

4

Incorporação dos pontos fortes do cliente e desenvolvimento da resiliência

Um psiquiatra consultor que também é terapeuta em TCC é chamado para atender Zainab, uma mulher casada de 31 anos que está hospitalizada no andar clínico do hospital da comunidade após uma tentativa séria de suicídio.

ZAINAB: Vá embora. Eu não estou com defeito, não preciso ser consertada. *(A voz que saía de baixo do cobertor fala em um inglês claro, com sotaque forte.)*

TERAPEUTA: A equipe pediu que eu viesse conhecê-la para ver se existe alguma forma de ajudá-la.

ZAINAB: Eu não quero a sua ajuda; vá embora, eu disse. *(silêncio)*

TERAPEUTA: OK, eu entendo. Eu vou dizer à enfermeira e falar com o seu marido.

Zainab é mãe de quatro filhos pequenos e trabalha como assistente em sala de aula. Sua família emigrou de um país da África do Norte há cinco anos. Zainab até o momento se recusou a discutir seus problemas com qualquer pessoa da equipe do hospital. Assim, os detalhes da sua tentativa de suicídio foram colhidos a partir das informações do seu marido, Muhammad. Ele relata sintomas que sugerem que Zainab teve um surto psicótico há vários anos. Antes da tentativa de suicídio, foi ficando cada vez mais isolada e com medo. Em um domingo, quando seu marido e filhos saíram para ir à praia, Zainab ingeriu intencionalmente uma dose excessiva de pílulas. Um vizinho a encontrou em coma e chamou o serviço de emergência.

Embora Zainab esteja desesperada para deixar o hospital o mais rápido possível, as enfermeiras comentam que ela não quer dar detalhes sobre a sua vida, e seu marido Muhammad parece “perdido”. Foi pedido que o psiquiatra avaliasse se Zainab se coloca em risco constante e também que tentasse

engajá-la no tratamento, se necessário. Devido à mensagem clara de Zainab de que não quer ajuda, o psiquiatra decide falar com seu marido:

TERAPEUTA: Muhammad, pediram-me para falar com Zainab para tentar ver se existe algo que eu possa fazer para ajudá-la. Ela parece estar sofrendo muito, mas diz que não quer a minha ajuda.

MUHAMMAD: Eu sei, eu sei. Ela é uma pessoa muito boa e está muito envergonhada de estar nesta posição; ela está com medo e preocupada quanto ao que irá acontecer com ela. Ela quer muito ficar com nossos filhos.

Muhammad explica que recentemente Zainab começou a ouvir vozes dizendo que seus dois filhos eram especiais. Essas vozes denegriam Zainab, afirmando que ela não era suficientemente boa para ser mãe deles. Nos dias que levaram à tentativa de suicídio, as vozes começaram a insistir que deveriam se livrar dela para que a família pudesse retornar ao seu país natal e viver com um dos seus tios ou tias, que eram membros de uma reverenciada família religiosa. Muhammad explica que cinco anos antes a família havia sido forçada a deixar seu país porque o pai de Zainab é um escritor que publicou artigos que faziam críticas às autoridades governamentais. O pai dela também vive no exílio. Os pais de Muhammad são devotos muçulmanos e desaprovam a posição política dos pais de Zainab.

TERAPEUTA: As vozes parecem realmente assustadoras. Zainab pediu ajuda a alguém?

MUHAMMAD: Ela falou comigo, mas eu não sabia o que fazer. Zainab é tão orgulhosa e forte; ela achou que pedir ajuda fora da família seria impossível. (Sorri.)

TERAPEUTA: (com curiosidade) Por que você está sorrindo?

MUHAMMAD: Quando nos mudamos para cá, há cinco anos, nenhum de nós falava inglês. Zainab aprendeu tão rapidamente que conseguiu encontrar trabalho. Ela também me ensinou inglês para que eu pudesse achar trabalho. Depois ela ensinou nossos filhos porque o inglês dela era melhor do que o meu. Sabe, ela é o pilar da nossa família; (sorri abertamente) nós a apelidamos de "o pilar". Conhecemos algumas outras famílias do nosso país que estão aqui e formamos uma comunidade. Zainab nos transformou em uma comunidade que ajuda uns aos outros. E também onde ela trabalha, eles me telefonaram e eles realmente querem que ela volte. (À medida que fala, ele parece cada vez mais orgulhoso das conquistas dela.) Mas ela não podia pedir ajuda. (Sua expressão muda, e ele começa a parecer perdido e assustado de novo.)

TERAPEUTA: Quando você usa este termo, *pilar*, o que você quer dizer?

MUHAMMAD: Que ela é forte... firme... ela se mantém forte. (Embora pareça que ele poderia falar mais, o terapeuta decide não fazer mais perguntas nesse momento.)

NA CABEÇA DO TERAPEUTA

Este psiquiatra se defronta com alguns pontos de escolha importantes sobre a melhor forma de ajudar Zainab. Ele utiliza uma conceitualização preliminar para informar esses pontos de escolha. Ele levanta a hipótese de que Zainab tem uma crença central sobre si mesma como “forte”, a qual está fundamentada em evidências consideráveis da sua autoeficácia. A própria Zainab não quer ser tratada como se estivesse “com defeito”. O psiquiatra se pergunta se uma ajuda focada nos pontos fortes de Zainab e a reconstrução da sua resiliência a interessariam e seriam suficientes para restituí-la ao funcionamento positivo.

Nosso livro trata do alívio do sofrimento e da construção da resiliência. As vozes de Zainab e o medo e a vergonha que ela sente em relação a essas vozes lhe causam muito sofrimento. A capacidade de iniciativa de Zainab e a visão que os outros têm dela como um pilar são pontos fortes encorajadores. As capacidades da cliente fornecem a base para a resiliência, de modo que a incorporação dos pontos positivos à conceitualização do caso é um primeiro passo para a restituição e a construção da resiliência da cliente.

Este capítulo explica como avaliar e conceitualizar por meio do foco nos pontos fortes. As conceitualizações baseadas nos pontos fortes que estimulam a resiliência podem constituir uma parte útil da TCC. Primeiro, descrevemos como identificar os pontos fortes do cliente e incorporá-los às conceitualizações do caso. Depois, definimos a resiliência e mostramos como ela pode ser tornar o foco de uma conceitualização de caso. Por fim, apresentamos uma justificativa para a incorporação dos objetivos de resiliência à TCC.

IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS FORTES

Ao contrário de Zainab, a maioria dos clientes deseja e espera conversar sobre seus problemas no início da terapia. Mesmo assim, é importante que o terapeuta faça perguntas e expresse um interesse genuíno pelos pontos fortes do cliente. Em momentos de sofrimento intenso, os clientes geralmente esquecem que possuem recursos internos e externos. As perguntas do terapeuta sobre os pontos fortes, as habilidades e o apoio podem fazer o paciente lembrar-se de recursos que imediatamente se mostram úteis. Além disso, os terapeutas que procuram pelos pontos fortes obtêm uma visão mais holística dos seus clientes. O cliente que é convidado a revelar suas qualidades positivas, além das suas dificuldades, provavelmente sairá de uma sessão inicial de terapia com uma confiança maior de que seu terapeuta o “conhece”. O equilíbrio na coleta de informações sobre as dificuldades e os pontos fortes varia de

cliente para cliente. Alguns clientes estão ansiosos por revelar aspectos positivos das suas vidas; outros podem desanimar se o terapeuta não abordar unicamente os problemas atuais. Os terapeutas podem perguntar rotineiramente sobre os pontos fortes e usar as respostas dos clientes para julgar qual detalhe deverá ser agregado a estes nas sessões iniciais.

Imagine o que o psiquiatra de Zainab teria visto se tivesse usado uma lente focada exclusivamente no problema. Ele veria uma mulher retraída, assustada e incomunicável, com psicose, vivendo dentro de uma cultura alheia à sua, com um marido que parece ter poucas condições de dar conta das dificuldades. Uma lente focada nos pontos fortes permite que o psiquiatra veja uma pessoa que em geral é autoconfiante, que negociou uma mudança difícil para um país novo, que tem uma família apoiadora e é considerada pelos outros como um “pilar”, embora por alguma razão esteja em luta com a psicose e uma tentativa de suicídio. A incorporação dos pontos fortes da cliente à conceitualização inicial proporciona uma visão mais balanceada de Zainab.

Embora o terapeuta possa pedir diretamente ao cliente para identificar os pontos fortes, frequentemente é mais útil explorar as áreas da vida do cliente que estão indo relativamente bem. Por exemplo, um cliente que reclama de estresse no trabalho pode ser entrevistado sobre sua vida em casa, as relações com os amigos, seus *hobbies* e outros interesses. Ao expressar curiosidade sobre as áreas da vida do cliente que estão indo bem, o terapeuta comunica que está interessado em toda a vida do cliente, não apenas nas áreas problemáticas. As áreas relativamente bem-sucedidas da vida do cliente podem então ser ligadas aos objetivos da terapia, como no diálogo seguinte entre David e seu terapeuta:

TERAPEUTA: Imagino que toda a sua vida não está envolvida em [estes problemas].

Existem áreas na sua vida que em geral o deixam feliz, quem sabe mesmo no momento atual?

DAVID: Agora não, realmente.

TERAPEUTA: Bem, e que tal antes de terem começado esses problemas?

DAVID: Eu era voluntário no abrigo de animais. Eu realmente gostava disso.

TERAPEUTA: Parece interessante. O que você fazia lá?

DAVID: Eu tratava os animais. A minha especialidade eram os cães. Eu realmente gostava de trabalhar com eles.

TERAPEUTA: Do que você gosta no trabalho com os cães?

DAVID: Bem, muitos deles ficam bem assustados no abrigo. Alguns demonstram isso ficando muito agressivos e outros agem de forma muito submissa. Eu tenho jeito para aquietar os agressivos e acalmar os que estão amedrontados.

TERAPEUTA: Isso parece difícil.

DAVID: Não muito para mim. Eu me orgulho da minha habilidade para trabalhar com todos os tipos de cães.

TERAPEUTA: Parece que você tem um verdadeiro talento quando se trata de lidar com cães.

DAVID: Sim, eu acho que sim.

TERAPEUTA: Poderemos usar os recursos desses talentos quando se tratar de lidar com alguns desses problemas que você está tendo no trabalho e em casa.

DAVID: O que o senhor quer dizer?

TERAPEUTA: Bem, não tenho certeza. Mas, se você pensar sobre isto, talvez possamos nos encontrar algumas semelhanças entre aqueles cães e alguns dos membros da sua família e colegas de trabalho.

DAVID: (rindo) Ah, eu consigo lembrar de algumas pessoas que agem de forma pior do que os cães!

TERAPEUTA: (rindo) Está vendo? Você pode precisar daquelas habilidades para lidar com os cães pelo resto da sua vida também!

A identificação dos pontos fortes frequentemente ajuda os clientes a imaginarem criativamente comportamentos mais eficazes nas áreas de dificuldade. Os clientes geralmente operam com sistemas de crenças mais resilientes em áreas de capacidades e de competência (Mooney e Padesky, 2002). Esses sistemas de crenças resilientes podem ajudar os clientes a persistirem em face aos obstáculos na busca dos objetivos da terapia. Por exemplo, David pode ter crenças que o auxiliam a ficar calmo com os cães agressivos (p. ex., "Ele só está assustado e tentando se proteger", "Ela vai se acalmar se eu não reagir de forma agressiva"). Uma vez identificadas, essas crenças também poderão ajudar durante conflitos com membros da família e colegas de trabalho.

