1

Evolução da terapia cognitivo-comportamental

A *terapia cognitivo-comportamental*, ou TCC, é uma forma de psicoterapia ativa, semiestruturada e limitada em relação ao tempo cujo objetivo é aliviar problemas de saúde mental e de adaptação, abordando padrões cognitivos e comportamentais problemáticos que causam interferência e/ou sofrimento emocional excessivo na vida. Por *ativa,* entende-se que o cliente e o terapeuta chegam preparados para a sessão, contribuem para a discussão e trabalham juntos, cooperativamente, para resolver os problemas de vida do cliente. Por *semiestruturada,* entende-se que o terapeuta normalmente traz algum tipo de esquema flexível, mas organizado, para cada sessão, bem como para o curso do tratamento, a fim de garantir que o trabalho terapêutico seja direcionado e eficiente. Por *limitada em relação ao tempo*, entende-se que os clientes iniciam o tratamento com a perspectiva de que ele em algum momento acabará, que o trabalho realizado em cada sessão visa avançar o tratamento e fazer diferença em suas vidas entre as sessões e que eles poderão implementar ferramentas terapêuticas por conta própria, sem a necessidade de haver um terapeuta treinando-os.

O que significa abordar padrões cognitivos e comportamentais problemáticos? Do ponto de vista cognitivo, os terapeutas ajudam os clientes a reconhecer aspectos de seu pensamento que não os favorecem e podem estar exacerbando seu sofrimento emocional. Esses pensamentos poderiam ser ideias ou imagens que vêm a sua mente em determinadas situações, maneiras pelas quais interpretam os eventos em suas vidas, expectativas que têm sobre si ou sobre outros, ou crenças subjacentes formadas a partir das principais experiências de desenvolvimento. A intervenção no nível cognitivo pode significar muitas coisas, desde ajudar os clientes a modificar suas cognições, ajudá-los a distanciarem-se e viverem suas vidas da maneira que valorizam a despeito delas, até treiná-los a fazer algo habilmente para resolver seus problemas de vida, de modo que uma mudança na cognição venha a ocorrer. Do ponto de vista comportamental, os terapeutas ajudam os clientes a superar a evitação, adotar hábitos saudáveis de autocuidado, responder habilmente a desafios e adversidades e participar de atividades que considerem significativas e lhes deem um senso de reforço positivo.

Muitas estratégias de TCC incluem componentes cognitivos e comportamentais. Por exemplo, para implementar a resolução efetiva de problemas, os clientes devem ter uma orientação cognitiva centrada a partir da qual os abordem, estabelecendo comportamentos efetivos para obter uma solução. Como veremos nos demais capítulos deste livro, é excessivamente simplista limitar as intervenções cognitivo-comportamentais àquelas que intervêm ao nível da cognição e do comportamento, pois, muitas vezes, ambos são atacados simultaneamente ao longo da sessão. Além disso, os terapeutas cognitivo-comportamentais estão cada vez mais trabalhando no nível da emoção (p. ex., Hofmann, 2016; Thoma & McKay, 2015), bem como no nível de forças ambientais em grande escala, tais como a discriminação (p. ex., Hays, 2008).

O termo *terapia cognitivo-comportamental* frequentemente provoca uma reação notável em profissionais de saúde mental. Alguns clínicos, como eu, são apaixonados por ela, acreditando que se trata de uma abordagem terapêutica promotora de alívio rápido e duradouro para o sofrimento emocional, armando as pessoas com estratégias tangíveis de prevenção de futuras recaídas e recorrências. Outros reviram os olhos, indicando as afirmações sobre a eficácia da TCC como exageradas, a abordagem cognitivo-comportamental como muito simplista, não atingindo questões subjacentes "reais", ou a TCC como "antiquada", uma vez que o campo avançou. Evidentemente, como o propósito deste livro é tratar das inovações na TCC, espero convencer o leitor do contrário.

Seja qual for a reação de um clínico à TCC, o fato é que, atualmente, se trata de uma abordagem psicoterapêutica central, se não dominante, tanto na literatura contemporânea de pesquisa em psicoterapia como na prática clínica. Ela é a abordagem psicoterapêutica com a mais ampla base empírica, demonstrando estar associada a desfechos positivos se comparada a não receber nenhum tratamento e receber condições de placebo, tais como mínimo contato com um profissional de saúde mental (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Resultados de estudos investigativos indicam que mais clínicos se identificam com uma orientação cognitivo-comportamental do que com qualquer outra orientação terapêutica (Jaimes, Larose-Hébert, & Moreau, 2015; Norcross & Karpiak, 2012; Thoma & Cecero, 2009) e que as taxas de identificação com a orientação cognitivo-comportamental aumentaram ao longo do tempo, enquanto as taxas de identificação com outras orientações teóricas vêm diminuindo (Norcross & Karpiak, 2012; Norcross & Rogan, 2013). A TCC é a psicoterapia ensinada na maioria das vezes a estudantes de pós-graduação em doutorado de psicologia (Heatherington et al., 2013). Cada vez mais ela está sendo vista como o tratamento de escolha para muitos transtornos psiquiátricos por empresas de seguro em razão de sua natureza limitada em relação ao tempo (e, portanto, com economia de custos). Há também esforços massivos para disseminar a TCC a grandes agências de tratamento, tais como os Veterans Affairs Medical Centers (Karlin, Ruzek et al., 2010; Karlin, Brown et al., 2012; Wenzel, Brown, & Karlin, 2011) e as agências comunitárias de saúde mental em grandes áreas urbanas dos Estados Unidos (p. ex., Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans, & Beck, 2009). Assim, não há dúvida de que a TCC tem um lugar firmemente estabelecido nos campos da psicologia clínica, da psiquiatria e de outras disciplinas relacionadas à saúde mental.

Dito isso, a beleza da ciência e da prática é que elas evoluem, e uma abordagem estagnada corre o risco de se tornar obsoleta. Clínicos de qualquer orientação teórica

necessitam de conhecimento atualizado sobre descobertas científicas relevantes e devem traduzir esse conhecimento em sua prática clínica. Eles precisam estar em sintonia com as tendências sociais que têm potencial para afetar as apresentações clínicas de seus clientes. Eles devem ter interação com outros profissionais para obter novas perspectivas sobre a forma como abordam casos complexos. Devem estar abertos à consideração e à avaliação de abordagens terapêuticas à margem da corrente principal de sua prática típica.

Felizmente, os terapeutas cognitivo-comportamentais valorizam esses mesmos pontos. Eles consideram-se cientistas praticantes (ou praticantes de ciências). Isso significa que valorizam a ciência, como evidenciado pelo fato de acompanharem a literatura científica e atuarem de forma condizente com o que a literatura diz ser eficaz. Também significa que usam uma abordagem científica em seu trabalho clínico, de modo que encontram informações quantitativas e formas observáveis para medir o progresso e determinar se ajustes precisam ser feitos. Além disso, os terapeutas cognitivo-comportamentais veem os fatores ambientais como importantes ao desenvolverem conceitualizações das apresentações clínicas dos clientes. Por exemplo, o conhecido terapeuta cognitivo-comportamental Robert Leahy escreveu amplamente sobre a aplicação de princípios dessa forma de terapia para enfrentar e prosperar durante o desemprego em resposta aos problemas econômicos experimentados por muitos durante a recessão mais recente (Leahy, 2014). Ademais, os terapeutas cognitivo-comportamentais atribuem grande valor à consulta com outros profissionais, às vezes vendo-a como parte essencial do protocolo de tratamento para clientes com problemas crônicos de saúde mental ou para aqueles que correm risco de comportamento suicida e autodestrutivo (Linehan, 1993a; Wenzel, Brown, & Beck, 2009). Finalmente, esses profissionais também incorporam técnicas de outras abordagens terapêuticas em sua prática. Um excelente exemplo disso é a abordagem cognitivo-comportamental da terapia do esquema, liderada por Jeffrey Young e colaboradores (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), os quais integraram muitas intervenções gestálticas, psicodinâmicas e construtivistas sociais em seu tratamento. Mais sobre a terapia de esquema pode ser encontrado no Capítulo 5.

