pazienti erano simili ai miei, e questo costituiva un ponte verso la loro esperienza affettiva. Nel caso dei miei pazienti, questi pensieri automatici erano generalmente distorsioni che si adattavano alla loro diagnosi. La mia prima impresa concertata fu di esaminare questi pensieri nei pazienti con depressione, che costituivano la maggior parte del mio carico di casi (Beck, 1963b).

Nel maggior numero di casi, ho scoperto che i pensieri automatici avevano una funzione utile, anche se erano generalmente nascosti. Per esempio, quando guidavo, ero in grado di fare multitasking: portare avanti una conversazione, ascoltare la radio o riflettere su una prossima conferenza e, allo stesso tempo, cambiare corsia, aumentare o diminuire la velocità e girare intorno agli ostacoli. Quando mi concentravo su questi pensieri, percepivo auto-

istruzioni che guidavano le mie azioni sia che stessi guidando sia che stessi partecipando ad altre attività. Quando ho chiesto ai miei pazienti di concentrarsi sui loro pensieri automatici, ho scoperto che il contenuto variava a seconda del problema psichiatrico principale o della diagnosi. Infatti, più grave era il disturbo, più consapevoli diventavano questi pensieri automatici. Per esempio, i pensieri automatici dei pazienti con depressione avevano un tema generale di autocritica o rimpianto. Quando la depressione era più grave, i pensieri automatici occupavano una buona parte del flusso di coscienza. Allo stesso modo, i pensieri dei pazienti con ansia erano pieni di paure sia a livello fisico che psicologico. Gli individui con una nevrosi ossessiva tendevano ad avere pensieri automatici ripetitivi e coscienti di natura imperativa (per esempio, “lavati di nuovo le mani”). Non c’era una categoria diagnostica specifica per i problemi di rabbia, ma questi avevano generalmente il tema della perdita ingiustificata, della sfida o della minaccia.

La mia applicazione iniziale del costrutto dei pensieri automatici è stata quella di allenare i pazienti a focalizzarli e riconoscerli. Durante le sedute, ho insegnato ai pazienti come esaminare la validità dei pensieri, che generalmente costituivano interpretazioni errate o esagerazioni di una determinata situazione. Avevo notato che questi pensieri spesso riflettevano *distorsioni cognitive* – errate interpretazioni o esagerazioni di situazioni. Nell’insegnare ai pazienti a valutare queste distorsioni, sono stato influenzato in parte dal volume di Albert Ellis (1962) intitolato *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Quando i pazienti erano in grado di correggere la loro errata interpretazione attraverso procedure come cercare le prove, considerare spiegazioni alternative o valutare la logica delle conclusioni, cominciavano a migliorare. Leggendo il libro di Ellis, ho notato che anche lui aveva riconosciuto l’esistenza di pensieri automatici, da lui definiti *autodefinizioni*. La sua descrizione delle autodefinizioni era quasi identica a quella che io avevo precedentemente etichettato come pensieri automatici. Questo costituì una sorta di conferma dell’esistenza di tali fenomeni. Albert Ellis e io abbiamo anche riconosciuto la differenza tra i pensieri automatici, spesso etichettati come *cognizioni calde*, e il pensiero più deliberato, riflessivo e coscientemente diretto, talvolta etichettato come *cognizione fredda*. Il nostro riconoscimento di questi fenomeni è stato successivamente menzionato da Daniel Kahneman (2011) nel suo libro *Thinking, Fast and Slow*.