Quando os clientes chegam às sessões de terapia em estado de sofrimento extremo, pode parecer difícil encontrar evidências de pontos fortes. Os clientes podem negar que alguma área da sua vida esteja indo bem. Por exemplo, clientes gravemente deprimidos geralmente se veem como destituídos de valor e de capacidade; eles frequentemente negam possuir alguma qualidade positiva ou áreas de sucesso. O seguinte diálogo ilustra uma forma como os terapeutas podem identificar os pontos fortes quando os clientes apenas enxergam batalhas e problemas:

TERAPEUTA: Acho que agora tenho uma boa ideia das dificuldades que você vem enfrentando. Antes de terminarmos a nossa sessão de hoje, eu gostaria de saber um pouco sobre o que fez você se aguentar nestes últimos meses.

KATRINA: Eu não sei o que você quer dizer.

TERAPEUTA: Bem, os tempos têm sido muito difíceis para você. Você deve estar fazendo alguma coisa para se manter de pé diante de todas essas pressões e perdas que experienciou.

KATRINA: Eu não estou de pé. Estou demolida. Eu me desestruturei e não consigo fazer nada na minha vida. Arruinei as minhas amizades e destruí a confiança que a minha família tinha em mim.

TERAPEUTA: Entendo que as coisas pareçam muito sombrias para você. No entanto, eu me lembro de que, quando marcamos uma hora para nos encontrarmos, você disse que teria que ser antes das 16h, porque você queria estar em casa quando seus filhos chegassem da escola.

KATRINA: Tenho que estar em casa depois das 16 horas. Não há mais ninguém para fazer isso.

TERAPEUTA: Sim. E me parece que deve ser muito difícil ser mãe quando você está se sentindo tão deprimida.

KATRINA: Eu não estou sendo uma boa mãe atualmente.

TERAPEUTA: Talvez não. Mas pelo que você disse antes, parece que você consegue conversar com as crianças, fazer o jantar delas e colocá-las na cama apesar de se sentir muito mal enquanto está fazendo tudo isso.

KATRINA: Sim. Qualquer mãe tem que fazer isso.

TERAPEUTA: E essas coisas podem ser difíceis de serem feitas depois de um longo dia, mesmo nas melhores circunstâncias. (pausa) No entanto, você está conseguindo fazer isso sob a pior das circunstâncias. Como você faz isso?

KATRINA: Bem, eu simplesmente não vejo opção. Os meus filhos são muito pequenos para cuidarem de si. Eu não estou fazendo nada de especial.

TERAPEUTA: Então você faz isso por um senso de dever? Ou amor?

KATRINA: Os dois, dever e amor. É dever de uma mãe cuidar dos seus filhos. E eu amo meus filhos, mesmo que eu não demonstre muito isso para eles quando estou assim indisposta.

TERAPEUTA: Então, em meio a essas circunstâncias terríveis, o seu senso de dever e amor pelos seus filhos lhe ajudam a seguir em frente... mesmo quando você preferiria desistir.

KATRINA: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Mesmo que isso possa parecer algo pequeno para você, eu realmente admiro a sua capacidade de manter as suas obrigações e de expressar o seu amor pelos seus filhos quando você se sente tão mal. Eu conheço muitos pacientes que não fazem isso nem mesmo quando estão felizes.

KATRINA: Mesmo?

TERAPEUTA: Sim. Acho que essas pequenas coisas que você faz pelos seus filhos, mesmo que nem sempre as faça muito bem quando está se sentindo desanimada, falam positivamente sobre quem você é por dentro como pessoa.

Nesta conversa, o terapeuta introduz uma área de força que Katrina não havia identificado. Quando os clientes são muito autocríticos e estão desanimados, o terapeuta deve ficar alerta para identificar pequenos comportamentos positivos que o cliente realiza rotineiramente. Katrina consegue realizar pequenos comportamentos positivos diários como mãe. Outros comportamentos diários comuns que os clientes podem executar consistentemente, mesmo quando angustiados, incluem os cuidados pessoais (escolher roupas, barbear-se, arrumar o cabelo), ir para o trabalho, cuidar de um animal de estimação, arrumar um jardim ou realizar uma atividade esportiva. Qualquer atividade diária comum que é mantida durante o período de sofrimento é simbólica de algum valor que o cliente possui e que pode ser encarada como um ponto forte. Esses valores e pontos fortes podem estar apenas implícitos e os clientes podem minimizá-los através de preconceitos cognitivos que são típicos dos transtornos emocionais (Beck, 1976).

KATRINA: Tenho que estar em casa depois das 16 horas. Não há mais ninguém para fazer isso.

TERAPEUTA: Sim. E me parece que deve ser muito difícil ser mãe quando você está se sentindo tão deprimida.

KATRINA: Eu não estou sendo uma boa mãe atualmente.

TERAPEUTA: Talvez não. Mas pelo que você disse antes, parece que você consegue conversar com as crianças, fazer o jantar delas e colocá-las na cama apesar de se sentir muito mal enquanto está fazendo tudo isso.

KATRINA: Sim. Qualquer mãe tem que fazer isso.

TERAPEUTA: E essas coisas podem ser difíceis de serem feitas depois de um longo dia, mesmo nas melhores circunstâncias. (pausa) No entanto, você está conseguindo fazer isso sob a pior das circunstâncias. Como você faz isso?

KATRINA: Bem, eu simplesmente não vejo opção. Os meus filhos são muito pequenos para cuidarem de si. Eu não estou fazendo nada de especial.

TERAPEUTA: Então você faz isso por um senso de dever? Ou amor?

KATRINA: Os dois, dever e amor. É dever de uma mãe cuidar dos seus filhos. E eu amo meus filhos, mesmo que eu não demonstre muito isso para eles quando estou assim indisposta.

TERAPEUTA: Então, em meio a essas circunstâncias terríveis, o seu senso de dever e amor pelos seus filhos lhe ajudam a seguir em frente... mesmo quando você preferiria desistir.

KATRINA: Sim, acho que sim.

TERAPEUTA: Mesmo que isso possa parecer algo pequeno para você, eu realmente admiro a sua capacidade de manter as suas obrigações e de expressar o seu amor pelos seus filhos quando você se sente tão mal. Eu conheço muitos pacientes que não fazem isso nem mesmo quando estão felizes.

KATRINA: Mesmo?

TERAPEUTA: Sim. Acho que essas pequenas coisas que você faz pelos seus filhos, mesmo que nem sempre as faça muito bem quando está se sentindo desanimada, falam positivamente sobre quem você é por dentro como pessoa.

Nesta conversa, o terapeuta introduz uma área de força que Katrina não havia identificado. Quando os clientes são muito autocríticos e estão desanimados, o terapeuta deve ficar alerta para identificar pequenos comportamentos positivos que o cliente realiza rotineiramente. Katrina consegue realizar pequenos comportamentos positivos diários como mãe. Outros comportamentos diários comuns que os clientes podem executar consistentemente, mesmo quando angustiados, incluem os cuidados pessoais (escolher roupas, barbear-se, arrumar o cabelo), ir para o trabalho, cuidar de um animal de estimação, arrumar um jardim ou realizar uma atividade esportiva. Qualquer atividade diária comum que é mantida durante o período de sofrimento é simbólica de algum valor que o cliente possui e que pode ser encarada como um ponto forte. Esses valores e pontos fortes podem estar apenas implícitos e os clientes podem minimizá-los através de preconceitos cognitivos que são típicos dos transtornos emocionais (Beck, 1976).

VALORES PESSOAIS

Os valores pessoais frequentemente funcionam como fontes de força para as pessoas porque eles informam sobre suas escolhas e comportamentos. Assim sendo, é de grande ajuda que os terapeutas demonstrem interesse pelos valores dos clientes de modo que eles possam ser incorporados às conceitualizações. Por exemplo, quando o terapeuta, no exemplo acima, expressa abertamente uma apreciação e uma admiração, considerando o quanto pode ser difícil realizar as tarefas diárias quando está deprimida, Katrina começa a se enxergar como possuindo algumas qualidades positivas. Ela reconhece que opta por cuidar dos filhos apesar de não se sentir mais capaz de realizar muitas outras atividades da vida diária. Embora não haja dúvidas de que um cliente deprimido irá se focar no quanto é deficiente o seu desempenho como pai, o reconhecimento do terapeuta de uma força que existe apesar do sofrimento, pode ser muito significativo para o cliente.

Observe que o terapeuta não exagera na exibição dos pontos forte da cliente deprimida. Uma compreensão empírica dos processos do pensamento depressivo ajuda esse terapeuta a perceber que uma declaração excessivamente positiva como “Mesmo quando deprimida, você demonstra um grande amor pelos seus filhos.” provavelmente será derrubada por pensamentos depressivos como “Não é um grande amor quando você critica e grita com eles o tempo todo.” Em vez disso, o terapeuta antecipa e incorpora o potencial de Katrina para a autocrítica resumindo: “Essas pequenas coisas que você faz pelos seus filhos, *mesmo que nem sempre as faça muito bem quando está se sentindo desanimada*, falam positivamente sobre quem você é por dentro como pessoa.”

Os valores do cliente podem ser entendidos como crenças sobre o que é mais importante na vida. Essas crenças são relativamente duradouras através das várias situações e moldam as escolhas e os comportamentos dos clientes. A incorporação dos valores às conceitualizações como parte de um sistema de crenças do cliente nos possibilita entender melhor as suas reações nas diferentes situações. O terapeuta de Katrina pode formular a hipótese de um valor como: “É importante demonstrar amor pelos meus filhos.”. Como este é um valor duradouro, ele continua a impulsionar o comportamento de Katrina mesmo quando ela fica tão desmotivada que interrompe outros comportamentos que não estão enraizados em seus valores.

No caso de Zainab, o terapeuta pode ter como hipótese o valor: “É importante ser forte para a minha família.”. Esse valor se revelou como uma fonte de iniciativa quando Zainab enfrentou os desafios da imigração para um país novo com uma nova cultura. Contudo, é importante salientar que esse valor também nos ajuda a entender por que as vozes ouvidas por Zainab que a denegriam como parte da psicose (p. ex., “você não é suficientemente boa para ser mãe de seus filhos”) eram tão devastadoras; ela achava que tinha violado seus próprios valores. Dessa forma, a apresentação de Zainab ilustra

como os valores e as crenças podem simultaneamente servir como funções protetoras e predisponentes. A visão que a cliente tinha de si mesma como um pilar deu-lhe muita força, mas como era tão importante para Zainab ser um pilar para os outros, ela ficou mais vulnerável quando começou a ouvir as vozes porque achava que estava fraca e não poderia ajudar os outros caso tivesse que ajudar a si mesma. Dessa forma, as crenças positivas podem ser tão debilitantes quanto as crenças negativas quando são rigidamente mantidas e não se enquadram às exigências da situação.

Pontos fortes culturais

Conforme demonstrado nos Capítulos 2 e 3, os valores pessoais e culturais podem ser pontos fortes importantes para os clientes. Lembremos do exemplo do caso de Rose no Capítulo 3, uma mulher hispânica passando por problemas no trabalho. Os valores pessoais e culturais de Rose foram incorporados a uma conceitualização de como ela reagia às provocações dos colegas de trabalho (“As mulheres na minha cultura ficam silenciosas em público quando os homens as criticam.”). Rose e seu terapeuta conceitualizaram esses valores como uma fonte de força: “Nesta cultura de trabalho, as provocações dos colegas são uma forma de comportamento: eu posso *escolher* agir segundo os meus valores culturais ou agir dentro da cultura do trabalho, o que parece ser mais eficiente”. A capacidade de Rose de escolher entre essas opiniões a ajuda a ser mais resiliente. Ela pode aceitar silenciosamente as provocações ou então responder a elas dentro dos parâmetros das normas culturais do trabalho.