O objetivo deste livro é destacar as inovações na ciência e na prática da TCC, apresentando um quadro do estudo e da prática flexível e contemporâneo. Como provavelmente é evidente pelo nome, *não* se trata simplesmente de mais uma descrição das estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais tradicionais que foram feitas em inúmeras outras obras sobre o assunto. Em vez disso, este livro descreve sucintamente essas estratégias e técnicas tradicionais a fim de preparar o cenário para a consideração das inovações delas decorrentes, pois só podemos apreciar inovações se compreendemos as abordagens tradicionais a partir das quais elas se desenvolveram. No entanto, grande parte do foco aqui está nos novos protocolos de tratamento, estratégias e técnicas que foram avaliadas na literatura de pesquisa, bem como nas ideias de aplicação e adaptação das técnicas tradicionais e inovadoras testadas na prática clínica, mas que devem ser verificadas por pesquisa empírica. Espera-se que, depois de ler este livro, o leitor possa responder às perguntas: Onde esteve a TCC? Onde está agora? Para onde ela está indo? Embora uma descrição prática detalhada de cada técnica esteja além do alcance deste volume, a discussão subsequente fornecerá um arcabouço para entender a forma

como são implementadas, avaliando sua eficácia, obtendo informações mais detalhadas quando necessário e pensando de forma ampla e criativa sobre mudanças cognitivo-comportamentais.

O restante deste capítulo introdutório é dedicado a uma consideração do contexto histórico em que a TCC se desenvolveu. Descreve-se o clima predominante que caracterizou os campos da psicologia e da psiquiatria no momento de seu estabelecimento e destacam-se as contribuições independentes de muitos gigantes na história dessa forma de terapia. Descreve-se a expansão da TCC, de um tratamento para depressão e ansiedade a um tratamento para uma grande variedade de transtornos mentais e problemas de adaptação, bem como sua aplicação em variados formatos, configurações e populações. Este capítulo é concluído com um rápido apanhado das estratégias tradicionais e inovadoras que serão discutidas nos demais capítulos deste livro.

ORIGENS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Muitas forças convergiram para formar a "tempestade perfeita" que proporcionou o ímpeto para o desenvolvimento da TCC. Em 1952, Hans Eysenck publicou um documento, agora clássico, criticando um modelo predominante de psicoterapia – a psicoterapia psicodinâmica – e propondo a terapia comportamental como alternativa. Ele levantou provocativamente as noções de que a neurose não precisa resultar de um conflito psicológico profundamente arraigado e que pode ser tratada completamente pela intervenção direta ao nível dos sintomas (Eysenck, 1960; Rachman, 1997). O fim da década de 1950 e os anos 1960 testemunharam, então, um aumento da atenção às abordagens comportamentais que dependiam de princípios de modificação de comportamento. Os pesquisadores britânicos eram focados, principalmente, em abordagens clássicas baseadas em condicionamento para atingir a redução do medo. Os pesquisadores norte-americanos, por sua vez, concentravam-se, principalmente, em técnicas operantes com base em condicionamento para atingir psicopatologias graves em pacientes internados (Rachman, 1997, 2015; Thoma, Pilecki, & McKay, 2015). No entanto, com o passar do tempo, tornou-se evidente que uma conceitualização estritamente comportamental era insuficiente para explicar todo o leque de apresentações clínicas vistas por terapeutas em suas práticas e que intervenções estritamente comportamentais muitas vezes não abordavam importantes componentes dos problemas (p. ex., obsessões, K. S. Dobson & Dozois, 2010; Rachman, 1997, 2015). De acordo com Rachman (2015), "a dependência dos processos de condicionamento […] gradualmente perdeu a força" (p.4).

Nesse momento, o campo da psicologia também estava passando por uma "revolução cognitiva", de modo que os modelos de processamento de informações estavam sendo promovidos (p. ex., Neisser, 1967), e pesquisas de alta qualidade foram elaboradas para medir muitos aspectos da cognição, tais como aprendizagem e memória. Isso não significa que os inovadores desenvolveram abordagens cognitivo-comportamentais especificamente para aplicar os avanços da psicologia cognitiva na prática clínica; na verdade, uma ligação direta entre a revolução cognitiva e a incorporação de um foco na cognição em intervenção terapêutica é muitas vezes exagerada (Rachman, 2015;

Teasdale, 1993). Mesmo assim, a nova ênfase do campo na cognição criou um clima que estava maduro para a sua inclusão em intervenções comportamentais tradicionais. Em meados da década de 1970, estudiosos começaram a propor um modelo mediador, promovendo as noções de que a cognição afeta a emoção e o comportamento e que intervir no nível cognitivo afetaria a mudança de comportamento (p. ex., Mahoney, 1974). De acordo com Rachman (1997), "a terapia cognitiva [forneceu] conteúdo para a terapia comportamental", e "os conceitos cognitivos ampliaram a gama explicativa da terapia comportamental e ajudaram a preencher o quadro" (p. 18). Nas próximas seções, são descritas as primeiras abordagens de tratamento cognitivo-comportamental.

A terapia racional emotiva comportamental, de Albert Ellis

A partir do fim da década de 1940 e durante os anos 1950, Albert Ellis desenvolveu a terapia racional emotiva comportamental (TREC, formalmente chamada de *terapia racional* e depois terapia racional emotiva) após questionar as premissas básicas do modelo psicanalítico no qual foi treinado, observando que os clientes podiam desenvolver uma visão sofisticada de seus problemas psicológicos, mas ainda tinham dificuldades (Ellis, 1962). A premissa básica da TREC é a de que a cognição irracional desempenha um papel importante na explicação das respostas emocionais e comportamentais das pessoas. Ellis desenvolveu o conhecido modelo ABC, de modo que as (A) inferências feitas sobre eventos *a*tivadores estimulam um (B) sistema de crenças (*b*elief) irracionais com (C) *c*onsequências, as quais podem ser de natureza emocional (p. ex., vergonha), comportamental (p. ex., retraimento) ou cognitiva (p. ex., desesperança) (Dryden, 2012). O objetivo da TREC é desafiar o (B) sistema de crenças irracionais da pessoa, caracterizado pela rigidez e pelo extremismo, e formar um sistema de crenças flexíveis e não extremadas, indicativo de saúde psicológica (Dryden, 2011). Uma pessoa, presumia Ellis, experimentaria uma diminuição do sofrimento emocional e se comportaria de forma mais adaptativa se substituísse crenças irracionais por crenças mais realistas. O processo básico pelo qual essa mudança ocorria era a contestação, incluindo questionamentos, desafios e debates (Ellis, 1979). No decorrer desse processo, Ellis ativamente encorajava os clientes a abordar diretamente os obstáculos (em grande parte autoimpostos) que os estavam impedindo de alcançar seus objetivos (Backz, 2011).