## Tentativi di creare una teoria e una terapia innovative

Il passo successivo nella mia evoluzione della teoria e della terapia cognitiva fu riconoscere che gli individui avevano un sistema di credenze che, quando innescato da una particolare situazione, produceva l’interpretazione o l’errata interpretazione, generalmente sotto forma di un pensiero automatico. Ho quindi tentato di costruire una teoria dei processi di pensiero normali e della psicopatologia (Beck, 1976). La questione era come etichettare le credenze e i pensieri automatici degli individui. Avendo letto il volume di George Kelly (1955) intitolato *A Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs*, ho inizialmente valutato l’uso del termine *costrutto* per etichettare le credenze. Tuttavia, il termine *schema*, derivato dal lavoro di Piaget, sembrava offrire più possibilità. Ho quindi usato *schema* come nome per la struttura più o meno durevole che, quando innescata, produceva il pensiero automatico. Seguendo Piaget, ho attribuito agli schemi le seguenti caratteristiche: permeabilità/impermeabilità, grandezza, contenuto e carica. La permeabilità/impermeabilità indicava la ricettività al cambiamento, la grandezza era la dimensione dello schema

rispetto al concetto generale di sé della persona, e il contenuto descriveva il tema di base. Quando la carica dello schema era bassa, lo schema era essenzialmente disattivato, ma si attivava di nuovo quando si attivava uno stimolo congruente con il contenuto dello schema o, in psicopatologia, quando lo schema veniva attivato in varia misura nel corso dell'episodio.

## Applicazione a specifici disturbi psicologici

Ampliando il concetto di schema, ho sviluppato una serie di strumenti che misurano le credenze idiosincratiche per i principali disturbi depressivi e problemi come la depressione, il suicidio, l'ansia, l'abuso di sostanze, la rabbia e l'ostilità, i problemi di coppia e, più recentemente, la schizofrenia (per esempio, il Beck Depression Inventory; Beck, Steer, & Carbin, 1988; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Poiché queste diverse variabili psicologiche erano scarsamente definite, per ogni caso ho sviluppato una misura del disturbo psichiatrico prima di tentare di identificare le credenze, le caratteristiche di ogni disturbo e la terapia adattata per modificare le credenze disadattive. Seguono esempi dai diversi test diagnostici. Depressione: "Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo"; suicidio: "Metterei fine alla mia vita se potessi"; ansia: "Sono sempre ansioso"; rabbia e ostilità: "Se qualcuno mi offendesse dovrei reagire". Per ogni disturbo, lo strumento diagnostico sarebbe usato per identificare la psicopatologia primaria e sarebbe una misura parziale di esito.

Nello sviluppare un diagramma per ogni disturbo, ho cercato di concentrarmi sulle credenze maladattive tipiche di ognuno di essi. Per esempio, i comportamenti di dipendenza (bere, fare uso di sostanze ecc.) erano caratterizzati dalle stesse credenze che la facilitavano. Quando si sperimenta un desiderio, le cognizioni disadattive comuni potrebbero essere "per stavolta va bene" (dare il permesso), "posso andare nell'angolo a farmi una dose" (facilitare), e/o "dopo questa volta smetterò" (promettere). Per i problemi di rabbia e aggressività, il percorso tipico è il seguente: gli individui si sentono sminuiti in qualche modo, il che porta a una momentanea sensazione di dolore. Generalmente non sono consapevoli del dolore perché è messo in ombra dalla rabbia e dall'impulso di contrattaccare. In un altro paradigma, in particolare quando gli individui si sentono vulnerabili, possono reagire a un attacco o a una minaccia percepita diventando ansiosi. Infine, gli individui, in particolare quelli che sono depressi, possono rispondere all'aggressione rafforzando l'idea che se lo meritano (Beck, 1999). Ho anche studiato ampiamente la rabbia e l'aggressività nelle coppie e ho spesso riscontrato che la maggior parte della rabbia poteva essere attribuita al processo cognitivo (Beck, 1988). I partner tendevano a mostrare una vasta gamma di pregiudizi, in particolare attenzionali (osservando solo i comportamenti negativi e non quelli positivi), interpretativi (elaborando interpretazioni negative di comportamenti neutri ed esagerando il minimo negativo), e infine di globalizzazione (vedendo il partner come il nemico). Qui è stato possibile osservare in prima persona le credenze disfunzionali nelle interazioni tra i due individui. Ogni individuo vedeva se stesso come vulnerabile e vittima e l'altro come sopraffattore e carnefice. In ogni caso, era possibile riportare gli individui in una condizione migliore, a patto che la loro animosità non fosse andata oltre il punto di non ritorno. Si noti che gli stessi tipi di immagini e distorsioni cognitive sono presenti nei conflitti tra altri individui e tra gruppi più grandi come quelli etnici o religiosi e le nazioni. Questi tipi di processi cognitivi e distorsioni aiutano a spiegare l'origine delle uccisioni in guerra e dei genocidi.