Às vezes, alguns aspectos da vida ou da cultura do cliente representam pontos fortes e ao mesmo tempo perigos. No caso de Ahmed (veja o Capítulo 2), a sua fé era fonte de força para ele, embora também reconhecesse que algumas pessoas tinham preconceito contra sua fé, e essas pessoas poderiam representar um perigo para ele e para sua família. Quando a discriminação cultural é um foco da terapia, é especialmente importante que o terapeuta pergunte a respeito e valide as forças positivas dentro da cultura do cliente. Sem a validação explícita dos aspectos positivos da cultura, o cliente frequentemente presume que o terapeuta concorda com os preconceitos culturais contra ele (Associação Americana de Psicologia, 2000, 2003). No Capítulo 8, abordaremos o tema dos valores do terapeuta e como estes se cruzam com os valores pessoais e culturais dos clientes.

INCORPORAÇÃO DOS PONTOS FORTES ÀS CONCEITUALIZAÇÕES DE CASO

Os pontos fortes podem ser incorporados em cada estágio da terapia. Os objetivos podem ser colocados em termos de reforço dos pontos fortes ou

dos valores positivos (p. ex., ser mais atencioso) e também a redução do estresse (p. ex., sentir-se menos ansioso). Conforme demonstramos no Capítulo 5, nas primeiras sessões, os terapeutas podem rotineiramente fazer perguntas sobre os objetivos positivos e as aspirações e acrescentá-los à lista do cliente das dificuldades atuais. As discussões de áreas positivas da vida de um cliente frequentemente revelam estratégias para lidar com as situações que servirão como alternativas àquelas usadas nas áreas-problema. Essas estratégias frequentemente mais adaptativas podem ser identificadas como parte do mesmo processo que identifica fatores desencadeantes e de manutenção dos problemas (veja o Capítulo 6). Quando chega o momento dos experimentos comportamentais para alterar os ciclos de manutenção, o cliente pode praticar as respostas alternativas de manejo que foram extraídas de áreas da sua vida que são mais bem-sucedidas. Mais adiante na terapia, os pressupostos e as crenças centrais positivos se revelam ser tão importantes quanto os negativos quando se formam as conceitualizações de caso longitudinais (veja o Capítulo 7).

Embora os pontos positivos identificados possam ser incorporados em cada estágio da conceitualização do caso, isso não foi tipicamente demonstrado na literatura de TCC. Tem havido uma ênfase muito maior na identificação dos fatores precipitantes, predisponentes e perpetuadores dos problemas. Neste texto, defendemos a inclusão dos pontos fortes sempre que possível durante a conceitualização de caso. Para ilustrar, veja a Figura 4.1. Ela mostra a conceitualização de Rose como é vista na Figura 3.3, mas agora com os seus pontos fortes listados no lado esquerdo do diagrama.

Rose identificou seus pontos fortes após ter sido desenhada a conceitualização na Figura 3.3. Seu terapeuta desenvolveu colaborativamente os pontos fortes apresentados na Figura 4.1, com algumas perguntas adicionais:

TERAPEUTA: Pelo menos uma coisa está faltando neste diagrama das suas dificuldades no trabalho, Rose.

ROSE: O quê?

TERAPEUTA: Esta figura mostra o que está acontecendo, mas ela não inclui os pontos fortes que você tem e que podem ajudá-la a resolver este problema.

ROSE: De que pontos fortes você está falando?

TERAPEUTA: Olhe para o diagrama. Veja se você consegue encontrar alguns pontos fortes escondidos. Por exemplo, primeiramente, por que você foi incluída neste grupo de trabalho?

ROSE: Porque eles precisam de ajuda.

TERAPEUTA: E por que você acha que a gerência escolheu você para ajudar?

ROSE: Eu sou uma engenheira inteligente e capaz. Resolvi muitos problemas no meu outro grupo.

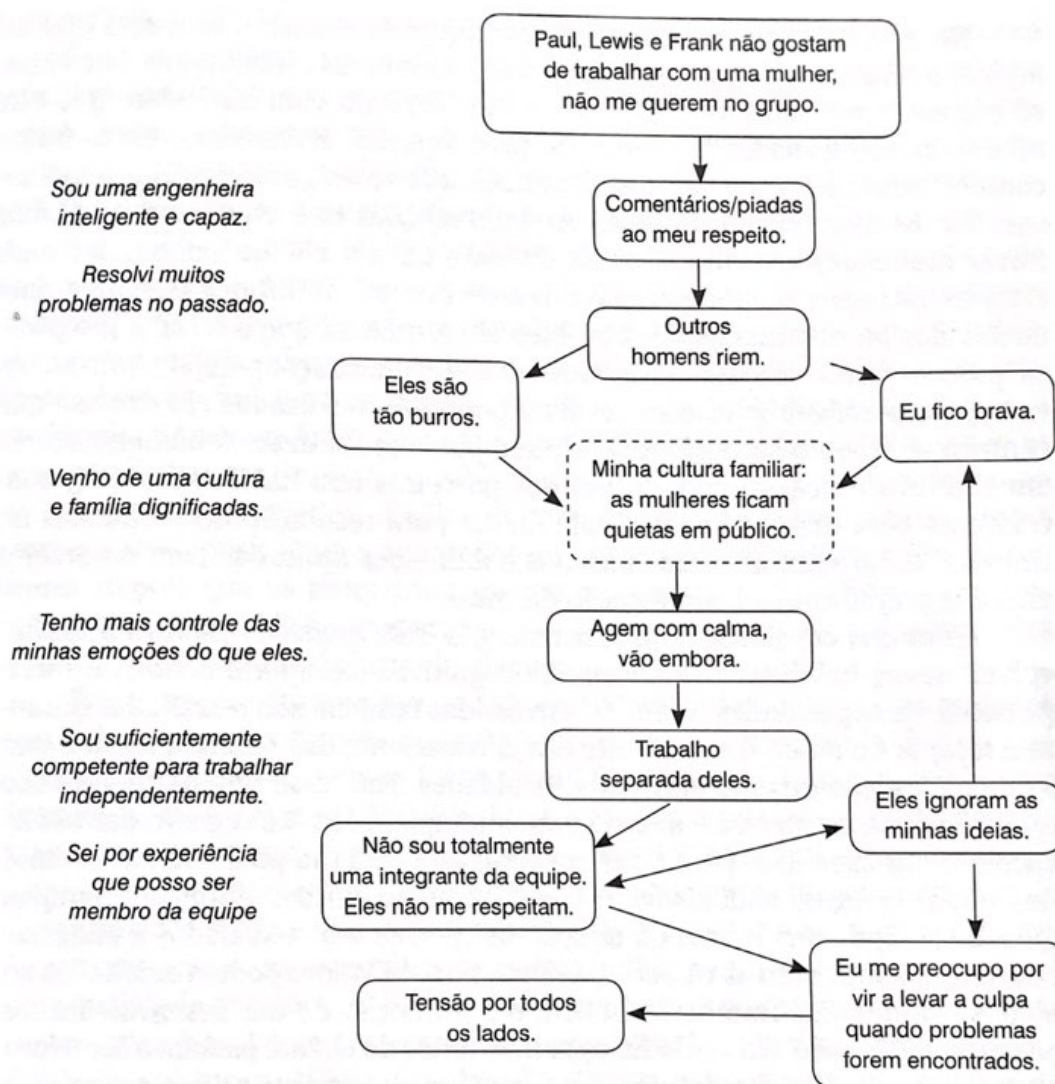


Figura 4.1 Conceitualização de Rose com seus pontos fortes listados (à esquerda).

Ao ajudar Rose a destacar seus pontos fortes como engenheira e também seus pontos fortes familiares e culturais de dignidade e autocontrole, o terapeuta acrescenta dimensões importantes à conceitualização de caso escrita. A inclusão dos pontos fortes estimula a consciência da cliente quanto aos recursos que podem ajudar. Rose se deu conta de que ela poderia utilizar suas habilidades de solução de problemas em engenharia para ajudar a resolver o problema que estava tendo com seus colegas de trabalho. O reconhecimento dos pontos fortes pode estimular a confiança da cliente, fortalecer a colaboração e apontar para intervenções que desenvolvam as capacidades do cliente. O acréscimo dos pontos fortes ao diagrama da conceitualização do caso ajuda cliente e terapeuta a lembrarem desses recursos sempre que a conceitualização for consultada.

No início da terapia, as conceitualizações identificam as forças que até aquele momento ajudaram os clientes a lidar com as dificuldades. Por vezes, os pontos fortes são identificados em uma área da vida do cliente que está relativamente ausente das áreas de preocupação. Neste caso, essas forças comprovadas são acrescentadas às conceitualizações para informar a melhor escolha de intervenção da TCC. As intervenções que envolvem os pontos fortes praticados em outras áreas da vida de um cliente podem ser mais eficazes porque elas podem ajudá-lo a se desviar de fatores de longa data envolvidos na manutenção dos problemas. À medida que a terapia progride, os pontos fortes são acrescentados às conceitualizações explanatórias. Às vezes, essas conceitualizações revelam pontos fortes usados em excesso que contribuem para o sofrimento. Um exemplo comum desse fenômeno ocorre em conflitos de casais quando um dos parceiros tem habilidades de gerenciamento bem desenvolvidas e habilidades para resolução de problemas no trabalho e, no entanto, essas mesmas habilidades aplicadas com o parceiro em casa prejudicam a comunicação do casal.

Além das capacidades preexistentes, a TCC ajuda os clientes a desenvolver novas habilidades emocionais, cognitivas, comportamentais e interpessoais. As capacidades recém-desenvolvidas também são ressaltadas durante a terapia de modo que o cliente esteja consciente das habilidades que tem à sua disposição quando enfrenta dificuldades. Para esse fim, os clientes são encorajados a manter um caderno para a terapia. Além do registro das observações e dos exercícios para fazer em casa, esse caderno pode incluir resumos das novas crenças, habilidades e ferramentas adquiridas durante a terapia. Quando se aproxima o final da terapia, os clientes são convidados a imaginar com o terapeuta como as várias capacidades e habilidades podem auxiliá-los no manejo de desafios futuros e também na promoção de um desenvolvimento positivo continuado. Na verdade, os pontos fortes do cliente passam a ser o foco central das conceitualizações que promovem seu crescimento e desenvolvimento continuado. Esse processo é ressaltado no Capítulo 7.

DOS PONTOS FORTES ATÉ A RESILIÊNCIA

Conforme definido no Capítulo 2, resiliência é um conceito amplo que se refere a como as pessoas negociam a adversidade para manter seu bem-estar. O termo descreve os processos psicológicos por meio dos quais as pessoas utilizam os seus pontos fortes para se adaptar aos desafios. Ann Masten (2001), uma pesquisadora clínica que investigou a resiliência em numerosos estudos, cunhou a expressão “mágica comum” para descrever a resiliência. Ela diz: “A grande surpresa na pesquisa da resiliência é o quanto esse fenômeno é comum. A resiliência parece ser um fenômeno comum, que resulta, na maioria dos casos, da operação dos processos básicos de adaptação

humana” (p. 227). Mais adiante no mesmo artigo, ela continua: “Os estudos da resiliência convergem para uma pequena lista de atributos... Estes incluem conexões com adultos competentes e benevolentes na família e na comunidade, habilidades cognitivas e de autorregulação, visões positivas de si mesmo e motivação para ser eficiente no ambiente” (p. 234). Outros acrescentaram dimensões como a saúde física e ter um sentido na vida (Davis, 1999).

A resiliência possui múltiplas dimensões; existem muitos caminhos até ela, e as pessoas não precisam ter pontos fortes em todas as áreas para serem resilientes. Assim, a resiliência é talvez “comum” porque existem muitas diferentes combinações de capacidades que, reunidas, ajudam alguém a ser resiliente. Masten faz uma distinção importante entre os pontos fortes e a resiliência. Os *pontos fortes* referem-se aos atributos de uma pessoa, como as boas condições para resolver problemas ou circunstâncias protetoras como ter um parceiro apoiador. *Resiliência* refere-se aos processos em que esses pontos fortes possibilitam a adaptação durante os períodos de desafios. Assim sendo, depois que os terapeutas ajudam os clientes a identificar os pontos fortes, essas capacidades podem ser incorporadas às conceitualizações para ajudar a entender a resiliência do cliente.