Ellis tinha uma personalidade exuberante e era um escritor prolífico cuja percepção clínica teve uma tremenda influência no campo. Em uma época em que no modelo prevalente de psicoterapia o terapeuta era não diretivo, sendo até passivo, ele lançou novas trilhas por meio do desenvolvimento de intervenções ativas e diretas, pedindo a seus clientes que executassem tarefas de casa entre as sessões (DiGiuseppe, 2011). Às vezes, era provocativo e confrontador, características que podem bem ter afastado alguns clínicos da adoção dessa abordagem – a qual, no entanto, seus clientes passaram a apreciar em virtude do árduo trabalho que ele exercia em seu nome e do oportuno progresso que tiveram (Backz, 2011; DiGiuseppe, 2011). É importante assinalar que Ellis reunia em seu instituto clínicos de mentalidade semelhante (muitos deles são descritos nesta seção), os quais acreditavam na importância central da cognição na compreensão e no

tratamento de problemas de saúde mental. Como resultado, ele desempenhou um papel importante na solidificação de um movimento que proporcionou alternativa viável às abordagens psicodinâmicas e humanistas dominantes, as quais permearam a prática da psicoterapia na época (DiGiuseppe, 2011). No entanto, ele era sobretudo um clínico e, embora incentivasse a pesquisa de resultados, não a perseguiu com o mesmo vigor que alguns dos outros inovadores descritos nesta seção. Assim, embora a TREC talvez tenha sido a primeira abordagem de TCC descrita na literatura, ela desempenha um papel menor na evolução da TCC moderna do que a terapia cognitiva de Aaron T. Beck, descrita a seguir (Backz, 2011; DiGiuseppe, 2011).

A terapia cognitiva, de Aaron T. Beck

Como Albert Ellis, Aaron T. Beck foi treinado na psicanálise e desiludiu-se com ela, notando que havia poucas evidências empíricas para construtos psicanalíticos não observáveis fundamentais, e que uma maneira mais parcimoniosa de entender o sofrimento emocional dos clientes era examinar o papel do significado atribuído por eles às suas circunstâncias de vida (A. T. Beck, 2006). Beck desenvolveu uma teoria na qual mapeou distorções cognitivas específicas em vários transtornos emocionais (A. T. Beck, 1976) e publicou um manual de tratamento seminal sobre terapia cognitiva para depressão (A. T. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). O termo *terapia cognitiva* sugere que a A. T. Beck deu importância central ao papel da cognição na compreensão dos problemas emocionais e comportamentais. Na verdade, ele posteriormente afirmou que "a terapia cognitiva é mais bem vista como a aplicação do modelo cognitivo de determinado transtorno com o uso de diversas técnicas destinadas a modificar as crenças disfuncionais e o processamento defeituoso de informações característicos de cada transtorno" (A. T. Beck, 1993, p. 194). Não obstante, o tratamento incluía uma ampla gama de estratégias, muitas de natureza comportamental, a fim de criar mudanças cognitivas e aumentar o bem-estar emocional.

Ao contrário da TREC, a terapia cognitiva foi submetida a rigorosas pesquisas empíricas para estabelecer sua eficácia. Como é descrito na seção subsequente sobre a evolução da TCC, A. T. Beck expandiu a investigação empírica da terapia cognitiva a partir do tratamento da depressão para uma série de outras condições de saúde mental. Além disso, ele também buscou um exame rigoroso dos princípios de sua teoria cognitiva, desenvolvendo simultaneamente teorias cognitivas de várias manifestações de psicopatologia. No momento da redação deste livro, A. T. Beck é um dos estudiosos mais citados em psiquiatria e psicologia.

Outras abordagens cognitivo-comportamentais iniciais

A década de 1970 foi claramente um momento emocionante para os estudiosos que estavam indo além das abordagens psicodinâmicas, humanistas e estritamente comportamentais para o tratamento dos transtornos de saúde mental. Ao mesmo tempo em que Ellis e A. T. Beck moldavam suas abordagens cognitivas, outros inovadores estavam desenvolvendo protocolos de tratamento focados na modificação de comportamento e cog-

nição problemáticos. Embora essas abordagens cognitivo-comportamentais não tenham tido uma influência tão penetrante na área nem tenham sido aplicadas a tantas condições clínicas, elas merecem menção por seu lugar na história desse campo dinâmico. Por exemplo, no início de sua carreira, Donald Meichenbaum descobriu que ensinar pessoas com esquizofrenia a participar de "conversas saudáveis" estava associado a melhoras significativas no comportamento adaptativo, como menor distração e melhor desempenho em tarefas (Meichenbaum, 1969). Ele argumentou que, quando uma pessoa internaliza comandos verbais, ela é mais capaz de exercer controle sobre seu comportamento. Assim, concluiu Meichenbaum, comportamentos ocultos, como a cognição, poderiam ser modificados usando os mesmos princípios de modificação de comportamentos visíveis (Meichenbaum, 1973). Ele desenvolveu sua abordagem criando o *treinamento de autoinstrução* (TAI), envolvendo um processo no qual os clientes aprendiam a gerar declarações de enfrentamento internas, autocorrigir erros e reforçar a si próprios para a conclusão bem-sucedida de tarefas (Kendall & Bemis, 1983; Meichenbaum, 1985). Embora hoje o TAI geralmente não seja usado como uma TCC autônoma, seu enquadramento continua sendo aplicado para ajudar as pessoas, tais como jovens com deficiência, a se concentrar em um senso de autoeficácia (K. S. Dobson & Dozois, 2010). Posteriormente, Meichenbaum continuou sua reflexiva integração de abordagens cognitivo-comportamentais e desenvolveu o *treinamento de inoculação de estresse*, uma abordagem mais complexa de autocontrole, manejo do estresse e desenvolvimento de habilidades gerais de enfrentamento (Meichenbaum, 1985, 1993, 2007). De fato, sua evolução como pesquisador clínico representa um microcosmo da evolução do campo como um todo, pois ele reconhece a sobreposição entre o TAI e o treinamento de inoculação de estresse, mas afirma: "O treinamento de inoculação do estresse vai além do TAI por incluir treinamento psicopedagógico, treinamento por interação com imagens, treinamento comportamental e maior foco em intervenções emocionais e ambientais" (D. Meichenbaum, comunicação pessoal, 27 de julho de 2016). Como veremos na seção a seguir, muitas outras abordagens cognitivo-comportamentais seguiram uma evolução semelhante.