Una volta identificate le convinzioni disadattive per un dato disturbo, ho proceduto a

sviluppare una terapia. Per testare l'utilità clinica delle convinzioni assegnate per un determinato disturbo o problema, ho condotto studi clinici insieme ai miei studenti di post-dottorato. Dopo una sperimentazione randomizzata e controllata di successo, solitamente preparavo un libro in modo che la terapia definita potesse essere usata per replicare i risultati iniziali e fornire anche materiale per i professionisti. Oltre a identificare il problema primario e a lavorare per ricablare le credenze e i pregiudizi disadattivi in altri più adattivi, un altro fattore chiave nel successo di qualsiasi adattamento della terapia cognitiva è il rapporto di collaborazione con il terapeuta. Nei problemi più gravi, come i disturbi di personalità borderline e la schizofrenia, per esempio, instaurare una connessione con il paziente implica in molti casi una sorta di partnership o cameratismo.

Il nostro team è riuscito nell'ultimo decennio a fare progressi concreti nel trattamento della schizofrenia. Nel corso di questo trattamento, abbiamo scoperto che anche i casi più gravi, che comportano lunghi periodi di ospedalizzazione, comportamenti bizzarri (ad esempio, spogliarsi in pubblico), comportamenti urinari e intestinali scadenti, autolesionismo e aggressività, sono suscettibili di trattamento e soggetti a cambiamenti positivi (Grant, Bredemeier, & Beck, 2017; Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar, & Beck, 2012). In particolare, abbiamo scoperto che le caratteristiche psicotiche come deliri, allucinazioni e comportamenti bizzarri in realtà mascherano una personalità normale. Il compito del terapeuta è quello di attivare questa personalità normale attraverso la relazione, individuando i punti di forza, i talenti e le aspirazioni dell'individuo e poi attingere a questi per formare insieme un piano terapeutico. Anche se ci sono notevoli differenze tra la terapia cognitivo comportamentale tradizionale (CBT) e il nostro approccio terapeutico per la schizofrenia (cioè, la terapia cognitiva orientata al recupero, o CT-R), questa terapia utilizza molti dei principi di base della CBT, tra cui la personalizzazione di una formulazione cognitiva per ogni individuo, lavorando attraverso le credenze negative e disfunzionali, e discutendo le strategie per raggiungere obiettivi significativi.

La diffusione mondiale della CBT è dovuta in gran parte alla sua efficacia transdiagnostica, dimostrata in migliaia di studi di ricerca (Brown et al., 2005; Rush, Hollon, Beck, & Kovacs, 1978; Waltman, Creed, & Beck, 2016; per una revisione degli studi sull'efficacia della CBT, vedi Beck, 1993). Inoltre, negli anni '90, sono stato coautore di un libro critico (D. A. Clark & Beck, 1999) che riassumeva il mio lavoro iniziale nello sviluppo di una nuova teoria e terapia per la depressione (come discusso in questo articolo) così come le nuove prove scientifiche sull'efficacia della CBT nel trattamento della depressione. Ci sono stati anche importanti progressi clinici nell'implementazione e nella diffusione della CBT. Un sondaggio su scala mondiale del 2015 ha indicato che la CBT è la forma di terapia più ampiamente utilizzata nel mondo (Knapp, Kieling, & Beck, 2015). Inoltre, nel Regno Unito, la CBT è stata impiegata come modalità dominante di terapia nel programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) sotto l'egida del National Health Service (NHS), trattando più di 500.000 persone all'anno con una varietà di problemi di salute mentale, compresi i disturbi depressivi e legati all'ansia (D. M. Clark, 2018). Questa sostanziale attenzione alla diffusione e alla formazione di clinici CBT di qualità di ogni continente è stata fondamentale per l'accettazione generale della CBT come "gold standard" della terapia (David, Cristea, & Hofmann, 2018). Anche se la mia ricerca personale si è concentrata principalmente sui disturbi psicologici, è anche necessario dare credito ai ricercatori innovatori che hanno usato con successo la CBT per trattare una serie di disturbi medici che persino io avrei precedentemente scritto come impossibili da trattare con la psicoterapia. Questi includono diabete,