Por exemplo, durante toda a sua vida, Zainab demonstrou capacidades particulares como o dom de aprender outras línguas, boa saúde física e alto nível de energia. Tais pontos fortes possibilitaram que tivesse desembaraço durante os momentos de desafios. Ela respondeu à mudança da sua família para uma nova cultura aprendendo inglês e encontrando trabalho. No caso de Zainab, a resiliência refere-se a como seus pontos fortes interagiram com as circunstâncias da sua vida para capacitá-la a se adaptar a uma nova cultura. Ao mesmo tempo, as experiências de Zainab ilustram que a resiliência não é uma qualidade absoluta ou fixa. A resiliência é um processo dinâmico durante as situações e ao longo do tempo (Luthar, Cicchetti e Becker, 2000; Masten, 2001, 2007; Rutter, 1987). Quando desafiados pela psicose, os recursos de Zainab foram sobrepujados. Embora ela tenha se voltado para o marido em busca de ajuda, o apoio dele não foi suficiente para acabar com seu desespero e para prevenir a tentativa de suicídio.

CONCEITUALIZANDO CASOS EM TERMOS DE RESILIÊNCIA

Depois de identificados os pontos fortes, como os terapeutas podem incorporá-los a um modelo conceitual de resiliência do cliente? Todas as formas de conceitualização ensinadas neste livro podem ser usadas e adaptadas para conceitualizar a resiliência. Cada um dos modelos existentes de TCC, como o modelo genérico da emoção (Beck, 1976, 2005), análise funcional (p. ex., Hayes e Follette, 1992), o modelo de cinco partes (Padesky e Mooney, 1990), conceitualizações explanatórias de fatores desencadeantes e de manutenção,

e conceitualizações longitudinais podem ser *traduzidos para o foco na resiliência*. A resiliência pode ser conceitualizada usando-se os mesmos três níveis de conceitualização de caso descritos no Capítulo 2: (1) relatos descritivos em termos cognitivos e comportamentais que articulam os pontos fortes de uma pessoa, (2) conceitualizações explanatórias transversais (desencadeantes e de manutenção) de como os pontos fortes protegem a pessoa dos efeitos adversos dos eventos negativos e (3) conceitualizações (longitudinais) explanatórias de como os pontos fortes interagiram com as circunstâncias durante a vida da pessoa para estimular a resiliência e manter seu bem-estar.

A teoria e a pesquisa relevantes podem ser integradas aos detalhes do caso de um indivíduo usando-se o calor do empirismo colaborativo. Como a resiliência é um conceito multidimensional abrangente, os terapeutas podem adaptar as teorias existentes dos transtornos psicológicos (veja o Quadro 1.3) ou então extrair de uma grande variedade de ideias teóricas relacionadas à resiliência encontradas na literatura de psicologia positiva (veja, p. ex., Snyder e Lopez, 2005).

O psiquiatra de Zainab decidiu conceitualizar seu caso em termos de resiliência. Ele achou que ela responderia mais positivamente a isso do que a uma conceitualização focada nos problemas (“Eu não estou com defeito”). Primeiro, o terapeuta identificou vários pontos fortes de Zainab por meio de entrevistas com Muhammad. Na entrevista seguinte com Zainab, ele enfatizou esses pontos e também a metáfora do “pilar” que possuía um significado particular para ela porque este era o seu apelido na família:

TERAPEUTA: Muhammad me contou como você é o pilar da sua família, Zainab. (*Zainab olha de relance para o terapeuta e depois olha para baixo novamente.*) Eu sei que você foi a primeira a aprender inglês e que você ensinou o resto da família. Todos querem que você volte para casa. (*Zainab acena com a cabeça levemente.*) Se você quiser, eu gostaria de conversar com você sobre o que poderia ajudá-la a voltar para casa mais rapidamente. Assim estaria bem para você?

ZAINAB: (*Em voz baixa*) Sim.

Este diálogo mostra como uma aliança terapêutica positiva evolui quando o terapeuta está em sintonia e interessado nos pontos fortes, nos valores e nos objetivos positivos da pessoa. Zainab interagiu com o terapeuta somente quando este lhe comunicou que (1) ele queria trabalhar com seus pontos fortes (metáfora = “pilar”) e (2) ele estava interessado em ajudá-la a trabalhar na direção do seu objetivo principal (isto é, voltar para casa). Conforme tem sido enfatizado ao longo deste texto, a conceitualização colaborativa é recomendada como um controle e um equilíbrio. O envolvimento de Zainab na conceitualização do seu caso é necessário para corrigir as inferências errôneas do terapeuta e também para fomentar o seu compromisso com o plano de tratamento. Seu terapeuta utiliza a visão dos pontos fortes de Zanaib que ele

obteve com Muhammad para engajá-la em seu objetivo de voltar para casa. Zainab está mais disposta a colaborar com seu terapeuta em uma conceitualização baseada nos pontos fortes porque, em sua mente, ela “não está com defeito e não precisa ser consertada”.

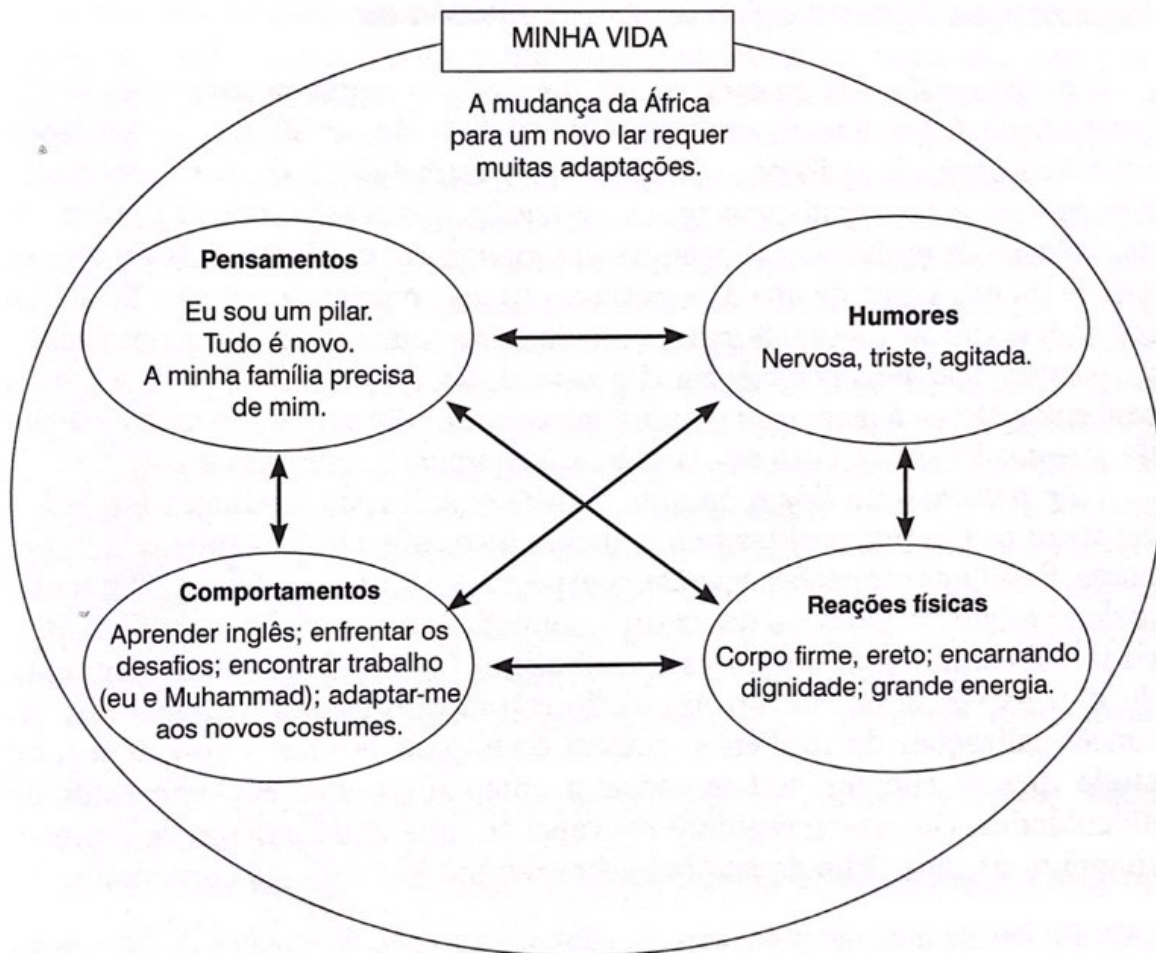


Figura 4.2 Conceitualização descritiva dos pontos fortes de Zainab.

A Figura 4.2 mostra um modelo de cinco partes desenhado por Zainab e seus terapeutas para desenvolver uma melhor compreensão de como os seus pontos fortes operaram quando ela emigrou para seu novo país. Essa conceitualização torna explícito como os pensamentos positivos, as emoções e as reações corporais são mutuamente reforçadores e conduzem a um comportamento adaptativo. Essa conceitualização transformou-se em um trampolim para a discussão de como ela poderia utilizar essas habilidades para lidar com as vozes críticas que ouvia e com as outras pressões que conduziram à sua tentativa de suicídio. Uma pessoa como Zainab que tem um início recente e agudo de dificuldades, embora tenha demonstrado um funcionamento ativo e bem-sucedido na maioria das áreas durante muitos anos, é idealmente adequada para uma TCC focada na recuperação da resiliência preexistente.

Um cliente com uma história crônica de dificuldades de saúde mental e que demonstrou pouca resiliência pode se adequar melhor à TCC orientada para o desenvolvimento de novas capacidades como uma base para a resiliência.

Identificação de estratégias e crenças resilientes

A observação das estratégias que uma pessoa emprega para lidar com a adversidade é geralmente um passo inicial fácil de ser dado em direção à conceitualização da resiliência. Geralmente, as estratégias podem ser observadas e podem ser comportamentais (p. ex., persistência nos esforços), cognitivas (p. ex., solução de problemas, aceitação), emocionais (p. ex., humor, reafirmação), sociais (p. ex., busca de ajuda), espirituais (p. ex., encontrar um significado no sofrimento) ou até mesmo físicas (p. ex., dormir e comer bem). Frequentemente, as pessoas não têm consciência das estratégias que utilizam para ser mais resilientes. Destacá-las em uma conceitualização de caso aumenta a probabilidade de a pessoa levar o seu uso em consideração durante desafios futuros.

As pessoas que lidam com as situações de forma resiliente tendem a construir os eventos positivamente, incluindo eventos objetivamente desafiadores. Essas interpretações envolvem expectativas positivas (p. ex., “Eu tenho fé de que este trabalho vai dar certo”), autoeficácia (p. ex., “Isto é difícil, mas eu já dei conta de coisas piores”) e otimismo (p. ex., “Nós vamos dar conta disto”). Às vezes, os clientes não estão conscientes desses pensamentos. As conceitualizações da resiliência trazem estes preconceitos à consciência de modo que os clientes podem escolher como responder em momentos de dificuldades. Observe a seguinte conversa em que Zainab descreve o preenchimento de uma ficha de emprego com seu marido em uma certa noite.

ZAINAB: Em algumas das perguntas, tivemos que rir, sabe. Na minha terra, as pessoas nunca fariam tais perguntas. O formulário era muito longo e levamos a noite inteira para preenchê-lo.

TERAPEUTA: Como você conseguiu manter o senso de humor durante essa noite, presumivelmente depois de ter trabalhado o dia inteiro?

ZAINAB: Sim, eu tinha trabalhado e depois lemos para as crianças e as colocamos na cama. Eu estava cansada. Não sei como é que achei aquilo engraçado. Talvez justamente *porque* eu estivesse cansada.

TERAPEUTA: Pensando de novo naquela noite, que tipo de pensamentos estavam passando pela sua cabeça enquanto vocês estavam rindo?