Outras abordagens cognitivo-comportamentais inovadoras também foram publicadas na literatura empírica inicial. Suinn e Richardson (1971) descreveram uma abordagem de *treinamento de manejo da ansiedade,* a qual tinha por objetivo ajudar clientes ansiosos a desenvolver habilidades de enfrentamento (p. ex., relaxamento) que os ajudassem a alcançar um maior senso de competência no manejo de sua ansiedade. Goldfried, Decenteceo e Weinberg (1974) desenvolveram uma abordagem chamada *reestruturação racional sistemática*, a qual combinava reestruturação cognitiva e exposição a situações estimulantes de ansiedade. Segundo eles, a interpretação errônea de estímulos como ameaçadores desempenha um papel fundamental na manutenção da ansiedade, e o objetivo da terapia é ajudar os clientes ansiosos a melhorar sua capacidade de lidar com ela. Rehm (1977) construiu um modelo elaborado de autocontrole da depressão, propondo que esse transtorno está associado a déficits no (a) monitoramento seletivo de eventos negativos, na (b) autoavaliação precisa e na (c) autogratificação (juntamente ao excesso de autopunição). Seu modelo serviu de base à *terapia de autocontrole* para depressão (Fuchs & Rehm, 1977), a qual incorporou uma série de estratégias comportamentais e cognitivas para ajudar os clientes deprimidos a manejar suas emoções. Como

implicações desse primeiro conjunto de pesquisas, os ricos protocolos de tratamento poderiam ser montados com base em princípios comportamentais e cognitivos de mudança, sendo muito promissores para o desenvolvimento de tratamentos eficazes para problemas de saúde mental.

Surgimento da TCC

É difícil estabelecer o momento preciso em que o campo da TCC se solidificou. Alguns estudiosos da década de 1970 chamaram sua abordagem de *modificação comportamental cognitiva* (p. ex., Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977), e muitos protocolos de tratamento descritos na seção anterior realmente incluíam componentes cognitivos e comportamentais. De acordo com a análise histórica de Rachman (2015), o verdadeiro campo da "terapia cognitivo-comportamental" foi articulado pela elegante teoria cognitiva do pânico de David M. Clark (1986). Nessa teoria, D. M. Clark enfatizou a centralidade das interpretações trágicas errôneas na conceitualização dos ataques de pânico – uma ideia bastante inovadora na época, quando o pânico era considerado apenas um subproduto da agorafobia e deveria diminuir com seu bem-sucedido tratamento de orientação comportamental. Outras figuras-chave a fundir construções cognitivas e comportamentais em teoria e intervenções no tratamento foram David Barlow, na compreensão e no tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos de ansiedade (Barlow, 1988, 2002), e Paul Salkovskis, na compreensão e no tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos obsessivo-compulsivos (TOC; Salkovskis, 1985). De acordo com Rachman (2015),

> No processo de fusão entre terapia comportamental e terapia cognitiva, a ênfase comportamental no empirismo foi absorvida pela terapia cognitiva. O estilo comportamental de condução de pesquisa empírica de resultados foi adotado, com suas demandas por controles rigorosos, delineamentos estatísticos, integridade do tratamento e da credibilidade e assim por diante. Por sua vez, os conceitos cognitivos foram absorvidos pela terapia comportamental, e terapeutas cognitivos empregaram mais experimentos comportamentais.
>
> (p. 6)

Em virtude da velocidade com a qual a TCC proliferou, bem como do número de abordagens separadas, mas parcialmente coincidentes, que surgiram rapidamente, pode ser difícil responder à questão "O que torna um tratamento uma terapia cognitivo-comportamental?". K. S. Dobson e Dozois (2010) indicaram como pressuposto central em todas as TCCs que a cognição medeia a mudança de comportamento. Outras semelhanças incluem (a) os alvos de mudança (i.e., cognição e comportamento); (b) a ênfase no autocontrole; (c) a natureza sensível ao tempo do tratamento; (d) a natureza focal no problema; (e) a estrutura; (f) a psicoeducação proporcionada pelos terapeutas aos clientes; (g) o papel central das tarefas de casa; (h) o empirismo colaborativo (ou seja, terapeuta e cliente, juntos, extraindo conclusões com base em evidências e experiências reais); (i) o ecletismo técnico; (j) a aplicação do tratamento objetivando a prevenção; e (k) a ênfase na parcimônia da explicação teórica

(K. S. Dobson, 2012; K. S. Dobson & Dozois, 2010; Herbert & Forman, 2011; Kendall & Kriss, 1983). Herbert e Forman (2011) também indicaram como útil a caracterização do que a TCC *não* é, como o foco primário no desenvolvimento de *insights* sobre conflitos intrapsíquicos ou o foco exclusivo na relação terapêutica como fator curativo, isolado, para os problemas dos clientes. No capítulo final, eu ofereço duas observações adicionais de minha própria pesquisa e prática clínica em relação aos componentes-chave da TCC, como atualmente entendida e praticada. Com base nessa análise, proponho uma definição de *TCC integrativa*, a qual captura a prática contemporânea, estratégica e abrangente com a vasta gama de clientes atendidos todos os dias na prática clínica.

EVOLUÇÃO DA TCC

Desde a década de 1970, a família das TCCs expandiu-se em direção ao tratamento de diversos problemas de saúde mental; à sua aplicação em várias modalidades; a um movimento no qual ela é aplicada com crescente flexibilidade; à sua avaliação, não apenas em laboratórios acadêmicos rigorosamente controlados, mas também em ambientes "reais" com clínicos "reais" e clientes "reais" com dificuldades em apresentações clínicas que não se encaixam perfeitamente em um protocolo de pesquisa; a adaptações culturais que levem em conta importantes diferenças étnicas, religiosas, socioeconômicas e outras diferenças individuais; e a um maior foco na aceitação. Essas expansões são consideradas na seção a seguir.

Expansão no *status* para o tratamento da depressão

A terapia cognitiva de Beck foi recebida com muito ceticismo quando desenvolvida, uma vez que representava um afastamento da visão predominante sobre como a depressão era conceitualizada e tratada (ou seja, as abordagens psicodinâmica, humanística e farmacológica). Entretanto, como estava comprometido com a avaliação empírica, Beck desde cedo realizou estudos clínicos para demonstrar a eficácia desse protocolo de tratamento. Ele causou uma impressão notável com a publicação de seu primeiro estudo clínico (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977), no qual comparou a eficácia da terapia cognitiva e a da imipramina em pacientes ambulatoriais com depressão. Conforme os resultados, quase 80% dos participantes que receberam terapia cognitiva apresentaram melhora acentuada ou remissão completa dos sintomas, comparando-se com aproximadamente 23% dos participantes que receberam imipramina. Mais clientes abandonaram a condição de imipramina do que a de terapia cognitiva. Além disso, 68% dos que receberam imipramina voltaram ao tratamento para a depressão, comparando-se com apenas 16% dos que receberam terapia cognitiva. Pela primeira vez, os profissionais de saúde começaram a considerar a psicoterapia como alternativa (não simplesmente um adjunto) à medicação no tratamento da depressão.