demenza, ipertensione, sindrome del colon irritabile, insonnia e malattie della pelle. In questo articolo, ho cercato di toccare alcuni dei punti salienti dei miei 60 anni in psichiatria e nell'ambito della salute mentale. Spero che questi sforzi dimostrino il mio impegno a rendere il mondo migliore attraverso l'applicazione dei principi psicologici.

## Editor di azioni

Darby Saxbe ha servito come redattore e June Gruber come caporedattore ad interim per questo articolo.

## Dichiarazione di interessi contrastanti

L'autore o gli autori hanno dichiarato che non ci sono conflitti di interesse per quanto riguarda la paternità o la pubblicazione di questo articolo.

## Bibliografia

- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry, 15*, 305–312. doi:10.1080/00332747.1952.11022883
- Beck, A. T. (1963a, November). *There is more on the surface than meets the eye*. Lecture presented in The Academy of Psychoanalysis, New York, NY.
- Beck, A. T. (1963b). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9*, 324–333. doi:10.1001/archpsyc.1963.01720160014002
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Meridian.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough: How couples can overcome misunderstanding, resolve conflicts, and solve relationship problems through cognitive therapy*. New York, NY: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 194–198. doi:10.1037/0022-006X.61.2.194
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York, NY: HarperCollins.
- Beck, A. T., & Hurvich, M. S. (1959). Psychological correlates of depression: 1. Frequency of “masochistic” dream content in a private practice sample. *Psychosomatic Medicine, 21*, 50–55.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., & Ward, C. H. (1961). Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry, 5*, 462–467. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710170040004
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 294*, 563–570. doi:10.1001/jama.294.5.563
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*, 159–183. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*, Article 4. doi:10.3389/fpsy.2018.00004
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Grant, P. M., Bredemeier, K., & Beck, A. T. (2017). Six-month follow-up of recovery-oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services, 68*, 997–1002. doi:10.1176/appi.ps.201600413
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 69*, 121–127. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.129
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs: Volume 1: A theory of personality*. New York, NY: W.W. Norton.
- Knapp, P., Kieling, C., & Beck, A. T. (2015). What do psychotherapists do? A systematic review and meta-regression of surveys. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 377–378. doi:10.1159/000433555
- Loeb, A., Beck, A. T., & Diggory, J. (1971). Differential effects of success and failure on depressed and nondepressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 152*, 106–114. doi:10.1097/00005053-197102000-00003
- Loeb, A., Beck, A. T., Diggory, J. C., & Tuthill, R. (1967, September). Expectancy, level of aspiration, performance, and self-evaluation in depression. In *Proceedings of the 75th Annual Convention of the American Psychological Association* (Vol. 2, pp. 193–194). Washington DC: American Psychological Association.
- Loeb, A., Feshbach, S., Beck, A. T., & Wolf, A. (1964). Some effects of reward upon the social perception and motivation of psychiatric patients varying in depression. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 68*, 609–616. doi:10.1037/h0044260
- Rush, A. J., Hollon, S. D., Beck, A. T., & Kovacs, M. (1978). Depression: Must pharmacotherapy fail for cognitive therapy to succeed? *Cognitive Therapy and Research, 2*, 199–206. doi:10.1007/BF01172735
- Waltman, S. H., Creed, T. A., & Beck, A. T. (2016). Are the effects of cognitive behavior therapy for depression falling? Review and critique of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 23*, 113–122. doi:10.1111/cpsp.12152