ZAINAB: Nós só estávamos sendo bobos, sabe, dizendo: “Estas perguntas são tão idiotas!” (*Parece pensativa*). Eu estava feliz por Muhammad, é tão importante para ele estar ganhando dinheiro para a família. Estava feliz em vê-lo rindo; você sabe que isto tem sido muito difícil para ele. (*Parece em dúvida; faz contato visual com o terapeuta enquanto fala.*) É importante para mim ajudar Muhammad, ser forte por ele.

TERAPEUTA: Ser como um pilar.

ZAINAB: Sim, apoiá-lo como um pilar.

Um conjunto crescente de evidências sugere que as pessoas que são resilientes interpretam positivamente os eventos e empregam estratégias adaptativas tanto em situações desafiadoras quanto neutras (Lyubomirsky, 2001; Lyubomirsky, Sheldon e Schkade, 2005). Isso fica evidente no relato de Zainab sobre a noite em que eles preencheram o formulário para o emprego. Os pensamentos dela estão em Muhammad e em seu bem-estar. Ela quer apoiá-lo e acha que o humor torna uma situação difícil mais fácil. Ao conceitualizar a resiliência, é importante que o terapeuta esteja alerta para observar momentos como este, quando os clientes operam de maneira resiliente, e para captar os pensamentos relacionados a essas situações.

As crenças centrais e os pressupostos subjacentes da resiliência frequentemente refletem as preocupações humanas centrais com autonomia (p. ex., “Eu gosto de um desafio e consigo enfrentá-lo sozinho quando preciso.”), competência (p. ex., “Eu sou persistente.”), afiliação (p. ex., “O meu parceiro vai me apoiar nisso.”) e conexão com a humanidade de uma forma mais ampla (p. ex., “muitas pessoas também têm estes problemas; eu não estou sozinho.”). As crenças centrais e os pressupostos subjacentes da resiliência são acionados em relação às dificuldades encontradas porque a resiliência só é necessária em face aos desafios. Por exemplo, podemos identificar pressupostos subjacentes pedindo que o cliente complete esta frase: “Se eu enfrentar sérios desafios na minha vida, então...”. As perguntas a seguir podem ser feitas para se identificar crenças e qualidades pessoais do cliente relacionadas à resiliência:

- “Que regras ou crenças podem ajudá-lo a ser resiliente nesta situação?”
- “Idealmente, que qualidades você gostaria de apresentar diante destes obstáculos?”
- “Que crenças [sobre você/os outros/o mundo] lhe ajudam a mostrar estas qualidades?”
- “Se você conseguisse se sair bem da melhor maneira que possa imaginar, o que você estaria pensando [sobre você/os outros/o mundo]?”
- “Que regras você seguiria? Se...então...”
- “Que qualidades apresentaria uma pessoa que você visse como um modelo a ser seguido?”
- “Que regras ou crenças você acha que a orientariam para que respondesse dessa maneira?”

Metáforas, histórias e imagens

As metáforas, as histórias e as imagens oferecem uma conceitualização abreviada que comunica o rico interjogo das crenças, das emoções, dos estados físicos e das estratégias que definem a resiliência. As metáforas, as histórias e as imagens têm que ser provenientes do indivíduo para terem

significado pessoal e ressonância. Por exemplo, muitas pessoas podem pensar em um pilar como rígido demais para ser resiliente. No entanto, para Zainab, o pilar simbolizava a sabedoria ancestral, a fé e a força que perduraram através dos séculos.

Algumas das metáforas, das histórias e das imagens desenvolvidas com nossos clientes estão listadas aqui. Cada uma delas foi desvendada nas discussões da terapia para entender as crenças centrais resilientes, os pressupostos subjacentes, as respostas emocionais e as estratégias comportamentais que eles abrangem:

- “Eu sou um pilar, não estou com defeito; não preciso de conserto.” O sentimento subjacente de força de Zainab estava vinculado à imagem de um pilar específico no lar onde cresceu, que tem milhares de anos de idade e que perdurou por muitas gerações. Esta metáfora estava embasada em sua fé muçulmana.
- “O adubo e a flor.” Para este cliente, o sofrimento (o adubo) e a resiliência (a flor) se tornaram um só. A flor precisa do adubo e ela mesma se transforma no adubo. Os valores deste cliente eram fortemente influenciados pelo budismo, e esta metáfora tinha suas raízes nos ensinamentos budistas (Thich Nhat Hahn, 1975).
- “Eu estou aprendendo a viver na luz.” A longa história de problemas de saúde mental desta cliente fez com que ela se tornasse “muito familiarizada com a escuridão.” Para ela, a recuperação incluía aprender a viver na luz, uma experiência valiosa e por vezes assustadora.
- “A orquídea e o dente-de-leão”. Esta era a metáfora de um trabalho de pesquisa (Boyce e Ellis, 2005) sugerido a uma cliente que estava altamente sensível. A metáfora descrevia como algumas pessoas precisam de muito pouco para desabrochar (o dente-de-leão pode florescer em uma rodovia de concreto) e algumas precisam das condições certas para se desenvolver (orquídeas). Esta metáfora levou a cliente a dar mais atenção à criação de condições saudáveis em sua vida de modo que pudesse se desenvolver.
- “Os meus problemas de saúde mental são como um problema de doença física crônica, como o diabetes.” Esta é uma analogia comum e comunica a necessidade de usar recursos de enfrentamento que são simples, porém eficazes, para lidar com a vida diária. Esta pessoa administrava os cuidados consigo mesma (dieta, sono, rotina) e a medicação (lítio) da mesma forma que alguém com diabetes administra a sua dieta e usa insulina.
- “O meu problema de doença mental é meu ‘professor’.” É assim que Gwyneth Lewis, um renomado poeta galês, descreve sua experiência com a depressão recorrente. Em vez de permitir que suas crenças negativas se intensifiquem, quando começa a se deprimir, ela pergunta: “O que eu preciso aprender? Que parte da minha vida está fora de equilíbrio?” (Lewis, 2002).

- “Caminhar por uma trilha desconhecida.” Um homem lutava contra as pressões da sua vida diária, embora conseguisse lidar com desafios extremos de forma muito ágil quando estava em contato com a natureza. Ao ter acesso ao seu *self* “caminhante”, ele respondia de forma mais resiliente aos desafios diários, seguindo seus princípios pessoais para a caminhada: vá devagar, leia os sinais, avalie as opções, faça escolhas e siga essas escolhas com esforço constante até que seja hora de reavaliar o progresso.

O diálogo a seguir é um exemplo de como um terapeuta pode desvendar o significado em uma metáfora, história ou imagem. Nesta sessão, o terapeuta se encontrou com Zainab e Muhammad:

ZAINAB: Meu pai sempre foi leigo, e eu também sou leiga. Mas Muhammad é muçulmano devoto, e às vezes nós discutimos sobre as crianças. Para mim, é importante que as crianças decidam por si mesmas a esse respeito.

NA CABEÇA DO TERAPEUTA

O terapeuta tem uma hipótese. As vozes de Zainab contêm forte conteúdo religioso, condenando-a pela sua incapacidade de dar a seus filhos uma educação religiosa adequada. Ele também percebe alguma tensão entre as famílias de origem de Zainab e Muhammad em torno dos valores religiosos de Zainab. O terapeuta é cauteloso ao discutir valores religiosos, especialmente devido ao seu conhecimento limitado da fé muçulmana, e assim não tem certeza sobre a melhor forma de proceder. Ele decide usar seu conhecimento limitado para explorar esse tema com Zainab e Muhammad, utilizando a descoberta guiada. Observe como a descoberta guiada apoia um estilo de questionamento aberto, que é especialmente útil porque o terapeuta sabe pouco a respeito do Islã ou sobre as crenças e os comportamentos religiosos do casal.

TERAPEUTA: Isso parece ser uma diferença importante entre vocês. Eu não sei muito a respeito do Islã; talvez você possa explicar para mim o que significa para você ser leiga.

MUHAMMAD: O senhor tem que entender, eu não acho que Zainab não seja uma boa muçulmana. Isso é uma coisa que ela acha. Ela possui muitos dos valores do Islã; existe uma ideia de que o Islã tem quatro pilares...

TERAPEUTA: (*olhando para Zainab*) Isso está relacionado ao porquê das pessoas dizerem que você é um pilar?

MUHAMMAD: (*interferindo novamente, aparentemente desejando proteger Zainab*) Sim, porque eles acham que Zainab é um exemplo de um dos pilares do Islã. Existe o pilar de Zakah, que você poderia entender como dando dinheiro aos outros. Ela sempre fez isso não apenas com dinheiro, mas com o seu tempo e coração também, é por isso que a chamamos de pilar.

TERAPEUTA: Então em relação a isso, neste sentido você concorda. Em que áreas você discorda?

MUHAMMAD: É verdade que eu rezo cinco vezes todos os dias, enquanto que Zainab não. Mas sob outros aspectos Zainab é uma muçulmana melhor do que eu. Devido ao que aconteceu com nossas famílias, ela tem medo de que discordemos e que eu queira voltar para casa. *(O terapeuta está consciente de que Muhammad está dominando a conversa, mas Muhammad está se referindo a Zainab.)*

ZAINAB: Isso é verdade. Eu acho que eu desapontei você. Eu me sinto culpada quanto ao que aconteceu.

MUHAMMAD: Em vez disso, eu me sinto grato a você. *(Zainab sorri para Muhammad; ele retribui).*

ZAINAB: *(olhando para Muhammad)* Eu acho que, a menos que eu seja uma boa muçulmana em todos os aspectos, você e os outros da nossa comunidade vão me desprezar.

MUHAMMAD: *(olhando para Zainab)* As pessoas admiram você como uma boa muçulmana.

O terapeuta conseguiu trabalhar com Zainab e Muhammad para tratar de alguns pressupostos subjacentes de Zainab (p. ex., “Se eu não for uma boa muçulmana em todos os aspectos, então Muhammad e os outros da minha comunidade irão me desprezar”). Zainab e Muhammad puderam discutir esta questão importante e concordaram que juntos poderiam ensinar seus filhos sobre o Islã e sobre valores espirituais. No passado, a sua suposição condicional e a culpa impediram que ela conversasse mais profundamente com Muhammad. Sem a participação dela, Muhammad precisava “ler a mente”. Fica claro que a religião desempenhou um papel central nas mensagens que Zainab ouvia das vozes. Este diálogo ilustra como as crenças religiosas podem tanto estimular um sofrimento quanto desempenhar um papel-chave na resiliência. Como observa Ann Masten, os sistemas religiosos “engajam sistemas humanos adaptativos fundamentais de múltiplas formas, desde o ensino da autorregulação, passando pela oração ou meditação, ditando regras para a vida e rituais de passagem para os momentos importantes na vida, até o estímulo da segurança emocional através de relações de apego” (Masten, 2007, p. 926). Para Zainab, a fé religiosa era um fator pre-disponente e, ao mesmo tempo, um fator protetor.

A imagem do pilar proporcionou uma metáfora útil para que Zainab acessasse as crenças e as estratégias ligadas à sua fé. As metáforas, as histórias e as imagens resilientes são mais prováveis de ser úteis quando estão vinculadas a valores importantes, objetivos ou aspirações do cliente. Quando seu terapeuta aprendeu mais sobre o papel dos pilares no Islã, ele pode fazer ligações mais claras entre as estratégias resilientes de Zainab e seus valores de prover a subsistência e de proteger sua família; esses valores reforçaram o seu compromisso de ser resiliente (veja a Figura 4.3). O terapeuta fez perguntas a Zainab sobre o pilar físico na mesquita da sua terra natal que residia em sua mente como a imagem que ela tinha de si mesma. Esses questionamentos

levaram Zainab a refletir sobre a importância de reforçar o pilar de modo que ele pudesse aguentar as pressões e os movimentos da terra. Assim, a metáfora de Zainab produziu outra perspectiva quanto a se permitir receber ajuda: ela não estava com defeito; ela estava reforçando as fundações (pilar) que apoiavam sua família e sua comunidade. Receber ajuda foi, assim, transformado por Zainab em um princípio para a manutenção da sua resiliência e da sua força.