No entanto, o debate sobre ela ser tomada como tratamento de primeira linha para depressão, tal como os medicamentos antidepressivos, continuou. Para melhor abordar

essa questão, um amplo programa de pesquisa colaborativa dos tratamentos da depressão (TDCRP, do inglês Treatment of Depression Collaborative Research Program; Elkin et al., 1989) foi iniciado. Nele, foram comparadas a terapia cognitiva, a psicoterapia interpessoal (TIP), a imipramina com manejo clínico e o placebo com manejo clínico; em cinco locais diferentes nos Estados Unidos. Contrariamente aos resultados relatados por Rush e colaboradores (1977), os resultados para a terapia cognitiva foram decepcionantes: apenas 36% dos clientes que a receberam satisfizeram os critérios do estudo de recuperação após o tratamento, comparando-se com 43 e 42% para TIP e imipramina, respectivamente. Além disso, todos os tratamentos, incluindo o tratamento com placebo mais manejo clínico, tiveram desempenho semelhante para clientes menos deprimidos, e o tratamento com imipramina mais manejo clínico superou as demais condições para clientes com depressão severa. Com base nesses resultados, concluiu-se amplamente que a psicoterapia, incluindo terapia cognitiva, era apropriada para pessoas com depressão leve a moderada, mas a medicação antidepressiva era necessária para depressão severa. Essa postura persistiu por muitos anos, apesar da preponderância de estudos com resultados demonstrando a eficácia da terapia cognitiva que foram se acumulando e do fato de ter sido levantada preocupação em relação à qualidade da terapia cognitiva aplicada em alguns dos locais incluídos no TDCRP (N. S. Jacobson & Hollon, 1996).

Essa atitude mudou após a publicação de uma pesquisa por Robert DeRubeis, Steven Hollon e colaboradores (DeRubeis et al., 2005). Nela, os clientes com depressão de moderada a grave foram aleatoriamente designados para receber medicação antidepressiva (paroxetina, com possibilidade de acréscimo de lítio ou desipramina nos casos em que os clientes não satisfaziam os critérios de resposta estabelecidos até a oitava semana), terapia cognitiva ou comprimido de placebo. Na avaliação de oito semanas, tanto os grupos de medicação (50%) como os de terapia cognitiva (43%) apresentaram maiores taxas de resposta do que o de placebo (25%), e no pós-tratamento, tanto os grupos de medicação como os de terapia cognitiva atingiram taxas de resposta de 58%. Ainda mais atraentes são os resultados do período de seguimento de 12 meses, nos quais os pesquisadores acompanharam os clientes que tinham concluído a terapia cognitiva, os que tinham concluído o estudo da medicação e um subconjunto de clientes que continuaram em seu estudo de medicação (Hollon et al., 2005). Os que haviam concluído a terapia cognitiva apresentaram taxas de recaída mais baixas do que os que concluíram seu estudo de medicação (31% contra 71%, respectivamente), e não eram mais propensos à recaída do que os pacientes que continuavam tomando medicações (47%). Conforme sugerem esses resultados, a terapia cognitiva é realmente eficaz para depressão moderada a grave e seus efeitos são muito mais duradouros do que os de tomar medicações (ver Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). A terapia cognitiva, ou TCC, agora é vista como alternativa viável à medicação antidepressiva no tratamento da depressão.

Expansão para vários problemas de saúde mental

Como já vimos até aqui neste capítulo, grande parte da avaliação inicial da TCC (a terapia cognitiva de A. T. Beck, em especial) enfatizou especificamente o tratamento da depressão. Tanto a terapia cognitiva de Beck como a TREC de Ellis foram, desde

então, expandidas em direção ao tratamento dos transtornos de ansiedade (A. T. Beck & Emery, 1985; Warren & Zgourdies, 1991), raiva (A. T. Beck, 1999; Dryden, 1990), abuso de substâncias (A. T. Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Ellis, McInerney, DiGieseppe, & Yeager, 1988), transtornos alimentares (Fairburn, 2008), transtornos da personalidade (A. T. Beck, Davis, & Freeman, 2015; Ellis, 1999) e comportamento suicida (Brown et al., 2005; Ellis, 1989; Wenzel et al., 2009). Mais recentemente, a TCC, em termos gerais, tem sido desenvolvida como um tratamento adjunto para condições psiquiátricas graves, como transtorno bipolar (Basco & Rush, 2005) e esquizofrenia (A. T. Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2009). A TCC também foi adaptada para o tratamento de clientes cuja característica saliente não é necessariamente um diagnóstico de problema de saúde mental, mas outras dificuldades, incluindo (mas não se limitando a) doenças médicas (Kyrios, 2009), dor crônica (Winterowd, Beck, & Gruener, 2003), obesidade (Cooper et al., 2010) e disfunção sexual (ter Kuile, Both, & van Lankveld, 2010).

Assim, está muito rapidamente se tornando verdade que a TCC foi adaptada para o tratamento de todos os tipos de sofrimento emocional, abordagens de enfrentamento ineficazes e dificuldades de adaptação que se pode imaginar. As semelhanças entre essas abordagens incluem a natureza ativa, com foco no problema de tratamento, a estrutura que os terapeutas cognitivo-comportamentais apresentam em cada sessão e durante o curso geral do tratamento, a integração de estratégias tanto de mudança cognitiva como de mudança de comportamento e algumas das intervenções cognitivo-comportamentais básicas (p. ex., reestruturação cognitiva; ver Cap. 4). Cada uma dessas abordagens é singular, não somente pelo conteúdo focado em sessão, mas também pela inclusão de técnicas específicas adaptadas ao problema em mãos. Por exemplo, clientes com transtornos alimentares que participam de TCC muitas vezes se pesam no início de cada sessão; obviamente, essa prática é desnecessária para quem estiver sendo tratado para ansiedade ou depressão.

Expansão para várias modalidades de aplicação

As primeiras formas de TCC foram aplicadas principalmente no contexto de psicoterapia individual. Entretanto, hoje, essa forma de terapia é aplicada no contexto de uma série de modalidades. Por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental em grupo é considerada tratamento de escolha para várias apresentações clínicas (cf. Bieling, McCabe, & Antony, 2006; Norton, 2012a). Uma das adaptações mais rigorosas e criteriosas do tratamento cognitivo-comportamental foi desenvolvida por Richard Heimberg e colaboradores no tratamento de transtorno de ansiedade social (Heimberg & Becker, 2002). É lógico que uma abordagem de tratamento em grupo seria particularmente atraente para clientes socialmente ansiosos, pois o ambiente do grupo, em si, poderia prover uma forma de exposição e experiência de aprendizagem corretiva enquanto eles adquirem outras ferramentas comportamentais cognitivas importantes. No entanto, hoje, abordagens de TCC em grupo podem ser encontradas em praticamente qualquer apresentação clínica; um subconjunto dessas abordagens publicado no momento da redação deste livro inclui, mas não se limita a, TCC em grupo para psicose (Owen, Sellwood, Kan, Murray, & Sarsam, 2015), para comorbidade de transtornos de ansiedade e transtornos

da personalidade (Holas, Suszek, Szaniawska, & Kokoszka, 2015), para perfeccionismo (Handley, Egan, Kane, & Rees, 2015), para fobias específicas tão distintas quanto emetofobia (Ahlen, Edberg, Di Schiena, & Bergström, 2015) e com apenados do sexo masculino (Brazão, Rijo, Pinto-Gouveia, & Ramos, 2015).

Há uma série de características de terapia de grupo que a tornam uma modalidade atrativa para TCC. Uma característica evidente é a possível relação custo-benefício, pois grupos podem ser implementados por até metade do preço da terapia individual (Morrison, 2001). Embora análises metanalíticas indiquem que a TCC individual é ligeiramente mais eficaz que a grupal (cf. Bieling et al., 2006), essa diferença é muitas vezes entendida como tendência estatística, e seu significado clínico é questionável. Outro aspecto atraente da TCC em grupo é a capacidade de tirar proveito das características distintivas da modalidade grupal em geral (cf. Yalom & Leszcz, 2005), incluindo a promoção de um sentimento de universalidade, a capacidade de demonstrar altruísmo para com os demais e um fórum para que experiências corretivas de aprendizagem surjam em razão das interações entre companheiros de grupo.

A TCC também é facilmente aplicada no contexto de terapia de casais e familiar (cf. Dattilio, 2010; Ellis, 1993; Ellis & Wilde, 2001). Os processos cognitivos muitas vezes abordados no trabalho cognitivo-comportamental com casais e famílias incluem (a) atenção seletiva, tendência para focar em certos aspectos do comportamento relacional e ignorar outros; (b) atribuições maliciosas, utilizadas para prover uma explicação para o comportamento do parceiro ou de um membro da família; (c) superestimativas da probabilidade de ocorrência de eventos previstos no relacionamento; (d) pressupostos irrealistas sobre características gerais das pessoas e seus relacionamentos; e (e) padrões irrealistas sobre características que "deveriam" atuar nos relacionamentos (Baucom, Epstein, Sayers, & Sher, 1989). Processos comportamentais costumeiramente abordados no trabalho cognitivo-comportamental com casais e famílias incluem (a) déficits na capacidade de comunicação, (b) déficits na capacidade de resolver problemas e (c) excessos no comportamento negativo aliado a déficits no comportamento positivo (Epstein & Baucom, 2002). Dattilio (2010) também enfatizou a importância de focar no afeto durante o trabalho cognitivo-comportamental com casais e famílias, dando espaço para que parceiros experienciem e expressem emoções. A pesquisa de resultados sugere que a terapia cognitivo-comportamental de casais está associada com melhoria significativa pós-tratamento, de modo que os casais desenvolvem comportamentos mais positivos e relatam melhor adaptação no relacionamento (R. L. Dunn & Schwebel, 1995).

Desde a virada do século, um campo de estudo inovador e em rápido desenvolvimento tem sido a aplicação da TCC pela internet (TCCi; Andersson, 2014). A TCCi inclui o conteúdo tradicional, como psicoeducação; "lições" em aumento sequencialmente progressivo para ajudar os clientes a adquirir a habilidade de modificar pensamentos, emoções e comportamentos que não ajudam; e tarefas de casa para consolidar a aprendizagem e permitir a prática do que foi aprendido (Andrews & Williams, 2014, 2015). Normalmente, os programas TCCi são cadenciados para imitar o ritmo de progressão da TCC tradicional. O apoio e a orientação do terapeuta são fornecidos por *e-mail*, bate-papo, vídeo e/ou consultas telefônicas, a fim de promover envolvimento

e evitar abandono do tratamento (Andersson, Rozental, Rück, & Carlbring, 2015; Andrews & Williams, 2014). A TCCi tem muitas vantagens, entre as quais disponibilidade permanente quando um indivíduo deseja acessá-la, uma série de características interativas atraentes (Andersson et al., 2015) e fidelidade, ou confiabilidade e validade da abordagem psicoterapêutica, garantida (Andrews & Williams, 2014, 2015). Acumulam-se estudos sugerindo que a TCCi é altamente eficaz; por exemplo, quando comparada com nenhum tratamento ou tratamento com mínimo apoio, os tamanhos de efeito são moderados a grandes e comparáveis aos obtidos em estudos que investigam a eficácia da TCC presencial (Andersson, 2014; Andersson, Cujpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Andrews & Williams, 2014, 2015). A TCCi também se mostrou altamente eficaz para clientes com apresentações clínicas graves, como depressão severa com ideação suicida persistente (A. D. Williams & Andrews, 2013).

Expansão para protocolos flexíveis

À medida que a atenção e os seguidores de TCC foram aumentando, manuais de tratamento descrevendo protocolos passo a passo para vários transtornos mentais foram desenvolvidos. Essa foi uma grande conquista para o campo, pois definiu as intervenções aplicadas por terapeutas cognitivo-comportamentais em problemas de saúde mental específicos para que pudessem ser replicadas e avaliadas usando métodos científicos (Wenzel, Dobson, & Hays, 2016; Wilson, 2007). Contudo, tratamentos manualizados avançaram sem críticas. Por exemplo, apontou-se que os tratamentos descritos nos manuais são estagnados e promovem a aplicação da psicoterapia de forma robótica, deixando pouco espaço para sabedoria clínica e colaboração com o cliente (Gaston & Gagnon, 1996; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). Além disso, uma vez que a maioria dos manuais focava em determinado diagnóstico de saúde mental (p. ex., depressão, bulimia nervosa), manifestou-se a preocupação de que os clínicos precisariam aprender um número muito grande de protocolos para tratar a ampla gama de clientes normalmente atendidos em sua prática (Beutler, 2000).

Os manuais de tratamento promoveram significativamente a prática da TCC, e eu prevejo que eles servirão como recursos essenciais para os profissionais por muitos dos próximos anos. Contudo, mesmo os protocolos descritos nos manuais irão continuar evoluindo. Por exemplo, muitos protocolos de TCC se afastaram de prescrições para cada sessão e passaram a incluir "módulos" que podem ser administrados com base na conceitualização de apresentação clínica e nas necessidades do cliente (p. ex., Dugas & Robichaud, 2007). Além disso, existe um movimento em direção ao desenvolvimento de protocolos transdiagnósticos, os quais podem ser aplicados aos clientes e focam nos mecanismos subjacentes às apresentações clínicas relacionadas, e não no diagnóstico em si (p. ex., transtornos alimentares, Fairburn & Cooper, 2014; transtornos emocionais, Barlow et al., 2011). Tais desenvolvimentos no campo refletem o reconhecimento dos processos psicológicos semelhantes que fundamentam muitos diagnósticos de transtornos mentais, bem como a importância de personalizar o tratamento segundo a apresentação clínica e as circunstâncias de cada cliente e de incorporar ingredientes essenciais que transpassam as abordagens terapêuticas (p. ex., cultivo de uma aliança terapêutica).

Expansão da eficácia para a efetividade

Eficácia é o grau em que a aplicação de um tratamento resulta em desfechos positivos sob circunstâncias favoráveis e altamente controladas, tais como um elevado grau de homogeneidade entre os clientes inscritos no estudo (p. ex., ausência de comorbidade), o uso de terapeutas altamente treinados com extensa supervisão (p. ex., acadêmicos com pós-doutoramento ou terapeutas experientes com nível de doutorado), ou um cenário como um laboratório de pesquisas de um pesquisador principal altamente qualificado. Por sua vez, *efetividade* é o grau em que a aplicação de um tratamento resulta em desfechos positivos em contextos da vida real, sob circunstâncias do mundo real, tais como um centro de saúde mental comunitário no qual trabalham terapeutas com nível de mestrado, atendendo clientes com uma variedade de necessidades e problemas de saúde mental. Normalmente, em primeiro lugar, os protocolos de psicoterapia são avaliados usando-se métodos de pesquisa que estabelecem sua eficácia, e, depois disso, são submetidos a projetos experimentais voltados à efetividade.