Crenças centrais

Eu, como um pilar
(forte, firme e resistente)

Pressupostos subjacentes

*Quando protejo e sou provedora da
minha família, sou como um pilar.*

*Quando sou um pilar, eu olho para os problemas
do mundo e sei que eles são apenas temporários.*

Estratégias

Proteger e prover a minha família.
Manejar com desembaraço as dificuldades
no trabalho e em casa.

Figura 4.3 Conceitualização de Zainab.

A resistência de um pilar e as crenças de Zainab sobre o pilar da mesquita na sua terra natal forneceram um modelo do que ela precisava fazer para ficar bem e livre das vozes que causavam sofrimento. Para reforçar a sua força como pilar, Zainab aceitou a ajuda do seu psiquiatra para testar se as vozes eram reais ou se estavam dentro da sua cabeça. Guiado pela pesquisa empírica sobre psicose, seu psiquiatra passou algum tempo ajudando Zainab a perceber que as vozes não eram tão poderosas como pareciam, o que reduziu significativamente a sua frequência e o sofrimento da cliente (Morrison, 2002). Zainab aprendeu novas formas de entender as vozes, a sua psicose e as suas reações a essas vozes.

Zainab fez um esboço de como aceitar apoio poderia protegê-la das vozes, das quais ainda podia lembrar vividamente, muito embora ela agora estivesse estabilizada com a medicação (veja a Figura 4.4). A figura que desenhou estimulou Zainab a lembrar-se de que ela era como um pilar, “forte e firme”, e que, enquanto cuidasse de si, ela seria capaz de se manter forte para os outros e também lidar com as vozes se elas reaparecessem.

Pelo menos em curto prazo, isso significava continuar com a medicação antipsicótica, testando seus pensamentos e suas crenças sobre as vozes, falando regularmente com Muhammad sobre como ela estava indo e participando de reuniões dos pacientes ambulatoriais com o psiquiatra. Dessa forma, sua metáfora original e crença central sobre si mesma como um pilar que bloqueava o acesso para receber ajuda quando ela entrava em crise foram modificadas para ficar mais resiliente. Zainab conseguiu fazer uso da sua resiliência anterior e ampliar suas aplicações por meio da adição de novos pressupostos subjacentes e de estratégias, o que a ajudou a administrar esse novo desafio que era a sua saúde mental.

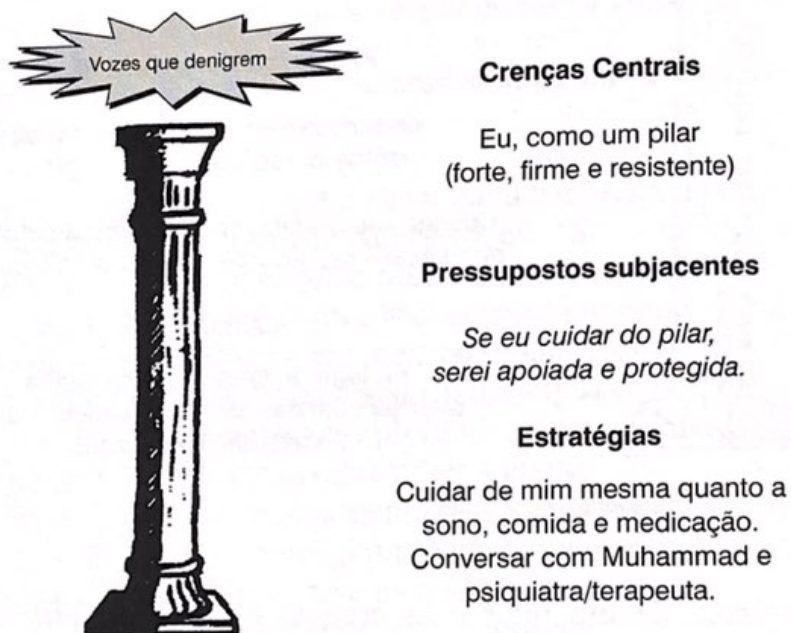


Figura 4.4 Conceitualização de Zainab usando a metáfora de um pilar para conotar como as suas crenças e o seu comportamento para lidar com as dificuldades poderiam mantê-la livre das vozes que a denegriam.

Depois que voltou para casa, Zainab retornava regularmente para sessões de acompanhamento, incluindo sessões conjuntas com Muhammad. Este trabalho focalizou-se no desenvolvimento e na manutenção da sua resiliência enquanto ela gradualmente assumia seus papéis no lar e no trabalho. Também foi fortalecida a relação de Zainab com seu psiquiatra, o qual a ajudou a monitorar suas reações a vários estressores da vida e se manteve à disposição para ajudar Zainab e Muhammad no caso do seu funcionamento deteriorar.

Como acontece com todas as conceitualizações, as conceitualizações de resiliência fornecem orientações para intervenção. Os diagramas e os mode-

los desenhados para captar a resiliência têm muita chance de proporcionar ideias ricas sobre como os clientes podem tratar das dificuldades presentes e se encaminhar na direção dos objetivos da terapia. Os valores e os pontos fortes identificados dos clientes nessas conceitualizações podem informar os tipos de intervenções a que um cliente está disposto e tem condições de se engajar. Por exemplo, um cliente que gosta de esportes tem maior probabilidade de usar atividades físicas relacionadas ao esporte durante o tratamento de ativação comportamental da depressão.

Em suma, as conceitualizações da resiliência:

- Proporcionam uma percepção da pessoa por inteiro, não apenas das questões problemáticas.
- Ampliam os resultados potenciais da terapia provenientes do alívio do sofrimento para incluir a retomada do funcionamento normal e uma melhor qualidade de vida.
 - As fases iniciais da terapia podem usar os pontos fortes do cliente para melhorar o sofrimento.
 - As fases intermediárias da terapia podem usar os pontos fortes do cliente para trabalhar em direção aos objetivos positivos da terapia.
 - As fases posteriores da terapia podem ajudar os clientes a considerar como as aplicações resilientes dos seus pontos fortes podem ajudá-los a trabalhar na direção dos objetivos de longo prazo.
- Podem ajudar a desenvolver uma aliança terapêutica positiva.
- Proporcionam orientações para a mudança.

A RESILIÊNCIA COMO UM OBJETIVO DA TERAPIA

Os terapeutas geralmente consideram que a melhora do sofrimento do cliente é o resultado mais importante da terapia. Este é um resultado que os terapeutas em TCC em geral encaram como principal; eles pressupõem que seus clientes compartilham dessa visão. No entanto, uma grande pesquisa recente com pessoas que recebiam atendimento de serviço mental revelou que os resultados mais importantes para os clientes são: conseguir qualidades positivas de saúde mental, tais como otimismo e autoconfiança, um retorno ao seu eu normal e usual, um retorno ao nível usual de funcionamento e alívio dos sintomas (Zimmerman et al., 2006). Embora o alívio dos sintomas seja um resultado importante para os clientes, a saúde mental positiva e um funcionamento normal também são muito importantes. Os problemas de saúde mental, especialmente as dificuldades de longa duração, tendem a corroer os comportamentos proativos em direção aos objetivos positivos.

Assim sendo, é útil que os resultados da terapia sejam avaliados em três dimensões:

1. Melhora do sofrimento.
2. Desenvolvimento da resiliência.
3. Movimento proativo em direção aos objetivos pessoais positivos.

Conforme mostrado no Quadro 4.1, Seligman conceitualiza três domínios da felicidade: a vida prazerosa, a vida engajada e a vida com um significado (Seligman, 2002). Embora o objetivo de Seligman seja conceitualizar a felicidade, a sua estrutura também fornece uma forma útil de se pensar sobre os pontos fortes e a resiliência do cliente, os diferentes estágios da TCC e como avaliar os resultados da terapia. A primeira área, vida prazerosa, refere-se ao desejo natural das pessoas de maximizar as experiências de prazer e de minimizar as de desprazer. Ela inclui a experiência de emoções positivas associadas a atividades intrinsecamente prazerosas e orientações pessoais de otimismo e esperança. Nas fases iniciais da terapia, os clientes tipicamente expressam um sofrimento considerável. A melhora dos sintomas é uma preocupação premente. O resultado positivo da terapia quanto ao sofrimento é tipicamente avaliado por meio do uso de medidas do sintoma como, por exemplo, as escalas de Beck (Beck, Brown, Epstein e Steer, 1988; Beck, Steer e Brown, 1996). O alívio dos sintomas e a manutenção desses ganhos é usualmente um pré-requisito para um retorno aos níveis normais de funcionamento. Desta forma, a TCC ajuda os clientes a corrigir o equilíbrio em direção a uma vida mais prazerosa.

Quadro 4.1 Domínios da felicidade

Vida prazerosa	Maximiza o prazer sexual e minimiza a experiência de desprazer. Inclui lembranças do passado, engajamento em prazeres hedonistas no presente e antecipação de acontecimentos futuros.
Vida engajada	Usa pontos fortes pessoais (p. ex., integridade, bom senso) para participar integralmente da vida, através do trabalho, família ou recreação.
Vida com significado	A experiência de contribuir para instituições maiores do que a própria pessoa; servir aos outros.

Nota: Segundo Seligman (2002).

A vida engajada, o segundo domínio da felicidade de Seligman, descreve as pessoas que usam suas energias para atingir objetivos pessoalmente significativos. Seligman descreve os pontos fortes como qualidades pessoais como, por exemplo, gentileza, integridade, bom senso, capacidade de amar e ser amado e liderança. À medida que a TCC progride, os objetivos da terapia podem mudar para ajudar os clientes a identificar e a fazer uso dos seus

pontos fortes para trabalharem no sentido de uma vida engajada em que possam vivenciar satisfação psicológica, física e social. As melhorias neste nível podem ser avaliadas por instrumentos que medem a qualidade de vida de uma forma mais abrangente, como os testes de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) (Ryff e Singer, 1996). No caso de Zainab, fica bem claro que a flexibilidade, habilidades linguísticas e preocupação com a família são atributos importantes. O desejo de Zainab de voltar para sua família e seu novo lar reflete o seu comprometimento com a noção de viver uma vida engajada.

O terceiro domínio é ter uma vida que tenha significado, ou seja, pertencer e prestar serviço a instituições positivas, incluindo famílias, comunidades, ambientes de trabalho, ambientes educacionais, grupos políticos ou até mesmo nações. Ajudar os outros é frequentemente citado como um caminho em direção à saúde mental positiva e à resiliência (Davis, 1999). Em fases posteriores da TCC, os terapeutas podem ajudar os clientes a identificarem valores e objetivos que lhes possibilitem levar vidas mais significativas. No caso de Zainab, o serviço à sua família e à comunidade proporcionava um sentido à sua vida. Ela não precisou da ajuda do psiquiatra para retomar uma vida com significado depois que o seu funcionamento teve melhoras. Assim como ocorreu com Zainab (veja a Figura 4.4), as conceitualizações de resiliência geralmente incorporam crenças centrais e pressupostos subjacentes que vinculam experiências pessoais à experiência humana mais ampla e também destacam como se pode contribuir para a vida dos outros. Dessa forma, a TCC pode ajudar as pessoas a funcionar de forma mais completa e a desfrutar de uma vida que tenha significado.

Em geral, os terapeutas podem levar em conta uma série de questões para determinar quando seria útil perguntar a um cliente se ele gostaria de incluir um objetivo de desenvolver ou de recuperar a resiliência:

- A resiliência está ligada a preocupações importantes do cliente?
- Ela está relacionada com as dificuldades que o trouxeram à terapia?
- Uma maior resiliência ajudaria os clientes a trabalhar na direção dos objetivos da terapia (p. ex., porque o cliente tem uma história de problemas recorrentes nestas áreas)?
- O cliente vê vantagens e parece comprometido em se tornar mais resiliente?