Desde 1970, vem se acumulando um conjunto de pesquisas que claramente estabelecem a eficácia da TCC (ver Butler et al., 2006; Driessen & Hollon, 2010; e Epp & Dobson, 2010, para análises). No entanto, questiona-se o grau em que a pesquisa sobre eficácia se aplica aos clientes da "vida real", argumentando que há uma diferença entre os tipos de clientes inscritos em estudos de eficácia e os tipos de clientes que os terapeutas costumam atender em suas práticas clínicas (Pagato et al., 2007; Persons & Silberschatz, 1998). Assim, observou-se que existe uma lacuna entre pesquisadores de psicoterapia na academia e clínicos praticantes, a qual muitas vezes se manifesta em uma mentalidade do tipo "nós contra eles" (cf. Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013). Para, em parte, resolver essa lacuna, seja ela real ou percebida, os pesquisadores estão cada vez mais voltando sua atenção para a efetividade. Alguns têm comparado dados de resultados obtidos em ambientes ambulatoriais comunitários com resultados divulgados em estudos de eficácia (i.e., uma estratégia de avaliação comparativa) e descobriram que as taxas de ganho com o tratamento e a manutenção do tratamento são comparáveis (Björgvinsson et al., 2014; Merrill, Tolbert, & Wade, 2003; Stuart, Treat, & Wade, 2000; Wade, Treat, & Stuart, 1998). Outros pesquisadores realizaram ensaios clínicos randomizados (ECR) em ambientes de prática clínica para problemas de saúde mental, como depressão em idosos (Serfaty et al., 2009), transtornos alimentares (Byrne, Fusland, Allen, & Watson, 2011) e psicose (Lincoln et al., 2012). Coletivamente, demonstram esses dados, a TCC é generalizável para ambientes clínicos reais com terapeutas e clientes da vida real, o que, por meio de divulgação, aumentará a acessibilidade dessa abordagem psicoterapêutica para os indivíduos em busca de tratamento por todo o mundo. Mais considerações sobre divulgação são feitas no último capítulo deste livro.

Expansão para sensibilidade cultural

Tradicionalmente, os terapeutas cognitivo-comportamentais têm enfatizado a conceitualização de caso e a compreensão singular de cada cliente no contexto de seu ambiente, demonstrando um grande respeito às diferenças individuais. Ao mesmo tempo, alguns observaram que a TCC foi desenvolvida a partir de valores ocidentais individualistas,

como autonomia, independência e realização, e questionaram o quanto seus princípios fundamentais são aplicáveis em outras culturas (Hays, 2009). Na verdade, muitos tratamentos de base empírica para transtornos mentais, incluindo a TCC, são avaliados com amostras extraídas de populações predominantemente brancas de classe média, tornando incerta a sua pertinência para indivíduos de minorias étnicas (Bernal & Scharrón-del-Rio, 2001).

A sensibilidade cultural está cada vez mais recebendo atenção no campo da TCC. Por exemplo, Pamela Hays é uma terapeuta cognitivo-comportamental de destaque, cuja pesquisa acadêmica está centrada no tratamento sensível à cultura (p. ex., Hays, 2008; Hays & Iwamasa, 2006). Ela desenvolveu o ADRESSING, um sistema para nos conscientizarmos das múltiplas influências que afetam apresentações clínicas, incluindo influências relativas a idade/geração, deficiências desenvolvimentais e de outros tipos, orientações religiosas e espirituais, identidade étnica e racial, condição socioeconômica, orientação sexual, herança indígena, nacionalidade e gênero (Hays, 2008, 2009). Segundo Hays (cf. Wenzel et al., 2016), os terapeutas cognitivo-comportamentais tomam cuidado para não presumir que as apresentações clínicas dos clientes resultam unicamente de distorções ou anormalidades na cognição e no comportamento, considerando a forma como os fatores ambientais (p. ex., racismo, opressão) externos contribuem para problemas e tensões enfrentados. Ela também incentiva os clínicos a usar histórias e metáforas das origens culturais dos clientes para ilustrar princípios cognitivos e comportamentais fundamentais e maneiras pelas quais eles podem incorporar esses princípios em suas vidas.

O programa de pesquisa desenvolvido por Ricardo Muñoz exemplifica a adaptação das estratégias tradicionais de intervenção de TCC de uma maneira culturalmente sensível à comunidade latina. Muñoz estudou com Peter Lewinsohn na University of Oregon e, como será visto no Capítulo 6, Lewinsohn é uma figura importante no desenvolvimento de ativação comportamental, um componente central no tratamento cognitivo-comportamental da depressão. Muñoz aplicou sua bem estabelecida experiência em TCC ao tratamento de problemas de saúde mental, especialmente depressão e dependência de tabaco, na comunidade latina de São Francisco. Ele desenvolveu manuais de tratamento que foram disseminados nos Estados Unidos para trabalhar com clientes latino-americanos (Muñoz & Mendelson, 2005). Sua abordagem incorpora quatro grandes estratégias de TCC: (a) reestruturação cognitiva, (b) ativação comportamental, (c) resolução de problemas sociais para manejo de relacionamentos pessoais e (d) resolução de problemas sociais para manejo de questões de saúde física (Aguilera, Garza, & Muñoz, 2010).

Digno de nota, muitos construtos entendidos por indivíduos latinos são assimilados em sua abordagem de TCC (ver Muñoz & Mendelson, 2005, para uma discussão mais ampla). Muñoz e colaboradores procuraram *feedback* dos indivíduos latinos quando ele estava desenvolvendo seus manuais de tratamento. O vocabulário foi modificado para corresponder ao nível de instrução típico dos clientes etnicamente diversos que atendia, e imagens, histórias e metáforas relevantes para sua cultura foram incluídas para comunicar os pontos-chave. Por exemplo, a expressão *"la gota de agua labra la piedra"* (traduzida como "gotas de água podem esculpir uma rocha") foi usada para ilustrar o fato de que, ao longo do tempo, os pensamentos podem moldar a forma como vemos

o mundo e interagimos com ele, reforçando assim a depressão. Além disso, valores culturais, tais como a importância da família (i.e., familismo), do respeito (ou seja, *respeto*) e a ênfase em espiritualidade e religião, foram reconhecidos e modelados por Muñoz e colaboradores no desenvolvimento do tratamento e por terapeutas que o executaram. É importante salientar que Muñoz demonstra um compromisso com a ciência, e sua abordagem tem sido avaliada em pesquisa clínica. Por exemplo, uma série de estudos têm avaliado seu curso Mães e Bebês (Mamas y Bebés), uma abordagem de TCC para prevenir a depressão pós-parto, mostrando que essa abordagem supera os cuidados habituais na prevenção desse transtorno de saúde mental (Le, Perry, & Stuart, 2011; Muñoz et al., 2007; Tandon, Perry, Mendelson, Kemp, & Leis, 2011).

O conjunto da obra desenvolvida por Muñoz e colaboradores demonstra não apenas que a TCC pode ser amplamente aplicada em diversas etnias, culturas e classes sociais, mas também que os terapeutas podem manter a integridade em relação ao modelo e aos princípios básicos dessa abordagem mesmo quando são feitas adaptações. Dito isso, muitas pesquisas ainda são necessárias para estabelecer a eficácia da TCC com diversos grupos culturais e étnicos, bem como a eficácia de adaptações específicas que hipoteticamente melhorariam seu resultado.

Expansão para TCCs de terceira onda

As TCCs da *terceira onda*, *ou contextuais*, têm recebido muita atenção ao longo dos últimos 15 a 20 anos, com foco nos princípios de aceitação, *mindfulness* e consciência plena, livre de julgamentos (Hayes, 2004; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). Exemplos de TCCs de terceira onda incluem a terapia de aceitação e compromisso (ACT; Hayes et al., 2012), a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002, 2013), a terapia comportamental dialética (DBT; Linehan, 1993a, 1993b, 2015) e a terapia metacognitiva (Wells, 2009). Uma característica importante que distingue as TCCs da terceira geração das TCCs mais tradicionais é a mudança de foco, do conteúdo para o funcionamento. Em outras palavras, muitos terapeutas que praticam psicoterapias contextuais estão menos preocupados com a modificação explícita de cognições que não ajudam e mais interessados em mudar a relação da pessoa com a própria cognição. As TCCs contextuais geralmente são mais centradas no processo pelo qual uma pessoa vive sua vida do que especificamente em seus pensamentos ou ações (K. S. Dobson & Dozois, 2010). De acordo com Hayes (2004), "As intervenções da terceira geração não são tanto uma rejeição das TCCs da primeira e da segunda geração quanto uma transformação dessas fases anteriores em uma forma nova, mais ampla e mais interconectada" (p. 660).

Especialistas na área discordam sobre o grau em que essas abordagens de fato representam uma nova onda e em que medida devem ser incluídas na família das TCCs, levando em consideração o quão distintas elas são (cf. Hofmann & Asmundson, 2008; Ost, 2008). Mesmo assim, elas têm influenciado significativamente até mesmo os terapeutas cognitivo-comportamentais mais tradicionais. Os debates nas listas de discussão da Academy of Cognitive Therapy e da Association for Behavioral and Cognitive Therapies regularmente focam em aplicações de técnicas de *mindfulness* e aceitação dentro

da prática da TCC, bem como na melhor aplicação desses protocolos de tratamentos de terceira geração. O Capítulo 9 descreve abordagens de tratamento da terceira geração concentradas em *mindfulness* e aceitação. No capítulo final, eu proponho minha própria reconciliação da TCC com as abordagens contextuais.

VISÃO GERAL DESTE LIVRO

Este capítulo apresentou um panorama conciso do que é a TCC e de como ela evoluiu. O que ele não forneceu é uma descrição das estratégias e técnicas de tratamento específicas utilizadas por terapeutas cognitivo-comportamentais. Essa é a finalidade dos próximos capítulos deste livro. Todos são estruturados de maneira similar. Em primeiro lugar, eu defino os parâmetros básicos de uma estratégia de intervenção cognitivo-comportamental padrão (p. ex., reestruturação cognitiva). Depois, ilustro a maneira tradicional como a estratégia de intervenção foi traduzida em técnicas específicas de tratamento e implementada com clientes (p. ex., o registro de pensamento que pode ser utilizado para alcançar os objetivos da reestruturação cognitiva). Então, resumo maneiras inovadoras pelas quais a estratégia de intervenção foi adaptada, quer em termos de inovações técnicas que podem ser usadas com os clientes, modalidades contemporâneas para aplicação, modificações inovadoras para determinados tipos de clientes, ou questões inovadoras a considerar ao usar a estratégia. No fim de cada capítulo, proponho rumos para a pesquisa empírica e para a prática clínica.

Vejamos agora as principais estratégias de intervenção apresentadas nos próximos capítulos. No Capítulo 2, abordagens tradicionais e inovadoras para a conceitualização de caso são descritas e aplicadas a um único caso. O Capítulo 3 descreve um empolgante desenvolvimento no campo da utilização de entrevista motivacional antes e durante a administração de estratégias-padrão cognitivas e comportamentais para lidar com a ambivalência do cliente e aumentar a motivação para a mudança. Os Capítulos 4 e 5 são dedicados às abordagens tradicionais e inovadoras para a reestruturação cognitiva – o Capítulo 4 é focado na reestruturação de pensamentos que ocorrem espontaneamente em determinadas situações, e o Capítulo 5 é focado na reestruturação das crenças subjacentes desenvolvidas a partir de experiências-chave de épocas anteriores na vida. No Capítulo 6, abordagens tradicionais e inovadoras para a ativação comportamental são consideradas, concentrando-se em dois protocolos contemporâneos de tratamento de ativação comportamental submetidos a uma avaliação empírica rigorosa. O Capítulo 7 dedica-se à estratégia de intervenção de exposição e descreve a trajetória histórica pela qual a exposição foi incorporada aos protocolos de tratamento cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade, o paradigma teórico dominante que tem sido usado para guiar a implementação da exposição desde o fim dos anos 1980, e um novo paradigma teórico surgido no fim dos anos 2000. O Capítulo 8 centra-se nas abordagens tradicionais e inovadoras do manejo do afeto (que, em minha definição, incorporam estratégias tanto para regulação da emoção como para tolerância ao sofrimento) e introduz maneiras de avaliar o grau em que as estratégias de manejo do afeto são úteis ou prejudiciais em curto e em longo prazo. O Capítulo 9 aborda os construtos populares

de *mindfulness* e aceitação. O Capítulo 10 encerra este livro com dois focos principais: (a) desafios enfrentados pelo campo na formação e na disseminação da TCC e (b) uma reconsideração do conceito fundamental dessa forma de terapia, bem como uma nova perspectiva sobre o que poderia ser considerado TCC *integrativa*.

Este livro não é de forma alguma completo. Na verdade, inovações devem ter sido desenvolvidas e publicadas no tempo transcorrido entre a conclusão da escrita deste livro e sua publicação. Eu incentivo os leitores a absorver o conteúdo deste livro com o "espírito" de inovação em mente. Muitas vezes, encontro terapeutas trabalhando a partir de uma orientação teórica diferente, ou apenas começando sua formação em TCC, com a ideia de que essa abordagem deve ser aplicada de maneira prescrita, como em um livro de receitas, e que há uma maneira "certa" e uma maneira "errada" de fazê-lo. No passado, eu argumentei fortemente contra essas noções (p. ex., Wenzel, 2013). Os terapeutas estão, sem dúvida, aplicando TCC se estiverem implementando uma intervenção estratégica (a) decorrente de forma lógica da conceitualização de caso da apresentação clínica do cliente; (b) feita em colaboração com o cliente, levando em consideração suas preferências e desejos; (c) levando o tratamento adiante de maneira sistemática, em vez de prosseguir sem um plano claro ou sem lógica; e (d) percebendo-o em sua totalidade, sem ser solapado por uma discussão estranha da relutância do terapeuta.

Em outras palavras, praticamente qualquer estratégia de intervenção pode ser aplicada por terapeutas cognitivo-comportamentais, e eles ainda estarão "fazendo" TCC. Na verdade, esses terapeutas têm licença para integrar uma imensa quantidade de criatividade em seu trabalho clínico. A cuidadosa consideração dos princípios que subjazem suas estratégias de intervenção é a questão-chave. Convido o leitor a permitir que as ideias apresentadas neste livro estimulem seu pensamento crítico e criativo sobre inovações que pode usar em sua própria prática clínica.