O desenvolvimento da resiliência pode ser incorporado em todos os estágios da TCC. Os objetivos do cliente e as conceitualizações podem guiar o terapeuta até as abordagens mais apropriadas. Contudo, durante a terapia, os terapeutas podem estar alertas a oportunidades que ajudem os clientes a desenvolver resiliência por meio do novo aprendizado, do reforço positivo dos pontos fortes, do incentivo aos valores positivos do cliente e da formação de relacionamentos sociais saudáveis. Barbara Fredrickson (2001) desen-

volveu uma estrutura teórica para conceitualizar como os clientes podem ampliar e desenvolver a resiliência. Sua teoria é de que, quando uma pessoa experiencia estados emocionais positivos, o seu repertório de crenças e de estratégias se amplia. Os estados emocionais de alegria, orgulho, felicidade, contentamento, interesse e amor constituem momentaneamente um leque mais amplo de crenças centrais de resiliência, pressupostos subjacentes e estratégias acessíveis. Lembremos do exemplo de Zainab ajudando Muhammad a preencher um formulário de emprego. Trazer o humor para a tarefa possibilitou que Zainab tivesse acesso a crenças e estratégias que não estariam disponíveis caso ela estivesse sentindo medo ou culpa. Essas crenças e estratégias que são desvendadas na exploração das experiências positivas podem, por sua vez, ser aplicadas na construção de recursos pessoais de resiliência e ampliar a sua utilização nos domínios físico, social, espiritual e psicológico da vida.

O desenvolvimento e a recuperação da resiliência pode ser o objetivo principal da terapia, ou então pode ser um coadjuvante de outras abordagens da terapia. No caso de Zainab, a recuperação e a ampliação da sua resiliência anterior foi um objetivo central do tratamento.

EXAMINANDO O SOFRIMENTO ATRAVÉS DA LENTE DOS PONTOS FORTES

No caso de Zainab, o terapeuta identificou pontos fortes que eram distintos das suas dificuldades atuais. No entanto, os terapeutas também podem examinar o sofrimento do cliente através das lentes dos pontos fortes. Quase todas as dificuldades do cliente também encerram pontos fortes quando os terapeutas usam uma lente com o foco nos pontos fortes para examiná-las. Por exemplo, os clientes declaradamente dependentes são extremamente habilidosos na arte de obter ajuda. A consciência de risco e perigo é uma capacidade com benefícios evolutivos, muito embora seja problemática para um cliente ansioso que as possui em um grau muito elevado (Sloman, Gilbert e Hasey, 2003).

Quando conceitualizamos as dificuldades presentes com os clientes, é importante que utilizemos uma linguagem que comunique o valor funcional positivo das suas crenças e das suas estratégias. O resumo seguinte serve como exemplo:

TERAPEUTA: Você tem muita habilidade em obter ajuda das pessoas, algo que você aprendeu durante o crescimento quando escolheu ficar colada à sua irmã na escola para evitar as implicações no *playground*.

KEISHA: É, era estranho ficar com crianças que eram três anos mais velhas, mas isso significava que o grupo de meninas da minha idade não podia tocar em mim.

TERAPEUTA: Atualmente, você ainda tem essa habilidade de fazer amizades. Mas é meio difícil para você saber quando ficar colada nos amigos e quando dar um pouco de espaço para as pessoas?

KEISHA: Sim. Eu acho que eu quero aprender a saber quando ficar próxima das pessoas e quando dar espaço para alguém.

Esta reestruturação construtiva de uma área de dificuldade da cliente reconhece os valores positivos que estão incluídos em um problema. A linguagem baseada nos pontos fortes possibilita que os clientes conceitualizem uma dificuldade de uma forma que seja normatizante e dê abertura para novas possibilidades comportamentais. No diálogo acima, o terapeuta introduz a ideia de escolha, uma ideia que Keisha retoma na parte final da conversa: a escolha de ficar colada ou dar espaço às pessoas. Muitos dos diálogos terapeuta-cliente que envolvem Zainab neste capítulo fazem uso de uma linguagem que a ajuda a avançar em direção aos seus objetivos. Se o seu terapeuta tivesse usado uma linguagem focada nos problemas, isso poderia ter reforçado a sua percepção de si mesma como “uma mãe e muçulmana inadequada”.

Uma variante dessa perspectiva é perguntar ao cliente sobre os pontos fortes que surgiram da adversidade que eles vivenciaram. Apresentamos abaixo algumas formas pelas quais os terapeutas podem introduzir esse tema:

- “Você sofreu de depressão por um longo tempo. Na minha experiência, as pessoas que ficaram deprimidas por muito tempo desenvolvem algumas habilidades ou ferramentas que elas usam para lidar com isso. Quais as coisas úteis que você aprendeu?”
- “Eu lamento que você tenha sofrido esse abuso quando criança. Como você conseguiu deixar aquela infância e chegar até a idade adulta? Que forças o impulsionaram para a frente?”
- “Volta e meia você tem lutado contra o câncer nestes últimos 10 anos. Como você conseguiu isso?... Sabe, às vezes eu ouço as pessoas dizerem que uma doença grave também tem efeitos positivos além dos negativos. O câncer teve algum efeito positivo na sua vida?”

Para maior clareza, fizemos uma distinção entre conceitualizações de problemas e conceitualizações de resiliência. No entanto, como ilustram exemplos neste texto, cada um dos tipos de conceitualização incluirá as crenças centrais do cliente, seus pressupostos subjacentes, suas estratégias e, por vezes, seus componentes emocionais e físicos. Dependerá do contexto se esses elementos estimularão o risco ou a resiliência. A crença central de Zainab de que ela era um pilar para a sua família e a comunidade foi funcional ao ajudá-la a fazer a transição para um país novo. No entanto, esta mesma crença central não foi funcional quando ela precisou responder às vozes que a denegriam. O terapeuta trabalhou com Zainab para introduzir maior flexibilidade a partir da ênfase na importância dos cuidados consigo mesma, incluindo a opção de pedir a ajuda da sua família, como também do seu psiquiatra (Figura 4.4).

O objetivo da TCC é introduzir flexibilidade de modo que as crenças e as estratégias possam ser usadas de formas diferentes em momentos diferentes, dependendo das exigências de uma situação e dos objetivos do cliente naquela situação. Por exemplo, Zainab aprendeu a avaliar regularmente a força da fundação do seu pilar. Quando se sentia positiva e forte, ela dedicava tempo e energia consideráveis aos cuidados com a sua família e com organizações da comunidade. Quando seu estado de humor piorava ou suas vozes retornavam, Zainab colocava mais energia no fortalecimento das suas fundações através da delegação de tarefas, destinando mais tempo ao seu sono e necessidades de autocuidado e pedindo a ajuda dos outros. Os focos primários das suas sessões de terapia foram ajudá-la a desenvolver habilidades de auto-observação, pressupostos subjacentes e estratégias que possibilitassem que ela fizesse essas avaliações do seu bem-estar e respondesse efetivamente.

PONTOS FORTES, RESILIÊNCIA E NÍVEIS DE CONCEITUALIZAÇÃO

A conceitualização é um processo em desenvolvimento. No início da terapia, os clientes descrevem uma série de dificuldades e sintomas. Os terapeutas podem identificar e incorporar os pontos fortes às conceitualizações iniciais dessas dificuldades presentes. Com o passar do tempo, são desenvolvidas conceitualizações explanatórias para captar a compreensão que os clientes e os terapeutas têm das dificuldades atuais e dos fatores desencadeantes e de manutenção. Esse é um bom momento para também começar a conceitualizar a resiliência dos clientes – entender como os seus pontos fortes os protegem durante as circunstâncias desafiadoras. Em estágios posteriores da terapia, as conceitualizações longitudinais da resiliência podem explicar como os pontos fortes interagiram com as circunstâncias durante a vida da pessoa. Este é um momento para terapeutas e clientes formarem planos proativos de como usar os pontos fortes históricos e os recém-adquiridos para estimular uma futura resiliência e melhorar o bem-estar.

Nos três próximos capítulos, oferecemos um exemplo de caso detalhado para demonstrar esse desenvolvimento evolutivo da conceitualização de caso durante o curso da terapia com um determinado cliente, Mark. Esses capítulos integram os três princípios da conceitualização de caso descritos nos capítulos de abertura: níveis de conceitualização (Capítulo 2), empirismo colaborativo (Capítulo 3) e incorporação dos pontos fortes e resiliência (Capítulo 4). No desenvolvimento do caso de Mark, mostramos como esses princípios da conceitualização de caso orientam a ele e a seu terapeuta para que possam traçar um caminho para atingir os dois objetivos da terapia, aliviar o sofrimento e desenvolver a resiliência.

Resumo do Capítulo 4

Os pontos fortes do cliente são incluídos na conceitualização de caso para estimular a consciência dos recursos atuais do cliente e formar uma base sobre a qual construir a resiliência.

- A resiliência descreve como as pessoas usam suas capacidades para negociar a adversidade.
- A resiliência pode ser conceitualizada usando-se os mesmos três níveis de conceitualização de caso descritos no Capítulo 2:
 - Relatos descritivos em termos cognitivos e comportamentais que articulam os pontos fortes de uma pessoa.
 - Conceitualizações explanatórias (desencadeantes e manutenção) de como os pontos fortes protegem a pessoa dos efeitos adversos dos eventos negativos.
 - Conceitualizações explanatórias (longitudinais) de como os pontos fortes interagiram com as circunstâncias durante a vida da pessoa para estimular a resiliência e manter o bem-estar.
- Quando a construção da resiliência é um objetivo explícito da terapia, o cliente e o terapeuta têm maior probabilidade de fazer planos proativos para usar os pontos fortes identificados para estimular a resiliência futura e melhorar o bem-estar – objetivos importantes para muitos clientes.

Referências

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Allen, R. (2000). (Ed.). *The new Penguin English dictionary* (Penguin Reference Books). New York: Penguin Books.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55, 1440-1451.
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (Eds.). (2002). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barber, J. R., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research*, 13, 205-221.
- Barber, I. R., Luborsky L., Crits-Christoph, R., & Diguier, L. (1998). Stability of the CCRT from before psychotherapy starts to the early sessions. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed., pp. 253-260). New York: Basic Books.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C., & Nelson, R. O. (1984). *The scientist-practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A. T. (1989). *Lave is never enough: How wuples can overcome misunderstandings, resolve conflicts, and solve relationship problems through cognitive therapy*. New York: HarperCollins.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (2002). Prisoners of hate. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 209-216.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire*. Philadelphia: Beck Institute. [Unpublished manuscript]
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring Clinical anxiety-psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., & Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Assessment*, 3, 478-483.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A., Butier, A., Fusco, G., Simon, K. M., Beck, J. S., Morrison, A., Padesky, C. A., & Renton, J. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2003). A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy*, 27, 19-52.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. E., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems*. New York: Guilford Press.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78.
- Bennett-Levy, J., Butier, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & West-brook, D. (2004). *The Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bennett-Levy, J., Turner, R., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B., & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 203-220.
- Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., & Geddes, J. R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: Systematic review of controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 192, 5-11.
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The sociotropy-autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 763-780.

- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Blenkiron, P. (2005). Stories and analogies in cognitive-behaviour therapy: A Clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 45-59.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17, 271-301.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Burbach, E., & Stanbridge, R. (2006). Somerset's family interventions in psychosis service: An update. *Journal of Family Therapy*, 28, 39-57.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: HarperCollins.
- Burns, L. R., Dittmann, K., Nguyen, N. L., & Mitchelson, J. K. (2001). Academic procrastination, perfectionism, and control: Associations with vigilant and avoidant coping. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, 35-46.
- Butier, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butier, G. (1998). Clinical formulation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical psychology* (pp. 1-24). New York: Pergamon Press.
- Chadwick, P., Williams, C., & Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive-behaviour therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 671-680.
- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 121-153). New York: Oxford University Press.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Scheier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clarkin, J. E., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity and treatment planning: Summary and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 904-908.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 1-59). New York: Wiley.
- Crits-Christoph, P. (1998). Changes in the CCRT pervasiveness during psychotherapy. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed., pp. 151-164). New York: Basic Books.

- Crits-Christoph, R., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
- Davis, D., & Padesky, C. (1989). Enhancing cognitive therapy for women. In A. Freeman, K. M. Simon, H. Arkowitz, & L. Beutier (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 535-557). New York: Plenum Press.
- Davis, N. (1999). *Resilience: Status of the research and research-based programs* [working draft]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse, and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. As of October 2008, available from www.mental-health.samhsa.gov/schoolviolence/5-28resilience.asp
- Denman, C. (1995). What is the point of a case formulation? In C. Mace (Ed.), *The art and science of assessment in psychotherapy* (pp. 167-181). London: Routledge.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183.
- Dimidjian, S., Holton, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R., Addis, M., Gallop, R., McGlinchey J., Markley, D., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., & Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13, 187-204.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579-589.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, E., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive reexperiencing in posttraumatic disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12, 403-415.
- Eifert, G. H., Schulte, D., Zvolensky M. J., Lejuez, C. W., & Lau, A. W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (1989). Cognitive-behavioral marital therapy. In A. Freeman & K. M. Simon (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 491-513). New York: Plenum Press.
- Evans, J., & Parry, G. (1996). The impact of reformulation in cognitive-analytic therapy with difficult-to-help clients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 109-117.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive-behaviour therapy for eating disorders: A "trans-diagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37, 307-317.
- Fava, M., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Sackeim, H. A., et al. (2003). Background and rationale for the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 457-494.
- Felsman, J. K., & Vaillant, G. E. (1987). Resilient children as adults: A 40-year study. In E. J. Anthony & B. J. Cohier (Eds.), *The invulnerable child*, (pp. 289-314). New York: Guilford Press.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Flitcroft, A., James, I. A., Freeston, M., & Wood-Mitchell, A. (2007). Determining what is important in a good formulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 325-333.
- Fothergill, C. D., & Kuyken, W. (2002). *The quality of cognitive case formulation rating scale*. Exeter, UK: Mood Disorders Centre. [Unpublished manuscript]
- Fowler, D., Garety, R., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behavior therapy for psychosis: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Frost, R., Steketee, G., Amir, N., Bouvard, M., Carmin, C., Clark, D. A., et al. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239.
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 273-288.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Press.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. A. (in press). *The Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hamilton, K. E., & Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: Pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review*, 22, 875-893.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive-behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Harvey A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive-behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Hayes, A. M., Laurenceau, J. R., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of non linear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 715-723.
- Hayes, S. C. (1981). Single-case experimental design and empirical Clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 193-211.
- Hayes, S. C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- Hays, P. A. (1995). Multicultural applications of cognitive-behavioral therapy *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 309-315.
- Hays, P. A., & Iwamasa, G. Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavior therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Holmbeck, G. N. (2003). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediator and moderators: Examples from the child Clinical and pediatric literatures. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in Clinical research* (3rd ed., pp. 77-105). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 259-287). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. E., & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 173-180.
- James, I. (1999). Using a cognitive rationale to conceptualize anxiety in people with dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 345-351.
- James, I. (2001). Psychological therapies and approaches in dementia. In C. G. Ballard, J. O'Brien, I. James, & A. Swann (Eds.), *Dementia: Management of behavioural and psychological symptoms*. New York: Oxford University Press.
- James, I., Kendell, K., & Reichelt, F. K. (1999). Using a cognitive rationale to conceptualise anxiety in people with dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 345-351.
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Zeller, R., Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., et al. (1999). The role of residual subthreshold depressive symptoms in early episode relapse in unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 764-765.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Wherever you go, there you are*. New York: Piatkus Books.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58, 697-720.
- Kendall, P. C., & Clarkin, J. F. (1992). Comorbidity and treatment implications: Introduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 833-834.
- Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy*, 44, 66-77.

- Kernis, M. H., Brockner, J., & Frankel, B. S. (1989). Self-esteem and reactions to failure: The mediating role of overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 707-714.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2002). *A case study guide to cognitive therapy of psychosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Springer.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized Clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883.
- Kuyken, W. (2004). Cognitive therapy outcome: The effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 631-646.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? In N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy* (pp. 12-35). (Ed.), Brunner-Routledge.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- Kuyken, W., Kurzer, N., DeRubeis, R. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2001). Response to cognitive therapy in depression: The role of maladaptive beliefs and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 560-566.
- Kuyken, W., & Tsivrikos, D. (in press). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Kuyken, W., Watkins, E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive-behavior therapy for mood disorders. In G. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Psychotherapy in psychiatric disorders* (pp. 113-128). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288-301.
- Lau, M. A., Segai, Z. V., & Williams, J. M. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1001-1017.
- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 682-695.
- Lewis, G. (2002). *Sunbathing in the rain: A cheerful book about depression*. London: Flamingo, HarperCollins.
- Lewis, S. Y. (1994). Cognitive-behavioral therapy. In L. Comas-Díaz & B. Greene (Eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy* (pp. 223-238). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lopez, S. J., & Synder, C. R. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, R., & Alexander, K. (1990). Repressive style and relationship patterns: Three samples inspected. In J. A. Singer (Ed.), *Repression and disassociation*:

- Implications for personality theory, psychopathology, and health. Chicago: University of Chicago Press.
- Luborsky, L., & Diguier, L. (1998). The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed., pp. 97-108). New York: Basic Books.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martell, C. R., Safran, S. A., & Prince, S. E. (2004). *Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients*. New York: Guilford Press.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112, 417-445.
- Mooney, K. A., & Padesky, C. A. (2002, July). *Cognitive therapy to build resilience*. Workshop presented at the annual meetings of British Association of Cognitive and Behavioural Psychotherapies, Warwick, UK.
- Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420.
- Morrison, A. (2002). *A casebook of therapy for psychosis*. New York: Brunner-Routledge.
- Mumma, G. H., & Mooney, S. R. (2007). Comparing the validity of alternative cognitive case formulations: A latent variable, multivariate time series approach. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 451-481.
- Mumma, G. H., & Smith, J. L. (2001). Cognitive-behavioral-interpersonal scenarios: Interformulator reliability and convergent validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 203-221.
- Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guide book for practitioners*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nelson-Gray, R. O., Herbert, J. D., Herbert, D. L., Sigmon, S. T., & Brannon, S. E. (1989). Effectiveness of matched, mismatched, and package treatments of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 281-294.
- Newman, C. E., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogies, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 352-360.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157-1172.
- Ost, L. G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 777-790.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review, 27*, 760-768.
- Padesky, C. A. (1990). Schema as self-prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter, 6*, 6-7. Retrieved October 13, 2008, from www.padesky.com/clinicalcomer/pubs.htm
- Padesky, C. A. (1993, September). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery? Invited keynote address presented at the 1993 European Congress of Behaviour and Cognitive Therapies, London. Retrieved October 13, 2008, from www.padesky.com/clinicalcomer/pubs.htm
- Padesky, C. A. (1994a). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*, 267-278. Retrieved October 13, 2008, from www.padesky.com/clinicalcomer/pubs.htm
- Padesky, C. A. (1994b). For Milton H. Erickson Foundation and Center for Cognitive Therapy (co-producers). *Cognitive therapy for panic disorder: A client session* [DVD]. Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy. Available from www.padesky.com.
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 266-292). New York: Guilford Press.
- Padesky, C. A. (1997a). Center for Cognitive Therapy (Producer). *Collaborative case conceptualization: A client session* [DVD]. Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy. Available from www.padesky.com.
- Padesky, C. A. (1997b). *Behavioral experiments: Testing the mias that bind* (Audio CD No. BEHX). Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy. Available from www.padesky.com.
- Padesky, C. A. (2000). *Therapists' beliefs: Protocols, personalities, and guided exercises* (Audio CD No. TB I). Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy. Available from www.padesky.com.
- Padesky, C. A. (2004). Center for Cognitive Therapy (Producer). *Constructing NEW underlying assumptions and behavioral experiments* [DVD]. Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy. Available from www.padesky.com.
- Padesky, C. A. (2005, June). *The next phase: Building positive qualities with cognitive therapy*. Invited address at the International Congress of Cognitive Psychotherapy, Göteborg, Sweden.
- Padesky, C. A. (2008). Center for Cognitive Therapy (Producer). *CBT for social anxiety* [DVD]. Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy. Available from www.padesky.com.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinicians guide to Mind over Mood*. New York: Guilford Press.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (1990). Clinical tip: Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter, 6*, 13-14. Retrieved October 13, 2008, from www.padesky.com/clinicalcomer/pubs.htm

- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2006). *Uncover strengths and build resilience using cognitive therapy: A four-step model*. Workshop presented for the New Zealand College of Clinical Psychologists in Auckland, New Zealand.
- Perepletchikova, E., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 365-383.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118.
- Persons, J. B., & Bertagnoli, A. (1999). Interrater reliability of cognitive-behavioral case formulations of depression: A replication. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 271-283.
- Persons, J. B., Mooney, K. A., & Padesky, C. A. (1995). Interrater reliability of cognitive-behavioral case formulations. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 21-34.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Ziaiecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051.
- Power, M. J., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Hove, UK: Psychology Press.
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 131-152). New York: Wiley.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 837-852.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Roth, A., & Pilling, S. (2007). *The CBT competences framework for depression and anxiety disorders*. London: Centre for Outcome Research and Evaluation.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Safran, J. D., Segal, Z. V., Vailis, T. M., Shaw, B. E., & Samstag, L. W. (1993). Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an inter-personal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 23-38.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2001). Making sense of hypochondriasis: A cognitive model of health anxiety. In G. J. G. Admundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Eds.), *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions* (pp. 46-63). New York: Wiley.
- Sanavio, E. (1980). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.

- Schneider, B. H., & Byrne, B. M. (1987). Individualizing social skills training for behaviour-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 444-445.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Schulte, D., Kunzel, R., Pepping, G., & Shulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shaw, B. E., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Sloman, L., Gilbert, E., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 107-121.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Strauman, T. J., Vieth, A. Z., Merrill, K. A., Kolden, G. G., Woods, T. E., Klein, M. H., et al. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 367-376.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Tarrier, N. (2006). *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. Hove, UK: Routledge.
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377-1401.
- Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behavior Research and Therapy*, 31, 339-354.
- Thich Nhat Hahn. (1975). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and non reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- van Oppen, R., de Haan, E., van Balkom, A. J. L., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.

- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., et al. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2144-2154.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dys-functional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York: Guilford Press.
- Wells-Federman, C. L., Stuart-Shor, E., & Webster, A. (2001). Cognitive therapy: Applications for health promotion, disease prevention, and disease management. *Nursing Clinics of North America*, 36, 93-113.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. London: Sage.
- Wheatley, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, R., et al. (2007). "I'll believe it when I can see it": Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371-385.
- Williams, C. (1997). A cognitive model of dysfunctional illness behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 2, 153-165.
- Wright, J. H., Kingdon, D. G., Turkington, D., & Basco, M. R. (2008). *CBT for severe mental illness*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zigler, E., & Phillips, L. (1961). Psychiatric diagnosis: A critique, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 607-618.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Chelminski, I., & Young, D. (2008). Diagnostic comorbidity in 2,300 psychiatric outpatients presenting for treatment evaluated with a semistructured diagnostic interview, *Psychological Medicine*, 38, 199-210.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined?: The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163, 148-150.